

Arbeitsgemeinschaft der Obersten  
Landesgesundheitsbehörden (AOLG)

# Indikatorensatz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder

Indikatorensatz für die GBE der Länder, 2003



Dritte, neu bearbeitete Fassung, 2003

Arbeitsgemeinschaft der Obersten  
Landesgesundheitsbehörden (AOLG)

# **Indikatorensatz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder**

Dritte, neu bearbeitete Fassung, 2003

**Herausgeber**

Ministerium für Gesundheit,  
Soziales, Frauen und Familie  
des Landes Nordrhein-Westfalen  
(MGSFF)  
40190 Düsseldorf  
[http:// www.mgsff.nrw.de](http://www.mgsff.nrw.de)  
e-mail: [info@mgsff.nrw.de](mailto:info@mgsff.nrw.de)

**Bearbeitung und Redaktion**

Landesinstitut für den Öffentlichen  
Gesundheitsdienst des Landes  
Nordrhein-Westfalen (Iögd)  
Leiter: Dr. Helmut Brand MSc  
Projektleiterin:  
PD Dr. med. Doris Bardehle  
Westerfeldstraße 35/37  
33 611 Bielefeld  
Telefon: (0521) 80 07-0  
Telefax: (0521) 80 07-2 00  
[http:// www.loegd.nrw.de](http://www.loegd.nrw.de)

**Umschlaggestaltung**

M-Design: Paul Wurdel GmbH & Co. KG  
Bielefeld

**Druck und Verlag**

Iögd, Bielefeld  
Nachdruck und Vervielfältigung nur mit  
schriftlicher Genehmigung des Landesinstitutes

Bielefeld, Deutschland, 2003  
ISBN 3-88139-118-5





## **Inhaltsverzeichnis**

---



<b>Inhalt</b>		<b>3</b>
<b>Vorwort</b>		
des Ministeriums für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen		7
<b>Einleitung</b>		<b>11</b>
Rückblick über die Entwicklung des GMK-Indikatorensatzes		13
Konzeption der vorliegenden dritten, neu bearbeiteten Fassung des Indikatorensatzes für die Gesundheitsberichterstattung der Länder		14
<b>Themenfeld 1</b>	<b>Gesundheitspolitische Rahmenbedingungen</b>	<b>25</b>
<b>Themenfeld 2</b>	<b>Bevölkerung und bevölkerungsspezifische Rahmen- bedingungen des Gesundheitssystems</b>	<b>29</b>
<b>Themenfeld 3</b>	<b>Gesundheitszustand der Bevölkerung</b>	<b>79</b>
	<b>I. Allgemeine Übersicht zu Mortalität und Morbidität</b>	<b>84</b>
	<b>II. Krankheiten/Krankheitsgruppen</b>	<b>188</b>
<b>Themenfeld 4</b>	<b>Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen</b>	<b>359</b>
<b>Themenfeld 5</b>	<b>Gesundheitsrisiken aus der Umwelt</b>	<b>389</b>
<b>Themenfeld 6</b>	<b>Einrichtungen des Gesundheitswesens</b>	<b>427</b>
<b>Themenfeld 7</b>	<b>Inanspruchnahme von Leistungen der Gesund- heitsförderung und der Gesundheitsversorgung</b>	<b>483</b>
<b>Themenfeld 8</b>	<b>Beschäftigte im Gesundheitswesen</b>	<b>571</b>
<b>Themenfeld 9</b>	<b>Ausbildung im Gesundheitswesen</b>	<b>641</b>
<b>Themenfeld 10</b>	<b>Ausgaben und Finanzierung</b>	<b>653</b>
<b>Themenfeld 11</b>	<b>Kosten</b>	<b>717</b>
<b>Anhänge</b>		
<b>Anhang 1</b>	<b>Statistische Methoden</b>	<b>737</b>
<b>Anhang 2</b>	<b>Datenhalter</b>	<b>757</b>
<b>Anhang 3</b>	<b>Autoren</b>	<b>765</b>
<b>Anhang 4</b>	<b>Bisherige Fassungen des Indikatorensatzes für die Gesundheitsberichterstattung der Länder</b>	<b>769</b>
<b>Anhang 5</b>	<b>Zeichen und Abkürzungen</b>	<b>773</b>
<b>Anhang 6</b>	<b>Indikatorenübersicht</b>	<b>781</b>
<b>Anhang 7</b>	<b>Index of Indicators</b>	<b>799</b>
<b>Anhang 8</b>	<b>Themenbezogene Weiterentwicklung des Indikatorsatzes der Länder -Datenquelle Einschulungsuntersuchungen-</b>	<b>817</b>

<b>Contents</b>		<b>3</b>
<b>Foreword</b>		
of the Ministry for Health, Social Affairs, Women and Family of the state of North Rhine-Westphalia		7
<b>Introduction</b>		<b>11</b>
Summary of the development of the indicator set of the Health Ministers' Conference of the German states		13
Conception of the third, newly revised version of the indicator set for the health reporting activities of the German states		14
Thematic domain 2	Population and population-specific conditions of the health system	29
Thematic domain 3	Health status of the population	79
	I. General overview of mortality and morbidity	84
	II. Diseases/disease groups	188
Thematic domain 4	Health-relevant ways of behaviour	359
Thematic domain 5	Health risks from the environment	389
Thematic domain 6	Health care facilities	427
Thematic domain 8	Employment in the health sector	571
Thematic domain 9	Education and training in the health sector	641
Thematic domain 10	Expenditure and funding	653
Thematic domain 11	Costs	717
<b>Appendices</b>		
Appendix 1	Statistical methods	737
Appendix 2	Data holders	757
Appendix 3	Authors	765
Appendix 4	Previous versions of the indicator set for the health reporting activities of the German states	769
Appendix 5	Symbols and abbreviations	773
Appendix 6	List of indicators	781
Appendix 7	Index of indicators	799
Appendix 8	Relevant development of the set of indicators of the Länder -data source school entry health examinations- draft update August 2013 (only in German)	817



**Vorwort des Ministeriums für Gesundheit, Soziales, Frauen und  
Familie des Landes Nordrhein-Westfalen**

---





## **Vorwort des Ministeriums für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen**

Wir können Ihnen heute die dritte, überarbeitete Fassung des Indikatorenansatzes für die Gesundheitsberichterstattung der Länder vorstellen. Es freut uns, dass Nordrhein-Westfalen im Rahmen unseres mehrjährigen Vorsitzes der Arbeitsgruppe Gesundheitsberichterstattung der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden durch die übernommene Koordinierung zu einem erfolgreichen Gelingen dieses anspruchsvollen Projekts beitragen konnte.

Die Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) hat auf ihrer 11. Sitzung am 08. und 09. Mai 2003 in Zwickau die überarbeitete Fassung des Indikatorenansatzes für die Gesundheitsberichterstattung der Länder als neue Grundlage der Länder-Gesundheitsberichterstattung beschlossen.

Dieser gemeinsame Indikatorenansatz bildet für die Länder eine wichtige Basis für ihr gesundheitspolitisches Handeln.

Wir begrüßen, dass damit eine aktualisierte Datenbasis für die Länder-Gesundheitsberichterstattung verfügbar wird - als Instrument

- ▶ für die Erfassung und Beschreibung der gesundheitlichen Lage und der hierfür relevanten Bedingungen,
- ▶ damit für die Schaffung von mehr Transparenz für die Bürgerinnen und Bürger, die Fachöffentlichkeit und die Politik,
- ▶ für die Darstellung von Trends und zur Fortschrittskontrolle bei der Umsetzung von Gesundheitszielen und gesundheitspolitischen Maßnahmen,
- ▶ für einen möglichen Vergleich der gesundheitlichen Situation in den Ländern und
- ▶ für notwendige Kommunikationsprozesse mit der kommunalen, der Bundes- und der europäischen Ebene.

Eine umfassende Datenbasis und eine darauf aufbauende fundierte Gesundheitsberichterstattung sind unverzichtbare Grundlagen einer rationalen Gesundheitspolitik. Sie ermöglichen die notwendigen Informationen und die Herstellung von Transparenz über die bestehende Situation, über vorhandene Defizite oder Handlungsbedarf und ermöglichen damit auch die Feststellung und die Bewertung der Wirkungen gesundheitspolitischer Maßnahmen.

Unbeschadet der in den vergangenen Jahren erzielten Fortschritte auf allen Ebenen (kommunale Ebene, Länderebene, Bundes- und europäische Ebene) sind Weiterentwicklungen auch in der Zukunft erforderlich. Dies betrifft vor allem die systematische Weiterentwicklung der Datenbasis, bezogen auf das Gesundheitsverhalten, auf die Morbidität, die gesundheitliche Versorgung und gesundheitsökonomische Fragen, die Verknüpfung von Gesundheitszielen und Gesundheitsberichterstattung und die Verknüpfung von Gesundheits- und Sozialstatus, z.B. zu Fragen sozial bedingter Ungleichheiten oder zu geschlechtsspezifischen Aspekten.

Notwendig sind hierzu, gegebenenfalls auch durch die Schaffung weitergehender rechtlicher Grundlagen, eine bessere Verfügbarkeit versorgungsrelevanter Daten und die Aufbereitung bisher z.T. nur auf Bundesebene verfügbarer Daten für die Länder sowie die systematische Etablierung von Gesundheitssurveys. Notwendige Weiterentwicklungen betreffen darüber hinaus die noch stärker an den Belangen der Adressaten zu orientierende Berichterstattung selbst.

Gesundheitsberichterstattung ist damit ständige Aufgabe der Gesundheitsbehörden und der Gesundheitspolitik. Sie erfordert ein Zusammenwirken mit den Beteiligten des Gesundheitswesens, die zum Teil auch als Datenhalter wesentliche Funktionen haben. Die hierfür Zuständigen sollten daher der Gesundheitsberichterstattung im Rahmen der Public-Health-Politik den notwendigen Stellenwert einräumen.

Trotz knapper personeller und finanzieller Ressourcen haben sich viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei der Überarbeitung des Indikatorensatzes engagiert und eingebracht, was so nicht selbstverständlich war. Auch wenn wir an dieser Stelle nicht alle Beteiligten nennen können, möchten wir doch das Engagement Einzelner besonders hervorheben: Wir danken herzlich den Fachleuten in den Gesundheitsressorts der Länder, dem Robert-Koch-Institut, dem Statistischen Bundesamt und selbstverständlich dem Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst NRW. Ohne ihre Hilfe gäbe es nicht die Druckausgabe der überarbeiteten Fassung des Indikatorensatzes für die Gesundheitsberichterstattung der Länder.



## **Einleitung**

---

- ▶ **Rückblick über die Entwicklung des GMK-Indikatorensatzes**
- ▶ **Konzeption der vorliegenden dritten, neu bearbeiteten Fassung des Indikatorensatzes für die Gesundheitsberichterstattung der Länder**



## Einleitung

Die Arbeitsgruppe Gesundheitsberichterstattung (GBE) der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) der Länder gibt hiermit im Auftrag der Gesundheitsministerkonferenzen (GMK) eine dritte, neu bearbeitete Fassung des Indikatorensatzes für die Gesundheitsberichterstattung der Länder heraus.

### **Rückblick über die Entwicklung des Indikatorensatzes Indikatorensatz für den Gesundheitsrahmenbericht der Länder, Stand: August 1991**

Im August 1991 wurde der *Indikatorensatz für den Gesundheitsrahmenbericht der Länder* von der 64. Gesundheitsministerkonferenz als Arbeitsgrundlage für die Gesundheitsberichterstattung der Länder angenommen (die Koordinierung und die Erstellung eines Pilotberichtes im Jahre 1989 hatte die Freie und Hansestadt Hamburg übernommen). Gleichzeitig wurde festgelegt, den Indikatorensatz in regelmäßigen Abständen auf Problemangemessenheit, Aktualität und Qualität hin zu überprüfen. Der Indikatorensatz hat sich als Initialzündung für eine moderne Gesundheitsberichterstattung erwiesen.

Folgende Konzeption liegt seither dem GMK-Indikatorensatz zu Grunde:

- ▶ Im Mittelpunkt steht die Beschreibung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung. Diese wird im Zusammenhang mit der demographischen Entwicklung, der sozialen, ökonomischen und ökologischen Umwelt, der Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsversorgung, den Ressourcen sowie den Ausgaben und Kosten dargestellt und interpretiert.
- ▶ Die Aufgabe des Gesundheitsrahmenberichtes der Länder ist es, eine Zusammenschau von für das Gesundheitswesen bedeutsamen Bereichen zu leisten, Referenzwerte für regionale Untergliederungen der Länder zur Verfügung zu stellen und Vergleiche zwischen den Ländern zu ermöglichen.
- ▶ Zu diesem Zweck wird ein für alle Länder verbindlicher Pflichtteil des Gesundheitsrahmenberichtes definiert, der auf möglichst einheitlicher Datenerhebung, Datenverarbeitung und Berichterstattung beruht.
- ▶ Der Gesundheitsrahmenbericht kann nur Eckdaten zur Verfügung stellen. Vertiefende Betrachtungen bleiben sektoralen, krankheitsarten- und problemgruppenspezifischen Berichten vorbehalten.
- ▶ Gesundheitsberichte sollen sich nicht in einer Beschreibung der Lage erschöpfen. Vielmehr sollen auch Entwicklungen aufgezeigt werden. Dazu muss das Schwergewicht auf zeitlichen Abfolgen (Trends) sowie regional vergleichenden Darstellungen liegen.
- ▶ Alle Darstellungen müssen kommentiert, Maßnahmen müssen benannt werden.
- ▶ Die Gesundheitsrahmenberichte sollen regelmäßig in den Ländern veröffentlicht werden. Ziel dieser Vorgehensweise und der periodischen Veröffentlichung von Gesundheitsberichten ist es, die Transparenz gesundheitlichen Geschehens zu verbessern.

Die 190 Indikatoren waren je nach Bedeutung und Datenverfügbarkeit in drei Stufen gegliedert:

- Stufe I: Diejenigen Indikatoren, für die Daten verfügbar sind, gehen in den ersten Bericht der Länder ein.
- Stufe II: Für diese Indikatoren müssen Daten erschlossen werden, die aber prinzipiell vorhanden sind.
- Stufe III: Diese Indikatoren können erst auf der Grundlage von Forschungs- und Entwicklungsprojekten realisiert werden.

Der Stufe I wurden 65 Indikatoren zugeordnet.

Eine Überarbeitung wurde nach einigen Jahren erforderlich, da neue Berichterstattungen wie z. B. die Krankenhausstatistik die Datenlage verbessert haben und der Bund in der Zwischenzeit das Projekt *Aufbau einer nationalen Gesundheitsberichterstattung* auf den Weg gebracht hat.

### **Indikatorensatz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder, zweite, überarbeitete Fassung, 1996**

Der Indikatorensatz ist in den Jahren 1994/1995 einer ersten vorsichtigen Überarbeitung unterzogen worden (die Koordinierung hatte das Land Hessen übernommen).

Die Erfahrungen der Länder legten Präzisierungen und methodische Veränderungen einzelner Indikatoren nahe. Gleichzeitig wurde durch Bundesgesetzgebung (Gesundheitsstrukturgesetze) Anpassungsbedarf erforderlich. Die Kürzung des Indikatorensatzes sollte dazu führen, die flächendeckende Realisierung in den Ländern zu fördern. Die Indikatoren sind weiterhin in Tabellenform konzipiert, dazu wurden kurze Kommentare mit einer Begründung für den entsprechenden Indikator oder auch eine Definition hinzugefügt. Hinweise auf Datenhalter und Datenquelle sind enthalten. Die Bewertung der Datenqualität wurde in den Kommentierungen nicht vorgenommen, es wurde auf entsprechende Publikationen, z. B. *Aufbau einer Gesundheitsberichterstattung und Konzeptvorschlag, Band I - III, 1990*, verwiesen. Die Zahl der Indikatoren wurde auf weniger als 140 reduziert.

Die Strukturierung des Indikatorensatzes in 11 Themenfelder wurde beibehalten, diese hatte sich bewährt.

Das Themenfeld 1 *Gesundheitspolitische Rahmenbedingungen* wurde weiterhin für die Beschreibung der Rahmenbedingungen über die gesundheitliche Lage und Versorgung konzipiert.

Auf die Gliederung der Indikatoren nach drei Stufen wurde verzichtet.

Die Themenfelder 10 *Ausgaben und Finanzierung* und 11 *Kosten* wurden vorerst ausgesetzt, da noch erhebliche Entwicklungsarbeit zu leisten war, bis die Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens auf Länderebene konsistent darstellbar sind. Den Ländern wurde jedoch empfohlen, auf die Darstellung der Finanzierung und Kosten nicht zu verzichten, wenn Daten verfügbar waren.

Auf die detaillierte Festlegung von Zeitreihen wurde in der überarbeiteten Version verzichtet. Es wurde der Hinweis gegeben, dass Zeitreihen möglichst umfangreich und detailliert aufzubauen sind, also jährlich fortzuschreiben sind.

Als durchgängige Einheiten für regionale Untergliederungen sind die Kreise und kreisfreien Städte, in den Stadtstaaten die Verwaltungsbezirke vereinbart worden.

Den Ländern war überlassen, bei gesundheitspolitischer Notwendigkeit den Indikatorensatz zu erweitern.

### **Konzeption der vorliegenden dritten, neu bearbeiteten Fassung des Indikatorensatzes der Länder**

Im Jahr 2000 wurde von der Arbeitsgruppe GBE der AOLG der Vorschlag zur Überarbeitung des Indikatorensatzes gemacht. Der Vorschlag basierte auf politischen Forderungen nach höherer Transparenz über die gesundheitliche Lage und das Ausmaß sozialer Ungleichheit auf die Gesundheit. Ein weiteres Anliegen bestand darin, eine aktuelle Übersicht über gesundheitliches Verhalten zu bekommen, das die Gesundheit negativ beeinflussen kann. Weiterhin waren

die Probleme der Leistungs- und Kostentransparenz der gesundheitlichen Versorgung neu zu durchdenken und in Abstimmung mit der Entwicklung auf der Bundesebene und in der EU neu zu konzipieren.

Eine weitere Begründung für eine grundlegende Überarbeitung ergab sich aus neu erschlossenen Datenbeständen zur Pflegestatistik, zur ambulanten Morbidität, zur subjektiven Morbidität, zur sozialen Lage, zur gesundheitsökonomischen Situation, die durch neue Statistiken, Surveys und andere Erhebungen verfügbar wurden. Die Umstellung aller diagnosebezogenen Statistiken von der ICD-9 auf die ICD-10 erforderte die Überarbeitung einer Vielzahl von Tabellen. Die Entwicklung von Indikatorenansätzen durch WHO, OECD und EU folgt internationalen Standards, die in der Konsequenz auch für den Indikatorenansatz der Länder zu einer Systematisierung von Indikatoren und einer einheitlichen Kommentierung (Metadatenbeschreibung) führten. Die methodischen Grundlagen, die der 1. und 2. Fassung zu Grunde liegen, reichten für diese anspruchsvolle Zielstellung nicht mehr aus.

Die in den vergangenen Jahren aufgebaute Datenbasis des Statistischen Bundesamtes enthält Indikatoren, die im Rahmen der Überarbeitung des Länderindikatorenansatzes zwischen Bund und Ländern besser abgestimmt werden sollen. Auf diese Weise können methodisch vergleichbare Indikatoren berechnet werden, die eine bessere Übersicht über den Stand der gesundheitlichen Lage und der Versorgung in den Bundesländern erlauben.

Im Jahre 2001 wurde eine überarbeitete Systematik der Indikatoren in die AOLG eingebracht. Auf der Grundlage von Tabellenentwürfen der Themenfelder 2 - 7 wurden folgende Festlegungen getroffen:

- ▶ Alle Indikatoren folgen der Systematik nach Bundes-, Kern- und Länderindikatoren.
- ▶ Für alle Tabellen wird eine durchgängig einheitliche Tabellengestaltung vorgenommen.
- ▶ Die Altersstrukturierung wird weiterhin nach 5-Jahres-Altersgruppen vorgenommen und bis zu den Altersgruppen 95+ Jahre erweitert.
- ▶ Die Kommentierungen folgen einheitlichen Grundsätzen.
- ▶ Die regionale Gliederung erfolgt zusätzlich durch die Länder.
- ▶ Bundes- und Kernindikatoren sind mit dem IS-GBE Bund, den Indikatorenansätzen der WHO, OECD und der EU abzuklären.
- ▶ Ab dem Berichtsjahr 2000 ist eine vollständige Umstellung auf die ICD-10 vorzunehmen.
- ▶ Methodische Grundfragen werden mit dem RKI, dem Statistischen Bundesamt, Eurostat und der WHO abgestimmt.

Das Land Nordrhein-Westfalen übernahm als Vorsitzland die Gesamtkoordinierung. Der Beschluss der 7. AOLG betraf auch die Übertragung der sehr aufwendigen Indikatorenüberarbeitung an das Iögd.

Der Arbeitsgruppe GBE der AOLG wurde im Jahre 2002 das Konzept sowie die Strukturierung der Themenfelder und die Indikatorengestaltung vom Iögd vorgelegt. Erste Abstimmungen mit Eurostat und Datenhaltern hatten stattgefunden. Insbesondere für die Themenfelder 10 und 11 wurden weitere Abstimmungen erforderlich. Deshalb wurde eine länderoffene Unterarbeitsgruppe eingerichtet.

In dieser Arbeitsgruppe wirkten Vertreter der Länder Rheinland-Pfalz und Baden-Württemberg mit, die umfassendsten Abstimmungen erfolgten mit dem Statistischen Bundesamt und BASYS. In Verbindung mit der Neukonzipierung der Gesundheitsausgaben- und Gesundheitspersonalrechnung auf Bundesebene gestalteten sich die Abstimmungen als sehr aufwendig, da bis zu diesem Zeitpunkt sowohl die Gesundheitsausgaben- als auch die Gesundheitspersonalrechnung Rechenroutinen und Auswertungen nur auf Bundesebene vorliegen hatten. Es stellte sich heraus, dass in die Abstimmungen auch das Themenfeld 8 zum Gesundheitspersonal einbezogen werden musste.



## Festlegungen zur Unterstützung der Länder für die Fertigstellung des Indikatorensatzes

Folgende Länder erklärten sich bereit, bei der weiteren Abstimmung von Indikatoren und bei der Abfassung der Metadatenbeschreibungen (Kommentierung) Unterstützung zu geben:

Themenfeld 2	Berlin	Indikatoren und Kommentierung
Themenfeld 3	Niedersachsen, NRW	Indikatoren und Kommentierung
Themenfeld 4	RKI, NRW	Indikatoren und Kommentierung
Themenfeld 5	Hamburg, NRW	Indikatoren und Kommentierung
Themenfeld 6	Mecklenburg-Vorpommern	Indikatoren
	Schleswig-Holstein, NRW	Indikatoren
	Berlin, NRW	Kommentierung
Themenfeld 7	Mecklenburg-Vorpommern	Indikatoren, Kommentierung
	Schleswig-Holstein, NRW	Indikatoren, Kommentierung
	Baden-Württemberg	Kommentierung
	Berlin	Ergänzungen zu Ind. und Komm.
Themenfeld 8	NRW, Berlin	Indikatoren und Kommentierung
	StBA, BASYS	Indikatoren und Kommentierung
Themenfeld 9	Berlin, NRW	Indikatoren und Kommentierung
Themenfeld 10	NRW, StBA, BASYS	Indikatoren und Kommentierung
	Rheinland-Pfalz, Baden-Württ.	
Themenfeld 11	NRW	Indikatoren und Kommentierung
Einführungstext	NRW	
Statistische Methoden	NRW	
Weitere Anhänge	NRW	
Gesamtabfassung	NRW	

## Definition von Indikatoren und Gliederung der Metadatenbasis

Indikatoren sind Marker für die gesundheitliche Lage, Ressourcen und Leistungen im Gesundheitswesen, die ein Monitoring von Zielen und Dienstleistungen im Gesundheitssektor gestatten. Indikatoren stellen Variablen dar, die helfen, Änderungen im erreichten Niveau z. B. von Gesundheitszielen festzustellen (Definition s. HFA 21: [www.who.deficrit.htm](http://www.who.deficrit.htm)). Indikatoren werden für Health Monitoring und Health Surveillance genutzt. Sie werden aus Gesundheitsstatistiken oder Surveys abgeleitet, stellen aggregierte Sachverhalte dar und sollten durch Benchmarking sowie zusätzliche Qualitätskriterien eine besondere Aussagefähigkeit besitzen. Sie sind wichtiger Bestandteil von Gesundheitsberichten.

Der Gesundheitsindikatorensatz der Länder orientiert sich an einem Konzept, das die Relevanz und Erstellbarkeit von Gesundheitsindikatoren auf unterschiedlichen Ebenen berücksichtigt. Es werden folgende Gruppen von Indikatoren unterschieden:

- ▶ *Kernindikatoren (K)*  
sollten von allen Bundesländern vorgehalten werden; sie sollten EU-kompatibel sein. Kernindikatoren überwiegen von der Bedeutung gegenüber Länderindikatoren, sie sollten grundsätzlich zwischen den Ländern vergleichbar sein.
- ▶ *Länderindikatoren (L)*  
können zusätzlich in den Ländern geführt werden, wenn dafür gesundheitspolitische Prioritäten bestehen; Indikatoren im Regionalvergleich werden grundsätzlich als Länderindikatoren geführt.

### ► *Bundesindikatoren (B)*

werden vom Statistischen Bundesamt, dem RKI und anderen Datenhaltern auf Bundesebene berechnet und dort vorgehalten. Bundesindikatoren werden in der Regel verwendet, wenn keine Länderdaten zur Verfügung stehen.

Nach der inhaltlichen Bestimmung wird zwischen folgenden drei Indikatorenarten unterschieden:

1. Zeitreihen
2. Landestabellen
3. Regionaltabellen.

Aus der Tabellenüberschrift ist ersichtlich, welche Tabellenart vorliegt.

### **Zeitreihen**

dienen der Übersicht über Trends, während die **Landestabellen** in der Regel eine Übersicht über ein Jahr geben, die Summenzeile von Landestabellen wird für die Erstellung von Zeitreihen genutzt.

### **Regionaltabellen**

enthalten Gliederungen nach Kreisen/kreisfreien Städten/Stadtbezirken und dienen als wichtige Unterlage für die kommunale Gesundheitsberichterstattung. Die Regionaltabellen können den Grundstock einer kommunalen Gesundheitsberichterstattung bilden.

### **Die Metadatenbeschreibung**

enthält nach Zustimmung der Mitglieder der AG GBE folgende Merkmale:

- Definition und Bedeutung des Indikators
- Datenhalter
- Datenquelle
- Periodizität
- Validität der Daten, Qualitätsbewertung, Einschränkungen
- Kommentar, Beschreibung der Datensammlung, Regionalisierung
- Vergleichbarkeit mit EU-, WHO- und OECD-Indikatoren
- Originalquellen/Publication der Originaldaten
- Dokumentationsstand (Datum der Abfassung oder Aktualisierung sowie Benennung der Einrichtung bzw. des Datenhalters, der die Abstimmung des Indikators und des Textes der Metadatenbeschreibung unterstützt hat).

### **Arten von Indikatoren**

Wir unterscheiden folgende Arten von Indikatoren:

1. Determinanten (determinants): z. B. Lebensweise, Gesundheitsverhalten, Risikofaktoren, Umweltfaktoren. Determinanten wie Rauchverhalten haben erheblichen Einfluss auf die gesundheitliche Lage. Bevölkerungsangaben zählen zu den demographischen Gesundheitsdeterminanten.
2. Ergebnisindikatoren (outcome indicators): z. B. Inzidenz, Behandlungsergebnis, Tod.
3. Prozessindikatoren (process indicators): z. B. stationäre Behandlungen, Verweildauer, ärztliche Konsultationen, Kosten.

Bei der Kommentierung wird beschrieben, ob es sich um Ergebnis-, Prozessindikatoren oder Gesundheitsdeterminanten handelt.

Die WHO gebraucht in ihrem HFA-21-Indikatorensatz zusätzlich folgende Gliederung:

- ▶ Generische Indikatoren (generic indicators) für definierte Bereiche, z. B. Rauchverhalten. Ein generischer Indikator wäre demzufolge das Rauchverhalten von Männern und Frauen.
- ▶ Operative Indikatoren (operational indicators) sind präzisierte numerische (quantitative) Indikatoren, z. B. der Prozentanteil von 15- bis 19-jährigen Frauen, die 10 - 19 Zigaretten pro Tag rauchen.

Eine weitere Gliederung von Indikatoren bezieht sich auf

- ▶ Numerische Indikatoren wie Ratios, prozentuale Anteile, Raten,
- ▶ Qualitative Indikatoren, z. B. Vorhandensein oder Fehlen eines Merkmals.

Im GMK-Indikatorensatz werden alle aufgeführten Arten von Indikatoren verwendet.

### Zweck, Ziel und Nutzerkriterien von Indikatoren

Indikatoren nehmen einen hohen Stellenwert im Rahmen einer indikatorgestützten Gesundheitsberichterstattung ein. Sie erfüllen folgenden Zweck und folgende Ziele:

- ▶ Indikatoren stellen ein wichtiges Werkzeug zur Formulierung und Umsetzung von Gesundheitspolitik dar.
- ▶ Indikatoren ermöglichen Fortschrittskontrolle, z. B. durch Monitoring und Evaluation der gesundheitlichen Lage.
- ▶ Indikatoren stellen Maßstäbe dar; die Länder können sich mit Hilfe von Indikatoren gegenseitig vergleichen.
- ▶ Indikatoren verbessern die Möglichkeit zur Kommunikation und Koordinierung. Sie können wichtige Informationen über gesundheitspolitische Prioritäten geben.
- ▶ Die Daten sollen nach Möglichkeit verfügbar sein, die Beschreibung der Indikatoren sollte verständlich sein und das Auffinden von Indikatoren sollte durch bedienerfreundliche Software erleichtert werden. Indikatorensätze der Länder sollten über das Internet einem breiten Nutzerkreis zugänglich gemacht werden.

### Qualitätsanforderungen an Indikatoren

Die EU und die WHO fordern folgende Qualitätskriterien für Gesundheitsindikatoren:

- ▶ Die *Validität* reflektiert die Qualität eines Messinstrumentes, wenn es wirklich erfasst, was es auch messen soll. Validität beschreibt, wie sehr das Ergebnis mit der Realität übereinstimmt, d. h. die Abwesenheit von Verzerrungen oder Fehlern (bias).
- ▶ *Objektivität* bedeutet die Unabhängigkeit des Messergebnisses von der Person des Untersuchers.
- ▶ *Sensitivität* charakterisiert die Fähigkeit, Änderungen im beobachteten Phänomen zu reflektieren.
- ▶ *Spezifität* reflektiert nur Änderungen im spezifischen Phänomen. Spezifität und Sensitivität werden überwiegend bei der Bewertung von Screeningverfahren eingesetzt, um die Erkrankten und Gesunden eindeutig zu identifizieren. Im übertragenen Sinn können die Begriffe auch für Indikatoren genutzt werden.

Qualitätsbewertungen (quality assessment) wurden in der Metadatenbasis in Abstimmung mit Datenhaltern vorgenommen, soweit dies möglich ist. Zu unterscheiden ist zwischen der Qualitätsbewertung der benutzten Datenquelle einerseits und der Qualitätssicherung eines Indikators, z. B. durch Gewährleistung der Vergleichbarkeit, des Wohnortbezuges, Wahl der validen Datenquelle usw. Bisher war es nicht üblich, Qualitätsbewertungen von Datenquellen vorzunehmen, so dass eine umfassende Beurteilung der Datenqualität nur bei einigen Indikatoren vorgenommen werden konnte.

## Methodische Grundlagen

Indikatoren stellen vergleichbare Datentableaus dar, an die besonders hohe Anforderungen gestellt werden. Deshalb werden einige statistische Verfahren und Methoden zur Anwendung gebracht, die die internationale, nationale und regionale Vergleichbarkeit gewährleisten. Dem wissenschaftlichen Erkenntnisstand ist dabei Rechnung zu tragen, der gegenwärtig durch das New Public Health Programme der EU, speziell durch das Health Monitoring Programme und die methodischen Grundlagen zum HFA-21-Indikatorensatz, zum EU-Indikatorenkonzept ECHI und zum OECD-Indikatorensatz geprägt ist.

Folgende methodische Grundlagen liegen nach Abstimmungen mit dem Ausschuss GBE, dem Statistischen Bundesamt und dem Robert Koch-Institut dem Indikatorensatz der Länder zu Grunde:

- ▶ Die Indikatoren zum Gesundheitszustand der Bevölkerung (Themenfeld 3) wurden neu systematisiert. Die 119 Indikatoren folgen den zwei Schwerpunkten:
  - I Allgemeine Übersicht zur Mortalität und Morbidität
  - II Krankheiten/Krankheitsgruppen.Die wichtigsten Hauptdiagnosegruppen wurden der Gliederung zu Grunde gelegt, dabei wurde beachtet, dass Zeitreihen vorangestellt wurden, Angaben zur Inzidenz/Prävalenz folgen, anschließend kommen Indikatoren zur stationären Morbidität, zur Arbeitsunfähigkeit, zu medizinischen Leistungen zur Rehabilitation, zu Rentenzugängen und -bestand sowie zur Sterblichkeit (s. Vorbemerkungen zum Themenfeld 3).
- ▶ *Altersstandardisierung* für bevölkerungsbezogene Daten. Die Auswahl zwischen der Europabevölkerung alt (1966/1976) oder der Europabevölkerung neu (1991) wurde zu Gunsten der Europabevölkerung alt (1966) entschieden, um die internationale Vergleichbarkeit zu sichern. Für die Vergleichbarkeit von Indikatoren im Regionalvergleich (Kreistabellen) wird die Anwendung der indirekten Altersstandardisierung (SMR) vorgenommen, um die Ergebnisse interpretierbar zu halten. Eurostat konnte keine Empfehlungen zur Altersstandardisierung geben.
- ▶ Die Übernahme der *Erweiterung der Altersgruppenstruktur* aufgrund der Alterung der Bevölkerung von *85 Jahre und älter* bis auf *95 Jahre und älter*. Ab dem Berichtsjahr 2000 wird die Altersgruppierung auf die Altersgruppen 95 Jahre und mehr entsprechend der Festlegungen der WHO auch im Statistischen Bundesamt erhöht. Alle Indikatoren mit Altersgruppierung werden entsprechend angepasst, das bezieht sich auch auf Statistiken anderer Datenhalter als der Statistischen Landesämter. Falls in einigen Ländern die zusätzlichen Altersgruppen noch nicht in den statistischen Tabellen ausgewiesen sind, kann die bisherige Altersgruppenstruktur vorübergehend weitergeführt werden.
- ▶ Zur Darstellung der *Lebenserwartung bei guter Gesundheit*, (z. B. DALY (disability adjusted life years), DALE (disability-adjusted life expectancy), QALY (quality-adjusted life years), Health Expectancy (disability-free life expectancy)) wurde nach Absprachen mit dem Robert Koch-Institut und dem Statistischen Bundesamt die *Gesunde Lebenserwartung* (Health Expectancy) favorisiert. Als Grundlage können Daten von Gesundheits-surveys oder der Statistik der Schwerbehinderten genutzt werden. Die Berechnung erfolgt mit den Prävalenzdaten der Schwerbehinderten nach der Sullivan-Methode. Daten der Pflegeversicherung können zusätzlich zur Berechnung einer *pflegebehinderungsfreien Lebenserwartung* herangezogen werden (s. auch Anhang 1: Statistische Methoden). Nach Prüfung mehrerer Modelle und vorliegender amtlicher Daten (Statistik der Schwerbehinderten) wird die Berechnung der *Behinderungsfreien Lebenserwartung* als Indikator aufgenommen. Dazu liegen sowohl auf Länder- als auch auf regionaler Ebene Daten über Schwerbehinderte vor, die herangezogen werden können.

- ▶ Zur Darstellung der *sozialen Lage* werden Berechnungen nach Winkler zum sozialen Schichtindex bei Daten des Bundes-Gesundheitssurveys im Themenfeld 4 vorgenommen. Zusätzlich wird in der Methodenbeschreibung eine Berechnungsgrundlage zur Clusterdarstellung sozialer Unterschiede auf ökologischem Niveau (Kreise, kreisfreie Städte) empfohlen (s. Anhang 1: Statistische Methoden). Für den Regionalvergleich ist die Vergleichbarkeit in hohem Maße von den sozioökonomischen Profilen abhängig. Es wird vorgeschlagen, aus sieben Indikatoren des Themenfeldes 2 und einem zusätzlichen Indikator zur Bevölkerungsdichte (Einwohner/qkm) eine Typisierung der kreisfreien Städte/Kreise/Stadtbezirke vorzunehmen, mit der sich Unterschiede von Gesundheitsdaten, z. B. in der Lebenserwartung oder dem Anteil untergewichtiger Lebendgeborener durch die soziale Lage erklären lassen.
- ▶ *Altersgrenzen für PYLL* (Potential Years of Life Lost) 1 - 64 oder 1 - 69 Jahre *und für Fertilität* (15 - 44 oder 15 - 49 Jahre). Da es international bisher keine eindeutigen Festlegungen gibt, werden die bisherigen Altersgrenzen für PYLL 1 - 64 Jahre und für Fertilität 15 - 44 Jahre beibehalten. Grundlage für den Bezug auf die Bevölkerung weiblich, männlich, insgesamt, nach Altersgruppen, Stichtags- und durchschnittliche Bevölkerung ist die Statistik der Statistischen Landesämter *Fortschreibung des Bevölkerungsstandes*.
- ▶ Die Berechnung der *vermeidbaren Sterblichkeit*. Es gibt keine verbindliche Regelung für eine Diagnosenliste, die die Grundlage für die Berechnung der vermeidbaren Sterblichkeit darstellt. Deshalb wird auf Wunsch der Länder die bisherige Diagnosenliste weitergeführt.

Drei Listen standen zur Diskussion:

1. Die im gegenwärtigen Indikatorensatz verwendete Liste mit 8 Diagnosen/Diagnosegruppen, von denen 6 Diagnosen/Diagnosegruppen für kreisliche Berechnungen geeignet waren (s. Indikatoren 3.13 und 3.14).
  2. Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen schlägt folgende Diagnosen für die Berechnung vor: perinatale Sterbefälle, Tuberkulose, bösartige Neubildung der Cervix uteri, Morbus Hodgkin, chronisch rheumatische Herzkrankheiten, Bluthochdruck, Erkrankungen des zerebrovaskulären Systems, Appendizitis, Gallensteinerkrankungen und mütterliche Sterbefälle. Von dieser Liste sind nur 2 - 3 für eine kreisliche Darstellung aufgrund geringer Häufigkeiten geeignet. Gegenüber dem bisher genutzten Diagnoseprofil (der WHO) bestehen erhebliche Abweichungen.
  3. Die EU verwendet eine Liste mit 16 Diagnosen/Diagnosegruppen, von denen drei für eine kreisliche Darstellung geeignet sind. Es handelt sich um folgende Diagnosen/Diagnosegruppen: Tuberkulose, Brustkrebs, Cervixkarzinom, Corpuskarzinom, Morbus Hodgkin, chronisch rheumatische Herzkrankheiten, ischämische Herzkrankheiten, Hypertonie und cerebrovaskuläre Krankheiten, Krankheiten des Atmungssystems, Asthma, Magen/Darmgeschwüre, Appendizitis, Hernien, Gallenblasenentzündung, Müttersterbefälle, perinatale Sterbefälle.
- ▶ Die Überarbeitung der Themenfelder 6 - 8 und 10 erfolgte auf der Grundlage neuer Berechnungsgrundlagen und Systematiken der *Gesundheitsausgaben- und der Gesundheitspersonalrechnung* des Statistischen Bundesamtes und der Modellrechnung von BASYS.

Die Gliederung von Indikatoren zu Einrichtungen und Leistungen des Gesundheitswesens, zu Gesundheitsberufen und zur Finanzierung des Gesundheitswesens wurden der neuen Gesundheitsausgabenrechnung und der neuen Gesundheitspersonalrechnung des Statistischen Bundesamtes angepasst. Bei der Überarbeitung der Themenfelder 8 und 10 zu Beschäftigten und zur Finanzierung des Gesundheitswesens sind außerdem gesundheitsökonomische Basisdaten berücksichtigt worden, die von BASYS erarbeitet wurden. Indikatoren zum Gesundheitspersonal liegen erst in einigen Jahren auf Länderebene als

Ergebnis der neuen Gesundheitspersonalrechnung vor. Deshalb werden bei der überwiegenden Zahl der Indikatoren Datenquellen in den Ländern zur Nutzung empfohlen, die auch für eine künftige Gesundheitspersonalrechnung auf Länderebene als Datenquelle dienen werden.

- ▶ Die Indikatoren des Themenfeldes 5 *Gesundheitsrisiken aus der Umwelt* wurden im Jahr 2002 dem Ausschuss Umwelt und Gesundheit der AOLG in der überarbeiteten Fassung zur Kenntnis gegeben. Dem Ausschuss Krankenhauswesen der AOLG wurde der Indikator zu herzchirurgischen Eingriffen zur Abstimmung vorgelegt.
- ▶ Die Systematik für die Kennziffern sollte ein künftiges Datenbankmodell und die Ableitung eines kommunalen Indikatorensatzes nicht behindern. Die Themenfelder behalten eine zweistellige Gliederung, die laufenden Indikatorennummern eine dreistellige Gliederung, das Berichtsjahr wird vierstellig geführt. Für länderspezifische Ergänzungen werden zwei weitere Stellen vorgesehen. Insgesamt werden die Indikator-IDs somit 11-stellig. Die Indikatorentabellen werden wie bisher in Excel geführt. Der komplette neue Indikatorensatz wird ins Internet gestellt und zusätzlich den Ländern als Excel- und Word-Datei übergeben. Länderspezifische Anpassungen, z. B. der Regionaltabellen, sind in den Ländern vorzunehmen.

### Struktur des GMK-Indikatorenatzes

Die Bezeichnung der Themenfelder wird beibehalten, die Zahl der Indikatoren hat sich verändert. Die Themenfelder wurden unter Zugrundelegung einer durchgehenden Systematik neu strukturiert.

Die dritte, neu bearbeitete Fassung enthält zu den Themenfeldern folgende Anzahl von Indikatoren, darunter Zeitreihen (Z):

#### Übersicht Nr. 1: Themenfelder und Anzahl von Indikatoren

01	Gesundheitspolitische Rahmenbedingungen	keine Indikatoren, Text	
02	Bevölkerung und bevölkerungsspezifische Rahmenbedingungen	24 Indikatoren, dar.	9 Z.
03	Gesundheitszustand der Bevölkerung	119 Indikatoren, dar.	28 Z.
04	Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen	13 Indikatoren, dar.	0 Z.
05	Gesundheitsrisiken aus der Umwelt	14 Indikatoren, dar.	2 Z.
06	Einrichtungen des Gesundheitswesens	22 Indikatoren, dar.	7 Z.
07	Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsversorgung	38 Indikatoren, dar.	16 Z.
08	Beschäftigte im Gesundheitswesen	29 Indikatoren, dar.	15 Z.
09	Ausbildung im Gesundheitswesen	4 Indikatoren, dar.	2 Z.
10	Ausgaben und Finanzierung	26 Indikatoren, dar.	8 Z.
11	Kosten	8 Indikatoren, dar.	1 Z.
<b>Insgesamt</b>		<b>297 Indikatoren, dar.</b>	<b>88 Z.</b>
<b>Davon nach Indikatorengruppen</b>			
	Kernindikatoren (K)	110	37 %
	Bundesindikatoren (B), (B/L)	46	15 %
	Länderindikatoren (L)	141	48 %
<b>Nach Tabellenart</b>			
	Zeitreihen	88	30 %
	Landestabellen über 1 Jahr	128	43 %
	Landestabellen über mehrere Jahre	32	11 %
	regionale Gliederung (Kreise)	49	16 %

Von 227 Indikatoren der Themenfelder 2, 3, 4, 7, 8 und 9 sind 155, das entspricht 68 %, geschlechtsspezifisch untergliedert.

Aktive Unterstützung bei der Überarbeitung der Indikatoren und Metadatenbeschreibungen haben die Länder Berlin, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein, Niedersachsen, Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz geleistet (s. Anhang 3: Autoren).

### **Abstimmungen mit den Datenhaltern**

Indikatoren werden künftig in größerem Umfang als bisher von Datenhaltern der Länder und auf Bundesebene bereitgestellt. Dazu erfolgten umfassende Absprachen in mehreren Bundesländern, die an der Überarbeitung des GMK-Indikatorensatzes mitgewirkt haben, mit den Datenhaltern in diesen Bundesländern.

Datenhalter auf der Ebene der Länder sind z. B. die Statistischen Landesämter, die Ärztekammern, die Apothekerkammern, die Psychotherapeutenkammern, die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, die Chemischen-, Lebensmittel- und Veterinäruntersuchungsämter, die Obersten Landesgesundheitsbehörden, die Krebsregister, die Landesverbände der gewerblichen Berufsgenossenschaften, die Landesarbeitsämter, die Umweltbehörden der Länder.

Datenhalter auf Bundesebene sind z. B. das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, das Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit, das Statistische Bundesamt, das Robert Koch-Institut, das Paul-Ehrlich-Institut, das Bundesinstitut für Risikobewertung, das Deutsche Rheuma-Forschungs-Zentrum Berlin, der Hauptverband der Gewerblichen Berufsgenossenschaften, die Kooperation Deutscher Heilpraktikerverbände, das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, das Umweltbundesamt, der Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, das Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung (s. Anhang 2). Mit allen Datenhaltern auf Bundesebene wurden die entsprechenden Indikatoren und Metadatenbeschreibungen gemeinsam erarbeitet und die Datenverfügbarkeit geprüft. Die Bereitschaft, die Indikatoren für alle Bundesländer und BRD insgesamt zu erstellen, ist bei den Datenhaltern vorhanden. Dadurch sind die Voraussetzungen gegeben, dass dieser Teil der Indikatoren vergleichbar zwischen den Ländern ist.

Zusätzlich wurden einige Experten in die Abstimmung zu Indikatoren und Kommentierungen einbezogen. Dazu zählen Experten von BASYS, die bei der Strukturierung und Gestaltung aller Indikatoren, die auf der Gesundheitsausgaben- und -personalrechnung beruhen, umfassende Hilfe gewährt haben. Dazu zählen auch Experten aus dem ZEFIR der Universität Bochum, die die bereits bewährte Methode zur Gebietstypisierung für Kreise, kreisfreie Städte und Stadtbezirke (s. Anhang 1) für den Indikatorensatz bereitgestellt haben.

Das Einvernehmen mit den Datenhaltern wird bei der Umsetzung des Indikatorensatzes dazu führen, dass künftig die Datenbereitstellung erleichtert wird, da wir entsprechende Belange vieler Datenhalter in der Tabellenstruktur berücksichtigen konnten. Eine große Übereinstimmung wurde sowohl mit dem Robert Koch-Institut als auch mit dem Statistischen Bundesamt erzielt, die die Umsetzung des Indikatorensatzes aktiv unterstützen werden.

Um die Autorenrechte der Datenhalter zu wahren, werden Indikatoren, die von Datenhaltern bereitgestellt werden, in folgender Weise mit einem Copyright-Vermerk unter der entsprechenden Tabelle versehen:

Bezeichnung der Datenquelle

© Datenhalter: z. B. Statistisches Landesamt, RKI, Ort, Jahr

Vervielfältigung und Weitergabe unter Angabe der Quelle gestattet

## **Internationale Vergleichbarkeit**

Für alle Indikatoren wurde die internationale Vergleichbarkeit mit WHO-, OECD- und dem EU-Indikatorenkatalog geprüft. Dazu gibt es entsprechende Vermerke und Verweise unter dem Item *Vergleichbarkeit* bei der Metadatenbeschreibung. Mindestens 30 - 40 % der Indikatoren sind direkt oder aber bedingt vergleichbar mit den drei angeführten internationalen Indikatorenansätzen.

Während der GMK-Indikatorenansatz aus Tabellen besteht, enthalten die drei angeführten Indikatorenansätze nur jeweils eine Maßzahl, die den Indikator repräsentiert. Die Mitglieder des Ausschusses GBE wollten das System der Indikatorentabellen beibehalten. Zusätzlich kann pro Tabelle eine einzelne Maßzahl als Indikator markiert und auch graphisch dargestellt werden. Die Tabellen bieten den Vorteil der besseren Übersicht über das im Indikator dargestellte Problem der gesundheitlichen Lage oder Versorgung, die Maßzahl dient der schnellen Orientierung für Politiker und Bürger über die Lage in der entsprechenden Region. Insofern können die Indikatorentabellen vielfältig als Basis für Gesundheitsberichterstattung, gesundheitspolitische Entscheidungen und Information genutzt werden.







## **Themenfeld 1: Gesundheitspolitische Rahmenbedingungen**

---

## **Thematic domain 1: Health policy settings**

### **Anmerkung zum Themenfeld 1**

In diesem Themenfeld wird in freier Form über die Rahmenbedingungen in den Ländern berichtet, die die gesundheitliche Lage und Versorgung der Bevölkerung im Berichtszeitraum beeinflusst haben. Darunter fallen insbesondere:

- ▶ Die gesundheitspolitische Programmatik sowie die entsprechenden Ziele und Maßnahmen des Landes,
- ▶ Veränderungen der rechtlichen Rahmenbedingungen (z.B. Gesetze zu Gesundheitsreformen des Bundes, Gesetze über den öffentlichen Gesundheitsdienst der Länder),
- ▶ Veränderungen der wirtschaftlichen, finanziellen, sozialen und politischen Rahmenbedingungen (z.B. Strukturwandel der Wirtschaft, finanzielle Situation des Landes und der Kommunen usw.),
- ▶ Einfluss der Globalisierung und von internationalen Entwicklungen (z.B. das New Public Health Programme der EU für die Jahre 2003-2008, Bedrohung durch Bioterrorismus) auf die gesundheitliche Versorgung in den Ländern usw.





## **Themenfeld 2: Bevölkerung und bevölkerungsspezifische Rahmenbedingungen**

---

### **Bevölkerung**

Bevölkerung nach Strukturmerkmalen  
Bevölkerungsbewegung

### **Wirtschaftliche und soziale Lage**

Bildungsstand  
Erwerbstätigkeit und Einkommen  
Alleinerziehende  
Soziale Lage

## **Thematic domain 2: Population and population-specific conditions of the health system**

### **Population**

Population by structural features

Population movement

### **Economic and social status**

Educational status

Employment and income

Single parents

Social status

## Vorbemerkungen zu Themenfeld 2

Im Themenfeld *Bevölkerung und bevölkerungsspezifische Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems* werden die Bevölkerungsstruktur und die Entwicklung ihrer sozioökonomischen Elemente wie Haushaltsstruktur, Erwerbslosigkeit und Armut beschrieben, die Einfluss auf den Gesundheitszustand und die gesundheitliche Versorgung ausüben. Überwiegend werden diese Sachverhalte indikatorengestützt dargestellt. Relevante Aspekte zur sozioökonomischen Situation, die zur Bewertung der gesundheitlichen Lage auf regionaler Ebene erforderlich sind, werden in mehreren Indikatoren, die zu den Gesundheitsdeterminanten zählen, dargestellt.

Die Angaben bieten neben einem umfassenden soziodemographischen Überblick auch die Grundlagen für erforderliche Berechnungen und Analysen in den folgenden Themenfeldern.

Indikatoren zum Bildungsstand, zur Erwerbstätigkeit und zum Einkommen, über Alleinerziehende und zur sozialen Lage bilden die Basis für Berechnungsmethoden einer regionalisierten Sozialstruktur (s. Anhang 1: Statistische Methoden).

Die Erweiterung der Indikatoren des Themenfeldes 2 betrifft eine detaillierte Übersicht über die Altersstruktur der deutschen und ausländischen Bevölkerung sowie eine Geschlechtsdifferenzierung aller Indikatoren, soweit es dazu Daten gibt.

Bei den Datenquellen wurde auf regelmäßig verfügbare amtliche Statistiken zurückgegriffen, beim Mikrozensus wurden Standardauswertungen zugrunde gelegt.

Die Kommentare sind weitestgehend den entsprechenden Begriffserklärungen der jeweiligen amtlichen Statistik entnommen.



## 2.1

**Bevölkerung nach Geschlecht, Land, im Zeitvergleich****Definition**

Bevölkerungsdaten werden als Grundlage zur Planung der medizinischen Versorgung und als Nennerpopulation für die Bildung von Kennziffern (Raten und Ratios) benötigt. Zur Bevölkerung gehören alle Personen, die in Deutschland ihren (ständigen) Wohnsitz haben einschließlich der hier gemeldeten Ausländerinnen und Ausländer sowie Staatenlosen. Nicht zur Bevölkerung zählen hingegen die Angehörigen der ausländischen Stationierungstreitkräfte sowie die der ausländischen diplomatischen und konsularischen Vertretungen mit ihren Familienangehörigen.

Gezählt wird die Bevölkerung am Ort der alleinigen bzw. Hauptwohnung im Sinne von § 12 Abs. 2 des Ersten Gesetzes zur Änderung des Melderechtsrahmengesetzes (MRRG) vom 11. März 1994 (BGBl. I S. 529).

Die Fortschreibung des Bevölkerungsstandes erfolgt für die alten Bundesländer und Berlin-West auf der Basis der jeweils letzten Volkszählung (seit 1980: 27.05.1970 bzw. 25.05.1987). In den neuen Bundesländern und Berlin-Ost basiert die Bevölkerungsfortschreibung von 1980 bis zum 30.09.1990 auf den Volkszählungen vom 01.01.1971 bzw. 31.12.1981, seit dem 03.10.1990 auf einer Auszählung des Zentralen Einwohnerregisters der DDR zum gleichen Stichtag.

Die durchschnittliche Bevölkerung ist das arithmetische Mittel aus 12 Monatsdurchschnitten; die Monatsdurchschnitte werden aus dem Bevölkerungsstand am Anfang und Ende der Monate berechnet. Für die Kreise und kreisfreien Städte kann ein vereinfachtes Verfahren angewendet werden, bei dem die arithmetischen Mittelwerte aus dem Bevölkerungsstand jeder Altersgruppe am 31.12. des Vorjahres und am 31.12. des Berichtsjahres gebildet werden. Die Abweichungen zwischen beiden Berechnungsmethoden betragen maximal 0,1 %. In den neuen Bundesländern und Berlin-Ost galt bis 1988 die zum 30.06. fortgeschriebene Einwohnerzahl als Bevölkerungsdurchschnitt.

Da der Wert für die durchschnittliche Bevölkerung nicht als Stichtagszahl zum 30.06 definiert ist, sondern errechnet wird (siehe oben), wurde der früher für diesen Indikator verwendete Begriff *mittlere Bevölkerung* durch den Begriff *durchschnittliche Bevölkerung* ersetzt.

**Datenhalter**

- ▶ Statistische Landesämter

**Datenquelle**

- ▶ Fortschreibung des Bevölkerungsstandes

**Periodizität**

Jährlich, 31.12.

**Validität**

Zur Qualitätsbewertung gibt es seitens der Statistischen Landesämter keine strukturierte und dokumentierte Information. Die Ungenauigkeit von Bevölkerungsangaben nimmt mit dem Abstand von vorangegangenen Volkszählungen (Zensus) zu.

**Kommentar**

Der Indikator zählt zu den demographischen Gesundheitsdeterminanten.

**Vergleichbarkeit**

WHO-Indikator 0010 999999 *Mid-year population*, 0011 999999 *Mid-year male population*, 0012 999999 *Mid-year female population*. Die WHO akzeptiert als mittlere Bevölkerung die Stichtagsbevölkerung vom 1. Juli oder Berechnungen des Bevölkerungsdurchschnitts von 2-Jahres-Beständen zum 31.12. Demzufolge ist die Berechnung der Bevölkerung auf Landesebene in Deutschland genauer. Vergleichbar mit dem OECD-Indikator *Total population*, dem die deutsche Bevölkerungsstatistik zu Grunde liegt. Vergleichbar mit dem bisherigen Indikator 2.1a.

**Originalquellen**

- Publikationen der Länder zu den verwendeten Datenquellen, z. B. Statistisches Jahrbuch.

**Dokumentationsstand**

12.09.2002, SenGesSozV - Berlin/lögd

Indikator (K) 2.1		Bevölkerung nach Geschlecht, Land, im Zeitvergleich						
Jahr	Bevölkerung am 31.12. des Jahres				Durchschnittliche Bevölkerung			
	weiblich	männlich	insgesamt	darunter: Ausländer Anteil in %	weiblich	männlich	insgesamt	darunter: Ausländer Anteil in %
1980								
1985								
1990								
1995								
2000	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 2.1 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>							
2001								
...								
Berichtsj.								

Datenquelle:  
 Statistische Landesämter:  
 Fortschreibung des Bevölkerungsstandes

## 2.2

**Ausländische Bevölkerung nach Geschlecht, Land, im Zeitvergleich****Definition**

Die ausländische Bevölkerung stellt einen Teil der Bevölkerung in Deutschland dar, der sowohl für die Planung der medizinischen Versorgung als auch als Nennerpopulation für die Bildung von Kennziffern (Raten und Ratios) bedeutsam ist. Da Struktur und soziale Lage der ausländischen Bevölkerung sich deutlich von der deutschen unterscheiden, ist eine gesonderte Darstellung erforderlich.

Zur Bevölkerung gehören alle Personen, die in Deutschland ihren (ständigen) Wohnsitz haben einschließlich der hier gemeldeten Ausländerinnen und Ausländer sowie Staatenlosen. Nicht zur Bevölkerung zählen hingegen die Angehörigen der ausländischen Stationierungstreitkräfte sowie der ausländischen diplomatischen und konsularischen Vertretungen mit ihren Familienangehörigen.

Gezählt wird die Bevölkerung am Ort der alleinigen bzw. Hauptwohnung im Sinne von § 12 Abs. 2 des Ersten Gesetzes zur Änderung des Melderechtsrahmengesetzes (MRRG) vom 11. März 1994 (BGBl. I S. 529).

Die Fortschreibung des Bevölkerungsstandes erfolgt für die alten Bundesländer und Berlin-West auf der Basis der jeweils letzten Volkszählung (seit 1980: 27.05.1970 bzw. 25.05.1987). In den neuen Bundesländern und Berlin-Ost basiert die Bevölkerungsfortschreibung von 1980 bis zum 30.09.1990 auf den Volkszählungen vom 01.01.1971 bzw. 31.12.1981, seit dem 03.10.1990 auf einer Auszählung des Zentralen Einwohnerregisters der DDR zum gleichen Stichtag.

Die durchschnittliche Bevölkerung ist das arithmetische Mittel aus 12 Monatsdurchschnitten; die Monatsdurchschnitte werden aus dem Bevölkerungsstand am Anfang und Ende der Monate berechnet. Für die Kreise und kreisfreien Städte kann ein vereinfachtes Verfahren angewendet werden, bei dem die arithmetischen Mittelwerte aus dem Bevölkerungsstand jeder Altersgruppe am 31.12. des Vorjahres und am 31.12. des Berichtsjahres gebildet werden. Die Abweichungen zwischen beiden Berechnungsmethoden betragen maximal 0,1 %. In den neuen Bundesländern und Berlin-Ost galt bis 1988 die zum 30.06. fortgeschriebene Einwohnerzahl als Bevölkerungsdurchschnitt.

Da der Wert für die durchschnittliche Bevölkerung nicht als Stichtagszahl zum 30.06. definiert ist, sondern errechnet wird (siehe oben), wurde der früher für diesen Indikator verwendete Begriff *mittlere Bevölkerung* durch den genaueren Begriff *durchschnittliche Bevölkerung* ersetzt.

**Datenhalter**

- ▶ Statistische Landesämter

**Datenquelle**

- ▶ Fortschreibung des Bevölkerungsstandes

**Periodizität**

Jährlich, 31.12.

**Validität**

Zur Qualitätsbewertung gibt es seitens der Statistischen Landesämter keine strukturierte und

dokumentierte Information. Die Ungenauigkeit von Bevölkerungsangaben nimmt mit dem Abstand von vorangegangenen Volkszählungen (Zensus) zu.

**Kommentar**

Die Basistabelle zur ausländischen Bevölkerung wird pro Kreis/kreisfreier Stadt/(Stadt-)Bezirk der Stadtstaaten als Länderindikator geführt, s. Indikator 2.6.

Der Indikator zählt zu den demographischen Gesundheitsdeterminanten.

**Vergleichbarkeit**

Es gibt keine WHO-, OECD- und EU-Indikatoren mit Angaben zur ausländischen Bevölkerung. Nur teilweise mit dem bisherigen Indikator 2.1a vergleichbar.

**Originalquellen**

- Publikationen der Länder zu den verwendeten Datenquellen, z. B. Statistisches Jahrbuch.

**Dokumentationsstand**

12.09.2002, SenGesSozV - Berlin/lögd

Indikator (K) 2.2	Ausländische Bevölkerung nach Geschlecht, Land, im Zeitvergleich						
	Jahr	Ausländische Bevölk. am 31.12. d. Jahres			Durchschnittliche ausländische Bevölk.		
		weiblich	männlich	insgesamt	weiblich	männlich	insgesamt
	1980						
	1985						
	1990						
	1995	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 2.2 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>					
	2000						
	2001						
	...						
	Berichtsjahr						

Datenquelle:  
 Statistische Landesämter:  
 Fortschreibung des Bevölkerungsstandes

## 2.3

**Bevölkerung nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr****Definition**

Die Struktur der Bevölkerung nach Altersgruppen und Geschlecht wird für die Berechnung alters- und geschlechtsspezifischer Raten, speziell zur gesundheitlichen Lage der Bevölkerung, benötigt.

Die WHO empfiehlt im Regelwerk zur Internationalen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-9 und ICD-10), bestimmte Altersklassen für die Gruppierung von Bevölkerungs- und Erkrankungsdaten zu bilden, um die internationale Vergleichbarkeit zu gewährleisten. Als die gebräuchlichste Form der Darstellung hat sich die 5-Jahres-Altersgruppierung, gegliedert nach Geschlecht, durchgesetzt. Säuglinge werden gesondert betrachtet. Bis Ende des 20. Jahrhunderts war die Begrenzung bis auf die Bevölkerungsgruppe 85 Jahre und älter festgelegt. Aufgrund der gestiegenen Lebenserwartung hat die WHO festgelegt, für Europa die Altersgruppen bis auf 95 Jahre und älter zu erhöhen.

Die Definition der Bevölkerung sowie der Berechnung der durchschnittlichen Bevölkerung ist in der Metadatenbeschreibung zum Indikator 2.1 enthalten.

**Datenhalter**

- ▶ Statistische Landesämter

**Datenquelle**

- ▶ Fortschreibung des Bevölkerungsstandes

**Periodizität**

Jährlich, 31.12.

**Validität**

Zur Qualitätsbewertung gibt es seitens der Statistischen Landesämter keine strukturierte und dokumentierte Information. Bevölkerungszahlen werden aus der Fortschreibung der Bevölkerung entnommen, deshalb sind kleinere Abweichungen zu einer Zensus-Population möglich.

**Kommentar**

Die Altersgruppen entsprechen denen der europäischen Standardbevölkerung, ergänzt um die Altersgruppen von 85 - 89 und 90 - 94 Jahren sowie 95 Jahre und älter. Ab dem Jahr 2000/2001 werden die zusätzlichen Altersgruppen schrittweise in die amtlichen Statistiken übernommen. Die demographische Basistabelle zur Altersstruktur der Bevölkerung wird pro Kreis/kreisfreier Stadt/(Stadt-)Bezirk der Stadtstaaten bei Bedarf als Länderindikator im Hintergrund (sog. Indikator der zweiten Reihe) geführt.

Der Indikator zählt zu den demographischen Gesundheitsdeterminanten.

**Vergleichbarkeit**

Vergleichbar mit den WHO-Indikatoren 0010 999999 *Mid-year population*, 0011 999999 *Mid-year male population*, 0012 999999 *Mid-year female population*. Die Länder liefern in der Regel die Bevölkerungs- und Mortalitätsangaben in 5-Jahres-Altersgruppen an die WHO. Die WHO berechnet daraus Mortalitätsziffern und die Lebenserwartung. Bisher wurden die Daten nur bis zur Altersgruppe 85 Jahre und älter geliefert. Vergleichbar mit dem OECD-Indikator *Total population*, der Altersgruppen bis 95 und mehr enthält. Mit EU-Indikatoren zu *Popula-*

tion by region, die auf Eurostat-Datenbeständen beruhen, vergleichbar. Mit dem bisherigen Indikator 2.1 vergleichbar, der bis zur Altersgruppe der 85-Jährigen und älteren geführt wurde.

### Originalquellen

- Publikationen der Länder zu den verwendeten Datenquellen, z. B. Statistisches Jahrbuch.

### Dokumentationsstand

12.09.2002, SenGesSozV - Berlin/lögd

Alter in Jahren	Bevölkerung am 31.12. des Jahres				Durchschnittliche Bevölkerung			
	weiblich	männlich	insgesamt	darunter: Ausländer Anteil in %	weiblich	männlich	insgesamt	darunter: Ausländer Anteil in %
0								
1 - 4								
5 - 9								
10 - 14								
15 - 19								
20 - 24								
25 - 29								
30 - 34								
35 - 39								
40 - 44								
45 - 49								
50 - 54								
55 - 59								
60 - 64								
65 - 69								
70 - 74								
75 - 79								
80 - 84								
85 - 89								
90 - 94								
95 u. m.								
<b>Insgesamt</b>								

[Sprung zu Daten des Indikators 2.3 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes](#)

Datenquelle:  
 Statistische Landesämter:  
 Fortschreibung des Bevölkerungsstandes

## 2.4

**Ausländische Bevölkerung nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr****Definition**

Die Struktur der ausländischen Bevölkerung nach Altersgruppen und Geschlecht unterscheidet sich von der der deutschen Bevölkerung. Für die Berechnung alters- und geschlechtsspezifischer Raten, speziell zur gesundheitlichen Lage der ausländischen Bevölkerung, werden diese Angaben benötigt.

Die WHO empfiehlt im Regelwerk zur Internationalen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-9 und ICD-10), bestimmte Altersklassen für die Gruppierung von Bevölkerungs- und Erkrankungsdaten zu bilden, um die internationale Vergleichbarkeit zu gewährleisten. Als die gebräuchlichste Form der Darstellung hat sich die 5-Jahres-Altersgruppierung, gegliedert nach Geschlecht, durchgesetzt. Säuglinge werden gesondert betrachtet. Bis Ende des 20. Jahrhunderts war die Begrenzung bis auf die Bevölkerungsgruppe 85 Jahre und älter festgelegt. Aufgrund der gestiegenen Lebenserwartung hat die WHO festgelegt, für Europa die Altersgruppen bis auf 95 Jahre und älter zu erhöhen.

Die Definition der Bevölkerung sowie der Berechnung der durchschnittlichen Bevölkerung ist in der Metadatenbeschreibung zum Indikator 2.1 enthalten.

**Datenhalter**

- ▶ Statistische Landesämter

**Datenquelle**

- ▶ Fortschreibung des Bevölkerungsstandes

**Periodizität**

Jährlich, 31.12.

**Validität**

Zur Qualitätsbewertung gibt es seitens der Statistischen Landesämter keine strukturierte und dokumentierte Information. Bevölkerungszahlen werden aus der Fortschreibung der Bevölkerung entnommen, deshalb sind kleinere Abweichungen zu einer Zensus-Population möglich.

**Kommentar**

Die Altersgruppen entsprechen denen der europäischen Standardbevölkerung, ergänzt um die Altersgruppen von 85 - 89 und 90 - 94 Jahren sowie 95 Jahre und älter. Ab dem Jahr 2000/2001 werden die zusätzlichen Altersgruppen schrittweise in die amtlichen Statistiken übernommen. Die Basistabelle zur Altersstruktur der ausländischen Bevölkerung wird pro Kreis/kreisfreier Stadt/(Stadt-) Bezirk der Stadtstaaten bei Bedarf als Länderindikator im Hintergrund (sog. Indikator der zweiten Reihe, gemäß Konzept der WHO) geführt.

Der Indikator zählt zu den demographischen Gesundheitsdeterminanten.

**Vergleichbarkeit**

Es gibt keine vergleichbaren WHO-, OECD- und EU-Indikatoren. Im bisherigen Indikator 2.1 war die ausländische Bevölkerung nur insgesamt ausgewiesen.

**Originalquellen**

► Publikationen der Länder zu den verwendeten Datenquellen, z. B. Statistisches Jahrbuch.

**Dokumentationsstand**

12.09.2002, SenGesSozV - Berlin/lögd

Alter in Jahren	Ausländische Bevölk. am 31.12. d. Jahres			Durchschnittl. ausländische Bevölkerung		
	weiblich	männlich	insgesamt	weiblich	männlich	insgesamt
0						
1 - 4						
5 - 9						
10 - 14						
15 - 19						
20 - 24						
25 - 29						
30 - 34						
35 - 39						
40 - 44						
45 - 49						
50 - 54	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 2.4 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>					
55 - 59						
60 - 64						
65 - 69						
70 - 74						
75 - 79						
80 - 84						
85 - 89						
90 - 94						
95 u. mehr						
<b>Insgesamt</b>						

Datenquelle:  
 Statistische Landesämter:  
 Fortschreibung des Bevölkerungsstandes



## 2.5

**Bevölkerung nach Geschlecht, Land im Regionalvergleich, Jahr****Definition**

Die Struktur der Bevölkerung auf regionaler Ebene nach Geschlecht und der Anteil ausländischer Bevölkerung in den Kommunen sind wichtige Grundlagen für die Planung der medizinischen Versorgung und gleichzeitig stellen sie die Nennerpopulation für die Bildung von Kennziffern (Raten, Ratios) zur gesundheitlichen Lage in den Kommunen dar.

Zur Bevölkerung gehören alle Personen, die in Deutschland ihren (ständigen) Wohnsitz haben einschließlich der hier gemeldeten Ausländerinnen und Ausländer sowie Staatenlosen. Nicht zur Bevölkerung zählen hingegen die Angehörigen der ausländischen Stationierungstreitkräfte sowie der ausländischen diplomatischen und konsularischen Vertretungen mit ihren Familienangehörigen.

Gezählt wird die Bevölkerung am Ort der alleinigen bzw. Hauptwohnung im Sinne von § 12 Abs. 2 des Ersten Gesetzes zur Änderung des Melderechtsrahmengesetzes (MRRG) vom 11. März 1994 (BGBl. I S. 529).

Die Definition der Bevölkerung sowie der Berechnung der durchschnittlichen Bevölkerung ist in der Metadatenbeschreibung zum Indikator 2.1 enthalten. Für die Kreise und kreisfreien Städte kann ein vereinfachtes Verfahren zur Berechnung der Durchschnittsbevölkerung angewendet werden, bei dem die arithmetischen Mittelwerte aus dem Bevölkerungsstand jeder Altersgruppe am 31.12. des Vorjahres und am 31.12. des Berichtsjahres gebildet werden.

**Datenhalter**

- ▶ Statistische Landesämter

**Datenquelle**

- ▶ Fortschreibung des Bevölkerungsstandes

**Periodizität**

Jährlich, 31.12.

**Validität**

Zur Qualitätsbewertung gibt es seitens der Statistischen Landesämter keine strukturierte und dokumentierte Information. Bevölkerungszahlen werden aus der Fortschreibung der Bevölkerung entnommen, deshalb sind kleinere Abweichungen zu einer Zensus-Population möglich.

**Kommentar**

Für den Regionalvergleich ist eine demographische Basistabelle der Kreise/kreisfreien Städte/(Stadt-)Bezirke der Stadtstaaten erforderlich. Der Indikator enthält die gesamte Bevölkerung, die Ausländer sind als Bevölkerungsanteil in Prozent ausgewiesen. Im Indikator 2.6 ist die ausländische Bevölkerung nach Geschlecht im Regionalvergleich dargestellt.

Der Indikator zählt zu den demographischen Gesundheitsdeterminanten.

**Vergleichbarkeit**

WHO-Angaben und OECD-Angaben zur Bevölkerung liegen nicht regional vor. *Population by region* für den EU-Indikatorensatz basieren auf der Datenbasis von Eurostat. Der vorliegende Indikator ist mit dem bisherigen Indikator 2.1a vergleichbar, der fakultativ auch für Kreise geführt werden konnte.

**Originalquellen**

- ▶ Publikationen der Länder zu den verwendeten Datenquellen, z. B. Statistisches Jahrbuch.

**Dokumentationsstand**

12.09.2002, SenGesSozV - Berlin/lögd

Indikator (L) 2.5		Bevölkerung nach Geschlecht, Land im Regionalvergleich, Jahr							
Lfd. Nr.	Region	Bevölkerung am 31.12. des Jahres				Durchschnittliche Bevölkerung			
		weibl.	männl.	insg.	darunter: Ausländer Anteil in %	weibl.	männl.	insg.	darunter: Ausländer Anteil in %
1	Regierungsbezirk Land	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 2.5 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>							
2									
3									
...									

Datenquelle:  
 Statistische Landesämter:  
 Fortschreibung des Bevölkerungsstandes

## 2.6

**Ausländische Bevölkerung nach Geschlecht, Land im Regionalvergleich, Jahr****Definition**

Die Struktur der ausländischen Bevölkerung und die Differenzierung nach Geschlecht auf regionaler Ebene sind wichtige Grundlagen für die Planung und Organisation der medizinischen Versorgung und gleichzeitig stellen sie die Nennerpopulation für die Bildung von Kennziffern (Raten, Ratios) zur gesundheitlichen Lage in den Kommunen dar.

Zur Bevölkerung gehören alle Personen, die in Deutschland ihren (ständigen) Wohnsitz haben einschließlich der hier gemeldeten Ausländerinnen und Ausländer sowie Staatenlosen. Nicht zur Bevölkerung zählen hingegen die Angehörigen der ausländischen Stationierungstreitkräfte sowie der ausländischen diplomatischen und konsularischen Vertretungen mit ihren Familienangehörigen.

Gezählt wird die Bevölkerung am Ort der alleinigen bzw. Hauptwohnung im Sinne von § 12 Abs. 2 des Ersten Gesetzes zur Änderung des Melderechtsrahmengesetzes (MRRG) vom 11. März 1994 (BGBl. I S. 529). Die Definition der Bevölkerung sowie der Berechnung der durchschnittlichen Bevölkerung ist in der Metadatenbeschreibung zum Indikator 2.1 enthalten. Für die Kreise und kreisfreien Städte kann ein vereinfachtes Verfahren zur Berechnung der Durchschnittsbevölkerung angewendet werden, bei dem die arithmetischen Mittelwerte aus dem Bevölkerungsstand jeder Altersgruppe am 31.12. des Vorjahres und am 31.12. des Berichtsjahres gebildet werden.

**Datenhalter**

- ▶ Statistische Landesämter

**Datenquelle**

- ▶ Fortschreibung des Bevölkerungsstandes

**Periodizität**

Jährlich, 31.12.

**Validität**

Zur Qualitätsbewertung gibt es seitens der Statistischen Landesämter keine strukturierte und dokumentierte Information. Bevölkerungszahlen werden aus der Fortschreibung der Bevölkerung entnommen, deshalb sind kleinere Abweichungen zu einer Zensus-Population möglich.

**Kommentar**

Für den Regionalvergleich ist eine Basistabelle zur ausländischen Bevölkerung der Kreise/kreisfreien Städte/(Stadt-)Bezirke der Stadtstaaten erforderlich. Der Indikator enthält nur die ausländische Bevölkerung; ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung der entsprechenden Region ist im Indikator 2.5 ausgewiesen.

Der Indikator zählt zu den demographischen Gesundheitsdeterminanten.

**Vergleichbarkeit**

Es gibt keine entsprechenden WHO-, OECD- und EU-Indikatoren. Im bisherigen Indikator 2.1a wurden fakultativ auch Ausländer erfasst, jedoch nicht geschlechtsspezifisch.

**Originalquellen**

► Publikationen der Länder zu den verwendeten Datenquellen, z. B. Statistisches Jahrbuch.

**Dokumentationsstand**

13.09.2002, SenGesSozV - Berlin/lögd

<b>Indikator (L) 2.6</b>	<b>Ausländische Bevölkerung nach Geschlecht, Land im Regionalvergleich, Jahr</b>
------------------------------	--

Lfd. Nr.	Region	Ausländische Bevölk. am 31.12. d. J.			Durchschnittl. ausländische Bevölk.		
		weiblich	männlich	insgesamt	weiblich	männlich	insgesamt
1	<b>Regierungsbezirk</b>  <b>Land</b>	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 2.6 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>					
2							
3							
...							

Datenquelle:  
 Statistische Landesämter:  
 Fortschreibung des Bevölkerungsstandes

2.7

## Altersstruktur der Bevölkerung, Land im Regionalvergleich, Jahr

### Definition

In dem vorliegenden Indikator werden im Rahmen der Altersstruktur der Bevölkerung die Phasen des Lebenszyklus an ihrem Bevölkerungsanteil dargestellt. Die Altersstruktur heute hat einen weitreichenden Einfluss auf die medizinische Versorgung in den nächsten Jahrzehnten. Eine übersichtliche Beschreibung der Altersstruktur der Bevölkerung orientiert sich an den Phasen des Lebenszyklus Kindheit und Jugend, Erwerbs- und Familienphase sowie Ruhestand. Die Abgrenzung zwischen diesen drei Gruppen wird unterschiedlich vorgenommen. Im vorliegenden Indikator wurden als Grenzen für die Kindheit 17 Jahre (unter 18 Jahre) gewählt, für die Erwerbsphase 18 - 64 Jahre und in Verbindung mit dem gesetzlichen Rentenalter die Ruhestandsphase ab 65 Jahre. Aus diesen drei Anteilen der Bevölkerung errechnen sich der Jugend- und der Altenquotient. Der Jugendquotient errechnet sich aus dem Quotient der Kinder und Jugendlichen dividiert durch die 18- bis 64-Jährigen, der Altenquotient aus dem Quotient der 65-Jährigen und älteren dividiert durch die 18- bis 64-Jährigen in Prozent. Der Gesamtlastquotient beinhaltet die Relation von Jungen und Alten im Verhältnis zu der erwerbsfähigen Bevölkerung in Prozent. Der Gesamtlastquotient ist ein Maß für die *Solidarpotenziale* einer Gesellschaft und beeinflusst die Beitrags- und Steuerbelastung der Bevölkerung. Die Definition der Bevölkerung ist in der Metadatenbeschreibung zum Indikator 2.1 enthalten.

### Datenhalter

- ▶ Statistische Landesämter

### Datenquelle

- ▶ Fortschreibung des Bevölkerungsstandes

### Periodizität

Jährlich, 31.12.

Indikator (L) 2.7		Altersstruktur der Bevölkerung, Land im Regionalvergleich, Jahr				
Lfd. Nr.	Region	Kinder und Jugendliche (0 - 17 Jahre)		Personen im erwerbsfähigen Alter (18 - 64 Jahre)		ältere (65 und
		insgesamt	Anteil in %	insgesamt	Anteil in %	insgesamt
1	Regierungsbezirk Land	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 2.7 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>				
2						
3						
...						

Datenquelle:  
Statistische Landesämter;  
Fortschreibung des Bevölkerungsstandes

\* Jugendquotient: Zahl der 0- bis 17-jährigen  
Personen je 100 18- bis 64-Jährige  
\*\* Altenquotient: Zahl der 65-jährigen und älteren  
Personen je 100 18- bis 64-Jährige

**Validität**

Die zu Grunde liegenden Bevölkerungszahlen werden aus der Forschreibung des Bevölkerungsstandes entnommen, deshalb sind kleinere Abweichungen zu einer Zensus-Bevölkerung möglich.

**Kommentar**

Aufgrund der vorliegenden Bevölkerungszahlen (s. Ind. 2.1) sind auch andere Gruppierungen für die Bildungen von Lastenquotienten möglich, z. B. für die Altersgruppen 0 - 14 Jahre, 15 - 64 Jahre und 65 Jahre und älter. Derartige Tabellen sollten bei Bedarf zusätzlich geführt werden. Der Indikator 2.7 wurde in der vorliegenden Form von allen Ländern als Länderindikator vereinbart, da er auf der Ebene der Kreise/kreisfreien Städte/(Stadt-)Bezirke geführt wird. Es werden Stichtagszahlen vom 31.12. des Jahres verwendet. Der Indikator zählt zu den demographischen Gesundheitsdeterminanten.

**Vergleichbarkeit**

Mit dem WHO-Indikator 0020 999901 *% of population aged 0-14 years* nicht vergleichbar, mit dem WHO-Indikator 0030 999902 *% of population aged 65+ years* besteht Vergleichbarkeit auf Landesebene. Diese Angaben sind ebenfalls im OECD-Indikator *Dependency* enthalten. Der bisherige Indikator 2.3 beinhaltete die Altersgruppe 0 - 14, 15 - 64 und 65 Jahre und älter und war WHO-kompatibel. Auf Grund der längeren Schulausbildung entsprach der Indikator nicht mehr den Erfordernissen und wurde geändert.

**Originalquellen**

- Publikationen der Länder zu den verwendeten Datenquellen, z. B. Statistisches Jahrbuch.

**Dokumentationsstand**

12.09.2002, SenGesSozV - Berlin/lögd

[Sprung zu Daten des Indikators 2.7 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes](#)

Menschen mehr Jahre)	Hochbetagte (80 und mehr Jahre)		Jugend- quotient*	Alten- quotient**	Region	Lfd. Nr.
	Anteil in %	insgesamt	Anteil in %	je 100 18- bis 64-Jährige		
					Regierungsbezirk Land	1
						2
						3
						...

## 2.8

**Mädchen- und Frauenanteil in der Bevölkerung nach Alter, Land im Regionalvergleich, Jahr****Definition**

Die Generationensolidarität hängt davon ab, ob ausreichendes Potenzial (vor allem Frauen) in der mittleren Generation vorhanden ist, um die Kinder und die Betagten zu versorgen.

Absehbare Überlastungen der bislang gewissermaßen unauffällig funktionierenden Solidarpotenziale werden vor allem auf der kommunalen Ebene auftreten. Aus diesem Grunde ist die Beobachtung der Bevölkerungsanteile nach Geschlecht auf kommunaler Ebene erforderlich.

Der Mädchen- und Frauenanteil an der Bevölkerung in fünf Altersgruppen beschreibt die Geschlechtsverteilung bei Kindern (0 - 14 Jahre), jungen (15 - 44 Jahre, fertile Phase von Frauen) und älteren Frauen (45 - 64 Jahre) und den Frauenanteil in der Ruhestandsphase (65 Jahre und älter) mit der Untergruppe der hochbetagten Frauen ab 80 Jahre. Aus der Differenz lässt sich für jede Altersgruppe der Männeranteil errechnen, der bei der jüngeren Bevölkerung über 50 %, bei der älteren Bevölkerung unter 50 % liegt.

Die Definition der Bevölkerung ist in der Metadatenbeschreibung zum Indikator 2.1 enthalten.

**Datenhalter**

- ▶ Statistische Landesämter

**Datenquelle**

- ▶ Fortschreibung des Bevölkerungsstandes

**Periodizität**

Jährlich, 31.12.

**Validität**

Die zugrunde liegenden Bevölkerungszahlen werden aus der Fortschreibung des Bevölkerungsstandes entnommen, deshalb sind kleinere Abweichungen zu einer Zensus-Bevölkerung möglich.

**Kommentar**

Mit dem Alter nimmt der Anteil der Frauen in der Bevölkerung erheblich zu. Es werden Stichtagszahlen vom 31.12. des Jahres verwendet.

Der Indikator zählt zu den demographischen Gesundheitsdeterminanten.

**Vergleichbarkeit**

Mit den WHO-Indikatoren 0021 und 0022 999901 *% of population aged 0-14 years, male, female* vergleichbar. Ebenfalls mit den WHO-Indikatoren 0031 und 0032 999902 *% of population aged 65+ years, male, female* vergleichbar. Die Quoten für Männer sind jeweils die zu bildende Differenz zu 100 % nach Altersgruppen. Es gibt keinen vergleichbaren OECD-Indikator. Angaben zum Geschlecht sind im Indikator *Population by sex* enthalten. Die Angaben sind möglicherweise im künftigen EU-Indikatorensetz enthalten. Der bisherige Indikator 2.4 des GMK-Indikatorensetzes war genauso aufgebaut, beinhaltete zusätzlich die Verteilung der gesamten Bevölkerung in Prozent nach Altersgruppen.

**Originalquellen**

► Publikationen der Länder zu den verwendeten Datenquellen, z. B. Statistisches Jahrbuch.

**Dokumentationsstand**

12.09.2002, SenGesSozV - Berlin/lögd

<b>Indikator (L)</b> <b>2.8</b>	<b>Mädchen- und Frauenanteil in der Bevölkerung nach Alter, Land im Regionalvergleich, Jahr</b>
------------------------------------	---

Lfd. Nr.	Region	Mädchen- und Frauenanteil in der Bevölkerung					
		insgesamt	0 - 14 Jahre	15 - 44 J.	45 - 64 J.	65 - 79 J.	80 u. m. J.
		Anteil in %					
1	Regierungsbezirk Land	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 2.8 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>					
2							
3							
...							

Datenquelle:  
 Statistische Landesämter:  
 Fortschreibung des Bevölkerungsstandes



## 2.9

**Bevölkerungsentwicklung, Land, im Zeitvergleich****Definition**

Wohnungs- und Arbeitsmärkte, aber auch die administrativ beeinflussten Wanderungsströme von Aussiedlern und Asylanten sind neben dem Geburten- bzw. Sterbeüberschuss wichtige Einflussfaktoren, die zu einer Zu- oder Abnahme der Bevölkerung in den Kommunen führen. Die Kenntnis und Beachtung der Bevölkerungsentwicklung ist eine wichtige Grundlage für die Planung und Organisation der medizinischen Versorgung.

In jedem Berichtsjahr werden auf kommunaler Ebene im Rahmen des Melderechtsrahmengesetzes (MRRG) vom 11. März 1994 (BGBl. I S. 529) Abgänge und Zugänge der Bevölkerung registriert und daraus die Bevölkerungsentwicklung berechnet. Die Definition zur Bevölkerung ist in der Metadatenbeschreibung zum Indikator 2.1 enthalten.

Der natürliche Bevölkerungssaldo errechnet sich aus den Zu- und Abgängen (Geburten und Sterbefälle), der Wanderungssaldo ergibt sich aus der Differenz der Zu- und Fortzüge über die Landesgrenze des jeweiligen Bundeslandes. Die Summe aus natürlichem und Wanderungssaldo ergibt den Wert der Bevölkerungszu- bzw. -abnahme.

**Datenhalter**

- ▶ Statistische Landesämter

**Datenquelle**

- ▶ Fortschreibung des Bevölkerungsstandes
- ▶ Wanderungsstatistik

**Periodizität**

Jährlich, 31.12.

**Validität**

Die zugrunde liegenden Zahlen werden aus der Statistik der Fortschreibung des Bevölkerungsstandes und der Wanderungsstatistik entnommen. Die Validität der Zahlen setzt voraus, dass zwischen den Ländern ein vollständiger Abgleich der An- und Abmeldungen erfolgt. Kleinere Abweichungen zu einer Zensus-Bevölkerung sind möglich. Zusätzlich sind die Daten von der Qualität der Wanderungsstatistik abhängig.

**Kommentar**

Der Indikator zeigt, in welchem Maße die Veränderungen in der Bevölkerung durch Geburten und Sterbefälle bzw. durch Wanderungsbewegungen beeinflusst werden. Für das Bevölkerungswachstum sind zunehmend positive Wanderungssalden ausschlaggebend, während Geburtenüberschüsse eine unwesentliche Rolle spielen und meistens nur auf kommunaler Ebene Bedeutung haben. Bevölkerungszunahme hängt überwiegend mit Außenwanderungsüberschüssen zusammen. Es werden Stichtagszahlen zum 31.12. des Jahres verwendet.

Der Indikator zählt zu den demographischen Gesundheitsdeterminanten.

**Vergleichbarkeit**

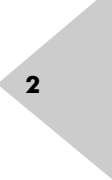
Es gibt keine vergleichbaren WHO-, OECD- und EU-Indikatoren. Der bisherige GMK-Indikator 2.15 beinhaltete Wanderungen mit den Angaben Zuzüge, Wegzüge und Saldo nach Kreisen. Dieser Indikator fällt als kommunaler Indikator weg, dafür wurden Ausländer in den Indikator aufgenommen. Die Länder können zusätzlich den bisherigen Indikator 2.15 weiterführen.

**Originalquellen**

► Publikationen der Länder zu den verwendeten Datenquellen, z. B. Statistisches Jahrbuch.

**Dokumentationsstand**

12.09.2002, SenGesSozV - Berlin/lögd



Indikator (K) 2.9		Bevölkerungsentwicklung, Land, im Zeitvergleich								
Jahr	Bevölkerungsentwicklung									
	Insgesamt			Deutsche			Ausländer			
	Bevölk.zu- oder abnahme	Geburten-(+) bzw.Sterbe(-) überschuss	Wande- rungs- saldo	Bevölk.zu- oder abnahme	Geburten-(+) bzw.Sterbe(-) überschuss	Wande- rungs- saldo	Bevölk.zu- oder abnahme	Geburten-(+) bzw.Sterbe(-) überschuss	Wande- rungs- saldo	
1980										
1985										
1990										
1995										
2000	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 2.9 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>									
2001										
...										
Berichtsj.										

Datenquelle:  
 Statistische Landesämter:  
 Fortschreibung des Bevölkerungsstandes,  
 Wanderungsstatistik

## 2.10

**Lebendgeborene, Land, im Zeitvergleich****Definition**

Die Zahl der Lebendgeborenen und die Geburtenziffer zeigen an, ob das jeweils aktuelle Geburtenverhalten langfristig ausreichen würde, um die Bevölkerung zahlenmäßig auf einem gleichbleibenden Stand zu halten. Die Konstanz der Geburtenziffer gegenüber der Mortalitätsrate gilt als Kriterium einer stabilen Bevölkerung. Der Bezug der in einem Jahr Lebendgeborenen auf 1 000 Einwohner der durchschnittlichen Bevölkerung wird als Geburtenziffer bezeichnet.

Das Verhältnis der in einem Jahr lebendgeborenen Kinder zu 1 000 der 15- bis 44-jährigen Frauen (durchschnittliche weibliche Bevölkerung) ergibt die allgemeine Fruchtbarkeitsziffer (Fertilitätsrate). Die Fruchtbarkeitsziffer deutscher Frauen bezieht die Zahl der Lebendgeborenen, deren Mütter die deutsche Staatsangehörigkeit haben, auf die 15- bis 44-jährigen Frauen der deutschen durchschnittlichen Bevölkerung.

Die Fruchtbarkeitsziffer von Ausländerinnen bezieht die Zahl der Lebendgeborenen, deren Mütter eine ausländische Staatsangehörigkeit haben, auf die 15- bis 44-jährigen Frauen der ausländischen durchschnittlichen Bevölkerung.

Die durchschnittliche Fertilitätsziffer besagt, wie viele Kinder im Berichtsjahr je 1 000 Frauen der Altersgruppe 15 - 44 Jahre geboren wurden.

**Datenhalter**

- ▶ Statistische Landesämter

**Datenquelle**

- ▶ Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung

**Periodizität:** Jährlich, 31.12.

**Validität**

Es liegt eine vollständige Erfassung der Lebendgeborenen vor.

**Kommentar**

Nach dem seit 01.01.2000 geltenden Staatsangehörigkeitsrecht erhalten in Deutschland geborene Kinder ausländischer Eltern die deutsche Staatsangehörigkeit unter der Voraussetzung, dass mindestens ein Elternteil seit acht Jahren rechtmäßig in der Bundesrepublik lebt und eine Aufenthaltsberechtigung besitzt oder seit drei Jahren eine unbefristete Aufenthaltsgenehmigung hat. Dies führt zu einem drastischen Rückgang der Zahl ausländischer Kinder, wenngleich der Hintergrund einer fremden Sprache und Kultur und die damit unter Umständen einhergehenden Probleme für die Kinder mit durch Geburt im Inland erworbener deutscher Staatsangehörigkeit bestehen bleiben. Um einen Anhaltspunkt für die Größenordnung der davon betroffenen Kinder zu erhalten, wird neben der Zahl der Lebendgeborenen mit ausländischer Staatsangehörigkeit auch die (wesentlich höhere) Zahl der Lebendgeborenen mit ausländischen Eltern ausgewiesen.

Die Fruchtbarkeitsziffer wird wegen der noch bestehenden deutlichen Unterschiede getrennt für deutsche und ausländische Frauen dargestellt.

Der Indikator kann zusätzlich pro Kreis/kreisfreier Stadt/(Stadt-)Bezirk der Stadtstaaten für das aktuelle Jahr bei Bedarf als Länderindikator im Hintergrund (sog. Indikator der zweiten Reihe, gemäß Konzept der WHO) geführt werden. Der Indikator zählt zu den demographischen Gesundheitsdeterminanten.

### Vergleichbarkeit

Die WHO-Indikatoren 0060 998004 und 0063 999998 Number of live births per 1000 population und Number of live births beinhalten die Lebendgeborenen und die Geburtenziffer, während der Indikator 0080 998006 Total fertility rate die zusammengefasste altersspezifische Fruchtbarkeitsziffer (totale Fertilität) beinhaltet und mit der hier angegebenen Fertilitätsrate nicht vergleichbar ist. Im OECD-Indikator Births: number of live births sind vergleichbare Angaben zu Lebendgeborenen enthalten. Im EU-Indikatorensetz sind Indikatoren zu Crude birth rate und Live births vorgesehen. Der bisherige GMK-Indikator 2.6 beinhaltet die Fruchtbarkeitsziffer, gegliedert nach Kreisen. Die Summenzeile des bisherigen Indikators 2.6 ist identisch mit den entsprechenden Jahresdaten im vorliegenden Indikator. Der vorliegende Indikator wurde durch Geburtenziffer, Fruchtbarkeitsziffer deutscher und ausländischer Frauen, Staatsangehörigkeit der Lebendgeborenen sowie Lebendgeborene mit ausländischen Eltern erweitert.

### Originalquellen

- Publikationen der Länder zu den verwendeten Datenquellen, z. B. Statistisches Jahrbuch.

**Dokumentationsstand:** 26.02.2003, SenGesSozV - Berlin/lögd

Indikator (K) 2.10		Lebendgeborene, Land, im Zeitvergleich				
Jahr	Lebendgeborene					
	insgesamt			davon:		
	Anzahl	je 1 000 Einwohner	je 1 000 15- bis 44-jährige Frauen	mit deutscher Mutter	mit ausländischer Mutter	
je 1 000 15- bis 44-jährige deutsche Frauen				je 1 000 15- bis 44-jährige Ausländerinnen		
2000	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 2.10 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>					
2001						
2002						
2003						
...						
Berichtsjahr						

Jahr	davon:				darunter: mit ausländischen Eltern*
	deutsch		ausländisch		
	Anzahl	Anteil in %	Anzahl	Anteil in %	
2000					
2001					
2002					
2003					
...					
Berichtsjahr					

Datenquelle:  
 Statistische Landesämter:  
 Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung

\* beide Elternteile sind Ausländer

2.11

## Wanderungen der Bevölkerung, Land im Regionalvergleich, Jahr

### Definition

Aufgrund der gesetzlichen Bestimmungen über die Meldepflicht bei einem Wohnungswechsel wird jeder Umzug von einer Gemeinde zu einer anderen mittels der An- und Abmelde-scheine erfasst. Wohnungswechsel innerhalb einer Gemeinde finden keine Berücksichtigung. Als Zuzüge gelten behördliche Anmeldungen von Personen, die ihre Hauptwohnung in einer Gemeinde bezogen haben. Diese Personen werden im Rahmen der Binnenwanderung als Fortzug aus der bisherigen Wohnung gezählt. Personen, die aus dem Ausland zuziehen oder ins Ausland ziehen, werden ebenfalls gezählt.

Zu Wanderungen insgesamt zählen somit alle Zu- und Fortzüge über Gemeindegrenzen hinaus. Bei der Berechnung je 1 000 Einwohner werden Wanderungen insgesamt sowie Wanderungen der Ausländer jeweils auf die gesamte durchschnittliche Bevölkerung bezogen.

### Datenhalter

- ▶ Statistische Landesämter

### Datenquelle

- ▶ Wanderungsstatistik

### Periodizität

Jährlich, 31.12.

### Validität

Die zugrunde liegenden Zahlen werden aus der Fortschreibung des Bevölkerungsstandes und der Wanderungsstatistik entnommen. Die Validität der Zahlen setzt voraus, dass zwischen den Ländern ein vollständiger Abgleich der An- und Abmeldungen erfolgt. Kleinere Abweichungen zu einer Zensus-Bevölkerung sind möglich. Zusätzlich sind die Daten von der Qualität der Wanderungsstatistik abhängig.

### Kommentar

Um eine Größenvorstellung von der durch Umzüge verursachten Veränderung der Einwohnerzahl zu erhalten, ist der Wanderungssaldo auch in absoluten Zahlen ausgewiesen, während die Darstellung von Zu- und Fortzügen sich auf die vergleichbaren Maßzahlen je 1 000 Einwohner beschränkt. Die Spalte *darunter: Ausländer je 1 000 Einwohner* zeigt, in welchem Maße ausländische Bürger an den Wanderungsbewegungen der gesamten Bevölkerung beteiligt sind.

Da die kreisfreien Städte einer Gemeinde gleichzusetzen sind, werden nur die Zu- und Fortzüge aus der kreisfreien Stadt gezählt. Kreise enthalten dagegen eine Vielzahl von Gemeinden. Der Bezug einer Nebenwohnung gilt ab 1983 nicht mehr als Wanderungsfall. Die Binnenwanderung umfasst sämtliche Wandervorgänge (Zu- und Fortzüge), die nicht über die Grenzen des Landes hinausführen. Die Außenwanderung umfasst die Zu- und Fortzüge über die Grenzen des Landes. Nicht erfasst werden Gäste in Beherbergungsstätten, Soldaten im Grundwehrdienst, in Anstalten untergebrachte Personen u. a. Es werden Stichtagszahlen zum 31.12. des Jahres verwendet.

Der Indikator zählt zu den demographischen Gesundheitsdeterminanten.

### Vergleichbarkeit

Es gibt keinen entsprechenden WHO- und OECD-Indikator. Für den EU-Indikatorensetz sind nur Angaben zur *Immigration and emigration*, also über die Landesgrenze vorgesehen. Der Indikator ist mit dem Indikator 2.15 des bisherigen GMK-Indikatorensetzes vergleichbar, zusätzlich wurden die Ausländer aufgenommen.

### Originalquellen

- Publikationen der Länder zu den verwendeten Datenquellen, z. B. Statistische Jahrbücher.

### Dokumentationsstand

12.09.2002, SenGesSozV - Berlin/lögd

Indikator (L) 2.11		Wanderungen der Bevölkerung, Land im Regionalvergleich, Jahr						
Lfd. Nr.	Region	Zuzüge		Fortzüge		Überschuss der Zu- (+) bzw. Fortzüge (-)		
		je 1 000 Einwohner	darunter: Ausländer je 1 000 Einwohner	je 1 000 Einwohner	darunter: Ausländer je 1 000 Einwohner	insgesamt	je 1 000 Einwohner	darunter: Ausländer je 1 000 Einwohner
1	Regierungsbezirk Land	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 2.11 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>						
2								
3								
...								

Datenquelle:  
Statistische Landesämter:  
Wanderungsstatistik

2.12

## Bevölkerung am 31.12.20.. und Prognose 20.. nach Staatsangehörigkeit und Lastenquotienten, Land im Regionalvergleich, Jahr

### Definition

Bevölkerungsprognosen sind Vorausberechnungen der Bevölkerung, die im Auftrag der Landesregierung in der Regel alle zwei bis drei Jahre durchgeführt werden.

In der Prognose wird der Bevölkerungsbestand - gegliedert nach 100 Altersjahren, Geschlecht und Staatsangehörigkeit (Deutsche und Ausländer) - zu einem Stichtag in die Zukunft fortgeschrieben. Dies geschieht, wie in der Bevölkerungsfortschreibung, durch die Addition von Geburten und Zuzügen sowie die Subtraktion von Fortzügen und Sterbefällen. Als Ausgangsjahr werden die Daten der Bevölkerungsfortschreibung zum 1.1. eines festzulegenden Jahres genutzt sowie die Entwicklung der diesem Stichtag vorausgegangenen fünf Jahre.

Bevölkerungsprognosen werden überwiegend mit drei Modellen durchgeführt: einer Basisvariante, die von einem berechneten positiven Wanderungssaldo ausgeht und zwei Modellen mit reduzierter und erhöhter Zuwanderung. Im Indikator 2.12 sollte von den Ländern die Basisvariante verwendet werden.

### Datenhalter

- ▶ Statistische Landesämter oder Raumplanungsbehörden

### Datenquelle

- ▶ Bevölkerungsprognose

**Periodizität:** Zwei- bis dreijährlich, 1.1.

### Validität

Die Qualität einer Bevölkerungsprognose ist abhängig von dem Prognosemodell, den Ausgangsdaten sowie den Prognoseannahmen. Wenn für die Datenbasis die prognoserelevanten Prozesse über einen zurückliegenden Zeitraum von mehreren Jahren berücksichtigt werden,

Indikator (L) 2.12		Bevölkerung am 31.12.20.. und Prognose 20.. nach Staatsangehörigkeit und Lastenquotienten, Land im Regionalvergleich, Jahr				
Lfd. Nr.	Region	Bevölkerung und Prognose nach				
		Insgesamt			Deutsche	Ausländer
		Ausgangsjahr (A)	Prognosejahr (P)	Veränder. von P zu A in %	Veränderung von P zu A in %	
1	Regierungsbezirk Land					
2						
3						
...						

Datenquelle:  
Statistische Landesämter:  
Bevölkerungsprognose

\* Jugendquotient: Anteil der 0- bis 17-jährigen  
Personen je 100 18- bis 64-Jährige

\*\* Altenquotient: Anteil der 65-jährigen und älteren  
Personen je 100 18- bis 64-Jährige

sind Fehler infolge zufälliger Schwankungen oder einmaliger Besonderheiten deutlich reduziert.

Um eine möglichst hohe Qualität der Prognoseannahmen - dem größten Unsicherheitsfaktor in einer Prognose - sicherzustellen, werden die Annahmen unter Berücksichtigung qualitativer Faktoren (zusätzliche Rahmenbedingungen, nichtdemographische Aspekte), die die künftige Bevölkerungsentwicklung beeinflussen, vergangener Entwicklungen, von Kenntnissen über zu erwartende Trends und dazu eingeholter Gutachten getroffen. Die Realitätsnähe der Prognoseannahmen ist entscheidend für die Qualität der Prognoseergebnisse.

**Kommentar**

Prognosen sind *Wenn-dann-Aussagen*: Wenn die Entwicklung der Prognoseparameter - also der Fruchtbarkeit, der Sterblichkeit und der Wanderungen - so verläuft wie angenommen, dann treten die prognostizierten Tendenzen ein. Prognoseergebnisse sind also vor dem Hintergrund der zugrunde liegenden Annahmen und Hypothesen zu sehen.

Der Indikator zählt zu den demographischen Gesundheitsdeterminanten.

**Vergleichbarkeit**

Es gibt keinen entsprechenden WHO- und OECD-Indikator. Im EU-Indikatorensetz sind Indikatoren zu *Population projections* vorgesehen. Im bisherigen GMK-Indikatorensetz beinhaltet der Indikator 2.2 eine Bevölkerungsprognose nach Kreisen, als Darunterposition wurde eine Prognose der über 65-jährigen Bürger zusätzlich geführt. Im jetzigen Indikator wird eine Prognose für Deutsche und Ausländer sowie zusätzlich des Jugend- und Altenquotienten nach Kreisen/kreisfreien Städten/(Stadt-)Bezirken berechnet. Demzufolge ist die Bevölkerungsprognose insgesamt weiterhin vergleichbar.

**Originalquellen**

- ▶ Publikationen der Länder zu den verwendeten Datenquellen, z. B. Statistisches Jahrbuch.

**Dokumentationsstand**

12.09.2000, SenGesSozV - Berlin/lögd

Staatsangehörigkeit und Lastenquotienten				Region	Lfd. Nr.
Jugendquotient* je 100 18- bis 64-Jährige		Altenquotient** je 100 18-bis 64-Jährige			
Ausgangsjahr	Prognosejahr	Ausgangsjahr	Prognosejahr		
				Regierungsbezirk Land	1
					2
					3
					...



2.13

## Höchster allgemeiner Schulabschluss (Auswahl) der Bevölkerung nach Geschlecht und Staatsangehörigkeit, Land, im Zeitvergleich

### Definition

Der Schulabschluss ist ein Kriterium für die Zugehörigkeit zu einer sozialen Schicht. Der Mikrozensus richtet die Fragen zum Schulabschluss ausschließlich an Personen ab 15 Jahren, die gegenwärtig keine allgemeinbildende Schule besuchen. Als Fachhochschul-/Hochschulreife gilt das Abschlusszeugnis der Oberstufe eines Gymnasiums/Fachgymnasiums, einer integrierten Gesamtschule u. ä. Einrichtungen, das zum Hochschulstudium berechtigt. Personen, die den Besuch an einer entsprechenden Schule des so genannten zweiten Bildungsweges (z. B. Abendgymnasium, Kolleg usw.) zur Erlangung der Hochschulreife beendet haben, sind einbezogen. Demzufolge zählen zum höchsten allgemeinen Schulabschluss die allgemeine und fachgebundene Hochschulreife (Abitur/Fachabitur).

Es besteht Auskunftspflicht, nur für Personen ab 51 Jahren ist die Beantwortung dieser Fragen freiwillig. Die im Indikator berechneten Prozentanteile werden auf die Zahl derjenigen bezogen, die die Fragen beantwortet haben. Personen ohne Angabe eines Schulabschlusses werden zu der Kategorie *ohne Schulabschluss* addiert.

### Datenhalter

- ▶ Statistische Landesämter

### Datenquelle

- ▶ Mikrozensus

### Periodizität

Jährlich, 31.12.

### Validität

Je höher die Ausschöpfungsquote einer Zufallsstichprobe ist, desto geringer ist das Risiko, dass die ermittelten Stichprobenergebnisse im Hinblick auf die Grundgesamtheit Verzerrungen aufweisen. In der Mikrozensus-Stichprobe wird eine hohe Ausschöpfung erzielt durch die Kombination von mündlicher Befragung durch Interviewer (als Erhebungsmethode erster Wahl) und schriftlicher Befragung (auf Wunsch des ausgewählten Haushalts bzw. bei Nichterreichbarkeit durch die Interviewer). Der Nonresponse wird möglichst gering gehalten durch mehrmalige Versuche der Interviewer, die Interviewpartner anzutreffen und durch Überprüfung und Nachfragen bei Antwortausfällen bzw. unplausiblen Antworten.

Felder mit hochgerechneten Besetzungszahlen von unter 5 000, d. h. mit weniger als 50 Fällen in der Stichprobe, sollten für Vergleiche nicht herangezogen werden, da sie bei einem einfachen relativen Standardfehler von über 15 % nur noch einen geringen Aussagewert haben.

### Kommentar

Im Mikrozensus werden im April jeden Jahres ein Prozent der Haushalte befragt, deren Auswahl durch eine repräsentative Zufallsstichprobe zuverlässige Hochrechnungen auf die Gesamtheit aller Bundesbürger erlaubt.

Der Indikator beschränkt sich auf die Anteile der Bevölkerung mit dem höchst möglichen und mit gar keinem allgemeinen Schulabschluss. Abschlüsse an Haupt-/Volksschulen, Realschu-

len oder Polytechnischen Oberschulen der ehemaligen DDR bleiben unberücksichtigt (in der Bezugszahl für die Prozentanteile sind sie jedoch enthalten). Die Daten liegen nicht auf Kreisebene vor.

Der Indikator zählt zu den demographischen Gesundheitsdeterminanten.

**Vergleichbarkeit**

Es gibt keinen ähnlichen WHO-Indikator. Die OECD-Indikatoren zu *Education and training* beziehen sich auf die ISCED-Klassifikation und sind nicht direkt vergleichbar. Für den EU-Indikatorensatz sind detaillierte Angaben zu *Education attainment* vorgesehen. Der Key-Indikator der EU lautetet *% of 18 to 24-year-old not in education and with low qualification*. Im bisherigen Indikatorensatz wurde im Indikator 2.16 nach dem Anteil der Bevölkerung mit Abitur, darunter Erwerbstätige, gefragt. Der Indikator ist bedingt vergleichbar.

**Originalquellen**

- Publikationen der Länder zu den verwendeten Datenquellen, z. B. Statistisches Jahrbuch.

**Dokumentationsstand**

12.09.2002, SenGesSozV - Berlin/lögd

Indikator (K) 2.13	Höchster allgemeiner Schulabschluss (Auswahl) der Bevölkerung nach Geschlecht und Staatsangehörigkeit, Land, im Zeitvergleich							
	Fachhochschul-/Hochschulreife				ohne Schulabschluss			
	Deutsche		Ausländer		Deutsche		Ausländer	
	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich
Anteil in %								
1995	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 2.13 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>							
2000								
2001								
...								
Berichtsjahr								

Datenquelle:  
 Statistische Landesämter:  
 Mikrozensus

2.14

## Höchster berufsbildender Abschluss (Auswahl) der ab 25-jährigen Bevölkerung nach Geschlecht und Staatsangehörigkeit, Land, im Zeitvergleich

### Definition

Der berufsbildende Abschluss ist ein Kriterium für die Zugehörigkeit zu einer sozialen Schicht. Der Indikator beschränkt sich auf die Anteile der Bevölkerung ab 25 Jahre mit Abschluss einer (Fach-)Hochschule bzw. ohne beruflichen Abschluss. Abschlüsse einer Lehr-/Anlernausbildung oder einer Fachschule bleiben unberücksichtigt (in der Bezugszahl für die Prozentanteile sind sie jedoch enthalten).

Der Mikrozensus richtet die Fragen zum berufsbildenden Abschluss an alle Personen ab 15 Jahren. Als Hochschulabschluss gilt die erfolgreiche Absolvierung der erforderlichen Prüfungen an einer Hochschule. Zu den Hochschulen zählen die wissenschaftlichen Hochschulen (Universitäten, Technische Hochschulen, Gesamthochschulen, philosophisch-theologische Hochschulen, pädagogische Hochschulen) und die Kunsthochschulen. Fachhochschulen werden den Hochschulen zugerechnet. Zu den Fachhochschulen zählen auch die Verwaltungsfachhochschulen.

Es besteht Auskunftspflicht, nur für Personen ab 51 Jahren ist die Beantwortung dieser Fragen freiwillig. Die im Indikator berechneten Prozentanteile werden auf die Zahl derjenigen bezogen, die die Fragen beantwortet haben. Fehlende Angaben eines berufsbildenden Abschlusses werden zu der Kategorie *ohne berufsbildenden Abschluss* addiert.

### Datenhalter

- ▶ Statistische Landesämter

### Datenquelle

- ▶ Mikrozensus

### Periodizität

Jährlich, April/Mai

### Validität

Je höher die Ausschöpfungsquote einer Zufallsstichprobe ist, desto geringer ist das Risiko, dass die ermittelten Stichprobenergebnisse im Hinblick auf die Grundgesamtheit Verzerrungen aufweisen. In der Mikrozensus-Stichprobe wird eine hohe Ausschöpfung erzielt durch die Kombination von mündlicher Befragung durch Interviewer (als Erhebungsmethode erster Wahl) und schriftlicher Befragung (auf Wunsch des ausgewählten Haushalts bzw. bei Nichterreichbarkeit durch die Interviewer). Der Nonresponse wird möglichst gering gehalten durch mehrmalige Versuche der Interviewer, die Interviewpartner anzutreffen und durch Überprüfung und Nachfragen bei Antwortausfällen bzw. unplausiblen Antworten.

Felder mit hochgerechneten Besetzungszahlen von unter 5 000, d. h. mit weniger als 50 Fällen in der Stichprobe, sollten für Vergleiche nicht herangezogen werden, da sie bei einem einfachen relativen Standardfehler von über 15 % nur noch einen geringen Aussagewert haben.

### Kommentar

Im Mikrozensus werden im April jeden Jahres ein Prozent der Haushalte befragt, deren Auswahl durch eine repräsentative Zufallsstichprobe zuverlässige Hochrechnungen auf die Gesamtheit aller Bundesbürger erlaubt.

Der Mikrozensus lässt bei dieser Fragestellung zwar die unter 15-Jährigen unberücksichtigt,

aber alle Personen im Alter von 15 Jahren und mehr, die zum Zeitpunkt der Befragung in einer Ausbildung/einem Studium stehen, sind bei einer Gesamtbetrachtung in der Rubrik *ohne Abschluss* enthalten. Um hier möglichst wenige zu erfassen, die noch keine Ausbildung/kein Studium abgeschlossen haben, und eine realistische Ziffer derjenigen zu erhalten, die dauerhaft ohne beruflichen Abschluss sind, wird die Altersgruppe, in der die meisten jungen Menschen eine Berufsausbildung absolvieren, herausgelassen und nur die Bevölkerung im Alter von 25 Jahren und mehr betrachtet.

Der Indikator zählt zu den demographischen Gesundheitsdeterminanten.

**Vergleichbarkeit**

Der WHO-Indikator 0410 150506 % of pop. (25+) with postsecondary education ist mit dem vorliegenden Indikator vergleichbar. Die OECD-Indikatoren zu *Education and training* beziehen sich auf die ISCED-Klassifikation und sind nicht direkt vergleichbar. Im EU-Indikatorensetz sollen ebenfalls nach der ISCED-Klassifikation Angaben zur *Tertiary education* erfasst werden. Im bisherigen Indikatorensetz wurde im Indikator 2.17 fakultativ nach dem Anteil der Bevölkerung mit Hochschul- und Fachschulabschluss gefragt. Der Indikator ist bedingt vergleichbar; es werden nur die Bürger ab 25 Jahre einbezogen.

**Originalquellen**

- Publikationen der Länder zu den verwendeten Datenquellen, z. B. Statistisches Jahrbuch.

**Dokumentationsstand**

12.09.2002, SenGesSozV - Berlin/lögd

Indikator (K) 2.14	Höchster berufsbildender Abschluss (Auswahl) der ab 25-jährigen Bevölkerung nach Geschlecht und Staatsangehörigkeit, Land, im Zeitvergleich							
	Fachhochschul-/Hochschulabschluss				ohne berufsbildenden Abschluss			
	Deutsche		Ausländer		Deutsche		Ausländer	
	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich
Anteil in %								
1995	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 2.14 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>							
2000								
2001								
...								
Berichtsjahr								

Datenquelle:  
 Statistische Landesämter:  
 Mikrozensus

2.15

2.16

**Verfügbares Einkommen der privaten Haushalte, Land, im Zeitvergleich****Verfügbares Einkommen der privaten Haushalte, Land im Regionalvergleich, Jahr****Definition**

Das verfügbare Einkommen gibt Aufschluss über die potenzielle Kaufkraft der privaten Konsumenten im Land (Indikator 2.15), und die Einkommenswerte je Einwohner erlauben den Vergleich mit anderen Regionen (Indikator 2.16).

Das verfügbare Einkommen der privaten Haushalte ergibt sich aus den Bruttoerwerbs- und Vermögenseinkommen der privaten Haushalte abzüglich geleisteter laufender Übertragungen (Transfers), d. h. direkte Steuern und Sozialbeiträge (entspricht den Nettoerwerbs- und Vermögenseinkommen) zuzüglich empfangener laufender Übertragungen. Diese Definition entspricht dem europäischen System volkswirtschaftlicher Gesamtrechnungen (ESVG 95) und wird seit dem Jahre 1998 in Deutschland verwandt. Der Indikator wird als Zeitreihe (2.15) und als Regionaltabelle (2.16) geführt.

**Datenhalter**

- ▶ Statistische Landesämter

**Datenquelle**

- ▶ Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung der Länder

**Periodizität**

Jährlich, 31.12.

**Validität**

Die Qualität des Indikators hängt davon ab, ob auf Länderebene z. T. Schätzungen in die volkswirtschaftliche Gesamtrechnung eingehen.

**Kommentar**

Die volkswirtschaftliche Gesamtrechnung der Länder weist das verfügbare Einkommen für den Sektor der privaten Haushalte einschließlich privater Organisationen ohne Erwerbszweck aus. Das verfügbare Einkommen ist der Betrag, der für den letzten Verbrauch und für die Ersparnisbildung zur Verfügung steht und kann daher als Indikator des materiellen Wohlstandes der Bevölkerung angesehen werden.

Zu den geleisteten laufenden Übertragungen (Transfers) zählen: die direkten Steuern, wie Lohn- und Einkommenssteuer, die Körperschaftssteuer, Steuern im Zusammenhang mit dem privaten Verbrauch (z. B. Kfz-Steuern, Hundesteuern), weiterhin die Sozialbeiträge.

Zu den empfangenen laufenden Übertragungen (Transfers) zählen: Leistungen aus privaten Sicherungssystemen, Sozialleistungen der Arbeitgeber, Zahlungen aus Schadenversicherungen, Arbeitslosen- und Sozialhilfeleistungen, Geldleistungen aus den Kranken-, Unfall- und Pflegeversicherungen, Kriegsopferversorgung usw.

Der Indikator zählt zu den demographischen Gesundheitsdeterminanten.

**Vergleichbarkeit**

Der WHO-Indikator 0260 990001 *Gross domestic product US\$ per capita* misst das Bruttohaushaltsprodukt je Einwohner in US-Dollar. Mit dem OECD-Indikator *Final consumption expenditure of households* nicht direkt vergleichbar. Im EU-Indikatorensetz sind Indikatoren zu *Population by income level* vorgesehen. Der Indikator ist mit dem bisherigen Indikator 2.19 nur bedingt vergleichbar.

In den Statistischen Landesämtern wurden z. T. Umrechnungen von der alten auf die neue Systematik vorgenommen, um eine Vergleichbarkeit herzustellen.

**Originalquellen**

- Publikationen der Länder zu den verwendeten Datenquellen, z. B. Statistisches Jahrbuch.

**Dokumentationsstand**

12.09.2002, SenGesSozV - Berlin/lögd

<b>Indikator (K) 2.15</b>		<b>Verfügbares Einkommen der privaten Haushalte, Land, im Zeitvergleich</b>			
Jahr	Verfügbares Einkommen				
	insgesamt		je Einwohner		
	in 1 000 €	Veränderung zum Vorjahr in %	in €	Veränderung zum Vorjahr in %	Bundeswert = 100
2000	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 2.15 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>				
2001					
...					
Berichtsjahr					

Datenquelle:  
 Statistische Landesämter:  
 Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung der Länder

<b>Indikator (L) 2.16</b>		<b>Verfügbares Einkommen der privaten Haushalte, Land im Regionalvergleich, Jahr</b>			
Lfd. Nr.	Region	Verfügbares Einkommen			
		insgesamt (in 1 000 €)	je Einwohner		
			in €	Landeswert = 100	Bundeswert = 100
1 2 3 ...	<b>Regierungsbezirk</b> <b>Land</b> <b>Deutschland</b>				

Datenquelle:  
 Statistische Landesämter:  
 Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung der Länder

2.17

## Monatliches Nettoeinkommen von Familien, Land, Jahr

### Definition

Das monatliche Nettoeinkommen von Familien ist ein indirektes Kriterium für die Verteilung von Armut und Reichtum in der Bevölkerung.

Als Familie im Sinne der amtlichen Statistik zählen - in Anlehnung an Empfehlungen der Vereinten Nationen - Ehepaare ohne und mit Kind(ern) sowie allein erziehende ledige, verheiratet getrenntlebende, geschiedene und verwitwete Väter und Mütter, die mit ihren ledigen Kindern im gleichen Haushalt zusammen leben. Das Nettoeinkommen wird durch eine Selbsteinstufung der Befragten in vorgegebene Einkommensgruppen ermittelt. Das ausgewiesene Nettoeinkommen ergibt sich aus dem Bruttoeinkommen im Monat April abzüglich Steuern und Sozialversicherung. Bei unregelmäßigem Einkommen ist der Nettodurchschnitt im Jahr abzugeben. Bei selbstständigen Landwirten und unbezahlt mithelfenden Familienangehörigen Selbstständiger wird das Nettoeinkommen nicht erfragt.

**Datenhalter:** ▶ Statistische Landesämter

**Datenquelle:** ▶ Mikrozensus

**Periodizität:** Jährlich, April/Mai

### Validität

In der Mikrozensus-Stichprobe wird eine hohe Ausschöpfung erzielt durch die Kombination von mündlicher Befragung durch Interviewer (als Erhebungsmethode erster Wahl) und schriftlicher Befragung (auf Wunsch des ausgewählten Haushalts bzw. bei Nichterreichbarkeit durch die Interviewer). Der Vergleich mit der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe (EVS) zeigt, dass die tatsächlichen Haushaltsnettoeinkommen deutlich über den von den im Mikrozensus Befragten selbst geschätzten liegen. Trotzdem sind die Ergebnisse aus dem Mikrozensus unverzichtbar, da sie einen Vergleich der Einkommen verschiedener Haushalts- und Familienformen zulassen, die von der EVS nicht erfasst werden, und zudem jährlich vorliegen (EVS alle 5 Jahre).

### Kommentar

Im Mikrozensus werden im April jeden Jahres ein Prozent der Haushalte befragt, deren Auswahl durch eine repräsentative Zufallsstichprobe zuverlässige Hochrechnungen auf die Gesamtheit aller Bundesbürger erlaubt.

bis MZ 2001 DM	für Auswertung MZ 2001 □	ab MZ 2002 □
0 - 999	0 - 510	0 - 499
1 000 - 1 799	511 - 919	500 - 899
1 800 - 2 499	920 - 1.277	900 - 1 299
2 500 - 2 999	1 278 - 1 533	1 300 - 1 499
3 000 - 3 999	1 534 - 2 044	1 500 - 1 999
4 000 u. mehr	2 045 u. mehr	2 000 u. mehr

Bis zum Mikrozensus (MZ) 2001 wurden die Einkommen in DM abgefragt, bei der Auswertung des MZ 2001 werden die Einkommensgruppen in exakter Umrechnung in Euro angege-

ben (krumme Summen). Ab MZ 2002 wurden neue Gruppen (mit glatten Werten) festgelegt, die sich dann aber nicht mehr mit den vorangegangenen Jahren vergleichen lassen. Diese neuen ab MZ 2002 gültigen Gruppen wurden in die Indikatortabelle eingetragen. Der Indikator zählt zu den demographischen Gesundheitsdeterminanten.

**Vergleichbarkeit**

Es gibt keine vergleichbaren WHO- und OECD-Indikatoren. Im EU-Indikatorensetz sind Indikatoren zu *Population by income level/income distribution*. Der bisherige Indikator 2.5 entsprach dem vorliegenden Indikator. Durch geänderte Nettoeinkommensgrenzen ist die Vergleichbarkeit reduziert (s. Kommentar). Der bisherige Bezug auf Haushalte wurde auf Familienbezug geändert.

**Originalquellen**

- Publikationen der Länder zu den verwendeten Datenquellen, z. B. Statistisches Jahrbuch.

**Dokumentationsstand:** 12.09.2002, SenGesSozV - Berlin/lögd

Indikator (K) 2.17		Monatliches Nettoeinkommen von Familien, Land, Jahr					
Monatliches Nettoeinkommen in €	Familien						
	insgesamt		darunter:				
			Ehepaare mit Kindern bis 17 Jahre		Alleinerziehende mit Kindern bis 17 Jahre		
	in 1 000	in %	in 1 000	in %	in 1 000	in %	
0 - 499							
500 - 899							
900 - 1 299							
1 300 - 1 499							
1 500 - 1 999							
2 000 - 2 599							
2 600 - 3 199							
3 200 - 3 999							
4 000 und mehr							
<b>Insgesamt</b>							
	darunter: Familien mit weiblicher Bezugsperson						
0 - 499							
500 - 899							
900 - 1 299							
1 300 - 1 499							
1 500 - 1 999							
2 000 - 2 599							
2 600 - 3 199							
3 200 - 3 999							
4 000 und mehr							
<b>Insgesamt</b>							

[Sprung zu Daten des Indikators 2.17 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes](#)

Datenquelle:  
Statistische Landesämter:  
Mikrozensus



2.18

## Erwerbstätige nach Geschlecht, Land im Regionalvergleich, Jahr

### Definition

Die Erwerbstätigen erwirtschaften den größten Anteil der finanziellen Grundlagen für das Sozialversicherungssystem in Deutschland. Erwerbstätige sind Personen, die in einem Arbeitsverhältnis stehen (einschließlich Soldaten und mithelfende Familienangehörige), selbstständig ein Gewerbe oder eine Landwirtschaft betreiben oder einen freien Beruf ausüben.

Die Erwerbstätigenquote wird als prozentualer Anteil der Erwerbstätigen im Alter von 15 bis 64 Jahren an der Bevölkerung der gleichen Alters- und Geschlechtsgruppe berechnet. Regional werden die Erwerbstätigen an ihrem Wohnort nachgewiesen.

### Datenhalter

- ▶ Statistische Landesämter

### Datenquelle

- ▶ Mikrozensus

### Periodizität

Jährlich, April/Mai

### Validität

Je höher die Ausschöpfungsquote einer Zufallsstichprobe ist, desto geringer ist das Risiko, dass die ermittelten Stichprobenergebnisse im Hinblick auf die Grundgesamtheit Verzerrungen aufweisen. In der Mikrozensus-Stichprobe wird eine hohe Ausschöpfung erzielt durch die Kombination von mündlicher Befragung durch Interviewer (als Erhebungsmethode erster Wahl) und schriftlicher Befragung (auf Wunsch des ausgewählten Haushalts bzw. bei Nichterreichbarkeit durch die Interviewer). Der Nonresponse wird möglichst gering gehalten durch mehrmalige Versuche der Interviewer, die Interviewpartner anzutreffen und durch Überprüfung und Nachfragen bei Antwortausfällen bzw. unplausiblen Antworten.

Felder mit hochgerechneten Besetzungszahlen von unter 5 000, d. h. mit weniger als 50 Fällen in der Stichprobe, sollten für Vergleiche nicht herangezogen werden, da sie bei einem einfachen relativen Standardfehler von über 15 % nur noch einen geringen Aussagewert haben.

### Kommentar

Im Mikrozensus werden im April jeden Jahres ein Prozent der Haushalte befragt, deren Auswahl durch eine repräsentative Zufallsstichprobe zuverlässige Hochrechnungen auf die Gesamtheit aller Bundesbürger erlaubt.

Der Indikator beschränkt die Zahl der Erwerbstätigen auf die Altersgruppe der 15- bis 64-Jährigen, da es nur wenige über 65-jährige Erwerbstätige und keine unter 15 Jahren gibt und die entsprechende Quote mit Bezug auf die gesamte Bevölkerung ein verzerrtes Bild (wesentlich niedrigere Quote) vermitteln würde. Beim Mikrozensus wird von der Größe einer Region von ca. 500 000 Einwohnern ausgegangen, so dass z. T. Kreise/kreisfreie Städte/(Stadt-)Bezirke zusammengelegt werden.

Der Indikator zählt zu den demographischen Gesundheitsdeterminanten.

### Vergleichbarkeit

Mit dem WHO-Indikator 0210 998007 *Labour force as % of population* auf Landesebene

bedingt vergleichbar. Vergleichbar mit dem OECD-Indikator *Labour force*, dem Mikrozensusdaten zugrunde liegen. Vergleichbar mit dem EU-Indikator *Total employed rate, 15-64 years*. Die Daten liegen bei Eurostat vor. Der bisherige Indikator 2.10 *Erwerbstätigenquote im Regionalvergleich* ist mit dem vorliegenden Indikator vergleichbar.

**Originalquellen**

- Publikationen der Länder zu den verwendeten Datenquellen, z. B. Statistisches Jahrbuch.

**Dokumentationsstand**

12.09.2002, SenGesSozV - Berlin/lögd

Indikator (L) 2.18		Erwerbstätige nach Geschlecht, Land im Regionalvergleich, Jahr					
Lfd. Nr.	Regionen	Erwerbstätige*		davon:			
				Frauen		Männer	
		Anzahl in 1 000	Quote in %	Anzahl in 1 000	Quote in %	Anzahl in 1 000	Quote in %
1							
2							
3							
...							
	<b>Regierungsbezirk</b>						
	<b>Land</b>						

Datenquelle:  
Statistische Landesämter:  
Mikrozensus

\* Erwerbstätige im Alter von 15 bis 64 Jahren,  
Erwerbstätigenquote in Bezug auf die  
15- bis 64-jährige Bevölkerung

2.19

## Alleinerziehende mit Kindern bis 17 Jahre, Land, im Zeitvergleich

### Definition

Alleinerziehende stellen eine sozial und gesundheitlich besonders belastete Gruppe dar. Unter Alleinerziehenden werden ledige, verheiratet getrenntlebende, geschiedene und verwitwete Mütter und Väter, die mit ihren ledigen Kindern zusammenleben, gezählt. Es ist unerheblich, ob außer dem allein erziehenden Elternteil und den Kindern noch weitere Personen in dem Haushalt leben (z. B. nichteheliche Lebensgemeinschaft). Außer den Alleinerziehenden zählen Ehepaare zu Familien im Sinne dieser Statistik.

Erwerbslose sind Personen ohne Arbeitsverhältnis, die sich jedoch um eine Arbeitsstelle bemühen. Dabei ist es nicht von Bedeutung, ob eine Arbeitslosenmeldung beim Arbeitsamt vorliegt.

### Datenhalter

- ▶ Statistische Landesämter

### Datenquelle

- ▶ Mikrozensus

### Periodizität

Jährlich, April/Mai

### Validität

Je höher die Ausschöpfungsquote einer Zufallsstichprobe ist, desto geringer ist das Risiko, dass die ermittelten Stichprobenergebnisse im Hinblick auf die Grundgesamtheit Verzerrungen aufweisen. In der Mikrozensus-Stichprobe wird eine hohe Ausschöpfung erzielt durch die Kombination von mündlicher Befragung durch Interviewer (als Erhebungsmethode erster Wahl) und schriftlicher Befragung (auf Wunsch des ausgewählten Haushalts bzw. bei Nichterreichbarkeit durch die Interviewer). Der Nonresponse wird möglichst gering gehalten durch mehrmalige Versuche der Interviewer, die Interviewpartner anzutreffen und durch Überprüfung und Nachfragen bei Antwortausfällen bzw. unplausiblen Antworten.

Felder mit hochgerechneten Besetzungszahlen von unter 5 000, d. h. mit weniger als 50 Fällen in der Stichprobe, sollten für Vergleiche nicht herangezogen werden, da sie bei einem einfachen relativen Standardfehler von über 15 % nur noch einen geringen Aussagewert haben.

### Kommentar

Im Mikrozensus werden im April jeden Jahres ein Prozent der Haushalte befragt, deren Auswahl durch eine repräsentative Zufallsstichprobe zuverlässige Hochrechnungen auf die Gesamtheit aller Bundesbürger erlaubt.

Alleinerziehende insgesamt können Kinder in beiden aufgeführten Altersgruppen haben, die Ergebnisse der Summierung weichen deshalb von den Ingesamt-Werten ab.

Der Indikator zählt zu den demographischen Gesundheitsdeterminanten.

### Vergleichbarkeit

Es gibt keinen vergleichbaren WHO- und OECD-Indikator. Im EU-Indikatorensetz sind vergleichbare Indikatoren zu *Population by household situation* vorgesehen. Die Daten liegen bei Eurostat vor. Der Indikator ist mit dem bisherigen Indikator 2.11 *Alleinerziehende mit Kindern* vergleichbar. Seit dem Jahre 1990 wird der Indikator nach derselben Methode erfasst.

**Originalquellen**

► Publikationen der Länder zu den verwendeten Datenquellen, z. B. Statistisches Jahrbuch.

**Dokumentationsstand**

12.09.2002, SenGesSozV - Berlin/lögd

Indikator (K) 2.19		Alleinerziehende mit Kindern bis 17 Jahre, Land, im Zeitvergleich					
		Alleinerziehende mit Kindern im Alter bis 17 Jahre		Darunter:			
Jahr	insgesamt	Anteil an allen Fam. m. Kindern bis 17 J.	darunter: erwerbslos	Alleinerziehende mit Kindern im Alter bis 5 Jahre		Alleinerziehende mit Kindern im Alter von 6 bis 17 Jahren	
	in 1 000	in %	in 1 000	insgesamt	darunter: erwerbslos	insgesamt	darunter: erwerbslos
			in 1 000				
2000	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 2.19 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>						
2001							
...							
Berichtsjahr							
darunter: weibliche Alleinerziehende							
2000							
2001							
...							
Berichtsjahr							

Datenquelle:  
 Statistische Landesämter:  
 Mikrozensus

2.20

## Arbeitslose (Jahresdurchschnitt) nach Geschlecht, Land, im Zeitvergleich

### Definition

Indikatoren zur Arbeitslosigkeit werden als grundlegende Aussagen zur sozioökonomischen Lebenssituation genutzt. Regionale Unterschiede des Armutsniveaus werden in der Regel mit unterschiedlichen Arbeitslosenquoten in den Regionen in Verbindung gebracht (Indikator 2.21). Zu Arbeitslosen zählen Personen, die ohne Arbeitsverhältnis - abgesehen von einer geringfügigen Beschäftigung - sind, die sich als Arbeitsuchende beim Arbeitsamt gemeldet haben, eine Beschäftigung von mindestens 18 und mehr Stunden für mehr als drei Monate suchen, für eine Arbeitsaufnahme sofort zur Verfügung stehen, nicht arbeitsunfähig erkrankt sind und das 65. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Langzeitarbeitslose sind Personen, die ein Jahr und mehr arbeitslos und beim Arbeitsamt gemeldet sind. Die Arbeitslosenquote ist der Prozentanteil der Arbeitslosen an den abhängigen zivilen Erwerbspersonen. Mit dem Begriff *Erwerbspersonen* sind sowohl Erwerbstätige als auch Erwerbslose erfasst. Als abhängige Erwerbspersonen werden alle sozialversicherungspflichtigen und geringfügig Beschäftigten, Beamte und Arbeitslose gezählt. Der Indikator wird als Zeitreihe (2.20) und als Regionaltabelle (2.21) geführt.

### Datenhalter

- ▶ Landesarbeitsämter
- ▶ Statistische Landesämter

### Datenquelle

- ▶ Statistik der Arbeitsvermittlung zu Arbeitslosen
- ▶ Mikrozensus zu Erwerbspersonen

### Periodizität

Jährlich, 30.9.

### Validität

Es wird von einer Vollständigkeit der Meldungen ausgegangen, da nur bei Meldung als Arbeitsuchende Arbeitslosengeld gezahlt wird. Falls Frauen keine Meldung abgeben und als Hausfrau weiter tätig sind, sind sie nicht in der Arbeitslosenstatistik enthalten.

### Kommentar

Die Begriffe Erwerbslose (Mikrozensus) und Arbeitslose (Statistik der Arbeitsvermittlung) sind nicht unmittelbar vergleichbar: Während bei den Arbeitslosen die Meldung beim Arbeitsamt als Arbeitsuchender erforderlich ist, ist dies bei den Erwerbslosen nicht von Bedeutung. Der Begriff der Erwerbslosen ist daher umfassender. Da die Arbeitslosenzahlen je nach Jahreszeit sehr schwanken, ist die Angabe des Jahresdurchschnitts den Stichtagsangaben vorzuziehen. Nicht in allen Ländern werden Quoten für Langzeitarbeitslose mit einer vergleichbaren Methodik berechnet. Aufgrund fehlender Bezugszahl können für schwerbehinderte Arbeitslose keine Quoten berechnet werden.

Der Indikator zählt zu den demographischen Gesundheitsdeterminanten.

**Vergleichbarkeit**

Mit dem WHO-Indikator 0200 020501 *Unemployment rate in %* vergleichbar. Vergleichbar mit dem OECD-Indikator *Total unemployment*. Angaben zum EU-Indikator *Total unemployment* liegen in vergleichbarer Struktur bei Eurostat vor. Vergleichbar als Zeitreihe zu dem bisherigen Indikator 2.9, ergänzt um Angaben zu Ausländern, Jugendlichen und Schwerbehinderten. Der bisherige Indikator war nur im Regionalvergleich angelegt.

**Originalquellen**

- Publikationen der Länder zu den verwendeten Datenquellen, z. B. Statistisches Jahrbuch.

**Dokumentationsstand**

12.09.2002, SenGesSozV - Berlin/lögd

Indikator (K) 2.20		Arbeitslose (Jahresdurchschnitt) nach Geschlecht, Land, im Zeitvergleich					
Jahr	Arbeitslose insgesamt	darunter:					
		Frauen	Männer	Langzeit-arbeitslose*	Ausländer	Jugendliche bis 19 Jahre	Schwer-behinderte
Anzahl							
2000	<a href="#">Sprung zu Daten der Bundesagentur für Arbeit. Enthält Daten zu Indikator 2.20 des Indikatorensetzes der GBE der Länder.</a>						
2001							
...							
Berichtsjahr							
Quote in %**							
2000							
2001							
...							
Berichtsjahr							

Datenquelle:  
Landesarbeitsämter:  
Statistik der Arbeitsvermittlung  
Statistische Landesämter:  
Mikrozensus zu Erwerbspersonen

\* ein Jahr und mehr arbeitslos  
\*\* in % der abhängigen zivilen Erwerbspersonen

2.21

## Arbeitslose (Jahresdurchschnitt) nach Geschlecht, Land im Regionalvergleich, Jahr

### Definition

Indikatoren zur Arbeitslosigkeit werden als grundlegende Aussagen zur sozioökonomischen Lebenssituation genutzt. Regionale Unterschiede des Armutsniveaus werden in der Regel mit unterschiedlichen Arbeitslosenquoten in den Regionen in Verbindung gebracht. Zu Arbeitslosen zählen Personen, die ohne Arbeitsverhältnis - abgesehen von einer geringfügigen Beschäftigung - sind, die sich als Arbeitsuchende beim Arbeitsamt gemeldet haben, eine Beschäftigung von mindestens 18 und mehr Stunden für mehr als drei Monate suchen, für eine Arbeitsaufnahme sofort zur Verfügung stehen, nicht arbeitsunfähig erkrankt sind und das 65. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Langzeitarbeitslose sind Personen, die ein Jahr und mehr arbeitslos und beim Arbeitsamt gemeldet sind. Die Arbeitslosenquote ist der Prozentanteil der Arbeitslosen an den abhängigen zivilen Erwerbspersonen. Mit dem Begriff *Erwerbspersonen* sind sowohl Erwerbstätige als auch Erwerbslose erfasst. Als abhängige Erwerbspersonen werden alle sozialversicherungspflichtigen und geringfügig Beschäftigten, Beamte und Arbeitslose gezählt. Der Indikator wird als Zeitreihe (2.20) und als Regionaltabelle (2.21) geführt.

### Datenhalter

- ▶ Landesarbeitsämter
- ▶ Statistische Landesämter

### Datenquelle

- ▶ Statistik der Arbeitsvermittlung
- ▶ Mikrozensus zu Erwerbspersonen

### Periodizität

Jährlich, 30.9.

### Validität

Es wird von einer Vollständigkeit der Meldungen ausgegangen, da nur bei Meldung als Arbeitsuchende Arbeitslosengeld gezahlt wird. Falls Frauen keine Meldung abgeben und als Hausfrau weiter tätig sind, sind sie nicht in der Arbeitslosenstatistik enthalten.

### Kommentar

Die Begriffe Erwerbslose (Mikrozensus) und Arbeitslose (Statistik der Arbeitsvermittlung) sind nicht unmittelbar vergleichbar: Während bei den Arbeitslosen die Meldung beim Arbeitsamt als Arbeitsuchender erforderlich ist, ist dies bei den Erwerbslosen nicht von Bedeutung. Der Begriff der Erwerbslosen ist daher umfassender. Da die Arbeitslosenzahlen je nach Jahreszeit sehr schwanken, ist die Angabe des Jahresdurchschnitts den Stichtagsangaben vorzuziehen. Nicht in allen Ländern werden Quoten für Langzeitarbeitslose mit einer vergleichbaren Methodik berechnet. Aufgrund fehlender Bezugswahl können für schwerbehinderte Arbeitslose keine Quoten berechnet werden.

Der Indikator zählt zu den demographischen Gesundheitsdeterminanten.

**Vergleichbarkeit**

Mit dem WHO-Indikator 0200 020501 *Unemployment rate in %* vergleichbar. Vergleichbar mit dem OECD-Indikator *Total unemployment*. Angaben zum EU-Indikator *Total unemployment* liegen in vergleichbarer Struktur bei Eurostat vor. Vergleichbar als Zeitreihe zu dem bisherigen Indikator 2.9, ergänzt um Angaben zu Ausländern, Jugendlichen und Schwerbehinderten. Der bisherige Indikator war nur im Regionalvergleich angelegt.

**Originalquellen**

- Publikationen der Länder zu den verwendeten Datenquellen, z. B. Statistisches Jahrbuch.

**Dokumentationsstand**

12.09.2002, SenGesSozV - Berlin/lögd

Indikator (L) 2.21		Arbeitslose (Jahresdurchschnitt) nach Geschlecht, Land im Regionalvergleich, Jahr							
Lfd. Nr.	Region	Arbeitslose insgesamt		darunter:					
		Anzahl	Quote in %*	Frauen	Männer	Langzeit-arbeitslose**	Ausländer	Jugendliche bis 19 Jahre	Schwerbehinderte
				Quote in %*					
1	Regierungsbezirk Land								
2									
3									
...									

Datenquelle:  
Landesarbeitsämter:  
Statistik der Arbeitsvermittlung  
Statistische Landesämter:  
Mikrozensus zu Erwerbspersonen

\* in % der abhängigen zivilen Erwerbspersonen  
\*\* ein Jahr und mehr arbeitslos



2.22

## Empfänger von ausgewählten öffentlichen Sozialleistungen nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr

### Definition

Die Indikatoren über Empfänger von ausgewählten öffentlichen Sozialleistungen werden zu Aussagen zur sozioökonomischen Lebenssituation genutzt. Sie schließen Sozialhilfeempfänger mit laufender Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen und Empfänger von Regelleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz ein. Sozialhilfe soll nach dem Bundessozialhilfegesetz eine Lebensführung ermöglichen, die der Würde des Menschen entspricht. Sozialhilfe wird gegliedert nach Hilfe zum Lebensunterhalt und als Hilfe in besonderen Lebenslagen. Die Gliederung von Sozialhilfeleistungsempfängern nach Alter und Geschlecht soll aufzeigen, wo die Schwerpunkte des Sozialhilfebezuges liegen. Im vorliegenden Indikator wird die Hilfe in besonderen Lebenslagen nicht berücksichtigt.

Hilfe zum Lebensunterhalt ist dem zu gewähren, der seinen notwendigen Lebensunterhalt nicht oder nicht ausreichend aus eigenen Kräften und Mitteln, vor allem aus seinem Einkommen und Vermögen oder aus Ansprüchen gegenüber Dritten beschaffen kann. Leistungen anderer Sozialleistungsträger haben gegenüber der Sozialhilfe Vorrang. Zu den Empfängern zählt jede Person, die im Laufe des Berichtszeitraumes mindestens einen Monat lang laufende Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen (Definition gemäß § 93 Bundessozialhilfegesetz) erhalten hat.

Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen schließt Anstalten, Pflegeeinrichtungen und gleichartige Einrichtungen aus. Als Sozialhilfedichte wird der Bezug von Sozialhilfeempfängern auf 1 000 Einwohner am 31.12. bezeichnet.

Asylbewerber und abgelehnte Bewerber, die zur Ausreise verpflichtet sind, sowie geduldete Ausländer erhalten seit dem 1.11.1993 anstelle der Sozialhilfe Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz. Zur Deckung des täglichen Bedarfs an Ernährung, Kleidung, Unterkunft usw. werden den Leistungsberechtigten Regelleistungen in Form von Grundleistungen oder in besonderen Fällen in Form von laufender Hilfe zum Lebensunterhalt analog zu den Leistungen nach dem Bundessozialhilfegesetz gewährt.

Die Zahl der Empfänger wird auf die fortgeschriebene Bevölkerung zum Stichtag 31.12. des Berichtsjahres bezogen.

### Datenhalter

- ▶ Statistische Landesämter

### Datenquelle

- ▶ Statistik der Sozialhilfe
- ▶ Asylbewerberleistungsstatistik

### Periodizität

Jährlich, 31.12.

### Validität

In den Ländern werden verschiedene Verfahren zur Erfassung der Sozialhilfeleistungen mit unterschiedlicher Qualität verwendet. Bisher ist die Datenqualität in einigen Ländern verbesserungswürdig.

**Kommentar**

Anspruchsberechtigt auf Sozialhilfe ist jeder Bürger, der in eine Notlage gerät, die er nicht aus eigenen Kräften und Mitteln bewältigen kann und die auch nicht mit Hilfe von anderen, besonders von Angehörigen oder von anderen Sozialleistungsträgern, behoben werden kann. Zu den Sozialhilfeempfängern zählt jede Person, die am 31.12. des Jahres Sozialhilfe bezieht.

Seit dem Jahre 1994 werden in der Sozialhilfestatistik sämtliche Personen in so genannten Bedarfsgemeinschaften gezählt. Dazu zählen z. B. nicht getrennt lebende Ehegatten und im Haushalt lebende minderjährige unverheiratete Kinder. Kurzeitempfänger von Sozialhilfe, überwiegend Nichtsesshafte, werden gesondert erfasst. Gegenwärtig steigen die Nettoausgaben für die Hilfe in besonderen Lebenslagen, insbesondere die Eingliederungshilfen für behinderte Menschen und die Hilfe zur Pflege als Leistung für Pflegebedürftige derart an, dass diese Position die Ausgaben für die Hilfe zum Lebensunterhalt übersteigt.

Der Indikator zählt zu den demographischen Gesundheitsdeterminanten.

**Vergleichbarkeit**

Es gibt keine vergleichbaren WHO-, OECD- und EU-Indikatoren. Ab 1994 vergleichbar mit dem bisherigen Indikator 2.8. Ab 1994 wurde der Indikator durch Angaben nach dem Asylbewerberleistungsgesetz ergänzt.

**Originalquellen**

- Publikationen der Länder zu den verwendeten Datenquellen, z. B. Statistisches Jahrbuch.

**Dokumentationsstand:** 12.09.2002, SenGesSozV - Berlin/lögd

Indikator (K) 2.22	Empfänger von ausgewählten öffentlichen Sozialleistungen nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr					
	Empfänger laufender Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen			Empfänger von Regelleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz		
Alter in Jahren	weiblich	männlich	insgesamt	weiblich	männlich	insgesamt
0 - 6						
7 - 17						
18 - 24	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 2.22 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>					
25 - 49						
50 - 64						
65 und mehr						
<b>Insgesamt</b>						

Datenquelle:  
 Statistische Landesämter:  
 Statistik der Sozialhilfe,  
 Asylbewerberleistungsstatistik

2.23

## Empfänger von ausgewählten öffentlichen Sozialleistungen nach Geschlecht, Land im Regionalvergleich, Jahr

### Definition

Die Indikatoren über Empfänger von ausgewählten öffentlichen Sozialleistungen werden zu Aussagen zur sozioökonomischen Lebenssituation genutzt. Sie schließen Sozialhilfeempfänger mit laufender Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen und Empfänger von Regelleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz ein. Sozialhilfe soll nach dem Bundessozialhilfegesetz eine Lebensführung ermöglichen, die der Würde des Menschen entspricht. Sozialhilfe wird gegliedert nach Hilfe zum Lebensunterhalt und als Hilfe in besonderen Lebenslagen. Die Gliederung von Sozialhilfeleistungsempfängern nach Alter und Geschlecht soll aufzeigen, wo die Schwerpunkte des Sozialhilfebezuges liegen. Im vorliegenden Indikator wird die Hilfe in besonderen Lebenslagen nicht berücksichtigt.

Hilfe zum Lebensunterhalt ist dem zu gewähren, der seinen notwendigen Lebensunterhalt nicht oder nicht ausreichend aus eigenen Kräften und Mitteln, vor allem aus seinem Einkommen und Vermögen oder aus Ansprüchen gegenüber Dritten beschaffen kann. Leistungen anderer Sozialleistungsträger haben gegenüber der Sozialhilfe Vorrang. Zu den Empfängern zählt jede Person, die im Laufe des Berichtszeitraumes mindestens einen Monat lang laufende Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen (Definition gemäß § 93 Bundessozialhilfegesetz) erhalten hat.

Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen schließt Anstalten, Pflegeeinrichtungen und gleichartige Einrichtungen aus. Als Sozialhilfedichte wird der Bezug von Sozialhilfeempfängern auf 1 000 Einwohner am 31.12. bezeichnet.

Asylbewerber und abgelehnte Bewerber, die zur Ausreise verpflichtet sind, sowie geduldete Ausländer erhalten seit dem 1.11.1993 anstelle der Sozialhilfe Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz. Zur Deckung des täglichen Bedarfs an Ernährung, Kleidung, Unterkunft usw. werden den Leistungsberechtigten Regelleistungen in Form von Grundleistungen oder in besonderen Fällen in Form von laufender Hilfe zum Lebensunterhalt analog zu den Leistungen nach dem Bundessozialhilfegesetz gewährt.

Die Zahl der Empfänger wird auf die fortgeschriebene Bevölkerung zum Stichtag 31.12. des Berichtsjahres bezogen.

### Datenhalter

- ▶ Statistische Landesämter

### Datenquelle

- ▶ Statistik der Sozialhilfe
- ▶ Asylbewerberleistungsstatistik

### Periodizität

Jährlich, 31.12.

### Validität

In den Ländern werden verschiedene Verfahren zur Erfassung der Sozialhilfeleistungen mit unterschiedlicher Qualität verwendet. Bisher ist die Datenqualität in einigen Ländern verbesserungswürdig.

**Kommentar**

Anspruchsberechtigt auf Sozialhilfe ist jeder Bürger, der in eine Notlage gerät, die er nicht aus eigenen Kräften und Mitteln bewältigen kann und die auch nicht mit Hilfe von anderen, besonders von Angehörigen oder von anderen Sozialleistungsträgern, behoben werden kann. Zu den Sozialhilfeempfängern zählt jede Person, die am 31.12. des Jahres Sozialhilfe bezieht.

Seit dem Jahre 1994 werden in der Sozialhilfestatistik sämtliche Personen in so genannten Bedarfsgemeinschaften gezählt. Dazu zählen z. B. nicht getrennt lebende Ehegatten und im Haushalt lebende minderjährige unverheiratete Kinder. Kurzezeitempfänger von Sozialhilfe, überwiegend Nichtsesshafte, werden gesondert erfasst. Gegenwärtig steigen die Nettoausgaben für die Hilfe in besonderen Lebenslagen, insbesondere die Eingliederungshilfen für behinderte Menschen und die Hilfe zur Pflege als Leistung für Pflegebedürftige derart an, dass diese Position die Ausgaben für die Hilfe zum Lebensunterhalt übersteigt.

Der Indikator zählt zu den demographischen Gesundheitsdeterminanten.

**Vergleichbarkeit**

Es gibt keine vergleichbaren WHO-, OECD- und EU-Indikatoren. Ab 1994 vergleichbar mit dem bisherigen Indikator 2.8. Ab 1994 wurde der Indikator durch Angaben nach dem Asylbewerberleistungsgesetz ergänzt.

**Originalquellen**

- Publikationen der Länder zu den verwendeten Datenquellen, z. B. Statistisches Jahrbuch.

**Dokumentationsstand:** 12.09.2002, SenGesSozV - Berlin/lögd

Indikator (L) 2.23		Empfänger von ausgewählten öffentlichen Sozialleistungen nach Geschlecht, Land im Regionalvergleich, Jahr						
Lfd. Nr.	Region	Empfänger lfd. Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen			Empfänger v. Regelleistungen nach d. Asylbewerberleistungsgesetz			
		weibl.	männl.	insgesamt	weibl.	männl.	insgesamt	
		Anzahl		Anzahl	je 1 000 Einw.	Anzahl		Anzahl
1	<b>Regierungsbezirk Land</b>							
2								
3								
...								

Datenquelle:  
 Statistische Landesämter:  
 Statistik der Sozialhilfe,  
 Asylbewerberleistungsstatistik

2.24

## Wohngeldempfänger (Haushalte), Land im Regionalvergleich, Jahre

### Definition

*Wohngeldempfänger* wird als Indikator der Armutgefährdung verstanden. Wohngeld ist eine Leistung an private Haushalte in Form von Mietzuschuss bzw. bei Wohneigentümern als Lastenzuschuss, um tragbare Wohnkostenbelastungen zu erreichen.

Die Wohngeldempfängerhaushalte werden auf die Privathaushalte (Mikrozensus) bezogen. Die Höhe des Wohngeldes bestimmt sich im Einzelfall nach Haushaltsgröße, Familieneinkommen und Wohnkosten, die bei zu bestimmenden Höchstbeträgen berücksichtigt werden.

### Datenhalter

- ▶ Statistische Landesämter

### Datenquelle

- ▶ Wohngeldstatistik
- ▶ Mikrozensus

### Periodizität

Jährlich, 31.12.

### Validität

Es wird von einer ausreichenden Datenqualität ausgegangen.

### Kommentar

Der Indikator ist relativ ungenau, weil die regionale Haushaltsgröße unterschiedlich sein kann. Ist der Anteil der Ein-Personen-Haushalte sehr hoch, so ist die Wohngeldquote ggf. überhöht ausgewiesen. Die Höchstbeträge der zuschussfähigen Mieten bzw. Belastungen werden durch gesetzliche Bestimmungen in Abständen geändert. Dies ist bei der Betrachtung einer längeren Zeitreihe zu berücksichtigen. Auf Wohngeld besteht bei Erfüllung der Voraussetzungen ein Rechtsanspruch. Wohngeld wird in der Regel für einen Zeitraum von 12 Monaten bewilligt, beginnend mit dem Ersten des Monats, in dem der Antrag gestellt wird. Die Zählung der Wohngeldempfänger erfolgt am 31.12. des Jahres. Wohngeldempfänger können nicht nach Geschlecht untergliedert werden.

Der Indikator zählt zu den demographischen Gesundheitsdeterminanten.

### Vergleichbarkeit

Es gibt keine vergleichbaren WHO-, OECD- und EU-Indikatoren. Im bisherigen Indikator 2.8 wurden die Wohngeldempfänger pro 1 000 Einwohner berechnet. Die Berechnungsgrundlage wurde auf Anteil der Haushalte mit Wohngeldzuschuss umgestellt. Deshalb ist der Indikator nicht vergleichbar. Da die Haushalte im Rahmen der Mikrozensushebung als Berechnungsgrundlage dienen, erfolgt der Bezug auf die Haushalte, die im April des Berichtsjahres erfasst werden.

### Originalquellen

- ▶ Publikationen der Länder zu den verwendeten Datenquellen, z. B. Statistisches Jahrbuch.

**Dokumentationsstand**

12.09.2002, SenGesSozV - Berlin/lögd

<b>Indikator (L)</b> <b>2.24</b>		<b>Wohngeldempfänger (Haushalte), Land im Regionalvergleich, Jahre</b>					
Lfd. Nr.	Region	Wohngeldempfänger					
		Jahr		Jahr		Berichtsjahr	
		Anzahl	in % der Privat- haushalte	Anzahl	in % der Privat- haushalte	Anzahl	in % der Privat- haushalte
1 2 3 ...	<b>Regierungsbezirk</b> <b>Land</b>						

Datenquelle:  
 Statistische Landesämter:  
 Wohngeldstatistik,  
 Mikrozensus



## **Themenfeld 3: Gesundheitszustand der Bevölkerung**

### **Allgemeine Übersicht zu Mortalität und Morbidität**

Allgemeine Mortalität

Abgeleitete Indikatoren

Lebenserwartung

Verlorene Lebensjahre

Vermeidbare Sterbefälle

Allgemeine Morbidität

Subjektive Morbidität

Ambulante Morbidität

Stationäre Morbidität

Arbeitsunfähigkeit

Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten

Medizinische Leistungen zur Rehabilitation

Rentenzugänge und -bestand wegen  
verminderter Erwerbsfähigkeit

Schwerbehinderte

Pflegebedürftigkeit

### **Krankheiten/Krankheitsgruppen**

Gesundheitszustand von Säuglingen  
und Vorschulkindern

Infektionskrankheiten

Bösartige Neubildungen

Stoffwechselkrankheiten

Psychische und Verhaltensstörungen

Krankheiten des Kreislaufsystems

Krankheiten des Atmungssystems

Krankheiten des Verdauungssystems

Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems  
und des Bindegewebes

Verletzungen, Vergiftungen, äußere Ursachen



## **Thematic domain 3: Health status of the population**

### **General overview of mortality and morbidity**

#### **General mortality**

**Overall mortality**

#### **Derived indicators**

**Life expectancy**

**Potential years of life lost**

**Avoidable mortality**

#### **General morbidity**

**Subjective morbidity**

**Out-patient morbidity**

**In-patient morbidity**

**Absenteeism from work**

**Accidents at work and occupational diseases**

**Medical rehabilitation services**

**Incidence and prevalence of invalidity**

**retirement**

**Severely handicapped persons**

**Dependency nursing**

### **Diseases/Disease groups**

**Health status of infants and pre-school children**

**Infectious diseases**

**Cancer incidence**

**Endocrine and metabolic diseases**

**Mental and behavioural disorders**

**Diseases of circulatory system**

**Diseases of respiratory system**

**Diseases of digestive system**

**Diseases of musculoskeletal system and connective tissue**

**Injuries, poisoning and external causes of mortality**

### Vorbemerkungen zu Themenfeld 3

Das Themenfeld Gesundheitszustand der Bevölkerung hat den bedeutendsten Umfang des Indikatorensatzes für die Gesundheitsberichterstattung der Länder.

In der vorangegangenen Fassung waren dem Themenfeld 46 Indikatoren zugeordnet, in der vorliegenden Fassung sind es 119 Indikatoren.

Die Erweiterung der Anzahl der Indikatoren ist bedingt durch

- ▶ die durchgängige Integration von Trendindikatoren, um die Entwicklung der gesundheitlichen Lage über die Zeit beurteilen zu können,
- ▶ die systematische Aufbereitung von Daten zur subjektiven und zur ambulanten Morbidität, zur stationären Morbidität, der Arbeitsunfähigkeit, der medizinischen Leistungen zur Rehabilitation, der Frührentenzugänge und des Frührentenbestandes, der Schwerbehinderten, zur Pflegebedürftigkeit und zur Sterblichkeit,
- ▶ die Erweiterung krankheitsspezifischer Indikatoren, z. B. der Infektionskrankheiten, Stoffwechselkrankheiten, psychische und Verhaltensstörungen, Krankheiten des Atmungssystems, Krankheiten des Verdauungssystems, Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und des Bindegewebes, die auch ausgewählte rheumatische Erkrankungen einschließen.

Die 25 Indikatoren in Trendtabellen sollen die Entwicklung von Morbiditätsdaten über die Zeit darstellen. Diese Indikatoren sind besonders gut geeignet, um gesundheitspolitische Programme und Interventionsstrategien zu evaluieren. Es wurde versucht, so weit es möglich ist, für die Trendtabellen altersstandardisierte Raten zu verwenden. Daten, die in Trendtabellen enthalten sind, sind grundsätzlich in Landes- oder Regionaltabellen enthalten, die nach einheitlicher Methodik erstellt wurden. Dadurch kann eine Vergleichbarkeit zwischen Regional-, Landes- und Trendtabellen hergestellt werden.

Während im Abschnitt *Allgemeine Übersicht zur Mortalität und Morbidität* die Mortalität und davon abgeleitete Kennziffern wie Lebenserwartung, verlorene Lebensjahre, vermeidbare Sterblichkeit und eine Übersicht zur Morbidität dargestellt wird, befasst sich der zweite Abschnitt mit speziellen Krankheiten und Krankheitsgruppen (s. Systematik der Indikatoren des Themenfeldes 3).

Ein Abgleich mit internationalen Indikatorenansätzen und deren Metadatenbeschreibungen zeigt, dass die Indikatorenauswahl sowohl mit dem WHO-Indikatorenansatz HFA 21, dem EU-Indikatorenansatz (ECHI-Projekt) als auch mit dem OECD-Indikatorenansatz weitestgehend übereinstimmt.

Die Kriterien für die Indikatorenauswahl bleiben seit Bestehen des Indikatorenansatzes dieselben:

- ▶ Die Indikatoren zum Gesundheitszustand zeigen Veränderungen von Gesundheitsrisiken auf, sie sind deshalb als Kernindikatoren vor allem in der Trenddarstellung von besonderer Bedeutung.
- ▶ Morbiditätsindikatoren weisen auf die Bedeutung von Krankheiten, die Beeinträchtigung der Lebensqualität und auf erforderliche Versorgung und Kosten hin.
- ▶ Die todesursachenspezifische Sterblichkeit dient der Bewertung von Krankheiten und Ereignissen, die zum Tode führen sowie indirekt zur Schätzung der Morbidität und zur Bewertung von Präventions- und Versorgungsqualität.

Die Darstellungsweise vieler Indikatoren hat sich geändert. Daher ist es unerlässlich, die Daten für Frauen und Männer getrennt auszuweisen. Über 80 % aller Indikatoren des Themenfeldes 3 sind deshalb geschlechtsspezifisch dargestellt. Neben den absoluten Zahlen, die der Vorstellung von Größenordnungen dienen, werden überwiegend geschlechtsspezifische

Raten je 100 000 der Bevölkerung verwendet und eine Altersstandardisierung vorgenommen (s. Anhang 1: Statistische Methoden).

Es ist bei fast allen Indikatoren möglich, den Bezug zur Wohnbevölkerung herzustellen. Sollte das nicht der Fall sein, können die Daten nur absolut und in ihrer prozentualen Verteilung dargestellt werden.

### Systematik der Indikatoren des Themenfeldes 3

<b>I. Allgemeine Übersicht zur Mortalität und Morbidität</b>		
	Ia Mortalität	<ul style="list-style-type: none"> <li>• allgemein</li> </ul>
	Ib abgeleitete Indikatoren	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lebenserwartung</li> <li>• verlorene Lebensjahre</li> <li>• vermeidbare Sterblichkeit</li> </ul>
	Ic Allgemeine Morbidität	<ul style="list-style-type: none"> <li>• subjektive Morbidität</li> <li>• ambulante Morbidität</li> <li>• stationäre Morbidität</li> <li>• Arbeitsunfähigkeit</li> <li>• Arbeitsunfälle u. Berufskrankh.</li> <li>• Med. Leistungen zur Reha.</li> <li>• Rentenzugänge u. -bestand</li> <li>• Schwerbehinderte</li> <li>• Pflegebedürftigkeit</li> </ul>

<b>II. Krankheiten/ Krankheitsgruppen</b>	<b>ICD-10</b>	
Gesundheitszustand von Säuglingen u. Vorschulkindern		
Infektionskrankheiten	Kap. I	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zeitreihe</li> <li>• Inzidenz/Prävalenz</li> <li>• stationäre Morbidität</li> <li>• Arbeitsunfähigkeit</li> <li>• Med. Leistungen zur Reha.</li> <li>• Rentenzugänge u. -bestand</li> <li>• Sterblichkeit</li> </ul>
Bösartige Neubildungen	Kap. II	
Stoffwechselkrankheiten	Kap. III	
Psych./Verhaltensstörungen	Kap. V	
Krankheiten des Kreislaufsystems	Kap. IX	
Krankheiten des Atmungssystems	Kap. X	
Krankheiten des Verdauungssystems	Kap. XI	
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	Kap. XIII	
Verletzungen, Vergiftungen, äußere Ursachen	Kap. XIX	



3.1  
3.2  
3.3  
3.4

**Sterbefälle nach Geschlecht, Land, im Zeitvergleich**  
**Sterbefälle nach Hauptdiagnosegruppen und Geschlecht, Land, Jahr**  
**Sterbefälle der deutschen Bevölkerung nach Geschlecht, Land, im Zeitvergleich**  
**Sterbefälle der ausländischen Bevölkerung nach Geschlecht, Land, im Zeitvergleich**

**Definition**

Treten in einer Bevölkerung gehäuft Todesfälle auf, so ist hierin ein Hinweis auf erhöhte Gesundheitsrisiken zu sehen. Die Sterblichkeit ist dabei als Spitze eines Eisberges von Krankheitsgeschehen zu betrachten. Die Höhe von Sterbeziffern ist u. a. vom Geschlecht, der Zugehörigkeit zur Nationalität (Deutsche und Ausländer) und dem Grundleiden abhängig.

Der Indikator 3.1 weist die Sterblichkeitsverhältnisse der gesamten Bevölkerung, der Indikator 3.2 die Verteilung der Sterblichkeit nach Hauptdiagnosegruppen und die Indikatoren 3.3 und 3.4 weisen die Sterblichkeitsverhältnisse der deutschen und der ausländischen Bevölkerung im Trend und nach Geschlecht aus. Die Sterblichkeit wird aus der Bevölkerungsstatistik berechnet und ist eine der ältesten Statistiken, die Rückschlüsse auf die gesundheitliche Lage der Bevölkerung erlaubt.

Die geschlechtsspezifische Sterblichkeit spiegelt die Todesfälle bei Frauen bzw. Männern bezogen auf 100 000 Einwohner der Bevölkerungsgruppe wider. Die Zahl der Gestorbenen enthält nicht die Totgeborenen, die nachträglich beurkundeten Kriegssterbefälle und die gerichtlichen Todeserklärungen. Unberücksichtigt bleiben außerdem alle Gestorbenen, die Angehörige der im Bundesgebiet stationierten ausländischen Streitkräfte sind, sowie minderjährige Verstorbene, deren Väter - bzw. bei Nichteheleichen, deren Mütter - Angehörige der im Bundesgebiet stationierten ausländischen Streitkräfte sind.

Für die Registrierung der Sterbefälle ist unabhängig vom Sterbeort die letzte Wohngemeinde, bei mehreren Wohnungen die Hauptwohnung des Verstorbenen maßgebend.

Die allgemeine (rohe) Sterbeziffer gibt die Anzahl der Sterbefälle auf 100 000 der mittleren weiblichen oder männlichen Bevölkerung an. Die direkt standardisierten Sterbeziffern wurden auf der Grundlage der alten Europabevölkerung (1966) berechnet.

Als zu kodierendes Grundleiden gilt die Krankheit oder Verletzung, die den Ablauf des direkt zum Tode führenden Krankheitszustandes auslöste oder die Umstände des Unfalls oder der Gewalteinwirkung, die den Todesausgang verursachten. Die Kodierung erfolgt ab dem Jahr 1998 nach der ICD-10.

**Datenhalter**

- ▶ Statistische Landesämter

**Datenquelle**

- ▶ Todesursachenstatistik
- ▶ Bevölkerungsstatistik

**Periodizität**

Jährlich, 31.12.

**Validität**

Die Zahlen werden der Bevölkerungsstatistik und der Todesursachenstatistik eines Landes entnommen. Die Validität setzt die Weiterleitung einer Todesbescheinigung an das zuständige Einwohnermeldeamt voraus, so dass Verstorbene in die Statistik der Kommune und des Bundeslandes eingehen, in der/dem sie mit ihrem Hauptwohnsitz gemeldet waren.

Informationen über die Zahl der Todesfälle und die Todesursachen gelten in der Bundesrepublik aufgrund der sorgfältig geführten Bevölkerungsstatistik und den zentralen Kodierungen in der Todesursachenstatistik in den Statistischen Landesämtern als sehr zuverlässig.

### **Kommentar**

In den Indikatoren 3.1 bis 3.4 werden neben den rohen Sterbeziffern auch die direkt altersstandardisierten Mortalitätsziffern angegeben. Die Altersstandardisierung macht die Sterbeziffern unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen, Regionen oder Zeiträume vergleichbar, indem sie den Einfluss eines unterschiedlichen Altersaufbaus der Bevölkerung durch Gewichtungen ausschaltet. Demzufolge zeigen altersstandardisierte Sterbeziffern an, wie die Sterblichkeit in der Bevölkerung wäre, wenn die Altersstruktur der Standardbevölkerung zu Grunde läge. Die standardisierten Ziffern sind wegen des Bezugs auf die gleiche Altersstruktur dann vergleichbar. Das bezieht sich sowohl auf Zeitreihen als auch auf Vergleiche zwischen unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen. Auch die Einflüsse von Wanderungsbewegungen können auf diese Weise kontrolliert werden. Zum Vergleich der regionalen Sterblichkeit (Ind. 3.4) wird die Methode der indirekten Altersstandardisierung eingesetzt (s. Anhang 1).

Die alte Europastandardbevölkerung (1966) unterstellt den Gruppen der Frauen und Männer eine identische Altersstruktur, wodurch ein direkter Vergleich der Sterblichkeit zwischen Frauen und Männern einer Region zulässig ist.

Die Indikatoren zählen zu den Ergebnisindikatoren.

### **Vergleichbarkeit**

Vergleichbar mit dem WHO-Indikator 0070 998005 *Crude death rate per 1000 population, males, females and together* ohne Altersstandardisierung.

Die rohen Sterberaten im Indikator *Number of deaths* der OECD sind identisch und demzufolge vergleichbar mit dem WHO-HFA21-Indikator. Die OECD berechnet die altersstandardisierten Mortalitätsraten nach einer eigenen Referenzpopulation (total OECD-population) von 1980, deshalb liegt keine Vergleichbarkeit zu dem GMK-Indikator 3.1 vor.

Der Indikator ist mit dem bisherigen GMK-Indikator 3.1 identisch. Der Indikator 3.2 wurde neu eingefügt. Die Indikatoren 3.3 und 3.4 sind zusätzlich aufgenommen worden und können als Länderindikatoren geführt werden. Die Begriffe *Berichtszeitraum* und *Vergleichszeitraum* im bisherigen Indikator 3.1 entsprechen den Begriffen *Berichtsjahr* und *Jahr* im neuen Indikator.

### **Originalquellen**

- ▶ Publikationen der Statistischen Landesämter, z. B. Statistische Jahresberichte, Standardtabellen der Statistischen Datenbanken oder weitere regionalstatistische Quellen.

### **Dokumentationsstand**

18.12.2002, nlga/lögd

Indikator (K) 3.1		Sterbefälle nach Geschlecht, Land, im Zeitvergleich							
		Sterbefälle							
Jahr	weiblich			männlich			insgesamt		
	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	je 100 000 alt.stand.*	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	je 100 000 alt.stand.*	Anzahl	je 100 000 Einwohner	je 100 000 alt.stand.*
1980									
1985									
1990									
1995	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 3.1 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>								
2000									
2001									
...									
Berichtsj.									

Datenquelle:  
 Statistische Landesämter:  
 Todesursachenstatistik, Bevölkerungsstatistik

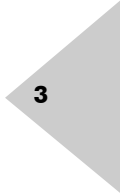
\* standardisiert an der  
 Europabevölkerung alt

Indikator (L) 3.2		Sterbefälle nach Hauptdiagnosegruppen und Geschlecht, Land, Jahr					
		ICD-10	Hauptdiagnosegruppen	Sterbefälle			
				weiblich		männlich	
Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	Anzahl	je 100 000 Einw.		
I	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten						
II	Neubildungen						
III	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe						
IV	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten						
V	Psych. u. Verhaltensstörungen						
VI	Krankheiten des Nervensystems						
VII	Krankheiten des Auges						
VIII	Krankheiten des Ohres						
IX	Krankheiten des Kreislaufsystems						
X	Krankheiten des Atmungssystems						
XI	Krankheiten des Verdauungssyst.						
XII	Krankheiten der Haut und der Unterhaut						
XIII	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes						
XIV	Krankheiten d. Urogenitalsystems						
XV	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett						
XVI	Best. Zustände, d. ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben						
XVII	Angeborene Fehlbildung., Deformitäten u. Chromosomenanomalien						
XVIII	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde						
XX	Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität*						
	<b>Insgesamt</b>						
	<b>standarddisiert an Europabevölkerung alt</b>						

[Sprung zu Daten des Indikators 3.2 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes](#)

Datenquelle:  
 Statistische Landesämter:  
 Todesursachenstatistik

\* In Zusammenhang mit Kapitel XIX:  
 Verletzungen und Vergiftungen





**Indikator (L)  
3.3**

**Sterbefälle der deutschen Bevölkerung nach Geschlecht, Land, im Zeitvergleich**

Jahr	Sterbefälle der deutschen Bevölkerung								
	weiblich			männlich			insgesamt		
	Anzahl	je 100 000 weibl. dtsch. Einw.	je 100 000 alt.stand.*	Anzahl	je 100 000 männl. dtsch. Einw.	je 100 000 alt.stand.*	Anzahl	je 100 000 dtsch. Einw.	je 100 000 alt.stand.*
1980	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 3.3 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>								
1985									
1990									
1995									
2000									
2001									
...									
Berichtsj.									

Datenquelle:  
Statistische Landesämter:  
Todesursachenstatistik, Bevölkerungsstatistik

\* standardisiert an der  
Europabevölkerung alt

**Indikator (L)  
3.4**

**Sterbefälle der ausländischen Bevölkerung nach Geschlecht, Land, im Zeitvergleich**

Jahr	Sterbefälle der ausländischen Bevölkerung								
	weiblich			männlich			insgesamt		
	Anzahl	je 100 000 weibl. ausl. Einw.	je 100 000 alt.stand.*	Anzahl	je 100 000 männl. ausl. Einw.	je 100 000 alt.stand.*	Anzahl	je 100 000 ausl. Einw.	je 100 000 alt.stand.*
1980	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 3.4 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>								
1985									
1990									
1995									
2000									
2001									
...									
Berichtsj.									

Datenquelle:  
Statistische Landesämter:  
Todesursachenstatistik, Bevölkerungsstatistik

\* standardisiert an der  
Europabevölkerung alt



3.5

## Vorzeitige Sterblichkeit (bis zum Alter von 64 Jahren) nach Geschlecht, Land im Zeitvergleich

### Definition

Treten in einer Bevölkerung in einem Alter deutlich unter der durchschnittlichen Lebenserwartung gehäuft Todesfälle auf, so besteht ein Hinweis auf erhöhte Gesundheitsrisiken.

Sterbefälle unter 65 Jahren sind von besonderem Interesse, um Gesundheitsrisiken festzustellen. Hier scheinen aus der Sicht von Entscheidungsträgern auch am ehesten Interventionen, sei es in der Vorsorge oder in der Versorgung, möglich und notwendig.

Der Indikator 3.5 weist die Sterblichkeitsverhältnisse der unter 65-jährigen Bevölkerung im Trend und nach Geschlecht aus. Die im Indikator 3.5 dargestellten Todesfälle sind eine Untergruppe der im Indikator 3.1 dargestellten Todesfälle über alle Altersgruppen. Todesfälle bis zum Alter von 65 Jahren gelten als vorzeitig und in vielen Fällen als vermeidbar.

Die direkt standardisierten Sterbeziffern wurden auf der Grundlage der alten Europabevölkerung (1966) berechnet (s. auch Definition zu den Indikatoren 3.1 - 3.4).

### Datenhalter

- ▶ Statistische Landesämter

### Datenquelle

- ▶ Todesursachenstatistik
- ▶ Bevölkerungsstatistik

### Periodizität

Jährlich, 31.12.

### Validität

Die Zahlen werden der Bevölkerungsstatistik des Landes entnommen. Die Validität setzt die Weiterleitung einer Todesbescheinigung an das zuständige Einwohnermeldeamt voraus, so dass Verstorbene in die Statistik der Kommune und des Bundeslandes eingehen, in der/dem sie mit ihrem Hauptwohnsitz gemeldet waren. Informationen über die Zahl der Todesfälle gelten in der Bundesrepublik als sehr zuverlässig.

### Kommentar

Im Indikator 3.5 werden neben den rohen Sterbeziffern auch die direkt altersstandardisierten Mortalitätsziffern angegeben. Die Altersstandardisierung macht die Sterbeziffern unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen, Regionen oder Zeiträume vergleichbar, indem sie den Einfluss eines unterschiedlichen Altersaufbaus der Bevölkerung durch Gewichtungen ausschaltet. Demzufolge zeigen altersstandardisierte Sterbeziffern an, wie die Sterblichkeit in der Bevölkerung wäre, wenn die Altersstruktur der Standardbevölkerung zu Grunde läge. Die standardisierten Ziffern sind wegen des Bezugs auf die gleiche Altersstruktur vergleichbar. Das bezieht sich sowohl auf Zeitreihen als auch auf Vergleiche zwischen den Regionen und auf Vergleiche zwischen unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen.

Die alte Europastandardbevölkerung (1966) unterstellt den Gruppen der Männer und Frauen eine identische Altersstruktur, wodurch ein direkter Vergleich der Sterblichkeit zwischen Frauen und Männern einer Region zulässig ist.

Der Indikator zählt zu den Ergebnisindikatoren.

### Vergleichbarkeit

Nicht vergleichbar mit dem WHO-Indikator 1060 060301 *Reduction of life expectancy through death before 65 years*.

Mit dem bisherigen Indikator 3.1 vergleichbar, der Angaben zu Todesfällen bis zu 65 Jahren enthielt.

### Originalquellen

- Publikationen der Statistischen Landesämter, z. B. Statistische Jahresberichte, Standardtabellen der Statistischen Datenbanken oder weitere regionalstatistische Quellen.

### Dokumentationsstand

18.12.2002, nlga/lögd

Indikator (K) 3.5		Vorzeitige Sterblichkeit (bis zum Alter von 64 Jahren) nach Geschlecht, Land, im Zeitvergleich							
Jahr	Sterbefälle bis 64 Jahre								
	weiblich			männlich			insgesamt		
	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw. < 64 J.	je 100 000 alt.stand.*	Anzahl	je 100 000 männl. Einw. < 64 J.	je 100 000 alt.stand.*	Anzahl	je 100 000 Einw. < 64 J.	je 100 000 alt.stand.*
1980	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 3.5 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>								
1985									
1990									
1995									
2000									
2001									
...									
Berichtsj.									

Datenquelle:  
Statistische Landesämter:  
Todesursachenstatistik, Bevölkerungsstatistik

\* standardisiert an der  
Europabevölkerung alt

3.6

## Sterbefälle je 100 000 Einwohner nach Alter und Geschlecht, Land, Jahre

### Definition

Alters- und geschlechtsspezifische Sterbeziffern machen den Einfluss des Alters, aber auch des Geschlechts auf die Sterblichkeit deutlich. Alters- und geschlechtsspezifische Sterbeziffern geben die Anzahl der Gestorbenen nach Altersgruppen und Geschlecht je 100 000 Einwohner des gleichen Alters und Geschlechts an.

Die Zahl der Gestorbenen enthält nicht die Totgeborenen, die nachträglich beurkundeten Kriegssterbefälle und die gerichtlichen Todeserklärungen. Unberücksichtigt bleiben außerdem alle Gestorbenen, die Angehörige der im Bundesgebiet stationierten ausländischen Streitkräfte sind, sowie minderjährige Verstorbene, deren Väter bzw. bei Nichteheleichen, deren Mütter Angehörige der im Bundesgebiet stationierten ausländischen Streitkräfte sind.

Für die Registrierung der Sterbefälle ist unabhängig vom Sterbeort die letzte Wohngemeinde, bei mehreren Wohnungen die Hauptwohnung des Gestorbenen maßgebend (Quelle: NLS).

### Datenhalter

- ▶ Statistische Landesämter

### Datenquelle

- ▶ Todesursachenstatistik
- ▶ Bevölkerungsstatistik

### Periodizität

Jährlich, 31.12.

### Validität

Die Validität setzt die Weiterleitung einer Todesbescheinigung an das zuständige Einwohnermeldeamt voraus, so dass Verstorbene in die Statistik der Kommune und des Bundeslandes eingehen, in der/dem sie mit ihrem Hauptwohnsitz gemeldet waren.

### Kommentar

Die altersspezifischen Sterberaten werden aufgrund der fortschreitenden Alterung der Bevölkerung bis zur Altersgruppe 95 und mehr Jahre berechnet.

Die altersspezifischen Sterberaten zeigen einen exponentiellen Anstieg der Sterblichkeit im Alter mit einem bereits im jüngeren Alter beginnenden Anstieg der Sterblichkeit der Männer. Weiterhin zeigen sich Unterschiede in der Sterblichkeit zwischen den Geschlechtern identischer Altersgruppen wie z. B. eine vermehrte Sterblichkeit von Jungen im Säuglingsalter und eine erhöhte unfallbedingte Sterblichkeit bei jungen Männern (unter 20 Jahren).

Der Indikator zählt zu den Ergebnisindikatoren.

### Vergleichbarkeit

Weder im WHO-, im OECD- noch im EU-Indikatorensetz werden altersspezifische Sterberaten als eigenständiger Indikator geführt.

Der bisherige GMK-Indikator 3.2 ist mit dem neuen Indikator 3.5 bis auf die Erhöhung der Altersgruppen von 85 und mehr Jahre auf 95 und mehr Jahre vergleichbar. Die Begriffe *Berichtszeitraum* und *Vergleichszeitraum* entsprechen den Begriffen *Berichtsjahr* und *Jahr* im neuen Indikator.

**Originalquellen**

- ▶ Publikationen der Statistischen Landesämter, z. B. Statistische Jahresberichte, Standardtabellen der Statistischen Datenbanken oder weitere regionalstatistische Quellen.

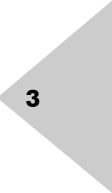
**Dokumentationsstand**

04.11.2002, nlga/lögd

Alter in Jahren	Sterbefälle je 100 000 Einwohner					
	Jahr			Berichtsjahr		
	weiblich	männlich	insgesamt	weiblich	männlich	insgesamt
0						
1 - 4						
5 - 9						
10 - 14						
15 - 19						
20 - 24						
25 - 29						
30 - 34						
35 - 39						
40 - 44						
45 - 49						
50 - 54						
55 - 59						
60 - 64						
65 - 69						
70 - 74						
75 - 79						
80 - 84						
85 - 89						
90 - 94						
95 und mehr						
<b>Insgesamt</b>						
<b>standard. an Europabev. alt</b>						

[Sprung zu Daten des Indikators 3.6 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes](#)

Datenquelle:  
 Statistische Landesämter:  
 Todesursachenstatistik,  
 Bevölkerungsstatistik



3.7

### Sterbefälle nach Geschlecht, Land im Regionalvergleich, Jahr

#### Definition

Alters- und geschlechtsspezifische Sterbeziffern im Regionalvergleich weisen auf geschlechtsbezogene und regionale Unterschiede in der Sterblichkeit zwischen Kommunen hin.

Geschlechtsspezifische Sterbeziffern geben die Anzahl der Gestorbenen einer Gruppe je 100 000 Einwohner der gleichen Gruppe an.

Die Zahl der Gestorbenen enthält nicht die Totgeborenen, die nachträglich beurkundeten Kriegssterbefälle und die gerichtlichen Todeserklärungen. Unberücksichtigt bleiben außerdem alle Gestorbenen, die Angehörige der im Bundesgebiet stationierten ausländischen Streitkräfte sind, sowie minderjährige Verstorbene, deren Väter bzw. bei Nichteheleichen, deren Mütter Angehörige der im Bundesgebiet stationierten ausländischen Streitkräfte sind.

Für die Registrierung der Sterbefälle ist die letzte Wohngemeinde, bei mehreren Wohnungen die Hauptwohnung des Gestorbenen maßgebend (Quelle: NLS).

Bei der indirekten Standardisierung (nach dem Standardized-Mortality-Ratio-Konzept (SMR)) werden die beobachteten Fälle der Region in Beziehung gesetzt zu den erwarteten Fällen, die sich aus den altersspezifischen Sterberaten der Bezugsbevölkerung (in diesem Fall die Bevölkerung des jeweiligen Bundeslandes) und der Altersstruktur der untersuchten Region ergeben. Das Ergebnis wird als prozentuale Abweichung vom Durchschnitt der Bezugsbevölkerung interpretiert.

**Datenhalter:** ► Statistische Landesämter

#### Datenquelle

- Todesursachenstatistik
- Bevölkerungsstatistik

**Periodizität:** Jährlich, 31.12.

Indikator (L) 3.7		Sterbefälle nach Geschlecht, Land im Regionalvergleich, Jahr				
Lfd. Nr.	Region	Sterbe-				
		weiblich			männlich	
		Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	SMR*	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.
1	Regierungsbezirk Land					
2						
3						
...						

Datenquelle:  
Statistische Landesämter:  
Todesursachenstatistik, Bevölkerungsstatistik

\* Standardized Mortality Ratio: standardisiert an der Mortalitätsrate des Landes (siehe Kommentar)

**Validität:** s. Indikator 3.1/3.4

**Kommentar**

Die absolute Zahl Gestorbener ebenso wie die Sterberate (Zahl der Gestorbenen pro Jahr je 100 000 Einwohner) berücksichtigt nicht die Altersstruktur der Bevölkerung. Diese ist jedoch maßgeblich für eine zwischen den Regionen vergleichbare Sterberate. Besteht etwa ein Zuzug nicht mehr Erwerbstätiger aus den Industriegebieten in eher ländlich geprägte Regionen, so erhöht sich der Altersdurchschnitt der Bevölkerung und damit auch die Sterblichkeit der Bevölkerung in dieser Region.

Die indirekte Standardisierung durch das SMR-Konzept erbringt bei kleineren Fallzahlen, die in einer Region zu erwarten sind, stabilere Vergleichsdaten als die direkte Standardisierung. Bei SMR-Berechnungen ist der Standardwert des Bundeslandes = 1,0 (beobachtete gleich erwartete Fälle), die Ergebnisse der Kreise/kreisfreien Städte/Stadtbezirke lassen sich als prozentuale Abweichung von diesem Landesdurchschnitt interpretieren. Die SMR-Quotienten lassen sich nur innerhalb des Landes vergleichen, nicht zwischen den Ländern.

Der Indikator ist ein Ergebnisindikator.

**Vergleichbarkeit**

Es gibt keine vergleichbaren Indikatoren im WHO- und im OECD-Indikatorensetz. Im EU-Indikatorensetz sind keine regionalen Angaben vorgesehen.

Dem bisherigen GMK-Indikator 3.3 sind im neuen Indikator zusätzlich die rohen Sterbeziffern zugefügt worden. Die Altersstandardisierung wird verbindlich auf die indirekte Standardisierung festgelegt.

**Originalquellen**

- ▶ Publikationen der Statistischen Landesämter (Todesursachenstatistik, Bevölkerungsstatistik).
- ▶ Auf Bundesebene: Statistisches Bundesamt: Fachserie 12, Gesundheit, Reihe 4, Todesursachen in Deutschland.

**Dokumentationsstand:** 04.11.2002, nlga/lögd

fälle			Region	Lfd. Nr.
insgesamt				
SMR*	Anzahl	je 100 000 Einw.	SMR*	
				1
				2
				3
				...
				<b>Regierungsbezirk</b>
				<b>Land</b>



## 3.8

**Häufigste Todesursachen (ICD-Klassen) nach Alter und Geschlecht, Land, 3-Jahres-Mittelwert****Definition**

Die Haupttodesursachen zeigen bei Frauen und Männern eine deutliche Altersabhängigkeit. Die führenden Todesursachen nach Alter und Geschlecht resultieren aus verschiedenen geschlechtsspezifischen Faktoren der Lebensweise, wie z. B. dem Verhalten, Umweltfaktoren, Verletzungen oder der Gesundheitsversorgung.

Todesursachen werden nach den Eintragungen auf der Todesbescheinigung (Leichenschauschein), der von dem den Tod feststellenden Arzt ausgefüllt wird, nach dem eingetragenen Grundleiden kodiert. Als Grundleiden gilt nach der geltenden Internationalen Klassifikation der Krankheiten und Todesursachen (bis zum Jahre 1999 die ICD-9 und ab dem Jahre 2000 die ICD-10) die Krankheit oder Verletzung, die den Ablauf der direkt zum Tode führenden Krankheitszustände auslöste oder die Umstände des Unfalls oder der Gewalteinwirkung, die den tödlichen Ausgang verursachten (Quelle: ICD-10, Regelwerk, Band II, DIMDI).

ICD (International Classification of Diseases) ist die international vereinbarte Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. Sie dient der eindeutigen Zuordnung von Erkrankungen und Todesursachen. Herausgeber des Diagnoseschemas ist die Weltgesundheitsorganisation (WHO).

**Datenhalter:** ▶ Statistische Landesämter

**Datenquelle:** ▶ Todesursachenstatistik

**Periodizität:** Jährlich, 31.12.

**Validität**

Die Validität der Todesursachenstatistik hängt vor allem von der Güte der Eintragungen auf den Todesbescheinigungen ab.

**Kommentar**

Unter den natürlichen Todesursachen dominieren zwei Hauptgruppen: Die Erkrankungen des Kreislaufsystems und die Neubildungen. Kaum noch Bedeutung als Todesursachen haben Infektionskrankheiten. Die besonders in höheren Altersgruppen bedeutende Multi-Morbidität (d. h. das parallele Vorhandensein mehrerer, oftmals chronischer Erkrankungen) wird in der Todesursachenstatistik nicht abgebildet, da nur das zum Tode führende Grundleiden erfasst wird. Viele Gesundheitsprobleme sind, sofern sie überwiegend als Begleiterkrankung auftreten, unterrepräsentiert. Dies gilt z. B. für die degenerativen Krankheiten des Nervensystems, die zwar typische Krankheiten des Alters sind, aber selten direkt zum Tod führen. Aufgrund der für einzelne Todesursachen geringen Fallzahlen wird ein 3-Jahres-Mittelwert berechnet, beginnend mit den Jahren 2000 - 2002.

Der Indikator ist ein Ergebnisindikator.

**Vergleichbarkeit**

Vergleichbare WHO-Daten sind in den *World Health Statistics Annuals* publiziert. Es gibt keine vergleichbaren OECD-Daten. Im Indikatorensetz der EU sind *Cause specific mortality indicators* vorgesehen. Mit dem bisherigen GMK-Indikator 3.11 vergleichbar, die Kodierung wurde auf die ICD-10 umgestellt.

**Originalquellen**

- ▶ Publikationen der Statistischen Landesämter (Todesursachenstatistik).
- ▶ Auf Bundesebene: Statistisches Bundesamt: Fachserie 12, Gesundheit, Reihe 4, Todesursachen in Deutschland.

**Dokumentationsstand**

04.11.2002, nlga/lögd

<b>Indikator (K) 3.8</b>	<b>Häufigste Todesursachen (ICD-Klassen) nach Alter und Geschlecht, Land, 3-Jahres-Mittelwert</b> <a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 3.8 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>
------------------------------	---

Alter in Jahren	Rang	Häufigste Todesursachen							
		weiblich				männlich			
		ICD-Klassen		Fälle insg.	Anteil in %*	ICD-Klassen		Fälle insg.	Anteil in %*
		Code	Diagnose			Code	Diagnose		
0	1. 2. 3. sonst.								
1 - 14	1. 2. 3. sonst.								
15 - 34	1. 2. 3. sonst.								
35 - 64	1. 2. 3. sonst.								
65 - 79	1. 2. 3. sonst.								
80 und mehr	1. 2. 3. sonst.								

Datenquelle:  
Statistische Landesämter:  
Todesursachenstatistik

\* Anteil der Todesursache an allen  
Sterbefällen der Altersgruppe

## 3.9

**Lebenserwartung nach Alter und Geschlecht, Land, Jahre****Definition**

Die Lebenserwartung ist ein im Vergleich zu den Sterblichkeitsraten sehr anschaulicher Indikator zur zusammenfassenden Beurteilung der gesundheitlichen Lage und medizinischen Versorgung einer Bevölkerung. Die Kennziffer *Lebenserwartung* gibt an, wie viele Jahre ein Mensch in einem definierten Alter bei unveränderten gegenwärtigen Sterberisiken im Durchschnitt noch leben würde. Die fernere Lebenserwartung der Nulljährigen wird hierbei auch als *mittlere Lebenserwartung* bezeichnet. Sie darf nicht als prognostischer Wert verstanden werden, sondern als eine Momentaufnahme, die die durchschnittliche aktuelle Lebenserwartung der untersuchten Bevölkerung wiedergibt.

Berechnungsgrundlage für die Lebenserwartung ist die so genannte Sterbetafel, die modellhaft anhand der alters- und geschlechtsspezifischen Sterberaten des untersuchten Kalenderzeitraums (ein oder mehrere zusammengefasste Jahre) berechnet wird. Im Prinzip entspricht die so berechnete Lebenserwartung der (bezüglich der Altersstruktur) bereinigten Sterblichkeit und ist somit besonders geeignet für Zeitreihenanalysen und regionale Vergleiche.

Im Indikator 3.9 wird neben der Lebenserwartung der Neugeborenen (sog. mittlere Lebenserwartung) und der Einjährigen zusätzlich die alters- und geschlechtsspezifische Lebenserwartung in Fünf-Jahres-Altersschritten angegeben.

**Datenhalter**

- ▶ Statistische Landesämter

**Datenquelle**

- ▶ Sterbetafeln

**Periodizität**

- ▶ Vollständige Sterbetafeln (im Anschluss an eine Volkszählung)
- ▶ Abgekürzte Sterbetafeln (jährlich bzw. unregelmäßig)

**Validität**

Vollständige Sterbetafeln werden in der Regel im Anschluss an eine Volkszählung zur Verfügung gestellt. Dazwischen werden sog. abgekürzte Sterbetafeln erstellt, die jährlich oder für drei Jahre berechnet werden. Abgekürzte Sterbetafeln erfahren im Unterschied zu den vollständigen Sterbetafeln keine Glättung (Ausgleichung) und unterliegen im stärkeren Maß kurzfristigen Schwankungen (Quelle: NLS).

**Kommentar**

Die Lebenserwartung ist in Deutschland im letzten Jahrhundert um etwa 30 Jahre angestiegen und weist auch in den letzten Jahrzehnten noch einen kontinuierlichen Zugewinn von mehr als zwei Jahren pro Jahrzehnt auf.

Während der Anstieg in der Vergangenheit zum großen Teil auf die Reduktion der Säuglingssterblichkeit und die Reduktion der Sterblichkeit an (impfpräventablen) Infektionserkrankungen im Kindesalter zurückzuführen war, trägt heute die verbesserte Prognose bei Erkrankungsereignissen im höheren Alter (Krebserkrankungen, Herzinfarkte, Versorgung chronischer Erkrankungen) zunehmend zur höheren Lebenserwartung bei.

Die Lebenserwartung von Frauen und Männern weist deutliche Unterschiede auf, sie wird

daher immer geschlechtsspezifisch angegeben. Dieser Indikator findet seine Ergänzung in den Indikatoren 3.10 *Lebenserwartung im Regionalvergleich*, 3.11 *Lebenserwartung bei guter Gesundheit* sowie 3.13 *Vermeidbare Sterbefälle*.

Der Indikator zählt zu den Ergebnisindikatoren.

### Vergleichbarkeit

Vergleichbar mit dem WHO-Indikator 1010 060101 ff *Life expectancy at birth, males and females, Life expectancy at age 1, 15, 45 and 65 years*. Vergleichbar mit dem OECD-Indikator *Life expectancy at birth and at various ages (40, 60, 65 and 80)*. Die Daten stammen von der Datenbank Eurostat New Cronos. Für die EU-Mitgliedsländer soll die Lebenserwartung für die 1-, 15-, 45-, 65- und 75-Jährigen nach Geschlecht berechnet werden. Vergleichbar mit dem bisherigen GMK-Indikator 3.7. Die Darstellung der altersspezifischen Lebenserwartung wurde bis auf die Altersgruppen 95 und mehr Jahre erhöht.

### Originalquellen

- ▶ Publikationen der Statistischen Landesämter (Sterbetafeln).

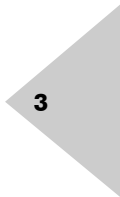
### Dokumentationsstand

04.11.2002, nlga/lögd

Vollendetes Altersjahr	Lebenserwartung nach Alter und Geschlecht, Land, Jahre					
	Lebenserwartung in Jahren					
	Jahr		Jahr		Berichtsjahr	
	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich
0						
1						
5						
10						
15						
20						
25						
30						
35						
40						
45						
50						
55						
60						
65						
70						
75						
80						
85						
90						
95 u. mehr						

[Sprung zu Daten des Indikators 3.9 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes](#)

Datenquelle:  
 Statistische Landesämter:  
 Sterbetafeln



3.10

## Lebenserwartung nach Geschlecht, Land im Regionalvergleich, Jahr

### Definition

Die mittlere Lebenserwartung erlaubt allgemeine Rückschlüsse auf die gesundheitliche Lage, die medizinische Versorgung und den Lebensstandard einer Bevölkerung (s. Kommentar zu Indikator 3.9). Da die Lebenserwartung im Prinzip der um die Alterseffekte bereinigten Sterblichkeit entspricht, ist sie besonders geeignet für die vergleichende Analyse regionaler Unterschiede. Die Abweichung vom Landesdurchschnitt ermöglicht hierbei eine schnelle Orientierung bezüglich der relativen Position der einzelnen Regionen zueinander.

Die mittlere Lebenserwartung (bzw. Lebenserwartung bei der Geburt) gibt an, wie viele Jahre ein Neugeborenes bei unveränderten gegenwärtigen Sterberisiken im Durchschnitt noch leben würde. Berechnungsgrundlage für die Lebenserwartung ist die so genannte Sterbetafel, die modellhaft anhand der alters- und geschlechtsspezifischen Sterberaten des untersuchten Kalenderzeitraums (ein oder mehrere zusammengefasste Jahre) berechnet wird.

### Datenhalter

- ▶ Statistische Landesämter

### Datenquelle

- ▶ Sterbetafeln

### Periodizität

- ▶ Vollständige Sterbetafeln (im Anschluss an eine Volkszählung)
- ▶ Abgekürzte Sterbetafeln (jährlich bzw. unregelmäßig)

### Validität

Vollständige Sterbetafeln werden in der Regel im Anschluss an eine Volkszählung zur Verfügung gestellt. Dazwischen werden sog. abgekürzte Sterbetafeln erstellt, die jeweils für drei Jahre berechnet werden. Abgekürzte Sterbetafeln erfahren im Unterschied zu den vollständigen Sterbetafeln keine Glättung (Ausgleichung) und unterliegen im stärkeren Maß kurzfristigen Schwankungen (Quelle: NLS). Die Validität ist durch die größeren Zeitabstände zwischen der Erstellung der herangezogenen Sterbetafel und dem Berechnungszeitpunkt der Lebenserwartung eingeschränkt.

Für die Berechnung der Lebenserwartung auf Regionalebene sollten die aggregierten Daten mehrerer Jahre (3 - 5) verwendet sowie ein Streuungsparameter (Konfidenzintervall) angegeben werden (s. Anhang 1. Statistische Methoden).

### Kommentar

Die Lebenserwartung ist in Deutschland im letzten Jahrhundert um etwa 30 Jahre angestiegen und weist auch in den letzten Jahrzehnten noch einen kontinuierlichen Zugewinn von mehr als zwei Jahren pro Jahrzehnt auf. Die Lebenserwartung von Frauen und Männern weist deutliche Unterschiede auf, sie wird daher immer geschlechtsspezifisch angegeben.

Für die Deutung regionaler Unterschiede der Lebenserwartung müssen die vielfältigen, einflussnehmenden Faktoren wie ökonomische Situation, medizinische Versorgung, ethnische Zusammensetzung etc. berücksichtigt werden. Die Lebenserwartung im Regionalvergleich wird aus abgekürzten Sterbetafeln berechnet.

Der Indikator zählt zu den Ergebnisindikatoren.

### Vergleichbarkeit

(Siehe Hinweise beim Indikator 3.9). Es gibt keine Angaben zur Lebenserwartung auf regionalem Niveau in den Indikatorenansätzen der WHO, OECD und der Indikatorenliste der EU. Im bisherigen Indikatorenansatz gab es keinen Indikator zur Lebenserwartung auf regionaler Ebene, somit handelt es sich um einen zusätzlichen Indikator.

### Originalquellen

- Publikationen der Statistischen Landesämter (Sterbetafeln).

### Dokumentationsstand

04.11.2002, nlga/lögd

Indikator (L) 3.10		Lebenserwartung nach Geschlecht, Land im Regionalvergleich, Jahr <sup>1</sup>			
Lfd. Nr.	Region	Mittlere Lebenserwartung bei der Geburt in Jahren		Abweichung vom Landesdurchschnitt in Jahren	
		weiblich	männlich	weiblich	männlich
1	<b>Regierungsbezirk</b> <b>Land</b>				
2					
3					
...					

Datenquelle:  
Statistische Landesämter:  
Sterbetafeln

<sup>1</sup> Berechnung von 3-Jahres-Mittelwerten empfehlenswert

## 3.11

**Lebenserwartung ohne Behinderung nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr****Definition**

Das Konzept der Lebenserwartung bei guter Gesundheit soll den Aspekt der Lebensqualität (Gesundheit) in die Betrachtung der Lebenserwartung einbinden. Die Lebenserwartung ist eine Maßzahl, die modellhaft aus alters- und geschlechtsspezifischen Sterblichkeitsverhältnissen eine erwartete Lebensdauer - unabhängig vom Gesundheitszustand - ableitet (s. Kommentar zu Indikator 3.9). Durch eine steigende Lebenserwartung nimmt aber auch das Risiko der Erkrankung und Pflegebedürftigkeit im hohen Alter erkennbar zu.

Ausgangspunkt dieses Indikators ist die Frage, ob die höhere Lebenserwartung mit mehr gesunden Lebensjahren einhergeht oder ob die höhere Lebenserwartung durch eine Verlängerung des Zeitabstandes zwischen Erkrankungsbeginn und Sterbezeitpunkt erkaufte wird.

Die Health Expectancy (Gesundheitserwartung) drückt im Gegensatz zur Lebenserwartung aus, wie viele Lebensjahre bei guter Gesundheit zu erwarten sind. Health Expectancy ist ein Oberbegriff für eine Vielzahl von Indikatorenmodellen, die versuchen, die Lebenserwartung unter einem definierten Gesundheitszustand zu messen (OECD). Die einfachste Methode ist die Berechnung der Lebenserwartung ohne Behinderung (disability-free life expectancy, DFLE). Als geeignete Datengrundlage dienen in Deutschland Gesundheitssurveys (z. B. Eurobarometer), die Schwerbehinderten- oder die Pflegestatistik (1).

**Datenhalter**

- ▶ Statistische Landesämter

**Datenquelle**

- ▶ Sterbetafeln
- ▶ Statistik der Schwerbehinderten

**Periodizität**

- ▶ Vollständige Sterbetafeln (im Anschluss an eine Volkszählung)
- ▶ Abgekürzte Sterbetafeln (jährlich bzw. unregelmäßig)

**Validität**

Die Berechnungsmethode zur Bestimmung der Lebenserwartung bei guter Gesundheit folgt dem internationalen Netzwerk REVES (Réseau Espérance de vie en Santé) und entspricht bei Verwendung von Daten der Schwerbehindertenstatistik einer *Disability-free life expectancy*, bei Verwendung von Daten der Pflegestatistik einer *pflegebedürftigkeitsfreien Lebenserwartung*, bei Verwendung von speziellen Surveys oder des Eurobarometers einer nach REVES definierten *Functional limitation-free life expectancy* oder einer *Activity restriction-free life expectancy*. Die Ergebnisse hängen von der verwendeten Datenbasis und deren Vollständigkeit ab.

**Kommentar**

Die bisher vorliegenden Berechnungen zur *Health Expectancy* in Deutschland (2) basierten auf der Berechnung einer *Disability-free life expectancy*, die auf Angaben zur Funktionsbehinde-

rung (functional disability) des Mikrozensus beruhen. Berechnungen mit Prävalenzraten der Schwerbehindertenstatistik führen zu Ergebnissen, die eine gute Übereinstimmung z. B. mit Berechnungen der WHO zur *Health Expectancy* liefern. Deshalb wird empfohlen, die Berechnung einer *Disability-free life expectancy* auf der Grundlage der Schwerbehindertenstatistik (ab Behinderungsgrad 50) anhand von modifizierten Sterbetafeln (Sullivan's Methode) vorzunehmen. Die Vollständigkeit dieser Statistik hängt davon ab, ob Behinderte einen Antrag auf Anerkennung der Schwerbehinderung stellen. Der Indikator könnte auf dieser Basis alle zwei Jahre von den Ländern berechnet werden, bis eine bessere Datenbasis zur Verfügung steht.

Ein Indikator *pflegebedürftigkeitsfreie Lebenserwartung* kann als Länderindikator zusätzlich geführt werden.

Im Weltgesundheitsbericht 1997 der Weltgesundheitsorganisation WHO wurde die Bedeutung der Gesundheitserwartung im Gegensatz zur Lebenserwartung hervorgehoben. Eine Zunahme der Gesundheitserwartung ist nur dann möglich, wenn verstärkt präventive Bemühungen zur Minderung der vorzeitigen Mortalität und Morbidität unternommen werden (WHO 1998).

Der Indikator zählt zu den Ergebnisindikatoren.

### Vergleichbarkeit

Es gibt keinen vergleichbaren WHO-Indikator. Die OECD führt den Indikator *Health expectancy* als *Disability-free life expectancy* für Neugeborene und im Alter von 65 Jahren auf Länderebene. Der OECD-Indikator beruht auf Schätzungen der *Disability-free life expectancy*. Der Indikator wird seit den 70er Jahren in Mitgliedsländern der OECD nach einer empfohlenen Methodik auf der Basis von Sterbetafeln berechnet.

Für die EU-Länder ist ein Indikator *Disability free life Expectancy* auf der Basis der Sullivan-Methode vorgesehen. Dieser Indikator der Lebenserwartung ohne Behinderung ist neu.

### Originalquellen

- ▶ (1) Bickel, H. (2001): Lebenserwartung und Pflegebedürftigkeit in Deutschland. *Das Gesundheitswesen*; 63, S. 9 - 14.
- ▶ (2) Brückner, G. (1997): Health Expectancy in Germany. Presentation at the REVES 10 Meeting of the Network on Health Expectancy.

### Dokumentationsstand

18.02.2003 nlga/lögd



Vollendetes Altersjahr	Lebenserwartung ohne Behinderung nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr			
	Lebenserwartung ohne Behinderung (DFLE*)		Differenz zwischen allgemeiner und behinderungsfreier Lebenserwartung	
	weiblich	männlich	weiblich	männlich
	in Jahren			
0				
1				
5				
10				
15				
20				
25				
30				
35				
40				
45				
50				
55				
60				
65				
70				
75				
80				
85				
90				
95 u. mehr				

Datenquelle:  
 Statistische Landesämter:  
 Sterbetafeln,  
 Statistik der Schwerbehinderten

\* Disability-free life expectancy



3.12

### Anzahl der durch Tod vor Vollendung des 65. Lebensjahres verlorenen Lebensjahre (PYLL) nach Todesursachen und Geschlecht, Land, Jahr

#### Definition

Das Konzept der verlorenen Lebensjahre - Potential Years of Life Lost (PYLL) - ermöglicht die Identifizierung derjenigen Erkrankungsgruppen, die einen besonders großen Anteil zum vorzeitigen Versterben (Vorwegnahmesterblichkeit) in der Bevölkerung beitragen. Dies ist unter dem Aspekt der Prävention und für die medizinische Versorgung relevant. Zudem hat der Indikator eine volkswirtschaftliche Relevanz, weil Todesfälle im wirtschaftlich aktiven Alter aufgezeigt werden, die sozioökonomische Auswirkungen haben. Ausgehend von einer vorgegebenen Altersgrenze - hier 65 Jahre - werden für alle vor Erreichung der Altersgrenze Verstorbenen die nicht gelebten Jahre, das verlorene Potenzial, aufsummiert sowie als Rate je 100 000 Einwohner gebildet. Rein quantitativ kann eine relativ seltene Todesursache wie z. B. AIDS einen ähnlichen Verlust an Lebenszeit bedingen wie eine häufige Todesursache, wenn die erstere in jüngeren Altersgruppen und letztere in höheren Altersgruppen bevorzugt beobachtet wird.

Der Bezug zu den Todesursachengruppen gemäß ICD-10 ermöglicht, die dafür wesentlich verantwortlichen Erkrankungsgruppen zu erkennen. Bei Bezug auf eine Standardbevölkerung entsteht die entsprechende standardisierte Maßzahl (Quelle: RKI).

#### Datenhalter

- ▶ Statistische Landesämter

#### Datenquelle

- ▶ Todesursachenstatistik
- ▶ Bevölkerungsstatistik

#### Periodizität

Jährlich, 31.12.

#### Validität

Die Berechnung wird aufgrund der Datenverfügbarkeit nach Altersgruppen und nicht nach Einzel-Altersjahren durchgeführt, die Ergebnisse werden anhand der alten Europa-Standardbevölkerung standardisiert.

Die Säuglingssterblichkeit (0 - 1 Jahr) bleibt unberücksichtigt, da sie zum größten Teil speziellen Todesursachen zuzuschreiben ist, die in späteren Lebensabschnitten nicht mehr auftreten.

#### Kommentar

Der Indikator reflektiert nicht die *Qualität des Lebens*. Eine gute Ergänzung ist der Indikator 3.13 *Vermeidbare Sterbefälle*. Der Indikator wird weiterhin für die Altersgruppen 1 - 64 Jahre berechnet. Bei Änderung der Altersgruppen im EU-Indikatorensatz auf 1 - 69 Jahre erfolgt eine Anpassung.

Der Indikator zählt zu den Ergebnisindikatoren.

#### Vergleichbarkeit

Es gibt keinen WHO-Indikator zu den *Verlorenen Lebensjahren*. Die OECD führt den Indikator *Potential years of life lost (PYLL)* für alle Todesursachen und nach Hauptdiagnosegruppen.

Die OECD berechnet PYLL zum Alter von 69 Jahren. Es liegt eine limitierte Vergleichbarkeit vor. Es wird einen EU-Indikator zu PYLL geben. Im Indikator 3.11 sind alle Todesursachengruppen nach ICD-10 Kapiteln aufgelistet.

**Originalquellen**

- Publikationen der Länder zu den verwendeten Datenquellen, z. B. Statistische Jahrbücher.

**Dokumentationsstand:** 11.11.2002, nlga/lögd

<b>Indikator (K) 3.12</b>	<b>Anzahl der durch Tod vor Vollendung des 65. Lebensjahres verlorenen Lebensjahre (PYLL) nach Todesursachen und Geschlecht, Land, Jahr</b>
-------------------------------	---

ICD-10 Kapitel	Todesursache	Verlorene Lebensjahre (Bevölkerung von 1 - 64 Jahren)					
		weiblich			männlich		
		Anzahl in 1 000	je 100 000 alt.stand.*	in %	Anzahl in 1 000	je 100 000 alt.stand.*	in %
I	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten darunter: AIDS						
II	Neubildungen						
III	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe						
IV	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten						
V	Psychische und Verhaltensstörungen						
VI	Krankheiten des Nervensystems						
VII	Krankheiten des Auges						
VIII	Krankheiten des Ohres						
IX	Krankheiten des Kreislaufsystems						
X	Krankheiten des Atmungssystems						
XI	Krankheiten des Verdauungssystems						
XII	Krankheiten der Haut u. d. Unterhaut						
XIII	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes						
XIV	Krankheiten des Urogenitalsystems						
XV	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett						
XVI	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in d. Perinatalperiode haben						
XVII	Angeb. Fehlbildung., Deformitäten und Chromosomenanomalien						
XVIII	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde						
XX	Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität darunter: Suizid Kfz-Unfälle						
	<b>Insgesamt</b>			<b>100</b>			<b>100</b>

[Sprung zu Daten des Indikators 3.12 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes](#)

Datenquelle:  
Statistische Landesämter  
Todesursachenstatistik,  
Bevölkerungsstatistik

\* standardisiert an der  
Europabevölkerung alt

3.13

### Vermeidbare Sterbefälle nach ausgewählten Diagnosen und Geschlecht, Land, Jahr

#### Definition

Der Indikator *Vermeidbare Sterbefälle* wird zur Beobachtung der Qualität und Effektivität der gesundheitlichen Versorgung und der Präventionspolitik eingesetzt. Er bezieht sich auf ausgewählte Todesursachen, die unter adäquaten Behandlungs- und Vorsorgebedingungen als vermeidbar (für die jeweils betrachtete Altersgruppe) gelten. Die Auswahl geht auf Vorschläge der gleichnamigen EU-Arbeitsgruppe zurück. Der Indikator reflektiert einerseits die Inanspruchnahme sowie die Qualität der medizinischen Diagnostik und Therapie. Andererseits kann die Effektivität von Maßnahmen der Primärprävention (Nikotin- und Alkoholkonsum etc.) bewertet werden.

Der Indikator 3.13 beschränkt sich auf acht besonders häufige Todesursachen. Aufgrund unterschiedlicher Modelle, zu denen ein internationaler Konsens bisher fehlt, wurde der bisherige Indikator beibehalten.

#### Datenhalter

- ▶ Statistische Landesämter

#### Datenquelle

- ▶ Todesursachenstatistik
- ▶ Bevölkerungsstatistik
- ▶ Geburtenstatistik

#### Periodizität

Jährlich, 31.12.

#### Validität

Zum 1.1.1998 wurde die ICD-Klassifikation in der 10. Revision für die Todesursachenstatistik eingeführt, die eine Umkodierung der verwendeten Krankheiten und Krankheitsgruppen notwendig machte, um eine Vergleichbarkeit mit dem bisherigen Indikator 3.12 herzustellen. Um über Jahre eine Vergleichbarkeit der vermeidbaren Sterblichkeit zu erzielen, erfolgt eine direkte Altersstandardisierung auf die Europabevölkerung (alt).

#### Kommentar

Unter der Voraussetzung, dass zur Bekämpfung vermeidbarer Todesfälle wirksame Vorsorge- oder Früherkennungsprogramme bzw. Therapiemaßnahmen existieren, ist zu erwarten, dass die Sterblichkeit an diesen Todesursachen im Zeitvergleich zurückgeht oder zumindest nicht zunimmt.

Der Indikator zählt zu den Ergebnisindikatoren.

#### Vergleichbarkeit

Es liegen keine vergleichbaren Indikatoren in den Indikatorensetzen der WHO und der OECD vor. Im künftigen Indikatorensetz der EU ECHI wird der Indikator *Vermeidbare Sterbefälle* enthalten sein.

Der Indikator 3.13 ist mit dem bisherigen GMK-Indikator 3.12 weitestgehend identisch. Es werden von bisher 12 Diagnosen/Diagnosegruppen acht weitergeführt, die besonders häufig sind.

**Originalquellen**

- ▶ Publikationen der Statistischen Landesämter zu den verwendeten Datenquellen, z. B. Statistische Jahrbücher.

**Dokumentationsstand**

14.11.2002 nlga/lögd

**Indikator (L)**  
**3.13**

**Vermeidbare Sterbefälle nach ausgewählten Diagnosen und Geschlecht, Land, Jahr**

Diagnose	ICD-10	Vermeidbare Sterbefälle					
		weiblich		männlich		insgesamt	
		Anzahl	je 100 000 alt.stand.*	Anzahl	je 100 000 alt.stand.*	Anzahl	je 100 000 alt.stand.*
Bösart. Neubildg. der Luftröhre, Bronchien und der Lunge, 15 - 64 Jahre, insg.	C33 - C34						
Bösart. Neubildg. der Brustdrüse, 25 - 64 Jahre, weibl.	C50						
Bösart. Neubildg. der Cervix Uteri, 15 - 64 Jahre, weibl.	C53						
Ischämische Herzkrankheit, 35 - 64 Jahre, insg.	I20 - I25						
Hypertonie u. zerebrovaskuläre Krankheiten, 35 - 64 Jahre, insg.	I10 - I15 u. I60 - I69						
Krankheiten der Leber, 15 - 74 Jahre, insg.	K70 - K77						
Transportmittelunfälle inner- u. außerhalb des Verkehrs, alle Altersgruppen	V01 - V99						
Perinat. Sterbefälle**, Totgeborene u. bis z. 7. Lebenstag Verst.	A00 - T98						
<b>Insgesamt</b>							

[Sprung zu Daten des Indikators 3.13 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes](#)

Datenquelle:  
Statistische Landesämter:  
Todesursachenstatistik,  
Geburtenstatistik,  
Bevölkerungsstatistik

\* standardisiert an der Europabevölkerung alt  
\*\* je 1 000 Geborene

3.14

### Vermeidbare Sterbefälle nach ausgewählten Diagnosen, Land im Regionalvergleich, 5-Jahres-Mittelwert

#### Definition

Der Begriff *vermeidbare Sterbefälle* bezieht sich auf ausgewählte Todesursachen, die unter adäquaten Behandlungs- und Vorsorgebedingungen als vermeidbar (für die jeweils betrachtete Altersgruppe) gelten (s. Kommentar zu Indikator 3.13). Der Indikator 3.14 greift gezielt die sechs häufigsten Todesursachen bei den vermeidbaren Sterbefällen auf und stellt sie im regionalen Vergleich dar. Da die vermeidbaren Sterbefälle indirekt die Qualität und Effektivität der gesundheitlichen Versorgung im Hinblick auf adäquate Inanspruchnahme, Diagnostik und Therapie widerspiegeln, können durch die regionale Aufspaltung Auswirkungen unterschiedlicher Versorgungs- und Inanspruchnahmestrukturen aufgezeigt werden. Gleichzeitig kann ein erhöhter Bedarf an präventiven Maßnahmen identifiziert werden und die Effektivität solcher Maßnahmen bewertet werden.

Bei der indirekten Standardisierung (nach dem Standardized-Mortality-Ratio-Konzept (SMR)) werden die beobachteten Fälle der Region in Beziehung gesetzt zu den erwarteten Fällen, die sich aus den altersspezifischen Sterberaten der Bezugsbevölkerung (in diesem Fall die Bevölkerung des jeweiligen Bundeslandes insgesamt) und der Altersstruktur der untersuchten Region ergeben. Das Ergebnis wird als prozentuale Abweichung vom Durchschnitt der Bezugsbevölkerung interpretiert.

**Datenhalter:** ▶ Statistische Landesämter

**Datenquelle:** ▶ Todesursachenstatistik ▶ Bevölkerungsstatistik

**Periodizität:** Jährlich, 31.12.

#### Validität

Die Fallzahlen sind im Regionalvergleich mit jährlicher Angabe zu gering. Um zeitliche

Indikator (L) 3.14		Vermeidbare Sterbefälle nach ausgewählten Diagnosen, Land im Regionalvergleich, 5-Jahres-Mittelwert					
Lfd. Nr.	Region	Vermeidbare					
		Bösart. Neubild. d. Luftröhre, Bronchien u. d. Lunge (C33 - C34)		Brustkrebs (C50)		Ischämische Herzkrankheit (I20 - I25)	
		15 - 64 Jahre, insg.		25 - 64 Jahre, weibl.		35 - 64 Jahre, insg.	
		Mittelwert*	SMR**	Mittelwert*	SMR**	Mittelwert*	SMR**
1	Regierungsbezirk Land						
2							
3							
...							

Datenquelle:  
Statistische Landesämter;  
Todesursachenstatistik,  
Bevölkerungsstatistik

\* Es werden die aktuellsten  
fünf Jahre zusammengefasst  
\*\* Standardized Mortality Ratio:  
standardisiert an der Bevölkerungsrate des Landes

Schwankungen auszugleichen, wird deshalb der 5-Jahres-Mittelwert ermittelt (s. Anhang 1: Statistische Methoden).

Zum 1.1.1998 wurde die 10. Revision der ICD-Klassifikation eingeführt. Dies erforderte die Umstellung der Kodierung.

**Kommentar**

Die ausgewählten Todesursachen lassen sich klassifizieren als:

- ▶ primärpräventiv vermeidbar (Lebensweise, z. B. Lungenkrebs, Leberzirrhose);
- ▶ sekundärpräventiv vermeidbar (Früherkennung, z. B. Brustkrebs);
- ▶ tertiärpräventiv vermeidbar (Qualität der medizinischen Versorgung, z. B. ischämische Herzkrankheiten, Hypertonie und zerebrovaskuläre Krankheiten).

Unter der Voraussetzung, dass sowohl die präventiven als auch die kurativen Maßnahmen zur Vermeidung existieren, eingesetzt und in Anspruch genommen werden, ist zu erwarten, dass die Sterblichkeit an diesen Todesursachen im Zeitvergleich zurückgeht oder zumindest nicht zunimmt. Die Daten der indirekten Standardisierungen können nur innerhalb des Bundeslandes verglichen werden. Ergänzend siehe Indikatoren 3.12 und 3.13.

Die vermeidbare Sterblichkeit zählt zu den Ergebnisindikatoren.

**Vergleichbarkeit**

Es gibt keine WHO- oder OECD-Indikatoren zur vermeidbaren Sterblichkeit. Im künftigen Indikatorensetz der EU ECHI wird ein Indikator zur vermeidbaren Sterblichkeit enthalten sein. Der Indikator lehnt sich an den bisherigen GMK-Indikator 3.13 an. Der Indikator 3.14 wurde von 12 auf die sechs häufigsten Diagnosen/Diagnosegruppen wegen der begrenzten Fallzahlen reduziert. Außerdem wird ein 5-Jahres-Mittelwert empfohlen.

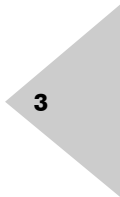
**Originalquellen**

- ▶ Publikationen der Statistischen Landesämter zu den verwendeten Datenquellen, z. B. Statistische Jahrbücher.

**Dokumentationsstand**

14.11.2002 nlga/lögd

Sterbefälle						Region	Lfd. Nr.
Hypertonie und zerebrovask. Krankh. (I10 - I15 u. I60 - I69)		Krankheiten der Leber (K70 - K77)		Transportmittelunfälle inner- und außerhalb des Verkehrs (V01 - V99)			
35 - 64 Jahre, insg.		15 - 74 Jahre, insg.		alle Altersgruppen			
Mittelwert*	SMR**	Mittelwert*	SMR**	Mittelwert*	SMR**		
						<b>Regierungsbezirk</b>	1
							2
							3
							...
						<b>Land</b>	





3.15

### Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes nach Alter und Geschlecht, Deutschland/Land, 1998

#### Definition

Subjektive Gesundheitsindikatoren wie die Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes ergänzen die objektiven Gesundheitsindikatoren um den Aspekt der gesundheitlichen Lebensqualität. Bedingt durch die Zunahme der chronisch-degenerativen, progredient verlaufenden Erkrankungen sowie Behinderungen werden Aspekte wie Gesundheitsaufklärung, gesundheitliche Lebensqualität und selbstständige Lebensführung sowohl aus der Sicht der Bürger (Betroffenen) als auch für die Planung gesundheitlicher Versorgung zunehmend wichtiger. Subjektive Gesundheitsindikatoren können außerdem als Prädiktoren der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen sowie von Morbidität und Mortalität angesehen werden. So haben Personen mittleren oder höheren Alters, die ihren Gesundheitszustand als schlecht einschätzen, ein höheres Sterberisiko (1).

Die Teilnehmer wurden gefragt:

„Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?“

Folgende Antworten konnten gegeben werden: Ausgezeichnet, sehr gut, gut, weniger gut bzw. schlecht.

Im Indikator wurden die Kategorien ausgezeichnet und sehr gut sowie weniger gut und schlecht addiert, um für alle Altersgruppen und beide Geschlechter noch ausreichend große Gruppen bilden zu können.

#### Datenhalter

- ▶ Robert Koch-Institut (RKI)
- ▶ Gesundheitsministerium Bayern
- ▶ Gesundheitsministerium Nordrhein-Westfalen

#### Datenquelle

- ▶ Bundes-Gesundheitssurvey 1998, Zusatzstichproben Bayern und Nordrhein-Westfalen

#### Periodizität

Mehrjährlich

#### Validität

Die Daten des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 beruhen auf einer für Deutschland repräsentativen Wohnbevölkerungstrichprobe für die Altersgruppe 18 - 79 Jahre. Es wurden 7 124 Personen befragt und untersucht. Zur Methodik siehe (2).

#### Kommentar

Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes wird als Bundes-/Länderindikator geführt. Folgende wesentliche Grundlagen wurden für die Auswahl und Interpretation des Indikators verwendet:

(1) Statistisches Bundesamt (1998): Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Gesundheitsbericht für Deutschland. Wiesbaden.

(2) *Das Gesundheitswesen* 60 (1998) und *Das Gesundheitswesen* 61 (1999); jeweils Sonderheft 2 - Schwerpunkttheft Bundes-Gesundheitssurvey.

Der Indikator zählt zu den Ergebnisindikatoren.

### Vergleichbarkeit

Eingeschränkte Vergleichbarkeit mit WHO-Indikator 2800 020201 % *population self-assessing health as good*. Für diesen Indikator wurden die Kategorien *ausgezeichnete Gesundheit*, *sehr gute Gesundheit* und *gute Gesundheit* aus dem Bundes-Gesundheitssurvey zusammengefasst. Bedingt vergleichbar mit dem OECD-Indikator *Perceived Health Status*, dessen Angaben dem SOEP entnommen wurden. Kein vergleichbarer Indikator im bisherigen Indikatorensetz.

### Originalquellen

- ▶ Robert Koch-Institut: Public Use File BGS98.
- ▶ Informationssystem für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (IS-GBE): <http://www.gbe-bund.de>.

### Dokumentationsstand

12.09.2002, RKI/lögd

Indikator (B/L) 3.15	Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes nach Alter und Geschlecht, Deutschland/Land, 1998					
Alter in Jahren	Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes in % der Befragten					
	weiblich			männlich		
	ausgezeichnet/ sehr gut	gut	weniger gut/ schlecht	ausgezeichnet/ sehr gut	gut	weniger gut/ schlecht
18 - 29	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 3.15 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>					
30 - 39						
40 - 49						
50 - 59						
60 - 69						
70 - 79						
<b>18 - 79</b>						

Datenquelle:  
Robert Koch-Institut, Gesundheitsministerien Bayern, Nordrhein-Westfalen:  
Bundes-Gesundheitssurvey 1998

3.16

### **Einschätzung von Schwierigkeiten in den vergangenen vier Wochen aufgrund körperlicher bzw. seelischer Probleme nach Alter und Geschlecht, Deutschland/Land, 1998**

#### **Definition**

Die Einschätzung von Schwierigkeiten aufgrund körperlicher bzw. seelischer Beschwerden ist ein wichtiger Aspekt subjektiver Gesundheit, da hier nicht die Erkrankungen, sondern individuelles Empfinden und Befinden im Vordergrund stehen (1). Körperliche und psychische Beschwerden als Vorformen von Erkrankungen können bereits an sich eine Selbstmedikation oder Inanspruchnahme von medizinischen Diensten bewirken. Sie sind damit möglicherweise kostenrelevant für das Gesundheitswesen (2). Alle Teilnehmer wurden um die Beantwortung der folgenden Fragen gebeten:

„Hatten Sie in den vergangenen vier Wochen aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause?“

Mögliche Antworten (jeweils mit ja/nein):

1. Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein
2. Ich habe weniger geschafft, als ich wollte
3. Ich konnte nur bestimmte Dinge tun
4. Ich hatte Schwierigkeiten bei der Ausführung

„Hatten Sie in den vergangenen vier Wochen aufgrund seelischer Probleme irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause (z. B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten)?“

Mögliche Antworten (jeweils mit ja/nein):

1. Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein
2. Ich habe weniger geschafft, als ich wollte
3. Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten

Der Anteil der Befragten ohne die genannten Schwierigkeiten ergibt sich jeweils aus der Differenz zu 100 %.

#### **Datenhalter**

- ▶ Robert Koch-Institut (RKI)
- ▶ Gesundheitsministerium Bayern
- ▶ Gesundheitsministerium Nordrhein-Westfalen

#### **Datenquelle**

- ▶ Bundes-Gesundheitssurvey 1998, Zusatzstichprobe Bayern und Nordrhein-Westfalen

**Periodizität:** Mehrjährlich

#### **Validität**

Die Daten des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 beruhen auf einer für Deutschland repräsentativen Wohnbevölkerungsstichprobe für die Altersgruppe 18 - 79 Jahre. Es wurden 7 124 Personen befragt und untersucht. Zur Methodik siehe (2).

#### **Kommentar**

Einschätzung von Schwierigkeiten in den vergangenen vier Wochen aufgrund körperlicher bzw. seelischer Probleme nach Alter und Geschlecht wird als Bundes-/Länderindikator geführt. Folgende wesentliche Publikationen wurden für die Auswahl und Interpretation des Indikators verwendet:

(1) Statistisches Bundesamt (1998): Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Gesundheitsbericht für Deutschland. Wiesbaden. (2) *Das Gesundheitswesen* 60 (1998) und *Das Gesundheitswesen* 61 (1999); jeweils Sonderheft 2 - Schwerpunkttheft Bundes-Gesundheitssurvey. Der Indikator zählt zu den Ergebnisindikatoren.

**Vergleichbarkeit**

Keine Vergleichbarkeit mit Indikatoren der WHO oder der OECD. Es besteht Ähnlichkeit zum EU-Indikator *Short-term activity restriction*. Kein vergleichbarer Indikator im bisherigen Indikatorensetz.

**Originalquellen**

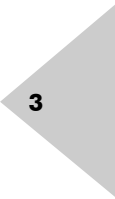
- ▶ Robert Koch-Institut: Public Use File BGS98.
- ▶ Informationssystem für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (IS-GBE): <http://www.gbe-bund.de>.

**Dokumentationsstand**

12.09.2002, RKI/lögd

Indikator (B/L) 3.16	Einschätzung von Schwierigkeiten in den vergangenen vier Wochen aufgrund körperlicher bzw. seelischer Probleme nach Alter und Geschlecht, Deutschland/Land, 1998							
Alter in Jahren	Schwierigkeiten in den vergangenen vier Wochen in % der Befragten							
	weiblich				männlich			
	körperliche Probleme							
	konnte nicht so lange wie üblich tätig sein	habe weniger geschafft, als ich wollte	konnte nur bestimmte Dinge tun	Schwierigkeiten bei d. Ausführung	konnte nicht so lange wie üblich tätig sein	habe weniger geschafft, als ich wollte	konnte nur bestimmte Dinge tun	Schwierigkeiten bei d. Ausführung
18 - 29	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 3.16 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>							
30 - 39								
40 - 49								
50 - 59								
60 - 69								
70 - 79								
<b>18 - 79</b>								
	seelische Probleme							
	konnte nicht so lange wie üblich tätig sein	habe weniger geschafft, als ich wollte	konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten	konnte nicht so lange wie üblich tätig sein	habe weniger geschafft, als ich wollte	konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten		
18 - 29								
30 - 39								
40 - 49								
50 - 59								
60 - 69								
70 - 79								
<b>18 - 79</b>								

Datenquelle:  
Robert Koch-Institut, Gesundheitsministerien Bayern, Nordrhein-Westfalen:  
Bundes-Gesundheitssurvey 1998



3.17

### **Beeinträchtigung der sozialen Rollenfunktion durch eingeschränkte körperliche Gesundheit oder seelische Beschwerden innerhalb der letzten vier Wochen nach Alter und Geschlecht, Deutschland/Land, 1998**

#### **Definition**

Die Beeinträchtigung der sozialen Rollenfunktion durch eingeschränkte körperliche Gesundheit oder seelische Beschwerden ist ein Aspekt subjektiver Gesundheit, da hier nicht die Erkrankungen, sondern individuelles Empfinden und Befinden im Vordergrund stehen. Körperliche und psychische Beschwerden als Vorformen von Erkrankungen können bereits an sich eine Selbstmedikation oder Inanspruchnahme von medizinischen Diensten bewirken. Sie sind damit möglicherweise kostenrelevant für das Gesundheitswesen (1).

Die Teilnehmer wurden gefragt:

„Wie sehr haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in den vergangenen vier Wochen Ihre normalen Kontakte zu Familienangehörigen, Freunden oder zum Bekanntenkreis beeinträchtigt?“

Folgende Antworten konnten gegeben werden: überhaupt nicht, etwas, mäßig, ziemlich, sehr. Im Indikator ist der prozentuale Anteil der Befragten zu den Antworten angegeben, diese wurden zu drei Kategorien zusammengeführt.

#### **Datenhalter**

- ▶ Robert Koch-Institut (RKI)
- ▶ Gesundheitsministerium Bayern
- ▶ Gesundheitsministerium Nordrhein-Westfalen

#### **Datenquelle**

- ▶ Bundes-Gesundheitssurvey 1998, Zusatzstichprobe Bayern, Nordrhein-Westfalen

#### **Periodizität**

Mehrjährlich

#### **Validität**

Die Daten des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 beruhen auf einer für Deutschland repräsentativen Wohnbevölkerungsstichprobe für die Altersgruppe 18 - 79 Jahre. Es wurden 7 124 Personen befragt und untersucht. Zur Methodik siehe (2).

#### **Kommentar**

Die Beeinträchtigung der sozialen Rollenfunktion durch eingeschränkte körperliche Gesundheit oder seelische Beschwerden nach Alter und Geschlecht wird als Bundes-/Länderindikator geführt.

Folgende wesentliche Publikationen wurden für die Auswahl und Interpretation des Indikators verwendet:

(1) Statistisches Bundesamt (1998): Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Gesundheitsbericht für Deutschland. Wiesbaden.

(2) *Das Gesundheitswesen* 60 (1998) und *Das Gesundheitswesen* 61 (1999); jeweils Sonderheft 2 - Schwerpunkttheft Bundes-Gesundheitssurvey.

Der Indikator zählt zu den Ergebnisindikatoren.

### Vergleichbarkeit

Keine Vergleichbarkeit mit Indikatoren der WHO oder der OECD. Kein vergleichbarer Indikator im bisherigen Indikatorensatz.

### Originalquellen

- ▶ Robert Koch-Institut: Public Use File BGS98.
- ▶ Informationssystem für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (IS-GBE): <http://www.gbe-bund.de>.

### Dokumentationsstand

12.09.2002, RKI/lögd

Alter in Jahren	Beeinträchtigung der sozialen Rollenfunktion in % der Befragten					
	weiblich			männlich		
	überhaupt nicht/ etwas	mäßig	ziemlich/sehr	überhaupt nicht/ etwas	mäßig	ziemlich/sehr
18 - 29	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 3.17 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>					
30 - 39						
40 - 49						
50 - 59						
60 - 69						
70 - 79						
<b>18 - 79</b>						

Datenquelle:  
Robert Koch-Institut, Gesundheitsministerien Bayern, Nordrhein-Westfalen:  
Bundes-Gesundheitssurvey 1998

3.18

### Verteilung der häufigsten genannten Krankheiten nach Alter und Geschlecht, Deutschland/Land, 1998

#### Definition

Die Verteilung der häufigsten genannten Krankheiten spiegelt einen Aspekt subjektiver Gesundheit wider.

Alle Teilnehmer wurden um die Beantwortung der Frage gebeten:

„Welche der folgenden Krankheiten hatten Sie jemals?“

- Gelenkverschleiß, Arthrose der Hüft- oder Kniegelenke bzw. der Wirbelsäule
- Erhöhte Blutfette, erhöhtes Cholesterin
- Bluthochdruck, Hypertonie
- Krampfadern (Varizen, mit oder ohne offene Beine, Ulcus cruris)

Im Indikator sind die vier am häufigsten genannten Krankheiten in Prozent der befragten Frauen und Männer aufgeführt.

#### Datenhalter

- ▶ Robert Koch-Institut (RKI)
- ▶ Gesundheitsministerium Bayern
- ▶ Gesundheitsministerium Nordrhein-Westfalen

#### Datenquelle

- ▶ Bundes-Gesundheitssurvey 1998, Zusatzstichprobe Bayern, Nordrhein-Westfalen

#### Periodizität

Mehrfachjährlich

#### Validität

Die Daten des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 beruhen auf einer für Deutschland repräsentativen Wohnbevölkerungsstichprobe für die Altersgruppe 18 - 79 Jahre. Es wurden 7 124 Personen befragt und untersucht. Zur Methodik siehe (2). Die Daten weichen zum Teil erheblich von Häufigkeiten ärztlich erhobener Befunde ab; von Befragten werden die o. g. Krankheiten teils öfter, teils seltener angegeben. Überschätzungen bei den gemachten Selbstangaben betreffen vor allem die Häufigkeit von Krampfadern.

#### Kommentar

Die Verteilung der vier häufigsten genannten Krankheiten nach Alter und Geschlecht wird als Bundes-/Länderindikator geführt. Folgende wesentliche Publikationen wurden für die Auswahl und Interpretation des Indikators verwendet:

- (1) Statistisches Bundesamt (1998): Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Gesundheitsbericht für Deutschland. Wiesbaden.
  - (2) *Das Gesundheitswesen* 60 (1998) und *Das Gesundheitswesen* 61 (1999); jeweils Sonderheft 2 - Schwerpunkttheft Bundes-Gesundheitssurvey.
- Der Indikator zählt zu den Ergebnisindikatoren.

#### Vergleichbarkeit

Keine Vergleichbarkeit mit Indikatoren der WHO, der OECD und EU. Kein vergleichbarer Indikator im bisherigen Indikatorensetz.

**Originalquellen**

- ▶ Robert Koch-Institut: Public Use File BGS98.
- ▶ Informationssystem für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (IS-GBE): <http://www.gbe-bund.de>.

**Dokumentationsstand**

12.09.2002, RKI/lögd

Alter in Jahren	Die häufigsten genannten Krankheiten in % der Befragten							
	weiblich				männlich			
	Gelenk- verschleiß	erhöhtes Cholesterin	Blut- hochdruck	Krampf- adern	Gelenk- verschleiß	erhöhtes Cholesterin	Blut- hochdruck	Krampf- adern
18 - 29	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 3.18 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>							
30 - 39								
40 - 49								
50 - 59								
60 - 69								
70 - 79								
<b>18 - 79</b>								

Datenquelle:  
Robert Koch-Institut, Gesundheitsministerien Bayern, Nordrhein-Westfalen:  
Bundes-Gesundheitssurvey 1998



3.19

### Die häufigsten Diagnosen in der allgemeinärztlichen Praxis nach Geschlecht, Deutschland/Land, Jahr

#### Definition

Aus einem durch das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI) und die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein seit dem Jahre 1998 aufgebauten Patienten-/Arztpanel liegen patientenbezogene Diagnosen nach Fachrichtungen ambulant tätiger Ärzte vor. Bei jedem Arztkontakt werden alle Diagnosen, die der Behandlungsanlass waren, protokolliert. Im vorliegenden Indikator werden die Patientenkontakte bei Allgemeinmediziner\*innen ausgewiesen. Mehrfachzählungen der Patienten sind möglich, dadurch können die angegebenen prozentualen Anteile nicht addiert werden.

Die Zuordnung der 30 häufigsten Behandlungsdiagnosen erfolgte auf der Basis der geltenden Krankheitsklassifikation (ICD-10). Im Indikator sind als Beispiel die für das 1. - 4. Quartal 2000 ermittelten häufigsten Diagnosen aufgeführt, die sich jedoch von Jahr zu Jahr entsprechend der ambulanten Behandlungsmorbidität ändern können.

#### Datenhalter

- ▶ Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI)

#### Datenquelle

- ▶ ADT-Panel

#### Periodizität

Jährlich

#### Validität

Die Qualität der Daten hängt von der sorgfältigen Registrierung aller Behandlungsanlässe ab. Die Aufarbeitungsroutinen sind qualitätsgesichert. Einschränkungen bestehen darin, dass gegenwärtig Behandlungsanlässe, aber keine Inzidenzen, Prävalenzen oder die Dauer von Behandlungsepisoden erfasst werden, für die ein höherer Aufwand zu investieren wäre.

#### Kommentar

Der Indikator reflektiert die ambulante Behandlungsmorbidität. Weitere Aufgliederungen der Angaben nach Patientenalter, Kassenart, Häufigkeit der Konsultationen und nach Quartalen sowie weiteren Diagnosen liegen beim ZI bzw. den Kassenärztlichen Vereinigungen vor. Von den vom ZI bereitgestellten 50 häufigsten Behandlungsdiagnosen wurden im Indikator nur 30 verwendet, um die Transparenz der Tabellendarstellung zu erhöhen.

Alle aufgeführten Diagnosen sind auf die dreistellige ICD-10-Ebene bezogen. Die Kreuz- und Sternklassifikation wurde nicht verwendet. Grundlage für die Kodierung bildet die ICD-10-SGB-V-Version ohne das Kapitel XX *Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität*.

Es handelt sich um einen Ergebnisindikator.

#### Vergleichbarkeit

Nicht vergleichbar mit WHO-Indikatoren zur Inzidenz, z. B. *Cancer incidence* oder *Diabetes prevalence*. Keine Vergleichbarkeit mit OECD-Indikatoren. Im EU-Indikatorensetz ist kein ähnlicher Indikator vorgesehen. Im bisherigen Indikatorensetz gibt es keinen vergleichbaren Indikator.

**Originalquellen**

- ▶ Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland: Patienten-Arzt-Panel (ADT-Panel) zur Morbiditätsanalyse: Basisstatistik. [www.zi-koeln.de](http://www.zi-koeln.de).

**Dokumentationsstand**

27.08.2002, lögd/ZI

Indikator (B/L) 3.19		Die häufigsten Diagnosen in der allgemeinärztlichen Praxis nach Geschlecht, Deutschland/Land, Jahr			
Rang	ICD-10	Diagnosen (Behandlungsanlass)* in der allgem. ärztl. Praxis	in % aller Behandlungsfälle		
			insg.	darunter:	
				Frauen	Männer
1	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie			
2	E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels u. sonst. Lipidämien			
3	M54	Rückenschmerzen			
4	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit			
5	J20	Akute Bronchitits			
6	E66	Adipositas			
7	K29	Gastritis und Duodenis			
8	M53	Sonst. Krankheiten d. Wirbelsäule u. d. Rückens, and. ni.klass.			
9	E11	Nicht primär insulinabhäng. Diabetes mellitus (Typ-II-Diabetes)			
10	E04	Sonstige nichttoxische Struma			
11	I83	Varizen der unteren Extremitäten			
12	I50	Herzinsuffizienz			
13	E79	Störungen des Purin- und Pyrimidinstoffwechsels			
14	F32	Depressive Episode			
15	K76	Sonstige Krankheiten der Leber			
16	J30	Vasomotorische und allergische Rhinitis			
17	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit			
18	J06	Akute Infektionen n. n. bez. Lokalisationen der oberen Atemw.			
19	M17	Gonarthrose (Arthrose des Kniegelenks)			
20	I49	Sonstige kardiale Arrhythmien			
21	J45	Asthma bronchiale			
22	I95	Hypotonie			
23	J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet			
24	M51	Sonstige Bandscheibenschäden			
25	M81	Osteoporose ohne pathologische Fraktur			
26	Z25	Notwendigkeit der Impfung gegen einzelne Viruskrankh.			
27	T78	Unerwünschte Nebenwirkungen, anderenorts nicht klassifiziert			
28	G43	Migräne			
29	F45	Somatoforme Störungen			
30	J01	Akute Sinusitis			

[Sprung zu Daten des Indikators 3.19 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes](#)

Datenquelle:  
Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung:  
ADT-Panel

\* Mehrfachzählungen von Patienten möglich

Beispielliste 1. bis 4. Quartal 2000

3.20

## Die häufigsten Diagnosen in der Frauenarztpraxis, Deutschland/Land, Jahr

### Definition

Aus einem durch das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI) und die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein seit dem Jahre 1998 aufgebauten Patienten-/Arztpanel liegen patientenbezogene Diagnosen nach Fachrichtungen ambulant tätiger Ärzte vor. Bei jedem Arztkontakt werden alle Diagnosen, die der Behandlungsanlass waren, protokolliert. Im vorliegenden Indikator werden die Patientenkontakte bei Frauenärzten ausgewiesen. Behandlungsdiagnosen in der Frauenarztpraxis umfassen gynäkologische Beschwerden und die Überwachung von Schwangerschaften. Mehrfachzählungen der Patientinnen sind möglich, dadurch können die angegebenen prozentualen Anteile nicht addiert werden.

Die Zuordnung der 30 häufigsten Behandlungsdiagnosen erfolgte auf der Basis der geltenden Krankheitsklassifikation (ICD-10). Im Indikator sind als Beispiel die für das 1. - 4. Quartal 2000 ermittelten häufigsten Diagnosen aufgeführt, die sich jedoch von Jahr zu Jahr entsprechend der ambulanten Behandlungsmorbidität ändern können.

### Datenhalter

- ▶ Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI)

### Datenquelle

- ▶ ADT-Panel

### Periodizität

Jährlich

### Validität

Die Qualität der Daten hängt von der sorgfältigen Registrierung aller Behandlungsanlässe ab. Die Aufarbeitungsroutinen sind qualitätsgesichert. Einschränkungen bestehen darin, dass gegenwärtig Behandlungsanlässe, aber keine Inzidenzen, Prävalenzen oder die Dauer von Behandlungsepisoden erfasst werden, für die ein höherer Aufwand zu investieren wäre.

### Kommentar

Der Indikator reflektiert die ambulante Behandlungsmorbidität. Weitere Aufgliederungen der Angaben nach Patientenalter, Kassenart, Häufigkeit der Konsultationen und nach Quartalen sowie weiteren Diagnosen liegen beim ZI bzw. den Kassenärztlichen Vereinigungen vor. Von den vom ZI bereitgestellten 50 häufigsten Behandlungsdiagnosen wurden im Indikator nur 30 verwendet, um die Transparenz der Tabellendarstellung zu erhöhen. Fertilitätsfördernde Maßnahmen und Sterilitätsbehandlungen haben in der Rangfolge einen geringen Stellenwert.

Alle aufgeführten Diagnosen sind auf die dreistellige ICD-10-Ebene bezogen. Die Kreuz- und Sternklassifikation wurde nicht verwendet. Grundlage für die Kodierung bildet die ICD-10-SGB-V-Version ohne das Kapitel XX *Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität*.

Es handelt sich um einen Ergebnisindikator.

### Vergleichbarkeit

Nicht vergleichbar mit WHO-Indikatoren aus dem Kapitel *Maternal and child health*. Keine Vergleichbarkeit mit OECD-Indikatoren. Im EU-Indikatorensetz ist kein ähnlicher Indikator vorgesehen. Im bisherigen Indikatorensetz kein vergleichbarer Indikator. Übersicht zu Schwangerschafts-Früherkennungsuntersuchungen s. Themenfeld 7, Indikatoren 7.3 und 7.4.

**Originalquellen**

- ▶ Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland: Patienten-Arzt-Panel (ADT-Panel) zur Morbiditätsanalyse: Basisstatistik. www.zi-koeln.de.

**Dokumentationsstand**

27.08.2002, lögd/ZI

Indikator (B/L) 3.20		Die häufigsten Diagnosen in der Frauenarztpraxis, Deutschland/Land, Jahr	
Rang	ICD-10	Diagnosen (Behandlungsanlass)* in der Frauenarztpraxis	in % aller weiblichen Behandlungsfälle
1	N95	Klimakterische Störungen	
2	Z30	Kontrazeptive Maßnahmen	
3	N76	Sonstige entzündliche Krankheit der Vagina und Vulva	
4	N89	Sonstige nichtentzündliche Krankheiten der Vagina	
5	Z12	Spezielles Screening auf Neubildungen	
6	N94	Schmerz/and. Zust. i. Zushang. m. weibl. Genitalorg./Menstr.-.	
7	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	
8	N92	Zu starke, zu häufige oder unregelmäßige Menstruation	
9	N64	Sonstige Krankheiten der Mamma (Brustdrüse)	
10	B37	Kandidose	
11	N86	Erosion und Ektropium der Cervix uteri	
12	E28	Ovarielle Dysfunktion	
13	N83	Nichtentzündl. Krkh. v. Ovar/Tubar uterina/Ligament. latum	
14	N81	Genitalprolaps bei der Frau	
15	F45	Somatoforme Störungen	
16	N91	Ausgebliebene, zu schwache oder zu seltene Menstruation	
17	D25	Leiomyom des Uterus (Uterusmyom)	
18	E34	Sonstige endokrine Störungen	
19	N60	Gutartige Mammadysplasie (Brustdrüsendsyplasie)	
20	D39	Neubild. unsich./unbekannten Verhalt. d. weibl. Genitalorg.	
21	Z34	Überwachung einer normalen Schwangerschaft	
22	I84	Hämorrhoiden	
23	N93	Sonstige abnorme Uterus- oder Vaginalblutung	
24	N85	Sonst. nichtentzündl. Krkh. d. Uterus, ausgenommen Zervix	
25	E66	Adipositas	
26	F32	Depressive Episode	
27	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	
28	L29	Pruritus (Juckreiz)	
29	R87	Abnorme Befunde in Untersuch.-Material weibl. Genitalorgane	
30	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse (Mamma)	

[Sprung zu Daten des Indikators 3.20 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes](#)

Datenquelle:  
Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung:  
ADT-Panel

\* Mehrfachzählungen  
von Patienten möglich

Beispielliste 1. bis  
4. Quartal 2000

3.21

### Die häufigsten Diagnosen in der Kinderarztpraxis nach Geschlecht, Deutschland/Land, Jahr

#### Definition

Aus einem durch das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI) und die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein seit dem Jahre 1998 aufgebauten Patienten-/Arztpanel liegen patientenbezogene Diagnosen nach Fachrichtungen ambulant tätiger Ärzte vor. Bei jedem Arztkontakt werden alle Diagnosen, die der Behandlungsanlass waren, protokolliert. Im vorliegenden Indikator werden die Patientenkontakte bei Kinderärzten ausgewiesen. Behandlungsdiagnosen in der Kinderarztpraxis umfassen Behandlungen wegen Erkrankungen, aber auch prophylaktische Maßnahmen, wie z. B. Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen (U3 - U9). Es ist zu beachten, dass Kinder auch von Allgemeinmedizinern behandelt werden. Mehrfachzählungen der Patienten sind möglich, dadurch können die angegebenen prozentualen Anteile nicht addiert werden.

Die Zuordnung der 30 häufigsten Behandlungsdiagnosen erfolgte auf der Basis der geltenden Krankheitsklassifikation (ICD-10). Im Indikator sind als Beispiel die für das 1. - 4. Quartal 2000 ermittelten häufigsten Diagnosen aufgeführt, die sich jedoch von Jahr zu Jahr entsprechend der ambulanten Behandlungsmorbidität ändern können.

#### Datenhalter

- ▶ Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI)

#### Datenquelle

- ▶ ADT-Panel

#### Periodizität

Jährlich

#### Validität

Die Qualität der Daten hängt von der sorgfältigen Registrierung aller Behandlungsanlässe ab. Die Aufarbeitungsroutinen sind qualitätsgesichert. Einschränkungen bestehen darin, dass gegenwärtig Behandlungsanlässe, aber keine Inzidenzen, Prävalenzen oder die Dauer von Behandlungsepisoden erfasst werden, für die ein höherer Aufwand zu investieren wäre.

#### Kommentar

Der Indikator reflektiert die ambulante Behandlungsmorbidität und den Umfang von Vorsorgeleistungen, der von Pädiatern erbracht wird. Weitere Aufgliederungen der Angaben nach Patientenalter, Kassenart, Häufigkeit der Konsultationen und nach Quartalen sowie weiteren Diagnosen liegen beim ZI bzw. den Kassenärztlichen Vereinigungen vor. Von den vom ZI bereitgestellten 50 häufigsten Behandlungsdiagnosen wurden im Indikator nur 30 verwendet, um die Transparenz der Tabellendarstellung zu erhöhen. Es ist erkennbar, dass Impfungen ein sehr häufiger Behandlungsanlass sind.

Alle aufgeführten Diagnosen sind auf die dreistellige ICD-10-Ebene bezogen. Die Kreuz- und Sternklassifikation wurde nicht verwendet. Grundlage für die Kodierung bildet die ICD-10-SGB-V-Version ohne das Kapitel XX *Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität*.

Der Indikator zählt zu den Ergebnisindikatoren.

### Vergleichbarkeit

Nicht vergleichbar mit WHO-Indikatoren aus dem Kapitel *Maternal and child health*. Der Durchimpfungsgrad kann mit den Angaben dieses Indikators nicht ermittelt werden. Keine Vergleichbarkeit mit OECD- und EU-Indikatoren. Im bisherigen Indikatorensetz kein vergleichbarer Indikator. Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern und Impfraten s. Themenfeld 7.

### Originalquellen

- ▶ Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland: Patienten-Arzt-Panel (ADT-Panel) zur Morbiditätsanalyse: Basisstatistik. [www.zi-koeln.de](http://www.zi-koeln.de).

### Dokumentationsstand

27.08.2002, lögd/ZI

Indikator (B/L) 3.21		Die häufigsten Diagnosen in der Kinderarztpraxis nach Geschlecht, Deutschland/Land, Jahr		
Rang	ICD-10	Diagnosen (Behandlungsanlass)* in der Kinderarztpraxis	in % aller Behandlungsfälle	
			insg.	davon: Mädchen   Jungen
1	J06	Akute Infektionen n. n. bez. Lokalisationen d. oberen Atemw.		
2	Z27	Notwendig. d. Impfung geg. Kombinat. v. Infektionskrankh.		
3	Z00	Allgemeinunters./Abklär. b. Person. ohne Beschwerd./Diagn.		
4	J03	Akute Tonsillitis		
5	H66	Eitrige und nicht näher bezeichnete Otitis media		
6	J20	Akute Bronchitis		
7	R50	Fieber unbekannter Ursache		
8	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems		
9	Z26	Notwendig. d. Impfung gegen einzelne Infektionskrankheiten		
10	Z24	Notwendig. d. Impfung gegen einzelne Viruskrankheiten		
11	F80	Umschriebene Entwicklungsstör. d. Sprechens u. d. Sprache		
12	B99	Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten		
13	L20	Atopisches (endogenes) Ekzem		
14	J98	Sonstige Krankheiten der Atemwege		
15	T78	Unerwünschte Nebenwirkungen, anderenorts nicht klassifiziert		
16	J00	Akute Rhinopharyngitis (Erkältungsschnupfen)		
17	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit		
18	J45	Asthma bronchiale		
19	F82	Umschriebene Entwicklungsstör. d. motorischen Funktionen		
20	K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis		
21	R62	Ausbleiben der erwarteten normalen physiol. Entwicklung		
22	H65	Nichteitrige Otitis media		
23	J39	Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege		
24	B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation		
25	J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet		
26	H10	Konjunktivitis		
27	R10	Bauch- und Beckenschmerzen		
28	B37	Kandidose		
29	J11	Grippe, Viren nicht nachgewiesen		
30	J30	Vasomotorische und allergische Rhinopathie		

[Sprung zu Daten des Indikators 3.21 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes](#)

Datenquelle:  
Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung:  
ADT-Panel

\* Mehrfachzählungen von  
Patienten möglich

Beispielliste 1. bis 4. Quartal 2000

3.22

### Die häufigsten Diagnosen in der orthopädischen Praxis nach Geschlecht, Deutschland/Land, Jahr

#### Definition

Aus einem durch das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI) und die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein seit dem Jahre 1998 aufgebauten Patienten-/Arztpanel liegen patientenbezogene Diagnosen nach Fachrichtungen ambulant tätiger Ärzte vor. Bei jedem Arztkontakt werden alle Diagnosen, die der Behandlungsanlass waren, protokolliert. Im vorliegenden Indikator werden die Patientenkontakte bei Orthopäden ausgewiesen. Wirbelsäulen- und Gelenkbeschwerden dominieren bei den Behandlungsanlässen in orthopädischen Praxen. Mehrfachzählungen der Patienten sind möglich, dadurch können die angegebenen prozentualen Anteile nicht addiert werden.

Die Zuordnung der 30 häufigsten Behandlungsdiagnosen erfolgte auf der Basis der geltenden Krankheitsklassifikation (ICD-10). Im Indikator sind als Beispiel die für das 1. - 4. Quartal 2000 ermittelten häufigsten Diagnosen aufgeführt, die sich jedoch von Jahr zu Jahr entsprechend der ambulanten Behandlungsmorbidität ändern können.

#### Datenhalter

- ▶ Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI)

#### Datenquelle

- ▶ ADT-Panel

#### Periodizität

Jährlich

#### Validität

Die Qualität der Daten hängt von der sorgfältigen Registrierung aller Behandlungsanlässe ab. Die Aufarbeitungsroutinen sind qualitätsgesichert. Einschränkungen bestehen darin, dass gegenwärtig Behandlungsanlässe, aber keine Inzidenzen, Prävalenzen oder die Dauer von Behandlungsperioden erfasst werden, für die ein höherer Aufwand zu investieren wäre.

#### Kommentar

Der Indikator reflektiert die ambulante Behandlungsmorbidität. Weitere Aufgliederungen der Angaben nach Patientenalter, Kassenart, Häufigkeit der Konsultationen und nach Quartalen sowie weiteren Diagnosen liegen beim ZI bzw. den Kassenärztlichen Vereinigungen vor. Von den vom ZI bereitgestellten 50 häufigsten Behandlungsdiagnosen wurden im Indikator nur 30 verwendet, um die Transparenz der Tabellendarstellung zu erhöhen.

Alle aufgeführten Diagnosen sind auf die dreistellige ICD-10-Ebene bezogen. Die Kreuz- und Sternklassifikation wurde nicht verwendet. Grundlage für die Kodierung bildet die ICD-10-SGB-V-Version ohne das Kapitel XX *Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität*.

Es handelt sich um einen Ergebnisindikator.

#### Vergleichbarkeit

Es gibt keine vergleichbaren WHO- bzw. OECD-Indikatoren zu ambulanten Behandlungsdiagnosen. Im EU-Indikatorensetz sind derartige Indikatoren nicht vorgesehen. Im bisherigen Indikatorensetz gibt es keinen vergleichbaren Indikator.

**Originalquellen**

- ▶ Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland:  
 Patienten-Arzt-Panel (ADT-Panel) zur Morbiditätsanalyse: Basisstatistik.  
 www.zi-koeln.de.

**Dokumentationsstand**

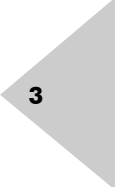
27.08.2002, lögd/ZI

Indikator (B/L) 3.22		Die häufigsten Diagnosen in der orthopädischen Praxis nach Geschlecht, Deutschland/Land, Jahr		
Rang	ICD-10	Diagnosen (Behandlungsanlass)* in der orthopädischen Praxis	in % aller Behandlungsfälle	
			insg.	davon: Frauen   Männer
1	M54	Rückenschmerzen		
2	M17	Gonarthrose (Arthrose des Kniegelenkes)		
3	M53	Sonstige Krankh. d. Wirbelsäule u. d. Rückens, and. ni. klass.		
4	M75	Schulterläsionen		
5	M47	Spondylose		
6	M21	Sonstige erworbene Deformitäten der Extremitäten		
7	M16	Koxarthrose (Arthrose des Hüftgelenkes)		
8	M77	Sonst. Enthesopathien (Erkrank. im Sehnenansatzbereich)		
9	M99	Biomechanische Funktionsstörungen, and. nicht klass.		
10	M51	Sonstige Bandscheibenschäden		
11	M41	Skoliose		
12	M42	Osteochondrose der Wirbelsäule		
13	M25	Sonstige Gelenkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert		
14	Q66	Angeborene Deformitäten der Füße		
15	M19	Sonstige Arthrose		
16	M81	Osteoporose ohne pathologische Fraktur		
17	M23	Binnenschädigung d. Kniegelenkes (internal derangement)		
18	M20	Erworbene Deformitäten der Finger und Zehen		
19	M40	Kyphose und Lordose		
20	M22	Krankheiten der Patella		
21	M70	Krkh. Weichteilgew. i. Zushang m. (Über-)Beanspruch/Druck		
22	M79	Sonst. Krankheiten d. Weichteilgewebes, and. nicht klass.		
23	M65	Synovitis und Tenosynovitis		
24	M50	Zervikale Bandscheibenschäden		
25	M43	Sonstige Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens		
26	M15	Polyarthrose		
27	S93	Luxat., Verstauch., Zerr. Gelenke/Bänd., Sprunggelenk/Fuß		
28	M13	Sonstige Arthritis		
29	M48	Sonstige Spondylopathien		
30	M96	Krkh. Muskel-Skelett-Syst. nach med. Maßn.,and. nicht klass.		

[Sprung zu Daten des Indikators 3.22 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes](#)

Datenquelle:  
 Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung:  
 ADT-Panel

\* Mehrfachzählungen von Patienten möglich  
 Beispielliste 1. - 4. Quartal 2000





3.23

### Die häufigsten Diagnosen in der nervenärztlichen Praxis nach Geschlecht, Deutschland/Land, Jahr

#### Definition

Krankheiten des Nervensystems sowie psychische und Verhaltensstörungen beeinträchtigen in erheblichem Maße die Lebensqualität und führen zu einer steigenden Belastung der gesundheitlichen Versorgung.

Aus einem durch das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI) und die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein seit dem Jahre 1998 aufgebauten Patienten-Arzt-Panel liegen patientenbezogene Diagnosen nach Fachrichtungen ambulanter Ärzte vor. Im vorliegenden Indikator werden die Patientenkontakte bei Nervenärzten ausgewiesen. Mehrfachzählungen der Patienten sind möglich, dadurch können die angegebenen prozentualen Anteile nicht addiert werden.

Die Zuordnung der 30 häufigsten Behandlungsdiagnosen erfolgte auf der Basis der geltenden Krankheitsklassifikation (ICD-10) für Nordrhein für das Jahr 2000. Im Indikator sind als Beispiel die für das 1. - 4. Quartal 2000 ermittelten häufigsten Diagnosen aufgeführt, die sich jedoch von Jahr zu Jahr entsprechend der ambulanten Behandlungsmorbidität ändern können.

#### Datenhalter

- ▶ Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI)

#### Datenquelle

- ▶ ADT-Panel

#### Periodizität

Jährlich

#### Validität

Die Qualität der Daten hängt von der sorgfältigen Registrierung aller Behandlungsanlässe ab. Die Aufarbeitungsroutinen sind qualitätsgesichert. Einschränkungen bestehen darin, dass gegenwärtig Behandlungsanlässe, aber keine Inzidenzen, Prävalenzen oder die Dauer von Behandlungsperioden erfasst werden, für die ein höherer Aufwand zu investieren wäre.

#### Kommentar

Der Indikator reflektiert die ambulante Behandlungsmorbidität. Weitere Aufgliederungen der Angaben nach Patientenalter, Kassenart, Häufigkeit der Konsultationen und nach Quartalen sowie weiteren Diagnosen liegen beim ZI bzw. den Kassenärztlichen Vereinigungen vor. Von den vom ZI bereitgestellten 50 häufigsten Behandlungsdiagnosen wurden im Indikator nur 30 verwendet, um die Transparenz der Tabellendarstellung zu erhöhen.

Alle aufgeführten Diagnosen sind auf die dreistellige ICD-10-Ebene bezogen. Die Kreuz- und Sternklassifikation wurde nicht verwendet. Grundlage für die Kodierung bildet die ICD-10-SGB-V-Version ohne das Kapitel XX *Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität*.

Es handelt sich um einen Ergebnisindikator.

#### Vergleichbarkeit

Es gibt keine vergleichbaren WHO- bzw. OECD-Indikatoren zu ambulanten Behandlungsdiagnosen. Im EU-Indikatorensetz sind derartige Indikatoren nicht vorgesehen. Im bisherigen Indikatorensetz gibt es keinen vergleichbaren Indikator.

**Originalquellen**

- ▶ Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland:  
 Patienten-Arzt-Panel (ADT-Panel) zur Morbiditätsanalyse: Basisstatistik.  
 www.zi-koeln.de.

**Dokumentationsstand**

04.12.2002, lögd/ZI

Indikator (B/L) 3.23		Die häufigsten Diagnosen in der nervenärztlichen Praxis nach Geschlecht, Deutschland/Land, Jahr		
Rang	ICD-10	Diagnosen (Behandlungsanlass)* in der nervenärztl. Praxis	in % aller Behandlungsfälle	
			insg.	davon:
				Frauen
1	F32	Depressive Episode		
2	F45	Somatoforme Störungen		
3	G40	Epilepsie		
4	G56	Mononeuropathien der oberen Extremität		
5	G44	Sonstige Kopfschmerzsyndrome		
6	F41	Andere Angststörungen		
7	F06	And. psych. Störg. wg. Gehirnschäd./-Stör. od. körperl. Krankh.		
8	M54	Rückenschmerzen		
9	I67	Sonstige zerebrovaskuläre Krankheiten		
10	G62	Sonstige Polyneuropathien		
11	G43	Migräne		
12	G20	Primäres Parkinson-Syndrom		
13	F43	Reaktionen auf schwere Belastungen u. Anpassungsstörungen		
14	R42	Schwindel und Taumel		
15	F20	Schizophrenie		
16	F33	Rezidivierende depressive Störungen		
17	F34	Anhaltende affektive Störungen		
18	F48	Andere neurotische Störungen		
19	G35	Multiple Sklerose (Encephalomyelitis disseminata)		
20	G45	Zerebr. transitor.ischäm. Attacken u. verwandte Syndrome		
21	H81	Störungen der Vestibularfunktion		
22	I65	Verschuß/Stenos.extrakt. hirnversorg. Art. o. Hirninfarkt		
23	F60	Spezifische Persönlichkeitsstörungen		
24	G25	Sonstige extrapyramidale Krankheiten u. Bewegungsstörungen		
25	R51	Kopfschmerz		
26	G30	Alzheimer Krankheit		
27	I63	Hirninfarkt		
28	I69	Folgen einer zerebrovaskulären Krankheit		
29	F03	Nicht näher bezeichnete Demenz		
30	H93	Sonstige Krankheiten des Ohres, anderenorts nicht klass.		

[Sprung zu Daten des Indikators 3.23 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes](#)

Datenquelle:  
 Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung:  
 ADT-Panel

\* Mehrfachzählungen von Patienten möglich

Beispielliste 1. Quartal 2001

3.24

**Krankenhausfälle nach Geschlecht, Land, im Zeitvergleich****Definition**

Daten über stationäre Behandlungen sind wichtige Strukturdaten für die Planung und Gestaltung der Krankenhausversorgung. Sie ermöglichen zudem eine Einschätzung, wie hoch der Anteil der stationären Versorgung am gesamten medizinischen Versorgungssystem ist und ob es im Zeitverlauf zu Veränderungen der stationären Morbidität kommt.

Die Krankenhausfälle berechnen sich aus der Anzahl der Patienten, die in ein Krankenhaus aufgenommen, stationär behandelt und im Berichtsjahr entlassen wurden. Dabei werden Stundenfälle und gesunde Neugeborene nicht in die Statistik einbezogen. Stundenfälle bezeichnen Patienten, die stationär aufgenommen, aber am gleichen Tag wieder entlassen bzw. verlegt wurden oder verstorben sind. Die Daten werden Teil II der Krankenhausstatistik, Diagnosen, entnommen und sind auf die Wohnbevölkerung bezogen.

**Datenhalter**

- ▶ Statistische Landesämter

**Datenquelle**

- ▶ Krankenhausstatistik, Teil II - Diagnosen

**Periodizität**

Jährlich, 31.12.

**Validität**

Rechtsgrundlage ist die Verordnung über die Bundesstatistik für Krankenhäuser vom 10.4.1990. Alle Krankenhäuser sind berichtspflichtig, d. h. es liegt eine Totalerhebung vor. Nicht enthalten sind Krankenhäuser im Straf-/Maßregelvollzug sowie Polizei- und Bundeswehrkrankenhäuser (sofern sie nicht oder nur im eingeschränkten Umfang für die zivile Bevölkerung tätig sind).

Es wird von einer vollständigen Datenerfassung und einer ausreichenden Datenqualität ausgegangen.

**Kommentar**

Die Entwicklung der Krankenhausfälle über einen längeren Zeitraum lässt durch den Bezug auf 100 000 der Einwohnerzahl weiblich/männlich und die Standardisierung an der alten Europabevölkerung sowohl den geschlechtsspezifischen als auch den Bundesländer übergreifenden Vergleich zu.

Änderungen in der Häufigkeit von Krankenhausfällen können nicht zwangsläufig auf eine Veränderung der Krankheitsrate zurückgeführt werden. Der erhöhte Frauenanteil bei der stationären Versorgung kann zum Teil durch die stationären Entbindungen erklärt werden. Mehrfachbehandlungen von Patienten zu derselben Krankheit führen zu Mehrfachzählungen.

Die Diagnosestatistik liegt nach Behandlungs- und Wohnort vor. Eine Ergänzung stellen die Indikatoren 3.25 bis 3.27 dar. Die Indikatoren 3.24 bis 3.27 basieren auf dem Wohnortprinzip. Der vorliegende Indikator ist ein Ergebnisindikator.

**Vergleichbarkeit**

Dieser Indikator über alle abgeschlossenen Krankenhausbehandlungen ist nur bedingt ver-

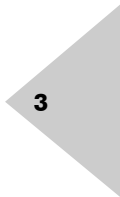
gleichbar mit den WHO-Indikatoren 6010 992959 *Number of all hospital admissions* und 6010 992902 *In-patient care admissions per 100 population*. Bei einem Aufenthalt von unter 24 Stunden wird ein Verweildauertag berechnet. Das bedeutet, dass Stundenfälle in diesen Daten enthalten sind. Es gibt keinen vergleichbaren OECD-Indikator. Der Indikator gleicht dem EU-Indikator *Total discharges per 100 000 populations by sex, also standardized*. Der Indikator ist neu.

**Originalquellen**

- ▶ Publikationen der Statistischen Landesämter, z. B. Statistische Jahresberichte, Standardtabellen der Statistischen Datenbanken oder weitere regionalstatistische Quellen.

**Dokumentationsstand**

23.01.2003, nlga/lögd



Indikator (K) 3.24		Krankenhausfälle nach Geschlecht, Land, im Zeitvergleich							
		Stationär behandelte Kranke							
Jahr	weiblich			männlich			insgesamt		
	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	je 100 000 alt.stand.*	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	je 100 000 alt.stand.*	Anzahl	je 100 000 Einwohner	je 100 000 alt.stand.*
1990									
1995									
2000	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 3.24 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>								
2001									
...									
Berichtsj.									

Datenquelle:  
Statistisches Landesämter:  
Krankenhausstatistik, Teil II - Diagnosen

\* standardisiert an der  
Europabevölkerung alt

3.25

**Krankenhausfälle nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr****Definition**

Die alters- und geschlechtsspezifischen stationären Behandlungsraten reflektieren die Morbiditätssituation der Bevölkerung und stellen gleichzeitig wichtige Grundlagen für die Planung und Gestaltung der Krankenhausversorgung dar.

Die Darstellung von Altersgruppen ermöglicht Aussagen über die Inanspruchnahme stationärer Versorgungsstrukturen, die mit dem Alter verbunden sind wie z. B. stationäre Behandlungen bei Frauen im gebärfähigen Alter bedingt durch Entbindungen oder eine Häufung der stationären Behandlungseinheiten im höheren Lebensalter.

Die Krankenhausfälle berechnen sich aus der Anzahl der Patienten, die in ein Krankenhaus aufgenommen, stationär behandelt und im Berichtsjahr entlassen wurden. Dabei werden Stundenfälle und gesunde Neugeborene nicht in die Statistik einbezogen. Stundenfälle bezeichnen Patienten, die stationär aufgenommen, aber am gleichen Tag wieder entlassen bzw. verlegt wurden oder verstorben sind. Die Daten werden Teil II der Krankenhausstatistik, Diagnosen, entnommen und sind auf die Wohnbevölkerung bezogen.

**Datenhalter**

- ▶ Statistische Landesämter

**Datenquelle**

- ▶ Krankenhausstatistik, Teil II - Diagnosen

**Periodizität**

Jährlich, 31.12.

**Validität**

Rechtsgrundlage ist die Verordnung über die Bundesstatistik für Krankenhäuser vom 10.4.1990. Alle Krankenhäuser sind berichtspflichtig, d. h. es liegt eine Totalerhebung vor. Nicht enthalten sind Krankenhäuser im Straf-/Maßregelvollzug sowie Polizei- und Bundeswehrkrankenhäuser (sofern sie nicht oder nur im eingeschränkten Umfang für die zivile Bevölkerung tätig sind).

Es wird von einer vollständigen Datenerfassung und einer ausreichenden Datenqualität ausgegangen.

**Kommentar**

Änderungen in der Häufigkeit von Krankenhausfällen können nicht zwangsläufig auf eine Veränderung der Morbidität zurückgeführt werden, sie sind auch Ausdruck von Verschiebungen zwischen dem ambulanten und dem stationären Versorgungssektor und dem Pflegebereich. Da sich mit dem Alter sowohl Erkrankungshäufigkeiten als auch Dauer und Schweregrad/Chronizität von Erkrankungen ändern, ist bei zunehmender Alterung der Gesellschaft auch künftig eine höhere Inanspruchnahme von stationären Leistungen zu erwarten.

Der erhöhte Frauenanteil bei der stationären Versorgung im gebärfähigen Alter kann überwiegend durch die stationären Entbindungen erklärt werden. Mehrfachbehandlungen von Patienten zu derselben Krankheit führen zu Mehrfachzählungen.

Die Diagnosestatistik liegt nach Behandlungs- und Wohnort vor. Eine Ergänzung stellen die Indikatoren 3.24 bis 3.27 dar. Die Indikatoren 3.24 bis 3.27 basieren auf dem Wohnortprinzip. Der vorliegende Indikator ist ein Ergebnisindikator.

### Vergleichbarkeit

Es gibt keine vergleichbaren WHO-, OECD- und EU-Indikatoren.  
Dieser Indikator der Krankenhausfälle insgesamt ist neu im Indikatorensatz.

### Originalquellen

- Publikationen der Statistischen Landesämter, z. B. Statistische Jahresberichte, Standardtabellen der Statistischen Datenbanken oder weitere regionalstatistische Quellen.

### Dokumentationsstand

23.01.2003, nlg/lögd

Indikator (K) 3.25		Krankenhausfälle nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr					
Alter in Jahren	Stationär behandelte Kranke						
	weiblich		männlich		insgesamt		
	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	Anzahl	je 100 000 Einwohner	
0							
1 - 4							
5 - 9							
10 - 14							
15 - 19							
20 - 24							
25 - 29							
30 - 34							
35 - 39							
40 - 44							
45 - 49							
50 - 54							
55 - 59							
60 - 64							
65 - 69							
70 - 74							
75 - 79							
80 - 84							
85 - 89							
90 - 94							
95 und mehr							
<b>Insgesamt</b>							
<b>standard. an Europabev. alt</b>							

[Sprung zu Daten des Indikators 3.25 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes](#)

Datenquelle:  
Statistisches Landesämter:  
Krankenhausstatistik, Teil II - Diagnosen

3.26

## Krankenhausfälle nach Hauptdiagnosegruppen und Geschlecht, Land, Jahr

### Definition

Daten zur diagnose- und geschlechtsspezifischen Behandlungshäufigkeit in der stationären Versorgung reflektieren die Situation der Morbidität in der Bevölkerung und stellen gleichzeitig wichtige Strukturdaten für die Planung und Gestaltung der Krankenhausversorgung dar. Die Krankenhausfälle nach Hauptdiagnosegruppen beziffern die Anzahl der im Berichtsjahr entlassenen Patienten nach 20 Diagnosegruppen. Die Hauptdiagnose ist die bei der Entlassung des Patienten feststehende Diagnose, die maßgeblich die vollstationäre Behandlungsdauer beeinflusst bzw. den größten Anteil an medizinischen Leistungen verursacht hat. Die Hauptdiagnosegruppe XX (Externe Ursachen) kann nicht als Hauptdiagnose kodiert werden.

### Datenhalter

- ▶ Statistische Landesämter

### Datenquelle

- ▶ Krankenhausstatistik, Teil II - Diagnosen

**Periodizität:** Jährlich, 31.12.

### Validität

(S. Hinweise bei Indikatoren 3.24, 3.25).

Die Meldungen zur Diagnosestatistik beziehen sich auf alle im Laufe des Berichtsjahres entlassenen vollstationär behandelten Patienten in Krankenhäusern (einschließlich Sterbefälle). Problematisch ist dabei der Faktor der Multimorbidität zu bewerten, der zur Unsicherheit beim ausfüllenden Krankenhausarzt dahingehend führt, welche der Diagnosen er als die maßgebliche zu betrachten hat. Teilstationär oder ambulant behandelte Patienten in Krankenhäusern sowie gesunde Neugeborene sind nicht Gegenstand der Diagnosestatistik. Bei mehrfach im Jahr vollstationär behandelten Patienten wird für jeden Krankenhausaufenthalt ein vollständiger Datensatz erstellt, Gleiches gilt für beurlaubte Patienten, wenn für die Urlaubszeit keine Pflegesätze berechnet werden (Quelle: Stat. Landesamt Berlin).

### Kommentar

Dieser Indikator lässt ein Ranking der stationären Behandlungen zu, d. h. welche Diagnosegruppen im Verhältnis am häufigsten im stationären Bereich versorgt werden. Die Daten sind auf den Wohnort des Patienten bezogen. Die Statistik lässt aufgrund der immer wieder neuen Erhebungseinheiten für einen zwischenzeitlich entlassenen oder beurlaubten Patienten unzureichende Aussagen zur Krankheitshäufigkeit in der Bevölkerung zu. So kann z. B. eine an Brustkrebs operierte und anschließend chemotherapierte Patientin bis zu sechsmal innerhalb eines Jahres mit der Hauptdiagnose Brustkrebs in der Statistik auftauchen. Das führt zu einer Überschätzung der wahren Morbidität.

Der vorliegende Indikator ist ein Ergebnisindikator.

### Vergleichbarkeit

Der Indikator ist vergleichbar mit einem WHO-Indikator zu Krankenhausentlassungen nach Hauptdiagnosegruppen wie z. B. mit 2450 992923 *Hospital discharges, diseases of the circulatory system per 100 000 population*, 2540 992928 *Hospital discharges, injury and poisoning*

per 100 000 population. Indikatoren der OECD und der EU basieren auf differenzierteren Krankheitsartengruppen und sind deshalb nicht vergleichbar. Der Indikator entspricht keinem im bisherigen Indikatorensatz.

**Originalquellen**

- Publikationen der Statistischen Landesämter, z. B. Statistische Jahresberichte, Standardtabellen der Statistischen Datenbanken oder weitere regionalstatistische Quellen.

**Dokumentationsstand:** 29.01.2003, nlga/lögd

<b>Indikator (L) 3.26</b>		<b>Krankenhausfälle nach Hauptdiagnosegruppen und Geschlecht, Land, Jahr</b>					
ICD-10	Hauptdiagnosegruppen	Stationär behandelte Kranke					
		weiblich		männlich		insgesamt	
		Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	Anzahl	je 100 000 Einw.
I	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten						
II	Neubildungen						
III	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe						
IV	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten						
V	Psych. u. Verhaltensstörungen						
VI	Krankheiten des Nervensystems						
VII	Krankheiten des Auges						
VIII	Krankheiten des Ohres						
IX	Krankheiten des Kreislaufsystems						
X	Krankheiten des Atmungssystems						
XI	Krankheiten des Verdauungssyst.						
XII	Krankheiten der Haut und der Unterhaut						
XIII	Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und des Bindegewebes						
XIV	Krankheiten d. Urogenitalsystems						
XV	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett						
XVI	Best. Zustände, d. ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben						
XVII	Angeborene Fehlbildung., Deformitäten u. Chromosomenanomalien						
XVIII	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde						
XIX	Verletzungen, Vergiftungen und best. and. Folgen äußerer Ursach.						
XXI	Faktoren, die d. Ges.zustand beeinflussen u. zur Inanspruchnahme d. Ges.wesens führen						
	<b>Insgesamt</b>						

[Sprung zu Daten des Indikators 3.26 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes](#)

Datenquelle:  
 Statistische Landesämter:  
 Krankenhausstatistik, Teil II - Diagnosen



3.27

### Krankenhausfälle nach Geschlecht, Land im Regionalvergleich, Jahr

#### Definition

Daten über stationäre Behandlungen sind wichtige Strukturdaten für die Planung und Gestaltung der Krankenhausversorgung. Sie ermöglichen zudem eine Einschätzung, wie hoch der Anteil der stationären Versorgung am gesamten medizinischen Versorgungssystem ist und ob es im Zeitverlauf zu Veränderungen der stationären Morbidität kommt.

Die Krankenhausfälle berechnen sich aus der Anzahl der Patienten, die in ein Krankenhaus aufgenommen, stationär behandelt und im Berichtsjahr entlassen wurden. Dabei werden Stundenfälle und gesunde Neugeborene nicht in die Statistik einbezogen. Stundenfälle bezeichnen Patienten, die stationär aufgenommen, aber am gleichen Tag wieder entlassen bzw. verlegt wurden oder verstorben sind. Die Daten werden Teil II der Krankenhausstatistik, Diagnosen, entnommen und sind auf die Wohnbevölkerung bezogen.

Zur Vergleichbarkeit der Daten zwischen den Kreisen/kreisfreien Städten/(Stadt-)Bezirken wird eine indirekte Standardisierung auf die stationäre Behandlungshäufigkeit des Landes vorgenommen (SMR). Die Methodik ist im Anhang 1 beschrieben.

**Datenhalter:** ▶ Statistische Landesämter

**Datenquelle:** ▶ Krankenhausstatistik, Teil II - Diagnosen

**Periodizität:** Jährlich, 31.12.

#### Validität

Rechtsgrundlage ist die Verordnung über die Bundesstatistik für Krankenhäuser vom 10.4.1990. Alle Krankenhäuser sind berichtspflichtig, d. h. es liegt eine Totalerhebung vor. Nicht enthalten sind Krankenhäuser im Straf-/Maßregelvollzug sowie Polizei- und Bundeswehrkrankenhäuser (sofern sie nicht oder nur im eingeschränkten Umfang für die zivile Bevölkerung tätig sind).

Indikator (L) 3.27		Krankenhausfälle nach Geschlecht, Land im Regionalvergleich, Jahr				
Lfd. Nr.	Region	Stationär behandelte				
		weiblich			männ	
		Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	SMR*	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.
1	Regierungsbezirk Land					
2						
3						
...						

Datenquelle:  
Statistische Landesämter:  
Krankenhausstatistik, Teil II - Diagnosen

\* Standardized Morbidity Ratio:  
standardisiert an der stationären  
Behandlungshäufigkeit des Landes

Es wird von einer vollständigen Datenerfassung und einer ausreichenden Datenqualität ausgegangen.

**Kommentar**

Die Entwicklung der Krankenhausfälle über einen längeren Zeitraum lässt durch den Bezug auf 100 000 der Einwohnerzahl weiblich/männlich und die indirekte Standardisierung an der Behandlungshäufigkeit des Landes einen Vergleich der Kommunen innerhalb des Bundeslandes zu. Ein Vergleich der standardisierten Raten zwischen den Bundesländern ist nicht möglich.

Änderungen in der Häufigkeit von Krankenhausfällen können nicht zwangsläufig auf eine Veränderung der Morbidität zurückgeführt werden. Der erhöhte Frauenanteil bei der stationären Versorgung kann zum Teil durch die stationären Entbindungen erklärt werden. Mehrfachbehandlungen von Patienten zu derselben Krankheit führen zu Mehrfachzählungen.

Die Diagnosenstatistik liegt nach Behandlungs- und Wohnort vor. Die Indikatoren 3.24 bis 3.27 basieren auf dem Wohnortprinzip. Eine Ergänzung stellen die Indikatoren 3.24 bis 3.26 dar. Der vorliegenden Indikator ist ein Ergebnisindikator.

**Vergleichbarkeit**

Der Indikator ist nur bedingt vergleichbar mit den WHO-Indikatoren 6011 992952 *Number of all hospital admissions* und 6010 992902 *In-patient care admissions per 100 population*. Stundenfälle gehen in die WHO-Statistik mit einem Verweildauertag ein. Der Indikator gleicht dem EU-Indikator *Total discharges per 100 000 populations by sex, also standardized*. Dieser Indikator der Krankenhausfälle insgesamt ist neu.

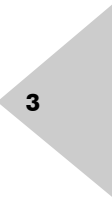
**Originalquellen**

- Publikationen der Statistischen Landesämter, z. B. Statistische Jahresberichte, Standardtabellen der Statistischen Datenbanken oder weitere regionalstatistische Quellen.

**Dokumentationsstand**

23.01.2003, nlga/lögd

Kranke				Region	Lfd. Nr.
lich	insgesamt				
SMR*	Anzahl	je 100 000 Einwohner	SMR*		
				<b>Regierungsbezirk</b>	1 2 3 ...
				<b>Land</b>	



3.28

### **Arbeitsunfähigkeitsfälle, Arbeitsunfähigkeitstage und Krankenstand der GKV-Pflichtmitglieder nach Geschlecht, Deutschland, im Zeitvergleich**

#### **Definition**

Auswertungen von Daten zur Arbeitsunfähigkeit stellen für die Bereiche Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin eine wichtige Informationsbasis dar. Durch den krankheitsbedingten Produktionsausfall bei Lohnfortzahlung ist dieser Indikator auch ökonomisch von hoher Bedeutung. Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn ein(e) Versicherte(r) aus gesundheitlichen Gründen nicht in der Lage ist, seiner/ihrer Erwerbstätigkeit nachzugehen (Quelle: RKI). Es muss dabei eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestehen (§ 1 Abs. 3 MB/KT).

Die Anzahl der Arbeitsunfähigkeitsfälle gibt an, wie häufig Arbeitnehmerinnen/Arbeitnehmer im Berichtszeitraum arbeitsunfähig waren.

Arbeitsunfähigkeitstage bezeichnet die Anzahl der Arbeitstage von GKV-Pflichtmitgliedern, die aufgrund einer krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit nicht geleistet werden können.

Krankenstand bezeichnet den Prozentsatz derjenigen Personen eines Kollektives (in der Regel wird der Krankenstand der gesetzlich versicherten Arbeitnehmer ausgewiesen), die im Jahresdurchschnitt arbeitsunfähig gemeldet waren. Angaben von privaten Krankenversicherungen sind im vorliegenden Indikator nicht enthalten.

Über das Verhältnis von Arbeitsunfähigkeitsfällen zu Arbeitsunfähigkeitstagen kann eine Aussage getroffen werden, wie lange ein krankgemeldeter Arbeitnehmer durchschnittlich ausfällt. In Verbindung mit dem Krankenstand kann abgeschätzt werden, wie hoch der Anteil der Arbeitnehmer ist, die die krankheitsbedingten Ausfälle verursachen.

#### **Datenhalter**

- ▶ Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung

#### **Datenquelle**

- ▶ KG 8-Statistik

#### **Periodizität**

Jährlich, 31.12.

#### **Validität**

Auf der Grundlage der Meldungen an die gesetzlichen Krankenversicherer werden im Rahmen der Krankheitsartenstatistik der GKV die Anzahl der Arbeitsunfähigkeitsfälle und der Arbeitsunfähigkeitstage nach Art der Krankheit, des Alters und des Geschlechts der Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung ausgewiesen.

Die Krankenkassen erstellen ihre Statistik anhand der Abrechnungsdaten von Pflichtmitgliedern. Unberücksichtigt bleiben dabei aber die mitversicherten Familienangehörigen, Rentner, Studenten, Jugendlichen und Behinderten, Künstler, Wehr-, Zivil- und Grenzschutzpflichtdienstleistende, landwirtschaftliche Unternehmer sowie Vorruhestandsgeldempfänger, da für diese Gruppen in der Regel keine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen von einem behandelnden Arzt ausgestellt werden.

Die Arbeitsunfähigkeitsfälle werden mit Abschluss der Arbeitsunfähigkeit gezählt. Das bedeutet, dass ein Arbeitsunfähigkeitsfall, der sich über die Jahreswende hinaus erstreckt, erst im Folgejahr statistisch berücksichtigt wird.

Alle Arbeitsunfähigkeitstage eines Arbeitsunfähigkeitsfalles werden dem Jahr zugeordnet, in dem auch der Fall gezählt wird.

Krankenstände im Rahmen der Inanspruchnahme der gesetzlichen Karenztage - wenn eine Arbeitnehmerin/ein Arbeitnehmer nicht mehr als drei Arbeitstage in Folge fehlt und dafür auch keine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung beim Arbeitgeber einreicht - werden nicht erfasst, um Verzerrungen zu vermeiden (Quelle: AOK). Der Indikator gilt als valide.

### **Kommentar**

Aus dem Arbeitsunfähigkeitsgeschehen können sich sowohl Hinweise auf die menschlichen Organe und funktionalen Systeme ergeben, die besonders von arbeitsbedingten Einwirkungen betroffen sind als auch auf das Unfallgeschehen. Das Verhältnis der Arbeitsunfähigkeitstage, Arbeitsunfähigkeitsfälle und des Krankenstandes gibt einen Hinweis darauf, ob akute Erkrankungen vorliegen.

Der vorliegende Indikator ist ein Ergebnisindikator.

### **Vergleichbarkeit**

Der Indikator ist mit dem WHO-Indikator 2700 040102 *Absenteeism from work due to illness, days per employee per year* und mit dem OECD-Indikator *Sickness benefits* nicht direkt vergleichbar. Im EU-Indikatorensetz werden Indikatoren zu *Absenteeism from work* geführt. Im bisherigen Indikatorensetz gab es keinen vergleichbaren Indikator.

### **Originalquellen**

- ▶ Publikationen des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherheit zur Arbeitsunfähigkeit.
- ▶ Badura, B.; Schellschmidt, H., Vetter, C. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report.

### **Dokumentationsstand**

29.01.2003, nlga/lögd

Indikator (B) 3.28		Arbeitsunfähigkeitsfälle, Arbeitsunfähigkeitstage und Krankenstand der GKV Pflichtmitglieder nach Geschlecht, Deutschland, im Zeitvergleich					
		AU-Fälle der GKV-Pflichtmitglieder (ohne Rentner)					
Jahr	weiblich		männlich		insgesamt		
	Anzahl	je 100 weibl. GKV-Mitgl.	Anzahl	je 100 männl. GKV-Mitgl.	Anzahl	je 100 GKV-Mitglieder	Krankenstand in %
1990							
1995							
2000	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 3.28 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>						
2001							
...							
Berichtsj.							

Datenquelle:  
Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung:  
KG 8-Statistik

---

AU-Tage der GKV-Pflichtmitglieder (ohne Rentner)									Jahr
weiblich			männlich			insgesamt			
Anzahl in 100 000 Tagen	je 100 weibl. GKV- Mitgl.	Tage je Fall	Anzahl in 100 000 Tagen	je 100 männl. GKV-Mitgl.	Tage je Fall	Anzahl in 100 000 Tagen	je 100 GKV- Mitglieder	Tage je Fall	
									1990
									1995
									2000
									2001
									...
									Berichtsj.

3.29

### **Arbeitsunfähigkeitsfälle und Arbeitsunfähigkeitstage der GKV-Pflichtmitglieder nach Alter und Geschlecht, Deutschland, Jahr**

#### **Definition**

Auswertungen von Daten zur Arbeitsunfähigkeit nach Alter und Geschlecht weisen auf altersspezifische Häufungen des Krankheitsgeschehens hin.

Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn ein(e) Versicherte(r) aus gesundheitlichen Gründen nicht in der Lage ist, ihrer/seiner Erwerbstätigkeit nachzugehen (Quelle: RKI). Es muss dabei eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestehen (§ 1 Abs. 3 MB/KT). Die eingetretene Arbeitsunfähigkeit muss dem Versicherer unverzüglich, spätestens aber am Tag des vereinbarten Leistungsbeginns mitgeteilt werden.

Die Anzahl der Arbeitsunfähigkeitsfälle gibt an, wie häufig Arbeitnehmerinnen/Arbeitnehmer im Berichtszeitraum arbeitsunfähig waren.

Arbeitsunfähigkeitstage je Fall bezeichnet in den einzelnen Altersgruppen die Anzahl der Arbeitstage von GKV-Pflichtmitgliedern, die aufgrund einer krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit nicht geleistet werden konnten.

Angaben von Privatversicherten sind im Indikator nicht enthalten.

#### **Datenhalter**

- ▶ Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung

#### **Datenquelle**

- ▶ KG 8-Statistik

#### **Periodizität**

Jährlich, 31.12.

#### **Validität**

Auf der Grundlage der Meldungen an die gesetzlichen Krankenversicherer werden im Rahmen der Krankheitsartenstatistik der GKV die Anzahl der Arbeitsunfähigkeitsfälle und der Arbeitsunfähigkeitstage nach Art der Krankheit, Alter und Geschlecht der Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung ausgewiesen.

Die Krankenkassen erstellen ihre Statistik anhand der Abrechnungsdaten von Pflichtmitgliedern. Unberücksichtigt bleiben dabei die mitversicherten Familienangehörigen, Rentner, Studenten, Jugendlichen und Behinderten, Künstler, Wehr-, Zivil- und Grenzschutzpflichtdienstleistende, landwirtschaftliche Unternehmer sowie Vorruhestandsgeldempfänger, da für diese Gruppen in der Regel keine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen von einem behandelnden Arzt ausgestellt werden.

Die Arbeitsunfähigkeitsfälle gehen mit Abschluss der Arbeitsunfähigkeit in eine Statistik ein. Demzufolge wird ein Arbeitsunfähigkeitsfall, der sich über die Jahreswende hinaus erstreckt, erst im Folgejahr statistisch berücksichtigt.

Alle Arbeitsunfähigkeitstage eines Arbeitsunfähigkeitsfalles werden dem Jahr zugeordnet, in dem auch der Fall gezählt wird.

Krankenstände im Rahmen der Inanspruchnahme der gesetzlichen Karenztage - wenn eine Arbeitnehmerin/ein Arbeitnehmer nicht mehr als drei Arbeitstage in Folge fehlt und dafür auch keine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung beim Arbeitgeber einreicht - werden nicht erfasst, um Verzerrungen zu vermeiden (Quelle: AOK). Der Indikator gilt als valide.

**Kommentar**

Der Indikator zeigt alters- und geschlechtsabhängige Unterschiede in der Häufigkeit der Inanspruchnahme und hinsichtlich der durchschnittlichen Dauer einer Arbeitsunfähigkeit auf. Der vorliegende Indikator ist ein Ergebnisindikator.

**Vergleichbarkeit**

Es gibt keine Indikatoren zur Arbeitsunfähigkeit der WHO, OECD oder EU, die nach Altersgruppen und Geschlecht gegliedert sind. Im bisherigen Indikatorensetz gab es keinen vergleichbaren Indikator.

**Originalquellen**

- ▶ Publikationen des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherheit zur Arbeitsunfähigkeit.
- ▶ Badura, B.; Schellschmidt, H., Vetter, C. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report.

**Dokumentationsstand**

29.01.2003, nlga/lögd

Alter in Jahren	AU-Fälle und AU-Tage der GKV-Pflichtmitglieder (ohne Rentner)					
	weiblich			männlich		
	je 100 weibl. GKV-Mitgl.	Tage je Fall	Anteil in %	je 100 männl. GKV-Mitgl.	Tage je Fall	Anteil in %
15 - 19						
20 - 24						
25 - 29						
30 - 34						
35 - 39						
40 - 44	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 3.29 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>					
45 - 49						
50 - 54						
55 - 59						
60 - 64						
<b>Insgesamt</b>						

Datenquelle:  
Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung;  
KG 8-Statistik



3.30

### Arbeitsunfähigkeitsfälle der GKV-Pflichtmitglieder nach Hauptdiagnosegruppen und Geschlecht, Deutschland, Jahr

#### Definition

Auswertungen von Daten zur Arbeitsunfähigkeit stellen für die Bereiche Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin eine wichtige Informationsbasis dar. Durch den krankheitsbedingten Produktionsausfall bei Lohnfortzahlung ist dieser Indikator auch ökonomisch von hoher Bedeutung. Die Anzahl der Arbeitsunfähigkeitsfälle gibt an, wie häufig Arbeitnehmerinnen/Arbeitnehmer im Berichtszeitraum arbeitsunfähig waren.

Die Hauptdiagnosegruppen werden gemäß der ICD-10 (Internationale Klassifikation der Krankheiten; Kapitelüberschriften) angegeben. Die Kodierung der Hauptgruppe XX (Externe Ursachen) ist unzulässig. Die Abschätzung, welche Erkrankungsgruppen große Anteile der Arbeitsunfähigkeit verursachen, ist unter dem Aspekt der arbeitsmedizinischen Prävention relevant, wie sich z. B. an der Bedeutung der Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes, speziell bei den chronischen Rückenbeschwerden gezeigt hat.

#### Datenhalter

- ▶ Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung

#### Datenquelle

- ▶ KG 8-Statistik

#### Periodizität

Jährlich, 31.12.

#### Validität

Angaben zur Arbeitsunfähigkeit sind beim Indikator 3.28 ausführlich beschrieben. In die Statistik der Arbeitsunfähigkeit gehen AU-Daten der AOK, der IKK, des VdAK (für die Ersatzkassen) und die der BKK ein. Zur Validität der Daten werden umfassende Qualitätssicherungsmaßnahmen vorgenommen.

#### Kommentar

Nahezu 80 % aller Arbeitsunfähigkeitstage fallen in Deutschland auf nur sechs Hauptdiagnosegruppen. Von besonderer Bedeutung sind Atmungs-, Muskel- und Skelett-Erkrankungen (speziell die Rückenbeschwerden) sowie Verletzungen.

Der vorliegende Indikator ist ein Ergebnisindikator.

#### Vergleichbarkeit

Es gibt keine vergleichbaren WHO- und OECD-Indikatoren. Für den EU-Indikatorensetz sind Indikatoren zur Arbeitsunfähigkeit nach Hauptdiagnosegruppen vorgesehen. Im bisherigen Indikatorensetz gab es keinen vergleichbaren Indikator.

#### Originalquellen

- ▶ Publikationen des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherheit zur Arbeitsunfähigkeit.
- ▶ Badura, B.; Schellschmidt, H., Vetter, C. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report.

**Dokumentationsstand**

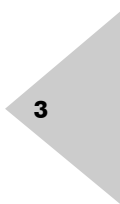
29.01.2003, nIga/lögd/BKK Bundesverband

<b>Indikator (B) 3.30</b>	<b>Arbeitsunfähigkeitsfälle der GKV-Pflichtmitglieder nach Hauptdiagnosegruppen und Geschlecht, Deutschland, Jahr</b>
-------------------------------	---

ICD-10	Hauptdiagnosegruppen	AU-Fälle der GKV-Pflichtmitglieder (ohne Rentner)					
		weiblich		männlich		insgesamt	
		Anzahl	je 100 weibl. GKV-Mitgl.	Anzahl	je 100 männl. GKV-Mitgl.	Anzahl	je 100 GKV-Mitglieder
I	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten						
II	Neubildungen						
III	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe						
IV	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten						
V	Psych. u. Verhaltensstörungen						
VI	Krankheiten des Nervensystems						
VII	Krankheiten des Auges						
VIII	Krankheiten des Ohres						
IX	Krankheiten des Kreislaufsystems						
X	Krankheiten des Atmungssystems						
XI	Krankheiten des Verdauungssyst.						
XII	Krankheiten der Haut und der Unterhaut						
XIII	Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und des Bindegewebes						
XIV	Krankheiten d. Urogenitalsystems						
XV	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett						
XVI	Best. Zustände, d. ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben						
XVII	Angeborene Fehlbildung, Deformitäten u. Chromosomenanomalien						
XVIII	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde						
XIX	Verletzungen, Vergiftungen und best. and. Folgen äußerer Ursach.						
XXI	Faktoren, die d. Ges.zustand beeinflussen u. zur Inanspruchnahme d. Ges.wesens führen						
	<b>Insgesamt</b>						

[Sprung zu Daten des Indikators 3.30 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes](#)

Datenquelle:  
 Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung:  
 KG 8-Statistik



3.31

**Arbeits- und Wegeunfälle, Land, im Zeitvergleich****Definition**

Staatliche Arbeitsschutzvorschriften - insbesondere das Arbeitsschutzgesetz - verpflichten Arbeitgeber, ihren Betrieb mit Produktionsabläufen so zu organisieren, dass Arbeitnehmer gegen Gefahren für Leben und Gesundheit geschützt sind. Dieser Indikator zeigt die Quantität und den Schweregrad von Arbeits- und Wegeunfällen und über die Darstellung von Zeitreihen die Effektivität oder Notwendigkeit präventiver Maßnahmen.

Ein Arbeitsunfall ist ein Unfall, den ein Beschäftigter bei der Ausübung seiner beruflichen Tätigkeit innerhalb und außerhalb der Arbeitsstätte, z. B. auch im Straßenverkehr, erleidet.

Ein Wegeunfall ist ein Unfall, den ein Beschäftigter auf dem Weg zwischen Wohnung und dem Ort seiner beruflichen Tätigkeit erleidet (Quelle: HVBG).

Meldepflichtig sind alle Arbeits- und Wegeunfälle, die zu einer mehr als drei Tage andauernden, durch den Unfall bedingten Arbeitsunfähigkeit geführt haben. Meldepflichtig sind auch die tödlichen Unfälle. Die Aufnahme und Meldung der meldepflichtigen Unfälle erfolgt über die Unfallanzeige des Unternehmers (s. SGB VII § 193 Absatz 1). Ergänzend wird ggf. der Bericht des zugelassenen behandelnden Durchgangsarztes (sog. D-Bericht) herangezogen. Vollarbeiter entsprechen Vollzeitäquivalenten (s. a. Ind. 8.3).

**Datenhalter**

- ▶ Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit
- ▶ Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (HVBG)
- ▶ Bundesverband der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften
- ▶ Bundesverband der Unfallkassen

**Datenquelle**

- ▶ Statistik der Arbeits- und Wegeunfälle (Unfallanzeigestatistik)

**Periodizität**

Jährlich, 31.12.

**Validität**

Die Daten entstammen einer 10 %igen Hochrechnung der Unfallanzeigestatistik. Geschlechtsspezifische Angaben liegen im Rahmen der 10-%-Hochrechnung des Bundesministeriums für Wirtschaft und Arbeit vor und können von den Ländern als zusätzlicher Indikator geführt werden. Die tödlichen Unfälle als ein Teilbereich der meldepflichtigen Unfälle sind in der Statistik der Arbeits- und Wegeunfälle als Vollerhebung (= 100 %) enthalten. Die Statistik gilt als vollständig und zuverlässig.

**Kommentar**

In die Gesamtzahlen des Arbeitsunfallgeschehens gehen Angaben von drei Gruppen der Unfallversicherungsträger ein: Die gewerblichen Berufsgenossenschaften, die landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften und die Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand.

Der Indikator gehört zu den Ergebnisindikatoren.

**Vergleichbarkeit**

Der Indikator ist vergleichbar mit den WHO-Indikatoren 4060 110502 *Persons injured, work*

related accidents/100 000 und 4070 110503 Deaths due to work-related accidents/100 000. Wegeunfälle sind nicht enthalten. Vergleichbar mit OECD- und EU-Indikator *Accidents related to work per 100 000 employed, including fatal accidents*. Dieser Indikator ist neu im Indikatorenset.

**Originalquellen**

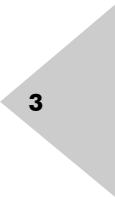
- ▶ Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit. Bericht zur Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit (Unfallverhütungsbericht). Jährlich.
- ▶ Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (HVBG): Aktuelle Zahlen und Statistiken, <http://www.hvbg.de/d/ziguv/info-s/Unfall.htm>.

**Dokumentationsstand**

16.12.2002, nlga/HVBG/lögd

Indikator (K) 3.31		Arbeits- und Wegeunfälle, Land, im Zeitvergleich				
Jahr	Arbeitsunfälle		Wegeunfälle		Arbeits- und Wegeunfälle	
	meldepflichtig	tödlich	meldepflichtig	tödlich	meldepflichtig	tödlich
Anzahl						
2000	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 3.31 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>					
2001						
...						
Berichtsj.						
je 1 000 Vollarbeiter (Vollzeitäquivalente)						
2000						
2001						
...						
Berichtsj.						

Datenquelle:  
 Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit/  
 Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften/  
 Bundesverband der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften/  
 Bundesverband der Unfallkassen:  
 Statistik der Arbeits- und Wegeunfälle



3.32

## Angezeigte und anerkannte Berufskrankheiten, Land, Jahr

### Definition

Berufskrankheiten weisen auf die Belastung der Gesundheit durch die Arbeitsumgebung und eine dadurch bedingte Beeinträchtigung der Lebensqualität hin.

Berufskrankheiten sind gemäß § 9 SGB VII Krankheiten, die die Bundesregierung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates als Berufskrankheiten bezeichnet und die Versicherte infolge einer den Versicherungsschutz nach §§ 2, 3 oder 6 begründenden Tätigkeit erleiden. Die Bundesregierung ist ermächtigt, in der Rechtsverordnung solche Krankheiten als Berufskrankheiten zu bezeichnen, die nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft durch besondere Einwirkungen verursacht sind, denen bestimmte Personengruppen durch ihre versicherte Tätigkeit in erheblich höherem Grade als die übrige Bevölkerung ausgesetzt sind. Sie kann dabei bestimmen, dass die Krankheiten nur dann Berufskrankheiten sind, wenn sie durch Tätigkeiten in bestimmten Gefährdungsbereichen verursacht worden sind oder wenn sie zur Unterlassung aller Tätigkeiten geführt haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können. In der Rechtsverordnung kann ferner bestimmt werden, inwieweit Versicherte in Unternehmen der Seefahrt auch in der Zeit gegen Berufskrankheiten versichert sind, in der sie an Land beurlaubt sind. Im vorliegenden Indikator werden die häufigsten angezeigten und anerkannten Berufskrankheiten dargestellt. Angezeigte Berufskrankheiten sind Verdachtsanzeigen, die noch der Prüfung bedürfen.

### Datenhalter

- ▶ Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (HVBG)

### Datenquelle

- ▶ Dokumentation des Berufskrankheiten-Geschehens in der Bundesrepublik Deutschland

### Periodizität

Jährlich, 31.12.

### Validität

Sowohl Unfallanzeigen als auch Anzeigen auf Verdacht einer Berufskrankheit fließen in die statistischen Erhebungen der Berufsgenossenschaften ein. Beim Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (HVBG) laufen die Statistiken der gewerblichen Berufsgenossenschaften im Rahmen des Zentralen Informationssystems der gesetzlichen Unfallversicherung (ZIGUV) zusammen und werden dort ausgewertet (Quelle: HVBG).

### Kommentar

In die Berufskrankheiten-Verordnung (BKV) sind 68 Krankheiten aufgenommen (Stand 01.10.2002).

Ausnahmsweise können in ganz besonderen Fällen auch dann Berufskrankheiten entschädigt werden, wenn sie noch nicht in der Liste aufgenommen sind, jedoch nach den neuesten medizinischen Erkenntnissen die Voraussetzungen für eine Berufskrankheit erfüllen.

Der Indikator gehört zu den Ergebnisindikatoren.

### Vergleichbarkeit

Es gibt keinen vergleichbaren WHO- oder OECD-Indikator. Für den EU-Indikatorensetz sind Indikatoren zu *Occupational Diseases* vorgesehen. Der Indikator ist mit dem bisherigen Indikator 3.27 vergleichbar.

### Originalquellen

- ▶ Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (HVBG), <http://www.hvbg.de/d/pages/presse/stat/bk.htm>.
- ▶ Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (HVBG): Dokumentation des Berufskrankheiten-Geschehens in der Bundesrepublik Deutschland (BK-DOK, Schriftenreihe des HVBG).
- ▶ Tabellenbereitstellung durch HVBG.

### Dokumentationsstand

16.12.2002, nlga/HVBG/lögd

Indikator (K) 3.32	Angezeigte und anerkannte Berufskrankheiten, Land, Jahr					
	Angezeigte Berufskrankheiten		Anerkannte Berufskrankheiten		Anerkannte Berufskrankh. je 100 000 sozialvers.-pflichtig Beschäftigte	
	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich
Berufskrankheiten insgesamt darunter: Bandscheibenbedingte Erkrankungen der Wirbelsäule (2108 - 2110) Lärmschwerhörigkeit (2301) Silikose (4101) Asbestose, asbestbedingtes Mesotheliom, Lungenkrebs in Verbindung mit Asbestose (4103 - 4105) Allergische, chemisch-irritativ od. toxisch bedingte obstrukt. Atemwegserkrankungen (4301 - 4302) Hautkrankheiten (5101)	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 3.32 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>					

Datenquelle:  
Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften:  
Dokumentation des Berufskrankheiten-Geschehens in der Bundesrepublik Deutschland

3.33

### **Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe nach Geschlecht, Land, im Zeitvergleich**

#### **Definition**

Die medizinische Rehabilitation ist ein wichtiger Bestandteil der medizinischen Versorgung. Ihr Ziel ist es, eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen oder einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken (Vorsorge) oder eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten und Krankheitsbeschwerden zu lindern oder im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung den dabei erzielten Behandlungserfolg zu sichern. Dabei soll auch eine drohende Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abgewendet, beseitigt, gemindert oder ausgeglichen werden, um eine Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern.

Rehabilitative Maßnahmen werden unterteilt in medizinische, berufsfördernde und soziale Rehabilitation zur Teilhabe. Die medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen werden als stationäre, ambulante oder gemischt stationär/ambulante Behandlungen durchgeführt.

Leistungsträger der Rehabilitation können die Rentenversicherungen, die Krankenversicherungen, die Unfallversicherungen, die Sozialämter oder die Versorgungsämter sein. Der jeweils zuständige Versicherungsträger ergibt sich aus dem Versicherungs- bzw. Berufstätigkeitsstatus des Versicherten und dem die Rehabilitationsmaßnahme auslösenden Erkrankungsgeschehen bzw. dessen Ursache.

Im vorliegenden Indikator werden nur die Rehabilitationsleistungen des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) dargestellt, die ca. 55 % aller Rehabilitationsleistungen erfassen. Ca. 70 % der Rehabilitationsleistungen betreffen die medizinische Rehabilitation. Häufige Rehabilitationsmaßnahmen sind z. B. Anschlussheilbehandlungen im Anschluss an eine stationäre Behandlung, Kinderheilbehandlungen und Entwöhnungsbehandlungen.

#### **Datenhalter**

- ▶ Verband Deutscher Rentenversicherungsträger

#### **Datenquelle**

- ▶ Statistik über abgeschlossene Leistungen zur Teilhabe

#### **Periodizität**

Jährlich, 31.12.

#### **Validität**

Es besteht für alle Rehabilitationsleistungen Berichtspflicht, so dass von einer Vollständigkeit der Daten ausgegangen werden kann. Die Qualität der Daten wird durch Qualitätssicherungsprogramme des VDR gewährleistet.

#### **Kommentar**

Die Bedeutung der Rehabilitation wird sich bei Zunahme der chronischen Erkrankungen und den sich vollziehenden demographischen Veränderungen (Verlängerung des Lebens und der Lebensarbeitszeit) verstärken.

Die Angaben zur Rehabilitation liegen auf Länder- und kommunaler Ebene nach Wohnort der Rehabilitanden vor. Als Bezugspopulation werden die aktiv versicherten Personen der gesetzlichen Rentenversicherung genommen.

Der vorliegende Indikator ist ein Ergebnisindikator.

### Vergleichbarkeit

Es gibt keine vergleichbaren WHO-, OECD- und EU-Indikatoren. Der Indikator wird neu in den Indikatorenset aufgenommen.

### Originalquellen

- ▶ Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR): Medizinische und sonstige Leistungen zur Rehabilitation. Tabellenarten A und B.

### Dokumentationsstand

04.02.2003, nlga/lögd/VDR

Jahr	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe nach Geschlecht, Land, im Zeitvergleich					
	weiblich			männlich		
	Anzahl	je 100 000 weibl. aktiv Versicherte	je 100 000 alt.stand.*	Anzahl	je 100 000 männl. aktiv Versicherte	je 100 000 alt.stand.*
1995	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 3.33 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>					
2000						
2001						
...						
Berichtsjahr						

Datenquelle:  
 Verband Deutscher Rentenversicherungsträger:  
 Statistik über abgeschlossene Leistungen zur Teilhabe

\* standardisiert an der  
 Europabevölkerung alt



3.34

### **Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr**

#### **Definition**

Die alters- und geschlechtsspezifische Darstellung von abgeschlossenen Rehabilitationsmaßnahmen gibt die Häufigkeit von Rehabilitationsleistungen nach Alter und Geschlecht an. Die Bedeutung der Rehabilitation wird sich bei Zunahme der chronischen Erkrankungen und den sich vollziehenden demographischen Veränderungen (Verlängerung des Lebens und der Lebensarbeitszeit) verstärken.

Rehabilitative Maßnahmen werden unterteilt in medizinische, berufsfördernde und soziale Rehabilitation zur Teilhabe. Die medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen werden als stationäre, ambulante oder gemischt stationär/ambulante Behandlungen durchgeführt.

Leistungsträger der Rehabilitation können die Rentenversicherungen, die Krankenversicherungen, die Unfallversicherungen, die Sozialämter oder die Versorgungsämter sein. Der jeweils zuständige Versicherungsträger ergibt sich aus dem Versicherungs- bzw. Berufstätigkeitsstatus des Versicherten und dem die Rehabilitationsmaßnahme auslösenden Erkrankungsgeschehen bzw. dessen Ursache.

Im vorliegenden Indikator werden nur die Rehabilitationsleistungen des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) dargestellt, die ca. 55 % aller Rehabilitationsleistungen erfassen. Ca. 70 % der Rehabilitationsleistungen betreffen die medizinische Rehabilitation. Häufige Rehabilitationsmaßnahmen sind z. B. Anschlussheilbehandlungen im Anschluss an eine stationäre Behandlung, Kinderheilbehandlungen und Entwöhnungsbehandlungen.

#### **Datenhalter**

- ▶ Verband Deutscher Rentenversicherungsträger

#### **Datenquelle**

- ▶ Statistik über abgeschlossene Leistungen zur Teilhabe

#### **Periodizität**

Jährlich, 31.12.

#### **Validität**

Es besteht für alle Rehabilitationsleistungen Berichtspflicht, so dass von einer Vollständigkeit der Daten ausgegangen werden kann. Die Qualität der Daten wird durch Qualitätssicherungsprogramme des VDR gewährleistet.

#### **Kommentar**

Rehabilitationsleistungen der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen sich auf Personen im arbeitsfähigen Alter. Deshalb sind die Altersgruppen über 65 Jahre im Indikatorensatz nicht enthalten.

Die Angaben der Rehabilitation liegen auf Länder- und kommunaler Ebene nach Wohnort der Rehabilitanden vor. Als Bezugspopulation werden die aktiv versicherten Personen der gesetzlichen Rentenversicherung genommen.

Der vorliegende Indikator ist ein Ergebnisindikator.

#### **Vergleichbarkeit**

Es gibt keine vergleichbaren WHO-, OECD- und EU-Indikatoren. Der Indikator wird neu in den Indikatorensatz aufgenommen.

**Originalquellen**

- ▶ Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.): Medizinische und sonstige Leistungen zur Rehabilitation. Tabellenarten A und B.

**Dokumentationsstand**

04.02.2003, nlga/lögd/VDR

Indikator (K) 3.34		Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr				
Alter in Jahren	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe					
	weiblich		männlich		insgesamt	
	Anzahl	je 100 000 weibl. aktiv Versicherte	Anzahl	je 100 000 männl. aktiv Versicherte	Anzahl	je 100 000 aktiv Versicherte
< 20						
20 - 24						
25 - 29						
30 - 34						
35 - 39						
40 - 44	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 3.34 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>					
45 - 49						
50 - 54						
55 - 59						
60 - 64						
<b>Insgesamt</b>						
<b>standard. an Europabev. alt</b>						

Datenquelle:  
Verband Deutscher Rentenversicherungsträger:  
Statistik über abgeschlossene Leistungen zur Teilhabe

3.35

### **Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe nach Hauptdiagnosegruppen und Geschlecht, Land, Jahr**

#### **Definition**

Die medizinische Rehabilitation ist ein wichtiger Bestandteil der medizinischen Versorgung. Ihr Ziel ist es, eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen, einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken (Vorsorge) oder eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten und Krankheitsbeschwerden zu lindern oder im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung den dabei erzielten Behandlungserfolg zu sichern. Dabei soll auch eine drohende Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abgewendet, beseitigt, gemindert oder ausgeglichen werden, um eine Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern (s. a. Indikator 3.34).

Im vorliegenden Indikator werden nur die Rehabilitationsleistungen des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) dargestellt, die ca. 55 % aller Rehabilitationsleistungen erfassen. Ca. 70 % der Rehabilitationsleistungen betreffen die medizinische Rehabilitation. Häufige Rehabilitationsmaßnahmen sind z. B. Anschlussheilbehandlungen im Anschluss an eine stationäre Behandlung, Kinderheilbehandlungen und Entwöhnungsbehandlungen. Die geschlechtsspezifische Zuordnung der Rehabilitationsmaßnahmen zu den Hauptdiagnosegruppen von Erkrankungen gemäß der internationalen Klassifikation ICD-10 ermöglicht die differenziertere Erkennung von Erkrankungsmustern, was für präventive Ansätze wesentlich ist.

#### **Datenhalter**

- ▶ Verband Deutscher Rentenversicherungsträger

#### **Datenquelle**

- ▶ Statistik über abgeschlossene Leistungen zur Teilhabe

**Periodizität:** Jährlich, 31.12.

#### **Validität**

Es besteht für alle Rehabilitationsleistungen Berichtspflicht, so dass von einer Vollständigkeit der Daten ausgegangen werden kann. Durch den VDR erfolgen Einzelprüfungen der Kodierungen der Ärzte. Es liegt eine gute Datenqualität vor.

#### **Kommentar**

Rehabilitationsleistungen der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen sich nur auf aktiv Versicherte, d. h. die Altersgruppen bis 64 Jahre. Demzufolge beziehen sich die Morbiditätsangaben nur auf Personen im berufsfähigen Alter. Die Angaben der Rehabilitation liegen auf Länder- und kommunaler Ebene nach Wohnort der Rehabilitanden vor. Als Bezugspopulation werden die aktiv versicherten Personen der gesetzlichen Rentenversicherung genommen. Der vorliegende Indikator ist ein Ergebnisindikator.

#### **Vergleichbarkeit**

Es gibt keine vergleichbaren WHO-, OECD- und EU-Indikatoren. Der Indikator wird neu in den Indikatorensatz aufgenommen.

**Originalquellen**

- ▶ Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.): Medizinische und sonstige Leistungen zur Rehabilitation. Tabellenarten A und B.

**Dokumentationsstand**

04.02.2003, nlga/lögd/VDR

Indikator (L) 3.35		Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe nach Hauptdiagnosegruppen und Geschlecht, Land, Jahr					
ICD-10	Hauptdiagnosegruppen	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe					
		weiblich		männlich		insgesamt	
		Anzahl	je 100 000 weibl. aktiv Versicherte	Anzahl	je 100 000 männl. aktiv Versicherte	Anzahl	je 100 000 aktiv Versicherte
I	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten						
II	Neubildungen						
III	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe						
IV	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten						
V	Psych. u. Verhaltensstörungen						
VI	Krankheiten des Nervensystems						
VII	Krankheiten des Auges						
VIII	Krankheiten des Ohres						
IX	Krankheiten des Kreislaufsystems						
X	Krankheiten des Atmungssystems						
XI	Krankheiten des Verdauungssyst.						
XII	Krankheiten der Haut und der Unterhaut						
XIII	Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und des Bindegewebes						
XIV	Krankheiten d. Urogenitalsystems						
XV	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett						
XVI	Best. Zustände, d. ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben						
XVII	Angeborene Fehlbildung., Deformitäten u. Chromosomenanomalien						
XVIII	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde						
XIX	Verletzungen, Vergiftungen und best. and. Folgen äußerer Ursach.						
	<b>Insgesamt</b>						

[Sprung zu Daten des Indikators 3.35 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes](#)

Datenquelle:  
Verband Deutscher Rentenversicherungsträger:  
Statistik über abgeschlossene Leistungen zur Teilhabe

3.36

### **Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe nach Geschlecht, Land im Regionalvergleich, Jahr**

#### **Definition**

Die medizinische Rehabilitation ist ein wichtiger Bestandteil der medizinischen Versorgung. Ihr Ziel ist es, eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen oder einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken (Vorsorge) oder eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten und Krankheitsbeschwerden zu lindern oder im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung den dabei erzielten Behandlungserfolg zu sichern. Dabei soll auch eine drohende Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abgewendet, beseitigt, gemindert oder ausgeglichen werden, um eine Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. Rehabilitative Maßnahmen werden unterteilt in medizinische, berufsfördernde und soziale Rehabilitation zur Teilhabe. Die medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen werden als stationäre, ambulante oder gemischt stationär/ambulante Behandlungen in Einrichtungen durchgeführt.

Leistungsträger können die Rentenversicherungen, die Krankenversicherungen, die Unfallversicherungen, die Sozialämter oder die Versorgungsämter sein. Der jeweils zuständige Versicherungsträger ergibt sich aus dem Versicherungs- bzw. Berufstätigkeitsstatus des Versicherten und dem die Rehabilitationsmaßnahme auslösenden Erkrankungsgeschehen bzw. dessen Ursache. Im vorliegenden Indikator werden nur die Rehabilitationsleistungen des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) dargestellt, die ca. 55 % aller Rehabilitationsleistungen erfassen. Ca. 70 % der Rehabilitationsleistungen betreffen die medizinische Rehabilitation. Häufige Rehabilitationsmaßnahmen sind z. B. Anschlussheilbehandlungen im Anschluss an eine stationäre Behandlung, Kinderheilbehandlungen und Entwöhnungsbehandlungen.

#### **Datenhalter**

- ▶ Verband Deutscher Rentenversicherungsträger

#### **Datenquelle**

- ▶ Statistik über abgeschlossene Leistungen zur Teilhabe

#### **Periodizität**

Jährlich, 31.12.

#### **Validität**

Es besteht für alle Rehabilitationsleistungen Berichtspflicht, so dass von einer Vollständigkeit der Daten ausgegangen werden kann. Die Qualität der Daten wird durch Qualitätssicherungsprogramme des VDR gewährleistet.

#### **Kommentar**

Rehabilitationsleistungen der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen sich nur auf aktiv Versicherte, d. h. die Altersgruppen bis 64 Jahre. Demzufolge beziehen sich die Morbiditätsangaben nur auf Personen im berufsfähigen Alter. Die Angaben der Rehabilitation liegen auf Länder- und kommunaler Ebene nach Wohnort der Rehabilitanden vor. Als Bezugspopulation werden die aktiv versicherten Personen der gesetzlichen Rentenversicherung genommen.

Der vorliegende Indikator ist ein Ergebnisindikator.

### Vergleichbarkeit

Es gibt keine vergleichbaren WHO-, OECD- und EU-Indikatoren. Der Indikator wird neu in den Indikatorenset aufgenommen.

### Originalquellen

- ▶ Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.): Medizinische und sonstige Leistungen zur Rehabilitation. Tabellenarten A und B.

### Dokumentationsstand

04.02.2003, nlga/lögd/VDR

<b>Indikator (L) 3.36</b>		<b>Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe nach Geschlecht, Land im Regionalvergleich, Jahr</b>					
Lfd. Nr.	Region	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe					
		weiblich		männlich		insgesamt	
		Anzahl	je 100 000 weibl. aktiv Versicherte	Anzahl	je 100 000 männl. aktiv Versicherte	Anzahl	je 100 000 aktiv Versicherte
1							
2							
3							
...							
	<b>Regierungsbezirk</b>						
	<b>Land</b>						

Datenquelle:  
Verband Deutscher Rentenversicherungsträger:  
Statistik über abgeschlossene Leistungen zur Teilhabe

3.37

### **Rentenzugänge und -bestand wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nach Geschlecht, Land, im Zeitvergleich**

#### **Definition**

Eine Rente wegen Berufsunfähigkeit bzw. Erwerbsunfähigkeit erhalten Versicherte auf Antrag, wenn die Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind. Die Anzahl der Frühberentungen wird krankheitsspezifisch in der Statistik der Rentenversicherer ausgewiesen.

Erwerbsunfähig ist eine Person, die wegen Krankheit oder Behinderung nicht in der Lage ist, einer regelmäßigen Erwerbstätigkeit, die mehr als geringfügig ist, nachzugehen.

Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn eine Person infolge von Krankheit bzw. Behinderung in ihrer Arbeitsfähigkeit zu mehr als 50 % im Vergleich zu Personen mit ähnlichen/gleichwertigen Ausbildungen/Kenntnissen/Fähigkeiten eingeschränkt ist. Voraussetzung ist, dass die/der Betroffene einen Beruf erlernt hat oder mehr als sechs Jahre in einem Beruf gearbeitet hat.

#### **Datenhalter**

- ▶ Verband Deutscher Rentenversicherungsträger

#### **Datenquelle**

- ▶ Statistik der gesetzlichen Rentenversicherung

#### **Periodizität**

Jährlich, 31.12.

#### **Validität**

Alle Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit werden statistisch erfasst und bis zum Übergang in die Altersrente in einer Datei geführt. Vollständigkeit und Qualität der Daten werden durch Plausibilitäts- und Qualitätssicherungsprüfungen kontrolliert, so dass von einer guten Datenqualität ausgegangen werden kann.

#### **Kommentar**

Durch das Gesetz zur Reform der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit wurde zum 1. Januar 2001 das bisherige System der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit durch ein einheitliches und abgestuftes System einer Erwerbsminderungsrente abgelöst.

Ebenfalls sind die persönlichen Anspruchsvoraussetzungen der Erwerbsminderungsrenten verschärft worden.

Die Angaben zu Rentenzugängen und zum Rentenbestand liegen auf Länder- und kommunaler Ebene nach Wohnort des Frührentners vor. Als Bezugspopulation werden die aktiv versicherten Personen der gesetzlichen Rentenversicherung genommen.

Der vorliegende Indikator ist ein Ergebnisindikator.

#### **Vergleichbarkeit**

Die Rentenzugänge sind mit dem WHO-Indikator 2710 990401 *New invalidity/disability cases per 100 000* vergleichbar. Es gibt keine Vergleichbarkeit mit OECD- und EU-Indikatoren. Dieser Indikator ist neu im GMK-Indikatorensetz.

#### **Originalquellen**

- ▶ Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR): Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit. Tabellenarten C, D.

- ▶ Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR): Rentenbestand wegen verminderter Erwerbsfähigkeit. Tabellenart E.

**Dokumentationsstand**

10.02.2003, nlga/lögd/VDR

Indikator (K) 3.37		Rentenzugänge und -bestand wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nach Geschlecht, Land, im Zeitvergleich							
		Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit				Rentenbestand wegen verminderter Erwerbsfähigkeit			
Jahr	weiblich		männlich		weiblich		männlich		
	Anzahl	je 100 000 weibl. aktiv Versicherte	Anzahl	je 100 000 männl. aktiv Vers.	Anzahl	je 100 000 weibl. aktiv Versicherte	Anzahl	je 100 000 männl. aktiv Vers.	
1990									
1995									
2000									
2001									
...									
Berichtsjahr									

[Sprung zu Daten des Indikators 3.37 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes](#)

Datenquelle:  
Verband Deutscher Rentenversicherungsträger:  
Statistik der gesetzlichen Rentenversicherung



3.38

## Rentenzugänge und -bestand wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr

### Definition

Die alters- und geschlechtsspezifische Darstellung von Rentenzugängen gibt die Inzidenz und Prävalenz verminderter Erwerbsfähigkeit an, die zur Frühberentung führt. Eine Rente wegen Berufsunfähigkeit bzw. Erwerbsunfähigkeit erhalten Versicherte auf Antrag, wenn die Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind. Die Anzahl der Frühberentungen wird krankheitsspezifisch in der Statistik der Rentenversicherer ausgewiesen.

Erwerbsunfähig ist eine Person, die wegen Krankheit oder Behinderung nicht in der Lage ist, einer regelmäßigen Erwerbstätigkeit, die mehr als geringfügig ist, nachzugehen.

Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn eine Person infolge von Krankheit bzw. Behinderung in ihrer Arbeitsfähigkeit zu mehr als 50 % im Vergleich zu Personen mit ähnlichen/gleichwertigen Ausbildungen/Kenntnissen/Fähigkeiten eingeschränkt ist. Voraussetzung ist, dass die/der Betroffene einen Beruf erlernt hat oder mehr als sechs Jahre in einem Beruf gearbeitet hat.

### Datenhalter

- ▶ Verband Deutscher Rentenversicherungsträger

### Datenquelle

- ▶ Statistik der gesetzlichen Rentenversicherung

### Periodizität

Jährlich, 31.12.

### Validität

In der Statistik der gesetzlichen Rentenversicherung werden die Frührentenzugänge mit ihrem Alter bei Rentenbeginn in Einzeljahren erfasst. Der Indikator fasst jeweils fünf Altersjahre in Gruppen zusammen. In den über 60-Jährigen sind die Renten mit nicht erfasstem Alter mit eingeschlossen.

### Kommentar

Durch das Gesetz zur Reform der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit wurde zum 1. Januar 2001 das bisherige System der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit durch ein einheitliches und abgestuftes System einer Erwerbsminderungsrente abgelöst.

Ebenfalls sind die persönlichen Anspruchsvoraussetzungen der Erwerbsminderungsrenten verschärft worden. Aufgrund der vollständigen Erfassung der Rentenzugänge und des Rentenbestandes ist von einer guten Datenqualität auszugehen. Die Angaben zu Rentenzugängen und zum Rentenbestand liegen auf Länder- und kommunaler Ebene nach Wohnort der Frührentner vor. Als Bezugspopulation werden die aktiv versicherten Personen der gesetzlichen Rentenversicherung genommen.

Der vorliegende Indikator ist ein Ergebnisindikator.

### Vergleichbarkeit

Es gibt keine vergleichbaren WHO-, OECD- und EU-Indikatoren zu Frühberentungen nach Alter und Geschlecht. Bisher waren Frührentenzugänge und -bestände nur auf spezifische Erkrankungen gerichtet, z. B. Indikator 3.29 als Folge eines Rückenleidens. Dieser Indikator ist neu.

**Originalquellen**

- ▶ Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR): Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit. Tabellenarten C und D.
- ▶ Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR): Rentenbestand wegen verminderter Erwerbsfähigkeit. Tabellenart E.

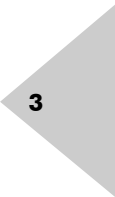
**Dokumentationsstand**

10.02.2003, nlga/lögd/VDR

<b>Indikator (K) 3.38</b>	<b>Rentenzugänge und -bestand wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr</b>
-------------------------------	---

Alter in Jahren	Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit				Rentenbestand wegen verminderter Erwerbsfähigkeit			
	weiblich		männlich		weiblich		männlich	
	Anzahl	je 100 000 weibl. aktiv Versicherte	Anzahl	je 100 000 männl. aktiv Versicherte	Anzahl	je 100 000 weibl. aktiv Versicherte	Anzahl	je 100 000 männl. aktiv Versicherte
< 35	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 3.38 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>							
35 - 39								
40 - 44								
45 - 49								
50 - 54								
55 - 59								
60 u. mehr								
<b>Insgesamt</b>								

Datenquelle:  
Verband Deutscher Rentenversicherungsträger:  
Statistik der gesetzlichen Rentenversicherung



3.39

### **Rentenzugänge und -bestand wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nach Hauptdiagnosegruppen und Geschlecht, Land, Jahr**

#### **Definition**

Eine Rente wegen Berufsunfähigkeit bzw. Erwerbsunfähigkeit erhalten Versicherte auf Antrag, wenn die Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind. Die Anzahl der Frühberentungen wird krankheitsspezifisch in der Statistik der Rentenversicherer ausgewiesen.

Erwerbsunfähig ist eine Person, die wegen Krankheit oder Behinderung nicht in der Lage ist, einer regelmäßigen Erwerbstätigkeit, die mehr als geringfügig ist, nachzugehen.

Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn eine Person infolge von Krankheit bzw. Behinderung in ihrer Arbeitsfähigkeit zu mehr als 50 % im Vergleich zu Personen mit ähnlichen/gleichwertigen Ausbildungen/Kenntnissen/Fähigkeiten eingeschränkt ist. Voraussetzung ist, dass die/der Betroffene einen Beruf erlernt hat oder mehr als sechs Jahre in einem Beruf gearbeitet hat.

Die Einteilung in Hauptdiagnosegruppen erfolgt gemäß der Internationalen Klassifikation ICD-10 und ermöglicht eine Einschätzung, welche Erkrankungsgruppen besonders häufig von Frühberentungen betroffen sind.

#### **Datenhalter**

- ▶ Verband Deutscher Rentenversicherungsträger

#### **Datenquelle**

- ▶ Statistik der gesetzlichen Rentenversicherung

#### **Periodizität**

Jährlich, 31.12.

#### **Validität**

Durch den VDR erfolgen Einzelprüfungen der Kodierungen der Ärzte. Durch zusätzliche Plausibilitätsprüfungen wird sichergestellt, dass nur zulässige Diagnosen verwendet werden. Nicht zulässig sind z. B. die Hauptdiagnosegruppen *XX Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität* und *XXI Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen*. Es liegt eine gute Datenqualität vor.

Seit 1.1.2001 sind die persönlichen Anspruchsvoraussetzungen der Erwerbsminderungsrenten verschärft.

Als Diagnose wird grundsätzlich die sogenannte Hauptdiagnose entsprechend dem Diagnoseschlüssel der Rentenversicherung und der Krankenversicherung nach der ICD-10 angegeben (vor dem Jahr 2000: ICD-9).

#### **Kommentar**

Durch das Gesetz zur Reform der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit wurde zum 1. Januar 2001 das bisherige System der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit durch ein einheitliches und abgestuftes System einer Erwerbsminderungsrente abgelöst. Ebenfalls sind die persönlichen Anspruchsvoraussetzungen der Erwerbsminderungsrenten verschärft worden. Die Angaben zu Rentenzugängen und zum Rentenbestand liegen auf Länder- und kommunaler Ebene nach Wohnort des Frührentners vor. Als Bezugspopulation werden die aktiv versicherten Personen der gesetzlichen Rentenversicherung genommen.

Der vorliegende Indikator ist ein Ergebnisindikator.

### Vergleichbarkeit

Es gibt keine vergleichbaren WHO-, OECD- und EU-Indikatoren. Bislang waren Frührentenzugänge und -bestände nur auf spezifische Erkrankungen gerichtet; z. B. Indikator 3.29 als Folge eines Rückenleidens. Dieser Indikator ist neu.

### Originalquellen

- ▶ Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR): Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit. Tabellenarten C und D.
- ▶ Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR): Rentenbestand wegen verminderter Erwerbsfähigkeit. Tabellenart E.

**Dokumentationsstand:** 10.02.2003, nlga/lögd/VDR

Indikator (L) 3.39		Rentenzugänge und -bestand wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nach Hauptdiagnosegruppen und Geschlecht, Land, Jahr					
ICD-10	Hauptdiagnosegruppen	Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit					
		weiblich		männlich		insgesamt	
		Anzahl	je 100 000 weibl. aktiv Versicherte	Anzahl	je 100 000 männl. aktiv Versicherte	Anzahl	je 100 000 aktiv Versicherte
I	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten						
II	Neubildungen						
III	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe						
IV	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten						
V	Psych. u. Verhaltensstörungen						
VI	Krankheiten des Nervensystems						
VII	Krankheiten des Auges						
VIII	Krankheiten des Ohres						
IX	Krankheiten des Kreislaufsystems						
X	Krankheiten des Atmungssystems						
XI	Krankheiten des Verdauungssyst.						
XII	Krankheiten der Haut und der Unterhaut						
XIII	Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und des Bindegewebes						
XIV	Krankheiten d. Urogenitalsystems						
XV	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett						
XVI	Best. Zustände, d. ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben						
XVII	Angeborene Fehlbildung., Deformitäten u. Chromosomenanomalien						
XVIII	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde						
XIX	Verletzungen, Vergiftungen und best. and. Folgen äußerer Ursach.						
	<b>Insgesamt</b>						

[Sprung zu Daten des Indikators 3.39 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes](#)

Datenquelle:  
Verband Deutscher Rentenversicherungsträger:  
Statistik der gesetzlichen Rentenversicherung

3.40

### Rentenzugänge und -bestand wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nach Geschlecht, Land im Regionalvergleich, Jahr

#### Definition

Eine Rente wegen Berufsunfähigkeit bzw. Erwerbsunfähigkeit erhalten Versicherte auf Antrag, wenn die Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind. Die Anzahl der Frühberentungen wird krankheitsspezifisch in der Statistik der Rentenversicherer ausgewiesen.

Erwerbsunfähig ist eine Person, die wegen Krankheit oder Behinderung nicht in der Lage ist, einer regelmäßigen Erwerbstätigkeit, die mehr als geringfügig ist, nachzugehen.

Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn eine Person infolge von Krankheit bzw. Behinderung in ihrer Arbeitsfähigkeit zu mehr als 50 % im Vergleich zu Personen mit ähnlichen/gleichwertigen Ausbildungen/Kenntnissen/Fähigkeiten eingeschränkt ist. Voraussetzung ist, dass die/der Betroffene einen Beruf erlernt hat oder mehr als sechs Jahre in einem Beruf gearbeitet hat.

#### Datenhalter

- ▶ Verband Deutscher Rentenversicherungsträger

#### Datenquelle

- ▶ Statistik der gesetzlichen Rentenversicherung

#### Periodizität

Jährlich, 31.12.

#### Validität

Alle Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit werden statistisch erfasst und bis zum Übergang in die Altersrente in einer Datei geführt. Vollständigkeit und Qualität der Daten werden durch Plausibilitäts- und Qualitätssicherungsprüfungen kontrolliert, so dass von einer guten Datenqualität ausgegangen werden kann.

Indikator (L) 3.40		Rentenzugänge und -bestand wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nach Geschlecht, Land im Regionalvergleich, Jahr					
Lfd. Nr.	Region	Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit					
		weiblich		männlich		insgesamt	
		Anzahl	je 100 000 weibl. aktiv Versicherte	Anzahl	je 100 000 männl. aktiv Versicherte	Anzahl	je 100 000 aktiv Versicherte
1							
2							
3							
...							
	<b>Regierungsbezirk</b>						
	<b>Land</b>						

Datenquelle:  
Verband Deutscher Rentenversicherungsträger:  
Statistik der gesetzlichen Rentenversicherung

### Kommentar

Durch das Gesetz zur Reform der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit wurde zum 1. Januar 2001 das bisherige System der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit durch ein einheitliches und abgestuftes System einer Erwerbsminderungsrente abgelöst.

Ebenfalls sind die persönlichen Anspruchsvoraussetzungen der Erwerbsminderungsrenten verschärft worden.

Die Angaben zu Rentenzugängen und zum Rentenbestand liegen auf Länder- und kommunaler Ebene nach Wohnort des Frührentners vor. Als Bezugspopulation werden die aktiv versicherten Personen der gesetzlichen Rentenversicherung genommen.

Der vorliegende Indikator ist ein Ergebnisindikator.

### Vergleichbarkeit

Die Rentenzugänge sind mit dem WHO-Indikator 2710 990401 *New invalidity/disability cases per 100 000* vergleichbar. Es gibt keine Vergleichbarkeit mit OECD- und EU-Indikatoren. Dieser Indikator ist vergleichbar mit dem bisherigen Indikator 2.12.

### Originalquellen

- ▶ Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR): Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit. Tabellenarten C, D.
- ▶ Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR): Rentenbestand wegen verminderter Erwerbsfähigkeit. Tabellenart E.

### Dokumentationsstand

10.02.2003, nlga/lögd/VDR

Rentenbestand wegen verminderter Erwerbsfähigkeit						Region	Lfd. Nr.
weiblich		männlich		insgesamt			
Anzahl	je 100 000 weibl. aktiv Versicherte	Anzahl	je 100 000 männl. aktiv Versicherte	Anzahl	je 100 000 aktiv Versicherte		
						Regierungsbezirk	1
						Land	2
							3
							...

3.41

### Schwerbehinderte (Grad der Behinderung von 50 und mehr) nach Geschlecht, Land, im Zeitvergleich

#### Definition

Schwerbehinderung führt zu einer Einschränkung der gesunden Lebenserwartung und der Lebensqualität der Betroffenen. Um das Ausmaß von Schwerbehinderung zu erkennen, wurde der vorliegende Indikator in den Indikatorensetz aufgenommen.

Schwerbehinderte Menschen stehen unter einem besonderen rechtlichen Schutz. Das Schwerbehindertengesetz definiert nicht nur den Personenkreis, sondern regelt auch Nachteilsausgleiche und Leistungen. Dabei stehen insbesondere Leistungen im Erwerbsleben im Vordergrund.

Schwerbehinderte im Sinne des Schwerbehindertengesetzes vom 26. August 1986 (BGBl. I, S. 1421) sind Personen mit einem Grad der Behinderung von mindestens 50. Als Behinderung gilt die Auswirkung einer über sechs Monate andauernden Funktionsbeeinträchtigung, die auf einem regelwidrigen körperlichen, geistigen oder seelischen Zustand beruht. Darunter ist der Zustand zu verstehen, der von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht. Im erwerbsfähigen Alter bezieht sich der Grad der Behinderung auf eine Minderung der Erwerbsfähigkeit.

#### Datenhalter

- ▶ Statistische Landesämter

#### Datenquelle

- ▶ Statistik der Schwerbehinderten

#### Periodizität

Zweijährlich, 31.12.

#### Validität

In der Schwerbehindertenstatistik werden amtlich anerkannte Schwerbehinderte registriert. Dies sind Personen, deren Behinderungsgrad mindestens 50 beträgt und die diesen auf Antrag bei den Landesversorgungsämtern haben feststellen lassen, also einen gültigen Ausweis besitzen.

Bei Daten, die auf anerkannter Schwerbehinderung beruhen, ist zu beachten, dass es im Ermessen des Betroffenen liegt, einen Schwerbehindertenausweis zu beantragen. Verschiedene Gründe können dazu führen, dass eine Schwerbehinderung zwar faktisch vorliegt, aber weder dokumentiert ist noch in die statistische Erhebung eingeht.

So profitieren Menschen mit Behinderungen, die nicht am Erwerbsleben teilnehmen, weniger von den gesetzlich geregelten Nachteilsausgleichen und haben damit ein geringeres Interesse, einen Schwerbehindertenausweis zu beantragen. Andere Gründe könnten Informationsdefizite oder Unsicherheiten der Antragstellung sein. Deshalb ist von einer Untererfassung auszugehen.

#### Kommentar

Da die Anzahl Schwerbehinderter proportional zum Alter ansteigt, ist zu erwarten, dass Regionen mit einem hohen Anteil älterer Bürger mehr Schwerbehinderte haben. Die Angaben entsprechen einer Bestandsstatistik, die alle zwei Jahre erhoben wird. Um den Altersstruktureffekt auszugleichen, wird eine Altersstandardisierung an der Europabevölkerung (alt) vorge-

nommen. Die Angaben sind auf die Wohnbevölkerung bezogen, die Berechnung auf je 100 000 Einwohner erfolgt auf die Stichtagsbevölkerung.  
Der vorliegende Indikator ist ein Ergebnisindikator.

### Vergleichbarkeit

Es gibt keine vergleichbaren WHO-, OECD- und EU-Indikatoren. In den vorangegangenen Indikatorenansätzen aus den Jahren 1991 und 1996 gab es keine Zeitreihen mit einer Übersicht über die Entwicklung der Schwerbehinderten über die Zeit. Somit wurde dieser Indikator neu in den Indikatorenansatz aufgenommen.

### Originalquellen

- Publikationen der Statistischen Landesämter zur Schwerbehindertenstatistik.

### Dokumentationsstand

10.02.2003 nlga/lögd/LDS NRW

Jahr	Schwerbehinderte (Grad der Behinderung von 50 und mehr) nach Geschlecht, Land, im Zeitvergleich								
	weiblich			männlich			insgesamt		
	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	je 100 000 alt.stand.*	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	je 100 000 alt.stand.*	Anzahl	je 100 000 Einwohner	je 100 000 alt.stand.*
1991									
1993									
1995									
1997	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 3.41 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>								
1999									
2001									
...									
Berichtsj.									

Datenquelle:  
Statistische Landesämter:  
Statistik der Schwerbehinderten

\* standardisiert an der  
Europabevölkerung alt



3.42

### Schwerbehinderte (Grad der Behinderung von 50 und mehr) nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr

#### Definition

Schwerbehinderte Menschen stehen unter einem besonderen rechtlichen Schutz. Um das Ausmaß von Schwerbehinderung zu erkennen, wird im vorliegenden Indikator eine Übersicht über die Geschlechts- und Altersverteilung von Schwerbehinderten gegeben.

Schwerbehinderte sind Personen mit einem Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 50. Unter Behinderung im Sinne des Schwerbehindertengesetzes ist die Auswirkung einer nicht nur vorübergehenden Funktionsbeeinträchtigung zu verstehen, die auf einem nicht der Regel entsprechenden körperlichen, geistigen oder seelischen Zustand beruht. Unter Schwerbehinderung ist der Zustand zu verstehen, der von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht. Im erwerbsfähigen Alter bezieht sich der Grad der Behinderung auf eine Minderung der Erwerbsfähigkeit.

#### Datenhalter

- ▶ Statistische Landesämter

#### Datenquelle

- ▶ Statistik der Schwerbehinderten

#### Periodizität

Zweijährlich, 31.12.

#### Validität

In der Schwerbehindertenstatistik werden amtlich anerkannte Schwerbehinderte registriert. Dies sind Personen, deren Behinderungsgrad mindestens 50 beträgt und die diesen auf Antrag bei den Landesversorgungsämtern haben feststellen lassen, also einen gültigen Ausweis besitzen.

Bei Daten, die auf anerkannter Schwerbehinderung beruhen, ist zu beachten, dass es im Ermessen des Betroffenen liegt, einen Schwerbehindertenausweis zu beantragen. Verschiedene Gründe können dazu führen, dass eine Schwerbehinderung zwar faktisch vorliegt, aber weder dokumentiert ist noch in die statistische Erhebung eingeht (s. a. Kommentar zum Indikator 3.43). Vor allem im höheren Lebensalter ist aufgrund von Unwissenheit oder Unsicherheiten von einer Untererfassung von Schwerbehinderten auszugehen.

#### Kommentar

Die Angaben nach Altersgruppen geben z. B. Auskunft darüber, wie viele Kinder und Jugendliche als zukünftige Erwerbstätige von Schwerbehinderung betroffen sind und damit im Rahmen ihrer Bildung und Ausbildung besonderer Fürsorge bedürfen. Der Indikator erlaubt jedoch keine Rückschlüsse auf die Ursache (Krankheit, angeborene Behinderung oder Unfall) der Behinderung (s. dazu Indikator 3.43).

Da die Anzahl Schwerbehinderter proportional mit dem Alter ansteigt, ist zu erwarten, dass kreisfreie Städte, Kreise und Stadtbezirke mit einem hohen Anteil älterer Bürger mehr Schwerbehinderte haben. Die Angaben entsprechen einer Bestandsstatistik, die alle zwei Jahre erhoben wird. Die altersspezifischen Raten sind wegen des Bezugs auf je 100 000 der Altersgruppe nach Geschlecht vergleichbar, zusätzlich wird für die Ingesamtzahlen eine Altersstandardisierung auf die Europabevölkerung (alt) vorgenommen. Somit sind die Ingesamtzahlen mit den im Indikator 3.41 ausgewiesenen Zahlen für das entsprechende Berichtsjahr vergleichbar.

### Vergleichbarkeit

Es gibt keine vergleichbaren WHO-, OECD- oder EU-Indikatoren. Im ursprünglichen Indikatorenansatz aus dem Jahre 1991 waren im Indikator 3.40 alle Schwerbehinderten nach sechs Altersgruppen enthalten, in der Fassung des Indikatorenansatzes aus dem Jahre 1996 wurden die Angaben im Indikator 3.40 auf Schwerbehinderte mit einem Behindertengrad von 90 und mehr eingeschränkt. Somit entspricht der vorliegende Indikator dem ursprünglichen Indikator, jedoch mit einer 5-Jahres-Altersgruppierung.

### Originalquellen

- Publikationen der Statistischen Landesämter zur Statistik der Schwerbehinderten.

### Dokumentationsstand

10.02.2003, nlga/lögd/LDS NRW

Alter in Jahren	Schwerbehinderte					
	weiblich		männlich		insgesamt	
	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	Anzahl	je 100 000 Einwohner
0						
1 - 4						
5 - 9						
10 - 14						
15 - 19						
20 - 24						
25 - 29						
30 - 34						
35 - 39						
40 - 44						
45 - 49						
50 - 54						
55 - 59						
60 - 64						
65 - 69						
70 - 74						
75 - 79						
80 - 84						
85 - 89						
90 - 94						
95 und mehr						
<b>Insgesamt</b>						
<b>standard. an Europabev. alt</b>						

[Sprung zu Daten des Indikators 3.42 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes](#)

Datenquelle:  
 Statistisches Landesämter:  
 Statistik der Schwerbehinderten

3.43

### **Schwerbehinderte (Grad der Behinderung von 50 und mehr) nach Art der schwersten Behinderung und Geschlecht, Land, Jahr**

#### **Definition**

Schwerbehinderte Menschen stehen unter einem besonderen rechtlichen Schutz. Das Schwerbehindertengesetz definiert nicht nur den Personenkreis der Behinderten, sondern regelt auch Nachteilsausgleiche für diese Personengruppe. Insbesondere Nachteilsausgleiche und Leistungen im Erwerbsleben stehen im Vordergrund (s. auch Indikator 3.41).

Schwerbehinderte sind Personen mit einem Grad der Behinderung von mindestens 50. Der Grad der Behinderung (GdB) beruht auf einer Minderung der Erwerbsfähigkeit. Unter Behinderung im Sinn des Schwerbehindertengesetzes ist die Auswirkung einer nicht nur vorübergehenden Funktionsbeeinträchtigung zu verstehen, die auf einem nicht der Regel entsprechenden körperlichen, geistigen oder seelischen Zustand beruht. Darunter ist der Zustand zu verstehen, der von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht. Im vorliegenden Indikator werden die häufigsten Funktionseinschränkungen und Beeinträchtigungen genannt, die zu einer Schwerbehinderung führen. Die Zahl der Schwerbehinderten (Bestandszahlen) wird zum 31.12. im Abstand von zwei Jahren erhoben.

#### **Datenhalter**

- ▶ Statistische Landesämter

#### **Datenquelle**

- ▶ Statistik der Schwerbehinderten

#### **Periodizität**

Zweijährlich, 31.12.

#### **Validität**

In der Schwerbehindertenstatistik werden amtlich anerkannte Schwerbehinderte registriert. Dies sind Personen, deren Behinderungsgrad mindestens 50 beträgt und die diesen amtlich haben feststellen lassen, also einen gültigen Ausweis besitzen.

Die Antragstellung eines Schwerbehindertenausweises liegt im Ermessen des Betroffenen. Verschiedene Gründe, z. B. Unwissenheit oder Unsicherheiten bei der Antragstellung für Personen im höheren Lebensalter können dazu führen, dass eine Schwerbehinderung zwar faktisch vorliegt, aber nicht beantragt und somit nicht anerkannt wurde. Bei Bürgern im höheren Lebensalter ist von einer Untererfassung auszugehen.

#### **Kommentar**

In der Statistik der Schwerbehinderungen wird eine umfangreiche Palette von Behinderungsarten aufgeführt, die sich für die Arbeitsweise der Landesversorgungsämter bewährt hat. Unter Schwerbehinderten finden sich Unfallopfer und Dialysepatienten genauso wie geistig Behinderte und psychisch Kranke. Die Behinderungsarten sind gegenwärtig weder nach der geltenden Klassifikation der Krankheiten (ICD-10), noch nach der Klassifikation der Schädigungen, Behinderungen und Beeinträchtigungen (ICIDH) klassifiziert, so dass eine Vergleichbarkeit von Diagnosegruppen, die zur Anerkennung als Schwerbehinderter führen, mit anderen Morbiditätsdaten kaum möglich ist. Als häufigste Behinderungsart wird die Beeinträchtigung der Funktion von inneren Organen oder Organsystemen genannt.

Der vorliegende Indikator ist ein Ergebnisindikator.

### Vergleichbarkeit

Es gibt keine vergleichbaren WHO-, OECD- und EU-Indikatoren. Im bisherigen Indikatorensetz gab es keine Indikatoren nach der Art der schwersten Behinderung. Der Indikator ist neu.

### Originalquellen

► Publikationen der Statistischen Landesämter zur Schwerbehindertenstatistik.

### Dokumentationsstand

12.02.2003, nlg/lögd/LDS NRW

Art der Behinderung	Schwerbehinderte (Grad der Behinderung von 50 und mehr) nach Art der schwersten Behinderung und Geschlecht, Land, Jahr					
	weiblich		männlich		insgesamt	
	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	Anzahl	je 100 000 Einwohner
Verlust od. Teilverlust von Gliedmaßen						
Funktionseinschränkung von Gliedmaßen und des Rumpfes						
Blindheit und Sehbehinderung						
Sprachstörung, Taubheit, Schwerhörigkeit, Gleichgewichtsstörungen						
Verlust einer Brust oder beider Brüste, Entstellungen u. a.						
Beeinträchtigung der Funktion von inneren Organen						
Querschnittslähmung, zerebr. Störungen, geistig-seel. Behinderungen, Suchtkrankheiten darunter:						
Hirnorganisches Psychosyndrom ohne und mit neurologischen Ausfallerscheinungen						
Störungen der geistigen Entwicklung und körperlich nicht begründbare Psychosen						
sonstige und ungenügend bezeichnete Behinderungen						
<b>Insgesamt</b>						

[Sprung zu Daten des Indikators 3.43 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes](#)

Datenquelle:  
 Statistische Landesämter:  
 Statistik der Schwerbehinderten

3.44

### Schwerbehinderte nach dem Grad der Behinderung und Geschlecht, Land, Jahr

#### Definition

Der Grad der Behinderung beeinflusst die Lebensqualität und wird deshalb im vorliegenden Indikator in sechs Behinderungsstufen dargestellt.

Schwerbehinderte sind Personen mit einem Grad der Behinderung von mindestens 50. Der Grad der Behinderung (GdB) beruht auf einer Minderung der Erwerbsfähigkeit und wird auf der Grundlage von Beurteilungskriterien festgelegt. Unter Behinderung im Sinn des Schwerbehindertengesetzes ist die Auswirkung einer nicht nur vorübergehenden Funktionsbeeinträchtigung zu verstehen, die auf einem nicht der Regel entsprechenden körperlichen, geistigen oder seelischen Zustand beruht. Darunter ist der Zustand zu verstehen, der von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht. Im vorliegenden Indikator wird der Behinderungsgrad von 50 bis 100 nach Geschlecht und je 100 000 Einwohner bzw. Frauen und Männer ausgewiesen. Der Behinderungsgrad 100 stellt die höchstmögliche Beeinträchtigung der Fähigkeiten und der Gesundheit dar und führt zu erheblichen Einschränkungen der Lebensqualität. Die Zahl der Schwerbehinderten (Bestandszahlen) wird zum 31.12. im Abstand von zwei Jahren erhoben.

#### Datenhalter

- ▶ Statistische Landesämter

#### Datenquelle

- ▶ Statistik der Schwerbehinderten

#### Periodizität

Zweijährlich, 31.12.

#### Validität

In der Schwerbehindertenstatistik werden amtlich anerkannte Schwerbehinderte registriert. Dies sind Personen, deren Behinderungsgrad mindestens 50 beträgt und die diesen amtlich haben feststellen lassen, also einen gültigen Ausweis besitzen.

Die Antragstellung eines Schwerbehindertenausweises liegt im Ermessen des Betroffenen. Verschiedene Gründe, z. B. Unwissenheit oder Unsicherheiten bei der Antragstellung für Personen im höheren Lebensalter können dazu führen, dass eine Schwerbehinderung zwar faktisch vorliegt, aber nicht beantragt und somit nicht anerkannt wurde. Bei Bürgern im höheren Lebensalter ist von einer Untererfassung auszugehen.

Die Qualität der Schwerbehindertenstatistik ist durch Bereinigung von Verstorbenen, Verzogenen bzw. nicht verlängerte Ausweise verbessert worden.

#### Kommentar

Das für den Wohnort zuständige Versorgungsamt prüft und entscheidet Anträge auf Anerkennung einer Schwerbehinderung. Die Einstufung wird nach verbindlichen Tabellen des zuständigen Ministeriums vorgenommen. Der Grad der Behinderung wird nach Zehnergraden (von 20 bis 100) abgestuft angegeben. So kann eine Krankheit je nach Art, Schwere, Häufigkeit und tageszeitlicher Verteilung unterschiedliche Einstufungen möglich machen. Behinderungsgrade unter 50 gelten nicht als Schwerbehinderung und sind im vorliegenden Indikator nicht enthalten. Höherstufungen bei Verschlechterung des Gesundheitszustandes und Herunterstufungen

gen bei Besserung des Gesundheitszustandes sind im Rahmen von Anträgen oder Überprüfungen durch die Versorgungsämter möglich.  
Der vorliegende Indikator ist ein Ergebnisindikator.

### Vergleichbarkeit

Es gibt keine vergleichbaren WHO-, OECD- und EU-Indikatoren. Im bisherigen Indikatorenset gab es keine Indikatoren nach der Art der schwersten Behinderung. Der Indikator wird neu in den Indikatorenset aufgenommen.

### Originalquellen

- Publikationen der Statistischen Landesämter zur Statistik der Schwerbehinderten.

### Dokumentationsstand

11.02.2003, nlga/lögd/LDS NRW

Grad der Behinderung	Schwerbehinderte nach dem Grad der Behinderung und Geschlecht, Land, Jahr					
	weiblich		männlich		insgesamt	
	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	Anzahl	je 100 000 Einwohner
50						
60						
70						
80	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 3.44 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>					
90						
100						
<b>Insgesamt</b>						

Datenquelle:  
Statistische Landesämter:  
Statistik der Schwerbehinderten

3.45

### Schwerbehinderte (Grad der Behinderung von 50 und mehr) nach Geschlecht, Land im Regionalvergleich, Jahr

#### Definition

Schwerbehinderung führt zu einer Einschränkung der gesunden Lebenserwartung und der Lebensqualität der Betroffenen. Um das Ausmaß von Schwerbehinderung auf regionaler Ebene zu erkennen, wurde der vorliegende Indikator in den Indikatorensetz aufgenommen. Schwerbehinderte im Sinne des Schwerbehindertengesetzes vom 26. August 1986 (BGBl. I, S. 1421) sind Personen mit einem Grad der Behinderung von mindestens 50. Als Behinderung gilt die Auswirkung einer über sechs Monate andauernden Funktionsbeeinträchtigung, die auf einem regelwidrigen körperlichen, geistigen oder seelischen Zustand beruht. Unter Behinderung im Sinn des Schwerbehindertengesetzes ist die Auswirkung einer nicht nur vorübergehenden Funktionsbeeinträchtigung zu verstehen, die auf einem nicht der Regel entsprechenden körperlichen, geistigen oder seelischen Zustand beruht. Darunter ist der Zustand zu verstehen, der von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht. Im vorliegenden Indikator wird die Zahl der zum 31.12. in den für die kreisfreien Städte, Kreise und Stadtbezirke zuständigen Versorgungsämtern registrierten Schwerbehinderten (Bestandszahlen) im Abstand von zwei Jahren erhoben. Zur Vergleichbarkeit der Angaben wird eine indirekte Altersstandardisierung vorgenommen (SMR). Als Standard gilt die Schwerbehindertenrate des Landes.

**Datenhalter:** ► Statistische Landesämter

**Datenquelle:** ► Statistik der Schwerbehinderten

**Periodizität:** Zweijährlich, 31.12.

#### Validität

Die zuständigen Versorgungsämter führen Übersichten über die Schwerbehinderten nach deren Wohnort. Schwerbehinderte sind Personen, deren Behinderungsgrad mindestens 50 beträgt und

Indikator (L) 3.45		Schwerbehinderte (Grad der Behinderung von 50 und mehr) nach Geschlecht, Land im Regionalvergleich, Jahr				
		weiblich			männlich	
Lfd. Nr.	Region	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	SMR*	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.
1	Regierungsbezirk Land					
2						
3						
...						

Datenquelle:  
Statistische Landesämter;  
Statistik der Schwerbehinderten

\* Standardized Morbidity Ratio: standardisiert an der Schwerbehindertenrate des Landes

die diesen amtlich haben feststellen lassen, also einen gültigen Ausweis besitzen. Verschiedene Gründe, z. B. Unwissenheit, können dazu führen, dass eine Schwerbehinderung zwar faktisch vorliegt, aber nicht beantragt und somit nicht anerkannt wurde. Bei Bürgern im höheren Lebensalter ist von einer Untererfassung auszugehen.

**Kommentar**

Versorgungsämter sind in der Regel für mehrere kreisfreie Städte, Kreise oder Stadtbezirke zuständig. Da die Schwerbehindertenrate proportional zum Alter ansteigt, ist zu erwarten, dass Regionen mit einem entsprechenden Altersaufbau mehr Schwerbehinderte ausweisen. Durch die indirekte Altersstandardisierung soll der Altersstruktureffekt ausgeglichen werden. Durch einen Vergleich mit den Schwerbehindertenraten im Landesdurchschnitt ist ersichtlich, in welchem Ausmaß die Schwerbehindertenraten in den Regionen von diesem Durchschnittswert abweichen. Regionale Unterschiede sind insbesondere im Hinblick auf bereitzustellende Versorgungsstrukturen z. B. behindertengerechte und behinderungsspezifische Einrichtungen relevant. Der vorliegende Indikator ist ein Ergebnisindikator.

**Vergleichbarkeit**

Es gibt keine vergleichbaren WHO-, OECD- und EU-Indikatoren auf regionaler Ebene. Schwerbehinderte im Regionalvergleich wurden im bisherigen Indikator 3.41 nur auf schwerstbehinderte Kinder (Behinderung von 90 - 100) unter 15 Jahren bezogen, im neuen Indikator beziehen sich die Angaben auf alle Schwerbehinderten.

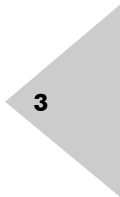
**Originalquellen**

- Publikationen der Statistischen Landesämter zur Statistik der Schwerbehinderten.

**Dokumentationsstand**

12.02.2003, nlg/lögd/LDS NRW

behinderte			Region	Lfd. Nr.
lich	insgesamt			
je 100 000 altersstandardisiert*	Anzahl	je 100 000 Einwohner	SMR*	
				1
				2
				3
				...
				<b>Regierungsbezirk</b>
				<b>Land</b>





3.46

## Pflegebedürftige nach Geschlecht, Land, im Zeitvergleich

### Definition

Der Indikator gibt Auskunft über die Zahl von Pflegebedürftigen nach Geschlecht und je 100 000 der Bevölkerung insgesamt bzw. der weiblichen und männlichen Bevölkerung. Um die Angaben über mehrere Jahre vergleichen zu können, wird zusätzlich eine Altersstandardisierung an der Europabevölkerung (alt) vorgenommen.

Als pflegebedürftig gelten alle Personen, die aufgrund der Entscheidung der Pflegekasse bzw. privater Versicherungsunternehmen eine Pflegestufe (einschließlich Härtefälle) haben. Pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes sind Menschen, die aufgrund einer körperlichen, geistigen oder seelischen Erkrankung mindestens sechs Monate lang nicht in der Lage sind, die regelmäßig wiederkehrenden Tätigkeiten des täglichen Lebens auszuführen. Solche Tätigkeiten beinhalten die Bereiche der Mobilität, der Ernährung, der Körperpflege oder der hauswirtschaftlichen Versorgung. Der Grad der Pflegebedürftigkeit wird in 3 Stufen unterschieden (s. Indikator 3.48).

Bei den Angaben im Indikator handelt es sich um Bestandsdaten, der Bezug auf die Bevölkerung erfolgt mit Stichtagsdaten zum 31.12. des Jahres.

### Datenhalter

- ▶ Statistische Landesämter

### Datenquelle

- ▶ Pflegestatistik

### Periodizität

Zweijährlich, 15.12., erstmalig 1999

### Validität

Bei der Pflegestatistik handelt es sich um eine Totalerhebung mit Auskunftspflicht. Die Bestätigung einer Pflegestufe erfolgt durch eine soziale gesetzliche Pflegeversicherung oder eine private Pflegeversicherung auf der Grundlage eines Gutachtens, das durch Ärzte oder Pflegefachpersonal des Medizinischen Dienstes der (gesetzlichen und privaten) Krankenversicherungen (MDK) in der Wohnung bzw. in der Pflegeeinrichtung auf Antrag des möglicherweise Pflegebedürftigen erstellt wird. Im Indikator sind alle Personen mit einer anerkannten Pflegestufe nach dem zuständigen Wohnort des Pflegebedürftigen enthalten. Die Daten gelten als valide.

### Kommentar

Aufgrund der demographischen Entwicklung ist die Pflegestatistik eine wichtige Entscheidungsgrundlage für die Planung pflegerischer Versorgungsstrukturen.

Die Pflegestatistik wurde im Jahre 1999 erstmalig in Deutschland erstellt, die Daten liegen bis zur Kreisebene vor. Um Doppelzählungen zu vermeiden, werden Personen, die sowohl ambulant bzw. stationär betreut werden als auch Pflegegeld erhalten (sog. Kombinationsleistungen), bei der Zahl der Pflegegeldempfänger nicht erfasst. Sie sind grundsätzlich bei den Zahlen der durch ambulante bzw. stationäre/teilstationäre Pflegeeinrichtungen Betreuten enthalten. Der vorliegende Indikator ist ein Ergebnisindikator.

### Vergleichbarkeit

Es gibt keine vergleichbaren WHO-, OECD- und EU-Indikatoren.  
Dieser Indikator ist neu im Indikatorensatz.

### Originalquellen

- ▶ Publikationen der Statistischen Landesämter im zweijährlichen Rhythmus, z. B. in Statistischen Jahrbüchern oder Statistische Berichte über die Pflegestatistik.
- ▶ Statistisches Bundesamt: [http://www.destatis.de/allg/d/veroe/d\\_pflege99.htm](http://www.destatis.de/allg/d/veroe/d_pflege99.htm).

### Dokumentationsstand

12.02.2003, nlga/lögd/LDS NRW

Indikator (K) 3.46		Pflegebedürftige nach Geschlecht, Land, im Zeitvergleich								
		Pflegebedürftige								
Jahr	weiblich			männlich			insgesamt			
	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	je 100 000 alt.stand.*	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	je 100 000 alt.stand.*	Anzahl	je 100 000 Einwohner	je 100 000 alt.stand.*	
1999	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 3.46 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>									
2001										
...										
Berichtsj.										

Datenquelle:  
Statistische Landesämter:  
Pflegestatistik

\* standardisiert an der  
Europabevölkerung alt

3.47

**Pflegebedürftige nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr****Definition**

Der Indikator gibt Auskunft über die Zahl von Pflegebedürftigen nach 5-Jahres-Altersgruppen, nach Geschlecht und je 100 000 der Bevölkerung insgesamt bzw. der weiblichen und der männlichen Bevölkerung. Für die Ingesamtzahl der Pflegebedürftigen wird eine Altersstandardisierung nach der Europabevölkerung (alt) vorgenommen, um die geschlechtsspezifischen Raten vergleichbar zu machen. Die Summenzeile für ein Berichtsjahr muss mit den Angaben im Indikator 3.46 identisch sein.

Pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes sind Menschen, die aufgrund einer körperlichen, geistigen oder seelischen Erkrankung mindestens sechs Monate lang nicht in der Lage sind, die regelmäßig wiederkehrenden Tätigkeiten des täglichen Lebens auszuführen. Solche regelmäßig wiederkehrenden Tätigkeiten können im Bereich der Mobilität, der Ernährung, der Körperpflege oder der hauswirtschaftlichen Versorgung liegen. Um dem unterschiedlichen Grad der Pflegebedürftigkeit gerecht zu werden, wird sie in drei Pflegestufen unterteilt (s. auch Indikator 3.48).

Bei den Angaben im Indikator handelt es sich um Bestandsdaten, der Bezug auf die Bevölkerung erfolgt mit Stichtagsdaten zum 31.12. des Jahres.

**Datenhalter**

- ▶ Statistische Landesämter

**Datenquelle**

- ▶ Pflegestatistik

**Periodizität**

Zweijährlich, 15.12, erstmalig 1999

**Validität**

Bei der Pflegestatistik handelt es sich um eine Totalerhebung mit Auskunftspflicht. Die Bestätigung einer Pflegestufe erfolgt durch eine soziale gesetzliche Pflegeversicherung oder eine private Pflegeversicherung auf der Grundlage eines Gutachtens, das durch Ärzte oder Pflegefachpersonal des Medizinischen Dienstes der (gesetzlichen und privaten) Krankenversicherungen (MDK) in der Wohnung bzw. in der Pflegeeinrichtung auf Antrag des möglicherweise Pflegebedürftigen erstellt wird. Im Indikator sind alle Personen mit einer anerkannten Pflegestufe nach dem zuständigen Wohnort des Pflegebedürftigen enthalten.

Die Daten gelten als valide.

**Kommentar**

Die Erfassung von Pflegebedürftigen nach Altersgruppen ist hinsichtlich der bereitzustellenden Versorgungsstrukturen und Pflegemöglichkeiten innerhalb einer Familie relevant. Dies gilt besonders für die Gruppe der Kinder und Jugendlichen sowie die der Hochbetagten.

Die Pflegestatistik wurde im Jahre 1999 erstmalig in Deutschland erstellt, die Daten liegen bis zur Kreisebene vor. Die Länder können bei Bedarf Angaben zu ambulanten Geldleistungen und ambulanten Pflegediensten als zusätzliche Tabelle unterlegen. Um Doppelzählungen zu vermeiden, werden Personen, die sowohl ambulant bzw. stationär betreut werden als auch Pflegegeld erhalten (sog. Kombinationsleistungen), bei der Zahl der Pflegegeldempfänger nicht

erfasst. Sie sind grundsätzlich bei den Zahlen der durch ambulante bzw. stationäre/teilstationäre Pflegeeinrichtungen Betreuten enthalten.

Der vorliegende Indikator ist ein Ergebnisindikator.

### **Vergleichbarkeit**

Es gibt keine vergleichbaren WHO-, OECD- und EU-Indikatoren.

Dieser Indikator ist neu im Indikatorensatz.

### **Originalquellen**

- ▶ Publikationen der Statistischen Landesämter im zweijährlichen Rhythmus, z. B. in Statistischen Jahrbüchern oder Statistische Berichte über die Pflegestatistik.
- ▶ Statistisches Bundesamt: [http://www.destatis.de/allg/d/veroe/d\\_pflege99.htm](http://www.destatis.de/allg/d/veroe/d_pflege99.htm).

### **Dokumentationsstand**

12.02.2003, nlg/lögd/LDS NRW

Alter in Jahren	Pflegerbedürftige nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr					
	Pflegerbedürftige					
	weiblich		männlich		insgesamt	
	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	Anzahl	je 100 000 Einwohner
0 - 4						
5 - 9						
10 - 14						
15 - 19						
20 - 24						
25 - 29						
30 - 34						
35 - 39						
40 - 44						
45 - 49						
50 - 54						
55 - 59						
60 - 64						
65 - 69						
70 - 74						
75 - 79						
80 - 84						
85 - 89						
90 - 94						
95 und mehr						
<b>Insgesamt</b>						
<b>standard. an Europabev. alt</b>						

[Sprung zu Daten des Indikators 3.47 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes](#)

Datenquelle:  
 Statistisches Landesämter:  
 Pflegestatistik

darunter: in stationären/teilstationären Pflegeeinrichtungen						Alter in Jahren
weiblich		männlich		insgesamt		
Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	Anzahl	je 100 000 Einwohner	
						0 - 4
						5 - 9
						10 - 14
						15 - 19
						20 - 24
						25 - 29
						30 - 34
						35 - 39
						40 - 44
						45 - 49
						50 - 54
						55 - 59
						60 - 64
						65 - 69
						70 - 74
						75 - 79
						80 - 84
						85 - 89
						90 - 94
						95 und mehr
						<b>Insgesamt</b>
						<b>standard. an Europabev. alt</b>

3.48

## Pflegebedürftige nach Pflegestufen und Art der Pflege, Land, Jahr

### Definition

Der Indikator gibt Auskunft über die Zahl von Pflegebedürftigen nach Geschlecht, Pflegestufen und der Art der durchgeführten Pflege. Die Häufigkeit je 100 000 der Bevölkerung insgesamt bzw. der weiblichen oder der männlichen Bevölkerung weist auf gesundheitliche Einschränkungen eines erheblichen Teils der Bevölkerung hin, die ohne fremde Hilfe nicht mehr in der Lage sind, notwendige Aktivitäten des täglichen Lebens selbst auszuführen.

Pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes sind Menschen, die aufgrund einer körperlichen, geistigen oder seelischen Erkrankung mindestens sechs Monate lang nicht in der Lage sind, die regelmäßig wiederkehrenden Tätigkeiten des täglichen Lebens auszuführen. Solche regelmäßig wiederkehrenden Tätigkeiten können im Bereich der Mobilität, der Ernährung, der Körperpflege oder der hauswirtschaftlichen Versorgung liegen.

Ob Pflegebedürftigkeit vorliegt, entscheidet die Pflegekasse aufgrund eines Gutachtens, das Ärzte oder Pflegefachkräfte des Medizinischen Dienstes der Gesetzlichen oder Privaten Krankenversicherung (MDK) auf Antrag der pflegebedürftigen Person erstellen. Pflegebedürftige werden von Angehörigen (Pflegegeldempfänger), durch ambulante Pflegeeinrichtungen (in der eigenen Wohnung) oder in stationären/teilstationären Pflegeeinrichtungen betreut (s. Indikatoren 7.33 - 7.36).

Der Grad der Pflegebedürftigkeit wird in drei Stufen unterschieden:

1. *Pflegebedürftige der Pflegestufe I* (erheblich Pflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
2. *Pflegebedürftige der Pflegestufe II* (Schwerpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
3. *Pflegebedürftige der Pflegestufe III* (Schwerstpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen (SGB XI - Soziale Pflegeversicherung - § 15 Stufen der Pflegebedürftigkeit). Bei den Angaben im Indikator handelt es sich um Bestandsdaten, der Bezug auf die Wohnbevölkerung erfolgt mit Stichtagsdaten zum 31.12. des Jahres.

### Datenhalter

- ▶ Statistische Landesämter

### Datenquelle

- ▶ Pflegestatistik

### Periodizität

Zweijährlich, 15.12., erstmalig 1999

### Validität

Bei der Pflegestatistik handelt es sich um eine Totalerhebung mit Auskunftspflicht. Die Bestätigung einer Pflegestufe erfolgt durch eine soziale gesetzliche Pflegeversicherung oder eine pri-

vate Pflegeversicherung auf der Grundlage eines Gutachtens, das durch Ärzte oder Pflegefachkräfte des Medizinischen Dienstes der (gesetzlichen und privaten) Krankenversicherungen (MDK) in der Wohnung bzw. in der Pflegeeinrichtung auf Antrag des Pflegebedürftigen erstellt wird. Im Indikator sind alle Personen mit einer anerkannten Pflegestufe nach dem zuständigen Wohnort des Pflegebedürftigen enthalten.

Die Daten gelten als valide.

### **Kommentar**

In der Kategorie „*durch ambulante Pflegeeinrichtungen betreut*“ sind Pflegebedürftige enthalten, die ausschließlich durch ambulante Pflegedienste versorgt werden, sowie Pflegebedürftige, die sowohl durch ambulante Pflegedienste als auch durch (Familien-)Angehörige versorgt werden (sog. Kombinationsleistungen). Erste Analysen der Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes von 1999 weisen aus, dass ein Viertel aller Pflegebedürftigen in Pflegeheimen betreut wird, ein Viertel eine unterstützende Versorgung durch ambulante Pflegedienste erhält und die Hälfte aller Pflegebedürftigen ausschließlich von (Familien-)Angehörigen gepflegt wird. Um Doppelzählungen zu vermeiden, werden Personen, die sowohl ambulant bzw. stationär betreut werden als auch Pflegegeld erhalten (sog. Kombinationsleistungen), bei der Zahl der Pflegegeldempfänger nicht erfasst. Sie sind grundsätzlich bei den Zahlen der durch ambulante bzw. stationäre/teilstationäre Pflegeeinrichtungen Betreuten enthalten.

Der vorliegende Indikator ist ein Ergebnisindikator.

### **Vergleichbarkeit**

Es gibt keine vergleichbaren WHO-, OECD- und EU-Indikatoren. Dieser Indikator ist neu im Indikatorensetz.

### **Originalquellen**

- ▶ Publikationen der Statistischen Landesämter im zweijährlichen Rhythmus, z. B. in Statistischen Jahrbüchern oder Statistische Berichte über die Pflegestatistik.
- ▶ Statistisches Bundesamt: [http://www.destatis.de/allg/d/veroe/d\\_pflege99.htm](http://www.destatis.de/allg/d/veroe/d_pflege99.htm).

### **Dokumentationsstand**

12.02.2003, nlga/lögd/LDS NRW



Pfleigestufen		Pflegebedürftige					
		insges.	je 100 000 Einw.	davon:			
durch ambul. Pflegeeinrichtungen betreut				in stat./teilstat. Pflegeeinrichtungen betreut		Pflegegeldempfänger*	
		Anzahl	je 100 000 Einw.	Anzahl	je 100 000 Einw.	Anzahl	je 100 000 Einw.
		zusammen					
I		<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 3.48 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>					
II							
III							
<b>Insgesamt</b>							
		weiblich					
I							
II							
III							
<b>Insgesamt</b>							
		männlich					
I							
II							
III							
<b>Insgesamt</b>							

Datenquelle:  
 Statistische Landesämter:  
 Pflegestatistik

\* Pflegebedürftige, die ausschl. Pflegegeld erhalten



3.49

### Pflegebedürftige nach Geschlecht, Land im Regionalvergleich, Jahr

#### Definition

Der Indikator gibt Auskunft über die Zahl von Pflegebedürftigen nach kreisfreien Städten/Kreisen/Stadtbezirken, nach Geschlecht und je 100 000 der Bevölkerung insgesamt bzw. der weiblichen oder der männlichen Bevölkerung. Als pflegebedürftig gelten alle Personen, die aufgrund der Entscheidung der Pflegekasse bzw. privater Versicherungsunternehmen eine Pflegestufe (einschließlich Härtefälle) haben. Pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes sind Menschen, die aufgrund einer körperlichen, geistigen oder seelischen Erkrankung mindestens sechs Monate lang nicht in der Lage sind, die regelmäßig wiederkehrenden Tätigkeiten des täglichen Lebens auszuführen. Solche Tätigkeiten beinhalten die Bereiche der Mobilität, der Ernährung, der Körperpflege oder der hauswirtschaftlichen Versorgung. Der Grad der Pflegebedürftigkeit wird in drei Stufen unterschieden (s. Indikator 3.48).

Zur Vergleichbarkeit der Angaben wird eine indirekte Altersstandardisierung vorgenommen. Als Standard gilt die Rate der Pflegebedürftigen des Landes (s. auch Anhang 1 *Statistische Methoden*).

Bei den Angaben im Indikator handelt es sich um Bestandsdaten. Der Bezug auf die Wohnbevölkerung erfolgt mit Stichtagsdaten zum 31.12. des Jahres.

#### Datenhalter

- ▶ Statistische Landesämter

#### Datenquelle

- ▶ Pflegestatistik

#### Periodizität

Zweijährlich, 15.12., erstmalig 1999

Indikator (L) 3.49		Pflegebedürftige nach Geschlecht, Land im Regionalvergleich, Jahr				
		weiblich			männlich	
Lfd. Nr.	Region	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	SMR*	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.
		1	Regierungsbezirk Land			
2						
3						
...						

Datenquelle:  
Statistische Landesämter:  
Pflegestatistik

\* Standardized Morbidity Ratio: standardisiert an der Rate der Pflegebedürftigen des Landes

**Validität**

Bei der Pflegestatistik handelt es sich um eine Totalerhebung mit Auskunftspflicht. Die Bestätigung einer Pflegestufe erfolgt durch eine soziale gesetzliche Pflegeversicherung oder eine private Pflegeversicherung auf der Grundlage eines Gutachtens, das durch Ärzte oder Pflegefachpersonal des Medizinischen Dienstes der (gesetzlichen und privaten) Krankenversicherungen (MDK) in der Wohnung bzw. in der Pflegeeinrichtung auf Antrag des möglicherweise Pflegebedürftigen erstellt wird. Im Indikator sind alle Personen mit einer anerkannten Pflegestufe nach dem zuständigen Wohnort des Pflegebedürftigen enthalten. Die Daten gelten als valide.

**Kommentar**

Aufgrund der demographischen Entwicklung ist die Pflegestatistik eine wichtige Entscheidungsgrundlage für die Planung pflegerischer Versorgungsstrukturen. Die Pflegestatistik wurde im Jahre 1999 erstmalig in Deutschland erstellt, die Daten liegen bis zur Kreisebene vor. Der vorliegende Indikator ist ein Ergebnisindikator. Da die Zahl der Pflegebedürftigen mit dem Alter korreliert, ist zu erwarten, dass sich die regionalen Unterschiede im Altersaufbau der Bevölkerung bei der Anzahl der Pflegebedürftigen widerspiegeln. Deshalb wird zusätzlich die indirekte Altersstandardisierung vorgenommen, die einen Vergleich der für den Kreis/Stadtbezirk gegenüber der für das Land errechneten Rate gestattet.

**Vergleichbarkeit**

Es gibt keine vergleichbaren WHO-, OECD- und EU-Indikatoren. Dieser Indikator ist neu im Indikatorensatz.

**Originalquellen**

- ▶ Publikationen der Statistischen Landesämter im zweijährlichen Rhythmus, z. B. in Statistischen Jahrbüchern oder Statistische Berichte über die Pflegestatistik.
- ▶ Statistisches Bundesamt: [http://www.destatis.de/allg/d/veroe/d\\_pflege99.htm](http://www.destatis.de/allg/d/veroe/d_pflege99.htm).

**Dokumentationsstand:** 12.02.2003, nlga/lögd/LDS NRW

düftige			Region	Lfd. Nr.
lich	insgesamt			
SMR*	Anzahl	je 100 000 Einwohner	SMR*	
				1
				2
				3
				...
			<b>Regierungsbezirk</b>	
			<b>Land</b>	

3.50

## Lebendgeborene nach Geburtsgewicht, Land, im Zeitvergleich

### Definition

Das Geburtsgewicht der Lebendgeborenen ist ein wichtiger Indikator für den Gesundheitszustand und Ausdruck der pränatalen gesundheitlichen Versorgung und der sozialen Bedingungen. Das Geburtsgewicht stellt einen international üblichen Gesundheitsindikator dar, der vergleichsweise exakt bestimmt wird.

Als Lebendgeborene gelten Kinder, bei denen nach der Trennung vom Mutterleib Atmung eingesetzt hat oder irgend ein anderes Lebenszeichen wie Herzschlag, Pulsation der Nabelschnur oder deutliche Bewegung der willkürlichen Muskulatur beobachtet wurden. Das Geburtsgewicht ist das nach der Geburt des Neugeborenen zuerst festgestellte Gewicht. Lebendgeborene mit einem Geburtsgewicht bis 2 499 g haben ein niedriges Geburtsgewicht, Lebendgeborene mit einem Geburtsgewicht bis 1 499 g haben ein sehr niedriges Geburtsgewicht. Normales Geburtsgewicht beträgt 2 500 g und mehr.

### Datenhalter

- ▶ Statistische Landesämter

### Datenquelle

- ▶ Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung

### Periodizität

Jährlich, 31.12.

### Validität

Die Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung ist auf den Wohnort der Mutter bezogen, nicht auf die entbindende Klinik. Dies ergibt sich über die Meldung des Kindes durch die Eltern beim zuständigen Standesamt gemäß Personenstandsgesetz. Die Angaben werden an das Statistische Landesamt weitergeleitet. Es ist davon auszugehen, dass die Angaben vollständig und valide sind.

### Kommentar

Angaben zum Geburtsgewicht sind auch in der Perinatalerhebung enthalten. Diese Erhebung gestattet, soziale Merkmale der Mutter, wie z. B. Berufstätigkeit, Nationalität der Mutter und Familienstand mit dem Geburtsgewicht zu korrelieren. Die Perinatalerhebung kann Daten nur nach dem Behandlungsort (Krankenhaus), nicht jedoch nach dem Wohnort bereitstellen. Daten von ambulanten Entbindungen sind nicht in der Perinatalerhebung enthalten. Deshalb stimmen die Zahlen mit denen der Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung nicht ganz überein. Angaben zum Geburtsgewicht können auch in länderspezifischen zusätzlichen Tabellen nach 500-g-Gruppen weiter untergliedert werden, z. B. <500 g, 500 - 999 g, 1 000 - 1 499 g, 1 500 - 1 999 g, 2 000 -2 499 g, 2 500 g und mehr usw. Frühgeborene werden nach der Schwangerschaftsdauer definiert, untergewichtig Lebendgeborene werden ausschließlich nach dem Geburtsgewicht definiert.

Der vorliegende Indikator ist ein Ergebnisindikator.

### Vergleichbarkeit

Vergleichbar mit dem WHO-HFA-21-Indikator 7100 160401 *% of live births weighing 2500g*

or more. Es gibt keine vergleichbaren OECD- und EU-Indikatoren. Der Indikator ist mit dem bisherigen Indikator 3.38 vergleichbar, der jedoch fünf Gewichtungsgruppen enthielt.

**Originalquellen**

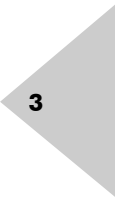
- Publikationen der Statistischen Landesämter, z. B. Statistische Jahrbücher, Berichte zur Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung oder weitere regionalstatistische Quellen.

**Dokumentationsstand**

13.02.2003, nlga/lögd

Indikator (K) 3.50		Lebendgeborene nach Geburtsgewicht, Land, im Zeitvergleich			
Jahr	Lebendgeborene				
	insgesamt	darunter mit einem Geburtsgewicht:			
		bis 2 499 g		bis 1 499 g	
		Anzahl	je 1 000 Lebendgeborene	Anzahl	je 1 000 Lebendgeborene
2000	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 3.50 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>				
2001					
...					
Berichtsjahr					

Datenquelle:  
 Statistische Landesämter:  
 Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung



3.51

## Lebendgeborene nach Geburtsgewicht, Land im Regionalvergleich, Jahr

### Definition

Das Geburtsgewicht der Lebendgeborenen ist ein wichtiger Indikator für den Gesundheitszustand und Ausdruck der pränatalen gesundheitlichen Versorgung und der sozialen Bedingungen. Das Geburtsgewicht stellt einen international üblichen Gesundheitsindikator dar, der vergleichsweise exakt bestimmt wird.

Als Lebendgeborene gelten Kinder, bei denen nach der Trennung vom Mutterleib Atmung eingesetzt hat oder irgend ein anderes Lebenszeichen wie Herzschlag, Pulsation der Nabelschnur oder deutliche Bewegung der willkürlichen Muskulatur beobachtet wurden. Das Geburtsgewicht ist das nach der Geburt des Neugeborenen zuerst festgestellte Gewicht. Untergewichtig Lebendgeborene (low-birthweight infants) haben ein Geburtsgewicht bis 2 499 g, Lebendgeborene mit einem Geburtsgewicht bis 1 499 g haben ein sehr niedriges Geburtsgewicht (very low birthweight). Normales Geburtsgewicht beträgt 2 500 g und mehr.

Die Darstellung der Lebendgeborenen nach Geburtsgewicht weist Unterschiede zwischen den kreisfreien Städten/Kreisen und Stadtbezirken und einen deutlichen Zusammenhang zur sozialen Lage auf. Der Indikator eignet sich mit der in Anhang 1 beschriebenen Methode zur Bestimmung soziodemographischer Unterschiede zwischen den Regionen eines Landes.

### Datenhalter

- ▶ Statistische Landesämter

### Datenquelle

- ▶ Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung

### Periodizität

Jährlich, 31.12.

### Validität

Die Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung ist auf den Wohnort der Mutter bezogen, nicht auf die entbindende Klinik. Dies ergibt sich über die Meldung des Kindes durch die Eltern beim zuständigen Standesamt gemäß Personenstandsgesetz. Insofern ist die regionale Zuordnung nicht von der Lokalisation der Entbindungsklinik abhängig. Die Angaben werden an das Statistische Landesamt weitergeleitet. Es ist davon auszugehen, dass die Angaben vollständig und valide sind.

### Kommentar

Das Geburtsgewicht ist von der Reife eines Neugeborenen zu unterscheiden. Dennoch bedeutet ein erniedrigtes Geburtsgewicht häufig auch eine mangelnde Reife und eine stationäre Aufnahme in einer Kinderklinik, um das Neugeborene zu überwachen und mit entsprechender Unterstützung (Inkubator und andere medizinische Maßnahmen) sein weiteres Gedeihen sicherzustellen.

Die Ursachen für untergewichtig Neugeborene sind vielfältig und reichen von sozialen Faktoren (Status der Alleinerziehenden) über das Gesundheitsverhalten (Nikotinabusus, mangelhafte Wahrnehmung der Schwangerschaftsvorsorge) bis zu gesundheitlichen Faktoren (Infektionen oder andere Erkrankungen der Mutter und des Kindes). Weitere Untergliederungen des Geburtsgewichtes nach 500-g-Gruppen können länderspezifisch als Zusatztabellen geführt

werden (s. auch Indikator 3.50).  
Der vorliegende Indikator ist ein Ergebnisindikator.

**Vergleichbarkeit**

Es gibt keine vergleichbaren WHO-, OECD- oder EU-Indikatoren zu untergewichtig Lebendgeborenen auf regionaler Ebene. Der bisherige Indikator 3.39 enthielt die Anzahl der untergewichtig Lebendgeborenen (unter 2 500 g) je 1 000 Lebendgeborene im Regionalvergleich und ist somit vergleichbar. Lebendgeborene mit einem Geburtsgewicht bis 1 499 g waren nicht enthalten.

**Originalquellen**

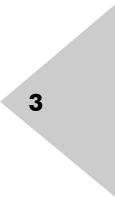
- Publikationen der Statistischen Landesämter, z. B. Statistische Jahrbücher, Berichte zur Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung oder weitere regionalstatistische Quellen.

**Dokumentationsstand**

13.02.2003, nlga/lögd

Indikator (L) 3.51		Lebendgeborene nach Geburtsgewicht, Land im Regionalvergleich, Jahr					
Lfd. Nr.	Region	Lebendgeborene					
		insgesamt	darunter mit einem Geburtsgewicht:				
			bis 2 499 g		bis 1 499 g		
			Anzahl	je 1 000 Lebendgeborene	Anzahl	je 1 000 Lebendgeborene	
1	<b>Regierungsbezirk</b> <b>Land</b>						
2							
3							
...							

Datenquelle:  
Statistische Landesämter:  
Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung





3.52

## Angeborene Fehlbildungen, Land, im Zeitvergleich

### Definition

Angeborene Fehlbildungen des Nervensystems, Lippen-, Kiefer- und Gaumenspalten sowie Chromosomenanomalien sind ausgewählte schwerwiegende Fehlbildungen, die zu Behinderungen führen und häufig noch im ersten Lebensjahr zum Tode führen. Die Mortalität aufgrund von angeborenen Fehlbildungen ist bei männlichen Säuglingen höher als bei weiblichen Säuglingen. Fehlbildungen werden in den ersten Lebenstagen während des Aufenthaltes der Mutter in der Klinik festgestellt. Hausgeburten werden nicht berücksichtigt. Angeborene Fehlbildungen werden im Rahmen der Perinatalerhebung in den geburtshilflichen Kliniken erfasst und nach der geltenden Klassifikation (ICD-10) kodiert. Die Angaben beziehen sich auf Kliniken, deshalb kann es Abweichungen zum Wohnort der Mutter bzw. des Säuglings geben. Der Bezug auf die Lebendgeborenen des Landes ist deshalb nicht ganz exakt, wird jedoch üblicherweise verwendet. Die Fehlbildungsraten der aufgeführten ausgewählten schwerwiegenden Defekte weisen im Zeitvergleich darauf hin, ob die Fehlbildungen des Nervensystems, die Lippen-, Kiefer- und Gaumenspalte, die Deformitäten des Muskel-Skelett-Systems sowie Chromosomenanomalien zunehmen oder abnehmen.

### Datenhalter

- ▶ Geschäftsstellen für Qualitätssicherung der Länder

### Datenquelle

- ▶ Perinatalerhebungen der Länder

### Periodizität

Jährlich, 31.12.

### Validität

Fehlbildungen werden nach den Kliniken registriert, in denen die Kinder geboren wurden. Deshalb gibt es Abweichungen zum Bezug auf die Wohnbevölkerung. Es ist davon auszugehen, dass schwere Fehlbildungen und Deformitäten vollständig erfasst werden. Der Erfassungsgrad von Chromosomenanomalien wird weniger vollständig sein.

### Kommentar

Der Erfassungsgrad der Perinatalerhebung ist zwischen den Ländern unterschiedlich, in den meisten Ländern liegt die Erfassung bei über 90 %. Die Perinatalerhebung dient laut SGB V der Qualitätssicherung. Die beschriebenen Fehlbildungen gehören zu den häufigsten und schwerwiegendsten Fehlbildungen. Wie vollständig Chromosomenanomalien in den ersten Lebenstagen erkannt werden, ist unsicher. Der vorliegende Indikator wird auch im Kontext von umweltepidemiologischen Studien genutzt. Es wird davon ausgegangen, dass durch die Ergebnisse der pränatalen Diagnostik Fehlbildungen und Chromosomenanomalien weniger häufig auftreten könnten.

Der vorliegende Indikator ist ein Ergebnisindikator.

### Vergleichbarkeit

Der WHO-Indikator 7110 040800 *Congenital anomalies per 100 000 live births* beinhaltet alle Anomalien, während im vorliegenden Indikator nur die schwersten Fehlbildungen enthalten

sind. Es gibt keinen vergleichbaren OECD-Indikator. Im EU-Indikatorensetz sind Angaben zu *Indicence of congenital anomalies, of which Down's syndrome* vorgesehen. Der Indikator ist mit dem bisherigen Indikator 3.37 vergleichbar, zusätzlich wurde die ICD-10 Kodierung eingefügt.

**Originalquellen**

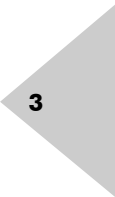
- Publikationen der Geschäftsstellen für Qualitätssicherung zu den Perinatalerhebungen der Länder.

**Dokumentationsstand**

14.02.2003, Iögd/Geschäftsstelle für Qualitätssicherung NRW

Indikator (K) 3.52		Angeborene Fehlbildungen, Land, im Zeitvergleich							
Jahr	insges.	Lebendgeborene							
		Fehlbildungen des Nervensystems (Q00 - Q07)		Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten (Q35 - Q37)		Chromosomenanomalien (Q90 - Q94)		Anomalie Knochen, Gelenke, Muskeln (Q65 - Q79)	
		Anzahl	je 100 000 Lebendgeb.	Anzahl	je 100 000 Lebendgeb.	Anzahl	je 10 000 Lebendgeb.	Anzahl	je 100 000 Lebendgeb.
1990									
1995									
2000									
2001									
...									
Berichtsjahr									

Datenquelle:  
Geschäftsstellen für Qualitätssicherung der Länder:  
Perinatalerhebungen der Länder



3.53

### Säuglingssterbefälle nach Neonatal- und Postneonatalsterblichkeit, Land, im Zeitvergleich

#### Definition

Die Säuglingssterblichkeit wird meist zeitlich und international verglichen und ist ein Indikator für die allgemeine Qualität der Lebensverhältnisse und der medizinischen (insbesondere der geburtshilflichen) Betreuung.

Die Säuglingssterblichkeit beinhaltet lebend geborene Kinder, die nachgeburtlich verstorben sind. Totgeborene Kinder sind darin nicht eingeschlossen.

Die Säuglingssterblichkeit bezieht sich auf im ersten Lebensjahr Gestorbene je 1 000 Lebendgeborene eines Kalenderjahres.

Die Frühsterblichkeit (auch frühe Neonatalsterblichkeit) bezeichnet Säuglinge, die zwischen dem Tag der Entbindung (Tag 0) bis zum 6. Lebenstag einschließlich verstorben sind, die späte Neonatalsterblichkeit bezieht sich auf verstorbene Säuglinge im Alter von 7 bis 27 Tagen einschließlich und die Nachsterblichkeit (auch Postneonatalsterblichkeit genannt) beinhaltet verstorbene Säuglinge im Alter von 28 bis 364 Tagen.

Im internationalen Vergleich ist der Begriff Neonatalsterblichkeit gebräuchlich, dieser beinhaltet verstorbene Säuglinge im Alter von 0 bis 27 Tagen.

#### Datenhalter

- ▶ Statistische Landesämter

#### Datenquelle

- ▶ Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung

#### Periodizität

Jährlich, 31.12.

#### Validität

Alle Lebendgeborenen werden ins Geburtenregister eingetragen, so dass eine vollständige Erfassung vorliegt. Für verstorbene Lebendgeborene wird eine Todesbescheinigung ausgestellt. Es liegt eine vollständige Erfassung und eine gute Datenqualität vor.

#### Kommentar

Die Säuglingssterblichkeit gilt auch im internationalen Vergleich als Indikator für die medizinische und geburtshilfliche Versorgung von Müttern und Säuglingen.

Mit der Einführung von Maßnahmen, die die Versorgungsqualität vor und nach der Entbindung verbessert haben (z. B. Einführung des Apgar-Schemas bei Neugeborenen, Mutterschutzgesetz, Mutterschaftsrichtlinien, Mutterpass, neonatologische Versorgung), konnte die Säuglingssterblichkeit erheblich gesenkt werden.

Der vorliegende Indikator ist ein Ergebnisindikator.

#### Vergleichbarkeit

Vergleichbar mit den WHO-Indikatoren 1110 070100 *Infant mortality rate, per 1000 live births*, 1120 070101 *Neonatal mortality rate, per 1000 live births*, 1150 070104 *Postneonatal mortality, per 1000 live births*. Vergleichbar mit dem OECD-Indikator zu *Infant mortality* und mit den EU-Indikatoren zu *Infant-, Neonatal- and Postneonatal mortality*.

Dieser Indikator ist identisch mit dem bisherigen Indikator 3.4.

**Originalquellen**

- Publikationen der Statistischen Landesämter, z. B. zur Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung.

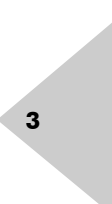
**Dokumentationsstand**

14.02.2003, nlga/lögd

Indikator (K) 3.53		Säuglingssterbefälle nach Neonatal- und Postneonatalsterblichkeit, Land, im Zeitvergleich								
		Gestorbene Säuglinge								
Jahr	im ersten Jahr		davon: im Alter* von ... bis ...							
			0** - 6 Tagen (frühe Neonatalsterb.)		7 - 27 Tagen (späte Neonatalsterb.)		28 - 364 Tagen (Postneonatalsterb.)		unter 1 Monat (Neonatalsterblichkeit)	
	insg.	je 1 000 Lebend- geborene	insg.	je 1 000 Lebend- geborene	insg.	je 1 000 Lebend- geborene	insg.	je 1 000 Lebend- geborene	insg.	je 1 000 Lebend- geborene
1980										
1985										
1990										
1995										
2000	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 3.53 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>									
2001										
...										
Berichtsj.										

Datenquelle:  
 Statistische Landesämter:  
 Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung

\* Differenz zwischen Sterbetag und Geburtstag,  
 z. B. 1 Tag = am Tag nach der Geburt  
 \*\* am Tag der Geburt gestorben



3.54

### Säuglingssterblichkeit im ersten Lebensjahr je 1 000 Lebendgeborene, Land im Regionalvergleich, 3-Jahres-Mittelwerte

#### Definition

Die Säuglingssterblichkeit im zeitlichen und internationalen Vergleich ist ein Indikator für die allgemeine Qualität der Lebensverhältnisse und der medizinischen Betreuung.

Die Säuglingssterblichkeit bezieht sich auf im ersten Lebensjahr Gestorbene je 1 000 Lebendgeborene eines Kalenderjahres. Die Säuglingssterblichkeit beinhaltet lebend geborene Kinder, die nachgeburtlich verstorben sind. Totgeborene Kinder sind darin nicht eingeschlossen. Aufgrund der geringen Fallzahl der Säuglingssterblichkeit werden für regionale Angaben gleitende Mittelwerte über drei Jahreswerte gebildet. Der gleitende Mittelwert über drei Jahre wird durch den arithmetischen Mittelwert aus den zwei Vorjahreswerten und dem Berichtsjahr gebildet. Die Angaben der Lebendgeborenen und der verstorbenen Säuglinge sind auf den Wohnort bezogen.

#### Datenhalter

- ▶ Statistische Landesämter

#### Datenquelle

- ▶ Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung

#### Periodizität

Jährlich, 31.12.

#### Validität

Die Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung ist auf den Wohnort der Mutter bezogen, nicht auf die entbindende Klinik. Dies ergibt sich über die Meldung des Kindes durch die Eltern beim zuständigen Standesamt gemäß Personenstandsgesetz. Insofern ist die regionale Zuordnung nicht von der Lokalisation der Entbindungsklinik abhängig. Die Angaben werden an das Statistische Landesamt weitergeleitet. Verstorbene Säuglinge werden durch eine Todesbescheinigung erfasst und von den Standesämtern beurkundet. Es ist davon auszugehen, dass die Angaben zu Lebendgeborenen und verstorbenen Säuglingen vollständig und valide sind.

#### Kommentar

In die Säuglingssterblichkeit gehen alle Todesfälle von lebendgeborenen Kindern ein, auch wenn ein sehr niedriges Geburtsgewicht vorgelegen hat. Zur Definition eines lebend Geborenen s. Kommentar zum Indikator 3.50.

Um Fehlinterpretationen aufgrund von zeitlichen und regionalen Schwankungen der Zahlenwerte zu vermeiden, werden gleitende 3-Jahres-Mittelwerte gebildet (s. auch Anhang 1 *Statistische Methoden*). Die Säuglingssterblichkeit wird in Promille berechnet.

Der vorliegende Indikator ist ein Ergebnisindikator.

#### Vergleichbarkeit

Es besteht Vergleichbarkeit mit dem WHO-Indikator 1110 070100 *Infant deaths per 1000 live births*. Vergleichbar mit OECD- und EU-Indikatoren zu *Infant mortality*.

Der vorliegende Indikator ist mit dem bisherigen Indikator 3.5 vergleichbar.

### Originalquellen

- ▶ Publikationen der Statistischen Landesämter, z. B. Statistische Jahrbücher, zur Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung.

### Dokumentationsstand

15.02.2003, nlga/lögd

Indikator (L) 3.54		Säuglingssterblichkeit im ersten Lebensjahr je 1 000 Lebendgeborene, Land im Regionalvergleich, 3-Jahres-Mittelwerte											
Lfd. Nr.	Region	Säuglingssterblichkeit in %, gleitendes Mittel											
		1990 1992	1995 1997	1996 1998	1997 1999	1998 2000	1999 2001	2000 2002	2001 2003	-	-		
1	<b>Regierungsbezirk</b> <b>Land</b>												
2													
3													
...													

Datenquelle:  
 Statistische Landesämter:  
 Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung

3.55

**Perinatale Sterbefälle, Land, im Zeitvergleich****Definition**

Perinatale Sterbefälle zählen zu vermeidbaren Sterbefällen, deshalb ist eine Darstellung im Zeitverlauf als Kriterium für die allgemeine Qualität der Lebensverhältnisse der Bevölkerung und den Stand der medizinischen Betreuung unerlässlich. Ursachen der perinatalen Sterblichkeit hängen mit der sozialen Lage der Mutter, gesundheitsriskantem Verhalten, aber auch mit den Möglichkeiten der gesundheitlichen Vorsorge und der medizinischen Betreuung zusammen.

Die perinatale Sterberate ergibt sich aus der Zahl der totgeborenen Feten mit einem Geburtsgewicht von 500 g und darüber oder, falls Angaben für das Geburtsgewicht fehlen, einer Schwangerschaftsdauer von 22 vollendeten Wochen oder einer Scheitel-Fersen-Länge von 25 cm und mehr plus der Zahl der frühneonatalen Sterbefälle (0 - 6 Tage) bezogen auf 1 000 Geborene (Summe der Lebend- und Totgeborenen).

Die Angaben der Lebendgeborenen und der perinatal verstorbenen Säuglinge sind auf den Wohnort der Mutter bezogen.

**Datenhalter**

- ▶ Statistische Landesämter

**Datenquelle**

- ▶ Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung

**Periodizität**

Jährlich, 31.12.

**Validität**

Ab 1.4.1994 kommt es durch eine Änderung im Personenstandsgesetz zu einer neuen Abgrenzung zwischen Totgeburten und Fehlgeburten: Das Mindestgeburtsgewicht für eine Totgeburt beträgt seither 500 g (vorher 1 000 g). Totgeborene Kinder mit einem niedrigeren Geburtsgewicht gelten als Fehlgeburt.

Für die nationalen Perinatalstatistiken werden alle Feten und Totgeborenen mit einem Geburtsgewicht von mindestens 500 g (das entspricht einer Schwangerschaftsdauer von 22 Wochen oder 25 cm Körperlänge) einbezogen sowie die Verstorbenen bis zum 7. Lebenstag. In die Standard-Perinatalstatistiken für internationale Vergleiche gehen nach Festlegung der WHO (ICD-10) nur Totgeborene sowie bis zum 7. Lebenstag verstorbene Säuglinge mit einem Geburtsgewicht ab 1 000 g ein.

Bei Vergleichen der perinatalen Mortalität ist die Definition bei den Angaben zu prüfen, da es weitere Definitionen gibt, die sich z. B. auf perinatale Sterbefälle von Lebendgeborenen plus der abgegangenen Feten (Spontanaborte, Totgeburten) nach der 28. Schwangerschaftswoche je 1 000 lebend und tot geborene Kinder beziehen.

Die Angaben zur perinatalen Mortalität in Deutschland gelten als valide.

**Kommentar**

Das Alter der verstorbenen Säuglinge wird in vollendeten Tagen dargestellt, d. h. für die perinatalen Sterbefälle von 0 bis 6 Tage. Diese Schreibweise ist international üblich. In Deutschland wird bisher auch die Schreibweise von 0 bis unter 7 Tage verwendet. Beide Begriffe sind identisch.

Mit zunehmenden Versorgungsmöglichkeiten in der Neonatologie wie z. B. Einsatz von Faktoren zur Lungenreifung bei Frühgeborenen haben sich die Überlebenschancen von Lebendgeborenen mit einem extrem niedrigen Geburtsgewicht (unter 1 000 g) wesentlich verbessert. Ergänzend sollte die Neonatalsterblichkeit (Tag 1 - 27 einschließlich) bzw. die späte Neonatalsterblichkeit (Tag 7 - 27 einschließlich) mit betrachtet werden, um ein Verschieben des Todeszeitpunkts von einem verbesserten langfristigen Überleben trennen zu können. Der vorliegende Indikator ist ein Ergebnisindikator.

**Vergleichbarkeit**

Nicht vergleichbar mit dem WHO-Indikator 1170 070403 *Perinatal deaths per 1000 births*, in den Totgeborene und verstorbene Säuglinge mit einem Geburtsgewicht ab 1 000 g eingehen. Indikatoren zur Perinatalsterblichkeit sind in den OECD- und EU-Indikatorensätzen enthalten. Die unterschiedlichen Definitionen sind zu beachten. Im bisherigen Indikatorensatz bezog sich der Indikator 3.6 auf die perinatale Sterblichkeit. In der revidierten Fassung von 1996 entfiel er, da die perinatale Sterblichkeit im Indikator 3.12 *Vermeidbare Sterbefälle* enthalten war.

**Originalquellen**

- Publikationen der Statistischen Landesämter, z. B. Statistische Jahrbücher, zur Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung.

**Dokumentationsstand**

15.02.2003, nlga/lögd

Indikator (K) 3.55		Perinatale Sterbefälle, Land, im Zeitvergleich				
Jahr	Lebendgeborene insgesamt	Totgeborene		Lebend- und Totgeborene insgesamt	Perinatale Sterbefälle	
		insgesamt	darunter: 500 - 999 g*		insgesamt	je 1 000 Geborene
1980						
1985						
1990						
1995						
2000						
2001						
...						
Berichtsjahr						

[Sprung zu Daten des Indikators 3.55 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes](#)

Datenquelle:  
Statistische Landesämter:  
Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung

\* ab 1994 zusätzliche Zählung von Totgeborenen mit einem Geburtsgewicht von 500 - 999 g



3.56

### Häufigste Todesursachen von Säuglingen, darunter plötzlicher Kindstod, nach Geschlecht, Land, Jahr

#### Definition

Die geschlechtsspezifische Darstellung erfolgt, weil die Säuglingssterblichkeit bei den Jungen höher ist als bei den Mädchen. Die männliche Benachteiligung ist besonders in den ersten vier Lebenswochen ausgeprägt. Geschlechtsunterschiede in der Säuglingssterblichkeit werden in erster Linie von biologischen Faktoren beeinflusst.

Der Begriff *Todesursache* umfasst alle Krankheiten, krankhaften Zustände oder Verletzungen, die direkt oder indirekt zum Tode geführt haben, sowie die Umstände des Unfalls oder der Gewalteinwirkung, die solche Verletzungen hervorriefen. Erfasst werden die in der Altersgruppe von 0 - <1 Jahr häufigsten Todesursachen gemäß der Internationalen Klassifikation ICD-10.

Beim *Syndrom des plötzlichen Kindstodes* handelt es sich um den plötzlichen und unerwarteten Tod eines Säuglings, der in der Regel im Schlaf auftritt, ohne dass sich in der Vorgeschichte, in der Auffindesituation oder bei der Obduktion eine ausreichende todeserklärende Ursache finden lässt. Betroffen sind Kinder vorwiegend innerhalb des ersten Lebensjahres, mit einem Gipfel vom 2. bis zum 4. Lebensmonat. Der pathophysiologische Mechanismus ist bislang ungeklärt.

Trotz der geringen Fallzahlen wird auf die Bildung eines 3-Jahres-Mittelwertes verzichtet, um zeitnah aktuelle Auffälligkeiten nachweisen zu können. Die Länder können Diagnosegruppen und/oder Einzeldiagnosen verwenden.

#### Datenhalter

- ▶ Statistische Landesämter

#### Datenquelle

- ▶ Todesursachenstatistik

#### Periodizität

Jährlich, 31.12.

#### Validität

Datengrundlage der Todesursachen ist die gleichnamige Statistik, die jedem Sterbefall genau eine Todesursache - nämlich das Grundleiden - zuordnet. Die Zuverlässigkeit beruht vor allem auf der Genauigkeit der/des die Todesfeststellung und Leichenschau durchführenden Ärztin/Arztes und deren exakter Wiedergabe der Kausalkette bzw. der Angabe des Grundleidens. Die Angaben gelten als vollständig und valide.

#### Kommentar

Von besonderer Bedeutung ist die Ausweisung des plötzlichen Kindstodes, dessen eigentlicher pathophysiologischer Mechanismus bislang nicht geklärt ist, für den aber prädisponierende Faktoren hinreichend belegt sind wie z. B. das Rauchverhalten der Mutter in und nach der Schwangerschaft, das Schlafen in Bauchlage, Wärmestau oder Atembehinderung beim Säugling. Diese Risikofaktoren können durch eine entsprechende Aufklärung und Verhaltensprävention minimiert werden.

Der vorliegende Indikator ist ein Ergebnisindikator.

**Vergleichbarkeit**

Es gibt keine vergleichbaren WHO-, OECD- und EU-Indikatoren zu häufigen Todesursachen von Säuglingen.

Dieser Indikator ist neu. Mit dem bisherigen Indikator 3.11, der die häufigsten drei Todesursachen in Altersgruppen, darunter auch Säuglinge, enthielt, besteht bedingte Vergleichbarkeit.

**Originalquellen**

- ▶ Publikationen der Statistischen Landesämter, z. B. Statistische Jahrbücher und Publikationen zur Todesursachenstatistik.
- ▶ Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Todesursachen in Deutschland. Fachserie 12, Gesundheit, Reihe 4.

**Dokumentationsstand**

15.02.2003, nlga/lögd

Indikator (L) 3.56		Häufigste Todesursachen von Säuglingen, darunter plötzlicher Kindstod, nach Geschlecht, Land, Jahr		
Rang	ICD-10 (dreistellig)	Diagnose	weiblich	
			Anzahl	Anteil in %*
1	R95	Plötzlicher Kindstod		
2				
3				
...				
7				
8				
9				
10				
sonst.				
<b>insg.</b>				
Rang	ICD-10 (dreistellig)	Diagnose	männlich	
1	R95	Plötzlicher Kindstod		
2				
3				
...				
7				
8				
9				
10				
sonst.				
<b>insg.</b>				

Datenquelle:  
Statistische Landesämter:  
Todesursachenstatistik

\* Anteil der Todesursache an allen Sterbefällen d. Altersgruppe

3.57

### 3.57, Befunde bei Schuleingangsuntersuchungen nach Geschlecht, Migrationshintergrund, Land, Jahr.

#### **Befunde bei Einschulungsuntersuchungen nach Geschlecht, Land, Jahr**

##### **Definition**

Die Bedrohung der gesunden und altersgerechten Entwicklung von Kindern wird immer mehr durch kognitive, motorische, soziale, emotionale und sprachliche Defizite geprägt, während somatische Befunde hier zusehends weniger Bedeutung haben. Abgesehen von den objektiven Gesundheitsgefahren können Entwicklungsverzögerungen auf den genannten Gebieten auch das subjektive Wohlbefinden des Kindes stark beeinträchtigen. Im vorliegenden Indikator wird der Entwicklungsstand von Kindern im Einschulungsalter dargestellt.

Entwicklungsverzögerungen (EV) können neben anderen Ursachen auch einen Hinweis auf mangelnde Lernmöglichkeiten und Anregungen darstellen; sie eignen sich daher gut als Indikatoren mit sozialer Komponente. Motorische EV haben zudem eine Beziehung zur Häufigkeit von Unfällen, sprachliche EV zum späteren Schulerfolg. Speziell emotional-soziale EV geben Hinweise auf wichtige Defizite der Förderung durch die soziale Umgebung, insbesondere der Eltern, und bilden ein deutliches Risiko für die weiteren Entwicklungschancen des Kindes ab. Im Indikator wird der Anteil von motorischen, sprachlichen und emotional-sozialen Entwicklungsverzögerungen an den einzuschulenden Kindern dargestellt.

Rauchen der Eltern stellt für Kinder ein deutlich erhöhtes Risiko im Vergleich zum Aufwachsen in Nichtraucher-Haushalten dar. Wichtiger als die Schädigung durch Passivrauchen ist die Gefahr, aufgrund der Vorbildfunktion der Eltern später selbst einmal zum Raucher zu werden, was ein lebenslang stark erhöhtes Gesundheitsrisiko bedeutet. Im Indikator wird der Anteil der rauchenden Eltern in Prozent an allen einzuschulenden Kindern dargestellt.

Der Anteil von 6-jährigen Kindern ohne Kariesbefall der Zähne bildet die aktive Bereitschaft zur gesundheitlichen Fürsorge durch die Eltern ab. Im Indikator wird der Anteil der Kinder ohne Karies in Prozent der einzuschulenden Kinder dargestellt.

Die Adipositas ist in allen Industriestaaten eines der gravierendsten Gesundheitsprobleme; ihre Prävalenz ist in den vergangenen 15 Jahren laufend angestiegen. Die Folgekrankheiten vor allem im Erwachsenenalter erlangen eine immer größere Bedeutung und tragen maßgeblich zu einer erhöhten Morbidität und einer Verkürzung der Lebenserwartung bei. Die Darstellung der Adipositas erfolgt durch den Anteil der Kinder, die über der geschlechtsspezifischen 97. Perzentile der Standardtabellen nach Rolland-Cachera liegen.

##### **Datenhalter**

- ▶ Oberste Landesgesundheitsbehörden

##### **Datenquelle**

- ▶ Schulanfängeruntersuchungen

##### **Periodizität**

Jährlich

##### **Validität**

Dieser Indikator basiert auf Standards, die zwischen den Ländern unterschiedlich sind. Eine Beurteilung der Vollständigkeit und Zuverlässigkeit der Daten kann nicht erfolgen.

##### **Kommentar**

Als Definitionskriterien für die Kriterien zur Bewertung der gesundheitlichen Lage von Kin-

dem im Alter von sechs Jahren können folgende gelten:

Motorische EV : Die Grenzsteine der motorischen Entwicklung (nach Michaelis) werden nicht zeitgerecht erreicht.

Sprachliche EV : Nicht zeitgerecht erreichte sprachliche Fähigkeiten. Insbesondere die rezeptiven Sprachfähigkeiten haben sich in den letzten Jahren als immer wichtiger für die kognitive Entwicklung herausgestellt.

Emotional-soziale EV : Keine adäquate Entwicklung emotional-sozialer Fähigkeiten.

Rauchen der Eltern: Mutter und/oder Vater sind Raucher/in. Dies gilt auch für eventuelle Lebenspartner; entscheidend ist, wer im Haushalt mit dem Kind zusammen lebt (Vorbildfunktion). Nicht entscheidend ist daher auch, ob in den Wohnräumen selbst geraucht wird (keine primäre Abbildung der Schädigung durch Passivrauchen).

Kariesbefall der Zähne: DMFT-Status. Es sind auch weniger differenzierte Statuserhebungen möglich. Entscheidender Gesichtspunkt ist nicht nur der absolute Zahnzustand, sondern auch die zeitnahe Veranlassung der Sanierung durch die Eltern, also naturgesund/saniertes vs. unsaniertes Gebiss (Fürsorgeaspekt).

Adipositas: Nach den Empfehlungen der ECOG gilt für Adipositas bei Kindern die geschlechtsspezifische Überschreitung der 97. Perzentile in Alters-Halbjahresschritten nach Rolland-Cachera, evtl. zukünftig auch nach Hesse.

Die Länder können auf der Indikatorentabelle weitere Abweichungen von einer gesunden Entwicklung bzw. weitere somatische Befunde eintragen.

### **Vergleichbarkeit**

Vergleichbar mit WHO-Indikator 2840 040704 % *caries-free children at age 6*. Es gibt keinen OECD-Indikator mit Angaben zu Befunden bei Einschulungsuntersuchungen. Im EU-Indikatorensetz gibt es keinen vergleichbaren Indikator ebenso nicht im bisherigen Indikatorensetz. Der vorliegende Indikator ist ein Ergebnisindikator.

### **Originalquellen**

- ▶ Publikationen der Statistischen Landesämter, z. B. Statistische Jahresberichte, Standardtabellen der Statistischen Datenbanken oder weitere regionalstatistische Quellen.

### **Dokumentationsstand**

12.02.03, SenGesSozV - Berlin/lögd

Rang		Befunde* bei Einschulungsuntersuchungen	Mädchen		Jungen	
			Anzahl der Untersuchten	Befunde in %	Anzahl der Untersuchten	Befunde in %
1	Motorische Entwicklungsverzögerungen					
2	Sprachliche Entwicklungsverzögerungen					
3	Emotional-soziale Entwickl.verzögerungen					
4	Rauchen der Eltern					
5	Zahnstatus (Kariesbefall)					
6	Adipositas (BMI >97. Perzentile)					
7						
8						
9						
10						

Datenquelle:  
Oberste Landesgesundheitsbehörden:  
Schulanfängeruntersuchungen

\* Mehrfachnennungen sind  
möglich



3.58

3.59

## **Meldepflichtige Infektionserkrankungen nach dem Infektionsschutzgesetz nach Geschlecht, Land, im Zeitvergleich Meldepflichtige Infektionserkrankungen nach dem Infektionsschutzgesetz nach Geschlecht, Land, Jahr**

### **Definition**

Infektionskrankheiten breiten sich schnell aus und können die Gesundheit von Menschen gefährden. Deshalb gibt es eine Meldepflicht für bestimmte Infektionserkrankungen und Erreger, basierend auf dem am 1.1.2001 in Kraft getretenen Infektionsschutzgesetz (IfSG). Für bestimmte Krankheitsbilder sind Verdacht, Erkrankung oder Tod durch Ärzte zu melden. Für labordiagnostische Nachweise von Erregern sind die Laboratorien meldepflichtig. Im Berichtszeitraum gemeldete Infektionserkrankungen gehen mit dem Zeitpunkt der abgegebenen Meldung in die Jahresstatistik ein. Der Meldepflicht unterliegen nur Bürger mit ständigem Wohnsitz in Deutschland.

Die Meldepflicht sieht die Mitteilung eines meldepflichtigen Sachverhaltes mit entsprechenden Zusatzinformationen vor, die Übermittlungspflicht regelt die Weiterleitung der ermittelten Daten bis zum Robert Koch-Institut. Meldepflichtige Einrichtungen und Personen melden entsprechend dem IfSG innerhalb von 24 Stunden an das Gesundheitsamt, das bestimmte Daten wöchentlich an das Robert Koch-Institut übermittelt. Eine Ausnahme stellen Erregernachweise gemäß § 7 (3) IfSG dar. In diesen Fällen (betrifft Syphilis, HIV/AIDS, Echinokokkose, Malaria, Rötelnembryopathie und angeborene Toxoplasmose) erfolgt die Meldung innerhalb von zwei Wochen direkt an das Robert Koch-Institut. Zu melden sind über 50 Krankheiten oder Erregernachweise. Im vorliegenden Indikator werden 36 meldepflichtige Krankheiten einzeln aufgeführt. Die übrigen meldepflichtigen Krankheiten wurden zusammengefasst.

Die Zuordnung zur ICD-10 wurde für die im Indikator aufgeführten Krankheiten zusätzlich aufgenommen, um eine parallele Auswertung von ICD-10 kodierten Datenbeständen wie Todesursachenstatistik und Krankenhausdiagnosestatistik zu ermöglichen, obwohl eine eindeutige Zuordnung nicht immer unproblematisch ist. Die Virushepatitis (B15 - B19) wurde als Diagnosegruppe der ICD-10 zusätzlich in den Indikator aufgenommen. Dies entspricht der bisherigen Verfahrensweise der Darstellung von Infektionskrankheiten in einigen Bundesländern. Die Tuberkulose (A15 - A19) wird mit allen Erkrankungsformen in diesem Indikator aufgeführt, da die beiden nachfolgenden Indikatoren zur Tuberkulose nur die offene Lungentuberkulose beinhalten. AIDS und HIV werden in speziellen nachfolgenden Indikatoren ausgewiesen und sind deshalb hier nicht aufgeführt.

Die Länder haben teilweise zusätzliche Meldepflichten, die hier nicht berücksichtigt sind.

### **Datenhalter**

- ▶ Abteilung für Infektionsepidemiologie des Robert Koch-Instituts

### **Datenquelle**

- ▶ Statistik der meldepflichtigen Krankheiten

### **Periodizität**

Jährlich, 31.12.

### **Validität**

Die Vollständigkeit der Meldungen wird durch die Meldedisziplin der Ärzte und weiterer meldepflichtiger Einrichtungen beeinflusst. Einige Erkrankungen lassen sich aufgrund unvollständiger Meldungen in Ländern nicht zuordnen. Deshalb kann die Summe der von den 16 Bundesländern gemeldeten Krankheiten von der Gesamtsumme der Erkrankungen der BRD abweichen.

### Kommentar

Die Fallzählung erfolgt nach den vom Robert Koch-Institut festgelegten Referenzdefinitionen, die sowohl das klinische Bild, den labordiagnostischen Nachweis als auch den epidemiologischen Zusammenhang berücksichtigen. Daten liegen bis zur Kreisebene vor. Ausnahmen stellen wiederum Erregernachweise gemäß § 7 (3) IfSG dar, die bestenfalls dem dreistelligen Postleitzahlenbereich zugeordnet werden können. Es besteht der Bezug zum Wohnort, aber auch zum Ereignisort. Als Nennerpopulation wird die durchschnittliche Bevölkerung des Berichtsjahres verwendet.

Es handelt sich um einen Ergebnisindikator.

### Vergleichbarkeit

Vergleichbar mit WHO-Indikatoren 2010 040301 *Tuberculosis incidence per 100 000*, 2020 040310 *Viral hepatitis incidence per 100 000*, 2030 040311 *Viral hepatitis A incidence per 100 000*, 2040 040312 *Viral hepatitis B incidence per 100 000*, 2050 040321 *Syphilis incidence per 100 000*, 2080 050111 *Measles incidence per 100 000*. Nicht vergleichbar mit OECD-Indikatoren. Im bisherigen GMK-Indikatorensetz gab es keinen Indikator zu meldepflichtigen Infektionskrankheiten. Falls ein Indikator zu Infektionskrankheiten geführt wurde, beruhte er auf der ICD-9. Die Vergleichbarkeit zur ICD-10 ist bis auf die Influenza (die jetzt in der Klasse X *Krankheiten des Atmungssystems* enthalten ist) gut.

### Originalquellen

- ▶ Abteilung für Infektionsepidemiologie des Robert Koch-Instituts: Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten. [SurvStat@RKI.de](mailto:SurvStat@RKI.de).

### Dokumentationsstand

18.12.2002, Abteilung für Infektionsepidemiologie des RKI/lögd

Jahr	Meldepflichtige Infektionserkrankungen nach dem Infektionsschutzgesetz, nach Geschlecht, Land, im Zeitvergleich					
	weiblich		männlich		insgesamt	
	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	Anzahl	je 100 000 Einwohner
2001	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 3.58 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>					
2002						
2003						
...						
Berichtsjahr						

Datenquelle:  
Abteilung für Infektionsepidemiologie des Robert Koch-Instituts:  
Statistik der meldepflichtigen Krankheiten



Meldepflichtige Infektionserkrankungen	ICD-10 <sup>1</sup>	weiblich		männlich		insgesamt	
		Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	Anzahl	je 100 000 Einw.
Akute infektiöse Darmkrankheiten	A00 - A09, D59.3, M31.1						
darunter:							
Cholera	A00						
Typhus abdominalis	A01.0						
Paratyphus	A01.1 - A01.4						
Salmonellose <sup>2</sup>	A02.0, A02.1						
Shigellose <sup>3</sup>	A03						
EHEC <sup>4</sup> -Darminfektionen <sup>3</sup>	A04.3						
E.-coli <sup>5</sup> -Enteritis	A04.0 - A04.2, A04.4						
Campylobacter-Enteritis	A04.5						
Yersinien-Enteritis <sup>6</sup>	A04.6						
Botulismus <sup>7</sup>	A05.1						
Giardiasis	A07.1						
Kryptosporidiose	A07.2						
Rotavirus-Enteritis	A08.0						
Norovirus-Gastroenteritis <sup>8</sup>	A08.1						
HUS/TTP <sup>9</sup>	D59.3, M31.1						
Tuberkulose	A15 - A19						
Brucellose	A23						
Leptospirose	A27						
Listeriose	A32, P37.2						
Meningokokken-Erkrankg. <sup>10</sup>	A39.0 - A39.2						
Haemophilus-Erkrankungen <sup>11</sup>	A41.3, G00.0						
Legionellose	A48.1, A48.2						
Syphilis <sup>12</sup>	A50 - A53						
Ornithose	A70						
Q-Fieber	A78						
Creutzfeldt-Jakob-Krankh. <sup>13</sup>	A81.0						
FSME <sup>14</sup>	A84.1						
Denguefieber <sup>15</sup>	A90, A91						
Hantavirus-Erkrankungen <sup>16</sup>	A98.5						
Sonstige VHF <sup>17</sup>	A92.4, A95, A96, A98, A99						
Masern	B05						
Akute Virushepatitis	B15 - B17						

[Sprung zu Daten des Indikators 3.59 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes](#)

noch: Indikator 3.59

Meldepflichtige Infektionserkrankungen	ICD-10 <sup>1</sup>	weiblich		männlich		insgesamt	
		Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	Anzahl	je 100 000 Einw.
davon:							
Hepatitis A	B15						
Hepatitis B	B16						
Hepatitis C	B17.1						
sonstige akute Virushepatitiden <sup>18</sup>	B16.0, B16.1, B17.0, B17.2, B17.8						
Adenovirus(kerato)-konjunktivitis	B30.0, B30.1						
Malaria <sup>19</sup>	B50 - B53						
Influenza	J10						
Sonstige <sup>20</sup>							
<b>Insgesamt</b>							

Datenquelle:

Abteilung für Infektionsepidemiologie des Robert Koch-Instituts:  
Statistik der meldepflichtigen Krankheiten

- <sup>1</sup> Kodierung ist nicht Bestandteil des Meldesystems
- <sup>2</sup> Salmonellenenteritis oder -sepsis, außer durch Salmonella typhi oder paratyphi
- <sup>3</sup> außer HUS/TTP
- <sup>4</sup> Escherichia coli, enterohämorrhagische Stämme
- <sup>5</sup> Escherichia coli, darmpathogene Stämme, außer EHEC
- <sup>6</sup> Enteritis durch Yersinia enterocolitica
- <sup>7</sup> lebensmittelbedingter, Säuglings- und Wundbotulismus, durch Clostridium botulinum oder Botulinumtoxin
- <sup>8</sup> ehemals als Norwalk-ähnliche Viren bezeichnet
- <sup>9</sup> inkomplettes und komplettes hämolytisch-urämisches Syndrom, thrombotisch-thrombozytopenische Purpura
- <sup>10</sup> akute Meningokokkenmeningitis oder -sepsis, inkl. Waterhouse-Friderichsen-Syndrom
- <sup>11</sup> Haemophilus influenzae-Meningitis oder -Sepsis
- <sup>12</sup> nur mit Nachweis von Treponema pallidum
- <sup>13</sup> außer familiär-hereditäre Formen
- <sup>14</sup> zentraleuropäische Frühsommer-Meningoenzephalitis
- <sup>15</sup> hämorrhagische und nicht-hämorrhagische Verläufe
- <sup>16</sup> Infektionen durch Hantavirus mit klinischer Symptomatik
- <sup>17</sup> sonstige hämorrhagische Viruskrankheiten, d. h. virale hämorrhagische Fieber (VHF) und Erkrankungen mit Viren, die typischerweise hämorrhagische Fieber hervorrufen, außer Denguevirus und Hantavirus; darunter Rifttalfeber (A92.4), Gelbfieber (A95), hämorrhagisches Fieber durch Arenaviren (A96), hämorrhag. Krim-Kongo-Fieber (A98.0), hämorrhag. Omsk-Fieber (A98.1), Kyasanur-Wald-Krankheit (A98.2), Marburg-Viruskrankheit (A98.3), Ebola-Viruskrankheit (A98.4)
- <sup>18</sup> im einzelnen: Hepatitis D (B16.0, B16.1, B17.0), Hepatitis E (B17.2), Virushepatitis Non-A-E (B17.8)
- <sup>19</sup> nur mit Nachweis von Plasmodium sp.
- <sup>20</sup> sonstige bedeutsame, aber seltene spezifische meldepflichtige Infektionskrankheiten; im einzelnen: Pest (A20), Tularämie (A21), Anthrax (A 22), Lepra (A30), Diphtherie (A36), Läuserückfallfeber (A68,0), epidemisches Fleckfeber durch Rickettsia prowazekii (A75.0), akute Poliomyelitis (A80), Tollwut (A82), Echinokokkose (B67), Trichinellose (B75), Rötelnembryopathie (P35.0), angeborene Toxoplasmose (P37.1)

3.60

## Krankenhausfälle infolge von Infektionskrankheiten nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr

### Definition

Bei stationären Behandlungen wird die Hauptdiagnose von den behandelnden Ärzten bei der stationären Entlassung kodiert. Der als Hauptdiagnose dokumentierte Krankheitszustand ist das führende Symptom eines diagnostizierten und behandelten Zustandes (s. Regelwerk zur ICD-10). Zur Klasse der infektiösen und parasitären Krankheiten (Kapitel I der ICD-10) gehören alle unter A00 - B99 kodierten Krankheiten mit den Gruppen infektiöse Darmkrankheiten, Tuberkulose, bakterielle Zoonosen, sonstige bakterielle Krankheiten, Infektionen, die vorwiegend durch Geschlechtsverkehr übertragen werden, sonstige Spirochätenkrankheiten, Krankheiten durch Chlamydien, Rickettsiosen, Virusinfektionen des Zentralnervensystems, Viruskrankheiten HIV und AIDS, Mykosen, Protozoenkrankheiten, Helminthosen, Parasitenbefall und andere.

Falls während der stationären Behandlung eine meldepflichtige Infektionskrankheit festgestellt wird, so ist das Krankenhaus meldepflichtig. Die Zahl der im Kapitel *Infektiöse und parasitäre Krankheiten* enthaltenen Krankheiten ist größer als die durch das Infektionsschutzgesetz erfassten meldepflichtigen Krankheiten und Erreger.

### Datenhalter

- ▶ Statistische Landesämter

### Datenquelle

- ▶ Krankenhausstatistik, Teil II - Diagnosen

### Periodizität

Jährlich, 31.12.

### Validität

Die Daten werden von allen Krankenhäusern vollständig erhoben. Die exakte Einhaltung der Kodierregeln kann bei der Vielzahl der kodierenden Ärzte nicht garantiert werden, so dass Ungenauigkeiten möglich sind. Eine Infektionskrankheit als Begleiterkrankung kann statistisch nicht ausgewiesen werden, sondern es wird nur die Hauptdiagnose kodiert. Deshalb ist davon auszugehen, dass in den Krankenhäusern mehr Patienten mit Infektionskrankheiten behandelt werden, als in den Daten ausgewiesen werden.

### Kommentar

Eine Zuordnung der Infektionskrankheiten nach den Falldefinitions-kategorien, die für das Infektionsschutzgesetz vorgesehen ist, erfolgt für die stationären Behandlungsfälle nicht bzw. ist anhand der statistischen Daten nicht zu erkennen. Es gibt Sortierungen der Krankenhausfälle nach Wohnort und nach Behandlungsort. Zweckmäßig für epidemiologische Auswertungen ist der Datenbestand stationärer Behandlungsfälle nach Wohnort, der deshalb den Infektionserkrankungen zu Grunde gelegt wird. Da es sich um eine Fallstatistik handelt, hat die Altersstandardisierung einen untergeordneten Wert. Deshalb sollten die berechneten Raten je 100 000 Einwohner bevorzugt werden. Es handelt sich um einen Ergebnisindikator.

### Vergleichbarkeit

Vergleichbar mit dem WHO-Indikator 2300 992921 *Hospital discharges: infectious and parasitic diseases/100 000*. Nicht vergleichbar mit OECD-Indikatoren. Im bisherigen Indikatorenset gab es keinen Indikator zu Krankenhausfällen infolge von Infektionskrankheiten. Ab dem Jahr 2000 wird die Krankenhausdiagnosestatistik nach der ICD-10 geführt. Die Influenza gehört in der ICD-10 nicht mehr zu den Infektionskrankheiten, sondern zu Kapitel X *Krankheiten des Atmungssystems*. Eine bedingte Vergleichbarkeit ist gegeben.

### Originalquellen

- ▶ Statistische Landesämter: Statistische Berichte zur Krankenhausdiagnosestatistik.

### Dokumentationsstand

13.09.2002, lögd

Indikator (L) 3.60		Krankenhausfälle infolge von Infektionskrankheiten nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr				
Alter in Jahren	Krankenhausfälle infolge von Infektionskrankheiten (A00 - B99)				darunter: Infektiöse Darmkrankheiten (A00 - A09)	
	weiblich		männlich		weiblich	männlich
	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	Anzahl	
0						
1 - 4						
5 - 9						
10 - 14						
15 - 19						
20 - 24						
25 - 29						
30 - 34						
35 - 39						
40 - 44						
45 - 49						
50 - 54						
55 - 59						
60 - 64						
65 - 69						
70 - 74						
75 - 79						
80 - 84						
85 - 89						
90 - 94						
95 und mehr						
<b>Insgesamt</b>						
<b>standard. an Europabev. alt</b>						

[Sprung zu Daten des Indikators 3.60 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes](#)

Datenquelle:  
Statistische Landesämter:  
Krankenhausstatistik, Teil II - Diagnosen

3.61

3.62

### **Neuerkrankungen an bakteriell gesicherter Lungentuberkulose, Deutsche und Ausländer, Land, im Zeitvergleich**

### **Neuerkrankungen an bakteriell gesicherter Lungentuberkulose, Land im Regionalvergleich, Jahr**

#### **Definition**

Tuberkulose weist eine enge Wechselwirkung mit der sozialen Lage der Bevölkerung auf. Der jährliche Rückgang der Tuberkulose-Inzidenz beträgt in Deutschland über die letzten 10 Jahre eine Neuerkrankung je 100 000 Einwohner. Deutschland weist eine niedrige Inzidenzrate mit weniger als 10 Neuerkrankungen je 100 000 Einwohner auf. Das Risiko von Ausländern, die in Deutschland leben, an Tuberkulose zu erkranken, ist erhöht.

Meldepflichtige übertragbare Krankheiten basieren auf dem am 1.1.2001 in Kraft getretenen Infektionsschutzgesetz (IfSG). Alle Formen von Tuberkuloseerkrankungen sind nach dem Infektionsschutzgesetz meldepflichtig. Im vorliegenden Indikator 3.61 werden die Neuerkrankungen an bakteriell gesicherter Lungentuberkulose (ICD-10: A15.0 und A15.1) für die Bundesländer aufgeführt, differenziert nach Deutschen und Ausländern. Im Indikator 3.62 werden die Neuerkrankungen an bakteriell gesicherter Lungentuberkulose regional dargestellt.

Die Lungentuberkulose (ICD-10: A15.0 und A15.1) ist charakterisiert durch den Befall des Lungenparenchyms oder des Tracheo-Bronchialbaums. In die Indikatoren gehen alle kulturell- oder mikroskopisch-positiven Fälle von Lungentuberkulose ein.

Tuberkulose-Erkrankungen für Deutsche und Ausländer beziehen sich auf den aktuellen Stand der Staatsbürgerschaft. Demzufolge werden die Daten der Bevölkerungsstatistik (durchschnittliche Bevölkerung) als Bezugspopulation herangezogen.

Bis zum Jahr 2000 wurden die Neuerkrankungen an offener Lungentuberkulose aus der Tuberkulosestatistik der Statistischen Landesämter bereitgestellt. Tuberkulose-Erkrankungen für Deutsche und Ausländer bezogen sich wie im vorliegenden Indikator auf den aktuellen Stand der Staatsbürgerschaft und basierten auf der Bevölkerungsstatistik. Im Indikator 3.59 werden alle Erkrankungen an Tuberkulose (A15 - A19) aufgeführt. Die bakteriell gesicherte Lungentuberkulose (A15.0 und A15.1) ist eine Teilmenge aller Tuberkulose-Erkrankungen.

#### **Datenhalter**

- ▶ Abteilung für Infektionsepidemiologie des Robert Koch-Instituts

#### **Datenquelle**

- ▶ Statistik der meldepflichtigen Krankheiten

#### **Periodizität**

Jährlich, 31.12., qualitätsgesicherte und verbindliche Zahlen ab 30.06. des Folgejahres

#### **Validität**

Die Vollständigkeit der Meldungen wird durch die Meldedisziplin der Ärzte und weiterer meldepflichtiger Einrichtungen beeinflusst. Einige Erkrankungen lassen sich aufgrund unvollständiger Meldungen Ländern nicht zuordnen. Deshalb kann die Summe der von den 16 Bundesländern gemeldeten Krankheiten von der Gesamtsumme der Erkrankungen der Bundesrepublik Deutschland abweichen.

Die Summe der Tuberkulose-Erkrankungen im Indikator 3.62 sollte mit den im Indikator 3.61 für dasselbe Jahr geführten Zahlen zu Erkrankungen an Lungentuberkulose übereinstimmen. Zur besseren Vergleichbarkeit der Erkrankungshäufigkeiten im Trend und im regionalen Vergleich werden zusätzlich altersstandardisierte Raten berechnet.

### **Kommentar**

Die Meldungen von Tuberkulose-Erkrankungen erfolgen nach den vom Robert Koch-Institut festgelegten Referenzdefinitionen, die sowohl das klinische Bild, den labor diagnostischen Nachweis als auch den epidemiologischen Zusammenhang berücksichtigen. Daten liegen bis zur Kreisebene vor. Es besteht der Bezug zum Wohnort. Als Nennerpopulation wird die durchschnittliche Bevölkerung des Berichtsjahres, getrennt für Deutsche und Ausländer, verwendet. Die Inzidenzraten von Tuberkulose-Erkrankungen wurden auch im bisherigen Indikatorensetz altersstandardisiert, das betrifft sowohl den Indikator 3.61 als auch den Indikator 3.62. Berechnungsbasis für die Inzidenzraten auf Kreisebene ist die im vereinfachten Verfahren ermittelte durchschnittliche Bevölkerung (Anfangs- plus Endbestand / 2), bei Ländern mit wenig Neuerkrankungen oder Kreisen mit geringer Bevölkerung ist die Berechnung von Dreijahresmittelwerten zu empfehlen. Für den Vergleich von regionalen Angaben zur Tuberkulose-Inzidenz wird zusätzlich die indirekte Standardisierung durchgeführt. Es handelt sich bei beiden Indikatoren um Ergebnisindikatoren.

### **Vergleichbarkeit**

Im WHO-Indikatorensetz ist nur die Tuberkulose-Inzidenz 2010 040 301 *Tuberculosis incidence per 100 000* insgesamt enthalten (s. Ind. 3.59). Nicht vergleichbar mit OECD-Indikatoren. Angaben zur Tuberkulose sind im EU-Indikatorensetz vorgesehen.

Im bisherigen GMK-Indikatorensetz beinhaltet der Indikator 3.14 die offen ansteckende Tuberkulose für Deutsche und Ausländer, die entsprechenden ICD-9 Diagnosen waren die 010 - 012. Die nach dem Infektionsschutzgesetz zu Grunde gelegte Definition der bakteriell gesicherten Lungentuberkulose entspricht der ICD-10-Kodierung A15.0 und A15.1. Der Indikator ist mit dem bisherigen GMK-Indikator nur bedingt vergleichbar, da weniger Meldungen in den Indikator eingehen. Tuberkulose-Erkrankungen der Pleura, der Lymphknoten usw. sind in den Indikatoren 3.61 und 3.62 nicht mehr enthalten. Im bisherigen Indikator war der bakterielle Erregernachweis nicht explizit nachgewiesen. Bei der Fortschreibung der seit dem Jahre 1980 geführten Zeitreihe ist diese Änderung zu beachten.

### **Originalquellen**

- ▶ Abteilung für Infektionsepidemiologie des Robert Koch-Instituts: Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten und Auswertung der Datenbankangaben im RKI. [SurvStat@RKI.de](mailto:SurvStat@RKI.de).

### **Dokumentationsstand**

07.03.2003, Abteilung für Infektionsepidemiologie des RKI/lögd

<b>Indikator (L) 3.61</b>		<b>Neuerkrankungen an bakteriell gesicherter Lungentuberkulose, Deutsche und Ausländer, Land, im Zeitvergleich</b>							
Jahr	Bakteriell gesicherte Lungentuberkulose (A15.0 und A15.1)								
	insgesamt			davon:					
				Deutsche			Ausländer		
	Anzahl	je 100 000 Einwohner	je 100 000 alt.stand.*	Anzahl	je 100 000 deutsche Einwohner	je 100 000 alt.stand.*	Anzahl	je 100 000 ausländ. Einwohner	je 100 000 alt.stand.*
1980	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 3.61 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>								
1985									
1990									
1995									
2000									
2001									
2002									
...									
Berichtsj.									

Datenquelle:  
Abteilung für Infektionsepidemiologie des Robert Koch-Instituts:  
Statistik der meldepflichtigen Krankheiten

\* standardisiert an der  
Europabevölkerung alt

<b>Indikator (L) 3.62</b>		<b>Neuerkrankungen an bakteriell gesicherter Lungentuberkulose, Land im Regionalvergleich, Jahr</b>				
Lfd. Nr.	Region	Bakteriell gesicherte				
		weiblich			männlich	
		Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	SMR*	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.
1	<b>Regierungsbezirk Land</b>					
2						
3						
...						

Datenquelle:  
Abteilung für Infektionsepidemiologie des Robert Koch-Instituts:  
Statistik der meldepflichtigen Krankheiten

\* Standardized Morbidity Ratio:  
standardisiert an der Tbc-Inzidenz  
des Landes (siehe Kommentar)

Lungentuberkulose (A15.0 und A15.1)				Region	Lfd. Nr.
	insgesamt				
SMR*	Anzahl	je 100 000 Einwohner	SMR*		
				<b>Regierungsbezirk</b>	1
				<b>Land</b>	2
					3
					...



3.63

### **AIDS-Erkrankte nach Betroffenenengruppen und Geschlecht, Land, Diagnosejahre**

#### **Definition**

AIDS ist eine Infektionskrankheit mit erheblicher sozialer Relevanz. AIDS ist eine verhütbare Krankheit, die überwiegend jüngere, ökonomisch aktive Menschen betrifft, ansteckend ist, teure Behandlungskosten verursacht und nicht heilbar ist.

Als AIDS (engl.: Acquired Immune Deficiency Syndrome, deutsch: Erworbenes Immundefekt-Syndrom) werden die schweren klinischen Manifestationsformen im Endstadium der Infektion mit dem Humanen Immundefizienz-Virus (HIV) klassifiziert.

Die als Betroffenenengruppen aufgeführten Kategorien charakterisieren Personenkreise, die einem besonderen Infektionsrisiko unterliegen. Es wird das nach allen vorliegenden Informationen als wahrscheinlichster Infektionsweg eingestufte Infektionsrisiko angegeben.

Unter der im Indikator 3.63 ausgewiesenen Kurzbezeichnung MSM verbergen sich Männer, die Sex mit Männern haben; zu den Intravenös Drogenabhängigen (IDVA) zählen Personen, bei denen als Infektionsrisiko sowohl homosexuelles Verhalten als auch i. v. Drogenkonsum angegeben wird. Zu den Bluterkranken und Bluttransfusionsempfängern (Hämo/Trans) werden Empfänger von Bluttransfusionen und Blutprodukten (die nicht Hämophile sind) sowie Empfänger von Transplantaten - einschließlich Patienten, die die Transfusion im Ausland erhalten haben - zusammengefasst. Personen, für die kein anderes Infektionsrisiko angegeben wird, werden unter der Kategorie Heterosexuelle Kontakte, (nicht aus Endemiegebieten) geführt. Personen, die aus Hochprävalenz-Ländern stammen (HIV-Prävalenz in der allgemeinen Bevölkerung >1 %), sind in der Gruppe Personen aus Hochprävalenz-Ländern zusammengefasst. Eine weitere Betroffenenengruppe sind Kinder, die sich prä- oder perinatal (PPI) infizieren. Fehlende oder keine Angaben zum Infektionsrisiko sind in einer Restgruppe enthalten.

Es werden nur Fälle in das AIDS-Fallregister aufgenommen, die der Falldefinition genügen. Diese Fallberichte werden dem Jahr der Diagnosenstellung zugeordnet, ggf. auch rückwirkend. Dadurch kann es nachträglich zu Korrekturen von Zahlen kommen. Die Erkrankungen werden für Großstädte über 100 000 Einwohner, für größere Regionen und für Länder dargestellt. Die Großräume werden auf der Basis der ersten drei Ziffern der Postleitzahlen gebildet.

Bei der Behandlung der HIV-Infektion sind in den letzten Jahren Fortschritte erzielt worden, so dass HIV-Infizierte zu einem späteren Zeitpunkt an AIDS erkranken.

In das AIDS-Fallregister werden nur Personen aufgenommen, die ihren ständigen Wohnsitz in der BRD haben.

#### **Datenhalter**

- ▶ AIDS-Zentrum in der Abteilung für Infektionsepidemiologie des Robert Koch-Instituts

#### **Datenquelle**

- ▶ AIDS-Fallregister

#### **Periodizität**

Jährlich, 31.12.

#### **Validität**

Die AIDS-Fallmeldungen aus den großen klinischen Behandlungszentren wurden auf die elektronische Datenerfassung und -übermittlung umgestellt. Durch verzögerte Erfassung und Übermittlung gibt es weiterhin einen erheblichen Meldeverzug, der zu Nachkorrekturen der Zahlen führt. Die Vollständigkeit des AIDS-Fallregisters liegt bei ca. 85 %.

### **Kommentar**

Seit 1982 werden die freiwilligen und anonymen Fallberichte der behandelnden Ärzte über AIDS-Erkrankungs- und -Todesfälle in der Bundesrepublik Deutschland in einem zentralen Fallregister zusammengetragen und ausgewertet. In das AIDS-Fallregister werden nur Erkrankte aufgenommen, die ihren ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben und die der geltenden Falldefinition für die epidemiologische Überwachung von AIDS genügen. Berichte, bei denen unverzichtbare Angaben unvollständig sind, werden recherchiert und ggf. später aufgenommen. Durch die fortlaufenden Recherchen können sich Veränderungen in der Zahl oder der Zuordnung der bereits in der Vergangenheit gemeldeten Fälle ergeben. Verminderungen der Gesamtzahl können entstehen, wenn bisher unbekannte Mehrfachmeldungen des gleichen Falles als solche identifiziert werden.

Es handelt sich um einen Ergebnisindikator.

### **Vergleichbarkeit**

Vergleichbar mit dem WHO-Indikator 2180 050312 *Clinically diagnosed AIDS incidence/100 000*. Daten für Deutschland werden vom Robert Koch-Institut (RKI) an die WHO geliefert, so dass Übereinstimmung der Angaben besteht. Indikatoren zu AIDS-Inzidenz und -Prävalenz sind im OECD- und EU-Indikatorensatz enthalten. Im bisherigen Indikatorensatz gab es den Indikator 3.16 *AIDS-Erkrankte nach Betroffenenengruppen und Geschlecht*, der mit dem vorliegenden Indikator vergleichbar ist. Der bis zum Jahr 2000 benutzte Begriff *Homo-/Bisexuelle* wurde durch den Begriff *Männer, die Sex mit Männern haben (MSM)* ersetzt, der bisherige Begriff *Patienten aus Pattern-II-Ländern* wurde durch den Begriff *Personen, die aus Hochprävalenz-Ländern stammen (HPL)* ersetzt. Demzufolge können Zeitreihen fortgeführt werden.

### **Originalquellen**

- ▶ AIDS-Zentrum in der Abteilung für Infektionsepidemiologie des Robert Koch-Instituts: *Epidemiologisches Bulletin*. Gemeldete AIDS-Fälle nach Ländern, Tabellen/Disketten. [www.rki/INFEKT/AIDS\\_STD/AZ.HTM](http://www.rki/INFEKT/AIDS_STD/AZ.HTM).

### **Dokumentationsstand**

10.02.2003, Abt. für Infektionsepidemiologie des RKI/lögd

Betroffenengruppe	AIDS-Erkrankte					
	Jahr		Jahr		Berichtsjahr	
	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich
	Anzahl*					
MSM**	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 3.63 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>					
Intravenös Drogenabhängige						
Bluterkrankte und Bluttransfusionsempfänger						
Heterosexuelle Kontakte						
Personen aus Hochprävalenz-Ländern***						
Prä- oder perinatale Infektion						
Fehlende od. keine An- gaben zum Infektionsrisiko						
<b>Insgesamt</b>						

Datenquelle:  
AIDS-Zentrum in der Abt. für Infektionsepidemiologie  
des Robert Koch-Instituts:  
AIDS-Fallregister

\* Nachmeldungen möglich  
\*\* Männer, die Sex mit Männern haben  
\*\*\* Länder, in denen die HIV-Prävalenz in der  
allgemeinen Bevölkerung über 1 % liegt



3.64

### Gemeldete gesicherte HIV-Erstdiagnosen nach Geschlecht, Land, Diagnosejahr, im Zeitvergleich

#### Definition

Die Meldungen HIV-positiver Laborbefunde dienen der epidemiologischen Überwachung, der Beobachtung von Trends und von Präventionsmaßnahmen, um die von HIV/AIDS ausgehende Seuchengefahr einzudämmen.

Die Virusinfektion mit dem Human Immundefizienz-Virus ruft eine nicht heilbare Erkrankung hervor, die nach Ablauf von mehreren Jahren zur Erkrankung AIDS (engl.: Acquired Immune Deficiency Syndrome, deutsch: Erworbenes Immundefekt-Syndrom) mit schweren klinischen Manifestationsformen im Endstadium führt.

Bei der Behandlung der HIV-Infektion sind in den letzten Jahren Fortschritte erzielt worden, so dass HIV-Infizierte erst zu einem späteren Zeitpunkt an AIDS erkranken. Eine frühzeitige Erfassung der HIV-Infektion erhöht die Therapiechancen für die Betroffenen.

Alle Befunde über bestätigte positive HIV-Antikörpertests werden an das Robert Koch-Institut (RKI) gemeldet. Nach der Laborberichtsverordnung waren Laborärzte seit dem Jahre 1987 verpflichtet, jeden bestätigten positiven HIV-Antikörpertest in anonymisierter Form an das RKI zu melden. Erst ab dem Jahr 1993 war es möglich, Erstdiagnosen von Mehrfachmeldungen mit größerer Zuverlässigkeit zu trennen und damit die epidemiologischen Aussagen zu präzisieren.

Meldungen über HIV-Infektionen erfolgen durch Labors und behandelnde Ärzte. Es werden nur Meldungen über HIV-positive Erstdiagnosen in das HIV-Register aufgenommen. Im vorliegenden Indikator werden demzufolge nur HIV-Erstdiagnosen aufgeführt. In das HIV-Register werden nur Personen aufgenommen, die ihren ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben.

#### Datenhalter

- ▶ AIDS-Zentrum in der Abteilung für Infektionsepidemiologie des Robert Koch-Instituts

#### Datenquelle

- ▶ HIV-Meldungen nach § 7, Abs. 3 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG)

#### Periodizität

Jährlich, 31.12.

#### Validität

Nach dem seit dem Jahr 2001 verbindlichen Infektionsschutzgesetz (§ 4, Absatz 2) legt das RKI die Falldefinitionen für die HIV-Meldungen fest. Die Vollständigkeit der HIV-Meldungen liegt bei ca. 95 %. Durch die fallbezogenen Verschlüsselungen sind Doppelerfassungen seit 10 Jahren ausgeschlossen, so dass eine sehr gute Validität der Daten vorliegt.

#### Kommentar

HIV-Meldungen werden ab dem Jahr 1987 auf der Grundlage der Laborberichtsverordnung erfasst. Nach dem In-Kraft-Treten (1.1.2001) des Infektionsschutzgesetzes erfolgen die Meldungen mit einer fallbezogenen Verschlüsselung, die bei Wahrung der Anonymität das Auffinden von Mehrfachmeldungen ermöglicht.

Im bisherigen Indikatorensetz wurden HIV-sero-positiv gemeldete Laborfälle als Zeitreihe dokumentiert. Der Indikator wurde verändert, es wurden wie beim Indikator über AIDS (Ind.

3.63) die HIV-Meldungen nach Betroffenenengruppen gruppiert. Es handelt sich um einen Ergebnisindikator.

**Vergleichbarkeit**

Der Indikator ist mit den WHO-Indikatoren 2183 055303 *Number, reported new HIV infections* und 2184 050303 *New HIV infections reported per 100 000* in der Summe der gemeldeten Erstdiagnosen HIV vergleichbar. Nicht vergleichbar mit OECD-Indikatoren. Im EU-Indikatorenansatz sind Indikatoren zur HIV Inzidenz und Prävalenz vorgesehen. Im bisherigen Indikatorenansatz gab es den Indikator 3.17 zu HIV-positiven Laborfällen. Der vorliegende Indikator ist mit dem bisherigen Indikator ab dem Jahr 1993 nur in der Summenzeile vergleichbar, die Datenvalidität hat sich ständig verbessert. Statt HIV-positive Laborfälle wird nunmehr der Begriff *Gemeldete gesicherte HIV-Erstdiagnosen* verwendet. Die Begriffe sind identisch, so dass die Zeitreihen unter Beachtung dieser Hinweise fortgeführt werden können.

**Originalquellen**

- ▶ AIDS-Zentrum in der Abteilung für Infektionsepidemiologie des Robert Koch-Instituts: *Epidemiologisches Bulletin*. Gemeldete HIV-Infektionen/AIDS, Tabellen/Disketten. [www.rki/INFEKT/HIV\\_STD/AZ.HTM](http://www.rki/INFEKT/HIV_STD/AZ.HTM).

**Dokumentationsstand**

10.02.2003, AIDS-Zentrum in der Abt. für Infektionsepidemiologie des RKI/lögd

Indikator (L) 3.64	Gemeldete gesicherte HIV-Erstdiagnosen nach Betroffenenengruppen und Geschlecht, Land, Diagnosejahre					
	HIV-Erstdiagnosen					
	Jahr		Jahr		Berichtsjahr	
	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich
Anzahl*						
MSM** Intravenös Drogenabhängige Bluterkrankte und Bluttransfusionsempfänger Heterosexuelle Kontakte Personen aus Hochprävalenz-Ländern*** Prä- oder perinatale Infektion Fehlende od. keine An- gaben zum Infektionsrisiko  <b>Insgesamt</b>	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 3.64 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>					

Datenquelle:  
AIDS-Zentrum in der Abt. für Infektionsepidemiologie  
des Robert Koch-Instituts:  
HIV-Meldungen nach § 7, Abs. 3 des IfSG

\* Nachmeldungen möglich  
\*\* Männer, die Sex mit Männern haben  
\*\*\* Länder, in denen die HIV-Prävalenz in der  
allgemeinen Bevölkerung über 1 % liegt

3.65

### Gestorbene infolge von Infektionskrankheiten nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr

#### Definition

Auf Todesbescheinigungen wird das Grundleiden von den Ärzten ermittelt und dieses dient bei der Kodierung in den statistischen Landesämtern als die Diagnose, die für die Todesursachenstatistik relevant ist. Das Grundleiden ist die Krankheit, die den Ablauf der direkt zum Tode führenden Krankheitszustände auslöste. Außerdem gibt es vorangegangene Ursachen und Krankheitszustände, welche in der Kausalkette direkt zum Tode geführt haben. In Teil II der Todesbescheinigung können andere wesentliche Krankheitszustände, die zum Tode beigetragen haben, ohne mit der Krankheit selbst in Zusammenhang zu stehen, eingetragen werden. Für die Todesursachenstatistik wird nur das Grundleiden ausgewertet (siehe Regelwerk zur ICD-10).

Zur Klasse der infektiösen und parasitären Krankheiten (Kapitel I der ICD-10) gehören alle unter A00 - B99 kodierten Krankheiten mit den Gruppen infektiöse Darmkrankheiten, Tuberkulose, bakterielle Zoonosen, sonstige bakterielle Krankheiten, Infektionen, die vorwiegend durch Geschlechtsverkehr übertragen werden, sonstige Spirochätenkrankheiten, Krankheiten durch Chlamydien, Rickettsiosen, Virusinfektionen des Zentralnervensystems, Viruskrankheiten HIV und AIDS, Mykosen, Protozoenkrankheiten, Helminthosen, Parasitenbefall u. a.

Die Zahl der im Kapitel *Infektiöse und parasitäre Krankheiten* enthaltenen Verstorbenen enthält demzufolge nur die Fälle, in denen die Infektionskrankheit das Grundleiden ist. Es können mehr infolge von Infektionskrankheiten Verstorbene erfasst sein als über die Meldepflicht registrierten Erkrankungsfälle (s. Indikator 3.59), da die Meldepflicht nicht alle Infektionserkrankungen umfasst. Auf der anderen Seite werden Verstorbene, die neben dem Grundleiden an einer Infektionskrankheit litten, nicht erfasst.

**Datenhalter:** ▶ Statistische Landesämter

**Datenquelle:** ▶ Todesursachenstatistik

**Periodizität:** Jährlich, 31.12.

#### Validität

Die Daten werden über die Todesbescheinigungen vollständig erhoben. Die Einhaltung der Kodierregeln obliegt ausgebildeten Kodierern in den Statistischen Landesämtern. Bei der Vielzahl der Ärzte, die Todesbescheinigungen ausstellen, kann nicht garantiert werden, dass die Kausalkette der zum Tode führenden Krankheiten immer richtig ausgefüllt ist, so dass Ungenauigkeiten, meist in Form von Unterschätzungen, möglich sind.

#### Kommentar

Eine Infektionskrankheit als Begleiterkrankung kann statistisch wegen der unikausalen Todesursachenkodierung nicht ausgewiesen werden, sondern nur das Grundleiden. Deshalb ist davon auszugehen, dass mehr Personen an oder mit Infektionskrankheiten verstorben sind als in den Daten ausgewiesen werden.

Die Altersstandardisierung soll Altersstruktureffekte ausgleichen. Die Verstorbenen infolge AIDS werden wegen der kleinen Zahlen nicht je 100 000 der Altersgruppe berechnet. Aus Datenschutzgründen können Werte von einem oder zwei Verstorbenen pro Altersgruppe nicht ausgewiesen werden.

Es handelt sich um einen Ergebnisindikator.

### Vergleichbarkeit

Vergleichbar mit dem WHO-Indikator 1820 993002 *SDR infect. & parasitic diseases, all age/100 000*. Es gibt keinen vergleichbaren OECD-Indikator. Es gibt vergleichbare EU-Indikatoren zu *Cause specific mortality, infectious and parasitic diseases*.

Die standardisierten Werte (SDR) entsprechen den im Indikator 3.64 berechneten Angaben *standardisiert an Europabevölkerung (alt)*. Im bisherigen Indikatorensatz gab es keinen Indikator zu Todesfällen infolge von Infektionskrankheiten. Ab dem Jahr 1998 wird die Todesursachenstatistik nach der ICD-10 kodiert. Die Influenza gehört in der ICD-10 nicht mehr zu den Infektionskrankheiten, sondern zum Kapitel X *Krankheiten des Atmungssystems*. Eine bedingte Vergleichbarkeit ist gegeben.

### Originalquellen

- ▶ Statistische Landesämter: Statistische Berichte zur Todesursachenstatistik.

**Dokumentationsstand:** 13.09.2002, lögd

Alter in Jahren	Gestorbene infolge von Infektionskrankheiten nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr							
	Gestorbene infolge von Infektionskrankheiten (A00 - B99)				darunter: HIV-Krankheit (B20 - B24)			
	weiblich		männlich		weiblich		männlich	
	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.
0								
1 - 4								
5 - 9								
10 - 14								
15 - 19								
20 - 24								
25 - 29								
30 - 34								
35 - 39								
40 - 44								
45 - 49								
50 - 54								
55 - 59								
60 - 64	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 3.65 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>							
65 - 69								
70 - 74								
75 - 79								
80 - 84								
85 - 89								
90 - 94								
95 u. m.								
<b>Insgesamt</b>								
<b>standard. an Europ.bev. alt</b>								

Datenquelle:  
Statistische Landesämter:  
Todesursachenstatistik



3.66

## Bösartige Neubildungen nach Geschlecht, Land, im Zeitvergleich

### Definition

Der Indikator 3.66 ermöglicht die Abschätzung der Belastungen des Gesundheitswesens durch bösartige Neubildungen im Zeitverlauf. Der Indikator gestattet es, die Effizienz bevölkerungsbezogener Präventions- und Früherkennungsprogramme einzuschätzen. Der Indikator weist die Erkrankungshäufigkeit der Bevölkerung an bösartigen Neubildungen (ICD-10: C00 - C97) in der zeitlichen Entwicklung und nach Geschlecht aus. Es werden neben gemeldeten Neuerkrankungen, Arbeitsunfähigkeits- und Krankenhausfällen sowie Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bzw. sonstiger Leistungen zur Teilhabe zusätzlich die Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit und die Mortalität infolge bösartiger Erkrankungen angegeben. Alle Angaben erfolgen sowohl in absoluten Zahlen als auch in Raten je 100 000 Personen der Wohnbevölkerung bzw. der kranken- oder rentenversicherten Bevölkerung. Wo kein flächendeckendes Krebsregister existiert, beschränken sich die Inzidenzangaben auf die unter Beobachtung stehende Region z. B. einen Regierungsbezirk.

### Datenhalter

- ▶ Epidemiologische Krebsregister der Länder
- ▶ Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung
- ▶ Statistische Landesämter
- ▶ Verband Deutscher Rentenversicherungsträger

### Datenquelle

- ▶ Jahresstatistik zur Krebsinzidenz
- ▶ KG 8-Statistik
- ▶ Krankenhausstatistik, Teil II - Diagnosen
- ▶ Todesursachenstatistik
- ▶ Bevölkerungsstatistik
- ▶ Statistik über abgeschlossene Leistungen zur Teilhabe
- ▶ Statistik der gesetzlichen Rentenversicherung

### Periodizität

Jährlich, 31.12

### Validität

Die Aussagekraft und Zuverlässigkeit der Angaben zur Inzidenz bösartiger Neubildungen hängt von der Vollzähligkeit und Datenqualität des Epidemiologischen Krebsregisters ab (s. Indikator 3.67). Die für den Indikator verwendeten Statistiken zur Arbeitsunfähigkeit, der Krankenhausaufenthalte, zur medizinischen Rehabilitation und zu den Rentenzugängen unterliegen Validitätsprüfungen und Qualitätssicherungsprogrammen. Die Todesursachenstatistik weist eine hohe Validität, bezogen auf die Krebsmortalität, auf.

### Kommentar

Alle für den Indikator verwendeten Datenquellen sind wohnortbezogen. Durch die zusätzliche Altersstandardisierung ist für die Krebsinzidenzraten, die stationären Behandlungen und die Mortalitätsraten eine Vergleichbarkeit im zeitlichen Trend und zwischen den Bundesländern gegeben. Die Berechnung standardisierter Raten ist für Angaben zur Arbeitsunfähigkeit und

Rehabilitation und den Rentenzugängen nicht sinnvoll.  
Der vorliegende Indikator ist ein Ergebnisindikator.

### **Vergleichbarkeit**

Vergleichbar mit den WHO-Indikatoren 1520 100102 *SDR, malignant neoplasms, all ages /100 000, male/female/total population*. Im EU-Indikatorensetz ECHI gibt es entsprechende Indikatoren unter Kapitel 2 *Mortality, morbidity, disease-specific incidence/prevalence of diseases (all cancers)*. Bedingt vergleichbare OECD-Indikatoren geben die Anzahl neuer Krebsfälle pro 100 000 Einwohner an, wobei die Daten auf eine OECD-Standardbevölkerung bezogen werden. Im bisherigen Indikatorensetz waren vergleichbare Angaben zur Krebsmortalität (Ind. 3.8, 3.13) und zur Krebsinzidenz (Ind. 3.18) enthalten.

### **Originalquellen**

- ▶ Veröffentlichungen und statistische Jahresberichte der Epidemiologischen Krebsregister.
- ▶ Publikationen der Statistischen Landesämter, z. B. Statistische Jahresberichte.
- ▶ Standardtabellen der Statistischen Datenbanken oder weitere statistische Quellen.

### **Dokumentationsstand**

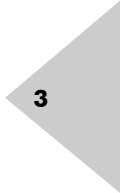
06.02.2003, lögd/Epidemiologisches Krebsregister für den Regierungsbezirk Münster

Indikator (K) 3.66		Bösartige Neubildungen nach Geschlecht, Land, im Zeitvergleich					
		Bösartige Neubildungen					
		Gemeldete Neuerkrankungen (ohne C44)		Krankenhausfälle		Arbeitsunfähigkeitsfälle	
Jahr	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	
	Anzahl						
2000	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 3.66 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>						
2001							
...							
Berichtsjahr							
	weiblich*	männlich*	weiblich*	männlich*	weiblich**	männlich**	
	je 100 000						
2000							
2001							
...							
Berichtsjahr							
	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	
	je 100 000 standardisiert an der Europabevölkerung alt						
2000							
2001							
...							
Berichtsjahr							

Datenquelle:  
 Epidemiologisches Krebsregister der Länder:  
 Jahresstatistiken zur Krebsinzidenz  
 Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung:  
 KG 8-Statistik  
 Statistische Landesämter:  
 Krankenhausstatistik, Teil II - Diagnosen,  
 Todesursachenstatistik, Bevölkerungsstatistik  
 Verband Deutscher Rentenversicherungsträger:  
 Statistik über abgeschlossene Leistungen zur Teilhabe,  
 Statistik der gesetzlichen Rentenversicherung

\* je 100 000 weibl. bzw. männl. Einw.  
 \*\* je 100 000 weibl. bzw. männl. GKV-  
 Pflichtmitglieder  
 \*\*\* je 100 000 weibl. bzw. männl. aktiv  
 Versicherte

(C00 - C97)						Jahr	
Leistungen z. med. Reha. u. sonst. Leistungen z. Teilhabe		Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit		Sterblichkeit			
weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich		
Anzahl						2000	
						2001	
						...	
						Berichtsjahr	
weiblich***	männlich***	weiblich***	männlich***	weiblich*	männlich*	2000	
je 100 000							2001
							...
						Berichtsjahr	
weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	2000	
je 100 000 standardisiert an der Europabevölkerung alt							2001
•	•	•	•				...
•	•	•	•				Berichtsjahr
•	•	•	•				



3.67

### Gemeldete Neuerkrankungen an bösartigen Neubildungen nach Geschlecht, Land, im Zeitvergleich

#### Definition

Die über die Zeit dargestellte altersstandardisierte Neuerkrankungsrate an bösartigen Neubildungen bildet eine wichtige Grundlage für die Beurteilung des Krankheitsgeschehens in der Bevölkerung. Die Interpretation zeitlicher Entwicklungen der Inzidenz kann zur frühzeitigen Aufdeckung neuer Krebsgefahren beitragen oder Effekte von Präventions- oder Früherkennungsprogrammen reflektieren. Kenntnisse über die Anzahl von Krebserkrankungen im zeitlichen Verlauf und daraus berechnete Überlebensraten geben wichtige Hinweise für die bedarfsgerechte Planung der medizinischen Versorgung. Der Indikator 3.67 weist die in den Krebsregistern der Länder gemeldeten Neuerkrankungen der Wohnbevölkerung an bösartigen Neubildungen (ICD-10: C00 - C97 ohne C44) für Frauen und Männer getrennt aus. Nichtmelanotische oder epitheliale Krebsarten der Haut (Plattenepithelkarzinome und Basalzellkarzinome) wurden aus methodischen Gründen ausgeschlossen. Alle Angaben erfolgen in absoluten Zahlen, als Rate je 100 000 Personen der Wohnbevölkerung und als altersstandardisierte Inzidenzrate.

#### Datenhalter

- ▶ Epidemiologische Krebsregister (EKR) der Länder

#### Datenquelle

- ▶ Jahresstatistiken zur Krebsinzidenz

#### Periodizität

Jährlich, 31.12

#### Validität

Um zuverlässige Rückschlüsse auf die Epidemiologie von bösartigen Neubildungen in der Bevölkerung zu erzielen, ist Vollzähligkeit bei der Krebsregistrierung anzustreben. Das bedeutet, dass möglichst alle Erkrankungen, die in der Bevölkerung auftreten, dem Register gemeldet werden. Da die Vollzähligkeit der Registrierung in den Ländern und bei den einzelnen Krebsarten variiert, sollte zur Bewertung der Angaben zur Inzidenz jeweils der Grad der Vollzähligkeit angegeben werden. Hierbei sollten die offiziellen Abschätzungen des Robert Koch-Instituts für das jeweilige Inzidenzjahr und der entsprechende so genannte DCO-Anteil wiedergegeben werden. Den DCO-Anteil in einem Register bilden die registrierten Erkrankungsfälle, über die allein aus Todesbescheinigungen Informationen vorliegen (Death Certificate Only). Während DCO-Fälle bei der Vollzähligkeitsabschätzung aus methodischen Gründen ausgeschlossen werden, finden sie bei der Inzidenzberechnung Berücksichtigung.

Im Gegensatz zur Vollzähligkeit bezieht sich die Vollständigkeit eines Krebsregisters auf die Qualität der Daten. So sollten dem Register zu jedem gemeldeten Erkrankungsfall auch alle erforderlichen Informationen zu Patient und Erkrankung vorliegen.

#### Kommentar

In einigen Bundesländern ist die Krebsregistrierung nicht flächendeckend aufgebaut, so dass die Zahl der jährlichen Neuerkrankungen nur mit Hilfe von Extrapolationsmodellen geschätzt werden kann. Der Indikator kann deshalb z. Z. für diese Länder nur eine Abschätzung über die Trendentwicklung von bösartigen Neubildungen liefern.

Der vorliegende Indikator ist ein Ergebnisindikator.

### Vergleichbarkeit

Vergleichbar mit den WHO-Indikatoren 2320 991001 *Cancer incidence per 100 000 population*, 2321 991051 *New cases of cancer*, 2322 991051 *New cases of cancer, male*, 2323 991051 *New cases of cancer, female*, 2324 991001 *Cancer incidence per 100 000, male*, 2325 991001 *Cancer incidence per 100 000, female*.

Die vergleichbaren OECD- und EU-Indikatoren sind Krebsinzidenzraten, auf die OECD-Standard *Total OECD-population* bzw. Europapopulation (alt) normiert und geben die Anzahl der Krebsfälle pro 100 000 Einwohner an. Der vorliegende Indikator ist vergleichbar mit Angaben zur Krebsinzidenz des bisherigen Indikatorensatzes (Ind. 3.18).

### Originalquellen

- ▶ Veröffentlichungen und statistische Jahresberichte der Epidemiologischen Krebsregister.
- ▶ Standardtabellen oder weitere statistische Quellen.

### Dokumentationsstand

06.02.2003, lögd/Epidemiologisches Krebsregister für den Regierungsbezirk Münster

Indikator (K) 3.67		Gemeldete Neuerkrankungen an bösartigen Neubildungen nach Geschlecht, Land, im Zeitvergleich							
Jahr	Neuerkrankungen an bösartigen Neubildungen (C00 - C97, ohne C44)								
	weiblich			männlich			insgesamt		
	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	je 100 000 alt.stand.*	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	je 100 000 alt.stand.*	Anzahl	je 100 000 Einwohner	je 100 000 alt.stand.*
1990	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 3.67 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>								
1995									
2000									
2001									
...									
Berichtsj.									

Datenquelle:  
Epidemiologische Krebsregister der Länder:  
Jahresstatistiken zur Krebsinzidenz

\* standardisiert an der  
Europabevölkerung alt

3.68

## Gemeldete Neuerkrankungen an bösartigen Neubildungen nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr

### Definition

Die jährlichen alters- und geschlechtsspezifischen Neuerkrankungsraten (Inzidenz) an bösartigen Neubildungen bilden eine wichtige Grundlage für die zeitliche Beurteilung des Krankheitsgeschehens in der Bevölkerung und können zur frühzeitigen Aufdeckung neuer Krebsgefahren beitragen oder Effekte von Präventions- oder Früherkennungsprogrammen reflektieren. Kenntnisse über die Neuerkrankungsraten sind wichtige Planungshilfen für die bedarfsgerechte medizinische Versorgung. Der Indikator 3.68 weist die in den Krebsregistern der Länder geführte Anzahl und die altersspezifischen Inzidenzraten der Neuerkrankungen an bösartigen Neubildungen (ICD-10: C00 - C97 ohne C44) der Wohnbevölkerung, nach 5-Jahres-Altersgruppen und nach Geschlecht getrennt, für das einzelne Berichtsjahr aus. Zusätzlich werden altersstandardisierte Inzidenzraten angegeben.

### Datenhalter

- ▶ Epidemiologische Krebsregister (EKR) der Länder

### Datenquelle

- ▶ Jahresstatistiken zur Krebsinzidenz

### Periodizität

Jährlich, 31.12

### Validität

Um zuverlässige Rückschlüsse auf die Epidemiologie von bösartigen Neubildungen in der Bevölkerung zu erzielen, ist Vollzähligkeit bei der Krebsregistrierung anzustreben. Das bedeutet, dass möglichst alle Erkrankungen, die in der Bevölkerung auftreten, dem Register gemeldet werden. Da die Vollzähligkeit der Registrierung in den Ländern und bei den einzelnen Krebsarten variiert, sollte zur Bewertung der Angaben zur Inzidenz jeweils der Grad der Vollzähligkeit angegeben werden. Hierbei sollten die offiziellen Abschätzungen des Robert Koch-Instituts für das jeweilige Inzidenzjahr und der entsprechende so genannte DCO-Anteil wiedergegeben werden. Den DCO-Anteil in einem Register bilden die registrierten Erkrankungsfälle, über die allein aus Todesbescheinigungen Informationen vorliegen (Death Certificate Only). Während DCO-Fälle bei der Vollzähligkeitsabschätzung aus methodischen Gründen ausgeschlossen werden, finden sie bei der Inzidenzberechnung Berücksichtigung.

Im Gegensatz zur Vollzähligkeit bezieht sich die Vollständigkeit eines Krebsregisters auf die Qualität der Daten. So sollten dem Register zu jedem gemeldeten Erkrankungsfall auch alle erforderlichen Informationen zu Patient und Erkrankung vorliegen.

### Kommentar

Die Zahl der 5-Jahres-Altersgruppen wurde auf die über 95-Jährigen erhöht. Dadurch wird der veränderten Alterstruktur Rechnung getragen. In einigen Bundesländern ist die Krebsregistrierung nicht flächendeckend aufgebaut, so dass die Zahl der jährlichen Neuerkrankungen nur mit Hilfe von Extrapolationsmodellen geschätzt werden kann. Der Indikator kann deshalb z. Z. für diese Länder nur eine Abschätzung über die alters- und geschlechtsspezifische Verteilung von bösartigen Neubildungen liefern.

Der vorliegende Indikator ist ein Ergebnisindikator.

**Vergleichbarkeit**

Wegen der 5-Jahres-Altersstruktur ist der Indikator kaum vergleichbar mit den WHO-Indikatoren 1510 100101 *SDR, malignant neoplasms, 0-64, per 100 000 population*, 1511 100101 *SDR, malignant neoplasms, 0-64/100 000, male*, 1512 100101 *SDR, malignant neoplasms, 0-64/100 000, female*. Nicht vergleichbar mit OECD- und EU-Indikatoren, da die verwendeten Krebsinzidenzraten keine Altersgruppenaufteilung enthalten. Im bisherigen Indikatorensatz (Ind. 3.18) waren keine nach Altersgruppen gegliederten Angaben zur Krebsinzidenz enthalten.

**Originalquellen**

- ▶ Veröffentlichungen und statistische Jahresberichte der Epidemiologischen Krebsregister.
- ▶ Standardtabellen oder weitere statistische Quellen.

**Dokumentationsstand**

06.02.2003, lög/Epidemiologisches Krebsregister für den Regierungsbezirk Münster

Indikator (K) 3.68	Gemeldete Neuerkrankungen an bösartigen Neubildungen nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr					
Alter in Jahren	Neuerkrankungen an bösartigen Neubildungen (C00 - C97, ohne C44)					
	weiblich		männlich		insgesamt	
	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	Anzahl	je 100 000 Einwohner
0						
1 - 4						
5 - 9						
10 - 14						
15 - 19						
20 - 24						
25 - 29						
30 - 34						
35 - 39						
40 - 44						
45 - 49						
50 - 54						
55 - 59						
60 - 64						
65 - 69						
70 - 74						
75 - 79						
80 - 84						
85 - 89						
90 - 94						
95 und mehr						
<b>Insgesamt</b>						
<b>standard. an Europabev. alt</b>						

[Sprung zu Daten des Indikators 3.68 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes](#)

Datenquelle:  
Epidemiologisches Krebsregister der Länder:  
Jahresstatistiken zur Krebsinzidenz



3.69

## Gemeldete Neuerkrankungen an ausgewählten bösartigen Neubildungen nach Geschlecht, Land, Jahr

### Definition

Zu den häufigsten Lokalisationen bösartiger Neubildungen bei Frauen zählt die Brustdrüse, der Darm, die Lunge und die Eierstöcke; bei Männern die Lunge, die Prostata, der Darm und der Magen. Dem Monitoring dieser häufigen Krebserkrankungen beider Geschlechter trägt der Indikator 3.69 Rechnung. Der Indikator weist alle (ICD-10: C00 - C97, ohne C44: Sonstige bösartige Neubildungen der Haut, auch Basaliome genannt) und die nach Einzeldiagnosen häufigsten Neuerkrankungen von Frauen und Männern an bösartigen Neubildungen (Lippe, Mund, Rachen, Magen, Darm, Bauchspeicheldrüse, Lunge, Melanom, Brust, Gebärmutterhals, Prostata, lymphatisches und blutbildendes Gewebe) im Land nach Berichtsjahr aus. Die Untergliederung enthält die absolute Zahl der Neuerkrankungen und alterstandardisierte Inzidenzraten pro 100 000 Frauen bzw. Männer der jeweiligen Bezugspopulation. Die Kodierung der Krebsarten erfolgt nach der 10. Revision der Internationalen Klassifikation von Erkrankungen (ICD-10).

### Datenhalter

- ▶ Epidemiologische Krebsregister (EKR) der Länder

### Datenquelle

- ▶ Jahresstatistiken zur Krebsinzidenz

### Periodizität

Jährlich, 31.12

### Validität

Um zuverlässige Rückschlüsse auf die Epidemiologie von bösartigen Neubildungen in der Bevölkerung zu erzielen, ist Vollständigkeit bei der Krebsregistrierung anzustreben. Das bedeutet, dass möglichst alle Erkrankungen, die in der Bevölkerung auftreten, dem Register gemeldet werden. Da die Vollständigkeit der Registrierung in den Ländern und bei den einzelnen Krebsarten variiert, sollte zur Bewertung der Angaben zur Inzidenz jeweils der Grad der Vollständigkeit angegeben werden. Hierbei sollten die offiziellen Abschätzungen des Robert Koch-Instituts für das jeweilige Inzidenzjahr und der entsprechende so genannte DCO-Anteil wiedergegeben werden. Den DCO-Anteil in einem Register bilden die registrierten Erkrankungsfälle, über die allein aus Todesbescheinigungen Informationen vorliegen (Death Certificate Only). Während DCO-Fälle bei der Vollständigkeitsabschätzung aus methodischen Gründen ausgeschlossen werden, finden sie bei der Inzidenzberechnung Berücksichtigung.

Im Gegensatz zur Vollständigkeit bezieht sich die Vollständigkeit eines Krebsregisters auf die Qualität der Daten. So sollten dem Register zu jedem gemeldeten Erkrankungsfall auch alle erforderlichen Informationen zu Patient und Erkrankung vorliegen.

Hier sind länderspezifische Angaben zum Grad der Vollständigkeit der Registrierung von bösartigen Neubildungen der dargestellten Lokalisationen in der Region und zum entsprechenden DCO-Anteil jeweils für Frauen und Männer erwünscht.

### Kommentar

In einigen Bundesländern ist die Krebsregistrierung nicht flächendeckend und vollzählig aufgebaut, so dass die Zahl der jährlichen Neuerkrankungen nur mit Hilfe von Extrapolations-

modellen geschätzt werden kann. Der Indikator hat deshalb für diese Länder eine eingeschränkte Aussagefähigkeit.

Der vorliegende Indikator ist ein Ergebnisindikator.

**Vergleichbarkeit**

Vergleichbar mit den WHO-Indikatoren 2340 - 2345 991002/991052 *Cancer incidence - trachea, bronchus/lung/100 000/male/female*, 2350 100601 *Female breast cancer incidence per 100 000* und 2360 100401 *Cervix uteri cancer incidence per 100 000*. Die vergleichbaren OECD- Indikatoren sind Krebsinzidenzraten, standardisiert auf die OECD-Standardpopulation. Im EU-Indikatorensetz findet man vergleichbare Indikatoren zu *All cancers, Lung cancer, Breast cancer, Cervix uteri cancer, Colorectal cancer, Prostate cancer*. Die dortigen Angaben zum Melanom enthalten in Abweichung zur deutschen Krebsregistrierung auch Angaben zu *Other skin cancer*. Im bisherigen Indikatorensetz (Ind. 3.18) waren ausgewählte Angaben zur Krebsinzidenz nach Geschlechtern enthalten.

**Originalquellen**

- ▶ Veröffentlichungen und statistische Jahresberichte der Epidemiologischen Krebsregister.
- ▶ Standardtabellen oder weitere statistische Quellen.

**Dokumentationsstand**

07.02.2003, lögd/Epidemiologisches Krebsregister für den Regierungsbezirk Münster

<b>Indikator (K) 3.69</b>		<b>Gemeldete Neuerkrankungen an ausgewählten bösartigen Neubildungen nach Geschlecht, Land, Jahr</b>					
Diagnose	ICD-10	Neuerkrankungen					
		weiblich			männlich		
		Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	je 100 000 alt.stand.*	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	je 100 000 alt.stand.*
Bösartige Neubildungen	C00 - C97, ohne C44	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 3.69 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>					
darunter:							
Lippe, Mundhöhle und Rachen	C00 - C14						
Magen	C16						
Dick-/Mastdarm	C18 - C21						
Bauchspeicheldrüse	C25						
Lunge	C33 - C34						
Melanom	C43						
Brust	C50						
Gebärmutterhals	C53						
Prostata	C61						
lymphat. u. blutbildendes Gewebe	C81 - C96						

Datenquelle:  
Epidemiologische Krebsregister der Länder:  
Jahresstatistiken zur Krebsinzidenz

\* standardisiert an der  
Europabevölkerung alt

3.70

### Gemeldete Neuerkrankungen an bösartigen Neubildungen der Lunge nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr

#### Definition

Der Lungenkrebs gehört zu den wenigen Krebslokalisationen, bei denen der Hauptrisikofaktor bekannt ist. Bei Männern sind etwa 90 %, bei Frauen bis zu 60 % der Lungenkrebserkrankungen dem Tabakrauchen zuzuschreiben. Die Entwicklung der Inzidenz spiegelt mit zeitlicher Verzögerung das Rauchverhalten in der Bevölkerung wider. Verbesserungen in der Früherkennung und der Therapie erhöhen im Einzelfall die Chance einer günstigeren Prognose. Eine Absenkung der Neuerkrankungsrate bleibt die wichtigste Zielvorgabe erfolgreicher Präventionsprogramme. Der Indikator 3.70 weist die in den Krebsregistern der Länder geführte Anzahl und die alters- und geschlechtsspezifischen Inzidenzraten der Neuerkrankungen an bösartigen Neubildungen der Lunge (ICD-10: C33 - C34) für die Wohnbevölkerung, nach 5-Jahres-Altersgruppen und nach Geschlecht getrennt, für ein Berichtsjahr aus. Zusätzlich wird eine Altersstandardisierung an der Europabevölkerung (alt) vorgenommen.

#### Datenhalter

- ▶ Epidemiologische Krebsregister (EKR) der Länder

#### Datenquelle

- ▶ Jahresstatistiken zur Krebsinzidenz

#### Periodizität

Jährlich, 31.12

#### Validität

Um zuverlässige Rückschlüsse auf die Epidemiologie von bösartigen Neubildungen in der Bevölkerung zu erzielen, ist Vollzähligkeit bei der Krebsregistrierung anzustreben. Das bedeutet, dass möglichst alle Erkrankungen, die in der Bevölkerung auftreten, dem Register gemeldet werden. Da die Vollzähligkeit der Registrierung in den Ländern und bei den einzelnen Krebsarten variiert, sollte zur Bewertung der Angaben zur Inzidenz jeweils der Grad der Vollzähligkeit angegeben werden. Hierbei sollten die offiziellen Abschätzungen des Robert Koch-Instituts für das jeweilige Inzidenzjahr und der entsprechende so genannte DCO-Anteil wiedergegeben werden. Den DCO-Anteil in einem Register bilden die registrierten Erkrankungsfälle, über die allein aus Todesbescheinigungen Informationen vorliegen (Death Certificate Only). Während DCO-Fälle bei der Vollzähligkeitsabschätzung aus methodischen Gründen ausgeschlossen werden, finden sie bei der Inzidenzberechnung Berücksichtigung.

Im Gegensatz zur Vollzähligkeit bezieht sich die Vollständigkeit eines Krebsregisters auf die Qualität der Daten. So sollten dem Register zu jedem gemeldeten Erkrankungsfall auch alle erforderlichen Informationen zu Patient und Erkrankung vorliegen.

Hier sind länderspezifische Angaben zum Grad der Vollzähligkeit der Registrierung von bösartigen Neubildungen der Lunge in der Region und zum entsprechenden DCO-Anteil erwünscht.

#### Kommentar

In einigen Bundesländern ist die Krebsregistrierung nicht flächendeckend aufgebaut, so dass die Zahl der jährlichen Neuerkrankungen nur mit Hilfe von Extrapolationsmodellen geschätzt werden kann. Der Indikator hat für diese Länder eine eingeschränkte Aussagefähigkeit.

Der vorliegende Indikator ist ein Ergebnisindikator.

### Vergleichbarkeit

Wegen der 5-Jahres-Altersstruktur ist der Indikator kaum vergleichbar mit den WHO-Indikatoren 2340 991002 *Trachea/bronchus/lung cancer incidence/100 000 population*, 2341 991052 *New cases of trachea/bronchus/lung cancer*, 2342 991052 *New cases of trachea/bronchus/lung cancer; male*, 2343 991052 *New cases of trachea/bronchus/lung cancer; female*, 2344 991002 *Trachea/bronchus/lung cancer incidence/100 000, male*, 2345 991002 *Trachea/bronchus/lung cancer incidence/100 000, female population*.

Nicht vergleichbar mit OECD- und EU-Indikatoren, da die Krebsinzidenzraten für *Lung cancer* keine Altersgruppenstruktur enthalten. Im bisherigen Indikatorensetz (Ind. 3.19) waren alters- und geschlechtsspezifische Angaben zur Lungenkrebsinzidenz für die über 40-jährige Bevölkerung enthalten.

### Originalquellen

- ▶ Veröffentlichungen und statistische Jahresberichte der Epidemiologischen Krebsregister.
- ▶ Standardtabellen oder weitere statistische Quellen.

### Dokumentationsstand

07.02.2003, lögd/Epidemiologisches Krebsregister für den Regierungsbezirk Münster

Indikator (L) 3.70	Gemeldete Neuerkrankungen an bösartigen Neubildungen der Lunge nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr					
Alter in Jahren	Neuerkrankungen an bösartigen Neubildungen der Lunge (C33 - C34)					
	weiblich		männlich		insgesamt	
	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	Anzahl	je 100 000 Einwohner
0						
1 - 4						
5 - 9						
10 - 14						
15 - 19						
20 - 24						
25 - 29						
30 - 34						
35 - 39						
40 - 44						
45 - 49						
50 - 54	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 3.70 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>					
55 - 59						
60 - 64						
65 - 69						
70 - 74						
75 - 79						
80 - 84						
85 - 89						
90 - 94						
95 und mehr						
<b>Insgesamt</b>						
<b>standard. an Europabev. alt</b>						

Datenquelle:  
Epidemiologisches Krebsregister der Länder:  
Jahresstatistiken zur Krebsinzidenz

3.71

### Gemeldete Neuerkrankungen an bösartigen Neubildungen der weiblichen Brustdrüse nach Alter, Land, Jahre

#### Definition

Die Brustdrüse ist mit 26 % die häufigste Lokalisation von bösartigen Neubildungen bei Frauen. 35 % aller Mammakarzinome werden bereits vor Ende des 60. Lebensjahres diagnostiziert. Bei erkrankten Frauen sinkt die fernere Lebenserwartung um durchschnittlich sechs Jahre. Wie in allen anderen Ländern der EU ist auch in Deutschland ein deutlicher Anstieg der Neuerkrankungsrate zu beobachten.

Deshalb ist es wichtig, der Krebsart mit wirkungsvollen Früherkennungsmaßnahmen zu begegnen. Eine jährliche ärztliche Tastuntersuchung der Brust wird Frauen ab dem 30. Lebensjahr im Rahmen des gesetzlichen Programms zur Krebsfrüherkennung angeboten. Die Erweiterung durch regelmäßige radiologische Untersuchungen der Brust (Mammographie-Screening) für Frauen im Alter von 50 bis 69 Jahre soll die Früherkennung in dieser Altersgruppe verbessern. Der Indikator 3.71 weist die in den Krebsregistern der Länder geführte Anzahl und die altersspezifischen Inzidenzraten der Neuerkrankungen der weiblichen Bevölkerung an bösartigen Neubildungen der Brustdrüse (ICD-10: C50) nach 5-Jahres-Altersgruppen für mehrere Jahre aus. Zusätzlich wird eine Altersstandardisierung an der Europabevölkerung (alt) vorgenommen.

**Datenhalter:** ► Epidemiologische Krebsregister (EKR) der Länder

**Datenquelle:** ► Jahresstatistiken zur Krebsinzidenz

**Periodizität:** Jährlich, 31.12

#### Validität

Um zuverlässige Rückschlüsse auf die Epidemiologie von bösartigen Neubildungen in der Bevölkerung zu erzielen, ist Vollständigkeit bei der Krebsregistrierung anzustreben. Das bedeutet, dass möglichst alle Erkrankungen, die in der Bevölkerung auftreten, dem Register gemeldet werden. Da die Vollständigkeit der Registrierung in den Ländern und bei den einzelnen Krebsarten variiert, sollte zur Bewertung der Angaben zur Inzidenz jeweils der Grad der Vollständigkeit angegeben werden. Hierbei sollten die offiziellen Abschätzungen des Robert Koch-Instituts für das jeweilige Inzidenzjahr und der entsprechende so genannte DCO-Anteil wiedergegeben werden. Den DCO-Anteil in einem Register bilden die registrierten Erkrankungsfälle, über die allein aus Todesbescheinigungen Informationen vorliegen (Death Certificate Only). Während DCO-Fälle bei der Vollständigkeitsabschätzung aus methodischen Gründen ausgeschlossen werden, finden sie bei der Inzidenzberechnung Berücksichtigung.

Im Gegensatz zur Vollständigkeit bezieht sich die Vollständigkeit eines Krebsregisters auf die Qualität der Daten. So sollten dem Register zu jedem gemeldeten Erkrankungsfall auch alle erforderlichen Informationen zu Patient und Erkrankung vorliegen.

Hier sind länderspezifische Angaben zum Grad der Vollständigkeit der Registrierung von bösartigen Neubildungen der weiblichen Brustdrüse in der Region und zum entsprechenden DCO-Anteil erwünscht.

#### Kommentar

In einigen Bundesländern ist die Krebsregistrierung nicht flächendeckend aufgebaut, so dass die Zahl der jährlichen Neuerkrankungen nur mit Hilfe von Extrapolationsmodellen geschätzt

werden kann. Der Indikator hat für diese Länder eine eingeschränkte Aussagefähigkeit. Der vorliegende Indikator ist ein Ergebnisindikator.

### Vergleichbarkeit

Wegen der 5-Jahres-Altersstruktur ist der Indikator kaum vergleichbar mit dem WHO-Indikator 2351 105601 *New cases of female breast cancer, female population*. Nicht vergleichbar mit OECD- und EU-Indikatoren, da die Krebsinzidenzraten zum weiblichen Brustkrebs keine Altersgruppenstruktur enthalten. Im bisherigen Indikatorensetz (Ind. 3.20) waren alters- und auf die weibliche Bevölkerung bezogene Angaben zur Brustkrebsinzidenz für die weibliche Bevölkerung ab 30 Jahre enthalten.

### Originalquellen

- ▶ Veröffentlichungen und statistische Jahresberichte der Epidemiologischen Krebsregister.
- ▶ Standardtabellen oder weitere statistische Quellen.

### Dokumentationsstand

07.02.2003, lögd/Epidemiologisches Krebsregister für den Regierungsbezirk Münster

Indikator (L) 3.71	Gemeldete Neuerkrankungen an bösartigen Neubildungen der weiblichen Brustdrüse nach Alter, Land, Jahre					
Alter in Jahren	Neuerkrankungen an bösartigen Neubildungen der Brustdrüse (C50) bei Frauen					
	Jahr		Jahr		Berichtsjahr	
	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.
0	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 3.71 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>					
1 - 4						
5 - 9						
10 - 14						
15 - 19						
20 - 24						
25 - 29						
30 - 34						
35 - 39						
40 - 44						
45 - 49						
50 - 54						
55 - 59						
60 - 64						
65 - 69						
70 - 74						
75 - 79						
80 - 84						
85 - 89						
90 - 94						
95 und mehr						
<b>Insgesamt</b>						
<b>standard. an Europabev. alt</b>						

Datenquelle:  
Epidemiologische Krebsregister der Länder  
Jahresstatistiken zur Krebsinzidenz

3.72

### Gemeldete Neuerkrankungen an bösartigen Neubildungen der Prostata nach Alter, Land, Jahre

#### Definition

Die Prostata (Vorsteherdrüse) ist mit fast 20 % inzwischen die häufigste Lokalisation bösartiger Neubildungen beim Mann und hat damit 1998 erstmals den Lungenkrebs als häufigsten Tumor der Männer abgelöst. Das Prostatakarzinom ist eine Erkrankung des höheren Lebensalters. Das mittlere Erkrankungsalter liegt bei vergleichsweise hohen 72 Jahren, sechs Jahre höher als für Krebserkrankungen insgesamt. Seit Ende der 80er Jahre ist in Deutschland ein steiler Anstieg der Neuerkrankungsraten zu beobachten, der weiter anhält. Ein großer Teil dieses Inzidenzanstiegs kann auf den zunehmenden Einsatz spezifischer diagnostischer Methoden, insbesondere des PSA-Bluttests in der Diagnostik zurückgeführt werden. Bei internationalen und zeitlichen Vergleichen muss der Einfluss unterschiedlicher diagnostischer Methoden auf die Erkrankungsrate berücksichtigt werden. Der Indikator 3.72 weist die in den etablierten Krebsregistern gemeldeten Neuerkrankungen der männlichen Bevölkerung an bösartigen Neubildungen der Prostata (ICD-10: C61) nach 5-Jahres-Altersgruppen für mehrere Jahre aus. Zusätzlich wird eine Altersstandardisierung an der Europabevölkerung (alt) vorgenommen.

#### Datenhalter

- ▶ Epidemiologische Krebsregister (EKR) der Länder

#### Datenquelle

- ▶ Jahresstatistiken zur Krebsinzidenz

#### Periodizität

Jährlich, 31.12

#### Validität

Um zuverlässige Rückschlüsse auf die Epidemiologie von bösartigen Neubildungen in der Bevölkerung zu erzielen, ist Vollzähligkeit bei der Krebsregistrierung anzustreben. Das bedeutet, dass möglichst alle Erkrankungen, die in der Bevölkerung auftreten, dem Register gemeldet werden. Da die Vollzähligkeit der Registrierung in den Ländern und bei den einzelnen Krebsarten variiert, sollte zur Bewertung der Angaben zur Inzidenz jeweils der Grad der Vollzähligkeit angegeben werden. Hierbei sollten die offiziellen Abschätzungen des Robert Koch-Instituts für das jeweilige Inzidenzjahr und der entsprechende so genannte DCO-Anteil wiedergegeben werden. Den DCO-Anteil in einem Register bilden die registrierten Erkrankungsfälle, über die allein aus Todesbescheinigungen Informationen vorliegen (Death Certificate Only). Während DCO-Fälle bei der Vollzähligkeitsabschätzung aus methodischen Gründen ausgeschlossen werden, finden sie bei der Inzidenzberechnung Berücksichtigung.

Im Gegensatz zur Vollzähligkeit bezieht sich die Vollständigkeit eines Krebsregisters auf die Qualität der Daten. So sollten dem Register zu jedem gemeldeten Erkrankungsfall auch alle erforderlichen Informationen zu Patient und Erkrankung vorliegen.

Hier sind länderspezifische Angaben zum Grad der Vollzähligkeit der Registrierung von bösartigen Neubildungen der Prostata in der Region und zum entsprechenden DCO-Anteil erwünscht.

**Kommentar**

In einigen Bundesländern ist die Krebsregistrierung nicht flächendeckend aufgebaut, so dass die Zahl der jährlichen Neuerkrankungen nur mit Hilfe von Extrapolationsmodellen geschätzt werden kann. Der Indikator hat für diese Länder eine eingeschränkte Aussagefähigkeit. Der vorliegende Indikator ist ein Ergebnisindikator.

**Vergleichbarkeit**

Es gibt keinen vergleichbaren WHO-Indikator zum Prostatakarzinom. Nicht vergleichbar mit OECD- bzw. EU-Indikatoren zum Prostatakarzinom, da die verwendeten Krebsinzidenzraten keine Altersgruppenstruktur enthalten. Im bisherigen Indikatorensatz gab es keinen altersgruppenspezifischen Indikator zum Prostatakarzinom.

**Originalquellen**

- ▶ Veröffentlichungen und statistische Jahresberichte der Epidemiologischen Krebsregister.
- ▶ Standardtabellen oder weitere statistische Quellen.

**Dokumentationsstand**

07.02.2003, lögd/Epidemiologisches Krebsregister für den Regierungsbezirk Münster

Indikator (L) 3.72	Gemeldete Neuerkrankungen an bösartigen Neubildungen der Prostata nach Alter, Land, Jahre					
Alter in Jahren	Neuerkrankungen an bösartigen Neubildungen der Prostata (C61)					
	Jahr		Jahr		Berichtsjahr	
	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.
0						
1 - 4						
5 - 9						
10 - 14						
15 - 19						
20 - 24						
25 - 29						
30 - 34						
35 - 39						
40 - 44						
45 - 49						
50 - 54						
55 - 59						
60 - 64						
65 - 69						
70 - 74						
75 - 79						
80 - 84						
85 - 89						
90 - 94						
95 und mehr						
<b>Insgesamt</b>						
<b>standard. an Europabev. alt</b>						

[Sprung zu Daten des Indikators 3.72 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes](#)

Datenquelle:  
Epidemiologische Krebsregister der Länder:  
Jahresstatistiken zur Krebsinzidenz



3.73

### Krankenhausfälle infolge bösartiger Neubildungen nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr

#### Definition

Die alters- und geschlechtsspezifischen stationären Behandlungsraten infolge bösartiger Neubildungen reflektieren die Morbiditätssituation der Bevölkerung. Die Darstellung nach Altersgruppen und Geschlecht ermöglicht Aussagen über die Inanspruchnahme stationärer Versorgungsstrukturen, die mit dem Alter verbunden sind.

Bei stationären Behandlungen wird die Hauptdiagnose von den behandelnden Ärzten bei der stationären Entlassung kodiert. Als Hauptdiagnose eines Krankenhausfalles wird diejenige Diagnose kodiert, die nach der Entgeltverordnung mit dem höchsten Ressourcenverbrauch einhergeht. Zur Diagnosegruppe der bösartigen Neubildungen (Kapitel II der ICD-10) gehören alle unter C00 - C97 kodierten Erkrankungen. Der vorliegende Indikator weist die mit Hauptdiagnose *Bösartige Neubildungen* (ICD-10: C00 - C97) festgestellten absoluten Krankenhausfälle insgesamt und nach Geschlecht sowie die auf die entsprechende Wohnbevölkerung hochgerechnete Rate in den Krankenhausstatistiken des Berichtsjahres aus. Die Krankenhausfälle berechnen sich aus der Anzahl der Patienten, die in ein Krankenhaus aufgenommen, stationär behandelt und im Berichtsjahr mit einer der erwähnten Hauptdiagnosen entlassen wurden.

#### Datenhalter

- ▶ Statistische Landesämter

#### Datenquelle

- ▶ Krankenhausstatistik, Teil II - Diagnosen

#### Periodizität

Jährlich, 31.12.

#### Validität

Rechtsgrundlage ist die Verordnung über die Bundesstatistik für Krankenhäuser vom 10.4.1990. Alle Krankenhäuser sind berichtspflichtig, d. h. es liegt eine Totalerhebung vor. Nicht enthalten sind Krankenhäuser im Straf-/Maßregelvollzug sowie Polizei- und Bundeswehrkrankenhäuser (sofern sie nicht oder nur im eingeschränkten Umfang für die zivile Bevölkerung tätig sind).

Es wird von einer vollständigen Datenerfassung und einer ausreichenden Datenqualität ausgegangen.

#### Kommentar

Änderungen in der Häufigkeit von Krankenhausfällen können nicht zwangsläufig auf eine Veränderung der Morbidität zurückgeführt werden. So führen z. B. Mehrfachbehandlungen von Patienten zu derselben Krankheit zu Mehrfachzählungen. Sonstige bösartige Neubildungen der Haut (C44) sind im vorliegenden Indikator enthalten, gutartige Neubildungen sind nicht enthalten.

Die Diagnosenstatistik liegt nach Behandlungs- und Wohnort vor. Epidemiologische Auswertungen der Krankenhausfälle infolge bösartiger Neubildungen verwenden den Datenbestand stationärer Behandlungsfälle nach Wohnort. Da es sich um eine Fallstatistik handelt, hat die Altersstandardisierung einen untergeordneten Wert. Deshalb werden die berechneten Raten je 100 000 Einwohner bevorzugt.

Es handelt sich um einen Ergebnisindikator.

### Vergleichbarkeit

Vergleichbar mit den WHO-Indikatoren 2310 992922 *Hospital discharges, all cancers/100 000 population*, 2311 992972 *Hospital discharges, all cancers*. Im ECHI-Satz der EU findet man einen bedingt vergleichbaren Indikator im Kapitel 4.3.1: *In-patient care utilisation, discharges; total, by disease group*. Eine Untergliederung der Angaben in Altersklassen ist nicht vorgesehen.

Im bisherigen Indikatorensatz gab es keinen vergleichbaren Indikator.

### Originalquellen

- Publikationen der Statistischen Landesämter, z. B. Statistisches Jahrbuch oder Statistische Berichte zur Krankenhausdiagnosestatistik.

### Dokumentationsstand

13.09.2002, lögd

Indikator (L) 3.73	Krankenhausfälle infolge bösartiger Neubildungen nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr					
Alter in Jahren	Krankenhausfälle infolge bösartiger Neubildungen (C00 - C97)					
	weiblich		männlich		insgesamt	
	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	Anzahl	je 100 000 Einwohner
0						
1 - 4						
5 - 9						
10 - 14						
15 - 19						
20 - 24						
25 - 29						
30 - 34						
35 - 39						
40 - 44						
45 - 49						
50 - 54	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 3.73 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>					
55 - 59						
60 - 64						
65 - 69						
70 - 74						
75 - 79						
80 - 84						
85 - 89						
90 - 94						
95 und mehr						
<b>Insgesamt</b>						
<b>standard. an Europabev. alt</b>						

Datenquelle:  
Statistische Landesämter:  
Krankenhausstatistik, Teil II - Diagnosen

3.74

### **Arbeitsunfähigkeitsfälle infolge ausgewählter bösartiger Neubildungen bei den GKV-Pflichtmitgliedern nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr**

#### **Definition**

Auswertungen von Daten zur Arbeitsunfähigkeit infolge ausgewählter bösartiger Neubildungen (C00 - C97), darunter der Lunge (C33 - 34) und der weiblichen Brustdrüse (C50), nach Alter und Geschlecht weisen auf altersspezifische und geschlechtsspezifische Erkrankungshäufigkeiten hin.

Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn eine Versicherte oder ein Versicherter aus gesundheitlichen Gründen nicht in der Lage ist, ihrer oder seiner Erwerbstätigkeit nachzugehen. Es muss dabei eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestehen (§ 1 Abs. 3 MB/KT). Die Anzahl der Arbeitsunfähigkeitsfälle gibt an, wie häufig Arbeitnehmerinnen bzw. Arbeitnehmer im Berichtszeitraum infolge bösartiger Neubildungen arbeitsunfähig waren.

Der vorliegende Indikator weist Arbeitsunfähigkeitsfälle insgesamt und nach Geschlecht gegliedert sowie die auf je 100 000 pflichtversicherte Mitglieder bezogene Rate für das Berichtsjahr mit Hauptdiagnose *bösartige Neubildungen* (C00 - C97) sowie bösartige Neubildungen der Lunge (C33 - 34) und der weiblichen Brustdrüse (C50) aus. Angaben von Privatversicherten sind im Indikator nicht enthalten.

#### **Datenhalter**

- ▶ Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung

#### **Datenquelle**

- ▶ KG 8-Statistik

#### **Periodizität**

Jährlich, 31.12.

#### **Validität**

Als Basis für die Erfassung der Arbeitsunfähigkeitsfälle und -tage wird die Bestätigung der Arbeitsunfähigkeit durch den Arzt herangezogen. Weitere Informationen sind im Kommentar des Indikators 3.28 enthalten.

#### **Kommentar**

Es wird von einer guten Datenqualität der kodierten Arbeitsunfähigkeitsfälle ausgegangen. Der Indikator zeigt alters- und geschlechtsabhängige Unterschiede in der Häufigkeit der Inanspruchnahme und hinsichtlich der durchschnittlichen Dauer einer Arbeitsunfähigkeit auf. Die Arbeitsunfähigkeit infolge gutartiger Neubildungen ist im Indikator nicht aufgeführt.

Der vorliegende Indikator ist ein Ergebnisindikator.

#### **Vergleichbarkeit**

Es gibt keine Indikatoren zur Arbeitsunfähigkeit infolge bösartiger Neubildungen der WHO, OECD und EU, die nach Diagnose, Altersgruppen und Geschlecht gegliedert sind. Im bisherigen Indikatorensetz gab es keinen vergleichbaren Indikator.

#### **Originalquellen**

- ▶ Publikationen des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherheit zur Arbeitsunfähigkeit.
- ▶ Badura, B.; Schellschmidt, H., Vetter, C. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report.

**Dokumentationsstand**

29.01.2003, nIga/lögd

Indikator (L) 3.74		Arbeitsunfähigkeitsfälle infolge ausgewählter bösartiger Neubildungen bei den GKV-Pflichtmitgliedern nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr			
Alter in Jahren	AU-Fälle bei GKV-Pflichtmitgliedern (ohne Rentner) infolge:				
	Bösartiger Neubildungen (C00 - C97)		darunter:		
			der Lunge (C33 - C34)		der Brustdrüse (C50)
	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich
	Anzahl				
15 - 19					
20 - 24					
25 - 29					
30 - 34					
35 - 39					
40 - 44					
45 - 49					
50 - 54					
55 - 59					
60 - 64					
<b>insgesamt</b>					
	je 100 000 weibl. bzw. männl. GKV-Pflichtmitglieder				
15 - 19					
20 - 24					
25 - 29					
30 - 34					
35 - 39					
40 - 44					
45 - 49					
50 - 54					
55 - 59					
60 - 64					
<b>insgesamt</b>					

Datenquelle:  
Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung:  
KG 8-Statistik

3.75

### **Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe infolge von ausgewählten bösartigen Neubildungen nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr**

#### **Definition**

Der vorliegende Indikator weist alters- und geschlechtsabhängige Unterschiede in der Häufigkeit der Inanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe infolge von bösartigen Neubildungen (ICD 10: C00 - C97) aus.

Die medizinische Rehabilitation ist ein wichtiger Bestandteil der medizinischen Versorgung. Die Bedeutung der Rehabilitation bösartiger Neubildungen wird sich bei steigender Lebenserwartung der Bevölkerung erhöhen. Weitere Angaben s. Kommentar zum Ind. 3. 33.

Im Indikator 3.75 werden Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe infolge von bösartigen Neubildungen nach Alter und Geschlecht sowie je 100 000 aktiv Versicherte ausgewiesen. Wegen der besonderen Bedeutung von Lungenkrebs und Brustkrebs sind die rehabilitativen Maßnahmen für die weibliche und männliche Bevölkerung bis zum Alter von 64 Jahren gesondert ausgewiesen. Die Angaben werden auf den Wohnort des Rehabilitanden bezogen.

#### **Datenhalter**

- ▶ Verband Deutscher Rentenversicherungsträger

#### **Datenquelle**

- ▶ Statistik über abgeschlossene Leistungen zur Teilhabe

#### **Periodizität**

Jährlich, 31.12.

#### **Validität**

Für alle Rehabilitationsleistungen besteht Berichtspflicht, so dass von einer Vollständigkeit der Daten ausgegangen werden kann. Die Qualität der Daten wird durch Qualitätssicherungsprogramme gesichert. Durch Einzelprüfungen von Kodierungen der Ärzte und zusätzliche Plausibilitätskontrollen wird sichergestellt, dass nur zulässige Diagnosen kodiert werden. Der Indikator gilt als valide.

#### **Kommentar**

Rehabilitationsleistungen der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen sich nur auf aktiv Versicherte, das bezieht die Altersgruppen bis 64 Jahre ein. Demzufolge beziehen sich die Morbiditätsangaben nur auf Personen im berufsfähigen Alter.

Der vorliegende Indikator ist ein Ergebnisindikator.

#### **Vergleichbarkeit**

Es gibt keine vergleichbaren Indikatoren der WHO, OECD oder EU (nur Angaben zu *Expenditure on curative & rehabilitative care, in-patient care, day care*), die nach Altersgruppen und Geschlecht gegliedert sind. Im bisherigen Indikatorensetz gab es keinen vergleichbaren Indikator.

#### **Originalquellen**

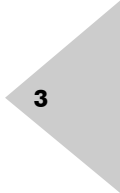
- ▶ Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR): Medizinische und Sonstige Leistungen zur Rehabilitation. Tabellenarten A und B.

**Dokumentationsstand**

11.02.2003, lögd/VDR

Indikator (L) 3.75		Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe infolge von ausgewählten bösartigen Neubildungen nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr				
Alter in Jahren	Leistungen zur med. Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe infolge von:					
	bösartigen Neubildungen (C00 - C97)		darunter:			
	weiblich	männlich	der Lunge (C33 - C34)		der Brustdrüse (C50)	
			weiblich	männlich	weiblich	
	Anzahl					
< 20	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 3.75 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>					
20 - 24						
25 - 29						
30 - 34						
35 - 39						
40 - 44						
45 - 49						
50 - 54						
55 - 59						
60 - 64						
<b>Insgesamt</b>						
	je 100 000 weibliche bzw. männliche aktiv Versicherte					
< 20						
20 - 24						
25 - 29						
30 - 34						
35 - 39						
40 - 44						
45 - 49						
50 - 54						
55 - 59						
60 - 64						
<b>Insgesamt</b>						

Datenquelle:  
 Verband Deutscher Rentenversicherungsträger:  
 Statistik über abgeschlossene Leistungen zur Teilhabe



3.76

### **Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit infolge ausgewählter bösartiger Neubildungen nach Geschlecht, Land, Jahr**

#### **Definition**

Der Indikator weist die Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit infolge bösartiger Neubildungen insgesamt und ausgewählte häufige bösartige Erkrankungen der Lippe, Mundhöhle und des Rachens, des Magens, des Dick- und Mastdarms, der Bauchspeicheldrüse, der Lunge, das Melanom, das Gebärmutterhalskarzinom, bösartige Neubildungen des lymphatischen und blutbildenden Gewebes nach Geschlecht im Berichtsjahr aus. Alle bösartigen Erkrankungen werden ab dem Jahr 2000 nach der geltenden ICD-10 kodiert.

Eine Rente wegen Berufsunfähigkeit bzw. Erwerbsunfähigkeit erhalten Versicherte auf Antrag, wenn die Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind. Die Anzahl der Frühberentungen wird krankheitsspezifisch in der Statistik der Rentenversicherer ausgewiesen.

Erwerbsunfähig ist eine Person, die wegen Krankheit oder Behinderung nicht in der Lage ist, einer regelmäßigen Erwerbstätigkeit, die mehr als geringfügig ist, nachzugehen.

Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn eine Person infolge von Krankheit bzw. Behinderung in ihrer Arbeitsfähigkeit zu mehr als 50 % im Vergleich zu Personen mit ähnlichen/gleichwertigen Ausbildungen/Kenntnissen/Fähigkeiten eingeschränkt ist. Voraussetzung ist, dass die/die Betroffene einen Beruf erlernt hat oder mehr als sechs Jahre in einem Beruf gearbeitet hat.

#### **Datenhalter**

- ▶ Verband Deutscher Rentenversicherungsträger

#### **Datenquelle**

- ▶ Statistik der gesetzlichen Rentenversicherung

#### **Periodizität**

Jährlich, 31.12.

#### **Validität**

Durch den Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) erfolgen Einzelprüfungen der Kodierungen der Ärzte. Dadurch wird sichergestellt, dass nur zulässige Diagnosen kodiert werden. Vollständigkeit und Qualität der Daten werden durch Plausibilitätsprüfungen und Qualitätssicherungsprogramme kontrolliert, so dass von einer guten Datenqualität ausgegangen werden kann. Der Indikator gilt als valide.

#### **Kommentar**

Alle Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit werden statistisch erfasst und bis zum Übergang in die Altersrente in einer Datei geführt.

Durch das Gesetz zur Reform der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit wurde zum 1.1.2001 das bisherige System der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit durch ein einheitliches und abgestuftes System einer Erwerbsminderungsrente abgelöst.

Der vorliegende Indikator ist ein Ergebnisindikator.

#### **Vergleichbarkeit**

Es gibt keine vergleichbaren Indikatoren der WHO, OECD oder EU. Dieser Indikator wird neu in den Indikatorensetz der Länder aufgenommen.

**Originalquellen**

- ▶ Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.): Rentenzugänge und -bestand wegen verminderter Erwerbsfähigkeit. Tabellenarten C, D und E.

**Dokumentationsstand**

10.02.2003, lögd/VDR

Indikator (L) 3.76		Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit infolge ausgewählter bösartiger Neubildungen nach Geschlecht, Land, Jahr					
Diagnose	ICD-10	Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit infolge bösartiger Neubildungen					
		weiblich		männlich		insgesamt	
		Anzahl	je 100 000 weibl. aktiv Versicherte	Anzahl	je 100 000 männl. aktiv Versicherte	Anzahl	je 100 000 aktiv Versicherte
Bösartige Neubildungen	C00 - C97	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 3.76 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>					
darunter:							
Lippe, Mundhöhle und Rachen	C00 - C14						
Magen	C16						
Dick-/Mastdarm	C18 - C21						
Bauchspeicheldrüse	C25						
Lunge	C33 - C34						
Melanom	C43						
Gebärmutterhals	C53						
Lymphat. u. blutbildendes Gewebe	C81 - C96						

Datenquelle:  
Verband Deutscher Rentenversicherungsträger:  
Statistik der gesetzlichen Rentenversicherung



3.77

### Gestorbene infolge ausgewählter bösartiger Neubildungen nach Geschlecht, Land, Jahr

#### Definition

Geschlechtsspezifische Sterbeziffern zu bösartigen Neubildungen machen die geschlechtsspezifische Sterblichkeit infolge ausgewählter Krebserkrankungen und den Gesamtanteil an der Sterblichkeit deutlich. Sie geben die Anzahl der Gestorbenen nach Geschlecht und die Häufigkeit je 100 000 Einwohner des gleichen Geschlechts an. Bösartige Neubildungen sind nach den Herz-Kreislauf-Erkrankungen die häufigste Todesursache.

Der Indikator enthält die Todesfälle und die auf die jeweilige durchschnittliche Wohnbevölkerung bezogenen geschlechtsspezifischen Mortalitätsraten für sämtliche und ausgewählte Tumorkategorien, darunter der Lippe, der Mundhöhle und des Rachens, des Magens, des Dick- und Mastdarms, der Bauchspeicheldrüse, der Lunge, das Melanom, das Gebärmutterhalskarzinom und bösartige Neubildungen des lymphatischen und blutbildenden Gewebes, für das Berichtsjahr. Zusätzlich erfolgte eine direkte Altersstandardisierung auf die Europabevölkerung (alt). Grundlage für die Tabelle bildet die amtliche Todesursachenstatistik.

#### Datenhalter

- ▶ Statistische Landesämter

#### Datenquelle

- ▶ Todesursachenstatistik

#### Periodizität

Jährlich, 31.12

#### Validität

Für die Registrierung der Sterbefälle ist die letzte Wohngemeinde, bei mehreren Wohnungen die Hauptwohnung des Gestorbenen maßgebend. Die Zahlen werden der Bevölkerungsstatistik und der Todesursachenstatistik der Länder entnommen. Die Validität setzt die Weiterleitung der Todesbescheinigungen an das zuständige Einwohnermeldeamt voraus, so dass Verstorbene in die Statistik der Kommunen und des Bundeslandes eingehen, in der/dem sie mit ihrem Hauptwohnsitz gemeldet waren. Die Kodierung der Todesbescheinigungen erfolgt in den Statistischen Landesämtern. Daten über die Krebssterblichkeit gelten als ausreichend zuverlässig. Aufgrund der unikausalen Auswertung von Krankheiten, die zum Tode geführt haben, sind vor allem bei älteren Personen Ungenauigkeiten in der Kodierung möglich.

#### Kommentar

Die im Indikator ausgewiesenen ausgewählten bösartigen Neubildungen sind identisch mit den in den Indikatoren 3.69 und 3.76 aufgeführten Inzidenzraten und Rentenzugangsraten. Insofern lässt sich abschätzen, welches Gewicht die ausgewählten bösartigen Neubildungen bei den Neuerkrankungen und Rentenzugängen haben.

Der Indikator zählt zu den Ergebnisindikatoren.

#### Vergleichbarkeit

Vergleichbar mit den WHO-Indikatoren 1520 100102 SDR, *malignant neoplasms, all age/100 000*, 1540 100201 SDR, *trachea, bronch/lung cancer, all age/100 000*, 1560 100302 SDR, *cancer of cervix, all age/100 000*, 1590 100502 SDR, *malignant neoplasm female breast, all*

age/100 000. Vergleichbar mit dem OECD-Indikator *Causes of mortality, malignant neoplasms* kodiert nach ICD-9 (140 - 208) und mit EU-Indikatoren zu *Mortality, diseases/disorders of large impact, Numbers of deaths, Crude death rates, Standardised death rate*.

Der bisherige GMK-Indikator 3.8 und die vertiefende Tabelle zu 3.13 sind mit dem vorliegenden Indikator vergleichbar. Die Kodierung wurde auf die ICD-10 umgestellt.

### Originalquellen

- ▶ Publikationen der Statistischen Landesämter , z. B. Statistische Jahresberichte.
- ▶ Standardtabellen der Statistischen Datenbanken oder weitere regionalstatistische Quellen.

### Dokumentationsstand

11.02.2003, nlga/lögd

Indikator (K) 3.77		Gestorbene infolge ausgewählter bösartiger Neubildungen nach Geschlecht, Land, Jahr					
Diagnose	ICD-10	Gestorbene infolge bösartiger Neubildungen					
		weiblich		männlich		insgesamt	
		Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	Anzahl	je 100 000 Einwohner
Bösartige Neubildungen	C00 - C97	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 3.77 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>					
darunter:							
Dick-/Mastdarm	C18 - C21						
Lunge	C33 - C34						
Melanom	C43						
Brust	C50						
Prostata	C61						
Hirntumoren	C70 -C72						
Lymphat. u. blutbildendes Gewebe	C81 - C96						
<b>standard. an Europabev. alt</b>	<b>C00 - C97</b>						

Datenquelle:  
Statistische Landesämter:  
Todesursachenstatistik

3.78

**Diabetes mellitus nach Geschlecht, Land, im Zeitvergleich****Definition**

Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) ist eine Stoffwechselerkrankung, die durch Hyperglykämie auf Basis einer defekten Insulinsekretion, Insulinwirkung oder einer Kombination hieraus charakterisiert ist und mit metabolischen Störungen im Kohlenhydrat-(Glukose-), Fett- und Proteinstoffwechsel einhergeht. Aufgrund ätiologischer und klinischer Kriterien unterscheidet man den Typ-1-Diabetes, der sich im Allgemeinen vor dem 30. Lebensjahr klinisch manifestiert (ca. 5 - 10 % aller Diabetiker), vom so genannten Alters- bzw. Typ-2-Diabetes, dessen Prävalenz in höheren Altersgruppen zunimmt und der mit 90 - 95 % die häufigste Form der Krankheit darstellt. Der Typ-2-Diabetes bleibt nach internationalen Untersuchungen in bis zu 50 % der Fälle über lange Jahre unentdeckt und wird oft erst im Rahmen einer Routine-Laboruntersuchung auffällig.

In den letzten Jahren hat die Zahl der Zuckerkranken deutlich zugenommen. Laut Gesundheitsbericht des Statistischen Bundesamtes leiden derzeit etwa vier Millionen Menschen in Deutschland an Diabetes. Diabetische Patienten werden im Vergleich mit Personen ohne Diabetes häufiger hospitalisiert, haben durchschnittlich längere Krankenhausaufenthalte und häufigere ambulante Arztkontakte. Diabetische Fußgeschwüre sind ein häufiger Grund für eine Krankenhauseinweisung von Diabetikern, die ein 15- bis 20fach erhöhtes Risiko für eine Amputation haben. Diabetes ist der häufigste Grund für eine Polyneuropathie - 50 % aller Diabetiker werden innerhalb eines Zeitraumes von 25 Jahren davon betroffen. Die diabetische Nephropathie ist der häufigste Grund für das Endstadium einer Nierenerkrankung. Weiterhin steht Diabetes an der Spitze der Ursachen für eine Erblindung im Erwachsenenalter zwischen 20 und 74 Jahren. Insgesamt wird weltweit bis zum Jahre 2010 mit einer Verdopplung der Patienten gerechnet.

Der Indikator weist die geschlechtsspezifische Erkrankungshäufigkeit von Diabetes mellitus (E10 - E14) in der zeitlichen Entwicklung und nach Geschlecht aus. Es werden Krankenhausesfälle und Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit und die Mortalität infolge Diabetes mellitus angegeben. Alle Angaben erfolgen in absoluten Zahlen und je 100 000 Personen der Wohnbevölkerung bzw. der kranken- oder rentenversicherten Bevölkerung.

**Datenhalter**

- ▶ Statistische Landesämter
- ▶ Verband Deutscher Rentenversicherungsträger

**Datenquelle**

- ▶ Krankenhausstatistik, Teil II - Diagnosen
- ▶ Todesursachenstatistik
- ▶ Statistik der gesetzlichen Rentenversicherung

**Periodizität**

Jährlich, 31.12.

**Validität**

Die für den Indikator verwendeten Statistiken zur Arbeitsunfähigkeit, der Krankenhausaufenthalte, zur medizinischen Rehabilitation und zu den Rentenzugängen unterliegen Validitätsprüfungen und Qualitätssicherungsprogrammen und gelten als valide. Diabetes wird auf Todes-

bescheinigungen für ältere Bürger häufig als *andere wesentliche Krankheitsursache*, nicht aber als Grundleiden ausgewiesen und ist damit in der Todesursachenstatistik unterrepräsentiert.

### **Kommentar**

Mit dem Indikator lässt sich im Ländervergleich angeben, wie sich das Krankheitsgeschehen und die Mortalität infolge Diabetes mellitus in der Bevölkerung zeitlich verändert.

Für den vorliegenden Indikator wird der Bezug zum Wohnort gewählt, für die Rentenzugänge gelten als Bezugspopulation die aktiv Versicherten.

Es handelt sich um einen Ergebnisindikator.

### **Vergleichbarkeit**

Vergleichbare Indikatoren finden sich bei der WHO mit den Indikatoren 1880-1885 993503-4 *SDR, diabetes, all ages, per 100 000/population/male/female/0-64 years/100 000 population/male/female*. Der bedingt vergleichbare OECD-Indikator ist *Health Care Utilisation, Discharge rates by diagnostic categories: Endocrine and metabolic diseases, Diabetes mellitus*. Im EU-Indikatorensetz ECHI findet man den Indikator *Morbidity, disease-specific, Crude death rate, Diseases/disorders of large Impact, Diabetes*. Es gibt keinen vergleichbaren Indikator im bisherigen Indikatorensetz.

### **Originalquellen**

- ▶ Publikationen der Statistischen Landesämter, z. B. Statistische Jahrbücher.
- ▶ Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR): Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit. Tabellenarten C, D.

### **Dokumentationsstand**

24.02.2003, lögd





3.79

### Diabetes mellitus nach Alter und Geschlecht, Deutschland/Land, 1998

#### Definition

Die Häufigkeit der Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) hat in den letzten Jahrzehnten deutlich zugenommen. Durch nicht selten schwerwiegende Folgen wie Beinamputationen, Herzinfarkt, Nierenversagen, Erblinden, Nervenleiden, Probleme während einer Schwangerschaft und vorzeitigen Tod sowie die Notwendigkeit einer jahrelangen Behandlung verursacht Diabetes großes individuelles Leid und erhebliche gesellschaftliche Kosten (1). Es werden zwei Formen des Diabetes mellitus unterschieden. Beim Typ 1 des Diabetes (insulinabhängiger Diabetes) werden die Inselzellen in der Bauchspeicheldrüse durch einen immunologischen Prozess teilweise zerstört; dies hat einen Insulinmangel zur Folge. Bis zum Alter von 40 Jahren ist Typ-1-Diabetes die häufigste Form. Typ-1-Diabetiker müssen lebenslang mit Insulin behandelt werden. Beim Diabetes vom Typ 2 (nicht insulinabhängiger Diabetes) sprechen die Körperzellen auf Insulin schlecht an, und Aufnahme und Umsatz von Glukose sind verzögert. Der Typ 2 tritt vorwiegend im höheren Lebensalter auf und lässt sich durch Diät und Medikamente (Tabletten) behandeln. Die Erschöpfung der Inselzellen kann jedoch im weiteren Verlauf eine Insulinbehandlung erforderlich machen (1).

Alle Teilnehmer wurden während des ärztlichen Interviews gefragt:

„Welche der folgenden Krankheiten hatten Sie jemals?“

- Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) mit Insulinbehandlung: ja/nein
- Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) ohne Insulinbehandlung: ja/nein

Somit wurden bei der Fragestellung im Bundes-Gesundheitssurvey beide Formen der Zuckerkrankheit unterschieden: Im Indikator wird der Anteil aller Diabetiker, darunter der mit Insulin Behandelten, von allen Befragten ausgewiesen.

#### Datenhalter

- ▶ Robert Koch-Institut (RKI)
- ▶ Gesundheitsministerium Bayern
- ▶ Gesundheitsministerium Nordrhein-Westfalen

#### Datenquelle

- ▶ Bundes-Gesundheitssurvey 1998, Zusatzstichprobe Bayern und Nordrhein-Westfalen

#### Periodizität

Mehrjährlich

#### Validität

Die Daten des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 beruhen auf einer für Deutschland repräsentativen Wohnbevölkerungsstichprobe für die Altersgruppe 18 - 79 Jahre. Es wurden 7 124 Personen befragt und untersucht. Zur Methodik siehe (2).

#### Kommentar

Diabetes mellitus nach Alter und Geschlecht wird als Bundes-/Länderindikator geführt. Folgende wesentliche Unterlagen wurden für die Auswahl und Interpretation des Indikators verwendet:

- (1) Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (1998): Gesundheitsbericht für Deutschland. Wiesbaden.
- (2) *Das Gesundheitswesen* 60, (1998) und *Das Gesundheitswesen* 61, (1999); jeweils Sonder-

heft 2 - Schwerpunktheft Bundes-Gesundheitssurvey.  
Der Indikator zählt zu den Ergebnisindikatoren.

**Vergleichbarkeit**

Eingeschränkte Vergleichbarkeit mit WHO-Indikator 2370 040606 *Diabetes prevalence, in %*.  
Keine Vergleichbarkeit mit OECD-Indikatoren. Kein vergleichbarer Indikator im bisherigen Indikatorensatz.

**Originalquellen**

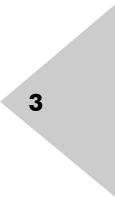
- ▶ Daten des BGS98 des Robert Koch-Instituts.
- ▶ Informationssystem für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (IS-GBE):  
<http://www.gbe-bund.de>.

**Dokumentationsstand**

13.09.2002, RKI/lögd

Indikator (B/L) 3.79	Diabetes mellitus nach Alter und Geschlecht, Deutschland/Land, 1998			
Alter in Jahren	Diabetes mellitus in % der Befragten			
	Diabetes mellitus (E10 - E14)		darunter: Insulinabhängiger Diabetes mell. (E10)	
	weiblich	männlich	weiblich	männlich
18 - 39	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 3.79 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>			
40 - 49				
50 - 59				
60 - 69				
70 - 79				
<b>18 - 79</b>				

Datenquelle:  
Robert Koch-Institut/Gesundheitsministerien Bayern/Nordrhein-Westfalen:  
Bundes-Gesundheitssurvey 1998





3.80

## Krankenhausfälle infolge von Diabetes mellitus nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr

### Definition

Die alters- und geschlechtsspezifischen Raten der Krankenhausbehandlungen infolge von Diabetes mellitus reflektieren die stationäre Morbiditätssituation der Bevölkerung. Die Darstellung nach Altersgruppen und Geschlecht ermöglicht Aussagen über die Inanspruchnahme stationärer Versorgungsstrukturen, die mit dem Alter verbunden sind.

Bei stationären Behandlungen wird die Hauptdiagnose von den behandelnden Ärzten bei der stationären Entlassung kodiert. Als Hauptdiagnose eines Krankenhausfalles wird diejenige Diagnose kodiert, die nach der Entgeltverordnung mit dem höchsten Ressourcenverbrauch einhergeht. Diabetes mellitus gehört zur Hauptdiagnosegruppe IV der nach ICD-10 klassifizierten endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00 - E90).

Der Indikator weist die mit Hauptdiagnose *Diabetes mellitus* (E10 - E14) festgestellten absoluten Krankenhausfälle insgesamt und den Anteil der Krankenhausfälle wegen Insulinabhängigem Diabetes mellitus (E10) nach Altersklassen und Geschlecht der Wohnbevölkerung im Berichtsjahr aus. Außerdem erfolgt die Angabe der altersspezifischen Raten und eine zusätzliche Altersstandardisierung aller stationären Behandlungsfälle auf die Europabevölkerung (alt). Die Krankenhausfälle berechnen sich aus der Anzahl der Patienten, die in ein Krankenhaus aufgenommen, stationär behandelt und im Berichtsjahr entlassen wurden.

### Datenhalter

- ▶ Statistische Landesämter

### Datenquelle

- ▶ Krankenhausstatistik, Teil II - Diagnosen

### Periodizität

Jährlich, 31.12.

### Validität

Rechtsgrundlage ist die Verordnung über die Bundesstatistik für Krankenhäuser vom 10.4.1990. Alle Krankenhäuser sind berichtspflichtig, d. h. es liegt eine Totalerhebung vor. Nicht enthalten sind Krankenhäuser im Straf-/Maßregelvollzug sowie Polizei- und Bundeswehrkrankenhäuser (sofern sie nicht oder nur im eingeschränkten Umfang für die zivile Bevölkerung tätig sind).

Es wird von einer vollständigen Datenerfassung und einer ausreichenden Datenqualität ausgegangen.

### Kommentar

Änderungen in der Häufigkeit von Krankenhausfällen können nicht zwangsläufig auf eine Veränderung der Morbidität zurückgeführt werden. So führen z. B. Mehrfachbehandlungen von Patienten zu derselben Krankheit zu Mehrfachzählungen.

Die Diagnosestatistik liegt nach Behandlungs- und Wohnort vor. Für den vorliegenden Indikator wird der Bezug zum Wohnort genommen. Da es sich um eine Fallstatistik handelt, hat die Altersstandardisierung einen untergeordneten Wert. Deshalb werden die berechneten Raten je 100 000 Einwohner bevorzugt. Die Altersgruppen sind auf 95 und mehr Jahre erweitert, um der geänderten Alterstruktur besser gerecht zu werden.

Es handelt sich um einen Ergebnisindikator.

### Vergleichbarkeit

Bei der WHO und der EU finden sich keine vergleichbaren Indikatoren. Der bedingt vergleichbare OECD-Indikator ist *Health care utilisation, Discharge rates by diagnostic categories: Endocrine and metabolic diseases, Diabetes mellitus*. Eine Untergliederung der Angaben in Altersklassen ist nicht vorgesehen. Im bisherigen Indikatorensetz gab es keinen vergleichbaren Indikator.

### Originalquellen

- Publikationen der Statistischen Landesämter, z. B. Statistische Jahrbücher oder Statistische Berichte zur Krankenhausdiagnosestatistik.

### Dokumentationsstand

25.02.2003, lögd

Indikator (L) 3.80		Krankenhausfälle infolge von Diabetes mellitus nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr				
Alter in Jahren	Krankenhausfälle infolge von Diabetes mellitus (E10 - E14)				darunter: Insulinabhängiger Diabetes mellitus (E10)	
	weiblich		männlich		weiblich	männlich
	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	Anzahl	
0						
1 - 4						
5 - 9						
10 - 14						
15 - 19						
20 - 24						
25 - 29						
30 - 34						
35 - 39						
40 - 44						
45 - 49						
50 - 54						
55 - 59						
60 - 64						
65 - 69						
70 - 74						
75 - 79						
80 - 84						
85 - 89						
90 - 94						
95 und mehr						
<b>Insgesamt</b>						
<b>standard. an Europabev. alt</b>						

[Sprung zu Daten des Indikators 3.80 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes](#)

Datenquelle:  
Statistische Landesämter:  
Krankenhausstatistik, Teil II - Diagnosen

3.81

### **Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit infolge von Diabetes mellitus nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr**

#### **Definition**

Der Indikator weist die Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit infolge von Diabetes mellitus (E10 - E14) nach Alter und Geschlecht in absoluten Zahlen und als Rate je 100 000 aktiv Versicherter im Berichtsjahr aus. Die Angaben werden auf den Wohnort der Rehabilitanden bezogen.

Eine Rente wegen Berufsunfähigkeit bzw. Erwerbsunfähigkeit erhalten Versicherte auf Antrag, wenn die Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind. Die Anzahl der Frühberentungen wird krankheitsspezifisch in der Statistik der Rentenversicherer ausgewiesen.

Erwerbsunfähig ist eine Person, die wegen Krankheit oder Behinderung nicht in der Lage ist, einer regelmäßigen Erwerbstätigkeit, die mehr als geringfügig ist, nachzugehen.

Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn eine Person infolge von Krankheit bzw. Behinderung in ihrer Arbeitsfähigkeit zu mehr als 50 % im Vergleich zu Personen mit ähnlichen/gleichwertigen Ausbildungen/Kenntnissen/Fähigkeiten eingeschränkt ist. Voraussetzung ist, dass die/der Betroffene einen Beruf erlernt hat oder mehr als sechs Jahre in einem Beruf gearbeitet hat.

#### **Datenhalter**

- ▶ Verband Deutscher Rentenversicherungsträger

#### **Datenquelle**

- ▶ Statistik der gesetzlichen Rentenversicherung

#### **Periodizität**

Jährlich, 31.12.

#### **Validität**

Durch den VDR erfolgen Einzelprüfungen der Kodierungen der Ärzte. Dadurch wird sichergestellt, dass nur zulässige Diagnosen kodiert werden. Vollständigkeit und Qualität der Daten werden durch Plausibilitätsprüfungen und Qualitätssicherungsprogramme kontrolliert, so dass von einer guten Datenqualität ausgegangen werden kann. Der Indikator gilt als valide.

#### **Kommentar**

Alle Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit werden statistisch erfasst und bis zum Übergang in die Altersrente in einer Datei geführt.

Durch das Gesetz zur Reform der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit wurde zum 1.1.2001 das bisherige System der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit durch ein einheitliches und abgestuftes System einer Erwerbsminderungsrente abgelöst.

Der vorliegende Indikator ist ein Ergebnisindikator.

#### **Vergleichbarkeit**

Es gibt keine vergleichbaren Indikatoren der WHO, OECD oder EU. Dieser Indikator wird neu in den Indikatorensetz der Länder aufgenommen.

#### **Originalquellen**

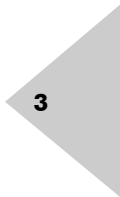
- ▶ Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR): Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit. Tabellenarten C, D.

**Dokumentationsstand**

10.02.2003, nIga/lögd/VDR

Indikator (L) 3.81		Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit infolge von Diabetes mellitus nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr				
Alter in Jahren	Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit infolge von Diabetes mellitus (E10 - E14)					
	weiblich		männlich		insgesamt	
	Anzahl	je 100 000 weibl. aktiv Versicherte	Anzahl	je 100 000 männl. aktiv Versicherte	Anzahl	je 100 000 aktiv Versich.
< 35	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 3.81 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>					
35 - 39						
40 - 44						
45 - 49						
50 - 54						
55 - 59						
60 u. mehr						
<b>Insgesamt</b>						

Datenquelle:  
 Verband Deutscher Rentenversicherungsträger:  
 Statistik der gesetzlichen Rentenversicherung



3.82

## Psychische und Verhaltensstörungen nach Geschlecht, Land, im Zeitvergleich

### Definition

Psychische und Verhaltensstörungen sind besonders häufige und kostenintensive Erkrankungen, die eine große Belastung für die Lebensführung und -qualität der Betroffenen und ihre Angehörigen darstellen. Psychische und Verhaltensstörungen gewinnen sowohl für den Gesundheitszustand aller Altersgruppierungen der Bevölkerung, speziell auch im höheren Lebensalter zunehmend an Bedeutung. Dabei ist zu berücksichtigen, dass unter psychischen und Verhaltensstörungen (Hauptdiagnosegruppe V der ICD-10) sehr unterschiedliche Formen von psychischen Erkrankungen und Störungen zusammengefasst sind, die zumindest einen Teil der davon Betroffenen von der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben mehr oder weniger ausgrenzen. In der bis zum Jahre 1999 geltenden Klassifikation der Krankheiten (ICD-9) wurde die Krankheitsgruppe als psychiatrische oder psychische Krankheiten bezeichnet.

Mit dem vorliegenden Indikator 3.82 wird versucht, anhand verfügbarer Daten die Morbidität der Bevölkerung und die Belastungen des Gesundheitswesens durch psychische und Verhaltensstörungen nach Geschlecht auf Länderebene im Trend darzustellen. Inzidenzdaten liegen nicht vor. Die Hauptdiagnosegruppe Psychische und Verhaltensstörungen kennzeichnet ein komplexes Spektrum sehr verschiedener psychogener Krankheitsbilder (ICD-10: Kapitel V *Psychische und Verhaltensstörungen*, F00 - F99). Im Einzelnen werden nach Geschlecht unterschieden aufgeführt:

- ▶ Arbeitsunfähigkeitstage je Fall (Prävalenz) und bezogen auf je 100 000 GKV-Pflichtmitglieder,
- ▶ Krankenhausfälle insgesamt und nach Geschlecht und bezogen auf je 100 000 der Wohnbevölkerung,
- ▶ Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, die von den Rentenversicherungsträgern (ohne Kranken-, Unfallversicherungen, Sozial- oder Versorgungsämter) je 100 000 aktiv Versicherter im Berichtsjahr erbracht wurden und
- ▶ Rentenzugänge je 100 000 aktiv Versicherter wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, wenn die Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind.

### Datenhalter

- ▶ Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung
- ▶ Statistische Landesämter
- ▶ Verband Deutscher Rentenversicherungsträger

### Datenquelle

- ▶ KG 8-Statistik
- ▶ Krankenhausstatistik, Teil II - Diagnosen
- ▶ Statistik über abgeschlossene Leistungen zur Teilhabe
- ▶ Statistik der gesetzlichen Rentenversicherung

### Periodizität

Jährlich, 31.12.

### Validität

Die Daten der Arbeitsunfähigkeitsstatistik, der Statistik über abgeschlossene Leistungen zur Teilhabe und der Statistik der gesetzlichen Rentenversicherung gelten als sehr valide. Die Qua-

lität der Krankenhausdiagnosestatistik hängt von der sorgfältigen Registrierung aller Behandlungsanlässe ab. Detaillierte Ausführungen zur Datenqualität der einbezogenen Datenquellen sind bei den Indikatoren 3.24 bis 3.40 enthalten.

### **Kommentar**

Die im Indikator aufgeführten Datenquellen gestatten keine umfassende Übersicht über das Morbiditätsgeschehen bei psychischen und Verhaltensstörungen. Es fehlen zuverlässige Inzidenz- und Prävalenzzahlen. Im vorliegenden Indikator ist zu beachten, dass je nach genutzter Datenquelle ein unterschiedlicher Bevölkerungsbezug herangezogen wird, so dass die berechneten Kennziffern aus den einzelnen Datenquellen nicht direkt verglichen werden können. Die Hauptdiagnosegruppe V der ICD-10 wurde inhaltlich gegenüber der Hauptdiagnosegruppe V der ICD-9 verändert; dieser Fakt ist bei Zeitreihenbetrachtungen zu berücksichtigen.

Der vorliegende Indikator ist ein Ergebnisindikator.

### **Vergleichbarkeit**

Vergleichbare Indikatoren finden sich bei der WHO in den Indikatoren 2382 992979 *Number of hospital discharges: mental and behaviour disorders* und 2383 992929 *Number of hospital discharges: mental and behaviour disorders/100 000 population*, teilweise vergleichbar mit OECD-Indikatoren: *Direct expenditures by disease; Discharge rates by diagnostic categories, mental disorders* und in den ECHI-Vorschlägen der EU: *Number of discharges due to mental health conditions, Number of disability pensions due to mental disorders*.

Im bisherigen Indikatorsatz teilweise vergleichbar mit dem Indikator 3.44, der die Frührentenzugänge infolge psychischer Krankheiten im Zeitvergleich enthielt.

### **Originalquellen**

- ▶ Publikationen der Statistischen Landesämter, z. B. Statistische Jahrbücher.
- ▶ Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR): Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit. Tabellenarten C, D, E.
- ▶ Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR): Medizinische und sonstige Leistungen zur Rehabilitation. Tabellenarten A, B.
- ▶ Publikationen des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherheit zur Arbeitsunfähigkeit.

### **Dokumentationsstand**

11.02.2003, lögd

Indikator (K) 3.82	Psychische und Verhaltensstörungen nach Geschlecht, Land, im Zeitvergleich			
Jahr	Psychische und			
	Krankenhausfälle		Arbeitsunfähigkeitsfälle	
	weiblich	männlich	weiblich	männlich
2000 2001 ... Berichtsjahr	Anzahl			
	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 3.82 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>			
2000 2001 ... Berichtsjahr	weiblich*	männlich*	weiblich**	männlich**
	je 100 000			
2000 2001 ... Berichtsjahr	weiblich	männlich	weiblich	männlich
	je 100 000 standardisiert an der Europabevölkerung alt			

Datenquelle:  
 Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung:  
 KG 8-Statistik  
 Statistische Landesämter:  
 Krankenhausstatistik, Teil II - Diagnosen  
 Verband Deutscher Rentenversicherungsträger:  
 Statistik über abgeschlossene Leistungen zur Teilhabe  
 Statistik der gesetzlichen Rentenversicherung

\* je 100 000 weibl. bzw.  
 männl. Einwohner  
 \*\* je 100 000 weibl. bzw.  
 männl. GKV-Pflichtmitgl.  
 \*\*\* je 100 000 weibl. bzw.  
 männl. aktiv Versicherte

Verhaltensstörungen (F00 - F99)				Jahr
Leistungen zur med. Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe		Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit		
weiblich	männlich	männlich	weiblich	
Anzahl				2000
				2001
				...
				Berichtsjahr
weiblich***	männlich***	weiblich***	männlich***	
je 100 000				2000
				2001
				...
				Berichtsjahr
weiblich	männlich	weiblich	männlich	
je 100 000 standardisiert an der Europabevölkerung alt				2000
•	•	•	•	2001
•	•	•	•	...
•	•	•	•	Berichtsjahr



3.83

## Krankenhausfälle infolge von psychischen und Verhaltensstörungen nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr

### Definition

Die alters- und geschlechtsspezifischen stationären Behandlungsraten infolge von psychischen und Verhaltensstörungen (F00 - F99), darunter: psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10), Störungen durch psychotrope Substanzen (F11 - F19), Schizophrenie (F20 - F29), Affektive Störungen (F30 - F39) und gerontopsychiatrische Erkrankungen (F00\*, F01, F02\* F03, bei Manifestation, zusätzlich G30 Alzheimer-Krankheit), reflektieren die Morbiditätssituation der Bevölkerung. Die Darstellung nach Altersgruppen und Geschlecht ermöglicht Aussagen über die mit dem Alter verbundene Erkrankungshäufigkeit durch unterschiedliche psychische und Verhaltensstörungen.

Bei stationären Behandlungen wird die Hauptdiagnose von den behandelnden Ärzten bei der stationären Entlassung kodiert. Als Hauptdiagnose eines Krankenhausfalles wird diejenige Diagnose kodiert, die nach der Entgeltverordnung mit dem höchsten Ressourcenverbrauch einhergeht. Zur Diagnosegruppe der psychischen und Verhaltensstörungen (Kapitel V der ICD-10) gehören alle unter F00 - F99 kodierten Erkrankungen. Der Indikator 3.83 weist die Krankenhausfälle insgesamt und nach Geschlecht sowie die auf die entsprechende Wohnbevölkerung berechnete Rate des Berichtsjahres aus. Die Krankenhausfälle berechnen sich aus der Anzahl der Patienten, die in ein Krankenhaus aufgenommen, stationär behandelt und im Berichtsjahr mit einer der erwähnten Diagnosen entlassen wurden.

### Datenhalter

- ▶ Statistische Landesämter

### Datenquelle

- ▶ Krankenhausstatistik, Teil II - Diagnosen

### Periodizität

Jährlich, 31.12.

### Validität

Rechtsgrundlage ist die Verordnung über die Bundesstatistik für Krankenhäuser vom 10.4.1990. Alle Krankenhäuser sind berichtspflichtig, d. h. es liegt eine Totalerhebung vor. Nicht enthalten sind Krankenhäuser im Straf-/Maßregelvollzug sowie Polizei- und Bundeswehrkrankenhäuser (sofern sie nicht oder nur im eingeschränkten Umfang für die zivile Bevölkerung tätig sind).

Es wird von einer vollständigen Datenerfassung und einer ausreichenden Datenqualität ausgegangen.

### Kommentar

Änderungen in der Häufigkeit von Krankenhausfällen können nicht zwangsläufig auf eine Veränderung der Morbidität zurückgeführt werden. So führen z. B. Mehrfachbehandlungen von Patienten in langwierigen Behandlungsepisoden zu derselben Krankheit zu Mehrfachzählungen.

Die Diagnosestatistik liegt nach Behandlungs- und Wohnort vor. Für den vorliegenden Indikator werden die stationären Behandlungsfälle nach Wohnort zu Grunde gelegt. Da es sich um eine Fallstatistik (Prävalenz) handelt, hat die Altersstandardisierung einen untergeordneten

Wert. Deshalb werden die berechneten Raten je 100 000 Einwohner bevorzugt. Es handelt sich um einen Ergebnisindikator.

### **Vergleichbarkeit**

Vergleichbar mit den WHO-Indikatoren 1900 -1903 993701 - 3 *SDR, mental, nervous system & sense organ/100 000/male/female/0-64/m.f./65+/male/female* und dem OECD-Indikator *Discharge rates by diagnostic categories mental disorders*. Eine Untergliederung der Angaben in Altersklassen ist nicht vorgesehen. Im EU-Indikatorensetz findet man einen bedingt vergleichbaren Indikator *Number of discharges due to mental health conditions, Number of all discharges, i.e. episodes (due to ICD-10 group F) of treatment that have ended during a year/100 000 inhabitants in a year*.

Im bisherigen Indikatorensetz gab es die Indikatoren 3.45 (schizophrene oder affektive Psychose ICD-9: 295, 296) und 3.46 (gerontopsychiatrische Erkrankungen (ICD-9: 290). Die Angaben sind nur teilweise vergleichbar.

### **Originalquellen**

- ▶ Publikationen der Statistischen Landesämter, z. B. Statistische Jahrbücher oder Statistische Berichte zur Krankenhausdiagnosestatistik.

### **Dokumentationsstand**

25.02.2003, lögd/LDS NRW

Indikator (L) 3.83		Krankenhausfälle infolge von psychischen und Verhaltensstörungen nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr					
Alter in Jahren	Krankenhausfälle infolge von psychischen und Verhaltensstörungen (F00 - F99)				Psych. u. Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10)		Störungen trope Subst.
	weiblich		männlich		weiblich	männlich	weiblich
	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	Anzahl		
0	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 3.83 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>						
1 - 4							
5 - 9							
10 - 14							
15 - 19							
20 - 24							
25 - 29							
30 - 34							
35 - 39							
40 - 44							
45 - 49							
50 - 54							
55 - 59							
60 - 64							
65 - 69							
70 - 74							
75 - 79							
80 - 84							
85 - 89							
90 - 94							
95 u. mehr							
<b>Insgesamt</b>							
<b>standard. an Europ. bev. alt</b>							

Datenquelle:  
 Statistische Landesämter:  
 Krankenhausstatistik, Teil II - Diagnosen

\* bei Manifestation,  
 zusätzlich G30 Alzheimer-Krankheit

darunter:							Alter in Jahren
durch psycho- (F11 - F19)	Schizophrenie (F20 - F29)		Affektive Störungen (F30 - F39)		Gerontopsychiatrische Erkrankungen (F00*, F01, F02*, F03)		
männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	
Anzahl							
							0
							1 - 4
							5 - 9
							10 - 14
							15 - 19
							20 - 24
							25 - 29
							30 - 34
							35 - 39
							40 - 44
							45 - 49
							50 - 54
							55 - 59
							60 - 64
							65 - 69
							70 - 74
							75 - 79
							80 - 84
							85 - 89
							90 - 94
							95 u. m.
							<b>Insgesamt</b>
							<b>standard. an Europ.bev. alt</b>

3.84

### **Arbeitsunfähigkeitsfälle und Arbeitsunfähigkeitstage infolge psychischer und Verhaltensstörungen, GKV-Pflichtmitglieder nach Alter und Geschlecht, Deutschland, Jahr**

#### **Definition**

Auswertungen von Daten zu Arbeitsunfähigkeitsfällen und -tagen infolge psychischer und Verhaltensstörungen (F00 - F99) bei GKV-Pflichtmitgliedern nach Alter und Geschlecht geben Hinweise auf individuelle und bevölkerungsbezogene alters- und geschlechtsspezifische Erkrankungshäufigkeiten, die zur Arbeitsunfähigkeit führen.

Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn eine Versicherte oder ein Versicherter aus gesundheitlichen Gründen nicht in der Lage ist, ihrer oder seiner Erwerbstätigkeit nachzugehen. Es muss dabei eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestehen (§ 1 Abs. 3 MB/KT). Die Anzahl der Arbeitsunfähigkeitsfälle gibt an, wie häufig Arbeitnehmerinnen/Arbeitnehmer im Berichtszeitraum infolge psychischer und Verhaltensstörungen arbeitsunfähig waren. Die Daten zu Arbeitsunfähigkeitstagen geben die pro Arbeitsunfähigkeitsfall registrierten absoluten Tage und ihren Prozentanteil an.

Der Indikator 3.84 weist alters- und geschlechtsspezifische Arbeitsunfähigkeitsfälle als eine auf je 100 000 pflichtversicherte GKV-Mitglieder bezogene Rate für das Berichtsjahr mit der Hauptdiagnose *Psychische und Verhaltensstörungen* (Kapitel V der ICD-10: F00 - F99) aus und gibt die Zahl und den Prozentanteil der Arbeitsunfähigkeitstage nach Alter und Geschlecht gegliedert an. Angaben von Privatversicherten und Rentnern sind im Indikator nicht enthalten.

#### **Datenhalter**

- ▶ Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung

#### **Datenquelle**

- ▶ KG 8-Statistik

#### **Periodizität**

Jährlich, 31.12.

#### **Validität**

Als Basis für die Erfassung der Arbeitsunfähigkeitsfälle und -tage wird die Bestätigung der Arbeitsunfähigkeit durch den Arzt herangezogen. Auf der Grundlage der Meldungen an die gesetzlichen Krankenkassen werden im Rahmen der Krankheitsartenstatistik der GKV die Anzahl der Arbeitsunfähigkeitsfälle und der Arbeitsunfähigkeitstage nach Art der Krankheit, Alter und Geschlecht der Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung ausgewiesen. Weitere Informationen sind im Kommentar des Indikators 3.28 enthalten.

#### **Kommentar**

Es wird von einer guten Datenqualität der kodierten Arbeitsunfähigkeitsfälle und -tage ausgegangen. Der Indikator zeigt alters- und geschlechtsabhängige Unterschiede in der Häufigkeit der Inanspruchnahme einer Arbeitsunfähigkeit und hinsichtlich der durchschnittlichen Dauer einer Arbeitsunfähigkeit auf.

Der vorliegende Indikator ist ein Ergebnisindikator.

#### **Vergleichbarkeit**

Es gibt keine Indikatoren zur Arbeitsunfähigkeit der WHO, OECD oder EU, die nach Diagnose, Altersgruppen und Geschlecht gegliedert sind. Im bisherigen Indikatorensetz gab es keine vergleichbaren Indikatoren.

**Originalquellen**

- ▶ Publikationen des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherheit zur Arbeitsunfähigkeit.
- ▶ Badura, B.; Schellschmidt, H., Vetter, C. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report.

**Dokumentationsstand**

18.02.2003, nlga/lögd/BKK Bundesverband

Indikator (L) 3.84	Arbeitsunfähigkeitsfälle und Arbeitsunfähigkeitstage infolge psychischer und Verhaltensstörungen, GKV-Pflichtmitglieder nach Alter und Geschlecht, Deutschland, Jahr					
Alter in Jahren	AU-Fälle und AU-Tage infolge psychischer und Verhaltensstörungen (F00 - F99) bei GKV-Pflichtmitgliedern (ohne Rentner)					
	weiblich			männlich		
	je 100 000 weibl. GKV-Mitgl.	Tage je Fall	Anteil in %	je 100 000 männl. GKV-Mitgl.	Tage je Fall	Anteil in %
15 - 19						
20 - 24						
25 - 29						
30 - 34						
35 - 39						
40 - 44						
45 - 49						
50 - 54						
55 - 59						
60 - 64						
<b>insgesamt</b>						

Datenquelle:  
Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung:  
KG 8-Statistik

## Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe infolge von psychischen und Verhaltensstörungen nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr

### Definition

Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsbedarf sowie Frühberentung oder sogar Frühsterblichkeit entstehen nicht aus heiterem Himmel. Gesundheitliche Verläufe enthalten in der Regel systematische Muster, die als Hinweise für eine Rehabilitationsbedürftigkeit bzw. einen Rehabilitationsbedarf interpretiert werden können. Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen zielen darauf ab, Frühberentung zu verhindern oder zumindest zu verzögern. Eine rehabilitative Intervention sollte zu einem veränderten gesundheitlichen Verlaufsmuster führen, mit einer gesundheitlich positiven Tendenz. Neben Effekten für die allgemeine gesundheitliche Lebensqualität sollten rehabilitative Interventionen im Saldo zu einer Reduktion der Inanspruchnahme akutmedizinischer Angebote und damit zu einer Reduktion direkter Gesundheitskosten führen. Weitere Angaben s. Kommentar zum Indikator 3.33.

Der vorliegende Indikator weist alters- und geschlechtsabhängige Unterschiede in der Häufigkeit der Inanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe infolge von psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10), Störungen durch psychotrope Substanzen (F11 - F19), Schizophrenie (F20 - F29) und affektiven Störungen (F30 - F39) aus. Die Angaben werden auf den Wohnort der Rehabilitanden bezogen.

### Datenhalter

- ▶ Verband Deutscher Rentenversicherungsträger

### Datenquelle

- ▶ Statistik über abgeschlossene Leistungen zur Teilhabe

### Periodizität

Jährlich, 31.12.

### Validität

Für alle Rehabilitationsleistungen besteht Berichtspflicht, so dass von einer Vollständigkeit der Daten ausgegangen werden kann. Die Qualität der Daten wird durch Qualitätssicherungsprogramme gesichert. Durch Einzelprüfungen von Kodierungen der Ärzte und zusätzliche Plausibilitätskontrollen wird sichergestellt, dass nur zulässige Diagnosen kodiert werden. Der Indikator gilt als valide.

### Kommentar

Die Verteilung der abgeschlossenen Rehabilitationsmaßnahmen und der Rehabilitationsleistungen der gesetzlichen Rentenversicherung in den Geschlechts- und Altersgruppen beziehen sich nur auf aktiv Versicherte bis 64 Jahre. Demzufolge beziehen sich die Morbiditätsangaben nur auf Personen im berufsfähigen Alter, die rentenversicherungspflichtig sind.

Der vorliegende Indikator ist ein Ergebnisindikator.

### Vergleichbarkeit

Es gibt keine vergleichbaren Indikatoren der WHO, OECD oder EU (nur Angaben zu: *Expenditure on curative & rehabilitative care, in-patient care, day care*), die nach Altersgruppen und Geschlecht gegliedert sind. Im bisherigen Indikatorensetz gab es vergleichbare Angaben im Indikator 7.21.

**Originalquellen**

- ▶ Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR): Medizinische und Sonstige Leistungen zur Rehabilitation. Tabellenarten A, B

**Dokumentationsstand**

11.02.2003, lögd/VDR

Indikator (L) 3.85		Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe infolge von psychischen und Verhaltensstörungen nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr							
Alter in Jahren	Leistungen zur med. Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe infolge von:								
	Psych. u. Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10)		Störungen durch psychotr. Substanzen (F11 - F19)		Schizophrenie (F20 - F29)		Affektiven Störungen (F30 - F39)		
	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	
	Anzahl								
< 20	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 3.85 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>								
20 - 24									
25 - 29									
30 - 34									
35 - 39									
40 - 44									
45 - 49									
50 - 54									
55 - 59									
60 - 64									
<b>Insgesamt</b>									
	je 100 000 weibliche bzw. männliche aktiv Versicherte								
< 20									
20 - 24									
25 - 29									
30 - 34									
35 - 39									
40 - 44									
45 - 49									
50 - 54									
55 - 59									
60 - 64									
<b>Insgesamt</b>									

Datenquelle:  
 Verband Deutscher Rentenversicherungsträger:  
 Statistik über abgeschlossene Leistungen zur Teilhabe



3.86

### Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit infolge von psychischen und Verhaltensstörungen nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr

#### Definition

Nach statistischen Angaben sind psychische Erkrankungen mit 27 % der Fälle inzwischen der häufigste Grund für Frührente - noch vor Muskel- und Skeletterkrankungen (25 %), Herz-Kreislauf-Erkrankungen (13 %) oder Krebs (13 %).

Der Indikator 3.86 weist die Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit infolge von psychischen und Verhaltensstörungen mit den Diagnosegruppen Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10), Störungen durch psychotrope Substanzen (F11 - F19), Schizophrenie (F20 - F29) und Affektive Störungen (F30 - F39) nach Alter und Geschlecht im Berichtsjahr aus (s. a. Definition und Kommentar des Indikators 3.76 zu Rentenzugängen).

Im Indikator werden Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit infolge von psychischen und Verhaltensstörungen nach Alter und Geschlecht in Absolutzahlen und als Rate je 100 000 aktiv Versicherte ausgewiesen. Die Angaben werden auf den Wohnort der Rehabilitanden bezogen.

#### Datenhalter

- ▶ Verband Deutscher Rentenversicherungsträger

#### Datenquelle

- ▶ Statistik der gesetzlichen Rentenversicherung

**Periodizität:** Jährlich, 31.12.

Indikator (L) 3.86		Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit infolge von psychischen und Verhaltensstörungen nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr							
		Psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10)				Störungen durch psychotrope Substanzen (F11 - F19)			
Alter in Jahren	weiblich		männlich		weiblich		männlich		
	Anzahl	je 100 000 weibl. aktiv Versicherte	Anzahl	je 100 000 männl. aktiv Versicherte	Anzahl	je 100 000 weibl. aktiv Versicherte	Anzahl	je 100 000 männl. aktiv Versicherte	
< 35	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 3.86 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>								
35 - 39									
40 - 44									
45 - 49									
50 - 54									
55 - 59									
60 u. mehr									
<b>Insgesamt</b>									

Datenquelle:  
Verband Deutscher Rentenversicherungsträger:  
Statistik der gesetzlichen Rentenversicherung

**Validität**

Durch den Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) erfolgen Einzelprüfungen der Kodierungen der Ärzte. Dadurch wird sichergestellt, dass nur zulässige Diagnosen kodiert werden. Vollständigkeit und Qualität der Daten werden durch Plausibilitätsprüfungen und Qualitätssicherungsprogramme kontrolliert, so dass von einer guten Datenqualität ausgegangen werden kann. Der Indikator gilt als valide.

**Kommentar**

Alle Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit werden statistisch erfasst und bis zum Übergang in die Altersrente in einer Datei geführt.

Durch das Gesetz zur Reform der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit wurde zum 1.1.2001 das bisherige System durch ein einheitliches und abgestuftes System einer Erwerbsminderungsrente abgelöst.

Der vorliegende Indikator ist ein Ergebnisindikator.

**Vergleichbarkeit**

Es gibt keine vergleichbaren Indikatoren der WHO, OECD oder EU. Im bisherigen Indikatorensetz vergleichbar mit dem Indikator 3.45, der die Frührentenzugänge bei Schizophrenie enthielt.

**Originalquellen**

- ▶ Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR): Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit. Tabellenarten C, D.

**Dokumentationsstand**

10.02.2003, lögd/VDR

Erwerbsfähigkeit infolge von:								Alter in Jahren
Schizophrenie (F20 - F29)				Affektiven Störungen (F30 - F39)				
weiblich		männlich		weiblich		männlich		
Anzahl	je 100 000 weibl. aktiv Versicherte	Anzahl	je 100 000 männl. aktiv Versicherte	Anzahl	je 100 000 weibl. aktiv Versicherte	Anzahl	je 100 000 männl. aktiv Versicherte	
								< 35
								35 - 39
								40 - 44
								45 - 49
								50 - 54
								55 - 59
								60 u. mehr
								<b>Insgesamt</b>

3.87

### Einweisungen nach dem PsychKG und Betreuungsgesetz, nach Geschlecht, Land, im Zeitvergleich

#### Definition

Mit dem 1992 in Kraft getretenen Betreuungsgesetz (Gesetz zur Reform des Rechts der Vormundschaft und Pflegschaft für Volljährige) wurde das alte zweistufige System von Pflegschaft und Vormundschaft durch das einheitliche Rechtsinstitut der Betreuung ersetzt. Gleichzeitig wurde auch im Gesetz über die Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit (FGG) ein einheitliches Verfahrensrecht für die zivilrechtliche Unterbringung (nach dem Betreuungsgesetz) und die öffentlich-rechtliche Unterbringung (nach den Unterbringungsgesetzen der Länder) geschaffen. Bei der rechtlichen Betreuung nach dem Betreuungsgesetz geht es im Kern um die Unterstützung und Interessenwahrnehmung eines Menschen in den vom Gericht festgelegten Aufgabenkreisen. Leitbild ist dabei die persönliche Betreuung, die sich am Wohl des Betreuten orientiert. Der gerichtlich bestellte Betreuer hat die Wünsche des Betroffenen zu respektieren (Betreuung).

In jedem Bundesland gibt es ein Gesetz, das die Unterbringung von psychisch Kranken ermöglicht, die eine Gefahr für die öffentliche Sicherheit und Ordnung darstellen, weil sie andere oder sich selbst in erheblichem Maße gefährden (PsychKG: Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke). Vorgesehene Maßnahmen sind vorsorgende Hilfe zur Vermeidung einer Unterbringung und rechtzeitige ärztliche Behandlung einer Störung oder beginnenden Krankheit, nachsorgende Hilfe nach Abschluss stationärer Behandlung in Gestalt individueller Beratung und Betreuung und Auflagen und Weisungen des Gesundheitsamtes. Maßnahmen zur Gefahrenabwehr sind Zwangsmaßnahmen, die nicht der Heilung von psychischer Krankheit oder Sucht, sondern allein zur Abwendung einer Gefahr für Leib oder Leben des Unterbrachten oder seiner Umgebung dienen. Rechtsgrundlage hierfür sind die Verwaltungsvollstreckungsgesetze der Länder.

Im Indikator 3.87 werden Einweisungen nach dem Betreuungsgesetz bzw. den Unterbringungsgesetzen der Länder nach Alter und Geschlecht in Absolutzahlen und als Rate je 100 000 der durchschnittlichen Bevölkerung im Zeitvergleich ausgewiesen. Die Angaben werden auf den Wohnort des Unterbrachten/Eingewiesenen bezogen.

#### Datenhalter

- ▶ Sozialpsychiatrische Dienste der Oberen Landesgesundheitsbehörden
- ▶ Justizministerien

#### Datenquelle

- ▶ Dokumentation zu den Unterbringungsgesetzen der Länder (PsychKG)
- ▶ Dokumentation zum Betreuungsgesetz

#### Periodizität

Jährlich, 31.12.

#### Validität

Seit dem Inkrafttreten des Betreuungsgesetzes (Betreuung) in 1992 ist das Verfahren bei zivilrechtlichen Unterbringungen (nach dem Betreuungsrecht) und öffentlich-rechtlichen Unterbringungen (nach Unterbringungsgesetz des Landes bzw. PsychKG) bundesweit einheitlich geregelt. Alle Landesgesetze mussten novelliert und hinsichtlich der Regelungen zum Unterbringungsverfahren den Bestimmungen im geänderten Gesetz über die Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit angeglichen werden (Unterbringungsverfahren).

Die zuständigen Amtsgerichte melden in Zusammenarbeit mit den örtlichen Ordnungsbehörden und den Gesundheitsämtern den jeweiligen Justizministerien der Länder die Fallübersichten über die Unterbringung nach dem PsychKG; in diese Meldungen können aber auch die Verlängerungen der Unterbringungen eingehen, d. h. die Anzahl der Unterbringungsverfahren muss nicht identisch sein mit der Zahl der betroffenen Personen.

Die Zahlen sind nur auf Amtsgerichtsbezirksebene verfügbar, diese decken sich aber nicht immer mit den Grenzen der Gebietskörperschaften. In den Angaben können auch Fälle enthalten sein, die nicht zu einer Unterbringung geführt haben. Die Zuverlässigkeit der Daten ist in den Bundesländern unterschiedlich. Die Daten sind nur begrenzt aussagekräftig.

**Kommentar**

Voraussetzung für die Einrichtung einer Betreuung ist nach § 1896 BGB, dass ein Volljähriger aufgrund einer psychischen Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung seine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht besorgen kann. Die so genannten Psychischkrankengesetze bzw. Unterbringungsgesetze sehen einen Katalog staatlicher Maßnahmen vor, solche Kranke notfalls zur Therapie zu zwingen (Unterbringung nach PsychKG). Die Unterbringung wird von den Ordnungsbehörden beantragt, wobei das ärztliche Gutachten durch Klinikärzte (überwiegend) oder niedergelassene Neurologen ausgestellt wird.

**Vergleichbarkeit**

Es gibt keine direkt vergleichbaren Indikatoren der WHO, OECD oder EU zu Einweisungen nach dem PsychKG und Betreuungsgesetz. Im bisherigen Indikatorensatz gab es keinen vergleichbaren Indikator.

**Originalquellen**

- Publikationen der Sozialpsychiatrischen Dienste der Oberen Landesgesundheitsbehörden, z. B. Jahresberichte der Justizministerien der Länder.

**Dokumentationsstand**

04.03.2003, lögd

Indikator (L) 3.87	Einweisungen nach dem PsychKG <sup>1</sup> und Betreuungsgesetz, nach Geschlecht, Land, im Zeitvergleich							
	Unterbringungen nach dem PsychKG				Betreuungsrechtliche Unterbringungen			
	weiblich		männlich		weiblich		männlich	
Jahr	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.
2000								
2001								
...								
Berichts-j.								

Datenquelle:  
Sozialpsychiatrische Dienste der Oberen Landesgesundheitsbehörden/  
Justizministerien:  
Dokumentation zum PsychKG,  
Dokumentation zum Betreuungsgesetz

<sup>1</sup> Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten

3.88

### **Gestorbene infolge vorsätzlicher Selbstbeschädigung (Suizidsterbefälle) nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr**

#### **Definition**

Depressionen gelten als häufigster Grund für die Flucht in den Selbstmord. Untermuert wird diese Hypothese durch Untersuchungsergebnisse, wonach bei über 80 % aller Menschen, die einen Suizidversuch unternommen haben, eine aktuelle Depression bestanden hat. Zwei Altersgruppen im gesamten Altersspektrum sind besonders betroffen: Jugendliche und ältere Menschen. Der Suizid ist nach dem Unfalltod die zweithäufigste Todesursache in der Altersschicht bis 29 Jahre. In Deutschland sterben zur Zeit täglich drei Kinder und Jugendliche durch Suizid. Weitere 40 Kinder versuchen jeden Tag, sich das Leben zu nehmen. Die Anzahl der jugendlichen Selbstmorde ist in Großstädten doppelt so hoch wie auf dem Land. Die Selbstmordgefahr ist bei Schülern höher als bei Jugendlichen, die sich bereits in der Berufsausbildung befinden.

Der Alterssuizid - gemessen an den so genannten natürlichen Todesursachen - ist das zweite drängende gesellschaftliche Problem in diesem Zusammenhang. Unter den jährlich etwa 13 000 Menschen in Deutschland, die sich das Leben nehmen, ist jeder Dritte über 65 Jahre alt. Die Suizidrate in der Altersgruppe der über 65-Jährigen ist in den vergangenen 25 Jahren um 13,5 % angestiegen. Hauptgründe dafür sind die zusehends komplexere Wirklichkeit, an der viele alte Menschen leiden, und der Umstand, dass etwa jeder Zweite der über 65-Jährigen allein lebt.

Der Indikator 3.88 enthält die absoluten Todesfälle und die auf die jeweilige durchschnittliche Wohnbevölkerung bezogenen, geschlechtsspezifischen Mortalitätsraten infolge vorsätzlicher Selbstbeschädigung (Suizidsterbefälle), darunter die Todesfälle infolge von vorsätzlicher Selbstvergiftung durch Drogen (X60 - X64), des Bundeslandes für das Berichtsjahr. Die Suizidrate (Suizidmortalität) setzt die Anzahl der Suizide in Verhältnis zu 100 000 Einwohnern. Zusätzlich erfolgt eine direkte Altersstandardisierung auf die Europabevölkerung (alt). Grundlage für die Tabelle bildet die amtliche Todesursachenstatistik.

#### **Datenhalter**

- ▶ Statistische Landesämter

#### **Datenquelle**

- ▶ Todesursachenstatistik

#### **Periodizität**

Jährlich, 31.12

#### **Validität**

Für die Registrierung der Sterbefälle ist die letzte Wohngemeinde, bei mehreren Wohnungen die Hauptwohnung des Gestorbenen maßgebend. Die Zahlen werden der Bevölkerungsstatistik und der Todesursachenstatistik der Länder entnommen. Die Todesbescheinigungen werden von dem zuständigen Einwohnermeldeamt an das Statistische Landesamt weitergeleitet, in dem die Kodierung der Todesbescheinigungen erfolgt. Daten über die Suizidsterbefälle gelten als relativ zuverlässig.

#### **Kommentar**

Die im Indikator ausgewiesenen vorsätzlichen Selbstbeschädigungen enthalten per Definition keine Suizidfälle der unter 10-Jährigen. Der Indikator zählt zu den Ergebnisindikatoren.

### Vergleichbarkeit

Vergleichbar mit den WHO-Indikatoren 1770 - 1785 120101 3 *SDR, suicide & self-inflicted injuries, 0-64/100 000 population/male/female, 65+/100 000/ male/female*. Vergleichbar mit dem OECD-Indikator *Causes of mortality, Suicide and self-inflicted injury*. Entsprechende EU-Indikatoren lauten: *Cause-specific mortality: Suicide and intentional self-harm: Number of suicides/100 000 inhabitants in a year (mean population)*.

Der bisherige Indikator 3.9 ist mit dem vorliegenden Indikator vergleichbar.

### Originalquellen

- Publikationen der Statistischen Landesämter, z. B. Statistische Jahrbücher.

### Dokumentationsstand

11.02.2003, nlga/lögd/LDS NRW

Indikator (K) 3.88		Gestorbene infolge vorsätzlicher Selbstbeschädigung (Suizidsterbefälle) nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr				
Alter in Jahren	Gestorbene infolge vorsätzlicher Selbstbeschädigung (X60 - X84)				darunter: infolge von Medikamenten und Drogen (X60 - X64)	
	weiblich		männlich		weiblich	männlich
	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	Anzahl	
0*						
1 - 4*						
5 - 9*						
10 - 14						
15 - 19						
20 - 24						
25 - 29						
30 - 34						
35 - 39						
40 - 44						
45 - 49						
50 - 54						
55 - 59						
60 - 64						
65 - 69						
70 - 74						
75 - 79						
80 - 84						
85 - 89						
90 - 94						
95 und mehr						
<b>Insgesamt</b>						
<b>standard. an Europabev. alt</b>						

[Sprung zu Daten des Indikators 3.88 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes](#)

Datenquelle:  
Statistische Landesämter:  
Todesursachenstatistik

\* per Definition treten keine Suizid-  
fälle im Alter unter 10 Jahren auf

3.89

### Gestorbene infolge vorsätzlicher Selbstbeschädigung (Suizidsterbefälle) nach Geschlecht, Land im Regionalvergleich, Jahr

#### Definition

Die Anzahl der jugendlichen Selbstmorde ist in Großstädten doppelt so hoch wie auf dem Land. Die Zahl der Suizide in ländlichen Gebieten mit hoher Drogenkriminalität liegt 50 % über dem Durchschnitt.

Aufschlussreich ist, dass die Rate der Suizidversuche bei Mädchen dreimal höher ist als bei Jungen. Dagegen führen jedoch bei Jungen die Suizidversuche dreimal öfter zum Tode als beim weiblichen Geschlecht.

Regionalisierte geschlechtsspezifische Sterbeziffern infolge vorsätzlicher Selbstbeschädigung (Suizidsterbefälle) machen diese besondere Form geschlechtsspezifischer Sterblichkeit und ihren Anteil an der Gesamtsterblichkeit deutlich und lassen die Unterschiede im Vergleich der Zahlen Gestorbener nach Geschlecht durch die entsprechenden Häufigkeiten je 100 000 Einwohner zwischen den Verwaltungseinheiten des Bundeslandes deutlich werden.

Der Indikator 3.89 enthält die absoluten Todesfälle, die auf die jeweilige durchschnittliche Wohnbevölkerung bezogenen geschlechtsspezifischen Mortalitätsraten und die auf die Gesamtsuizidrate des Landes normierten Mortalitätsziffern (SMR) infolge vorsätzlicher Selbstbeschädigung (Suizidsterbefälle), für die Verwaltungseinheiten des Bundeslandes pro Berichtsjahr. Grundlage für die Tabelle bildet die amtliche Todesursachenstatistik.

#### Datenhalter

- ▶ Statistische Landesämter

#### Datenquelle

- ▶ Todesursachenstatistik

**Periodizität:** Jährlich, 31.12

Indikator (L) 3.89		Gestorbene infolge vorsätzlicher Selbstbeschädigung (Suizidsterbefälle) nach Geschlecht, Land im Regionalvergleich, Jahr					
Lfd. Nr.	Region	Gestorbene infolge vorsätzlicher Selbstbeschädigung (X60 - X84)					
		weiblich			männlich		
		Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	SMR*	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	SMR*
1	Regierungsbezirk Land						
2							
3							
...							

Datenquelle:  
Statistische Landesämter:  
Todesursachenstatistik

\* Standardized Mortality Ratio: standardisiert an der Suizidrate des Landes

### **Validität**

Für die Registrierung der Sterbefälle ist die letzte Wohngemeinde, bei mehreren Wohnungen die Hauptwohnung des Gestorbenen maßgebend. Die Zahlen werden der Bevölkerungsstatistik und der Todesursachenstatistik der Länder entnommen. Die Validität setzt die Weiterleitung der Todesbescheinigungen an das zuständige Einwohnermeldeamt voraus, so dass Verstorbene in die Statistik der Kommunen und des Bundeslandes eingehen, je nachdem, wo sie mit ihrem Hauptwohnsitz gemeldet waren. Die Kodierung der Todesbescheinigungen erfolgt in den Statistischen Landesämtern. Daten über die Suizidsterbefälle gelten als relativ zuverlässig.

### **Kommentar**

Die im Indikator ausgewiesenen vorsätzlichen Selbstbeschädigungen enthalten per Definition keine Suizidfälle der unter 10-Jährigen. Regionalisierte Suizidraten bilden den Grundstock einer kommunalen Berichterstattung über Suizidfälle. Für die Berechnung von Raten als Mehrjahresmittelwert (z. B. drei Jahre) sind die Verfahren der Mittelwertbildung mit der Methode der gleitenden Durchschnitte kombinierbar (s. Anhang 1). Die Raten je 100 000 Einwohner werden bei der Berechnung bevorzugt. Es handelt sich um einen Ergebnisindikator.

### **Vergleichbarkeit**

Vergleichbar mit den WHO-Indikatoren 1780 120102 *SDR, suicide & self-inflicted injuries, all/100 000*, 1781 120102 *SDR, suicide & self-inflicted injuries, all/100 000, male*, 1782 120102 *SDR, suicide & self-inflicted injuries all/100 000, female*. Vergleichbar mit dem OECD-Indikator *Causes of mortality, Suicide and self-inflicted injury*. Entsprechende EU-Indikatoren im Kapitel 3.2.1. *Cause-specific mortality* lauten *Cause of death, Suicide and intentional self-harm: Number of suicides/100 000 inhabitants in a year (mean population)*. Der hier ausgewiesene Indikator ist neu.

### **Originalquellen**

- ▶ Publikationen der Statistischen Landesämter, z. B. Statistische Jahrbücher.

**Dokumentationsstand:** 11.02.2003, lögd



3.90

## Krankheiten des Kreislaufsystems nach Geschlecht, Land, im Zeitvergleich

### Definition

Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind die häufigste Todesursache in Deutschland. Ca. 50 % aller Todesfälle werden durch einen Herzinfarkt oder andere Krankheiten des Kreislaufsystems ausgelöst. Vor allem ältere Menschen sind von Kreislauf-Erkrankungen betroffen. Angesichts der steigenden Lebenserwartung und der wachsenden Anzahl chronischer Herzerkrankungen ist deshalb mit einer weiteren Zunahme dieser Krankheiten zu rechnen. Störungen des Herz-Kreislauf-Systems manifestieren sich bereits in jüngeren Jahren (im Alter unter 50 Jahren). Zu den Risikofaktoren zählen Bluthochdruck, ein erhöhter Cholesterinspiegel, Übergewicht, Rauchen, Diabetes und die Arteriosklerose. Die Behandlung der Herz-Kreislauf-Erkrankungen verursacht hohe Kosten. Der Anteil der Herz-Kreislauf-Mittel beträgt rund ein Viertel der gesamten Arzneimittelausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung. Hinzu kommen die Aufwendungen für die Rehabilitation der Herzinfarkt- und Schlaganfallpatienten, die nach ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus weiterhin betreut werden müssen sowie die operativen Eingriffe.

Der Indikator weist verschiedene Aspekte der Morbidität und Mortalität bei Krankheiten des Kreislaufsystems (I00 - I99) in der zeitlichen Entwicklung und nach Geschlecht aus. Es werden Arbeitsunfähigkeits- und Krankenhausfälle sowie Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bzw. sonstige Leistungen zur Teilhabe und zusätzlich die Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit und die Mortalität infolge Erkrankungen des Kreislaufsystems angegeben. Alle Angaben erfolgen in absoluten Zahlen und je 100 000 Personen der Wohnbevölkerung bzw. der kranken- oder rentenversicherten Bevölkerung.

### Datenhalter

- ▶ Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung
- ▶ Statistische Landesämter
- ▶ Verband Deutscher Rentenversicherungsträger

### Datenquelle

- ▶ KG 8-Statistik
- ▶ Krankenhausstatistik, Teil II - Diagnosen
- ▶ Todesursachenstatistik
- ▶ Statistik über abgeschlossene Leistungen zur Teilhabe
- ▶ Statistik der gesetzlichen Rentenversicherung

### Periodizität

Jährlich, 31.12.

### Validität

Als Basis für die Erfassung der Arbeitsunfähigkeitsfälle und -tage wird die Bestätigung der Arbeitsunfähigkeit durch den Arzt herangezogen. Die für den Indikator verwendeten Statistiken zur Arbeitsunfähigkeit, der Krankenhausaufenthalte, zur medizinischen Rehabilitation und zu den Rentenzugängen unterliegen Validitätsprüfungen und Qualitätssicherungsprogrammen. Die Todesursachenstatistik weist eine gute Validität auf.

### **Kommentar**

Es wird von einer guten Datenqualität der kodierten Arbeitsunfähigkeitsfälle ausgegangen. Der Indikator zeigt alters- und geschlechtsabhängige Unterschiede in der Häufigkeit der Inanspruchnahme einer Arbeitsunfähigkeit und hinsichtlich der durchschnittlichen Dauer einer Arbeitsunfähigkeit auf. Änderungen in der Häufigkeit von Krankenhausfällen können nicht zwangsläufig auf eine Veränderung der Morbidität zurückgeführt werden. So führen z. B. Mehrfachbehandlungen von Patienten zu derselben Krankheit zu Mehrfachzählungen. Für alle Rehabilitationsleistungen besteht Berichtspflicht, so dass von einer Vollständigkeit der Daten ausgegangen werden kann. Die Qualität der Daten wird durch Qualitätssicherungsprogramme gesichert. Durch Einzelprüfungen von Kodierungen der Ärzte und zusätzliche Plausibilitätskontrollen wird sichergestellt, dass nur zulässige Diagnosen kodiert werden. Die Diagnosestatistik liegt nach Wohnort der behandelten Patienten vor, es handelt sich um eine Fallstatistik. Altersstandardisierte Raten werden für die Krankenhausfälle und die Sterblichkeit zusätzlich angegeben. Der Indikator gilt als valide.

Es handelt sich um einen Ergebnisindikator.

### **Vergleichbarkeit**

Vergleichbar mit den WHO-Indikatoren 1320-1322 090102 *SDR, diseases of circulatory system, all ages/100 000/male/female*, 2450 992923 *Hospital discharges, circulatory system, diseases/100 000*. Im OECD-Indikatorensatz gibt es entsprechende Indikatoren zu *Mortality, Morbidity, Diseases of circulatory system*. Es sind keine vergleichbaren EU-Indikatoren vorhanden. Im bisherigen Indikatorensatz gab es keine vergleichbaren Angaben mit einer Übersicht über das Morbiditätsgeschehen bei Kreislauf-Erkrankungen.

### **Originalquellen**

- ▶ Publikationen der Datenhalter, z. B. Statistische Jahresberichte, Standardtabellen der Statistischen Datenbanken oder weitere statistische Quellen.

### **Dokumentationsstand**

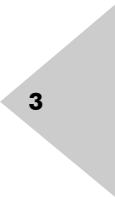
20.02.2003, lögd

Indikator (K) 3.90		Krankheiten des Kreislaufsystems nach Geschlecht, Land, im Zeitvergleich				
Jahr	Krankheiten des					
	Krankenhausfälle		Arbeitsunfähigkeitsfälle		Leistungen z. med. sonst. Leistungen	
	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich	
Anzahl						
2000	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 3.90 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>					
2001						
...						
Berichtsjahr						
je 100 000						
2000	weiblich*	männlich*	weiblich**	männlich**	weiblich***	
2001						
...						
Berichtsjahr						
je 100 000 standardisiert an der Europabevölkerung alt						
2000	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich	
2001						
...						
Berichtsjahr						
2000						
2001			•	•	•	
...			•	•	•	
Berichtsjahr			•	•	•	

Datenquelle:  
 Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung:  
 KG 8-Statistik  
 Statistische Landesämter:  
 Krankenhausstatistik, Teil II - Diagnosen, Todesursachenstatistik  
 Verband Deutscher Rentenversicherungsträger:  
 Statistik über abgeschlossene Leistungen zur Teilhabe,  
 Statistik der gesetzlichen Rentenversicherung

\* je 100 000 weibl. bzw. männl. Einw.  
 \*\* je 100 000 weibl. bzw. männl.  
 GKV-Pflichtmitglieder  
 \*\*\* je 100 000 weibl. bzw. männl.  
 aktiv Versicherte

Kreislaufsystems (100 - 199)					Jahr
Rehabilitation und zur Teilhabe	Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit		Sterblichkeit		
männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	
Anzahl					
					2000
					2001
					...
					Berichtsjahr
männlich***	weiblich***	männlich***	weiblich*	männlich*	
je 100 000					
					2000
					2001
					...
					Berichtsjahr
männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	
je 100 000 standardisiert an der Europabevölkerung alt					
•	•	•			2000
•	•	•			2001
•	•	•			...
•	•	•			Berichtsjahr



3.91

### Krankenhausfälle infolge von Krankheiten des Kreislaufsystems nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr

#### Definition

Die alters- und geschlechtsspezifischen stationären Behandlungsraten infolge von Krankheiten des Kreislaufsystems reflektieren die Morbiditätssituation der Bevölkerung. Die Darstellung nach Altersgruppen und Geschlecht ermöglicht Aussagen über die Inanspruchnahme stationärer Versorgungsstrukturen, die mit dem Alter verbunden sind. Bei stationären Behandlungen wird die Hauptdiagnose von den behandelnden Ärzten bei der stationären Entlassung kodiert. Als Hauptdiagnose eines Krankenhausfalles wird diejenige Diagnose kodiert, die nach der Entgeltverordnung mit dem höchsten Ressourcenverbrauch einhergeht. Der Indikator 3.91 weist die mit Hauptdiagnose *Krankheiten des Kreislaufsystems* (ICD-10 I00 - I99) festgestellten absoluten Krankenhausfälle insgesamt sowie die differenzierte Anzahl der Krankenhausfälle mit den Diagnosen *Ischämische Herzkrankheiten* (I20 - I25) und *Zerebrovaskuläre Krankheiten* (I60 - I69) nach Altersklassen und Geschlecht der Wohnbevölkerung im Berichtsjahr aus. Außerdem erfolgt die Angabe der altersspezifischen Raten und eine zusätzliche Altersstandardisierung aller stationären Behandlungsfälle auf die Europabevölkerung (alt). Die Krankenhausfälle berechnen sich aus der Anzahl der Patienten, die in ein Krankenhaus aufgenommen, stationär behandelt und im Berichtsjahr entlassen wurden.

#### Datenhalter

- ▶ Statistische Landesämter

#### Datenquelle

- ▶ Krankenhausstatistik, Teil II - Diagnosen

**Periodizität:** Jährlich, 31.12.

#### Validität

Rechtsgrundlage ist die Verordnung über die Bundesstatistik für Krankenhäuser vom 10.4.1990. Alle Krankenhäuser sind berichtspflichtig, d. h. es liegt eine Totalerhebung vor. Nicht enthalten sind Krankenhäuser im Straf-/Maßregelvollzug sowie Polizei- und Bundeswehrkrankenhäuser (sofern sie nicht oder nur im eingeschränkten Umfang für die zivile Bevölkerung tätig sind). Es wird von einer vollständigen Datenerfassung und einer ausreichenden Datenqualität ausgegangen.

#### Kommentar

Änderungen in der Häufigkeit von Krankenhausfällen können nicht zwangsläufig auf eine Veränderung der Morbidität zurückgeführt werden. So führen z. B. Mehrfachbehandlungen von Patienten zu derselben Krankheit zu Mehrfachzählungen. Die Diagnosestatistik liegt nach Behandlungs- und Wohnort vor. Für den vorliegenden Indikator wird der Bezug zum Wohnort genommen.

Es handelt sich um einen Ergebnisindikator.

#### Vergleichbarkeit

Vergleichbar mit den WHO-Indikatoren 2450 992923 *Hospital discharges, circulatory system diseases/100 000*, 2451 992973 *Hospital discharges. circulatory system diseases*, 2460 990901 *Hospital discharges, ischaemic heart diseases/100 000*, 2461 990951 *Hospital discharges, ischaemic heart diseases*, 2470 090401 *Incidence of ischaemic heart diseases/100 000*,

2471 095401 *New cases of ischaemic heart diseases*, 2480 990902 *Hospital discharges, cerebrovascular diseases/100 000*, 2481 990952 *Hospital discharges, cerebrovascular diseases*, 2490 090501 *Incidence, cerebrovascular diseases/100 000*, 2491 095501 *New cases of cerebrovascular diseases*.

Entsprechende OECD-Indikatoren sind *Discharge rates by diagnostic categories, Diseases of the circulatory system, Ischaemic heart diseases, Cerebrovascular diseases*. Im EU-Indikatorensetz findet man einen vergleichbaren Indikator zu *Morbidity, disease-specific, Incidence/prevalence of selected diseases/disorders. (a) Diseases/disorders of large impact, Ischaemic heart diseases*. Eine Untergliederung der Angaben in Altersklassen ist nicht vorgesehen. Im bisherigen Indikatorensetz gab es keinen vergleichbaren Indikator.

**Originalquellen**

- Publikationen der Statistischen Landesämter, z. B. Statistisches Jahrbuch oder Statistische Berichte zur Krankenhausdiagnosestatistik.

**Dokumentationsstand:** 24.02.2003, lögd

Indikator (L) 3.91		Krankenhausfälle infolge von Krankheiten des Kreislaufsystems nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr					
Alter in Jahren	Krankenhausfälle infolge von Krankheiten des Kreislaufsystems (I00 - I99)				darunter:		
	weiblich		männlich		Ischämische Herzkrankheiten (I20 - I25)	Zerebrovaskuläre Krankheiten (I60 - I69)	
	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	Anzahl		
0	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 3.91 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>						
1 - 4							
5 - 9							
10 - 14							
15 - 19							
20 - 24							
25 - 29							
30 - 34							
35 - 39							
40 - 44							
45 - 49							
50 - 54							
55 - 59							
60 - 64							
65 - 69							
70 - 74							
75 - 79							
80 - 84							
85 - 89							
90 - 94							
95 u. mehr							
<b>Insgesamt</b>							
<b>standard. an Europ.bev. alt</b>							

Datenquelle:  
Statistische Landesämter:  
Krankenhausstatistik, Teil II - Diagnosen

3.92

### **Arbeitsunfähigkeitsfälle infolge von Krankheiten des Kreislaufsystems bei den GKV-Pflichtmitgliedern nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr**

#### **Definition**

Auswertungen von Daten zur Arbeitsunfähigkeit infolge von Krankheiten des Kreislaufsystems, darunter ischämische Herzkrankheit und zerebrovaskuläre Krankheiten nach Alter und Geschlecht zielen auf alters- und geschlechtsspezifische Erkrankungshäufigkeiten.

Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn eine Versicherte oder ein Versicherter aus gesundheitlichen Gründen nicht in der Lage ist, ihrer oder seiner Erwerbstätigkeit nachzugehen. Es muss dabei eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestehen (§ 1 Abs. 3 MB/KT). Die Anzahl der Arbeitsunfähigkeitsfälle gibt an, wie häufig Arbeitnehmerinnen/Arbeitnehmer im Berichtszeitraum infolge Krankheiten des Kreislaufsystems arbeitsunfähig waren.

Der Indikator 3.92 weist Arbeitsunfähigkeitsfälle insgesamt und nach Geschlecht gegliedert sowie die auf je 100 000 pflichtversicherte Mitglieder bezogene Rate für das Berichtsjahr mit Hauptdiagnose *Krankheiten des Kreislaufsystems*, darunter ischämische Herzkrankheit (I20 - I25) und Zerebrovaskuläre Krankheiten (I60 - I69) aus. Angaben von Privatversicherten sind im Indikator nicht enthalten. Die Angaben sind auf den Wohnort bezogen.

#### **Datenhalter**

- ▶ Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung

#### **Datenquelle**

- ▶ KG 8-Statistik

#### **Periodizität**

Jährlich, 31.12.

#### **Validität**

Als Basis für die Erfassung der Arbeitsunfähigkeitsfälle und -tage wird die Bestätigung der Arbeitsunfähigkeit durch den Arzt herangezogen. Weitere Informationen sind im Kommentar des Indikators 3.28 enthalten.

#### **Kommentar**

Es wird von einer guten Datenqualität der kodierten Arbeitsunfähigkeitsfälle ausgegangen. Der Indikator zeigt alters- und geschlechtsabhängige Unterschiede in der Häufigkeit der Inanspruchnahme einer Arbeitsunfähigkeit und hinsichtlich der durchschnittlichen Dauer einer Arbeitsunfähigkeit auf.

Der vorliegende Indikator ist ein Ergebnisindikator.

#### **Vergleichbarkeit**

Es gibt bisher keine Indikatoren zur Arbeitsunfähigkeit infolge von Krankheiten des Kreislaufsystems der WHO, OECD oder EU, die nach Diagnose, Altersgruppen und Geschlecht gegliedert sind. Im bisherigen Indikatorensetz gab es keinen vergleichbaren Indikator.

#### **Originalquellen**

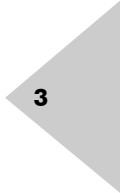
- ▶ Publikationen des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherheit zur Arbeitsunfähigkeit.
- ▶ Badura, B.; Schellschmidt, H., Vetter, C. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report.

**Dokumentationsstand**

24.02.2003, lögd/BKK Bundesverband

Indikator (L) 3.92		Arbeitsunfähigkeitsfälle infolge von Krankheiten des Kreislaufsystems bei den GKV-Pflichtmitgliedern nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr					
Alter in Jahren	AU-Fälle bei GKV-Pflichtmitgliedern (ohne Rentner) infolge von:						
	Krankheiten des Kreislaufsystems (I00 - I99)		darunter:				
			Ischäm. Herzkrankheit (I20 - I25)		Zerebrovaskul. Krankheiten (I60 - I69)		
	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	
	Anzahl						
15 - 19							
20 - 24							
25 - 29							
30 - 34							
35 - 39							
40 - 44							
45 - 49							
50 - 54							
55 - 59							
60 - 64							
<b>Insgesamt</b>							
	je 100 000 weibl. bzw. männl. GKV-Pflichtmitglieder						
15 - 19							
20 - 24							
25 - 29							
30 - 34							
35 - 39							
40 - 44							
45 - 49							
50 - 54							
55 - 59							
60 - 64							
<b>Insgesamt</b>							

Datenquelle:  
Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung;  
KG 8-Statistik





3.93

### Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe infolge von Krankheiten des Kreislaufsystems nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr

#### Definition

Die medizinische Rehabilitation ist ein wichtiger Bestandteil der medizinischen Versorgung. Die Bedeutung der Rehabilitation von Krankheiten des Kreislaufsystems, speziell nach Herzinfarkt und Schlaganfall, wird sich bei steigender Lebenserwartung der Bevölkerung erhöhen. Weitere Angaben s. Kommentar zum Indikator 3.33.

Der vorliegende Indikator weist alters- und geschlechtsabhängige Unterschiede in der Häufigkeit der Inanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstigen Leistungen zur Teilhabe infolge von Krankheiten des Kreislaufsystems, darunter ischämische Herzkrankheit (I20 - I25) und zerebrovaskuläre Krankheiten (I60 - I69), aus.

Wegen der besonderen Bedeutung von Krankheiten des Kreislaufsystems, insbesondere der ischämischen Herzkrankheit und der zerebrovaskulären Krankheiten sind die rehabilitativen Maßnahmen für die weibliche und männliche Bevölkerung bis zum Alter von 64 Jahren nach Altersgruppen ausgewiesen. Die Angaben werden auf den Wohnort des Rehabilitanden bezogen.

#### Datenhalter

- ▶ Verband Deutscher Rentenversicherungsträger

#### Datenquelle

- ▶ Statistik über abgeschlossene Leistungen zur Teilhabe

#### Periodizität

Jährlich, 31.12.

#### Validität

Für alle Rehabilitationsleistungen besteht Berichtspflicht, so dass von einer Vollständigkeit der Daten ausgegangen werden kann. Die Qualität der Daten wird durch Qualitätssicherungsprogramme gewährleistet. Durch Einzelprüfungen von Kodierungen der Ärzte und zusätzliche Plausibilitätskontrollen wird sichergestellt, dass nur zulässige Diagnosen kodiert werden. Der Indikator gilt als valide.

#### Kommentar

Rehabilitationsleistungen der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen sich nur auf aktiv Versicherte, das bezieht die Altersgruppen bis 64 Jahre ein. Demzufolge beziehen sich die Morbiditätsangaben nur auf Personen im berufsfähigen Alter.

Der vorliegende Indikator ist ein Ergebnisindikator.

#### Vergleichbarkeit

Es gibt keine vergleichbaren Indikatoren der WHO, OECD oder EU (nur Angaben zu: *Expenditure on curative & rehabilitative care, in-patient care, day care*), die nach Altersgruppen und Geschlecht gegliedert sind. Im bisherigen Indikatorensatz gab es keinen vergleichbaren Indikator.

**Originalquellen**

- ▶ Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR): Medizinische und sonstige Leistungen zur Rehabilitation. Tabellenarten A und B.

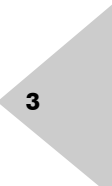
**Dokumentationsstand**

04.02.2003, lögd/VDR

<b>Indikator (L)</b> <b>3.93</b>	<b>Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe infolge von Krankheiten des Kreislaufsystems nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr</b>
-------------------------------------	--

Alter in Jahren	Leistungen zur med. Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe infolge von:					
	Krankheiten des Kreislaufsystems (I00 - I99)		darunter:			
			Ischämische Herzkrankheit (I20 - I25)		Zerebrovaskul. Krankheiten (I60 - I69)	
	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich
	Anzahl					
< 20	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 3.93 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>					
20 - 24						
25 - 29						
30 - 34						
35 - 39						
40 - 44						
45 - 49						
50 - 54						
55 - 59						
60 - 64						
<b>Insgesamt</b>						
	je 100 000 weibliche bzw. männliche aktiv Versicherte					
< 20						
20 - 24						
25 - 29						
30 - 34						
35 - 39						
40 - 44						
45 - 49						
50 - 54						
55 - 59						
60 - 64						
<b>Insgesamt</b>						

Datenquelle:  
Verband Deutscher Rentenversicherungsträger:  
Statistik über abgeschlossene Leistungen zur Teilhabe



3.94

### **Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit infolge von Krankheiten des Kreislaufsystems nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr**

#### **Definition**

Der Indikator weist die Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit infolge von Krankheiten des Kreislaufsystems, darunter ischämische Herzkrankheit (I20 - I25) und zerebrovaskuläre Krankheiten (I60 - I69), nach Geschlecht im Berichtsjahr aus.

Eine Rente wegen Berufsunfähigkeit bzw. Erwerbsunfähigkeit erhalten Versicherte auf Antrag, wenn die Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind. Die Anzahl der Frühberentungen wird krankheitsspezifisch in der Statistik der Rentenversicherer ausgewiesen.

Erwerbsunfähig ist eine Person, die wegen Krankheit oder Behinderung nicht in der Lage ist, einer regelmäßigen Erwerbstätigkeit, die mehr als geringfügig ist, nachzugehen.

Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn eine Person infolge von Krankheit bzw. Behinderung in ihrer Arbeitsfähigkeit zu mehr als 50 % im Vergleich zu Personen mit ähnlichen bzw. gleichwertigen Ausbildungen/Kenntnissen/Fähigkeiten eingeschränkt ist. Voraussetzung ist, dass die oder der Betroffene einen Beruf erlernt hat oder mehr als sechs Jahre in einem Beruf gearbeitet hat.

#### **Datenhalter**

- ▶ Verband Deutscher Rentenversicherungsträger

#### **Datenquelle**

- ▶ Statistik der gesetzlichen Rentenversicherung

#### **Periodizität**

Jährlich, 31.12.

#### **Validität**

Durch den Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) erfolgen Einzelprüfungen der Kodierungen der Ärzte. Dadurch wird sichergestellt, dass nur zulässige Diagnosen kodiert werden. Vollständigkeit und Qualität der Daten werden durch Plausibilitätsprüfungen und Qualitätssicherungsprogramme kontrolliert, so dass von einer guten Datenqualität ausgegangen werden kann. Der Indikator gilt als valide.

#### **Kommentar**

Alle Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit werden statistisch erfasst und bis zum Übergang in die Altersrente in einer Datei geführt.

Durch das Gesetz zur Reform der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit wurde zum 1.1.2001 das bisherige System der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit durch ein einheitliches und abgestuftes System einer Erwerbsminderungsrente abgelöst.

Der vorliegende Indikator ist ein Ergebnisindikator.

#### **Vergleichbarkeit**

Es gibt keine vergleichbaren Indikatoren der WHO, OECD oder EU. Dieser Indikator wird neu in den Indikatorensetz der Länder aufgenommen.

#### **Originalquellen**

- ▶ Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR): Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit. Tabellenarten C, D.

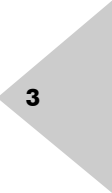
- ▶ Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR): Rentenbestand wegen verminderter Erwerbsfähigkeit. Tabellenart E.

**Dokumentationsstand**

10.02.2003, lögd/VDR

Indikator (L) 3.94		Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit infolge von Krankheiten des Kreislaufsystems nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr							
Alter in Jahren	Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit infolge von:								
	Krankheiten des Kreislaufsystems (I00 - I99)			darunter:					
				Ischämische Herzkrankheit (I20 - I25)			Zerebrovaskuläre Krankheiten (I60 - I69)		
	weiblich	männlich	insges.	weiblich	männlich	insges.	weiblich	männlich	insges.
	Anzahl								
< 35									
35 - 39									
40 - 44									
45 - 49									
50 - 54	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 3.94 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>								
55 - 59									
60 u. mehr									
<b>Insgesamt</b>									
	je 100 000 weibliche, männliche bzw. alle aktiv Versicherte								
< 35									
35 - 39									
40 - 44									
45 - 49									
50 - 54									
55 - 59									
60 u. mehr									
<b>Insgesamt</b>									

Datenquelle:  
Verband Deutscher Rentenversicherungsträger:  
Statistik der gesetzlichen Rentenversicherung



3.95

## Gestorbene infolge von Krankheiten des Kreislaufsystems nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr

### Definition

Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind die häufigste Todesursache. Geschlechtsspezifische Sterbeziffern zu Krankheiten des Kreislaufsystems, insbesondere der ischämischen Herzkrankheit und der zerebrovaskulären Krankheiten, machen ihren Anteil an der Gesamtsterblichkeit deutlich. Sie geben die Anzahl der Gestorbenen nach Geschlecht und die Häufigkeit je 100 000 Einwohner des gleichen Geschlechts an.

Der Indikator 3.95 enthält die absoluten Todesfälle und die auf die jeweilige durchschnittliche Wohnbevölkerung bezogenen geschlechtsspezifischen Mortalitätsraten für sämtliche Krankheiten des Kreislaufsystems (ICD-10 100 - 199), darunter ischämische Herzkrankheit (I20 - I25) und zerebrovaskuläre Krankheiten (I60 - I69), für das Berichtsjahr. Zusätzlich erfolgte eine direkte Altersstandardisierung auf die Europabevölkerung (alt). Grundlage für die Tabelle bildet die amtliche Todesursachenstatistik.

### Datenhalter

- ▶ Statistische Landesämter

### Datenquelle

- ▶ Todesursachenstatistik

### Periodizität

Jährlich, 31.12

### Validität

Für die Registrierung der Sterbefälle ist die letzte Wohngemeinde, bei mehreren Wohnungen die Hauptwohnung des Verstorbenen maßgebend. Die Zahlen werden der Bevölkerungsstatistik und der Todesursachenstatistik der Länder entnommen. Die Validität setzt die Weiterleitung der Todesbescheinigungen an das zuständige Einwohnermeldeamt voraus, so dass Verstorbene in die Statistik der Kommunen und des Bundeslandes eingehen, in der/dem sie mit ihrem Hauptwohnsitz gemeldet waren. Die Kodierung der Todesbescheinigungen erfolgt in den statistischen Landesämtern. Aufgrund der unikausalen Auswertung des Grundleidens, das zum Tode geführt hat, sind vor allem bei älteren Personen Ungenauigkeiten in der Kodierung möglich.

### Kommentar

Mit dem Indikator lässt sich abschätzen, welches Gewicht die Krankheiten des Kreislaufsystems, insbesondere die ischämische Herzkrankheit und die zerebrovaskulären Krankheiten bei der Mortalität haben.

Der Indikator zählt zu den Ergebnisindikatoren.

### Vergleichbarkeit

Vergleichbar mit den WHO-Indikatoren 1310-1380 090101-03 *SDR, diseases of circulatory system/ ischaemic heart diseases/ cerebrovascular diseases/ other circulatory system diseases, 0-64/65+/100 000 population/ male/female*. Vergleichbar mit dem OECD-Indikator *Causes of mortality, Diseases of circulatory system, Ischaemic heart diseases, Cerebrovascular diseases*, und mit EU-Indikatoren zu *Mortality, Diseases/disorders of large impact, Numbers of deaths*,

*Crude death rates, Standardised death rate.*

Bedingt vergleichbar mit bisherigem GMK-Indikator 3.12.

**Originalquellen**

- ▶ Publikationen der Statistischen Landesämter, z. B. Statistische Jahrbücher, Statistische Datenbanken oder weitere regionalstatistische Quellen.

**Dokumentationsstand**

24.02.2003, lögd

Alter in Jahren	Gestorbene infolge von Krankheiten des Kreislaufsystems nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr					
	Gestorbene infolge von Krankheiten des Kreislaufsystems (I00 - I99)				Ischämische Herz-	
	weiblich		männlich		weiblich	
	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.
0						
1 - 4						
5 - 9						
10 - 14						
15 - 19						
20 - 24						
25 - 29						
30 - 34						
35 - 39						
40 - 44						
45 - 49						
50 - 54						
55 - 59						
60 - 64						
65 - 69						
70 - 74						
75 - 79						
80 - 84						
85 - 89						
90 - 94						
95 und mehr						
<b>Insgesamt</b>						
<b>standard. an Europabev. alt</b>						

[Sprung zu Daten des Indikators 3.95 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes](#)

Datenquelle:  
 Statistische Landesämter:  
 Todesursachenstatistik

darunter:						Alter in Jahren
krankheit (I20 - I25)		Zerebrovaskuläre Krankheiten (I60 - I69)				
männlich		weiblich		männlich		
Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	
						0
						1 - 4
						5 - 9
						10 - 14
						15 - 19
						20 - 24
						25 - 29
						30 - 34
						35 - 39
						40 - 44
						45 - 49
						50 - 54
						55 - 59
						60 - 64
						65 - 69
						70 - 74
						75 - 79
						80 - 84
						85 - 89
						90 - 94
						95 und mehr
						<b>Insgesamt</b>
						<b>standard. an Europabev. alt</b>



3.96

## Krankheiten des Atmungssystems nach Geschlecht, Land, im Zeitvergleich

### Definition

Atemwegserkrankungen und Krankheiten der Lunge, die sich nur schleichend verschlimmern, werden oft über Jahre kaum bemerkt. Ärztliche Hilfe wird häufig erst dann in Anspruch genommen, wenn die Erkrankung nicht mehr vollständig geheilt und nur noch die Symptome (Luftnot, Husten oder Auswurf) gelindert werden können. Die Prävention von Erkrankungen der Atmungsorgane und eine frühe ärztliche Diagnose spielen deshalb eine entscheidende Rolle. Das Spektrum der Atemwegserkrankungen erstreckt sich von eher unbedenklichen Infektionen der oberen Atemwege, wie sie beispielsweise im Zusammenhang mit Erkältungen auftreten, über Krankheiten wie die chronische Bronchitis oder das Asthma bronchiale, die die körperliche Leistungsfähigkeit schwer einschränken, bis zu akuten Krankheitszuständen wie Lungenentzündung. Einen zweiten Ursachenkomplex bilden mit der Atemluft eindringende körperfremde oder reizende Stoffe. Hier sind als Verursacher exogene Substanzen infolge beruflicher Exposition, aber auch vor allem das Rauchen zu nennen. Einen dritten Ursachenkomplex bilden Fehlsteuerungen der körpereigenen Abwehr angesichts körperfremder Stoffe (Allergien).

Die Krankheiten der Atmungsorgane gewinnen insbesondere für alte und hochbetagte Menschen an Bedeutung und nehmen bei Betrachtung der Sterblichkeitsziffern der Altersgruppe der 65- bis 79-Jährigen und der über 80-jährigen Menschen nach den Krankheiten des Kreislaufsystems und den bösartigen Neubildungen den dritten Rangplatz ein.

Der Indikator 3.96 weist die geschlechtsspezifische Erkrankungshäufigkeit der Krankheiten des Atmungssystems (J00 - J99) in der zeitlichen Entwicklung und nach Geschlecht aus. Es werden Arbeitsunfähigkeits- und Krankenhausfälle sowie Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bzw. sonstigen Leistungen zur Teilhabe und zusätzlich die Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit und die Mortalität infolge Erkrankungen des Atmungssystems angegeben. Alle Angaben erfolgen in absoluten Zahlen und je 100 000 Personen der Wohnbevölkerung bzw. der kranken- oder rentenversicherten Bevölkerung.

### Datenhalter

- ▶ Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung
- ▶ Statistische Landesämter
- ▶ Verband Deutscher Rentenversicherungsträger

### Datenquelle

- ▶ KG 8-Statistik
- ▶ Krankenhausstatistik, Teil II - Diagnosen
- ▶ Todesursachenstatistik
- ▶ Statistik über abgeschlossene Leistungen zur Teilhabe
- ▶ Statistik der gesetzlichen Rentenversicherung

### Periodizität

Jährlich, 31.12.

### Validität

Die für den Indikator verwendeten Statistiken zur Arbeitsunfähigkeit, der Krankenhausaufenthalte, zur medizinischen Rehabilitation und zu den Rentenzugängen unterliegen Validitäts-

prüfungen und Qualitätssicherungsprogrammen und gelten als valide. Die Todesursachenstatistik weist eine ausreichende Qualität auf.

### **Kommentar**

Mit dem Indikator lässt sich abschätzen, welches Gewicht die verschiedenen Krankheiten des Atmungssystems, insbesondere die Infektionen der Atemwege, chronische Krankheiten der unteren Atemwege und die Krankheiten durch exogene Substanzen bei der Morbidität haben. Für den vorliegenden Indikator wird der Bezug zum Wohnort genommen. Es handelt sich um einen Ergebnisindikator.

### **Vergleichbarkeit**

Vergleichbare Indikatoren finden sich bei der WHO mit den Indikatoren 2500 992924 *Hospital discharges, respiratory diseases/100 000 population*, 2501 992974 *Hospital discharges, respiratory diseases*. Teilweise vergleichbar mit OECD-Indikatoren *Direct expenditures by disease*, *Discharge rates by diagnostic categories: Diseases of the respiratory system*. Es sind keine vergleichbaren EU-Indikatoren vorhanden. Im bisherigen Indikatorensatz bedingt vergleichbar mit dem Indikator 3.27, der anerkannte Berufskrankheiten infolge Asbestose/asbestbedingte Mesotheliom/Lungenkrebs in Verbindung mit Asbestose bzw. allergisch, chemisch-irritativ oder toxisch bedingte obstruktive Atemwegserkrankungen je 100 000 sozialversicherungspflichtig Beschäftigter enthielt.

### **Originalquellen**

- ▶ Publikationen der Datenhalter, z. B. Statistische Jahresberichte, Standardtabellen, Statistische Datenbanken oder weitere statistische Quellen.

### **Dokumentationsstand**

24.02.2003, lögd

Indikator (K) 3.96		Krankheiten des Atmungssystems nach Geschlecht, Land, im Zeitvergleich				
		Krankheiten des				
Jahr	Krankenhausfälle		Arbeitsunfähigkeitsfälle		Leistungen z. med. sonst. Leistungen	
	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich	
Anzahl						
2000	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 3.96 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>					
2001						
...						
Berichtsjahr						
je 100 000						
2000	weiblich*	männlich*	weiblich**	männlich**	weiblich***	
2001						
...						
Berichtsjahr						
je 100 000 standardisiert an der Europabevölkerung alt						
2000	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich	
2001						
...						
Berichtsjahr						
2000						
2001			•	•	•	
...			•	•	•	
Berichtsjahr			•	•	•	

Datenquelle:  
 Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung:  
 KG 8-Statistik  
 Statistische Landesämter:  
 Krankenhausstatistik, Teil II - Diagnosen, Todesursachenstatistik  
 Verband Deutscher Rentenversicherungsträger:  
 Statistik über abgeschlossene Leistungen zur Teilhabe,  
 Statistik der gesetzlichen Rentenversicherung

\* je 100 000 weibl. bzw. männl. Einw.  
 \*\* je 100 000 weibl. bzw. männl.  
 GKV-Pflichtmitglieder  
 \*\*\* je 100 000 weibl. bzw. männl.  
 aktiv Versicherte

Atmungssysteme (J00 - J99)					Jahr
Rehabilitation und zur Teilhabe		Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit		Sterblichkeit	
männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	
Anzahl					2000 2001 ... Berichtsjahr
männlich***	weiblich***	männlich***	weiblich*	männlich*	2000 2001 ... Berichtsjahr
je 100 000					
männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	2000 2001 ... Berichtsjahr
je 100 000 standardisiert an der Europabevölkerung alt					
•	•	•			
•	•	•			
•	•	•			

3.97

### Krankenhausfälle infolge von Krankheiten des Atmungssystems nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr

#### Definition

Dank des hohen Standards in der medizinischen Versorgung und der Fortschritte bei der Entwicklung und Anwendung von Medikamenten können heute zahlreiche Erkrankungen der Atemwege ambulant behandelt werden. Dennoch gibt es schwere Atemwegserkrankungen, die einen Krankenhausaufenthalt erforderlich machen (wie chronische Mandelentzündungen, chronische Nebenhöhlenentzündungen, Pneumonien (Lungenentzündungen) einschließlich Grippe, chronisch-obstruktive Lungenerkrankungen wie chronische Bronchitis, Lungenemphysem und Bronchialasthma, Lungenerkrankungen durch exogene Substanzen). Bei stationären Behandlungen wird die Hauptdiagnose von den behandelnden Ärzten bei der stationären Entlassung kodiert. Als Hauptdiagnose eines Krankenhausesalles wird diejenige Diagnose kodiert, die nach der Entgeltverordnung mit dem höchsten Ressourcenverbrauch einhergeht. Der Indikator 3.97 weist die mit Hauptdiagnose *Krankheiten des Atmungssystems* (ICD-10 J00 - J99) festgestellten absoluten Krankenhausfälle insgesamt und den Anteil der Krankenhausfälle wegen chronischer Krankheiten der unteren Atemwege (J40 - J47) nach Altersgruppen und Geschlecht der Wohnbevölkerung des Berichtsjahres aus. Außerdem erfolgt die Angabe der altersspezifischen Raten und eine zusätzliche Altersstandardisierung aller stationären Behandlungsfälle auf die Europabevölkerung (alt). Die Krankenhausfälle berechnen sich aus der Anzahl der Patienten, die in ein Krankenhaus aufgenommen, stationär behandelt und im Berichtsjahr entlassen wurden.

#### Datenhalter

- ▶ Statistische Landesämter

#### Datenquelle

- ▶ Krankenhausstatistik, Teil II - Diagnosen

**Periodizität:** Jährlich, 31.12.

#### Validität

Rechtsgrundlage ist die erste Verordnung zur Änderung der Krankenhausstatistik-Verordnung vom 13.8.2001. Alle Krankenhäuser sind berichtspflichtig, d. h. es liegt eine Totalerhebung vor. Nicht enthalten sind Krankenhäuser im Straf-/Maßregelvollzug sowie Polizei- und Bundeswehrkrankenhäuser (sofern sie nicht oder nur im eingeschränkten Umfang für die zivile Bevölkerung tätig sind). Es wird von einer vollständigen Datenerfassung und einer ausreichenden Datenqualität ausgegangen.

#### Kommentar

Änderungen in der Häufigkeit von Krankenhausfällen können nicht zwangsläufig auf eine Veränderung der Morbidität zurückgeführt werden. So führen z. B. Mehrfachbehandlungen von Patienten zu derselben Krankheit zu Mehrfachzählungen. Im vorliegenden Indikator werden alle Behandlungsfälle dem Wohnort der Patienten zugeordnet.

Es handelt sich um einen Ergebnisindikator.

#### Vergleichbarkeit

Vergleichbar mit den WHO-Indikatoren 2500 992924 *Hospital discharges, respiratory disea-*

ses/100 000 population, 2501 992974 Hospital discharges, respiratory diseases, 2510 040605 Chronic obstructive pulmonary diseases, prevalence, %, 2511 045605 Number of chronic obstructive pulmonary diseases. Entsprechende OECD-Indikatoren sind Discharge rates by diagnostic categories, Diseases of the respiratory system. Im EU-Indikatorensetz ECHI findet man einen vergleichbaren Indikator Morbidity, disease-specific diseases/disorders of large impact, Chronic obstructive pulmonary disease, Asthma. Eine Untergliederung der Angaben in Altersklassen ist nicht vorgesehen. Im bisherigen Indikatorensetz gab es den vergleichbaren Indikator 3.24.

**Originalquellen**

- Publikationen der Statistischen Landesämter, z. B. Statisches Jahrbuch oder Statistische Berichte zur Krankenhausdiagnosestatistik.

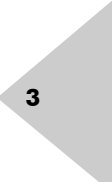
**Dokumentationsstand**

24.02.2003, lögd/LDS NRW

Indikator (L) 3.97		Krankenhausfälle infolge von Krankheiten des Atmungssystems nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr				
Alter in Jahren	Krankenhausfälle infolge von Krankheiten des Atmungssystems (J00 - J99)				darunter: Chron. Krankheiten der unteren Atemwege (J40 - J47)	
	weiblich		männlich		weiblich	männlich
	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	Anzahl	
0						
1 - 4						
5 - 9						
10 - 14						
15 - 19						
20 - 24						
25 - 29						
30 - 34						
35 - 39						
40 - 44						
45 - 49						
50 - 54						
55 - 59						
60 - 64						
65 - 69						
70 - 74						
75 - 79						
80 - 84						
85 - 89						
90 - 94						
95 und mehr						
<b>Insgesamt</b>						
<b>standard. an Europabev. alt</b>						

[Sprung zu Daten des Indikators 3.97 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes](#)

Datenquelle:  
 Statistische Landesämter:  
 Krankenhausstatistik, Teil II - Diagnosen



3.98

### Arbeitsunfähigkeitsfälle infolge von Krankheiten des Atmungssystems bei den GKV-Pflichtmitgliedern nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr

#### Definition

Krankheiten des Atmungssystems gehören zu den häufigsten eine Arbeitsunfähigkeit (AU) verursachenden Krankheiten, wobei Frauen häufiger betroffen sind als Männer: Während im Durchschnitt etwa jede dritte Frau im Laufe eines Versicherungsjahres von einer Atemwegserkrankung betroffen ist, trifft es nur etwa jeden vierten Mann. Grippale Infekte, Bronchitis und Nebenhöhlenentzündungen sind zwar zumeist nur von kurzer Dauer, machen aber wegen ihrer großen Häufigkeit einen Anteil von ca. 17 % des Krankenstandes aus.

Unter den erwachsenen Deutschen leiden etwa 5 % an Asthma und zwischen 10 und 30 % an chronischer Bronchitis. Die indirekten Kosten sind enorm, rund 30 % der Krankheitstage und 25 % der Arbeitsunfähigkeitsfälle sind auf Atemwegserkrankungen zurückzuführen. Der Anteil wird sich wahrscheinlich noch weiter erhöhen, da Allergien - die Asthma oft vorausgehen - in Industrienationen allgemein zunehmen.

Der Indikator weist Arbeitsunfähigkeitsfälle insgesamt und nach Geschlecht gegliedert sowie die auf je 100 000 GKV-pflichtversicherte Mitglieder (ohne Rentner) bezogene Rate für das Berichtsjahr mit der Diagnosehauptgruppe *Krankheiten des Atmungssystems* (J00 - J99), darunter Chronische Krankheiten der unteren Atemwege (J40 - J47), aus. Angaben von Privatversicherten sind im Indikator nicht enthalten.

#### Datenhalter

- ▶ Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung

#### Datenquelle

- ▶ KG 8-Statistik

#### Periodizität

Jährlich, 31.12.

#### Validität

Als Diagnose eines Arbeitsunfähigkeitsfalls wird jeweils die vom Arzt angegebene Hauptdiagnose ausgewertet. Weitere Diagnoseangaben zu einem Fall werden nicht berücksichtigt. Zusätzliche Informationen sind im Kommentar des Indikators 3.28 enthalten.

#### Kommentar

Die Kennzahl *Krankenstand* wird in der für die Daten der gesetzlichen Krankenkassen festgelegten Weise berechnet: Alle Tage, für die eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vorliegt (einschließlich Sonn- und Feiertage), dividiert durch die Zahl der Versichertentage (die ebenfalls Sonn- und Feiertage einschließen) und multipliziert mit 100. Diese Kennzahl gibt an, wie viele krankheitsbedingte Fehltage - insgesamt oder aufgrund von Krankheiten aus einer bestimmten Krankheitsgruppe - auf 100 ganzjährig versicherte Personen entfielen. Die durchschnittliche Falldauer errechnet sich, indem man die Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage durch die Zahl der Fälle dividiert.

Bedingt durch eine nicht einheitlich bestehende Meldepflicht können AU-Meldungen mit einer Dauer von bis zu drei Tagen von Krankenkassen nur partiell erfasst sein. Insofern dürften Angaben zu Fallzahlen des AU-Meldegesehens auf der Basis von Krankenkassendaten immer eine Unterschätzung der wirklichen Häufigkeit von Arbeitsunfähigkeitsfällen darstellen. Der Kran-

kenstand gibt an, wie viel Prozent der GKV-Mitglieder an einem Kalendertag durchschnittlich arbeitsunfähig erkrankt waren.

### Vergleichbarkeit

Es gibt bisher keine Indikatoren zur Arbeitsunfähigkeit infolge von Krankheiten des Atmungssystems der WHO, OECD oder EU, die nach Diagnose, Altersgruppen und Geschlecht gegliedert sind. Im bisherigen Indikatorensatz gab es keinen vergleichbaren Indikator.

### Originalquellen

- ▶ Publikationen des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherheit zur Arbeitsunfähigkeit.
- ▶ Badura, B.; Schellschmidt, H., Vetter, C. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report.

### Dokumentationsstand

21.02.2003, lögd/BKK Bundesverband

Indikator (L) 3.98	Arbeitsunfähigkeitsfälle infolge von Krankheiten des Atmungssystems bei den GKV-Pflichtmitgliedern nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr							
Alter in Jahren	AU-Fälle bei GKV-Pflichtmitgliedern (ohne Rentner) infolge von:							
	Krankheiten des Atmungssystems (J00 - J99)				darunter: Chronische Krankheiten der unteren Atemwege (J40 - J47)			
	weiblich		männlich		weiblich		männlich	
	Anzahl	je 100 000 weibl. GKV- Pflichtmitgl.	Anzahl	je 100 000 männl. GKV- Pflichtmitgl.	Anzahl	je 100 000 weibl. GKV- Pflichtmitgl.	Anzahl	je 100 000 männl. GKV- Pflichtmitgl.
15 - 19								
20 - 24								
25 - 29								
30 - 34								
35 - 39								
40 - 44								
45 - 49								
50 - 54								
55 - 59								
60 - 64								
<b>Insgesamt</b>								

Datenquelle:  
Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung:  
KG 8-Statistik



3.99

### **Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe infolge von Krankheiten des Atmungssystems nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr**

#### **Definition**

Die medizinische Rehabilitation ist ein wichtiger Bestandteil der medizinischen Versorgung. Die Bedeutung der Rehabilitation von Erkrankungen des Atmungssystems wird sich bei steigender Lebenserwartung der Bevölkerung erhöhen. Weitere Angaben s. Kommentar zum Indikator 3.33.

Der vorliegende Indikator weist alters- und geschlechtsabhängige Unterschiede in der Häufigkeit der Inanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstigen Leistungen zur Teilhabe infolge von Krankheiten des Atmungssystems (J00 - J99), darunter Chronische Krankheiten der unteren Atemwege (J40 - J47), nach Alter und Geschlecht sowie je 100 000 aktiv Versicherte aus. Wegen der besonderen Bedeutung der chronischen Krankheiten der unteren Atemwege sind die rehabilitativen Maßnahmen für die weibliche und männliche Bevölkerung bis zum Alter von 64 Jahren nach Altersgruppen ausgewiesen. Die Angaben werden auf den Wohnort des Rehabilitanden bezogen.

#### **Datenhalter**

- ▶ Verband Deutscher Rentenversicherungsträger

#### **Datenquelle**

- ▶ Statistik über abgeschlossene Leistungen zur Teilhabe

#### **Periodizität**

Jährlich, 31.12.

#### **Validität**

Für alle Rehabilitationsleistungen besteht Berichtspflicht, so dass von einer Vollständigkeit der Daten ausgegangen werden kann. Die Qualität der Daten wird durch Qualitätssicherungsprogramme gesichert. Durch Einzelprüfungen von Kodierungen der Ärzte und zusätzliche Plausibilitätskontrollen wird sichergestellt, dass nur zulässige Diagnosen kodiert werden. Der Indikator gilt als valide.

#### **Kommentar**

Rehabilitationsleistungen der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen sich nur auf aktiv Versicherte, das bezieht die Altersgruppen bis 64 Jahre ein. Demzufolge beziehen sich die Morbiditätsangaben nur auf Personen im berufsfähigen Alter.

Der vorliegende Indikator ist ein Ergebnisindikator.

#### **Vergleichbarkeit**

Es gibt keine vergleichbaren Indikatoren der WHO, OECD oder EU (nur Angaben zu *Expenditure on curative & rehabilitative care, in-patient care, day care*), die nach Altersgruppen und Geschlecht gegliedert sind. Im bisherigen Indikatorensetz gab es keinen vergleichbaren Indikator.

#### **Originalquellen**

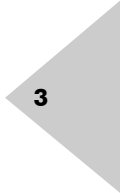
- ▶ Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR): Medizinische und sonstige Leistungen zur Rehabilitation. Tabellenarten A und B.

**Dokumentationsstand**

21.02.2003, lögd/VDR

Indikator (L) 3.99	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe infolge von Krankheiten des Atmungssystems nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr			
Alter in Jahren	Leistungen zur med. Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe infolge von:			
	Krankheiten des Atmungssystems (J00 - J99)		darunter: Chron. Krankheiten der unteren Atemwege (J40 - J47)	
	weiblich	männlich	weiblich	männlich
	Anzahl			
< 20	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 3.99 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>			
20 - 24				
25 - 29				
30 - 34				
35 - 39				
40 - 44				
45 - 49				
50 - 54				
55 - 59				
60 - 64				
<b>Insgesamt</b>				
	je 100 000 weibliche bzw. männliche aktiv Versicherte			
< 20				
20 - 24				
25 - 29				
30 - 34				
35 - 39				
40 - 44				
45 - 49				
50 - 54				
55 - 59				
60 - 64				
<b>Insgesamt</b>				

Datenquelle:  
 Verband Deutscher Rentenversicherungsträger:  
 Statistik über abgeschlossene Leistungen zur Teilhabe



3.100

### **Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit infolge von Krankheiten des Atmungssystems nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr**

#### **Definition**

Erkrankungen des Atmungssystems schließen Lungenkrankheiten durch exogene, das bedeutet u. a. berufsbedingte Substanzen ein. Diese und Krankheiten der unteren Atemwege wie Emphyseme und Asthma führen häufig zu Berufskrankheiten und Erwerbsunfähigkeit.

Erwerbsunfähig ist eine Person, die wegen Krankheit oder Behinderung nicht in der Lage ist, einer regelmäßigen Erwerbstätigkeit, die mehr als geringfügig ist, nachzugehen.

Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn eine Person infolge von Krankheit bzw. Behinderung in ihrer Arbeitsfähigkeit zu mehr als 50 % im Vergleich zu Personen mit ähnlichen/gleichwertigen Ausbildungen/Kenntnissen/Fähigkeiten eingeschränkt ist. Voraussetzung ist, dass die oder der Betroffene einen Beruf erlernt hat oder mehr als sechs Jahre in einem Beruf gearbeitet hat.

Eine Rente wegen Berufsunfähigkeit bzw. Erwerbsunfähigkeit erhalten Versicherte auf Antrag, wenn die Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind. Die Anzahl der Frühberentungen wird krankheitsspezifisch in der Statistik der Rentenversicherer ausgewiesen.

Der Indikator weist die Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit infolge von Krankheiten des Atmungssystems (J00 - J99), darunter chronische Krankheiten der unteren Atemwege (J40 - J47), nach Geschlecht im Berichtsjahr aus.

#### **Datenhalter**

- ▶ Verband Deutscher Rentenversicherungsträger

#### **Datenquelle**

- ▶ Statistik der gesetzlichen Rentenversicherung

#### **Periodizität**

Jährlich, 31.12.

#### **Validität**

Durch den Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) erfolgen Einzelprüfungen der Kodierungen der Ärzte. Dadurch wird sichergestellt, dass nur zulässige Diagnosen kodiert werden. Vollständigkeit und Qualität der Daten werden durch Plausibilitätsprüfungen und Qualitätssicherungsprogramme kontrolliert, so dass von einer guten Datenqualität ausgegangen werden kann. Der Indikator gilt als valide.

#### **Kommentar**

Alle Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit werden statistisch erfasst und bis zum Übergang in die Altersrente in einer Datei geführt.

Durch das Gesetz zur Reform der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit wurde zum 1.1.2001 das bisherige System der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit durch ein einheitliches und abgestuftes System einer Erwerbsminderungsrente abgelöst.

Der vorliegende Indikator ist ein Ergebnisindikator.

#### **Vergleichbarkeit**

Es gibt keine vergleichbaren Indikatoren der WHO, OECD oder EU. Bedingt vergleichbar mit bisherigem Indikator 3.26. Dieser Indikator wird neu in den Indikatorensetz der Länder aufgenommen.

**Originalquellen**

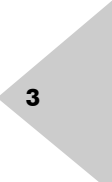
- ▶ Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR): Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit. Tabellenarten C, D.
- ▶ Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR): Rentenbestand wegen verminderter Erwerbsfähigkeit. Tabellenart E.

**Dokumentationsstand**

21.02.2003, lögd/VDR

Indikator (L) 3.100		Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit infolge von Krankheiten des Atmungssystems nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr					
Alter in Jahren	Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit infolge von:						
	Krankheiten des Atmungssystems (J00 - J99)			darunter: Chronischen Krankheiten der unteren Atemwege (J40 - J47)			
	weiblich	männlich	insgesamt	weiblich	männlich	insgesamt	
Anzahl							
< 35	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 3.100 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>						
35 - 39							
40 - 44							
45 - 49							
50 - 54							
55 - 59							
60 u. mehr							
<b>Insgesamt</b>							
je 100 000 weibliche, männliche bzw. alle aktiv Versicherte							
< 35							
35 - 39							
40 - 44							
45 - 49							
50 - 54							
55 - 59							
60 u. mehr							
<b>Insgesamt</b>							

Datenquelle:  
Verband Deutscher Rentenversicherungsträger:  
Statistik der gesetzlichen Rentenversicherung



3.101

### **Gestorbene infolge von Krankheiten des Atmungssystems nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr**

#### **Definition**

Erkrankungen der Atmungsorgane sind die dritthäufigste Todesursachengruppe für Frauen und Männer nach Krankheiten des Kreislaufsystems und bösartigen Neubildungen. Mehr als 90 % der Todesfälle aufgrund von Atemwegserkrankungen betreffen Menschen ab dem 65. Lebensjahr. Von den 65- bis unter 80-Jährigen, die an Atemwegserkrankungen versterben, sterben fast zwei Drittel an chronisch-obstruktiven Lungenerkrankungen. Bei den so genannten Hochbetagten (80 Jahre und älter) stehen Todesfälle aufgrund von Lungenentzündungen an erster Stelle: Jeder 2. Todesfall eines 80-jährigen oder älteren Menschen in der Gruppe der Atemwegserkrankungen ist Folge einer Lungenentzündung. An Asthma verstirbt ebenfalls ein überproportionaler Anteil Menschen von über 70 Jahren.

Geschlechtsspezifische Sterbeziffern zu Krankheiten des Atmungssystems (J00 - J99), darunter chronische Krankheiten der unteren Atemwege (J40 - J47), machen die geschlechtsspezifische Sterblichkeit und den Anteil an der Gesamtsterblichkeit deutlich. Sie geben die Anzahl der Gestorbenen nach Geschlecht und die Häufigkeit je 100 000 Einwohner des gleichen Geschlechts an.

Der Indikator enthält die Todesfälle und die auf die jeweilige durchschnittliche Wohnbevölkerung bezogenen geschlechtsspezifischen Mortalitätsraten für Krankheiten des Atmungssystems und insbesondere der chronischen Krankheiten der unteren Atemwege für das Berichtsjahr. Zusätzlich erfolgt eine direkte Altersstandardisierung auf die Europabevölkerung (alt). Grundlage für die Tabelle bildet die amtliche Todesursachenstatistik.

#### **Datenhalter**

- ▶ Statistische Landesämter

#### **Datenquelle**

- ▶ Todesursachenstatistik

#### **Periodizität**

Jährlich, 31.12

#### **Validität**

Für die Registrierung der Sterbefälle ist die letzte Wohngemeinde, bei mehreren Wohnungen die Hauptwohnung des Gestorbenen maßgebend. Die Zahlen werden der Bevölkerungsstatistik und der Todesursachenstatistik der Länder entnommen. Die Validität setzt die Weiterleitung der Todesbescheinigungen an das zuständige Einwohnermeldeamt voraus, so dass Verstorbene in die Statistik der Kommunen und des Bundeslandes eingehen, in der/dem sie mit ihrem Hauptwohnsitz gemeldet waren. Die Kodierung der Todesbescheinigungen erfolgt in den Statistischen Landesämtern. Aufgrund der unikausalen Auswertung von Krankheiten, die zum Tode geführt haben, sind vor allem bei älteren Personen Ungenauigkeiten in der Kodierung möglich.

#### **Kommentar**

Mit dem Indikator ist erkennbar, welches Gewicht die Krankheiten des Atmungssystems im Rahmen der Mortalität haben.

Der Indikator zählt zu den Ergebnisindikatoren.

### Vergleichbarkeit

Vergleichbar mit den WHO-Indikatoren 1830-1845 993201-3 *SDR, diseases, respiratory system, all age/0-64/65+/100 000 population/male/female*. Vergleichbar mit dem OECD-Indikator *Causes of mortality, Diseases of the respiratory system*, und mit EU-Indikatoren zu *Mortality, Diseases/disorders of large impact, Numbers of deaths, Crude death rates, Standardised death rate*. Bedingt vergleichbar mit bisherigem GMK-Indikator 3.8.

### Originalquellen

- Publikationen der Statistischen Landesämter, z. B. Statistische Jahrbücher, Statistische Berichte zur Todesursachenstatistik, Standardtabellen, Statistische Datenbanken oder weitere regionalstatistische Quellen.

### Dokumentationsstand

21.02.2003, lögd/LDS NRW

Indikator (L) 3.101		Gestorbene infolge von Krankheiten des Atmungssystems nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr							
Alter in Jahren	Gestorbene infolge von Krankheiten des Atmungssystems (J00 - J99)				darunter: Chron. Krankheiten der unteren Atemwege (J40 - J47)				
	weiblich		männlich		weiblich		männlich		
	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	
0									
1 - 4									
5 - 9									
10 - 14									
15 - 19									
20 - 24									
25 - 29									
30 - 34									
35 - 39									
40 - 44									
45 - 49									
50 - 54	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 3.101 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>								
55 - 59									
60 - 64									
65 - 69									
70 - 74									
75 - 79									
80 - 84									
85 - 89									
90 - 94									
95 u. m.									
<b>Insgesamt</b>									
<b>standard. an Europ.bev. alt</b>									

Datenquelle:  
Statistische Landesämter:  
Todesursachenstatistik

3.102

### Kariesprävalenz und Kariesrisiko, DMF-T-Index der 12-jährigen Kinder nach Geschlecht, Land, im Zeitvergleich

#### Definition

Die Karies (Zahnfäule) und Parodontopathien (Zahnfleischerkrankungen) sind die am weitesten verbreiteten Zivilisationskrankheiten. Fast 99 % der Bevölkerung sind davon betroffen. Im Kindesalter besteht Vermeidbarkeit der Karies, da die Ursachen bekannt sind und durch geeignete Ernährung, Mundhygiene und Überwachung des Zahnstatus sowie rechtzeitige Sanierung der Zähne mit Kariesbefall deutlich reduziert werden kann.

Bereits im frühen Kindesalter besteht ein hohes Kariesrisiko, und es können schon Zahnschäden und entzündlicher Erkrankungen des Zahnhalteapparates (Gingivitis, Parodontitis) im Milchgebiss beobachtet werden. Karies ist auch gesundheitspolitisch bedeutsam, da die Behandlung der Karies, ihrer Spätfolgen und auch der Parodontopathien (Zahnfleischerkrankungen) sehr kostenintensiv ist. Deshalb hat der Gesetzgeber Vorbeugung von Zahnschäden in den §§ 21 und 22 des Sozialgesetzbuches V verankert. § 21 beinhaltet die Gruppenprophylaxe und § 22 die Individualprophylaxe zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Kindern.

Der vorliegende Indikator weist die Kariesprävalenz und das Kariesrisiko bei deutschen und ausländischen 12-jährigen Mädchen und Jungen mit Hilfe des DMF-T-Mittelwertes und nach Einzelparametern im Zeitvergleich aus. Der DMF-T-Index gibt an, in welchem Maße prophylaktische Maßnahmen bis zum Alter von 12 Jahren auf die Reduzierung von Kariesprävalenz Wirkung zeigen. Er setzt sich aus den Komponenten D = decayed (kariös), M = missing (fehlend aufgrund von Karies) und F = filled (gefüllt) zusammen. T bedeutet bleibende Zähne (teeth). In die Bewertung gehen alle Zähne ein. Milchzähne sind bei dem DMF-T-Index der 12-Jährigen ausgeschlossen. Die Summe der einzelnen Bewertungen ergibt den individuellen DMF-T-Index. Die Höchstzahl ergibt 28, da höchstens 28 Zähne im bleibenden Gebiß (ohne Weisheitszähne) bewertet werden können. Der Durchschnitt der ermittelten DMF-T-Indices der untersuchten Kinder ergibt den DMF-T-Index der 12-jährigen Kinder. Zahnfleischerkrankungen werden mit dem DMF-T-Index nicht erfasst. Je höher der Index desto mehr Karies haben die 12-Jährigen in der Kindheit gehabt. Präventionsziel der WHO bis zum Jahr 2020 für die Europäische Region ist es, dass 12-Jährige im Durchschnitt höchstens 1,5 kariöse, extrahierte oder gefüllte Zähne aufweisen sollten.

Der DMF-T-Index wird im Rahmen jugendzahnärztlicher Untersuchungen an einer repräsentativen und kalibrierten Stichprobe von 10 % der 12-jährigen Schulkinder ermittelt.

#### Datenhalter

- ▶ Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ)
- ▶ Landesarbeitsgemeinschaften für Jugendzahnpflege

#### Datenquelle

- ▶ Erhebungen zur Zahngesundheit

#### Periodizität

Dreijährlich, 1994, 1997, 2000, 2003 usw.

#### Validität

Die zahnmedizinische Erfolgskontrolle nach § 21 SGB V kann aus zeitlichen und ökonomischen Gründen nicht an der Gesamtheit aller Schüler der betreffenden Altersgruppen durchgeführt werden. Deshalb sehen die DAJ-Richtlinien vor, dass vor Beginn der Untersuchung

für jedes Bundesland eine repräsentative Stichprobe gezogen werden soll. Nach den Vorgaben der DAJ soll die Stichprobe 10 % der relevanten Schulen umfassen. In den zur Stichprobe gehörenden Schulen wird jedes zweite Kind der betreffenden Altersgruppen (6-, 7-, 9- und 12-Jährige) untersucht, so dass die Stichprobe 5 % der Grundgesamtheit wiedergibt. Bei allen bisher beteiligten Landesarbeitsgemeinschaften für Jugendzahnpflege (LAG) wurden Kalibrierungskurse auf Länderebene veranstaltet, die jeweils von demselben Referenzuntersucher (K. Pieper) geleitet wurden. Auf diese Weise wird die Grundlage für einen Vergleich der Daten aus den verschiedenen Bundesländern geschaffen. Das Kalibriersystem und das Stichprobendesign garantieren die Validität der DMF-T-Ergebnisindikatoren.

### Kommentar

Seit Inkrafttreten des Gesundheitsreformgesetzes wird die zahnmedizinische Gruppenprophylaxe durch den § 21 SGB V geregelt, der im Sinne einer Qualitätssicherung auch Maßnahmen der Dokumentation und Erfolgskontrolle vorschreibt. Die von den Spitzenverbänden der Krankenkassen gemeinsam mit dem Bundesverband der Zahnärzte beschlossenen Rahmenempfehlungen sehen vor, dass die bundesweite Dokumentation und Auswertung gruppenprophylaktischer Maßnahmen durch die Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e.V. vorgenommen wird. Ob und in welchem Umfang die Gruppenprophylaxe Erfolg hat, lässt sich nur feststellen, wenn die beteiligten Kinder in regelmäßigen Abständen zahnmedizinisch untersucht werden. Die DAJ führt in Abständen von drei Jahren in allen Bundesländern repräsentative Untersuchungen bei 6- bis 7-jährigen, 9-jährigen und 12-jährigen Schülern durch. Der Beginn wurde auf das Jahr 1994 datiert, weitere Studien sind für die Jahre 1997, 2000, 2003 usw. vorgesehen. Bei der Altersgruppe der 12-Jährigen lässt sich die Effizienz der Gruppenprophylaxe insgesamt ermitteln. Bei dieser Altersgruppe handelt es sich um eine von der WHO ausgewählte Referenzgruppe.

### Vergleichbarkeit

Direkt vergleichbare Indikatoren finden sich bei der WHO mit dem Indikator 2810 040701 *DMFT-12 Index (decayed, missing, filled teeth, age 12)* und bei der OECD mit dem Indikator *Morbidity, Dental Health, Average number of teeth missing, filled or decayed in children at age 12*. Der entsprechende EU-Indikator heißt *Morbidity, disease-specific; Diseases/disorders of large Impact, Decayed, missing, filled teeth (DMF-12)*. Im GMK-Indikatorensetz von 1991 gab es den Indikator 7.9, der im Indikatorensetz des Jahres 1996 als Indikator 3.36 dem Themenfeld *Gesundheitszustand* zugeordnet wurde und die Kariesprävalenz der 3-, 6-, 9- und 12-jährigen Kinder enthielt. Der vorliegende Indikator wurde auf die 12-jährigen Kinder und die Ermittlung der Kariesprävalenz der bleibenden Zähne reduziert, zusätzlich wird die Kariesprävalenz der ausländischen Kinder dargestellt.

### Originalquellen

- ▶ Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ) (Hrsg.): Epidemiologische Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe.
- ▶ Publikationen der Landesarbeitsgemeinschaften für Jugendzahnpflege.

### Dokumentationsstand

28.02.2003, lögd



**Indikator (K)  
3.102**

**Kariesprävalenz und Kariesrisiko, DMF-T-Index der 12-jährigen Kinder nach Geschlecht, Land, im Zeitvergleich**

Jahr	Stich- proben- größe	Mädchen				Jungen			
		DMF-T- Mittelwert	nach Parametern			DMF-T- Mittelwert	nach Parametern		
			D-T	M-T	F-T		D-T	M-T	F-T
		Deutsche							
2000		<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 3.102 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>							
2003									
...									
Berichtsjahr									
		Ausländer							
2000									
2003									
...									
Berichtsjahr									

Datenquelle:  
Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege/  
Landesarbeitsgemeinschaften für Jugendzahnpflege (LAG):  
Erhebungen zur Zahngesundheit

D = kariös zerstört (decayed)  
M = fehlend (missing)  
F = gefüllt (filled)  
T = bleibende Zähne (teeth)



3.103

### Krankenhausfälle infolge von Krankheiten der Leber nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr

#### Definition

Die Diagnosegruppe *Krankheiten der Leber* beinhaltet neben der alkoholischen Leberkrankheit, der Fibrose und Zirrhose der Leber, toxische Leberkrankheiten, Leberversagen inkl. Leberkoma, die chronische Hepatitis und sonstige Erkrankungen der Leber. Dominant sind in dieser Krankheitsgruppe durch Alkoholschäden verursachte Lebererkrankungen. Die alkoholische Leberkrankheit ist eine chronische Lebererkrankung, die als Folge eines vermehrten Alkoholkonsums auftritt. Das Spektrum alkoholischer Lebererkrankungen umfasst die Fettleber, die alkoholische Hepatitis und die Leberzirrhose. Bei einem Konsum von 40 bis 60 g Alkohol pro Tag findet sich ein sechsfach erhöhtes Zirrhoserisiko im Vergleich zu einer Gruppe mit einem Konsum zwischen 0 bis 40 g pro Tag. Ein circa 14fach höheres Risiko findet sich bei einem Konsum von 60 bis 80 g pro Tag und ein über 50-faches Risiko bei 80 bis 100 g Alkohol pro Tag. Außerdem hat Alkoholkonsum einen ungünstigen Einfluss auf den Verlauf chronischer Lebererkrankungen anderer Ursachen, z. B. nach einer Hepatitis C. Leberzirrhose führt zu vermeidbarer, gegenwärtig jedoch zunehmender Sterblichkeit in Deutschland.

Der Indikator weist die mit Diagnosegruppe Krankheiten der Leber (K70 - K77) festgestellten absoluten Krankenhausfälle insgesamt und den Anteil der Krankenhausfälle wegen alkoholischer Leberkrankheit (K70) und Fibrose und Zirrhose der Leber (K74) nach Altersklassen und Geschlecht je 100 000 Personen der Wohnbevölkerung des Berichtsjahres aus. Außerdem erfolgt die Angabe der Raten auf die Europabevölkerung (alt) standardisiert. Die Krankenhausfälle berechnen sich aus der Anzahl der Patienten, die in ein Krankenhaus aufgenommen, stationär behandelt und im Berichtsjahr entlassen wurden.

**Datenhalter:** ▶ Statistische Landesämter

**Datenquelle:** ▶ Krankenhausstatistik, Teil II - Diagnosen

**Periodizität:** Jährlich, 31.12.

#### Validität

Rechtsgrundlage ist die Verordnung über die Bundesstatistik für Krankenhäuser vom 10.4.1990. Alle Krankenhäuser sind berichtspflichtig, d. h. es liegt eine Totalerhebung vor. Nicht enthalten sind Krankenhäuser im Straf-/Maßregelvollzug sowie Polizei- und Bundeswehrkrankenhäuser (sofern sie nicht oder nur im eingeschränkten Umfang für die zivile Bevölkerung tätig sind). Stationäre Aufenthalte infolge von Störungen durch Alkohol (F10.-) enthalten schädlichen Gebrauch von Alkohol, Entzugssyndrome, psychotische Störungen und werden dem Kapitel V *Psychische und Verhaltensstörungen* zugeordnet, auch wenn zusätzlich bereits Leberschäden vorliegen. Wegen der unikausalen Kodierung ist deshalb von einer Untererfassung von Leberschäden auszugehen.

#### Kommentar

Änderungen in der Häufigkeit von Krankenhausfällen können nicht zwangsläufig auf eine Veränderung der Morbidität zurückgeführt werden. So führen z. B. Mehrfachbehandlungen von Patienten zu derselben Krankheit zu Mehrfachzählungen.

Die Diagnosestatistik liegt nach Behandlungs- und Wohnort vor. Für den Indikator wird der Bezug auf die Wohnbevölkerung gewählt. Da es sich um eine Fallstatistik handelt, hat die

Altersstandardisierung einen untergeordneten Wert. Deshalb werden die berechneten Raten je 100 000 Einwohner bevorzugt.

Es handelt sich um einen Ergebnisindikator.

### Vergleichbarkeit

Direkt vergleichbare Indikatoren finden sich bei der WHO mit den Indikatoren 1860-65 991705-6 *SDR, chronic liver diseases & cirrhosis. all ages/0-64/100 000 population/male/female*. Vergleichbar mit dem OECD-Indikator *Health care utilisation, Discharge rates by diagnostic categories, Diseases of the digestive system, Chronic liver diseases and cirrhosis*. Es sind keine vergleichbaren EU-Indikatoren vorhanden. Im bisherigen Indikatorensatz gab es keinen vergleichbaren Indikator.

### Originalquellen

- Publikationen der Statistischen Landesämter, z. B. Statische Jahrbücher oder Statistische Berichte zur Krankenhausdiagnosestatistik.

**Dokumentationsstand:** 28.02.2003, lögd/LDS NRW

Indikator (L) 3.103		Krankenhausfälle infolge von Krankheiten der Leber nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr						
Alter in Jahren	Krankenhausfälle infolge von Krankheiten der Leber (K70 - K77)				darunter:			
	weiblich		männlich		Alkoholische Leberkrankheit (K70)		Fibrose und Zirrhose der Leber (K74)	
	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	Anzahl			
0								
1 - 4								
5 - 9								
10 - 14								
15 - 19								
20 - 24								
25 - 29								
30 - 34								
35 - 39								
40 - 44								
45 - 49								
50 - 54								
55 - 59								
60 - 64								
65 - 69								
70 - 74								
75 - 79								
80 - 84								
85 - 89								
90 - 94								
95 u. m.								
<b>Insgesamt</b>								
<b>standard. an Europabev. alt</b>								

[Sprung zu Daten des Indikators 3.103 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes](#)

Datenquelle:  
Statistische Landesämter:  
Krankenhausstatistik, Teil II - Diagnosen

3.104

### Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes nach Geschlecht, Land, im Zeitvergleich

#### Definition

Unter Muskel- und Skelett-Erkrankungen versteht man gesundheitliche Beeinträchtigungen durch Krankheiten der Gelenke, der Wirbelsäule, des Rückens, der Muskeln und des Bindegewebes. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems tragen nicht unerheblich zu verminderter Arbeitsfähigkeit, Behinderung und ganz allgemein zu einem Verlust an Lebensqualität bei. Rücken- und Nackenbeschwerden oder Erkrankungen der oberen Gliedmaßen verursachen besonders häufig Gesundheitsprobleme und hohe Kosten, die noch weiter ansteigen.

Die Ursachen der Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems sind unter anderem im Heben von Lasten, falschen Körperhaltungen und infolge gleichförmig wiederkehrender Bewegungen zu suchen. Besonders letztere sind berufsbedingt oder stehen in Zusammenhang mit bestimmten Tätigkeiten. Jedes Jahr sind Millionen Beschäftigte in allen Berufen und Branchen aufgrund ihrer Tätigkeit von Muskel- und Skelett-Erkrankungen betroffen. Sie werden von den Beschäftigten allgemein als arbeitsbedingte Gesundheitsprobleme angegeben. Die gesundheitlichen Probleme reichen dabei von Unbehagen über leichte Schmerzen und Beschwerden bis hin zu ernsthaften medizinischen Problemen, die Krankenstände, ärztliche Behandlungen und Krankenhausaufenthalte bedingen. Behandlungen und Genesung sind dabei oft nicht zufriedenstellend, insbesondere in Fällen chronischer Beschwerden. Am Ende kann dauerhafte Behinderung, verbunden mit dem Verlust des Arbeitsplatzes stehen.

Der Indikator weist die geschlechtsspezifische Erkrankungshäufigkeit der Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (ICD10: M00 - M99) in der zeitlichen Entwicklung und nach Geschlecht aus. Es werden Arbeitsunfähigkeits- und Krankenhausfälle sowie Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bzw. sonstige Leistungen zur Teilhabe und zusätzlich Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit angegeben. Angaben zur Mortalität werden nicht aufgeführt, da Muskel-Skelett-Erkrankungen nur selten eine Todesursache sind. Alle Angaben erfolgen in absoluten Zahlen und je 100 000 Personen der Wohnbevölkerung bzw. der kranken- oder rentenversicherten Bevölkerung.

#### Datenhalter

- ▶ Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung
- ▶ Statistische Landesämter
- ▶ Verband Deutscher Rentenversicherungsträger

#### Datenquelle

- ▶ KG 8-Statistik
- ▶ Krankenhausstatistik, Teil II - Diagnosen
- ▶ Todesursachenstatistik
- ▶ Statistik über abgeschlossene Leistungen zur Teilhabe
- ▶ Statistik der gesetzlichen Rentenversicherung

#### Periodizität

Jährlich, 31.12.

#### Validität

Die für den Indikator verwendeten Statistiken zur Arbeitsunfähigkeit, der Krankenhausauf-

enthalte, zur medizinischen Rehabilitation und zu den Rentenzugängen unterliegen Validitätsprüfungen und Qualitätssicherungsprogrammen. Alle Daten sind ausreichend valide.

### **Kommentar**

Bei den aufgeführten Datenquellen ist zu beachten, dass die Bezugspopulation für die Arbeitsunfähigkeit, die Krankenhausfälle und die Statistiken des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) unterschiedlich sind. Alle Populationen sind auf den Wohnort bezogen. Der Indikator gilt als valide.

Es handelt sich um einen Ergebnisindikator.

### **Vergleichbarkeit**

Vergleichbare Indikatoren finden sich bei der WHO mit den Indikatoren 2530 992926 *Hospital discharges, musculo-skeletal & connecting tissue/100 000 population*, 2531 992976 *Hospital discharges, discharges musculo-skeletal & connecting. tissue*. Teilweise vergleichbar mit OECD-Indikatoren *Direct expenditures by disease; Discharge rates by diagnostic categories: Diseases of musculo-skeletal system*. Es sind keine vergleichbaren EU-Indikatoren vorhanden. Im bisherigen Indikatorensatz ist kein vergleichbarer Indikator enthalten.

### **Originalquellen**

- ▶ Publikationen der Statistischen Landesämter, z. B. Statistische Jahresberichte, Standardtabellen der Statistischen Datenbanken oder weitere statistische Quellen.

### **Dokumentationsstand**

21.02.2003, lögd

Indikator (K) 3.104		Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes nach Geschlecht, Land, im Zeitvergleich			
Jahr	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems				
	Krankenhausfälle		Arbeitsunfähigkeitssfälle		
	weiblich	männlich	weiblich	männlich	
	Anzahl				
2000	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 3.104 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>				
2001					
...					
Berichtsjahr					
	weiblich*	männlich*	weiblich**	männlich**	
	je 100 000				
2000					
2001					
...					
Berichtsjahr					
	weiblich	männlich	weiblich	männlich	
	je 100 000 standardisiert an der Europabevölkerung alt				
2000			•	•	
2001			•	•	
...			•	•	
Berichtsjahr			•	•	

Datenquelle:  
 Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung:  
 KG 8-Statistik  
 Statistische Landesämter:  
 Krankenhausstatistik, Teil II - Diagnosen  
 Verband Deutscher Rentenversicherungsträger:  
 Statistik über abgeschlossene Leistungen zur Teilhabe  
 Statistik der gesetzlichen Rentenversicherung

\* je 100 000 weibl. bzw. männl. Einwohner  
 \*\* je 100 000 weibl. bzw. männl. GKV-Pflichtmitgl.  
 \*\*\* je 100 000 weibl. bzw. männl. aktiv Versicherte

und des Bindegewebes (M00 - M99)				Jahr
Leistungen zur med. Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe		Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit		
weiblich	männlich	männlich	weiblich	
Anzahl				2000 2001 ... Berichtsjahr
weiblich***	männlich***	weiblich***	männlich***	2000 2001 ... Berichtsjahr
je 100 000				
weiblich	männlich	weiblich	männlich	2000 2001 ... Berichtsjahr
je 100 000 standardisiert an der Europabevölkerung alt				
•	•	•	•	
•	•	•	•	
•	•	•	•	



3.105

### Krankenhausfälle infolge von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr

#### Definition

Knapp jeder zehnte Krankenhausaufenthalt geht auf eine Muskel- und Skelett-Erkrankung zurück. Bei jedem vierten stationären Behandlungsfall dieser Erkrankungsgruppe handelt es sich um ein Rückenleiden. Zwischen Frauen und Männern zeigen sich keine bedeutsamen Unterschiede. Die Häufigkeit stationärer Krankenhausaufenthalte infolge von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes steigt mit dem Alter an.

Bei stationären Behandlungen wird die Hauptdiagnose von den behandelnden Ärzten bei der stationären Entlassung kodiert. Als Hauptdiagnose eines Krankenhausfalles wird diejenige Diagnose kodiert, die nach der Entgeltverordnung mit dem höchsten Ressourcenverbrauch einhergeht. Zur Hauptdiagnosegruppe der Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes gehören alle unter M00 - M99 kodierten Erkrankungen.

Der Indikator weist die mit Hauptdiagnose *Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes* festgestellten absoluten Krankenhausfälle insgesamt und den Anteil der Krankenhausfälle wegen Krankheiten der Gelenke (M00 - M25) und Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens (M40 - M54) nach Altersklassen und Geschlecht je 100 000 Personen der Wohnbevölkerung des Berichtsjahres aus. Außerdem erfolgt die Angabe der Raten auf die Europabevölkerung (alt) standardisiert. Die Krankenhausfälle berechnen sich aus der Anzahl der Patienten, die in ein Krankenhaus aufgenommen, stationär behandelt und im Berichtsjahr entlassen wurden.

#### Datenhalter

- ▶ Statistische Landesämter

#### Datenquelle

- ▶ Krankenhausstatistik, Teil II - Diagnosen

**Periodizität:** Jährlich, 31.12.

#### Validität

Rechtsgrundlage ist die Verordnung über die Bundesstatistik für Krankenhäuser vom 10.4.1990. Alle Krankenhäuser sind berichtspflichtig, d. h. es liegt eine Totalerhebung vor. Nicht enthalten sind Krankenhäuser im Straf-/Maßregelvollzug sowie Polizei- und Bundeswehrkrankenhäuser (sofern sie nicht oder nur im eingeschränkten Umfang für die zivile Bevölkerung tätig sind).

Es wird von einer vollständigen Datenerfassung und einer ausreichenden Datenqualität ausgegangen.

#### Kommentar

Änderungen in der Häufigkeit von Krankenhausfällen können nicht zwangsläufig auf eine Veränderung der Morbidität zurückgeführt werden. So führen z. B. Mehrfachbehandlungen von Patienten zu derselben Krankheit zu Mehrfachzählungen. Die Diagnosestatistik liegt nach Behandlungs- und Wohnort vor. Für den Indikator wird der Bezug auf die Wohnbevölkerung gewählt. Da es sich um eine Fallstatistik handelt, hat die Altersstandardisierung einen untergeordneten Wert. Deshalb werden die berechneten Raten je 100 000 Einwohner bevorzugt. Es handelt sich um einen Ergebnisindikator.

### Vergleichbarkeit

Vergleichbare Indikatoren finden sich bei der WHO mit den Indikatoren 2530 992926 *Hospital discharges, diseases of musculo-skeletal & connecting tissue/100 000 population*, 2531 992976 *Hospital discharges, diseases of musculo-skeletal & connecting tissue*. Teilweise vergleichbar mit OECD-Indikatoren *Direct expenditures by diseases, Discharge rates by diagnostic categories: Diseases of musculo-skeletal system*. Es sind keine vergleichbaren EU-Indikatoren vorhanden. Im bisherigen Indikatorensatz gab es keinen vergleichbaren Indikator.

### Originalquellen

- Publikationen der Statistischen Landesämter, z. B. Statistische Jahrbücher oder Statistische Berichte zur Krankenhausdiagnosestatistik.

### Dokumentationsstand

24.02.2003, lögd

Indikator (L) 3.105		Krankenhausfälle infolge von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr					
Alter in Jahren	Krankenhausfälle infolge von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems (M00 - M99)				darunter:		
	weiblich		männlich		Krankh. der Gelenke (M00 - M25)		
	Krankh. d. Wirbel- säule u. d. Rückens (M40 - M54)						
	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	Anzahl		
0							
1 - 4							
5 - 9							
10 - 14							
15 - 19							
20 - 24							
25 - 29							
30 - 34							
35 - 39							
40 - 44							
45 - 49							
50 - 54							
55 - 59							
60 - 64							
65 - 69							
70 - 74							
75 - 79							
80 - 84							
85 - 89							
90 - 94							
95 u. m.							
<b>Insgesamt</b>							
<b>standard. an Europabev. alt</b>							

[Sprung zu Daten des Indikators 3.105 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes](#)

Datenquelle:  
Statistische Landesämter:  
Krankenhausstatistik, Teil II - Diagnosen

3.106

### **Arbeitsunfähigkeitsfälle infolge von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes bei den GKV-Pflichtmitgliedern nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr**

#### **Definition**

Muskel-Skelett-Erkrankungen verursachen das höchste Volumen bei der Arbeitsunfähigkeit (AU), bezogen sowohl auf die Häufigkeit als auch auf die Dauer. An der Spitze der AU-Fälle liegen Rückenleiden (Dorsopathie), gefolgt von Bandscheibenschäden und Krankheiten der Gelenke. Beschäftigte ausgewählter Berufsgruppen, wie z. B. der Gärtner und Kraftfahrzeugführer, sind besonders häufig betroffen. Männer sind häufiger wegen Muskel-Skelett-Erkrankungen arbeitsunfähig als Frauen. In höheren Altersgruppen steigt die Zahl der Arbeitsunfähigkeitsfälle mit einer Tendenz zu langwierigeren chronisch-degenerativen Erkrankungsformen. Arbeitsunfähigkeitsfälle sind Ausdruck reduzierter Leistungsfähigkeit infolge von Krankheit.

Der Indikator weist Arbeitsunfähigkeitsfälle insgesamt und nach Geschlecht gliedert sowie die auf je 100 000 GKV-pflichtversicherte Mitglieder im arbeitsfähigen Alter bezogene Rate für das Berichtsjahr mit der Hauptdiagnosegruppe *Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes* und den Anteil der Arbeitsunfähigkeitsfälle wegen Krankheiten der Gelenke (M00 - M25) und Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens (M40 - M54) aus. Angaben von Privatversicherten sind im Indikator nicht enthalten. Die Daten sind wohnortbezogen.

#### **Datenhalter**

- ▶ Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung

#### **Datenquelle**

- ▶ KG 8-Statistik

#### **Periodizität**

Jährlich, 31.12.

#### **Validität**

Als Diagnose eines Arbeitsunfähigkeitsfalls wird jeweils die vom Arzt angegebene Hauptdiagnose ausgewertet, die zur Arbeitsunfähigkeit geführt hat. Weitere Diagnoseangaben zu einem Fall werden nicht berücksichtigt. Zusätzliche Informationen sind im Kommentar des Indikators 3.28 enthalten. Die Daten gelten als ausreichend valide.

#### **Kommentar**

Arbeitsunfähigkeitsfälle weisen auf das Morbiditätsgeschehen hin. Durch das Zählen von Fällen liegt jedoch keine Inzidenzangabe vor. Arbeitsunfähigkeitsfälle sind nicht vergleichbar mit dem Krankenstand, der angibt, wie viele krankheitsbedingte Fehltag - insgesamt oder aufgrund von Krankheiten aus einer bestimmten Krankheitsgruppe - auf 100 ganzjährig versicherte Personen entfielen. Der Krankenstand gibt an, wie viel Prozent der GKV-Mitglieder an einem Kalendertag durchschnittlich arbeitsunfähig erkrankt waren.

Die durchschnittliche Falldauer errechnet sich, indem man die Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage durch die Zahl der Fälle dividiert. Bedingt durch eine nicht einheitlich bestehende Meldepflicht können AU-Meldungen mit einer Dauer von bis zu drei Tagen von Krankenkassen nur partiell erfasst sein. Insofern dürften Angaben zu Fallzahlen des AU-Meldegesehens auf der Basis von Krankenkassendaten immer eine Unterschätzung der wirklichen Häufigkeit von Arbeitsunfähigkeitsfällen darstellen.

### Vergleichbarkeit

Es gibt bisher keine Indikatoren zur Arbeitsunfähigkeit infolge von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes der WHO, OECD oder EU, die nach Diagnose, Altersgruppen und Geschlecht gegliedert sind. Im bisherigen Indikatorensatz gab es den Indikator 3.28, der sich nur auf Rückenleiden bezog.

### Originalquellen

- ▶ Publikationen des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherheit zur Arbeitsunfähigkeit.
- ▶ Badura, B.; Schellschmidt, H., Vetter, C. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report.

### Dokumentationsstand

28.02.2003, lögd/BKK Bundesverband

Indikator (L) 3.106		Arbeitsunfähigkeitsfälle infolge von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes bei den GKV-Pflichtmitgliedern nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr					
Alter in Jahren	AU-Fälle bei GKV-Pflichtmitgliedern (ohne Rentner) infolge von:						
	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems (M00 - M99)		darunter:				
			Krankheiten der Gelenke (M00 - M25)		Krankh. der Wirbelsäule u. des Rückens (M40 - M54)		
	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	
	Anzahl						
15 - 19							
20 - 24							
25 - 29							
30 - 34							
35 - 39							
40 - 44							
45 - 49							
50 - 54							
55 - 59							
60 - 64							
<b>Insgesamt</b>							
	je 100 000 weibl. bzw. männl. GKV-Pflichtmitglieder						
15 - 19							
20 - 24							
25 - 29							
30 - 34							
35 - 39							
40 - 44							
45 - 49							
50 - 54							
55 - 59							
60 - 64							
<b>Insgesamt</b>							

Datenquelle:  
Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung:  
KG 8-Statistik

3.107

### **Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe infolge von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr**

#### **Definition**

Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes verursachen über 30 % aller medizinischen und sonstigen Leistungen zur Rehabilitation und sind gegenüber anderen Diagnosegruppen, wie z. B. den bösartigen Neubildungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und den Atemwegserkrankungen (s. Indikatoren 3.75, 3.93 und 3.99), stark in den Vordergrund gerückt. Rehabilitationsleistungen werden vor allem für Erkrankungen erbracht, die Knochen, Gelenke, Bindegewebe, Muskeln und Nerven des Rückens betreffen. Medizinische Rehabilitationsleistungen folgen meist einer länger dauernden ambulanten und stationären Behandlung, verbunden mit Arbeitsunfähigkeit. Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen sollen vorzeitige Erwerbs- und Berufsunfähigkeit infolge von chronischen Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems vermeiden helfen. Rücken- und Gelenkleiden sind eine sehr häufige gesundheitliche Belastung, die über die persönliche Betroffenheit hinaus hohe gesellschaftliche Kosten durch Arbeitsunfähigkeit und Frühberentung erzeugt.

Der vorliegende Indikator weist alters- und geschlechtsabhängige Unterschiede in der Häufigkeit notwendiger Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstiger Leistungen zur Teilhabe infolge von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes und besonders der Krankheiten der Gelenke (M00 - M25) und Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens (M40 - M54) aus. Der Indikator weist auf ein Morbiditätsgeschehen hin. Wenn unterstellt wird, dass ein Betroffener grundsätzlich nur einmal pro Jahr bis einmal alle zwei bis drei Jahre eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch nehmen kann, weisen die Raten im Indikator 3.107 auf schwerwiegende Erkrankungsformen und ihre Prävalenz in der Bevölkerung hin.

Im Indikator werden Leistungen wegen Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems nach Alter und Geschlecht sowie je 100 000 aktiv Versicherte der Rentenversicherung ausgewiesen. Die altersgruppenspezifische Auswertung endet mit Vollendung des 64. Lebensjahres, da für die sich anschließenden Altersgruppen Rehabilitationsleistungen von den Krankenkassen erbracht werden. Die Angaben werden auf den Wohnort des Rehabilitanden bezogen.

#### **Datenhalter**

- ▶ Verband Deutscher Rentenversicherungsträger

#### **Datenquelle**

- ▶ Statistik über abgeschlossene Leistungen zur Teilhabe

#### **Periodizität**

Jährlich, 31.12.

#### **Validität**

Es besteht für alle Rehabilitationsleistungen Berichtspflicht, so dass von einer Vollständigkeit der Daten ausgegangen werden kann. Durch den Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) erfolgen Einzelprüfungen der Kodierungen der Ärzte. Dadurch wird sichergestellt, dass nur zulässige Diagnosen kodiert werden. Vollständigkeit und Qualität der Daten werden durch Plausibilitätsprüfungen und Qualitätssicherungsprogramme kontrolliert, so dass von einer guten Datenqualität ausgegangen werden kann. Angaben von Rehabilitationsmaßnahmen anderer Versicherungsträger, z. B. der Krankenkassen, Unfallversicherungsträger, sind im Indi-

kator nicht enthalten. Im vorliegenden Indikator werden nur die Rehabilitationsleistungen des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) dargestellt, die ca. 55 % aller Rehabilitationsleistungen erfassen. Der Indikator gilt als valide.

### **Kommentar**

Die Bedeutung der Rehabilitation wird sich bei Zunahme der chronischen Erkrankungen und den sich vollziehenden demographischen Veränderungen (Verlängerung des Lebens und der Lebensarbeitszeit) verstärken.

Die Angaben zur Rehabilitation liegen auf Länder- und kommunaler Ebene nach Wohnort der Rehabilitanden vor. Durch das Gesetz zur Reform der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit wurde zum 1.1.2001 das bisherige System der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit durch ein einheitliches und abgestuftes System einer Erwerbsminderungsrente abgelöst. Als Bezugspopulation werden die aktiv versicherten Personen der gesetzlichen Rentenversicherung genommen.

Der vorliegende Indikator ist ein Ergebnisindikator.

### **Vergleichbarkeit**

Es gibt keine vergleichbaren WHO-, OECD- und EU-Indikatoren. Bedingt vergleichbar mit bisherigem Indikator 7.21, der die medizinischen Rehabilitationsleistungen insgesamt, gegliedert nach Hauptdiagnosegruppen und Geschlecht, jedoch nicht nach Altersgruppen enthält.

### **Originalquellen**

- ▶ Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR): Medizinische und sonstige Leistungen zur Rehabilitation. Tabellenarten A und B.

### **Dokumentationsstand**

26.02.2003, lögd/VDR

Indikator (L) 3.107		Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe infolge von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr					
Alter in Jahren	Leistungen zur med. Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe infolge von:						
	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems (M00 - M99)		darunter:				
			Krankheiten der Gelenke (M00 - M25)		Krankh. der Wirbelsäule u. des Rückens (M40 - M54)		
weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich		
	Anzahl						
< 20							
20 - 24							
25 - 29							
30 - 34							
35 - 39							
40 - 44	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 3.107 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>						
45 - 49							
50 - 54							
55 - 59							
60 - 64							
<b>Insgesamt</b>							
	je 100 000 weibliche bzw. männliche aktiv Versicherte						
< 20							
20 - 24							
25 - 29							
30 - 34							
35 - 39							
40 - 44							
45 - 49							
50 - 54							
55 - 59							
60 - 64							
<b>Insgesamt</b>							

Datenquelle:  
 Verband Deutscher Rentenversicherungsträger:  
 Statistik über abgeschlossene Leistungen zur Teilhabe





3.108

### **Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit infolge von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr**

#### **Definition**

Muskel- und Skelett-Erkrankungen, darunter insbesondere Rückenleiden, beruhen auf Alterungsprozessen, akuten Schädigungen, beruflichen Belastungen, der körperlichen Fitness und psychosozialen Faktoren. Die Folge ist, dass Muskel- und Skelett-Erkrankungen, speziell Wirbelsäulenerkrankungen, häufig zur Antragstellung auf Berufskrankheit und Frühberentung führen. Frühberentungen aufgrund einer Muskel- und Skelett-Erkrankung nehmen ständig zu. Schwerarbeit im Baugewerbe, Bergbau sowie in der Metallindustrie, aber auch z. B. die Arbeit von Busfahrerinnen und Busfahrern, Kassiererinnen und Kassierern und die Arbeit in Pflegeberufen sind Risikobereiche. Als Risikofaktoren spielen häufiges Heben, Tragen oder Ziehen schwerer Lasten, Schwerarbeit, Vibrationen, extreme Rumpfbeugung, langes Sitzen und Zwangshaltungen bei der Büroarbeit eine große Rolle. Trotz vieler Möglichkeiten, am Arbeitsplatz und im Arbeitsumfeld präventive Maßnahmen durchzusetzen, bleiben die Neuzugänge wegen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit auf hohem Niveau.

Der Indikator weist die Rentenzugänge in absoluten Zahlen und als Rate je 100 000 aktiv Versicherter wegen verminderter Erwerbsfähigkeit infolge Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes, darunter Krankheiten der Gelenke (M00 - M25) und Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens (M40 - M54) nach Geschlecht im Berichtsjahr aus. Die Rentenzugänge sind auf den Wohnort bezogen. Als Bezugspopulation gelten die aktiv Versicherten, das entspricht nicht der gesamten Wohnbevölkerung, da privat Versicherte nicht enthalten sind.

#### **Datenhalter**

- ▶ Verband Deutscher Rentenversicherungsträger

#### **Datenquelle**

- ▶ Statistik der gesetzlichen Rentenversicherung

#### **Periodizität**

Jährlich, 31.12.

#### **Validität**

Durch den Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) erfolgen Einzelprüfungen der Kodierungen der Ärzte. Dadurch wird sichergestellt, dass nur zulässige Diagnosen kodiert werden. Vollständigkeit und Qualität der Daten werden durch Plausibilitätsprüfungen und Qualitätssicherungsprogramme kontrolliert, so dass von einer guten Datenqualität ausgegangen werden kann. Der Indikator gilt als valide.

#### **Kommentar**

Alle Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit werden statistisch erfasst und bis zum Übergang in die Altersrente in einer Datei geführt.

Durch das Gesetz zur Reform der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit wurde zum 1.1.2001 das bisherige System der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit durch ein einheitliches und abgestuftes System einer Erwerbsminderungsrente abgelöst.

Der vorliegende Indikator ist ein Ergebnisindikator.

### Vergleichbarkeit

Es gibt keine vergleichbaren Indikatoren der WHO, OECD oder EU. Bedingt vergleichbar mit bisherigem Indikator 3.29, in dem nur Dorsopathien ausgewiesen waren.

### Originalquellen

- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR): Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit. Tabellenarten C, D.

### Dokumentationsstand

28.02.2003, lögd/VDR

Indikator (L) 3.108		Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit infolge von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr								
Alter in Jahren	Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit infolge von:									
	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems (M00 - M99)			darunter:						
				Krankheiten der Gelenke (M00 - M25)			Krankh. der Wirbelsäule u. des Rückens (M40 - M54)			
	weiblich	männlich	insges.	weiblich	männlich	insges.	weiblich	männlich	insges.	
	Anzahl									
< 35										
35 - 39										
40 - 44										
45 - 49										
50 - 54	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 3.108 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>									
55 - 59										
60 u. mehr										
<b>Insgesamt</b>										
	je 100 000 weibliche, männliche bzw. alle aktiv Versicherte									
< 35										
35 - 39										
40 - 44										
45 - 49										
50 - 54										
55 - 59										
60 u. mehr										
<b>Insgesamt</b>										

Datenquelle:  
Verband Deutscher Rentenversicherungsträger:  
Statistik der gesetzlichen Rentenversicherung

3.109

### Rheumatische Erkrankungen (Polyarthritiden) bei Patienten in rheumatologischen Schwerpunkt-Einrichtungen nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr

#### Definition

Entzündlich-rheumatische Erkrankungen beeinträchtigen in erheblichem Umfang die Lebensqualität und führen zu hohen volkswirtschaftlichen Kosten durch Arbeitsunfähigkeit, vorzeitige Berentung sowie dauerhaften Behandlungsbedarf.

Die rheumatoide Arthritis (chronische Polyarthritiden) ist die häufigste und folgenschwerste entzündlich-rheumatische Erkrankung mit einer Prävalenz von 0,8 % der erwachsenen Bevölkerung (1,2 % für Frauen und 0,4 % für Männer). Die seropositive chronische Polyarthritiden (M05) zeigt einen schwereren Verlauf als die übrigen Polyarthritiden (M06).

In der Rheumatologie wird der Funktionsstatus mit Hilfe des Funktionsfragebogens Hannover (FFbH) beurteilt. Es handelt sich um eine Liste der Einschränkungen der Alltagsaktivitäten (ADL), die vom Patienten ausgefüllt wird. 100 % entspricht voller Funktionsfähigkeit, 70 % und weniger entspricht einer deutlichen Einschränkung.

Der Indikator 3.109 weist die rheumatischen Erkrankungen *chronische Polyarthritiden (M05 - M06)* und *seropositive chronische Polyarthritiden (M05)* mit starken Funktionseinschränkungen bei Patienten der rheumatologischen Schwerpunkt-Einrichtungen in Absolutzahlen nach Alter und Geschlecht für das Berichtsjahr aus.

#### Datenhalter

- ▶ Deutsches Rheuma-Forschungszentrum Berlin

#### Datenquelle

- ▶ Statistik über die Kerndokumentation der regionalen kooperativen Rheumazentren der Länder

#### Periodizität

Jährlich

#### Validität

Es wird die behandelte Prävalenz in rheumatologischen Schwerpunkt-Einrichtungen erfasst, die zu regionalen Rheumazentren zusammengeschlossen sind. Der Umfang der Erfassung hängt von der Zahl der beteiligten Einrichtungen ab, derzeit bundesweit etwa 100. Es wird mit einer erheblichen Untererfassung gerechnet, da nur etwa 20 % der Patienten mit chronischer Polyarthritiden rheumatologisch mitbetreut werden und nicht alle rheumatologischen Einrichtungen an der Dokumentation teilnehmen.

Die Qualität der vorliegenden Daten kann als sehr gut eingeschätzt werden. Ein Bevölkerungsbezug ist unter Beachtung der Untererfassung möglich.

#### Kommentar

Die regionale Zuordnung der Patienten erfolgt grundsätzlich nach dem Wohnort. Im Falle fehlender Angaben wird der Patient dem Bundesland zugeordnet, in dem sich die Schwerpunkt-Einrichtung befindet.

Der vorliegende Indikator gehört zu den Ergebnisindikatoren.

#### Vergleichbarkeit

Es gibt keinen Indikator zu rheumatischen Erkrankungen weder im HFA-21-Indikatorensetz der WHO noch im OECD-Indikatorensetz. Im EU-Indikatorensetz sind rheumatische Erkran-

kungen nicht explizit ausgewiesen. Im bisherigen Indikatorensetz gab es keinen vergleichbaren Indikator.

**Originalquellen**

- ▶ Publikationen des Deutschen Rheuma-Forschungszentrums Berlin.
- ▶ Interne jährliche Berichte für die Rheumazentren. www.rheumanet.org (Tabellen für die Bundesländer).

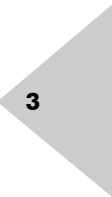
**Dokumentationsstand**

13.12.2002, Deutsches Rheuma-Forschungszentrum Berlin/lögd

Alter in Jahren	Rheumatische Erkrankungen (Polyarthritis) bei Patienten der rheumatologischen Schwerpunkteinrichtungen nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr							
	Chronische Polyarthritis (M05 - M06)				darunter: Seropositive chronische Polyarthritis (M05)			
	weiblich	männlich	insges.	dar.: mit starken Funktionseinschränkungen*	weiblich	männlich	insges.	dar.: mit starken Funktionseinschränkungen*
	Anzahl			in %	Anzahl			in %
15 - 19								
20 - 24								
25 - 29								
30 - 34								
35 - 39								
40 - 44								
45 - 49								
50 - 54								
55 - 59	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 3.109 aus dem Informationssystem der GBE des Bund</a>							
60 - 64								
65 - 69								
70 - 74								
75 - 79								
80 - 84								
85 u. m.								
<b>Insgesamt</b>								

Datenquelle:  
Deutsches Rheuma-Forschungszentrum Berlin:  
Kerndokumentation der regionalen kooperativen Rheumazentren

\* FFbH < 70, siehe Metadatenbeschreibung



3.110

## Verletzungen und Vergiftungen nach Geschlecht, Land, im Zeitvergleich

### Definition

Verletzungen bilden eine häufige Ursache ambulanter und stationärer Behandlung. Sie führen häufig zu Arbeitsunfähigkeit, zu Erwerbs- und Berufsunfähigkeit, häufig auch zu lebenslanger Behinderung, zur Einschränkung der Lebensqualität und zum Verlust von Lebensjahren durch vorzeitigen Tod (s. auch Indikator 3.12). Diese Zahl verlorener Lebensjahre infolge von Unfällen ist größer als diejenige durch Krebs- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Den größten Anteil an Verletzungen nimmt das Unfallgeschehen ein. Mehr als 34 000 Personen sterben jährlich in Deutschland an Verletzungen und Vergiftungen. Einen Schwerpunkt stellen Unfälle in Heim und Freizeit dar, weil diese im Vergleich zu Arbeits- und Verkehrsunfällen häufiger auftreten. Der Indikator weist die stationären Behandlungsfälle, das Ausmaß von Arbeitsunfähigkeit, notwendigen medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen und Rentenzugängen wegen verminderter Erwerbsfähigkeit sowie die Sterblichkeit infolge von Verletzungen, Vergiftungen und Unfällen in der zeitlichen Entwicklung und nach Geschlecht aus. Die Krankenhausfälle und die Mortalität werden in absoluten Zahlen und je 100 000 Personen der durchschnittlichen weiblichen bzw. männlichen Wohnbevölkerung angegeben. Diese Zahlen werden zusätzlich an der Europabevölkerung (alt) standardisiert. Die Daten zur Arbeitsunfähigkeit werden auf die Pflichtversicherten der gesetzlichen Krankenversicherung bezogen, die Leistungen der Rehabilitation und der Rentenzugänge auf die aktiv Versicherten der Rentenversicherungsträger. Alle Daten sind nach der geltenden ICD-10 kodiert.

### Datenhalter

- ▶ Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung
- ▶ Statistische Landesämter
- ▶ Verband Deutscher Rentenversicherungsträger

### Datenquelle

- ▶ KG 8-Statistik
- ▶ Krankenhausstatistik, Teil II - Diagnosen
- ▶ Todesursachenstatistik
- ▶ Statistik über abgeschlossene Leistungen zur Teilhabe
- ▶ Statistik der gesetzlichen Rentenversicherung

### Periodizität

Jährlich, 31.12.

### Validität

Die für den Indikator verwendeten Statistiken zu den stationären Behandlungsfällen beruhen auf einer anderen Klassifizierung als die Todesursachen, die Summen stimmen jedoch überein. Die stationären Behandlungsdiagnosen werden von den behandelnden Ärzten nach dem Hauptanlass des Krankenhausaufenthaltes kodiert, die Todesursachen werden nach den zu Grunde liegenden äußeren Ursachen von Morbidität und Mortalität in den Statistischen Landesämtern der Länder kodiert. Es wird davon ausgegangen, dass Verletzungen, Vergiftungen und Unfälle ausreichend gut kodiert werden. Die Arbeitsunfähigkeitsstatistik und die Statistik der gesetzlichen Rentenversicherung gelten als valide, da sie durch Einzelprüfungen von Kodierungen der Ärzte und zusätzliche Plausibilitätskontrollen sicherstellen, dass nur zulässige Diagnosen

kodiert werden. Alle aufgeführten Morbiditäts- und Mortalitätsdaten beziehen sich auf den Wohnort, für die Ratenbildung bei Arbeitsunfähigkeit, medizinischer Rehabilitation und Rentenzugängen wird eine spezifische Bezugspopulation zu Grunde gelegt.

### **Kommentar**

Während die Krankheitsartenstatistik, die Arbeitsfähigkeitsstatistik und die Statistiken der gesetzlichen Rentenversicherung auf dem Kapitel XIX Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (S00 - T98) der ICD-10 beruhen, basieren die amtlichen Publikationen der Todesursachenstatistik grundsätzlich auf dem Kapitel XX der ICD-10: *Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität* (V01-Y98), der vormals sog. E-Klassifikation (ICD-9). Mit dieser Klassifikation werden äußere Ursachen von Verletzungen und Vergiftungen beschrieben wie Eisenbahnunfälle, Kraftfahrzeugunfälle, Zwischenfälle bei chirurgischen Eingriffen, Unfälle durch Hitze und Kälte, Ertrinken, Suizid usw. Unfälle und Vergiftungen werden in der Krankenhausdokumentation und auf Todesbescheinigungen sowohl als Unfälle als auch als Verletzung beschrieben, jedoch nur unikausal kodiert. Bei Datenanalysen ist unbedingt zu beachten, welche Klassifikation verwendet wurde.

Die Diagnosestatistik liegt nach Wohnort der behandelten Patienten vor.

Es handelt sich um einen Ergebnisindikator.

### **Vergleichbarkeit**

Vergleichbar mit den WHO-Indikatoren 1720 110102 *SDR, external causes, injury & poisoning, all ages/100 000 population/male/female*. Im OECD-Indikatorensetz gibt es entsprechende Indikatoren zu *Health Care Utilisation, Discharge rates by diagnostic categories, Injury & poisoning*. Der Indikator ist nur bedingt vergleichbar mit dem EU-Indikator *Morbidity, disease-specific, Diseases/disorders of large impact, Road traffic injuries*, da die Straßenverkehrsunfälle nur eine Teilmenge aller Unfälle sind und die Kodierung in Deutschland für Unfallmorbidity nach den Verletzungen (Kapitel XIX der ICD-10) erfolgt. Im bisherigen Indikatorensetz gab es den Indikator 3.31 mit einer zeitlichen Übersicht über das Morbiditätsgeschehen bei Verletzungen und Vergiftungen, es fehlte die Altersstandardisierung.

### **Originalquellen**

- ▶ Publikationen der Statistischen Landesämter, z. B. Statistische Jahrbücher oder Statistische Jahresberichte zur Krankenhausdiagnosestatistik und zur Todesursachenstatistik.

### **Dokumentationsstand**

05.03.2003, lögd

Indikator (K) 3.110		Verletzungen und Vergiftungen nach Geschlecht, Land, im Zeitvergleich				
Jahr	Verletzungen und					
	Krankenhausfälle		Arbeitsunfähigkeitsfälle		Leistungen z. med. sonst. Leistungen	
	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich	
Anzahl						
2000	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 3.110 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>					
2001						
...						
Berichtsjahr						
je 100 000						
2000	weiblich*	männlich*	weiblich**	männlich**	weiblich***	
2001						
...						
Berichtsjahr						
je 100 000 standardisiert an der Europabevölkerung alt						
2000			•	•	•	
2001						
...						
Berichtsjahr						

Datenquelle:  
 Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung:  
 KG 8-Statistik  
 Statistische Landesämter:  
 Krankenhausstatistik, Teil II - Diagnosen, Todesursachenstatistik  
 Verband Deutscher Rentenversicherungsträger:  
 Statistik über abgeschlossene Leistungen zur Teilhabe,  
 Statistik der gesetzlichen Rentenversicherung

\* je 100 000 weibl. bzw. männl. Einw.  
 \*\* je 100 000 weibl. bzw. männl.  
 GKV-Pflichtmitglieder  
 \*\*\* je 100 000 weibl. bzw. männl.  
 aktiv Versicherte

Vergiftungen (S00 - T98)					Jahr
Rehabilitation und zur Teilhabe	Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit		Sterblichkeit (V01 - Y98)		
männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	
Anzahl					2000 2001 ... Berichtsjahr
männlich***	weiblich***	männlich***	weiblich*	männlich*	2000 2001 ... Berichtsjahr
je 100 000					
männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	2000 2001 ... Berichtsjahr
je 100 000 standardisiert an der Europabevölkerung alt					
•	•	•			
•	•	•			
•	•	•			



3.111

## Krankenhausfälle infolge von Verletzungen und Vergiftungen nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr

### Definition

Die alters- und geschlechtsspezifischen stationären Behandlungsraten infolge von Verletzungen und Vergiftungen reflektieren die Morbiditätssituation der Bevölkerung. Die Darstellung nach Altersgruppen und Geschlecht ermöglicht Aussagen über die mit dem Alter verbundene Erkrankungshäufigkeit.

In der Altersgruppe der 15- bis 34-Jährigen entfallen die meisten Behandlungsanlässe auf die Krankheitsgruppe der Verletzungen und Vergiftungen. Ein Großteil ist auf Verkehrsunfälle zurückzuführen. Überproportionale Behandlungshäufigkeiten jüngerer Personen sind auf das größere Unfall- und Verletzungsrisiko im Zusammenhang mit Haus- und Freizeitaktivitäten (Sport) zurückzuführen. Stürze dominieren besonders bei Hochbetagten, Frauen sind häufiger betroffen als Männer.

Bei stationären Behandlungen wird die Hauptdiagnose von den behandelnden Ärzten bei der stationären Entlassung kodiert. Zur Hauptdiagnosegruppe der Verletzungen, Vergiftungen und bestimmter anderer Folgen äußerer Ursachen gehören alle unter S00 - T98 (ICD-10) kodierten Verletzungen und Vergiftungen.

Der Indikator weist die Krankenhausfälle infolge von Verletzungen und Vergiftungen insgesamt und nach Geschlecht und Altersgruppen mit Bezug auf die Wohnbevölkerung des Berichtsjahres aus. Die Krankenhausfälle berechnen sich aus der Anzahl der Patienten, die in ein Krankenhaus aufgenommen, stationär behandelt und im Berichtsjahr mit einer der erwähnten Diagnosen entlassen wurden. Als Bezugspopulation wird die durchschnittliche Bevölkerung verwendet.

### Datenhalter

- ▶ Statistische Landesämter

### Datenquelle

- ▶ Krankenhausstatistik, Teil II - Diagnosen

**Periodizität:** Jährlich, 31.12.

### Validität

Rechtsgrundlage ist die Verordnung über die Bundesstatistik für Krankenhäuser vom 10.4.1990. Alle Krankenhäuser sind berichtspflichtig, d. h. es liegt eine Totalerhebung vor. Nicht enthalten sind Krankenhäuser im Straf-/Maßregelvollzug sowie Polizei- und Bundeswehrkrankenhäuser (sofern sie nicht oder nur im eingeschränkten Umfang für die zivile Bevölkerung tätig sind).

Es wird von einer vollständigen Datenerfassung und einer ausreichenden Datenqualität ausgegangen (s. a. Kommentar zu Indikator 3.110).

### Kommentar

Daten über die allgemeine Inzidenz von Verletzungen sind derzeit nicht verfügbar. Es werden hier stattdessen die Krankenhausfälle berichtet.

Die Diagnosestatistik liegt nach Behandlungs- und Wohnort vor. Für den vorliegenden Indikator werden die stationären Behandlungsfälle nach Wohnort zu Grunde gelegt. Da es sich um eine Fallstatistik handelt, hat die Altersstandardisierung einen untergeordneten Wert. Deshalb werden die berechneten Raten je 100 000 Einwohner bevorzugt.

Es handelt sich um einen Ergebnisindikator.

### Vergleichbarkeit

Vergleichbar mit den WHO-Indikatoren 2540 992928 *Hospital discharges, injury & poisoning/100 000 population*, 2541 992978 *Hospital discharges, injury and poisoning* und dem OECD-Indikator *Health care utilisation, Discharge rates by diagnostic categories, Injury & poisoning*. Der Indikator ist nur bedingt vergleichbar mit dem EU-Indikator *Morbidity, disease-specific, Diseases/disorders of large impact, Road traffic injuries*, da die Straßenverkehrsunfälle nur eine Teilmenge aller Unfälle sind und die Kodierung in Deutschland für Unfallmorbidity nach den Verletzungen (Kapitel XIX der ICD-10) erfolgt. Eine Untergliederung der Angaben in Altersgruppen ist nicht vorgesehen. Im bisherigen Indikatorensetz gab es den Indikator 3.30 mit einer Übersicht über das Morbiditätsgeschehen bei Verletzungen und Vergiftungen im Regionalvergleich. Grundsätzlich liegen die Daten in den Ländern auch mit einer regionalen Strukturierung vor.

### Originalquellen

- Publikationen der Statistischen Landesämter, z. B. Statistische Jahrbücher oder Statistische Berichte zur Krankenhausdiagnosestatistik.

**Dokumentationsstand:** 26.02.2003, lögd/LDS NRW

Alter in Jahren	Krankenhausfälle infolge von Verletzungen und Vergiftungen (S00 - T98)					
	weiblich		männlich		insgesamt	
	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	Anzahl	je 100 000 Einwohner
0	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 3.111 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>					
1 - 4						
5 - 9						
10 - 14						
15 - 19						
20 - 24						
25 - 29						
30 - 34						
35 - 39						
40 - 44						
45 - 49						
50 - 54						
55 - 59						
60 - 64						
65 - 69						
70 - 74						
75 - 79						
80 - 84						
85 - 89						
90 - 94						
95 u. mehr						
<b>Insgesamt</b>						
<b>standard. an Europabev. alt</b>						

Datenquelle:  
 Statistische Landesämter:  
 Krankenhausstatistik, Teil II - Diagnosen

3.112

### Arbeitsunfähigkeitsfälle infolge von Verletzungen und Vergiftungen bei den GKV-Pflichtmitgliedern nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr

#### Definition

Etwa 15 % der Arbeitsunfähigkeitsfälle sind auf Verletzungen zurückzuführen. Bei einem Drittel der verletzungsbedingten Diagnosen handelt es sich um Arbeits- und Wegeunfälle. Verletzungen sind bei Jüngeren eine wesentlich häufigere Arbeitsunfähigkeitsursache, bedingt durch ein höheres Unfall- und Verletzungsrisiko jüngerer Versicherter durch ein anderes Freizeitverhalten (z. B. Sport) und eine größere Risikobereitschaft. Bei den Geschlechtern haben Verletzungen bei Männern im Vergleich zu den Frauen einen fast doppelt so hohen Anteil an unfallbedingter Arbeitsunfähigkeit (AU). Bei Männern werden die meisten Ausfalltage durch Verletzungen sowie Verstauchungen und Zerrungen der Sprunggelenke und der Füße verursacht. Berufsspezifisch unterschiedliche gesundheitsbezogene Risiken und Belastungen am Arbeitsplatz führen zu einer unterschiedlichen Häufigkeit von verletzungsbedingten Fehlzeiten bei Frauen und Männern. Männer sind häufig einem höheren Verletzungsrisiko am Arbeitsplatz ausgesetzt (z. B. ein Handwerker) als z. B. eine Büroangestellte. Kinder, nicht berufstätige Personen und Rentner, die eine Verletzung erleiden, sind im Indikator nicht enthalten.

Der Indikator weist Arbeitsunfähigkeitsfälle insgesamt und nach Geschlecht gegliedert sowie die auf je 100 000 GKV-pflichtversicherte Mitglieder (ohne Rentner) bezogene Rate für das Berichtsjahr mit der Hauptdiagnosegruppe *Verletzungen und Vergiftungen* (S00 - T98) aus. Angaben von Privatversicherten sind im Indikator nicht enthalten.

#### Datenhalter

- ▶ Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung

#### Datenquelle

- ▶ KG 8-Statistik

#### Periodizität

Jährlich, 31.12.

#### Validität

Als Diagnose eines Arbeitsunfähigkeitsfalls wird jeweils die vom Arzt angegebene Hauptdiagnose ausgewertet. Die Statistik zur Arbeitsunfähigkeit (KG 8-Statistik) gilt als valide.

#### Kommentar

Arbeitsunfähigkeitsfälle weisen auf das Morbiditätsgeschehen hin. Durch das Zählen von Fällen liegt jedoch keine Inzidenzangabe vor, da wiederholte Arbeitsunfähigkeitsfälle im Berichtsjahr möglich sind. Arbeitsunfähigkeitsfälle sind nicht vergleichbar mit dem Krankenstand, der für Wirtschaftszweige berechnet wird und angibt, wie viele krankheitsbedingte Fehltag - insgesamt oder aufgrund von Krankheiten aus einer bestimmten Krankheitsgruppe - auf 100 ganzjährig versicherte Personen entfielen. Der Krankenstand gibt an, wie viel Prozent der GKV-Mitglieder an einem Kalendertag durchschnittlich arbeitsunfähig erkrankt waren.

Die durchschnittliche Falldauer errechnet sich, indem man die Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage durch die Zahl der Fälle dividiert. Bedingt durch eine nicht einheitlich bestehende Meldepflicht können AU-Meldungen mit einer Dauer von bis zu drei Tagen von Krankenkassen nur partiell erfasst sein. Insofern dürften Angaben zu Fallzahlen des AU-Meldegesehens auf der Basis von Krankenkassendaten immer eine Unterschätzung der wirklichen Häufigkeit von

Arbeitsunfähigkeitsfällen darstellen.

Weitere Diagnoseangaben zu einem Arbeitsunfähigkeitsfall, z. B. zu den äußeren Ursachen von Morbidität (Kapitel XX der ICD-10), werden nicht berücksichtigt. Zusätzliche Informationen sind im Kommentar des Indikators 3.28 enthalten. Weitere Hinweise zu Arbeitsunfällen s. Indikator 3.31.

Der vorliegende Indikator ist ein Ergebnisindikator.

### Vergleichbarkeit

Es gibt bisher keine Indikatoren der WHO, OECD oder EU zur Arbeitsunfähigkeit infolge von Verletzungen und Vergiftungen, die nach Diagnose, Altersgruppen und Geschlecht gegliedert sind. Im bisherigen Indikatorensatz gab es keinen entsprechenden Indikator.

### Originalquellen

- ▶ Publikationen des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherheit zur Arbeitsunfähigkeit.
- ▶ Badura, B.; Schellschmidt, H., Vetter, C. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report.

### Dokumentationsstand

26.02.2003, lögd/BKK Bundesverband

Indikator (L) 3.112		Arbeitsunfähigkeitsfälle infolge von Verletzungen und Vergiftungen bei den GKV-Pflichtmitgliedern nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr				
Alter in Jahren	AU-Fälle bei GKV-Pflichtmitgliedern (ohne Rentner) infolge von Verletzungen und Vergiftungen (S00 - T98)					
	weiblich		männlich		insgesamt	
	Anzahl	je 100 000 weibl. GKV-Pflichtmitgl.	Anzahl	je 100 000 männl. GKV-Pflichtmitgl.	Anzahl	je 100 000 GKV-Pflichtmitglieder
15 - 19						
20 - 24						
25 - 29						
30 - 34						
35 - 39						
40 - 44						
45 - 49						
50 - 54						
55 - 59						
60 - 64						
<b>Insgesamt</b>						

Datenquelle:  
Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung:  
KG 8-Statistik

3.113

### **Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe infolge von Verletzungen und Vergiftungen nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr**

#### **Definition**

Der vorliegende Indikator verdeutlicht alters- und geschlechtsabhängige Unterschiede in der Häufigkeit der Inanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe infolge von Verletzungen und Vergiftungen (Kapitel XIX der ICD-10 (S00 - T98)). Entsprechend werden im Indikator die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe nach Alter und Geschlecht sowie je 100 000 aktiv Versicherte ausgewiesen. Wegen der besonderen Bedeutung der Verletzungen und Vergiftungen sind die rehabilitativen Maßnahmen für die weibliche und männliche Bevölkerung bis zum Alter von 64 Jahren nach Altersgruppen angegeben. Die Angaben liegen nur für die aktiv Versicherten der Rentenversicherungsträger bis zum Alter von 64 Jahren vor. Die Angaben werden auf den Wohnort des Rehabilitanden bezogen.

#### **Datenhalter**

- ▶ Verband Deutscher Rentenversicherungsträger

#### **Datenquelle**

- ▶ Statistik über abgeschlossene Leistungen zur Teilhabe

#### **Periodizität**

Jährlich, 31.12.

#### **Validität**

Es besteht für alle Rehabilitationsleistungen Berichtspflicht, so dass von einer Vollständigkeit der Daten ausgegangen werden kann. Durch den Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) erfolgen Einzelprüfungen der Kodierungen der Ärzte. Dadurch wird sichergestellt, dass nur zulässige Diagnosen kodiert werden. Vollständigkeit und Qualität der Daten werden durch Plausibilitätsprüfungen und Qualitätssicherungsprogramme kontrolliert, so dass von einer guten Datenqualität ausgegangen werden kann. Der Indikator gilt als valide.

#### **Kommentar**

Die Rentenzugänge und Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation beziehen sich auf die gesamte Klasse der Verletzungen und Vergiftungen. Die Angaben zur Rehabilitation liegen auf Länderebene nach Wohnort der Rehabilitanden vor. Durch das Gesetz zur Reform der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit wurde zum 1.1.2001 das bisherige System der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit durch ein einheitliches und abgestuftes System einer Erwerbsminderungsrente abgelöst. Angaben von Rehabilitationsmaßnahmen anderer Versicherungsträger, z. B. der Krankenkassen, Unfallversicherungsträger, sind im Indikator nicht enthalten. Im vorliegenden Indikator werden nur die Rehabilitationsleistungen des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) dargestellt, die ca. 55 % aller Rehabilitationsleistungen erfassen. Als Bezugspopulation werden die aktiv versicherten Personen der gesetzlichen Rentenversicherung genommen.

Der vorliegende Indikator ist ein Ergebnisindikator.

#### **Vergleichbarkeit**

Es gibt keine vergleichbaren WHO-, OECD- und EU-Indikatoren. Nur eingeschränkt mit dem

bisherigen Indikator 7.21 vergleichbar, der nur einige ausgewählte Diagnosegruppen des Kapitels XIX der ICD-10 *Verletzungen und Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen* enthielt.

**Originalquellen**

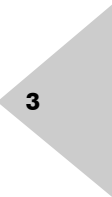
- ▶ Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR): Medizinische und sonstige Leistungen zur Rehabilitation. Tabellenarten A und B.

**Dokumentationsstand**

23.02.2003, lögd/VDR

<b>Indikator (L) 3.113</b>		<b>Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe infolge von Verletzungen und Vergiftungen nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr</b>				
Alter in Jahren	Leistungen zur med. Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe infolge von Verletzungen und Vergiftungen (S00 - T98)					
	weiblich		männlich		insgesamt	
	Anzahl	je 100 000 weibl. aktiv Versicherte	Anzahl	je 100 000 männl. aktiv Versicherte	Anzahl	je 100 000 aktiv Versicherte
< 20						
20 - 24						
25 - 29						
30 - 34						
35 - 39						
40 - 44	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 3.113 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>					
45 - 49						
50 - 54						
55 - 59						
60 - 64						
<b>Insgesamt</b>						

Datenquelle:  
Verband Deutscher Rentenversicherungsträger:  
Statistik über abgeschlossene Leistungen zur Teilhabe



3.114

### **Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit infolge Verletzungen und Vergiftungen nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr**

#### **Definition**

Ein wichtiger Parameter für den Gesundheitszustand der erwachsenen Bevölkerung sind die Rentenzugänge aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit. Die Frühberentung stellt unter volkswirtschaftlicher Betrachtungsweise eine erhebliche Problematik dar, handelt es sich bei diesem Indikator doch ausschließlich um Rentenzugänge, die vorzeitig erfolgen, also vor Erreichen der eigentlichen Altersgrenze. Frühberentung sollte immer erst dann erfolgen, wenn alle Maßnahmen zur Vermeidung der Berufs- und Erwerbsunfähigkeit, das schließt Maßnahmen der medizinischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation ein, ausgeschöpft worden sind. Der Anteil von Rentenzugängen als Folge von Verletzungen an allen Rentenzugängen ist gering, gilt jedoch aufgrund der Vermeidbarkeit von Verletzungen und Unfällen als wichtiges Kriterium für die Evaluation von Präventionsstrategien.

Der Indikator weist die Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit von Verletzungen und Vergiftungen (S00 - T98) in absoluten Zahlen und als Rate je 100 000 aktiv Versicherter nach Geschlecht im Berichtsjahr aus. Die Angaben werden auf den Wohnort der Frühberenteten bezogen.

#### **Datenhalter**

- ▶ Verband Deutscher Rentenversicherungsträger

#### **Datenquelle**

- ▶ Statistik der gesetzlichen Rentenversicherung

#### **Periodizität**

Jährlich, 31.12.

#### **Validität**

Durch den Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) erfolgen Einzelprüfungen der Kodierungen der Ärzte. Dadurch wird sichergestellt, dass nur zulässige Diagnosen kodiert werden. Vollständigkeit und Qualität der Daten werden durch Plausibilitätsprüfungen und Qualitätssicherungsprogramme kontrolliert, so dass von einer guten Datenqualität ausgegangen werden kann. Der Indikator gilt als valide.

#### **Kommentar**

Die Daten der Rentenversicherungsträger geben einen genauen Überblick über vorzeitige krankheitsbedingte Berentungen. Die Gründe für frühzeitige Berentungen werden nach Diagnoseschlüsseln differenziert erfasst und alle Rentenzugänge werden bis zum Übergang in die Altersrente in einer Datei geführt.

Durch das Gesetz zur Reform der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit wurde zum 1.1.2001 das bisherige System der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit durch ein einheitliches und abgestuftes System einer Erwerbsminderungsrente abgelöst.

Der vorliegende Indikator ist ein Ergebnisindikator.

#### **Vergleichbarkeit**

Es gibt keine vergleichbaren Indikatoren in den Indikatorensets der WHO, OECD und der EU. Im bisherigen GMK-Indikatorensetz enthielt der Indikator 2.12 eine Übersicht über Ren-

tenzugänge und den Rentenbestand von Frührenten nach Kreisen ohne Untergliederung nach Hauptdiagnosegruppen. Somit besteht keine Vergleichbarkeit.

**Originalquellen**

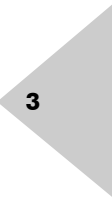
- ▶ Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR): Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit. Tabellenarten C, D.

**Dokumentationsstand**

26.02.2003, lögd/VDR

Indikator (L) 3.114		Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit infolge von Verletzungen und Vergiftungen nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr				
Alter in Jahren	Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit infolge von Verletzungen und Vergiftungen (S00 - T98)					
	weiblich		männlich		insgesamt	
	Anzahl	je 100 000 weibl. aktiv Versicherte	Anzahl	je 100 000 männl. aktiv Versicherte	Anzahl	je 100 000 aktiv Versich.
< 35						
35 - 39						
40 - 44						
45 - 49						
50 - 54	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 3.114 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>					
55 - 59						
60 u. mehr						
<b>Insgesamt</b>						

Datenquelle:  
Verband Deutscher Rentenversicherungsträger:  
Statistik der gesetzlichen Rentenversicherung





3.115

### **Gestorbene infolge äußerer Ursachen von Morbidität und Mortalität (Unfälle, Suizid etc.) nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr**

#### **Definition**

Die wichtigsten Ursachen von tödlichen Verletzungen und Vergiftungen sind in allen Altersgruppen Verkehrsunfälle, Stürze und Suizide (s. Indikator 3.88). Während tödliche Verkehrsunfälle wegen verbesserter technischer Sicherheitsstandards in den letzten Jahren abgenommen haben (s. Ind. 3.116 - 3.119), sind Stürze Hauptursachen für Verletzungen und nicht krankheitsbezogenen Tod im Alter. Bedingt durch die höhere Lebenserwartung und die wachsende Zahl hochbetagter Menschen ist die Anzahl tödlicher Stürze seit Ende der 80er Jahre in der Altersgruppe der über 80-Jährigen um 40 % gestiegen.

Die Unfallverletzungen mit oftmals jahrelanger Rehabilitation und Behinderung oder tödlichem Ausgang stellen besondere individuelle und gesellschaftliche Belastungen dar. Geschlechtsspezifische Sterblichkeitsziffern machen ihren Anteil an der Gesamtsterblichkeit deutlich. Sie geben die Anzahl der nach Unfall Verstorbenen nach Alter und Geschlecht und die entsprechende Häufigkeit je 100 000 Einwohner des gleichen Geschlechts in Altersgruppen an. Der Indikator enthält die absoluten Todesfälle und die auf die jeweilige durchschnittliche Wohnbevölkerung bezogenen, geschlechtsspezifischen Mortalitätsraten infolge äußerer Ursachen von Morbidität und Mortalität (Unfälle, Suizid etc.) des Bundeslandes für das Berichtsjahr. Zusätzlich werden tödliche Transportmittel- sowie Haus- und Freizeitunfälle ausgewiesen. Hausunfälle werden nach dem Ort des Ereignisses in der vierten Kodierstelle mit .0 der Diagnosen W00 - Y34 (exkl. Y06 - Y07) gemäß ICD-10 verschlüsselt. Dazu gehören Unfälle im Haus, in der Garage, im Garten und z. B. auch im Swimmingpool.

Die Rate der Unfälle mit Todesfolge setzt die Anzahl der Unfalltoten in Verhältnis zu 100 000 Einwohnern. Zusätzlich erfolgt eine direkte Altersstandardisierung auf die Europabevölkerung (alt). Grundlage für die Tabelle bildet die amtliche Todesursachenstatistik.

#### **Datenhalter**

- ▶ Statistische Landesämter

#### **Datenquelle**

- ▶ Todesursachenstatistik

#### **Periodizität**

Jährlich, 31.12

#### **Validität**

Für die Registrierung der Sterbefälle ist die letzte Wohngemeinde, bei mehreren Wohnungen die Hauptwohnung des Gestorbenen maßgebend. Die Zahlen werden der Bevölkerungsstatistik und der Todesursachenstatistik der Länder entnommen. Die Todesbescheinigungen werden von dem zuständigen Einwohnermeldeamt an das Statistische Landesamt weitergeleitet, in dem die Kodierung der Todesbescheinigungen erfolgt. Daten über tödliche Unfälle gelten als valide.

#### **Kommentar**

Während die Kodierung von Behandlungsdiagnosen, z. B. die Krankheitsdiagnosestatistik, auf dem Kapitel XIX *Verletzungen, Vergiftungen und bestimmter anderer Folgen äußerer Ursa-*

chen (S00 - T98) der ICD-10 beruht, basieren Angaben der Todesursachenstatistik auf dem Kapitel XX *Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität* (V01 - Y98) der ICD-10. Letztere beschreiben äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität, wie z. B. Eisenbahnunfälle, Kraftfahrzeugunfälle, Unfälle durch Hitze und Kälte, Ertrinken, Suizid usw.

Unfälle und Vergiftungen werden in der Krankenhausdokumentation und auf Todesbescheinigungen sowohl als Unfälle als auch als Verletzung beschrieben, jedoch nur unikausal kodiert. Bei vergleichenden Datenanalysen ist unbedingt zu beachten, dass unterschiedliche Klassifikationen verwendet werden. Zur Berechnung der Raten wird die durchschnittliche Bevölkerung verwendet.

Der Indikator zählt zu den Ergebnisindikatoren.

### **Vergleichbarkeit**

Vergleichbar mit den WHO-Indikatoren 1710-12 110101, 1723-25 110103 *SDR, external causes, injury & poisoning, 0-64/65+/100 000 population/male/female*, 1730-32 110201, 1743-45 110203 *SDR, motor vehicle traffic accidents, 0-64/65+/100 000 population/male/female*, 1750-53 110901, 1763-65 110903 *SDR, other external causes, 0-64/65+/100 000 population/male/female*. Vergleichbar mit dem OECD-Indikator *Causes of mortality, External causes of injury and poisoning, Motor vehicle accidents, Accidental falls*. Vergleichbar mit EU-Indikatoren zu *Main causes of death, chapter External causes of mortality*. Nur bedingt vergleichbar mit bisherigem Indikator 3.8, der die Verstorbenen infolge von *Äußere Ursachen bei Verletzungen und Vergiftungen* (ICD-9, E-Klassifikation) enthielt.

### **Originalquellen**

- ▶ Publikationen der Statistischen Landesämter, z. B. Statistische Jahrbücher, Statistische Berichte zur Todesursachenstatistik.

### **Dokumentationsstand**

26.02.2003, lögd/LDS NRW

Alter in Jahren	Gestorbene infolge äußerer Ursachen von Morbidität und Mortalität (Unfälle, Suizid etc.) nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr					
	Gestorbene infolge äußerer Ursachen (Unfälle, Suizid etc.) (V01 - Y98)				Transportmittel-	
	weiblich		männlich		weiblich	
	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.
0						
1 - 4						
5 - 9						
10 - 14						
15 - 19						
20 - 24						
25 - 29						
30 - 34						
35 - 39						
40 - 44						
45 - 49						
50 - 54						
55 - 59						
60 - 64						
65 - 69						
70 - 74						
75 - 79						
80 - 84						
85 - 89						
90 - 94						
95 u. mehr						
<b>Insgesamt</b>						
<b>standard. an Europabev. alt</b>						

[Sprung zu Daten des Indikators 3.115 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes](#)

Datenquelle:  
 Statistische Landesämter:  
 Todesursachenstatistik, Bevölkerungsstatistik

\* s. Kommentar

darunter:						Alter in Jahren
unfälle (V01 - V99)		Haus- und Freizeitunfälle*				
männlich		weiblich		männlich		
Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	
						0
						1 - 4
						5 - 9
						10 - 14
						15 - 19
						20 - 24
						25 - 29
						30 - 34
						35 - 39
						40 - 44
						45 - 49
						50 - 54
						55 - 59
						60 - 64
						65 - 69
						70 - 74
						75 - 79
						80 - 84
						85 - 89
						90 - 94
						95 u. mehr
						<b>Insgesamt</b>
						<b>standard. an Europabev. alt</b>

3.116

## Im Straßenverkehr verunglückte Personen nach Geschlecht, Land, im Zeitvergleich

### Definition

Ziel der Verkehrsunfallprävention ist es, die Zahl und Schwere der Straßenverkehrsunfälle sowie die Zahl der davon betroffenen Personen zu vermindern. Zur Verkehrsunfallprävention gehören Aufklärung der Verkehrsteilnehmer, Straßenbaumaßnahmen, intensive Überwachung des fließenden Verkehrs u. a. Maßnahmen.

Entsprechend der Straßenverkehrsunfallstatistik sind im Straßenverkehr verunglückte Personen verletzte und getötete Personen, die bei Unfällen im Fahrverkehr (inkl. Eisenbahn), auf öffentlichen Wegen und Plätzen Körperschäden erlitten haben, unabhängig von der Höhe des Sachschadens. Unfälle, die Fußgänger allein betreffen (z. B. Sturz), und Unfälle, die sich auf Privatgrundstücken ereignen, werden nicht als Straßenverkehrsunfälle erfasst. Personen, die innerhalb von 30 Tagen an den Unfallfolgen sterben, rechnen nicht zu den Verletzten, sondern zu den Getöteten Personen.

Es werden Unfälle mit Sachschaden und Unfälle mit Personenschaden unterschieden. Im vorliegenden Indikator werden nur Unfälle mit Personenschaden berücksichtigt.

Der vorliegende Indikator gibt die absolute Anzahl und die auf 100 000 Personen der Wohnbevölkerung bezogenen Raten der im Straßenverkehr verunglückten Personen, darunter die tödlich Verunglückten, nach Geschlecht und im Zeitvergleich an. Der Bezug auf die Wohnbevölkerung ist ungenau, da die Straßenverkehrsunfälle nach dem Ereignisort des Unfalls registriert werden.

### Datenhalter

- ▶ Statistische Landesämter

### Datenquelle

- ▶ Statistik der Straßenverkehrsunfälle

### Periodizität

Jährlich, 31.12.

### Validität

Die Angaben über die Zahl der Getöteten gelten als relativ zuverlässig, wohingegen die Datenqualität hinsichtlich der Verletzten je nach Schwere, Verkehrsbeteiligung etc. schwankt. Bei Leichtverletzten liegt eine erhebliche Untererfassung vor. Das Unfallrisiko z. B. von Jugendlichen und jungen Erwachsenen auf den Schul- und Ausbildungswegen zeigen die Statistiken der Schülerunfallversicherungen auf. Diese Unfallstatistiken weisen eine vollständigere Erfassung als die Statistik der Straßenverkehrsunfälle auf. Aus diesem Grund geben die Schulwegunfallstatistiken ein deutlicheres Bild über das Ausmaß der Fahrradunfälle im Jugendalter.

Die Daten der Straßenverkehrsunfälle zu tödlichen Unfällen gelten als valide, die Zahl der Verunfallten, vor allem der Leichtverletzten, ist unvollständig.

### Kommentar

Die Straßenverkehrsunfallstatistik der verunglückten Personen ist nach dem Ereignisprinzip (Unfallort) einem Land oder Kreis zugeordnet. Trotzdem ist hier zu Vergleichszwecken ein Bezug auf die Wohnbevölkerung vorgesehen. Insbesondere in den mittleren Altersgruppen kann dies wegen Berufspendlern etc. dazu führen, dass z. B. die Raten in Stadtstaaten/Städten

systematisch höher sind als im Umland (s. Indikator 3.118). Bei der Darstellung und Interpretation ist dies zu berücksichtigen. Die Raten für Kinder und ältere Menschen sind von dieser Nennerproblematik weniger beeinträchtigt.

### Vergleichbarkeit

Vergleichbar mit den WHO-Indikatoren 1740-45 110202 *SDR, motor vehicle traffic accidents, all ages/100 000 population/male/female*. Im OECD-Indikatorensetz gibt es keinen entsprechenden Indikator. Der Indikator ist vergleichbar mit dem EU-Indikator *Road traffic injuries*. Mit dem bisherigen Indikator 3.33 vergleichbar, der die Verletzten und Getöteten bei Straßenverkehrsunfällen im Trend auswies.

### Originalquellen

- Publikationen der Statistischen Landesämter, z. B. Statistische Jahrbücher oder Statistische Jahresberichte zur Statistik der Straßenverkehrsunfälle.

### Dokumentationsstand

27.02.2003, lögd /LDS NRW

Jahr	Im Straßenverkehr verunglückte Personen						darunter: tödlich	
	weiblich		männlich		ingesamt		weiblich	männlich
	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	Anzahl	je 100 000 Einw.	Anzahl	
2000	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 3.116 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>							
2001								
...								
Berichts-j.								

Datenquelle:  
 Statistische Landesämter:  
 Statistik der Straßenverkehrsunfälle

3.117

## Im Straßenverkehr verunglückte Personen nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr

### Definition

Verkehrsunfälle spielen vor allem bei der Mortalität von Kindern bis 14 Jahre, Jugendlichen und älteren Menschen (65 Jahre und mehr) eine dominante Rolle. Entsprechend der Straßenverkehrsunfallstatistik sind im Straßenverkehr verunglückte Personen verletzte und getötete Personen, die bei Unfällen im Fahrverkehr (inkl. Eisenbahn), auf öffentlichen Wegen und Plätzen Körperschäden erlitten haben, unabhängig von der Höhe des Sachschadens. Unfälle, die Fußgänger allein betreffen (z. B. Sturz), und Unfälle, die sich auf Privatgrundstücken ereignen, werden nicht als Straßenverkehrsunfälle erfasst. Personen, die innerhalb von 30 Tagen an den Unfallfolgen sterben, rechnen nicht zu den Verletzten, sondern zu den Getöteten Personen. Das größte Risiko, im Straßenverkehr in der Hauptunfallzeit zwischen sieben und acht Uhr morgens auf dem Schulweg - mit dem Fahrrad, mit motorisierten Zweirädern, im Schulbus oder zu Fuß - oft mit tödlichem Ausgang zu verunglücken, entfällt auf Schüler zwischen 15 und 17 Jahren, gefolgt von den 10- bis 14-Jährigen. Bei Personen ab 18 Jahren liegen Unfälle mit dem Pkw an der Spitze, gefolgt von den Fahrradunfällen und Unfällen mit motorisierten Zweirädern. Diese Altersgruppe verunglückt auf dem Schulweg auch am häufigsten tödlich.

Es werden Unfälle mit Sachschaden und Unfälle mit Personenschaden unterschieden. Im vorliegenden Indikator werden nur Unfälle mit Personenschaden berücksichtigt.

Der vorliegende Indikator gibt die absolute Anzahl und die auf 100 000 Personen der Wohnbevölkerung bezogenen Raten der im Straßenverkehr verunglückten Personen, darunter die Leicht- und Schwerverletzten und die tödlich Verunglückten, nach Alter und Geschlecht an. Der Bezug auf die Wohnbevölkerung ist ungenau, da die Straßenverkehrsunfälle nach dem Ereignisort des Unfalls registriert werden.

### Datenhalter

- ▶ Statistische Landesämter

### Datenquelle

- ▶ Statistik der Straßenverkehrsunfälle

### Periodizität

Jährlich, 31.12.

### Validität

Die Angaben über die Zahl der Getöteten gelten als relativ zuverlässig, wohingegen die Datenqualität hinsichtlich der Verletzten je nach Schwere, Verkehrsbeteiligung etc. schwankt. Bei leicht Verletzten liegt eine erhebliche Untererfassung vor. Das Unfallrisiko z. B. von Jugendlichen und jungen Erwachsenen auf den Schul- und Ausbildungswegen zeigen die Statistiken der Schülerunfallversicherungen auf. Diese Unfallstatistiken weisen eine vollständigere Erfassung als die Statistik der Straßenverkehrsunfälle auf. Aus diesem Grund geben die Schulwegunfallstatistiken ein deutlicheres Bild über das Ausmaß der Fahrradunfälle im Jugendalter.

Die Daten der Straßenverkehrsunfälle zu tödlichen Unfällen gelten als valide, die Zahl der Verunfallten, vor allem der Leichtverletzten ist unvollständig.

### Kommentar

Die Straßenverkehrsunfallstatistik der verunglückten Personen ist nach dem Ereignisprinzip

(Unfallort) einem Land oder Kreis zugeordnet. Trotzdem ist hier zu Vergleichszwecken ein Bezug auf die Wohnbevölkerung vorgesehen. Insbesondere in den mittleren Altersgruppen kann dies wegen Berufspendlern etc. dazu führen, dass z. B. die Raten in Stadtstaaten/Städten systematisch höher sind als im Umland (s. Indikator 3.118). Bei der Darstellung und Interpretation ist dies zu berücksichtigen. Die Raten für Kinder und ältere Menschen sind von dieser Nennerproblematik weniger beeinträchtigt.

### **Vergleichbarkeit**

Wegen fehlender Altersklassen und Nichtunterscheidung des Schweregrades der Verletzung infolge von Verkehrsunfällen ist der vorliegende Indikator nur eingeschränkt vergleichbar mit den WHO-Indikatoren 1740-45 110202 *SDR, motor vehicle traffic accidents, all ages/100000 population/male/female*. Im OECD-Indikatorensetz gibt es keinen entsprechenden Indikator. Der Indikator ist vergleichbar mit dem EU-Indikator *Road traffic injuries*. Mit dem bisherigen Indikator 3.34 nur bedingt vergleichbar, der nicht nach Verletzten und Getöteten bei Straßenverkehrsunfällen unterschied, sondern diese Zahl zusammengefasst in aggregierten Altersgruppen im Trend auswies.

### **Originalquellen**

- ▶ Publikationen der Statistischen Landesämter, z. B. Statistische Jahrbücher oder Statistische Jahresberichte zur Statistik der Straßenverkehrsunfälle.

### **Dokumentationsstand**

04.03.2003, lögd /LDS NRW



Alter in Jahren	Im Straßenverkehr verunglückte Personen						Leicht-
	weiblich		männlich		insgesamt		weiblich
	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	Anzahl	je 100 000 Einw.	
0							
1 - 4							
5 - 9							
10 - 14							
15 - 19							
20 - 24							
25 - 29							
30 - 34							
35 - 39							
40 - 44							
45 - 49							
50 - 54	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 3.117 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>						
55 - 59							
60 - 64							
65 - 69							
70 - 74							
75 - 79							
80 - 84							
85 - 89							
90 - 94							
95 u. m.							
<b>Insgesamt</b>							
<b>standard. an Europabev. alt</b>							

Datenquelle:  
 Statistische Landesämter:  
 Statistik der Straßenverkehrsunfälle

davon:								Alter in Jahren
verletzte		Schwerverletzte			Getötete			
männlich	insgesamt	weiblich	männlich	insgesamt	weiblich	männlich	insgesamt	
Anzahl								
								0
								1 - 4
								5 - 9
								10 - 14
								15 - 19
								20 - 24
								25 - 29
								30 - 34
								35 - 39
								40 - 44
								45 - 49
								50 - 54
								55 - 59
								60 - 64
								65 - 69
								70 - 74
								75 - 79
								80 - 84
								85 - 89
								90 - 94
								95 u. m.
								<b>Insgesamt</b>
								<b>standard. an Europabev. alt</b>

3.118

**Im Straßenverkehr verunglückte Personen nach Geschlecht, Land im Regionalvergleich, Jahr****Definition**

Aus den Straßenverkehrsberichten geht hervor, dass in dicht besiedelten Gebieten mehr Personen im Straßenverkehr verunglücken, jedoch in Großstädten weniger tödliche Verkehrsunfälle registriert werden. Die Zahl verletzter und getöteter Personen infolge von Straßenverkehrsunfällen unterscheidet sich sowohl zwischen Kreisen, kreisfreien Städten, Stadtbezirken als auch zwischen Bundesländern.

Betrachtet man das Unfallgeschehen nach Regionen, so fallen vor allem die Ballungszentren und jene Regionen entlang von Hauptverkehrsrouten durch hohe Unfallzahlen auf. Bezieht man die Zahl der Unfälle auf die Einwohner, so zeigt sich auch hier, dass die Ballungszentren - vor allem aufgrund der hohen Verkehrsdichte - erhöhte Unfallraten aufweisen. Im Gegensatz dazu ist die auf Einwohner bezogene Getötetenrate in den Städten niedrig. Hier konzentrieren sich die hohen Werte auf die höheren Fahrgeschwindigkeiten auf den Außerortstraßen (Fernstraßen, Autobahnen).

Um Gebiete mit unterschiedlichen Einwohnerzahlen in Bezug auf die Anzahl von Unfallverletzten und -getöteten nach Geschlecht vergleichen zu können, werden die Unfallzahlen im vorliegenden Indikator für beide Geschlechter auf jeweils 100 000 weibliche bzw. männliche Einwohner bezogen. Der Bezug auf die Wohnbevölkerung ist ungenau, da die Straßenverkehrsunfälle nach dem Ereignisort des Unfalls registriert werden.

Entsprechend der Straßenverkehrsunfallstatistik sind im Straßenverkehr verunglückte Personen verletzte und getötete Personen, die bei Unfällen im Fahrverkehr (inkl. Eisenbahn), auf öffentlichen Wegen und Plätzen Körperschäden erlitten haben, unabhängig von der Höhe des Sachschadens. Unfälle, die Fußgänger allein betreffen (z. B. Sturz), und Unfälle, die sich auf Privatgrundstücken ereignen, werden nicht als Straßenverkehrsunfälle erfasst. Personen, die innerhalb von 30 Tagen an den Unfallfolgen sterben, rechnen nicht zu den verletzten, sondern zu den getöteten Personen.

**Datenhalter**

- ▶ Statistische Landesämter

**Datenquelle**

- ▶ Statistik der Straßenverkehrsunfälle

**Periodizität**

Jährlich, 31.12.

**Validität**

Die Daten der Straßenverkehrsunfälle zu tödlichen Unfällen gelten als valide, wohingegen die Datenqualität hinsichtlich der Verletzten je nach Schwere und Verkehrsbeteiligung etc. schwankt.

**Kommentar**

Die Straßenverkehrsunfallstatistik der verunglückten Personen ist nach dem Ereignisprinzip (Unfallort) einem Land oder Kreis zugeordnet. Trotzdem ist hier zu Vergleichszwecken ein Bezug auf die Wohnbevölkerung vorgesehen. Es ist davon auszugehen, dass Unfälle bei Fußgängern und in eingeschränktem Umfang bei Fahrradfahrern häufiger am Wohnort passieren, dagegen sollten die Raten bei Berufspendlern in den Stadtstaaten/Städten systematisch

gegenüber dem Umland erhöht sein. Bei der Darstellung und Interpretation ist dies zu berücksichtigen.

### Vergleichbarkeit

Der vorliegende Indikator ist vergleichbar mit dem WHO-Indikator 1740-42 110202 *SDR, motor vehicle traffic accidents/100 000 population/male/female*. Im OECD-Indikatorensetz gibt es keinen entsprechenden Indikator. Der Indikator ist vergleichbar mit dem EU-Indikator *Road traffic injuries*. Mit dem bisherigen Indikator 3.35, der sich nur auf verunglückte Fußgänger und Fahrradfahrer nach Verwaltungsbezirken bezog, nur sehr bedingt vergleichbar.

### Originalquellen

- Publikationen der Statistischen Landesämter, z. B. Statistische Jahrbücher oder Statistische Jahresberichte zur Statistik der Straßenverkehrsunfälle.

### Dokumentationsstand

27.02.2003, lögd/LDS NRW

Indikator (L) 3.118		Im Straßenverkehr verunglückte Personen nach Geschlecht, Land im Regionalvergleich, Jahr					
Lfd. Nr.	Region	Im Straßenverkehr verunglückte Personen				darunter: tödlich	
		weiblich		männlich		weiblich	männlich
		Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	Anzahl	
1	<b>Regierungsbezirk</b> <b>Land</b>						
2							
3							
...							

Datenquelle:  
Statistische Landesämter:  
Statistik der Straßenverkehrsunfälle

3.119

### Zahl der Straßenverkehrsunfälle, in denen Alkohol eine verursachende Rolle gespielt hat, Land, im Zeitvergleich

#### Definition

Unfälle unter Alkoholeinfluss werden in der Bundesrepublik Deutschland seit 1975 erfasst. Seit dieser Zeit sind Unfälle mit Personenschaden unter Alkoholeinfluss kontinuierlich zurückgegangen und erreichten im Jahre 1998 einen Anteil von 3,2 % am Gesamtunfallgeschehen (früheres Bundesgebiet 3,1 %, neue Länder und Berlin 3,5 %). Das Risiko für Verkehrsunfälle steigt mit dem Grad der Alkoholisierung und liegt bei höherer Blutalkoholkonzentration (BAK) überproportional hoch. Junge Menschen sind aufgrund ihres Lebensstils und ungenügender Fahrpraxis deutlich häufiger der Gefahr alkoholbedingter Unfälle ausgesetzt als ältere. Neben erhöhter Geschwindigkeit rangiert der Alkohol bei den Verkehrsunfällen mit Personenschaden hinter der nicht angepassten Geschwindigkeit und Vorfahrtverletzungen auf den vorderen Plätzen der Unfallursachen. Eine der häufigsten Ursachen vermeidbarer Sterblichkeit vor allem jüngerer Männer ist durch Alkohol am Steuer bedingt, häufig erleiden unschuldige Personen bei Alkoholunfällen Schaden.

Der vorliegende Indikator weist die Zahl der Straßenverkehrsunfälle im Zeitvergleich der vorliegenden Berichtsjahre aus, in denen Alkohol eine verursachende Rolle gespielt hat. Unfälle unter Alkoholeinfluss und mit Personenschaden je 100 Unfälle, darunter gesondert Verunglückte unter Alkoholeinfluss als Prozent aller Verunglückten, Getötete unter Alkoholeinfluss in Prozent aller Getöteten und Verletzte unter Alkoholeinfluss in Prozent aller Verletzten, zeigen das Ausmaß im Rahmen des Straßenverkehrsunfallgeschehens auf.

Der Bezug auf die Wohnbevölkerung ist ungenau, da die Straßenverkehrsunfälle nach dem Ereignisort des Unfalls registriert werden.

#### Datenhalter

- ▶ Statistische Landesämter

#### Datenquelle

- ▶ Statistik der Straßenverkehrsunfälle

#### Periodizität

Jährlich, 31.12.

#### Validität

In der amtlichen Statistik der Bundesrepublik Deutschland sind solche Unfälle als Alkoholunfälle definiert, bei denen mindestens einer der Unfallbeteiligten unter Alkoholeinfluss gestanden hat. Die Polizei kann bereits Verkehrsteilnehmer mit einem Blutalkoholgehalt von mindestens 0,3 ‰ als alkoholbeeinflusst einstufen, wenn sie im Straßenverkehr auffällig geworden sind. Alkoholeinfluss wird von der Polizei ab einem Blutalkoholgehalt von 0,3 ‰ angenommen. Bei der Bewertung der erhobenen Daten über Alkoholunfälle wird von einer Dunkelziffer ausgegangen, denn nicht bei jedem Unfallbeteiligten kann festgestellt werden, ob er unter Alkoholeinfluss gestanden hat. Unfälle, bei denen außer dem möglicherweise alkoholisierten Fahrer niemand beteiligt war (Alleinunfälle), werden häufig nicht der Polizei gemeldet.

#### Kommentar

Das deutsche Recht unterscheidet seit Einführung des neuen 0,5-Promille-Gesetzes je nach

Grad der Gefährdung verschiedene Promillegrenzen mit unterschiedlichen rechtlichen Folgen. Bei Unfallbeteiligung können auf einen alkoholisierten Kraftfahrer hohe Geld- oder Freiheitsstrafen zukommen. Zudem spricht das Gericht demjenigen Schadensersatz, Schmerzensgeld und eventuell Rente zu, der durch einen anderen fahrlässig geschädigt wurde. So genannte *Sonstige Sachschadensunfälle mit Alkohol (Kategorie 6)* und *Sonstige Sachschadensunfälle mit Verkehrsunfallflucht (Kategorie 7)* werden in der polizeilichen Verkehrsunfallstatistik nur zahlenmäßig erfasst. Verkehrsunfälle mit Alkohol und Verkehrsunfälle mit Verdacht des unerlaubten Entfernens vom Unfallort (Verkehrsunfallflucht) werden als Unfälle der Kategorien 6 bzw. 7 ausgewiesen. Infolge der Neufassung des StVUnfStatG mit Wirkung vom 1.1.1995 ist eine Vergleichbarkeit mit den Vorjahren aufgrund der neuen Definition des schwerwiegenden Verkehrsunfalls mit Sachschaden - Kategorie 4 sowie der Einführung der Kategorien 6 und 7 in der Langzeitübersicht nicht möglich.

**Vergleichbarkeit**

Der vorliegende Indikator ist vergleichbar mit den WHO-Indikatoren 3060 170701 *Road traffic accident involving alcohol/100 000 population* und 3061 175701 *Number of road traffic accidents involving alcohol*. Es gibt keinen vergleichbaren OECD-Indikator. Der Indikator ist vergleichbar mit dem EU-Indikator *Morbidity, disease-specific, Diseases selected for other reasons, Alcohol-related traffic accidents*. Der vorliegende Indikator ist mit dem bisherigen GMK-Indikator 3.36 (alt) identisch; letzterer ist jedoch nicht tabellarisch aufgeführt.

**Originalquellen**

- ▶ Publikationen der Statistischen Landesämter, z. B. Statistische Jahrbücher oder Statistische Jahresberichte zur Statistik der Straßenverkehrsunfälle.

**Dokumentationsstand**

04.03.2003, lögd /LDS NRW

Indikator (L) 3.119		Zahl der Straßenverkehrsunfälle, in denen Alkohol eine verursachende Rolle gespielt hat, Land, im Zeitvergleich						
Jahr	Unfälle mit Personenschaden und Ursache Alkoholeinfluß		darunter: Verunglückte					
			Getötete		Verletzte		insgesamt	
	insgesamt	je 100 Unfälle m. Pers.schaden	insges.	in % aller Getöteten	insges.	in % aller Verletzten	insges.	in % aller Verunglückten
2000	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 3.119 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>							
2001								
...								
Berichts-j.								

Datenquelle:  
 Statistische Landesämter:  
 Statistik der Straßenverkehrsunfälle





## **Themenfeld 4: Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen**

---

### **Konsum von Tabak und Alkohol**

Tabakkonsum

Alkoholkonsum

### **Ernährung**

Body Mass Index

Ernährungsweise

### **Weitere gesundheitsrelevante Verhaltensweisen**

Körperliche Aktivität



## **Thematic domain 4: Health-related behaviour**

### **Tobacco and alcohol consumption**

Tobacco consumption

Alcohol consumption

### **Nutrition**

Body Mass Index

Nutrition habits

### **Other health-related behaviour**

Physical activities

## Vorbemerkungen zu Themenfeld 4

Im Themenfeld *Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen* erfolgte erstmals eine Ausformulierung von Indikatoren zum Rauchen, zum Trinkverhalten, zur Ernährung, zum Body Mass Index (BMI) und zur körperlichen Aktivität. Alle bisherigen Indikatoren des Themenfeldes 4, die das Gesundheits- und Vorsorgeverhalten betreffen, wie z. B. Früherkennungsuntersuchungen, Einschulungsuntersuchungen, Impfquoten, werden im Themenfeld 7 *Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsversorgung* geführt.

Grundlage für die vorliegenden 13 Indikatoren zu gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen ist der Bundes-Gesundheitssurvey 1998. Er ist eine repräsentative Erhebung, dem ein von den 7 124 teilnehmenden Personen ausgefüllter Fragebogen, zusätzlich ein ärztliches Interview sowie Blut-/Serumanalysen zugrunde liegen.

Altersgruppen in Jahren	Frauen	Männer	Insgesamt
18-19	125	142	267
20-29	513	504	1017
30-39	788	767	1555
40-49	682	630	1312
50-59	682	677	1359
60-69	541	495	1036
70-79	343	235	578
<b>gesamt</b>	<b>3 674</b>	<b>3 450</b>	<b>7 124</b>

Zahl der Teilnehmer am Bundes-Gesundheitssurvey nach Altersgruppen und Geschlecht, Deutschland, 1998

Im Bundes-Gesundheitssurvey konnten Grunddaten erhoben werden, um mit dem Winkler-Index eine soziale Schichtung in untere, mittlere und obere soziale Schicht vorzunehmen. Die soziale Schicht ist ein wichtiger Einflussfaktor bei der Entstehung von Risikofaktoren und Krankheiten. Als zentrale Dimensionen des Konzeptes *soziale Schicht* gelten Bildung, Beruf und Einkommen. Entsprechend wird für Auswertungen des Bundes-Gesundheitssurveys ein Schichtindex (sogenannter Winklerindex) mit diesen Merkmalen genutzt. Die obere Sozialschicht zeichnet sich durch einen hohen Bildungs- (Abitur, Fachhochschulreife) und Ausbildungsabschluss (Fachhochschul-/Hochschulabschluss), einen hohen beruflichen Status (z. B. Angestellter mit umfassenden Führungsaufgaben) und ein hohes Einkommen aus. Für die Angehörigen der zwei weiteren Sozialschichten gilt eine sinngemäße Einstufung bei den Einzelmerkmalen.

Sieben Indikatoren wurden zusätzlich nach sozialer Schicht analysiert. Damit kann erstmals seit der Führung des Indikatorensetzes Gesundheitsverhalten nach sozialer Schicht differenziert werden. Interventionsstrategien sind vor allem auf die positive Beeinflussung von Gesundheitsverhalten ausgerichtet, so dass bei wiederholter Durchführung von Gesundheitssurveys Trendentwicklungen abgeleitet werden können.

Die Erhebung wurde in allen Bundesländern durchgeführt. Die Ergebnisse gelten als Bundesindikatoren, da die Probandenzahl, die in den 16 Bundesländern erhoben wurde, für Landesauswertungen zu gering ist.

Die Länder Bayern und Nordrhein-Westfalen haben ihre Stichproben durch zusätzliche Erhebungen aufgestockt, so dass für diese Länder landesspezifische Auswertungen durchgeführt wurden.

Der Indikator 4.9 *Body Mass Index bei Kindern* ist Schuleingangsuntersuchungen entnommen und kann jährlich fortgeschrieben werden.

## 4.1

**Rauchverhalten nach Alter, Sozialschicht und Geschlecht, Deutschland/Land, 1998****Definition**

Das Rauchen von Tabakwaren - am häufigsten werden Zigaretten geraucht - gilt als das Risikoverhalten mit den deutlichsten Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung: Kein anderes Verhalten hat einen vergleichbar starken Einfluss auf die Gesamtsterblichkeit (1). Rauchen fördert die Entstehung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (u. a. Herzinfarkt, Schlaganfall) und von Krankheiten der Atmungsorgane (insbesondere Lungenkrebs und chronische Lungenerkrankungen). Bezüglich des Rauchverhaltens werden im Bundes-Gesundheitssurvey drei Gruppen unterschieden: Regelmäßig (täglich) rauchende Teilnehmer, unregelmäßig (nicht täglich) rauchende Teilnehmer und Teilnehmer des Surveys, die nicht rauchen. Das Rauchverhalten ist geschlechts-, alters- und sozialschichtabhängig.

Bezüglich des Rauchens wurde folgende Frage gestellt:

„Haben Sie früher geraucht oder rauchen Sie zur Zeit?“

Antwortkategorien:

Nichtraucher: Habe noch nie geraucht; Habe früher geraucht, aber jetzt nicht mehr

Raucher: Rauche zur Zeit (täglich/Rauche zur Zeit gelegentlich)

Im Indikator 4.1 wird der Anteil der Rauchenden und der Nichtrauchenden in Prozent ausgewiesen. Zusätzlich werden die jeweiligen Anteile nach drei sozialen Schichten ausgewiesen.

**Datenhalter**

- ▶ Robert Koch-Institut (RKI)
- ▶ Gesundheitsministerium Bayern
- ▶ Gesundheitsministerium Nordrhein-Westfalen

**Datenquelle**

- ▶ Bundes-Gesundheitssurvey 1998, Zusatzstichprobe Bayern, Nordrhein-Westfalen

**Periodizität:** Mehrjährlich

**Validität**

Die Daten des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 beruhen auf einer für Deutschland repräsentativen Wohnbevölkerungstichprobe für die Altersgruppe 18 - 79 Jahre. Es wurden 7 124 Personen befragt und untersucht. Aufgrund von umfassenden Qualitätssicherungsmaßnahmen liegt eine gute Datenqualität vor. Zur Methodik siehe (1).

**Kommentar**

Der Indikator zum Rauchverhalten nach sozialer Schicht, Alter und Geschlecht wird als Bundes-/Länderindikator geführt. Das Merkmal *soziale Schicht* ist entsprechend der Empfehlung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Epidemiologie (DAE) zusammengesetzt.

Folgende wesentliche Grundlagen wurden für die Auswahl und Interpretation des Indikators zu Grunde gelegt:

(1) *Das Gesundheitswesen* 60 (1998) und *Das Gesundheitswesen* 61 (1999); jeweils Sonderheft 2 - Schwerpunkttheft Bundes-Gesundheitssurvey.

(2) Ahrens, W., Bellach, B.M., Jöckel, K.H. (Hrsg.) (1998): Messung soziodemographischer Merkmale in der Epidemiologie. *RKI Schriften* (1).

Der Indikator zählt zur Gruppe der Gesundheitsdeterminanten.

### Vergleichbarkeit

Eingeschränkte Vergleichbarkeit mit dem WHO-Indikator 3010 171010 % of regular daily smokers, age 15+ years/male/female, da der Bundes-Gesundheitssurvey nur die Altersgruppe der 18- bis 79-Jährigen erfasst. Entsprechend dem von der WHO empfohlenen Health Interview Survey sollten Bürger im Alter ab 15 Jahren befragt werden. Daily smokers werden als OECD-Indikator auf der Basis des Health Interview Surveys der WHO erfasst, in der EU wird Regular smoking erfasst. Der Indikator ist bedingt vergleichbar. Im bisherigen Indikatorensetz gehörte Rauchen zu den fakultativen Indikatoren. Die Daten können auch aus dem Mikrozensus genommen werden.

### Originalquellen

- ▶ Public Use File BGS98 des Robert Koch-Instituts.
- ▶ Informationssystem für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (IS-GBE): <http://www.gbe-bund.de>.
- ▶ Publikationen der Länder Bayern und Nordrhein-Westfalen.

### Dokumentationsstand

13.09.2002, RKI/lögd

Indikator (B/L) 4.1		Rauchverhalten nach Alter, Sozialschicht und Geschlecht, Deutschland/ Land, 1998				
Alter in Jahren	Rauchverhalten in % der Befragten					
	weiblich			männlich		
	Raucher		Nicht- raucher	Raucher		Nicht- raucher
	täglich	gelegentlich		täglich	gelegentlich	
18 - 29	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 4.1 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>					
30 - 39						
40 - 49						
50 - 59						
60 - 69						
70 - 79						
<b>18 - 79</b>						
Sozialschicht						
obere						
mittlere						
untere						

Datenquelle:  
Robert Koch-Institut, Gesundheitsministerien Bayern, Nordrhein-Westfalen:  
Bundes-Gesundheitssurvey 1998

## 4.2

**Rauchverhalten der Zigarettenraucher nach Alter, Sozialschicht und Geschlecht, Deutschland/Land, 1998****Definition**

Das Rauchen von Tabakwaren - am häufigsten werden Zigaretten geraucht - gilt als das Risikoverhalten mit den deutlichsten Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung: Kein anderes Verhalten hat einen vergleichbar starken Einfluss auf die Gesamtsterblichkeit (1). Rauchen fördert die Entstehung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (u. a. Herzinfarkt, Schlaganfall) und von Krankheiten der Atmungsorgane (insbesondere Lungenkrebs und chronische Lungenerkrankungen). Bezüglich des Rauchverhaltens werden im Bundes-Gesundheitssurvey drei Gruppen unterschieden: Regelmäßig (täglich) rauchende Teilnehmer, unregelmäßig (nicht täglich) rauchende Teilnehmer und Teilnehmer des Surveys, die nicht rauchen. Das Rauchverhalten ist geschlechts-, alters- und sozialschichtabhängig.

Bezüglich des Rauchens wurde folgende Frage gestellt:

„Wie viel rauchen Sie durchschnittlich pro Tag?“

Antwortkategorien:

Anzahl der durchschnittlich täglich gerauchten a) Zigaretten; b) Zigarren, Stumpen, Zigarillos; c) Pfeifen

Im Indikator 4.2 wird das Rauchverhalten nach der gerauchten Menge als prozentualer Anteil dargestellt. Zusätzlich werden die jeweiligen Anteile nach drei sozialen Schichten ausgewiesen.

**Datenhalter**

- ▶ Robert Koch-Institut (RKI)
- ▶ Gesundheitsministerium Bayern
- ▶ Gesundheitsministerium Nordrhein-Westfalen

**Datenquelle**

- ▶ Bundes-Gesundheitssurvey 1998, Zusatzstichprobe Bayern, Nordrhein-Westfalen

**Periodizität:** Mehrjährlich

**Validität**

Die Daten des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 beruhen auf einer für Deutschland repräsentativen Wohnbevölkerungsstichprobe für die Altersgruppe 18 - 79 Jahre. Es wurden 7 124 Personen befragt und untersucht. Aufgrund von umfassenden Qualitätssicherungsmaßnahmen liegt eine gute Datenqualität vor. Zur Methodik siehe (1).

**Kommentar**

Der Indikator zum Rauchverhalten der täglichen Raucher wird als Bundes-/Länderindikator geführt. Das Merkmal *soziale Schicht* ist entsprechend der Empfehlung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Epidemiologie (DAE) zusammengesetzt.

Folgende wesentliche Grundlagen wurden für die Auswahl und Interpretation des Indikators zu Grunde gelegt:

(1) *Das Gesundheitswesen* 60 (1998) und *Das Gesundheitswesen* 61 (1999); jeweils Sonderheft 2 - Schwerpunkttheft Bundes-Gesundheitssurvey.

(2) Ahrens, W., Bellach, B.M., Jöckel, K.H. (Hrsg.) (1998): Messung soziodemographischer Merkmale in der Epidemiologie. *RKI Schriften* (1).  
Der Indikator zählt zur Gruppe der Gesundheitsdeterminanten.

### Vergleichbarkeit

Eingeschränkte Vergleichbarkeit mit dem WHO-Indikator 3013 171002 *% of adults smoking 20+ cigarettes per day*. Der Bundes-Gesundheitssurvey erfasst ebenfalls die Erwachsenen mit den Altersgruppen der 18- bis 79-Jährigen. *Daily smokers* werden als OECD-Indikator auf der Basis des Health Interview Surveys der WHO erfasst. Der Indikator ist bedingt vergleichbar. Die EU-Indikatoren erfassen *Reguläres Rauchen*. Im bisherigen Indikatorensetz gehörte Rauchen zu den fakultativen Indikatoren. Die Daten können auch aus dem Mikrozensus entnommen werden.

### Originalquellen

- ▶ Public Use File BGS98 des Robert Koch-Instituts.
- ▶ Informationssystem für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (IS-GBE): <http://www.gbe-bund.de>.
- ▶ Publikationen der Länder Bayern und Nordrhein-Westfalen.

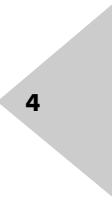
### Dokumentationsstand

13.09.2002, RKI/lögd

<b>Indikator (B/L) 4.2</b>		<b>Rauchverhalten der Zigarettenraucher nach Alter, Sozialschicht und Geschlecht, Deutschland/Land, 1998</b>				
Alter in Jahren	Rauchverhalten in % der Befragten					
	weiblich			männlich		
	täglich 20 Zigaretten und mehr	täglich weniger als 20 Zigaretten	gelegentlich	täglich 20 Zigaretten und mehr	täglich weniger als 20 Zigaretten	gelegentlich
18 - 29						
30 - 39						
40 - 49						
50 - 59						
60 - 69						
70 - 79						
<b>18 - 79</b>						
Sozialschicht						
obere						
mittlere						
untere						

[Sprung zu Daten der Indikatoren 4.2 bis 4.5 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes](#)

Datenquelle:  
Robert Koch-Institut, Gesundheitsministerien Bayern, Nordrhein-Westfalen:  
Bundes-Gesundheitssurvey 1998



## 4.3

**Nichtraucher nach Alter und Geschlecht, Deutschland/  
Land, 1998****Definition**

Der Anteil von Nichtrauchern nach Geschlecht und Altersgruppen ist als Erfolgskriterium von Präventionsstrategien gegen das Rauchen zu werten.

Die Nichtraucher werden im Bundes-Gesundheitssurvey in zwei Gruppen eingeteilt: In ehemalige Raucher und Personen, die nach eigenen Angaben nie geraucht haben. Die ehemaligen Raucher wurden gefragt, ob sie in den letzten 12 Monaten oder vor mehr als 12 Monaten mit dem Rauchen aufgehört haben.

**Datenhalter**

- ▶ Robert Koch-Institut (RKI)
- ▶ Gesundheitsministerium Bayern
- ▶ Gesundheitsministerium Nordrhein-Westfalen

**Datenquelle**

- ▶ Bundes-Gesundheitssurvey 1998, Zusatzstichprobe Bayern, Nordrhein-Westfalen

**Periodizität**

Mehrfährlich

**Validität**

Die Daten des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 beruhen auf einer für Deutschland repräsentativen Wohnbevölkerungsstichprobe für die Altersgruppe 18 - 79 Jahre. Es wurden 7 124 Personen befragt und untersucht. Aufgrund von umfassenden Qualitätssicherungsmaßnahmen liegt eine gute Datenqualität vor. Zur Methodik siehe (1).

**Kommentar**

Nichtraucher nach Alter und Geschlecht wird als Bundes-/Länderindikator geführt. Folgende wesentlichen Publikationen wurde für die Auswahl und Interpretation des Indikators zu Grunde gelegt:

(1) *Das Gesundheitswesen* 60 (1998) und *Das Gesundheitswesen* 61 (1999); jeweils Sonderheft 2 - Schwerpunkttheft Bundes-Gesundheitssurvey.

Der Indikator zählt zur Gruppe der Gesundheitsdeterminanten.

**Vergleichbarkeit**

Eingeschränkte Vergleichbarkeit mit WHO-Indikator 3014 171001 *% of non-smokers among adult population*, da der Bundes-Gesundheitssurvey nur die Altersgruppe der 18- bis 79-Jährigen erfasst. Entsprechend dem von der WHO empfohlenen Health Interview Survey sollten Bürger im Alter ab 15 Jahren befragt werden. Keine Vergleichbarkeit mit Indikatoren der OECD, in der EU wird *Former smoking* erfasst. Im bisherigen Indikatorensetz gab es die Möglichkeit, Nichtraucher in einem fakultativen Indikator zu erfassen.

**Originalquellen**

- ▶ Public Use File BGS98 des Robert Koch-Instituts.
- ▶ Informationssystem für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (IS-GBE): <http://www.gbe-bund.de>.
- ▶ Publikationen der Länder Bayern und Nordrhein-Westfalen.

**Dokumentationsstand**

13.09.2002, RKI/lögd

Indikator (B/L) 4.3		Nichtraucher nach Alter und Geschlecht, Deutschland/Land, 1998				
Alter in Jahren	Nichtraucher in % der Befragten					
	weiblich			männlich		
	vor mehr als 12 Monaten aufgehört	in den letzten 12 Monaten aufgehört	nie geraucht	vor mehr als 12 Monaten aufgehört	in den letzten 12 Monaten aufgehört	nie geraucht
18 - 29	<a href="#">Sprung zu Daten der Indikatoren 4.2 bis 4.5 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>					
30 - 39						
40 - 49						
50 - 59						
60 - 69						
70 - 79						
<b>18 - 79</b>						

Datenquelle:  
Robert Koch-Institut, Gesundheitsministerien Bayern, Nordrhein-Westfalen:  
Bundes-Gesundheitssurvey 1998





4.4

### Nichtraucher und Passivraucher nach Alter und Geschlecht, Deutschland/Land, 1998

#### Definition

Als Parameter für die Umsetzung des Nichtrauchererschutzes gilt Passivrauchen. Passivrauchen ist der Aufenthalt von Nichtrauchern in Räumen, in denen geraucht wird. Das Risiko von Herzerkrankungen und Lungenkrankheiten (u. a. Lungenkrebs) und bei Kindern das Risiko von Asthma und Bronchitis wird durch Passivrauchen erhöht. Passivrauchen gilt als Kriterium für Luftverschmutzung in Innenräumen.

Im Indikator 4.4 wird der Anteil der Befragten des Bundes-Gesundheitssurveys ausgewiesen, die nicht rauchen, und der Anteil derer, die Passivraucher sind, d. h. die die Frage „Halten Sie sich tagsüber oder abends häufiger in Räumen auf, in denen geraucht wird?“ mit ja beantwortet haben.

#### Datenhalter

- ▶ Robert Koch-Institut (RKI)
- ▶ Gesundheitsministerium Bayern
- ▶ Gesundheitsministerium Nordrhein-Westfalen

#### Datenquelle

- ▶ Bundes-Gesundheitssurvey 1998, Zusatzstichprobe Bayern, Nordrhein-Westfalen

#### Periodizität

Mehrfährlich

#### Validität

Die Daten des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 beruhen auf einer für Deutschland repräsentativen Wohnbevölkerungstichprobe für die Altersgruppe 18 - 79 Jahre. Es wurden 7 124 Personen befragt und untersucht. Zur Methodik siehe (1).

#### Kommentar

Passivraucher nach Alter und Geschlecht wird als Bundes-/Länderindikator geführt. Mit zunehmendem Rauchverbot in Innenräumen müsste der Anteil von Passivrauchern gesenkt werden. Folgende wesentlichen Publikationen wurden für die Auswahl und Interpretation des Indikators zu Grunde gelegt:

(1) *Das Gesundheitswesen* 60 (1998) und *Das Gesundheitswesen* 61 (1999); jeweils Sonderheft 2 - Schwerpunkttheft Bundes-Gesundheitssurvey.

Der Indikator zählt zur Gruppe der Gesundheitsdeterminanten.

#### Vergleichbarkeit

Keine Vergleichbarkeit mit Indikatoren der WHO, der OECD oder der EU. Kein vergleichbarer Indikator im bisherigen Indikatorensatz.

### Originalquellen

- ▶ Public Use File BGS98 des Robert Koch-Instituts.
- ▶ Informationssystem für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (IS-GBE):  
http://www.gbe-bund.de.
- ▶ Publikationen der Länder Bayern und Nordrhein-Westfalen.

### Dokumentationsstand

13.09.2002, RKI/lögd

<b>Indikator (B/L)</b> 4.4		<b>Nichtraucher und Passivraucher nach Alter und Geschlecht, Deutschland/ Land, 1998</b>			
Alter in Jahren	Nichtraucher und Passivraucher in % der Befragten				
	weiblich		männlich		
	Nichtraucher	Passivraucher	Nichtraucher	Passivraucher	
18 - 29	<a href="#">Sprung zu Daten der Indikatoren 4.2 bis 4.5 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>				
30 - 39					
40 - 49					
50 - 59					
60 - 69					
70 - 79					
<b>18 - 79</b>					

Datenquelle:

Robert Koch-Institut, Gesundheitsministerien Bayern, Nordrhein-Westfalen:  
Bundes-Gesundheitssurvey 1998

4.5

### Durchschnittliches Alter der Raucher bei Rauchbeginn nach Alter und Geschlecht, Deutschland/Land, 1998

#### Definition

Rauchen von Jugend an hat besonders gravierende Auswirkungen auf späteres Rauchverhalten und auf die Gesundheit.

Die seit langem beobachtbare Vorverlegung des Rauchbeginns in immer jüngere Altersgruppen erhöht die ohnehin großen gesundheitlichen Gefahren des Rauchens zusätzlich.

Alle Teilnehmer am Gesundheitssurvey wurden gefragt:

„Wie alt waren Sie, als Sie angefangen haben, regelmäßig zu rauchen, wenn auch nur in kleineren Mengen?“

Im Indikator 4.5 ist das durchschnittliche Alter der befragten derzeitigen Raucher bei Rauchbeginn nach 10-Jahres-Altersgruppen und nach Geschlecht angegeben.

#### Datenhalter

- ▶ Robert Koch-Institut (RKI)
- ▶ Gesundheitsministerium Bayern
- ▶ Gesundheitsministerium Nordrhein-Westfalen

#### Datenquelle

- ▶ Bundes-Gesundheitssurvey 1998, Zusatzstichprobe Bayern, Nordrhein-Westfalen

#### Periodizität

Mehrjährlich

#### Validität

Die Daten des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 beruhen auf einer für Deutschland repräsentativen Wohnbevölkerungstichprobe für die Altersgruppe 18 - 79 Jahre. Es wurden 7 124 Personen befragt und untersucht. Aufgrund von umfassenden Qualitätssicherungsmaßnahmen liegt eine gute Datenqualität vor. Zur Methodik siehe (1).

#### Kommentar

Durchschnittliches Alter bei Rauchbeginn nach Alter und Geschlecht wird als Bundes-/Länderindikator geführt.

Folgende Publikationen wurden für die Auswahl und Interpretation des Indikators zu Grunde gelegt:

(1) *Das Gesundheitswesen* 60 (1998) und *Das Gesundheitswesen* 61 (1999); jeweils Sonderheft 2 - Schwerpunkttheft Bundes-Gesundheitssurvey.

Der Indikator zählt zur Gruppe der Gesundheitsdeterminanten.

#### Vergleichbarkeit

Keine Vergleichbarkeit mit Indikatoren der WHO, der OECD oder der EU. Keine vergleichbaren Indikatoren im bisherigen GMK-Indikatorensatz. Die erhobenen Daten zum Rauchbeginn bei unter 18-Jährigen sind im Mikrozensus nicht sehr zuverlässig, da nur die Haushaltsvorstände befragt werden können.

**Originalquellen**

- ▶ Public Use File BGS98 des Robert Koch-Instituts.
- ▶ Informationssystem für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (IS-GBE): <http://www.gbe-bund.de>.
- ▶ Publikationen der Länder Bayern und Nordrhein-Westfalen.

**Dokumentationsstand**

13.09.2002, RKI/lögd

Indikator (B/L) 4.5	Durchschnittliches Alter der Raucher bei Rauchbeginn nach Alter und Geschlecht, Deutschland/Land, 1998		
Alter in Jahren	Durchschnittliches Alter der Raucher bei Rauchbeginn in Jahren		
	weiblich	männlich	insgesamt
18 - 29	<a href="#">Sprung zu Daten der Indikatoren 4.2 bis 4.5 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>		
30 - 39			
40 - 49			
50 - 59			
60 - 69			
70 - 79			
<b>18 - 79</b>			

Datenquelle:  
Robert Koch-Institut, Gesundheitsministerien Bayern, Nordrhein-Westfalen:  
Bundes-Gesundheitssurvey 1998

**[4.5a, Rauchen im Haushalt bei Kindern zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung nach Geschlecht, Migrationshindergrund, Land, Jahr.](#)**



4.6

### Mittlerer täglicher Alkoholkonsum in Gramm (Alkohol) nach Alter, Sozialschicht und Geschlecht, Deutschland/Land, 1998

#### Definition

Alkohol stellt hierzulande neben Tabak das Suchtproblem Nr. 1 dar. Gesteigerter und chronischer Alkoholkonsum kann zu einer Vielzahl von Gesundheitsstörungen und Krankheiten führen. Die Gefährdung ist im wesentlichen über den Alkoholmissbrauch gegeben, der über eine akute Vergiftung hinausgeht. Bei der Alkoholabhängigkeit müssen nachweisbare Symptome hinzukommen (1). Als Folge eines übermäßigen, chronischen Alkoholkonsums treten die sogenannten klassischen Alkoholkrankheiten (u. a. Alkoholpsychosen, Leberzirrhose) auf. Gleichzeitig trägt der Alkoholkonsum zur Entstehung anderer Krankheiten bei (u. a. Krebserkrankungen der oberen Verdauungswege). Der Alkoholkonsum ist alters-, geschlechts- und sozialschichtabhängig.

Alle Teilnehmer wurden gefragt, wie häufig (an wie vielen Tagen) sie in den letzten 12 Monaten Bier, Wein und hochprozentige alkoholische Getränke zu sich genommen haben und wie viel an solchen Tagen üblicherweise von den Getränken konsumiert wurde. Der Umrechnung der Zahl getrunkenen Gläser alkoholischer Getränke in Gramm Alkohol liegen Standardeinheiten zu Grunde. Für den durchschnittlichen Alkoholgehalt von Bier werden für die Umrechnung 4,8 Vol. %, von Wein und Sekt 11 Vol. % und von Spirituosen 33 Vol. % angenommen (Standardeinheiten) (2).

#### Datenhalter

- ▶ Robert Koch-Institut (RKI)
- ▶ Gesundheitsministerium Bayern
- ▶ Gesundheitsministerium Nordrhein-Westfalen

#### Datenquelle

- ▶ Bundes-Gesundheitssurvey 1998, Zusatzstichprobe Bayern, Nordrhein-Westfalen

**Periodizität:** Mehrjährlich

#### Validität

Die Daten des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 beruhen auf einer für Deutschland repräsentativen Wohnbevölkerungstichprobe für die Altersgruppe 18 - 79 Jahre. Es wurden 7 124 Personen befragt und untersucht. Zur Methodik siehe (1). Die von den Befragten selbst gemachten Angaben sind nicht sehr zuverlässig, die angegebenen Trinkmengen sind eher zu niedrig ausgewiesen (underreporting).

#### Kommentar

Das Merkmal *soziale Schicht* ist entsprechend der Empfehlung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Epidemiologie (DAE) aus den Merkmalen Einkommen, Bildung und beruflicher Position zusammengesetzt (3).

Mittlerer täglicher Alkoholkonsum in Gramm (Alkohol) nach Alter und Geschlecht wird als Bundes-/Länderindikator geführt. Die additive Menge reinen Alkohols wird auf die mittlere Bevölkerung bezogen.

Folgende Publikationen wurden für die Auswahl und Interpretation des Indikators zu Grunde gelegt:

- (1) *Das Gesundheitswesen* 60 (1998) und *Das Gesundheitswesen* 61 (1999); jeweils Sonderheft 2 - Schwerpunktheft Bundes-Gesundheitssurvey.
- (2) Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2000): *Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen in Deutschland*. Nomos Verlagsgesellschaft. (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit; Band 128) Baden-Baden.
- (3) Ahrens, W., Bellach, B.M., Jöckel, K.H. (Hrsg.) (1998): *Messung soziodemographischer Merkmale in der Epidemiologie. RKI Schriften* (1).
- Der Indikator zählt zur Gruppe der Gesundheitsdeterminanten.

### Vergleichbarkeit

Keine Vergleichbarkeit mit WHO-Indikator 3054 991704 *Annual pure alcohol consumption, litre/person 15+*, da der Bundes-Gesundheitssurvey nur die 18- bis 79-Jährigen erfasst. Die Angaben im WHO-Indikator beruhen auf der Verbrauchsstatistik. Geringe Vergleichbarkeit mit dem Indikator der OECD *Alcohol consumption in litre per capita (+15 years)* und dem EU-Indikator *Total alcohol consumption*. Die Berechnungen werden für Deutschland von der OECD vorgenommen. Das Trinkerverhalten konnte im bisherigen Indikatorensatz als fakultativer Indikator erhoben werden.

### Originalquellen

- ▶ Public Use File BGS98 des Robert Koch-Instituts.
- ▶ Informationssystem für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (IS-GBE): <http://www.gbe-bund.de>.
- ▶ Publikationen der Länder Bayern und Nordrhein-Westfalen.

**Dokumentationsstand:** 13.09.2002, RKI/lögd

Indikator (B/L) 4.6		Mittlerer täglicher Alkoholkonsum in Gramm (Alkohol) nach Alter, Sozialschicht und Geschlecht, Deutschland/Land, 1998				
Alter in Jahren	Mittlerer täglicher Alkoholkonsum der Befragten in Gramm (Alkohol)					
	weiblich			männlich		
	Bier*	Wein*	Spirituosen*	Bier*	Wein*	Spirituosen*
18 - 29						
30 - 39						
40 - 49						
50 - 59						
60 - 69						
70 - 79						
<b>18 - 79</b>	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 4.6 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>					
Sozialschicht						
obere						
mittlere						
untere						

Datenquelle:  
Robert Koch-Institut, Gesundheitsministerien Bayern, Nordrhein-Westfalen:  
Bundes-Gesundheitssurvey 1998

\* gemessen in Standardeinheiten

4.7

### **Anteil der Bevölkerung mit mittlerem Alkoholkonsum oberhalb definierter Grenzwerte nach Alter und Geschlecht, Deutschland/Land, 1998**

#### *Definition*

Alkohol stellt hierzulande neben Tabak das Suchtproblem Nr. 1 dar. Der Konsum von Alkohol kann mit vielfältigen Gefahren für die Gesundheit einhergehen. Insbesondere gesteigerter und chronischer Alkoholkonsum kann zu einer Vielzahl von Gesundheitsstörungen und Krankheiten führen. Die Gefährdung ist im Wesentlichen über den Alkoholmissbrauch gegeben, der über eine akute Vergiftung hinausgeht. Bei der Alkoholabhängigkeit müssen nachweisbare Symptome hinzukommen (1). Als Folge eines übermäßigen, chronischen Alkoholkonsums treten die sogenannten klassischen Alkoholkrankheiten (u. a. Alkoholpsychosen, Leberzirrhose) auf. Gleichzeitig trägt der Alkoholkonsum zur Entstehung anderer Krankheiten bei (u. a. Krebserkrankungen der oberen Verdauungswege). Von einer besonders starken Gefährdung der Gesundheit ist bei einem mittleren Tagesverbrauch von mehr als 40 g Alkohol bei Frauen bzw. von mehr als 60 g Alkohol bei Männern auszugehen (2). 40 g reiner Alkohol entsprechen ungefähr einem halben Liter Wein (460 ml) bzw. zweieinhalb Flaschen Bier (1,26 l).

In den letzten Jahren häufen sich aber auch Berichte über mögliche protektive Eigenschaften von geringem/moderatem Alkoholkonsum. Daraus resultieren Grenzwerte zum Alkoholkonsum, bei denen der präventive Charakter des Alkohols weitgehend ausgeschöpft wird, während nachteilige Wirkungen eher unwahrscheinlich sind. Die in diesem Sinne tolerablen oberen Alkoholzufuhrmengen (TOAM) liegen für Frauen bei 10 - 12 g/Tag und für Männer bei 20 - 24 g/Tag (3). Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung weist 10 g für Frauen und 20 g für Männer als Referenzwerte aus (4). Diese Grenzwerte geben Alkoholmengen an, die für die Mehrheit der erwachsenen Bevölkerung noch nicht mit einem erhöhten Risiko für verschiedene alkoholassoziierte Ereignisse einhergehen, können aber keinen gefahrlosen Konsum garantieren.

Alle Teilnehmer des Bundes-Gesundheitssurveys wurden gefragt, wie häufig sie in den letzten 12 Monaten Bier, Wein und hochprozentige alkoholische Getränke zu sich genommen haben und wie viel üblicherweise von diesen Getränken konsumiert wurde. Es wurde differenziert nach Konsum von Bier, Wein/Sekt/Obstwein und hochprozentigen alkoholischen Getränken (Rum, Weinbrand, Likör, klare Schnäpse u. ä.) gefragt und aus den entsprechenden Angaben ein durchschnittlicher Alkoholkonsum in Gramm pro Tag berechnet (siehe auch zur Berechnung die Metadatenbeschreibung zu Indikator 4.6).

#### *Datenhalter*

- ▶ Robert Koch-Institut (RKI)
- ▶ Gesundheitsministerium Bayern
- ▶ Gesundheitsministerium Nordrhein-Westfalen

#### *Datenquelle*

- ▶ Bundes-Gesundheitssurvey 1998, Zusatzstichprobe Bayern, Nordrhein-Westfalen

#### *Periodizität*

Mehrfachjährig

#### *Validität*

Die Daten des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 beruhen auf einer für Deutschland repräsentativen Wohnbevölkerungsstichprobe für die Altersgruppe 18 - 79 Jahre. Es wurden 7 124 Per-

sonen befragt und untersucht. Zur Methodik siehe (1). Die von den Befragten selbst gemachten Angaben sind nicht sehr zuverlässig, die angegebenen Trinkmengen sind eher zu niedrig ausgewiesen (underreporting).

**Kommentar**

Täglicher Alkoholkonsum, darunter Befragte mit kritischem Alkoholkonsum, nach Alter und Geschlecht wird als Bundes-/Länderindikator geführt.

Folgende Publikationen wurden für die Auswahl und Interpretation des Indikators zu Grunde gelegt:

(1) *Das Gesundheitswesen* 60 (1998) und *Das Gesundheitswesen* 61 (1999); jeweils Sonderheft 2 - Schwerpunkttheft Bundes-Gesundheitssurvey.

(2) Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2000): Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen in Deutschland. Nomos Verlagsgesellschaft. (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit; Band 128) Baden-Baden.

(3) Burger, M., Mensink, G. (2003): Bundes-Gesundheitssurvey: Alkohol - Konsumverhalten in Deutschland. RKI (Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes) Berlin.

Der Indikator zählt zur Gruppe der Gesundheitsdeterminanten.

**Vergleichbarkeit**

Keine Vergleichbarkeit mit Indikatoren der WHO, der OECD und der EU. Im bisherigen Indikatorensetz gab es keinen vergleichbaren Indikator.

**Originalquellen**

- ▶ Public Use File BGS98 des Robert Koch-Instituts.
- ▶ Informationssystem für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (IS-GBE): <http://www.gbe-bund.de>.
- ▶ Publikationen der Länder Bayern und Nordrhein-Westfalen.

**Dokumentationsstand:** 11.08.2003, RKI/lögd

Indikator (B/L) 4.7	Anteil der Bevölkerung mit mittlerem Alkoholkonsum oberhalb definierter Grenzwerte nach Alter und Geschlecht, Deutschland/Land, 1998			
Alter in Jahren	Mittlerer Alkoholkonsum oberhalb definierter Grenzwerte			
	weiblich		männlich	
	Anteil der Befragten mit einem durchschnittlichen Konsum von			
	> 10 - 40 g/Tag	> 40 g/Tag	> 20 - 60 g/Tag	> 60 g/Tag
18 - 29				
30 - 39				
40 - 49				
50 - 59	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 4.7 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>			
60 - 69				
70 - 79				
<b>18 - 79</b>				

Datenquelle:  
Robert Koch-Institut, Gesundheitsministerien Bayern, Nordrhein-Westfalen:  
Bundes-Gesundheitssurvey 1998





4.8

### Body Mass Index (BMI) der erwachsenen Bevölkerung nach Alter, Sozialschicht und Geschlecht, Deutschland/Land, 1998

#### Definition

Durch Adipositas werden sowohl die Gesundheit als auch die Lebensdauer negativ beeinflusst. Übergewicht wird mit Herz-Kreislauf-Risikofaktoren wie Bluthochdruck (Hypertonie), erhöhten Blutfettwerten (Hypercholesterinämie) sowie der Entstehung von Krankheiten (insbesondere Diabetes mellitus und bestimmte Malignome) in Verbindung gebracht. Darüber hinaus kann das Übergewicht den Knochen- und Bandapparat überlasten und so arthrotische Gelenkschäden verstärken. Das andere Extrem ist Untergewicht, das ebenfalls zu gesundheitlichen Störungen führt. Zur Definition von Gewichtskategorien wie Untergewicht, Normalgewicht, Übergewicht und Adipositas (Fettleibigkeit) wird der sogenannte Body Mass Index (BMI) benutzt. Der Body Mass Index wird aus dem Quotienten des Gewichtes in kg und der Größe in m<sup>2</sup> berechnet. Um den BMI berechnen zu können, wurde für alle Teilnehmer des Bundes-Gesundheitssurveys während des ärztlichen Interviews die Körpergröße und das Körpergewicht gemessen (1). Der BMI zeigt eine Anhängigkeit von der Schichtzugehörigkeit, deshalb wurde im Indikator 4.8 eine Differenzierung nach Altersgruppen, Geschlecht und sozialer Schicht vorgenommen.

#### Datenhalter

- ▶ Robert Koch-Institut (RKI)
- ▶ Gesundheitsministerium Bayern
- ▶ Gesundheitsministerium Nordrhein-Westfalen

#### Datenquelle

- ▶ Bundes-Gesundheitssurvey 1998, Zusatzstichprobe Bayern, Nordrhein-Westfalen

**Periodizität:** Mehrjährlich

#### Validität

Die Daten des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 beruhen auf einer für Deutschland repräsentativen Wohnbevölkerungsstichprobe für die Altersgruppe 18 - 79 Jahre. Es wurden 7 124 Personen befragt und untersucht. Zur Methodik siehe (1). Da es sich um gemessene Werte handelt, gelten die Aussagen auch auf der Grundlage von umfassenden Qualitätssicherungsmaßnahmen als valide.

#### Kommentar

Der Indikator 4.8 zum Body Mass Index (BMI) der erwachsenen Bevölkerung nach Alter und Geschlecht sowie nach sozialer Schicht wird als Bundes-/Länderindikator geführt. Im Mikrozensus werden Angaben zu den Körpermaßen nicht gemessen, sondern erfragt. Die Ergebnisse des im Mikrozensus berechneten BMI liegen deutlich unter den gemessenen Werten beim Bundes-Gesundheitssurvey.

Zum Merkmal *soziale Schicht* siehe Vorbemerkungen zum Themenfeld 4. Folgende Publikationen wurden für die Auswahl und Interpretation der Indikatoren zu Grunde gelegt: (1) *Das Gesundheitswesen* 60 (1998) und *Das Gesundheitswesen* 61 (1999); jeweils Sonderheft 2 - Schwerpunktthema Bundes-Gesundheitssurvey. (2) Ahrens, W., Bellach, B.M., Jöckel, K.H. (Hrsg.) (1998): Messung soziodemographischer Merkmale in der Epidemiologie. *RKI Schriften* (1). Der Indikator zählt zur Gruppe der Gesundheitsdeterminanten.

#### Vergleichbarkeit

Keine Vergleichbarkeit mit Indikatoren der WHO oder der OECD. Eine nur bedingte Ver-

gleichbarkeit mit dem Indikator *Obese population*, dessen Erhebungsdaten bereits mit der Altersklasse ab 15 Jahren beginnen, und dem EU-Indikator *Body mass index*. Angaben zum BMI von 30 und mehr gehörten im bisherigen Indikatorensetz zu den fakultativen Indikatoren.

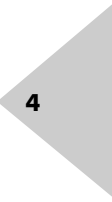
**Originalquellen**

- ▶ Public Use File BGS98 des Robert Koch-Instituts.
- ▶ Informationssystem für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (IS-GBE): <http://www.gbe-bund.de>.
- ▶ Publikationen der Länder Bayern und Nordrhein-Westfalen.

**Dokumentationsstand:** 13.09.2002, RKI/lögd

Indikator (B/L) 4.8	Body Mass Index (BMI) der erwachsenen Bevölkerung nach Alter, Sozialschicht und Geschlecht, Deutschland/Land, 1998							
Alter in Jahren	Body Mass Index (BMI) in % der Befragten							
	weiblich				männlich			
	bis 18,4	18,5 - 24,9	25,0 - 29,9	>=30,0	bis 18,4	18,5 - 24,9	25,0 - 29,9	>=30,0
	insgesamt							
18 - 29	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 4.8 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>							
30 - 39								
40 - 49								
50 - 59								
60 - 69								
70 - 79								
<b>18 - 79</b>								
	obere Sozialschicht							
18 - 29								
30 - 39								
40 - 49								
50 - 59								
60 - 69								
70 - 79								
<b>18 - 79</b>								
	mittlere Sozialschicht							
18 - 29								
30 - 39								
40 - 49								
50 - 59								
60 - 69								
70 - 79								
<b>18 - 79</b>								
	untere Sozialschicht							
18 - 29								
30 - 39								
40 - 49								
50 - 59								
60 - 69								
70 - 79								
<b>18 - 79</b>								

Datenquelle:  
Robert Koch-Institut, Gesundheitsministerien Bayern, Nordrhein-Westfalen:  
Bundes-Gesundheitssurvey 1998



4.9

#### 4.9, Body Mass Index (BMI) bei Kindern zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung nach Geschlecht, Migrationshindergrund, Land, Jahr.

### **Body Mass Index (BMI) bei Kindern zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung nach Geschlecht, Land, Jahr**

#### **Definition**

Eine erhöhte Morbidität als Folge der Adipositas ist bereits im Kindesalter dokumentierbar, wie z. B. Störungen im Fett- und Glukosestoffwechsel, orthopädische Störungen, erhöhter Blutdruck u. a. (1).

Die Prävalenz der Adipositas nimmt weltweit in allen Industrienationen zu. In Deutschland sind je nach Definition 10 - 20 % aller Schulkinder und Jugendlichen übergewichtig.

Zur Beurteilung des Gewichtes bei Einschülern wird die Verteilung des Body Mass Index (BMI) in der Referenzstichprobe der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) herangezogen. Der Body Mass Index ist das Ergebnis aus Körpergewicht in Kilogramm, dividiert durch die quadrierte Körpergröße in Metern.

Als Grenzwerte zur Beurteilung des Gewichts dienen folgende Perzentile der Referenzstichprobe:

Deutliches Untergewicht:	bis unter 3. Perzentil
Untergewicht:	3. bis unter 10. Perzentil
Übergewicht:	größer 90. bis 97. Perzentil
Adipositas:	größer 97. Perzentil

Die Grenzwerte wurden in Altersabstufungen von sechs Monaten, getrennt für Jungen und Mädchen, ermittelt (2).

#### **Datenhalter**

- ▶ Oberste Landesgesundheitsbehörden

#### **Datenquelle**

- ▶ Schulanfängeruntersuchungen

#### **Periodizität**

Jährlich

#### **Validität**

Da der Berechnung gemessene Werte zu Grunde liegen, kann die Qualität der Daten als ausreichend bewertet werden.

#### **Kommentar**

Es ist zu beobachten, dass das Ausmaß der Adipositas und damit die Anzahl extrem Adipöser deutlich ansteigt. Die Ursachen hierfür sind multifaktoriell und bestehen u. a. in sich verändernden Lebensbedingungen (übermäßige Zufuhr von kalorien- und fettreicher Nahrung und körperliche Inaktivität), die auf dem Boden einer genetischen Veranlagung wirksam werden und zur Zunahme der Fettmasse des Körpers führen.

Die gesundheitlichen Risiken der Adipositas im Erwachsenenalter sind wissenschaftlich gut belegt, wobei die Manifestation bereits im Kindesalter einen von der Komorbidität unabhängigen und zusätzlich ungünstigen Einfluss hat.

Der Body Mass Index (BMI) bei Kindern zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung nach Geschlecht wird als Länderindikator geführt.

Folgende Publikationen wurden für die Auswahl und Interpretation des Indikators zu Grunde gelegt:

(1) Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (Hrsg.) (o. J.): Leitlinien. Verabschiedet auf der Konsensus-Konferenz der AGA am 19.10.2001. S. 7-8.

(2) Kromeyer-Hauschild, K., Wabitsch, M., Kunze, D. et al. (2001): Perzentile für den Body Mass Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. *Monatsschr. Kinderheilkd.* 149, S. 807-814.

Der Indikator zählt zur Gruppe der Gesundheitsdeterminanten.

### Vergleichbarkeit

Keine Vergleichbarkeit mit Indikatoren der WHO, der OECD und der EU. Diesen Indikator gab es im bisherigen Indikatorensetz nicht.

### Originalquellen

- Publikationen der Landesgesundheitsbehörden, z. B. Jahresberichte über die Dokumentation der schulärztlichen Untersuchungen.

### Dokumentationsstand

24.09.2002, lögd

Indikator (L) 4.9		Body Mass Index (BMI) bei Kindern zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung nach Geschlecht, Land, Jahr				
Geschlecht	Gewichtsguppen nach BMI-Perzentilen					untersuchte Kinder
	deutlich untergewichtig	untergewichtig	normalgewichtig	übergewichtig	adipös	
	Anzahl					
weiblich						
männlich						
<b>insgesamt</b>						
	in Prozent					
weiblich						
männlich						
<b>insgesamt</b>						

Datenquelle:  
Oberste Landesgesundheitsbehörden:  
Schulanfängeruntersuchungen

4.10

### Mittlere tägliche Energiezufuhr nach Alter, Sozialschicht und Geschlecht, Deutschland, 1998

#### Definition

Ernährungsgewohnheiten bestimmen in entscheidendem Maß das Wohlbefinden und den Gesundheitszustand der Bevölkerung (1). Insbesondere eine zu hohe Energiezufuhr ist mitverantwortlich für die Entstehung von Übergewicht und ernährungsabhängigen Erkrankungen. Zu den ernährungsabhängigen Krankheiten zählen u. a. Diabetes mellitus, Fettstoffwechselstörungen, Bluthochdruck und ischämische Herzkrankheiten. Das Ernährungsverhalten ist geschlechts-, alters- und sozialschichtabhängig.

Die mittlere tägliche Energiezufuhr (gemessen in Kilojoule) wird aus den retrospektiven Angaben zur Nahrungsaufnahme mittels des Bundeslebensmittelschlüssels anhand der durchschnittlichen Werte der Gesamtenergieaufnahme ermittelt. Die prozentualen Anteile der Makronährstoffe (Fett, Protein, Kohlenhydrate und Alkohol) aus diesen Berechnungen liegen dem Indikator 4.10 zu Grunde.

Für alle Teilnehmer des Ernährungssurveys wurde die mittlere tägliche Energiezufuhr, differenziert nach Fett, Protein, Kohlenhydraten und Alkohol, erfasst.

#### Datenhalter

- ▶ Robert Koch-Institut (RKI)

#### Datenquelle

- ▶ Bundes-Gesundheitssurvey 1998, Unterstichprobe Ernährungssurvey

**Periodizität:** Mehrjährlich

#### Validität

Die Daten des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 beruhen auf einer für Deutschland repräsentativen Wohnbevölkerungsstichprobe für die Altersgruppe 18 - 79 Jahre. Es wurden 7 124 Personen befragt und untersucht. Zur Methodik siehe (1). Als Ergänzung zum Bundes-Gesundheitssurvey wurde in einer Teilstichprobe von 4 030 Teilnehmern das Ernährungsverhalten der vergangenen vier Wochen nach der Dietary-History-Methode erfasst.

#### Kommentar

Mittlere tägliche Energiezufuhr nach Alter, Sozialschicht und Geschlecht wird als Bundes-/Länderindikator geführt.

Das Merkmal *soziale Schicht* ist entsprechend der Empfehlung der DAE (Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Epidemiologie) aus den Merkmalen Einkommen, Bildung und beruflicher Position zusammengesetzt (1, 2).

Folgende Publikationen wurden für die Auswahl und Interpretation des Indikators zu Grunde gelegt:

(1) *Das Gesundheitswesen* 60 (1998) und *Das Gesundheitswesen* 61 (1999); jeweils Sonderheft 2 - Schwerpunktheft Bundes-Gesundheitssurvey.

(2) Ahrens, W., Bellach, B.M., Jöckel, K.H. (Hrsg.) (1998): Messung soziodemographischer Merkmale in der Epidemiologie. *RKI Schriften* (1).

(3) Mensink, G.B.M., Hermann-Kunz, E., Thamm, M. (1998): Der Ernährungssurvey 1997/98. *Das Gesundheitswesen*, Sonderheft 2, 60, S. 83-86.

Der Indikator zählt zur Gruppe der Gesundheitsdeterminanten.

### Vergleichbarkeit

Bedingte Vergleichbarkeit mit den WHO-Indikatoren 3200 160300 *Average no of calories per person/day (kcal)*, 3210 160306 *% of total energy available from fat* und 3220 160307 *% of total energy available from proteins*. Die WHO-Indikatoren sind in kcal ausgewiesen, der vorliegende Indikator dagegen in Kilojoule. Es besteht keine Vergleichbarkeit mit Indikatoren der OECD. *Total calories and protein intake (per capita, daily)* und den EU-Indikatoren *Energy from food, % energy from fat, % energy from protein*. Im Themenfeld 4 des bisherigen GMK-Indikatorensetzes waren Indikatoren zur Energiezufuhr fakultativ möglich.

### Originalquellen

- ▶ Daten des BGS98/Ernährungssurveys des Robert Koch-Instituts.
- ▶ Informationssystem für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (IS-GBE): <http://www.gbe-bund.de>.

### Dokumentationsstand:

13.09.2002, RKI/lögd

Indikator (B) 4.10		Mittlere tägliche Energiezufuhr nach Alter, Sozialschicht und Geschlecht, Deutschland, 1998			
Alter in Jahren	Mittlere tägliche Energiezufuhr				
	Kilojoule (kJ)	davon anteilig in %:			
		Fett	Protein	Kohlenhydrate	Alkohol
weiblich					
18 - 29	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 4.10 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>				
30 - 39					
40 - 49					
50 - 59					
60 - 69					
70 - 79					
<b>18 - 79</b>					
Sozialschicht					
obere					
mittlere					
untere	männlich				
18 - 29					
30 - 39					
40 - 49					
50 - 59					
60 - 69					
70 - 79					
<b>18 - 79</b>					
Sozialschicht					
obere					
mittlere					
untere					

Datenquelle:  
Robert Koch-Institut:  
Bundes-Gesundheitssurvey 1998, Unterstichprobe Ernährungssurvey

4.11

### Mittlerer täglicher Obst- und Gemüseverzehr (ohne Kartoffeln) in Gramm pro Tag nach Alter, Sozialschicht und Geschlecht, Deutschland, 1998

#### Definition

Dem Verzehr von Obst und Gemüse wird eine protektive Bedeutung gegen viele Krankheiten zugeschrieben. Ernährungsgewohnheiten bestimmen in entscheidendem Maß das Wohlbefinden und den Gesundheitszustand der Bevölkerung (1). Nach Empfehlungen der WHO liegt die wünschenswerte Obst- und Gemüsemenge in der täglichen Ernährung bei etwa 400 g. Der Verzehr von Obst und Gemüse ist geschlechts-, alters- und sozialschichtabhängig.

Für alle Teilnehmer des Ernährungssurveys wurde der durchschnittliche tägliche Konsum von Obst und Gemüse erfasst. Der Verzehr von Kartoffeln wurde für diesen Indikator nicht einbezogen.

#### Datenhalter

- ▶ Robert Koch-Institut (RKI)

#### Datenquelle

- ▶ Bundes-Gesundheitssurvey 1998, Unterstichprobe Ernährungssurvey

#### Periodizität

Mehrfährlich

#### Validität

Die Daten des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 beruhen auf einer für Deutschland repräsentativen Wohnbevölkerungsstichprobe für die Altersgruppe 18 - 79 Jahre. Es wurden 7 124 Personen befragt und untersucht. Zur Methodik siehe (1). Als Ergänzung zum Bundes-Gesundheitssurvey wurde in einer Teilstichprobe von 4 030 Teilnehmern das Ernährungsverhalten der vergangenen vier Wochen nach der Dietary-History-Methode erfasst.

Die Aussagen gelten aufgrund von umfassenden Qualitätssicherungsprogrammen als ausreichend valide.

#### Kommentar

Der Indikator wird als Bundes-/Länderindikator geführt. Das Merkmal *soziale Schicht* ist entsprechend der Empfehlung der DAE (Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Epidemiologie) aus den Merkmalen Einkommen, Bildung und beruflicher Position zusammengesetzt (1, 2).

Folgende Publikationen wurden für die Auswahl und Interpretation des Indikators zu Grunde gelegt:

- (1) *Das Gesundheitswesen* 60 (1998) und *Das Gesundheitswesen* 61 (1999); jeweils Sonderheft 2 - Schwerpunktheft Bundes-Gesundheitssurvey.
- (2) Ahrens, W., Bellach, B.M., Jöckel, K.H. (Hrsg.) (1998): Messung soziodemographischer Merkmale in der Epidemiologie. *RKI Schriften* (1).
- (3) Mensink, G.B.M., Hermann-Kunz, E., Thamm, M. (1998): Der Ernährungssurvey 1997/98. *Das Gesundheitswesen*, Sonderheft 2, 60, S. 83-86.

Der Indikator zählt zur Gruppe der Gesundheitsdeterminanten.

### Vergleichbarkeit

Bedingte Vergleichbarkeit mit dem WHO-Indikator 3240 165309 *Average amount fruit & vegetable available/person/day(kg)*. Eine Umrechnung von Verbrauch/Tag in Verbrauch/Jahr ist erforderlich. Keine Vergleichbarkeit mit Indikatoren der OECD. Die EU-Indikatoren erfassen *Consumption of fruit excl. juice, vegetables excl. potatoes*. Im Themenfeld 4 des bisherigen GMK-Indikatorensetzes waren Indikatoren zur Ernährung fakultativ möglich.

### Originalquellen

- ▶ Publikationen des Robert Koch-Institutes.
- ▶ Informationssystem für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (IS-GBE): <http://www.gbe-bund.de>.

### Dokumentationsstand

13.09.2002, RKI/lögd

Indikator (B) 4.11	Mittlerer täglicher Obst- und Gemüseverzehr (ohne Kartoffeln) in Gramm pro Tag nach Alter, Sozialschicht und Geschlecht, Deutschland, 1998	
Alter in Jahren	Mittlerer täglicher Obst- und Gemüseverzehr in Gramm	
	weiblich	männlich
18 - 29		
30 - 39		
40 - 49		
50 - 59		
60 - 69		
70 - 79		
<b>18 - 79</b>	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 4.11 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>	
Sozialschicht		
obere		
mittlere		
untere		

Datenquelle:  
Robert Koch-Institut:  
Bundes-Gesundheitssurvey 1998, Unterstichprobe Ernährungssurvey



4.12

### Anteil unterschiedlicher körperlicher Aktivitäten im Tagesablauf der 18- bis 79-Jährigen nach Sozialschicht und Geschlecht, Deutschland/Land, 1998

#### Definition

Körperliche Aktivität hat eine Vielzahl von positiven Auswirkungen auf die Gesundheit und das Wohlbefinden. Diese reichen von einer depressionsmindernden Wirkung bis zur Verringerung von Herz-Kreislauf-Risikofaktoren und einer Senkung der Sterblichkeit an Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Generell ist der Tagesverlauf in Deutschland durch bewegungsarme Tätigkeiten geprägt (1). Daher wird ein Ausgleich der Bewegungsarmut im Freizeitbereich immer wichtiger.

Nach Empfehlungen der Centers for Disease Control and Prevention (CDC, USA) sollte jeder Erwachsene an den meisten Tagen der Woche mindestens eine halbe Stunde auf einem moderaten oder hohen körperlichen Niveau aktiv sein. In den Auswertungen der Daten des Bundes-Gesundheitssurveys gilt das Ziel als erreicht, wenn die Befragten fast täglich durch anstrengende Tätigkeiten eine halbe Stunde ins Schwitzen oder außer Atem geraten (1). Körperliche Aktivität im Tagesverlauf ist geschlechts-, alters- und sozialschichtabhängig.

Gefragt wurden die Teilnehmer unter anderem nach dem Anteil verschiedener körperlicher Aktivitäten im Tagesablauf. Um ein 24-Stunden-Profil körperlicher Aktivitäten zu erhalten, wurden zusätzlich sitzende Tätigkeiten, Schlafen und Ruhephasen im Tagesverlauf abgefragt. Der Anteil unterschiedlicher körperlicher Aktivitäten, die von Montag bis Freitag und zum Wochenende anfallen, wurden anteilmäßig in Prozent nach Stundenangaben der folgenden Frage berechnet:

„Wie viel Zeit (bezogen auf die letzten drei Monate) verbringen Sie durchschnittlich an einem Tag (24 Stunden) mit: 1. Schlafen, Ruhen; 2. Sitzen (z. B. im Büro, im Auto, beim Fernsehen, Essen oder Lesen); 3. leichten Tätigkeiten (z. B. Kochen, Spazieren gehen, Einkaufen, Aufräumen, Körperpflege, Verkaufstätigkeit); 4. mittelschweren Tätigkeiten (z. B. Joggen, Renovieren, Putzen, Radfahren, Schwimmen, Bauarbeit); 5. anstrengenden Tätigkeiten (z. B. Lasten tragen, schwere Gartenarbeit, Leistungssport, Ballsport)?“

#### Datenhalter

- ▶ Robert Koch-Institut (RKI)
- ▶ Gesundheitsministerium Bayern, Gesundheitsministerium Nordrhein-Westfalen

#### Datenquelle

- ▶ Bundes-Gesundheitssurvey 1998, Zusatzstichprobe Bayern, Nordrhein-Westfalen

**Periodizität:** Mehrjährlich

#### Validität

Zur Methodik siehe (1). Es handelt sich um selbst gemachte Angaben der befragten Personen, so dass trotz umfassender Qualitätssicherungsmaßnahmen zu hohe oder zu niedrige Werte angegeben werden können.

#### Kommentar

Der Indikator wird als Bundes-/Länderindikator geführt. Zum Merkmal *soziale Schicht* siehe Vorbemerkungen zum Themenfeld 4. Folgende Publikationen wurden für die Auswahl und Interpretation des Indikators zu Grunde gelegt: (1) *Das Gesundheitswesen* 60 (1998) und *Das Gesundheitswesen* 61 (1999); jeweils Sonderheft 2 - Schwerpunktheft Bundes-Gesundheitssurvey. (2) Ahrens, W., Bellach, B.M., Jöckel, K.H. (Hrsg.) (1998): Messung soziodemographischer Merkmale in der Epidemiologie. *RKI Schriften* (1). (3) Mensink, G.B.M., Hermann-

Kunz, E., Thamm, M. (1998): Der Ernährungssurvey 1997/98. *Das Gesundheitswesen*, Sonderheft 2, 60, S. 126-131.

Der Indikator zählt zur Gruppe der Gesundheitsdeterminanten.

### Vergleichbarkeit

Keine Vergleichbarkeit mit Indikatoren der WHO oder der OECD. Der vergleichbare EU-Indikator erfasst die *Physical activity*. Im bisherigen Indikatorensetz konnten Indikatoren zur Bewegung fakultativ geführt werden.

### Originalquellen

- ▶ Public Use File BGS98 des Robert Koch-Instituts.
- ▶ Informationssystem für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (IS-GBE): <http://www.gbe-bund.de>.
- ▶ Publikationen der Länder Bayern und Nordrhein-Westfalen.

**Dokumentationsstand:** 13.09.2002, RKI/lögd

Indikator (B/L) 4.12	Anteil unterschiedlicher körperlicher Aktivitäten im Tagesablauf der 18- bis 79 Jährigen nach Sozialschicht und Geschlecht, Deutschland/Land, 1998			
Aktivitäten	Anteil unterschiedlicher körperlicher Aktivitäten in %			
	weiblich		männlich	
	Montag bis Freitag	Samstag/Sonntag	Montag bis Freitag	Samstag/Sonntag
	insgesamt			
Schlafen, Ruhen Sitzen leichte Tätigkeiten mittelschwere Tätigkeiten anstrengende Tätigkeiten	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 4.12 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>			
	obere Sozialschicht			
Schlafen, Ruhen Sitzen leichte Tätigkeiten mittelschwere Tätigkeiten anstrengende Tätigkeiten				
	mittlere Sozialschicht			
Schlafen, Ruhen Sitzen leichte Tätigkeiten mittelschwere Tätigkeiten anstrengende Tätigkeiten				
	untere Sozialschicht			
Schlafen, Ruhen Sitzen leichte Tätigkeiten mittelschwere Tätigkeiten anstrengende Tätigkeiten				

Datenquelle:  
Robert Koch-Institut, Gesundheitsministerien Bayern, Nordrhein-Westfalen:  
Bundes-Gesundheitssurvey 1998

4.13

### Anteil der Bevölkerung mit sportlicher Betätigung nach Umfang/Woche, Alter, Sozialschicht und Geschlecht, Deutschland/Land, 1998

#### Definition

Sport erhöht die subjektive Lebensqualität. Sport als Form der körperlichen Aktivität wird eine besondere Wirkung auf Gesundheit und Wohlbefinden zugesprochen.

Generell ist der Tagesverlauf in Deutschland durch bewegungsarme Tätigkeiten geprägt (1). Daher wird ein Ausgleich der Bewegungsarmut im Freizeitbereich immer wichtiger. Sport hat eine depressionsmindernde Wirkung bis zur Verringerung von Herz-Kreislauf-Risikofaktoren und kann die Sterblichkeit an Herz-Kreislauf-Erkrankungen senken.

Es soll jedoch darauf hingewiesen werden, dass die Frage nach der Dauer sportlicher Betätigung zwar körperliche Aktivität misst, aber keine Aussage über die körperliche Fitness erlaubt. Sportliche Betätigung ist geschlechts-, alters- und sozialschichtabhängig.

Den Teilnehmern am Bundes-Gesundheitssurvey wurde folgende Frage gestellt:

„Wie oft treiben Sie Sport (bezogen auf die letzten drei Monate)?“

Antwort jeweils mit: regelmäßig, mehr als 4 Stunden pro Woche; regelmäßig, 2 - 4 Stunden pro Woche; regelmäßig, 1 - 2 Stunden pro Woche; weniger als 1 Stunde in der Woche bzw. keine sportliche Betätigung.

#### Datenhalter

- ▶ Robert Koch-Institut (RKI)
- ▶ Gesundheitsministerium Bayern, Gesundheitsministerium Nordrhein-Westfalen

#### Datenquelle

- ▶ Bundes-Gesundheitssurvey 1998, Zusatzstichprobe Bayern, Nordrhein-Westfalen

**Periodizität:** Mehrjährlich

#### Validität

Zur Methodik siehe (1). Es handelt sich um selbst gemachte Angaben der befragten Personen, so dass trotz umfassender Qualitätssicherungsmaßnahmen zu hohe oder zu niedrige Werte angegeben werden können.

#### Kommentar

Das Merkmal *soziale Schicht* ist entsprechend der Empfehlung der DAE (Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Epidemiologie) aus den Merkmalen Einkommen, Bildung und beruflicher Position zusammengesetzt (1, 2). Der Indikator wird als Bundes-/Länderindikatoren geführt. Folgende Publikationen wurden für die Auswahl und Interpretation des Indikators zu Grunde gelegt: (1) *Das Gesundheitswesen* 60 (1998) und *Das Gesundheitswesen* 61 (1999); jeweils Sonderheft 2 - Schwerpunkttheft Bundes-Gesundheitssurvey.

(2) Ahrens, W., Bellach, B.M., Jöckel, K.H. (Hrsg.) (1998): Messung soziodemographischer Merkmale in der Epidemiologie. *RKI Schriften* (1).

(3) Mensink, G.B.M., Hermann-Kunz, E., Thamm, M. (1998): Der Ernährungssurvey 1997/98. *Das Gesundheitswesen*, Sonderheft 2, 60, S. 126-131.

Der Indikator zählt zur Gruppe der Gesundheitsdeterminanten.

#### Vergleichbarkeit

Keine Vergleichbarkeit mit Indikatoren der WHO oder der OECD. Der vergleichbare EU-Indikator erfasst die *Physical activity*. Im bisherigen GMK-Indikatorensetz gab es die fakultative Möglichkeit, die Bewegungsgewohnheiten der Bevölkerung zu erfassen.

**Originalquellen**

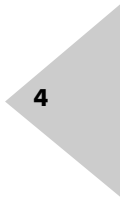
- ▶ Public Use File BGS98 des Robert Koch-Instituts.
- ▶ Informationssystem für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (IS-GBE): <http://www.gbe-bund.de>.
- ▶ Publikationen der Länder Bayern und Nordrhein-Westfalen.

**Dokumentationsstand**

13.09.2002, RKI/lögd

Indikator (B/L) 4.13	Anteil der Bevölkerung mit sportlicher Betätigung nach Umfang/Woche, Alter, Sozialschicht und Geschlecht, Deutschland/Land, 1998					
Alter in Jahren	Anteil der Bevölkerung mit sportlicher Betätigung in % der Befragten					
	weiblich			männlich		
	keine sportl. Betätigung	weniger als 2 Stunden	2 Stunden und mehr	keine sportl. Betätigung	weniger als 2 Stunden	2 Stunden und mehr
	insgesamt					
18 - 29	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 4.13 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>					
30 - 39						
40 - 49						
50 - 59						
60 - 69						
70 - 79						
<b>18 - 79</b>						
	obere Sozialschicht					
18 - 29						
30 - 39						
40 - 49						
50 - 59						
60 - 69						
70 - 79						
<b>18 - 79</b>						
	mittlere Sozialschicht					
18 - 29						
30 - 39						
40 - 49						
50 - 59						
60 - 69						
70 - 79						
<b>18 - 79</b>						
	untere Sozialschicht					
18 - 29						
30 - 39						
40 - 49						
50 - 59						
60 - 69						
70 - 79						
<b>18 - 79</b>						

Datenquelle:  
Robert Koch-Institut, Gesundheitsministerien Bayern, Nordrhein-Westfalen:  
Bundes-Gesundheitssurvey 1998







## **Themenfeld 5: Gesundheitsrisiken aus der Umwelt**

---

### **Lebens- und Arbeitsbedingungen**

Gesundheitsrisiken durch Schadstoffe in der  
Außenluft

Belastungen durch Keime und Schadstoffe in der  
Ernährung

Belastung aus der technischen und Arbeitsumwelt

Belastungen durch Badegewässer

## **Thematic domain 5: Health risks from the environment**

### **Living and working conditions**

Health risks from outside air pollutants

Exposure to germs and harmful substances in food

Exposure to risks from the technological and working environment

Exposure to risks from bathwaters

## Vorbemerkungen zu Themenfeld 5

Gesundheitsrisiken aus der Umwelt zählen zu den Gesundheitsdeterminanten, die wesentlichen Einfluss auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung ausüben.

Dazu gehören Gesundheitsrisiken aus der natürlichen Umwelt, wie z. B. Klimafaktoren oder Infektionsgefahren. Weiterhin gehören dazu Faktoren aus der technischen Umwelt, die den Menschen über Wasser, Luft und Boden erreichen. Diese Faktoren sind häufig anzutreffen und dominieren im vorliegenden Themenfeld.

Umweltbezogene Gesundheitsberichterstattung orientiert sich in erster Linie an den nachweisbaren Auswirkungen oder quantifizierbaren Risiken der Umweltbelastungen auf den Menschen. In diesem Sinne stehen Indikatoren zu umweltbedingten Auswirkungen, Belastungen und Risiken und die Betrachtung der dabei zugrunde liegenden Expositionsbedingungen im Vordergrund.

Mehrere Indikatoren sind als Monitoring von Schadstoffen in Umweltmedizin, z. B. Luft, Wasser und Nahrung, als Zeitreihen konzipiert. Dadurch ist es möglich, eine Zunahme oder Abnahme von Schadstoffbelastungen zu erkennen und zu beeinflussen, lange bevor gesundheitliche Auswirkungen zu erwarten sind.

Indikatoren zur Strahlenbelastung konnten wegen der unzureichenden Datenlage nicht aufgenommen werden.



## 5.1

**Stickstoffdioxid in der Außenluft, Land nach Messstationen, Jahr****Definition**

Am 19. Juli 1999 ist die EU-Richtlinie 1999/30/EG des Rates vom 22. April 1999 über Grenzwerte für Schwefeldioxid, Stickstoffdioxid und Stickoxide, Partikel und Blei in der Luft (1. Tochterrichtlinie) in Kraft getreten. Sie löst die bisher geltenden EU-Richtlinien zur Luftqualität schrittweise ab. Am 13.12.2000 trat die Richtlinie 2000/69/EG des Rates vom 16.11.2000 über Grenzwerte für Benzol und Kohlenmonoxid (2. Tochterrichtlinie) in Kraft. Grenzwerte für diese Schadstoffe waren bisher nicht in EU-Richtlinien geregelt. Die Richtlinien wurden auf der Grundlage der Richtlinie 96/62/EG vom 27. September 1996 über die Beurteilung und Kontrolle der Luftqualität (Luftqualitätsrahmenrichtlinie) erlassen und sind Teil eines integrierten Maßnahmenpaketes der Europäischen Gemeinschaft zur Luftreinhaltung. In den Anhängen I bis IV der Richtlinie 1999/30/EG sowie I und II der Richtlinie 2000/69/EG sind die Grenzwerte mit den entsprechenden Rahmenbedingungen (Mitteilungszeitraum, Toleranzmarge, Geltungstermin) festgelegt. Bei den in diesen Richtlinien festgesetzten Grenzwerten handelt es sich um Mindestanforderungen; die Mitgliedstaaten können auch strengere Grenzwerte festlegen.

Stickstoffdioxid (NO<sub>2</sub>) zählt zu den klassischen Schadstoffen in der Außenluft und ist wegen seiner Auswirkungen auf das Atemsystem von Bedeutung. Die Außenluftkonzentrationen werden von den Umweltbehörden der Länder durch kontinuierliche telemetrische Luftqualitätsmessungen fest installierter Messstationen regelmäßig überwacht. Neben den Jahresmittelwerten für Stickstoffdioxid (NO<sub>2</sub>) soll dokumentiert werden, mit welcher Häufigkeit Überschreitungen des Grenzwertes (1-Stunden-Mittelwert) auftreten. Die Grenzwerte für Stickstoffdioxid sind erst ab 2010 rechtsverbindlich einzuhalten. Auch dann bleiben Überschreitungen in einem gewissen Umfang rechtlich zulässig. Die diesbezüglichen Festlegungen sind im Indikator vermerkt.

**Datenhalter:** ▶ Umweltbehörden der Länder

**Datenquelle:** ▶ Kontinuierliche telemetrische Luftqualitätsmessungen

**Periodizität:** Jährlich

**Validität**

Durch die Messnetze werden die Daten weiträumig erfasst. Daher ist weder eine kleinräumige Interpretation noch die Ableitung einer individuellen Belastung zulässig.

**Kommentar**

Indikator 5.1 wird als Länderindikator geführt. Falls die vorliegenden Daten bezüglich der Messstationen in anderer Form differenziert sind, kann der Indikator entsprechend angepasst werden. Der Indikator zählt zur Gruppe der Gesundheitsdeterminanten.

**Vergleichbarkeit**

Keine Vergleichbarkeit mit Indikatoren der WHO, da die WHO einen bevölkerungsbezogenen Gewichtungsfaktor benutzt. Ab 2010 besteht jedoch eine Vergleichbarkeit auf EU-Ebene (siehe Definition). Die EU wird Indikatoren zu *outdoor air* führen. Es gibt keinen vergleichbaren OECD-Indikator.

Mit dem bisher auf regionaler Ebene geführten Indikator 5.7 besteht nur geringe Vergleichbarkeit.

**Originalquellen**

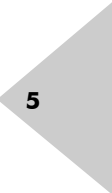
- ▶ Publikationen der Umweltbehörden der Länder.
- ▶ Umweltbundesamt: EU-Richtlinien über Grenzwerte für Schwefeldioxid, Stickstoffdioxid und Stickstoffoxide, Partikel und Blei in der Luft und über Grenzwerte für Benzol und Kohlenmonoxid.  
www.umweltbundesamt.de/immission/Test/tochter1.htm. Stand: 23.07.2002.
- ▶ Environmental Health Indicators for the WHO European Region: Update of Methodology, WHO Regional Office for Europe, EUR/02/5039762, 2002,  
http://www.who.dk/document/e76979.pdf

**Dokumentationsstand:** 09.05.2003, lögd/BUG Hamburg/UBA

Indikator (L) 5.1		Stickstoffdioxid in der Außenluft, Land nach Messstationen, Jahr	
Lfd. Nr.	Messstation	Stickstoffdioxid (NO <sub>2</sub> )	
		Jahresmittelwert (in µg/m <sup>3</sup> Luft)	Häufigkeit EU-Grenzwertüberschreitungen zulässig: 18/Jahr (1-Stunden-Mittelwert)
		Grenzwert: 40 µg/m <sup>3</sup> Luft	Grenzwert: 200 µg/m <sup>3</sup> Luft
1	Wohngebietsmessstationen		
2			
3			
...			
1	Verkehrsmessstationen		
2			
3			
...			
1	Industriemessstationen		
2			
3			
...			
1	Stadtrandmessstationen		
2			
3			
...			
1	Sondermessstationen		
2			
3			
...			
	<b>Messnetz insgesamt</b>		

[Sprung zu Daten des Indikators 5.1 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes](#)

Datenquelle:  
Umweltbehörden der Länder:  
Kontinuierliche telemetrische Luftqualitätsmessungen



## 5.2

**Schwefeldioxid in der Außenluft, Land nach Messstationen, Jahr****Definition**

Am 19. Juli 1999 ist die EU-Richtlinie 1999/30/EG des Rates vom 22. April 1999 über Grenzwerte für Schwefeldioxid, Stickstoffdioxid und Stickoxide, Partikel und Blei in der Luft (1. Tochterrichtlinie) in Kraft getreten. Sie löst die bisher geltenden EU-Richtlinien zur Luftqualität schrittweise ab. Am 13.12.2000 trat die Richtlinie 2000/69/EG des Rates vom 16.11.2000 über Grenzwerte für Benzol und Kohlenmonoxid (2. Tochterrichtlinie) in Kraft. Grenzwerte für diese Schadstoffe waren bisher nicht in EU-Richtlinien geregelt. Die Richtlinien wurden auf der Grundlage der Richtlinie 96/62/EG vom 27. September 1996 über die Beurteilung und Kontrolle der Luftqualität (Luftqualitätsrahmenrichtlinie) erlassen und sind Teil eines integrierten Maßnahmenpaketes der Europäischen Gemeinschaft zur Luftreinhaltung. In den Anhängen I bis IV der Richtlinie 1999/30/EG sowie I und II der Richtlinie 2000/69/EG sind die Grenzwerte mit den entsprechenden Rahmenbedingungen (Mitteilungszeitraum, Toleranzmarge, Geltungstermin) festgelegt. Bei den in diesen Richtlinien festgesetzten Grenzwerten handelt es sich um Mindestanforderungen; die Mitgliedstaaten können auch strengere Grenzwerte festlegen.

Schwefeldioxid (SO<sub>2</sub>) zählt zu den klassischen Schadstoffen in der Außenluft und ist wegen seiner Auswirkungen auf das Atemsystem von Bedeutung. Die Außenluftkonzentrationen werden von den Umweltbehörden der Länder durch kontinuierliche telemetrische Luftqualitätsmessungen fest installierter Messstationen regelmäßig überwacht. Es soll für Schwefeldioxid (SO<sub>2</sub>) dokumentiert werden, mit welcher Häufigkeit Überschreitungen der angegebenen Grenzwerte (1-Stunden-Mittelwert sowie 24-Stunden-Mittelwert) auftreten. Die Grenzwerte für Schwefeldioxid (SO<sub>2</sub>) sind erst ab 2005 rechtsverbindlich einzuhalten. Auch dann bleiben Überschreitungen in einem gewissen Umfang rechtlich zulässig. Die diesbezüglichen Festlegungen sind im Indikator vermerkt.

**Datenhalter:** ▶ Umweltbehörden der Länder

**Datenquelle:** ▶ Kontinuierliche telemetrische Luftqualitätsmessungen

**Periodizität:** Jährlich

**Validität**

Durch die Messnetze werden die Daten weiträumig erfasst. Daher ist weder eine kleinräumige Interpretation noch die Ableitung einer individuellen Belastung zulässig.

**Kommentar**

Indikator 5.2 wird als Länderindikator geführt. Falls die vorliegenden Daten bezüglich der Messstationen in anderer Form differenziert sind, kann der Indikator entsprechend angepasst werden. Der Indikator zählt zur Gruppe der Gesundheitsdeterminanten.

**Vergleichbarkeit**

Keine Vergleichbarkeit mit Indikatoren der WHO, da die WHO einen bevölkerungsbezogenen Gewichtungsfaktor benutzt. Ab 2005 besteht jedoch eine Vergleichbarkeit auf EU-Ebene (siehe Definition). Die EU wird Indikatoren zu *outdoor air* führen. Eine Vergleichbarkeit mit Indikatoren der OECD ist nicht gegeben. Mit dem bisher auf regionaler Ebene geführten Indikator 5.7 besteht nur geringe Vergleichbarkeit.

**Originalquellen**

- ▶ Publikationen der Umweltbehörden der Länder.
- ▶ Umweltbundesamt: EU-Richtlinien über Grenzwerte für Schwefeldioxid, Stickstoffdioxid und Stickstoffoxide, Partikel und Blei in der Luft und über Grenzwerte für Benzol und Kohlenmonoxid.  
www.umweltbundesamt.de/immission/Test/tochter1.htm. Stand: 23.07.2002.
- ▶ Environmental Health Indicators for the WHO European Region: Update of Methodology, WHO Regional Office for Europe, EUR/02/5039762, 2002,  
http://www.who.dk/document/e76979.pdf

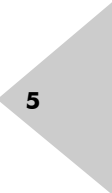
**Dokumentationsstand**

09.05.2003, lögd/BUG Hamburg/UBA

Indikator (L) 5.2		Schwefeldioxid in der Außenluft, Land nach Messstationen, Jahr	
Lfd. Nr.	Messstation	Schwefeldioxid (SO <sub>2</sub> )	
		Häufigkeit EU-Grenzwertüberschreitungen	
		zulässig: 3/Jahr (24-Stunden-Mittelwert)	zulässig: 24/Jahr (1-Stunden-Mittelwert)
		Grenzwert: 125 µg/m <sup>3</sup> Luft	Grenzwert: 350 µg/m <sup>3</sup> Luft
1	Wohngebietsmessstationen		
2			
3			
...			
1	Verkehrsmessstationen		
2			
3			
...			
1	Industriemessstationen		
2			
3			
...			
1	Stadtrandmessstationen		
2			
3			
...			
1	Sondermessstationen		
2			
3			
...			
	<b>Messnetz insgesamt</b>		

[Sprung zu Daten des Indikators 5.2 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes](#)

Datenquelle:  
Umweltbehörden der Länder:  
Kontinuierliche telemetrische Luftqualitätsmessungen



## 5.3

**Feinstaub in der Außenluft, Land nach Messstationen, Jahr****Definition**

Am 19. Juli 1999 ist die EU-Richtlinie 1999/30/EG des Rates vom 22. April 1999 über Grenzwerte für Schwefeldioxid, Stickstoffdioxid und Stickoxide, Partikel und Blei in der Luft (1. Tochterrichtlinie) in Kraft getreten. Sie löst die bisher geltenden EU-Richtlinien zur Luftqualität schrittweise ab. Am 13.12.2000 trat die Richtlinie 2000/69/EG des Rates vom 16.11.2000 über Grenzwerte für Benzol und Kohlenmonoxid (2. Tochterrichtlinie) in Kraft. Grenzwerte für diese Schadstoffe waren bisher nicht in EU-Richtlinien geregelt. Die Richtlinien wurden auf der Grundlage der Richtlinie 96/62/EG vom 27. September 1996 über die Beurteilung und Kontrolle der Luftqualität (Luftqualitätsrahmenrichtlinie) erlassen und sind Teil eines integrierten Maßnahmenpaketes der Europäischen Gemeinschaft zur Luftreinhaltung. In den Anhängen I bis IV der Richtlinie 1999/30/EG sowie I und II der Richtlinie 2000/69/EG sind die Grenzwerte mit den entsprechenden Rahmenbedingungen (Mitteilungszeitraum, Toleranzmarge, Geltungstermin) festgelegt. Bei den in diesen Richtlinien festgesetzten Grenzwerten handelt es sich um Mindestanforderungen; die Mitgliedstaaten können auch strengere Grenzwerte festlegen.

Feinstaub (Staubpartikel mit einem Durchmesser von weniger als 10 µm; PM10) zählt zu den klassischen Schadstoffen in der Außenluft und ist wegen seiner Auswirkungen auf das Atemsystem von Bedeutung. Die Außenluftkonzentrationen werden von den Umweltbehörden der Länder durch kontinuierliche telemetrische Luftqualitätsmessungen fest installierter Messstationen regelmäßig überwacht. Neben den Jahresmittelwerten soll für Feinstaub (PM10) dokumentiert werden, mit welcher Häufigkeit Überschreitungen des Grenzwertes (24-Stunden-Mittelwert) auftreten. Die Grenzwerte für Feinstaub (PM10) sind erst ab 2005 rechtsverbindlich einzuhalten. Auch dann bleiben Überschreitungen in einem gewissen Umfang rechtlich zulässig. Die diesbezüglichen Festlegungen sind im Indikator vermerkt. Für Partikel ist darüber hinaus eine zweite Stufe für das Jahr 2010 vorgesehen.

**Datenhalter:** ▶ Umweltbehörden der Länder

**Datenquelle:** ▶ Kontinuierliche telemetrische Luftqualitätsmessungen

**Periodizität:** Jährlich

**Validität**

Durch die Messnetze werden die Daten weiträumig erfasst. Daher ist weder eine kleinräumige Interpretation noch die Ableitung einer individuellen Belastung zulässig.

**Kommentar**

Der Indikator wird als Länderindikator geführt. Falls die vorliegenden Daten bezüglich der Messstationen in anderer Form differenziert sind, kann der Indikator entsprechend angepasst werden. Der Indikator zählt zur Gruppe der Gesundheitsdeterminanten.

**Vergleichbarkeit**

Keine Vergleichbarkeit mit Indikatoren der WHO, da die WHO einen bevölkerungsbezogenen Gewichtungsfaktor benutzt. Ab 2005 besteht jedoch eine Vergleichbarkeit auf EU-Ebene (siehe Definition). Die EU wird Indikatoren zu *outdoor air* führen. Es gibt keinen vergleichbaren

OECD-Indikator. Mit dem bisher auf regionaler Ebene geführten Indikator 5.7 (Schwebstaub) nur bedingt vergleichbar.

**Originalquellen**

- ▶ Publikationen der Umweltbehörden der Länder.
- ▶ Umweltbundesamt: EU-Richtlinien über Grenzwerte für Schwefeldioxid, Stickstoffdioxid und Stickstoffoxide, Partikel und Blei in der Luft und über Grenzwerte für Benzol und Kohlenmonoxid.  
www.umweltbundesamt.de/immission/Test/tochter1.htm. Stand: 23.07.2002.
- ▶ Environmental Health Indicators for the WHO European Region: Update of Methodology, WHO Regional Office for Europe, EUR/02/5039762, 2002,  
http://www.who.dk/document/e76979.pdf

**Dokumentationsstand:** 09.05.2003, lögd/BUG Hamburg/UBA

Indikator (L) 5.3		Feinstaub in der Außenluft, Land nach Messstationen, Jahr	
Lfd. Nr.	Messstation	Feinstaub (PM10)	
		Jahresmittelwert (in µg/m <sup>3</sup> Luft)	Häufigkeit EU-Grenzwertüberschreitungen zulässig:35/Jahr (24-Stunden-Mittelwert)
		Grenzwert: 40 µg/m <sup>3</sup> Luft	Grenzwert: 50 µg/m <sup>3</sup> Luft
1	Wohngebietsmessstationen		
2			
3			
...			
1	Verkehrsmessstationen		
2			
3			
...			
1	Industriemessstationen		
2			
3			
...			
1	Stadtrandmessstationen		
2			
3			
...			
1	Sondermessstationen		
2			
3			
...			
	<b>Messnetz insgesamt</b>		

[Sprung zu Daten des Indikators 5.3 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes](#)

Datenquelle:  
Umweltbehörden der Länder:  
Kontinuierliche telemetrische Luftqualitätsmessungen

## 5.4

**Ozon in der Außenluft, Land nach Messstationen, Jahr****Definition**

Am 19. Juli 1999 ist die EU-Richtlinie 1999/30/EG des Rates vom 22. April 1999 über Grenzwerte für Schwefeldioxid, Stickstoffdioxid und Stickstoffoxide, Partikel und Blei in der Luft (1. Tochterrichtlinie) in Kraft getreten. Sie löst die bisher geltenden EU-Richtlinien zur Luftqualität schrittweise ab. Am 13.12.2000 trat die Richtlinie 2000/69/EG des Rates vom 16.11.2000 über Grenzwerte für Benzol und Kohlenmonoxid (2. Tochterrichtlinie) in Kraft. Grenzwerte für diese Schadstoffe waren bisher nicht in EU-Richtlinien geregelt.

Die Richtlinien wurden auf der Grundlage der Richtlinie 96/62/EG vom 27. September 1996 über die Beurteilung und Kontrolle der Luftqualität (Luftqualitätsrahmenrichtlinie) erlassen und sind Teil eines integrierten Maßnahmenpakets der Europäischen Gemeinschaft zur Luftreinhaltung. Für eine weitere Richtlinie über den Ozongehalt in der Luft wurde im Oktober 2000 ein Gemeinsamer Standpunkt der EU-Umweltminister verabschiedet. Festgeschrieben wurde der Zielwert für Ozon dann in der 3. Tochterrichtlinie der EU 2002/3/EG.

Ozon (O<sub>3</sub>) zählt zu den klassischen Schadstoffen in der Außenluft und ist wegen seiner Auswirkungen auf das Atemsystem von Bedeutung. Die Außenluftkonzentrationen werden von den Umweltbehörden der Länder durch kontinuierliche telemetrische Luftqualitätsmessungen fest installierter Messstationen regelmäßig überwacht.

Es soll für Ozon (O<sub>3</sub>) dokumentiert werden, mit welcher Häufigkeit Überschreitungen des Zielwertes (8-Stunden-Mittelwert) auftreten (3. Tochterrichtlinie der EU - 2002/3/EG). Es ist zu beachten, dass der Zielwert für Ozon (O<sub>3</sub>) erst ab 2010 rechtsverbindlich einzuhalten ist. Auch dann bleiben Überschreitungen in einem gewissen Umfang rechtlich zulässig. Die diesbezüglichen Festlegungen sind im Indikator ebenfalls vermerkt.

**Datenhalter**

- ▶ Umweltbehörden der Länder

**Datenquelle**

- ▶ Auswertung von Daten der Messstationen

**Periodizität**

Jährlich

**Validität**

Durch die Messnetze werden die Daten weiträumig erfasst. Daher ist weder eine kleinräumige Interpretation noch die Ableitung einer individuellen Belastung zulässig.

**Kommentar**

Der Indikator wird als Länderindikator geführt. Falls die vorliegenden Daten bezüglich der Messstationen in anderer Form differenziert sind, kann der Indikator entsprechend angepasst werden.

Der Indikator zählt zur Gruppe der Gesundheitsdeterminanten.

**Vergleichbarkeit**

Keine Vergleichbarkeit mit Indikatoren der WHO, da die WHO einen bevölkerungsbezogenen Gewichtungsfaktor benutzt. Ab 2005 besteht jedoch eine Vergleichbarkeit auf EU-Ebene (siehe

Definition). Die EU wird Indikatoren zu *outdoor air* führen. Es gibt keinen vergleichbaren OECD-Indikator.

Mit dem bisher auf regionaler Ebene geführten Indikator 5.7 nur bedingt vergleichbar.

**Originalquellen**

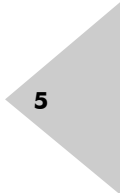
- ▶ Publikationen der Umweltbehörden der Länder.
- ▶ Umweltbundesamt: EU-Richtlinien über Grenzwerte für Schwefeldioxid, Stickstoffdioxid und Stickstoffoxide, Partikel und Blei in der Luft und über Grenzwerte für Benzol und Kohlenmonoxid.  
www.umweltbundesamt.de/immission/Test/tochter1.htm. Stand: 23.07.2002.
- ▶ Environmental Health Indicators for the WHO European Region: Update of Methodology, WHO Regional Office for Europe, EUR/02/5039762, 2002,  
http://www.who.dk/document/e76979.pdf

**Dokumentationsstand**

09.05.2003, lögd/BUG Hamburg/UBA

Indikator (L) 5.4		Ozon in der Außenluft, Land nach Messstationen, Jahr
Lfd. Nr.	Messstation	Ozon (O <sub>3</sub> )
		Häufigkeit EU-Zielwertüberschreitungen (8-Stunden-Mittelwert)
		Zielwert: 120 µg/m <sup>3</sup> Luft+C32
1	Wohngebietsmessstationen	
2		
3		
...		
1	Verkehrsmessstationen	
2		
3		
...		
1	Industriemessstationen	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 5.4 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>
2		
3		
...		
1	Stadtrandmessstationen	
2		
3		
...		
1	Sondermessstationen	
2		
3		
...		
	<b>Messnetz insgesamt</b>	

Datenquelle:  
Umweltbehörden der Länder:  
Kontinuierliche telemetrische Luftqualitätsmessungen





## 5.5

**Benzol und Ruß in der Außenluft, Land nach Messstationen, Jahr****Definition**

Am 19. Juli 1999 ist die EU-Richtlinie 1999/30/EG des Rates vom 22. April 1999 über Grenzwerte für Schwefeldioxid, Stickstoffdioxid und Stickoxide, Partikel und Blei in der Luft (1. Tochterrichtlinie) in Kraft getreten. Sie löst die bisher geltenden EU-Richtlinien zur Luftqualität schrittweise ab. Am 13.12.2000 trat die Richtlinie 2000/69/EG des Rates vom 16.11.2000 über Grenzwerte für Benzol und Kohlenmonoxid (2. Tochterrichtlinie) in Kraft. Grenzwerte für diese Schadstoffe waren bisher nicht in EU-Richtlinien geregelt. Die Richtlinien wurden auf der Grundlage der Richtlinie 96/62/EG vom 27. September 1996 über die Beurteilung und Kontrolle der Luftqualität (Luftqualitätsrahmenrichtlinie) erlassen und sind Teil eines integrierten Maßnahmenpaketes der Europäischen Gemeinschaft zur Luftreinhaltung. In den Anhängen I bis IV der Richtlinie 1999/30/EG sowie I und II der Richtlinie 2000/69/EG sind die Grenzwerte mit den entsprechenden Rahmenbedingungen (Mitteilungszeitraum, Toleranzmarge, Geltungstermin) festgelegt. Bei den in diesen Richtlinien festgesetzten Grenzwerten handelt es sich um Mindestanforderungen; die Mitgliedstaaten können auch strengere Grenzwerte festlegen.

Benzol gehört zu den flüchtigen organischen Kohlenwasserstoffen, ist Bestandteil von Motorkraftstoffen und gelangt über die Abgase bzw. Verdunstungsprozesse in die Außenluft. Aus gesundheitlicher Sicht ist Benzol infolge seiner kanzerogenen Eigenschaften ein bedeutsamer Stoff aus der Gruppe der Kohlenwasserstoffe. Rußpartikel gelangen über verschiedene Emissionsquellen in die Umwelt und sind insbesondere wegen ihrer kanzerogenen Eigenschaften für die Beurteilung der gesundheitlichen Belastung über die Außenluft von Bedeutung. Es ist zu beachten, dass der Grenzwert von  $5 \mu\text{g}/\text{m}^3$  für Benzol erst ab 2010 rechtsverbindlich einzuhalten ist. Bis zur abschließenden Klärung der künftigen EU-rechtlichen Bestimmungen sollte bis auf Weiteres über die derzeit in Deutschland vorgeschriebene Rußmessung berichtet werden. Der Grenzwert nach der 23. BImSchV liegt bei  $8 \mu\text{g}/\text{m}^3$ .

**Datenhalter:** ▶ Umweltbehörden der Länder

**Datenquelle:** ▶ Diskontinuierliche telemetrische Luftqualitätsmessungen

**Periodizität:** Jährlich

**Validität**

Durch die Messnetze werden die Daten an bevölkerungsrelevanten Belastungsschwerpunkten erfasst. Daher ist weder eine weiträumige Interpretation noch die Ableitung einer individuellen Belastung zulässig.

**Kommentar**

Indikator 5.5 wird als Länderindikator geführt. Falls die vorliegenden Daten bezüglich der Messstationen in anderer Form differenziert sind, kann der Indikator entsprechend angepasst werden. Der Indikator zählt zur Gruppe der Gesundheitsdeterminanten.

**Vergleichbarkeit**

Keine Vergleichbarkeit mit Indikatoren der WHO, da kein entsprechender Indikator vorhanden ist. Ab 2010 besteht für Benzol jedoch eine Vergleichbarkeit auf EU-Ebene (siehe Defini-

tion). Die EU wird Indikatoren zu *outdoor air* führen. Es gibt keine vergleichbaren OECD-Indikatoren. Gegenüber den bisherigen Indikatoren 5.9 (Benzol) und 5.10 (Ruß) wurde eine Erweiterung nach unterschiedlichen Arten von Messstationen vorgenommen.

**Originalquellen**

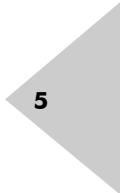
- ▶ Publikationen der Umweltbehörden der Länder.
- ▶ Umweltbundesamt: EU-Richtlinien über Grenzwerte für Schwefeldioxid, Stickstoffdioxid und Stickstoffoxide, Partikel und Blei in der Luft und über Grenzwerte für Benzol und Kohlenmonoxid.  
www.umweltbundesamt.de/immission/Test/tochter1.htm. Stand: 23.07.2002.
- ▶ Environmental Health Indicators for the WHO European Region: Update of Methodology, WHO Regional Office for Europe, EUR/02/5039762, 2002,  
http://www.who.dk/document/e76979.pdf

**Dokumentationsstand:** 09.05.2003, lögd/BUG Hamburg/UBA

Indikator (L) 5.5		Benzol und Ruß in der Außenluft, Land nach Messstationen, Jahr	
Lfd. Nr.	Messstationen	Benzol*	Ruß**
		Jahresmittelwerte (in µg/m³ Luft)	
		Grenzwert: 5 µg/m³ Luft	Grenzwert: 8 µg/m³ Luft
1	Wohngebietsmessstationen		
2			
3			
...			
1	Verkehrsmessstationen		
2			
3			
...			
1	Industriemessstationen		
2			
3			
...			
1	Stadtrandmessstationen		
2			
3			
...			
1	Sondermessstationen		
2			
3			
...			
	<b>Messnetz insgesamt</b>		

Datenquelle:  
Umweltbehörden der Länder:  
Diskontinuierliche telemetrische Luftqualitätsmessungen

\* Benzol:  
Grenzwert der EU: 5 µg  
Prüfwert aus der 23. BImSchV: 10 µg/m³  
\*\* Ruß:  
Prüfwert aus der 23. BImSchV: 8 µg/m³



5.6

## Belastung des Trinkwassers mit Nitrat und Pestiziden, Land, Jahr

### Definition

Bewertungsmaßstab sind die Grenzwerte der EU-Richtlinie 98/83/EG des Rates vom 3. November 1998 über die Qualität von Wasser für den menschlichen Gebrauch und des Entwurfs einer Verordnung zur Novellierung der Trinkwasserverordnung (TrinkwV) (Stand 15. Juni 2000):

- Nitrat: 50 mg/l
- Pflanzenbehandlungs- und Schädlingsbekämpfungsmittel (PBSM) insgesamt: 0,0005 mg/l

Nitrat im Trinkwasser stellt insbesondere in Gebieten intensiver Landwirtschaft eine relevante Belastungsgröße dar. Gleichzeitig ist Nitrat insbesondere für Kinder von gesundheitlicher Bedeutung, da es bei Säuglingen zur Methämoglobinämie führen kann und als Teilprodukt der Bildung der als kanzerogen geltenden N-Nitroso-Verbindungen gilt.

Pestizide (Pflanzenbehandlungs- und Schädlingsbekämpfungsmittel insgesamt) gelangen über verschiedene Anwendungen in das Grundwasser und können somit auch zu einer Kontamination des Trinkwassers führen. Der Grenzwert für die Pestizide ist nicht gesundheitlich begründet.

Bei der Herkunft des Trinkwassers wird nach Anlagen mit einer Abgabe und einer Entnahme unterschieden. Abgabe bedeutet, dass das Trinkwasser vom Inhaber/Betreiber an Verbraucher abgegeben wird, Entnahme meint, dass der Inhaber/Betreiber eine Wasserversorgungsanlage in seinem Haushalt nutzt.

### Datenhalter

- ▶ Oberste Landesgesundheitsbehörden

### Datenquelle

- ▶ Überprüfungsergebnisse von Trinkwasseranlagen

### Periodizität

Jährlich

### Validität

Qualitätssicherungsverfahren werden angewendet.

### Kommentar

Der Indikator wird als Länderindikator geführt. Er zählt zur Gruppe der Gesundheitsdeterminanten.

### Vergleichbarkeit

Kein vergleichbarer Indikator im HFA-21-Indikatorensatz, jedoch vergleichbar mit dem Indikator *Exceedance of WHO drinking water guidelines for chemical parameters* der WHO. Es gibt keine vergleichbaren OECD-Indikatoren. Die EU wird Indikatoren zu *Drinking water supply* führen. Es gibt eine Vergleichbarkeit auf EU-Ebene (siehe Definition). Es besteht bedingte Vergleichbarkeit mit dem bisherigen Indikator 5.12.

### Originalquellen

- ▶ Publikationen der Obersten Landesgesundheitsbehörden und die für die Überwachung von Wasserversorgungsanlagen nach TrinkwV zuständigen Behörden und Ämter.
- ▶ Environmental Health Indicators for the WHO European Region: Update of Methodology, WHO Regional Office for Europe, EUR/02/5039762, 2002, <http://www.who.dk/document/e76979.pdf>

### Dokumentationsstand

09.05.2003, lögd/BUG Hamburg/UBA

<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-right: 10px;">                     Indikator (L) 5.6                 </div> Belastung des Trinkwassers mit Nitrat und Pestiziden, Land, Jahr			
Substanz	Herkunft des Wassers	Anzahl der untersuchten Wasserversorgungsanlagen	
		insgesamt	darunter: mit Grenzwertüberschreitungen
Nitrat	Anlagen mit einer Abgabe > 1 000 m <sup>3</sup> /Jahr	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 5.6 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>	
	Anlagen mit einer Abgabe > 1 000 m <sup>3</sup> /Jahr		
Pestizide*	Anlagen mit einer Abgabe > 1 000 m <sup>3</sup> /Jahr		

Datenquelle:  
Oberste Landesgesundheitsbehörden:  
Überprüfungsergebnisse von Trinkwasseranlagen

\* Pflanzenbehandlungs- und Schädlingsbekämpfungsmittel insgesamt

## 5.7

**Belastung des Trinkwassers mit Blei, Kupfer und Trihalogenmethan, Land, Jahr****Definition**

Bewertungsmaßstab sind die Grenzwerte der EU-Richtlinie 98/83/EG des Rates vom 3. November 1998 über die Qualität von Wasser für den menschlichen Gebrauch und des Entwurfs einer Verordnung zur Novellierung der Trinkwasserverordnung (TrinkwV) (Stand 15. Juni 2000):

- Blei: 0,01 mg/l
- Kupfer: 2 mg/l
- Trihalogenmethan: 0,01 mg/l

Durch Installationen aus Blei und bleihaltigen Materialien kommt es insbesondere im häuslichen Verteilungssystem zu einer Belastung des Trinkwassers. Die Exposition gegenüber Blei im Trinkwasser ist von gesundheitlicher Bedeutung, da es bei Schwangeren, Säuglingen und Kleinkindern zu unerwünschten Wirkungen in der Entwicklung des fetalen und kindlichen Nervensystems kommt. Bei Schwangeren kann ein in der Vergangenheit angelegtes Bleidepot mobilisiert werden und nachträglich die genannten Wirkungen verursachen.

Für den Blei-Grenzwert ist eine stufenweise Absenkung vorgesehen. Bis zum 30. November 2003 gilt ein Grenzwert von 0,04 mg/l. Vom 1. Dezember 2003 bis 30. November 2013 gilt ein Grenzwert von 0,025 mg/l. Mit dem 1. Dezember 2013 tritt der Grenzwert von 0,01 mg/l in Kraft. Die Gesundheitsämter haben die Einhaltung des Grenzwertes für Blei an den Entnahmestellen, aus denen Wasser für die Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt wird, zu überwachen.

In verschiedenen Fällen kann es zu einer Überschreitung der Grenzwerte für Kupfer kommen. In der Vergangenheit wurde über Vergiftungen durch Kupfer bei Kleinanlagen berichtet, aus denen saures Wasser entnommen wurde.

Die Gesundheitsrelevanz der Belastung mit Trihalogenmethanen ist in letzter Zeit erkannt worden und sollte in Zukunft dokumentiert werden. Bei Trihalogenmethanen handelt es sich um Nebenprodukte der Trinkwasserdesinfektion. Der Grenzwert für Trihalogenmethane beträgt an der Entnahmestelle 0,05 mg/l und gilt als eingehalten, wenn am Ausgang des Wasserwerkes der Grenzwert von 0,01 mg/l unterschritten wird.

Bei der Herkunft des Trinkwassers wird nach Anlagen mit einer Abgabe und einer Entnahme unterschieden. Abgabe bedeutet, dass das Trinkwasser vom Inhaber/Betreiber an Verbraucher abgegeben wird, Entnahme meint, dass der Inhaber/Betreiber eine Wasserversorgungsanlage in seinem Haushalt nutzt.

**Datenhalter**

- ▶ Oberste Landesgesundheitsbehörden

**Datenquelle**

- ▶ Überprüfungsergebnisse von Trinkwasseranlagen

**Periodizität**

Jährlich

**Validität**

Qualitätssicherungsverfahren werden angewendet.

**Kommentar**

Der Indikator wird als Länderindikator geführt. Er zählt zur Gruppe der Gesundheitsdeterminanten.

**Vergleichbarkeit**

Kein vergleichbarer Indikator im HFA-21-Indikatorensetz, jedoch vergleichbar mit dem Indikator *Exceedance of WHO drinking water guidelines for chemical parameters* der WHO. Es gibt keine vergleichbaren OECD-Indikatoren. Die EU wird Indikatoren zur *Drinking water supply* führen. Es besteht Vergleichbarkeit auf EU-Ebene (siehe Definition). Der Indikator ist mit dem bisherigen Indikator 5.13 vergleichbar.

**Originalquellen**

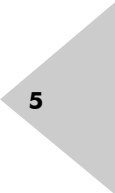
- ▶ Publikationen der Obersten Landesgesundheitsbehörden und die für die Überwachung von Wasserversorgungsanlagen nach TrinkwV zuständigen Behörden und Ämter.
- ▶ Environmental Health Indicators for the WHO European Region: Update of Methodology, WHO Regional Office for Europe, EUR/02/5039762, 2002, <http://www.who.dk/document/e76979.pdf>

**Dokumentationsstand**

09.05.2003, lögd/BUG Hamburg/UBA

<b>Indikator (L) 5.7</b>	<b>Belastung des Trinkwassers mit Blei, Kupfer und Trihalogenmethan, Land, Jahr</b>		
Substanz	Herkunft des Wassers	Anzahl der untersuchten Wasserversorgungsanlagen	
		insgesamt	darunter: mit Grenzwert-überschreitungen
Blei	Hausinstallation, Hausanschlussleitungen	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 5.7 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>	
Kupfer	Anlagen mit einer Abgabe < 1 000 m <sup>3</sup> /Jahr		
Trihalogenmethan	Anlagen mit einer Abgabe > 1 000 m <sup>3</sup> /Jahr		

Datenquelle:  
Oberste Landesgesundheitsbehörden:  
Überprüfungsergebnisse von Trinkwasseranlagen



5.8

## Belastung des Trinkwassers mit *Escherichia coli* (E. coli) und Enterokokken, Land, Jahr

### Definition

Bewertungsmaßstab sind die Grenzwerte der EU-Richtlinie 98/83/EG des Rates vom 3. November 1998 über die Qualität von Wasser für den menschlichen Gebrauch und des Entwurfs einer Verordnung zur Novellierung der Trinkwasserverordnung (Stand 15. Juni 2000):

- *Escherichia coli*: 0/100 ml
- Enterokokken: 0/100 ml

*Escherichia coli* und Enterokokken sind leicht nachzuweisende Indikatorkeime, die bei allen Anlagearten eine mögliche fäkale Verunreinigung anzeigen. Auf Grund des infektiösen Potenzials von Krankheitserregern, die in das Trinkwasser gelangen können und eine große Zahl von Krankheiten - speziell des Magen-Darm-Traktes - verursachen, ist es von hoher gesundheitlicher Bedeutung, über diese Indikatoren zu berichten.

Bei der Herkunft des Trinkwassers wird nach Anlagen mit einer Abgabe und einer Entnahme unterschieden. Abgabe bedeutet, dass das Trinkwasser vom Inhaber/Betreiber an Verbraucher abgegeben wird, Entnahme meint, dass der Inhaber/Betreiber eine Wasserversorgungsanlage in seinem Haushalt nutzt.

### Datenhalter

- ▶ Oberste Landesgesundheitsbehörden

### Datenquelle

- ▶ Überprüfungsergebnisse von Trinkwasseranlagen

### Periodizität

Jährlich

### Validität

Qualitätssicherungsverfahren werden angewendet.

### Kommentar

Der Indikator wird als Länderindikator geführt. Er zählt zur Gruppe der Gesundheitsdeterminanten.

### Vergleichbarkeit

Kein vergleichbarer Indikator im HFA-21-Indikatorensatz, jedoch vergleichbar mit dem Indikator *Exceedance of WHO drinking water guidelines for microbiological parameters* der WHO. Es gibt keinen vergleichbaren OECD-Indikator. Die EU wird Indikatoren zu *Drinking water supply* führen. Es besteht Vergleichbarkeit auf EU-Ebene (siehe Definition). Im bisherigen Indikatorensatz gab es keinen vergleichbaren Indikator.

### Originalquellen

- ▶ Publikationen der Obersten Landesgesundheitsbehörden und der für die Überwachung von Wasserversorgungsanlagen nach TrinkwV zuständigen Behörden und Ämter.
- ▶ Environmental Health Indicators for the WHO European Region: Update of Methodology, WHO Regional Office for Europe, EUR/02/5039762, 2002, <http://www.who.dk/document/e76979.pdf>

**Dokumentationsstand**

09.05.2003, lögd/BUG Hamburg/UBA

Indikator (L) 5.8		Belastung des Trinkwassers mit Escherichia coli (E. coli) und Enterokokken, Land, Jahr	
Parameter	Herkunft des Wassers	Anzahl der untersuchten Wasserversorgungsanlagen	
		insgesamt	darunter: mit Grenzwert- überschreitungen
Escherichia coli	Anlagen mit einer Abgabe > 1 000 m <sup>3</sup> /Jahr Anlagen mit einer Abgabe < 1 000 m <sup>3</sup> /Jahr Anlagen mit einer Entnahme < 1 000 m <sup>3</sup> /Jahr	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 5.4 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>	
Enterokokken	Anlagen mit einer Abgabe > 1 000 m <sup>3</sup> /Jahr Anlagen mit einer Abgabe < 1 000 m <sup>3</sup> /Jahr Anlagen mit einer Entnahme < 1 000 m <sup>3</sup> /Jahr		

Datenquelle:  
Oberste Landesgesundheitsbehörden:  
Überprüfungsergebnisse von Trinkwasseranlagen



## 5.9

**Subjektive Lärmbelastung der Bevölkerung, Deutschland/Land, 1998****Definition**

Auf Länderebene liegen die erforderlichen Daten zur Beschreibung der Lärmexposition der Bevölkerung bisher nicht vor. Eine Übertragung der vom Umweltbundesamt entwickelten Abschätzungsmodelle auf die Länder ist in Betracht zu ziehen, wird möglicherweise aber nur ein Abbild der Siedlungsstruktur widerspiegeln, da die Lärmbelastung wesentlich von der Gemeindegröße abhängt. Sinnvoller wäre es, die Lärmbelastungen unter Berücksichtigung der lokalen Gegebenheiten auf kommunaler Ebene unter Verwendung der etablierten Berechnungsverfahren zu erfassen. Konkrete Anknüpfungspunkte für diesen Ansatz ergeben sich daraus, dass im Rahmen der Lärminderungsplanung nach § 47a des BImSchG u. a. die Aufstellung von Schallimmissionsplänen vorgesehen ist.

Um in Innenräumen entspannte Unterhaltungen zu gewährleisten, sollte der äquivalente Dauerschallpegel 40 dB(A) nicht überschreiten. Um eine Beeinträchtigung des Schlafes zu vermeiden, sollten die Schallpegel während der Nacht 30 dB(A) als äquivalenter Schallpegel nicht überschreiten, zugleich sollten die Lärmspitzen nicht mehr als 40 dB(A) betragen. Geht man (bei geöffnetem Fenster) von einer Schallisolierung von 10 dB(A) aus, so sollten mithin die Außenpegel 50 dB(A) tags und 40 dB(A) nachts nicht überschreiten, wobei die Pegelspitzen während der Nacht ebenfalls unter 50 dB(A) liegen sollten. Eine unter gesundheitlichen Gesichtspunkten kritische Grenze stellt eine Lärmbelastung von 65 dB(A) tagsüber dar. Es gibt deutliche Hinweise dafür, dass ab dieser Grenze das Herzinfarkttrisiko ansteigt.

Aufgrund des Fehlens von Daten zur Lärmexposition auf Länderebene werden die Ergebnisse des Bundes-Gesundheitssurveys dargestellt. Es wurde gefragt, ob es in der Wohnung/im Haus normalerweise Lärm von außen gibt, wodurch der Lärm verursacht wird, als wie stark der Lärm beschrieben wird und wie häufig die Befragten sich nachts durch Lärm gestört fühlen. Eine Beziehung zwischen der subjektiven Lärmwahrnehmung und der Größe der Lärmbelastung kann jedoch nicht hergestellt werden.

**Datenhalter**

- ▶ Robert Koch-Institut (RKI)
- ▶ Gesundheitsministerium Bayern
- ▶ Gesundheitsministerium Nordrhein-Westfalen

**Datenquelle**

- ▶ Bundes-Gesundheitssurvey 1998, Zusatzstichprobe Bayern, Nordrhein-Westfalen

**Periodizität**

Mehrjährlich

**Validität**

Die Daten des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 beruhen auf einer für Deutschland repräsentativen Wohnbevölkerungsstichprobe für die Altersgruppe 18 - 79 Jahre. Es wurden 7 124 Personen befragt und untersucht. Zur Methodik siehe (1).

**Kommentar**

Es wird empfohlen, bei der Erstellung der Länderberichte die Verfügbarkeit von Lärmimmissionsdaten zu prüfen und die vorhandenen Erkenntnisse zu beschreiben, wobei eine Schich-

tung nach Gemeindegröße zu empfehlen ist.

Folgende wesentliche Publikationen wurden für die Auswahl und Interpretation des Indikators zu Grunde gelegt:

(1) *Das Gesundheitswesen* 60 (1998) und *Das Gesundheitswesen* 61 (1999); jeweils Sonderheft 2 - Schwerpunktheft Bundes-Gesundheitssurvey.

Der Indikator zählt zur Gruppe der Gesundheitsdeterminanten.

**Vergleichbarkeit**

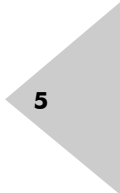
Kein vergleichbarer Indikator im HFA-21-Indikatorensetz, auch keine Vergleichbarkeit mit dem Indikator *Noise\_E1* der WHO, da dort ein anderer Fragenblock vorgeschlagen wird. Es gibt keinen vergleichbaren OECD-Indikator. Die EU wird Indikatoren zu *Noise* führen. Zur Lärmbelastung konnten im bisherigen Indikatorensetz fakultativ Indikatoren von den Ländern erstellt werden.

**Originalquellen:**

- ▶ Public Use File BGS98 des Robert Koch-Instituts.
- ▶ Informationssystem für die Gesundheitberichterstattung des Bundes (IS-GBE): <http://www.gbe-bund.de>.
- ▶ Environmental Health Indicators for the WHO European Region: Update of Methodology, WHO Regional Office for Europe, EUR/02/5039762, 2002, <http://www.who.dk/document/e76979.pdf>
- ▶ Publikationen der Länder Bayern und Nordrhein-Westfalen.

**Dokumentationsstand**

09.05.2003, lögd/BUG Hamburg/RKI/UBA



<b>Indikator (B/L) 5.9</b>	<b>Subjektive Lärmbelästigung der Bevölkerung, Deutschland/Land, 1998</b>						
Lärmquelle	Lärmbelästigung (von außen) in der Wohnung/im Haus in % der Befragten						
	Kein Lärm von außen	Lärm von außen					
		Stärke des Lärms			Störung nachts		
		sehr stark	mittelstark	nicht stark	häufig	selten	nie
Straßenverkehr Schienenverkehr Luftverkehr Industrie, Gewerbe Gaststätten, Diskotheken Sonstiges	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 5.9 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>						

Datenquelle:  
Robert Koch-Institut, Gesundheitsministerien Bayern, Nordrhein-Westfalen:  
Bundes-Gesundheitssurvey 1998

5.10

## Dioxine in der Kuhmilch und in der Muttermilch, Land, im Zeitvergleich

### Definition

Polychlorierte Dibenz-p-dioxine (PCDD) und Dibenzofurane (PCDF), häufig vereinfachend Dioxine, auch Furane genannt, werden als unerwünschte und manchmal unvermeidbare Verunreinigungen im Spurenbereich bei einer Vielzahl industrieller und thermischer Prozesse gebildet und im Gegensatz zu anderen Chlororganika wie beispielsweise PCB, DDT oder PCP nie in technischem Maßstab hergestellt. Wichtige Primärquellen des PCDD/F-Eintrages in die Luft sind die Metallherzeugung und -verarbeitung (Anteil ca. 80 %), die Abfallverbrennung, die Industrie- und Gewerbef Feuerungen und die Hausbrandfeuerstätten. Über die Immission werden die PCDD/F ubiquitär in der Umwelt verbreitet. Umweltpolitische Maßnahmen (z. B. Bundes-Immissionsschutzverordnung, Verbot chlor- bzw. bromhaltiger Zusatzstoffe zum Benzin, Herstellungsverbote für PCP und PCB) bewirkten in den letzten Jahren einen deutlichen Rückgang der PCDD/PCDF-Einträge in die Umwelt. Aus umweltmedizinischer Sicht ist die Anreicherung über die Nahrungskette, besonders in Milch, Fleisch, Eiern und Fischen sowie daraus hergestellten Produkten von größter Bedeutung ([www.hygiene.ruhr-uni-bochum.de/hygiene/dioxin](http://www.hygiene.ruhr-uni-bochum.de/hygiene/dioxin) - Stand: 01.08.2002).

Eine systematische Beobachtung der weiteren Entwicklung ist trotz eines Rückgangs der Belastung von Frauenmilch (Muttermilch) seit Anfang der 80er Jahre geboten. Die bisherigen Erkenntnisse beruhen weitgehend auf Selbstrekrutierungen und erlauben somit keine systematische Einschätzung.

Die interne Belastung (Schadstoffkonzentration im menschlichen Körper) ergibt wichtige Hinweise auf mögliche Gesundheitsgefahren. Dioxine und verwandte Umweltschadstoffe können bei entsprechender Dosis bzw. Belastung zu Störungen des Immunsystems, des Endokrinsystems, der Fortpflanzung sowie zu Tumoren führen. Ihre routinemäßige Erfassung erlaubt die Beurteilung von Trends und kann Handlungsbedarfe aufdecken, bevor in größerem Maße gesundheitliche Wirkungen aufgetreten sein müssen. Die Verfolgung der Belastung von Frauenmilch mit persistenten Rückständen ist unter dem Aspekt der gesundheitlichen Vorsorge von besonderer Bedeutung. Frauenmilch ist die erste Nahrung für den neugeborenen Säugling. Darüber hinaus ist sie ein gut zugänglicher und geeigneter Bioindikator für die Belastung des Menschen mit fettlöslichen und persistenten Stoffen.

In Zusammenarbeit mit den Ländern wird am Bundesinstitut für gesundheitlichen Verbraucherschutz und Veterinärmedizin eine Frauenmilch- und Dioxin-Humandatenbank aufgebaut, in der die Untersuchungsergebnisse der Länder zusammenfassend dokumentiert und ausgewertet werden. Das zur Zeit in Frauenmilch analysierte und in der Datenbank erfasste Substanzspektrum umfasst die Organochlorpestizide, PCB, Dioxine und seit 1992 die synthetischen Moschusverbindungen.

### Datenhalter

- ▶ Chemische, Lebensmittel- und Veterinäruntersuchungsämter
- ▶ Bundesinstitut für Risikobewertung

### Datenquelle

- ▶ Untersuchungen nach den Vorschriften des Lebensmittel- und Bedarfsgegenständerechtes
- ▶ Frauenmilch- und Dioxin-Humandatenbank

**Periodizität**

Jährlich

**Validität**

Aufgrund von Selbstrekrutierung und unterschiedlicher Analyseverfahren kann nicht von repräsentativen Ergebnissen ausgegangen werden. Die Ergebnisse sollten daher mit entsprechender Vorsicht interpretiert werden.

**Kommentar**

Der Indikator wird als Länderindikator - unter Berücksichtigung oben dargestellter Einschränkungen der Validität - geführt. Der Indikator zählt zur Gruppe der Gesundheitsdeterminanten.

**Vergleichbarkeit**

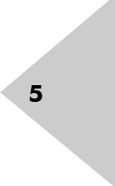
Es gibt keine vergleichbaren WHO- oder OECD- und EU-Indikatoren. Mit dem bisherigen Indikator 5.16 identisch, der jedoch fakultativ von den Ländern geführt werden konnte.

**Originalquellen**

- ▶ Publikationen der Chemischen, Lebensmittel- und Veterinäruntersuchungsämter.
- ▶ Publikationen des Bundesinstitutes für gesundheitlichen Verbraucherschutz und Veterinärmedizin.

**Dokumentationsstand**

31.07.2002, lögd/BUG Hamburg



<b>Indikator (L) 5.10</b>	<b>Dioxine<sup>1</sup> in der Kuhmilch und in der Muttermilch, Land, im Zeitvergleich</b>							
Jahr	Kuhmilch				Muttermilch			
	Anzahl der Proben	Gehalte in internationalen Toxizitätsäquivalenten ng I-TEq/Kg Milchfett			Anzahl der Proben	Gehalte in internationalen Toxizitätsäquivalenten ng I-TEq/Kg Milchfett		
		Minimalwert	Maximalwert	Median		Minimalwert	Maximalwert	Median
1995 1996 ... Berichtsj.	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 5.10 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>							

Datenquelle:  
Chemische, Lebensmittel- und Veterinäruntersuchungsämter:  
Untersuchungen nach den Vorschriften des Lebensmittel- und Bedarfsgegenständerechtes  
Bundesinstitut für Risikobewertung:  
Frauenmilch- und Dioxin-Humandatenbank

<sup>1</sup> Polychlorierte Dibenzo-p-dioxine (PCDD) und Dibenzofurane (PCDF)

5.11

**PCB in der Kuhmilch und in der Muttermilch, Land, Jahr****Definition**

Seit den vierziger Jahren wurden Polychlorierte Biphenyle (PCB) in Deutschland eingesetzt. Die Verwendung von PCB in offenen Systemen wurde 1978 verboten. Vorher wurden PCB vielfältig eingesetzt, beispielsweise als Weichmacher für Lacke, Harze und Kunststoffe, als Imprägnier- und Flammschutzmittel für Papier, Stoffe, Holz und Leder sowie als Zusatz zu Insektiziden zur Verlängerung der Wirkdauer. Nur in geschlossenen Systemen, zum Beispiel als Kühl- und Isolierflüssigkeit innerhalb von Transformatoren und Gleichrichtern, Hydraulikflüssigkeit und als Zusatzdielektrikum für Starkstromkondensatoren, wurden PCB weiterhin verwendet. Seit 1977 werden in den USA und seit 1983 in Deutschland keine PCB mehr hergestellt. Etwa die Hälfte der in Deutschland hergestellten Menge von circa 0,15 Millionen Tonnen war 1996 noch in Verwendung (1). Bis heute bestehende Emissionsquellen sind bestimmte industrielle Anlagen, der Kraftfahrzeugverkehr, aber auch Ausgasung aus mit PCB kontaminierten Seen und Fließgewässern (2).

Polychlorierte Biphenyle (PCB) sind ubiquitär verbreitet und haben Eingang in die Nahrungskette gefunden. Gesundheitliche Beeinträchtigungen durch PCB und verwandte Umweltschadstoffe können bei entsprechender Dosis bzw. Belastung zu Störungen des Immunsystems, des Endokrinsystems, der Fortpflanzung sowie zu Tumoren führen.

Die interne Belastung (Schadstoffkonzentration im menschlichen Körper) ergibt wichtige Hinweise auf mögliche Gesundheitsgefahren. Ihre routinemäßige Erfassung erlaubt die Beurteilung von Trends und kann Handlungsbedarfe aufdecken, bevor in größerem Maße gesundheitliche Wirkungen aufgetreten sein müssen. Die Verfolgung der Belastung von Frauenmilch mit persistenten Rückständen ist unter dem Aspekt der gesundheitlichen Vorsorge von besonderer Bedeutung. Frauenmilch ist die erste Nahrung für den neugeborenen Säugling. Darüber hinaus ist sie ein gut zugänglicher und geeigneter Bioindikator für die Belastung des Menschen mit fettlöslichen und persistenten Stoffen.

In Zusammenarbeit mit den Ländern wird am Bundesinstitut für gesundheitlichen Verbraucherschutz und Veterinärmedizin eine Frauenmilch- und Dioxin-Humandatenbank aufgebaut, in der die Untersuchungsergebnisse der Länder zusammenfassend dokumentiert und ausgewertet werden. Das zur Zeit in Frauenmilch analysierte und in der Datenbank erfasste Substanzspektrum umfasst die Organochlorpestizide, PCB, Dioxine und seit 1992 die synthetischen Moschusverbindungen.

**Datenhalter**

- ▶ Chemische, Lebensmittel- und Veterinäruntersuchungsämter
- ▶ Bundesinstitut für Risikobewertung

**Datenquelle**

- ▶ Untersuchungen nach den Vorschriften des Lebensmittel- und Bedarfsgegenständerechtes
- ▶ Frauenmilch- und Dioxin-Humandatenbank

**Periodizität**

Jährlich

**Validität**

Aufgrund von Selbstrekrutierung und unterschiedlicher Analyseverfahren kann nicht von repräsentativen Ergebnissen ausgegangen werden. Die Ergebnisse sollten daher mit entsprechender Vorsicht interpretiert werden.

**Kommentar**

Das Gesamt-PCB wird mit folgender Formel bestimmt:  $1,64 \cdot (\text{PCB } 138 + \text{PCB } 153 + \text{PCB } 180)$ .

Der Indikator wird als Länderindikator - unter Berücksichtigung oben dargestellter Einschränkungen der Verfügbarkeit und Validität - geführt.

(1) Delschen, T., Hembrock-Heger, A., Necker, U. (1996): Systematische Untersuchungen zum Verhalten von PAK und PCB im System/Boden/Pflanze auf der Lysimeteranlage Waldfeucht (1989-1994). In: Landesumweltamt NRW (Hrsg.): Lysimeterversuche zum Verhalten persistenter organischer Schadstoffe im System Boden/Pflanze, (Materialien zur Ermittlung und Sanierung von Altlasten; Bd. 13).

(2) [www.uvm.baden-wuerttemberg.de/alfaweb/berichte](http://www.uvm.baden-wuerttemberg.de/alfaweb/berichte) - Stand: 01.08.2002.

Der Indikator zählt zur Gruppe der Gesundheitsdeterminanten.

**Vergleichbarkeit**

Keine Vergleichbarkeit mit Indikatoren der WHO, OECD und der EU. PCB in der Muttermilch war im bisherigen Indikator 5.16 fakultativ erfasst worden.

**Originalquellen**

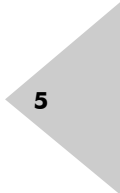
- ▶ Publikationen der Chemischen, Lebensmittel- und Veterinäruntersuchungsämter.
- ▶ Publikationen des Bundesinstitutes für gesundheitlichen Verbraucherschutz und Veterinärmedizin.

**Dokumentationsstand**

31.07.2002, lögd/BUG Hamburg

<b>Indikator (L) 5.11</b>	<b>PCB in der Kuhmilch und in der Muttermilch, Land, Jahr</b>							
Substanz	Kuhmilch				Muttermilch			
	Anzahl der Proben	PCB mg/kg Milchfett			Anzahl der Proben	PCB mg/kg Milchfett		
		Minimal- wert	Maximal- wert	Median		Minimal- wert	Maximal- wert	Median
PCB-138	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 5.11 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>							
PCB-153								
PCB-180								
<b>Insgesamt</b>								

Datenquelle:  
 Chemische, Lebensmittel- oder Veterinäruntersuchungsämter:  
 Untersuchungen nach den Vorschriften des Lebensmittel- und Bedarfsgegenständerechtes  
 Bundesinstitut für Risikobewertung:  
 Frauenmilch- und Dioxin-Humandatenbank



5.12

## Ausgewählte Arbeitsbelastungen und Umgebungsfaktoren, Deutschland, im Zeitvergleich

### Definition

Die Belastungen und Risiken durch schwere körperliche Arbeit (Heben, Tragen schwerer Lasten, Zwangshaltungen), Arbeitsumgebung, Schadstoffe, Strahlung und Lärm sind für Arbeitnehmer an bestimmten Arbeitsplätzen deutlich höher als etwa in der Allgemeinbevölkerung.

Über physikalische, chemische und körperliche Belastungen hinaus haben auch andere Aspekte von Arbeitsplätzen gesundheitliche Auswirkungen, z. B. Stress und Monotonie.

Dokumentiert werden ausgewählte Arbeitsbelastungen und Umgebungsfaktoren.

### Datenhalter

- ▶ Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit

### Datenquelle

- ▶ BIBB/IAB-Erhebung

### Periodizität

Unregelmäßig

### Validität

Repräsentative Erhebung von Erwerbstätigen ohne Auszubildende auf Bundesebene. Durchgeführt wurde die Erhebung von Infratest Burke, München, sowie Infas, Bonn. Strukturabweichungen der Stichprobe wurden durch mehrstufige iterative Gewichtungspseuduren ausgeglichen.

### Kommentar

Der Indikator wird als Bundesindikator geführt. Er zählt zur Gruppe der Gesundheitsdeterminanten.

### Vergleichbarkeit

Es gibt keine vergleichbaren Indikatoren in den WHO- und OECD-Indikatorensets. Die EU wird Indikatoren zu *Physical workplace exposures* führen. Es gibt keinen vergleichbaren Indikator im bisherigen Indikatorenset.

### Originalquellen

- ▶ Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.) (2001): Unfallverhütungsbericht 2000.

### Dokumentationsstand

31.07.2002, lögd/BUG Hamburg

Indikator (B) 5.12		Ausgewählte Arbeitsbelastungen und Umgebungsfaktoren, Deutschland, im Zeitvergleich				
Jahr	Ausgewählte Arbeitsbelastungen und Umgebungsfaktoren in % der Erwerbstätigen					
	Heben, Tragen schwerer Lasten*	Kälte, Hitze, Nässe, Feuchtigkeit, Zugluft	Öl, Fett, Schmutz, Dreck	Umgang mit gefährlichen Stoffen, Strahlung	Arbeit unter Lärm	
1998/99 ... Berichtsjahr	praktisch immer/häufig					
<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 5.12 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>						
1998/99 ... Berichtsjahr	immer mal wieder/selten					
1998/99 ... Berichtsjahr	praktisch nie					

Datenquelle:  
Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit:  
BIBB/IAB-Erhebung

\* Frauen >10 kg  
Männer >20 kg



5.13

### Durch meldepflichtige Störfälle und Störungen in verfahrenstechnischen Anlagen verletzte und getötete Personen, Land, Jahr

#### Definition

Die neue Störfall-Verordnung ist als Artikel 1 der Verordnung zur Umsetzung EG-rechtlicher Vorschriften betreffend die Beherrschung der Gefahren bei schweren Unfällen mit gefährlichen Stoffen vom 26.04.2000 am 03.05.2000 in Kraft getreten.

Die meisten Vorschriften der neuen Störfallverordnung beziehen sich nicht mehr auf Anlagen, sondern auf Betriebsbereiche. Ein Betriebsbereich ist der gesamte unter der Aufsicht eines Betreibers stehende Bereich, in dem gefährliche Stoffe in Sinne des Artikels 3 Nr. 4 der Richtlinie 96/82/EG des Rates vom 9. Dezember 1996 zur Beherrschung der Gefahren bei schweren Unfällen mit gefährlichen Stoffen (Abl. EG 1997 Nr. L 10 S. 13) in einer oder mehreren Anlagen einschließlich gemeinsamer oder verbundener Infrastrukturen und Tätigkeiten einschließlich Lagerung im Sinne des Artikels 3 Nr. 8 der Richtlinie in den in Artikel 2 der Richtlinie bezeichneten Mengen tatsächlich vorhanden oder vorgesehen sind oder vorhanden sein werden, soweit davon auszugehen ist, dass die genannten gefährlichen Stoffe bei einem außer Kontrolle geratenen industriellen chemischen Verfahren anfallen. Ausgenommen sind die in Artikel 4 der Richtlinie 96/82/EG angeführten Einrichtungen, Gefahren und Tätigkeiten.

In der Praxis ist damit die Gesamtheit aller Anlagen eines Betreibers innerhalb eines zusammenhängenden Geländes (z. B. innerhalb eines Industrieparks) einschließlich Labors, Technika, Läger, Rohrleitungsnetze gemeint, sofern darin gefährliche Stoffe vorkommen (können). Zu den gefährlichen Stoffen zählen 38 Kategorien (z. B. giftig, brandfördernd, explosionsgefährlich, umweltgefährlich) und Einzelstoffe (z. B. Acetylen, Chlor, Wasserstoff), die im Anhang I der Störfall-Verordnung genannt sind (1).

Im Jahr 1993 hat die Zentrale Melde- und Auswertestelle für Störfälle und Störungen in verfahrenstechnischen Anlagen (ZEMA) im Umweltbundesamt ihre Arbeit aufgenommen. In der ZEMA werden alle nach der Störfall-Verordnung (12. BImSchV) meldepflichtigen Ereignisse erfasst, ausgewertet und in Jahresberichten veröffentlicht. Die meldepflichtigen Ereignisse werden entsprechend ihrem Gefahrenpotenzial in Störfälle und in Störungen des bestimmungsgemäßen Betriebs unterteilt. Die systematische Erfassung und Auswertung der Ereignisse soll Erkenntnisse liefern, die als wichtige Grundlage einer Weiterentwicklung des Standes der Sicherheitstechnik dienen. Zu den Verletzten und Getöteten zählen Beschäftigte der Anlage, Einsatzkräfte (Feuerwehr u. a.) und die Bevölkerung.

#### Datenhalter

- ▶ Umweltbundesamt: Zentrale Melde- und Auswertungsstelle für Störfälle und Störungen in verfahrenstechnischen Anlagen (ZEMA)

#### Datenquelle

- ▶ Datenblätter

#### Periodizität

Jährlich

#### Validität

Alle meldepflichtigen Störfälle und Störungen werden in differenzierter Form erfasst.

**Kommentar**

Folgende Publikation wurde dem Indikator zugrunde gelegt:

(1) Regierungspräsidium Darmstadt (Hrsg.) (2000): Die neue Störfall-Verordnung. Grundlagen. *RPU Wiesbaden Journal*. [www.rpda.de/rpu-journal/spezial1.html](http://www.rpda.de/rpu-journal/spezial1.html). Der Indikator wird aufgrund der niedrigen Zahl der Ereignisse als Bundesindikator geführt.

Der Indikator zählt zur Gruppe der Gesundheitsdeterminanten.

**Vergleichbarkeit**

Es gibt keinen vergleichbaren Indikator im HFA-21-Indikatorensetz der WHO, jedoch vergleichbar mit dem Indikator *Chem\_E1: Mortality from chemical accidents* der WHO. Es gibt keinen vergleichbaren OECD-Indikator. Die EU wird Indikatoren zu *Accidents related to work* führen. Aufgrund der Definitionen (s. o.) besteht Vergleichbarkeit auf EU-Ebene. Im bisherigen Indikatorensetz gab es keinen Indikator zu meldepflichtigen Störfällen.

**Originalquellen**

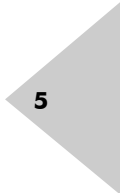
- ▶ Publikationen des Umweltbundesamtes/der ZEMA.  
[www.umweltbundesamt.de/zema/index.html](http://www.umweltbundesamt.de/zema/index.html)
- ▶ Environmental Health Indicators for the WHO European Region: Update of Methodology, WHO Regional Office for Europe, EUR/02/5039762, 2002,  
<http://www.who.dk/document/e76979.pdf>

**Dokumentationsstand**

09.05.2003, lögd/BUG Hamburg/UBA

Indikator (B) 5.13	Durch meldepflichtige Störfälle und Störungen in verfahrenstechnischen Anlagen verletzte und getötete Personen, Deutschland, Jahr			
Status	Verletzte und getötete Personen bei Störfällen und Störungen in verfahrenstechnischen Anlagen			
	Verletzte		Getötete	
	Anzahl	je 1 000 000 Einw.	Anzahl	je 1 000 000 Einw.
Beschäftigte Einsatzkräfte	Auswirkungen innerhalb der Anlage			
	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 5.13 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>			
Beschäftigte Einsatzkräfte Bevölkerung <b>Insgesamt</b>	Auswirkungen außerhalb der Anlage			

Datenquelle:  
Umweltbundesamt: Zentrale Melde- und Auswertestelle für Störfälle und Störungen in verfahrenstechnischen Anlagen:  
Datenblätter



5.14

**Ergebnisse der Badegewässerüberwachung, Land, Jahr****Definition**

Die Überwachung der hygienischen Qualität der Badegewässer (Badeseen) erfolgt durch die unteren Gesundheitsbehörden/Gesundheitsämter auf der Grundlage der EG-Richtlinie 76/160/EWG und ergänzender Erlasse des zuständigen Fachministeriums.

Von Mai bis September werden die Badestellen in 14-tägigem Abstand auf Sichttiefe (Transparenz), Schaumbildung (Tenside), Färbung und sensorische Verunreinigungen (Öl- und Teerreste) untersucht. Weiter werden Proben für mikrobiologische Laboruntersuchungen entnommen. Diese geben Aufschluss über die hygienischen Parameter, die Anzeiger für Krankheitserreger sein können (Escherichia coli, coliforme Keime, Streptococcus faecalis, Salmonellen, Darmviren).

Zur Bewertung der bakteriologischen Belastung werden entsprechend der EG-Richtlinie Grenz- und Leitwerte herangezogen. Die Einhaltung der Leitwerte zeigt eine hervorragende Wasserqualität an, während die Grenzwerte als Vorsorgewerte zu verstehen sind, deren gelegentliche Überschreitung noch keine akuten Gesundheitsgefahren beinhaltet. Für die fäkalcoliformen Keime gilt beispielsweise ein Richtwert (Leitwert) von 100 und ein Grenzwert von 2000 Bakterien in 100 ml Wasser. Bei Grenzwertüberschreitung erfolgt eine Nachkontrolle durch das Gesundheitsamt. Im Einzelfall kann ein Badeverbot ausgesprochen werden.

**Datenhalter**

- ▶ Umweltbehörden der Länder

**Datenquelle**

- ▶ Bewertung der Messstellen der Badegewässer

**Periodizität**

Jährlich

**Validität**

Die Messergebnisse der Badegewässer werden in den Ländern sorgfältig in Badegewässerkarten registriert, so dass von einer guten Datenqualität auszugehen ist.

**Kommentar**

Der Indikator wird als Länderindikator geführt. Er zählt zur Gruppe der Gesundheitsdeterminanten.

**Vergleichbarkeit**

Es gibt keinen vergleichbaren Indikator im HFA-21-Indikatorensetz der WHO und im OECD-Indikatorensetz. Es besteht eine Vergleichbarkeit auf EU-Ebene (siehe Definition). Im EU-Indikatorensetz ist kein adäquater Indikator vorgesehen. Im bisherigen Indikatorensetz gab es keinen Indikator zur Badegewässerüberwachung.

**Originalquellen**

- ▶ Publikationen der Umweltbehörden der Länder

**Dokumentationsstand**

09.05.2003, lögd/BUG Hamburg/UBA

**Indikator (L)  
5.14**

**Ergebnisse der Badegewässerüberwachung, Land, Jahr**

Erreger	Anzahl der Messungen mit Grenzwertüberschreitungen					
	Binnengewässer			Meergewässer		
	Unter- suchungen	Über- schreitungen	Anzahl in %	Unter- suchungen	Über- schreitungen	Anzahl in %
Coliforme Keime*						
Fäkalcoliforme Keime**						
Streptokokken***						

Datenquelle:  
Umweltbehörden der Länder:  
Bewertung der Messstellen der Badegewässer

Leitwert (L) (Anzahl/100 ml)  
Grenzwert (G) (Anzahl/100 ml)  
\* L=500, G=10 000  
\*\* L=100, G=2 000  
\*\*\* L=100





## **Inhaltsverzeichnis**

---











## **Themenfeld 6: Einrichtungen des Gesundheitswesens**

---

### **Ambulante Einrichtungen**

Arztpraxen

Zahnarztpraxen

Sonstige medizinische Einrichtungen

### **Stationäre/teilstationäre Einrichtungen**

Krankenhäuser

Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen

### **Pflegeeinrichtungen**

Ambulante Pflegeeinrichtungen

Stationäre/teilstationäre Pflegeeinrichtungen

### **Weitere Einrichtungen des Gesundheitswesens**

Apotheken

Medizinisch-technische Großgeräte

## **Thematic domain 6: Health care facilities**

### **Out-patient facilities**

Physicians' practices

Dental practices

Other medical facilities

### **In-patient/partly in-patient facilities**

Hospitals

Prevention or rehabilitation facilities

### **Nursing facilities**

Out-patient nursing facilities

In-patient/partly in-patient nursing facilities

### **Further health care facilities**

Pharmacies

Medico-technological bulk equipment

## Vorbemerkungen zum Themenfeld 6

Themenfeld 6 stellt in 22 Indikatoren die unterschiedlichen Einrichtungen im Gesundheitswesen zusammen, die der Bevölkerung zum Erhalt der Gesundheit, sowie bei Krankheit oder Pflegebedürftigkeit zur medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Versorgung zur Verfügung stehen. Unabhängig von Zweckbestimmung, Trägerschaft, Organisation oder Rechtsform wird als Einrichtung im Gesundheitswesen jede Institution genannt, die Leistungen des Gesundheitswesens erbringt, angefangen von ärztlichen Praxen über Krankenhäuser bis zu Pflegeeinrichtungen und Apotheken. Dabei sind ärztliche/zahnärztliche Einrichtungen nach ihrer Organisationsform erfasst; nicht enthalten ist die Anzahl der in Niederlassung tätigen Ärzte und Zahnärzte; Angaben hierzu wie zu niedergelassenen Psychotherapeuten, Heilpraktikern und freiberuflich tätigen Hebammen sind im Themenfeld 8 zu finden. Wahl und Aufbau der Indikatoren des Themenfelds 6 ermöglichen einen Überblick über Versorgungsangebot und -grad der verschiedenen Teilsysteme (ambulante, stationäre und teilstationäre Gesundheitsversorgung). Sie erlauben Aussagen zur Qualität des angebotenen Leistungsspektrums im Vergleich der Bundesländer und der Regionen sowie in zeitlicher Entwicklung. Neben Indikatoren aus anderen Themenfeldern, z. B. zur Inanspruchnahme, personellen Ausstattung und Kosten (Themenfelder 7, 8, 10 und 11), stellen sie einen wichtigen Faktor in der Gesundheitsplanung dar.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird bei der Angabe von Berufsbezeichnungen in einigen Fällen lediglich die allgemeine bzw. männliche Form genannt.

Die Indikatoren 6.1 bis 6.5 geben Auskunft über die ambulante Gesundheitsversorgung der Bevölkerung in ärztlichen/zahnärztlichen Praxen und von Ärzten/Zahnärzten geleiteten Einrichtungen als Orte, an denen zumeist die erste professionelle medizinische Versorgung stattfindet. Dabei wird unterschieden nach Organisationsformen und Fachgebieten. Der Versorgungsgrad bildet die vertragsärztliche/vertragszahnärztliche Versorgung auf regionaler Ebene ab.

Zur ambulanten Versorgung zählen auch die der Bevölkerung zur Verfügung stehenden Dialyseplätze für chronische Nierenersatztherapie, für die Notfallrettung und den Krankentransport vorgehaltene Rettungsstellen und Gesundheitseinrichtungen für Suchtkranke mit Hilfsangeboten wie Beratung, Betreuung, Therapie und Selbsthilfegruppen (Indikatoren 6.6 bis 6.10), wobei Indikator 6.10 auch die in stationären Einrichtungen vorhandenen Angebote für Suchtkranke umfasst. Dieser Indikator wurde neu in den Indikatorensatz aufgenommen.

Zur Darstellung der stationären Versorgung in Krankenhäusern (Indikatoren 6.11 - 6.15) wird unterschieden nach Krankenhausart, Krankenhausgrößenklassen, Bettendichte, Personalausstattung und Fachabteilungen. Die stationäre Basisversorgung auf regionaler Ebene kann aus dem Bettenangebot der Fachabteilungen Chirurgie, Innere Medizin, Frauenheilkunde/Geburtshilfe und Kinderheilkunde, bezogen auf die entsprechenden Bevölkerungsgruppen, abgelesen werden. Die in der teilstationären Versorgung zur Verfügung stehenden Tages- und Nachtklinikplätze, aufgeschlüsselt nach Fachabteilungen, sind in zeitlicher Entwicklung dargestellt.

Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen sind mit ihrem Bettenangebot der wichtigsten Fachrichtungen und der Personalausstattung ausgewiesen (Indikator 6.16).

Mit der Einführung der Pflegestatistik im Jahr 1999 wurde eine gute Datenbasis zu ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen geschaffen, über die in der Vergangenheit nur sehr unzulängliche Informationen zur Verfügung standen. Die Indikatoren 6.17 - 6.20 geben einen Überblick über vorhandene Einrichtungen, Organisationsformen sowie Versorgungsgrade in zeitlicher Entwicklung und regionaler Verteilung. Außerdem werden Trägerschaft, Größenklassen, Zahl der Plätze und Pflegeangebot beschrieben. Für die Altersgruppen, die das stationäre Pflegeangebot am häufigsten in Anspruch nehmen, wird der Versorgungsgrad ausgewiesen.

Die Versorgung einer Region mit Apotheken ist in Indikator 6.21 dargestellt. Der Bestand an medizinisch-technischen Großgeräten (Indikator 6.22) beschränkt sich im Gegensatz zum alten Indikatorensatz auf die in Krankenhäusern und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen aufgestellten Geräte, da durch die geänderte Rechtslage Geräte im ambulanten Bereich nicht mehr erfasst werden.

Datenbasis und Validität sind im Themenfeld 6 als insgesamt gut zu bezeichnen. Mit Krankenhaus- und Pflegestatistik, Angaben der Ärzte-, Zahnärzte und Apothekerkammern, der Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, dem Länderkurzbericht über Hilfsangebote für Suchtkranke und der Statistik zum Rettungsdienst stehen Daten zur Verfügung, deren Erhebung und/oder Zusammenstellung auf rechtlichen Grundlagen beruhen. Allein der Bericht über Dialyseplätze kann noch nicht auf eine amtliche Statistik zurückgreifen; die von den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen, Leistungserbringern, Fachgesellschaften und Patientenvertretungen getragene QuaSi-Niere gGmbH erreicht bei der jährlichen Befragung aller bekannten Einrichtungen für chronische Nierenersatztherapie in Deutschland zu deren Kapazitäten und Patienten eine Rücklaufquote von etwa 90 %, die sich durch eine Meldepflicht steigern ließe.



6.1

## Ärztlich geleitete ambulante Gesundheitseinrichtungen, Land, im Zeitvergleich

### Definition

Die ambulante Versorgung bildet zusammen mit der stationären die Basis der Gesundheitsversorgung in Deutschland. Die erste professionelle ärztliche Versorgung findet zumeist in den ärztlichen Praxen statt. Die fachliche und regionale Verteilung der ärztlich geleiteten ambulanten Gesundheitseinrichtungen ist ein wichtiger Indikator der Gesundheitsversorgung.

Die ambulanten Gesundheitseinrichtungen werden differenziert nach Niederlassungen, Schwerpunktpraxen, Arztnetzen und Notfallpraxen. Niederlassungen werden unterschieden nach Hausärzten und Fachärzten in Einzelpraxen oder Gemeinschaftspraxen. Unter Gemeinschaftspraxen wird der Zusammenschluss von zwei oder mehreren Ärzten zur gemeinsamen Ausübung der vertragsärztlichen Versorgung in gemeinsamen Praxisräumen verstanden. Sie werden im Abrechnungsverhältnis zur Kassenärztlichen Vereinigung (KV) als eine wirtschaftliche Einheit behandelt. Schwerpunktpraxen versorgen Patientengruppen mit bestimmten Krankheitsbildern (z. B. diabetologische und onkologische Schwerpunktpraxen). Im Rahmen von integrierten Versorgungsformen können Schwerpunktpraxen Versorgung auf einer hohen ambulanten Versorgungsstufe bieten.

Bei einem Arztnetz handelt es sich um einen Zusammenschluss einzelner Arztpraxen unter Wahrung ihrer Selbstständigkeit und zu einem bestimmten Zweck, wie z. B. der Reduktion veranlasster Leistungen (Arzneimittel, Krankenhauseinweisungen), der Realisierung gemeinsamer Qualitätsstandards sowie einer erhöhten Praxiseffizienz durch die gemeinsame Nutzung medizinischer Geräte. Es gibt Praxisnetze, an denen lediglich Hausärzte oder Fachärzte einer Facharztgruppe beteiligt sind (z. B. Vereinbarung zur Steigerung der Leistungsfähigkeit der hausärztlichen Versorgung), verbreiteter sind Modelle unter Beteiligung unterschiedlicher Facharztgruppen, die die fachübergreifende Kooperation fördern. In der Regel wird ein Strukturvertrag mit den Krankenkassen abgeschlossen (§ 73 a SGB V).

Notfallpraxen gewährleisten eine ambulante Behandlung auch außerhalb der üblichen Sprechstunden.

In den neuen Bundesländern gibt es darüber hinaus Polikliniken, Ambulatorien und Arztpraxen sowie diabetologische, nephrologische, onkologische und rheumatologische Fachambulanzen mit Dispensareauftrag, die gemäß § 311 SGB V zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sind, soweit sie am 1. Oktober 1992 noch bestanden. Diese Einrichtungen sollten in den neuen Bundesländern zusätzlich in den Indikator aufgenommen werden.

### Datenhalter

- ▶ Kassenärztliche Vereinigungen der Länder

### Datenquelle

- ▶ Planungsdaten für die ärztliche Versorgung

### Periodizität

Jährlich, 31.12.

### Validität

Durch vertragliche Bindungen zwischen den Einrichtungen und den KVen auf der Grundlage des SGB V sind die Daten zu den Niederlassungen als valide anzusehen. Die Angaben zu

Schwerpunktpraxen, Arztnetzen und Notfallpraxen sind im Indikator nur nachrichtlich enthalten, da die Übersicht evtl. unvollständig ist.

**Kommentar**

Die verwendeten Daten sind Stichtagszahlen der Kassenärztlichen Vereinigungen zum 31.12. jeden Jahres. Im Zuge der Wiedervereinigung erhielten Polikliniken an Krankenhäusern und selbstständige Polikliniken sowie Fachambulanzen Bestandsschutz (§ 311 SGB V). Polikliniken und Ambulatorien an Krankenhäusern in den neuen Bundesländern werden im Indikator 6.3 aufgeführt, wenn sie die Voraussetzungen von § 117 SGB V erfüllen.

Der vorliegende Indikator ist ein Prozessindikator.

**Vergleichbarkeit**

Der vorliegende Indikator ist nicht vergleichbar mit dem WHO-Indikator 5030 270206 *Number of primary health care units/100,000*. Dieser schließt nur ambulante Einrichtungen von Hausärzten (General practitioner) ein, dem Indikator gehören auch Einrichtungen an, die durch qualifizierte Schwestern geleitet werden. Es gibt keine vergleichbaren OECD- und EU-Indikatoren. Im bisherigen Indikatorensatz gab es keinen vergleichbaren Indikator.

**Originalquellen**

- Publikationen der Länder zu den verwendeten Datenquellen, z. B. Publikationen der Kassenärztlichen Vereinigungen.

**Dokumentationsstand**

04.02.2003, SenGesSozV - Berlin/lögd

Indikator (K) 6.1		Ärztlich geleitete ambulante Gesundheitseinrichtungen, Land, im Zeitvergleich					
Jahr	Niederlassungen				Schwerpunktpraxen*	Arztnetze*	Notfallpraxen*
	Hausärzte		Fachärzte				
	Einzelpraxen	Gemeinschaftspr.	Einzelpraxen	Gemeinschaftspr.	Anzahl		
2000	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 6.1 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>						
2001							
...							
Berichtsjahr							

Datenquelle:  
Kassenärztliche Vereinigungen:  
Planungsdaten für die ärztliche Versorgung

\* Schwerpunktpraxen, Arztnetze und  
Notfallpraxen nachrichtlich



6.2

**Versorgungsgrad mit an der vertragsärztlichen Tätigkeit teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten nach Fachgebieten, Land im Regionalvergleich, Jahr**

**Definition**

Der Versorgungsgrad dient als Maßzahl zur Beschreibung von Ressourcenmengen, die für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung zur Verfügung stehen. Der Versorgungsgrad mit an der vertragsärztlichen Tätigkeit teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten wird anhand der Verhältniszahlen der Bedarfsplanung der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) dargestellt.

Auf der Grundlage von Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Bedarfsplanung in der kassenärztlichen Versorgung werden Verhältniszahlen für den allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad herausgegeben (Grundlage §§ 99 - 105 SGB V). Die Bundesrepublik wird in Raumordnungsregionen nach unterschiedlichen Verdichtungsräumen gegliedert. Kreise und kreisfreie Städte werden verschiedenen Kreisgruppen zugeordnet. Auf dieser Grundlage wird ein differenzierter Versorgungsgrad als Ausgangsrelation für die Feststellung von Überversorgung oder Unterversorgung ermittelt. Eine Unterversorgung liegt vor, wenn der Stand der hausärztlichen Versorgung den in den Planungsblättern ausgewiesenen Bedarf um mehr als 25 % bzw. denjenigen der fachärztlichen Versorgung um mehr als 50 % unterschreitet. Eine Überversorgung liegt vor, wenn eine Überschreitung der örtlichen Verhältniszahl von mehr als 10 % vorliegt (bezogen auf örtliche Einwohner/Arztrelation).

Der Berechnung liegen alle Ärzte zu Grunde, die gemäß Indikator 6.1 zur vertragsärztlichen Tätigkeit zugelassen sind. Demzufolge sind Ärztinnen und Ärzte in den neuen Bundesländern enthalten, wenn sie in Einrichtungen gemäß § 311 SGB V (Polikliniken, Ambulatorien, Fachambulanzen) tätig sind (s. Indikator 6.1).

**Datenhalter**

- ▶ Kassenärztliche Vereinigungen der Länder

**Datenquelle**

- ▶ Planungsdaten für die ärztliche Versorgung

Indikator (L) 6.2		Versorgungsgrad mit an der vertragsärztlichen Tätigkeit teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten nach Fachgebieten, Land im Regionalvergleich, Jahr						
Lfd. Nr.	Region	Versorgungs-						
		Haus- ärzte	Augen- ärzte	Chirurgen	Frauen- ärzte	HNO-Ärzte	Hautärzte	Internisten
1	Regierungsbezirk Land							
2								
3								
...								

Datenquelle:  
Kassenärztliche Vereinigungen:  
Planungsdaten für die ärztliche Versorgung

**Periodizität**

Jährlich, 31.12.

**Validität**

Durch vertragliche Bindungen zwischen den Einrichtungen und den KVen auf der Grundlage des SGB V sind die Daten als valide anzusehen.

**Kommentar**

Für den Regionalvergleich des Versorgungsgrades mit an der vertragsärztlichen Tätigkeit teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten nach Fachgebieten ist eine Basistabelle der Kreise/kreisfreien Städte/(Stadt-)Bezirke der Stadtstaaten erforderlich. Die Berechnung des Versorgungsgrades erfolgt mit allgemeinen Verhältniszahlen - Einwohner je Arzt - nach definierten Raumgliederungen. Der Versorgungsgrad ist festgelegt in den Bedarfsplanungsrichtlinien-Ärzte vom 09. März 1993, zuletzt geändert am 19.12.2001.

Der vorliegende Indikator ist ein Prozessindikator.

**Vergleichbarkeit**

Es gibt keine vergleichbaren WHO-, OECD- und EU-Indikatoren. Es besteht eine bedingte Vergleichbarkeit mit dem bisherigen Indikator 6.2, Angabe (alt): Dichtewert als Quotient aus Ärzte-Ist und Ärzte-Soll.

**Originalquellen**

- ▶ Publikationen der Länder zu den verwendeten Datenquellen, z. B. Publikationen der Kassenärztlichen Vereinigungen.

**Dokumentationsstand**

04.02.2003, SenGesSozV - Berlin/lögd

grad in %						Region	Lfd. Nr.
Kinder-ärzte	Nerven-ärzte	Ortho-päden	Psycho-therapeuten*	Radio-logen	Urologen		
						<b>Regierungsbezirk</b>  <b>Land</b>	1
							2
							3
							...

\* ärztlich u. nicht ärztlich (§ 101,4 SGB V)

## 6.3

**Hochschulambulanzen, Psychiatrische Institutsambulanzen, Sozialpädiatrische Zentren, Land, Jahre****Definition**

Ambulante Behandlung kann laut § 116 SGB V auch durch Krankenhausärzte mit abgeschlossener Weiterbildung geleistet werden, wenn der Zulassungsausschuss den Arzt mit Zustimmung des Krankenhausträgers zur Teilhabe an der vertragsärztlichen Versorgung der (GKV)-Versicherten ermächtigt. Ambulante Leistungen können an Hochschulen und Krankenhäusern nach §§ 117-119 SGB V in Hochschulambulanzen, Psychiatrischen Institutsambulanzen und in Sozialpädiatrischen Zentren erbracht werden.

In § 117 ist die Zulassung von Hochschulambulanzen an Hochschulen oder Hochschulkliniken geregelt. Bis zum 31.12.2002 wurde der Begriff Polikliniken verwendet, ab dem 1.1.2003 tragen diese Einrichtungen die Bezeichnung Hochschulambulanzen, da der Begriff *Polikliniken* für ambulante Gesundheitseinrichtungen in der ehem. DDR Bestandsschutz gemäß § 311 SGB V erhielt (s. Indikator 6.1).

In Hochschulambulanzen ist ambulante Untersuchung und Krankenbehandlung in dem für Forschung und Lehre erforderlichen Umfang an medizinischen Hochschulen zu gewährleisten. Sinnentsprechend gibt es auch Hochschulambulanzen an Psychologischen Universitätsinstituten.

Psychiatrische Institutsambulanzen (§ 118) an Psychiatrischen Krankenhäusern können vom Zulassungsausschuss zur ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung der Versicherten zugelassen werden.

Sozialpädiatrische Zentren (§ 119) sind Einrichtungen, die fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen und eine interdisziplinäre Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit schweren geistigen und körperlichen Behinderungen durch Ärzte, Psychologen, Logopäden, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten gemäß § 119 SGB V garantieren.

**Datenhalter**

- ▶ Kassenärztliche Vereinigungen der Länder

**Datenquelle**

- ▶ Zulassungsregister

**Periodizität**

Aperiodisch

**Validität**

Durch vertragliche Bindungen zwischen den Einrichtungen und den KVen auf der Grundlage des SGB V sind die Daten vorhanden. Da es keine Berichtspflicht gibt, sind die Übersichten in den Ländern in unterschiedlichem Maße vollständig und valide.

**Kommentar**

Der Ermächtigung von Hochschulambulanzen, Psychiatrischen Institutsambulanzen und sozialpädiatrischen Zentren liegen Verträge der Universitäten/Hochschulen und Krankenhäuser mit den Kassenärztlichen Vereinigungen (über die Vergütung) zu Grunde. Auf Basis der Verträge ist eine Aufschlüsselung nach Art der Ambulanzen möglich. Im Indikator werden die Daten im Zeitvergleich ausgewiesen, dabei bleibt dem Land die Periodizität überlassen.

Der vorliegende Indikator ist ein Prozessindikator.

### Vergleichbarkeit

Es gibt keine vergleichbaren WHO-, OECD- und EU-Indikatoren.  
 Teilweise vergleichbar mit dem bisherigen Indikator 6.3. Die Summe der Ermächtigten ist mit der Gesamtzahl der Einrichtungen, differenziert nach Fachbereichen, vergleichbar. Leistungen wie vor- und nachstationäre Behandlung sowie ambulantes Operieren werden in diesem Indikator nicht mehr ausgewiesen.

### Originalquellen

- Publikationen der Länder zu den verwendeten Datenquellen, z. B. Statistische Jahrbücher, Publikationen der Kassenärztlichen Vereinigungen.

### Dokumentationsstand

04.02.2003, SenGesSozV - Berlin/lögd

Indikator (L) 6.3	Hochschulambulanzen, Psychiatrische Institutsambulanzen, Sozialpädiatrische Zentren, Land, Jahre		
Einrichtungsart	Jahr	Jahr	Berichtsjahr
Hochschulambulanzen*			
Ophthalmologie			
Chirurgie			
Neurochirurgie			
Geburtshilfe, Gynäkologie			
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde			
Dermatologie			
Pädiatrie			
Innere Medizin			
Neurologie			
Urologie			
Orthopädie			
Radiologie/Nuklearmedizin			
Zahn-, Mund-, Kieferheilkunde			
N.n.bez. und übrige Ambulanzen			
Psychiatrische Institutsambulanzen			
Sozialpädiatrische Zentren			
<b>Insgesamt</b>			

Datenquelle:  
 Kassenärztliche Vereinigungen:  
 Zulassungsregister

\* im Sinne des § 117 SGB V in der Fassung ab 1.1.2003

6.4

## Zahnärztlich geleitete ambulante Gesundheitseinrichtungen, Land, im Zeitvergleich

### Definition

Die zahnärztliche Versorgung findet zumeist in zahnärztlichen Praxen statt. Die fachliche und regionale Verteilung der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Zahnärzte und der von ihnen geleiteten Einrichtungen ist ein wichtiger Indikator der Gesundheitsversorgung. Die zahnärztlich geleiteten ambulanten Gesundheitseinrichtungen werden differenziert nach Zahnärzten und Kieferorthopäden in Einzelpraxen, Gemeinschaftspraxen, Praxisgemeinschaften, Notfallpraxen und Ambulanzen/Hochschulambulanzen. Unter Gemeinschaftspraxen wird der Zusammenschluss von zwei oder mehreren Zahnärzten zur gemeinsamen Ausübung der vertragszahnärztlichen Versorgung in gemeinsamen Praxisräumen verstanden. Sie werden im Abrechnungsverhältnis zur Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZV) als eine wirtschaftliche Einheit behandelt. Praxisgemeinschaften sind Kooperationsformen von Zahnärzten zur gemeinsamen Nutzung von Praxisräumen und Praxiseinrichtungen zum Zweck der Kostensenkung. Mitglieder einer Praxisgemeinschaft führen ihre Praxis selbstständig und rechnen gegenüber der Kassenzahnärztlichen Vereinigung auch eigenständig ab (§ 95 SGB V). Notfallpraxen gewährleisten eine ambulante zahnärztliche Behandlung auch außerhalb der üblichen Sprechstunden. Zu Ambulanzen/Hochschulambulanzen/Polikliniken vgl. Indikator 6.3.

### Datenhalter

- ▶ Kassenzahnärztliche Vereinigungen der Länder

### Datenquelle

- ▶ Planungsdaten für die zahnärztliche Versorgung

### Periodizität

Jährlich, 31.12.

### Validität

Durch vertragliche Bindungen zwischen den zahnärztlichen Einrichtungen und den KZVen auf der Grundlage des SGB V sind die Daten als valide anzusehen. Die Angaben zu Gemeinschaftspraxen, Praxisgemeinschaften und Notfallpraxen sind im Indikator nur nachrichtlich enthalten, da die Übersicht evtl. unvollständig ist.

### Kommentar

Die verwendeten Daten sind Stichtagszahlen der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen zum 31.12. jeden Jahres.

Der vorliegende Indikator ist ein Prozessindikator.

### Vergleichbarkeit

Es gibt keine vergleichbaren Angaben in den WHO-, OECD- und EU-Indikatorensätzen zu zahnärztlich geleiteten ambulanten Einrichtungen.

Im bisherigen Indikatorensatz gab es keinen Indikator zu zahnärztlich geleiteten Einrichtungen. Der Indikator 6.1 enthielt bislang die Gesamtzahl der an der Kassenzahnärztlichen Versorgung beteiligten Zahnärzte, diese Angaben sind nunmehr im Themenfeld 8 enthalten.

**Originalquellen**

- ▶ Publikationen der Länder zu den verwendeten Datenquellen, z. B. Publikationen der Kassenärztlichen Vereinigungen.

**Dokumentationsstand**

04.02.2003, SenGesSozV - Berlin/lögd

<b>Indikator (K) 6.4</b>		<b>Zahnärztlich geleitete ambulante Gesundheitseinrichtungen, Land, im Zeitvergleich</b>				
Jahr	Einzelpraxen		Gemeinschafts- praxen*	Praxis- gemein- schaften*	Notfall- praxen*	Ambulanzen/ Hochschul- ambulanzen
	Zahnärzte	Kiefer- orthopäden				
2000	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 6.4 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>					
2001						
...						
Berichtsjahr						

Datenquelle:  
Kassenzahnärztliche Vereinigungen:  
Planungsdaten für die zahnärztliche Versorgung

\* nachrichtlich

## 6.5

## Versorgungsgrad mit an der vertragsärztlichen Tätigkeit teilnehmenden Zahnärztinnen und Zahnärzten, Land im Regionalvergleich, Jahre

### Definition

Der Versorgungsgrad dient als Maßzahl zur Beschreibung von Ressourcenmengen, die für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung zur Verfügung stehen. Der Versorgungsgrad mit an der vertragszahnärztlichen Tätigkeit teilnehmenden Zahnärztinnen und Zahnärzten wird anhand der Verhältniszahlen der Bedarfsplanung der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZV) dargestellt.

Auf der Grundlage von Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Bedarfsplanung in der kassen(zahn)ärztlichen Versorgung werden Verhältniszahlen für den allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad herausgegeben (Grundlage §§ 99 - 105 SGB V). Die Bundesrepublik wird in Raumordnungsregionen nach unterschiedlichen Verdichtungsräumen gegliedert. Kreise und kreisfreie Städte werden verschiedenen Kreisgruppen zugeordnet. Auf dieser Grundlage wird ein differenzierter Versorgungsgrad als Ausgangsrelation für die Feststellung von Überversorgung oder Unterversorgung ermittelt. Eine Unterversorgung in der vertragszahnärztlichen Versorgung liegt vor, wenn der Bedarf den Stand der zahnärztlichen Versorgung um mehr als 100 v.H. überschreitet. Eine Überversorgung in der vertragszahnärztlichen Versorgung ist anzunehmen, wenn der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad um 10 v.H. überschritten ist. Die Feststellung, ob eine Unter- oder Überversorgung vorliegt, obliegt dem Landesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen. Zulassungen dürfen nur in dem Umfang erfolgen, bis Überversorgung eingetreten ist. Als Bezugsbasis für die Berechnung von Überversorgung und Unterversorgung dient die Relation Wohnbevölkerung/Zahnarzt bzw. Kieferorthopäde.

### Datenhalter

- ▶ Kassenzahnärztliche Vereinigungen der Länder

### Datenquelle

- ▶ Planungsdaten für die zahnärztliche Versorgung

### Periodizität

Jährlich, 31.12.

### Validität

Durch vertragliche Bindungen auf der Grundlage des SGB V sind die Daten als valide anzusehen.

### Kommentar

Für den Regionalvergleich des Versorgungsgrades mit an der vertragszahnärztlichen Tätigkeit teilnehmenden Zahnärzten und Kieferorthopäden ist eine Basistabelle der Kreise/kreisfreien Städte/(Stadt-)Bezirke der Stadtstaaten erforderlich. Die Berechnung des Versorgungsgrades erfolgt mit allgemeinen Verhältniszahlen - Einwohner je Arzt - nach definierten Raumgliederungen. Der Versorgungsgrad ist festgelegt in den Bedarfsplanungsrichtlinien-Ärzte/Zahnärzte vom 09. März 1993, zuletzt geändert am 19.12.2001.

Der vorliegende Indikator ist ein Prozessindikator.

### Vergleichbarkeit

Es gibt keine vergleichbaren WHO-, OECD- und EU-Indikatoren.

Es besteht keine Vergleichbarkeit zum bisherigen Indikatorensatz, da der Versorgungsgrad mit an der vertragszahnärztlichen Tätigkeit teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten nicht ausgewiesen wurde.

### Originalquellen

- Publikationen der Länder zu den verwendeten Datenquellen, z. B. Publikationen der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen.

### Dokumentationsstand

04.02.2003, SenGesSozV - Berlin/lögd

<b>Indikator (L) 6.5</b>		<b>Versorgungsgrad mit an der vertragszahnärztlichen Tätigkeit teilnehmenden Zahnärztinnen und Zahnärzten, Land im Regionalvergleich, Jahre</b>					
Lfd Nr.	Region	Versorgungsgrad in %					
		Jahr		Jahr		Berichtsjahr	
		Zahnärzte	Kiefer- orthopäden	Zahnärzte	Kiefer- orthopäden	Zahnärzte	Kiefer- orthopäden
1	<b>Regierungsbezirk</b> <b>Land</b>						
2							
3							
...							

Datenquelle:

Kassenzahnärztliche Vereinigungen:

Planungsdaten für die zahnärztliche Versorgung



6.6

## Dialyseplätze (Hämodialyse), Land, im Zeitvergleich

### Definition

Der Indikator 6.6 gibt Auskunft über die Entwicklung der Hämodialyseplätze in ambulanten und stationären Einrichtungen, bezogen auf die Wohnbevölkerung und kann damit als Hilfsmittel für die Planung fungieren.

Dialysen werden bei chronischer und akuter Niereninsuffizienz sowie bei Toxikationen durchgeführt. Unter Dialyse versteht man die Entfernung von Stoffwechselschlacken und Wasser aus dem Blut mit Hilfe eines Dialysators (z. B. Künstliche Niere). Die Dialyse erfolgt überwiegend nach Hämodialyseverfahren (HD) - d. h. Blutreinigung, die an besondere Geräte gebunden ist - die als Hämodialyseplätze erfasst werden und sich fast ausschließlich in stationären oder ambulanten Einrichtungen befinden. Die andere Form der Nierenersatztherapie ist das sogenannte Peritonealdialyseverfahren (PD), bei dem die Blutwäsche über das Bauchfell erfolgt. Sie erfordert keinen mit der Hämodialyse vergleichbaren gerätetechnischen Aufwand und erfolgt fast immer als Heimdialyse. Der Anteil der Peritonealdialyseverfahren - meist unter häuslichen Bedingungen durchgeführt - ist wesentlich geringer als die in Krankenhäusern oder ambulanten Einrichtungen durchgeführte Hämodialyse. Die Daten sind im vorliegenden Indikator nicht enthalten, da keine Dialyseplätze mit spezieller Gerätetechnik vorgehalten werden. In ambulanten Einrichtungen werden drei verschiedene Versorgungsarten angeboten: Zentrumsdialyse, LC-Dialyse (auch zentralisierte Heimdialyse genannt) und Heimdialyse.

Unter Zentrumsdialyse versteht man die Dialysebehandlung bei Patienten in den Räumlichkeiten einer Dialyseeinrichtung, die ständig der Anwesenheit eines Arztes bedürfen.

LC-Dialyse heißt die durch den Patienten weitgehend selbstständig in den Räumen einer Dialyseeinrichtung durchgeführte Dialyse, die aufgrund der sozialen und räumlichen Situation keine Heimdialyse zulässt. Eine Differenzierung der Plätze ist nicht möglich, da sich die Betreuung nur durch die Quantität des Personals unterscheidet.

Heimdialysen sind - bei entsprechender Indikation - unter häuslichen Bedingungen durchgeführte Blutwäschen. Die Häufigkeit der Heimdialysen ist aber sehr gering, in der Regel liegt sie bei 1 %. Auch hier ist keine Ausweisung der Plätze, sondern nur der Patienten, die Heimdialyse in Anspruch nehmen, möglich.

Stationäre Dialysen werden bei Patienten durchgeführt, bei denen aufgrund der Schwere ihrer Erkrankung (auch solcher, die dialyseunabhängig sind) eine stationäre Behandlung erforderlich ist.

Teilstationäre Dialysen nehmen Patienten in Anspruch, bei denen aufgrund zusätzlicher gesundheitlicher Risiken eine engmaschige Überwachung mit der Möglichkeit einer zeitnahen Aufnahme auf die Intensivstation (jedoch kein stationärer Aufenthalt) notwendig ist. Die Behandlungsplätze werden für beide Versorgungsarten zusammen ausgewiesen.

### Datenhalter

- ▶ QuaSi-Niere gGmbH

### Datenquelle

- ▶ Erhebungen der QuaSi-Niere gGmbH über Dialyse-Einrichtungen und -Plätze sowie deren Patienten

### Periodizität

Jährlich, 31.12.

### Validität

Es besteht z. Z. noch keine Meldepflicht. QuaSi-Niere gGmbH erreicht nur durch das Goodwill der ihnen bis jetzt bekannten 1.106 Behandlungseinrichtungen und ihre eigenen aufwendigen Aktivitäten eine Rücklaufquote von etwa 90 % der Fragebögen, die einer Plausibilitätsprüfung unterworfen werden. Es liegt eine relativ gute Datenqualität vor.

### Kommentar

Bislang wurden die Daten der Krankenhausstatistik, Teil I - Grunddaten entnommen, die aber nur Angaben zu stationären, teilstationären und ambulanten Dialyseplätzen an Krankenhäusern sowie die in jeder Kategorie durchgeführten Hämo- und Peritonealdialysen vermittelt. Zahlen zu den ambulanten Einrichtungen konnten bislang nur von den regional unterschiedlich agierenden Leistungserbringern (z. B. Kuratorium für Dialyse und Nierentransplantation -KfH-) und Interessengemeinschaften genannt werden, die nicht vollständig waren.

Im Jahr 1994 wurde ein vom Bundesministerium gefördertes Projekt zur Qualitätssicherung in der Nierenersatztherapie begonnen, das seit 1998 als eine von den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen, Leistungserbringern, Fachgesellschaften und Patientenvertretungen getragene gemeinnützige GmbH, die QuaSi-Niere gGmbH, weitergeführt wird. Seit Beginn der Registerführung im Jahr 1994 werden alle bekannten Behandlungseinrichtungen für chronische Nierenersatztherapie in Deutschland einmal jährlich durch einen sog. Zentrumsfragebogen zu ihren Einrichtungen und Patienten befragt. Die Teilnahme ist mit ca. 90 % recht gut, könnte sich aber durch Einführung einer Meldepflicht steigern lassen. Die Nutzung der nach bundeseinheitlichem Modus erfassten Zahlen durch QuaSi-Niere gGmbH würde die angestrebte Vergleichbarkeit des Indikators zwischen den Ländern gewährleisten. Weitere Informationen unter [www.quasi-niere.de](http://www.quasi-niere.de).

Der vorliegende Indikator ist ein Prozessindikator.

### Vergleichbarkeit

Es gibt keine vergleichbaren WHO- und EU-Indikatoren. Die OECD führt Angaben über *Hemodialysis stations, including stations for self-care*.

Es besteht bedingte Vergleichbarkeit mit dem bisherigen Indikator 6.4, der jedoch nur die in stationären Einrichtungen durchgeführten Dialysen enthielt. Die in der Krankenhausstatistik enthaltenen Daten zu Dialyseplätzen und behandelten Patienten können weiterhin genutzt werden, es wird davon ausgegangen, dass Vergleichbarkeit zu dem vorliegenden Indikator bezüglich der stationär durchgeführten Dialysen besteht.

### Originalquellen

- Publikationen des Datenhalters QuaSi-Niere gGmbH, z. B. Jahresberichte, [www.quasi-niere.de/deutsch/kontakt/](http://www.quasi-niere.de/deutsch/kontakt/)

### Dokumentationsstand

16.02.2003, SenGesSozV - Berlin/lögd

<b>Indikator (K) 6.6</b>		<b>Dialyseplätze (Hämodialyse), Land, im Zeitvergleich</b>		
Jahr	Dialyseplätze (Hämodialyseplätze)		insgesamt	je 1000 000 Einwohner
	in station./teilstation. Einrichtungen	in ambulanten Einrichtungen		
2000	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 6.6 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>			
2001				
...				
Berichtsjahr				

Datenquelle:  
 QuaSi-Niere gGmbH:  
 Erhebungen der QuaSi-Niere gGmbH über Dialyse-Einrichtungen und -Plätze sowie deren Patienten  
 Statistische Landesämter:  
 Fortschreibung des Bevölkerungsstandes



6.7

## Dialyseeinrichtungen, Land im Regionalvergleich, Jahr

### Definition

Durch Anwendung der Dialyse kann ein chronisch kranker Patient nicht geheilt werden, sondern nur durch Nierentransplantation. Deshalb ist es wichtig, die Zahl der im Dialyseprogramm behandelten Personen jährlich zu erfassen. Der Indikator 6.7 gibt Auskunft über die Entwicklung der Hämodialyseplätze und aller Patienten in ambulanten und stationären Dialyseeinrichtungen und kann zur Krankenhausplanung herangezogen werden.

Stationäre/teilstationäre und ambulante Dialyseeinrichtungen sind im Indikator 6.6 detailliert erklärt.

Erfasst werden die stationären/teilstationären und ambulanten Dialyseeinrichtungen, die darin bestehenden Hämodialyseplätze und alle, unabhängig vom Dialyseverfahren, behandelten Patienten. Es werden alle im Laufe des Jahres behandelten Patienten ausgewiesen, d. h. nicht nur die am Jahresende im Dialyseprogramm registrierten Patienten. Die Anzahl der dialysierten Patienten pro Jahr gibt das Ausmaß der von Dialyse Betroffenen wieder.

### Datenhalter

- ▶ QuaSi-Niere gGmbH

### Datenquelle

- ▶ Erhebungen der QuaSi-Niere gGmbH über Dialyse-Einrichtungen und -Plätze sowie deren Patienten

### Periodizität

Jährlich, 31.12.

### Validität

Es besteht z. Z. noch keine Meldepflicht. QuaSi-Niere gGmbH erreicht nur durch das Goodwill der ihnen bis jetzt bekannten 1.106 Behandlungseinrichtungen und ihre eigenen aufwendigen Aktivitäten eine Rücklaufquote von etwa 90 % der Fragebögen, die einer Plausibilitätsprüfung unterworfen werden. Bei der Anzahl der gemeldeten Patienten besteht - trotz eindeutiger Fragestellung - die Gefahr von Doppelmeldungen besonders bei neu teilnehmenden Einrichtungen. Bei den Aussagen zu Einrichtungen und Plätzen kann von einer relativ guten Datenqualität ausgegangen werden.

### Kommentar

Bislang wurden die Daten der Krankenhausstatistik, Teil I - Grunddaten entnommen, die aber nur Angaben zu stationären, teilstationären und ambulanten Dialyseplätzen an Krankenhäusern sowie die in jeder Kategorie durchgeführten Häm- und Peritonealdialysen vermittelt. Zahlen zu den ambulanten Einrichtungen konnten bislang nur von den regional unterschiedlich agierenden Leistungserbringern (z. B. Kuratorium für Dialyse und Nierentransplantation -KfH-) und Interessengemeinschaften genannt werden, die nicht vollständig waren.

Seit Beginn der Registerführung im Jahr 1994 durch QuaSi-Niere gGmbH werden alle bekannten Behandlungseinrichtungen für chronische Nierenersatztherapie in Deutschland einmal jährlich durch einen sog. Zentrumsfragebogen zu ihren Einrichtungen und Patienten befragt. Die

Teilnahme ist mit ca. 90 % recht gut, könnte sich aber durch Einführung einer Meldepflicht steigern lassen. Die Nutzung der nach bundeseinheitlichem Modus erfassten Zahlen durch QuaSi-Niere gGmbH würde die angestrebte Vergleichbarkeit der GBE für den Bereich der Nierenersatztherapie gewährleisten.

Der vorliegende Indikator ist ein Prozessindikator.

**Vergleichbarkeit**

Es gibt keine vergleichbaren WHO- und EU-Indikatoren. Es gibt OECD-Indikatoren zu *Hemodialysis stations, including stations for self-care*, jedoch nicht auf regionalem Niveau.

Der Indikator ist mit dem bisherigen Indikator 6.4 vergleichbar, der jedoch nur Angaben aus der Krankenhausstatistik enthielt. Die Zahl der behandelten Patienten wurde bisher nicht erfasst.

**Originalquellen**

- Publikationen des Datenhalters QuaSi-Niere gGmbH, z. B. Jahresberichte , [www.quasi-niere.de/deutsch/kontakt/](http://www.quasi-niere.de/deutsch/kontakt/)

**Dokumentationsstand**

16.02.2003, SenGesSozV - Berlin/lögd

Indikator (L) 6.7		Dialyseeinrichtungen, Land im Regionalvergleich, Jahr						
Lfd. Nr.	Region	Dialyseeinrichtungen						
		stationär/teilstationär				ambulant		
		Anzahl	Hämo-dialyse-Plätze	Patienten		Anzahl	Hämo-dialyse-Plätze	Patienten
ins-gesamt*	dar.: mit Hämo-dialyse			ins-gesamt*	dar.: mit Hämo-dialyse			
1	Regierungsbezirk Land	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 6.7 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>						
2								
3								
...								

Datenquelle:  
QuaSi-Niere gGmbH:  
Erhebungen der QuaSi-Niere gGmbH über Dialyse-Einrichtungen und -Plätze sowie deren Patienten

\* es werden alle Patienten, die eine Dialyse - unabhängig vom Dialyseverfahren (Hämo- oder Peritonealverfahren) - im Laufe eines Jahres in Anspruch nahmen, erfasst

6.8

## Sonstige medizinische Einrichtungen, Land, Jahre

### Definition

Das System der ärztlichen Versorgung wird ergänzt durch gemeinschaftliche Einrichtungen der Ärzte oder ärztlicher Organisationen, wie z. B. medizinische Labors, betriebsärztliche Dienste, Einrichtungen der medizinischen und sozialen Rehabilitation, Einrichtungen des Blutspendewesens und Giftinformationszentren. Den obersten Gesundheitsbehörden unterstehen Spezialeinrichtungen, die entsprechend den Gesetzen über den öffentlichen Gesundheitsdienst erforderlich sind, um Gesundheit und die Hygienesituation im Land zu überwachen. Dazu gehören Landesgesundheitsämter und verschiedene Untersuchungsämter, z. B. Arznei- und Medizinaluntersuchungsämter, Chemische-, Veterinär- und Lebensmitteluntersuchungsämter und die Gewerbemedizin. Vorkommen und Organisation dieser Einrichtungen sind landesspezifisch, deshalb entspricht die im Indikator vorgenommene Aufzählung einem Vorschlag, der entsprechend dem regionalen Versorgungsbezug modifiziert werden kann. Bei der Herausbildung neuer Versorgungsstrukturen (z. B. nach § 140 SGB V) kann der Indikator entsprechend geändert werden.

### Datenhalter

- ▶ Oberste Landesgesundheitsbehörden
- ▶ Statistische Landesämter

### Datenquelle

- ▶ Erhebungen der obersten Landesgesundheitsbehörden
- ▶ Behördenverzeichnisse

### Periodizität

Jährlich, 31.12.

### Validität

Die Vollständigkeit der Angaben hängt davon ab, ob die Länder zu den aufgeführten Einrichtungen Verzeichnisse und Übersichten führen.

### Kommentar

Um eine umfassende Übersicht über alle Gesundheitseinrichtungen in den Ländern zu gewinnen, ist es sinnvoll, den Indikator in der erweiterten Struktur künftig in den Ländern zu führen. Es ist davon auszugehen, dass sich Anzahl und Struktur der sonstigen ärztlichen Einrichtungen nur unwesentlich verändern.

Der Indikator ist ein Prozessindikator.

### Vergleichbarkeit

Es gibt keine vergleichbaren WHO-, OECD- und EU-Indikatoren. Der bisherige Indikator 6.20 enthielt Angaben zur Zahl von Einrichtungen, die dem öffentlichen Gesundheitsdienst unterstehen, wie z. B. Arzneimitteluntersuchungsämter, Medizinaluntersuchungsämter, Chemische Untersuchungsämter, Lebensmitteluntersuchungsämter, Veterinäruntersuchungsämter und Einrichtungen der Gewerbemedizin sowie zur Zahl der dort tätigen Mitarbeiter. Zu diesem Teil des Indikators besteht Vergleichbarkeit, während Angaben zu den ärztlich geleiteten Einrichtungen zusätzlich aufgenommen wurden.

**Originalquellen**

- ▶ Publikationen der Länder zu den verwendeten Datenquellen, z. B. Behördenverzeichnisse, Jahresberichte der obersten Landesgesundheitsbehörden.

**Dokumentationsstand**

16.02.2003, SenGesSozV - Berlin/lögd

Indikator (L) 6.8	Sonstige medizinische Einrichtungen, Land, Jahre		
Einrichtungsarten*, z.B.	Jahr	Jahr	Berichtsjahr
<b>Ärztlich geleitete Einrichtungen</b> Medizinische Labors Betriebsärztliche Dienste Einrichtungen d. berufl. u. sozial. Rehabilitation Giftinformationszentren  <b>Einrichtungen d. öffentlichen Gesundheitsdienstes</b> Arzneimitteluntersuchungsämter Medizinaluntersuchungsämter Chemische Untersuchungsämter Veterinäruntersuchungsämter Lebensmitteluntersuchungsämter Gewerbemedizin			

Datenquelle:  
 Oberste Landesgesundheitsbehörden:  
 Erhebungen der obersten Landesgesundheitsbehörden,  
 Statistische Landesämter:  
 Behördenverzeichnisse

\* Spezifizierung erfolgt landesspezifisch



6.9

## **Retungsleitstellen, Rettungswachen und Rettungshubschrauber, Land, im Zeitvergleich**

### **Definition**

Der Indikator 6.9 gibt einen Überblick über die Versorgung der Bevölkerung mit für die Notfallrettung vorgehaltenen Rettungsdienststellen.

Die Rettungsleitstelle ist das zentrale Organ des Rettungsdienstes. Bei ihr laufen die Hilfesuchen ein, sie erteilt die Anordnungen an die Einsatzkräfte, koordiniert deren Fahrten und überwacht den Funkverkehr.

In den Rettungswachen werden bodengebundene Rettungsmittel (Rettungs-, Notarzt- und Krankentransportwagen) und Personal vorgehalten. Ihre Standorte sind so auf den Rettungsdienstbereich verteilt, dass die vorgegebenen Hilfsfristen eingehalten werden und eine möglichst gleichmäßige Versorgung der Bevölkerung sichergestellt ist.

Als Luftrettungsmittel werden Rettungshubschrauber eingesetzt. Ein Rettungshubschrauber stellt die notärztliche Versorgung innerhalb eines Radius von 50-70 km sicher und ergänzt den bodengebundenen Rettungsdienst.

### **Datenhalter**

- ▶ Oberste Landesgesundheitsbehörden
- ▶ Oberste Landesinnenverwaltungen

### **Datenquelle**

- ▶ Statistik zum Rettungsdienst

### **Periodizität**

Jährlich, 31.12.

### **Validität**

Die Bundesländer müssen einen bedarfsgerechten und flächendeckenden Rettungsdienst, dessen Umfang und Organisation in entsprechenden Rettungsdienstgesetzen festgelegt sind, vorhalten. Auf dieser Grundlage ist von validen Daten auszugehen.

### **Kommentar**

Die verwendeten Zahlen sind Stichtagszahlen der obersten Gesundheits- bzw. Innenbehörden. Außer der Anzahl der Rettungsleitstellen, Rettungswachen und Rettungshubschrauber wird die Entwicklung im Zeitvergleich angegeben. Zusätzlich zu den Angaben wird empfohlen, in einer Karte mit regionaler Gliederung die Standorte der Rettungsleitstellen bzw. Rettungswachen (einschließlich der Standorte von Notarztfahrzeugen) sowie der Rettungshubschrauber in Sinnbildern darzustellen und somit einen Überblick über das Versorgungsangebot zu geben.

Der vorliegende Indikator ist ein Prozessindikator.

### **Vergleichbarkeit**

Es gibt keine vergleichbaren WHO-, OECD- und EU-Indikatoren.

Rettungsleitstellen, Rettungswachen und Standorte von Notarzteinsatzfahrzeugen wurden bisher im Indikator 6.5 in regionaler Gliederung in einer Karte dargestellt. Der Indikator ist vergleichbar.

### Originalquellen

- ▶ Publikationen der Länder zu den verwendeten Datenquellen, z. B. Jahresberichte der obersten Landesbehörden.

### Dokumentationsstand

16.02.2003, SenGesSozV - Berlin/lögd

Indikator (L) 6.9	Rettungsleitstellen, Rettungswachen und Rettungshubschrauber, Land, im Zeitvergleich		
Jahr	Rettungsleitstellen	Rettungswachen	Rettungshubschrauber
2000	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 6.9 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>		
2001			
...			
Berichtsjahr			

Datenquelle:  
 Oberste Landesgesundheitsbehörden/Oberste Landesinnenverwaltungen:  
 Statistik zum Rettungsdienst

6.10

**Gesundheitseinrichtungen für Suchtkranke, Land, Jahre****Definition**

Der Indikator 6.10 gibt einen Überblick über die im Land bestehenden Angebote zu Beratung, Betreuung, Therapie und Selbsthilfegruppen von Suchtkranken.

Das Personal der Beratungs-/Behandlungsstellen, Drogenberatungsstellen und Fachdienste beim ÖGD wird auf Vollzeitäquivalente umgerechnet. Bei den weiteren Einrichtungen werden Mitarbeiter/innen gezählt.

Entsprechend der Definition des Länderkurzberichts werden im Indikator 6.10 Beratungs-/Behandlungsstellen für Suchtkranke mit mindestens 2 Vollzeitstellen aufgenommen; Sozialpsychiatrische Dienste werden nicht berücksichtigt. Die unter *Beratungs-/Behandlungsstellen* bereits enthaltenen Zahlen zu Drogenberatungsstellen und Fachdiensten beim ÖGD werden noch einmal gesondert dargestellt.

Notschlafstellen können integrativer Bestandteil einer Suchtberatungsstelle sein. Angebote der allgemeinen Obdachlosen-/Nichtsesshaftenhilfe zählen nicht dazu.

Tagestreffs (Angebote für persönliche Hygiene, Ernährung, Beschäftigung usw.) können integrativer Bestandteil einer Suchtberatungsstelle sein.

Bei der Angabe zu ambulanter Entwöhnungsbehandlung, anerkannt gem. Vereinbarung *Abhängigkeitserkrankungen* von LVA bzw. LVA und BfA, sind Mehrfachnennungen zu Beratungs-/Behandlungsstellen für Suchtkranke möglich.

Unter Substitutionsbehandlung wird bei *insgesamt* die Zahl der Patientinnen/Patienten eingetragen.

Selbsthilfe: Erfasst wird die Anzahl der Sucht-Selbsthilfegruppen.

Unter *stationärer Entwöhnungsbehandlung* sind auch Fachkliniken und sozialtherapeutische Einrichtungen sowie Betten im Maßregelvollzug zu zählen.

Zu komplementären Einrichtungen für Suchtkranke gehören betreutes Wohnen (BSHG, KJHG), Adaptionseinrichtungen (SGB VI), stationäre Einrichtungen für chronisch mehrfach geschädigte Suchtkranke (BSHG), Pflegeheime (SGB XI) und gesonderte Stationen für Suchtkranke in Pflegeheimen.

Der Bezug der Betten erfolgt auf die Stichtagsbevölkerung.

**Datenhalter**

- ▶ Oberste Landesgesundheitsbehörden
- ▶ Ständiger Arbeitskreis der Drogenbeauftragten des Bundes und der Länder
- ▶ Statistische Landesämter

**Datenquelle**

- ▶ Dokumentation Suchtprogramme
- ▶ Länderkurzbericht
- ▶ Fortschreibung des Bevölkerungsstandes

**Periodizität**

Jährlich, 31.12.

**Validität**

Der Länderkurzbericht wurde aufgrund der Verpflichtung der Zulieferung der Daten an die EBDD (Europäische Drogenbeobachtungsstelle) 1993 eingeführt und seitdem entsprechend

eines Beschlusses der Gesundheitsministerkonferenz vom Ständigen Arbeitskreis der Drogenbeauftragten des Bundes und der Länder jährlich erstellt. Da die Ergebnisse der Länder jedes Jahr im Arbeitskreis auch auf Vergleichbarkeit der Definitionen und Datenquellen geprüft und ggf. korrigiert werden, ist die Validität der Daten als gut anzusehen.

Eine Änderung steht für den Bereich der stationären Einrichtungen bevor, da die Angabe der Betten für Suchtkranke ab dem Jahr 2002 nicht mehr in der Krankenhausstatistik enthalten ist.

### **Kommentar**

Die Daten sind Stichtagszahlen zum 31.12., bei stationären Einrichtungen bezogen auf die fortgeschriebene Bevölkerung des entsprechenden Stichtages/Jahres. Die Angaben sind weder Inzidenz- noch Prävalenzzahlen, Mehrfachnennungen sind möglich. In dem Indikator werden durchgeführte Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen nicht genannt, mit Ausnahme der in ambulanten Einrichtungen durchgeführten Substitutionsbehandlungen.

Der vorliegende Indikator ist ein Prozessindikator.

### **Vergleichbarkeit**

Es gibt keine vergleichbaren WHO-, OECD-Indikatoren. Im EU-Indikatorensetz sind Indikatoren zu *Psychiatric care beds* ohne weitere Untergliederungen vorgesehen, deshalb besteht keine Vergleichbarkeit.

Der Indikator wurde neu aufgenommen.

### **Originalquellen**

- ▶ Publikationen der Länder zu den verwendeten Datenquellen, z. B. Statistische Jahrbücher, Dokumentation Suchtprogramme, Länderkurzbericht des Ständigen Arbeitskreises der Drogenbeauftragten des Bundes und der Länder.

### **Dokumentationsstand**

17.02.2003, SenGesSozV - Berlin/lögd

Einrichtungsarten	Jahr			Berichtsjahr		
	insg.	Plätze	Personal	insg.	Plätze	Personal
<b>Ambulante Einrichtungen</b>						
Beratungs-/Behandlungsstellen für Suchtkranke		.			.	
Drogenberatungsstellen		.			.	
Fachdienste für Suchtkranke beim ÖGD		.			.	
Notschlafstellen für Suchtkranke						
Tagestreffs						
Drogenkonsumräume						
Entwöhnungsbehandlung ambulant		.	.		.	.
Institutsambulanz (m.Schwerpkt.Sucht)			.			.
Substitutionsbehandlung		.	.		.	.
<b>Stationäre Einrichtungen</b>	Stationen	Betten/Plätze	Betten je 100 000 Einw.	Stationen	Betten/Plätze	Betten je 100 000 Einw.
Entzug mit Motivationsanteilen vollstationär spezialisierte Stationen						
Betten außerhalb spezialisierter Stationen						
teilstationär, Tages-/Nachtkliniken						
Entwöhnungsbehandlung stationär						
teilstationär						
Maßregelvollzugsbetten für Suchtkranke						
<b>Sonstige Einrichtungen</b>	insg.	Betten/Plätze		insg.	Betten/Plätze	
Selbsthilfegruppen im Bereich Sucht		.			.	
Komplementäre Einricht. f. Suchtkranke						

Datenquelle:

Oberste Landesgesundheitsbehörden: Dokumentation Suchtprogramme,  
 Ständiger Arbeitskreis der Drogenbeauftragten des Bundes und der Länder: Länderkurzbericht,  
 Statistische Landesämter: Fortschreibung des Bevölkerungsstandes

. Kein Zahlenwert



6.11

**Krankenhäuser und Bettenzahl, Land, im Zeitvergleich****Definition**

Im Indikator 6.11 wird die Krankenhausversorgung in einer Übersicht über Arten von Krankenhäusern, Anzahl der aufgestellten Betten und Betten bezogen auf die Bevölkerung im Trend dargestellt.

Krankenhäuser sind Einrichtungen, die - gemäß § 107 (1) SGB V - der Krankenhausbehandlung oder Geburtshilfe dienen, fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende, ihrem Versorgungsauftrag entsprechende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und nach wissenschaftlich anerkannten Methoden arbeiten, mit Hilfe von jederzeit verfügbarem ärztlichem, Pflege-, Funktions- und medizinisch-technischem Personal darauf eingerichtet sind, vorwiegend durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten der Patienten zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, Krankheitsbeschwerden zu lindern oder Geburtshilfe zu leisten und in denen die Patienten untergebracht und gepflegt werden können. Krankenhäuser werden nach der Art ihrer Träger in öffentliche, freie gemeinnützige und private Krankenhäuser unterschieden.

In der Krankenhausstatistik wird zwischen allgemeinen und sonstigen Krankenhäusern unterschieden. Krankenhäuser mit Fachabteilungen der medizinischen Grundversorgung werden als allgemeine Krankenhäuser bezeichnet. Allgemeine Krankenhäuser werden nach der Art eingruppiert in: Hochschulklinik/Universitätsklinikum, Plankrankenhaus, Krankenhaus mit einem Versorgungsvertrag, sonstiges allgemeines Krankenhaus, reines Belegkrankenhaus.

Zu sonstigen Krankenhäusern gehören Krankenhäuser für Psychiatrie und für Psychiatrie und Neurologie mit ausschließlich psychiatrischen und neurologischen Betten sowie reine Tages- oder Nachtkliniken, in denen ausschließlich teilstationäre Behandlungen durchgeführt werden, und in denen Patienten nur eine begrenzte Zeit des Tages oder der Nacht untergebracht sind. Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen werden nicht den Krankenhäusern zugeordnet.

Nicht enthalten sind die Daten der Bundeswehr- und Polizeikrankenhäuser und der Krankenhäuser des Maßregelvollzugs (vergleiche Krankenhausstatistikverordnung (KHStV) vom 10.04.1990 - BGBl. I S. 730, geändert durch Verordnung vom 13.08.2001 - BGBl. I S. 2135). Als Betten im Krankenhaus gelten alle betriebsbereit aufgestellten Betten im Jahresdurchschnitt, unabhängig von der Förderung. Es werden nur Betten zur vollstationären Behandlung gezählt. Unberücksichtigt bleiben Betten zur teilstationären Unterbringung von Patienten, Betten in Untersuchungs- und Funktionsräumen sowie Betten für gesunde Neugeborene.

**Datenhalter**

- ▶ Statistische Landesämter

**Datenquelle**

- ▶ Krankenhausstatistik, Teil I - Grunddaten
- ▶ Fortschreibung des Bevölkerungsstandes

**Periodizität**

Jährlich, 31.12.

**Validität**

Kommen alle Einrichtungen ihrer Meldepflicht nach, kann von einer hohen Datenqualität für die Krankenhäuser des Geltungsbereiches der KHStV (d. h. mit Ausnahme der Krankenhäuser der Bundeswehr, Polizei und des Maßregelvollzugs) ausgegangen werden.

**Kommentar**

Die verwendeten Zahlen sind Stichtagszahlen der Statistischen Landesämter zum 31.12. jeden Jahres. Allgemeine Krankenhäuser sind im internationalen Vergleich Akutkrankenhäusern gleichgestellt.

Der vorliegende Indikator ist ein Prozessindikator.

**Vergleichbarkeit**

Im WHO-Indikatorenset sind in den Indikatoren 5010 270210 *Number of hospitals per 100,000 population* und 5050 270205 *Number of hospital beds per 100,000 population* Angaben zu allen Krankenhäusern enthalten, zusätzlich auch Indikatoren zu Akutkrankenhäusern 5020 992710 *Number of acute/short-stay hospitals/100,000* und deren Bettenzahl 5060 992713 *Hospital beds in acute care hospitals/100,000*. Im OECD- und EU-Indikatorenset sind Indikatoren zu *Total hospital beds* und *Acute care hospital beds* enthalten.

Anzahl der Krankenhäuser und aufgestellte Betten waren im bisherigen Indikator 6.11 enthalten, mit dem Vergleichbarkeit besteht. Zusätzlich wurde die Unterteilung in allgemeine und sonstige Krankenhäuser sowie die Bettendichte aufgenommen.

**Originalquellen**

- ▶ Publikationen der Länder zu den verwendeten Datenquellen, z. B. Statistische Jahrbücher, Statistische Berichte zur Krankenhausstatistik.

**Dokumentationsstand**

20.02.2003, SenGesSozV - Berlin/lögd

<div style="display: inline-block; border: 1px solid black; padding: 2px;">Indikator (K) 6.11</div> <b>Krankenhäuser und Bettenzahl, Land, im Zeitvergleich</b>							
Jahr	Anzahl der Krankenhäuser			Anzahl der Krankenhausbetten			Betten je 100 000 Einw.
	allg. Kranken- häuser	sonst. Kranken- häuser	insgesamt	allg. Kranken- häuser	sonst. Kranken- häuser	insgesamt	
2000	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 6.11 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>						
2001							
...							
Berichtsjahr							

Datenquelle:  
 Statistische Landesämter:  
 Krankenhausstatistik, Teil I - Grunddaten,  
 Fortschreibung des Bevölkerungsstandes



## 6.12

**Krankenhäuser nach Größenklassen, Land, Jahr****Definition**

Im Indikator 6.12 wird die Krankenhausversorgung in einer Übersicht über Größenklassen, Bettenanzahl und Personalausstattung dargestellt.

Krankenhäuser sind Einrichtungen, die - gemäß § 107 (1) SGB V - der Krankenhausbehandlung oder Geburtshilfe dienen, fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende, ihrem Versorgungsauftrag entsprechende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und nach wissenschaftlich anerkannten Methoden arbeiten, mit Hilfe von jederzeit verfügbarem ärztlichem, Pflege-, Funktions- und medizinisch-technischem Personal darauf eingerichtet sind, vorwiegend durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten der Patienten zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, Krankheitsbeschwerden zu lindern oder Geburtshilfe zu leisten und in denen die Patienten untergebracht und gepflegt werden können. Erfasst werden die allgemeinen und sonstigen Krankenhäuser (Erläuterungen hierzu sind Indikator 6.11 zu entnehmen). Die Bundeswehr- und Polizeikrankenhäuser und die Krankenhäuser des Maßregelvollzugs sind nicht enthalten.

Als aufgestellte Betten im Krankenhaus gelten alle betriebsbereit aufgestellten Betten im Jahresdurchschnitt, unabhängig von der Förderung. Es werden nur Betten zur vollstationären Behandlung gezählt. Unberücksichtigt bleiben Betten zur teilstationären Unterbringung von Patienten, Betten in Untersuchungs- und Funktionsräumen sowie Betten für gesunde Neugeborene.

Das Personal der Krankenhäuser umfasst ärztliches und nichtärztliches Personal und wird in Vollkräften im Jahresdurchschnitt ausgewiesen.

Vollkräfte heißt die Zahl der auf die volle tarifliche Arbeitszeit umgerechneten Beschäftigten während des Berichtszeitraumes. Die Umrechnung bezieht sich auf Teilzeitbeschäftigte und auf Mitarbeiter, die nicht im gesamten Zeitraum tätig waren. Auch kurzfristig beschäftigte Aushilfskräfte sind in Vollkräfte umzurechnen. Die Gesamtzahl der Vollkräfte ergibt sich aus der Summe der umgerechneten Teilzeitkräfte, der umgerechneten kurzzeitig beschäftigten Arbeitnehmer und der Beschäftigten, die im gesamten Jahr bei voller tariflicher Arbeitszeit eingesetzt waren.

Der Begriff Vollkräfte entspricht dem in der Gesundheitspersonalrechnung des Statistischen Bundesamtes verwendeten Begriff der Vollzeitäquivalente (vgl. Indikator 8.3).

Für das ärztliche Personal umfasst die Umrechnung das hauptamtliche ärztliche Personal (d.h. in der Einrichtung festangestellte Ärzte wie Leitende Ärzte, Fachärzte und Ärzte ohne Gebietsbezeichnung, Assistenzärzte mit und ohne abgeschlossener Weiterbildung und seit 1995 auch die Ärzte im Praktikum, soweit diese auf die Besetzung im ärztlichen Dienst angerechnet sind) ohne Zahnärzte.

Nichtärztliches Personal wird in seiner Zuordnung der einzelnen Berufsbezeichnungen zu den Funktionsbereichen weitgehend durch die Gliederung der Krankenhausbuchführungsverordnung (KHBV) definiert. Zum nichtärztlichen Personal zählen Angehörige des Pflegedienstes, des medizinisch-technischen Dienstes, des Funktionsdienstes, klinisches Hauspersonal, Personal des Wirtschafts- und Versorgungsdienstes, des Technischen Dienstes, des Verwaltungsdienstes, der Sonderdienste und sonstiges nichtärztliches Personal. Für die Ermittlung der Zahl der Vollkräfte beim nichtärztlichen Personal sind die Krankenpflegeschüler und Kinderkrankenpflegeschüler im Verhältnis 7:1 und die Schüler in der Krankenpflegehilfe im Verhältnis 6:1 zu berücksichtigen.

**Datenhalter**

- ▶ Statistische Landesämter

**Datenquelle**

- ▶ Krankenhausstatistik, Teil I - Grunddaten

**Periodizität**

Jährlich, 31.12.

**Validität**

Kommen alle Einrichtungen ihrer Meldepflicht nach, kann von einer hohen Datenqualität für die Krankenhäuser des Geltungsbereiches der Krankenhausstatistik-Verordnung (d. h. mit Ausnahme der Krankenhäuser der Bundeswehr, Polizei und des Maßregelvollzugs) ausgegangen werden.

**Kommentar**

Die verwendeten Zahlen sind Stichtagszahlen der Statistischen Landesämter zum 31.12. jeden Jahres.

Der vorliegende Indikator ist ein Prozessindikator.

**Vergleichbarkeit**

Es gibt keine WHO-, OECD- und EU-Indikatoren zu Größenklassen von Krankenhäusern. Der Indikator ist vergleichbar mit dem bisherigem Indikator 6.11.

**Originalquellen**

- ▶ Publikationen der Länder zu den verwendeten Datenquellen, z. B. Statistische Jahrbücher, Statistische Berichte zur Krankenhausstatistik.

**Dokumentationsstand:** 20.02.2003, SenGesSozV - Berlin/lögd

Indikator (K) 6.12	Krankenhäuser nach Größenklassen, Land, Jahr			
	Größenklasse von ... bis Betten	Krankenhäuser	aufgestellte Betten	Personal* (ärztliches**/nichtärztliches)
				insgesamt
Anzahl				
	0 - 49			
	50 - 149			
	150 - 299			
	300 - 499			
	500 - 799			
	800 und mehr			
	<b>Insgesamt</b>			

[Sprung zu Daten des Indikators 6.12 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes](#)

Datenquelle:  
Statistische Landesämter:  
Krankenhausstatistik, Teil I - Grunddaten

\* Vollkräfte im Jahresdurchschnitt  
\*\* inklusive Ärzte im Praktikum (AiP)

6.13

**Krankenhäuser nach Fachabteilungen, Land, Jahr****Definition**

Im Indikator 6.13 wird das Krankenhausangebot nach Fachabteilungen und Bettenzahlen sowie -dichte dargestellt. Die unterschiedliche Zahl der Fachabteilungen und Betten für die aufgeführten Fachdisziplinen resultiert aus der Morbidität und der Inanspruchnahme.

Fachabteilungen sind abgegrenzte, von Ärzten mit Gebiets- oder Schwerpunktbezeichnungen ständig verantwortlich geleitete Abteilungen mit besonderen Behandlungseinrichtungen. Sofern eine organisatorisch selbstständige Fachabteilung Intensivmedizin im Krankenhaus besteht, sind deren Betten entsprechend ihrer Nutzung den aufgeführten Fachabteilungen zugeordnet.

Intensivbetten sind Betten, die ausschließlich der intensivmedizinischen Behandlung von Patienten dienen. Zu den Intensivbetten zählen auch Schwerkrankenbetten mit Überwachungseinrichtungen, nicht aber Aufwachbetten. Betten zur Behandlung Querschnittgelähmter und Schwerbrandverletzter gelten nicht als Intensivbetten. Intensivbetten werden einer Fachabteilung zugeordnet.

Belegbetten sind Betten, die Belegärzten zur vollstationären Versorgung ihrer Patienten zur Verfügung stehen. Bei Belegärzten handelt es um niedergelassene und andere nicht in der Einrichtung angestellte Ärzte, die berechtigt sind, ihre Patienten - Belegpatienten - in der Einrichtung unter Inanspruchnahme der dafür bereitgestellten Dienste, Einrichtungen und Mittel stationär oder teilstationär zu behandeln, ohne hierfür vom Krankenhaus eine Vergütung zu erhalten. Belegbetten werden einer Fachabteilung zugeordnet.

**Datenhalter**

- ▶ Statistische Landesämter

**Datenquelle**

- ▶ Krankenhausstatistik, Teil I - Grunddaten
- ▶ Fortschreibung des Bevölkerungsstandes

**Periodizität**

Jährlich, 31.12.

**Validität**

Kommen alle Einrichtungen ihrer Meldepflicht nach, kann von einer hohen Datenqualität für die Krankenhäuser des Geltungsbereiches der Krankenhausstatistik-Verordnung (d. h. mit Ausnahme der Krankenhäuser der Bundeswehr, Polizei und des Maßregelvollzugs) ausgegangen werden.

**Kommentar**

Die Darstellung der Fachabteilungen entspricht der Ersten Verordnung zur Änderung der Krankenhausstatistik-Verordnung vom 13.08.2001. Die Fachabteilung Chirurgie schließt Gefäß-, Thorax-, Unfall-, Viszeral-, sonstige und allgemeine Chirurgie ein, die Fachabteilung Frauenheilkunde und Geburtshilfe schließt auch Abteilungen für Frauenheilkunde oder Abteilungen für Geburtshilfe ein. Die Fachabteilung Herzchirurgie schließt Fachabteilungen für Thoraxchirurgie, sonstige und allgemeine Herzchirurgie ein. Zur Fachabteilung Innere Medizin gehören die Angiologie, Endokrinologie, Gastroenterologie, Hämatologie und internistische

Onkologie, Kardiologie, Nephrologie, Pneumologie, Rheumatologie, sonstige und allgemeine Innere Medizin. Die Fachabteilung Kinderheilkunde schließt Kinderkardiologie, Neonatologie, sonstige und allgemeine Kinderheilkunde ein. Die Fachabteilung Orthopädie schließt Rheumatologie, sonstige und allgemeine Orthopädie ein. Die Fachabteilung Psychotherapeutische Medizin schließt die bis zum Jahre 2002 ausgewiesene Fachrichtung Psychosomatik ein. Die verwendeten Zahlen sind Stichtagszahlen der Statistischen Landesämter zum 31.12. jeden Jahres. Die aufgestellten Betten werden im Jahresdurchschnitt ermittelt. Der vorliegende Indikator ist ein Prozessindikator.

### **Vergleichbarkeit**

Es gibt keine WHO-, OECD- und EU-Indikatoren mit Aufgliederung von Krankenhausbetten nach Fachabteilungen. Nur Psychatriebetten werden in den Indikatorenätzen gesondert ausgewiesen.

Der Indikator ist mit dem bisherigen Indikator 6.13 weitestgehend vergleichbar. Die Berechnung der Betten pro hunderttausend der Bevölkerung anstelle pro zehntausend wurde vorgenommen, um eine Anpassung an internationale Berechnungsvorschriften vorzunehmen.

### **Originalquellen**

- ▶ Publikationen der Länder zu den verwendeten Datenquellen, z. B. Statistische Jahrbücher, Statistische Berichte zur Krankenhausstatistik.

### **Dokumentationsstand**

20.02.2003, SenGesSozV - Berlin/lögd

Fachabteilung	Anzahl der Krankenhäuser*	Anzahl der Fachabteilungen	aufgestellte Betten			Betten/ 100 000 Einw.
			insgesamt	darunter:		
				Intensivbetten	Belegbetten	
Augenheilkunde Chirurgie davon: Gefäßchirurgie Thoraxchirurgie Unfallchirurgie Visceralchirurgie Sonst. u. allg. Chirurgie Frauenheilkunde und Geburtshilfe davon: Frauenheilkunde <sup>1</sup> Geburtshilfe <sup>2</sup> Sonst. Frauenheilkunde und Geburtshilfe Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde Haut- u. Geschlechtskrankheiten Herzchirurgie davon: Thoraxchirurgie Sonstige u. allgemeine Herzchirurgie Innere Medizin davon: Angiologie Endokrinologie Gastroenterologie Hämatologie Kardiologie Klinische Geriatrie <sup>3</sup> Nephrologie Pneumologie Rheumatologie Sonstige u. allgemeine innere Medizin						

[Sprung zu Daten des Indikators 6.13 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes](#)

noch: Indikator 6.13

Fachabteilung	Anzahl der Krankenhäuser*	Anzahl der Fachabteilungen	aufgestellte Betten			Betten/ 100 000 Einw.
			insgesamt	darunter:		
				Intensivbetten	Belegbetten	
Kinderchirurgie						
Kinderheilkunde <sup>4</sup>						
davon:						
Kinderkardiologie						
Neonatologie						
Sonstige u. allgemeine Kinderheilkunde						
Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie						
Neurochirurgie						
Neurologie						
Nuklearmedizin						
Orthopädie						
davon:						
Rheumatologie						
Sonstige u. allgemeine Orthopädie						
Plastische Chirurgie						
Strahlentherapie						
Urologie						
<b>Zusammen<sup>6</sup></b>						
Kinder- u. Jugendpsych. u. -psychotherapie <sup>5</sup>						
Psychiatrie und Psychotherapie						
Psychotherapeutische Medizin						
<b>Insgesamt<sup>6</sup></b>						

Datenquelle:  
 Statistische Landesämter:  
 Krankenhausstatistik, Teil I - Grunddaten

Fälle bezogen auf 1 000 Einwohner der folgenden Bevölkerungsgruppen:

- <sup>1</sup> Frauen 15 Jahre und älter
- <sup>2</sup> Frauen von 15 - 44 Jahren
- <sup>3</sup> 65 Jahre und älter
- <sup>4</sup> Kinder von 0 - 14 Jahren
- <sup>5</sup> Kinder und Jugendliche von 0 - 17 Jahren
- <sup>6</sup> Summe der Fälle ohne interne Verlegungen

6.14

## Krankenhäuser mit Tages- und Nachtambulanzplätzen, Land, Jahre

### Definition

Tages- und Nachtambulanzplätze dienen der teilstationären Versorgung und werden in ausgewählten Fachabteilungen einer speziellen Patientenklientel angeboten, bei der die teilstationäre Aufnahme Teil der Therapie ist. Die im Indikator 6.14 ausgewiesenen, kostengünstigeren Plätze bieten eine Ergänzung zum stationären Bettenangebot.

Unter einer teilstationären Behandlung versteht man eine Krankenhausleistung, die eine regelmäßige Verweildauer im Krankenhaus von weniger als 24 Stunden umfasst, z. B. wöchentlich mehrmalige teilstationäre Dialysebehandlung. Die Patienten verbringen dort nur den entsprechenden Tagesabschnitt während der ärztlichen Behandlung, die restliche Zeit aber außerhalb des Krankenhauses.

Die Definition der Krankenhäuser ist Indikator 6.11 zu entnehmen.

In der Regel versteht man unter Fachabteilungen abgegrenzte, von Ärzten ständig verantwortlich geleitete Abteilungen mit besonderen Behandlungseinrichtungen, die der Gebiets- bzw. Schwerpunktbezeichnung des leitenden Arztes zugeordnet werden. So kann es eine Fachabteilung *Klinische Geriatrie*, die von einem Facharzt der Inneren Medizin mit der Subspezialisierung *Klinische Geriatrie* geleitet wird, geben. Zur Fachabteilung *Klinische Geriatrie* als Teilgebiet der Geriatrie gehören somit nicht alle geriatrischen Betten. Diese können auch in anderen Fachabteilungen vorgehalten werden und sind deshalb in der Rubrik *Fachabteilungen und Besondere Einrichtungen mit gesonderten Abteilungspflegesätzen nach § 13 Abs. 2 BpflV* gemäß der Ersten Verordnung zur Änderung der Krankenhausstatistik-Verordnung vom 13.08.2001 als Fachabteilung Geriatrie zu finden. *Fachabteilung Geriatrie* weist alle Fachabteilungen aus, die Geriatriebetten vorhalten (*Klinische Geriatrie* ist ein Teilgebiet). Tages- und Nachtambulanzplätze für Psychotherapeutische Medizin beinhalten Plätze für Psychosomatik.

### Datenhalter

- ▶ Statistische Landesämter

### Datenquelle

- ▶ Krankenhausstatistik, Teil I - Grunddaten

### Periodizität

Jährlich, 31.12.

### Validität

Kommen alle Einrichtungen ihrer Meldepflicht nach, kann von einer hohen Datenqualität für die Krankenhäuser des Geltungsbereiches der Krankenhausstatistik-Verordnung ausgegangen werden.

### Kommentar

Die Darstellung der Fachabteilungen entspricht der Ersten Verordnung zur Änderung der Krankenhausstatistik-Verordnung vom 13.08.2001. Die verwendeten Zahlen sind Stichtagszahlen der Statistischen Landesämter zum 31.12. jeden Jahres.

Der vorliegende Indikator ist ein Prozessindikator.

### Vergleichbarkeit

Es gibt keine vergleichbaren WHO- und EU-Indikatoren.

Im bisherigen Indikatorensetz wurden im Indikator 6.15 Angaben zu Tagesklinikplätzen, darunter für Suchtkranke und Gerontopsychiatrie ausgewiesen. Die Plätze für Suchtkranke sind jetzt Indikator 6.10 zu entnehmen, die Plätze der Gerontopsychiatrie sind in die Fachabteilung Geriatrie eingegangen.

Durch Aufnahme der Nachtambulanzplätze ist eine Entwicklung des teilstationären Bettenangebotes insgesamt ablesbar.

### Originalquellen

- Publikationen der Länder zu den verwendeten Datenquellen, z. B. Statistische Jahrbücher, Statistische Berichte zur Krankenhausstatistik.

### Dokumentationsstand

20.02.2003, SenGesSozV - Berlin/lögd

Indikator (L) 6.14	Krankenhäuser mit Tages- und Nachtambulanzplätzen, Land, Jahre					
	Jahr		Jahr		Berichtsjahr	
	Anzahl der Fachabteilungen	Plätze	Anzahl der Fachabteilungen	Plätze	Anzahl der Fachabteilungen	Plätze
Fachabteilung Geriatrie*						
Kinder-/Jugendpsychiatrie und -psychotherapie						
Psychiatrie und Psychotherapie						
Psychotherapeutische Medizin						
Sonstige						
<b>Insgesamt</b>						

Datenquelle:  
Statistische Landesämter:  
Krankenhausstatistik, Teil I - Grunddaten

\* Fachabteilung Geriatrie weist alle Fachabteilungen aus, die Geriatriebetten vorhalten (Klinische Geriatrie ist ein Teilgebiet)



6.15

## Wichtige Krankenhausangebote, Land im Regionalvergleich, Jahr

### Definition

Indikator 6.15 zeigt das Bettenangebot der wichtigsten Fachabteilungen der Grundversorgung bezogen auf die zu versorgenden Bevölkerungsgruppen im Regionalvergleich.

Die Erläuterungen des Begriffs Krankenhaus ist Indikator 6.12 und der Fachabteilungen sind Indikator 6.13 zu entnehmen.

Die Fachabteilung Chirurgie schließt nach der Ersten Verordnung zur Änderung der Krankenhausstatistik-Verordnung vom 13.08.2001 die Subspezialisierungen Gefäß-, Thorax-, Unfall-, Viszeral-, sonstige und allgemeine Chirurgie ein.

Zur Inneren Medizin zählen die Richtungen Angiologie, Endokrinologie, Gastroenterologie, Hämatologie und internistische Onkologie, Kardiologie, Klinische Geriatrie (s. Indikator 6.14), Nephrologie, Pneumologie, Rheumatologie und sonstige und allgemeine Innere Medizin.

Frauenheilkunde und Geburtshilfe hat die Unterabteilungen Frauenheilkunde, Geburtshilfe sowie sonstige und allgemeine Frauenheilkunde und Geburtshilfe.

Kinderheilkunde beinhaltet die Gebiete Kinderkardiologie, Neonatologie und sonstige und allgemeine Kinderheilkunde.

Für die vier aufgeführten Fachabteilungen wird der Bezug je 100 000 zu versorgende Einwohner bzw. Frauen oder Kinder in den Verwaltungsbezirken hergestellt.

### Datenhalter

- ▶ Statistische Landesämter

### Datenquelle

- ▶ Krankenhausstatistik, Teil I - Grunddaten

### Periodizität

Jährlich, 31.12.

### Validität

Kommen alle Einrichtungen ihrer Meldepflicht nach, kann von einer hohen Datenqualität für die Krankenhäuser des Geltungsbereiches der Krankenhausstatistik-Verordnung (d. h. mit Ausnahme der Krankenhäuser der Bundeswehr, Polizei und des Maßregelvollzugs) ausgegangen werden.

### Kommentar

Die Darstellung der Fachabteilungen entspricht der Ersten Verordnung zur Änderung der Krankenhausstatistik-Verordnung vom 13.08.2001. Die aufgestellten Betten werden im Jahresdurchschnitt ermittelt und zum Stichtag 31.12. jeden Jahres erfasst.

Der vorliegende Indikator ist ein Prozessindikator.

### Vergleichbarkeit

Es gibt keine vergleichbaren WHO-, OECD- und EU-Indikatoren zur regionalen Versorgungsstruktur mit Krankenhausbetten nach Fachabteilungen.

Der Indikator ist mit dem bisherigen Indikator 6.12 vergleichbar, der jedoch in der Fassung von 1996 ausgesetzt wurde.

**Originalquellen**

- ▶ Publikationen der Länder zu den verwendeten Datenquellen, z. B. Statistische Jahrbücher, Statistische Berichte zur Krankenhausstatistik.

**Dokumentationsstand**

20.02.2003, SenGesSozV - Berlin/lögd

<b>Indikator (L)</b> <b>6.15</b>		<b>Wichtige Krankenhausangebote, Land im Regionalvergleich, Jahr</b>							
Lfd. NR.	Region	Aufgestellte Betten in den Fachabteilungen							
		Chirurgie		Innere Medizin		Frauenheilkunde/ Geburtshilfe		Kinderheilkunde	
		insges.	je 100 000 Einw.	insges.	je 100 000 Einw.	insges.	je 100 000 Frauen *	insges.	je 100 000 Kinder **
1 2 3 ...	<b>Regierungsbezirk</b> <b>Land</b>	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 6.15 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>							

Datenquelle:  
Statistische Landesämter:  
Krankenhausstatistik, Teil I - Grunddaten

\* Frauen im Alter von 15 und mehr Jahren  
\*\* Kinder im Alter von 0 bis 14 Jahren

6.16

## Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, Land, im Zeitvergleich

### Definition

Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen stellen stationäre Hilfen der verschiedensten Art im Vorfeld oder im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung bereit. Sie werden danach unterschieden, ob sie einen Versorgungsauftrag nach § 111 SGB V haben oder nicht. Zu Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen zählen z. B. Sanatorien, Kurkliniken oder -heime und andere Spezialeinrichtungen, die sich auf bestimmte Krankheitsgruppen spezialisiert haben. Indikator 6.16 gibt einen Überblick über die Anzahl der Einrichtungen und Betten der wichtigsten Fachgebiete und das dort eingesetzte Personal umgerechnet auf Vollkräfte im Jahresdurchschnitt.

Als Vollkräfte werden die auf volle tarifliche Arbeitszeit umgerechneten Beschäftigten bezeichnet. Siehe dazu auch Indikator 6.12. Der Begriff der Vollkräfte entspricht dem in der Gesundheitspersonalrechnung verwendeten Begriff der Vollzeitäquivalente (vergl. Indikator 8.3).

Die Bezeichnungen der Fachabteilungen entsprechen der Ersten Verordnung zur Änderung der Krankenhausstatistik-Verordnung vom 13.08.2001. Zur Erläuterung der Fachabteilung Innere Medizin s. Indikator 6.15. Zur Orthopädie gehören die Spezialisierungen Rheumatologie sowie sonstige und allgemeine Orthopädie. Neurologie schließt ein: Klinische Geriatrie und sonstige und allgemeine Neurologie. Zur Fachabteilung Psychotherapeutische Medizin gehört auch die Psychosomatik.

### Datenhalter

- ▶ Statistische Landesämter

### Datenquelle

- ▶ Krankenhausstatistik, Teil I - Grunddaten, Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen

### Periodizität

Jährlich, 31.12.

### Validität

Kommen alle Einrichtungen ihrer Meldepflicht nach, kann von einer hohen Datenqualität für die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen des Geltungsbereiches der Krankenhausstatistik-Verordnung ausgegangen werden.

### Kommentar

Die Darstellung der Fachabteilungen entspricht der Ersten Verordnung zur Änderung der Krankenhausstatistik-Verordnung vom 13.08.2001. Die aufgestellten Betten werden im Jahresdurchschnitt ermittelt und zum Stichtag 31.12. jeden Jahres erfasst.

Der vorliegende Indikator ist ein Prozessindikator.

### Vergleichbarkeit

Es gibt keine vergleichbaren WHO-, OECD- und EU-Indikatoren.

Die Anzahl der Einrichtungen und Betten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen war bisher im Indikator 6.14 enthalten. Dort gab es die gesonderte Ausweisung der Einrichtungen für Suchtkrankheiten und Neurologische Krankheiten. Die Mitarbeiter wurden in Personen gezählt. Deshalb liegt nur eine bedingte Vergleichbarkeit vor.

**Originalquellen**

- Publikationen der Länder zu den verwendeten Datenquellen, z. B. Statistische Jahrbücher, Statistische Berichte der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen.

**Dokumentationsstand**

20.02.2003, SenGesSozV - Berlin/lögd

Indikator (K) 6.16		Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, Land, im Zeitvergleich							
		Anzahl d. Einrich- tungen	aufge- stellte Betten	darunter für:				Personal* (ärztlich.**/nichtärztlich.)	
				Innere Medizin	Ortho- pädie	Neuro- logie	Psychotherap. Medizin	insgesamt	je Bett
2000		<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 6.16 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>							
2001									
...									
Berichtsj.									

Datenquelle:  
 Statistische Landesämter:  
 Krankenhausstatistik, Teil I - Grunddaten,  
 Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen

\* Vollkräfte  
 im Jahresdurchschnitt  
 \*\* inklusive Ärzte im  
 Praktikum (AIP)

6.17

## Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen nach Art der Pflegeeinrichtung bzw. verfügbaren Plätzen, Land, im Zeitvergleich

### Definition

Indikator 6.17 gibt einen Überblick über die im Land vorhandenen ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen, den Versorgungsgrad der über 65-Jährigen mit in stationären Einrichtungen verfügbaren Plätzen und die zeitliche Entwicklung.

Die Daten sind Teil der alle zwei Jahre jeweils zum Stichtag 15.12. eines Berichtsjahres (erstmalig im Dezember 1999) durchgeführten Pflegestatistik. Die hier erfassten Daten zum pflegerischen Versorgungsangebot dienen zusammen mit den Daten zur personellen Ausstattung (Themenfeld 8) und zur Struktur der Pflegebedürftigen (Themenfeld 3) sowie den erbrachten Leistungen (Themenfeld 7) als Grundlage für Planungsentscheidungen.

Auskunftspflichtig sind die Träger der Pflegeeinrichtungen mit Versorgungsvertrag nach SGB XI und die Pflegekassen (Pflegegeldempfänger).

Ambulante Pflegeeinrichtungen sind selbstständige Einrichtungen mit mindestens einer ausgebildeten Pflegefachkraft, die aufgrund eines Versorgungsvertrages nach SGB XI Pflegebedürftige in ihren Wohnungen pflegen und hauswirtschaftlich versorgen.

Stationäre Pflegeeinrichtungen sind selbstständig wirtschaftende Einrichtungen, die aufgrund eines Versorgungsvertrages nach SGB XI Pflegebedürftige ganz- bzw. halbtäglich versorgen; stationäre Pflege umfasst vollstationäre Lang- und Kurzzeitpflege sowie teilstationäre Tages- und Nachtpflege. Als verfügbare Plätze zählen alle Plätze, die von der (teil-)stationären Einrichtung gemäß Versorgungsvertrag angeboten werden.

Während die Pflege nach SGB XI in eingliedrigen Einrichtungen ausschließlich stationär oder ambulant geleistet wird, erfolgt sie in mehrgliedrigen Einrichtungen sowohl (teil- und/oder voll)stationär als auch ambulant. Im vorliegenden Indikator werden unter ambulanten Pflegeeinrichtungen sowohl eingliedrige als auch mehrgliedrige Einrichtungen verstanden. Die Differenz aus der Gesamtzahl ambulanter Pflegeeinrichtungen und eingliedriger Einrichtungen stellen die mehrgliedrigen Einrichtungen dar.

Die Statistik unterscheidet außerdem nach Einrichtungen ohne andere und mit anderen Sozialleistungen (gemischte Einrichtungen), zu denen z. B. häusliche Krankenpflege oder Haushaltshilfe nach SGB V, Hilfe zur Pflege nach BSHG oder Mobiler Sozialer Dienst gehören.

### Datenhalter

- ▶ Statistische Landesämter

### Datenquelle

- ▶ Pflegestatistik
- ▶ Fortschreibung des Bevölkerungsstandes

### Periodizität

Zweijährlich, 15.12., erstmalig 1999

### Validität

Bei der Pflegestatistik handelt es sich um eine Totalerhebung mit Auskunftspflicht. Trotz der von den Statistischen Landesämtern durchgeführten Eingangskontrollen ist aufgrund der Schwierigkeiten, die mit dem Aufbau einer neuen Statistik verbunden sind, in den ersten Pflegestatistiken noch nicht mit der bestmöglichen Validität zu rechnen. Für das Erreichen einer hohen Datenqualität kommt erschwerend hinzu, dass es sich um eine Datenerhebung bei einer

Vielzahl von Auskunftspflichtigen handelt, die sich durch das Ausscheiden oder durch das Gründen neuer Pflegeeinrichtungen ständig verändert.

**Kommentar**

Die verwendeten Zahlen sind Stichtagszahlen der Statistischen Landesämter zum 15.12. (Bevölkerungsfortschreibung) des jeweiligen Berichtsjahres. Die verfügbaren Plätze werden im Jahresdurchschnitt ermittelt und zum 15.12. des Berichtsjahres erfasst. Der Bevölkerungsbezug erfolgt auf die Stichtagsbevölkerung vom 31.12. des Berichtsjahres. Der vorliegende Indikator ist ein Prozessindikator.

**Vergleichbarkeit**

Bedingt vergleichbar mit dem WHO-Indikator 5100 992712 *Beds in nursing & elderly homes /100 000*. Nur bedingt vergleichbar mit dem OECD-Indikator: *Long term care beds*. Im EU-Indikatorensetz gibt es den Indikator *Number of nursing/elderly home care beds/100.000 population*.

Stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen wurden bisher in den Indikatoren 6.16 *Sozialstationen nach Kreisen*, 6.17 *Alten- und Pflegeheime nach Kreisen* und 6.18 *ambulante Pflegedienste* nur sehr unzulänglich erfasst. Sie sind nicht mit den neuen Indikatoren vergleichbar, da sich die Voraussetzungen für die Erhebungstatbestände mit der Pflegestatistik grundlegend geändert und verbessert haben. Sozialstationen gehen in die ambulanten Pflegedienste ein. Altenheime, die Bürger ohne Pflegebedürftigkeit betreuen, werden in dem vorliegenden Indikator nicht mehr ausgewiesen.

**Originalquellen**

- Publikationen der Länder zu den verwendeten Datenquellen, z B. Statistische Jahrbücher, Statistische Berichte zur Pflegestatistik.

**Dokumentationsstand**

20.02.2003, SenGesSozV-Berlin/lögd

<b>Indikator (K) 6.17</b>	<b>Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen nach Art der Pflegeeinrichtung bzw. verfügbaren Plätzen, Land, im Zeitvergleich</b>							
Jahr	Ambulante Pflegeeinrichtungen			Stationäre Pflegeeinrichtungen				
	insgesamt	darunter: Eingliedrige		insgesamt	verfügbare Plätze			
		ohne	mit		insgesamt		voll- stationäre Pflege	teil- stationäre Pflege
		andere(n) Sozialleistungen			Anzahl	je 100 000 ältere Einw.*		
1999								
2001	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 6.17 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>							
...								
Berichtsj.								

Datenquelle:  
Statistische Landesämter:  
Pflegestatistik,  
Fortschreibung des Bevölkerungsstands

\* 65 Jahre und mehr

6.18

### **Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen nach Art der Pflegeeinrichtung bzw. verfügbaren Plätzen, Land im Regionalvergleich, Jahr**

#### **Definition**

Der Indikator gibt einen Überblick über die regionale Verteilung von ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen und den Versorgungsgrad der Bevölkerung (der über 65-Jährigen) mit stationären Pflegeplätzen.

Die Daten sind Teil der alle zwei Jahre jeweils zum Stichtag 15.12. eines Berichtsjahres (erstmalig im Dezember 1999) durchgeführten Pflegestatistik. Die hier erfassten Daten zum pflegerischen Versorgungsangebot dienen zusammen mit den Daten zur personellen Ausstattung (Themenfeld 8) und zur Struktur der Pflegebedürftigen (Themenfeld 3) sowie den erbrachten Leistungen (Themenfeld 7) als Grundlage für Planungsentscheidungen.

Auskunftspflichtig sind die Träger der Pflegeeinrichtungen mit Versorgungsvertrag nach SGB XI.

Ambulante Pflegeeinrichtungen sind selbstständige Einrichtungen mit mindestens einer ausgebildeten Pflegefachkraft, die aufgrund eines Versorgungsvertrages nach SGB XI Pflegebedürftige in ihren Wohnungen pflegen und hauswirtschaftlich versorgen.

Stationäre Pflegeeinrichtungen sind selbstständig wirtschaftende Einrichtungen, die aufgrund eines Versorgungsvertrages nach SGB XI Pflegebedürftige ganz- bzw. halbtäglich versorgen. Stationäre Pflege umfasst vollstationäre Lang- und Kurzzeitpflege sowie teilstationäre Tages- und Nachtpflege. Als verfügbare Plätze zählen alle Plätze, die von der (teil-)stationären Einrichtung gemäß Versorgungsvertrag angeboten werden.

Während die Pflege nach SGB XI in eingliedrigen Einrichtungen ausschließlich stationär oder ambulant geleistet wird, erfolgt sie in mehrgliedrigen Einrichtungen sowohl (teil- und/oder voll)stationär als auch ambulant. Im vorliegenden Indikator werden unter ambulanten Pflegeeinrichtungen sowohl eingliedrige als auch mehrgliedrige Einrichtungen verstanden. Die Differenz aus der Gesamtzahl ambulanter Pflegeeinrichtungen und eingliedriger Einrichtungen stellen die mehrgliedrigen Einrichtungen dar.

Die Statistik unterscheidet außerdem nach Einrichtungen ohne andere und mit anderen Sozialleistungen (gemischte Einrichtungen), zu denen z. B. häusliche Krankenpflege oder Haushaltshilfe nach SGB V, Hilfe zur Pflege nach BSHG oder Mobiler Sozialer Dienst gehören.

#### **Datenhalter**

- ▶ Statistische Landesämter

#### **Datenquelle**

- ▶ Pflegestatistik
- ▶ Fortschreibung des Bevölkerungsstandes

#### **Periodizität**

Zweijährlich, 15.12., erstmalig 1999

#### **Validität**

Bei der Pflegestatistik handelt es sich um eine Totalerhebung mit Auskunftspflicht. Trotz der von den Statistischen Landesämtern durchgeführten Eingangskontrollen ist aufgrund der Schwierigkeiten, die mit dem Aufbau einer neuen Statistik verbunden sind, in den ersten Pflegestatistiken noch nicht mit der bestmöglichen Validität zu rechnen. Für das Erreichen einer hohen Datenqualität kommt erschwerend hinzu, dass es sich um eine Datenerhebung bei einer

Vielzahl von Auskunftspflichtigen handelt, die sich durch das Ausscheiden oder durch das Gründen neuer Pflegeeinrichtungen ständig verändert.

**Kommentar**

Die verwendeten Zahlen sind Stichtagszahlen der Statistischen Landesämter zum 15.12. bzw. 31.12. (Bevölkerungsfortschreibung) des jeweiligen Berichtsjahres. Die verfügbaren Plätze werden im Jahresdurchschnitt ermittelt und zum 15.12. des Berichtsjahres erfasst. Der Bevölkerungsbezug erfolgt auf die Stichtagsbevölkerung vom 31.12. des Berichtsjahres. Der vorliegende Indikator ist ein Prozessindikator.

**Vergleichbarkeit**

Bedingt vergleichbar mit dem WHO-Indikator 5100 992712 *Beds in nursing & elderly homes /100 000*. Nur bedingt vergleichbar mit dem OECD-Indikator: *Long term care beds*. Im EU-Indikatorensetz gibt es den Indikator *Number of nursing/elderly home care beds/100.000 population*.

Stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen wurden bisher in den Indikatoren 6.16 *Sozialstationen nach Kreisen*, 6.17 *Alten- und Pflegeheime nach Kreisen* und 6.18 *ambulante Pflegedienste* nur sehr unzulänglich erfasst. Sie sind nicht mit den neuen Indikatoren vergleichbar, da die Voraussetzungen für die Erhebungstatbestände sich mit der Pflegestatistik grundlegend geändert und verbessert haben. Sozialstationen gehen in die ambulanten Pflegedienste ein. Altenheime, die Bürger ohne Pflegebedürftigkeit betreuen, werden in dem vorliegenden Indikator nicht mehr ausgewiesen.

**Originalquellen**

- Publikationen der Länder zu den verwendeten Datenquellen, z. B. Statistische Jahrbücher, Statistische Berichte zur Pflegestatistik.

**Dokumentationsstand**

20.02.2003, SenGesSozV - Berlin/lögd

Indikator (K) 6.18		Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen nach Art der Pflegeeinrichtung bzw. verfügbaren Plätzen, Land, im Regionalvergleich, Jahr						
		Ambulante Pflegeeinr.			Stationäre Pflegeeinrichtungen			
Lfd. Nr.	Region	insgesamt	dar.: Eingliedrige		insgesamt	verfügbare Plätze		
			ohne andere(n) Sozialleistungen	mit		insgesamt		vollstationäre Pflege
					Anzahl	je 100 000 ältere Einw.*		
1								
2								
3								
...								
	<b>Regierungsbezirk Land</b>							

Datenquelle:  
Statistische Landesämter:  
Pflegestatistik,  
Fortschreibung des Bevölkerungsstands

\* 65 Jahre und mehr



6.19

## Ambulante Pflegeeinrichtungen nach Art, Zahl der Pflegebedürftigen (Größenklassen) und Träger, Land, Jahr

### Definition

Der Indikator gibt einen Überblick über Zahl, Größenklassen, Organisationsform und Trägerschaft der im Land vorhandenen ambulanten Pflegeeinrichtungen.

Die Daten sind Teil der alle zwei Jahre jeweils zum Stichtag 15.12. eines Berichtsjahres (erstmalig im Dezember 1999) durchgeführten Pflegestatistik. Die hier erfassten Daten zu ambulanten Pflegeeinrichtungen werden ergänzt durch Daten zu stationären/teilstationären Pflegeeinrichtungen im Indikator 6.20. Sie dienen als Grundlagen für Planungsentscheidungen.

Auskunftspflichtig sind die Träger der Pflegeeinrichtungen mit Versorgungsvertrag nach SGB XI.

Ambulante Pflegeeinrichtungen sind selbstständige Einrichtungen mit mindestens einer ausgebildeten Pflegefachkraft, die aufgrund eines Versorgungsvertrages nach SGB XI Pflegebedürftige in ihren Wohnungen pflegen und hauswirtschaftlich versorgen.

Um den Umfang des Versorgungsangebotes darzustellen, werden die Einrichtungen nach Größenklassen, d. h. der Zahl der betreuten Pflegebedürftigen eingeteilt.

Während die Pflege nach SGB XI in eingliedrigen Einrichtungen ausschließlich ambulant geleistet wird, erfolgt sie in mehrgliedrigen Einrichtungen sowohl ambulant als auch (teil- und/oder voll)stationär.

Die Statistik unterscheidet außerdem nach Einrichtungen ohne andere und mit anderen Sozialleistungen (gemischte Einrichtungen), zu denen z. B. häusliche Krankenpflege oder Haushaltshilfe nach SGB V, Hilfe zur Pflege nach BSHG oder Mobiler Sozialer Dienst gehören. Im vorliegenden Indikator werden unter ambulanten Pflegeeinrichtungen sowohl eingliedrige als auch mehrgliedrige Einrichtungen verstanden. Die untergeordnete Position *eingliedrige Einrichtungen* ist eine Teilmenge aller ambulanten Pflegeeinrichtungen unter Ausschluss mehrgliedriger Einrichtungen.

Zu den öffentlichen Trägern gehören Gebietskörperschaften (Bund, Land, Bezirk, Kreis, Gemeinde) oder Zusammenschlüsse solcher Körperschaften und Sozialversicherungsträger. Freigemeinnützige Träger sind Träger der kirchlichen oder freien Wohlfahrtspflege, Kirchengemeinden, Stiftungen oder Vereine.

Private Träger sind Träger in rechtlich selbstständiger Form (z.B. als GmbH).

### Datenhalter

- ▶ Statistische Landesämter

### Datenquelle

- ▶ Pflegestatistik

**Periodizität:** Zweijährlich, 15.12., erstmalig 1999

### Validität

Bei der Pflegestatistik handelt es sich um eine Totalerhebung mit Auskunftspflicht. Trotz der von den Statistischen Landesämtern durchgeführten Eingangskontrollen ist aufgrund der Schwierigkeiten, die mit dem Aufbau einer neuen Statistik verbunden sind, in den ersten Pflegestatistiken noch nicht mit der bestmöglichen Validität zu rechnen. Für das Erreichen einer hohen Datenqualität kommt erschwerend hinzu, dass es sich um eine Datenerhebung bei einer Vielzahl von Auskunftspflichtigen handelt, die sich durch das Ausscheiden oder durch das Gründen neuer Pflegeeinrichtungen ständig verändert.

**Kommentar**

Die verwendeten Zahlen sind Stichtagszahlen der Statistischen Landesämter zum 15.12. des jeweiligen Berichtsjahres.

Der vorliegende Indikator ist ein Prozessindikator.

**Vergleichbarkeit**

Es gibt keine vergleichbaren WHO-, OECD- und EU-Indikatoren.

Ambulante Pflegeeinrichtungen wurden bisher in den Indikatoren 6.16 *Sozialstationen nach Kreisen* und 6.18 *Ambulante Pflegedienste* nur sehr unzulänglich erfasst. Sie sind nicht mit dem neuen Indikator vergleichbar, da erstmals eine Totalerhebung zu einer Übersicht über ambulante Pflegeeinrichtungen in den Ländern geführt hat.

**Originalquellen**

- ▶ Publikationen der Länder zu den verwendeten Datenquellen, z. B. Statistische Jahrbücher, Statistische Berichte zur Pflegestatistik.

**Dokumentationsstand:** 20.02.2003, SenGesSozV - Berlin/lögd

Indikator (L) 6.19	Ambulante Pflegeeinrichtungen nach Art, Zahl der Pflegebedürftigen (Größenklassen) und Träger, Land, Jahr			
Art der ambulanten Pflegeeinrichtung/ Zahl der Pflegebedürftigen	Ambulante Pflegeeinrichtungen nach Träger			
	Insgesamt	Privater Träger	Freigemeinnütziger Träger	Öffentlicher Träger
Einrichtungen insgesamt				
davon mit ... Pflegebedürftigen				
1 - 10				
11 - 15				
16 - 20				
21 - 25				
26 - 35				
36 - 50				
51 - 70				
71 - 100				
101 - 150				
151 und mehr				
durchschnittlich je Einrichtung				
darunter mit anderen Sozialleistungen				
häusliche Krankenpflege/ Haushaltshilfe nach SGB V Hilfe zur Pflege nach BSHG				
darunter eingliedrigte Pflegeeinrichtungen				

[Sprung zu Daten des Indikators 6.19 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes](#)

6.20

## Stationäre Pflegeeinrichtungen nach Art, verfügbaren Plätzen und Träger, Land, Jahr

### Definition

Der Indikator gibt einen Überblick über Art, Platz- und Pflegeangebot der im Land vorhandenen stationären Pflegeeinrichtungen sowie den Versorgungsgrad der über 65-Jährigen. Die Versorgung der über 85-jährigen Bevölkerung wird gesondert ausgewiesen, da die Pflegebedürftigkeit in dieser Altersgruppe deutlich zunimmt und das stationäre Pflegeangebot hauptsächlich von diesem Personenkreis in Anspruch genommen wird.

Die Daten sind Teil der alle zwei Jahre jeweils zum Stichtag 15.12. eines Berichtsjahres (erstmalig im Dezember 1999) durchgeführten Pflegestatistik. Die Daten zum stationären pflegerischen Versorgungsangebot dienen als Grundlage für Planungsentscheidungen.

Auskunftspflichtig sind die Träger der Pflegeeinrichtungen mit Versorgungsvertrag nach SGB XI.

Stationäre Pflegeeinrichtungen sind selbstständig wirtschaftende Einrichtungen, die aufgrund eines Versorgungsvertrages nach SGB XI Pflegebedürftige ganz- bzw. halbtäglich versorgen; stationäre Pflege umfasst vollstationäre Lang- und Kurzzeitpflege sowie teilstationäre Tages- und Nachtpflege. Als verfügbare Plätze zählen alle Plätze, die von der (teil-)stationären Einrichtung gemäß Versorgungsvertrag angeboten werden.

Kurzzeitpflege ist vollstationäre Pflege für maximal 4 Wochen im Jahr wegen Verhinderung der häuslichen Pflegeperson durch Krankheit oder Urlaub.

Teilstationäre Tages- oder Nachtpflege erhalten Pflegebedürftige, deren häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann.

Zu den öffentlichen Trägern gehören Gebietskörperschaften (Bund, Land, Bezirk, Kreis, Gemeinde) oder Zusammenschlüsse solcher Körperschaften und Sozialversicherungsträger. Freigemeinnützige Träger sind Träger der kirchlichen oder freien Wohlfahrtspflege, Kirchengemeinden, Stiftungen oder Vereine.

Private Träger sind Träger in rechtlich selbstständiger Form (z. B. als GmbH).

### Datenhalter

- ▶ Statistische Landesämter

### Datenquelle

- ▶ Pflegestatistik
- ▶ Fortschreibung des Bevölkerungsstandes

### Periodizität

Zweijährlich, 15.12., erstmalig 1999

### Validität

Bei der Pflegestatistik handelt es sich um eine Totalerhebung mit Auskunftspflicht. Trotz der von den Statistischen Landesämtern durchgeführten Eingangskontrollen ist aufgrund der Schwierigkeiten, die mit dem Aufbau einer neuen Statistik verbunden sind, in den ersten Pflegestatistiken noch nicht mit der bestmöglichen Validität zu rechnen. Für das Erreichen einer hohen Datenqualität kommt erschwerend hinzu, dass es sich um eine Datenerhebung bei einer Vielzahl von Auskunftspflichtigen handelt, die sich durch das Ausscheiden oder durch das Gründen neuer Pflegeeinrichtungen ständig verändert.

**Kommentar**

Die verwendeten Zahlen sind Stichtagszahlen 15.12. Der Bevölkerungsbezug wird mit den Stichtagszahlen der Bevölkerung zum 31.12. (Bevölkerungsfortschreibung) des jeweiligen Berichtsjahres vorgenommen.

Der vorliegende Indikator ist ein Prozessindikator.

**Vergleichbarkeit**

Es gibt keine vergleichbaren WHO-, OECD- und EU-Indikatoren.

Im bisherigen Indikatorensatz gab es keine Indikatoren, die sich auf Struktur und Trägerschaft von stationären/teilstationären Pflegeeinrichtungen bezogen.

**Originalquellen**

- ▶ Publikationen der Länder zu den verwendeten Datenquellen, z. B. Statistische Jahrbücher, statistische Berichte zur Pflegestatistik.

**Dokumentationsstand:** 20.02.2003, SenGesSozV - Berlin/lögd

Indikator (L) 6.20	Stationäre Pflegeeinrichtungen nach Art, verfügbaren Plätzen und Träger, Land, Jahr				
	Art der stationären Pflegeeinrichtung/ verfügbare Plätze	Insgesamt	Privater Träger	Freigemeinnütziger Träger	Öffentlicher Träger
Einrichtungen insgesamt					
davon für:					
ältere Menschen					
Behinderte					
psychisch Kranke					
Plätze insgesamt					
je 100 000 Einwohner					
je 100 000 Einwohner 65 Jahre u. älter					
je 100 000 Einwohner 85 Jahre u. älter					
davon für:					
vollstationäre Dauerpflege					
je 100 000 Einwohner					
je 100 000 Einwohner 65 Jahre u. älter					
je 100 000 Einwohner 85 Jahre u. älter					
Kurzzeitpflege					
Tagespflege					
Nachtpflege					

[Sprung zu Daten des Indikators 6.20 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes](#)

Statistische Landesämter:  
Pflegestatistik,  
Fortschreibung des Bevölkerungsstandes

6.21

**Apotheken, Land im Regionalvergleich, Jahr****Definition**

Der Indikator erfasst öffentliche Apotheken, die der ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung der Bevölkerung dienen, die Versorgungsdichte sowie die Zahl der Krankenhausapotheken auf regionaler Ebene.

Der Betrieb einer Apotheke bedarf der Erlaubnis durch die zuständige Verwaltungsbehörde. Die Erlaubnis wird einem Apotheker erteilt.

Die Versorgung von Krankenhäusern und allen ihnen gleichgestellten Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen durch Krankenhausapotheken ist aufgrund von Arzneimittelverträgen nach § 14 Apothekengesetz geregelt.

**Datenhalter**

- ▶ Apothekerkammern
- ▶ Statistische Landesämter

**Datenquelle**

- ▶ Statistik der Apotheken
- ▶ Fortschreibung des Bevölkerungsstandes

**Periodizität**

Jährlich, 31.12.

**Validität**

Da die Apothekerkammern von den Landesbehörden über die zum Betrieb einer Apotheke erteilten Erlaubnisse informiert werden, ist von einer guten Datenqualität auszugehen.

**Kommentar**

Die verwendeten Daten sind Stichtagszahlen der Apothekerkammern bzw. für den Bevölkerungsbezug der Statistischen Landesämter.

Der vorliegende Indikator ist ein Prozessindikator.

**Vergleichbarkeit**

Es gibt keine Angaben zu Apotheken, sondern nur zu beschäftigten Apothekern in den Indikatorensetzen der WHO, OECD und der EU.

Zusätzlich zu den Merkmalen, die bereits im bisherigen Indikator 6.21 erfasst waren, enthält der Indikator 6.21 in der überarbeiteten Fassung zusätzlich die Anzahl der Krankenhausapotheken.

**Originalquellen**

- ▶ Publikationen der Länder zu den verwendeten Datenquellen, z. B. Statistische Jahrbücher.

**Dokumentationsstand**

05.02.2003, SenGesSozV - Berlin/lögd

Indikator (L) 6.21		Apotheken, Land im Regionalvergleich, Jahr		
Lfd. Nr.	Verwaltungsbezirk	öffentliche Apotheken		Krankenhaus- apotheken
		Anzahl	Einwohner je Apotheke	
1	<b>Regierungsbezirk Land</b>			
2				
3				
...				

Datenquelle:  
 Apothekerkammern:  
 Statistik der Apotheken  
 Statistische Landesämter:  
 Fortschreibung des Bevölkerungsstandes

6.22

### **Bestand an medizinisch-technischen Großgeräten in Krankenhäusern und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, Land, Jahr**

#### **Definition**

Der Indikator gibt die Zahl der in Krankenhäusern und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen aufgestellten medizinisch-technischen Großgeräte sowie den Versorgungsgrad der Bevölkerung mit in Krankenhäusern aufgestellten Geräten an.

Geräte, die nicht zur Behandlung der Patienten der jeweiligen Einrichtung gebraucht werden, sondern ausschließlich anderen Zwecken dienen (z. B. für Demonstrations- oder Lehrzwecke oder im Rahmen der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung von ermächtigten Ärzten/Institutsambulanzen), sind nicht enthalten.

Die aufgeführten medizinisch-technischen Großgeräte entsprechend der Krankenhausstatistikverordnung des Jahres 2001.

#### **Datenhalter**

- ▶ Statistische Landesämter

#### **Datenquelle**

- ▶ Krankenhausstatistik, Teil I - Grunddaten
- ▶ Fortschreibung des Bevölkerungsstandes

#### **Periodizität**

Jährlich, 31.12.

#### **Validität**

Kommen alle Einrichtungen ihrer Meldepflicht nach, kann von einer hohen Datenqualität für die hier erfassten Krankenhäuser des Geltungsbereichs der Krankenhausstatistik-Verordnung (d. h. ohne die Krankenhäuser der Bundeswehr, Polizei und des Maßregelvollzugs) und für die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen ausgegangen werden.

#### **Kommentar**

Medizinisch-technische Großgeräte in ambulanten Gesundheitseinrichtungen sind im vorliegenden Indikator nicht enthalten, deshalb kann die Gesamtversorgung der Bevölkerung mit den aufgeführten Großgeräten nicht ausgewiesen werden.

Die verwendeten Zahlen sind Stichtagszahlen der Statistischen Landesämter bezogen auf die Bevölkerung am 31.12. des Jahres.

Der vorliegende Indikator ist ein Prozessindikator.

#### **Vergleichbarkeit**

Es gibt keinen vergleichbaren WHO-Indikator. Im OECD-Indikatorensetz sind Angaben über *Computed tomography scanners, Magnetic resonance imaging units, Radiation therapy equipment, Lithotripters and Hemodialysis stations* enthalten. Bisher wurden von Deutschland an die OECD auch in ambulanten Gesundheitseinrichtungen eingesetzte Großgeräte gemeldet. Im EU-Indikatorensetz werden Indikatoren zu 6 items empfohlen: Zusätzlich zu den Indikatoren zu Großgeräten im OECD-Indikatorensetz sollten Mammographie-Geräte erfasst werden.

Der Indikator 6.22 ist nur bedingt mit dem bisherigen 6.22 vergleichbar, der auch Großgeräte in ambulanten Gesundheitseinrichtungen enthielt. Zusätzlich aufgenommen sind die Großgeräte in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen.

**Originalquellen**

- ▶ Publikationen der Länder zu den verwendeten Datenquellen, z. B. Statistische Jahrbücher, Statistische Berichte zur Krankenhausstatistik.

**Dokumentationsstand**

05.02.2003, SenGesSozV - Berlin/lögd

Indikator (L) 6.22	Bestand an medizinisch-technischen Großgeräten in Krankenhäusern und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, Land, Jahr		
	Art der Geräte	Anzahl der Großgeräte	
		in Krankenhäusern	in Vorsorge- oder Rehabilitations- einrichtungen
	insgesamt	Einw. je Gerät	
Computer-Tomographen			<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 6.22 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>
Dialysegeräte			
Digitale Subtraktions-Angiographiegeräte			
Gammakameras			
Herz-Lungen-Maschinen			
Kernspin-Tomographen			
Koronarangiographische Arbeitsplätze (Linksherzkatheter-Messplätze)			
Linearbeschleuniger (Kreisbeschleuniger)			
Positronen Emissions-Computer-Tomographen (PET)			
Stoßwellenlithotripter			
Tele-Kobalt-Therapiegeräte			

Datenquelle:  
 Statistische Landesämter:  
 Krankenhausstatistik, Teil I - Grunddaten,  
 Fortschreibung des Bevölkerungsstandes





## **Themenfeld 7: Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsförderung und der Gesundheitsversorgung**

### **Inanspruchnahme/Leistungen der Gesundheitsförderung und Früherkennung von Krankheiten**

Schwangerenbetreuung  
Krankheitsfrüherkennung für Kinder  
Kariesprophylaxe bei Kindern  
Impfungen  
Jugendarbeitsschutzuntersuchungen  
Vorsorgeuntersuchungen

### **Inanspruchnahme/Leistungen der ambulanten Versorgung**

Ambulante Inanspruchnahme ärztlicher und psychotherapeutischer Leistungen  
Ambulante Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen  
Inanspruchnahme von Rettungsfahrten und Krankentransporten

### **Inanspruchnahme/Leistungen der stationären/teilstationären Versorgung**

Inanspruchnahme und Leistungen von Krankenhäusern  
Chirurgische Eingriffe  
Inanspruchnahme und Leistungen von Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen

### **Inanspruchnahme/Leistungen der Versorgung in Pflegeeinrichtungen**

Inanspruchnahme ambulanter Pflegeleistungen  
Inanspruchnahme stationärer/teilstationärer Pflegeleistungen

### **Sonstiger medizinischer Bedarf**

Blutprodukte

## **Thematic domain 7: Use of health promotion and health care services**

### **Use/Provision of health promotion and early diagnosis services**

Pregnancy care

Early detection screenings for children

Caries prophylaxis in children

Vaccinations

Screenings under the Youth Health and Safety at Work Act

Screening programmes

### **Use/Provision of out-patient health services**

Use of out-patient medical and psychotherapeutic services

Use of out-patient dental services

Use of rescue vehicles and ambulances

### **Use/Provision of in-patient/partly in-patient care**

Use and provision of hospital services

Surgery

Use and provision of services by prevention or rehabilitation facilities

### **Use/Provision of care in nursing facilities**

Use of in-patient nursing services

Use of in-patient/partly in-patient nursing services

### **Other medical requirements**

Blood products

## Vorbemerkungen zu Themenfeld 7

Schwerpunkt des Themenfeldes 7 sind Indikatoren zur Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsförderung, der ambulanten Versorgung, der teilstationären und stationären Versorgung sowie der Versorgung in Pflegeeinrichtungen und in weiteren Leistungsbereichen.

Zur Gesundheitsvorsorge gehören die primäre, sekundäre sowie die tertiäre Prävention.

Unter primärer Prävention werden alle Maßnahmen verstanden, die der Erhaltung der Gesundheit dienen, solange noch keine Krankheit vorliegt. Beispiele für Indikatoren zur primären Prävention sind die Indikatoren zur Schwangerenbetreuung und zu Impfungen. (Anmerkung: Die Schwangerschaftsvorsorge-Untersuchungen dienen nicht nur der Primärprävention, sondern ebenfalls der Sekundärprävention und teilweise sogar der Tertiärprävention.)

Hauptaufgaben der sekundären Prävention sind die Früherkennung von Gesundheitsschäden und die Einsetzung einer möglichst frühzeitigen Therapie. Früherkennung bedeutet, die Krankheit in einem Stadium zu entdecken, in welchem die betroffene Person noch keine Symptome wahrnimmt bzw. Eltern noch keine beunruhigenden Zeichen einer Störung bei ihrem Kind feststellen. Beispiele für Indikatoren zu sekundären Präventionsmaßnahmen sind Indikatoren zu Einschulungsuntersuchungen, zur Kariesprophylaxe, zu Krebsfrüherkennungsuntersuchungen und Gesundheits-Check-ups.

Maßnahmen der tertiären Prävention haben die Verhütung von Sekundärschäden bei bereits Geschädigten und die Vermeidung von Rückfällen zum Ziel. Beispiele für Indikatoren zur tertiären Prävention sind Indikatoren zur Rehabilitation und zu den sozialpsychiatrischen Diensten.

Gegenüber der vorangegangenen Version wurden alle Indikatoren des Themenfeldes 4 *Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen*, die sich mit der Inanspruchnahme von Vorsorgeleistungen befassen, in das Themenfeld 7 übernommen.

Indikatoren zu ambulanten und stationären Versorgungleistungen sowie zur Versorgung von Pflegebedürftigen sind Prozessindikatoren, sie weisen die Inanspruchnahme und den Aufwand für die Versorgung aus, nicht jedoch den Gesundheitszustand der Betreuten. Indikatoren zur Versorgung Pflegebedürftiger und zum Blutspendewesen wurden auf der Basis neuer Rechtsgrundlagen in den Indikatorensatz aufgenommen.

Limitierend für Vergleiche von Leistungen zwischen den Bereichen wirken sich die unterschiedlich konzipierten Statistiken aus, die z. B. für die Indikatoren über Leistungen von ambulanten Gesundheitseinrichtungen genutzt werden.

7.1

## **Inanspruchnahme von Beratungen zur Familienplanung und bei Schwangerschaftskonflikten (§ 2 und §§ 5 - 6 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes), Land, Jahr**

### **Definition**

Im Indikator 7.1 werden die Schwangerschaftsberatungsstellen außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erfasst. Die Beratungsstellen führen Beratungen zu § 2 allgemeine Beratungen nach dem Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG) und zu §§ 5, 6 des SchKG Konfliktberatungen durch. Die Beratungsstellen in katholischer Trägerschaft führen in der Regel nur Beratungen zu § 2 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes durch.

### **Datenhalter**

- ▶ Oberste Landesgesundheitsbehörden

### **Datenquelle**

- ▶ Sondererhebungen der obersten Landesgesundheitsbehörden

### **Periodizität**

Jährlich (landesspezifisch)

### **Validität**

Aufgrund der Beratungsregel muss sich jede Frau vor einem geplanten Schwangerschaftsabbruch beraten lassen. Deshalb ist von einer annähernd vollständigen Erfassung der Beratungen nach §§ 5, 6 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes auszugehen.

### **Kommentar**

Bei den Beratungen nach § 2 SchKG ist nur bei den vom Land geförderten Beratungsstellen von einer vollständigen Erfassung auszugehen. Das trifft analog auch auf die Zahl der Beratungskräfte zu.

Der vorliegende Indikator gehört zu den Prozessindikatoren.

### **Vergleichbarkeit**

Es gibt keine vergleichbaren WHO- oder OECD-Indikatoren. Für den EU-Indikatorensetz ist kein ähnlicher Indikator vorgesehen. Aufgrund geänderter gesetzlicher Bestimmungen besteht mit dem bisherigen Indikator 7.3 nur geringe Vergleichbarkeit.

Durch die Beratungsregel ist eine bundesweite Vergleichbarkeit der Länderdaten bei den Beratungen nach §§ 5, 6 SchKG gegeben.

### **Originalquellen**

- ▶ Publikationen der Gesundheitsbehörden.

### **Dokumentationsstand**

25.11.2002, SM MV/MSGV SH/lögd

Träger	Beratungsstellen		Personal	Beratene Frauen		
	insg.	Anteil in %	in Vollkräften*	Familienplanung (§ 2)**	Schwangerschaftskonflikte (§§ 5 - 6)**	je 100 000 Frauen (15 - 44 J.)
Pro Familia						
Kommunal						
Kirchlich						
weitere freigemeinnützige Träger						
beratende Ärztinnen/Ärzte						
<b>Insgesamt</b>						

Datenquelle:  
Oberste Landesgesundheitsbehörden:  
Sondererhebungen

\* Vollkräfte = Summe der Vollzeitbeschäftigten und der umgerechneten Teilzeitbeschäftigten (einschließlich nicht ganzjährig beschäftigter Kräfte)  
\*\* nach § 2 und §§ 5 - 6 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes (SCHKG)

## 7.2

**Schwangerschaftsabbrüche nach Alter, Land, Jahr****Definition**

Die Zahl von Schwangerschaftsabbrüchen weist auf die Effektivität schwangerschaftsverhütender Maßnahmen hin.

Die Statistik der Schwangerschaftsabbrüche basiert auf den §§ 15 - 18 des Gesetzes zur Vermeidung und Bewältigung von Schwangerschaftskonflikten (Schwangerschaftskonfliktgesetz) vom 27. Juli 1992.

Die Begründung des Schwangerschaftsabbruches wird erfasst und betrifft folgende Indikationen: Allgemeinmedizinische und psychiatrische sowie ethische (kriminologische) Indikation. Zusätzlich wurde die Beratungsregelung bei Wunsch nach Schwangerschaftsabbruch durch die Schwangere eingeführt.

**Datenhalter**

- ▶ Statistisches Bundesamt

**Datenquelle**

- ▶ Bundesstatistik über Schwangerschaftsabbrüche

**Periodizität**

Vierteljährliche Erfassung und Aufbereitung der gemeldeten Schwangerschaftsabbrüche  
Jährliche Publikation der Ergebnisse

**Validität**

Durch die Aufbereitung der Ergebnisse nach dem Wohnort der Schwangeren ist ein solider Vergleich zwischen den Bundesländern möglich.

**Kommentar**

Die Statistik der Schwangerschaftsabbrüche basiert auf einer Direktmeldung der Krankenhäuser bzw. Ärzte, die einen Schwangerschaftsabbruch durchgeführt haben, an das Statistische Bundesamt. Bis 1995 sind die absoluten Zahlen der Schwangerschaftsabbrüche mit Vorbehalt zu betrachten, da ein Teil der Ärzte ihrer Auskunftspflicht nicht nachgekommen ist, so dass von einer nicht genau quantifizierbaren Untererfassung auszugehen ist.

Mit der Neuregelung der Bundesstatistik über Schwangerschaftsabbrüche ab 1. Januar 1996 besteht Auskunftspflicht, so dass eine zunehmende Zuverlässigkeit der erfassten Zahlen anzunehmen ist. Die Aufbereitung nach dem Wohnort der Schwangeren lässt einen direkten Vergleich der Schwangerschaftsabbruchsquote, bezogen auf die Frauen im Alter von 15 bis 44 Jahren zwischen den Bundesländern zu. Berechnungen je 1 000 Lebendgeborene müssen von den Ländern zusätzlich vorgenommen werden.

Der vorliegende Indikator ist ein Prozessindikator.

**Vergleichbarkeit**

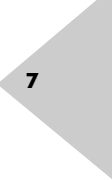
Vergleichbar mit dem WHO-Indikator 7010 280500 *Abortions per 1000 live births*. Es gibt keinen vergleichbaren OECD-Indikator. Im EU-Indikatorensetz sind Indikatoren zu *Legal abortions, rates per 1000 live births by age groups* vorgesehen. Im bisherigen Indikatorensetz gab es keinen vergleichbaren Indikator.

**Originalquellen**

► Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Gesundheitswesen. Fachserie 12 Reihe 3.

**Dokumentationsstand**

25.11.2002, SM MV/MSGV SH/lögd



**Indikator (K)**  
7.2

**Schwangerschaftsabbrüche nach Alter, Land, Jahr**

Alter in Jahren	Schwangerschaftsabbrüche				
	ambulant	stationär	insgesamt	je 100 000 Frauen	je 1 000 Lebendgeborene
10 - 14					
15 - 17					
18 - 24					
25 - 29					
30 - 34					
35 - 39					
40 - 44					
45 - 54					
<b>Insgesamt</b>					
<b>dar.: 15 - 44</b>					

[Sprung zu Daten des Indikators 7.2 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes](#)

Datenquelle:  
Statistisches Bundesamt:  
Bundesstatistik über Schwangerschaftsabbrüche



## 7.3

**Inanspruchnahme der Schwangeren-Vorsorgeuntersuchungen nach Teilnahmehäufigkeit, Land, im Zeitvergleich****Definition**

Die Untersuchungen der Schwangerenvorsorge haben als primärpräventive Maßnahme das Ziel, das Auftreten von Krankheiten, Störungen und Belastungen bei Mutter und Kind schon vor ihrer Entstehung zu verhindern. Daher sind wesentliche Aufgaben der Mutterschaftsvorsorge die Erkennung von Risiken für Mutter und Kind, die Erkennung von behandlungsbedürftigen Erkrankungen des Fötus bereits im Mutterleib und die Vermeidung einer Frühgeburt. Der Anspruch der Schwangeren auf diese Vorsorgeuntersuchungen, die ärztliche Betreuung und die Hebammenhilfe während der Schwangerschaft sowie bei und nach der Entbindung sind im Mutterschutzgesetz und in der Reichsversicherungsordnung festgelegt.

Bei einer komplikationslosen Schwangerschaft werden zehn Vorsorgeuntersuchungen empfohlen, die vor der 13. Schwangerschaftswoche beginnen sollten. Die Inanspruchnahme und Ergebnisse dieser Vorsorgeuntersuchungen werden im Mutterpass dokumentiert und im Rahmen der Perinatalerhebung erfasst.

Die Perinatalerhebung ist ein Instrument der Qualitätssicherung in der Geburtshilfe. Die Teilnahme an der Perinatalerhebung ist seit 1989 gesetzlich verankert (§ 137 SGB V).

Der Indikator 7.3 gibt Auskunft über die Teilnahmehäufigkeit an Vorsorgeuntersuchungen. Er bezieht sich auf die Anzahl der Schwangeren, die den Mutterpass bei der Entbindung vorgelegt haben. Die Bewertung erfolgt über den Vergleich mit den Empfehlungen zur Schwangerenvorsorge.

**Datenhalter**

- ▶ Geschäftsstellen für Qualitätssicherung

**Datenquelle**

- ▶ Perinatalerhebungen der Länder

**Periodizität**

Jährlich, Summenbildung über ein Kalenderjahr

**Validität**

Die Daten werden klinikbezogen erhoben und liegen nur für den jeweiligen Zuständigkeitsbereich der Perinatalerhebung vor. Dabei werden auch Geburten erfasst, bei denen die Mutter ihren Wohnsitz nicht im Zuständigkeitsgebiet der Perinatalerhebung hat.

**Kommentar**

Der Indikator zur *Inanspruchnahme der Schwangerenvorsorgeuntersuchungen nach Teilnahmehäufigkeit* gibt Auskunft über gesundheitsrelevante Verhaltensweisen. Er reflektiert ebenfalls die Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsversorgung.

Es handelt sich um einen Prozessindikator.

**Vergleichbarkeit**

Es gibt keine vergleichbaren Indikatoren im WHO- und OECD-Indikatorensetz. Für den EU-Indikatorensetz sind Indikatoren zu *Prenatal screening coverage* vorgesehen.

Indikator 7.3 entspricht dem bisherigen Indikator 4.1. Wegen Änderungen in den Klassenabgrenzungen sind Vergleiche nicht für alle Kategorien möglich.

### Originalquellen

- Publikationen der Länder zu den verwendeten Datenquellen, z. B. Veröffentlichungen der Geschäftsstellen für Qualitätssicherung.

### Dokumentationsstand

05.12.2002, LGA BW/lögd

7

Indikator (K) 7.3		Inanspruchnahme der Schwangeren-Vorsorgeuntersuchungen nach Teilnahmehäufigkeit, Land, im Zeitvergleich							
		Anzahl Schwangere*	darunter: mit Mutterpass						
insgesamt			davon: Inanspruchnahme der Schwangeren-Vorsorgeuntersuchungen						
			0- bis 7-mal		8- bis 12-mal		13-mal und mehr		
Jahr		Anzahl	in %	Anzahl	in %**	Anzahl	in %**	Anzahl	in %**
2002									
...									
Berichtsj.									

Datenquelle:  
Geschäftsstellen für Qualitätssicherung:  
Perinatalerhebungen der Länder

\* Gesamtzahl der durch die Perinatalerhebung erfassten Schwangeren  
\*\* in % der erfassten Schwangeren mit Mutterpass

7.4

### Schwangeren-Vorsorgeuntersuchungen nach dem Zeitpunkt der ersten Inanspruchnahme, Land, im Zeitvergleich

#### Definition

Die Untersuchungen der Schwangerenvorsorge haben als primärpräventive Maßnahme das Ziel, das Auftreten von Krankheiten, Störungen und Belastungen bei Mutter und Kind schon vor ihrer Entstehung zu verhindern. Daher sind wesentliche Aufgaben der Mutterschaftsvorsorge die Erkennung von Risiken für Mutter und Kind, die Erkennung von behandlungsbedürftigen Erkrankungen des Fötus bereits im Mutterleib und die Vermeidung einer Frühgeburt. Der Anspruch der Schwangeren auf diese Vorsorgeuntersuchungen, die ärztliche Betreuung und die Hebammenhilfe während der Schwangerschaft sowie bei und nach der Entbindung sind im Mutterschutzgesetz und in der Reichsversicherungsordnung festgelegt.

Bei einer komplikationslosen Schwangerschaft werden zehn Vorsorgeuntersuchungen empfohlen, die vor der 13. Schwangerschaftswoche beginnen sollten. Die Inanspruchnahme und Ergebnisse dieser Vorsorgeuntersuchungen werden im Mutterpass dokumentiert und im Rahmen der Perinatalerhebung erfasst.

Die Perinatalerhebung ist ein Instrument der Qualitätssicherung in der Geburtshilfe. Die Teilnahme an der Perinatalerhebung ist seit 1989 gesetzlich verankert (§ 137 SGB V).

Der Indikator 7.4 gibt Auskunft über den Zeitpunkt der 1. Inanspruchnahme von Schwangeren-Vorsorgeuntersuchungen. Er bezieht sich auf die Anzahl der Schwangeren, die den Mutterpass bei der Entbindung vorgelegt haben. Die Bewertung erfolgt über den Vergleich mit den Empfehlungen zur Schwangerenvorsorge.

**Datenhalter:** ▶ Geschäftsstellen für Qualitätssicherung

**Datenquelle:** ▶ Perinatalerhebungen der Länder

Indikator (K) 7.4		Schwangeren-Vorsorgeuntersuchungen nach dem Zeitpunkt der ersten Inanspruchnahme, Land, im Zeitvergleich			
		insgesamt		darunter: mit davon: Erste Inanspruchn. 4 - 8	
Jahr	Anzahl Schwangere*	Anzahl	in %	Anzahl	in %**
1990					
1995					
2000					
2001					
...					
Berichtsjahr					

Datenquelle:  
Geschäftsstellen für Qualitätssicherung:  
Perinatalerhebungen der Länder

\* Gesamtzahl d. durch die Perinatalerhebung erfassten Schwangeren  
\*\* in % der erfassten Schwangeren mit Mutterpass

**Periodizität**

Jährlich, Summenbildung über ein Kalenderjahr

**Validität**

Die Daten werden klinikbezogen erhoben und liegen nur für den jeweiligen Zuständigkeitsbereich der Perinatalerhebung vor. Dabei werden auch Geburten erfasst, bei denen die Mutter ihren Wohnsitz nicht im Zuständigkeitsgebiet der Perinatalerhebung hat.

**Kommentar**

Der Indikator zur *Inanspruchnahme der Schwangerenvorsorgeuntersuchungen* gibt Auskunft über gesundheitsrelevante Verhaltensweisen. Er reflektiert ebenfalls die Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsversorgung.

Es handelt sich um einen Prozessindikator.

**Vergleichbarkeit**

Es gibt keine vergleichbaren Indikatoren im WHO- und OECD-Indikatorensetz. Für den EU-Indikatorensetz sind Indikatoren zu *Prenatal screening coverage* vorgesehen.

Der Indikator 7.4 entspricht dem Indikator 4.2 der früheren Fassungen des GMK-Indikatorensetzes und ist mit diesem vergleichbar.

**Originalquellen**

- ▶ Publikationen der Länder zu den verwendeten Datenquellen, z. B. Veröffentlichungen der Geschäftsstellen für Qualitätssicherung.

**Dokumentationsstand**

05.12.2002, LGA BW/lögd

Mutterpass						Jahr
der Schwangeren-Vorsorgeuntersuchung in der Schwangerschaftswoche						
9 - 12		13 - 16		17 und später		
Anzahl	in %**	Anzahl	in %**	Anzahl	in %**	
						1990
						1995
						2000
						2001
						...
						Berichtsjahr

**7.5, Inanspruchnahme des Krankheitsfrüherkennungsprogramms für Kinder, Land, im Zeitvergleich. (Weiterentwickelter Indikator)**

7.5

**Inanspruchnahme des Krankheitsfrüherkennungsprogramms für Kinder, Land, im Zeitvergleich****Definition**

Das gesetzliche Krankheitsfrüherkennungsprogramm für Kinder ist ein der Entwicklungsdynamik des Kindes angepasstes mehrteiliges Screening-Programm, das eine möglichst frühzeitige Aufdeckung wesentlicher Entwicklungsstörungen und Erkrankungen zum Ziel hat. Dadurch werden Therapiemöglichkeiten früher einsetzbar. Das Programm umfasst insgesamt 10 Untersuchungen. Zuletzt wurde am 1.7.1997 die J1 (1. Jugendgesundheitschutzuntersuchung) in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen als Pflichtleistung aufgenommen.

Die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen ist freiwillig. Die Inanspruchnahme und Ergebnisse dieser Früherkennungsuntersuchungen werden im Vorsorgeheft dokumentiert. Die Neugeborenen-Untersuchungen U1 (Erstuntersuchung) und U2 (Basisuntersuchung am 3. - 10. Lebenstag) werden in der Regel noch in der Geburtsklinik und damit bei nahezu allen Kindern durchgeführt; die folgenden Untersuchungen werden beim niedergelassenen (Kinder-)Arzt angeboten. Über ihre Inanspruchnahme berichtet Indikator 7.5. Dabei wird eine Differenzierung nach den Untersuchungen im 1. Lebensjahr (U3: 4. - 6. Lebenswoche, U4: 3. - 4. Lebensmonat, U5: 6. - 7. Lebensmonat, U6: 10. - 12. Lebensmonat) sowie den in den folgenden Lebensjahren bis zum Schuleintritt angebotenen Untersuchungen (U7: 21. - 24. Lebensmonat, U8: 3 ½ - 4 Jahre, U9: 5 - 5 ½ Jahre) vorgenommen.

Im Rahmen der Einschulungsuntersuchungen werden die Eintragungen im Vorsorgeheft durch den öffentlichen Gesundheitsdienst erfasst. Indikator 7.5 bezieht sich auf die Anzahl der Schulanfänger, die das Vorsorgeheft zur Einschulungsuntersuchung vorgelegt haben. Die Bewertung erfolgt ausschließlich im Hinblick auf die Inanspruchnahme.

Der Indikator 7.6 stellt die Inanspruchnahme der Untersuchungen U3 - U6, U7, U8 und U9 im Regionalvergleich dar.

**Datenhalter**

- ▶ Oberste Landesgesundheitsbehörden

**Datenquelle**

- ▶ Schulanfängeruntersuchungen

**Periodizität**

Jährlich, Bezugszeitraum ist das Schuljahr

**Validität**

Da sich die Indikatoren ausschließlich auf die Inanspruchnahme des Untersuchungsprogramms beziehen, ist im Hinblick auf die erfassten Daten von einer hohen Validität auszugehen. Die Validität der Daten ist auch davon abhängig, ob alle Schulanfänger oder nur eine Teilmenge untersucht wurden und wie hoch der Anteil der untersuchten Schulanfänger ist, die das Vorsorgeheft vorgelegt haben. Da die Zahl der Anspruchsberechtigten (gesetzlich wie privat krankenversicherte Kinder) nicht vorliegt, wird auf die Zahl der Schulanfänger als Bevölkerungsbezug zurückgegriffen.

**Kommentar**

Der Indikator informiert über die Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsversor-

gung. Darüber hinaus kann die vollständige Teilnahme am Untersuchungsangebot als Maß für gesundheitsbewusstes Verhalten der Eltern interpretiert werden. Zusätzliche Tabellen können für ausländische Schulanfänger auf Landesebene erstellt werden.

Es handelt sich um einen Prozessindikator.

**Vergleichbarkeit**

Es gibt keine vergleichbaren Indikatoren im WHO- und OECD-Indikatorensetz. Im EU-Indikatorensetz sind Indikatoren zu *Integral children's health monitoring* als Anteil der Kinder verschiedener Altersgruppen vorgesehen, die diese Angebote wahrnehmen.

Indikator 7.5 entspricht den Indikatoren 4.3 und 4.3a der früheren Fassungen des GMK-Indikatorensetzes. Für die Wahrnehmung der U9 (entspricht Indikator 4.3a (alt)) sind Vergleiche möglich. Internationale Vergleichbarkeit ist wegen Unterschieden in den nationalen Gesundheitssystemen nicht gewährleistet.

**Originalquellen**

- ▶ Publikationen der Länder zu den verwendeten Datenquellen, z. B. Veröffentlichungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes.

**Dokumentationsstand**

13.01.2003, LGA BW/lögd

Indikator (K) 7.5		Inanspruchnahme des Krankheitsfrüherkennungsprogramms für Kinder, Land, im Zeitvergleich					
Jahr	Untersuchte Schulanfänger insgesamt	Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen				keine Dokumentation vorhanden**	
		Dokumentation vorhanden*	darunter: ... wahrgenommen in %:				
			U3 - U6	U7	U8	U9	
2002							
2003							
...							
Berichtsj.							

Datenquelle:  
Oberste Landesgesundheitsbehörden:  
Schulanfängeruntersuchungen

\* Vorsorgeheft vorgelegt  
\*\* Vorsorgeheft nicht vorgelegt

**[7.5a, Inanspruchnahme des Krankheitsfrüherkennungsprogramms für Kinder nach Migrationshintergrund, Land, Jahr.](#)**

7.6

### 7.6, Inanspruchnahme des Krankheitsfrüherkennungsprogramms für Kinder, Land im Regionalvergleich, Jahr. (Weiterentwickelter Indikator)

## **Inanspruchnahme des Krankheitsfrüherkennungsprogramms für Kinder, Land im Regionalvergleich, Jahr**

### **Definition**

Das gesetzliche Krankheitsfrüherkennungsprogramm für Kinder ist ein der Entwicklungsdynamik des Kindes angepasstes mehrteiliges Screening-Programm, das eine möglichst frühzeitige Aufdeckung wesentlicher Entwicklungsstörungen und Erkrankungen zum Ziel hat. Dadurch werden Therapiemöglichkeiten früher einsetzbar. Das Programm umfasst insgesamt 10 Untersuchungen. Zuletzt wurde am 1.7.1997 die J1 (1. Jugendgesundheitschutzuntersuchung) in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen als Pflichtleistung aufgenommen.

Die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen ist freiwillig. Die Inanspruchnahme und Ergebnisse dieser Früherkennungsuntersuchungen werden im Vorsorgeheft dokumentiert. Die Neugeborenen-Untersuchungen U1 (Erstuntersuchung) und U2 (Basisuntersuchung am 3. - 10. Lebenstag) werden in der Regel noch in der Geburtsklinik und damit bei nahezu allen Kindern durchgeführt; die folgenden Untersuchungen werden beim niedergelassenen (Kinder-)Arzt angeboten. Über ihre Inanspruchnahme im Regionalvergleich berichtet Indikator 7.6. Dabei wird eine Differenzierung nach den Untersuchungen im 1. Lebensjahr (U3: 4. - 6. Lebenswoche, U4: 3. - 4. Lebensmonat, U5: 6. - 7. Lebensmonat, U6: 10. - 12. Lebensmonat) sowie den in den folgenden Lebensjahren bis zum Schuleintritt angebotenen Untersuchungen (U7: 21. - 24. Lebensmonat, U8: 3 ½ - 4 Jahre, U9: 5 - 5 ½ Jahre) vorgenommen.

Im Rahmen der Einschulungsuntersuchungen werden die Eintragungen im Vorsorgeheft durch den öffentlichen Gesundheitsdienst erfasst. Indikator 7.6 bezieht sich auf die Anzahl der Schulanfänger, die das Vorsorgeheft zur Einschulungsuntersuchung vorgelegt haben. Die Bewertung erfolgt ausschließlich im Hinblick auf die Inanspruchnahme. Ein Vergleich zum Indikator 7.5, der die Trendentwicklung darstellt, ist gegeben.

### **Datenhalter**

- ▶ Oberste Landesgesundheitsbehörden

### **Datenquelle**

- ▶ Schulanfängeruntersuchungen

### **Periodizität**

Jährlich, Bezugszeitraum ist das Schuljahr

### **Validität**

Da sich die Indikatoren ausschließlich auf die Inanspruchnahme des Untersuchungsprogramms beziehen, ist im Hinblick auf die erfassten Daten von einer hohen Validität auszugehen. Die Validität der Daten ist auch davon abhängig, ob alle Schulanfänger oder nur eine Teilmenge untersucht wurden und wie hoch der Anteil der untersuchten Schulanfänger ist, die das Vorsorgeheft vorgelegt haben. Da die Zahl der Anspruchsberechtigten (gesetzlich wie privat krankenversicherte Kinder) nicht vorliegt, wird auf die Zahl der Schulanfänger als Bevölkerungsbezug zurückgegriffen.

### **Kommentar**

Der Indikator informiert über die Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsversorgung in den Kreisen und kreisfreien Städten. Darüber hinaus kann die vollständige Teilnahme am

Untersuchungsangebot als Maß für gesundheitsbewusstes Verhalten der Eltern interpretiert werden.

Es handelt sich um einen Prozessindikator.

### Vergleichbarkeit

Es gibt keine vergleichbaren Indikatoren im WHO- und OECD-Indikatorensetz. Im EU-Indikatorensetz sind Indikatoren zu *Integral children's health monitoring* als Anteil der Kinder verschiedener Altersgruppen vorgesehen, die diese Angebote wahrnehmen.

Indikator 7.6 entspricht dem Indikator 4.4 der bisherigen Fassungen des GMK-Indikatorensetzes. Wegen Änderungen in der Darstellung ist eine Vergleichbarkeit reduziert.

### Originalquellen

- Publikationen der Länder zu den verwendeten Datenquellen, z. B. Veröffentlichungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes.

### Dokumentationsstand

13.01.2003, LGA BW/lögd

Indikator (L) 7.6		Inanspruchnahme des Krankheitsfrüherkennungsprogramms für Kinder, Land im Regionalvergleich, Jahr						
Lfd. Nr.	Region	Untersuchte Schulanfänger insgesamt	Inanspruchn. d. Früherkennungsuntersuchungen				keine Dokumentation vorhanden**	
			Dokumentation vorhanden*	darunter: ... wahrgenommen in %:				
				U3 - U6	U7	U8	U9	
1	Regierungsbezirk Land							
2								
3								
...								

Datenquelle:  
Oberste Landesgesundheitsbehörden:  
Schulanfängeruntersuchungen

\* Vorsorgeheft vorgelegt  
\*\* Vorsorgeheft nicht vorgelegt



## 7.7

**Karies-Prophylaxe bei Kindern: Gebisszustand der Kinder bei Erstuntersuchungen, Land, im Zeitvergleich, Schuljahre****Definition**

Unter dem Begriff *Kariesprophylaxe* werden Maßnahmen zur Verhinderung von Zahnerkrankungen (Karies) zusammengefasst. Sie werden unterschieden in Gruppenprophylaxe und Individualprophylaxe. Gesetzliche Grundlage sind für die Gruppenprophylaxe § 21 SGB V, für die Individualprophylaxe § 22 SGB V.

Gemäß § 21 SGB V haben die Krankenkassen im Zusammenwirken mit den Zahnärzten und den für die Zahngesundheitspflege in den Ländern zuständigen Stellen Maßnahmen zur Erkennung und Verhütung von Zahnerkrankungen bei Versicherten, die das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, zu fördern und sich an den Kosten zur Durchführung zu beteiligen. Die Maßnahmen werden vorrangig in Gruppen, insbesondere in Kindergärten und Schulen durchgeführt und sollen sich insbesondere auf Ernährungsberatung, Zahnschmelzhärtung und Mundhygiene erstrecken.

Zur Gruppenprophylaxe tritt nach § 22 SGB V die Individualprophylaxe: Jeder Versicherte vom 7. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr kann sich einmal in jedem Kalenderjahr zur Verhütung von Zahnerkrankungen zahnärztlich untersuchen lassen. Der Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen bestimmt Art, Umfang und Nachweis der Untersuchungen. Sie sollen sich auf den Befund des Zahnfleisches, die Aufklärung über Krankheitsursachen und ihre Vermeidung, das Erstellen von diagnostischen Vergleichen zur Mundhygiene, zum Zustand des Zahnfleisches und zur Anfälligkeit gegenüber Karieserkrankungen, auf die Motivation und Einweisung bei der Mundpflege sowie auf Maßnahmen zur Schmelzhärtung der Zähne erstrecken.

Begleitend zu den gruppenprophylaktischen Maßnahmen erfolgen bei Kindergarten- und Schulkindern bis zur 6. Klasse Reihenuntersuchungen. Dabei wird zwischen Erstuntersuchungen als jeweils erste Untersuchung im Berichtszeitraum und Nachuntersuchungen im Sinne von Kontrolluntersuchungen innerhalb des Berichtszeitraums unterschieden. Beurteilt werden der Gebisszustand und der Kieferstatus. Der Zahnarzt unterscheidet zwischen naturgesund, saniert und behandlungsbedürftig, wenn eine Zahnkrankheit festgestellt wurde. Ab dem 6. Lebensjahr wird nur das bleibende Gebiss berücksichtigt. Der vorliegende Indikator weist den Gebisszustand von Kindern im Trend aus, der Indikator 7.8 stellt den Gebisszustand der Kinder im Regionalvergleich dar. Die Summenzeile des Indikators 7.8 dient der Fortschreibung des Indikators 7.7.

**Datenhalter**

- ▶ Jugendzahnärztliche Dienste
- ▶ Landesarbeitsgemeinschaften für Jugendzahnpflege

**Datenquelle**

- ▶ Untersuchungen zur Zahngesundheit

**Periodizität**

Jährlich, nach Schuljahren

**Validität**

Die Validität des Indikators ist abhängig von der Anzahl der durch die Reihenuntersuchungen erreichten Kinder sowie von der Übereinstimmung der Beurteilungskriterien zwischen den untersuchenden Zahnärztinnen und Zahnärzten (Interrater-Reliabilität).

**Kommentar**

Der Indikator informiert über den Anteil von Vorschul- und Schulkindern mit naturgesundem, saniertem bzw. behandlungsbedürftigem Gebiss. Er gibt damit Auskunft über die Erfolge der Kariesprophylaxe, den Behandlungsbedarf bzw. das Ausmaß der Sanierung. Die Bewertung kann auch in Bezug auf das Ziel 8.5 *Mindestens 80 % der Kinder der Altersgruppe 6 Jahre sollten kariesfrei sein* des WHO-Programms *Gesundheit 21* erfolgen.

Es handelt sich um einen Prozessindikator.

**Vergleichbarkeit**

Vergleichbar mit dem WHO-Indikator 2840 040704 *% of caries-free children at age 6*. Es gibt keine OECD- und EU-Indikatoren, die sich auf den Zahnstatus von 6-jährigen Kindern beziehen. Im bisherigen Indikator 3.36 wurde der Zahnstatus verschiedener Altersgruppen erfasst, darunter der der 6-jährigen Kinder. Es besteht nur ein geringer Bezug auf diesen Indikator.

**Originalquellen**

- ▶ Publikationen der Länder zu den verwendeten Datenquellen, z. B. Veröffentlichungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes und der Landesarbeitsgemeinschaften für Jugendzahnpflege.

**Dokumentationsstand**

28.02.2003, LGA BW/lögd

<b>Indikator (K) 7.7</b>	<b>Karies-Prophylaxe bei Kindern: Gebisszustand der Kinder bei Erstuntersuchungen, Land, im Zeitvergleich, Schuljahre</b>					
Schuljahr	Gebisszustand bei Erstuntersuchungen in %					
	Vorschulkinder (3 - 6 Jahre)			Schüler allgemeinbildender Schulen*		
	naturgesund	behandlungs- bedürftig	saniert	naturgesund	behandlungs- bedürftig	saniert
2000/2001						
2001/2002						
...						
Berichtsjahr						

Datenquelle:  
Jugendzahnärztliche Dienste/Landesarbeitsgemeinschaften für Jugendzahnpflege:  
Untersuchungen zur Zahngesundheit

\* ohne Alterseinschränkung

7.8

## Karies-Prophylaxe bei Kindern: Gebisszustand der Kinder bei Erstuntersuchungen, Land im Regionalvergleich, Schuljahr

### Definition

Unter dem Begriff *Kariesprophylaxe* werden Maßnahmen zur Verhinderung von Zahnerkrankungen (Karies) zusammengefasst. Sie werden unterschieden in Gruppenprophylaxe und Individualprophylaxe. Gesetzliche Grundlage sind für die Gruppenprophylaxe § 21 SGB V, für die Individualprophylaxe § 22 SGB V.

Gemäß § 21 SGB V haben die Krankenkassen im Zusammenwirken mit den Zahnärzten und den für die Zahngesundheitspflege in den Ländern zuständigen Stellen Maßnahmen zur Erkennung und Verhütung von Zahnerkrankungen bei Versicherten, die das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, zu fördern und sich an den Kosten zur Durchführung zu beteiligen. Die Maßnahmen werden vorrangig in Gruppen, insbesondere in Kindergärten und Schulen durchgeführt und sollen sich insbesondere auf Ernährungsberatung, Zahnschmelzhärtung und Mundhygiene erstrecken.

Zur Gruppenprophylaxe tritt nach § 22 SGB V die Individualprophylaxe: Jeder Versicherte vom 7. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr kann sich einmal in jedem Kalenderjahr zur Verhütung von Zahnerkrankungen zahnärztlich untersuchen lassen. Der Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen bestimmt Art, Umfang und Nachweis der Untersuchungen. Sie sollen sich auf den Befund des Zahnfleisches, die Aufklärung über Krankheitsursachen und ihre Vermeidung, das Erstellen von diagnostischen Vergleichen zur Mundhygiene, zum Zustand des Zahnfleisches und zur Anfälligkeit gegenüber Karieserkrankungen, auf die Motivation und Einweisung bei der Mundpflege sowie auf Maßnahmen zur Schmelzhärtung der Zähne erstrecken.

Begleitend zu den gruppenprophylaktischen Maßnahmen erfolgen bei Kindergarten- und Schulkindern bis zur 6. Klasse Reihenuntersuchungen. Dabei wird zwischen Erstuntersuchungen als jeweils erste Untersuchung im Berichtszeitraum und Nachuntersuchungen im Sinne von Kontrolluntersuchungen innerhalb des Berichtszeitraums unterschieden. Beurteilt werden der Gebisszustand und der Kieferstatus. Der Zahnarzt unterscheidet zwischen naturgesund, saniert und behandlungsbedürftig, wenn eine Zahnkrankheit festgestellt wurde. Ab dem 6. Lebensjahr wird nur das bleibende Gebiss berücksichtigt. Der vorliegende Indikator weist den Gebisszustand von Kindern im Regionalvergleich aus, der Indikator 7.7 weist den Zahnstatus der Kinder im Landesdurchschnitt als Trend aus. Die Summenzeile des Indikators 7.8 geht als Fortschreibung in den Indikator 7.7 ein.

### Datenhalter

- ▶ Jugendzahnärztliche Dienste
- ▶ Landesarbeitsgemeinschaften für Jugendzahnpflege

### Datenquelle

- ▶ Untersuchungen zur Zahngesundheit

### Periodizität

Jährlich, nach Schuljahren

### Validität

Die Validität des Indikators ist abhängig von der Anzahl der durch die Reihenuntersuchungen erreichten Kinder sowie von der Übereinstimmung der Beurteilungskriterien zwischen den untersuchenden Zahnärztinnen und Zahnärzten (Interrater-Reliabilität).

**Kommentar**

Der Indikator informiert über den Anteil von Vorschul- und Schulkindern mit naturgesundem, saniertem bzw. behandlungsbedürftigem Gebiss. Er gibt damit Auskunft über die Erfolge der Kariesprophylaxe, den Behandlungsbedarf bzw. das Ausmaß der Sanierung. Die Bewertung kann auch in Bezug auf das Ziel 8.5 *Mindestens 80 % der Kinder der Altersgruppe von 6 Jahren sollten kariesfrei sein* des WHO-Programms Gesundheit 21 erfolgen.

Es handelt sich um einen Prozessindikator.

**Vergleichbarkeit**

Vergleichbar mit dem WHO-Indikator 2840 040704 *% of caries-free children at age 6*. Es gibt keine OECD- und EU-Indikatoren, die sich auf den Zahnstatus von 6-jährigen Kindern beziehen. Im bisherigen Indikator 3.36 wurde der Zahnstatus verschiedener Altersgruppen nur auf Landesebene erfasst, darunter der der 6-jährigen Kinder. Somit handelt es sich um einen neuen Indikator.

**Originalquellen**

- ▶ Publikationen der Länder zu den verwendeten Datenquellen, z. B. Veröffentlichungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes und der Landesarbeitsgemeinschaften für Jugendzahnpflege.

**Dokumentationsstand**

28.02.2003, LGA BW/lögd

<b>Indikator (L)</b> 7.8		<b>Karies-Prophylaxe bei Kindern: Gebisszustand der Kinder bei Erstuntersuchungen, Land im Regionalvergleich, Schuljahr</b>					
Lfd. Nr.	Region	Gebisszustand bei Erstuntersuchungen in %					
		Vorschulkinder (3 - 6 Jahre)			Schüler allgemeinbildender Schulen*		
		natur- gesund	behandlungs- bedürftig	saniert	natur- gesund	behandlungs- bedürftig	saniert
1 2 3 ...	<b>Regierungsbezirk</b> <b>Land</b>						

Datenquelle:  
Jugendzahnärztliche Dienste/Landesarbeitsgemeinschaften für Jugendzahnpflege:  
Untersuchungen zur Zahngesundheit

\* ohne Alterseinschränkung

7.9

### Art der Karies-Prophylaxemaßnahmen und Anteil der erreichten Kinder nach Einrichtungstyp sowie Anzahl der Informationsveranstaltungen, Land, Schuljahr

#### Definition

Unter dem Begriff *Kariesprophylaxe* werden Maßnahmen zur Verhinderung von Zahnerkrankungen (Karies) zusammengefasst. Sie werden unterschieden in Gruppenprophylaxe und Individualprophylaxe. Gesetzliche Grundlage sind für die Gruppenprophylaxe § 21 SGB V, für die Individualprophylaxe § 22 SGB V.

Gemäß § 21 SGB V haben die Krankenkassen im Zusammenwirken mit den Zahnärzten und den für die Zahngesundheitspflege in den Ländern zuständigen Stellen Maßnahmen zur Erkennung und Verhütung von Zahnerkrankungen bei Versicherten, die das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, zu fördern und sich an den Kosten zur Durchführung zu beteiligen. Die Maßnahmen werden vorrangig in Gruppen, insbesondere in Kindergärten und Schulen durchgeführt und sollen sich insbesondere auf Ernährungsberatung, Zahnschmelzhärtung und Mundhygiene erstrecken. § 22 regelt die Verhütung von Zahnerkrankungen durch Individualprophylaxe, auf die Versicherte einmal jährlich im Alter zwischen dem 6. und 18. Lebensjahr Anspruch haben. Diese Untersuchungen schließen Mundhygienemaßnahmen sowie Maßnahmen zur Schmelzhärtung inkl. Fissurenversiegelung der Molaren ein.

Indikator 7.9 stellt die Art der Prophylaxemaßnahmen und den Anteil der erreichten Kinder nach Einrichtungstyp auf Landesebene dar. Bezugszahl ist die Anzahl der Kinder in den jeweiligen Einrichtungen und das Schuljahr.

Indikator 7.10 stellt den Anteil der durch Karies-Prophylaxemaßnahmen erreichten Kinder nach Einrichtungstyp im Regionalvergleich dar.

#### Datenhalter

- ▶ Jugendzahnärztliche Dienste
- ▶ Landesarbeitsgemeinschaften für Jugendzahnpflege

#### Datenquelle

- ▶ Dokumentation der Prophylaxe-Maßnahmen

#### Periodizität

Jährlich, nach Schuljahren

#### Validität

Da Vereinbarungen über Art und Umfang der Prophylaxe-Maßnahmen bestehen und sich der Indikator ausschließlich auf die Durchführung von Prophylaxe-Maßnahmen bezieht, ist von einer hohen Validität auszugehen.

#### Kommentar

Der Indikator informiert über die Anzahl und den Anteil von Vorschul- und Schulkindern, die von Maßnahmen der Gruppenprophylaxe erreicht wurden.

Es handelt sich um einen Prozessindikator.

#### Vergleichbarkeit

Es gibt keine vergleichbaren WHO-, OECD- und EU-Indikatoren. Indikator 7.9 entspricht den Indikatoren 4.11 und 4.12 der früheren Fassung des Indikatorensetzes. Wegen Änderungen in der Darstellung ist eine Vergleichbarkeit reduziert.

**Originalquellen**

- ▶ Publikationen der Länder zu den verwendeten Datenquellen, z. B. Veröffentlichungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes und der Landesarbeitsgemeinschaften für Jugendzahnpflege.

**Dokumentationsstand**

28.02.2003, LGA BW/lögd

Art der Maßnahme	Anzahl der durch einzelne Maßnahmen erreichten Kinder in ...							
	Kindergärten		Grundschulen		weiterführenden Schulen		Sonderschulen	
	insg.	in %	insg.	in %	insg.	in %	insg.	in %
Zahl der durch Reihenuntersuchungen/Prophylaxemaßnahmen erreichten Kinder insg.	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 7.9 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>							
Fluoridierung:								
Tabletten								
Fluorid-Gelee/-Lösung Fluor-Lacke								
Art der Maßnahme	Anzahl der durchgeführten Informationsveranstaltungen							
	Elternabende		Praxisbesuche					
	Fortbildungen d. Erzieher/Lehrer							
	insgesamt	insgesamt	insgesamt	insgesamt				

Datenquelle:  
 Jugendzahnärztliche Dienste/Landesarbeitsgemeinschaften für Jugendzahnpflege:  
 Dokumentation der Prophylaxe-Maßnahmen

7.10

## Anteil der durch Karies-Prophylaxemaßnahmen erreichten Kinder nach Einrichtungstyp, Land im Regionalvergleich, Schuljahr

### Definition

Unter dem Begriff *Kariesprophylaxe* werden Maßnahmen zur Verhinderung von Zahnerkrankungen (Karies) zusammengefasst. Sie werden unterschieden in Gruppenprophylaxe und Individualprophylaxe. Gesetzliche Grundlage sind für die Gruppenprophylaxe § 21 SGB V, für die Individualprophylaxe § 22 SGB V.

Gemäß § 21 SGB V haben die Krankenkassen im Zusammenwirken mit den Zahnärzten und den für die Zahngesundheitspflege in den Ländern zuständigen Stellen Maßnahmen zur Erkennung und Verhütung von Zahnerkrankungen bei Versicherten, die das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, zu fördern und sich an den Kosten zur Durchführung zu beteiligen. Die Maßnahmen werden vorrangig in Gruppen, insbesondere in Kindergärten und Schulen durchgeführt und sollen sich insbesondere auf Ernährungsberatung, Zahnschmelzhärtung und Mundhygiene erstrecken. § 22 regelt die Verhütung von Zahnerkrankungen durch Individualprophylaxe, auf die Versicherte einmal jährlich im Alter zwischen dem 6. und 18. Lebensjahr Anspruch haben. Diese Untersuchungen schließen Mundhygienemaßnahmen sowie Maßnahmen zur Schmelzhärtung inkl. Fissurenversiegelung der Molaren ein.

Indikator 7.10 stellt den Anteil der durch Karies-Prophylaxemaßnahmen erreichten Kinder nach Einrichtungstyp im Regionalvergleich dar. Bezugszahl ist die Anzahl der Kinder in den jeweiligen Einrichtungen und das Schuljahr. Es werden Maßnahmen der Gruppenprophylaxe, aber auch der Individualprophylaxe erfasst.

Ein Vergleich zum Indikator 7.9, der eine Übersicht über das Land darstellt, ist gegeben.

### Datenhalter

- ▶ Jugendzahnärztliche Dienste
- ▶ Landesarbeitsgemeinschaften für Jugendzahnpflege

### Datenquelle

- ▶ Dokumentation der Prophylaxe-Maßnahmen

### Periodizität

Jährlich, nach Schuljahren

### Validität

Da sich der Indikator ausschließlich auf die Durchführung von Prophylaxe-Maßnahmen bezieht, ist von einer ausreichenden Vollständigkeit und guten Validität auszugehen.

### Kommentar

Der Indikator informiert über die Anzahl und den Anteil von Vorschul- und Schulkindern, die von Maßnahmen der Karies-Prophylaxe erreicht wurden.

Es handelt sich um einen Prozessindikator.

### Vergleichbarkeit

Es gibt keine vergleichbaren WHO-, OECD- und EU-Indikatoren. Indikator 7.10 entspricht Teilen des Indikators 4.11 der bisherigen Fassung des Indikatorensetzes und ist bedingt vergleichbar.

**Originalquellen**

- ▶ Publikationen der Länder zu den verwendeten Datenquellen, z. B. Veröffentlichungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes und der Landesarbeitsgemeinschaften für Jugendzahnpflege.

**Dokumentationsstand**

28.02.2003, LGA BW/lögd

Indikator (L) 7.10		Anteil der durch Karies-Prophylaxemaßnahmen erreichten Kinder nach Einrichtungstyp, Land im Regionalvergleich, Schuljahr							
Lfd. Nr.	Region	Anteil erreichter Kinder in ...							
		Kindergärten		Grundschulen		weiterführenden Schulen*		Sonderschulen	
		Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %
1	<b>Regierungsbezirk</b> <b>Land</b>								
2									
3									
...									

Datenquelle:  
Jugendzahnärztliche Dienste/Landesarbeitsgemeinschaften für Jugendzahnpflege:  
Dokumentation der Prophylaxemaßnahmen

\* Bei Bedarf kann nach Hauptschule, Realschule und Gymnasium unterschieden werden



7.11

### **7.11, Impfquote bezüglich Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Haemophilus influenzae b, Poliomyelitis und Hepatitis B bei Schulanfängern, Land, im Zeitvergleich. (Weiterentwickelter Indikator)**

#### **Impfquote bezüglich Poliomyelitis, Tetanus, Diphtherie, Hepatitis B, Haemophilus influenzae b und Pertussis bei Schulanfängern, Land, im Zeitvergleich**

##### **Definition**

Impfungen gehören zu den wirksamsten und wichtigsten präventiven Maßnahmen der Medizin. Unmittelbares Ziel der Impfung ist es, den Geimpften vor einer Krankheit zu schützen. Bei Erreichen hoher Durchimpfungsraten ist es möglich, einzelne Krankheitserreger regional zu eliminieren und schließlich weltweit auszurotten. Die Eliminierung der Masern und der Poliomyelitis ist erklärtes und erreichbares Ziel nationaler und internationaler Gesundheitspolitik.

In der Bundesrepublik Deutschland besteht keine Impfpflicht. Impfungen von besonderer Bedeutung für die Gesundheit der Bevölkerung können entsprechend § 20 Abs. 3 Infektionsschutzgesetz (IfSG) öffentlich empfohlen werden. Diese Empfehlungen werden von den obersten Gesundheitsbehörden der Länder ausgesprochen. Sie orientieren sich dabei an den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut. Die Grundimmunisierung gilt dann als abgeschlossen, wenn gegen Poliomyelitis und Hepatitis B jeweils 3 Impfungen vorliegen, gegen Diphtherie, Tetanus und Haemophilus influenzae b jeweils mindestens 3 sowie gegen Pertussis 4 Impfungen durchgeführt wurden.

Gemäß § 34 (11) IfSG hat das Gesundheitsamt oder ein vom ihm beauftragter Arzt bei der Erstaufnahme in die 1. Klasse einer allgemeinbildenden Schule den Impfstatus zu erheben und die hierbei gewonnenen aggregierten und anonymisierten Daten über die oberste Landesgesundheitsbehörde dem Robert Koch-Institut zu übermitteln. Indikator 7.11 verwendet als Bevölkerungsbezug die Anzahl der erstmals zur Einschulungsuntersuchung vorgestellten Schulanfänger. Die Impfquote bezieht sich auf die Anzahl der Schulanfänger, die Impfdokumente zur ersten Einschulungsuntersuchung vorgelegt haben. Die Bewertung erfolgt ausschließlich im Hinblick auf die Inanspruchnahme entsprechend den jeweils aktuellen Empfehlungen der Ständigen Impfkommission am Robert Koch-Institut. Der Indikator 7.13 stellt die Impfquoten im Regionalvergleich dar.

##### **Datenhalter**

- ▶ Oberste Landesgesundheitsbehörden

##### **Datenquelle**

- ▶ Schulanfängeruntersuchungen

##### **Periodizität**

Jährlich, Bezugszeitraum ist das Schuljahr

##### **Validität**

Da sich der Indikator ausschließlich auf die Inanspruchnahme von Impfungen bezieht, ist im Hinblick auf die erfassten Daten von einer hohen Validität auszugehen. Die Validität der Daten ist auch davon abhängig, ob alle Schulanfänger oder nur eine Teilmenge untersucht wurden und wie hoch der Anteil der untersuchten Schulanfänger ist, die Impfdokumente vorgelegt haben. Darüber hinaus können Änderungen in den Impfempfehlungen und die Einführung neuer Impfstoffe die Validität beeinträchtigen.

##### **Kommentar**

Der Indikator informiert allgemein über die Inanspruchnahme von Leistungen der Gesund-

heitsversorgung und speziell über den Impfschutz aus individual- und bevölkerungsmedizinischer Sicht. Darüber hinaus kann die vollständige Teilnahme der Kinder an den Schutzimpfungen als Maß für gesundheitsbewusstes Verhalten der Eltern interpretiert werden. Es handelt sich um einen Prozessindikator.

**Vergleichbarkeit**

Vergleichbar mit WHO-Indikatoren zu *% of infants vaccinated against poliomyelitis, tetanus, diphtheria, haemophilus influ type b, hepatitis B, pertussis* aus dem *Chapter 8: Maternal and child health*. Es gibt keine vergleichbaren Indikatoren im OECD- und EU-Indikatorensatz. Im EU-Indikatorensatz sind Indikatoren zu *Communicable diseases in vaccination schemes, integral children's health monitoring* als Anteil der Kinder verschiedener Altersgruppen vorgesehen.

Indikator 7.11 entspricht Teilen der Indikatoren 4.8 und 4.10 der bisherigen Fassungen des GMK-Indikatorensatzes. Wegen Änderungen in der Darstellung ist eine Vergleichbarkeit reduziert.

**Originalquellen**

- Publikationen der Länder zu den verwendeten Datenquellen, z. B. Veröffentlichungen der obersten Landesgesundheitsbehörden.

**Dokumentationsstand**

13.02.2003, LGA BW/lögd

Indikator (K) 7.11		Impfquote bezüglich Poliomyelitis, Tetanus, Diphtherie, Hepatitis B, Haemophilus influenzae b und Pertussis bei Schulanfängern, Land, im Zeitvergleich							
Jahr	Untersuchte Schulanfänger	Dokumentierte Impfungen						Kinder ohne dokument. Impfung.**	
	insgesamt	Kinder mit dokument. Impfungen*	Impfquote in % bei abgeschlossener Grundimmunisierung						
			Polio-myelitis	Tetanus	Diphtherie	Hepatitis B	Haemo-philus in-fluenzae b		Pertussis
2001	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 7.11 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>								
2002									
...									
Berichtsj.									

Datenquelle:  
Oberste Landesgesundheitsbehörden:  
Schulanfängeruntersuchungen

\* Impfausweis vorgelegt  
\*\* Impfausweis nicht vorgelegt

**[7.11 a, Impfquote bezüglich Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Haemophilus influenzae b, Poliomyelitis und Hepatitis B bei Schulanfängern nach Migrationshintergrund, Land, Schuljahr.](#)**

7.12

### **7.12, Impfquote bezüglich Masern, Mumps, Röteln, Windpocken, Meningokokken und Pneumokokken bei Schulanfängern, Land, im Zeitvergleich. (Weiterentwickelter Indikator)**

#### **Impfquote bezüglich Masern, Mumps und Röteln bei Schulanfängern, Land, im Zeitvergleich**

##### **Definition**

Impfungen gehören zu den wirksamsten und wichtigsten präventiven Maßnahmen der Medizin. Unmittelbares Ziel der Impfung ist es, den Geimpften vor einer Krankheit zu schützen. Bei Erreichen hoher Durchimpfungsraten ist es möglich, einzelne Krankheitserreger regional zu eliminieren und schließlich weltweit auszurotten. Die Eliminierung der Masern und der Poliomyelitis ist erklärtes und erreichbares Ziel nationaler und internationaler Gesundheitspolitik.

In der Bundesrepublik Deutschland besteht keine Impfpflicht. Impfungen von besonderer Bedeutung für die Gesundheit der Bevölkerung können entsprechend § 20 Abs. 3 Infektionsschutzgesetz (IfSG) öffentlich empfohlen werden. Diese Empfehlungen werden von den obersten Gesundheitsbehörden der Länder ausgesprochen. Sie orientieren sich dabei an den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut. Die Impfung gegen Masern, Mumps und Röteln sollte mit einem Kombinationsimpfstoff (MMR-Impfstoff) erfolgen. Um der Eliminierung der Masern nahe zu kommen, wird eine 2. MMR-Impfung im Kindesalter empfohlen. Daher weist der Indikator getrennt den Anteil der Kinder mit mindestens 1 Impfung sowie als Teilmenge davon den Anteil der Kinder mit mindestens 2 Impfungen aus.

Gemäß § 34 (11) IfSG hat das Gesundheitsamt oder ein vom ihm beauftragter Arzt bei der Erstaufnahme in die 1. Klasse einer allgemeinbildenden Schule den Impfstatus zu erheben und die hierbei gewonnenen aggregierten und anonymisierten Daten über die oberste Landesgesundheitsbehörde dem Robert Koch-Institut zu übermitteln. Indikator 7.12 verwendet als Bevölkerungsbezug die Anzahl der erstmals zur Einschulungsuntersuchung vorgestellten Schulanfänger. Die Impfquote bezieht sich auf die Anzahl der Schulanfänger, die Impfdokumente zur ersten Einschulungsuntersuchung vorgelegt haben. Die Bewertung erfolgt ausschließlich im Hinblick auf die Inanspruchnahme entsprechend den jeweils aktuellen Empfehlungen der Ständigen Impfkommission am Robert Koch-Institut. Der Indikator 7.14 stellt die Impfquoten im Regionalvergleich dar.

##### **Datenhalter**

- ▶ Oberste Landesgesundheitsbehörden

##### **Datenquelle**

- ▶ Schulanfängeruntersuchungen

##### **Periodizität**

Jährlich, Bezugszeitraum ist das Schuljahr

##### **Validität**

Da sich der Indikator ausschließlich auf die Inanspruchnahme von Impfungen bezieht, ist im Hinblick auf die erfassten Daten von einer hohen Validität auszugehen. Die Validität der Daten ist auch davon abhängig, ob alle Schulanfänger oder nur eine Teilmenge untersucht wurden und wie hoch der Anteil der untersuchten Schulanfänger ist, die Impfdokumente vorgelegt haben. Darüber hinaus können Änderungen in den Impfempfehlungen und die Einführung neuer Impfstoffe die Validität beeinträchtigen.

**Kommentar**

Der Indikator informiert über die Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsversorgung sowie speziell über den Impfschutz aus individual- und bevölkerungsmedizinischer Sicht. Darüber hinaus kann die vollständige Teilnahme der Kinder an den Schutzimpfungen als Maß für gesundheitsbewusstes Verhalten der Eltern interpretiert werden.

Es handelt sich um einen Prozessindikator.

**Vergleichbarkeit**

Bedingt vergleichbar mit WHO-Indikatoren zu *% of infants vaccinated against measles, mumps and rubella*. Es gibt keine vergleichbaren Indikatoren im OECD- und EU-Indikatorensetz. Im EU-Indikatorensetz sind Indikatoren zu *Communicable diseases in vaccination schemes, Integral children's health monitoring* als Anteil der Kinder verschiedener Altersgruppen vorgesehen, die diese Angebote wahrnehmen.

Indikator 7.12 entspricht dem Indikator 4.10 der bisherigen Fassung des GMK-Indikatorensetzes. Wegen Änderungen in der Darstellung ist eine Vergleichbarkeit reduziert.

**Originalquellen**

- Publikationen der Länder zu den verwendeten Datenquellen, z. B. Veröffentlichungen der obersten Landesgesundheitsbehörden.

**Dokumentationsstand**

13.02.2003, LGA BW/lögd

<b>Indikator (K) 7.12</b>	<b>Impfquote bezüglich Masern, Mumps und Röteln bei Schulanfängern, Land, im Zeitvergleich</b>								
Jahr	Untersuchte Schul- anfänger insgesamt	Dokumentierte Impfungen						Kinder ohne dokument. Impfungen**	
		Kinder mit dokument. Impfungen*	Impfquote in % bei der 1. und 2. Impfung						
			Masern		Mumps		Röteln		
			>=1 Impf.	>=2 Impf.	>=1 Impf.	>=2 Impf.	>=1 Impf.		>=2 Impf.
2001	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 7.12 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>								
2002									
...									
Berichtsj.									

Datenquelle:  
Oberste Landesgesundheitsbehörden:  
Schulanfängeruntersuchungen

\* Impfausweis vorgelegt  
\*\* Impfausweis nicht vorgelegt

[7.12a, Impfquote bezüglich Masern, Mumps, Röteln, Windpocken, Meningokokken und Pneumokokken bei Schulanfängern nach Migrationshintergrund, Land, Schuljahr.](#)

7.13

### **7.13, Impfquote bezüglich Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Haemophilus influenzae b, Poliomyelitis und Hepatitis B bei Schulanfängern, Land im Regionalvergleich, Schuljahr. (Weiterentwickelter Indikator)**

#### **Impfquote bezüglich Poliomyelitis, Tetanus, Diphtherie, Hepatitis B, Haemophilus influenzae b und Pertussis bei Schulanfängern, Land im Regionalvergleich, Schuljahr**

##### **Definition**

Impfungen gehören zu den wirksamsten und wichtigsten präventiven Maßnahmen der Medizin. Unmittelbares Ziel der Impfung ist es, den Geimpften vor einer Krankheit zu schützen. Bei Erreichen hoher Durchimpfungsraten ist es möglich, einzelne Krankheitserreger regional zu eliminieren und schließlich weltweit auszurotten. Die Eliminierung der Masern und der Poliomyelitis ist erklärtes und erreichbares Ziel nationaler und internationaler Gesundheitspolitik.

In der Bundesrepublik Deutschland besteht keine Impfpflicht. Impfungen von besonderer Bedeutung für die Gesundheit der Bevölkerung können entsprechend § 20 Abs. 3 Infektionsschutzgesetz (IfSG) öffentlich empfohlen werden. Diese Empfehlungen werden von den obersten Gesundheitsbehörden der Länder ausgesprochen. Sie orientieren sich dabei an den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut. Die Grundimmunisierung gilt dann als abgeschlossen, wenn gegen Poliomyelitis und Hepatitis B jeweils 3 Impfungen vorliegen, gegen Diphtherie, Tetanus und Haemophilus influenzae b jeweils mindestens 3 sowie gegen Pertussis 4 Impfungen durchgeführt wurden.

Gemäß § 34 (11) IfSG hat das Gesundheitsamt oder ein vom ihm beauftragter Arzt bei der Erstaufnahme in die 1. Klasse einer allgemeinbildenden Schule den Impfstatus zu erheben und die hierbei gewonnenen aggregierten und anonymisierten Daten über die oberste Landesgesundheitsbehörde dem Robert Koch-Institut zu übermitteln. Indikator 7.13 verwendet als Bevölkerungsbezug die Anzahl der erstmals zur Einschulungsuntersuchung vorgestellten Schulanfänger. Die Impfquote bezieht sich auf die Anzahl der Schulanfänger, die Impfdokumente zur ersten Einschulungsuntersuchung vorgelegt haben. Die Bewertung erfolgt ausschließlich im Hinblick auf die Inanspruchnahme entsprechend den jeweils aktuellen Empfehlungen der Ständigen Impfkommission am Robert Koch-Institut. Ein Vergleich zum Indikator 7.11, der die Trendentwicklung darstellt, ist gegeben.

##### **Datenhalter**

- ▶ Oberste Landesgesundheitsbehörden

##### **Datenquelle**

- ▶ Schulanfängeruntersuchungen

##### **Periodizität**

Jährlich, Bezugszeitraum ist das Schuljahr

##### **Validität**

Da sich der Indikator ausschließlich auf die Inanspruchnahme von Impfungen bezieht, ist im Hinblick auf die erfassten Daten von einer hohen Validität auszugehen. Die Validität der Daten ist auch davon abhängig, ob alle Schulanfänger oder nur eine Teilmenge untersucht wurden und wie hoch der Anteil der untersuchten Schulanfänger ist, die Impfdokumente vorgelegt haben. Darüber hinaus können Änderungen in den Impfempfehlungen und die Einführung neuer Impfstoffe die Validität beeinträchtigen.

##### **Kommentar**

Der Indikator informiert allgemein über die Inanspruchnahme von Leistungen der Gesund-

heitsversorgung sowie speziell über den Impfschutz aus individual- und bevölkerungsmedizinischer Sicht. Darüber hinaus kann die vollständige Teilnahme der Kinder an den Schutzimpfungen als Maß für gesundheitsbewusstes Verhalten der Eltern interpretiert werden.

Es handelt sich um einen Prozessindikator.

### **Vergleichbarkeit**

Vergleichbar mit WHO-Indikatoren zu *% of infants vaccinated against poliomyelitis, tetanus, diphtheria, haemophilus influ type b, hepatitis B, pertussis* aus dem *Chapter 8: Maternal and child health*. Es gibt keine vergleichbaren Indikatoren im OECD- und EU-Indikatorensatz. Im EU-Indikatorensatz sind Indikatoren zu *Communicable diseases in vaccination schemes, Integral children's health monitoring* als Anteil der Kinder verschiedener Altersgruppen vorgesehen.

Indikator 7.13 entspricht dem Indikator 4.8 der bisherigen Fassungen des GMK-Indikatorensatzes. Zusätzlich wurden Impfquoten bezüglich Hepatitis B und Haemophilus influenzae b aufgenommen. Wegen Änderungen in der Darstellung ist eine Vergleichbarkeit reduziert.

### **Originalquellen**

- ▶ Publikationen der Länder zu den verwendeten Datenquellen, z. B. Veröffentlichungen der obersten Landesgesundheitsbehörden.

### **Dokumentationsstand**

13.02.2003, LGA BW/lögd

<b>Indikator (L) 7.13</b>	<b>Impfquote bezüglich Poliomyelitis, Tetanus, Diphtherie, Hepatitis B, Haemophilus influenzae b und Pertussis bei Schulanfängern, Land im Regionalvergleich, Schuljahr</b>
-------------------------------	---

Lfd. Nr.	Region	Untersuchte Schulanfänger insgesamt	Dokumentierte		
			Kinder mit dokumentierten Impfungen*	Impfquote in % bei	
				Poliomyelitis	Tetanus
1					
2					
3					
...					
	<b>Regierungsbezirk</b>				
	<b>Land</b>				

Datenquelle:  
Oberste Landesgesundheitsbehörden:  
Schulanfängeruntersuchungen

\* Impfausweis vorgelegt  
\*\* Impfausweis nicht vorgelegt

Impfungen				Kinder ohne dokumentierte Impfungen**	Region	Lfd. Nr.
abgeschlossener Grundimmunisierung						
Diphtherie	Hepatitis B	Haemophilus influenzae b	Pertussis			
					<b>Regierungsbezirk</b>	1
					<b>Land</b>	2
						3
						...



7.14

### 7.14, Impfquote bezüglich Masern, Mumps, Röteln, Windpocken, Meningokokken und Pneumokokken bei Schulanfängern, Land, im Zeitvergleich, Schuljahr. (Weiterentwickelter Indikator)

#### **Impfquote bezüglich Masern, Mumps und Röteln bei Schulanfängern, Land im Regionalvergleich, Schuljahr**

##### **Definition**

Impfungen gehören zu den wirksamsten und wichtigsten präventiven Maßnahmen der Medizin. Unmittelbares Ziel der Impfung ist es, den Geimpften vor einer Krankheit zu schützen. Bei Erreichen hoher Durchimpfungsraten ist es möglich, einzelne Krankheitserreger regional zu eliminieren und schließlich weltweit auszurotten. Die Eliminierung der Masern und der Poliomyelitis ist erklärtes und erreichbares Ziel nationaler und internationaler Gesundheitspolitik.

In der Bundesrepublik Deutschland besteht keine Impfpflicht. Impfungen von besonderer Bedeutung für die Gesundheit der Bevölkerung können entsprechend § 20 Abs. 3 Infektionsschutzgesetz (IfSG) öffentlich empfohlen werden. Diese Empfehlungen werden von den obersten Gesundheitsbehörden der Länder ausgesprochen. Sie orientieren sich dabei an den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut. Die Impfung gegen Masern, Mumps und Röteln sollte mit einem Kombinationsimpfstoff (MMR-Impfstoff) erfolgen. Um der Eliminierung der Masern nahe zu kommen, wird eine 2. MMR-Impfung im Kindesalter empfohlen. Daher weist der Indikator getrennt den Anteil der Kinder mit mindestens 1 Impfung sowie als Teilmenge davon den Anteil der Kinder mit mindestens 2 Impfungen aus.

Gemäß § 34 (11) IfSG hat das Gesundheitsamt oder ein vom ihm beauftragter Arzt bei der Erstaufnahme in die 1. Klasse einer allgemeinbildenden Schule den Impfstatus zu erheben und die hierbei gewonnenen aggregierten und anonymisierten Daten über die oberste Landesgesundheitsbehörde dem Robert Koch-Institut zu übermitteln. Indikator 7.14 verwendet als Bevölkerungsbezug die Anzahl der erstmals zur Einschulungsuntersuchung vorgestellten Schulanfänger. Die Impfquote bezieht sich auf die Anzahl der Schulanfänger, die Impfdokumente zur ersten Einschulungsuntersuchung vorgelegt haben. Die Bewertung erfolgt ausschließlich im Hinblick auf die Inanspruchnahme entsprechend den jeweils aktuellen Empfehlungen der Ständigen Impfkommission am Robert Koch-Institut. Ein Vergleich zum Indikator 7.12, der die Trendentwicklung darstellt, ist gegeben.

##### **Datenhalter**

- ▶ Oberste Landesgesundheitsbehörden

##### **Datenquelle**

- ▶ Schulanfängeruntersuchungen

##### **Periodizität**

Jährlich, Bezugszeitraum ist das Schuljahr

##### **Validität**

Da sich der Indikator ausschließlich auf die Inanspruchnahme von Impfungen bezieht, ist im Hinblick auf die erfassten Daten von einer hohen Validität auszugehen. Die Validität der Daten ist auch davon abhängig, ob alle Schulanfänger oder nur eine Teilmenge untersucht wurden und wie hoch der Anteil der untersuchten Schulanfänger ist, die Impfdokumente vorgelegt haben. Darüber hinaus können Änderungen in den Impfeempfehlungen und die Einführung neuer Impfstoffe die Validität beeinträchtigen.

**Kommentar**

Der Indikator informiert allgemein über die Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsversorgung sowie speziell über den Impfschutz aus individual- und bevölkerungsmedizinischer Sicht. Darüber hinaus kann die vollständige Teilnahme der Kinder an den Schutzimpfungen als Maß für gesundheitsbewusstes Verhalten der Eltern interpretiert werden. Es handelt sich um einen Prozessindikator.

**Vergleichbarkeit**

Bedingt vergleichbar mit WHO-Indikatoren zu *% of infants vaccinated against measles, mumps and rubella*. Es gibt keine vergleichbaren Indikatoren im OECD-Indikatorensatz. Im EU-Indikatorensatz sind Indikatoren zu *Communicable diseases in vaccination schemes, Integral children's health monitoring* als Anteil der Kinder verschiedener Altersgruppen vorgesehen, die diese Angebote wahrnehmen. Indikator 7.14 entspricht dem Indikator 4.7 der bisherigen Fassungen des GMK-Indikatorensatzes. Die BCG-Impfung wurde zwischenzeitlich eingestellt. Wegen Änderungen in der Darstellung ist eine Vergleichbarkeit reduziert.

**Originalquellen**

- Publikationen der Länder zu den verwendeten Datenquellen, z. B. Veröffentlichungen der obersten Landesgesundheitsbehörden.

**Dokumentationsstand**

13.02.2003, LGA BW/lögd

Indikator (L) 7.14		Impfquote bezüglich Masern, Mumps und Röteln bei Schulanfängern, Land im Regionalvergleich, Schuljahr								
Lfd. Nr.	Region	Untersuchte Schul- anfänger insgesamt	Kinder mit dokument. Impfung.*	Dokumentierte Impfungen						Kinder ohne dokum. Impfg.**
				Impfquote in % bei der 1. und 2. Impfung						
				Masern		Mumps		Röteln		
			>=1 Impf.	>=2 Impf.	>=1 Impf.	>=2 Impf.	>=1 Impf.	>=2 Impf.		
1	<b>Regierungsbezirk</b> <b>Land</b>									
2										
3										
...										

Datenquelle:  
Oberste Landesgesundheitsbehörden:  
Schulanfängeruntersuchungen

\* Impfausweis vorgelegt  
\*\* Impfausweis nicht vorgelegt

7.15

## Inanspruchnahme von Jugendarbeitsschutzuntersuchungen, Land, im Zeitvergleich

### Definition

Das Jugendarbeitsschutzgesetz (JArbSchG) vom 12. April 1976 in der Fassung vom 24. April 1986, (BGBl S.560) regelt die gesundheitliche Betreuung Jugendlicher. Ein Jugendlicher, der in das Berufsleben eintritt (Berufsanfänger), darf nur beschäftigt werden, wenn er innerhalb der letzten 14 Monate von einem Arzt untersucht worden ist (Erstuntersuchung) und dem Arbeitgeber eine von diesem Arzt ausgestellte Bescheinigung vorliegt.

Die Anzahl der Berufsanfänger wird durch die Zahl der ausgegebenen Untersuchungsberechtigungs-scheine für die Erstuntersuchung bestimmt.

Ein Jahr nach Aufnahme der ersten Beschäftigung hat sich der Arbeitgeber die Bescheinigung eines Arztes darüber vorlegen zu lassen, dass der Jugendliche nachuntersucht worden ist (erste Nachuntersuchung).

Nach Ablauf eines weiteren Jahres nach der ersten Nachuntersuchung kann sich der Jugendliche erneut nachuntersuchen lassen (erneute Nachuntersuchung). Erneute Nachuntersuchungen werden im Indikator nicht ausgewiesen, da sie freiwillig sind.

Außerordentliche Nachuntersuchungen ordnet der Arzt an, wenn eine Untersuchung ergibt, dass ein Jugendlicher hinter dem seinem Alter entsprechenden Entwicklungsstand zurückgeblieben ist, gesundheitliche Schwächen oder Schäden vorhanden sind oder die Auswirkungen der Beschäftigung auf die Gesundheit oder Entwicklung des Jugendlichen noch nicht zu übersehen sind.

Kann der Arzt den Entwicklungs- und Gesundheitszustand des Jugendlichen nur beurteilen, wenn das Ergebnis einer Ergänzungsuntersuchung durch einen anderen Arzt oder einen Zahnarzt vorliegt, so hat er eine Ergänzungsuntersuchung zu veranlassen und ihre Notwendigkeit zu begründen.

### Datenhalter

- ▶ Oberste Landesgesundheitsbehörden
- ▶ Oberste Landesarbeitsbehörden

### Datenquelle

- ▶ Statistik der ärztlichen Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz (JArbSchG)

### Periodizität

Jährlich

### Validität

Eine Überprüfung der Vollständigkeit, insbesondere bei Ergänzungsuntersuchungen, ist nicht möglich. Es wird von einer unvollständigen Inanspruchnahme von Jugendarbeitsschutzuntersuchungen ausgegangen.

### Kommentar

Ergänzungsuntersuchungen erfolgen lt. Definition, wenn fachärztliche Überweisungen zur Abklärung von krankhaften Befunden erforderlich sind. Dem Indikator wird eine Schulpflicht von 10 Jahren zu Grunde gelegt.

Berufsanfänger die bereits das 18. Lebensjahr vollendet haben, werden in die Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz nicht einbezogen.

Der vorliegende Indikator ist ein Prozessindikator.

### Vergleichbarkeit

Es gibt keine vergleichbaren WHO- oder OECD-Indikatoren. Im künftigen EU-Indikatorensetz ist kein ähnlicher Indikator vorgesehen. Der Indikator 7.6 zu Jugendarbeitsschutzuntersuchungen ist in der Fassung des Indikatorensetzes von 1996 wegen unzureichender Datenlage gestrichen worden. Er kann künftig als Länderindikator von den Ländern geführt werden, die über Daten verfügen.

### Originalquellen

- ▶ Publikationen der obersten Arbeits- bzw. Gesundheitsbehörden der Länder.

### Dokumentationsstand

25.11.2002, SM MV/MSGV SH/lögd

Indikator (L) 7.15		Inanspruchnahme von Jugendarbeitsschutzuntersuchungen, Land, im Zeitvergleich				
Jahr	Berufsanfänger*	Erstuntersuchung		1. Nachuntersuchung	Ergänzungsuntersuchungen	außerordentliche Nachuntersuchungen
		insgesamt	in %			
2000						
2001						
...						
Berichtsjahr						

Datenquelle:  
Oberste Landesgesundheitsbehörden/Oberste Landesarbeitsbehörden:  
Statistik der ärztlichen Untersuchungen  
nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz (JArbSchG)

\* die Anzahl der Berufsanfänger wird durch die Zahl der ausgegebenen Untersuchungsberechtigungs-scheine für die Erstuntersuchung bestimmt

7.16

## Beteiligung an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen nach Geschlecht, Land, im Zeitvergleich

### Definition

Krebserkrankungen nehmen in Deutschland Platz zwei unter den Todesursachen ein. Krebserkrankungen gelten zu einem beträchtlichen Teil als nicht vermeidbar, jedoch können bei frühzeitiger Erkennung einer Krebserkrankung die Therapiemöglichkeiten und Heilungschancen optimiert werden. Dazu werden seit 1976 in allen Bundesländern Krebsfrüherkennungsuntersuchungen als Maßnahme der sekundären Prävention angeboten. Gesetzliche Grundlage ist § 11 SGB V, wonach gesetzlich Krankenversicherte inkl. der mitversicherten Familienangehörigen Anspruch auf Früherkennung von Krankheiten haben. In § 25 SGB V wird ausgeführt, dass Frauen ab dem 20. Lebensjahr und Männer ab dem 45. Lebensjahr einmal jährlich Anspruch auf eine Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen haben. Voraussetzung für Krebsfrüherkennungsuntersuchungen und ärztliche Gesundheitsuntersuchungen ist, dass

- ▶ es sich um Krankheiten handelt, die wirksam behandelt werden können,
- ▶ das Vor- oder Frühstadium dieser Krankheiten durch diagnostische Maßnahmen fassbar ist,
- ▶ die Krankheitszeichen medizinisch-technisch genügend eindeutig zu diagnostizieren sind,
- ▶ genügend Ärzte und Einrichtungen vorhanden sind, um die aufgefundenen Verdachtsfälle eingehend abzuklären und zu behandeln.

In den Krebsfrüherkennungs-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen sind die Leistungen spezifiziert, die im Rahmen der Untersuchungen zur Früherkennung von bestimmten Krebserkrankungen in Anspruch genommen werden können. Frauen haben ab dem 20. Lebensjahr ein Anrecht auf eine Krebsfrüherkennungsuntersuchung des Genitale, ab dem 30. Lebensjahr wird das Untersuchungsprogramm erweitert um die Brust und die Haut. Männer können ab 45 Jahren das äußere Genitale, die Prostata und die Haut untersuchen lassen. Ab dem 50. Lebensjahr kommt bei Frauen und Männern die Untersuchung des Darms hinzu. Seit dem 1. Oktober 2002 wird für GKV-Versicherte ab dem 55. Lebensjahr eine Darmspiegelung angeboten, zehn Jahre später eine zweite. Die Untersuchungsergebnisse sind gemäß den Richtlinien auf einem Berichtsvordruck festzuhalten, der für statistische Auswertungen genutzt wird.

Der Indikator wird auf der Grundlage von Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen berechnet. Krebsfrüherkennungsuntersuchungen sind den EBM-Nummern (Einheitlicher Bewertungsmaßstab) 157 für Frauen bzw. 158 für Männer zugeordnet (s. a. Indikator 7.17). Durch den Bezug zur Anzahl der anspruchsberechtigten Personen lässt sich die Häufigkeit der Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen durch Frauen und Männer darstellen. Eine Differenzierung nach Altersgruppen ist nicht möglich. Die Beteiligung an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen ist ein Zeichen für das Gesundheitsbewusstsein der Bevölkerung.

### Datenhalter

- ▶ Kassenärztliche Vereinigungen der Länder

### Datenquelle

- ▶ KG 3-Statistik

### Periodizität

Jährlich, 31.12.

### **Validität**

Die Validität des Indikators ist schwer einzuschätzen, da er auf der Grundlage von kassenärztlichen Abrechnungsdaten berechnet wird. Eine Einschränkung besteht darin, dass Aussagen nur für die gesetzlich krankenversicherte Bevölkerung möglich sind, obwohl privat Krankenversicherte ebenfalls Anspruch auf Früherkennungsuntersuchungen haben. Die Bewertung erfolgt zur Inanspruchnahme. Es können keine Angaben gemacht werden, wie viele Krebserkrankungen durch Früherkennungsuntersuchungen entdeckt wurden. Aussagen zu Effektivität und Effizienz bzw. Qualität der Krebsfrüherkennungsuntersuchungen sind nicht möglich.

### **Kommentar**

Der üblicherweise verwendete Begriff der *Vorsorgeuntersuchung* ist sachlich nicht korrekt, da es bei diesen Untersuchungen um krankheitsspezifische Ausschlussdiagnosen bzw. um Früherkennung geht. Somit sollen im Idealfall therapeutische Maßnahmen zu einem Zeitpunkt eingeleitet werden, bei dem betroffene Personen subjektiv noch keine Beschwerden haben und die Therapie- bzw. Heilungsmöglichkeiten optimal sind. Aus psychologischen Gründen scheint die Verwendung des Begriffes *Vorsorgeuntersuchung* jedoch sinnvoll zu sein, um die Hemmschwelle hinsichtlich der Nachfrage solcher Untersuchungen zu verringern.

Der Indikator informiert über die Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsversorgung.

Der vorliegende Indikator ist ein Prozessindikator.

### **Vergleichbarkeit**

Es gibt keine vergleichbaren WHO- und OECD-Indikatoren. Im EU-Indikatorensetz sind vergleichbare Indikatoren zu *Health systems: Prevention, health protection and health promotion, Disease prevention, Screening for breast cancer, Screening for uterus/cervix cancer* vorhanden. Der vorliegende Indikator fügt die bisherigen GMK-Indikatoren 4.5 (Männer) und 4.6 (Frauen) zusammen. Die Differenzierung nach Altersgruppen wird nicht weitergeführt. Vergleiche sind eingeschränkt möglich.

### **Originalquellen**

- ▶ Publikationen der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Statistik der Krebsfrüherkennungsuntersuchungen.

### **Dokumentationsstand**

11.03.03, lögd/KV Nordrhein/LGA BW

Jahr	Beteiligung an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen					
	weiblich*			männlich**		
	Anspruchsberechtigte***	dar.: Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchung		Anspruchsberechtigte***	dar.: Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchung	
	Anzahl	Anzahl	in %	Anzahl	Anzahl	in %
1990	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 7.16 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>					
1995						
2000						
2001						
...						
Berichtsjahr						

Datenquelle:  
Kassenärztliche Vereinigungen:  
KG 3-Statistik

\* Frauen ab 20 J.  
\*\* Männer ab 45 J.  
\*\*\* GKV-Mitglieder





7.17

## Beteiligung am Gesundheits-Check-up bei Frauen und Männern nach Geschlecht, Land, im Zeitvergleich

### Definition

Gesetzlich Krankenversicherte (inkl. der mitversicherten Familienangehörigen) haben ab dem 36. Lebensjahr alle 2 Jahre Anspruch auf eine Gesundheitsuntersuchung, den so genannten Gesundheits-Check-up. Gesetzliche Grundlage ist § 25 Abs. 1 SGB V. Voraussetzung für Krebsfrüherkennungsuntersuchungen und ärztliche Gesundheitsuntersuchungen ist, dass

- ▶ es sich um Krankheiten handelt, die wirksam behandelt werden können,
- ▶ das Vor- oder Frühstadium dieser Krankheiten durch diagnostische Maßnahmen fassbar ist,
- ▶ die Krankheitszeichen medizinisch genügend eindeutig zu diagnostizieren sind,
- ▶ genügend Ärzte und Einrichtungen vorhanden sind, um die aufgefundenen Verdachtsfälle eingehend abzuklären und zu behandeln.

Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen bestimmt in Richtlinien das Nähere über Art und Umfang der Untersuchungen.

Gesundheitsuntersuchungen werden seit dem Jahr 1990 in allen Bundesländern mit dem Ziel der Früherkennung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Nierenerkrankungen und Diabetes mellitus durchgeführt. Außerdem sollen die für diese Krankheiten bedeutsamen Risikomerkmale erkannt und frühzeitig Änderungen in gesundheitsschädigenden Verhaltensweisen eingeleitet werden.

Die Untersuchung besteht aus der Erfassung der Krankheitsvorgeschichte, einer körperlichen Untersuchung sowie aus Laboruntersuchungen (Gesamtcholesterin, Blutzucker, Harnsäure und Kreatinin). Gesundheits- und Krebsfrüherkennungsuntersuchungen sollen, soweit beruflich zulässig, zusammen durchgeführt werden.

Der Indikator wird auf der Grundlage von Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen berechnet. Gesundheitsuntersuchungen sind den EBM-Nummern (Einheitlicher Bewertungsmaßstab) 161 für Frauen bzw. 162 für Männer zugeordnet (s. a. Indikator 7.16). Durch den Bezug zur Anzahl der anspruchsberechtigten Personen lässt sich die Häufigkeit der Inanspruchnahme durch Frauen und Männer darstellen. Dabei ist der 2-jährige Untersuchungsturnus zu berücksichtigen (die Untersuchungen eines Jahres müssen auf die Hälfte der Berechtigten bezogen werden). Die Beteiligung an Gesundheitsuntersuchungen ist ein Zeichen für das Gesundheitsbewusstsein der Bevölkerung.

### Datenhalter

- ▶ Kassenärztliche Vereinigungen der Länder

### Datenquelle

- ▶ KG 3-Statistik

### Periodizität

Jährlich, 31.12.

### Validität

Die Validität des Indikators ist schwer einzuschätzen, da er auf der Grundlage von kassenärztlichen Abrechnungsdaten berechnet wird. Eine Einschränkung besteht darin, dass Aussagen nur für die gesetzlich krankenversicherte Bevölkerung möglich sind, obwohl privat Krankenversicherte ebenfalls Anspruch auf Vorsorge- bzw. Früherkennungsuntersuchungen

haben. Die Bewertung erfolgt ausschließlich hinsichtlich der Inanspruchnahme. Aussagen zu Effektivität und Effizienz bzw. Qualität der Gesundheitsuntersuchungen sind nicht möglich.

**Kommentar**

Der Indikator informiert über die Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsversorgung. Eine Differenzierung nach Altersgruppen ist nicht möglich. Es können keine Angaben gemacht werden, wie viele Erkrankungen durch Gesundheitsuntersuchungen festgestellt werden.

Der vorliegende Indikator ist ein Prozessindikator.

**Vergleichbarkeit**

Es gibt keine vergleichbaren WHO- und OECD-Indikatoren. Im EU-Indikatorensetz sind vergleichbare Indikatoren zu *Health systems: Prevention, health protection and health promotion, Disease prevention, Screening for blood pressure/cholesterol levels, General preventive examination* vorhanden. Der vorliegende Indikator ist mit dem bisherigen GMK-Indikator 4.6a vergleichbar. Die Altersgruppenstruktur wird nicht weitergeführt. Vergleiche sind eingeschränkt möglich.

**Originalquellen**

- ▶ Publikationen der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Statistik der Gesundheits-Check-ups.

**Dokumentationsstand**

13.03.03, lögd/KV Nordrhein/LGA BW

Indikator (L) 7.17	Beteiligung am Gesundheits-Check-up bei Frauen und Männern nach Geschlecht, Land, im Zeitvergleich			
	Beteiligung am Gesundheits-Check-up			
	weiblich*		männlich*	
Jahr	Anspruchsberechtigte**	darunter: Inanspruchnahme des Check-up in %	Anspruchsberechtigte**	darunter: Inanspruchnahme des Check-up in %
2000	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 7.17 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>			
2001				
...				
Berichtsjahr				

Datenquelle:  
Kassenärztliche Vereinigungen:  
KG 3-Statistik

\* Frauen u. Männer ab 35 J.  
\*\* GKV-Mitglieder

7.18

**Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen, Land, Jahr****Definition**

Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen verfolgen das Ziel, Arbeitnehmer vor gesundheitlichen Beeinträchtigungen durch berufliche Gefährdungen zu schützen, mögliche tätigkeitsbedingte Gesundheitsschäden frühzeitig zu erfassen und durch entsprechende Interventionen die Gesundheit zu erhalten, wiederherzustellen oder einer Verschlimmerung vorzubeugen. Spezielle Vorsorgeuntersuchungen sind nach staatlichen Rechtsvorschriften und nach den Unfallverhütungsvorschriften der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung bei Personen erforderlich, deren Arbeit mit besonderen Unfall- oder Gesundheitsgefahren verbunden ist. Zu den staatlichen Vorschriften, nach denen der Arbeitgeber Vorsorgeuntersuchungen zu veranlassen hat, gehören z. B. das Arbeitszeit- und Gentechnikgesetz sowie die Bildschirmarbeits-, Biostoff-, Druckluft-, Gefahrstoff-, Röntgen- und Strahlenschutzverordnung. Die Unfallverhütungsvorschriften *Arbeitsmedizinische Vorsorge* der Berufsgenossenschaften und Unfallkassen verpflichten die Arbeitgeber zur Veranlassung weiterer Vorsorgeuntersuchungen, z. B. bei Arbeiten unter Lärm-, Hitze- und Kälteeinwirkung oder bei Fahr-, Steuer- und Überwachungstätigkeiten.

Der Unternehmer hat für die fristgerechte (Wieder-)Vorstellung der Beschäftigten bei einem Arzt zu sorgen, der für die erforderliche Untersuchung über die spezielle Ermächtigung verfügt. Der Unternehmer hat auch die Kosten der Untersuchung zu tragen.

Der erforderliche Untersuchungsumfang und die Kriterien für die ärztliche Beurteilung sind für eine Vielzahl von Untersuchungsanlässen in den Berufsgenossenschaftlichen Grundsätzen für arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen zusammengefasst.

Die Erstuntersuchung darf frühestens 12 Wochen vor Aufnahme der Tätigkeit erfolgen. Dabei ist zu ermitteln, ob bei dem Betreffenden gesundheitliche Bedenken speziell gegen die Aufnahme der vorgesehenen Tätigkeit bestehen. Die Nachuntersuchungen sind innerhalb vorgesehener Zeitspannen durchzuführen, welche vom Gefahrenpotenzial der Exposition bzw. der Tätigkeit abhängen.

Die Frist für die erste Nachuntersuchung ist bei bestimmten Einwirkungen kürzer als für die nachfolgenden. Der untersuchende Arzt kann in begründeten Fällen Nachuntersuchungen in kürzerem Abstand empfehlen, als er in der jeweiligen Rechtsvorschrift genannt ist.

**Datenhalter**

- ▶ Arbeitsschutzbehörden der Länder (für Untersuchungen nach staatlichen Rechtsvorschriften)
- ▶ Landesverbände der gewerblichen Berufsgenossenschaften (für Untersuchungen nach Vorschriften der gesetzlichen Unfallversicherung)
- ▶ Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaften der Länder (für Untersuchungen nach Vorschriften der gesetzlichen Unfallversicherung)

**Datenquelle**

- ▶ Statistik über die speziellen arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen

**Periodizität**

Jährlich, 31.12.

### **Validität**

Die Vollständigkeit der Untersuchungen hängt von der Gefährdungsbeurteilung durch die Arbeitgeber ab. Eine Garantie für die Richtigkeit dieser Gefährdungsbeurteilung kann nicht gegeben werden.

### **Kommentar**

Für den vorliegenden Indikator wurde eine Auswahl der häufigsten Untersuchungen vorgenommen.

Der Arbeitgeber hat zu ermitteln, ob in seinem Unternehmen mit einer Gesundheitsgefährdung zu rechnen ist. Er hat gegebenenfalls die erforderlichen Maßnahmen zum Schutz der Gesundheit seiner Beschäftigten zu veranlassen.

Für das Ergebnis der arbeitsmedizinischen Beurteilung sind vier Kategorien vorgesehen: keine gesundheitlichen Bedenken; befristete gesundheitliche Bedenken; keine gesundheitlichen Bedenken unter bestimmten Voraussetzungen; dauernde gesundheitliche Bedenken. Da nur die letztgenannte Kategorie einschneidende Bedeutung für die (Weiter-)Beschäftigung des Untersuchten erlangen kann, wird diese Kategorie als Anteil an den Erst- bzw. Nachuntersuchungen im vorliegenden Indikator erfasst.

Die Erst- und Nachuntersuchungen sind bezogen auf Umfang und Zeitintervalle, sie sind standardisiert und dürfen nur von ermächtigten Ärzten mit Nachweis einer besonderen Fachkunde durchgeführt werden.

### **Vergleichbarkeit**

Es gibt keine vergleichbaren WHO-, OECD- und EU-Indikatoren. Bedingt vergleichbar mit dem bisherigen Indikator 7.7, der wegen der unzureichenden Datenbereitstellung in der revidierten Fassung im Jahre 1996 gestrichen wurde. Der Indikator kann bei Datenverfügbarkeit als Länderindikator geführt werden. Die Vergleichbarkeit zwischen den Ländern hängt von der Wirtschaftsstruktur des jeweiligen Landes ab und ist deshalb reduziert.

### **Originalquellen**

- ▶ Berichte der Arbeitsschutzbehörden der Länder.
- ▶ Berichte der gewerblichen Berufsgenossenschaften.
- ▶ Berichte der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften.

### **Dokumentationsstand**

10.03.2003, MV/Medizinischer Arbeitsschutz - Landesgewerbeamt MV/lögd

Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen	Erstuntersuchungen		Nachuntersuchungen	
	insgesamt	dauernde gesundh. Bedenken in %	insgesamt	dauernde gesundh. Bedenken in %
Lärm				
Infektionskrankheiten nach Biosstoffverordnung*				
Tätigkeiten mit Infektionsgefährdung				
Atemschutz				
Fahr-/Steuer-/Überwachungstätigkeit				
Bildschirmarbeitsplätze				
Asbesthaltiger Staub				
Biotechnologie				
Obstruktive Atemwegserkrankungen				
Hauterkrankungen**				
Sonstige gesundheitsgefährdende Noxen/Stoffe				
<b>Insgesamt</b>				

Datenquelle:  
Arbeitsschutzbehörden der Länder/  
Landesverbände der gewerblichen Berufsgenossenschaften/  
Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaften der Länder:  
Statistik über die speziellen arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen

\* Hepatitis, Tuberkulose  
\*\* außer Hautkrebs



7.19

## Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher und psychotherapeutischer Leistungen (Behandlungsfälle), Land, im Zeitvergleich

### Definition

Ärzte und Krankenkassen wirken lt. § 72 SGB V zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zusammen. Die vertragsärztliche Versorgung wird im Rahmen gesetzlicher Vorschriften und der Richtlinien der Bundesausschüsse durch schriftliche Verträge der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) mit den Verbänden der Krankenkassen so geregelt, dass eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse gewährleistet ist.

Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte haben den Status von Vertragsärzten und ermächtigten Ärzten. Darüber hinaus nehmen ärztlich geleitete Einrichtungen und Notfallambulanzen an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Gemäß Psychotherapeutengesetz (PsychThG) vom 01.01.1999 sind Psychologische Psychotherapeuten den Vertragsärzten gleichgestellt.

Die psychotherapeutischen Behandlungsfälle sind also die Summe der Behandlungsfälle von: ärztlichen Psychotherapeuten und psychologischen Psychotherapeuten (einschl. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die nur eine Zulassung zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen bis zum 21. Lebensjahr haben).

Einbezogen in die vertragsärztliche Versorgung sind alle in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versicherten Personen. Unter ambulanten Behandlungsfällen werden im Indikator die addierten Zahlen von vier Quartalen ausgewiesen.

### Datenhalter

- ▶ Kassenärztliche Vereinigungen der Länder

### Datenquelle

- ▶ Abrechnungsstatistiken der Kassenärztlichen Vereinigungen

### Periodizität

Jährlich, 31.12.

### Validität

Die Kennziffer *Behandlungsfälle je 1 000 Einwohner* ist nicht unproblematisch, da es sich um die Behandlungsfälle der GKV-Versicherten handelt. Der Anteil der GKV-Versicherten entspricht im Durchschnitt etwa 85 bis 90 % der Bevölkerung. Deshalb stellt die Kennziffer lediglich eine Orientierungsgröße dar.

### Kommentar

Die Jahresergebnisse der ambulanten ärztlichen Behandlungsfälle sind auch im Indikator 7.20 enthalten, dessen Summenzeile (Jahresergebnis) in den vorliegenden Indikator eingeht.

Die Jahresergebnisse der ambulanten psychotherapeutischen Behandlungsfälle sind auch im Indikator 7.22 enthalten, dessen Summenzeile (Jahresergebnis) in den vorliegenden Indikator eingeht.

Der vorliegende Indikator ist ein Prozessindikator.

### Vergleichbarkeit

Es gibt keinen vergleichbaren WHO-Indikator. Der OECD-Indikator *Doctor's consultations* beinhaltet die Zahl der Arztkontakte, nicht die Behandlungsfälle, deshalb ist der Indikator nicht vergleichbar. Im EU-Indikatorensetz sind die *ambulanten Arztkontakte je 100 000 Einwohner* als Indikator vorgesehen, so dass ebenfalls keine Vergleichbarkeit besteht. Bedingt vergleichbar mit dem bisherigen Indikator 7.11, der jedoch nicht als Zeitreihe geführt wurde und die psychotherapeutischen Behandlungsfälle nicht enthielt. Bei Ländervergleichen ist der unterschiedliche Anteil der GKV-Versicherten in den Bundesländern zu berücksichtigen.

### Originalquellen

- Publikationen der Kassenärztlichen Vereinigungen zu Leistungen der ambulanten Krankheitsversorgung.

### Dokumentationsstand

04.02.2003, SM MV/MSGV SH/KV MV/lögd

Jahr	Ambulante ärztliche Behandlungsfälle			Ambulante psychotherapeutische Behandlungsfälle		
	Anzahl	je Arzt	je 1 000 Einwohner	Anzahl	je Psychotherapeut*	je 1 000 Einwohner
2000	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 7.19 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>					
2001						
...						
Berichtsjahr						

Datenquelle:  
Kassenärztliche Vereinigungen:  
Abrechnungsstatistiken der KV

\* ärztliche und psychologische Psychotherapeuten  
(einschl. Kinder- und Jugendlichenpsychotherap.)



7.20

## Ambulante vertragsärztliche Versorgung nach Fachgruppen, Land, Jahr

### Definition

Ärzte und Krankenkassen wirken lt. § 72 SGB V zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zusammen. Die vertragsärztliche Versorgung wird im Rahmen gesetzlicher Vorschriften und der Richtlinien der Bundesausschüsse durch schriftliche Verträge der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) mit den Verbänden der Krankenkassen so geregelt, dass eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemeinen anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse gewährleistet ist. Die vertragsärztliche Versorgung gliedert sich in die hausärztliche und fachärztliche Versorgung.

Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte haben den Status von Vertragsärzten und ermächtigten Ärzten. Darüber hinaus nehmen weitere ärztlich geleitete Einrichtungen und Notfallambulanzen an der vertragsärztlichen Versorgung teil, wenn sie eine entsprechende Ermächtigung der KV besitzen.

Einbezogen in die vertragsärztliche Versorgung sind alle in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versicherten Personen. Unter *ambulanten Behandlungsfällen* werden im Indikator die addierten Zahlen von vier Quartalen ausgewiesen. Die ambulanten Behandlungsfälle der Psychotherapeuten sind im Indikator 7.22 ausgewiesen.

### Datenhalter

- ▶ Kassenärztliche Vereinigungen der Länder

### Datenquelle

- ▶ Abrechnungsstatistiken der Kassenärztlichen Vereinigungen

### Periodizität

Jährlich, 31.12.

### Validität

Die Kennziffer *Behandlungsfälle je 1 000 Einwohner* ist nicht unproblematisch, da es sich um die Behandlungsfälle der GKV-Versicherten handelt. Da aber die Angaben zu den GKV-Versicherten, insbesondere in den Darunterpositionen Frauen, Kinder von 0 - 14 Jahren sowie für die jeweilige Fachgruppe der Anteil der GKV-Versicherten nicht bekannt sind, stellt die Kennziffer lediglich eine Orientierungsgröße dar.

### Kommentar

Aus der Definition ist ersichtlich, dass die Berechnungsbasis die pro Quartal im Berichtsjahr abgerechneten Behandlungsfälle sind. Somit wird nicht die Zahl der ärztlichen Konsultationen erfasst, die höher liegt.

Der vorliegende Indikator ist ein Prozessindikator.

### Vergleichbarkeit

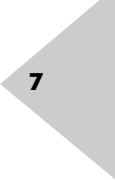
Es gibt keinen Vergleich mit WHO- und OECD-Indikatoren. Im EU-Indikatorensatz sind *Out-patient contacts* nach Fachgebieten vorgesehen, die mit dem Begriff *Behandlungsfälle* nicht vergleichbar sind. Bedingt vergleichbar mit dem bisherigen Indikator 7.11, der die Position *Hausärzte* nicht enthielt. Bei Ländervergleichen ist der unterschiedliche Anteil der GKV-Versicherten zu berücksichtigen.

**Originalquellen**

- ▶ Publikationen der Kassenärztlichen Vereinigungen zu Leistungen der ambulanten Krankheitsversorgung.

**Dokumentationsstand**

04.02.2003, SM MV/MSGV SH/KV MV/lögd



Fachgruppe	Ambulante Behandlungsfälle (ohne Psychotherapeuten)			
	Anzahl	je Arzt	je 1 000 Einw.	Anteil in %
Hausärzte				
Gebietsärzte <sup>1</sup>				
darunter:				
Augenärzte				
Chirurgen				
Dermatologen				
Gynäkologen <sup>2</sup>				
Hals-Nasen-Ohren-Ärzte				
Internisten				
Kinderärzte <sup>3</sup>				
Nervenärzte und Psychiater				
Orthopäden				
Radiologen				
Urologen				
<b>Ärzte insgesamt</b>				<b>100</b>

Datenquelle:  
Kassenärztliche Vereinigungen:  
Abrechnungsstatistiken der KV

<sup>1</sup> Bevölkerungsbezug: ohne Hausärzte  
<sup>2</sup> Bevölkerungsbezug: weibliche Bevölkerung  
<sup>3</sup> Bevölkerungsbezug: Kinder von 0 - 14 Jahren

7.21

## Struktur der abgerechneten ärztlichen Leistungsbereiche (ambulant) der Vertragsärzte, Land, Jahre

### Definition

Der Indikator gibt die Struktur der abgerechneten Leistungen für das jeweilige Jahr an. Bei einem langfristigen Vergleich sind ggf. Änderungen im Punktwert für die jeweiligen Leistungskategorien zu berücksichtigen.

Der Indikator bildet also die z. T. *gewollten* Verschiebungen zwischen den Leistungsarten ab, d. h. zum Beispiel bei einem Ländervergleich sind vor allem die Strukturunterschiede (z. B. Anteil von Sonderleistungen) und nicht die absolute Punktzahl relevant.

Versicherte haben Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern (§ 27 SGB V). Die Ärzte und Krankenkassen wirken zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten zusammen (§ 72 SGB V). In Verträgen zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) und den Verbänden der Krankenkassen wird die Vergütung für die Gesamtheit der zu vergütenden vertragsärztlichen Leistungen vereinbart. Maßgebend für die abrechnungsfähigen Leistungen und ihr abrechnungsmäßiges Verhältnis zueinander ist der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM).

Im vorliegenden Indikator werden einige aggregierte Leistungsformen dargestellt: Grundleistungen, Sonderleistungen, Laborleistungen und Röntgenleistungen, die insgesamt die kurativen Abrechnungsfälle ergeben.

Im vorliegenden Indikator werden die addierten Zahlen von vier Quartalen als abgerechnete Leistungsbereiche ausgewiesen.

### Datenhalter

- ▶ Kassenärztliche Vereinigungen der Länder

### Datenquelle

- ▶ Abrechnungsstatistiken der Kassenärztlichen Vereinigungen

### Periodizität

Jährlich, 31.12.

### Validität

Die abgerechneten Punktwerte sind die Basis für die Vergütung der Vertragsärzte, somit kann von einer 100 %igen Erfassung pro Quartal als Erfassungseinheit ausgegangen werden. Die Angaben sind auf das gesamte Berichtsjahr aufaddiert.

### Kommentar

Im Indikator 7.21 wird eine Übersicht nach abgerechneten Leistungsarten ohne Berücksichtigung der Fachrichtung des Arztes gegeben. Der Indikator reflektiert einige Eckpunkte der geltenden Gebührenordnung, nach denen quartalsweise Verrechnungen mit den Vertragsärzten vorgenommen werden. Deshalb werden die Daten als angeforderter Leistungsbedarf in Punkten ausgewiesen. Aufgrund des Punktwertes kann für jedes Land eine Umrechnung auf die erbrachten Leistungen vorgenommen werden.

Zu den Sonderleistungen zählen die Kapitel C sowie F bis N des EBM. Zu Kapitel C gehören z. B. das Anlegen von Verbänden, Blutentnahmen, Punktionen, sonographische Untersuchungen; zu den Kapiteln F bis N gehören z. B. fachärztliche Sonderleistungen der Inneren Medi-

zin, der Dermatologie, der Kinderheilkunde, der Frauenheilkunde und Geburtshilfe, der Augenheilkunde, der Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, der Urologie und der Chirurgie/Orthopädie.

Der vorliegende Indikator ist ein Prozessindikator.

**Vergleichbarkeit**

Es gibt keine vergleichbaren WHO- oder OECD-Indikatoren. Im Indikatorensetz der EU sind ähnliche Indikatoren nicht vorgesehen. Der Indikator ist mit dem bisherigen Indikator 7.12 vergleichbar, der in der zweiten Fassung des Indikatorensetzes wegen der Deckelung der Ausgaben eingestellt wurde. Aufgrund erforderlicher Kosten- und Leistungstransparenz in der ambulanten ärztlichen Versorgung wurde der Indikator wieder in den Indikatorensetz aufgenommen.

Aufgrund der noch bis 1.7.2003 geltenden Praxisbudgets, die je KV-Bereich unterschiedlich sind, ist eine Vergleichbarkeit zwischen den Bundesländern nicht gegeben.

**Originalquellen**

- Publikationen der Kassenärztlichen Vereinigungen zu Leistungen der ambulanten Krankheitsversorgung.

**Dokumentationsstand**

04.02.2003, SM MV/MSGV SH/KV MV/lögd

Indikator (L) 7.21	Struktur der abgerechneten ärztlichen Leistungsbereiche (ambulant) der Vertragsärzte, Land, Jahre						
	Leistungsgruppe	Abgerechnete Leistungen in Punktzahlen					
		Jahr		Jahr		Berichtsjahr	
	in Mio.	Anteil in %	in Mio.	Anteil in %	in Mio.	Anteil in %	
Grundleistungen davon: Berat./Betr./Ganzk.-Stat. Besuche/Visiten allgemeine Leistungen Pauschal. Grundleistungen							
Sonderleistungen							
Phys. med. Leistungen							
Laborleistungen davon: allg. Labor spez. Labor							
Strahlendiagnostik							
<b>Gesamt</b>							

Datenquelle:  
Kassenärztliche Vereinigungen:  
Abrechnungsstatistiken der KV

7.22

## Ambulante Behandlungsfälle der ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten, Land, Jahre

### Definition

Psychotherapeutische Behandlung gewinnt bei steigender Morbidität infolge von psychischen und Verhaltensstörungen zunehmend an Bedeutung. Gemäß Psychotherapeutengesetz (PsychThG) vom 1.1.1999 sind psychologische Psychotherapeuten den Vertragsärzten gleichgestellt. Die psychotherapeutischen Behandlungsfälle werden somit von ärztlichen Psychotherapeuten und psychologischen Psychotherapeuten (einschl. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die nur eine Zulassung zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen bis zum 21. Lebensjahr haben) erbracht.

Der Indikator spiegelt die Leistungsanteile ärztlicher und psychologischer Psychotherapeuten wider. Gegenwärtig werden nur die im Rahmen kassenärztlicher Tätigkeit erbrachten Leistungen erfasst. Leistungen, die im Rahmen des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (KJHG) sowie des Bundessozialhilfegesetzes (BSHG) erbracht werden, sind im vorliegenden Indikator nicht enthalten.

Unter ambulanten Behandlungsfällen werden im Indikator die addierten Zahlen von vier Quartalen ausgewiesen. Psychotherapeutische Behandlungsfälle sind von den Kostenträgern genehmigte Psychotherapien. Probatorische Sitzungen, d. h. bis maximal fünf Sitzungen vor der Entscheidung des Kostenträgers zur Durchführung psychotherapeutischer Behandlungen, werden hier nicht erfasst.

### Datenhalter

- ▶ Kassenärztliche Vereinigungen der Länder

### Datenquelle

- ▶ Abrechnungsstatistiken der Kassenärztlichen Vereinigungen

### Periodizität

Jährlich, 31.12.

### Validität

Aufgrund des Psychotherapeutengesetzes sind valide Angaben erst ab Berichtsjahr 2000 zu erwarten.

### Kommentar

Aus der Definition ist ersichtlich, dass als Berechnungsbasis die pro Quartal im Berichtsjahr abgerechneten Behandlungsfälle gelten.

Der vorliegende Indikator ist ein Prozessindikator.

### Vergleichbarkeit

Es gibt keine vergleichbaren WHO- oder OECD-Indikatoren. Im EU-Indikatorensetz ist kein ähnlicher Indikator vorgesehen. Der Indikator ist neu im Indikatorensetz.

### Originalquellen

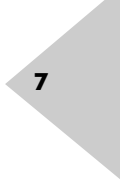
- ▶ Publikationen der Kassenärztlichen Vereinigungen zu Leistungen der ambulanten Krankheitsversorgung.

**Dokumentationsstand**

04.02.2003, SM MV/MSGV SH/KV MV/lögd

Fachrichtung	Ambulante Behandlungsfälle					
	Jahr		Jahr		Berichtsjahr	
	insg.	in %	insg.	in %	insg.	in %
ärztliche Psychotherapeuten						
psychologische Psychotherapeuten						
darunter:						
Kinder- u. Jugendlichenpsychotherap.						
<b>Insgesamt</b>						

Datenquelle:  
 Kassenärztliche Vereinigungen:  
 Abrechnungsstatistiken der KV



7.23

## Leistungen für Klienten der sozialpsychiatrischen Dienste, Land, Jahr

### Definition

Der sozialpsychiatrische Dienst ist in der Regel Bestandteil des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Er gewährt Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen Hilfe. Ziel der Gesundheitshilfe ist es, in Krisensituationen zu helfen, präventiv und kurativ tätig zu werden, die Rehabilitation der betreuten Personen inkl. ihrer Integration in das Arbeitsleben zu erreichen und weitere Schäden abzuwenden.

Die medizinische Hilfe besteht in Beratung, Information und Betreuung sowie ggf. Behandlung, wenn es anderweitig zu keiner Behandlung kommt oder die Personen aufgrund ihrer Gesundheitsstörung nicht zu einem Arzt ihrer Wahl finden. Es handelt sich um einen Landesindikator. Als Leistungsart wird ein Angebot von Leistungen unterbreitet, zu dem länderspezifische Ergänzungen bzw. Modifizierungen vorgenommen werden sollten. Ein Ländervergleich ist für diesen Indikator nicht vorgesehen.

### Datenhalter

- ▶ Sozialpsychiatrische Dienste
- ▶ Oberste Landesgesundheitsbehörden

### Datenquelle

- ▶ Dokumentation der sozialpsychiatrischen Dienste

### Periodizität

Jährlich

### Validität

Eine Berichterstattung der sozialpsychiatrischen Dienste wird gegenwärtig aufgebaut. Von einer flächendeckenden Berichterstattung ist nicht auszugehen, vorzugsweise wird es eine Berichterstattung nach Trägern sozialpsychiatrischer Dienste und von geförderten Einrichtungen geben.

### Kommentar

Im Indikator werden die betreuten Personen nach Leistungsarten erfasst, wobei Mehrfachzählungen auftreten, wenn eine Person mehrere Leistungsarten in Anspruch nimmt. Die Summe der betreuten Personen nach Leistungsarten könnte demzufolge größer als die Zahl der betreuten Personen insgesamt sein.

Es handelt sich um einen Prozessindikator.

### Vergleichbarkeit

Der Indikator ist mit dem WHO-Indikator 2390 991201 *Incidence of new mental disorders/100 000* nicht vergleichbar. Es gibt keinen vergleichbaren OECD-Indikator. Der Indikator ist mit den vorgesehenen EU-Indikatoren zur *Depression, Anxiety, Alcohol related disorders/Incidence or prevalence* nicht vergleichbar.

Der sozialpsychiatrische Dienst bietet ergänzende Beratung und Betreuung an. Die Zahl der Klienten ist somit auch von vorhandenen Kapazitäten der psychiatrischen Behandlung und Betreuung abhängig und zwischen verschiedenen Regionen nicht direkt vergleichbar. Im bisherigen Indikatorensetz gab es keinen vergleichbaren Indikator.

**Originalquellen**

- ▶ Publikationen der sozialpsychiatrischen Dienste.
- ▶ Dokumentation der obersten Landesgesundheitsbehörden.

**Dokumentationsstand**

26.11.2002, SM MV/MSGV SH/lögd

Leistungsart	Betreute Personen insgesamt	davon:			
		weiblich		männlich	
		Deutsche	Ausländer	Deutsche	Ausländer
Präventive Leistungen					
Niedrigschwellige Angebote					
Weitervermittlungen					
Informationen und Beratungen					
Soforthilfe für Drogenabhängige					
Betreuung und Förderung von Selbsthilfegruppen					
Integration in das Arbeitsleben					
Nichttherapeutische Angebote					
Beratung					
Behandlung					
Betreuung					
Krisenintervention					
Einweisung nach PsychKG					
<b>Insgesamt</b>					

Datenquelle:  
 Sozialpsychiatrische Dienste/Oberste Landesgesundheitsbehörden:  
 Dokumentation der sozialpsychiatrischen Dienste



7.24

### Struktur der abgerechneten zahnärztlichen Leistungsbereiche (ambulant) der Vertragszahnärzte, Land, Jahr

#### Definition

Versicherte haben Anspruch auf zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz, wenn sie notwendig ist (§ 27 SGB V). Die zahnärztliche Behandlung umfasst die Tätigkeit des Zahnarztes, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig ist (§ 28 SGB V). Die Zahnärzte und Krankenkassen wirken zur Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung der Versicherten zusammen (§ 72 Abs. 1 Nr. 1 SGB V). Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen haben die vertragszahnärztliche Versorgung im Rahmen der gesetzlichen und vertraglichen Erfordernisse sicherzustellen (§ 75 SGB V).

Über Verträge zwischen den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZV) mit den Verbänden der Krankenkassen wird gewährleistet, dass die zahnärztlichen Leistungen angemessen vergütet werden. In Bundesmantelverträgen regeln die Vertragsparteien Struktur und Umfang der zahnärztlichen Versorgung (§ 87 SGB V).

Der Anspruch auf Zahnersatz und kieferorthopädischer Behandlung wird in den §§ 29, 30 SGB V geregelt. Bei Zahnersatz erstattet die Krankenkasse die Kosten anteilmäßig (§ 30). In Härtefällen übernimmt der Kostenträger den von den Versicherten zu tragenden Teil der abrechnungsfähigen Kosten bei der Versorgung mit Zahnersatz vollständig (§ 61) oder teilweise (§ 62).

Die Versicherten können unter den zur vertragszahnärztlichen Versorgung zugelassenen Zahnärzten frei wählen. Im Indikator werden die Leistungsbereiche konservierend-chirurgische Leistungen, kieferorthopädische Behandlung, Zahnersatz, Parodontosebehandlung, kieferchirurgische Behandlung, sowie Leistungen der Individualprophylaxe aufgeführt.

Kieferorthopädische Behandlung wird für medizinisch begründete Indikationsgruppen bei Vorliegen einer Kiefer- oder Zahnfehlstellung durchgeführt, die das Kauen, Beißen, Sprechen oder Atmen erheblich beeinträchtigt oder zu beeinträchtigen droht (§ 29 SGB V).

Zahnersatzleistungen setzen sich aus zahnärztlicher Behandlung und zahntechnischen Leistungen zusammen (§ 30 SGB V).

Im Indikator sind die Behandlungsfälle pro Berichtsjahr ausgewiesen, die aus vier Quartalsangaben addiert werden. Die Kennziffer *Fälle je 1000 Versicherte* geht davon aus, dass jeder Versicherte pro Quartal bei Inanspruchnahme zahnärztlicher Behandlung, also maximal 4mal pro Jahr als Fall gezählt wird.

#### Datenhalter

- ▶ Kassenzahnärztliche Vereinigungen der Länder

#### Datenquelle

- ▶ KG 3-Statistik

#### Periodizität

Jährlich, 31.12.

#### Validität

Der Inhalt der Abrechnungs-/Leistungsfälle bildet die Basis für die Vergütung der Vertragszahnärzte. Somit kann von einer 100 %igen Erfassung ausgegangen werden. Die Daten werden pro Quartal zusammengestellt und verrechnet.

**Kommentar**

Im Indikator 7.24 werden nur die Abrechnungs-/Leistungsfälle der GKV-Versicherten abgebildet. Demzufolge fehlen Angaben privatversicherter Patienten. Bei dem Bezug auf je 1000 Versicherte ist zu berücksichtigen, für welche Krankenkassen die Daten auf Länderebene vorliegen.

Der Indikator ist ein Prozessindikator.

**Vergleichbarkeit**

Es gibt keine vergleichbaren Indikatoren im WHO- und OECD-Indikatorensatz. Der Indikator ist nicht identisch mit dem vorgesehenen EU-Indikator *Out-patient contacts with dentists/total and per 100 000 population*. Mit dem bisherigen Indikator 7.13 nur sehr bedingt vergleichbar, da im neuen Indikator andere Behandlungsarten erfasst werden. Für die AOK, die Betriebs- und Innungskrankenkassen ist der Vergleich auf Länderebene gegeben.

**Originalquellen**

- ▶ Publikationen der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen zur Frequenzstatistik der Vertragszahnärzte.
- ▶ Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hrsg.): Die gesetzliche Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland. Statistischer und finanzieller Bericht (Daten der AOK, IKK und BKK).

**Dokumentationsstand**

19.12.2002, SM MV/MSGV SH/lögd

Behandlungsart	Abrechnungs-/Leistungsfälle*		
	Anzahl	in %	Fälle je 1 000 Versicherte
Konservierend-chirurgische Leistung	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 7.24 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>		
Kieferorthopädische Behandlung			
Zahnersatz-Behandlung			
Parodontose-Behandlung			
Kieferchirurgische Behandlung			
<b>Insgesamt</b>			

Datenquelle:  
Kassenzahnärztliche Vereinigungen:  
KG 3-Statistik

\* GKV ohne LKK und BKN

7.25

### Einsätze von Krankentransport-, Rettungswagen, Notarzteinsatzfahrzeugen und Notarztwagen, Land im Regionalvergleich, Jahr

#### Definition

Notfallrettung ist die organisierte Hilfe, die in ärztlicher Verantwortung erfolgt und die Aufgabe hat, bei Notfallpatienten am Notfallort lebensrettende Maßnahmen durchzuführen, ihre Transportfähigkeit herzustellen und diese Personen unter Aufrechterhaltung der Transportfähigkeit und Vermeidung weiterer Schäden in eine Gesundheitseinrichtung (Krankenhaus) zu befördern.

Krankentransport ist die organisierte Hilfe, die die Aufgabe hat, Kranke, Verletzte oder sonstige hilfsbedürftige Personen, die keine Notfallpatienten sind, unter sachgemäßer Betreuung im Krankenwagen zu transportieren. Notarzt-, Rettungs- und Krankentransportwagen haben den Forderungen der DIN 75080 zu entsprechen.

Im Indikator wird die Zahl der Rettungs-/Krankentransport-/Notarztwagen und Notarzteinsatzfahrzeuge sowie die Anzahl der Einsätze im Jahr dargestellt. Als Einsatz ist jedes aufgrund einer Rufmeldung ausgerückte Fahrzeug zu zählen (einschl. Fehleinsätze).

#### Datenhalter

- ▶ Oberste Landesgesundheitsbehörden
- ▶ Innenministerien

#### Datenquelle

- ▶ Rettungsdienststatistik

**Periodizität:** Jährlich, 31.12.

#### Validität

Bei den Einsätzen ist zu beachten, dass die Zahl der Einsätze je Fahrzeugart nicht mit der Zahl der Rettungseinsätze verwechselt werden darf. So erfolgt z. B. in der Regel zu jedem Einsatz

Indikator (L) 7.25		Einsätze von Krankentransport-, Rettungswagen, Notarzteinsatzfahrzeugen und Notarztwagen, Land im Regionalvergleich, Jahr					
Lfd. Nr.	Region	Krankentransportwagen (KTW)			Rettungswagen (RTW)		
		Anzahl	Einsätze		Anzahl	Einsätze	
			insgesamt	je 100 000 Einw.		insgesamt	je 100 000 Einw.
1							
2							
3							
...							
	<b>Regierungsbezirk</b>						
	<b>Land</b>						

Datenquelle:  
Oberste Landesgesundheitsbehörden/Innenministerien:  
Rettungsdienststatistik

eines Notarzteeinsatzfahrzeuges (NEF-Einsatz), das den Notarzt an den Unfallort zu bringen hat, auch der Einsatz eines Rettungswagens (RTW), der die Verletzten transportiert. Vollständige Angaben liegen nur vor, wenn auch die Daten der privaten Anbieter einbezogen sind.

**Kommentar**

Leistungen von privaten Anbietern von Krankentransport- und Rettungswagen sind meistens in den Angaben nicht enthalten. Die Notfallrettung ist häufig im Verbund mit der Feuerwehr organisiert. In diesem Fall können die Daten auch beim Ministerium des Innern des Landes zusammengeführt werden.

Bei den Rettungswageneinsätzen sind die Notarztwagen und Notarzteeinsatzfahrzeuge aus Gründen der Vergleichbarkeit nicht einzubeziehen.

Der Indikator zählt zu den Prozessindikatoren.

**Vergleichbarkeit**

Angaben zu Rettungsmitteln gibt es weder im WHO- noch im OECD-Indikatorenansatz. Für den EU-Indikatorenansatz sind derartige Indikatoren nicht vorgesehen.

Der bisherige Indikator 6.6 sollte eine Übersicht über Rettungsmittel geben, der bisherige Indikator 6.5 beinhaltete eine Übersicht über die Rettungshubschrauber. Wegen fehlender Angaben entfiel der Indikator über Rettungsmittel in der revidierten Indikatorenfassung. Im jetzigen Indikatorenansatz entfallen die Angaben über die Zahl der Rettungshubschrauber. Diese Angabe kann von den Ländern länderspezifisch ergänzt werden.

Bei der Kennziffer *Einsätze je 100 000 Einwohner* ist zu beachten, dass ein Teil der Einsätze auch in benachbarten Regionen, in Abhängigkeit von der Lage der Rettungswachen, gefahren wird.

**Originalquellen**

- Publikationen der obersten Landesgesundheitsbehörden zur Rettungsdienststatistik.

**Dokumentationsstand**

04.02.2003, SM MV/MSGV SH/lögd

Notarzteeinsatzfahrzeuge (NEF)			Notarztwagen (NAW)			Region	Lfd. Nr.
Anzahl	Einsätze		Anzahl	Einsätze			
	insgesamt	je 100 000 Einw.		insgesamt	je 100 000 Einw.		
						Regierungsbezirk	1
						Land	2
							3
							...

7.26

## Krankenhausfälle (ohne Stundenfälle) sowie Belegungs- und Berechnungstage, Land, im Zeitvergleich

### Definition

Der Indikator gibt Auskunft über die Zahl der Behandlungsfälle und die Zahl der Belegungs- und Berechnungstage (bis zum Jahr 2001: Pfl egetage) in allgemeinen und sonstigen Krankenhäusern.

Krankenhäuser sind Einrichtungen, die

- ▶ der Krankenhausbehandlung oder der Geburtshilfe dienen,
- ▶ unter ständiger ärztlicher Leitung stehen,
- ▶ mit Hilfe von jederzeit verfügbarem Personal darauf eingerichtet sind, Krankheiten zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, Krankheitsbeschwerden zu lindern oder Geburtshilfe zu leisten
- ▶ und in denen Patienten untergebracht und gepflegt werden können.

In Deutschland werden allgemeine und sonstige Krankenhäuser unterschieden. Allgemeine Krankenhäuser sind auf die stationäre Behandlung Akutkranker ausgerichtet, wobei die Betten nicht ausschließlich für psychiatrische und neurologische Patienten vorgehalten werden. Sonstige Krankenhäuser bestehen aus Einrichtungen, die ausschließlich psychiatrisch oder neurologisch Erkrankte behandeln sowie aus reinen Tages- und Nachtkliniken, in denen ausschließlich teilstationäre Behandlungen durchgeführt werden.

Unberücksichtigt bleiben Polizeikrankenhäuser sowie Krankenhäuser im Straf- oder Maßregelvollzug.

Die Angaben zu den Krankenhausfällen und zu den Pfl egetagen erfolgen sowohl in absoluter Fallzahl als auch bezogen auf je 1 000 Einwohner. Die Zahl der Belegungs- und Berechnungstage (Pfl egetage) entspricht der Summe der an den einzelnen Tagen des Berichtsjahres um 24.00 Uhr vollstationär untergebrachten Patienten. Stundenfälle werden nicht als Fälle mitgezählt. Als Stundenfälle werden stationär aufgenommene Patienten bezeichnet, die das Krankenhaus noch am Aufnahmetag wieder verlassen, verlegt werden oder versterben.

Die Krankenhausstatistikverordnung vom 10.4.1990 in Verbindung mit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10.4.1991 bildet die Rechtsgrundlage für die Krankenhausstatistik.

### Datenhalter

- ▶ Statistische Landesämter

### Datenquelle

- ▶ Krankenhausstatistik, Teil I - Grunddaten

### Periodizität

Jährlich, 31.12.

### Validität

Bei der Krankenhausstatistik handelt es sich um eine Totalerhebung mit Auskunftspflicht. Diese Konstruktion und die von den Statistischen Landesämtern durchgeführten Eingangskontrollen führen zu einer hohen Vollzähligkeit und Vollständigkeit der Daten.

Um Fehler in den gelieferten Daten der Krankenhäuser zu erkennen und zu eliminieren, nehmen die Statistischen Landesämter Plausibilitätsprüfungen vor. Systematische Fehler, die zu einer Verzerrung der Ergebnisse führen könnten, sind bei den Angaben zu Fallzahlen und Belegungs-/Berechnungstagen (Pfl egetagen) unwahrscheinlich.

### Kommentar

Bei mehrfach im Jahr vollstationär behandelten Patienten wird für jeden Krankenhausaufenthalt jeweils ein vollständiger Datensatz erstellt. Die Zahl der Behandlungsfälle entspricht demnach nicht der Zahl der behandelten Personen. Ein Rückschluss von der Fallzahl auf die Morbidität in der Bevölkerung ist nicht zulässig.

Die Angaben *Krankenhausfälle je 1 000 Einwohner*, die aus der Krankenhausstatistik, Teil I: Grunddaten, berechnet werden, erlauben keine Aussagen über die Häufigkeit stationärer Behandlungen der Bevölkerung des eigenen Landes, denn die Angaben schließen alle stationär behandelten Patienten der Krankenhäuser des eigenen Landes ein, unabhängig vom Wohnort der Patienten. Der Anteil von Patienten, die außerhalb ihres eigenen Landes stationär behandelt werden, ist in den einzelnen Ländern unterschiedlich. Vergleiche der Krankenhausfälle je 1 000 Einwohner zwischen verschiedenen Bundesländern sind daher von eingeschränkter Aussagefähigkeit.

Der Indikator zählt zu den Prozessindikatoren.

### Vergleichbarkeit

Mit dem WHO-Indikator 6010 002902 *Inpatient care admissions total and per 1000 population* vergleichbar.

Mit OECD-Indikatoren aus dem Kapitel *In-patient utilisation* vergleichbar. Mit den künftigen EU-Indikatoren zu *Beddays per 100 000 population* vergleichbar.

Mit dem bisherigen Indikator 7.15, in dem die Leistungen nach Hochschulkliniken und Plankrankenhäusern erfasst wurden, nur bedingt vergleichbar.

### Originalquellen

- Publikationen der Statistischen Landesämter, z. B. Statistische Jahrbücher oder Statistische Berichte zur Krankenhausstatistik.

### Dokumentationsstand

11.12.2002, MSGV SH/SM MV/lögd

Jahr	Krankenhausfälle				Belegungs- und Berechnungstage*			
	insgesamt		davon in		insgesamt		davon in	
	Anzahl	je 1 000 Einw.	allgemeinen Krankenhäusern	sonstigen Krankenhäusern	Anzahl	je 1 000 Einw.	allgemeinen Krankenhäusern	sonstigen Krankenhäusern
1990								
1995								
2000	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 7.26 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>							
2001								
...								
Berichtsj.								

Datenquelle:  
Statistische Landesämter:  
Krankenhausstatistik, Teil I - Grunddaten

\* bis 2001 Pflégetage

7.27

## Bettenauslastung und durchschnittliche Verweildauer in Krankenhäusern, Land, im Zeitvergleich

### Definition

Der Indikator gibt Auskunft über die zeitliche Entwicklung der Bettenauslastung sowie die durchschnittliche Verweildauer in allgemeinen und in sonstigen Krankenhäusern.

In Deutschland werden allgemeine und sonstige Krankenhäuser unterschieden. Allgemeine Krankenhäuser sind auf die stationäre Behandlung Akutkranker ausgerichtet, wobei die Betten nicht ausschließlich für psychiatrische und neurologische Patienten vorgehalten werden. Sonstige Krankenhäuser bestehen aus Einrichtungen, die ausschließlich psychiatrisch oder neurologisch Erkrankte behandeln sowie aus reinen Tages- und Nachtkliniken, in denen ausschließlich teilstationäre Behandlungen durchgeführt werden.

Unberücksichtigt bleiben Polizeikrankenhäuser sowie Krankenhäuser im Straf- oder Maßregelvollzug.

Die Bettenauslastung ist ein Maß für den Nutzungsgrad des stationären Versorgungsangebots. Sie ergibt sich aus der Division der Belegungs- und Berechnungstage (bis zum Jahr 2001 Pfl egetage) durch das Produkt von aufgestellten Betten und Zahl der Tage im Jahr.

Die Zahl der Belegungs- und Berechnungstage entspricht der Summe der an den einzelnen Tagen des Berichtsjahres um 24.00 Uhr vollstationär untergebrachten Patienten.

Zu den aufgestellten Betten zählen alle Betten, die in den Krankenhäusern betriebsbereit aufgestellt sind. Dabei werden lediglich Betten zur vollstationären Behandlung gezählt, Betten zur teilstationären Unterbringung bleiben unberücksichtigt. Nicht einbezogen sind Betten in Untersuchungs- und Funktionsräumen sowie Betten für gesunde Neugeborene

Die Verweildauer gibt die Zahl der Tage an, die ein Patient durchschnittlich in stationärer Behandlung verbringt. Im Gegensatz zur Krankenhausdiagnosestatistik wird die Verweildauer im Teil I (Grunddaten) nicht über das Zugangs- und Abgangsdatum berechnet, sondern als Quotient aus der Summe der Pfl egetage und der so genannten Fallzahl. Dadurch kommt es zu leichten Differenzen in den Werten für die Verweildauer.

Die Krankenhausstatistikverordnung vom 10.4.1990 in Verbindung mit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10.4.1991 bildet die Rechtsgrundlage für die Krankenhausstatistiken.

### Datenhalter

- ▶ Statistische Landesämter

### Datenquelle

- ▶ Krankenhausstatistik, Teil I - Grunddaten

### Periodizität

Jährlich, 31.12.

### Validität

Bei der Krankenhausstatistik handelt es sich um eine Totalerhebung mit Auskunftspflicht. Diese Konstruktion und die von den Statistischen Landesämtern durchgeführten Eingangskontrollen führen zu einer sehr hohen Vollzähligkeit und Vollständigkeit der Daten.

Um Fehler in den gelieferten Daten der Krankenhäuser zu erkennen und zu eliminieren, nehmen die Statistischen Landesämter Plausibilitätsprüfungen vor. Mit systematischen Fehlern, die zu einer Verzerrung der Ergebnisse führen könnten, ist bei der Bettenauslastung und der Ver-

weildauer kaum zu rechnen.

Stichprobenzufallsfehler treten nicht auf, da die Krankenhausstatistik in den Bundesländern eine Totalerhebung ist und nicht auf einer Stichprobenziehung beruht.

**Kommentar**

Das Zugangsdatum kann in einem vorangegangenen Jahr liegen. Bei Entlassung des Patienten im Berichtsjahr wird die gesamte Verweildauer dem Berichtsjahr zugeordnet.

Der vorliegende Indikator ist ein Prozessindikator.

**Vergleichbarkeit**

Mit dem bisherigen Indikator 7.17 nur bedingt vergleichbar, da im bisherigen Indikator die Kategorien *Hochschulkliniken* und *Plankrankenhäuser* enthalten waren.

**Originalquellen**

- Publikationen der Statistischen Landesämter, z. B. Statistische Jahrbücher oder Statistische Berichte zur Krankenhausstatistik.

**Dokumentationsstand**

11.12.2002, MSGV SH/SM MV/lögd

Indikator (K) 7.27		Bettenauslastung und durchschnittliche Verweildauer in Krankenhäusern, Land, im Zeitvergleich				
Jahr	Bettenauslastung			Verweildauer		
	insgesamt	in allgemeinen Krankenhäusern	in sonstigen Krankenhäusern	insgesamt	in allgemeinen Krankenhäusern	in sonstigen Krankenhäusern
	in %			in Tagen		
1990	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 7.27 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>					
1995						
2000						
2001						
...						
Berichtsj.						

Datenquelle:  
 Statistische Landesämter:  
 Krankenhausstatistik, Teil I - Grunddaten



7.28

## Personaleinsatz in Krankenhäusern, Land, im Zeitvergleich

### Definition

Der Indikator erlaubt eine Aussage über die Belastung des ärztlichen und pflegerischen Personals in allgemeinen und sonstigen Krankenhäusern.

Die Angaben zum beschäftigten Personal erfolgen in Vollzeitäquivalenten, um auch Teilzeitbeschäftigte, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die nicht im gesamten Zeitraum tätig waren, und kurzfristig beschäftigte Aushilfskräfte einzubeziehen. Dafür erfolgt eine Umrechnung auf die entsprechende Zahl von Beschäftigten mit voller tariflicher Arbeitszeit. Angaben zum Personaleinsatz in Personen sind in den Indikatoren 8.17 und 8.18 enthalten.

Die Angaben zum Personaleinsatz je 100 Pflgetage weisen aus, wie viele Vollkräfte durchschnittlich 100 vollstationäre Patienten betreuen. Diese Kennziffer ist Ausdruck der Belastung des ärztlichen Personals und des Personals im Pflegedienst.

Die Zahl der Pflgetage entspricht der Summe der an den einzelnen Tagen des Berichtsjahres um 24.00 Uhr vollstationär untergebrachten Patienten.

Die Krankenhausstatistikverordnung vom 10.4.1990 in Verbindung mit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10.4.1991 bildet die Rechtsgrundlage für die Krankenhausstatistiken.

### Datenhalter

- ▶ Statistische Landesämter

### Datenquelle

- ▶ Krankenhausstatistik, Teil I - Grunddaten

### Periodizität

Jährlich, 31.12.

### Validität

Bei der Krankenhausstatistik handelt es sich um eine Totalerhebung mit Auskunftspflicht. Diese Konstruktion und die von den Statistischen Landesämtern durchgeführten Eingangskontrollen führen zu einer hohen Vollständigkeit und Vollständigkeit der Daten.

Um Fehler in den gelieferten Daten der Krankenhäuser zu erkennen und zu eliminieren, nehmen die Statistischen Landesämter Plausibilitätsprüfungen vor.

Mit systematischen Fehlern, die zu einer Verzerrung der Ergebnisse führen könnten, ist bei den Pflgetagen kaum zu rechnen. Die Umrechnung des eingesetzten Personals in Vollkräfte könnte jedoch zu Verzerrungen bei den Angaben zum Personal führen.

### Kommentar

Da Stundenfälle (Definition s. Indikator 7.26) keine Pflgetage verursachen, bleiben sie bei der Berechnung unberücksichtigt und gehen nicht in die Zahl der betreuten Personen ein.

Aufgrund von Schichtdienst stehen nicht alle Kräfte jeden Tag zur Verfügung. Das berechnete Verhältnis von Personal zu betreuten Patienten ist lediglich ein Durchschnittswert. Der tatsächliche ärztliche und pflegerische Aufwand für eine Patientin/einen Patienten hängt entscheidend vom Krankheitsbild ab.

Der vorliegende Indikator ist ein Prozessindikator.

**Vergleichbarkeit**

Es gibt keinen vergleichbaren WHO-Indikator. Vergleichbar mit dem OECD-Indikator *Total hospital employment*, der ebenfalls in Vollkräften (full time equivalents - FTE) wiedergegeben wird. Nur indirekt vergleichbar mit den EU-Indikatoren *Hospital staff ratio: acute care* und *Nurses staff ratio: acute care*, bezogen auf die allgemeinen Krankenhäuser. Die EU berechnet das Personal nicht auf die Pflagetage, sondern auf die Betten. Bedingt vergleichbar mit dem Indikator 7.18 im ursprünglichen Indikatorensetz aus dem Jahre 1991. Der Personaleinsatz wurde jedoch nicht in Vollkräften, sondern in Personen angegeben. In der Fassung des Indikatorensetzes von 1996 wurde der Indikator ausgesetzt.

**Originalquellen**

- Publikation der Statistischen Landesämter, z. B. Statistische Jahrbücher oder Statistische Berichte zur Krankenhausstatistik.

**Dokumentationsstand**

11.12.2002, MSGV SH/SM MV/lögd

<b>Indikator (K) 7.28</b>		<b>Personaleinsatz in Krankenhäusern, Land, im Zeitvergleich</b>				
Jahr	Ärztliches Personal			Personal im Pflegedienst		
	insgesamt	in allgemeinen Krankenhäusern	in sonstigen Krankenhäusern	insgesamt	in allgemeinen Krankenhäusern	in sonstigen Krankenhäusern
Vollkräfte je 100 Pflagetage						
1990	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 7.28 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>					
1995						
2000						
2001						
...						
Berichtsj.						

Datenquelle:  
 Statistische Landesämter:  
 Krankenhausstatistik, Teil I - Grunddaten

7.29

## Krankenhaustäufigkeit und durchschnittliche Verweildauer nach Fachabteilungen, Land, Jahre

### Definition

Der Indikator gibt Auskunft über die Zahl stationärer Behandlungsfälle und die durchschnittliche Verweildauer in einzelnen Fachabteilungen von Krankenhäusern.

Im vorliegenden Indikator sind alle Krankenhäuser ohne Trennung nach allgemeinen und sonstigen Krankenhäusern enthalten. Unberücksichtigt bleiben Polizeikrankenhäuser sowie Krankenhäuser im Straf- oder Maßregelvollzug.

Fachabteilungen sind abgegrenzte, von Ärzten mit Gebiets- oder Teilgebietsbezeichnung ständig verantwortlich geleitete Abteilungen mit besonderen Behandlungseinrichtungen. Für jeden Behandlungsfall ist jeweils die Fachabteilung bezeichnet, in welcher die Patientin/der Patient während des Krankenhausaufenthalts am längsten gelegen hat.

Die Angaben zur Zahl der Krankenhaushäufigkeit erfolgen bezogen auf je 1 000 der durchschnittlichen Bevölkerung. Bei dieser Berechnung werden jeweils die Bevölkerungsanteile berücksichtigt, die dem Alter der Patientinnen/der Patienten bestimmter Fachabteilungen entsprechen. Die Verweildauer gibt die Zahl der Tage an, die eine Patientin/ein Patient durchschnittlich in stationärer Behandlung verbringt. Im Gegensatz zur Krankenhausdiagnosestatistik wird die Verweildauer im Teil I (Grunddaten) nicht über das Zugangs- und Abgangsdatum berechnet, sondern als Quotient aus der Summe der Pflage tage und der so genannten Fallzahl. Dadurch kommt es zu leichten Differenzen in den Werten für die Verweildauer. Darüber hinaus wird die Fallzahl unterschiedlich berechnet, je nachdem, ob es sich um eine einrichtungsbezogene Fallzahl oder um eine fachabteilungsbezogene Fallzahl handelt.

Die Krankenhausstatistikverordnung vom 10.4.1990 in Verbindung mit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10.4.1991 bildet die Rechtsgrundlage für die Krankenhausstatistik.

### Datenhalter

- ▶ Statistische Landesämter

### Datenquelle

- ▶ Krankenhausstatistik, Teil I - Grunddaten

### Periodizität

Jährlich, 31.12.

### Validität

Bei der Krankenhausstatistik handelt es sich um eine Totalerhebung mit Auskunftspflicht. Diese Konstruktion und die von den Statistischen Landesämtern durchgeführten Eingangskontrollen führen zu einer hohen Vollzähligkeit und Vollständigkeit der Daten.

Um Fehler in den gelieferten Daten der Krankenhäuser zu erkennen und zu eliminieren, nehmen die Statistischen Landesämter Plausibilitätsprüfungen vor.

Bei internen Verlegungen werden Patientinnen und Patienten sowohl in der abgebenden als auch in der aufnehmenden Fachabteilung erfasst. Durch einen unterschiedlichen Anteil an internen Verlegungen in den verschiedenen Fachabteilungen oder in verschiedenen Krankenhäusern könnte es zu Verzerrungen kommen.

### **Kommentar**

Bei mehrfach im Jahr vollstationär behandelten Patienten wird für jeden Krankenhausaufenthalt jeweils ein vollständiger Datensatz erstellt. Die Zahl der Behandlungsfälle entspricht demnach nicht der Zahl der behandelten Personen.

Da in die Berechnung der fachabteilungsbezogenen Fallzahlen auch die internen Verlegungen in und aus den Fachabteilungen eingehen, ist die Summe der Fachabteilungsfälle größer als die Zahl der Krankenhausfälle, die einrichtungsbezogen ermittelt werden.

Die Angaben *Krankenhausfälle je 1000 Einwohner* erlauben keine Aussagen über die Häufigkeit stationärer Behandlungen der Bevölkerung des eigenen Landes, denn die Angaben schließen alle stationär behandelten Patienten der Krankenhäuser des eigenen Landes ein, unabhängig von ihrem Wohnort.

Der Anteil von Patientinnen und Patienten, die außerhalb ihres eigenen Landes stationär behandelt werden, ist in den einzelnen Ländern unterschiedlich. Vergleiche der *Krankenhausfälle je 1000 Einwohner* zwischen verschiedenen Bundesländern sind daher von eingeschränkter Aussagefähigkeit.

Der vorliegende Indikator ist ein Prozessindikator.

### **Vergleichbarkeit**

Vergleichbar mit dem WHO-Indikator 6100 992901 *Average length of stay, all hospitals*. Vergleichbar mit dem OECD-Indikator *Average length of stay by inpatient*. Im OECD-Indikator sind keine Angaben zu Krankenhausfällen und zur Verweildauer nach Fachabteilungen enthalten. Im EU-Indikatorensetz sind Indikatoren zu *Average length of stay - ALOS* vorgesehen, die sich auf Diagnosegruppen beziehen.

Vergleichbar mit Angaben aus dem bisherigen Indikator 7.17.

### **Originalquellen**

- ▶ Publikationen der Statistischen Landesämter, z. B. Statistische Jahrbücher oder Statistische Berichte über Krankenhäuser.

### **Dokumentationsstand**

11.12.2002, MSGV SH/SM MV/lögd

Fachabteilung	Krankenhausfälle				Verweildauer			
	1998	2000	2002	Berichtsj.	1998	2000	2002	Berichtsj.
	je 1 000 Einwohner				in Tagen			
Augenheilkunde								
Chirurgie								
davon:								
Gefäßchirurgie								
Thoraxchirurgie								
Unfallchirurgie								
Visceralchirurgie								
Sonst.u.allg. Chirurgie								
Frauenheilkunde und Geburtshilfe								
davon:								
Frauenheilkunde <sup>1</sup>								
Geburtshilfe <sup>2</sup>								
Sonst. Frauenheilkunde und Geburtshilfe								
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde								
Haut- u. Geschlechtskrankheiten								
Herzchirurgie								
davon:								
Thoraxchirurgie								
Sonstige u. allgemeine Herzchirurgie								
Innere Medizin								
davon:								
Angiologie								
Endokrinologie								
Gastroenterologie								
Hämatologie								
Kardiologie								
Klinische Geriatrie <sup>3</sup>								
Nephrologie								
Pneumologie								
Rheumatologie								
Sonstige u. allgemeine innere Medizin								

[Sprung zu Daten des Indikators 7.29 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes](#)

noch: Indikator 7.29

Fachabteilung	Krankenhausfälle				Verweildauer			
	1998	2000	2002	Berichtsj.	1998	2000	2002	Berichtsj.
	je 1 000 Einwohner				in Tagen			
Kinderchirurgie								
Kinderheilkunde <sup>4</sup>								
davon:								
Kinderkardiologie								
Neonatologie								
Sonstige u. allgemeine Kinderheilkunde								
Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie								
Neurochirurgie								
Neurologie								
Nuklearmedizin								
Orthopädie								
davon:								
Rheumatologie								
Sonstige u. allgemeine Orthopädie								
Plastische Chirurgie								
Strahlentherapie								
Urologie								
<b>Zusammen<sup>6</sup></b>								
Kinder- u. Jugendpsych. u. -psychotherapie <sup>5</sup>								
Psychiatrie und Psychotherapie								
Psychotherapeutische Medizin								
<b>Insgesamt<sup>6</sup></b>								

Datenquelle:  
Statistische Landesämter:  
Krankenhausstatistik, Teil I - Grunddaten

Fälle bezogen auf 1 000 Einwohner der  
folgenden Bevölkerungsgruppen:

- <sup>1</sup> Frauen 15 Jahre und älter
- <sup>2</sup> Frauen von 15 - 44 Jahren
- <sup>3</sup> 65 Jahre und älter
- <sup>4</sup> Kinder von 0 - 14 Jahren
- <sup>5</sup> Kinder und Jugendliche von 0 - 17 Jahren
- <sup>6</sup> Summe der Fälle ohne interne Verlegungen

7.30

**Herzchirurgische Eingriffe, Land, im Zeitvergleich****Definition**

Der Indikator gibt Auskunft über die Häufigkeit von Herzoperationen, die mit Herz-Lungen-Maschinen durchgeführt werden, sowie über die Häufigkeit von Linksherzkatheter-Untersuchungen und Dilatationen (percutane transluminale coronare Angioplastien (PTCA)). Alle Angaben beziehen sich auf Erwachsene. Behandlungen im Rahmen der Kinderkardiologie und Kinderherzchirurgie bleiben unberücksichtigt.

Die Zahlen zu den herzchirurgischen Zentren und den Herzoperationen mit Herz-Lungen-Maschine im eigenen Land informieren über die Angebotsstruktur sowie über die Inanspruchnahme. Dabei wird unterschieden zwischen Operationen, die an der eigenen Wohnbevölkerung und an Patientinnen/Patienten anderer Bundesländer oder an Ausländern vorgenommen werden.

Die Angaben zur Häufigkeit von Herzoperationen an der eigenen Wohnbevölkerung des Landes erfolgen sowohl in absoluter Fallzahl als auch in Bezug auf je 1 Million Einwohner. Diese Zahlen umfassen sowohl die Operationen, die innerhalb des eigenen Landes durchgeführt wurden als auch die Operationen, die in anderen Bundesländern stattfanden.

Die Angaben zur Zahl von Linksherzkatheter-Untersuchungen (LKU) sowie zur Zahl von percutanen transluminalen coronaren Angioplastien (PTCA) erfolgen ebenfalls sowohl in absoluter Fallzahl als auch bezogen auf je 1 Million Einwohner.

**Datenhalter**

- ▶ Krankenhausausschuss der Arbeitsgemeinschaft der obersten Landesgesundheitsbehörden der Länder (AOLG)

**Datenquelle**

- ▶ Länderumfrage, Herzbericht (Bruckenberg)

**Periodizität**

Jährlich, 31.12.

**Validität**

Im Rahmen der Qualitätssicherung werden die Angaben zu LKU und PTCA durch einen Abgleich mit der Erhebung der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie - Herz-Kreislaufforschung überprüft.

**Kommentar**

Bei den Angaben zur Häufigkeit von LKU und PTCA erfolgt keine Trennung nach Behandlungs- und nach Wohnort der Patienten. Die Angaben beziehen sich auf die Häufigkeit der Untersuchungen bzw. Maßnahmen, die in dem jeweiligen Land durchgeführt worden sind. Wie viele davon an der eigenen Wohnbevölkerung durchgeführt wurden und wie viele der eigenen Einwohnerinnen und Einwohner in einem anderen Bundesland behandelt worden sind, lässt sich daher nicht erkennen.

Die Häufigkeitsangaben beziehen sich auf Behandlungsfälle. Da sich einige Patienten nicht nur einmal, sondern wiederholt einer Untersuchungs- bzw. Behandlungsmaßnahme unterziehen müssen, ist ein Rückschluss auf die Zahl der betroffenen Personen nicht möglich.

Das Verhältnis von PTCA zu LKU wird von Experten als Zeichen für die Effizienz der Dia-

gnostik einer Einrichtung angesehen, denn es gibt einen Hinweis auf die Zahl nicht notwendiger Eingriffe.

Der vorliegende Indikator ist ein Prozessindikator.

**Vergleichbarkeit**

Es gibt keinen vergleichbaren WHO-Indikator. Es gibt OECD-Indikatoren zu *Surgical procedures*, z. B. *operations on cardiovascular system (Coronary angioplasty, Coronary bypass, Cardiac catheterisation, Carotid endarectomy)*, so dass teilweise Vergleichbarkeit besteht. Im EU-Indikatorenset sind Indikatoren über *Coronary artery bypass graft (CABG), Percutaneous transluminal coronary angioplasty (PTCA)* vorgesehen, so dass eine bedingte Vergleichbarkeit besteht. Keine Vergleichbarkeit mit einem Indikator des bisherigen Indikatorensetzes.

**Originalquellen**

- ▶ Die Angaben zu den Herzoperationen basieren auf der jährlichen Länderumfrage der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie.
- ▶ Die Angaben zu den LKU und PTCA basieren auf der jährlichen Länderumfrage des Krankenhausausschusses der AOLG: Bruckenberg, E.: Herzbericht mit Transplantationschirurgie. Jahresbericht des Krankenhausausschusses der Arbeitsgemeinschaft der obersten Landesgesundheitsbehörden der Länder (AOLG).

**Dokumentationsstand**

11.12.2002, MSGV SH/SM MV/lögd/Bruckenberg

Indikator (L) 7.30		Herzchirurgische Eingriffe, Land, im Zeitvergleich						
Jahr	Herz- chirurgische Zentren	Herzoperationen mit HLM			LKU		PTCA	
		im eigenen Land	an der eig. Wohnbev.		Anzahl	je 1 Mio. Einw.	Anzahl	je 1 Mio. Einw.
			Anzahl	je 1 Mio. Einw.				
2000		Mit Herz-Lungen-Maschine (HLM) durchgeführte Herzoperationen, Linksherzkatheter- Untersuchungen (LKU) und percutane transluminale koronare Angioplastik (PTCA)						
2001								
...								
Berichtsj.								

[Sprung zu Daten des Indikators 7.30 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes](#)

Datenquelle:  
 AOLG: Krankenhausausschuss:  
 Länderumfrage, Herzbericht (Bruckenberg)



7.31

### Behandlungsfälle und Verweildauer in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, Land, im Zeitvergleich

#### Definition

Der Indikator gibt Auskunft über die Entwicklung der Zahl stationärer Behandlungsfälle und der durchschnittlichen Verweildauer in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. Teilstationär oder ambulant behandelte Patientinnen und Patienten bleiben unberücksichtigt.

Den Angaben ist außerdem zu entnehmen, wie viele der stationär behandelten Fälle in den Rehabilitationseinrichtungen direkt aus einem Krankenhaus aufgenommen worden sind (Anschlussheilbehandlungen (AHB)) sowie die Zahl der Fälle, die in den Fachabteilungen Innere Medizin, Orthopädie, Psychosomatik, Neurologie und Sucht behandelt wurden.

Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sind stationäre Einrichtungen, die unter ständiger ärztlicher Verantwortung stehen und die darauf eingerichtet sind, den Gesundheitszustand der Patienten zu verbessern und den Patienten bei der Entwicklung eigener Abwehr- und Heilungskräfte zu helfen.

Behandlungen in Vorsorge-Einrichtungen haben das Ziel, eine Schwächung der Gesundheit zu beseitigen, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde oder einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken.

Behandlungen in Rehabilitationseinrichtungen dienen dazu, eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern oder im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung den dabei erzielten Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen.

Bei der Fallzahl werden Stundenfälle nicht mitgezählt. Die Verweildauer gibt die Zahl der Tage an, die ein Patient/eine Patientin durchschnittlich in stationärer Behandlung verbringt.

Die Krankenhausstatistikverordnung vom 10.4.1990 in Verbindung mit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10.4.1991 bildet die Rechtsgrundlage für die amtlichen Statistiken über Krankenhäuser sowie Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen.

**Datenhalter:** ► Statistische Landesämter

Jahr	Behandlungsfälle und Verweildauer				
	Insgesamt		darunter: Direktaufnahme aus dem Krankenhaus	darunter: in der	
	Fälle	Verweildauer (in Tagen)		Innere Medizin	
			Fälle	Verweildauer (in Tagen)	
2000	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 7.31 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>				
2001					
...					
Berichtsj.					

Datenquelle:  
 Statistische Landesämter:  
 Krankenhausstatistik, Teil I - Grunddaten, Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen

**Datenquelle**

► Krankenhausstatistik, Teil I - Grunddaten, Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen

**Periodizität**

Jährlich, 31.12.

**Validität**

Bei der Krankenhausstatistik handelt es sich um eine Totalerhebung mit Auskunftspflicht. Diese Konstruktion und die von den statistischen Landesämtern durchgeführten Eingangskontrollen führen zu einer hohen Vollzähligkeit und Vollständigkeit der Daten.

Um Fehler in den gelieferten Daten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen zu erkennen und zu eliminieren, nehmen die Statistischen Landesämter Plausibilitätsprüfungen vor. Systematische Fehler, die zu einer Verzerrung der Ergebnisse führen könnten, sind bei den Angaben zu Fallzahlen und durchschnittlichen Verweildauern unwahrscheinlich.

**Kommentar**

In Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen gibt es in der Regel keine Stundenfälle und internen Verlegungen.

Der vorliegende Indikator ist ein Prozessindikator.

**Vergleichbarkeit**

Es gibt keine vergleichbare WHO-, OECD- und EU-Indikatoren. Nicht vergleichbar mit dem bisherigen Indikator 7.20, der alle abgeschlossenen Rehabilitationsmaßnahmen, darunter die medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen beinhaltet.

**Originalquellen**

► Publikationen der Statistischen Landesämter, z. B. Statistische Jahrbücher oder Statistische Berichte über Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen.

**Dokumentationsstand**

11.121.2002, MSGV SH/SM MV/lögd

in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen								Jahr
Fachabteilung								
Orthopädie		Neurologie		Sucht		Psychosomatik		
Fälle	Verweild. (in Tagen)	Fälle	Verweild. (in Tagen)	Fälle	Verweild. (in Tagen)	Fälle	Verweild. (in Tagen)	
								2000
								2001
								...
								Berichtsjahr

7.32

## Personaleinsatz in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, Land, im Zeitvergleich

### Definition

Der Indikator erlaubt eine Aussage über die Belastung des ärztlichen und pflegerischen Personals in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen.

Die Angaben zum beschäftigten Personal erfolgen in Vollzeitäquivalenten, um auch Teilzeitbeschäftigte, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die nicht im gesamten Zeitraum tätig waren, und kurzfristig beschäftigte Aushilfskräfte einzubeziehen. Dafür erfolgt eine Umrechnung auf die entsprechende Zahl von Beschäftigten mit voller tariflicher Arbeitszeit. Angaben zum Personaleinsatz in Personen sind im Indikator 8.23 enthalten.

Die Angaben zum Personaleinsatz je 100 Pflgetage zeigen, wie viele Vollkräfte durchschnittlich 100 vollstationäre Patienten betreuen. Diese Kennziffer ist Ausdruck der Belastung des ärztlichen Personals und des Personals im Pflegedienst. Die Zahl der Pflgetage entspricht der Summe der an den einzelnen Tagen des Berichtsjahres um 24.00 Uhr vollstationär untergebrachten Patienten.

Die Krankenhausstatistikverordnung vom 10.4.1990 in Verbindung mit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10.4.1991, zuletzt geändert durch Artikel 9 des Gesetzes vom 16.06.1998 in Verbindung mit dem Gesetz über die Statistik für Bundeszwecke vom 22.01.1987, zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 16.06.1998, bildet die Rechtsgrundlage für die amtlichen Statistiken über Krankenhäuser sowie Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen.

### Datenhalter

- ▶ Statistische Landesämter

### Datenquelle

- ▶ Krankenhausstatistik Teil I - Grunddaten, Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen

### Periodizität

Jährlich, 31.12.

### Validität

Bei der Krankenhausstatistik handelt es sich um eine Totalerhebung mit Auskunftspflicht, die auch die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen betrifft. Die von den Statistischen Landesämtern durchgeführten Eingangskontrollen führen zu einer hohen Vollzähligkeit und Vollständigkeit der Daten.

Um Fehler in den gelieferten Daten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen zu erkennen und zu eliminieren, nehmen die Statistischen Landesämter Plausibilitätsprüfungen vor.

Die Umrechnung des eingesetzten Personals in Vollkräfte könnte zu Verzerrungen bei den Angaben zum Personal führen.

### Kommentar

Neben dem ärztlichen Dienst und dem Pflegedienst gibt es den Verwaltungsdienst, den medizinisch-technischen Dienst, den Funktionsdienst, den Wirtschafts- oder Versorgungsdienst sowie den technischen Dienst und die Verwaltung, die im vorliegenden Indikator nicht berücksichtigt sind.

Bei dem Indikator handelt es sich um einen Prozessindikator.

### Vergleichbarkeit

Nicht vergleichbar mit WHO-, OECD- und EU-Indikatoren. Im bisherigen Indikatorensetz gab es keinen vergleichbaren Indikator.

### Originalquellen

- ▶ Publikationen der Statistischen Landesämter, z. B. Statistische Jahrbücher oder Statistische Berichte über Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen.

### Dokumentationsstand

11.12.2002, MSGV SH/SM MV/lögd

Indikator (L) 7.32	Personaleinsatz in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, Land, im Zeitvergleich			
Jahr	Personaleinsatz in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen			
	Ärztliches Personal		Personal im Pflegedienst	
	Vollkräfte	je 100 Pfl egetage	Vollkräfte	je 100 Pfl egetage
2002	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 7.32 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>			
2003				
...				
Berichts j.				

Datenquelle:  
 Statistische Landesämter:  
 Krankenhausstatistik, Teil I - Grunddaten, Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen

7.33

## **Pflegebedürftige nach Art der Leistungen und Geschlecht, Land, Jahr**

### **Definition**

Der Indikator gibt Auskunft über die Zahl der in ambulanten bzw. stationären Einrichtungen betreuten Pflegebedürftigen sowie die Zahl von Pflegegeldempfängern. Neben der absoluten Zahl der Pflegebedürftigen wird - getrennt nach Geschlecht - der prozentuale Anteil nach Art der Leistung ausgewiesen. Die Angaben erfolgen sowohl für alle Altersgruppen gemeinsam als auch gesondert für die Altersgruppe 80 Jahre und älter. Als Pflegebedürftige werden alle Personen erfasst, die aufgrund der Entscheidung der Pflegekasse bzw. privater Versicherungsunternehmen eine Pflegestufe I - III (einschl. Härtefälle) haben. In stationären Pflegeheimen werden außerdem auch die Personen einbezogen, die direkt aus dem Krankenhaus in eine Pflegeeinrichtung aufgenommen werden und Leistungen nach SGB XI erhalten, für die jedoch noch keine Zuordnung zu einer bestimmten Pflegestufe vorliegt. Nicht erfasst werden Heimbewohner ohne Pflegestufe (Pflegestufe 0).

Rechtsgrundlage für die Pflegestatistik bildet die Verordnung zur Durchführung der Bundesstatistik über Pflegeeinrichtungen sowie über die häusliche Pflege (Pflegestatistik-Verordnung (PflegeStatV)) vom 29. November 1999 (BGBl. I S. 2282) nach § 109 Pflege-Versicherungsgesetz (PflegeVG) vom 26. Mai 1994 (BGBl. I S. 1014 - SGB XI), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 21. Juli 1999 (BGBl. I S.1656) geändert worden ist, in Verbindung mit dem Gesetz über die Statistik für Bundeszwecke (BstatG) vom 22. Januar 1987 (BGBl. I S. 565), zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 16. Juni 1998 (BGBl. I S. 1300).

Auskunftspflichtig sind die Träger der ambulanten Pflegeeinrichtungen (Pflegedienste) bzw. der stationären Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime), mit denen ein Versorgungsvertrag gemäß SGB XI § 72 besteht bzw. die gemäß § 73 Abs. 3 und 4 Bestandsschutz genießen und danach zugelassen sind. Die Zahl der Pflegegeldempfänger wird vom Statistischen Bundesamt bei den Spitzenverbänden der Pflegekassen erhoben, die Ergebnisse werden den Ländern zur Verfügung gestellt.

### **Datenhalter**

- ▶ Statistische Landesämter
- ▶ Statistisches Bundesamt

### **Datenquelle**

- ▶ Pflegestatistik

### **Periodizität**

Zweijährlich, 15.12.; erstmalig 1999

### **Validität**

Bei der Pflegestatistik handelt es sich um eine Totalerhebung mit Auskunftspflicht. Trotz der von den Statistischen Landesämtern durchgeführten Eingangskontrollen ist aufgrund der Schwierigkeiten, die mit dem Aufbau einer neuen Statistik verbunden sind, in den ersten Pflegestatistiken noch nicht mit der bestmöglichen Validität zu rechnen. Für das Erreichen einer hohen Datenqualität kommt erschwerend hinzu, dass es sich um eine Datenerhebung bei einer Vielzahl von Auskunftspflichtigen handelt und sich der Kreis der Befragten durch das Ausscheiden oder durch das Gründen neuer Pflegeeinrichtungen ständig verändert.

### Kommentar

Um Doppelzählungen zu vermeiden, werden Personen, die sowohl ambulant bzw. stationär betreut werden als auch Pflegegeld erhalten (sog. Kombinationsleistungen), bei der Zahl der Pflegegeldempfänger nicht erfasst. Sie sind grundsätzlich bei den Zahlen der durch ambulante bzw. stationäre/teilstationäre Pflegeeinrichtungen Betreuten enthalten.

### Vergleichbarkeit

Es gibt keine vergleichbaren WHO-, OECD- und EU-Indikatoren. Die bisherigen Indikatoren 7.22 *Inanspruchnahme stationäre Altenhilfe* und 7.23 *Häusliche Pflege* sind nicht vergleichbar, da sich seit der Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes die gesetzlichen Grundlagen entscheidend verändert haben.

### Originalquellen

- Publikationen der Statistischen Landesämter im zweijährigen Rhythmus, z. B. in Statistischen Jahrbüchern oder Statistische Berichte über die Pflegestatistik.

### Dokumentationsstand

06.12.2002, MSGV SH/SM MV/lögd

Indikator (K) 7.33	Pflegebedürftige nach Art der Leistungen und Geschlecht, Land, Jahr					
	Weiblich		Männlich		Insgesamt	
	Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %
<b>Pflegebedürftige insgesamt</b> davon: durch amb. Pflegeeinrichtung betreut in stat. Pflegeeinrichtungen betreut darunter: vollstationäre Dauerpflege Kurzzeitpflege Tagespflege Pflegegeldempfänger <sup>1</sup>	<b>100</b>		<b>100</b>		<b>100</b>	
	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 7.33 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>					
<b>Pflegebedürftige insgesamt</b> davon: durch amb. Pflegeeinrichtung betreut in stat. Pflegeeinrichtungen betreut darunter: vollstationäre Dauerpflege Kurzzeitpflege Tagespflege Pflegegeldempfänger <sup>1</sup>	darunter: Pflegebedürftige 80 Jahre und älter					
	<b>100</b>		<b>100</b>		<b>100</b>	

Datenquelle:  
Statistische Landesämter/Statistisches Bundesamt:  
Pflegestatistik

<sup>1</sup> ohne Empfänger von ambulanten Leistungen oder Tagespflege

7.34

### **Pflegegeldempfänger nach Pflegestufen und Geschlecht, Land im Regionalvergleich, Jahr**

#### **Definition**

Der Indikator gibt Auskunft über die absolute Anzahl von Pflegegeldempfängern und über die Verteilung auf die einzelnen Pflegestufen. Pflegegeldempfänger werden entweder nur von Angehörigen oder von anderen Personen oder zusätzlich von ambulanten Pflegeeinrichtungen in Form von Kombinationsleistungen versorgt. Dargestellt wird neben dem Landesergebnis auch die Häufigkeit von Pflegegeldempfängern in den einzelnen Regionen (Kreisen, kreisfreien Städten und Regierungsbezirken). Die Angaben erfolgen für Frauen und Männer getrennt.

Als pflegebedürftig werden alle Personen erfasst, die aufgrund der Entscheidung der Pflegekasse bzw. privater Versicherungsunternehmen eine Pflegestufe I - III (einschließlich Härtefälle) haben. Der Grad der Pflegebedürftigkeit wird unterschieden in:

- ▶ Pflegebedürftige der Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige)  
sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
- ▶ Pflegebedürftige der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige)  
sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
- ▶ Pflegebedürftige der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige)  
sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

Rechtsgrundlage für die Pflegestatistik bildet die Verordnung zur Durchführung der Bundesstatistik über Pflegeeinrichtungen sowie über die häusliche Pflege (Pflegestatistik-Verordnung (PflegeStatV)) vom 29. November 1999 (BGBl. I S. 2282) nach § 109 Pflege-Versicherungsgesetz (PflegeVG) vom 26. Mai 1994 (BGBl. I S. 1014 - SGB XI), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 21. Juli 1999 (BGBl. I S.1656) geändert worden ist, in Verbindung mit dem Gesetz über die Statistik für Bundeszwecke (BstatG) vom 22. Januar 1987 (BGBl. I S. 565), zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 16. Juni 1998 (BGBl. I S. 1300).

Die Zahl der Pflegegeldempfänger wird vom Statistischen Bundesamt bei den Spitzenverbänden der Pflegekassen erhoben, die Ergebnisse werden den Ländern zur Verfügung gestellt.

#### **Datenhalter**

- ▶ Statistisches Bundesamt

#### **Datenquelle**

- ▶ Pflegestatistik

#### **Periodizität**

Zweijährlich, 15.12.; erstmalig 1999

#### **Validität**

Bei der Pflegestatistik handelt es sich um eine Totalerhebung mit Auskunftspflicht. Damit sind

die Voraussetzungen für eine gute Validität geschaffen worden. Allerdings befindet sich die Statistik noch im Aufbau, so dass mit anfänglichen Schwierigkeiten bei der Datenerhebung und -aufbereitung zu rechnen ist.

**Kommentar**

Da Pflegegeldempfänger, die zusätzliche Leistungen durch ambulante Pflegeeinrichtungen und Tagespflege erhalten, in den Zahlen enthalten sind, ist die Zahl der Pflegegeldempfänger größer als im Indikator 7.33.

Der vorliegende Indikator ist ein Prozessindikator.

**Vergleichbarkeit**

Es gibt keine vergleichbaren WHO-, OECD- und EU-Indikatoren. Es gibt keinen vergleichbaren Indikator im bisherigen Indikatorensatz.

**Originalquellen**

- Publikationen der Statistischen Landesämter und des Statistischen Bundesamtes im zweijährlichen Rhythmus, z. B. in Statistischen Jahrbüchern oder Statistische Berichte über die Pflegestatistik.

**Dokumentationsstand**

06.12.2002, MSGV SH/SM MV/lögd

Indikator (L) 7. 34		Pflegegeldempfänger nach Pflegestufen und Geschlecht, Land im Regionalvergleich, Jahr							
Lfd. Nr.	Region	Pflegegeldempfänger*							
		Insgesamt		davon:					
				Pflegestufe I in %		Pflegestufe II in %		Pflegestufe III in %	
		weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich
1	Regierungsbezirk Land								
2									
3									
...									

Datenquelle:  
Statistisches Bundesamt:  
Pflegestatistik

\* inkl. Kombinationsleistungen



7.35

### Von ambulanten Pflegeeinrichtungen betreute Pflegebedürftige nach Pflegestufen und Geschlecht, Land im Regionalvergleich, Jahr

#### Definition

Der Indikator gibt Auskunft über die absolute Zahl von Pflegebedürftigen, die von ambulanten Pflegeeinrichtungen betreut werden, und über die Verteilung der Pflegebedürftigen nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegestufe). Einbezogen sind auch Pflegebedürftige, die Kombinationsleistungen in Anspruch nehmen, d. h. Pflegegeld beziehen und zusätzlich eine ambulante Pflegeeinrichtung in Anspruch nehmen. Dargestellt werden neben dem Landesergebnis auch die entsprechenden Zahlen für die einzelnen Regionen (Kreise, kreisfreie Städte, Regierungsbezirke). Die Angaben erfolgen für Frauen und Männer getrennt.

Als pflegebedürftig werden alle Personen erfasst, die aufgrund der Entscheidung der Pflegekasse bzw. privater Versicherungsunternehmen eine Pflegestufe I - III (einschließlich Härtefälle) haben. Der Grad der Pflegebedürftigkeit wird unterschieden in:

- ▶ Pflegebedürftige der Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
- ▶ Pflegebedürftige der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
- ▶ Pflegebedürftige der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

Ambulante Pflegeeinrichtungen (Pflegedienste) sind Einrichtungen, die unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft Pflegebedürftige in ihrer Wohnung pflegen und hauswirtschaftlich versorgen.

Rechtsgrundlage für die Pflegestatistik bildet die Verordnung zur Durchführung der Bundesstatistik über Pflegeeinrichtungen sowie über die häusliche Pflege (Pflegestatistik-Verordnung (PflegeStatV)) vom 29. November 1999 (BGBl. I S. 2282) nach § 109 Pflege-Versicherungsgesetz (PflegeVG) vom 26. Mai 1994 (BGBl. I S. 1014 - SGB XI), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 21. Juli 1999 (BGBl. I S.1656) geändert worden ist, in Verbindung mit dem Gesetz über die Statistik für Bundeszwecke (BstatG) vom 22. Januar 1987 (BGBl. I S. 565), zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 16. Juni 1998 (BGBl. I S. 1300).

Auskunftspflichtig sind die Träger der ambulanten Pflegeeinrichtungen (Pflegedienste), mit denen ein Versorgungsvertrag gemäß SGB XI § 72 besteht bzw. die gemäß § 73 Abs. 3 und 4 Bestandsschutz genießen und danach zugelassen sind.

#### Datenhalter

- ▶ Statistische Landesämter

#### Datenquelle

- ▶ Pflegestatistik

#### Periodizität

Zweijährlich, 15.12.; erstmalig 1999

**Validität**

Bei der Pflegestatistik handelt es sich um eine Totalerhebung mit Auskunftspflicht. Trotz der von den Statistischen Landesämtern durchgeführten Eingangskontrollen ist aufgrund der Schwierigkeiten, die mit dem Aufbau einer neuen Statistik verbunden sind, in den ersten Pflegestatistiken noch nicht mit der bestmöglichen Validität zu rechnen. Für das Erreichen einer hohen Datenqualität kommt erschwerend hinzu, dass es sich um eine Datenerhebung bei einer Vielzahl von Auskunftspflichtigen handelt, die sich durch das Ausscheiden oder durch das Gründen neuer Pflegeeinrichtungen ständig verändert.

**Kommentar**

Der Anteil der Personen, der Kombinationsleistungen in Anspruch nimmt, kann in dem vorliegenden Indikator nicht gesondert ausgewiesen werden.

Der Indikator zählt zu den Prozessindikatoren.

**Vergleichbarkeit**

Es gibt keine vergleichbaren WHO-, OECD- und EU-Indikatoren. Es gibt keinen vergleichbaren Indikator zum bisherigen Indikatorensatz.

**Originalquellen**

- Publikationen der Statistischen Landesämter im zweijährigen Rhythmus, z. B. in Statistischen Jahrbüchern oder Statistische Berichte über die Pflegestatistik.

**Dokumentationsstand**

06.12.2002, MSGV SH/SM MV/lögd

Indikator (L) 7.35		Von ambulanten Pflegeeinrichtungen betreute Pflegebedürftige nach Pflegestufen und Geschlecht, Land im Regionalvergleich, Jahr							
Lfd. Nr.	Region	Von ambulanten Pflegeeinrichtungen betreute Pflegebedürftige							
		Insgesamt		davon:					
		in %		Pflegestufe I		Pflegestufe II		Pflegestufe III	
		weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich
1									
2									
3									
...									
	<b>Regierungsbezirk</b>								
	<b>Land</b>								

Datenquelle:  
Statistische Landesämter:  
Pflegestatistik

7.36

### **In stationären und teilstationären Pflegeeinrichtungen betreute Pflegebedürftige nach Pflegestufen und Geschlecht, Land im Regionalvergleich, Jahr**

#### **Definition**

Der Indikator gibt Auskunft über die absolute Zahl von Pflegebedürftigen, die in stationären und teilstationären Pflegeeinrichtungen betreut werden, und über die Verteilung der Pflegebedürftigen nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit (Pfleigestufe). Dargestellt werden neben dem Landesergebnis auch die entsprechenden Zahlen für die einzelnen Regionen (Kreise, kreisfreie Städte, Regierungsbezirke). Die Angaben erfolgen für Frauen und Männer getrennt.

Als pflegebedürftig werden alle Personen erfasst, die aufgrund der Entscheidung der Pflegekasse bzw. privater Versicherungsunternehmen eine Pflegestufe I - III (einschließlich Härtefälle) haben. Der Grad der Pflegebedürftigkeit wird unterschieden in:

- ▶ Pflegebedürftige der Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige)  
sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigsten zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
- ▶ Pflegebedürftige der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige)  
sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
- ▶ Pflegebedürftige der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige)  
sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

Voll- und teilstationäre Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime) sind Einrichtungen, in denen Pflegebedürftige unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft gepflegt werden und ganztätig (vollstationär) und/oder nur tagsüber oder nur nachts (teilstationär) untergebracht und verpflegt werden können.

Rechtsgrundlage für die Pflegestatistik bildet die Verordnung zur Durchführung der Bundesstatistik über Pflegeeinrichtungen sowie über die häusliche Pflege (Pfleigestatistik-Verordnung (PflegeStatV)) vom 29. November 1999 (BGBl. I S. 2282) nach § 109 Pflege-Versicherungsgesetz (PflegeVG) vom 26. Mai 1994 (BGBl. I S. 1014 - SGB XI), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 21. Juli 1999 (BGBl. I S. 1656) geändert worden ist, in Verbindung mit dem Gesetz über die Statistik für Bundeszwecke (BstatG) vom 22. Januar 1987 (BGBl. I S. 565), zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 16. Juni 1998 (BGBl. I S. 1300).

Auskunftspflichtig sind die Träger der stationären und teilstationären Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime), mit denen ein Versorgungsvertrag gemäß SGB XI § 72 besteht bzw. die gemäß § 73 Abs. 3 und 4 Bestandsschutz genießen und danach zugelassen sind.

#### **Datenhalter**

- ▶ Statistische Landesämter

#### **Datenquelle**

- ▶ Pflegestatistik

#### **Periodizität**

Zweijährlich, 15.12.; erstmalig 1999

**Validität**

Bei der Pflegestatistik handelt es sich um eine Totalerhebung mit Auskunftspflicht. Trotz der von den Statistischen Landesämtern durchgeführten Eingangskontrollen ist aufgrund der Schwierigkeiten, die mit dem Aufbau einer neuen Statistik verbunden sind, in den ersten Pflegestatistiken noch nicht mit der bestmöglichen Validität zu rechnen. Für das Erreichen einer hohen Datenqualität kommt erschwerend hinzu, dass es sich um eine Datenerhebung bei einer Vielzahl von Auskunftspflichtigen handelt und sich der Kreis der Befragten durch das Ausscheiden oder durch das Gründen neuer Pflegeeinrichtungen ständig verändert.

**Kommentar**

Im Indikator sind Personen, die sich in stationären Pflegeeinrichtungen befinden und keiner Pflegestufe zugeordnet sind (Pflegestufe 0), nicht enthalten.

Der Indikator zählt zu den Prozessindikatoren.

**Vergleichbarkeit**

Es gibt keine vergleichbaren WHO-, OECD- und EU-Indikatoren. Es gibt keinen vergleichbaren Indikator zum bisherigen Indikatorensatz.

**Originalquellen**

- Publikationen der Statistischen Landesämter im zweijährigen Rhythmus, z. B. in Statistischen Jahrbüchern oder Statistische Berichte über die Pflegestatistik.

**Dokumentationsstand**

06.12.2002, MSGV SH/SM MV/lögd

<b>Indikator (L) 7.36</b>		<b>In stationären und teilstationären Pflegeeinrichtungen betreute Pflegebedürftige nach Pflegestufen und Geschlecht, Land im Regionalvergleich, Jahr</b>							
Lfd. Nr.	Region	Pflegebedürftige in stationären und teilstationären Pflegeeinrichtungen							
		Insgesamt		davon:					
				Pflegestufe I in %		Pflegestufe II in %		Pflegestufe III in %	
		weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich
1	<b>Regierungsbezirk Land</b>								
2									
3									
...									

Datenquelle:  
Statistische Landesämter:  
Pflegestatistik

7.37

### **Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen, Deutschland/Land, im Zeitvergleich**

#### **Definition**

Der Indikator gibt Auskunft über die Zahl von Blutspenden, zu denen sowohl die Fremdblutspenden als auch die Eigenblutentnahmen gehören.

Rechtsgrundlage für die Datenerhebung ist § 21 des Gesetzes zur Regelung des Transfusionswesens (TFG) vom 1.7.1998 sowie die dazugehörige Verordnung über das Meldewesen nach §§ 21 und 22 TFG vom 13.12.2001.

Zur Meldung verpflichtet sind die Träger der Spendeinrichtungen, die pharmazeutischen Unternehmen und die Einrichtungen der Krankenversorgung, die Blutprodukte gewinnen, herstellen, importieren oder exportieren. Sie haben jährlich u. a. die Zahlen zu dem Umfang der Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und des Verbrauchs von Blutprodukten an die zuständige Bundesoberbehörde, das Paul-Ehrlich-Institut zu melden.

Bei einer Eigenblutspende kommt es zu einer präoperativen Entnahme von Blut/Blutbestandteilen, das/die bei Bedarf dem jeweiligen Spender transfundiert wird/werden. Bei Nichtgebrauch ist eine Vernichtung des Bluts/der Blutprodukte vorgeschrieben.

Die Angaben zur Anzahl von Spenden bzw. Blutentnahmen erfolgen sowohl in absoluter Fallzahl als auch bezogen auf je 100 000 Einwohner (durchschnittliche Bevölkerung).

Unter Apherese wird die Gewinnung von zellulären bzw. plasmatischen Blutbestandteilen mittels Durchflusszentrifugation verstanden.

#### **Datenhalter**

- ▶ Paul-Ehrlich-Institut (PEI)

#### **Datenquelle**

- ▶ Bericht zur Meldung nach § 21 TFG

#### **Periodizität**

Jährlich bzw. zweijährlich

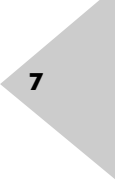
#### **Validität**

Eingangs- und Plausibilitätskontrollen im PEI haben ergeben, dass für 1998, dem ersten Jahr mit Meldepflicht nach § 21 TFG, bei der schriftlichen Aufforderung zur Meldung ein Rücklauf von 66 % der angeschriebenen Einrichtungen erreicht worden ist. Sowohl einige pharmazeutische Hersteller, als auch große Blutspendedienste und Krankenhäuser sind ihrer Meldepflicht nicht nachgekommen. Außerdem zeigte sich, dass ein Teil der eingegangenen Meldebögen unvollständig bzw. unkorrekt ausgefüllt worden war. Aus diesen Gründen kann die Validität der Daten noch nicht als zufriedenstellend bezeichnet werden. Da sich das Meldewesen nach § 21 TFG noch im Aufbau befindet, ist zukünftig mit einer Steigerung der Datenqualität zu rechnen.

#### **Kommentar**

Der Zweck des Meldewesens nach § 21 TFG besteht darin, einen vollständigen jährlichen Überblick zum Grad der Selbstversorgung mit Blutprodukten zu erlangen. Es wird empfohlen, die Bereitstellung von Landesdaten mit dem Datenhalter abzustimmen.

Bei einer Gegenüberstellung von gewonnenen und verbrauchten Blutprodukten ist zu beachten, dass aus einer einzigen Blutspende mehrere Blutprodukte hergestellt werden und bei ver-



schiedenen Patienten zum Einsatz kommen können. Darüber hinaus ist bei der Gewinnung/Herstellung mit einem Anteil von Verlust zu rechnen sowie mit einem Anteil von Blutprodukten, die wegen Überschreitung des Verfallsdatums nicht zum Einsatz kommen.

Der Indikator zählt zu den Prozessindikatoren.

**Vergleichbarkeit**

Es gibt keine vergleichbaren WHO- oder OECD-Indikatoren. Für den EU-Indikatorensetz sind Indikatoren zu *Quality of blood products, amount of blood transfused* vorgesehen. Es gibt keinen vergleichbaren Indikator im bisherigen Indikatorensetz.

**Originalquellen**

- ▶ Jahresbericht des Paul-Ehrlich-Instituts mit Landesübersichten.

**Dokumentationsstand**

13.12.2002, MSGV SH/SM MV/lögd

Indikator (B/L) 7.37		Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen, Deutschland/Land, im Zeitvergleich				
Jahr	Fremdblutspenden				Eigenblutentnahmen	
	Vollblutspenden		Apheresespenden		Anzahl	je 100 000 Einwohner
	Anzahl	je 100 000 Einwohner	Anzahl	je 100 000 Einwohner		
2000	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 7.37 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>					
2001						
...						
Berichtsjahr						

Datenquelle:  
 Paul-Ehrlich-Institut:  
 Bericht zur Meldung nach § 21 Transfusionsgesetz

7.38

**Verbrauch von Blutprodukten, Deutschland/Land, Jahr****Definition**

Der Indikator gibt Auskunft über die Anzahl der bei Transfusionen verbrauchten Blutprodukte. Rechtsgrundlage für die Datenerhebung ist § 21 des Gesetzes zur Regelung des Transfusionswesens (TFG) vom 1.7.1998 sowie die dazugehörige Verordnung über das Meldewesen nach §§ 21 und 22 TFG vom 13.12.2001.

Zur Meldung verpflichtet sind Träger der Spendeinrichtungen, pharmazeutische Unternehmen und Einrichtungen der Krankenversorgung, die Blutprodukte gewinnen, herstellen, importieren, exportieren oder verbrauchen. Sie haben jährlich u. a. die Zahlen zum Umfang der Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und des Verbrauchs von Blutprodukten an das Paul-Ehrlich-Institut zu melden.

Die Angaben zu den eingesetzten Transfusionseinheiten (Beutel) erfolgen sowohl in absoluter Zahl als auch bezogen auf je 100 000 Einwohner (durchschnittliche Bevölkerung).

Blutprodukte werden sowohl aus Eigenblut als auch aus Fremdblut hergestellt. Das bei einer Eigenblutspende gewonnene Blut bzw. die dabei gewonnenen Blutbestandteile werden präoperativ entnommen und bei Bedarf dem jeweiligen Spender/der jeweiligen Spenderin transfundiert. Bei Nichtgebrauch werden die Blutprodukte vernichtet.

Transfundiert werden können entweder das Vollblut oder einzelne Komponenten. Dazu gehören die Erythrozyten (rote Blutkörperchen), die Thrombozyten (Blutplättchen) und das Blutplasma.

**Datenhalter**

- ▶ Paul-Ehrlich-Institut (PEI)

**Datenquelle**

- ▶ Bericht zur Meldung nach § 21 TFG

**Periodizität**

Jährlich bzw. zweijährlich

**Validität**

Eingangs- und Plausibilitätskontrollen im PEI haben ergeben, dass für 1998, dem ersten Jahr mit Meldepflicht nach § 21 TFG, bei der schriftlichen Aufforderung zur Meldung ein Rücklauf von 66 % der angeschriebenen Einrichtungen erreicht worden ist. Sowohl einige pharmazeutische Hersteller, als auch große Blutspendedienste und Krankenhäuser sind ihrer Meldepflicht nicht nachgekommen. Außerdem zeigte sich, dass ein Teil der eingegangenen Meldebögen unvollständig bzw. unkorrekt ausgefüllt worden war. Aus diesen Gründen kann die Validität der Daten noch nicht als zufriedenstellend bezeichnet werden. Da sich das Meldewesen nach § 21 TFG noch im Aufbau befindet, ist zukünftig mit einer Steigerung der Datenqualität zu rechnen.

**Kommentar**

Der Zweck des Meldewesens nach § 21 TFG besteht darin, einen vollständigen jährlichen Überblick zum Grad der Selbstversorgung mit Blutprodukten zu erlangen. Es wird empfohlen, die Bereitstellung von Landesdaten mit dem Datenhalter abzustimmen.

Es besteht zwar eine Verpflichtung zur Meldung nach § 21 TFG, aber es sind (bisher) keine

Sanktionsmaßnahmen für Nichtmelder vorgesehen.

Bei einer Gegenüberstellung von gewonnenen und verbrauchten Blutprodukten ist zu beachten, dass aus einer einzigen Blutspende mehrere Blutprodukte hergestellt werden und bei verschiedenen Patienten zum Einsatz kommen können. Andererseits ist es bei Thrombozyten üblich, die aus mehreren Vollblutspenden separierten Thrombozyten zu einem einzigen Konzentrat zusammenzuführen.

Bei Gewinnung, Herstellung und Einsatz von Blutprodukten ist mit einem gewissen Verlustanteil zu rechnen sowie mit einem Anteil von Produkten, die wegen Überschreitung des Verfallsdatums nicht zur Anwendung kommen.

Der Indikator zählt zu den Prozessindikatoren.

### Vergleichbarkeit

Es gibt keine vergleichbaren WHO- oder OECD-Indikatoren. Für den EU-Indikatorensetz sind Indikatoren zu *Quality of blood products, amount of blood transfused* vorgesehen. Es gibt keinen vergleichbaren Indikator im bisherigen Indikatorensetz.

### Originalquellen

- ▶ Jahresbericht des Paul-Ehrlich-Instituts mit Landesübersichten.

### Dokumentationsstand

13.12.2002, MSGV SH/SM MV/lögd

Indikator (B/L) 7.38	Verbrauch von Blutprodukten, Deutschland/Land, Jahr	
	Blutprodukte	Verbrauch durch Transfusion
		Zahl der Transfusions- einheiten (Beutel) je 100 000 Einwohner
Eigenblut und Komponenten daraus		<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 7.38 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>
Vollblut		
Erythrozytenkonzentrate*		
Thrombozytenkonzentrate*		
Plasma*		
Fremdblut und Komponenten daraus		
Vollblut		
Erythrozytenkonzentrate*		
Thrombozytenkonzentrate*		
Pool-Thrombozytenkonzentrate**		
Gefrorenes Frischplasma*		

Datenquelle:  
Paul-Ehrlich-Institut:  
Bericht zur Meldung nach § 21 Transfusionsgesetz

\* aus Vollblut oder aus Apherese  
\*\* aus mehreren Vollblutspenden







## **Themenfeld 8: Beschäftigte im Gesundheitswesen**

---

### **Gesundheitspersonal**

Gesundheitspersonal nach Einrichtungen

Gesundheitspersonal nach Berufen

### **Personal in ambulanten Einrichtungen**

Ärztinnen und Ärzte

Zahnärztinnen und Zahnärzte

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

Pflegeberufe und übrige Gesundheitsdienstberufe

### **Personal in stationären und teilstationären Einrichtungen**

Krankenhäuser

Ärztinnen und Ärzte

Krankenpflegeberufe

Medizinisch-therapeutische Berufe

Technisch-diagnostische Berufe

Hebammen und Entbindungspfleger

Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen

Personal in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen

### **Personal in Pflegeeinrichtungen**

Personal in ambulanten und stationären/teilstationären Pflegeeinrichtungen

### **Personal im öffentlichen Gesundheitsdienst**

Fachpersonal der unteren Gesundheitsbehörden

### **Personal in Apotheken**

Apothekerinnen und Apotheker nach Einrichtungen sowie sonstiges Personal

## **Thematic domain 8: Employment in the health sector**

### **Health personnel**

Health personnel by facilities

Health personnel by professions

### **Personnel in out-patient facilities**

Physicians

Dentists

Psychotherapists

Nursing professions and other health professions

### **Personnel in in-patient and partly in-patient facilities**

Hospitals

Physicians

Nursing professions

Medico-therapeutical professions

Technical-diagnostic professions

Midwives and birth assistants

Prevention or rehabilitation facilities

Staff in prevention or rehabilitation facilities

### **Personnel in nursing facilities**

Personnel in out-patient and in-patient/partly  
in-patient nursing facilities

### **Public health service staff**

Health service staff in the lower health authorities

### **Pharmacy staff**

Pharmacists by institutions and other pharmacy  
staff

## Vorbemerkungen zum Themenfeld 8

Das Gesundheitswesen hat sich zu einem bedeutenden Wirtschaftssektor mit einem hohen Anteil an Beschäftigten in den Ländern entwickelt. Das Themenfeld 8 soll mit einer umfassenden Übersicht über wichtige Berufe, die eine hohe Qualifikation erfordern, die Entwicklung der Beschäftigtenstruktur in Einrichtungen der ambulanten und stationären Versorgung inkl. der Pflegeeinrichtungen darstellen.

Die 29 Indikatoren (vorher 12) des Themenfeldes 8 geben einen größeren Überblick als bisher über die Beschäftigten in Berufen des Gesundheitswesens. Gemeinsam mit den Indikatoren über Einrichtungen aus Themenfeld 6 besteht damit die Möglichkeit, die personelle Infrastruktur der medizinischen Versorgungssysteme abzubilden. In den vorangegangenen Fassungen des Indikatorensatzes bestand bei mehreren Indikatoren keine Trennung zwischen Einrichtungen und dort Beschäftigten. So waren die an der kassenärztlichen Versorgung beteiligten Ärzte und Zahnärzte, die Heilpraktiker, Psychotherapeuten, die Physiotherapeuten im Themenfeld 6 unter der Maßgabe aufgeführt, dass jeweils eine Person der entsprechenden Berufsgruppe einer Niederlassung entsprach. Dieser Sachverhalt hat sich auf der Grundlage neuer Strukturen in der ambulanten Versorgung geändert. Das zog im vorliegenden Indikatorensatz eine Trennung von Indikatoren über Einrichtungsarten (Themenfeld 6) und Gesundheitspersonal (Themenfeld 8) nach sich.

Gegenwärtig vollzieht sich in Deutschland durch die Entwicklung einer neuen, umfassenden Gesundheitspersonalrechnung ein tiefgreifender Wandel der Beschäftigtenstatistik im Gesundheitswesen. Es erfolgt eine Anpassung an Nomenklaturen und die Gesundheitsausgabenrechnung sowie an EU-Kriterien. Ergebnisse aus der Gesundheitspersonalrechnung liegen bisher nur für die Bundesebene vor. Das würde für fast alle Bundesländer bedeuten, auf eigene Angaben zu Beschäftigten weitestgehend zu verzichten und sich an den für die BRD berechneten Daten zu orientieren. Im vorliegenden Themenfeld 8 sind die Indikatoren 8.1 bis 8.4 auf die neue Gesundheitspersonalrechnung zugeschnitten. Diese Indikatoren sind im Zusammenhang mit den Indikatoren des Themenfeldes 10 *Ausgaben und Finanzierung* erarbeitet worden. Sie geben ab dem Jahr 1997 einen Überblick über das gesamte Spektrum derjenigen Berufe, welche die Förderung und den Erhalt von Gesundheit zur Aufgabe haben und bislang nie vollzählig erfasst wurden.

Für alle anderen Indikatoren gibt es Möglichkeiten, auf Länderebene Daten aus verschiedenen Quellen zusammenzuführen, die jedoch teilweise zwischen den Ländern nicht vergleichbar sind und nach vorgenommenen Recherchen eine unzureichende Vollständigkeit aufweisen. Einige Länder wollen z. B. die seit dem Jahr 2001 eingestellte Statistik der Berufe des Gesundheitswesens weiterführen, um einige der Indikatoren dieses Themenfeldes weiterzuführen. (Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Folgenden bei der Angabe von Berufsbezeichnungen in einigen Fällen lediglich die allgemeine bzw. männliche Form genannt.)

Als gut gilt die Validität und Qualität der Daten für folgende Indikatoren:

- ▶ Angaben über Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten:  
 Ärztezahlen, Zahnärztezahlen und Angaben über Psychotherapeuten werden je nach Inhalt der Indikatoren entweder von den zuständigen Ärztekammern, Zahnärztekammern und Psychotherapeutenkammern übernommen oder aber bezogen auf die ambulante vertragsärztliche Versorgung von den ärztlichen und kassenzahnärztlichen Vereinigungen (Indikatoren 8.5 - 8.13).
- ▶ Personal in Krankenhäusern und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen:  
 Das Personal der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen stellt auf der Grundlage der novellierten Krankenhausstatistikverordnung eine solide Datengrundlage für die Indikatoren 8.17 - 8.21, 8.23 dar.

- ▶ Personal in Apotheken:  
Das Personal in Apotheken (Indikatoren 8.28, 8.29) bietet ebenso auf der Grundlage der Statistiken der Apothekerkammern eine solide Vergleichbarkeit.
- ▶ Personal im Pflegedienst:  
Durch die Einführung der Pflegestatistik ist seit 1999 ein vollständiger Überblick über das Personal in Pflegeeinrichtungen (Indikatoren 8.24 und 8.25) möglich. Indikatoren zum Personal in ambulanten und stationären/teilstationären Pflegeeinrichtungen wurden auf der Basis neuer Rechtsgrundlagen neu in den Indikatorensatz aufgenommen.

Als unzureichend gelten die Datengrundlagen und demzufolge die Validität und Qualität der Daten für folgende Indikatoren:

- ▶ Angehörige der übrigen Gesundheitsdienstberufe wie Kranken- und Kinderkrankenschwestern/-pfleger, Arzt-/Zahnarzthelfer, Physiotherapeuten, Bademeister, Masseure, Heilpraktiker in ambulanten Einrichtungen (Indikatoren 8.14 - 8.16):  
Hier kann nur durch Rückgriff auf verschiedene Datenquellen ein Überblick gegeben werden.
- ▶ Hebammen und Entbindungspfleger im ambulanten und stationären Bereich (Indikator 8.22)
- ▶ Personal im öffentlichen Gesundheitsdienst (Indikator 8.26):  
Unterschiedliche Strukturen des ÖGD in den Ländern erschweren zusätzlich die Vergleichbarkeit.

Verschiedene Berufsverbände bieten ihre Übersichten für einige der Indikatoren an, z. B. Heilpraktikerverbände, Berufsverbände der Physiotherapeuten. Diese Datenquellen müssten von den Ländern erschlossen werden. Die Vollständigkeit dieser Datenbestände liegt wegen der Freiwilligkeit der Mitgliedschaft bei ca. 70 %. Als weitere Datenquelle kommt der Mikrozensus in Betracht. Mit der Einführung von Unternehmensregistern könnte sich die Datenlage mittelfristig verbessern. Die günstigste Variante ist die Entwicklung von Gesundheitspersonalrechnungen in den Ländern. Nur dadurch kann mittelfristig gesichert werden, dass das Gesundheitspersonal in den Ländern vollständig ausgewiesen wird. Indikatoren zum Gesundheitspersonal sind Prozessindikatoren, sie weisen den personellen Aufwand für die Betreuung und Versorgung aus.



8.1

## **Beschäftigte im Gesundheitswesen in % der Beschäftigten insgesamt (Beschäftigungsquote), Deutschland/Land, im Zeitvergleich**

### **Definition**

Das Gesundheitswesen ist einer der wichtigsten volkswirtschaftlichen Bereiche, der einem beachtlichen Teil der Erwerbstätigen in Deutschland einen Arbeitsplatz bietet. Die Betrachtung der Beschäftigten des Gesundheitswesens macht eine Abgrenzung des Gesundheitswesens von der Gesamtwirtschaft notwendig. Dem Gesundheitspersonal werden zusätzlich zu den medizinischen Bereichen die Beschäftigten des Pflegebereiches, der betrieblichen Gesundheitssicherung und das Personal zugeordnet, das in Einrichtungen für medizinische Maßnahmen zur Wiedereingliederung ins Berufsleben tätig ist.

Die Beschäftigten im Gesundheitswesen umfassen alle im Sektor Gesundheitswesen tätigen Personen, unabhängig davon, welchen Beruf sie ausüben. Zu den Beschäftigten zählen dabei sämtliche Personen, die einer oder auch mehreren Tätigkeiten nachgehen, unabhängig von der Dauer der tatsächlich geleisteten oder vertragsmäßig zu leistenden wöchentlichen Arbeitszeit. Nach Art der Beschäftigung werden Vollzeit-, Teilzeit- und geringfügig Beschäftigte unterschieden. Im Gesundheitswesen ist diese Differenzierung von besonderem Interesse, da hier deutliche Abweichungen von der Gesamtwirtschaft feststellbar sind. Im Indikator ist der Anteil der Beschäftigten im Gesundheitswesen an der Gesamtzahl aller Beschäftigten angegeben. Bei den Angaben zu den Beschäftigten handelt es sich um Beschäftigungsfälle, das heißt Personen mit mehreren Arbeitsverhältnissen in verschiedenen Einrichtungen werden mehrfach gezählt.

### **Datenhalter**

- ▶ Statistisches Bundesamt
- ▶ Statistische Landesämter

### **Datenquelle**

- ▶ Gesundheitspersonalrechnung

### **Periodizität**

Jährlich, 31.12.

### **Validität**

Die Gesundheitspersonalrechnung basiert zum größten Teil auf den Daten sehr valider Quellen. Somit ist von einer hohen Datenqualität auszugehen.

Besondere Qualität erlangt die Gesundheitspersonalrechnung durch die kombinierte und detaillierte Darstellung des Personals nach Berufen, Einrichtungen, Art der Beschäftigung, Alter und Geschlecht.

Umgesetzt wird die Aufgliederung des Gesundheitspersonals mit Hilfe von Schlüsseln. Die Schlüssel beschreiben, wie sich das Personal anteilig auf die verschiedenen Merkmale verteilt. Die Schlüssel werden auf Grundlage von Berechnungen und Schätzungen des Statistischen Bundesamtes gewonnen. Die Ermittlung der Schlüssel unterliegt einer jährlichen Aktualitäts- und Qualitätsprüfung.

### **Kommentar**

Die Gesundheitspersonalrechnung wurde vom Statistischen Bundesamt im Zusammenhang mit der Gesundheitsausgabenrechnung neu erstellt. Gegenwärtig sind die Länder noch nicht in der Lage, eine landesspezifische Gesundheitspersonalrechnung zu erstellen, so dass in den näch-

sten Jahren zum Teil noch Gesundheitspersonalrechnungen mit Schätzdaten erstellt werden. Der vorliegende Indikator ist ein Prozessindikator.

**Vergleichbarkeit**

Es gibt keinen vergleichbaren WHO-Indikator. Im OECD-Indikatorensetz gibt es Angaben zu *Labour force*, die für Deutschland bisher aus dem Mikrozensus entnommen wurden und Angaben zu *Total health employment*, die als Vollzeitäquivalente nach den ISIC-Standards (International Standard Industrial Classification) dargestellt werden und für Deutschland bisher aus verschiedenen Datenquellen zusammengestellt wurden. Der vorliegende Indikator ist mit den OECD-Daten nicht vergleichbar.

Vergleichbar ist er mit dem vorgesehenen EU-Indikator *Health services employment, % of total employment*.

Im bisherigen Indikatorensetz gab es keinen vergleichbaren Indikator.

**Originalquellen**

- ▶ Informationssystem für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (IS-GBE): <http://www.gbe-bund.de>.
- ▶ Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2003): *Gesundheit - Ausgaben und Personal 2001*. Presseexemplar. Wiesbaden.

**Dokumentationsstand**

05.06.2003, lögd/StBA/BASYS

Indikator (B/L) 8.1		Beschäftigte im Gesundheitswesen in % der Beschäftigten insgesamt (Beschäftigungsquote), Deutschland/Land, im Zeitvergleich		
Jahr	Beschäftigte insgesamt	darunter: Beschäftigte im Gesundheitswesen*		
		insgesamt	dar.: Teilzeitbeschäftigte**	in % aller Beschäftigten
1997	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 8.1 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>			
1998				
1999				
2000				
2001				
...				
Berichtsjahr				

Datenquelle:  
Statistisches Bundesamt/Statistische Landesämter:  
Gesundheitspersonalrechnung

\* jedes Beschäftigungsverhältnis wird gezählt  
\*\* einschl. geringfügig Beschäftigte



## 8.2

**Beschäftigte im Gesundheitswesen nach Einrichtungen und Art der Beschäftigung, Deutschland/Land, im Zeitvergleich****Definition**

In der Gesundheitspersonalrechnung des Statistischen Bundesamtes werden sieben Einrichtungen unterschieden. Die sechs Einrichtungen Gesundheitsschutz, ambulante Einrichtungen, stationäre und teilstationäre Einrichtungen, Rettungsdienste, Verwaltung und sonstige Einrichtungen stimmen mit der Einrichtungsgliederung der Gesundheitsausgabenrechnung des Statistischen Bundesamtes überein.

Die Vorleistungsindustrien des Gesundheitswesens als siebte Einrichtung - dazu zählen die pharmazeutische, medizintechnische und augenoptische Industrie, aber auch medizinische Laboratorien und der Großhandel mit medizinischen Produkten - müssen getrennt von den anderen Einrichtungen betrachtet werden. In diesem Sektor werden Vorleistungen ausschließlich für das Gesundheitswesen produziert. Das Gesundheitspersonal wird für Vergleiche im Rahmen der Gesundheitsausgabenrechnung einmal mit und einmal ohne das Personal der Vorleistungsindustrien ausgewiesen. Die Beschäftigten im Gesundheitswesen i. e. S. und in den Vorleistungsindustrien des Gesundheitswesens bilden das Gesundheitspersonal. Von besonderer Bedeutung für die Beschäftigung des Gesundheitspersonals sind die ambulanten sowie die stationären und teilstationären Einrichtungen. Im vorliegenden Indikator werden Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigte ausgewiesen. Gegenüber anderen Wirtschaftsbereichen weist der Gesundheitssektor mehr Teilzeitbeschäftigte aus.

Bei den Angaben zu den Beschäftigten handelt es sich um Beschäftigungsfälle, das heißt Personen mit mehreren Arbeitsverhältnissen in verschiedenen Einrichtungen werden mehrfach gezählt.

**Datenhalter:** ▶ Statistische Landesämter ▶ Statistisches Bundesamt

**Datenquelle:** ▶ Gesundheitspersonalrechnung

**Periodizität:** Jährlich, 31.12.

**Validität**

Die Gesundheitspersonalrechnung basiert zum größten Teil auf den Daten sehr valider Quellen. Somit ist von einer hohen Datenqualität auszugehen. Besondere Qualität erlangt die Gesundheitspersonalrechnung durch die kombinierte und detaillierte Darstellung des Personals nach Berufen, Einrichtungen, Art der Beschäftigung, Alter und Geschlecht. Umgesetzt wird die Aufgliederung des Gesundheitspersonals mit Hilfe von Schlüsseln. Die Schlüssel beschreiben, wie sich das Personal anteilig auf die verschiedenen Merkmale verteilt. Die Schlüssel werden auf Grundlage von Berechnungen und Schätzungen des Statistischen Bundesamtes gewonnen. Die Ermittlung der Schlüssel unterliegt einer jährlichen Aktualitäts- und Qualitätsprüfung.

**Kommentar**

Die Gesundheitspersonalrechnung wurde vom Statistischen Bundesamt im Zusammenhang mit der Gesundheitsausgabenrechnung neu erstellt. Gegenwärtig sind die Länder noch nicht in der Lage, eine landesspezifische Gesundheitspersonalrechnung zu erstellen, so dass in den nächsten Jahren zum Teil noch Gesundheitspersonalrechnungen mit Schätzdaten erstellt werden müssen. Der vorliegende Indikator ist ein Prozessindikator.

**Vergleichbarkeit**

Es gibt keinen vergleichbaren WHO-Indikator. Im OECD-Indikatorensetz wird nur für die

Krankenhäuser der Indikator *Total hospital employment* geführt, nicht jedoch für die anderen Einrichtungsformen. Im EU-Indikatorensetz sind die Indikatoren *Hospital staff/no. of beds* und *Nurses staff/no. of beds* vorgesehen, so dass keine Vergleichbarkeit besteht.

Im bisherigen Indikatorensetz gab es im Indikator 8.8. eine vollständige Übersicht über das Krankenhauspersonal, jedoch nicht über die anderen Einrichtungsarten.

### Originalquellen

- ▶ Informationssystem für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (IS-GBE): <http://www.gbe-bund.de>
- ▶ Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2003): Gesundheit - Ausgaben und Personal 2001. Presseexemplar. Wiesbaden.

**Dokumentationsstand:** 05.06.2003. lögd/StBA/BASYS

Indikator (B/L) 8.2		Beschäftigte im Gesundheitswesen nach Einrichtungen und Art der Beschäftigung, Deutschland/Land, im Zeitvergleich						
Jahr	Einrichtungen							
	insgesamt	Gesundheits- schutz	ambulante Einrich- tungen	station./ teilstation. Einrich- tungen	Rettungs- dienste	Verwaltung	sonstige Einrich- tungen	Vor- leistungs- industrien
Beschäftigte								
Insgesamt								
1997	<a href="#">Sprung zu Daten der Indikatoren 8.2 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>							
1998								
1999								
2000								
2001								
...								
Berichtsjahr								
Vollzeitbeschäftigte								
1997								
1998								
1999								
2000								
2001								
...								
Berichtsjahr								
Teilzeitbeschäftigte*								
1997								
1998								
1999								
2000								
2001								
...								
Berichtsjahr								

Datenquelle:  
Statistisches Bundesamt/Statistische Landesämter:  
Gesundheitspersonalrechnung

\* einschl. geringfügig Beschäftigte

## 8.3

**Beschäftigte im Gesundheitswesen nach Einrichtungen und Art der Beschäftigung, Deutschland/Land, Jahr****Definition**

Im Indikator werden die Beschäftigten, Teilzeitbeschäftigten einschließlich geringfügig Beschäftigte und Vollzeitäquivalente ausgewiesen. Vollzeitäquivalente geben die Anzahl der auf die volle tarifliche Arbeitszeit umgerechneten Beschäftigten an. Dabei entspricht ein Vollzeitäquivalent einem Vollzeitbeschäftigten. Bei der Ermittlung der Vollzeit-äquivalente im Indikator 8.3 geht beim Bund ein Teilzeitbeschäftigter mit dem Faktor 0,5 und ein geringfügig Beschäftigter mit 0,2 in die Berechnung ein. Ausgenommen hiervon ist bisher nur die Berechnung der Vollzeitäquivalente in Krankenhäusern und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. Hierzu liegen konkrete Nachweise aus der Krankenhausstatistik vor. Die Erläuterungen zu dem Begriff *Einrichtungen* sind im Indikator 8.2 zu finden. Die meisten Beschäftigten sind in stationären/teilstationären und in ambulanten Einrichtungen tätig.

Bei den Angaben zu den Beschäftigten handelt es sich um Beschäftigungsfälle, das heißt Personen mit mehreren Arbeitsverhältnissen in verschiedenen Einrichtungen werden mehrfach gezählt.

**Datenhalter**

- ▶ Statistisches Bundesamt
- ▶ Statistische Landesämter

**Datenquelle**

- ▶ Gesundheitspersonalrechnung

**Periodizität**

Jährlich, 31.12.

**Validität**

Die Gesundheitspersonalrechnung basiert zum größten Teil auf den Daten sehr valider Quellen. Somit ist von einer hohen Datenqualität auszugehen.

Besondere Qualität erlangt die Gesundheitspersonalrechnung durch die kombinierte und detaillierte Darstellung des Personals nach Berufen, Einrichtungen, Art der Beschäftigung, Alter und Geschlecht.

Umgesetzt wird die Aufgliederung des Gesundheitspersonals mit Hilfe von Schlüssel. Die Schlüssel beschreiben, wie sich das Personal anteilig auf die verschiedenen Merkmale verteilt. Die Schlüssel werden auf Grundlage von Berechnungen und Schätzungen des Statistischen Bundesamtes gewonnen. Die Ermittlung der Schlüssel unterliegt einer jährlichen Aktualitäts- und Qualitätsprüfung.

**Kommentar**

Die Gesundheitspersonalrechnung wurde vom Statistischen Bundesamt in Verbindung mit der Gesundheitsausgabenrechnung neu erstellt. Gegenwärtig sind die Länder noch nicht in der Lage, eine landesspezifische Gesundheitspersonalrechnung zu erstellen, so dass in den nächsten Jahren zum Teil noch Gesundheitspersonalrechnungen mit Schätzdaten erstellt werden müssen.

Der vorliegende Indikator ist ein Prozessindikator.

### Vergleichbarkeit

Es gibt keinen vergleichbaren WHO-Indikator. Indikatoren zur Relation von Beschäftigten und Vollzeitäquivalenten sind im OECD-Indikatorenset nicht enthalten. Für den EU-Indikatorenset sind nur Personalangaben in Personen, nicht in Vollzeitäquivalenten vorgesehen.

Das Personal in Gesundheitseinrichtungen wurde in den Indikatoren des bisherigen Themenfeldes 8 nicht in Vollzeitäquivalenten und auch nicht für alle Einrichtungsarten erfasst. Deshalb liegt keine Vergleichbarkeit zu bisherigen Indikatoren vor.

### Originalquellen

- ▶ Informationssystem für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (IS-GBE): <http://www.gbe-bund.de>.
- ▶ Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2003): Gesundheit - Ausgaben und Personal 2001. Presseexemplar. Wiesbaden.

### Dokumentationsstand

05.06.2003, lögd/StBA/BASYS

Gegenstand der Nachweisung	Beschäftigte*		dar.: Teilzeitbeschäftigte**		Vollzeitäquivalente***	
	in 1000	Anteil in %	in 1000	Anteil in %	in 1000	Anteil in %
<b>Indikator (B/L) 8.3</b>	<b>Beschäftigte im Gesundheitswesen nach Einrichtungen und Art der Beschäftigung, Deutschland/Land, Jahr</b>					
<b>Einrichtungen insgesamt</b>	<a href="#">Sprung zu Daten der Indikatoren 8.3 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>					
Gesundheitsschutz						
ambulante Einrichtungen						
stationäre und teilstationäre Einrichtungen						
Rettungsdienste						
Verwaltung						
sonstige Einrichtungen						
Vorleistungsindustrien						

Datenquelle:  
 Statistisches Bundesamt/Statistische Landesämter:  
 Gesundheitspersonalrechnung

\* jedes Beschäftigungsverhältnis wird gezählt  
 \*\* einschl. geringfügig Beschäftigte  
 \*\*\* Vollzeitäquivalente geben die Anzahl der auf die volle tarifliche Arbeitszeit umgerechneten Beschäftigten an. Ein Vollzeitäquivalent entspricht einem Vollzeitbeschäftigten.

## 8.4

**Beschäftigte im Gesundheitswesen nach Berufen und Einrichtungen, Deutschland/Land, Jahr****Definition**

Beschäftigte aus dem Gesundheits-, Sozial- und Umweltbereich werden zum Gesundheitspersonal gezählt, wenn deren Tätigkeiten primär der Sicherung, der Vorbeugung oder der Wiederherstellung von Gesundheit dienen. Personal in Altenwohnheimen ist beispielsweise nicht im Indikator enthalten. Das Personal in Vorleistungsindustrien ist im Indikator enthalten.

Nach der neuen Klassifikation der Berufe im Gesundheitswesen werden folgende Berufsgruppen unterschieden: Gesundheitsdienstberufe, soziale Berufe, Gesundheitshandwerker, sonstige Gesundheitsfachberufe und andere Berufe im Gesundheitswesen. Die sozialen Berufsgruppen (Altenpfleger, Heilerziehungspfleger und Heilpädagogen) werden nach dieser Klassifikation zu den Gesundheitsberufen gezählt, wenn die Tätigkeit im Gesundheitssektor ausgeübt wird. Nach der bisherigen Berufsklassifikation gehörten die Altenpfleger nicht zu den Gesundheitsberufen. Bei den Angaben zu den Beschäftigten handelt es sich um Beschäftigungsfälle, das heißt Personen mit mehreren Arbeitsverhältnissen in verschiedenen Einrichtungen werden mehrfach gezählt.

**Datenhalter**

- ▶ Statistisches Bundesamt
- ▶ Statistische Landesämter

**Datenquelle**

- ▶ Gesundheitspersonalrechnung

**Periodizität**

Jährlich, 31.12.

**Validität**

Die Gesundheitspersonalrechnung basiert zum größten Teil auf den Daten sehr valider Quellen. Somit ist von einer hohen Datenqualität auszugehen. Besondere Qualität erlangt die Gesundheitspersonalrechnung durch die kombinierte und detaillierte Darstellung des Personals nach Berufen, Einrichtungen, Art der Beschäftigung, Alter und Geschlecht. Umgesetzt wird die Aufgliederung des Gesundheitspersonals mit Hilfe von Schlüsseln. Die Schlüssel beschreiben, wie sich das Personal anteilig auf die verschiedenen Merkmale verteilt. Die Schlüssel werden auf Grundlage von Berechnungen und Schätzungen des Statistischen Bundesamtes gewonnen. Die Ermittlung der Schlüssel unterliegt einer jährlichen Aktualitäts- und Qualitätsprüfung.

**Kommentar**

Die Gesundheitspersonalrechnung wurde vom Statistischen Bundesamt in Verbindung mit der Gesundheitsausgabenrechnung neu erstellt. Gegenwärtig sind die Länder noch nicht in der Lage, eine landesspezifische Gesundheitspersonalrechnung zu erstellen, so dass in den nächsten Jahren zum Teil noch Gesundheitspersonalrechnungen mit Schätzdaten erstellt werden müssen.

Der vorliegende Indikator ist ein Prozessindikator.

**Vergleichbarkeit**

Es gibt keine vergleichbaren WHO- und OECD-Indikatoren. Der Indikator ist auch nicht ver-

gleichbar mit EU-Indikatoren zum Bereich *Manpower*. Einzelne Berufsgruppen, die im Indikator 8.4 aufgeführt sind, waren bisher in Indikatoren des Themenfeldes 8 enthalten, jedoch nicht mit der vorliegenden Einrichtungsstruktur, so dass Vergleichbarkeit nur im Sinne von Orientierung an bisherigen Daten besteht.

### **Originalquellen**

- ▶ Informationssystem für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (IS-GBE):  
<http://www.gbe-bund.de>.
- ▶ Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2003): Gesundheit - Ausgaben und Personal 2001.  
Presseexemplar. Wiesbaden.

### **Dokumentationsstand**

05.06.2003, lögd/StBA/BASYS

<b>Indikator (B/L)</b> 8.4	<b>Beschäftigte im Gesundheitswesen nach Berufen und Einrichtungen, Deutschland/Land, Jahr</b>
-------------------------------	--

Gegenstand der Nachweisung	Einrichtungen			
	insgesamt	Gesundheits- schutz	ambulante Einrichtungen	stationäre/ teilstationäre Einrichtungen
<b>Berufe insgesamt</b> <b>Gesundheitsdienstberufe</b> Ärzte, Zahnärzte, Apotheker Ärzte Apotheker Zahnärzte nichtärztl. Psychotherapeuten übrige Gesundheitsdienstberufe Arzt-/Zahnarzhelfer Diätassistenten Heilpraktiker Helfer in der Krankenpflege Krankenschw., Hebammen Physiotherapeuten, Masseure, medizinische Bademeister med.-techn. Assistenten pharm.-techn. Assistenten therapeutische Berufe a.n.g. <b>soziale Berufe</b> Altenpfleger Heilerziehungspfleger Heilpädagogen Sozialarbeiter <b>Gesundheitshandwerker</b> Augentoptiker Orthopädiemechaniker Zahntechniker sonst. Gesundheitshandwerker <b>sonst. Gesundheitsfachberufe</b> Gesundheitsingenieure gesundheitssichernde Berufe Gesundheitstechniker Pharmakanten pharm.-kaufm. Angestellte <b>andere Berufe im Gesundheitswesen</b>	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 8.4 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>			

Datenquelle:  
 Statistisches Bundesamt/Statistische Landesämter:  
 Gesundheitspersonalrechnung

Einrichtungen				Gegenstand der Nachweisung
Rettungs- dienste	Verwaltung	sonstige Einrichtungen	Vorleistungs- industrien	
				<p><b>Berufe insgesamt</b></p> <p><b>Gesundheitsdienstberufe</b>            Ärzte, Zahnärzte, Apotheker            Ärzte            Apotheker            Zahnärzte            nichtärztl. Psychotherapeuten            übrige Gesundheitsdienstberufe            Arzt-/Zahnarzhelfer            Diätassistenten            Heilpraktiker            Helfer in der Krankenpflege            Krankenschw., Hebammen            Physiotherapeuten, Masseur, mediz. Bademeister            med.-techn. Assistenten            pharm.-techn. Assistenten            therapeutische Berufe a.n.g.</p> <p><b>soziale Berufe</b>            Altenpfleger            Heilerziehungspfleger            Heilpädagogen            Sozialarbeiter</p> <p><b>Gesundheitshandwerker</b>            Augenoptiker            Orthopädiemechaniker            Zahntechniker            sonst. Gesundheitshandwerker</p> <p><b>sonst. Gesundheitsfachberufe</b>            Gesundheitsingenieure            gesundheitssichernde Berufe            Gesundheitstechniker            Pharmakanten            pharm.-kaufm. Angestellte</p> <p><b>andere Berufe im Gesundheitswesen</b></p>



8.5

## Ärztinnen und Ärzte nach Einrichtungen und Geschlecht, Land, im Zeitvergleich

### Definition

Der Indikator 8.5 gibt Auskunft über die Verteilung der berufstätigen Ärzte auf die verschiedenen Einrichtungen des Gesundheitswesens. Entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen gehören der Ärztekammer alle Ärztinnen und Ärzte an, die im jeweiligen Land ihren Beruf ausüben, oder, falls sie ihren Beruf nicht ausüben, ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben. Jeder Angehörige einer Ärztekammer hat sich innerhalb eines Monats nach Tätigkeitsaufnahme bei der zuständigen Kammer anzumelden und ihr die gesetzlich erforderlichen Berechtigungsnachweise vorzulegen. Als berufstätige Ärzte sind die Ärzte registriert, die den ärztlichen Beruf ausüben. Demzufolge sind nicht einbezogen: Ärzte im Ruhestand, Ärzte, die berufsfremde Arbeit ausüben, sich im Erziehungsurlaub befinden, berufs- oder erwerbsunfähig oder arbeitslos gemeldet sind.

Ärzte im Praktikum - AiP - sind angehende Ärzte, denen die Approbation erteilt wird, wenn sie nach bestandem Examen 18 Monate lang berufspraktisch gearbeitet haben. Sie werden zusätzlich gesondert ausgewiesen.

Unter ambulanten Einrichtungen versteht man nicht nur freie Arztpraxen, sondern auch die im § 311 SGB V genannten Einrichtungen. Die in den Ärztekammern als ambulant tätig registrierten Ärzte umfassen sowohl die Ärzte in freier Praxis (niedergelassene Ärzte) in ihrer Funktion als Praxisinhaber und Praxisvertreter als auch die Ärzte mit nebenamtlicher Krankenhaus-tätigkeit (z. B. Belegärzte) sowie bei Praxisinhabern angestellte Ärzte und Praxisassistenten, die zur vertragsärztlichen (bis 31.12.1992 kassenärztlichen) Versorgung zugelassen oder auch ausschließlich privatärztlich tätig sind. In stationären bzw. teilstationären Einrichtungen arbeitende Ärztinnen und Ärzte umfassen alle hauptamtlich tätigen Ärzte inklusive Ärzte in Weiterbildung, die in einem Krankenhaus bzw. einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung eingesetzt sind. Sonstige Einrichtungen sind Einrichtungen des Öffentlichen Dienstes, Öffentlich-rechtliche Behörden, Körperschaften, die Pharma-Industrie usw.

**Datenhalter:** ▶ Ärztekammern der Länder

**Datenquelle:** ▶ Ärztereister der Ärztekammern

**Periodizität:** Jährlich, 31.12.

### Validität

Durch das Kammergesetz besteht die Meldepflicht eines jeden Arztes bei der Ärztekammer an seinem Arbeits- bzw. Wohnort. Die Angaben umfassen Namen, akademische Grade und Titel, Geburtsdatum und -ort, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, Approbation, Berufserlaubnis als AiP oder Berufserlaubnis, Weiterbildung, berufliche Tätigkeit und Ort der Berufsausübung, Wohnsitz. Freiwillige Angaben können von Land zu Land unterschiedlich sein.

Bedingt durch die Meldepflicht ist von einer guten Datenqualität auszugehen.

### Kommentar

Die Einrichtungen werden künftig nach der Gesundheitspersonalrechnung des Statistischen Bundesamtes gegliedert. Die verwendeten Zahlen sind Stichtagszahlen der Ärztekammern zum 31.12. jeden Jahres.

Der vorliegende Indikator ist ein Prozessindikator.

### Vergleichbarkeit

Der Indikator ist mit den WHO-Indikatoren 5250 270201 *Number of physicians per 100 000 population* und 5270 270321 *Proportion (in percent) of physicians working in hospitals* vergleichbar, wenn zusätzliche Berechnungen vorgenommen werden. Mit den OECD-Indikatoren zu *Employment* und *Practising physicians* ist der Indikator nicht direkt vergleichbar, da die Angaben als *full time equivalents* auf der Basis einer 35-Stunden-Woche basieren. Für den EU-Indikatorenatz sind Indikatoren zu *Physicians employment per 100 000 population* vorgesehen. Der Indikator ist vergleichbar mit dem bisherigen Indikator 8.1.

### Originalquellen

- Publikationen der Länder zu den verwendeten Datenquellen, z. B. Statistische Jahresberichte der Ärztekammern.

**Dokumentationsstand:** 05.06.2003, SenGesSozV - Berlin/lögd/StBA

Indikator (K) 8.5		Ärztinnen und Ärzte nach Einrichtungen und Geschlecht, Land, im Zeitvergleich							
Jahr	Ärzte nach Einrichtungen								
	ins- gesamt*	darunter: AiP	ambulant		stationär/ teilstationär		sonstige		
			Anzahl	in %**	Anzahl	in %**	Anzahl	in %**	
Insgesamt									
1990									
1995									
...									
2000	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 8.5 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>								
2001									
Berichtsjahr									
Weiblich									
1990									
1995									
...									
2000									
2001									
Berichtsjahr									
Männlich									
1990									
1995									
...									
2000									
2001									
Berichtsjahr									

Datenquelle:  
 Ärztekammern:  
 Ärztereister der Ärztekammern

\* inklusive Ärzte im Praktikum (AiP)  
 \*\* Prozentanteil von Spalte "insgesamt"

## 8.6

**Ärztinnen und Ärzte nach Alter und Einrichtungen, Land, Jahre****Definition**

Mit dem Indikator 8.6 wird die altersmäßige Verteilung der berufstätigen Ärzte dargestellt, die für die Planung des ärztlichen Nachwuchses von entscheidender Bedeutung ist.

Entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen gehören der Ärztekammer alle Ärztinnen und Ärzte an, die im jeweiligen Land ihren Beruf ausüben, oder, falls sie ihren Beruf nicht ausüben, ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben. Jeder Angehörige einer Ärztekammer hat sich innerhalb eines Monats nach Tätigkeitsaufnahme bei der zuständigen Kammer anzumelden und ihr die gesetzlich erforderlichen Berechtigungsnachweise vorzulegen.

Als berufstätige Ärzte sind die Ärzte registriert, die den ärztlichen Beruf ausüben. Demzufolge sind nicht einbezogen: Ärzte im Ruhestand, Ärzte, die berufsfremde Arbeit ausüben, sich im Erziehungsurlaub befinden, berufs- oder erwerbsunfähig oder arbeitslos gemeldet sind.

Unter ambulanten Einrichtungen versteht man nicht nur freie Arztpraxen, sondern auch die im § 311 SGB V genannten Einrichtungen. Die in den Ärztekammern als ambulant tätig registrierten Ärzte umfassen sowohl die Ärzte in freier Praxis (niedergelassene Ärzte) in ihrer Funktion als Praxisinhaber und Praxisvertreter als auch die Ärzte mit nebenamtlicher Krankenhaus-tätigkeit (z. B. Belegärzte) sowie bei Praxisinhabern angestellte Ärzte und Praxisassistenten, die zur vertragsärztlichen (bis 31.12.1992 kassenärztlichen) Versorgung zugelassen oder auch ausschließlich privatärztlich tätig sind.

In stationären bzw. teilstationären Einrichtungen arbeitende Ärztinnen und Ärzte umfassen alle hauptamtlich tätigen Ärzte inklusive Ärzte in Weiterbildung, die in einem Krankenhaus bzw. einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung eingesetzt sind.

In der Gesamtzahl der Ärzte sind auch Ärzte enthalten, die in sonstigen Einrichtungen, z. B. in Einrichtungen des öffentlichen Dienstes, in öffentlich-rechtlichen Behörden, Körperschaften, in der Pharma-Industrie usw. tätig sind.

**Datenhalter**

- ▶ Ärztekammern der Länder

**Datenquelle**

- ▶ Ärztere-gister der Ärztekammern

**Periodizität**

Jährlich, 31.12.

**Validität**

Durch das Kammergesetz besteht die Meldepflicht eines jeden Arztes bei der Ärztekammer an seinem Arbeits- bzw. Wohnort. Die Angaben umfassen Namen, akademische Grade und Titel, Geburtsdatum und -ort, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, Approbation, Berufserlaubnis als AiP oder Berufserlaubnis, Weiterbildung, berufliche Tätigkeit und Ort der Berufsausübung, Wohnsitz. Freiwillige Angaben können von Land zu Land unterschiedlich sein.

Bedingt durch die Meldepflicht ist von einer guten Datenqualität auszugehen.

**Kommentar**

Die verwendeten Zahlen sind Stichtagszahlen der Ärztekammern zum 31.12. jeden Jahres. Der vorliegende Indikator ist ein Prozessindikator.

### Vergleichbarkeit

Die Aufgliederung von berufstätigen Ärzten nach Altersgruppen ist weder im WHO-Indikatorensetz noch im OECD-Indikatorensetz enthalten. Im EU-Indikatorensetz sind keine vergleichbaren Indikatoren vorgesehen.

Der Indikator ist mit dem bisherigen Indikator 8.3 vergleichbar.

### Originalquellen

- Publikationen der Länder zu den verwendeten Datenquellen, z. B. Statistische Jahresberichte der Ärztekammern.

### Dokumentationsstand

05.06.2003, SenGesSozV - Berlin/lögd/StBA

Indikator (K) 8.6	Ärztinnen und Ärzte nach Alter und Einrichtungen, Land, Jahre					
	Jahr		Jahr		Berichtsjahr	
Alter von ... bis ... Jahren	Anzahl*	Anteil in %	Anzahl*	Anteil in %	Anzahl*	Anteil in %
	Insgesamt					
unter 35	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 8.6 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>					
35 - 39						
40 - 49						
50 - 59						
60 - 64						
65 und mehr						
<b>Insgesamt</b>	<b>100</b>		<b>100</b>		<b>100</b>	
	darunter: in ambulanten Einrichtungen					
unter 35	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 8.6 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>					
35 - 39						
40 - 49						
50 - 59						
60 - 64						
65 und mehr						
<b>Insgesamt</b>	<b>100</b>		<b>100</b>		<b>100</b>	
	darunter: in stationären/teilstationären Einrichtungen					
unter 35	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 8.6 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>					
35 - 39						
40 - 49						
50 - 59						
60 - 64						
65 und mehr						
<b>Insgesamt</b>	<b>100</b>		<b>100</b>		<b>100</b>	

Datenquelle:  
 Ärztekammern:  
 Ärztereister der Ärztekammern

\* inklusive Ärzte im Praktikum

8.7

## Ärztinnen und Ärzte in ambulanten Einrichtungen, Land, im Zeitvergleich

### Definition

Im Indikator 8.7 wird die ambulante vertragsärztliche Versorgungsdichte sowie die Relation der Hausärzte zu den niedergelassenen Fachärzten wiedergegeben. Für die qualifizierte ambulante Versorgung ist ein ausgewogenes Verhältnis zwischen haus- und fachärztlicher Versorgung erforderlich. In Abschnitt 7 der Bedarfsplanungs-Richtlinien-Ärzte vom 9. März 1993 ist das Verhältnis für eine gleichmäßige und bedarfsgerechte Versorgung durch Haus- und Fachärzte geregelt. Der Anteil der in der hausärztlichen Versorgung tätigen Ärzte sollte 60 v.H. der Gesamtzahl der im fachärztlichen Planungsbereich tätigen Ärzte betragen.

Weitere Ausführungen sind im Indikator 8.5 enthalten.

Die vertragsärztliche Versorgung umfasst die ärztliche Behandlung einschließlich Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung, zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz, kieferorthopädische Behandlung, Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten, ärztliche Betreuung bei Schwanger- und Mutterschaft, Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Anordnung der Hilfeleistung anderer Personen, Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, Krankentransporten sowie Krankenhausbehandlung oder Behandlung in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, Verordnung häuslicher Krankenpflege, Ausstellung von Bescheinigungen und Erstellung von Berichten, welche die Krankenkassen oder der Medizinische Dienst benötigen, medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft, ärztliche Maßnahmen zur Empfängnisverhütung, zum Schwangerschaftsabbruch und zur Sterilisation sowie Verordnung von Soziotherapie (§ 73 (2) SGB V). An der vertragsärztlichen Versorgung nehmen zugelassene oder ermächtigte Ärzte/Zahnärzte/Psychotherapeuten sowie ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen teil (§ 95 SGB V). Die vertragsärztliche Versorgung gliedert sich in die hausärztliche und in die fachärztliche Versorgung (§ 73 (1) SGB V).

Die hausärztliche Versorgung beinhaltet insbesondere die allgemeine und fortgesetzte ärztliche Betreuung eines Patienten in Diagnostik und Therapie; die Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen; die Dokumentation der wesentlichen Behandlungsdaten, Befunde und Berichte aus der ambulanten und stationären Versorgung sowie die Einleitung oder Durchführung präventiver und rehabilitativer Maßnahmen sowie die Integration nichtärztlicher Hilfen und flankierender Dienste. An der hausärztlichen Versorgung nehmen Allgemeinärzte, Kinderärzte, Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung, die die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gewählt haben, Ärzte, die nach § 95a Abs. 4 und 5 Satz 1 in das Arztregister eingetragen sind und Ärzte, die am 31.12.2000 an der hausärztlichen Versorgung teilgenommen haben, teil (Hausärzte).

Die übrigen Fachärzte nehmen an der fachärztlichen Versorgung teil. Kinderärzte mit Schwerpunktbezeichnung können auch an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen.

### Datenhalter

- ▶ Kassenärztliche Vereinigungen der Länder
- ▶ Statistische Landesämter

### Datenquelle

- ▶ Ärztereister der Kassenärztlichen Vereinigungen
- ▶ Fortschreibung des Bevölkerungsstandes

**Periodizität:** Jährlich, 31.12.

**Validität**

§ 95 SGB V Abs. 2 regelt die Eintragung der Ärzte/Zahnärzte/Psychotherapeuten in Ärztere-gister der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) als Voraussetzung für die Zulassung als Ver-tragsarzt. Bedingt durch die Meldepflicht sowie Zulassungs- bzw. Ermächtigungsordnung ist von einer guten Datenqualität auszugehen.

**Kommentar**

Im vorliegenden Indikator sind nur in ambulanten Einrichtungen tätige Ärzte mit ver-tragsärztlichem Versorgungsauftrag enthalten. Praktische Ärzte sowie Ärzte ohne Gebietsbe-zeichnung sind in der Regel als Hausärzte tätig.

Die verwendeten Zahlen sind Stichtagszahlen der Kassenärztlichen Vereinigungen zum 31.12. bezogen auf die Bevölkerung vom 31.12. jeden Jahres.

Der vorliegende Indikator ist ein Prozessindikator.

**Vergleichbarkeit**

Der vorliegende Indikator ist mit dem WHO-Indikator 5251 275201 *Number of physicians (physical person)* nicht vergleichbar, eine Unterscheidung in Haus- und Fachärzte ist nicht direkt möglich. Der OECD-Indikator *Practising physicians, practising general practitioners, practising specialists* wird als *full-time-equivalents* ausgewiesen. Weder im WHO- noch im OECD-Indikator können nur die ambulanten Ärzte ausgewiesen werden. Im EU-Indikatoren-satz ist kein vergleichbarer Indikator vorgesehen. Der Indikator ist bedingt vergleichbar mit dem bisherigen Indikator 6.1, der regionale Angaben enthielt.

**Originalquellen**

- Publikationen der Länder zu den verwendeten Datenquellen, z. B. Statistische Jahresbe-richte der Kassenärztlichen Vereinigungen.

**Dokumentationsstand:** 05.06.2003, SenGesSozV - Berlin/lögd/KV-Nordrhein/StBA

<b>Indikator 8.7</b>	<b>Ärztinnen und Ärzte in ambulanten Einrichtungen, Nordrhein-Westfalen, 1990, 1995, 2000 - 2002</b>						
--------------------------	--	--	--	--	--	--	--

Jahr	Ärzte insgesamt*		Davon:				Relation Hausärzte : Fachärzte  Richtwert 60 : 40 %
			Hausärzte**		Fachärzte		
	Anzahl	Einw. je Arzt	Anzahl	Einw. je Arzt	Anzahl	Einw. je Arzt	
1990							
1995							
2000							
2001							
...							
Berichtsjahr							

Datenquelle:  
KV Westf.-Lippe und KV Nordrhein:  
Planungsdaten für die ärztliche Versorgung  
Statistische Landesämter:  
Fortschreibung des Bevölkerungsstandes

\* inklusive Ärzte im Praktikum  
\*\* Hausarzt: geregelt in § 73 (1) SGB V

8.8

## Ärztinnen/Ärzte und Zahnärztinnen/Zahnärzte in ambulanten Einrichtungen, Land im Regionalvergleich, Jahr

### Definition

Im Indikator 8.8 werden die Ärzte ausgewiesen, die an der vertragsärztlichen Versorgung als Haus-, Fach- und Zahnärzte teilnehmen sowie die regionale Versorgungsdichte. Erläuterungen der Begriffe *ambulante Einrichtungen*, *vertragsärztliche*, *hausärztliche* und *fachärztliche Versorgung* sind in den Indikatoren 8.5 und 8.7 zu finden.

Unter Zahnärzten versteht man Zahnärzte, Kieferorthopäden und Oralchirurgen.

### Datenhalter

- ▶ Kassenärztliche Vereinigungen der Länder
- ▶ Kassenzahnärztliche Vereinigungen der Länder
- ▶ Statistische Landesämter

### Datenquelle

- ▶ Ärztereister der Kassenärztlichen Vereinigungen
- ▶ Zahnärztereister der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen
- ▶ Fortschreibung des Bevölkerungsstandes

### Periodizität

Jährlich, 31.12.

### Validität

§ 95 SGB V Abs. 2 regelt die Eintragung der Ärzte und Zahnärzte in Ärztereister der Kassenärztlichen/Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KV/KZV) als Voraussetzung für die Zulassung als Vertragsarzt. Bedingt durch die Meldepflicht sowie Zulassungs- bzw. Ermächtigungsordnung ist von einer guten Datenqualität auszugehen.

### Kommentar

Im vorliegenden Indikator sind nur in ambulanten Einrichtungen tätige Ärzte und Zahnärzte mit vertragsärztlichem Versorgungsauftrag enthalten. Praktische Ärzte sowie Ärzte ohne Gebietsbezeichnung sind in der Regel als Hausärzte tätig.

Die verwendeten Zahlen sind Stichtagszahlen der Kassenärztlichen/Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, bezogen auf die Gesamtbevölkerungszahl zum 31.12. jeden Jahres. Der Bezug auf die Wohnbevölkerung lässt außer Acht, dass Patienten auch von Ärzten/Zahnärzten einer angrenzenden Region versorgt werden können.

Der vorliegende Indikator ist ein Prozessindikator.

### Vergleichbarkeit

Es gibt keine vergleichbaren WHO-/OECD- und vorgesehene EU-Indikatoren über ambulant tätige Ärzte und Zahnärzte im regionalen Vergleich. Der Indikator ist mit dem bisherigen Indikator 6.1 vergleichbar.

### Originalquellen

- ▶ Publikationen der Länder zu den verwendeten Datenquellen, z. B. Statistische Jahresberichte der Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen.

**Dokumentationsstand**

05.06.2003, SenGesSozV - Berlin/lögd/KV-Nordrhein/StBA

Lfd. Nr.		Region		Ärzte insgesamt*		Davon:					
						Hausärzte		Fachärzte		Zahnärzte**	
						Anzahl	Einw. je Arzt	Anzahl	Einw. je Arzt	Anzahl	Einw. je Arzt
1											
2											
3											
...											
		<b>Regierungsbezirk</b>									
		<b>Land</b>									

Datenquelle:  
 Kassenärztliche Vereinigungen:  
 Ärztere Register der KV  
 Kassenzahnärztliche Vereinigungen:  
 Zahnärztere Register der KZV  
 Statistische Landesämter:  
 Fortschreibung des Bevölkerungsstandes

\* inklusive Ärzte im Praktikum  
 \*\* inklusive Kieferorthopäden  
 und Oralchirurgen



8.9

## Ärztinnen und Ärzte in ambulanten Einrichtungen nach ausgewählten Gebietsbezeichnungen und Geschlecht, Land, im Zeitvergleich

### Definition

Indikator 8.9 gibt Auskunft über die Anzahl der Ärzte der am häufigsten in Anspruch genommenen Fachgebiete: Allgemeinmedizin (inklusive der Praktischen Ärzte und Ärzte ohne Gebietsbezeichnung, die auf dem Gebiet der Allgemeinmedizin arbeiten), Innere Medizin, Frauenheilkunde und Geburtshilfe und Kinderheilkunde sowie die Versorgungsdichte dieser Ärzte. Ärzte mit Gebietsbezeichnung sind berufstätige Ärzte mit abgeschlossener Facharzt-ausbildung, die auf einem anerkannten Fachgebiet tätig sind.

Die Erläuterung des Begriffs *ambulante Einrichtungen* ist im Indikator 8.5 zu finden.

In diesem Indikator sind sowohl Vertragsärzte als auch privatärztlich tätige Ärzte enthalten.

### Datenhalter

- ▶ Ärztekammern der Länder
- ▶ Statistische Landesämter

### Datenquelle

- ▶ Ärztereister der Ärztekammern der Länder
- ▶ Fortschreibung des Bevölkerungsstandes

### Periodizität

Jährlich, 31.12.

### Validität

Durch das Kammergesetz besteht die Meldepflicht eines jeden Arztes bei der Ärztekammer an seinem Arbeits- bzw. Wohnort. Die Angaben umfassen Namen, akademische Grade und Titel, Geburtsdatum und -ort, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, Approbation, Berufserlaubnis als AiP oder Berufserlaubnis, Weiterbildung, berufliche Tätigkeit und Ort der Berufsausübung, Wohnsitz. Freiwillige Angaben können von Land zu Land unterschiedlich sein.

Bedingt durch die Meldepflicht ist von einer guten Datenqualität auszugehen.

### Kommentar

Die verwendeten Zahlen sind Stichtagszahlen der Ärztekammern und werden für die Allgemeinmediziner auf die Gesamtbevölkerung, für die Ärzte der Inneren Medizin auf die Bevölkerung der über 15-Jährigen, für die Frauenärzte auf die weibliche Bevölkerung ab 15 Jahre und für die Kinderärzte auf Kinder zwischen 0 und 14 Jahre jeweils am 31.12. des Berichtsjahres berechnet. Die Zahl der Ärzte in den ausgewiesenen Fachrichtungen ist größer als die Zahl der von den KVen zugelassenen Vertragsärzte, da in den Ärztekammern auch Ärzte gemeldet sind, die privatärztlich tätig sind. Der vorliegende Indikator ist ein Prozessindikator.

### Vergleichbarkeit

Im WHO-Indikatorensetz ist der Indikator bedingt vergleichbar mit den Indikatoren 5291 992783 *Number of general practitioners working in primary health care*, 5264 992787 *Number of physicians of obstetric & gynaecology specialties* und 5266 992788 *Number of physicians of paediatric specialties*. Aus dem OECD-Indikatorensetz liegt nur bedingte Vergleichbarkeit zu Angaben über *General practitioners* vor. Der Indikator ist vergleichbar mit Indikatoren zu *Physicians employment* im vorgesehenen EU-Indikatorensetz. Mit dem bishe-

rigen Indikator 8.6 stimmen die Angaben zur Zahl der Ärzte überein. Die Geschlechtsdifferenzierung wurde zusätzlich aufgenommen. Die Allgemeinmediziner wurden bislang auf 15 Jahre und ältere Einwohner bezogen. Jetzt bildet die Gesamtbevölkerung die Grundlage für die Berechnung der Versorgungsdichte.

### Originalquellen

- Publikationen der Länder zu den verwendeten Datenquellen, z. B. Statistische Jahresberichte der Ärztekammern.

### Dokumentationsstand

05.06.2003, SenGesSozV - Berlin/lögd/StBA

Indikator (K) 8.9		Ärztinnen und Ärzte in ambulanten Einrichtungen nach ausgewählten Gebietsbezeichnungen und Geschlecht, Land, im Zeitvergleich						
Jahr	Allgemeinmedizin*		Innere Medizin		Frauenheilkunde und Geburtshilfe		Kinderheilkunde	
	Anzahl	Einw. je Arzt	Anzahl	Einw. je Arzt**	Anzahl	Einw. je Arzt**	Anzahl	Einw. je Arzt**
Insgesamt								
1990	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 8.9 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>							
1995								
2000								
2001								
...								
Berichtsjahr								
Weiblich								
1990								
1995								
2000								
2001								
...								
Berichtsjahr								
Männlich								
1990								
1995								
2000								
2001								
...								
Berichtsjahr								

Datenquelle:  
 Ärztekammern:  
 Ärztereister der Ärztekammern  
 Statistische Landesämter:  
 Fortschreibung des Bevölkerungsstandes

\* einschließlich Praktische Ärzte und  
 Ärzte ohne Gebietsbezeichnung  
 \*\* Innere Medizin: 15 Jahre und älter  
 Frauenheilkd.: Frauen, 15 Jahre u. älter  
 Kinderheilkunde: 0 bis 14 Jahre

8.10

### ***Zahnärztinnen und Zahnärzte nach Einrichtungen und Geschlecht, Land, im Zeitvergleich***

#### ***Definition***

Für die Bedarfsplanung ist die Entwicklung der Zahnärzte nach Einrichtungen, in denen sie tätig sind, sowie die Geschlechtsverteilung von Bedeutung.

Es werden alle berufstätigen Zahnärzte, d.h. einschließlich Oralchirurgen und Kieferorthopäden, dargestellt. Nicht einbezogen sind demzufolge Zahnärzte im Ruhestand, Zahnärzte, die berufsfremde Tätigkeiten ausführen, sich im Erziehungsurlaub befinden, berufs- oder erwerbsunfähig oder arbeitslos gemeldet sind.

Unter ambulanten zahnärztlichen Einrichtungen versteht man nicht nur Zahnarztpraxen, sondern auch Einrichtungen gemäß § 311 SGB V (Gesundheitszentren, Polikliniken, Ambulatorien, Fachambulanzen mit Dispensaireauftrag). Die in den Zahnärztekammern als ambulant tätig registrierten Zahnärzte umfassen sowohl die Zahnärzte in freier Praxis (niedergelassene Zahnärzte) als auch angestellte Assistenzärzte bei Zahnärzten in freier Praxis, die zur vertragszahnärztlichen (bis 31.12.1992 kassenzahnärztlichen) Versorgung zugelassen oder auch ausschließlich privat Zahnärztlich tätig sind.

Die in stationären bzw. teilstationären Einrichtungen erfassten Zahnärzte beinhalten alle hauptamtlich tätigen Zahnärzte sowie Assistenzärzte, die in einem Krankenhaus oder einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung tätig sind. Die Zahlen sind der Krankenhausstatistik, Teil 1 - Grunddaten zu entnehmen.

Sonstige Einrichtungen sind Einrichtungen des öffentlichen Dienstes (hauptsächlich Jugendzahnpflege), öffentlich-rechtliche Behörden, Körperschaften, Pharma-Industrie usw.

#### ***Datenhalter***

- ▶ Zahnärztekammern der Länder

#### ***Datenquelle***

- ▶ Zahnärztereister der Zahnärztekammern

#### ***Periodizität***

Jährlich, 31.12.

#### ***Validität***

Durch das Kammergesetz besteht die Meldepflicht eines jeden Zahnarztes bei der Zahnärztekammer an seinem Arbeits- bzw. Wohnort. Die Angaben umfassen Namen, akademische Grade und Titel, Geburtsdatum und -ort, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, Approbation oder Berufserlaubnis, Weiterbildung, berufliche Tätigkeit und Ort der Berufsausübung, Wohnsitz. Freiwillige Angaben können von Land zu Land unterschiedlich sein.

Bedingt durch die Meldepflicht ist von einer guten Datenqualität auszugehen.

#### ***Kommentar***

Die Anteile werden auf die Gesamtzahl der Zahnärzte bezogen.

Der vorliegende Indikator ist ein Prozessindikator.

#### ***Vergleichbarkeit***

Weder im WHO- noch im OECD- und dem EU-Indikatorensetz gibt es Untergliederungen der Zahnärzte nach Einrichtungsarten und nach Geschlecht. Der Indikator ist nicht direkt ver-

gleichbar mit dem bisherigen Indikator 8.4, der die Kategorie Zahnärzte ohne zahnärztliche Tätigkeit und die gesonderte Ausweisung der Kieferorthopäden enthielt. Im vorliegenden Indikator 8.10 werden ausschließlich berufstätige Zahnärzte dargestellt.

**Originalquellen**

- Publikationen der Länder zu den verwendeten Datenquellen, z. B. Statistische Jahresberichte der Zahnärztekammern.

**Dokumentationsstand**

05.06.2003, SenGesSozV - Berlin/lögd/StBA

Indikator (K) 8.10		Zahnärztinnen und Zahnärzte nach Einrichtungen und Geschlecht, Land, im Zeitvergleich					
Jahr	Zahnärzte nach Einrichtungen						
	ins-gesamt*	ambulant		stationär/teilstationär		sonstige	
		Anzahl	in %**	Anzahl	in %**	Anzahl	in %**
Insgesamt							
1990	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 8.10 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>						
1995							
2000							
2001							
...							
Berichtsjahr							
Weiblich							
1990							
1995							
2000							
2001							
...							
Berichtsjahr							
Männlich							
1990							
1995							
2000							
2001							
...							
Berichtsjahr							

Datenquelle:  
Zahnärztekammern:  
Zahnärztereister der Zahnärztekammern

\* inklusive Kieferorthopäden und Oralchirurgen  
\*\* Prozentanteil von Spalte "insgesamt"

8.11

**Zahnärztinnen und Zahnärzte in ambulanten Einrichtungen nach Geschlecht, Land, im Zeitvergleich****Definition**

Im Indikator 8.11 werden Zahnärzte, und als Teilgruppe davon Kieferorthopäden, die ambulant tätig sind, ausgewiesen. Der Indikator reflektiert die Versorgungsdichte der vertragszahnärztlichen Versorgung im Zeitverlauf.

Unter Zahnärzten werden verstanden: Zahnärzte, Kieferorthopäden und Oralchirurgen.

Die vertragzahnärztliche Versorgung umfasst die zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz sowie die kieferorthopädische Behandlung nach § 28 (2) SGB V. Unter ambulanten zahnärztlichen Einrichtungen versteht man nicht nur Zahnarztpraxen, sondern auch Einrichtungen gemäß § 311 SGB V (Gesundheitszentren, Polikliniken, Ambulatorien, Fachambulanzen mit Dispensaireauftrag). Die in den Zahnärztekammern als ambulant tätig registrierten Zahnärzte umfassen sowohl die Zahnärzte in freier Praxis (niedergelassene Zahnärzte) als auch angestellte Assistenzärzte bei Zahnärzten in freier Praxis, die zur vertragszahnärztlichen (bis 31.12.1992 kassenzahnärztlichen) Versorgung zugelassen oder auch ausschließlich privat Zahnärztlich tätig sind.

**Datenhalter**

- ▶ Kassenzahnärztliche Vereinigungen der Länder
- ▶ Statistische Landesämter

**Datenquelle**

- ▶ Zahnärztereister der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen
- ▶ Fortschreibung des Bevölkerungsstandes

**Periodizität**

Jährlich, 31.12.

**Validität**

§ 95 SGB V Abs. 2 regelt die Eintragung der Ärzte/Zahnärzte/Psychotherapeuten in Ärztereister der Kassenärztlichen/Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KV/KZV) als Voraussetzung für die Zulassung als Vertragsarzt. Bedingt durch die Meldepflicht sowie Zulassungs- bzw. Ermächtigungsordnung ist von einer guten Datenqualität auszugehen.

**Kommentar**

Die verwendeten Zahlen sind Stichtagszahlen der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, bezogen auf die Gesamteinwohnerzahl zum 31.12. jeden Jahres.

Der vorliegende Indikator ist ein Prozessindikator.

**Vergleichbarkeit**

Vergleichbarkeit besteht mit dem WHO-Indikator 5301 275203 Number of dentists (physical persons). Der OECD-Indikator Practising dentists wird in full time equivalents angegeben und ist deshalb nicht direkt vergleichbar. Der EU-Indikator Dentists employment soll auf Personbasis ausgewiesen werden. Bisher wurden die Daten zu Zahnärzten im Indikator 6.1 ohne gesonderte Ausweisung der Kieferorthopäden und des Geschlechtes dargestellt.

**Originalquellen**

- Publikationen der Länder zu den verwendeten Datenquellen, z. B. Statistische Jahresberichte der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen.

**Dokumentationsstand**

05.06.2003, SenGesSozV - Berlin/lögd/KV-Nordrhein/StBA

Jahr	Zahnärzte*		dar.: Kieferorthopäden		Einwohner je	
	weiblich	männlich	weiblich	männlich	Zahnarzt	Kieferorthopäde
1990	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 8.11 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>					
1995						
2000						
2001						
...						
Berichtsjahr						

Datenquelle:  
 Kassenzahnärztliche Vereinigungen:  
 Zahnärztereister der KZV  
 Statistische Landesämter:  
 Fortschreibung des Bevölkerungsstandes

\* inklusive Kieferorthopäden und  
 Oralchirurgen

8.12

## Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten nach Einrichtungen, Land, im Zeitvergleich

### Definition

Die psychotherapeutische Behandlung einer Krankheit wird durch ärztliche und nichtärztliche Psychotherapeuten (Psychologische Psychotherapeuten -PPT- sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten - KJPT -) durchgeführt. Am 16.08.98 wurden, durch Verkündung des Psychotherapeutengesetzes, die Psychologischen Psychotherapeuten und die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten der Berufsgruppe der Ärzte gleichgestellt.

Indikator 8.12 gibt einen Überblick über die Verteilung der beiden Berufsgruppen auf die verschiedenen Einrichtungen.

Die ärztlichen Psychotherapeuten werden in den Ärztekammern geführt, die auch als nichtärztliche Psychotherapeuten bezeichneten Psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten werden in den Psychotherapeutenkammern geführt.

Der Begriff ambulante Einrichtungen wird im Indikator 8.5 erläutert.

Die in stationären bzw. teilstationären Einrichtungen erfassten ärztlichen und nichtärztlichen Psychotherapeuten beinhalten alle hauptamtlich Tätigen, die in einem Krankenhaus oder einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung tätig sind.

Sonstige Einrichtungen sind Einrichtungen des öffentlichen Dienstes (hauptsächlich Gesundheitsämter), öffentlich-rechtliche Behörden, Körperschaften, Pharma-Industrie usw.

### Datenhalter

- ▶ Ärztekammern der Länder
- ▶ Psychotherapeutenkammern der Länder

### Datenquelle

- ▶ Ärztereister der Ärztekammern
- ▶ Psychotherapeutenregister der Psychotherapeutenkammern

### Periodizität

Jährlich, 31.12.

### Validität

Durch das Kammergesetz besteht die Meldepflicht eines jeden Arztes bei der Ärztekammer bzw. jedes Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichentherapeuten bei der Psychotherapeutenkammer an seinem Arbeits- bzw. Wohnort. Die Angaben umfassen Namen, akademische Grade und Titel, Geburtsdatum und -ort, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, Approbation, Berufserlaubnis als AiP oder Berufserlaubnis, Weiterbildung, berufliche Tätigkeit und Ort der Berufsausübung, Wohnsitz. Freiwillige Angaben können von Land zu Land unterschiedlich sein.

Bedingt durch die Meldepflicht ist von einer guten Datenqualität auszugehen.

### Kommentar

Die verwendeten Zahlen sind Stichtagszahlen der Ärzte-/Psychotherapeutenkammern zum 31.12. jeden Jahres.

Die Prozentanteile werden auf Psychotherapeuten insgesamt bezogen.

Der vorliegende Indikator ist ein Prozessindikator.

### Vergleichbarkeit

Es gibt keine Indikatoren in den WHO-, OECD- und EU- Indikatorensätzen zu Psychotherapeuten. Im bisherigen Indikator 6.8 wurden nur die ärztlichen Psychotherapeuten nach Geschlecht erfasst. Der Indikator wurde auf nichtärztliche Psychotherapeuten und Einrichtungen, in denen sie praktizieren, erweitert.

### Originalquellen

- Publikationen der Länder zu den verwendeten Datenquellen, z. B. Statistische Jahresberichte der Ärztekammern und der Psychotherapeutenkammern.

### Dokumentationsstand

05.06.2003, SenGesSozV - Berlin/lögd/StBA

Indikator (L) 8.12		Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten nach Einrichtungen, Land, im Zeitvergleich					
Jahr	Psychotherapeuten nach Einrichtungen						
	ins-gesamt	ambulant		stationär/teilstationär		sonstige	
		Anzahl	in %*	Anzahl	in %*	Anzahl	in %*
		Ärztliche und nichtärztliche Psychotherapeuten					
2000	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 8.12 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>						
2001							
...							
Berichtsjahr							
		Ärztliche Psychotherapeuten					
2000							
2001							
...							
Berichtsjahr							
		Nichtärztliche Psychotherapeuten**					
2000							
2001							
...							
Berichtsjahr							

Datenquelle:  
 Psychotherapeutenkammern:  
 Psychotherapeutenregister der Psychotherapeutenkammern  
 Ärztekammern:  
 Arztregister der Ärztekammern

\* Prozentanteile von Spalte "insgesamt"  
 \*\* nach dem Psychotherapeutengesetz versteht man hierunter  
 Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und  
 Jugendlichenpsychotherapeuten



8.13

## Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in ambulanten Einrichtungen, Land im Regionalvergleich, Jahr

### Definition

Im Indikator 8.13 werden alle Psychotherapeuten ausgewiesen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Der Indikator reflektiert den Versorgungsgrad und inwieweit eine ausgewogene Relation zwischen ärztlichen (40 %) und nichtärztlichen (60 %) Psychotherapeuten besteht. Im § 72 SGB V und im Psychotherapeutengesetz vom 16.06.1998 ist die Teilnahme der nichtärztlichen Psychotherapeuten an der vertragsärztlichen Versorgung geregelt. § 101 (4) SGB V setzt den Anteil der ärztlichen Psychotherapeuten an der vertragsärztlichen Versorgung mit 40 % fest. Da der Versorgungsgrad für Psychotherapeuten insgesamt errechnet wird, kann es, trotz einer sich aus diesem Wert ergebenden Überversorgung, noch zu möglichen Neuniederlassungen ärztlicher Psychotherapeuten kommen, um den Anspruch auf den Mindestversorgungsanteil jeder Fachgruppe zu berücksichtigen.

Die Erläuterungen der Begriffe *ambulante Einrichtungen* und *vertragsärztliche Versorgung* sind dem Indikator 8.5 und 8.7 sinngemäß zu entnehmen.

### Datenhalter

- ▶ Kassenärztliche Vereinigungen der Länder
- ▶ Statistische Landesämter

### Datenquelle

- ▶ Ärztereister der Kassenärztlichen Vereinigungen
- ▶ Fortschreibung des Bevölkerungsstandes

### Periodizität

Jährlich, 31.12.

### Validität

§ 95 SGB V Abs. 2 regelt die Eintragung der Ärzte/Zahnärzte/Psychotherapeuten in Ärztereister der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) als Voraussetzung für die Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung. Bedingt durch die Meldepflicht sowie Zulassungs- bzw. Ermächtigungsordnung ist von einer guten Datenqualität auszugehen.

### Kommentar

Im vorliegenden Indikator sind nur in ambulanten Einrichtungen tätige Psychotherapeuten mit vertragsärztlichem Versorgungsauftrag enthalten.

Die verwendeten Zahlen sind Stichtagszahlen der Datenhalter der Länder bezogen auf die Gesamtbevölkerungszahl am 31.12. jeden Jahres.

Der vorliegende Indikator ist ein Prozessindikator.

### Vergleichbarkeit

Es gibt keine Indikatoren in den WHO-, OECD- und EU-Indikatorensätzen zu Psychotherapeuten. Im bisherigen Indikator 6.8 wurden nur die ärztlichen Psychotherapeuten im Regionalvergleich aufgeführt. Im vorliegenden Indikator 8.13 werden ärztliche und nichtärztliche Psychotherapeuten, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, und ihr Verhältnis untereinander dargestellt.

### Originalquellen

- Publikationen der Länder zu den verwendeten Datenquellen, z. B. Statistische Jahresberichte der Kassenärztlichen Vereinigungen.

### Dokumentationsstand

05.06.2003, SenGesSozV - Berlin/lögd/KV-Nordrhein/StBA

Lfd. Nr.		Region	Psychotherapeuten insgesamt		Davon:		
			Anzahl	Einw. je Psychoth.	ärztliche	nichtärztl.*	Relation von ärztlichen zu nichtärztlichen Psychotherapeuten Richtwert 40 : 60 %
1		<b>Regierungsbezirk</b> <b>Land</b>					
2							
3							
...							

Datenquelle:  
Kassenärztliche Vereinigungen:  
Ärztereister der Kassenärztlichen Vereinigungen  
Statistische Landesämter:  
Fortschreibung des Bevölkerungsstandes

\* nach dem Psychotherapeutengesetz versteht man hierunter Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

8.14

### **Ausgewählte Berufe der übrigen Gesundheitsdienstberufe in ambulanten Einrichtungen nach Geschlecht, Deutschland/Land, im Zeitvergleich**

#### **Definition**

In diesem Indikator werden die ambulant tätigen Krankenschwestern/-pfleger, Helferinnen/-helfer in der Krankenpflege sowie Arzt- und Zahnarzhelferinnen/-helfer als Absolutzahlen ausgewiesen. Kinderkrankenschwestern/-pfleger und Hebammen/Entbindungspfleger zählen hier zu den Krankenschwestern/-pflegern.

Zu beachten ist der - im Vergleich zu den Indikatoren 8.5 bis 8.13 - veränderte Begriff der ambulanten Einrichtungen, die entsprechend der Gesundheitspersonalrechnung des Statistischen Bundesamtes Arzt-/Zahnarztpraxen, Praxen sonstiger medizinischer Berufe, Apotheken, Gesundheitshandwerk und -einzelhandel, Einrichtungen der ambulanten Pflege und sonstige ambulante Einrichtungen umfassen.

Erfasst werden die selbstständig Tätigen und die in ambulanten Einrichtungen Angestellten der oben genannten Berufsgruppen. Die Angestellten in ambulanten Einrichtungen erhält man durch Subtraktion der im Krankenhaus, in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen (Krankenhausstatistik) und in stationären Pflegeeinrichtungen (Pflegestatistik) in der Krankenpflege Tätigen (einschließlich Hebammen) von der Zahl der in den Berufsgruppen 853, 854 und 856 erfassten sozialversicherungspflichtig Beschäftigten. Für die Gesamtzahl der in ambulanten Einrichtungen Tätigen muss nun die Zahl der in der Krankenpflege selbstständig Tätigen (Landesgesundheitsbehörden) addiert werden.

#### **Datenhalter**

- ▶ Statistische Landesämter
- ▶ Oberste Landesgesundheitsbehörden
- ▶ Statistisches Bundesamt

#### **Datenquelle**

- ▶ Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte
- ▶ Krankenhausstatistik, Teil I - Grunddaten
- ▶ Pflegestatistik
- ▶ Statistik der in Medizinalfachberufen selbstständig Tätigen
- ▶ Gesundheitspersonalrechnung

#### **Periodizität**

Jährlich, 31.12.

Pflegestatistik: 2-jährlich, 15.12.

#### **Validität**

Durch das Zusammenführen verschiedener Datenquellen und unterschiedlich zusammengefasste Berufsgruppen kann das Ergebnis nur einen Schätzwert darstellen. Auch hängt die Qualität von der Genauigkeit der Erfassung der selbstständig Tätigen in den Gesundheitsbehörden ab. Die Übersicht ist nach dem Aussetzen der Statistik der Berufe des Gesundheitswesens möglicherweise unvollständig oder gar nicht mehr vorhanden.

Eine Vergleichbarkeit zwischen den Ländern ist daher nur sehr eingeschränkt gegeben.

#### **Kommentar**

Gegenwärtig liegen die Zahlen nur auf Bundesebene im Rahmen der Gesundheitspersonalrechnung vor. Auf Länderebene können nur Hilfskonstruktionen wie die angegebene verwen-

det werden. Da die Statistik der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten nicht nach ambulanten und stationären Einrichtungen unterscheidet, müssen die aus anderen Datenquellen bekannten Zahlen der stationär Tätigen subtrahiert und der selbstständig Tätigen, die bei den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten nicht enthalten sind, addiert werden.

Eine weitere Einschränkung der Datenqualität ist darin begründet, dass in der Berufsgruppe 853 der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten nicht nur Krankenschwestern, sondern auch Hebammen erfasst werden, deren Zahl der im Krankenhaus Tätigen in der Berechnung entsprechend berücksichtigt wird. Auch die Gruppe 856 - Sprechstundenhelferinnen - birgt Fehler, da nicht nur Arzt- und Zahnarzhelferinnen, sondern auch Sprechstundenhelferinnen o.n.A., Tierarzhelferinnen und Arztsekretärinnen darin gezählt werden.

Die verwendeten Zahlen sind Stichtagszahlen der Statistischen Landesämter/Landesgesundheitsbehörden zum 15.12. bzw. 31.12. des Jahres.

Es handelt sich um einen Prozessindikator.

### Vergleichbarkeit

Der WHO-Indikator 5321 275202 *Number of nurses* unterscheidet nicht nach Einrichtungsarten. Der OECD-Indikator *Practising nurses* wird von Mikrozensusdaten in Deutschland hochgerechnet und als unzureichend für eine Übersicht über ambulant tätiges Personal eingeschätzt. Der vorgesehene EU-Indikator *No. nurses & midwives employed* unterscheidet nicht nach Einrichtungsart und ist deshalb nicht vergleichbar.

Der Indikator ist nur teilweise vergleichbar mit dem Indikator 8.8a des bisherigen Indikatorensatzes der Länder, der nur das Personal ambulanter Pflegeeinrichtungen beinhaltet. Die Berufsgruppe der Arzt-/Zahnarzhelferinnen und -helfer war nicht enthalten.

### Originalquellen

- Publikationen der Länder zu den verwendeten Datenquellen, z. B. Statistische Jahrbücher.

### Dokumentationsstand

05.06.2003, SenGesSozV - Berlin/lögd/StBA

Indikator (B/L) 8.14	Ausgewählte Berufe der übrigen Gesundheitsdienstberufe in ambulanten Einrichtungen nach Geschlecht, Deutschland/Land, im Zeitvergleich					
	Krankenschwestern,-pfleger, Kinderkrankenschw., -pfleger*		Helferinnen und Helfer in der Krankenpflege		Arzt-/ Zahnarzhelferinnen und -helfer	
	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich
2000	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 8.14 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>					
2001						
...						
Berichtsjahr						

Datenquelle:  
 Statistische Landesämter:  
 Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte,  
 Krankenhausstatistik, Teil I - Grunddaten,  
 Pflegestatistik  
 Oberste Landesgesundheitsbehörden:  
 Statistik der in Medizinalfachberufen selbstständig Tätigen  
 Statistisches Bundesamt:  
 Gesundheitspersonalrechnung

\* inklusive Hebammen und Entbindungspfleger

8.15

### **Physiotherapeutinnen/Physiotherapeuten, Masseurinnen/Masseure, med. Bademeisterinnen/Bademeister in ambulanten Einrichtungen nach Geschlecht, Land im Regionalvergleich, Jahr**

#### **Definition**

Durch die Zunahme von Erkrankungen des Bewegungsapparates ist es für die therapeutische Versorgung der Bevölkerung notwendig, den Versorgungsgrad mit Physikalischen Therapeuten im Indikator 8.15 nachzuweisen. Die Ausübung der Berufe des Physiotherapeuten sowie des Masseurs und medizinischen Bademeisters wird durch das Gesetz über die Berufe in der Physiotherapie (Masseur- und Physiotherapeutengesetz - MPhG) vom 26. Mai 1994 geregelt. Durch das neue Berufsgesetz wurde auch die frühere Berufsbezeichnung Krankengymnast durch die Bezeichnung Physiotherapeut ersetzt.

In diesem Indikator wird, wie im Indikator 8.14, der Begriff ambulante Einrichtungen entsprechend der Klassifikation der Einrichtungen der Gesundheitspersonalrechnung des Statistischen Bundesamtes definiert. Zu ambulanten Einrichtungen gehören z. B. Arzt-/Zahnarztpraxen, Praxen sonstiger medizinischer Berufe, Einrichtungen der ambulanten Pflege und sonstige ambulante Einrichtungen.

Erfasst werden selbstständige Physiotherapeuten, Masseure und Bademeister in Niederlassungen und angestellte Physikalische Therapeuten in den verschiedenen ambulanten Einrichtungen.

Die angestellten Physikalischen Therapeuten in ambulanten Einrichtungen erhält man durch Subtraktion der im Krankenhaus und in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen tätigen Physiotherapeuten (Krankenhausstatistik) von der Zahl der Physiotherapeuten etc. (Berufsgruppe 852) aus der Statistik der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten. Für die Gesamtzahl der in ambulanten Einrichtungen Tätigen muss nun die Zahl der selbstständig tätigen Physikalischen Therapeuten (Landesgesundheitsbehörden) addiert werden.

Zur Darstellung der Versorgungssituation in den Regionen wird der Bezug von Physikalischen Therapeuten in ambulanten Einrichtungen zur Bevölkerung hergestellt.

#### **Datenhalter**

- ▶ Statistische Landesämter
- ▶ Oberste Landesgesundheitsbehörden

#### **Datenquelle**

- ▶ Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte
- ▶ Krankenhausstatistik, Teil I - Grunddaten
- ▶ Fortschreibung des Bevölkerungsstandes
- ▶ Statistik der in Medizinalfachberufen selbstständig Tätigen

#### **Periodizität**

Jährlich, 31.12.

#### **Validität**

Durch das Zusammenführen verschiedener Datenquellen kann das Ergebnis nur einen Schätzwert darstellen. Auch hängt die Qualität von der Genauigkeit der Erfassung der selbstständig Tätigen in den Gesundheitsbehörden ab. Die Übersicht ist nach dem Aussetzen der Statistik der Berufe des Gesundheitswesens möglicherweise unvollständig oder gar nicht mehr vorhanden. Einige Länder haben vereinbart, die Statistik der Berufe des Gesundheitswesens weiterzuführen und für den vorliegenden Indikator zu nutzen.

Eine Vergleichbarkeit zwischen den Ländern ist daher nur sehr eingeschränkt gegeben.

**Kommentar**

Gegenwärtig liegen die Zahlen nur auf Bundesebene im Rahmen der Gesundheitspersonalrechnung vor. Auf Länderebene können nur Hilfskonstruktionen wie die angegebene verwendet werden. Da die Statistik der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten nicht nach ambulanten und stationären Einrichtungen unterscheidet, müssen die Angaben aus mehreren Datenquellen berechnet werden.

Weitere Datenquellen wie Physiotherapeutenverbände oder die GKV (zugelassene Einrichtungen) bieten nur eine sehr unvollständige Datenbasis.

Die verwendeten Zahlen sind Stichtagszahlen der Statistischen Landesämter/Obersten Landesgesundheitsbehörden bezogen auf die Gesamtbevölkerungszahl am 31.12.

Der vorliegende Indikator ist ein Prozessindikator.

**Vergleichbarkeit**

Es gibt keine vergleichbaren WHO-, OECD- und EU-Indikatoren.

Die o. g. Berufe wurden bislang im Indikator 6.9 *Physikalische Therapie im Regionalvergleich* ausgewiesen, somit besteht bedingte Vergleichbarkeit.

**Originalquellen**

- ▶ Publikationen der Länder zu den verwendeten Datenquellen, z. B. Statistische Jahrbücher.

**Dokumentationsstand**

05.06.2003, SenGesSozV - Berlin/lögd/StBA

<b>Indikator (L) 8.15</b>	<b>Physiotherapeutinnen/Physiotherapeuten, Masseurinnen/Masseure, med. Bademeisterinnen/Bademeister in ambulanten Einrichtungen, Land im Regionalvergleich, Jahr</b>				
Lfd. Nr.	Region	Insgesamt	weiblich	männlich	Einwohner je Phys., Mass., m. Badem.
1	<b>Regierungsbezirk Land</b>				
2					
3					
...					

Datenquelle:  
 Statistische Landesämter: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte,  
 Krankenhausstatistik Teil I - Grunddaten, Fortschreibung des Bevölkerungsstandes  
 Oberste Landesgesundheitsbehörden: Statistik der in Medizinalfachberufen selbstständig Tätigen

8.16

## Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker nach Geschlecht, Land im Regionalvergleich, Jahr

### Definition

Der Indikator 8.16 gibt Auskunft über niedergelassene Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker und die Versorgungsdichte.

Heilpraktiker ist die Berufsbezeichnung für Personen, die eine staatliche Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde gemäß Heilpraktikergesetz besitzen. Die staatliche Erlaubnis zur Berufsausübung wird nach Überprüfung zum Ausschluss einer Gefahr für die Volksgesundheit durch die untere Gesundheitsbehörde erteilt. Die Erlaubnis kann nur erteilt werden, wenn der Antragsteller das 25. Lebensjahr erreicht hat, Bürger eines EU-Staates ist, eine abgeschlossene Schulbildung nachweisen kann und die Zuverlässigkeit zur Berufsausübung gegeben ist. Heilpraktiker sind zu beschränkter diagnostischer und therapeutischer Tätigkeit berechtigt. Sie haben vielfach eine Heilpraktikerschule absolviert. Eine gesetzlich vorgeschriebene Mitgliedschaft in einem Verband gibt es nicht.

Falls ein zugelassener Heilpraktiker besondere Ausbildungen oder Erfahrungen nachweisen kann, darf er folgende Zusatzbezeichnung zur obligatorischen Berufsbezeichnung "Heilpraktiker" führen: Naturheilpraxis, Naturheilverfahren, Biochemie, Akupunktur, Chiropraktik, Neuraltherapie bzw. Elektroneuraltherapie, Homöopathie, Psychotherapie. Maximal dürfen 3 Zusatzbezeichnungen (Heilverfahren) angegeben werden, eine verbindliche gesetzliche Grundlage besteht nicht.

### Datenhalter

- ▶ Oberste Landesgesundheitsbehörden
- ▶ Kooperation Deutscher Heilpraktikerverbände e.V./Deutsche Heilpraktikerverbände
- ▶ Statistische Landesämter

### Datenquelle

- ▶ Erhebungen der obersten Landesgesundheitsbehörden
- ▶ Bestandsdaten der Deutschen Heilpraktikerverbände
- ▶ Fortschreibung des Bevölkerungsstandes

### Periodizität

Jährlich, 31.12.

### Validität

Die Vollständigkeit der Daten hängt von der Genauigkeit der Erfassung in den unteren Gesundheitsbehörden ab. Die Adressdatei ist nach Postleitzahlen geordnet, so dass regionale Zuordnungen der registrierten Heilpraktiker möglich sind. Mitgliederdateien von Heilpraktikerverbänden bieten nur eine unvollständige Datenbasis, da keine Meldepflicht besteht und nicht alle Heilpraktiker in Heilpraktikerverbänden registriert sind.

### Kommentar

Für die Erteilung der Erlaubnis und Zulassung ist grundsätzlich die untere oder obere Gesundheitsbehörde zuständig, in deren Bezirk der Antragsteller seinen Beruf ausüben will. Zuständig für die Überprüfung ist die untere Gesundheitsbehörde. Die Übersicht über Heilpraktiker ist nach Aussetzen der Statistik der Berufe des Gesundheitswesens unvollständig oder nicht mehr vorhanden. Heilpraktiker, die Mitglieder von Verbänden ihrer Berufsgruppe sind, sind in

einer Mitgliederdatei registriert.

Auf Bundesebene liegen Zahlen im Rahmen der Gesundheitspersonalrechnung vor.  
Der vorliegende Indikator ist ein Prozessindikator.

### Vergleichbarkeit

Es gibt keine vergleichbaren WHO-, OECD- und EU-Indikatoren.

Der Indikator ist vergleichbar mit dem Indikator 6.7 der Fassung des Indikatorensetzes aus dem Jahre 1991. In der zweiten Fassung aus dem Jahre 1996 wurde wegen der unzureichenden Datenlage auf diesen Indikator verzichtet. Soweit auf Länderebene Daten durch die Gesundheitsbehörden oder die Heilpraktikerverbände bereitgestellt werden können, sollte dieser Indikator wieder geführt werden. Der Indikator wird zwischen den Ländern nicht vergleichbar sein.

### Originalquellen

- ▶ Übersichten und Publikationen der Obersten Landesgesundheitsbehörden.
- ▶ Übersichten aus der Mitgliederdatei Deutscher Heilpraktikerverbände.

### Dokumentationsstand

05.06.2003, lögd/Kooperation Deutscher Heilpraktikerverbände e.V./  
SenGesSozV- Berlin/StBA

Indikator (L) 8.16	Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker <sup>1</sup> nach Geschlecht, Land im Regionalvergleich, Jahr				
Lfd Nr.	Region	Insgesamt	weiblich	männlich	Einw. je Heilprakt.
1	Regierungsbezirk Land				
2					
3					
...					

Datenquelle:  
Oberste Landesgesundheitsbehörden:  
Erhebungen der obersten Landesgesundheitsbehörden  
Heilpraktikerverbände e.V./Deutsche Heilpraktikerverbände:  
Bestandsdaten der Deutschen Heilpraktikerverbände  
Statistische Landesämter: Fortschreibung des Bevölkerungsstandes

<sup>1</sup> Heilpraktiker und Heilpraktiker mit eingeschränkter Erlaubnis für Psychotherapie gemäß Heilpraktikergesetz



8.17

## Ärztinnen und Ärzte in Krankenhäusern nach Geschlecht, Land, im Zeitvergleich

### Definition

Indikator 8.17 gibt die Zahl der Ärzte in Krankenhäusern an.

Die im Krankenhaus tätigen Ärzte umfassen die hauptamtlich tätigen Ärzte in Voll- und Teilzeit, die als Leitende Ärzte, Oberärzte und Assistenzärzte mit oder ohne abgeschlossener Weiterbildung arbeiten, sowie Ärzte im Praktikum. Es zählen nicht dazu: Gast-, Konsiliar-, hospitierende Ärzte und nicht hauptamtlich tätige Ärzte als da sind Belegärzte und von Belegärzten angestellte Ärzte. Seit 1993 wird die Zahl dieser Ärzte der Krankenhausstatistik entnommen.

Allgemeine Krankenhäuser sind Krankenhäuser, die über Betten in vollstationären Fachabteilungen verfügen, wobei die Betten nicht ausschließlich für psychiatrische und neurologische Patienten vorgehalten werden. Arten von allgemeinen Krankenhäusern sind z. B. Hochschulkliniken, Plankrankenhäuser, Krankenhäuser mit einem Versorgungsauftrag nach § 108 SGB V.

Unter sonstigen Krankenhäusern versteht man Krankenhäuser, die ausschließlich über psychiatrische oder psychiatrische und neurologische Betten verfügen sowie reine Tages- oder Nachtkliniken, in denen ausschließlich teilstationäre Behandlungen durchgeführt werden, und in denen Patienten nur eine begrenzte Zeit des Tages oder der Nacht untergebracht sind.

Nicht enthalten sind die Daten der Bundeswehrkrankenhäuser und der Krankenhäuser des Maßregelvollzugs (vergleiche Krankenhausstatistikverordnung (KHStV) vom 10.04.1990).

### Datenhalter

- ▶ Statistische Landesämter

### Datenquelle

- ▶ Krankenhausstatistik, Teil I - Grunddaten
- ▶ Fortschreibung des Bevölkerungsstandes

### Periodizität

Jährlich, 31.12.

### Validität

Kommen alle Einrichtungen ihrer Meldepflicht nach, kann von einer hohen Datenqualität für die Krankenhäuser des Geltungsbereiches der KHStV (d. h. mit Ausnahme Krankenhäuser der Bundeswehr, Polizei und des Maßregelvollzugs) ausgegangen werden.

### Kommentar

Die verwendeten Zahlen sind Stichtagszahlen der Krankenhausstatistik der Statistischen Landesämter bezogen auf die Bevölkerung zum 31.12. jeden Jahres.

Der vorliegende Indikator ist ein Prozessindikator.

### Vergleichbarkeit

Der vorliegende Indikator ist nicht direkt vergleichbar mit dem WHO-Indikator 5270 270321 *Proportion (in %) of physicians working in hospitals* in Vollzeitäquivalenten (FTE). Im OECD-Indikatorensetz wird nur *Total hospital employment* in FTE ausgewiesen. Für den EU-Indikatorensetz sind Angaben zu *Physicians employed by workplace* in Personen vorgesehen. Der

Indikator ist bedingt vergleichbar mit dem bisherigen Indikator 8.1, da eine Aufnahme der Versorgungsdichte sowie eine Untergliederung in allgemeine und sonstige Krankenhäuser vorgenommen wurden. Ärzte ohne ärztliche Tätigkeit sind im vorliegenden Indikator nicht mehr enthalten.

### Originalquellen

- Publikationen der Länder zu den verwendeten Datenquellen, z. B. Statistische Jahresberichte, Publikationen zu Krankenhausstatistiken.

### Dokumentationsstand

05.06.2003, SenGesSozV - Berlin/lögd/StBA

Indikator (K) 8.17		Ärztinnen und Ärzte in Krankenhäusern nach Geschlecht, Land, im Zeitvergleich					
Jahr	Insgesamt*	dar.: AiP	Einw./Arzt	Davon:			
				in allg. Krankenhäusern		in sonst. Krankenhäusern	
				Anzahl	Einw./Arzt	Anzahl	Einw./Arzt
Insgesamt							
1990							
1995							
2000							
2001							
...							
Berichtsjahr							
Weiblich							
1990							
1995							
2000							
2001							
...							
Berichtsjahr							
Männlich							
1990							
1995							
2000							
2001							
...							
Berichtsjahr							

[Sprung zu Daten des Indikators 8.17 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes](#)

Datenquelle:  
 Statistische Landesämter:  
 Krankenhausstatistik, Teil I - Grunddaten,  
 Fortschreibung des Bevölkerungsstandes

\* inklusive Ärzte im Praktikum (AiP)

8.18

## Personal im Pflegedienst in Krankenhäusern nach Berufen und Geschlecht, Land, im Zeitvergleich

### Definition

Grundlage für eine hohe Pflegequalität ist gut ausgebildetes Pflegepersonal. Im Indikator 8.18 wird das Pflegepersonal der allgemeinen und sonstigen Krankenhäuser nach Krankenhausstatistikverordnung (KHStV) (nähere Erklärungen hierzu sind im Indikator 8.17 nachlesbar) nach Berufen und Geschlecht differenziert im Zeitverlauf dargestellt. Die Zahl der ausgewiesenen Pflegekräfte enthält voll- und teilzeitbeschäftigte Personen. Sonstiges Pflegepersonal beinhaltet Krankenpflegepersonal (ohne staatliche Prüfung) einschließlich Zivildienstleistende und Praktikanten.

Das Personal des Pflegedienstes im Krankenhaus ist in der neuen Gesundheitspersonalrechnung des Bundes in den übrigen Gesundheitsdienstberufen enthalten.

### Datenhalter

- ▶ Statistische Landesämter

### Datenquelle

- ▶ Krankenhausstatistik, Teil I - Grunddaten

### Periodizität

Jährlich, 31.12.

### Validität

Kommen alle Einrichtungen ihrer Meldepflicht nach, kann von einer hohen Datenqualität für die Krankenhäuser des Geltungsbereiches der KHStV (d. h. mit Ausnahme der Krankenhäuser der Bundeswehr, Polizei und des Maßregelvollzugs) ausgegangen werden.

### Kommentar

Die verwendeten Zahlen sind Stichtagszahlen der Krankenhausstatistik der Statistischen Landesämter zum 31.12. jeden Jahres.

Der vorliegende Indikator ist ein Prozessindikator.

### Vergleichbarkeit

Der Indikator ist mit den WHO-Indikator 5330 270322 *Proportion (in percentage) of nurses working in hospitals* nicht direkt vergleichbar. Die Angaben sind in Vollzeitäquivalenten (FTE). Im OECD-Indikatorensetz wird nur *Total hospital employment* in FTE ausgewiesen. Für den EU-Indikatorensetz ist der Indikator *Nurses staff/number of beds* vorgesehen, der aus dem Indikator 8.18 berechnet werden könnte.

Der vorliegende Indikator wurde bisher im Indikator 8.8 dargestellt, wobei die Kategorie *Krankenpflegepersonal ohne staatliche Prüfung (einschließlich Zivildienstleistende und Praktikanten)* identisch mit der Kategorie *Sonstige Pflegepersonen* im neuen Indikator ist.

### Originalquellen

- ▶ Publikationen der Länder zu den verwendeten Datenquellen, z. B. Statistische Jahresberichte, Publikationen zu Krankenhausstatistiken.

**Dokumentationsstand**

05.06.2003, SenGesSozV - Berlin/lögd/StBA

<b>Indikator (K) 8.18</b>		<b>Personal im Pflegedienst in Krankenhäusern nach Berufen und Geschlecht, Land, im Zeitvergleich</b>				
Jahr	Pflegedienst insgesamt	Davon:				
		Kranken- schwestern/ -pfleger	Kinderkranken- schwestern/ -pfleger	Helferinnen/ Helfer in der Krankenpflege	sonstige Pflege- personen	
Insgesamt						
1993						
1995						
2000						
2001						
...						
Berichtsjahr						
Weiblich						
1993						
1995						
2000						
2001						
...						
Berichtsjahr						
Männlich						
1993						
1995						
2000						
2001						
...						
Berichtsjahr						

[Sprung zu Daten des Indikators 8.18 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes](#)

Datenquelle:  
 Statistische Landesämter:  
 Krankenhausstatistik, Teil I - Grunddaten

8.19

## Personal im Pflegedienst in Krankenhäusern nach Berufen, Land im Regionalvergleich, Jahr

### Definition

Grundlage für eine hohe Pflegequalität ist gut ausgebildetes Pflegepersonal. Im Indikator 8.19 wird das Pflegepersonal der allgemeinen und sonstigen Krankenhäuser nach Krankenhausstatistikverordnung (KHStV) (Erklärungen hierzu sind im Indikator 8.17 nachlesbar) nach Berufen und Geschlecht differenziert im Regionalvergleich dargestellt. Die Zahl der ausgewiesenen Pflegekräfte enthält voll- und teilzeitbeschäftigte Personen. *Sonstige Pflegepersonen* beinhaltet Krankenpflegepersonal (ohne staatliche Prüfung) einschließlich Zivildienstleistende und Praktikanten.

Das Personal im Pflegedienst in Krankenhäusern ist in der Gesundheitspersonalrechnung des Bundes in den *übrigen Gesundheitsdienstberufen* enthalten.

### Datenhalter

- ▶ Statistische Landesämter

### Datenquelle

- ▶ Krankenhausstatistik, Teil I - Grunddaten

### Periodizität

Jährlich, 31.12.

### Validität

Kommen alle Einrichtungen ihrer Meldepflicht nach, kann von einer hohen Datenqualität für die Krankenhäuser des Geltungsbereiches der KHStV (d. h. mit Ausnahme der Krankenhäuser der Bundeswehr, Polizei und des Maßregelvollzugs) ausgegangen werden.

### Kommentar

Die verwendeten Zahlen sind Stichtagszahlen der Krankenhausstatistik der Statistischen Landesämter zum 31.12. jeden Jahres.

Der vorliegende Indikator ist ein Prozessindikator.

### Vergleichbarkeit

Es gibt keine vergleichbaren Indikatoren im WHO-, OECD- und im vorgesehenen EU-Indikatorensetz auf regionaler Ebene. Im bisherigen Länder-Indikatorensetz gab es keinen vergleichbaren Indikator.

### Originalquellen

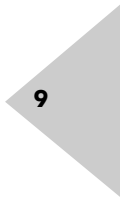
- ▶ Publikationen der Länder zu den verwendeten Datenquellen, z. B. Statistische Jahresberichte, Publikationen zu Krankenhausstatistiken.

### Dokumentationsstand

05.06.2003, SenGesSozV - Berlin/lögd/StBA

<b>Indikator (L) 8.19</b>		<b>Personal im Pflegedienst in Krankenhäusern nach Berufen, Land im Regionalvergleich, Jahr</b>				
Lfd. Nr.	Region	Pflegedienst insgesamt	Davon:			
			Krankenschwestern/-pfleger	Kinderkrankenschwestern/-pfleger	Helferinnen/Helfer in der Krankenpflege	sonstige Pflegepersonen
1	<b>Regierungsbezirk Land</b>					
2						
3						
...						

Datenquelle:  
 Statistische Landesämter:  
 Krankenhausstatistik, Teil I - Grunddaten



8.20

## Ausgewähltes medizinisch-therapeutisches Personal in Krankenhäusern nach Berufen und Geschlecht, Land, Jahre

### Definition

Medizinisch-therapeutisches Personal hat neben dem ärztlichen und pflegerischen Personal den größten Einfluss auf die schnellere Genesung der Patienten (Reduzierung der Verweildauer) und der damit verbundenen baldigen Rückkehr in ihr normales Leben.

Die im Indikator 8.20 gewählte Zuordnung der einzelnen Berufsbezeichnungen zu den Funktionsbereichen entspricht weitgehend der Gliederung der Krankenhausbuchführungsordnung (KHBV). Die Zahlen werden der Krankenhausstatistik, Teil I - Grunddaten entnommen, die für allgemeine und sonstige Krankenhäuser gilt (weitergehende Erläuterungen hierzu siehe Indikator 8.17). Voll- und teilzeitbeschäftigte Personen (Schüler und Auszubildende sind nicht enthalten) werden ohne Umrechnung auf Vollkräfte geschlechtsdifferenziert für spezielle Berufsgruppen ausgewiesen.

Das medizinisch-therapeutische Personal in Krankenhäusern ist in der Gesundheitspersonalrechnung des Bundes in den *übrigen Gesundheitsdienstberufen* enthalten.

### Datenhalter

- ▶ Statistische Landesämter

### Datenquelle

- ▶ Krankenhausstatistik, Teil I - Grunddaten

### Periodizität

Jährlich, 31.12.

### Validität

Kommen alle Einrichtungen ihrer Meldepflicht nach, kann von einer hohen Datenqualität für die Krankenhäuser des Geltungsbereiches der KHStV (d. h. mit Ausnahme der Krankenhäuser der Bundeswehr, Polizei und des Maßregelvollzugs) ausgegangen werden.

### Kommentar

Der Begriff medizinisch-therapeutisches Personal enthält Berufsgruppen des medizinisch-technischen Dienstes und des Funktionsdienstes laut Krankenhausstatistik.

Die verwendeten Zahlen sind Stichtagszahlen der Krankenhausstatistik der Statistischen Landesämter zum 31.12. jeden Jahres.

Der vorliegende Indikator ist ein Prozessindikator.

### Vergleichbarkeit

Es gibt keine vergleichbaren WHO-, OECD- oder vorgesehene EU-Indikatoren. Der vorliegende Indikator entspricht dem bisherigen Indikator 8.9, wobei sich die Berufsbezeichnung ab 1999 für Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten in Ergotherapeuten geändert hat und Krankengymnasten ab 1994 als Physiotherapeuten ausgebildet werden.

### Originalquellen

- ▶ Publikationen der Länder zu den verwendeten Datenquellen, z. B. Statistische Jahresberichte, Publikationen zur Krankenhausstatistik.

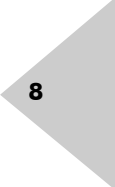
**Dokumentationsstand**

05.06.2003, SenGesSozV - Berlin/lögd/StBA

<b>Indikator (L) 8.20</b>	<b>Ausgewähltes medizinisch-therapeutisches Personal in Krankenhäusern nach Berufen und Geschlecht, Land, Jahre</b>
-------------------------------	---

Berufsgruppen	Jahr	Jahr	Berichtsjahr
	Insgesamt		
Diätassistentinnen/-assistenten Ergotherapeutinnen/-therapeuten Heilpädagoginnen/-pädagogen Logopädinnen/Logopäden Physiotherapeutinnen/Physiotherapeuten Masseurinnen/Masseure u. medizinische Bademeisterinnen/-meister Sozialarbeiterinnen/-arbeiter	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 8.20 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>		
	Weiblich		
Diätassistentinnen Ergotherapeutinnen Heilpädagoginnen Logopädinnen Physiotherapeutinnen Masseurinnen und med. Bademeisterinnen Sozialarbeiterinnen			
	Männlich		
Diätassistenten Ergotherapeuten Heilpädagogen Logopäden Physiotherapeuten Masseure und medizinische Bademeister Sozialarbeiter			

Datenquelle:  
 Statistische Landesämter:  
 Krankenhausstatistik, Teil I - Grunddaten





8.21

## Ausgewähltes technisch-diagnostisches Personal in Krankenhäusern nach Berufen und Geschlecht, Land, Jahre

### Definition

Das technisch-diagnostische Personal liefert die sachlichen Grundlagen für die Diagnosestellung durch die Ärzte.

Die im Indikator 8.21 gewählte Zuordnung der einzelnen Berufsbezeichnungen zu den Funktionsbereichen entspricht weitgehend der Gliederung der Krankenhausbuchführungsordnung (KHBV). Die Zahlen sind in der Krankenhausstatistik, Teil I - Grunddaten, nichtärztliches Personal enthalten (gilt für allgemeine und sonstige Krankenhäuser - Erklärungen zu diesen Begriffen siehe Indikator 8.17). Voll- und teilzeitbeschäftigte Personen (Schüler und Auszubildende sind nicht enthalten) werden ohne Umrechnung auf Vollkräfte für die am häufigsten vorkommenden Berufsgruppen geschlechtsdifferenziert ausgewiesen.

Das technisch-diagnostische Personal in Krankenhäusern ist in der Gesundheitspersonalrechnung des Bundes in den *übrigen Gesundheitsdienstberufen* enthalten.

### Datenhalter

- ▶ Statistische Landesämter

### Datenquelle

- ▶ Krankenhausstatistik, Teil I - Grunddaten

### Periodizität

Jährlich, 31.12.

### Validität

Kommen alle Einrichtungen ihrer Meldepflicht nach, kann von einer hohen Datenqualität für die Krankenhäuser des Geltungsbereiches der Krankenhausstatistikverordnung (KHStV) (d. h. mit Ausnahme der Krankenhäuser der Bundeswehr, Polizei und des Maßregelvollzugs) ausgegangen werden.

### Kommentar

Die verwendeten Zahlen sind Stichtagszahlen der Krankenhausstatistik der Statistischen Landesämter zum 31.12. jeden Jahres.

Der vorliegende Indikator ist ein Prozessindikator.

### Vergleichbarkeit

Es gibt keine vergleichbaren WHO-, OECD- oder vorgesehene EU-Indikatoren.

Entspricht im wesentlichen dem Indikator 8.10, wobei die Berufe des Audiometristen und Orthoptisten entfallen, da sie in der KHStV nicht differenziert aufgeführt werden. Für medizinisch-technischer Assistent wurde der exakte Begriff des medizinisch-technischen Funktionsassistenten eingesetzt.

### Originalquellen

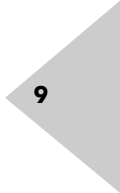
- ▶ Publikationen der Länder zu den verwendeten Datenquellen, z. B. Statistische Jahresberichte, Publikationen zur Krankenhausstatistik.

**Dokumentationsstand**

05.06.2003, SenGesSozV - Berlin/lögd/StBA

Indikator (L) 8.21	Ausgewähltes technisch-diagnostisches Personal in Krankenhäusern nach Berufen und Geschlecht, Land, Jahre		
Berufsgruppen	Jahr	Jahr	Berichtsjahr
Med.-techn. Funktionsassistentinnen/-en Med.-techn. Laboratoriumsassistentinnen/-en Med.-techn. Radiologieassistentinnen/-en Zytologieassistentinnen/-en	Insgesamt		
	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 8.21 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>		
Med.-techn. Funktionsassistentinnen Med.-techn. Laboratoriumsassistentinnen Med.-techn. Radiologieassistentinnen Zytologieassistentinnen	Weiblich		
	Männlich		
Medizinisch-techn. Funktionsassistenten Med.-techn. Laboratoriumsassistenten Med.-techn. Radiologieassistenten Zytologieassistenten	Männlich		
	Männlich		

Datenquelle:  
 Statistische Landesämter:  
 Krankenhausstatistik, Teil I - Grunddaten



8.22

## Hebammen und Entbindungspfleger in ambulanten und stationären Einrichtungen, Land, im Zeitvergleich

### Definition

Der Indikator 8.22 ist ein Gradmesser der geburtshilflichen Versorgung im ambulanten und stationären Bereich.

Die Berufsbezeichnung Hebamme bzw. Entbindungspfleger darf nach dem Hebammengesetz nur führen, wer im Besitz einer Anerkennung als Hebamme oder Entbindungspfleger ist. Hebammen bzw. Entbindungspfleger können freiberuflich oder im Angestelltenverhältnis tätig sein. Im Indikator 8.22 werden voll- und teilzeitbeschäftigte Personen ohne Umrechnung auf Vollkräfte gezählt. Ambulant tätige Hebammen sind den Erhebungen der obersten Landesgesundheitsbehörden und die im Krankenhaus tätigen Hebammen sind der Krankenhausstatistik, Teil I - Grunddaten (Erklärungen s. Indikator 8.17) zu entnehmen.

Zur Gewährleistung einer Vergleichbarkeit werden die Absolutzahlen der ambulant tätigen Hebammen auf die fertile weibliche Bevölkerung zwischen 15 und 44 Jahre und die im Krankenhaus fest angestellten Hebammen auf die Entbindungen in Krankenhäusern bezogen.

### Datenhalter

- ▶ Oberste Landesgesundheitsbehörden
- ▶ Statistische Landesämter

### Datenquelle

- ▶ Erhebungen der obersten Landesgesundheitsbehörden
- ▶ Krankenhausstatistik, Teil I - Grunddaten
- ▶ Fortschreibung des Bevölkerungsstandes

### Periodizität

Jährlich, 31.12.

### Validität

Kommen alle Einrichtungen ihrer Meldepflicht nach, kann von einer hohen Datenqualität für die Krankenhäuser des Geltungsbereiches der Krankenhausstatistikverordnung (KHStV) (d. h. mit Ausnahme der Krankenhäuser der Bundeswehr, Polizei und des Maßregelvollzugs) ausgegangen werden. Die Validität der Angaben über ambulant tätige Hebammen bzw. Entbindungspfleger hängt von der Erfassungsqualität in den unteren Gesundheitsbehörden ab.

### Kommentar

Die verwendeten Zahlen sind Stichtagszahlen der obersten Landesgesundheitsbehörden und der Statistischen Landesämter bezogen auf die fertile weibliche Bevölkerung zwischen 15 und 44 Jahren bzw. auf die Entbindungen im Krankenhaus zum 31.12. jeden Jahres. Die amtliche *Statistik der Berufe des Gesundheitswesens* des Statistischen Bundesamtes wurde ab 2001 ausgesetzt. Einige Länder haben vereinbart, diese Statistik weiterzuführen.

Der vorliegende Indikator ist ein Prozessindikator.

### Vergleichbarkeit

Der vorliegende Indikator ist mit dem WHO-Indikator 5351 275209 *Number of midwives (physical persons)* vergleichbar. Deutschland kann jedoch gegenwärtig nur die in Krankenhäusern tätigen Hebammen zahlenmäßig bereitstellen. Hebammen sind im OECD-Indikator *Practising*

nurses enthalten. Für den EU-Indikatorensetz ist der Indikator *Midwives employed per 100 000 population* vorgesehen.

Der Indikator ist mit dem bisherigen Indikator 8.11 bedingt vergleichbar. Altersgruppenangaben für die ambulant tätigen Hebammen bzw. Entbindungspfleger sind entfallen, die Versorgungsdichte wurde zusätzlich aufgenommen.

### Originalquellen

- Publikationen der Länder zu den verwendeten Datenquellen, z. B. Statistische Jahresberichte, Publikationen zur Krankenhausstatistik.

### Dokumentationsstand

05.06.2003, SenGesSozV - Berlin/lögd/StBA

Indikator (K) 8.22	Hebammen und Entbindungspfleger in ambulanten und stationären Einrichtungen, Land, im Zeitvergleich					
	Hebammen und Entbindungspfleger					
	insgesamt		ambulant tätig*		im Krankenhaus fest angestellt	
Jahr	Anzahl	je 100 000 Fr. 15-44 J.	Anzahl	je 100 000 Fr. 15-44 J.	Anzahl	je 1 000 Entbindungen
2000	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 8.22 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>					
2001						
...						
Berichtsjahr						

Datenquelle:  
 Statistische Landesämter:  
 Krankenhausstatistik, Teil I - Grunddaten,  
 Fortschreibung des Bevölkerungsstandes  
 Oberste Landesgesundheitsbehörden:  
 Erhebungen der obersten Landesgesundheitsbehörden

\* schließt ambulante und stationäre Tätigkeit ein



8.23

## Personal in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nach Geschlecht, Land, im Zeitvergleich

### Definition

Indikator 8.23 lässt Rückschlüsse auf den personellen Ausstattungs- und Versorgungsgrad in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen zu und kann für Personalplanungen herangezogen werden.

Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen werden u.a. danach unterschieden, ob sie einen Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossen haben oder nicht. Mit einem solchem Vertrag sind die Einrichtungen zur Versorgung der Versicherten mit stationären medizinischen Leistungen zur Vorsorge oder Rehabilitation zugelassen. Die Zahlen der Einrichtungen mit Versorgungsvertrag und der sonstigen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen sind der Krankenhausstatistik, Teil I - Grunddaten zu entnehmen.

Zu dem ärztlichen Personal zählen hauptamtlich tätige Ärzte in Voll- und Teilzeit, die als Leitende Ärzte, Oberärzte und Assistenzärzte mit oder ohne abgeschlossene Weiterbildung arbeiten, sowie Ärzte im Praktikum (AiP - angehende Ärzte, denen die Approbation erteilt wird, wenn sie nach bestandem Examen 18 Monate lang berufspraktisch gearbeitet haben).

Nichtärztliches Personal entspricht in der Zuordnung der einzelnen Berufsbezeichnungen zu den Funktionsbereichen weitgehend der Gliederung der Krankenhausbuchführungsverordnung (KHBV). In den Angaben der Beschäftigten zum 31.12. des Berichtsjahres nach Berufsbezeichnungen sind Schüler und Auszubildende nicht gezählt. Das Personal in den Pflegeberufen: Krankenschwestern/-pfleger, Kinderkrankenschwestern/-pfleger, Helferinnen/Helfer in der Krankenpflege, sonstige Pflegepersonen ohne staatliche Prüfung (einschließlich Zivildienstleistende und Praktikanten) wird extra ausgewiesen.

### Datenhalter

- ▶ Statistische Landesämter

### Datenquelle

- ▶ Krankenhausstatistik, Teil I - Grunddaten
- ▶ Fortschreibung des Bevölkerungsstandes

### Periodizität

Jährlich, 31.12.

### Validität

Kommen alle Einrichtungen ihrer Meldepflicht nach, kann mit einer hohen Datenqualität für die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen des Geltungsbereiches der Krankenhausstatistikverordnung (KHStV) gerechnet werden.

### Kommentar

Die verwendeten Zahlen sind Stichtagszahlen der Krankenhausstatistik bezogen auf die Gesamtbevölkerung zum 31.12. jeden Jahres.

Der vorliegende Indikator ist ein Prozessindikator.

### Vergleichbarkeit

Es gibt keine vergleichbaren WHO-, OECD- und vorgesehenen EU-Indikatoren. Deutschland

meldet der OECD im Indikator *Total in-patient care beds* auch die Betten in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen.

Der Indikator ist mit dem ehemaligen Indikator 6.14 nur in geringem Maß vergleichbar. Bisher wurde nur die Gesamtzahl der Mitarbeiter (ohne Unterteilung in Berufsgruppen und Geschlecht) in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen angegeben. Deshalb beginnt die Zeitreihe erst ab dem Jahr 2000.

### Originalquellen

- ▶ Publikationen der Statistischen Landesämter, z. B. Statistische Jahresberichte oder Publikationen zur Krankenhausstatistik.

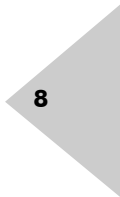
### Dokumentationsstand

05.06.2003, SenGesSozV - Berlin/lögd/StBA

Indikator (K) 8.23	Personal in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nach Geschlecht, Land, im Zeitvergleich						
	Ärztliches Personal*		Einwohner/ Arzt	Nichtärztliches Personal		Dar.: Personal im Pflegedienst**	
	weiblich	männlich		weiblich	männlich	weiblich	männlich
2000	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 8.23 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>						
2001							
...							
Berichtsjahr							

Datenquelle:  
 Statistische Landesämter:  
 Krankenhausstatistik, Teil I - Grunddaten,  
 Fortschreibung des Bevölkerungsstandes

\* inklusive Ärzte im Praktikum (AiP)  
 \*\* Krankenschwestern/-pfleger,  
 Kinderkrankenschwestern/-pfleger,  
 Helferinnen/Helfer in der Krankenpflege,  
 sonstige Pflegepersonen



8.24

## Personal in Pflegeeinrichtungen nach Geschlecht, Land, im Zeitvergleich

### Definition

Auf der Basis zuverlässiger Daten über die personelle Ausstattung in den Pflegeeinrichtungen sollen Entwicklungstendenzen im Bereich der pflegerischen Versorgung unter Berücksichtigung bedarfsorientierter pflegerischer Angebote und Nachfragen rechtzeitig erkannt werden. Die Daten des Indikators 8.24 sind Ansatz für Planungsentscheidungen und ggf. für Anpassungen im Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI).

Erfasst wird das Personal aller ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen, mit denen die Pflegekassen einen Versorgungsvertrag abgeschlossen haben oder mit denen ein Versorgungsvertrag aufgrund der Bestandsschutzregelungen des § 73 SGB XI als abgeschlossen gilt.

Pflegeeinrichtungen im Sinne der Pflegestatistik-Verordnung aufgrund des § 109 SGB V (PflegeStatV) sind ambulante Pflegeeinrichtungen (Pflegedienste, die Pflegebedürftige in ihren Wohnungen pflegen und hauswirtschaftlich versorgen) sowie teilstationäre (Tages- und Nachtpflege) und vollstationäre (Dauer- und Kurzzeitpflege) Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime, in denen Pflegebedürftige ganz- bzw. halbtags gepflegt werden).

Zum Personal in Pflegeeinrichtungen gehören alle aufgrund eines Arbeitsverhältnisses in einem Pflegeheim bzw. bei einem Pflegedienst beschäftigten Personen, die dort teilweise oder ausschließlich Leistungen nach SGB XI erbringen. Falls eine Person in mehreren selbstständig wirtschaftenden Einheiten, z. B. in einem Pflegeheim nach SGB XI und in der Krankenpflege nach SGB V tätig ist, dann wird diese Person nur entsprechend ihrem Beschäftigungsumfang der stationären Pflegeeinrichtung zugeordnet.

### Datenhalter

- ▶ Statistische Landesämter

### Datenquelle

- ▶ Pflegestatistik

### Periodizität

Zweijährlich, 15.12; erstmalig 1999

### Validität

Bei der Pflegestatistik handelt es sich um eine Totalerhebung mit Auskunftspflicht. Trotz der von den Statistischen Landesämtern durchgeführten Eingangskontrollen ist aufgrund der Schwierigkeiten, die mit dem Aufbau einer neuen Statistik verbunden sind, in den ersten Pflegestatistiken noch nicht mit der bestmöglichen Validität zu rechnen. Für das Erreichen einer hohen Datenqualität kommt erschwerend hinzu, dass es sich um eine Datenerhebung bei einer Vielzahl von Auskunftspflichtigen handelt und sich der Kreis der Befragten durch das Ausscheiden oder durch das Gründen neuer Pflegeeinrichtungen ständig verändert.

### Kommentar

Die verwendeten Zahlen sind Stichtagszahlen der Pflegeeinrichtungen nach SGB XI zum 15.12. des Berichtsjahres.

Der vorliegende Indikator ist ein Prozessindikator.

### Vergleichbarkeit

Es gibt keine vergleichbaren WHO-, OECD- und vorgesehenen EU-Indikatoren.  
Der vorliegende Indikator wurde neu in den Indikatorensatz aufgenommen.

### Originalquellen

- Publikationen der Länder zu den verwendeten Datenquellen, z. B. Statistische Jahrbücher oder Publikationen zur Pflegestatistik.

### Dokumentationsstand

05.06.2003, SenGesSozV - Berlin/lögd/StBA

Indikator (K) 8.24		Personal in Pflegeeinrichtungen nach Geschlecht, Land, im Zeitvergleich					
Jahr	Insgesamt		Davon:				
			ambulant tätig		stationär/teilstationär tätig		
	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	
1999	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 8.24 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>						
2001							
...							
Berichtsjahr							

Datenquelle:  
Statistische Landesämter:  
Pflegestatistik



8.25

### Personal in Pflegeeinrichtungen nach Beschäftigungsverhältnis, Tätigkeitsbereich, Berufsabschluss und Geschlecht, Land, Jahr

#### Definition

Auf der Basis zuverlässiger Daten über die personelle Ausstattung in den Pflegeeinrichtungen sollen Entwicklungstendenzen im Bereich der pflegerischen Versorgung unter Berücksichtigung bedarfsorientierter pflegerischer Angebote und Nachfragen rechtzeitig erkannt werden. Die Daten des Indikators 8.25 sind Ansatz für Planungsentscheidungen und ggf. für Anpassungen im Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI).

Erfasst wird das Personal aller ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen, mit denen die Pflegekassen einen Versorgungsvertrag abgeschlossen haben oder mit denen ein Versorgungsvertrag aufgrund der Bestandsschutzregelungen des § 73 SGB XI als abgeschlossen gilt.

Die Erläuterungen der Pflegeeinrichtungen und des Pflegepersonals sind dem Indikator 8.24 zu entnehmen.

Vollzeitbeschäftigte sind Personen, deren Arbeitszeit in der Regel der betriebsüblichen Arbeitszeit entspricht.

Teilzeitbeschäftigt sind Personen, in deren Arbeitsvertrag nur eine kürzere als die betriebsübliche Wochenarbeitszeit vorgesehen ist. Eine geringfügige Beschäftigung liegt vor, wenn eine Person regelmäßig weniger als 15 Wochenstunden zu einem monatlichen Arbeitsentgelt von maximal 335 € (1999 = 630 DM/ ab 2003 = 400 €) arbeitet.

Überwiegender Tätigkeitsbereich: Hierunter ist nicht unbedingt zu verstehen, dass in diesem Bereich über 50 % der Arbeitszeit abgeleistet wird, sondern dass es im Pflegeheim bzw. Pflegedienst keinen anderen Tätigkeitsbereich gibt, in dem die betreffende Person länger arbeitet.

*Pflegedienstleitung (ambulant)*

Wahrnehmung von Aufgaben, die mit der Übernahme der pflegerischen Gesamtverantwortung in einer ambulanten Pflegeeinrichtung zwingend verbunden sind.

*Pflege und Betreuung (stationär)*

Teilweise oder vollständige Übernahme von Verrichtungen des täglichen Lebensablaufs sowie die Beaufsichtigung bzw. Anleitung zur eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen durch den Pflegebedürftigen. Hierzu gehört auch die Wahrnehmung von Aufgaben, die mit der Übernahme der pflegerischen Gesamtverantwortung in einer Pflegeeinrichtung zwingend verbunden ist sowie die medizinische Behandlungspflege.

*Grundpflege (ambulant)*

Überwiegende Hilfe bei den regelmäßig wiederkehrenden gewöhnlichen Verrichtungen des täglichen Lebens wie Ernährung, Körperpflege und Mobilität.

*Soziale Betreuung (stationär)*

Gespräche mit dem Pflegebedürftigen sowie Beratung und Hilfe bei seinen persönlichen, seelischen Problemen.

*Hauswirtschaftliche Versorgung (ambulant)*

Einkaufen, Kochen und Spülen, Reinigen und Beheizen der Wohnungen von Pflegebedürftigen sowie Wechseln und Waschen ihrer Kleidung bzw. Wäsche.

*Hauswirtschaft (stationär)*

Hierzu zählen z.B. Reinigungsarbeiten oder die Vorbereitung von Mahlzeiten, während der haustechnische Bereich Hausmeistertätigkeiten oder Garten- bzw. Reparaturarbeiten umfasst.

*Zum Sonstigen Bereich (ambulant und stationär) zählen:*

Personen der Verwaltung und Geschäftsführung, die - mit Ausnahme der Verantwortung für den Pflegebereich - überwiegend kaufmännische, planerische und organisatorische Aufgaben der Pflegeeinrichtung wahrnehmen,

sowie Personen, die Tätigkeiten ausüben, die keiner anderen Kategorie zugeordnet werden können (z. B. Pförtnerdienst im Pflegeheim oder überwiegend haustechnische Arbeiten im Pflegeheim).

**Datenhalter**

- ▶ Statistische Landesämter

**Datenquelle**

- ▶ Pflegestatistik

**Periodizität**

Zweijährlich, 15.12.; erstmalig 1999

**Validität**

Bei der Pflegestatistik handelt es sich um eine Totalerhebung mit Auskunftspflicht. Trotz der von den Statistischen Landesämtern durchgeführten Eingangskontrollen ist aufgrund der Schwierigkeiten, die mit dem Aufbau einer neuen Statistik verbunden sind, in den ersten Pflegestatistiken noch nicht mit der bestmöglichen Validität zu rechnen. Für das Erreichen einer hohen Datenqualität kommt erschwerend hinzu, dass es sich um eine Datenerhebung bei einer Vielzahl von Auskunftspflichtigen handelt und sich der Kreis der Befragten durch das Ausscheiden oder durch das Gründen neuer Pflegeeinrichtungen ständig verändert.

**Kommentar**

Die verwendeten Zahlen sind Stichtagszahlen der Pflegeeinrichtungen nach SGB XI zum 15.12. des Berichtsjahres.

Der vorliegende Indikator ist ein Prozessindikator.

**Vergleichbarkeit**

Es gibt keine vergleichbaren WHO-, OECD- und vorgesehenen EU-Indikatoren.

Der vorliegende Indikator wurde neu in den Indikatorensatz aufgenommen.

**Originalquellen**

- ▶ Publikationen der Länder zu den verwendeten Datenquellen, z. B. Statistische Jahrbücher oder Publikationen zur Pflegestatistik.

**Dokumentationsstand**

05.06.2003, SenGesSozV - Berlin/lögd/StBA

Beschäftigungsverhältnis/ Tätigkeitsbereich/ Berufsabschluss	Insgesamt		Davon:			
			ambulant tätig		stationär/teilst. tätig	
	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.
	Beschäftigungsverhältnis					
Vollzeitbeschäftigt Teilzeitbeschäftigt darunter: geringfügig beschäftigt zeitweilig Beschäftigte	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 8.25 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>					
	Überwiegender Tätigkeitsbereich					
Pflegedienstleitung/ Pflege und Betreuung Grundpflege/ Soziale Betreuung hauswirtschaftliche Versorgung/ Hauswirtschaftsbereich Verwaltung sonstiger Bereich						
	Berufsabschluss					
Altenpfleger/in, Altenpflegehelfer/in Krankenschwester, -pfleger, Helfer/in in der Krankenpflege, Kinderkrankenschwester, -pfleger sonstige nichtärztliche Heilberufe weitere Berufsabschlüsse ohne Berufsabschluss						
<b>Insgesamt</b>						

Datenquelle:  
Statistische Landesämter:  
Pflegestatistik



8.26

## Personal im öffentlichen Gesundheitsdienst nach Berufen und Geschlecht, Land, Jahr

### Definition

Dem öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) obliegt es, unter Berücksichtigung der medizinischen, sozialen sowie der physischen Lebens- und Umweltbedingungen die Gesundheit der Bevölkerung zu schützen und zu fördern (Gesundheitsdienst-Gesetz - GDG - vom 4. August 1994). Diese Aufgaben können nur mit speziellem und gut ausgebildetem Personal erfüllt werden. Ein Überblick über ausgewählte Berufsgruppen im ÖGD wird im Indikator 8.26 gegeben. Zu den Gesundheitsdienstberufen zählen Ärzte mit und ohne Gebietsbezeichnung (einschließlich Ärzte in Weiterbildung), Zahnärzte, Apotheker und die seit 1998 durch das Psychotherapeutengesetz den Ärzten gleichgestellten nichtärztlichen Psychotherapeuten (Psychologische Psychotherapeuten - PPT - und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten - KJPT - /vergleiche auch Indikator 8.12/) und die Psychologen. Besonders ausgewiesen werden Ärzte mit Amtsarztbefähigung.

Entsprechend der Klassifizierung der Berufe sind außerdem Sprechstundenhelfer (Arzt-, Zahnarzt-, Sprechstundenhelfer ohne nähere Angaben), Diätassistenten/Ernährungsfachleute, Krankenschwestern/Hebammen/Helfer in der Krankenpflege, Physiotherapeuten/Masseur/Medizinische Bademeister, Medizinisch-technische Assistenten mit Spezialisierungsrichtungen, Pharmazeutisch-technische Assistenten, Therapeutische Berufe wie Logopäden, Ergotherapeuten u. Ä. sowie Heilpraktiker enthalten.

Soziale Berufe schließen ein: Sozialarbeiter, Heilpädagogen, Erzieher, Alten-/Familien-/Heilerziehungs-/Kinderpfleger, Arbeits- und Berufsberater und sonstige.

Sonstige Gesundheitsfachberufe beinhalten alle nicht genannten, staatlich anerkannten Medizinalfachberufe wie z. B. Gesundheitsaufseher, Desinfektoren, Lebensmittelkontrolleure, Rettungsassistenten, aber auch Angehörige gesundheitssichernder Berufe, Gesundheitsingenieure und -techniker.

Unter den Gesundheitshandwerkern sind alle handwerklichen Gesundheitsberufe wie z. B. Augenoptiker oder Zahntechniker zu verstehen.

Andere Berufe im Gesundheitswesen sind Verwaltungsangestellte einschließlich Sekretärinnen.

Das Personal wird unabhängig von ihren Berufsabschlüssen zu den Berufen, in denen sie eingesetzt sind, gezählt. Als Arzthelfer gelten diejenigen Personen, die in diesem Beruf arbeiten, von ihrer Ausbildung aber beispielsweise Krankenschwester/-pfleger sind. Es werden voll- und teilzeitbeschäftigte Personen ohne Umrechnung auf Vollkräfte erfasst.

Die Strukturen des ÖGD sind länderabhängig. Jedes Land sollte darum selbst entscheiden, welche Einrichtungen dem ÖGD zugeordnet werden. Personal, welches im Wesentlichen in der unteren Gesundheitsbehörde bzw. in Gesundheitsämtern tätig ist, wird zum ÖGD gezählt. Personal der Landesebene, welches auch im ÖGD tätig ist, zählt ebenfalls hierzu. Falls weitere Einrichtungen Aufgaben des ÖGD wahrnehmen, wird das dort eingesetzte Personal (z. B. bestimmte Therapeuten oder Mitarbeiter im Jugendamt) in diesem Indikator aufgeführt.

### Datenhalter

- ▶ Oberste Landesgesundheitsbehörden
- ▶ Statistisches Bundesamt

### Datenquelle

- ▶ Erhebungen der obersten Landesgesundheitsbehörden
- ▶ Gesundheitspersonalrechnung

### **Periodizität**

Jährlich, 31.12.

### **Validität**

Dieser Indikator ist länderabhängig. Eine Beurteilung der Vollständigkeit und Zuverlässigkeit der Daten kann nicht erfolgen. Ein Vergleich der Zahlen zwischen den Ländern ist nicht sinnvoll.

### **Kommentar**

Die Zuordnung der Personen zum ÖGD wird von den einzelnen Ländern modifiziert und kann sich demnach stark unterscheiden. Die amtliche *Statistik der Berufe des Gesundheitswesens* des Statistischen Bundesamtes wurde ab 2001 ausgesetzt. Einige Länder haben vereinbart, diese Statistik weiterzuführen und als Datenquelle für diesen Indikator zu verwenden. Künftig können auch Daten aus der Gesundheitspersonalrechnung vom Statistischen Bundesamt bereitgestellt werden.

Der vorliegende Indikator ist ein Prozessindikator.

### **Vergleichbarkeit**

Es gibt keine vergleichbaren WHO-, OECD- und vorgesehenen EU-Indikatoren.

Der Indikator ist nur bedingt vergleichbar mit dem bisherigen Indikator 8.12. Neu ist die Unterteilung nach der Klassifikation der Gesundheitsberufe entsprechend der Gesundheitspersonalrechnung des Statistischen Bundesamtes. Zusätzlich wurden die Teilzeitbeschäftigten aufgenommen.

### **Originalquellen**

- ▶ Publikationen der Länder zu den verwendeten Datenquellen, z. B. Statistische Jahrbücher.

### **Dokumentationsstand**

05.06.2003, SenGesSozV - Berlin/lögd/StBA

Gegenstand der Nachweisung	Insgesamt		weiblich		männlich	
	insg.	dar.: Teilzeit- beschäftigte	ZUS.	dar.: Teilzeit- beschäftigte	ZUS.	dar.: Teilzeit- beschäftigte
<b>Indikator (K) 8.26</b>	<b>Personal im öffentlichen Gesundheitsdienst nach Berufen und Geschlecht, Land, Jahr</b>					
<b>Berufe insgesamt</b>  <b>Gesundheitsdienstberufe</b> dar.: Ärzte dar.: mit Amtsarztprüfung dar.: Zahnärzte dar.: mit Amtsarztprüfung dar.: nichtärztl. Psychotherapeut.*  <b>übrige Gesundheitsdienstberufe</b> dar.: Arzt- und Zahnarzhelfer Physiotherapeuten, Masseure, med. Bademeist. Medizin.-techn. Assistenten** Therapeutisches Personal***  <b>soziale Berufe</b> dar.: Sozialarbeiter Heilpädagogen  <b>Gesundheitshandwerker</b>  <b>sonstige Gesundheitsfachberufe</b> dar.: Gesundheitsaufseher Desinfektoren Lebensmittelkontrolleure  <b>andere Berufe im Gesundheitswesen</b> dar.: Verwaltungspersonal	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 8.26 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>					

Datenquelle:  
 Oberste Landesgesundheitsbehörden:  
 Erhebungen der obersten Landesgesundheitsbehörden  
 Statistisches Bundesamt:  
 Gesundheitspersonalrechnung

\* Nach dem Psychotherapeutengesetz versteht man hierunter Psychologische Psychotherapeuten (PPT) und Kinder- u. Jugendlichenpsychotherapeuten (KJPT)  
 \*\* Medizinisch-technische Assistenten schließen ein: MTA f. Funktionsdiagnostik, MT Laboratoriumsass., MT Radiologieass.  
 \*\*\* zum therapeutischen Personal gehören z. B. Logopäden und Ergotherapeuten





8.27

## Personal im öffentlichen Gesundheitsdienst nach Geschlecht, Land im Regionalvergleich, Jahr

### Definition

Die Aufgaben und Zuständigkeiten des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) in Deutschland werden durch Gesundheitsdienstgesetze in den Ländern geregelt. Der öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) hat sozialkompensatorische, impulsgebende, koordinierende und steuernde Funktionen, die nur mit speziellem und gut ausgebildetem Personal erfüllt werden können. Aufgaben des ÖGD werden schwerpunktmäßig von den unteren Gesundheitsbehörden (ehem. Gesundheitsämter) und je nach regionalen Gegebenheiten auch von anderen Ämtern bzw. nachgeordneten Einrichtungen der unteren Gesundheitsbehörden wahrgenommen. Indikator 8.27 weist das in den Gesundheitsämtern bzw. unteren Gesundheitsbehörden beschäftigte Personal aus (das im ÖGD tätige Personal der Landesebene wird im Indikator 8.26 erfasst). Die Anwendung als Vergleichsindikator setzt die Umrechnung des Personals der Gesundheitsämter bzw. unteren Gesundheitsbehörden auf Vollzeitäquivalente und Einwohner voraus.

### Datenhalter

- ▶ Oberste Landesgesundheitsbehörden
- ▶ Statistische Landesämter

### Datenquelle

- ▶ Erhebungen der obersten Landesgesundheitsbehörden
- ▶ Fortschreibung des Bevölkerungsstandes

### Periodizität

Jährlich, 31.12.

### Validität

Dieser Indikator ist länderabhängig. Eine Beurteilung der Vollständigkeit und Zuverlässigkeit der Daten kann nicht erfolgen. Ein Vergleich der Zahlen zwischen den Ländern ist nicht sinnvoll.

### Kommentar

Zum Personal zählen alle Personen, die in den unteren Gesundheitsbehörden und den dazu gehörenden Einrichtungen tätig sind, unabhängig von ihren Berufsabschlüssen. Alle voll- und teilzeitbeschäftigten Personen werden auf Vollkräfte umgerechnet.

Ist eine Berechnung in Vollzeitäquivalenten nicht möglich, kann das Personal des öffentlichen Gesundheitsdienstes auch in Personen ausgewiesen werden. Im Indikator 8.27 wird nur das Personal der Gesundheitsämter bzw. der unteren Gesundheitsbehörden erfasst. Im Indikator 8.26 werden zusätzlich Personen erfasst, die in den obersten Landesgesundheitsbehörden tätig sind. Deshalb wird im Indikator 8.26 mehr Personal ausgewiesen, als im Indikator 8.27. Die amtliche *Statistik der Berufe des Gesundheitswesens* des Statistischen Bundesamtes wurde ab 2001 ausgesetzt. Einige Länder haben vereinbart, diese Statistik weiterzuführen und als Datenquelle für diesen Indikator zu verwenden.

Der vorliegende Indikator ist ein Prozessindikator.

### Vergleichbarkeit

Es gibt keine vergleichbaren WHO-, OECD- und vorgesehene EU-Indikatoren. Der Indikator entspricht im Wesentlichen dem bisherigen Indikator 6.19. Zusätzlich wurde eine Aufgliederung nach Geschlecht vorgenommen.

### Originalquellen

- Publikationen der Länder zu den verwendeten Datenquellen, z. B. Statistische Jahrbücher.

### Dokumentationsstand

05.06.2003, SenGesSozV-Berlin/lögd/StBA

Indikator (L) 8.27		Personal <sup>1</sup> im öffentlichen Gesundheitsdienst nach Geschlecht, Land im Regionalvergleich, Jahr			
Lfd. Nr.	Region	Vollzeitäquivalente*			
		insgesamt	weiblich	männlich	je 100 000 Einw.
1	<b>Regierungsbezirk</b>				
2					
3					
...					
	<b>Land</b>				

Datenquelle:  
 Oberste Landesgesundheitsbehörden:  
 Erhebungen der obersten Landesgesundheitsbehörden  
 Statistische Landesämter:  
 Fortschreibung des Bevölkerungsstandes

<sup>1</sup> Nur Personal der unteren Gesundheitsbehörden  
 \* Vollzeitäquivalente geben die Anzahl der auf die volle tarifliche Arbeitszeit umgerechneten Beschäftigten an. Ein Vollzeitäquivalent entspricht einem Vollzeitbeschäftigten.

8.28

## Apothekenpersonal nach Geschlecht, Land, im Zeitvergleich

### Definition

Dem Personal in Apotheken obliegt die ordnungsgemäße pharmazeutische Versorgung der Bevölkerung. Indikator 8.28 gibt einen geschlechtsdifferenzierten Überblick über das Apothekenpersonal. Außer Apothekerinnen und Apothekern in ambulanten, stationären oder sonstigen Tätigkeitsbereichen zählen pharmazeutische und nichtpharmazeutische Mitarbeiter (Apothekerassistenten, Pharmazeutisch-technische Assistenten, Pharmazeutisch-kaufmännische Angestellte einschließlich Apotheken-Facharbeiter, Pharmazie-Ingenieure, Apotheken-Assistenten, Pharmazeutische Assistenten, Pharmaziepraktikanten, Praktikanten zum Pharmazeutisch-technischen Assistenten, Auszubildende zum Pharmazeutisch-kaufmännischen Angestellten) zu dieser Personalgruppe.

Apotheker sind im Besitz einer Approbation bzw. Bestallung oder im Besitz einer Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des Apothekerberufes.

Es werden voll- und teilzeitbeschäftigte Personen ohne Umrechnung auf Vollzeitäquivalente erfasst.

### Datenhalter

- ▶ Apothekerkammern der Länder

### Datenquelle

- ▶ Statistik über Beschäftigte in Apotheken

### Periodizität

Jährlich, 31.12.

### Validität

Durch das Kammergesetz besteht Meldepflicht eines jeden Apothekers bei der Apothekerkammer an seinem Arbeits- bzw. Wohnort. Die Angaben umfassen Namen, akademische Grade und Titel, Geburtsdatum und -ort, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, Approbation oder Berufserlaubnis, Weiterbildung, berufliche Tätigkeit und Ort der Berufsausübung, Wohnsitz. Freiwillige Angaben können von Land zu Land unterschiedlich sein.

Durch die Meldepflicht der Apotheker und der Apothekenmitarbeiter in den Apothekerkammern kann von einer soliden Datenqualität ausgegangen werden.

### Kommentar

In den Apothekerkammern wird das gesamte Apothekenpersonal (Apotheker, pharmazeutische und nicht pharmazeutische Mitarbeiter) registriert.

Der vorliegende Indikator ist ein Prozessindikator.

### Vergleichbarkeit

Im WHO-Indikator 5311 275204 *Number of pharmacists (physical persons)* sind die Apotheker enthalten, jedoch nicht das in Apotheken tätige sonstige Personal als spezielle Untergruppe. Der OECD-Indikator *Practising pharmacists* beinhaltet Apotheker, die in ambulanten Apotheken arbeiten in Vollzeitäquivalenten. Der EU-Indikator *Number of pharmacists, employed persons per 100 000 population* ist umfassender als der Indikator 8.28. Die Angaben im vorliegenden Indikator entsprechen den *Insgesamt-Zahlen* des Apothekenpersonals im bisherigen Indikator 8.7.

**Originalquellen**

- ▶ Publikationen der Länder zu den verwendeten Datenquellen, z. B. Statistische Jahrbücher.

**Dokumentationsstand**

05.06.2003, SenGesSozV - Berlin/lögd/StBA

Indikator (K) 8.28		Apothekenpersonal <sup>1</sup> nach Geschlecht , Land, im Zeitvergleich				
Jahr	Apotheker			Sonstiges Apothekenpersonal		
	insgesamt	weiblich	männlich	insgesamt	weiblich	männlich
1990	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 8.28 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>					
1995						
2000						
2001						
...						
Berichtsjahr						

Datenquelle:  
Apothekerkammern der Länder:  
Statistik über Beschäftigte in Apotheken

<sup>1</sup> Apothekenpersonal in öffentlichen  
Apotheken, Krankenhausapotheken  
und sonstigen Bereichen

8.29

## **Apothekerinnen/Apotheker sowie sonstiges Apothekenpersonal nach Einrichtungen und Geschlecht, Land, Jahre**

### **Definition**

Dem Personal in Apotheken obliegt die ordnungsgemäße pharmazeutische Versorgung der Bevölkerung über öffentliche Apotheken und der Patienten über Krankenhausapotheken. Indikator 8.29 gibt einen geschlechts-, berufsgruppen- und einrichtungsorientierten Überblick des Apothekenpersonals eines Landes. Außer Apothekerinnen und Apotheker in ambulanten, stationären oder sonstigen Tätigkeitsbereichen zählen pharmazeutische und nichtpharmazeutische Mitarbeiter (Apothekerassistenten, Pharmazeutisch-technische Assistenten, Pharmazeutisch-kaufmännische Angestellte einschließlich Apotheken-Facharbeiter, Pharmazie-Ingenieuren, Apotheken-Assistenten, Pharmazeutischen Assistenten, Pharmaziepraktikanten, Praktikanten zum Pharmazeutisch-technischen Assistenten, Auszubildende zum Pharmazeutisch-kaufmännischen Angestellten) zu dieser Erfassungsgruppe.

Apotheker sind im Besitz einer Approbation bzw. Bestallung oder im Besitz einer Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des Apothekerberufes.

Die öffentlichen Apotheken dienen der ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung der Bevölkerung.

Krankenhausapotheken sind an Krankenhäuser angebunden und für die pharmazeutische Selbstversorgung oder auch zur Versorgung anderer Krankenhäuser mit Arzneimitteln zugelassen.

Sonstige Bereiche umfasst: Industrie, Verwaltung, Krankenkassen, Bundeswehr.

### **Datenhalter**

- ▶ Apothekerkammern der Länder

### **Datenquelle**

- ▶ Statistik der Beschäftigten in Apotheken

### **Periodizität**

Jährlich, 31.12.

### **Validität**

Durch das Kammergesetz besteht die Meldepflicht eines jeden Apothekers bei der Apothekerkammer an seinem Arbeits- bzw. Wohnort. Die Angaben umfassen Namen, akademische Grade und Titel, Geburtsdatum und -ort, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, Approbation oder Berufserlaubnis, Weiterbildung, berufliche Tätigkeit und Ort der Berufsausübung, Wohnsitz. Freiwillige Angaben können von Land zu Land unterschiedlich sein.

Durch die Meldepflicht der Apotheker und der Apothekenmitarbeiter in den Apothekerkammern kann von einer soliden Datenqualität ausgegangen werden.

### **Kommentar**

In den Apothekerkammern wird das gesamte Apothekenpersonal (Apotheker, pharmazeutische und nicht pharmazeutische Mitarbeiter) geführt.

Der vorliegende Indikator ist ein Prozessindikator.

### **Vergleichbarkeit**

Es gibt keine vergleichbaren WHO-, OECD- und EU-Indikatoren zum Apothekenpersonal auf regionaler Ebene. Es liegt Vergleichbarkeit zum bisherigen Indikator 8.7 vor.

### Originalquellen

- Publikationen der Länder zu den verwendeten Datenquellen, z. B. Statistische Jahrbücher.

### Dokumentationsstand

05.06.2003, SenGesSozV - Berlin/lögd/StBA

Indikator (L) 8.29	Apothekerinnen/Apotheker sowie sonstiges Apothekenpersonal nach Einrichtungen und Geschlecht, Land, Jahre		
Einrichtungen/ Berufsgruppen	Jahr	Jahr	Berichtsjahr
	Insgesamt		
Apothekerinnen/Apotheker insgesamt dav.: in öffentlichen Apotheken in Krankenhausapotheken in sonstigen Bereichen sonstiges Apothekenpersonal insg. dav.: in öffentlichen Apotheken in Krankenhausapotheken in sonstigen Bereichen dar.: Pharm.-techn. Assistentinnen/-en Apothekerassistentinnen/-en Pharm.-Kaufm. Angestellte*	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 8.29 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>		
	Weiblich		
Apothekerinnen insgesamt dav.: in öffentlichen Apotheken in Krankenhausapotheken in sonstigen Bereichen sonstiges Apothekenpersonal insg. dav.: in öffentlichen Apotheken in Krankenhausapotheken in sonstigen Bereichen dar.: Pharm.-techn. Assistentinnen Apothekerassistentinnen Pharm.-Kaufm. Angestellte*			
	Männlich		
Apotheker insgesamt dav.: in öffentlichen Apotheken in Krankenhausapotheken in sonstigen Bereichen sonstiges Apothekenpersonal insg. dav.: in öffentlichen Apotheken in Krankenhausapotheken in sonstigen Bereichen dar.: Pharm.-techn. Assistenten Apothekerassistenten Pharm.-Kaufm. Angestellte*			

Datenquelle:  
Apothekerkammern der Länder:  
Statistik über Beschäftigte in Apotheken

\* 1993 wurde die Berufsbezeichnung "Apothekenhelfer" in "Pharmazeutisch-kaufmännische Angestellte" geändert. Die Apotheken-Facharbeiter werden in dieser Rubrik mitgezählt





## **Themenfeld 9: Ausbildung im Gesundheitswesen**

---

**Auszubildende an Schulen des Gesundheitswesens,  
Berufsfachschulen und Fachschulen**

**Für ausgewählte Gesundheitsfachberufe erteilte  
Berufserlaubnisse**

**Erteilte Approbationen und Berufserlaubnisse**



## **Thematic domain 9: Education and training in the health sector**

**Trainees in health care schools and colleges**

**Selected licensed health professions**

**Registration and licensure to practice medicine and other professional licenses**

## Vorbemerkungen zu Themenfeld 9

Das Themenfeld 9 gibt einen Überblick über den zu erwartenden bzw. bereits ausgebildeten Nachwuchs in Berufen des Gesundheitswesens.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird bei der Angabe von Berufsbezeichnungen in einigen Fällen lediglich die allgemeine bzw. männliche Form genannt.

Indikator 9.1 erfasst die Auszubildenden in Berufen, die an Schulen des Gesundheitswesens erlernt werden. Dazu gehören die sog. übrigen Gesundheitsdienstberufe mit Ausnahme der Arzt-/Zahnarzthelfer/-innen, die den sozialen Berufen zugeordneten Alten-, Heilerziehungs- und Familienpfleger/-innen sowie die gesundheitssichernden Berufe.

Neu auf den Arbeitsmarkt kommen außerdem Personen mit einem der oben genannten Berufe, die ihre Ausbildung außerhalb von Deutschland absolviert und zur Ausübung ihres Berufes in Deutschland eine Berufserlaubnis erhalten haben. Die Zahl der erteilten Berufserlaubnisse in den jeweiligen Berufen wurde neu in den Indikatorensatz aufgenommen (Indikator 9.2).

Weiterhin werden die innerhalb eines Jahres erteilten Approbationen und Berufserlaubnisse zur Ausübung eines akademischen Heilberufes erfasst (Indikatoren 9.3 und 9.4). Erteilte Approbationen und Berufserlaubnisse sind, unabhängig vom späteren Tätigkeitsort, ein Gradmesser für den Nachwuchs in den Heilberufen. Beeinflusst wird dieser Nachweis durch die Ausbildungskapazität an den Hochschulen. Neu hinzugekommen ist der seit 1999 staatlich geregelte Beruf des Psychologischen Psychotherapeuten bzw. des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Die Klassifikation der Berufe ist der Gesundheitspersonalrechnung des Bundes entnommen. Strukturelle Verschiebungen können aus dem zeitlichen Vergleich abgelesen werden.

Datenquelle für die Indikatoren des Themenfelds 9 sind die Gesundheitsbehörden; die Datenqualität ist dadurch eingeschränkt, dass das Führen der Statistik nicht in allen Ländern auf einer landesrechtlichen Grundlage beruht. Nicht enthalten sind Gesundheitsberufe, die im dualen System ausgebildet werden, da z. Z. keine ausreichende Datenbasis zur Verfügung steht.

9.1

## Auszubildende an Schulen des Gesundheitswesens, Berufsfachschulen und Fachschulen, Land, Jahr

### Definition

Der Indikator 9.1 gibt einen Überblick über den zu erwartenden Nachwuchs in den Berufen, die an Schulen des Gesundheitswesens erlernt werden. Für die Gesundheitsbehörden bietet er eine der zur Planung von Ausbildungskapazitäten benötigten Grundlagen.

Die Schulen des Gesundheitswesens nehmen eine Sonderstellung zwischen der bundeseinheitlich geregelten betrieblichen Ausbildung nach dem Berufsbildungsgesetz bzw. der Handwerksordnung und dem rein länderspezifisch geregelten schulischen Ausbildungsteil des dualen Ausbildungssystems ein. Sie können als staatlich anerkannte Privatschulen organisiert, aber auch an ein Krankenhaus angegliedert und über dessen Pflegesätze finanziert werden. Die Abschlüsse sind staatlich anerkannt. Die *übrigen Gesundheitsdienstberufe* werden fast vollständig an diesen Schulen ausgebildet, eine Ausnahme bilden die Arzt-/Zahnarzthelfer/innen, die in der überwiegenden Mehrzahl ihren Beruf im dualen System erlernen. Unter Krankenschwestern/Hebammen sind auch die Angaben zu Kinderkrankenschwestern einzutragen. Weitere Berufsgruppen, die ihre Ausbildung an Schulen des Gesundheitswesens erhalten, sind die den sozialen Berufen zugeordneten Alten-, Heilerziehungs- und Familienpfleger/-innen sowie die gesundheitssichernden Berufe.

Die Anzahl der Auszubildenden von nicht gesondert aufgeführten Berufen wird unter *Andere Berufe im Gesundheitswesen* angegeben.

Die Klassifikation der Berufe ist der Gesundheitspersonalrechnung des Bundes entnommen.

### Datenhalter

- ▶ Oberste Landesgesundheitsbehörden

### Datenquelle

- ▶ Lehrgangstatistik der Schulen des Gesundheitswesens

### Periodizität

Jährlich, 15.10.

### Validität

Die Datenqualität hängt von der Genauigkeit der Erfassung in den Gesundheitsbehörden ab und kann in den Ländern sehr unterschiedlich sein.

### Kommentar

Die Zahl der Auszubildenden ist nicht identisch mit der Zahl der Ausbildungsplätze.

Die verwendeten Zahlen sind Stichtagszahlen der Landesgesundheitsbehörden.

Es handelt sich um einen Prozessindikator.

### Vergleichbarkeit

Die WHO führt keinen vergleichbaren Indikator. Es besteht nur eine sehr begrenzte Vergleichsmöglichkeit mit den OECD-Indikatoren *Education in health and welfare, health graduates (International Standard Classification of Education (ISCED 2, 3))* oder mit dem EU-Indikator *Health systems, Education: Number of nurses and midwives graduated*.

Der Indikator ist vergleichbar mit dem bisherigen Indikator 9.1, weist jedoch nicht mehr die früher enthaltene SOLL-Zahl der Ausbildungsplätze aus. Neu aufgenommen wurde die Differenzierung nach Geschlecht und Staatsangehörigkeit.

### Originalquellen

- Publikationen der Länder zu den verwendeten Datenquellen, z. B. Statistische Jahrbücher.

### Dokumentationsstand

04.02.2003, lögd/SenGesSozV - Berlin

Schule, Fachseminar für ...	Auszubildende			Aus- bildungsdauer in Monaten	
	ins- gesamt	davon:			darunter: ausländisch
		weiblich	männlich		
<b>Indikator (K)</b> <b>9.1</b>	<b>Auszubildende an Schulen des Gesundheitswesens, Berufsfachschulen und Fachschulen, Land, Jahr</b>				
<b>Übrige Gesundheitsdienstberufe</b> Diätassistenten Ergotherapeuten Heilpraktiker Helfer in der Krankenpflege Krankenschwestern/Hebammen Logopäden MTA für Funktionsdiagnostik MT Laboratoriumsassistenten MT Radiologieassistenten MT Veterinärassistenten Operationstechn. Assistenten Orthoptisten Pharmazeut.-techn. Assistenten Physiotherapeuten, Masseure/Med. Bademeister Podologen (Med. Fußpfleger) Zytologieassistenten  <b>Soziale Berufe</b> Altenpfleger Familienpfleger, Dorfhelfer Heilerziehungspfleger  <b>Gesundheitssichernde Berufe</b> Desinfektoren Gesundheitsaufseher Rettungsassistenten  <b>andere Berufe im Gesundheitswesen</b>  <b>Insgesamt</b>	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 9.1 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>				

Datenquelle:  
 Oberste Landesgesundheitsbehörden:  
 Lehrgangstatistik der Schulen des Gesundheitswesens



9.2

## Für ausgewählte Gesundheitsberufe erteilte Berufserlaubnisse an Personen, die die entsprechende Berufsausbildung nicht in Deutschland absolviert haben, Land, Jahre

### Definition

Der Indikator 9.2 weist die Anzahl der Personen mit übrigen Gesundheitsdienst-, sozialen oder gesundheitssichernden Berufen aus, die dem Arbeitsmarkt über die im Indikator 9.1 genannten (in Deutschland Ausgebildete) hinaus im Jahr neu zur Verfügung stehen.

Die Personen, die ihre Ausbildung außerhalb von Deutschland absolviert haben, dürfen nach Feststellung der Gleichwertigkeit und Erhalt der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung ihren Beruf in Deutschland ausüben. Da die einer Berufserlaubnis zu Grunde liegenden Bedingungen für innerhalb der EU bzw. in nicht der EU angehörenden Ländern Ausgebildete sehr unterschiedlich sind, wird dies mit gesonderter Ausweisung der entsprechenden Erlaubnisse neben der Gesamtzahl berücksichtigt.

Der Katalog der Berufe ist wie im Indikator 9.1 analog zur Klassifikation der Gesundheitspersonalrechnung des Bundes aufgebaut. Erlaubnisse für Kinderkrankenschwestern werden unter *Krankenschwestern/Hebammen*, für nicht gesondert aufgeführte Berufe unter *Andere Berufe im Gesundheitswesen* subsummiert.

### Datenhalter

- ▶ Oberste Landesgesundheitsbehörden

### Datenquelle

- ▶ Statistik über Berufserlaubnisse für nichtakademische Berufe

### Periodizität

Jährlich, 31.12.

### Validität

Im Rahmen der EU-Gesundheitsberichterstattung führen die Gesundheitsbehörden eine Statistik über erteilte Berufserlaubnisse an innerhalb der EU Ausgebildete. Bei Nachkommen der Meldepflicht ist auf eine gute Datenqualität zu schließen. Die Datenqualität der übrigen Berufserlaubnisse hängt von der Genauigkeit der Erfassung in den Gesundheitsbehörden ab und kann in den Ländern sehr unterschiedlich sein.

### Kommentar

Die verwendeten Zahlen beinhalten die innerhalb eines Jahres von den Gesundheitsbehörden erteilten Berufserlaubnisse.

Es handelt sich um einen Prozessindikator.

### Vergleichbarkeit

Es gibt keine vergleichbaren WHO-, OECD- und EU-Indikatoren. Der Indikator wurde neu aufgenommen.

### Originalquellen

- ▶ Publikationen der Länder zu den verwendeten Datenquellen, z. B. Statistische Jahrbücher.

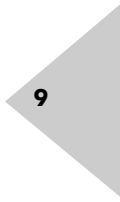
**Dokumentationsstand**

04.02.2003, lögd/SenGesSozV - Berlin

Berufsgruppe	Erteilte Berufserlaubnisse an Personen					
	Jahr			Berichtsjahr		
	ins- gesamt	mit Ausbildung		ins- gesamt	mit Ausbildung	
		in der Europ. Union (EU)	außerhalb der EU		in der Europ. Union (EU)	außerhalb der EU
<b>Übrige Gesundheitsdienstberufe</b>						
Diätassistenten						
Ergotherapeuten						
Helfer in der Krankenpflege						
Krankenschwestern/Hebammen						
Logopäden						
Med.-techn. Assistenten*						
Physiotherapeuten, Masseur/Med. Bademeister						
Podologen (Med. Fußpfleger)						
<b>Soziale Berufe</b>						
Altenpfleger						
Familienpfleger, Dorfhelfer						
Heilerziehungspfleger						
<b>Gesundheitssichernde Berufe</b>						
Desinfektoren						
Gesundheitsaufseher						
Rettungsassistenten						
<b>andere Berufe im Gesundheitswesen</b>						
<b>Insgesamt</b>						

Datenquelle:  
Oberste Landesgesundheitsbehörden:  
Statistik über Berufserlaubnisse für nichtakademische Berufe

\* MT Laboratoriums-, Röntgenassistenten  
und MTA für Funktionsdiagnostik



9.3  
9.4**Erteilte Approbationen nach Geschlecht, Land, im Zeitvergleich****Erteilte Berufserlaubnisse nach Geschlecht, Land, im Zeitvergleich****Definition**

Die Indikatoren geben Auskunft über die Zahl der im Laufe eines Jahres erteilten staatlichen Genehmigungen (in Form von Approbationen (9.3) oder zeitlich begrenzten Berufserlaubnisse (9.4)) zur Ausübung eines akademischen Heilberufes sowie über deren zeitliche Entwicklung.

Die Approbation ist die Genehmigung zur Berufsausübung, die entsprechend den Approbationsordnungen an Ärzte, Zahnärzte, Apotheker und nichtärztliche Psychotherapeuten erteilt wird. Die Zahl der erteilten Approbationen entspricht der Zahl der in einem Kalenderjahr die Berufsausbildung abschließenden Ärzte, Zahnärzte, Apotheker und nichtärztlichen Psychotherapeuten. Die Zahl der erteilten Approbationen ist nicht identisch mit der Zahl der in einem Berichtsjahr ihre Berufstätigkeit erstmals aufnehmenden Ärzte, Zahnärzte, Apotheker und nichtärztlichen Psychotherapeuten, da die Approbation kein Anstellungsverhältnis beinhaltet. Wer die o.a. Berufe in der Bundesrepublik Deutschland nur vorübergehend ausüben will, bedarf auch hierfür einer staatlichen Genehmigung. Diese wird in Form einer Berufserlaubnis befristet und in der Regel auf bestimmte Tätigkeiten beschränkt erteilt. Sie berechtigt in der Regel zur nicht selbstständigen und nicht leitenden Ausübung des jeweiligen Berufes unter der Aufsicht einer oder eines approbierten Berufsangehörigen.

Eine Berufserlaubnis kann erteilt werden, wenn die Antragstellerin oder der Antragsteller die jeweils erforderliche fachliche Befähigung in Form einer abgeschlossenen Berufsausbildung nachgewiesen hat. Darüber hinaus ist es erforderlich, dass sie oder er die deutsche bzw. die Staatsangehörigkeit eines EU- oder EWR-Staates hat oder in ihrer oder seiner Person ein sog. Privilegierungsgrund vorliegt.

**Datenhalter**

- ▶ Oberste Landesgesundheitsbehörden

**Datenquelle**

- ▶ Statistik über Approbationen und Berufserlaubnisse

**Periodizität**

Jährlich, 31.12.

**Validität**

Da die Approbationen und Berufserlaubnisse von den Landesgesundheitsbehörden erteilt werden, ist von der Vollständigkeit der Daten auszugehen. Die Datenqualität hängt von der Sorgfalt der Zusammenstellung in den Gesundheitsbehörden ab und kann von Land zu Land variieren.

**Kommentar**

Die verwendeten Zahlen sind Zusammenstellungen der Landesgesundheitsbehörden über die im Laufe eines Jahres erteilten Genehmigungen.

Die Ausbildung der Psychotherapeuten wird durch das am 01.01.1999 in Kraft getretene Psychotherapeutengesetz geregelt. Nach erfolgreich abgeschlossenem Staatsexamen wird die staatliche Genehmigung zur Ausübung des Berufes des Psychologischen Psychotherapeuten

bzw. des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erteilt.  
Es handelt sich um einen Prozessindikator.

### **Vergleichbarkeit**

Es gibt keine vergleichbaren WHO-, OECD- und EU-Indikatoren.

Der Indikator ist vergleichbar mit dem bisherigen Indikator 9.3. Hinzugekommen ist der durch Verkündung des Psychotherapeutengesetzes neu geschaffene Heilberuf des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

### **Originalquellen**

- ▶ Publikationen der Länder zu den verwendeten Datenquellen, z. B. Statistische Jahrbücher.

### **Dokumentationsstand**

04.02.2003, lögd/SenGesSozV - Berlin



<b>Indikator (K) 9.3</b>		<b>Erteilte Approbationen nach Geschlecht, Land, im Zeitvergleich</b>				
Jahr	Approbationen					
	Ärzte	Zahnärzte	Apotheker	Psychologische Psycho- therapeuten	Kinder- u. Jugendlichen- psychotherap.	
	Frauen					
1990						
1995						
2000						
2001						
...						
Berichtsjahr						
	Männer					
1990						
1995						
2000						
2001						
...						
Berichtsjahr						
	Insgesamt					
1990						
1995						
2000						
2001						
...						
Berichtsjahr						
	darunter: ausländisch					
1990						
1995						
2000						
2001						
...						
Berichtsjahr						

Datenquelle:  
 Oberste Landesgesundheitsbehörden:  
 Statistik über Approbationen und Berufserlaubnisse

Indikator (K) 9.4	Erteilte Berufserlaubnisse nach Geschlecht, Land, im Zeitvergleich					
	Jahr	Berufserlaubnisse				
		Ärzte		Zahn- ärzte	Apothe- ker	Psycho- logische Psycho- therapeuten
insgesamt	dar.: AiP					
	Frauen					
1990						
1995						
2000						
2001						
...						
Berichtsjahr						
	Männer					
1990						
1995						
2000						
2001						
...						
Berichtsjahr						
	Insgesamt					
1990						
1995						
2000						
2001						
...						
Berichtsjahr						
	darunter: ausländisch					
1990						
1995						
2000						
2001						
...						
Berichtsjahr						

Datenquelle:  
Oberste Landesgesundheitsbehörden:  
Statistik über Approbationen und Berufserlaubnisse





## Themenfeld 10: Ausgaben und Finanzierung

### **Gesundheitsausgaben**

- Gesundheitsausgaben insgesamt
- Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträgern
- Gesundheitsausgaben nach Leistungsarten
- Gesundheitsausgaben nach Einrichtungen

### **Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträgern und Leistungsarten**

- Öffentliche Haushalte
- Gesetzliche Krankenversicherung
- Soziale Pflegeversicherung
- Gesetzliche Rentenversicherung
- Gesetzliche Unfallversicherung
- Private Krankenversicherung
- Arbeitgeber
- Private Haushalte und private Organisationen ohne Erwerbszweck

### **Indikatoren zur Sozialversicherung**

- Zuzahlungen in der gesetzlichen Krankenversicherung
- Krankenversicherungsschutz der Bevölkerung
- Versichertenstruktur
- Entwicklung der Beitragssätze in der Sozialversicherung
- Einnahmen und Ausgaben der gesetzlichen Sozialversicherung
- Entwicklung der Beitrags- und sonstigen Einnahmen
- Entwicklung der Beitragssätze/beitragspflichtigen Einnahmen

### **Gesundheitsökonomische Basisdaten**

- Import-/Export-Saldo
- Bruttowertschöpfung je Beschäftigten

### **Einkommensleistungen nach Ausgabenträgern**

## **Thematic domain 10: Expenditure and funding**

### **Expenditure on health**

Total expenditure on health

Expenditure on health by financing bodies

Expenditure on health by kinds of services provided

Expenditure on health by institutions

### **Expenditure on health by financing bodies and kinds of services provided**

Public households

Statutory health insurance funds

Social nursing insurance

Statutory pension scheme

Statutory accident insurance funds

Private health insurance

Employers

Private households and private non-profit organisations

### **Social insurance indicators**

Out-of-pocket contributions under the statutory health insurance system

Health insurance coverage of the population

Persons insured in health insurances

Development of social insurance contribution rates

Income and expenditure of statutory social insurance companies

Development of contributions and other types of income

Development of contribution rates/assessable income

### **Health economic data**

Import-export balance

Gross added value per employed person

### **Income benefits by financing bodies**

## Vorbemerkungen zu Themenfeld 10

Indikatoren zu Ausgaben und zur Finanzierung des Gesundheitswesens waren bereits im 1991 veröffentlichten Indikatorensetz enthalten. Damals bezogen sich die Autoren darauf, dass die Daten aus verschiedenen Datenquellen zusammengetragen werden müssten, z. B. von den Krankenkassen, dem (damaligen) Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, dem Verband der Rentenversicherungsträger, den Haushaltsrechnungen der öffentlichen Haushalte, der Bundesanstalt für Arbeit, den gesetzlichen Unfallversicherungsträgern, den Statistischen Landesämtern usw. Im revidierten Indikatorensetz aus dem Jahre 1996 wurden diese Indikatoren vorerst ausgesetzt, da von den Ländern eingeschätzt wurde, dass erst umfassende Entwicklungsarbeit für die Weiterführung dieses Themenfeldes zu leisten ist. Dies betraf auch die Indikatoren zu den Kosten im Themenfeld 11.

Anfang des Jahres 2001 wurden vom Statistischen Bundesamt erste Ergebnisse der neuen Gesundheitsausgabenrechnung (GAR) veröffentlicht, die verbesserte Analysen und detailliertere Auswertungen zulassen. Die Methodik wurde im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes entwickelt und orientiert sich an der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung. Sie berücksichtigt eine neue Klassifikationsstruktur für Ausgabenträger, Leistungen, Einrichtungen und Ausgabenarten. Während die neuen Klassifikationen durchgängig für alle Indikatoren des Themenfeldes 10 angewendet werden, gelingt es gegenwärtig nur ausgewählten Ländern, die neue Gesundheitsausgabenrechnung anzuwenden. Deshalb werden die Indikatoren vorerst für fast alle Bundesländer noch als Bundesindikatoren zu führen sein. Zusätzlich gibt es eine von BASYS mit einem Bundesland vorgenommene Entwicklung, eine Gesundheitsausgabenrechnung für die Länder zu berechnen, die auf der Methodik der Gesundheitsausgabenrechnung des Bundes beruht und für die Länder zusätzlich länderspezifische Berechnungen teilweise mit geschätzten Werten vornimmt. Beide Methoden sind vergleichbar.

Ab dem Jahr 2004 strebt das Statistische Bundesamt an, die Gesundheitsausgabenrechnung in Deutschland kompatibel zur Gesundheitsausgabenrechnung der EU *System of Health Accounts* zu machen, indem die Investitionen *Ausgaben für Ausbildung und Forschung* aus den Gesundheitsausgaben herausgenommen werden und zu den *gesundheitsrelevanten Ausgaben* gezählt werden.

Im Themenfeld 10 wird eine Übersicht über alle Ausgabenträger gegeben, deren Angaben erstmals einer einheitlichen Methodik unterliegen. Die Finanzierung bei Pflegebedürftigkeit ist erstmals enthalten, da es die Soziale Pflegeversicherung erst seit dem Jahr 1995 gibt.

Entsprechend der bisherigen Tradition werden mehrere Indikatoren zur Situation der Krankenversicherung weitergeführt.

## 10.1

**Gesundheitsausgaben, Deutschland/Land, im Zeitvergleich****Definition**

Eine der wichtigsten Kennziffern der Gesundheitsausgabenrechnung ist der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt (BIP). Dieser Anteil setzt die Gesundheitsausgaben, d. h. die konsumierten Gesundheitsgüter und -dienstleistungen in Bezug zum Wert aller produzierten Waren und Dienstleistungen einer Berichtsperiode (ohne Vorleistungen). Die Entwicklung dieser Kennziffer ist vor dem Hintergrund der Entwicklung der Gesundheitsausgaben insgesamt sowie des Bruttoinlandsprodukts zu betrachten.

Die neue Gesundheitsausgabenrechnung (GAR) gestattet es, die gesundheitsbezogenen Ausgaben, die im Berichtsjahr von den verschiedenen Ausgabenträgern getätigt wurden, zusammenzuführen. Sie stellt eine Weiterentwicklung der alten GAR mit Abstimmung zum System der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen dar.

Gesundheitsausgaben umfassen alle Ausgaben für die Sachleistungssegmente: Prävention/Gesundheitsschutz, ärztliche Leistungen, pflegerische/therapeutische Leistungen, Leistungen zum Ausgleich krankheitsbedingter Folgen, Unterkunft und Verpflegung, Waren, Transporte und Verwaltungsleistungen. Ausgaben für Forschungs- und Ausbildungsleistungen, für Investitionen und die getätigten Einkommensleistungen werden nicht im Kernbereich der Gesundheitsausgabenrechnung dargestellt. Diese Positionen werden aus methodischen Gründen lediglich am Rande der eigentlichen Gesundheitsausgabenrechnung ab dem Jahr 2004 nachrichtlich ausgewiesen.

Das Bruttoinlandsprodukt bezieht sich auf die gesamte wirtschaftliche Leistung entsprechend dem System der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen des Bundes und der Länder.

**Datenhalter**

- ▶ Statistisches Bundesamt
- ▶ Statistische Landesämter

**Datenquelle**

- ▶ Gesundheitsausgabenrechnung

**Periodizität**

Jährlich, 31.12.

**Validität**

Die Gesundheitsausgabenrechnung basiert zum größten Teil auf den Daten der Sozialversicherungen. Die wichtigsten Quellen sind die Rechnungsergebnisse der gesetzlichen Krankenversicherung, der sozialen Pflegeversicherung, der gesetzlichen Rentenversicherung, der gesetzlichen Unfallversicherung sowie der privaten Krankenversicherung. Somit ist von einer sehr hohen Datenqualität auszugehen.

Das Sozialbudget des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung fließt als wichtigste Grundlage in die Berechnung der Einkommensleistungen ein.

Besondere Qualität erlangt die Gesundheitsausgabenrechnung durch die detaillierte Darstellung der Ausgaben nach Leistungsarten und Einrichtungen. Dazu werden die einzelnen Ausgabenpositionen aus den Rechnungsergebnissen anteilig auf die damit entgoltenen Leistungen verteilt. Es wird also nicht nur nach dem Schwerpunktprinzip die gesamte Position der Leistung zugeordnet, die den größten Umfang hatte. Voraussetzung für eine so präzise und diffe-

renzierte Zuordnung der Gesundheitsausgaben ist eine Vielzahl zusätzlicher Informationen aus unterschiedlichen Quellen (u. a. aus den Frequenzstatistiken der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und des Verbands der Privaten Krankenversicherung e.V.).

Umgesetzt wird die Aufgliederung der Gesundheitsaufgaben auf Leistungsarten und Einrichtungen mit Hilfe von Schlüsseln. Diese Schlüssel beschreiben, wie sich eine Ausgabenposition anteilig auf die verschiedenen Leistungsarten und Einrichtungen verteilt. Die Schlüssel werden auf Grundlage von Berechnungen und Schätzungen gewonnen. Die Ermittlung der Schlüssel unterliegt einer jährlichen Aktualitäts- und Qualitätsprüfung.

### **Kommentar**

Für das Berichtsjahr 1998 wurden die Ergebnisse des Statistischen Bundesamtes erstmalig nach der neuen Gesundheitsausgabenrechnung (GAR) veröffentlicht. In der neuen GAR werden nur die Ausgaben für den letzten Verbrauch sowie die Investitionen erfasst. Die in der GAR nachgewiesenen Ausgaben entsprechen den laufenden Gesamtausgaben der OECD. Einkommensleistungen werden nicht zu den Gesundheitsausgaben gezählt, sondern separat ausgewiesen, um Doppelzählungen zu vermeiden. Die neue GAR hat drei Darstellungsdimensionen. Hierzu gehört die Darstellung der Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträgern, Leistungsarten und Einrichtungen. Der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt liegt für Deutschland bei ca. 11%.

Der Indikator gehört zu den Prozessindikatoren.

### **Vergleichbarkeit**

Nicht vergleichbar mit dem WHO-Indikator 6710 340102 *Total health expenditure as % of GDP*. Vergleichbar mit dem OECD-Indikator *Total current expenditure on health*, wenn der % Anteil am BIP zusätzlich berechnet wird. Vergleichbar mit den EU-Indikatoren zu *National expenditure on health and Total/public/private expenditure on health*. Im bisherigen Indikatorennetz der Länder gab es keinen vergleichbaren Indikator.

### **Originalquellen**

- ▶ Informationssystem für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (IS-GBE): <http://www.gbe-bund.de>.
- ▶ Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2003): *Gesundheit - Ausgaben und Personal 2001*. Presseexemplar. Wiesbaden.

### **Dokumentationsstand**

24.02.2003 lögd/StBA/Rheinland-Pfalz/BASYS



Jahr	Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt (BIP)			
	in Mio €		in % des BIP	
	Deutschland	Land	Deutschland	Land
1998	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 10.1 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>			
2000				
2001				
...				
Berichtsjahr				

Datenquelle:  
 Statistisches Bundesamt/Statistische Landesämter:  
 Gesundheitsausgabenrechnung



## 10.2

**Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträgern, Deutschland/Land, Jahr****Definition**

Die neue Gesundheitsausgabenrechnung (GAR) ist eine Zusammenstellung der gesundheitsbezogenen Ausgaben, die im Berichtsjahr von den verschiedenen Ausgabenträgern getätigt wurden. Sie stellt eine Weiterentwicklung der alten GAR mit stärkerer Orientierung am System der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung dar.

Gesundheitsausgaben umfassen alle Ausgaben für die Sachleistungssegmente: Prävention/Gesundheitsschutz, ärztliche Leistungen, pflegerische/therapeutische Leistungen, Leistungen zum Ausgleich krankheitsbedingter Folgen, Unterkunft und Verpflegung, Waren, Transporte und Verwaltungsleistungen.

Ausgaben für Forschungs- und Ausbildungsleistungen, für Investitionen und die getätigten Einkommensleistungen werden nicht im Kernbereich der Gesundheitsausgabenrechnung dargestellt. Diese Positionen werden aus methodischen Gründen lediglich am Rande der eigentlichen Gesundheitsausgabenrechnung ab dem Jahr 2004 nachrichtlich ausgewiesen.

In der neuen GAR werden Einkommensleistungen nicht mehr zu den Gesundheitsausgaben gezählt, sondern separat ausgewiesen, um Doppelzählungen zu vermeiden.

Nach der Klassifikation der Gesundheitsausgabenrechnung des Bundes sind Ausgabenträger öffentliche und private Institutionen, die Gesundheitsleistungen finanzieren. Dies sind im Einzelnen die öffentlichen Haushalte, die gesetzliche Krankenversicherung, die soziale Pflegeversicherung, die gesetzliche Rentenversicherung, die gesetzliche Unfallversicherung, die private Krankenversicherung (inkl. privater Pflege-Pflichtversicherung), Arbeitgeber, private Haushalte und private Organisationen ohne Erwerbszweck. Aus der Berechnung Ausgaben je Einwohner ist ersichtlich, wie viel Euro pro Jahr für die medizinische Versorgung ausgegeben werden. Es ist auch erkennbar, wie viel Euro private Haushalte und private Organisationen ausgeben.

**Datenhalter**

- ▶ Statistisches Bundesamt
- ▶ Statistische Landesämter

**Datenquelle**

- ▶ Gesundheitsausgabenrechnung

**Periodizität**

Jährlich, 31.12.

**Validität**

Aussagen zur Validität und Qualität der Daten siehe Indikator 10.1.

**Kommentar**

Für das Berichtsjahr 1998 wurden die Ergebnisse des Statistischen Bundesamtes erstmalig nach der neuen Gesundheitsausgabenrechnung (GAR) veröffentlicht. In der neuen GAR werden nur die Ausgaben für den letzten Verbrauch sowie die Investitionen erfasst. Die in der GAR nachgewiesenen Ausgaben entsprechen den laufenden Gesamtausgaben der OECD. Traditionell ist die gesetzliche Krankenversicherung mit mehr als 50% der größte Ausgabenträger, es folgen

die privaten Haushalte und privaten Organisationen ohne Erwerbszweck sowie die private Krankenversicherung, die seit dem Jahr 1995 auch die private Pflegeversicherung einschließt. Der Indikator gehört zu den Prozessindikatoren.

### Vergleichbarkeit

Es gibt keinen vergleichbaren Indikator im HFA21-Indikatorenset. Teilweise vergleichbar mit OECD- und EU-Indikatoren zu *Health expenditures and financing /total/public/private*.

Im bisherigen GMK-Indikator 10.01 sollten die Ausgaben nach Ausgabenträgern erfasst werden. Das war den Ländern aufgrund der Datenlage nicht möglich. Außerdem ist inzwischen die soziale Pflegeversicherung als Ausgabenträger hinzugekommen. Die privaten Haushalte wurden in diesem Indikator mit den privaten Organisationen ohne Erwerbszweck zusammengeführt. Demzufolge besteht nur geringe Vergleichbarkeit.

### Originalquellen

- ▶ Informationssystem für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (IS-GBE): <http://www.gbe-bund.de>.
- ▶ Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2003): Gesundheit - Ausgaben und Personal 2001. Presseexemplar. Wiesbaden.

### Dokumentationsstand

24.02.2003 lögd/StBA/Rheinland-Pfalz/BASYS

Ausgabenträger	Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträgern, Deutschland/Land, Jahr					
	Gesundheitsausgaben					
	Deutschland			Land		
	in Mio. €	in %	je Einw.	in Mio. €	in %	je Einw.
<b>Insgesamt</b>	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 10.2 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>					
davon:						
öffentliche Haushalte						
gesetzliche Krankenversicherung						
soziale Pflegeversicherung						
gesetzliche Rentenversicherung						
gesetzliche Unfallversicherung						
private Krankenversicherung*						
Arbeitgeber						
private Haushalte u. private Organisationen o. Erwerbszweck						
Nachrichtlich: Einkommensleistungen						

Datenquelle:  
Statistisches Bundesamt/Statistische Landesämter:  
Gesundheitsausgabenrechnung

\* ab 1995 einschließlich der privaten  
Pflegeversicherung

## 10.3

**Gesundheitsausgaben nach Leistungsarten, Deutschland/Land, Jahre****Definition**

Der Indikator weist aus, wie hoch die Gesundheitsausgaben für verschiedene Leistungsarten sind. Gesundheitsausgaben umfassen alle Ausgaben für die folgenden Leistungsarten: Prävention/Gesundheitsschutz, ärztliche Leistungen, pflegerische/therapeutische Leistungen, Leistungen zum Ausgleich krankheitsbedingter Folgen, Unterkunft und Verpflegung, Waren, Transporte und Verwaltungsleistungen. Ausgaben für Forschungs- und Ausbildungsleistungen, für Investitionen und die getätigten Einkommensleistungen werden nicht im Kernbereich der Gesundheitsausgabenrechnung (GAR) dargestellt. Diese Positionen werden aus methodischen Gründen lediglich am Rande der eigentlichen Gesundheitsausgabenrechnung ab dem Jahr 2004 nachrichtlich ausgewiesen. Die Kennziffer *Ausgaben je Einwohner*, z. B. für die Früherkennung von Krankheiten hilft, Transparenz herzustellen, wie viel Euro pro Bürger für bestimmte Leistungen im Jahr ausgegeben werden. Die Klassifikation der Leistungsarten wurde für die neue GAR weiterentwickelt und unterscheidet sich wesentlich von der alten GAR. Die neue Definition erfolgt ausschließlich nach funktionalen Gesichtspunkten und nicht mehr sowohl nach funktionalen als auch nach professionellen und/oder institutionellen Gesichtspunkten. Die Neudefinition soll dem Umstand Rechnung tragen, dass sich durch die Spezialisierung der Einrichtungen die Leistungserbringung verschieben kann. Ferner soll die neue Begriffsbestimmung die internationale Vergleichbarkeit erleichtern.

**Datenhalter:** ▶ Statistisches Bundesamt ▶ Statistische Landesämter

**Datenquelle:** ▶ Gesundheitsausgabenrechnung

**Periodizität**

Jährlich, 31.12.

**Validität**

Aussagen zur Validität und Qualität der Daten siehe Indikator 10.1.

**Kommentar**

In der Gesundheitsausgabenrechnung sind 60 Leistungsartenschlüssel enthalten, aus denen 23 Leistungsarten gebildet werden. Dadurch ist es möglich, die Ausgaben nach diesen Leistungsarten aufzulisten. In der neuen GAR werden nur die Ausgaben für den letzten Verbrauch sowie die Investitionen erfasst. Die in der GAR nachgewiesenen Ausgaben entsprechen den laufenden Gesamtausgaben der OECD. Erstmals wurden die Gesundheitsausgaben nach Leistungsarten für das Berichtsjahr 1998 für alle Ausgabenträger nach der neuen Gesundheitsausgabenrechnung (GAR) ermittelt. Einkommensleistungen sind nicht enthalten.

Der vorliegende Indikator ist ein Prozessindikator.

**Vergleichbarkeit**

Die Ausgaben für Arzneimittel nach OECD-SHA Gliederung sind nicht genau identisch, da in Deutschland auch Ausgaben für Arzneimittel im Krankenhaus erfasst werden. Nicht vergleichbar mit den WHO-Indikatoren 6770 992708 *Pharmaceutical expenditure, as % of total health expenditure* und 6780 992707 *Pharmaceutical expenditure, PPP\$ per capita*. Hier sollte für den internationalen Vergleich der Indikator *Ausgaben in Apotheken* verwendet werden. Ab dem Jahr 2004 sind die Gesundheitsausgaben mit EU- und OECD-Angaben kompatibel.

**Originalquellen**

- ▶ Informationssystem für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (IS-GBE):  
http://www.gbe-bund.de.
- ▶ Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2003): Gesundheit - Ausgaben und Personal 2001.  
Presseexemplar. Wiesbaden.

**Dokumentationsstand**

24.02.2003 lögd/StBA/Rheinland-Pfalz/BASYS

Leistungsarten	Gesundheitsausgaben					
	Jahr			Berichtsjahr		
	in Mio. €	in %	je Einw.	in Mio. €	in %	je Einw.
<b>Indikator (B/L) 10.3</b>	<b>Gesundheitsausgaben nach Leistungsarten, Deutschland/Land, Jahre</b>					
<b>Insgesamt</b>						
davon:						
Prävention/Gesundheitsschutz						
allg. Gesundheitsschutz						
Gesundheitsförderung						
Früherkennung v. Krankh.						
Gutachten und Koordination						
Förderung der Selbsthilfe						
ärztliche Leistungen						
Grundleistungen						
Sonderleistungen						
Laborleistungen						
strahlendiagnostische Leist.						
pflegerische/therapeut. Leist.						
pflegerische Leistungen						
therapeutische Leistungen						
Mutterschaftsleistungen						
Ausgleich						
krankheitsbedingter Folgen						
Unterkunft/Verpflegung						
Waren						
Arzneimittel						
Hilfsmittel						
Zahnersatz						
sonstiger medizinischer Bedarf						
Transporte						
Verwaltungsleistungen						
Nachrichtlich:						
Einkommensleistungen*						
Investitionen*						
Forschung*						
Ausbildung*						

[Sprung zu Daten des Indikators 10.3 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes](#)

Datenquelle:  
Statistisches Bundesamt/Statistische Landesämter:  
Gesundheitsausgabenrechnung

\* ab dem Veröffentlichungsjahr 2004  
nicht mehr in der Summe der  
Gesundheitsausgaben enthalten

10.4

## Gesundheitsausgaben je Einwohner nach Einrichtungen, Deutschland/Land, im Zeitvergleich

### Definition

Mit diesem Indikator wird ermittelt, welcher Anteil der Gesundheitsausgaben auf die einzelnen Einrichtungen fällt. Der Indikator gibt an, wie viel Kaufkraft dem Gesundheitswesen pro Einwohner zur Verfügung gestellt wird.

Die Berechnung dieser Kennziffer wurde nach Einführung der neuen Gesundheitsausgabenrechnung (GAR) möglich, in der alle gesundheitsbezogenen Ausgaben, die im Berichtsjahr von den verschiedenen Ausgabenträgern getätigt wurden, zusammengeführt werden. Sie stellt eine Weiterentwicklung der alten GAR mit Abstimmung zum System der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen dar.

Die Gesundheitsausgaben je Einwohner werden nach den Einrichtungen des Gesundheitswesens gegliedert. Dazu gehören: Einrichtungen des Gesundheitsschutzes (öffentlicher Gesundheitsdienst, sonstige Einrichtungen des Gesundheitsschutzes), ambulante Einrichtungen (Arzt-, Zahnarztpraxen, Praxen sonstiger medizinischer Berufe, Apotheken, Gesundheitshandwerk/-einzelhandel, ambulante Pflege, sonstige Einrichtungen), stationäre/teilstationäre Einrichtungen (Krankenhäuser, Vorsorge-/Rehabilitationseinrichtungen, stationäre/teilstationäre Pflege, berufliche/soziale Rehabilitation), Krankentransporte/Rettungsdienste, Verwaltung, sonstige Einrichtungen und private Haushalte, Ausland (Importe), Investitionen.

### Datenhalter

- ▶ Statistisches Bundesamt
- ▶ Statistische Landesämter

### Datenquelle

- ▶ Gesundheitsausgabenrechnung

### Periodizität

Jährlich, 31.12.

### Validität

Aussagen zur Validität und Qualität der Daten siehe Indikator 10.1.

### Kommentar

Für das Berichtsjahr 1998 wurden die Ergebnisse des Statistischen Bundesamtes erstmalig nach der neuen Gesundheitsausgabenrechnung (GAR) veröffentlicht. In der neuen GAR werden nur die Ausgaben für den letzten Verbrauch sowie die Investitionen erfasst. Die in der GAR nachgewiesenen Ausgaben entsprechen den laufenden Gesamtausgaben der OECD. Einkommensleistungen werden nicht mehr zu den Gesundheitsausgaben gezählt, sondern separat ausgewiesen, um Doppelzählungen zu vermeiden. Die neue GAR hat drei Darstellungsdimensionen. Hierzu gehört die Darstellung der Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträgern, Leistungsarten und Einrichtungen.

Der Indikator gehört zu den Prozessindikatoren.

### Vergleichbarkeit

Vergleichbar mit dem Indikator im HFA21 Indikatorensetz der WHO 6720 992701 *Total health expenditure PPP\$ per capita*. Vergleichbar mit der Berechnungsmethodik der OECD (ab dem

Jahr 2004). Mitgliedsländer der OECD liefern ihre Daten an die OECD, diese übergibt die Daten der WHO. Die EU verwendet für ihre Indikatoren zu *Health expenditures and financing* die OECD-Methodik.

Im bisherigen Indikatorensatz der Länder gab es keinen vergleichbaren Indikator, der die Gesundheitsausgaben aller Einrichtungen für alle Ausgabenträger je Einwohner beinhaltet hat.

**Originalquellen**

- ▶ Informationssystem für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (IS-GBE): <http://www.gbe-bund.de>.
- ▶ Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2003): *Gesundheit - Ausgaben und Personal 2001*. Presseexemplar. Wiesbaden.

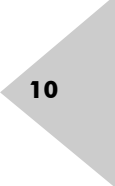
**Dokumentationsstand**

24.02.2003 lögd/StBA/Rheinland-Pfalz/BASYS

Indikator (B/L) 10.4	Gesundheitsausgaben je Einwohner nach Einrichtungen, Deutschland/ Land, im Zeitvergleich					
Jahr	Gesundheitsausgaben je Einwohner in €					
	Insgesamt	Gesundheits-schutz	ambulante Einrichtungen	stationäre/teil-stationäre Einrichtungen	Krankentrans-porte/Rettungs-dienste	sonstige Einrichtungen*
1998	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 10.4 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>					
2000						
2001						
...						
Berichtsjahr						

Datenquelle:  
 Statistisches Bundesamt/Statistische Landesämter:  
 Gesundheitsausgabenrechnung

\* enthalten: Verwaltung, sonstige Einrichtungen und private Haushalte, Ausland





10.5

## Gesundheitsausgaben nach Leistungsarten und Einrichtungen, Deutschland/Land, Jahr

### Definition

Der Indikator weist aus, wie hoch die Gesundheitsausgaben der einzelnen Einrichtungen des Gesundheitswesens für die einzelnen Leistungsarten sind.

Gliederung Leistungsarten siehe Indikator 10.3.

Gliederung Einrichtungen siehe Indikator 10.4.

### Datenhalter

- ▶ Statistisches Bundesamt
- ▶ Statistische Landesämter

### Datenquelle

- ▶ Gesundheitsausgabenrechnung

### Periodizität

Jährlich, 31.12.

### Validität

Aussagen zur Validität und Qualität der Daten siehe Indikator 10.1.

### Kommentar

Für das Berichtsjahr 1998 wurden die Ergebnisse des Statistischen Bundesamtes erstmalig nach der neuen Gesundheitsausgabenrechnung (GAR) veröffentlicht. In der neuen GAR werden nur die Ausgaben für den letzten Verbrauch sowie die Investitionen erfasst. Die in der GAR nachgewiesenen Ausgaben entsprechen den laufenden Gesamtausgaben der OECD. Einkommensleistungen werden nicht mehr zu den Gesundheitsausgaben gezählt, sondern separat ausgewiesen, um Doppelzählungen zu vermeiden. Die neue GAR hat drei Darstellungsdimensionen. Hierzu gehört die Darstellung der Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträgern, Leistungsarten und Einrichtungen.

Der Indikator gehört zu den Prozessindikatoren.

### Vergleichbarkeit

Es gibt keinen vergleichbaren Indikator der WHO. Vergleichbar mit der Berechnungsmethodik der OECD. Mitgliedsländer der OECD liefern ihre Daten an die OECD, diese übergibt die Daten der WHO. Teilweise vergleichbar mit Indikatoren der EU zu *Expenditure on in-patient and out-patient care*.

Im bisherigen Indikatorensetz der Länder gab es keinen vergleichbaren Indikator.

### Originalquellen

- ▶ Informationssystem für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (IS-GBE): <http://www.gbe-bund.de>.
- ▶ Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2003): Gesundheit - Ausgaben und Personal 2001. Presseexemplar. Wiesbaden.

### Dokumentationsstand

24.02.2003 Iögd/StBA/Rheinland-Pfalz/BASYS

Leistungsarten	Einrichtungen							
	insgesamt	Gesundheitsschutz	ambul. Einrichtungen	stat./teilstat. Einrichtungen	Kranken-transporte/ Rettungsdienste	Verwaltung	sonst. Einrichtungen/priv. Haushalte	Ausland
in Mio. €								
<b>Insgesamt</b> davon: <b>Prävention/ Gesundheitsschutz</b> allg. Gesundheitsschutz Gesundheitsförderung Früherkennung v. Krankh. Gutachten/Koordination Förderung der Selbsthilfe <b>ärztliche Leistungen</b> Grundleistungen Sonderleistungen Laborleistungen strahlendiagn. Leist. <b>pfleger./therapeut. Leist.</b> pflegerische Leistungen therapeut. Leistungen Mutterschaftsleistungen <b>Ausgleich krankheitsbedingter Folgen</b> <b>Unterkunft/Verpflegung</b> <b>Waren</b> Arzneimittel Hilfsmittel Zahnersatz sonstiger med. Bedarf <b>Transporte</b> <b>Verwaltungsleistungen</b> <b>Nachrichtlich:</b> Einkommensleistungen* Investitionen* Forschung* Ausbildung*	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 10.5 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>							

Datenquelle:  
 Statistisches Bundesamt/Statistische Landesämter:  
 Gesundheitsausgabenrechnung

\* ab dem Veröffentlichungsjahr 2004  
 nicht mehr in der Summe der  
 Gesundheitsausgaben enthalten

## 10.6

**Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträgern und Einrichtungen, Deutschland/Land, Jahr****Definition**

Aus dem vorliegenden Indikator wird erkennbar, in welcher Höhe sich die einzelnen Ausgabenträger an den Kosten für die Einrichtungen des Gesundheitsschutzes, für ambulante, stationäre und teilstationäre Einrichtungen, für Einrichtungen des Krankentransportes/Rettungsdienstes beteiligen, aber auch, wie hoch der Aufwand für Einrichtungen der Verwaltung, Behandlung im Ausland und Investitionen ist. Der höchste Anteil der Gesundheitsausgaben entfällt auf ambulante und stationäre/teilstationäre Leistungen. Mit der neuen Gesundheitsausgabenrechnung (GAR) ist es möglich, die gesundheitsbezogenen Ausgaben der verschiedenen Ausgabenträger nach Einrichtungen zusammenzustellen.

Gliederung Ausgabenträger siehe Indikator 10.2.

Gliederung Einrichtungen siehe Indikator 10.4.

**Datenhalter**

- ▶ Statistisches Bundesamt
- ▶ Statistische Landesämter

**Datenquelle**

- ▶ Gesundheitsausgabenrechnung

**Periodizität:** Jährlich, 31.12.

**Validität**

Aussagen zur Validität und Qualität der Daten siehe Indikator 10.1.

**Kommentar**

Für das Berichtsjahr 1998 wurden die Ergebnisse des Statistischen Bundesamtes erstmalig nach der neuen Gesundheitsausgabenrechnung (GAR) veröffentlicht. In der neuen GAR werden nur die Ausgaben für den letzten Verbrauch sowie die Investitionen erfasst. Die in der Gesundheitsausgabenrechnung nachgewiesenen Ausgaben entsprechen den laufenden Ausgaben der OECD. Im vorliegenden Indikator werden die Dimensionen Ausgabenträger und Einrichtungen dargestellt.

Im Gegensatz zum früheren GMK-Indikator 10.1 sind die Ausgabenträger *private Haushalte und private Organisationen ohne Erwerbszweck* zu einem Ausgabenträger verschmolzen.

Es handelt sich um einen Prozessindikator.

**Vergleichbarkeit**

Es gibt keinen vergleichbaren WHO-Indikator. Die Summe der Ausgabenträger öffentliche Haushalte, gesetzliche Krankenversicherung (GKV), soziale Pflegeversicherung (SPfV), gesetzliche Rentenversicherung (GRV), gesetzliche Unfallversicherung (GUV) ist vergleichbar mit dem OECD-Indikator *Public expenditure on health*. Bedingt vergleichbar mit EU-Indikatoren zu *Health expenditure on in-patient, out-patient and home care services*.

Im bisherigen Indikatorensetz der Länder gab es in den Indikatoren 10.2 bis 10.6 Übersichten nach einzelnen Ausgabenarten für einige Ausgabenträger wie öffentliche Haushalte, Krankenversicherung, Rentenversicherung. Eine Gesamtschau der Ausgaben nach Einrichtungen war bisher nicht möglich, deshalb gibt es keine Vergleichbarkeit der Indikatoren.

**Originalquellen**

- ▶ Informationssystem für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (IS-GBE):  
<http://www.gbe-bund.de>.
- ▶ Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2003): Gesundheit - Ausgaben und Personal 2001.  
Presseexemplar. Wiesbaden.

**Dokumentationsstand**

24.02.2003 lögd/StBA/Rheinland-Pfalz/BASYS

**Indikator (B/L)**  
**10.6**

**Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträgern und Einrichtungen, Deutschland/Land, Jahr**

Ausgabenträger	Einrichtungen					
	Insgesamt	Gesundheitschutz	ambul. Einrichtungen	stat./teilstat. Einrichtungen	Kranken-transporte/ Rettungsdienste	Verwaltung
in Mio. €						
<b>Insgesamt</b>	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 10.6 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>					
davon:						
öffentliche Haushalte						
gesetzliche Krankenversicherung						
soziale Pflegeversicherung						
gesetzliche Rentenversicherung						
gesetzliche Unfallversicherung						
private Krankenversicherung						
Arbeitgeber						
private Haushalte u. private Organisationen o. Erwerbszweck						

Datenquelle:  
Statistisches Bundesamt/Statistische Landesämter:  
Gesundheitsausgabenrechnung

Einrichtungen					Ausgabenträger
sonstige Einricht. u. private Haushalte	Ausland (B)	in %	Nachrichtlich: Investitionen*/ Forschung*/ Ausbildung*	Nachrichtlich: Einkommens- leistungen*	
in Mio. €			in Mio. €		
					<b>Insgesamt</b>
					davon:
					öffentliche Haushalte
					gesetzliche Krankenversicherung
					soziale Pflegeversicherung
					gesetzliche Rentenversicherung
					gesetzliche Unfallversicherung
					private Krankenversicherung
					Arbeitgeber
					private Haushalte u. private Organisationen o. Erwerbszweck

\* ab dem Veröffentlichungsjahr 2004  
nicht mehr in der Summe der  
Gesundheitsausgaben enthalten

10.7

## Gesundheitsausgaben nach Leistungsarten und Ausgaben-trägern, Deutschland/Land, Jahr

### Definition

Der Indikator gibt einen Überblick über die gesundheitsbezogenen Ausgaben, die von den einzelnen Ausgabenträgern für die einzelnen Leistungsarten erbracht werden.

Ausgaben für Investitionen, Forschung und Ausbildung werden nicht im Kernbereich der Gesundheitsausgabenrechnung (GAR) dargestellt. Diese Positionen werden aus methodischen Gründen ab dem Jahr 2004 lediglich nachrichtlich ausgewiesen. Die Angabe der Einkommensleistungen dient der zusätzlichen Information und ist ebenfalls nachrichtlich ausgewiesen.

Gliederung Leistungsarten siehe Indikator 10.3.

Gliederung Ausgabenträger siehe Indikator 10.2.

### Datenhalter

- ▶ Statistisches Bundesamt
- ▶ Statistische Landesämter

### Datenquelle

- ▶ Gesundheitsausgabenrechnung

### Periodizität

Jährlich, 31.12.

### Validität

Aussagen zur Validität und Qualität der Daten siehe Indikator 10.1.

### Kommentar

Für das Berichtsjahr 1998 wurden die Ergebnisse des Statistischen Bundesamtes erstmalig nach der neuen Gesundheitsausgabenrechnung (GAR) veröffentlicht. In der neuen GAR werden nur die Ausgaben für den letzten Verbrauch sowie die Investitionen erfasst. Die in der Gesundheitsausgabenrechnung nachgewiesenen Ausgaben entsprechen den laufenden Ausgaben der OECD.

Im vorliegenden Indikator werden die Dimensionen Leistungsarten und Ausgabenträger zusammengeführt.

Der Indikator gehört zu den Prozessindikatoren.

### Vergleichbarkeit

Es gibt keine vergleichbaren WHO-Indikatoren. Bedingt vergleichbar mit OECD-Indikatoren zu *Expenditure on health and financing total/public/private* und mit EU-Indikatoren *Health expenditure by fund source divided by: government, social security, out-of-pocket, private insurance, other*.

Es gibt keinen vergleichbaren Indikator im bisherigen Indikatorensetz.

### Originalquellen

- ▶ Informationssystem für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (IS-GBE): <http://www.gbe-bund.de>.
- ▶ Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2003): *Gesundheit - Ausgaben und Personal 2001*. Presseexemplar. Wiesbaden.

- ▶ Publikationen der Länder zu den verwendeten Datenquellen, z. B. Statistische Jahrbücher.

**Dokumentationsstand**

24.02.2003 lögd/StBA/Rheinland-Pfalz/BASYS



**Indikator (B/L)  
10.7**

**Gesundheitsausgaben nach Leistungsarten und Ausgabenträgern, Deutschland/Land, Jahr**

Leistungsarten	Ausgabenträger				
	insgesamt	öffentliche Haushalte	gesetzliche Krankenversicherung	soziale Pflegeversicherung	gesetzliche Rentenversicherung
	in Mio. €				
<b>Insgesamt</b>					
davon:					
Prävention/Gesundheitsschutz					
ärztliche Leistungen					
pflegerische/therapeut. Leistungen					
Ausgleich krankheitsbedingter Folgen					
Unterkunft/Verpflegung					
Waren					
Transporte					
Verwaltungsleistungen					
Nachrichtlich:					
Einkommensleistungen*					
Investitionen*					
Forschung*					
Ausbildung*					

[Sprung zu Daten des Indikators 10.7 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes](#)

Datenquelle:  
Statistisches Bundesamt/Statistische Landesämter:  
Gesundheitsausgabenrechnung

\* ab dem Veröffentlichungsjahr 2004  
nicht mehr in der Summe der  
Gesundheitsausgaben enthalten

Ausgabenträger				Leistungsarten
gesetzliche Unfallversicherung	private Krankenversicherung	Arbeitgeber	private Haushalte/private Organisationen o. Erwerbszweck	
in Mio. €				
				<b>Insgesamt</b> davon: Prävention/Gesundheitsschutz ärztliche Leistungen pflegerische/therapeut. Leistungen Ausgleich krankheitsbedingter Folgen Unterkunft/Verpflegung Waren Transporte Verwaltungsleistungen Nachrichtlich: Einkommensleistungen* Investitionen* Forschung* Ausbildung*

10.8

## Gesundheitsausgaben der öffentlichen Haushalte nach Leistungsarten, Land, Jahre

### Definition

Der Indikator weist die Gesundheitsausgaben der öffentlichen Haushalte nach Leistungsarten aus, die aus Steuereinnahmen bestritten werden.

Ausgaben für Investitionen, Forschung und Ausbildung werden nicht im Kernbereich der Gesundheitsausgabenrechnung (GAR) dargestellt. Diese Positionen werden aus methodischen Gründen ab dem Jahr 2004 lediglich nachrichtlich ausgewiesen. Die Angabe der Einkommensleistungen dient der zusätzlichen Information und ist ebenfalls nachrichtlich ausgewiesen.

Gliederung Leistungsarten siehe Indikator 10.3.

### Datenhalter

- ▶ Statistisches Bundesamt
- ▶ Statistische Landesämter

### Datenquelle

- ▶ Gesundheitsausgabenrechnung

### Periodizität

Jährlich, 31.12.

### Validität

Aussagen zur Validität und Qualität der Daten siehe Indikator 10.1.

### Kommentar

Die Landes- und Gemeindefinanzstatistik, die auf der Basis des Gesetzes über die Statistiken der öffentlichen Finanzen und des Personals im öffentlichen Dienst (Finanz- und Personalstatistikgesetz aus dem Jahr 1992) beruht, gewährt einen umfassenden Überblick über die Tätigkeit der öffentlichen Verwaltung und ermöglicht eine systematische Untersuchung der Einnahmen- und Ausgabenstruktur der Gebietskörperschaften. Mittelpunkt der Landes- und Gemeindefinanzstatistik ist die Haushaltsrechnungsstatistik, die eine Aufteilung des kommunalen Haushaltes in einen Verwaltungs- und in einen Vermögenshaushalt vorsieht. Die Gliederung des kommunalen Haushaltes erfolgt nach bestimmten Aufgabenbereichen. Berichtspflichtig sind Land, Gemeinden und Gemeindeverbände, einschl. Krankenhäuser mit kaufmännischem Rechnungswesen und kommunale Zweckverbände.

Die publizierte Gliederung der Ausgaben der öffentlichen Haushalte sieht solche Aufgabenbereiche wie

Gesundheit, Sport, Erholung,

Bildungswesen, Wissenschaft, Forschung, kulturelle Angelegenheiten,

soziale Sicherheit, soziale Kriegsfolgeaufgaben, Wiedergutmachung

usw. vor, die nicht der in diesem Indikator vorgesehenen spezifischen Ausgabenstruktur entsprechen. Die Ausgabenrechnung der öffentlichen Haushalte muss an die neue Gesundheitsausgabenrechnung des Bundes angepasst werden. Gegenwärtig besteht eine unzureichende Kompatibilität zwischen beiden Berichtssystemen.

Der Indikator gehört zu den Prozessindikatoren.

### Vergleichbarkeit

Es gibt keine vergleichbaren WHO- und EU-Indikatoren. Vergleichbar mit OECD-Indikatoren zu *Expenditure on prevention and public health total/public/private* und *Expenditure on health administration and insurance (total/public/private)*. Die Ausgaben des öffentlichen Dienstes wurden im bisherigen GMK-Indikator 10.3 erfasst. Der Indikator ist aufgrund der neuen Leistungsartenklassifikation nicht vergleichbar.

### Originalquellen

- ▶ Informationssystem für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (IS-GBE): <http://www.gbe-bund.de>.
- ▶ Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2003): Gesundheit - Ausgaben und Personal 2001. Presseexemplar. Wiesbaden.
- ▶ Publikationen der Länder zu den verwendeten Datenquellen, z. B. Statistische Jahrbücher.

### Dokumentationsstand

24.02.2003 lögd/StBA/Rheinland-Pfalz/BASYS

Leistungsarten	Gesundheitsausgaben					
	Jahr			Berichtsjahr		
	in Mio. €	in %	je Einw.	in Mio. €	in %	je Einw.
<b>Indikator (L) 10.8</b>	<b>Gesundheitsausgaben der öffentlichen Haushalte nach Leistungsarten, Land, Jahre</b>					
<b>Insgesamt</b>	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 10.8 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>					
davon:						
Prävention/Gesundheitsschutz						
ärztliche Leistungen						
pflegerische/ therapeutische Leistungen						
Ausgleich krankheitsbedingter Folgen						
Unterkunft/Verpflegung						
Waren						
Transporte						
Verwaltungsleistungen						
Nachrichtlich:						
Einkommensleistungen*						
Investitionen*						
Ausbildung*						
Forschung*						

Datenquelle:  
Statistisches Bundesamt/Statistische Landesämter:  
Gesundheitsausgabenrechnung

\* ab dem Veröffentlichungsjahr 2004  
nicht mehr in der Summe der  
Gesundheitsausgaben enthalten

10.9

## Gesundheitsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung nach Leistungsarten, Land, Jahre

### Definition

Der Indikator weist die Gesundheitsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung nach Leistungsarten aus. Traditionell ist die gesetzliche Krankenversicherung der größte Ausgabenträger.

Der gesetzlichen Krankenversicherung gehören entsprechend dem Sozialgesetzbuch (§ 4 SGB V) die Allgemeinen Ortskrankenkassen, Betriebskrankenkassen, Innungskrankenkassen, die See-Krankenkasse, die Landwirtschaftlichen Krankenkassen, die Bundesknappschaft sowie die Ersatzkassen an. Nicht einbezogen sind hier die privaten Krankenversicherungen.

Ausgaben für Investitionen, Forschung und Ausbildung werden nicht im Kernbereich der Gesundheitsausgabenrechnung (GAR) dargestellt. Diese Positionen werden aus methodischen Gründen ab dem Jahr 2004 lediglich nachrichtlich ausgewiesen. Die Angabe der Einkommensleistungen dient der zusätzlichen Information und ist ebenfalls nachrichtlich ausgewiesen.

Gliederung Leistungsarten siehe Indikator 10.3.

### Datenhalter

- ▶ Statistisches Bundesamt
- ▶ Statistische Landesämter

### Datenquelle

- ▶ Gesundheitsausgabenrechnung

### Periodizität

Jährlich, 31.12.

### Validität

Aussagen zur Validität und Qualität der Daten siehe Indikator 10.1.

### Kommentar

Der überwiegende Anteil der Kosten für die medizinische Versorgung wird von der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht.

Der Indikator gehört zu den Prozessindikatoren.

### Vergleichbarkeit

Es besteht keine direkte Vergleichbarkeit mit WHO- und EU-Indikatoren. Vergleichbar mit OECD-Indikatoren *Expenditure on health administration and insurance (total/public/private)*. Mit dem bisherigen GMK-Indikator 10.2 ist der vorliegende Indikator nur bedingt vergleichbar, da sich die Klassifikation der Ausgabenarten geändert hat.

### Originalquellen

- ▶ Informationssystem für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (IS-GBE): <http://www.gbe-bund.de>.
- ▶ Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2003): Gesundheit - Ausgaben und Personal 2001. Presseexemplar. Wiesbaden.
- ▶ Publikationen der Länder zu den verwendeten Datenquellen, z. B. Statistische Jahrbücher.

**Dokumentationsstand**

24.02.2003 lögd/StBA/Rheinland-Pfalz/BASYS

Leistungsarten	Gesundheitsausgaben					
	Jahr			Berichtsjahr		
	in Mio. €	in %	je Einw.	in Mio. €	in %	je Einw.
<b>Insgesamt</b>						
davon:						
Prävention/Gesundheitsschutz						
ärztliche Leistungen						
pflegerische/ therapeutische Leistungen						
Ausgleich krankheitsbedingter Folgen						
Unterkunft/Verpflegung						
Waren						
Transporte						
Verwaltungsleistungen						
Nachrichtlich:						
Einkommensleistungen*						
Investitionen*						
Ausbildung*						
Forschung*						

[Sprung zu Daten des Indikators 10.9 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes](#)

Datenquelle:  
Statistisches Bundesamt/Statistische Landesämter:  
Gesundheitsausgabenrechnung

\* ab dem Veröffentlichungsjahr 2004  
nicht mehr in der Summe der  
Gesundheitsausgaben enthalten

10.10

## Gesundheitsausgaben der sozialen Pflegeversicherung nach Leistungsarten, Land, Jahre

### Definition

Der Indikator weist die Gesundheitsausgaben der sozialen Pflegeversicherung, dem jüngsten Zweig der Sozialversicherung, nach Leistungsarten aus.

In den Schutz der sozialen Pflegeversicherung sind kraft Gesetz alle einbezogen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. Träger der sozialen Pflegeversicherung sind die Pflegekassen; ihre Aufgaben werden von den Krankenkassen (§ 4 SGB V) wahrgenommen. Die Ausgaben der Pflegeversicherung werden durch Beiträge der Mitglieder und der Arbeitgeber finanziert. Leistungen bei häuslicher Pflege erhalten die Versicherten seit dem 1. April 1995, bei stationärer Pflege seit dem 1. Juli 1996.

Ausgaben für Investitionen, Forschung und Ausbildung werden nicht im Kernbereich der Gesundheitsausgabenrechnung (GAR) dargestellt. Diese Positionen werden aus methodischen Gründen ab dem Jahr 2004 lediglich nachrichtlich ausgewiesen. Die Angabe der Einkommensleistungen dient der zusätzlichen Information und ist ebenfalls nachrichtlich ausgewiesen.

Gliederung Leistungsarten siehe Indikator 10.3.

### Datenhalter

- ▶ Statistisches Bundesamt
- ▶ Statistische Landesämter

### Datenquelle

- ▶ Gesundheitsausgabenrechnung

### Periodizität

Jährlich, 31.12.

### Validität

Aussagen zur Validität und Qualität der Daten siehe Indikator 10.1.

### Kommentar

Die Einführung der Pflegeversicherung hat zu einer Erhöhung des Leistungsumfangs und als Konsequenz zu einem Anstieg der Gesundheitsausgaben geführt. Die Ausgaben der Pflegeversicherung werden von den pflegerischen Leistungen dominiert. Über 90 % der Ausgaben beziehen sich auf pflegerische Leistungen.

Der Indikator gehört zu den Prozessindikatoren.

### Vergleichbarkeit

Es gibt keine vergleichbaren WHO-, OECD- und EU-Indikatoren. Im bisherigen Indikatorensetz der Länder gab es keinen Indikator zur sozialen Pflegeversicherung.

### Originalquellen

- ▶ Informationssystem für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (IS-GBE): <http://www.gbe-bund.de>.
- ▶ Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2003): Gesundheit - Ausgaben und Personal 2001. Presseexemplar. Wiesbaden.
- ▶ Publikationen der Länder zu den verwendeten Datenquellen, z. B. Statistische Jahrbücher.

**Dokumentationsstand**

24.02.2003 lögd/StBA/Rheinland-Pfalz/BASYS

Leistungsarten	Gesundheitsausgaben					
	Jahr			Berichtsjahr		
	in Mio. €	in %	je Einw.	in Mio. €	in %	je Einw.
<b>Insgesamt</b>						
davon:						
Prävention/Gesundheitsschutz						
ärztliche Leistungen						
pflegerische/ therapeutische Leistungen						
Ausgleich krankheitsbedingter Folgen						
Unterkunft/Verpflegung						
Waren						
Transporte						
Verwaltungsleistungen						
Nachrichtlich:						
Einkommensleistungen*						
Investitionen*						
Ausbildung*						
Forschung*						

[Sprung zu Daten des Indikators 10.10 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes](#)

Datenquelle:  
Statistisches Bundesamt/Statistische Landesämter:  
Gesundheitsausgabenrechnung

\* ab dem Veröffentlichungsjahr 2004  
nicht mehr in der Summe der  
Gesundheitsausgaben enthalten



10.11

## Gesundheitsausgaben der gesetzlichen Rentenversicherung nach Leistungsarten, Land, Jahre

### Definition

Der Indikator weist die Gesundheitsausgaben der gesetzlichen Rentenversicherung nach Leistungsarten aus.

Die gesetzliche Rentenversicherung, also die Rentenversicherung der Arbeiter, der Angestellten und die knappschaftliche Rentenversicherung, ist das größte soziale Sicherungssystem in der Bundesrepublik Deutschland. Sie erbringt gesundheitsbezogene Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, die im vorliegenden Indikator ausgewiesen werden, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie ergänzende Leistungen. Renten, die wegen Alters, wegen verminderter Erwerbsfähigkeit oder wegen Todes geleistet werden, sind in den ausgewiesenen Gesundheitsausgaben nicht enthalten. Ausgaben für Forschungs- und Ausbildungsleistungen, für Investitionen und Einkommensleistungen werden ab dem Jahr 2004 nachrichtlich ausgewiesen, da sie nicht zum Kernbereich der Gesundheitsausgabenrechnung (GAR) zählen. Die Angabe der Einkommensleistungen dient der zusätzlichen Information und ist ebenfalls nachrichtlich ausgewiesen.

Gliederung Leistungsarten siehe Indikator 10.3.

### Datenhalter

- ▶ Statistisches Bundesamt
- ▶ Statistische Landesämter

### Datenquelle

- ▶ Gesundheitsausgabenrechnung

### Periodizität

Jährlich, 31.12.

### Validität

Aussagen zur Validität und Qualität der Daten siehe Indikator 10.1.

### Kommentar

Der Indikator gehört zu den Prozessindikatoren.

### Vergleichbarkeit

Es gibt keine vergleichbaren WHO-Indikatoren. Die in der Gesundheitsausgabenrechnung nachgewiesenen Ausgaben entsprechen den laufenden Gesundheitsausgaben der OECD. Der EU-Indikator *Expenditure on medical services* ist vergleichbar mit den Ausgaben für ärztliche Leistungen.

Aufgrund der Änderung der Klassifikation der Leistungsarten ist der Indikator mit dem bisherigen GMK-Indikator 10.4 nur bedingt vergleichbar.

### Originalquellen

- ▶ Informationssystem für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (IS-GBE): <http://www.gbe-bund.de>.
- ▶ Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2003): Gesundheit - Ausgaben und Personal 2001. Presseexemplar. Wiesbaden.

- Publikationen der Länder zu den verwendeten Datenquellen, z. B. Statistische Jahrbücher.

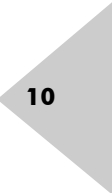
**Dokumentationsstand**

24.02.2003 lögd/StBA/Rheinland-Pfalz/BASYS

Leistungsorten	Gesundheitsausgaben					
	Jahr			Berichtsjahr		
	in Mio. €	in %	je Einw.	in Mio. €	in %	je Einw.
<b>Indikator (L) 10.11</b>	<b>Gesundheitsausgaben der gesetzlichen Rentenversicherung nach Leistungsarten, Land, Jahre</b>					
<b>Insgesamt</b>	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 10.11 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>					
davon:						
Prävention/Gesundheitsschutz						
ärztliche Leistungen						
pflegerische/ therapeutische Leistungen						
Ausgleich krankheitsbedingter Folgen						
Unterkunft/Verpflegung						
Waren						
Transporte						
Verwaltungsleistungen						
Nachrichtlich:						
Einkommensleistungen*						
Investitionen*						
Ausbildung*						
Forschung*						

Datenquelle:  
Statistisches Bundesamt/Statistische Landesämter:  
Gesundheitsausgabenrechnung

\* ab dem Veröffentlichungsjahr 2004  
nicht mehr in der Summe der  
Gesundheitsausgaben enthalten



10.12

## Gesundheitsausgaben der gesetzlichen Unfallversicherung nach Leistungsarten, Land, Jahre

### Definition

Der Indikator weist die Gesundheitsausgaben der gesetzlichen Unfallversicherung nach Leistungsarten aus.

Aufgabe der gesetzlichen Unfallversicherung (UV) ist es, nach Maßgabe der Vorschriften des SGB VII mit allen geeigneten Mitteln Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten sowie arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren zu verhüten und nach Eintritt von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten die Gesundheit und die Leistungsfähigkeit der Versicherten mit allen geeigneten Mitteln wiederherzustellen und sie oder ihre Hinterbliebenen durch Geldleistungen zu entschädigen. Nach Eintritt des Versicherungsfalles haben die Versicherten Anspruch auf die verschiedenen Leistungen der UV.

Ausgaben für Investitionen, Forschung und Ausbildung werden nicht im Kernbereich der Gesundheitsausgabenrechnung (GAR) dargestellt. Diese Positionen werden aus methodischen Gründen ab dem Jahr 2004 lediglich nachrichtlich ausgewiesen. Die Angabe der Einkommensleistungen dient der zusätzlichen Information und ist ebenfalls nachrichtlich ausgewiesen.

Gliederung Leistungsarten siehe Indikator 10.3.

### Datenhalter

- ▶ Statistisches Bundesamt
- ▶ Statistische Landesämter

### Datenquelle

- ▶ Gesundheitsausgabenrechnung

### Periodizität

Jährlich, 31.12.

### Validität

Aussagen zur Validität und Qualität der Daten siehe Indikator 10.1.

### Kommentar

Die gesetzliche Unfallversicherung gehört zum System der Sozialversicherung in Deutschland. Der Indikator ist ein Prozessindikator.

### Vergleichbarkeit

Es gibt keine vergleichbaren WHO-, OECD- und EU-Indikatoren. Im bisherigen Indikatorensetz der Länder gab es keinen vergleichbaren Indikator.

### Originalquellen

- ▶ Informationssystem für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (IS-GBE): <http://www.gbe-bund.de>.
- ▶ Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2003): Gesundheit - Ausgaben und Personal 2001. Presseexemplar. Wiesbaden.
- ▶ Publikationen der Länder zu den verwendeten Datenquellen, z. B. Statistische Jahrbücher.

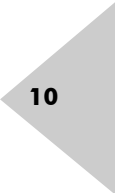
**Dokumentationsstand**

24.02.2003 lögd/StBA/Rheinland-Pfalz/BASYS

Leistungsarten	Gesundheitsausgaben					
	Jahr			Berichtsjahr		
	in Mio. €	in %	je Einw.	in Mio. €	in %	je Einw.
<b>Insgesamt</b>	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 10.12 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>					
davon:						
Prävention/Gesundheitsschutz						
ärztliche Leistungen						
pflegerische/ therapeutische Leistungen						
Ausgleich krankheitsbedingter Folgen						
Unterkunft/Verpflegung						
Waren						
Transporte						
Verwaltungsleistungen						
Nachrichtlich:						
Einkommensleistungen*						
Investitionen*						
Ausbildung*						
Forschung*						

Datenquelle:  
Statistisches Bundesamt/Statistische Landesämter:  
Gesundheitsausgabenrechnung

\* ab dem Veröffentlichungsjahr 2004  
nicht mehr in der Summe der  
Gesundheitsausgaben enthalten



10.13

## Gesundheitsausgaben der privaten Krankenversicherung nach Leistungsarten, Land, Jahre

### Definition

Dieser Indikator weist die Gesundheitsausgaben der privaten Krankenversicherung nach Leistungsarten aus. Die private Krankenversicherung übernimmt bei privat Versicherten die Kosten, die durch Erkrankung oder Unfall entstehen. Sie deckt die Kosten für medizinische Versorgung und durch Krankheit entstandene Einkommenseinbußen. Die Ausgaben der privaten Krankenversicherung werden durch die Beiträge der Mitglieder finanziert.

Ausgaben für Investitionen, Forschung und Ausbildung werden nicht im Kernbereich der Gesundheitsausgabenrechnung (GAR) dargestellt. Diese Positionen werden aus methodischen Gründen ab dem Jahr 2004 lediglich nachrichtlich ausgewiesen. Die Angabe der Einkommensleistungen dient der zusätzlichen Information und ist ebenfalls nachrichtlich ausgewiesen.

Gliederung Leistungsarten siehe Indikator 10.3.

### Datenhalter

- ▶ Statistisches Bundesamt
- ▶ Statistische Landesämter

### Datenquelle

- ▶ Gesundheitsausgabenrechnung

### Periodizität

Jährlich, 31.12.

### Validität

Aussagen zur Validität und Qualität der Daten siehe Indikator 10.1.

### Kommentar

Nach der Klassifikation der Ausgabenträger der neuen GAR enthält der Indikator sowohl die Gesundheitsausgaben der privaten Krankenversicherung als auch die Gesundheitsausgaben der privaten Pflege-Pflichtversicherung. Der Anteil der Gesundheitsausgaben der privaten Pflegeversicherung ist gering gegenüber den Gesundheitsausgaben der privaten Krankenversicherung.

Der Indikator gehört zu den Prozessindikatoren.

### Vergleichbarkeit

Es gibt keine vergleichbaren WHO- und EU-Indikatoren. Vergleichbar mit OECD-Indikatoren *Expenditure on health administration and insurance (total/public/private)*. Im bisherigen GMK-Indikatorensetz gab es keinen vergleichbaren Indikator.

### Originalquellen

- ▶ Informationssystem für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (IS-GBE): <http://www.gbe-bund.de>.
- ▶ Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2003): Gesundheit - Ausgaben und Personal 2001. Presseexemplar. Wiesbaden.
- ▶ Publikationen der Länder zu den verwendeten Datenquellen, z. B. Statistische Jahrbücher.

**Dokumentationsstand**

24.02.2003 lögd/StBA/Rheinland-Pfalz/BASYS

Leistungsarten	Gesundheitsausgaben					
	Jahr			Berichtsjahr		
	in Mio. €	in %	je Einw.	in Mio. €	in %	je Einw.
<b>Insgesamt</b>						
davon:						
Prävention/Gesundheitsschutz						
ärztliche Leistungen						
pflegerische/ therapeutische Leistungen						
Ausgleich krankheitsbedingter Folgen						
Unterkunft/Verpflegung						
Waren						
Transporte						
Verwaltungsleistungen						
Nachrichtlich:						
Einkommensleistungen*						
Investitionen*						
Ausbildung*						
Forschung*						

[Sprung zu Daten des Indikators 10.13 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes](#)

Datenquelle:  
Statistisches Bundesamt/Statistische Landesämter:  
Gesundheitsausgabenrechnung

\* ab dem Veröffentlichungsjahr 2004  
nicht mehr in der Summe der  
Gesundheitsausgaben enthalten

10.14

## Gesundheitsausgaben der Arbeitgeber nach Leistungsarten, Land, Jahre

### Definition

Der Indikator weist die Gesundheitsausgaben der Arbeitgeber nach Leistungsarten aus. Ausgaben für Investitionen, Forschung und Ausbildung werden nicht im Kernbereich der Gesundheitsausgabenrechnung (GAR) dargestellt. Diese Positionen werden aus methodischen Gründen ab dem Jahr 2004 lediglich nachrichtlich ausgewiesen. Die Angabe der Einkommensleistungen dient der zusätzlichen Information und ist ebenfalls nachrichtlich ausgewiesen.

Gliederung Leistungsarten siehe Indikator 10.3.

### Datenhalter

- ▶ Statistisches Bundesamt
- ▶ Statistische Landesämter

### Datenquelle

- ▶ Gesundheitsausgabenrechnung

### Periodizität

Jährlich, 31.12.

### Validität der Daten

Aussagen zur Validität und Qualität der Daten siehe Indikator 10.1.

### Kommentar

Die Ausgaben der Arbeitgeber konnten in der Vergangenheit in den Ländern wegen der unzureichenden Datenlage nicht ermittelt werden. Die GAR weist aus, dass von den Arbeitgebern hohe Einkommensleistungen für Entgeltfortzahlungen bei Krankheit oder Mutterschaft erbracht werden.

Der Indikator gehört zu den Prozessindikatoren.

### Vergleichbarkeit

Es gibt keine vergleichbaren WHO-, OECD- und EU-Indikatoren. Im bisherigen GMK-Indikatorensetz gab es keinen vergleichbaren Indikator. Im GMK-Indikator 10.1 waren die Arbeitgeber bei den Ausgabenträgern genannt, eine Untergliederung nach Leistungsarten gab es nicht.

### Originalquellen

- ▶ Informationssystem für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (IS-GBE): <http://www.gbe-bund.de>.
- ▶ Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2003): Gesundheit - Ausgaben und Personal 2001. Presseexemplar. Wiesbaden.
- ▶ Publikationen der Länder zu den verwendeten Datenquellen, z. B. Statistische Jahrbücher.

### Dokumentationsstand

24.02.2003 lögd/StBA/Rheinland-Pfalz/BASYS

Leistungsarten	Gesundheitsausgaben					
	Jahr			Berichtsjahr		
	in Mio. €	in %	je Einw.	in Mio. €	in %	je Einw.
<b>Insgesamt</b>	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 10.14 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>					
davon:						
Prävention/Gesundheitsschutz						
ärztliche Leistungen						
pflegerische/ therapeutische Leistungen						
Ausgleich krankheitsbedingter Folgen						
Unterkunft/Verpflegung						
Waren						
Transporte						
Verwaltungsleistungen						
Nachrichtlich:						
Einkommensleistungen*						
Investitionen*						
Ausbildung*						
Forschung*						

Datenquelle:  
Statistisches Bundesamt/Statistische Landesämter:  
Gesundheitsausgabenrechnung

\* ab dem Veröffentlichungsjahr 2004  
nicht mehr in der Summe der  
Gesundheitsausgaben enthalten



10.15

### **Gesundheitsausgaben der privaten Haushalte und privaten Organisationen ohne Erwerbszweck nach Leistungsarten, Land, Jahre**

#### **Definition**

Der Indikator weist die Gesundheitsausgaben der privaten Haushalte und privaten Organisationen ohne Erwerbszweck nach Leistungsarten aus. Die privaten Haushalte und privaten Organisationen ohne Erwerbszweck stehen auf Platz zwei der Ausgabenträger in Deutschland. Ausgaben für Investitionen, Forschung und Ausbildung werden nicht im Kernbereich der Gesundheitsausgabenrechnung (GAR) dargestellt. Diese Positionen werden aus methodischen Gründen ab dem Jahr 2004 lediglich nachrichtlich ausgewiesen. Die Angabe der Einkommensleistungen dient der zusätzlichen Information und ist ebenfalls nachrichtlich ausgewiesen.

Gliederung Leistungsarten siehe Indikator 10.3.

#### **Datenhalter**

- ▶ Statistisches Bundesamt
- ▶ Statistische Landesämter

#### **Datenquelle**

- ▶ Gesundheitsausgabenrechnung

#### **Periodizität**

Jährlich, 31.12.

#### **Validität**

Aussagen zur Validität und Qualität der Daten siehe Indikator 10.1.

#### **Kommentar**

Die Ausgabenträger *private Haushalte* und *private Organisationen ohne Erwerbszweck* wurden zu einem Ausgabenträger verschmolzen. Die Entwicklung der Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträgern zeigt, dass der stärkste Ausgabenzuwachs in den zurückliegenden Jahren für die privaten Haushalte/privaten Organisationen ohne Erwerbszweck zu verzeichnen ist.

Der Indikator gehört zu den Prozessindikatoren.

#### **Vergleichbarkeit**

Es gibt keine vergleichbaren WHO-Indikatoren. Vergleichbar mit dem OECD-Indikator *Out of pocket payments (households)*. Vergleichbar mit dem EU-Indikator *Distribution of household expenditure on health*.

Die Ausgaben der privaten Haushalte waren im bisherigen GMK-Indikator 10.1 enthalten, allerdings ohne Aufgliederung nach Leistungsarten.

#### **Originalquellen**

- ▶ Informationssystem für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (IS-GBE): <http://www.gbe-bund.de>.
- ▶ Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2003): *Gesundheit - Ausgaben und Personal 2001*. Presseexemplar. Wiesbaden.
- ▶ Publikationen der Länder zu den verwendeten Datenquellen, z. B. *Statistische Jahrbücher*.

**Dokumentationsstand**

24.02.2003 lögd/StBA/Rheinland-Pfalz/BASYS

Leistungsarten	Gesundheitsausgaben					
	Jahr			Berichtsjahr		
	in Mio. €	in %	je Einw.	in Mio. €	in %	je Einw.
<b>Insgesamt</b>						
davon:						
Prävention/Gesundheitsschutz						
ärztliche Leistungen						
pflegerische/ therapeutische Leistungen						
Ausgleich krankheitsbedingter Folgen						
Unterkunft/Verpflegung						
Waren						
Transporte						
Verwaltungsleistungen						
Nachrichtlich:						
Einkommensleistungen*						
Investitionen*						
Ausbildung*						
Forschung*						

[Sprung zu Daten des Indikators 10.15 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes](#)

Datenquelle:  
Statistisches Bundesamt/Statistische Landesämter:  
Gesundheitsausgabenrechnung

\* ab dem Veröffentlichungsjahr 2004  
nicht mehr in der Summe der  
Gesundheitsausgaben enthalten

10.16

## Zuzahlungen der privaten Haushalte nach Leistungsbe- reichen in der gesetzlichen Krankenversicherung, Land, Jahre

### Definition

Dieser Indikator weist den Umfang der direkten Beteiligung der Versicherten an den Kosten der versicherten Leistungen aus. Die Krankenversicherten finanzieren das Gesundheitswesen nicht nur durch Beiträge bzw. Steuern, sondern auch dadurch, dass sie für die von ihnen in Anspruch genommenen Leistungen teilweise Zuzahlungen entrichten. Diese direkte finanzielle Beteiligung der Versicherten an den Kosten bei der persönlichen Inanspruchnahme von versicherten Gesundheitsleistungen ist für einzelne Leistungsarten gesetzlich unterschiedlich definiert. SGB V § 23 Medizinische Vorsorgeleistungen, § 24 Medizinische Vorsorge für Mütter, § 29 Kieferorthopädische Behandlung, § 30 Zahnersatz, § 31 Arznei- und Verbandmittel, § 32 Heilmittel, § 33 Hilfsmittel, § 39 Krankenhausbehandlung, § 40 Medizinische Rehabilitation, § 41 Medizinische Rehabilitation für Mütter, § 60 Fahrkosten.

Beispielsweise betrug im Jahr 2000 die Höhe der Zuzahlungen aller GKV-Versicherten für Arzneimittel etwa 1,8 Mrd. Euro. Die Versicherten beteiligten sich demnach mit ca. 10 % an den Ausgaben der GKV für Arzneimittel.

### Datenhalter

- ▶ Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung

### Datenquelle

- ▶ Statistik der gesetzlichen Krankenversicherung

### Periodizität

Jährlich, 31.12.

### Validität

Aufgrund der geführten Kosten- und Zuzahlungsnachweise ist von einer guten Qualität und Validität der Daten auszugehen.

### Kommentar

Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung können unter bestimmten Voraussetzungen entweder ganz oder teilweise von den Zuzahlungen befreit werden. Die Härtefallvorschriften sind für alle Kassenarten abschließend und gleichermaßen verbindlich geregelt. Die Krankenkasse hat Versicherte bei unzumutbarer Belastung in bestimmten, gesetzlich enumerativ aufgeführten Fällen von Eigenanteilen oder Zuzahlungen nach Maßgabe des § 61 Abs. 2 SGB V vollständig zu befreien. Nach § 62 SGB V hat die Krankenkasse die dem Versicherten während eines Kalenderjahres entstehenden notwendigen Fahrkosten und Zuzahlungen in bestimmten Fällen sowie einen Teil der berechnungsfähigen Kosten bei der Versorgung mit Zahnersatz zu übernehmen, soweit sie die Belastungsgrenze, d. h. 2 % der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt, übersteigen.

Der Indikator gehört zu den Prozessindikatoren.

### Vergleichbarkeit

Es gibt keine vergleichbaren WHO-, OECD- und EU-Indikatoren. Im bisherigen Indikatorensetz der Länder gab es keinen vergleichbaren Indikator.

**Originalquellen**

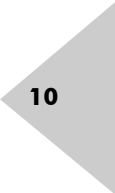
- ▶ Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung: <http://www.bmgs.bund.de>
- ▶ Informationssystem für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (IS-GBE): <http://www.gbe-bund.de>.
- ▶ Publikationen der Länder zu den verwendeten Datenquellen, z. B. Statistische Jahrbücher.

**Dokumentationsstand**

24.02.2003 lögd/StBA/Rheinland-Pfalz/BASYS

Leistungsbereich	Zuzahlungen					
	Jahr			Berichtsjahr		
	in Mio. €	in %	je GKV Versichert.	in Mio. €	in %	je GKV Versichert.
Arzneimittel	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 10.16 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>					
Krankenhausbehandlung						
Zahnersatz						
Behandlung in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen						
Fahrkosten						
Heilmittel						
Sehhilfen						
<b>Insgesamt</b>						

Datenquelle:  
 Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung:  
 Statistik der gesetzlichen Krankenversicherung



10.17

## Krankenversicherungsschutz der Bevölkerung, Land, im Zeitvergleich

### Definition

Gemäß Sozialgesetzbuch I hat jeder Bürger Recht auf Zugang zur Sozialversicherung. Wer Mitglied der Sozialversicherung ist, hat im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ein Recht auf die notwendigen Maßnahmen zum Schutz, zur Erhaltung, zur Besserung und zur Wiederherstellung der Gesundheit und der Leistungsfähigkeit sowie auf wirtschaftliche Sicherung bei Krankheit, Mutterschaft und Minderung der Erwerbsfähigkeit. Der Krankenversicherungsschutz erfolgt durch Mitgliedschaft in einer Krankenkasse. Krankenkassen lassen sich unterteilen in Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen, die See-Krankenkasse und andere Kassen und die Ersatzkassen. Heute zählen etwa 90 % der Bevölkerung zu den Mitgliedern der GKV. Dabei unterscheidet man zwischen Pflichtversicherten, freiwillig Versicherten und Familienversicherten.

Personen mit sonstigem Versicherungsschutz sind anspruchsberechtigt als Sozialhilfeempfänger, Kriegsschadenrentner oder Empfänger von Unterhaltshilfe aus dem Lastenausgleich, sowie als Angehörige der Freien Heilfürsorge oder der Polizei und Bundeswehr. Die Versicherten der privaten Krankenversicherung gliedern sich in Voll- und Zusatzversicherte Personen. Personen ohne Versicherungsschutz sind weder in der GKV noch in der PKV oder durch besondere Sicherungsformen krankenversichert.

### Datenhalter

- ▶ Statistische Landesämter

### Datenquelle

- ▶ Mikrozensus

### Periodizität

Jährlich, März - Mai

### Validität

In der Mikrozensus-Stichprobe wird eine hohe Ausschöpfung erzielt durch die Kombination von mündlicher Befragung durch Interviewer (als Erhebungsmethode erster Wahl) und schriftlicher Befragung (auf Wunsch des ausgewählten Haushalts bzw. bei Nichterreichbarkeit durch die Interviewer). Der Nonresponse wird möglichst gering gehalten durch mehrmalige Versuche der Interviewer, die Interviewpartner anzutreffen und durch Überprüfung und Nachfragen bei Antwortausfällen bzw. unplausiblen Antworten. Damit ist von einer ausreichenden Validität der Daten auszugehen.

### Kommentar

Der Mikrozensus ist eine jährlich durchgeführte Repräsentativbefragung einer 1% - Stichprobe aller Haushalte zur Ermittlung bevölkerungs- und erwerbsstatistischer Daten. Rechtsgrundlage ist das Gesetz zur Durchführung einer Repräsentativstatistik über die Bevölkerung und den Arbeitsmarkt sowie die Wohnsituation der Haushalte (Mikrozensusgesetz) in Verbindung mit dem Gesetz über die Statistik für Bundeszwecke (BStatG). Die organisatorische und technische Vorbereitung des Mikrozensus erfolgt im Statistischen Bundesamt. Für die Durchführung der Befragung und die Aufbereitung sind die Statistischen Landesämter zuständig. Der Mikrozensus ist überwiegend eine persönliche Befragung durch Interviewer. Bundesweit neh-

men rund 370 000 Haushalte mit 820 000 Personen am Mikrozensus teil. Neben Bundesergebnissen werden auch Ergebnisse für die einzelnen Bundesländer zur Verfügung gestellt. Grundsätzlich werden Auswertungen nach größeren regionalen Einheiten z. B. 500 000 Einwohnern vorgenommen. Im Rahmen der im Abstand von vier Jahren durchgeführten Zusatzprogramme werden u. a. Feststellungen über den Versicherungsschutz der Bevölkerung (inkl. Absicherung in der privaten Krankenversicherung) getroffen, auf denen der Indikator beruht. Der Indikator gehört zu den Prozessindikatoren.

**Vergleichbarkeit**

Es besteht keine Vergleichbarkeit mit WHO-Indikatoren. Teilweise vergleichbar mit den OECD-Indikatoren *Social security schemes* und *Private insurance (both private social insurance and all other private insurance funds)*. Bedingt vergleichbar mit dem EU-Indikator *Insurance coverage*. Der Indikator ist vergleichbar mit dem bisherigen GMK-Indikator 10.7.

**Originalquellen**

- ▶ Publikationen der Länder zu den verwendeten Datenquellen, z. B. Statistische Jahrbücher, Statistische Berichte zum Mikrozensus.

**Dokumentationsstand**

24.02.2003 lögd/StBA/Rheinland-Pfalz/BASYS

Indikator (L) 10.17		Krankenversicherungsschutz der Bevölkerung, Land, im Zeitvergleich			
Jahr	Personen ohne Versicherungsschutz	Personen mit Versicherungsschutz			
		Gesetzliche Krankenversicherung		Private Krankenversicherung	sonstiger Versicherungsschutz*
		Primärkassen	Ersatzkassen		
in 1 000					
1990		<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 10.17 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>			
1995					
1999					
2003					
...					
Berichtsjahr					

Datenquelle:  
Statistische Landesämter:  
Mikrozensus

\* Sozialhilfe, freie Heilfürsorge

10.18

### **Mitglieder und mitversicherte Familienangehörige der gesetzlichen Krankenversicherung nach Altersgruppen und Geschlecht, Land, Jahr**

#### **Definition**

Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung sind entsprechend SGB V alle versicherungspflichtigen Personen. Dazu gehören die Pflichtversicherten und die freiwillig Versicherten. Es besteht Versicherungspflicht für Arbeiter, Angestellte und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind, Landwirte, Künstler und Publizisten, behinderte Menschen, die in nach dem Schwerbehindertengesetz anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen oder in anerkannten Blindenwerkstätten tätig sind, sowie für weitere behinderte Menschen in Anstalten und Heimen, für Studenten im Studium oder während einer berufspraktischen Tätigkeit sowie für Personen, die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben. Weitere Bestimmungen regeln §§ 5 - 9 SGB V. Versicherte Familienangehörige sind der Ehegatte, der Lebenspartner und die Kinder von Mitgliedern (SGB V § 10).

Zu den gesetzlichen Krankenkassen gehören die Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK), die Betriebskrankenkassen (BKK), die Innungskrankenkassen (IKK), die See-Krankenkasse, die Landwirtschaftlichen Krankenkassen sowie die Krankenkasse der Bundesknappschaft (BuKn). Darüber hinaus gehören die Barmer Ersatzkasse (BEK), die Deutsche Angestellten-Krankenkasse (DAK), die Techniker Ersatzkasse (Techniker EK), die Brühler Ersatzkasse (EK), die Braunschweiger Kasse, die Gärtner Krankenkasse, die Hamburg Münchener EK, die Hamburger Zimmerer Krankenkasse, die Hanseatische EK, die Kaufmännische Krankenkasse, die Neptun Krankenkasse, die Schwäbisch Gmünder EK zu den Ersatzkassen für Arbeiter und Angestellte. Bundesverwaltungskassen wie die Bundespost Betriebskrankenkasse (BKK), die BKK des Bundesverkehrsministeriums, die BKK der Bundesbahn mit ihren Mitgliedern in Nordrhein-Westfalen wurden in den sog. Bundesverwaltungskassen zusammengefasst.

Die neue Statistik über die Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung (KM 6) fasst die früheren Statistiken KM 2 (Mitglieder) und KM 5 (Familienangehörige) zusammen.

#### **Datenhalter**

- ▶ Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung

#### **Datenquelle**

- ▶ KM 6-Statistik: Mitgliederstruktur

#### **Periodizität**

Jährlich, 31.12.

#### **Validität**

Die Statistik über die GKV-Versicherten wurde neu organisiert. Es ist von einer zunehmenden Qualität der Angaben auszugehen.

#### **Kommentar**

Die Angaben der Ersatzkassen sind im Indikator nicht enthalten, da die Versichertenstruktur teilweise nur auf der Bundesebene nach Altersgruppen und Geschlecht vorliegt.

Der Indikator gehört zu den demographischen Gesundheitsdeterminanten.

### **Vergleichbarkeit**

Es gibt keine vergleichbaren WHO-, OECD- und EU-Indikatoren. Der Indikator ist nur bedingt vergleichbar mit Angaben der bisherigen GMK-Indikatoren 10.8 und 10.9.

### **Originalquellen**

- ▶ Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung: <http://www.bmgs.bund.de>
- ▶ Informationssystem für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (IS-GBE): <http://www.gbe-bund.de>.
- ▶ Publikationen der Länder zu den verwendeten Datenquellen, z. B. Statistische Jahrbücher.

### **Dokumentationsstand**

24.02.2003 lögd/StBA/Rheinland-Pfalz/BASYS



Alter in Jahren	Versicherte Mitglieder und Familienangehörige					
	Mitglieder*			Familienangehörige		
	Frauen	Männer	Zusammen	Frauen	Männer	Zusammen
< 15						
15 - 19						
20 - 24						
25 - 29						
30 - 34						
35 - 39						
40 - 44						
45 - 49						
50 - 54						
55 - 59						
60 - 64						
65 - 69						
70 - 74						
75 - 79						
80 - 84						
85 - 89						
90 - 94						
95 u. mehr						
<b>Insgesamt</b>						

[Sprung zu Daten des Indikators 10.18 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes](#)

Datenquelle:  
Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung:  
KM 6-Statistik: Mitgliederstruktur

\* Mitglieder:  
Pflichtmitglieder, freiwillige  
Mitglieder, Rentner

Familienangehörige			Alter in Jahren
Versicherte insgesamt			
Frauen	Männer	Zusammen	
			< 15
			15 - 19
			20 - 24
			25 - 29
			30 - 34
			35 - 39
			40 - 44
			45 - 49
			50 - 54
			55 - 59
			60 - 64
			65 - 69
			70 - 74
			75 - 79
			80 - 84
			85 - 89
			90 - 94
			95 u. mehr
			<b>Insgesamt</b>

10.19

## Versichertenstruktur nach Krankenkassen/Krankenversicherungen, Land, Jahr

### Definition

Die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern. Entsprechende Leistungen werden den Versicherten durch die Krankenkassen angeboten. Der versicherte Personenkreis setzt sich aus Pflichtversicherten, freiwillig Versicherten und aus mitversicherten Familienangehörigen zusammen.

Pflichtversicherte Personen sind lt. SGB V Arbeiter und Angestellte, deren regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt 75 % der Beitragsbemessungsgrenze nicht übersteigt, Rentenbezieher, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen, sowie Auszubildende, Studierende und Arbeitslose. Außerdem gehören zum Kreis der Versicherungspflichtigen auch solche Personen, die in Einrichtungen für behinderte Menschen beschäftigt sind oder dort an einer berufsfördernden Maßnahme teilnehmen, Personen, die wegen einer berufsfördernden Maßnahme Übergangsgeld beziehen sowie Jugendliche, die durch die Beschäftigung in einer Einrichtung der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen. Ferner sind Landwirte und ihre mitarbeitenden Familienangehörigen sowie einige kleinere Gruppen von Selbstständigen pflichtversichert.

Freiwillig Versicherte sind Personen, die als Mitglieder aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind und in den letzten 5 Jahren vor dem Ausscheiden mindestens 12 Monate oder unmittelbar vor dem Ausscheiden ununterbrochen mindestens 6 Monate versichert waren sowie weitere im § 9 des SGB V genannte Personenkreise.

Versicherte Familienangehörige sind unterhaltsberechtignte Angehörige (Ehegatten, Lebenspartner und Kinder von Mitgliedern), sofern deren eigenes Einkommen bestimmte Grenzen nicht übersteigt. Nähere Bestimmungen sind in § 10 SGB V enthalten.

### Datenhalter

- ▶ Statistische Landesämter

### Datenquelle

- ▶ Mikrozensus

### Periodizität

Jährlich, März - Mai

### Validität

In der Mikrozensus-Stichprobe wird eine hohe Ausschöpfung erzielt durch die Kombination von mündlicher Befragung durch Interviewer (als Erhebungsmethode erster Wahl) und schriftlicher Befragung (auf Wunsch des ausgewählten Haushalts bzw. bei Nichterreichbarkeit durch die Interviewer). Der Nonresponse wird möglichst gering gehalten durch mehrmalige Versuche der Interviewer, die Interviewpartner anzutreffen und durch Überprüfung und Nachfragen bei Antwortausfällen bzw. unplausiblen Antworten. Damit ist von einer ausreichenden Validität der Daten auszugehen.

### Kommentar

In dem Indikator sind nichtversicherte Personen nicht enthalten. Weitere Angaben zum Mikrozensus siehe Indikator 10.17.

Der Indikator gehört zu den Prozessindikatoren.

**Vergleichbarkeit**

Es gibt keine vergleichbaren WHO-, OECD- und EU-Indikatoren. Der Indikator ist vergleichbar mit dem bisherigen GMK-Indikator 10.8.

**Originalquellen**

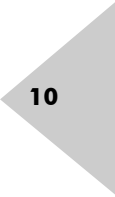
- Publikationen der Länder zu den verwendeten Datenquellen, z. B. Statistische Jahrbücher.

**Dokumentationsstand**

24.02.2003 lögd/StBA/Rheinland-Pfalz/BASYS

Indikator (L) 10.19	Versichertenstruktur nach Krankenkassen/Krankenversicherungen, Land, Jahr						
	Krankenkassen/Krankenversicherungen						
Versichertenstruktur	AOK	BKK	IKK	LKK	BuKn	EK	Private
Personen in 1 000							
<b>Insgesamt</b>							
Pflichtmitglieder	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 10.19 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>						
Freiwillige Mitglieder							
Rentner							
Familienangehörige							

Datenquelle:  
 Statistische Landesämter:  
 Mikrozensus



10.20

## Entwicklung der Beitragssätze in der Sozialversicherung, Deutschland/Land, im Zeitvergleich

### Definition

Die Höhe der Beitragssätze weist auf die Einkommensbelastung hin. Sie wird erheblich durch das regionale Preisniveau und die Leistungsanspruchnahme beeinflusst.

Die Sozialversicherung umfasst Kranken-, Renten-, Arbeitslosen- und Pflegeversicherung (Versicherungszweige). Sie umfasst Personen, die kraft Gesetzes oder Satzung (Versicherungspflicht) oder aufgrund freiwilligen Beitritts oder freiwilliger Fortsetzung der Versicherung (Versicherungsberechtigung) versichert sind. Die Mittel der Sozialversicherung werden nach Maßgabe der besonderen Vorschriften für die einzelnen Versicherungszweige durch Beiträge der Versicherten, der Arbeitgeber und Dritter, durch staatliche Zuschüsse und durch sonstige Einnahmen erbracht (SGB IV, § 20). Die Beitragshöhe bemisst sich nach einem bestimmten Prozentsatz der beitragspflichtigen Einnahmen. Es wird höchstens das Einkommen bis zur Bemessungsgrenze zu Grunde gelegt. Der Beitrag wird bei Bestehen von Versicherungspflicht in der Regel je zur Hälfte vom Arbeitnehmer und Arbeitgeber getragen.

Auch die Unfallversicherung ist ein Zweig der Sozialversicherung. Sie wird nur durch Beiträge der Arbeitgeber finanziert. Die Höhe der Beiträge richtet sich nach dem Arbeitsverdienst der Versicherten im jeweiligen Unternehmen und nach dem Grad der Unfallgefahr.

### Datenhalter

- ▶ Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung
- ▶ Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit
- ▶ Statistisches Bundesamt

### Datenquelle

- ▶ Bundesarbeitsblatt (Arbeits- und Sozialstatistik)

### Periodizität

Jährlich, 31.12.

### Validität

Die Beitragssätze werden von den Sozialversicherungsträgern aufgrund der Ausgabenentwicklung beantragt und von den zuständigen Ministerien bestätigt. Die Daten sind valide.

### Kommentar

Die Beitragssätze für die gesetzliche Rentenversicherung (RV), Arbeitslosenversicherung (AV) und die soziale Pflegeversicherung (PV) sind bundesweit gleich. Sie werden vom Gesetzgeber festgelegt. Die gesetzlichen Krankenkassen setzen ihre Beitragssätze zur Krankenversicherung selbst fest. Die Beitragssätze der Krankenkassen sind im Allgemeinen bundesweit gleich. Die Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK), die IKK's und die BKK'n können regional unterschiedliche Beitragssätze haben, wenn es sich nur um regional operierende Kassen handelt. Die Beitragsbemessungsgrenzen werden vom Gesetzgeber jährlich neu festgelegt. Für RV und AV gelten die gleichen Beitragsbemessungsgrenzen. Die Beitragsbemessungsgrenze der Kranken- und Pflegeversicherung wird aus dieser Beitragsbemessungsgrenze abgeleitet. In diesem Indikator wird die Unfallversicherung nicht berücksichtigt.

Der Indikator gehört zu den Prozessindikatoren.

### Vergleichbarkeit

Es gibt keine vergleichbaren WHO-, OECD- und EU-Indikatoren. Im bisherigen GMK-Indikator 10.10 wurde die Beitragsentwicklung ausschließlich für die gesetzliche Krankenversicherung bearbeitet, die Beitragsbemessungsgrenze für die GKV war im Indikator 10.14 enthalten.

### Originalquellen

- ▶ Informationssystem für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (IS-GBE): <http://www.gbe-bund.de>.
- ▶ Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2003): Gesundheit - Ausgaben und Personal 2001. Presseexemplar. Wiesbaden.

### Dokumentationsstand

24.02.2003 lögd/StBA/Rheinland-Pfalz/BASYS

Indikator (B/L) 10.20	Entwicklung der Beitragssätze in der Sozialversicherung, Deutschland/ Land, im Zeitvergleich				
Jahr	Monatliche Beitragsbemessungsgrenze in der Sozialversicherung in €				
	Krankenversicherung	Rentenversicherung		Pflegeversicherung	Arbeitslosenversicherung
		Arbeiter/ Angestellte	Knappschaft		
1990	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 10.20 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>				
1995					
2000					
2001					
...					
Berichtsjahr					
Jahr	Monatlicher Beitragssatz in der Sozialversicherung in %				
	Krankenversicherung	Rentenversicherung		Pflegeversicherung	Arbeitslosenversicherung
		Arbeiter/ Angestellte	Knappschaft		
1990					
1995					
2000					
2001					
...					
Berichtsjahr					

Datenquelle:  
 Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung/  
 Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit/  
 Statistisches Bundesamt/Statistische Landesämter:  
 Bundesarbeitsblatt

10.21

## Einnahmen und Ausgaben der gesetzlichen Sozialversicherung, Deutschland/Land, im Zeitvergleich

### Definition

Die Sozialversicherung gliedert sich in soziale Pflegeversicherung, gesetzliche Krankenversicherung, gesetzliche Rentenversicherung, Arbeitslosenversicherung und gesetzliche Unfallversicherung und umfasst Personen, die kraft Gesetzes oder Satzung (Versicherungspflicht) oder aufgrund freiwilligen Beitritts oder freiwilliger Fortsetzung der Versicherung (Versicherungsberechtigung) versichert sind. Die Mittel der Sozialversicherung werden nach Maßgabe der besonderen Vorschriften für die einzelnen Versicherungszweige durch die Beiträge der Versicherten, der Arbeitgeber und Dritter, durch staatliche Zuschüsse und durch sonstige Einnahmen aufgebracht (SGB IV). Dabei sind die Beiträge die wichtigsten Einnahmen der Sozialversicherungsträger. Insgesamt werden ca. 20 % vom Einkommen für die Sozialversicherung abgezogen. Die gleiche Summe legt der Arbeitgeber noch einmal zur Sozialversicherung dazu (Stand 2001).

### Datenhalter

- ▶ Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit
- ▶ Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung
- ▶ Statistisches Bundesamt
- ▶ Statistische Landesämter

### Datenquelle

- ▶ KJ 1-Statistik: Rechnungsergebnisse (Ausgaben und Einnahmen)
- ▶ Ausgaben und Einnahmen in der gesetzlichen Rentenversicherung und sozialen Pflegeversicherung

### Periodizität

Jährlich, 31.12.

### Validität

Die Ausgaben sind durch unabhängige Wirtschaftsprüfer bestätigt und gelten als valide.

### Kommentar

Im Indikator 10.21 werden von den verschiedenen Zweigen der Sozialversicherung nur die gesetzliche Krankenversicherung, die soziale Pflegeversicherung und die gesetzliche Rentenversicherung aufgeführt.

Der Indikator gehört zu den Prozessindikatoren.

### Vergleichbarkeit

Es gibt keine vergleichbaren WHO-Indikatoren. Es gibt vergleichbare Angaben zu *National and public expenditures on health* in den OECD- und EU-Indikatorenansätzen. Angaben zu den Beitragseinnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung waren bisher in den Indikatoren 10.11 und 10.12 enthalten.

### Originalquellen

- ▶ Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung: <http://www.bmgs.bund.de>

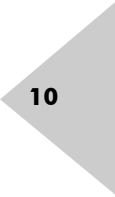
- ▶ Informationssystem für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (IS-GBE):  
http://www.gbe-bund.de.
- ▶ Publikationen der Länder zu den verwendeten Datenquellen, z. B. Statistische Jahrbücher.

**Dokumentationsstand**

24.02.2003 lögd/StBA/Rheinland-Pfalz/BASYS

Indikator (L) 10.21		Einnahmen und Ausgaben der gesetzlichen Sozialversicherung, Deutschland/Land, im Zeitvergleich								
Jahr	Einnahmen und Ausgaben									
	Gesetzliche Krankenversicherung			Soziale Pflegeversicherung			Gesetzliche Rentenversicherung			
	Ein-nahmen	Aus-gaben	Saldo	Ein-nahmen	Aus-gaben	Saldo	Ein-nahmen	Aus-gaben	Saldo	
in Mio. €										
1990										
1995										
2000	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 10.21 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>									
2001										
...										
Berichtsjahr										

Datenquelle:  
 Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit/  
 Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung/  
 Statistisches Bundesamt/Statistische Landesämter:  
 KJ 1-Statistik: Rechnungsergebnisse (Ausgaben und Einnahmen),  
 Ausgaben und Einnahmen in der gesetzlichen Rentenversicherung und sozialen Pflegeversicherung





10.22

## Entwicklung der Beitrags- und sonstigen Einnahmen in der gesetzlichen Krankenversicherung nach Versichertengruppen, Land, im Zeitvergleich

### Definition

Die Mittel der gesetzlichen Krankenversicherung werden durch Beiträge und sonstige Einnahmen aufgebracht (§ 220 SGB V). Im Indikator 10.22 werden die Einnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung durch die Beiträge der verschiedenen Versichertengruppen (Pflichtmitglieder, freiwillige Mitglieder, Rentner) ausgewiesen. Ferner sind die sonstigen Einnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung aufgeführt. Nicht berücksichtigt sind die Einnahmen aus dem Risikostrukturausgleich, der seit dem Jahr 1994 besteht.

Im Indikator 10.22 fehlen die Einnahmen der Ersatzkassen der Arbeiter und Angestellten, da diese Angaben nicht auf Landesebene vorliegen.

### Datenhalter

- ▶ Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung
- ▶ Statistische Landesämter

### Datenquelle

- ▶ KJ 1-Statistik: Rechnungsergebnisse (Ausgaben und Einnahmen)

### Periodizität

Jährlich, 31.12.

### Validität

Die Ausgaben sind durch unabhängige Wirtschaftsprüfer bestätigt und gelten als valide.

### Kommentar

Die Beitragseinnahmen der Ortskrankenkassen, der Landwirtschaftlichen Krankenkassen, der Betriebskrankenkassen, der Innungskrankenkassen und der Bundesknappschaft wurden im vorliegenden Indikator aufaddiert.

Der Indikator gehört zu den Prozessindikatoren.

### Vergleichbarkeit

Es besteht keine Vergleichbarkeit mit WHO-, OECD- und EU-Indikatoren. Der Indikator ist bedingt vergleichbar mit dem bisherigen GMK-Indikator 10.13.

### Originalquellen

- ▶ Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung: <http://www.bmgs.bund.de>
- ▶ Informationssystem für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (IS-GBE): <http://www.gbe-bund.de>.
- ▶ Publikationen der Länder zu den verwendeten Datenquellen, z. B. Statistische Jahrbücher.

### Dokumentationsstand

24.02.2003 lögd/StBA/Rheinland-Pfalz/BASYS

Jahr	Beitragseinnahmen und sonstige Einnahmen				
	Insgesamt	Pflichtmitglieder ohne Rentner	freiwillige Mitglieder	Rentner	sonstige Einnahmen
	in 1000 €				
1990	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 10.22 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>				
1995					
2000					
2001					
...					
Berichtsjahr					

Datenquelle:  
 Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung/Statistische Landesämter:  
 KJ 1-Statistik: Rechnungsergebnisse (Ausgaben und Einnahmen)

<sup>1</sup> ohne Ersatzkassen der Arbeiter  
 und Angestellten

10.23

## Entwicklung der Beitragssätze und beitragspflichtige Einnahmen in ausgewählten Krankenversicherungen, Land, im Zeitvergleich

### Definition

Die Mittel der Sozialversicherung, d. h. auch der gesetzlichen Krankenversicherung, werden nach Maßgabe der besonderen Vorschriften für die einzelnen Versicherungszweige durch Beiträge der Versicherten, der Arbeitgeber und Dritter, durch staatliche Zuschüsse und durch sonstige Einnahmen erbracht (SGB IV, § 20). Die gesetzliche Krankenversicherung ist eine Solidargemeinschaft, bei der jeder Versicherte entsprechend seiner wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit zur Finanzierung der Krankenversicherung beiträgt. Die Krankenkassen müssen dafür sorgen, dass sich Einnahmen und Ausgaben ausgleichen. Die Beiträge der Krankenkassen sind so zu bemessen, dass sie zusammen mit den sonstigen Einnahmen die im Haushaltsplan vorgesehenen Ausgaben decken.

Deshalb werden Beitragssätze festgelegt, die den zu zahlenden Krankenversicherungsbeitrag vom Bruttoeinkommen des Versicherten festlegen. Grundlage der Beitragszahlungen an die gesetzlichen Krankenkassen ist das Bruttoarbeitsentgelt bis zur Beitragsbemessungsgrenze, die jährlich der allgemeinen Einkommensentwicklung angepasst wird. Die Beitragsbemessungsgrenze ist gleichzeitig Pflichtversicherungsgrenze, d. h., dass Mitglieder mit einem höheren Bruttoverdienst zwischen der freiwilligen Weiterversicherung in der GKV und einer privaten Krankenversicherung wählen können.

Für Kassenmitglieder ohne Arbeitsentgelt (Studenten, Arbeitslose, Sozialhilfeempfänger, Rehabilitanden) wird die Bemessungsgrenze durch den Gesetzgeber festgelegt. Zu den beitragspflichtigen Einnahmen zählen Zahlbeträge der Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung und vergleichbare Einnahmen (Versorgungsbezüge) sowie das Arbeitseinkommen. Dem Arbeitsentgelt steht das Vorruhestandsgeld gleich. Die Beitragsfestsetzung einer versicherten Person wird als prozentualer Anteil vom Bruttoeinkommen ausgewiesen. In der Regel tragen Arbeitnehmer und Arbeitgeber den Krankenkassenbeitrag je zur Hälfte.

Für geringfügig Beschäftigte, deren Arbeitsentgelt insgesamt regelmäßig 325 € im Monat nicht übersteigt, und die ihre Tätigkeit regelmäßig weniger als 15 Stunden pro Woche ausüben, zahlt der Arbeitgeber pauschale Sozialversicherungsbeiträge; an die gesetzliche Krankenversicherung müssen 10% des Arbeitsentgelts abgeführt werden.

### Datenhalter

- ▶ Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung

### Datenquelle

- ▶ KJ 1-Statistik: Rechnungsergebnisse (Ausgaben und Einnahmen)

### Periodizität

Jährlich, 31.12.

### Validität

Die Beitragssätze der Krankenkassen werden aufgrund der Ausgabenentwicklung beantragt und vom zuständigen Ministerium bestätigt. Die beitragspflichtigen Einnahmen unterliegen Wirtschaftsprüfungen. Die Daten gelten als valide.

### Kommentar

Die Beiträge werden unabhängig vom Versicherungsrisiko und der Zahl der mitversicherten

Familienangehörigen nach dem Einkommen des Versicherten erhoben. Dieser Grundsatz bewahrt Versicherte, die wegen ihres gesundheitlichen Risikos oder ihrer Familiensituation hohe Leistungen in Anspruch nehmen müssen, davor, dass sie höhere Beiträge zu zahlen haben als Versicherte mit gleichen Einkünften und geringerem Versicherungsrisiko. Anders als in der privaten Krankenversicherung spielen deshalb die individuellen Krankheitsrisiken, das Geschlecht und die Zahl der mitversicherten Familienangehörigen für die Höhe des individuellen Beitrags keine Rolle. Durch die Unterschiede in den Beitragseinnahmen der verschiedenen Krankenkassen, die aufgrund unterschiedlicher Durchschnittseinkommen und einer unterschiedlichen Risikostruktur ihrer Versicherten entstehen, kommt es zu Beitragssatzunterschieden zwischen den verschiedenen Kassen. Mit dem 1994 eingeführten Risikostrukturausgleich (SGB V § 266) sollen die finanziellen Auswirkungen von Unterschieden in der Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder, der Zahl der nach SGB V § 10 versicherten Familienangehörigen und der Verteilung der Versicherten auf nach Alter und Geschlecht getrennte Versichertengruppen (SGB V § 267 Abs. 2) zwischen den Krankenkassen ausgeglichen werden und damit die Beitragssatzverzerrungen abgebaut werden.

Der Indikator ist ein Prozessindikator.

### Vergleichbarkeit

Es gibt keine vergleichbaren WHO- und OECD-Indikatoren. Angaben zu den Beitragssätzen waren bisher in den GMK-Indikatoren 10.10, 10.11, 10.15 und 10.17 enthalten. Es besteht Vergleichbarkeit. Angaben vor dem Januar 2001 sind in Euro umzurechnen.

### Originalquellen

- Publikationen der Länder zu den verwendeten Datenquellen, z. B. Statistische Jahrbücher.

### Dokumentationsstand

24.02.2003 lögd/StBA/Rheinland-Pfalz/BASYS

Indikator (L) 10.23	Entwicklung der Beitragssätze und der beitragspflichtigen Einnahmen in ausgewählten Krankenversicherungen, Land, im Zeitvergleich					
	AOK		BKK		IKK	
	Beitragssatz	beitragspfl. Einnahmen	Beitragssatz	beitragspfl. Einnahmen	Beitragssatz	beitragspfl. Einnahmen
Jahr	in %	in €	in %	in €	in %	in €
1990						
1995						
2000						
2001						
...						
Berichtsjahr						

[Sprung zu Daten des Indikators 10.23 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes](#)

Datenquelle:  
Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung:  
KJ 1-Statistik: Rechnungsergebnisse (Ausgaben und Einnahmen)

10.24

**Import-/Exportsaldo im Gesundheitswesen nach Einrichtungen, Land, Jahr****Definition**

Der Indikator weist aus, ob das Bundesland in der Lage ist, alle Gesundheitsleistungen in seinen Einrichtungen selbst zu erbringen und ob es einen Überschuss oder ein Defizit an Gesundheitsleistungen erwirtschaftet.

Leistungsexportüberschuss des Gesundheitswesens: Es werden mehr Leistungen des Gesundheitswesens in andere Bundesländer exportiert als aus anderen Bundesländern importiert werden.

Leistungsimportüberschuss des Gesundheitswesens: Es werden mehr Leistungen des Gesundheitswesens aus anderen Bundesländern importiert als in andere Bundesländer exportiert werden.

**Datenhalter**

- ▶ Statistische Landesämter

**Datenquelle**

- ▶ Gesundheitsausgabenrechnung

**Periodizität**

Jährlich, 31.12.

**Validität**

Aussagen zur Validität und Qualität der Daten siehe Indikator 10.1.

**Kommentar**

Der vorliegende Indikator beschreibt mit dem Leistungsüberschuss bzw. -defizit die Wettbewerbssituation des Gesundheitswesens in den einzelnen Bundesländern. Der Indikator setzt eine länderübergreifende Verflechtungsanalyse voraus.

Der Indikator gehört zu den Prozessindikatoren.

**Vergleichbarkeit**

Der Indikator ist nicht vergleichbar mit WHO-, OECD- und EU-Indikatoren. Im bisherigen Indikatorensetz der Länder gab es keinen adäquaten Indikator.

**Originalquellen**

- ▶ Publikationen der Länder zu den verwendeten Datenquellen, z. B. Statistische Jahrbücher.

**Dokumentationsstand**

24.02.2003 lögd/StBA/Rheinland-Pfalz/BASYS

Indikator (L) 10.24	Import-/Export-Saldo im Gesundheitswesen nach Einrichtungen, Land, Jahr			
	Einrichtungen	Import-/Export-Saldo		
		Import	Export	Saldo
in Mio. €				
Gesundheitsschutz				
ambulante Einrichtungen				
stationäre/teilstationäre Einrichtungen				
Krankentransporte/ Rettungsdienste				
Verwaltung				
sonstige Einrichtungen				
Vorleistungen				
<b>Insgesamt</b>				

Datenquelle:  
 Statistische Landesämter:  
 Gesundheitsausgabenrechnung

10.25

## Bruttowertschöpfung im Gesundheitswesen, Deutschland/Land, im Zeitvergleich

### Definition

Die Bruttowertschöpfung (BWS) ist ein Maß für den Wert der volkswirtschaftlichen Leistung, die innerhalb des Landes entstanden ist. Die BWS im Gesundheitswesen ist die Summe der im Gesundheitswesen produzierten Gesundheitsgüter und -dienstleistungen abzüglich der von anderen Wirtschaftseinheiten bzw. Wirtschaftsbereichen bezogenen Vorleistungen (z. B. Rohstoffe, Vorprodukte, Handelswaren, Reparaturleistungen etc.).

Vollzeitäquivalente geben die Anzahl der auf die volle tarifliche Arbeitszeit umgerechneten Beschäftigten an. Ein Vollzeitäquivalent entspricht einem Vollzeitbeschäftigten. Bei der Ermittlung der Vollzeitäquivalente geht beim Bund ein Teilzeitbeschäftigter mit dem Faktor 0,5 und ein geringfügig Beschäftigter mit 0,2 in die Berechnung ein. Ausgenommen hiervon ist bisher nur die Berechnung der Vollzeitäquivalente in Krankenhäusern und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. Hier liegen konkrete Nachweise aus der Krankenhausstatistik vor.

Der vorliegende Indikator berechnet die Bruttowertschöpfung je Vollzeitäquivalent im Gesundheitswesen in Euro.

### Datenhalter

- ▶ Statistisches Bundesamt
- ▶ Statistische Landesämter

### Datenquelle

- ▶ Gesundheitsausgabenrechnung
- ▶ Gesundheitspersonalrechnung

### Periodizität

Jährlich, 31.12.

### Validität

Aussagen zur Validität und Qualität der Daten siehe Indikator 10.1.

### Kommentar

Der Indikator ist ein Prozessindikator.

### Vergleichbarkeit

Es gibt keine WHO-, OECD- und EU-Indikatoren zur Bruttowertschöpfung. Es gab bisher keinen vergleichbaren GMK-Indikator.

### Originalquellen

- ▶ Informationssystem für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (IS-GBE): <http://www.gbe-bund.de>.
- ▶ Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2003): Gesundheit - Ausgaben und Personal 2001. Presseexemplar. Wiesbaden.

### Dokumentationsstand

24.02.2003 Iögd/StBA/Rheinland-Pfalz/BASYS

Indikator (B/L) 10.25		Bruttowertschöpfung <sup>1</sup> im Gesundheitswesen, Deutschland/Land, im Zeitvergleich	
Jahr	Bruttowertschöpfung in Mio. €	Vollzeitäquivalente im Gesundheitswesen	Bruttowertschöpfung je Vollzeitäquivalent in €
2000			
2001			
...			
Berichtsjahr			

Datenquelle:  
Statistisches Bundesamt/Statistische Landesämter:  
Gesundheitsausgabenrechnung,  
Gesundheitspersonalrechnung

<sup>1</sup> Bruttowertschöpfung:  
innerhalb eines abgegrenzten  
Wirtschaftsgebiets in einem  
bestimmten Zeitraum erbrachte  
wirtschaftliche Leistung



10.26

## Einkommensleistungen nach Ausgabenträgern, Deutschland/Land, Jahre

### Definition

Einkommensleistungen stellen nach dem System der neuen Gesundheitsausgabenrechnung des Bundes (GAR) eine Erweiterung der Gesundheitsausgaben dar. Diese Transferzahlungen werden, um Doppelzahlungen zu vermeiden, nicht zu den Gesundheitsausgaben gezählt. Sie können von den Empfängern für den Kauf von Gesundheitsgütern oder Gesundheitsdienstleistungen verwendet werden. Der gleiche Betrag würde so einmal als Einkommensleistung und ein zweites Mal als Ausgabe gewertet. Zu den Einkommensleistungen zählen: Krankengeld, Verletztengeld, Übergangsgelder, vorzeitige Renten bei Berufs- und Erwerbsunfähigkeit sowie die Entgeltfortzahlungen bei Krankheit oder Mutterschaft und außerdem Beiträge zur Rentenversicherung für private Pflegepersonen und entsprechende Leistungen für die Empfänger sozialer Leistungen.

Die neue GAR gliedert die Ausgabenträger in: öffentliche Haushalte, gesetzliche Krankenversicherung, soziale Pflegeversicherung, gesetzliche Rentenversicherung, gesetzliche Unfallversicherung, private Krankenversicherung, Arbeitgeber, private Haushalte/private Organisationen ohne Erwerbszweck.

Dieser Indikator führt Einkommensleistungen nach Ausgabenträgern auf. Insgesamt sind die Einkommensleistungen in den vergangenen Jahren angestiegen.

### Datenhalter

- ▶ Statistisches Bundesamt
- ▶ Statistische Landesämter

### Datenquelle

- ▶ Gesundheitsausgabenrechnung

### Periodizität

Jährlich, 31.12.

### Validität

Aussagen zur Validität und Qualität der Daten siehe Indikator 10.1.

### Kommentar

Der Indikator gehört zu den Prozessindikatoren.

### Vergleichbarkeit

Es gibt keine vergleichbaren WHO-, OECD- und EU-Indikatoren.

Im bisherigen Indikatorensetz der Länder gab es keinen Indikator zu Einkommensleistungen.

### Originalquellen

- ▶ Informationssystem für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (IS-GBE): <http://www.gbe-bund.de>.
- ▶ Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2003): Gesundheit - Ausgaben und Personal 2001. Presseexemplar. Wiesbaden.

**Dokumentationsstand**

24.02.2003 lögd/StBA/Rheinland-Pfalz/BASYS

Ausgabenträger	Einkommensleistungen					
	Jahr			Berichtsjahr		
	in Mio. €	in %	je Einw.	in Mio. €	in %	je Einw.
<b>Insgesamt</b>	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 10.26 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>					
davon:						
öffentliche Haushalte						
gesetzliche Krankenversicherung						
soziale Pflegeversicherung						
gesetzliche Rentenversicherung						
gesetzliche Unfallversicherung						
private Krankenversicherung						
Arbeitgeber						
private Haushalte u. private Organisationen o. Erwerbszweck						

Datenquelle:  
 Statistisches Bundesamt/Statistische Landesämter:  
 Gesundheitsausgabenrechnung





## **Themenfeld 11: Kosten**

---

### **Kostenstruktur von ambulanten Gesundheitseinrichtungen**

- Kostenstrukturanalyse von Arztpraxen
- Kostenstrukturanalyse von Zahnarztpraxen
- Kostenstrukturanalyse von Psychotherapeutenpraxen

### **Kostenstruktur von Krankenhäusern**

- Gesamtkosten der Krankenhäuser
- Kosten der allgemeinen und sonstigen Krankenhäuser
- Kosten für Pauschalen und Sonderentgelte

### **Aufwendungen für Rehabilitation und Pflege**

#### **Aufwendungen für Pflegeleistungen**

- Durchschnittliche Vergütung für vollstationäre Dauerpflege und Kurzzeitpflege

## **Thematic domain 11: Costs**

### **Cost structure of out-patient health care facilities**

- Analysis of cost structure of physicians' practices
- Analysis of cost structure of dental practices
- Analysis of cost structure of psychotherapist practices

### **Cost structure of hospitals**

- Total hospital costs
- Costs of acute and other hospitals
- Costs for 'per head' financing and other special costs

### **Rehabilitation and nursing expenses**

#### **Nursing expenses**

- Average payment for fully in-patient long and short-term nursing

## Vorbemerkungen zu Themenfeld 11

Kostenstrukturanalysen für die wichtigsten Gesundheitsversorgungseinrichtungen: Arztpraxen, Krankenhäuser, Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen und den öffentlichen Gesundheitsdienst waren bereits für den ersten Indikatorensatz im Jahre 1991 vorgesehen. Seinerzeit wurde davon ausgegangen, dass Daten zu den aufgeführten Einrichtungsarten im Prinzip vorhanden seien, der schwierigste Teil jedoch in der Aufbereitung bestehe. Die Übersicht über betriebswirtschaftliche Kosten, speziell der Personalkosten im Gesundheitswesen, sollte Transparenz über die Kostenstruktur herstellen. Die Realität war, dass Daten kaum verfügbar waren.

Mit der Revision des Indikatorensatzes im Jahre 1996 wurden die Themenfelder 10 und 11 vorerst ausgesetzt, "da noch erhebliche Entwicklungsarbeit zu leisten ist, bis die Kosten und Finanzierung auf Länderebene konsistent indikatorenrecht darstellbar sind." Die Länder sollten sich jedoch bemühen, Indikatoren zu Kosten zu führen.

Mit der vorliegenden Revision wurde versucht, Kostenstrukturanalysen für Arztpraxen, psychotherapeutische Praxen, Zahnarztpraxen, Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen und für die Pflegesituation zu erstellen.

In den letzten Jahren sind umfassende wissenschaftliche Vorarbeiten geleistet worden, um Kostentransparenz für die Gesundheitseinrichtungen herzustellen. Von den vorliegenden acht Indikatoren liegen länderspezifische Daten für die Kosten-Indikatoren zu Krankenhäusern und zur Pflegestatistik bei den Datenhaltern vor, Kostenstrukturdaten für ambulante Gesundheitseinrichtungen liegen getrennt für die alten und neuen Bundesländer vor, Kostenstrukturen für Rehabilitationseinrichtungen und für die Krankenhaus-Fallpauschalen (DRG) können gegenwärtig nur als Bundesindikator geführt werden.

Da verschiedene Datenhalter für die einzelnen Indikatoren zuständig sind, sind methodische Unterschiede für die betriebswirtschaftlichen Analysen vorhanden.

Dass das Themenfeld "Kosten" nach jahrelangem Aussetzen wieder mit Indikatoren aktiviert wird, ist ein großer Fortschritt für die Herstellung von Kostentransparenz im Gesundheitswesen.

Limitierend wirken die unterschiedlich konzipierten Statistiken, die für die Indikatoren genutzt werden. Dadurch ist eine Vergleichbarkeit zwischen den im Themenfeld 11 enthaltenen Indikatoren untereinander nicht gegeben. So kann z. B. die Kostenstruktur zwischen Arzt- und Zahnarztpraxen aus methodischen Gründen nicht verglichen werden.

11.1

### **Kostenstrukturanalyse in der Arztpraxis, ausgewählte Berufe, Deutschland (alte bzw. neue Bundesländer), Drei-Jahres-Mittelwerte**

#### **Definition**

Der Indikator dient der Übersicht über die Finanzlage und Einkommenssituation von Ärzten. Einnahmen können aus vertragsärztlicher und sonstiger Tätigkeit stammen. Die sonstigen Einnahmen werden überwiegend durch privatärztliche Tätigkeit erzielt. Die Betriebsausgaben beinhalten Personal- und sonstige Ausgaben. Der Betriebsausgabenanteil ist ein Quotient und wird durch die Division der gesamten Betriebsausgaben durch die Einnahmen ermittelt und bezieht sich auf alle Bereiche der Praxistätigkeit. Der Überschuss aus ärztlicher Tätigkeit ergibt sich als Ergebnisdifferenz der Einnahmen und Ausgaben der gesamten Praxistätigkeit. Zahlungen für Vorsorge beinhalten die Summe der Vorsorgezahlungen für Alter, Krankheit, Berufsunfähigkeit, Berufshaftpflicht und sonstige. Als Berechnungsbasis für die Bestimmung des Einkommenssteuerbetrages wird der Überschuss der ärztlichen Tätigkeit abzüglich des steuerlich maximal möglichen Freibetrages für Vorsorgezahlungen verwendet. Das monatlich verfügbare Einkommen aus ärztlicher Tätigkeit insgesamt ist der Betrag, der für den Vergleich mit Einkommen aus abhängiger Arbeit herangezogen werden kann. Dazu wird der Jahresbetrag durch 13 geteilt. Neben dem monatlich verfügbaren Einkommen aus vertragsärztlicher Tätigkeit gibt es noch das monatlich verfügbare Einkommen aus sonstiger ärztlicher Tätigkeit.

Die Gesamtzahl der GKV-Fälle je Arzt umfasst die Fälle, die der Arzt im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen abgerechnet hat. Die mittlere Honorarklasse wird für jede Fachgruppe anhand von drei ungefähr gleichbesetzten Honorarklassen für den Indikator verwendet.

#### **Datenhalter**

- ▶ Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung

#### **Datenquelle**

- ▶ Kostenstrukturanalyse in der Arztpraxis

#### **Periodizität**

Jährlich, 31.12.

#### **Validität**

Datengrundlage ist ein Stichprobenverfahren zur Kostenstrukturanalyse, das seit dem Jahre 1975 angewendet wird. Es handelt sich um eine geschichtete Auswahl aus dem Bundesarztregister. Daten werden für drei Jahre erhoben.

#### **Kommentar**

Die mittleren Honorarklassen werden für jedes Berichtsjahr getrennt berechnet. Der einfache arithmetische Durchschnitt der ermittelten Einzeljahresergebnisse wird in der Ergebnistabelle dargestellt. Die statistische Signifikanz der Ergebnisse wird auf Grund der gewählten Verfahren stabil auf hohem Niveau gehalten. Es liegen nur Auswertungen für die alten und neuen Bundesländer vor, jedoch nicht nach jedem der 16 Bundesländer.

Es handelt sich um einen Prozessindikator.

#### **Vergleichbarkeit**

Es gibt keine vergleichbaren WHO-, EU- oder OECD-Indikatoren.

Im bisherigen Indikator 11.1 des GMK-Indikatorensetzes, 2. Fassung aus dem Jahre 1996, wurden ähnliche Angaben erfasst. Es liegt nur eine bedingte Vergleichbarkeit vor.

**Originalquellen**

- ▶ Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung (Hrsg.) (2002): Kostenstrukturanalyse in der Arztpraxis. Ergebnisse der vergleichenden Kostenstrukturanalyse des Zeitraumes 1997-1999 für Ost- und Westdeutschland. Köln.

**Dokumentationsstand**

26.08.2002, lögd/ZI

Indikator (K) 11.1	Kostenstrukturanalyse in der Arztpraxis, ausgewählte Berufe, Deutschland (alte bzw. neue Bundesländer), Drei-Jahres-Mittelwerte			
	Ausgewählte Berufe			
Kosten und Einnahmen (mittlere Honorarklasse)	Allgemein- mediziner	Internisten	Gynäkologen	Kinderärzte
	in €			
Einnahmen aus selbständiger Tätigkeit darunter: aus vertragsärztlicher Tätigkeit insgesamt in %	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 11.1 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>			
Betriebsausgaben insgesamt in % der Einnahmen				
Überschuss				
Zahlungen für Vorsorge und Einkommensteuer				
Monatlich verfügbares Einkommen aus vertragsärztlicher Tätigkeit				
Gesamtzahl der GKV-Fälle je Arzt				

Datenquelle:  
Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung:  
Kostenstrukturanalyse in der Arztpraxis





11.2

## Kostenstrukturanalyse je Praxisinhaber einer Zahnarztpraxis, Deutschland (alte bzw. neue Bundesländer), Jahre

### Definition

Der Indikator dient der Übersicht über die Finanzlage und Einkommenssituation von Zahnärzten.

Die Einnahmen aus vertragszahnärztlicher Tätigkeit werden entweder über die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZV) vereinnahmt (vertragszahnärztliche Tätigkeit) oder nicht über die KZV vereinnahmt (privatärztliche Tätigkeit). Die Betriebsausgaben beinhalten Personal- und sonstige Ausgaben. Der Betriebsausgabenanteil ist ein Quotient und wird durch die Division der gesamten Betriebsausgaben durch die Einnahmen ermittelt und bezieht sich auf alle Bereiche der Praxistätigkeit. Der Einnahmen-Überschuss aus zahnärztlicher Tätigkeit ergibt sich als Ergebnisdifferenz der Einnahmen und Ausgaben der gesamten Praxistätigkeit. Der Honorarumsatz pro Behandlungsstunde ist die Umrechnung der Summe aus dem Einnahmen-Überschuss und den Betriebsausgaben ohne Fremdlaboraausgaben auf die Behandlungsstunden.

Der Medianwert beinhaltet, dass 50% der Zahnärzte über und 50% der Zahnärzte unter dem Wert liegen. Im Indikator sind die Zahnärzte und Kieferorthopäden zusammengefasst.

### Datenhalter

- ▶ Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV)

### Datenquelle

- ▶ Kostenstrukturanalyse für Zahnarztpraxen

### Periodizität

Jährlich, 31.12.

### Validität

Datengrundlage ist eine jährliche Kostenstrukturerhebung bei den Zahnärzten. Auf Grund der Größe des Rücklaufs und des verwendeten Hochrechnungsrahmens haben die Ergebnisse eine hohe Validität.

### Kommentar

Die Auswertungsergebnisse wurden unterteilt nach alten und neuen Bundesländern und für Zahnärzte und Kieferorthopäden gemeinsam erstellt. Auswertungen liegen demzufolge nicht nach 16 Bundesländern vor. Mit dem Indikator 11.1 *Kostenstrukturanalyse in der Arztpraxis, ausgewählte Berufe* besteht wegen methodischer Unterschiede keine Vergleichbarkeit.

Es handelt sich um einen Prozessindikator.

### Vergleichbarkeit

Es gibt keine vergleichbaren WHO-, EU- oder OECD-Indikatoren.

Mit dem Indikator 11.2 des bisherigen GMK-Indikatorensetzes ist der Indikator nur bedingt vergleichbar, da zur Berechnung eine neue Methodik der KZBV verwendet wird. In der Vergangenheit konnten darüber hinaus die Daten nicht bereitgestellt werden.

**Originalquellen**

- ▶ Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.): KZBV Jahrbuch: Statistische Basisdaten zur vertragszahnärztlichen Versorgung. Köln.

**Dokumentationsstand**

23.08.2002, lögd/KZBV

Indikator (K) 11.2	Kostenstrukturanalyse je Praxisinhaber einer Zahnarztpraxis, Deutschland (alte bzw. neue Bundesländer), Jahre			
	Kosten und Einnahmen	Zahnärzte und Kieferorthopäden		
		Jahr	Jahr	Berichtsjahr
	in €			
Einnahmen aus selbständiger zahnärztlicher Tätigkeit				
davon:				
über KZV vereinnahmt				
nicht über KZV vereinnahmt				
Betriebsausgaben				
ingesamt				
in % der Einnahmen				
Einnahmen-Überschuss				
Median* des Einnahmeüberschusses				
Honorarumsatz pro Behandlungsstunde				

[Sprung zu Daten des Indikators 11.2 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes](#)

Datenquelle:  
Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung:  
Kostenstrukturanalyse für Zahnarztpraxen

\* je 50 % liegen über und unter diesem Wert

11.3

### **Kostenstrukturanalyse ambulant tätiger Psychotherapeuten, Deutschland (alte bzw. neue Bundesländer), Jahr**

#### **Definition**

Der Indikator dient der Übersicht über die Finanzlage und Einkommenssituation von Psychotherapeuten.

Einnahmen können aus vertragsärztlicher und sonstiger Tätigkeit stammen. Die sonstigen Einnahmen werden überwiegend durch privatärztliche Tätigkeit erzielt. Die Betriebsausgaben beinhalten Personal- und sonstige Ausgaben. Der Betriebsausgabenanteil ist ein Quotient und wird durch die Division der gesamten Betriebsausgaben durch die Einnahmen ermittelt und bezieht sich auf alle Bereiche der Praxistätigkeit. Der Überschuss aus psychotherapeutischer Tätigkeit ergibt sich als Ergebnisdifferenz der Einnahmen und Ausgaben der gesamten Praxistätigkeit. Zahlungen für Vorsorge beinhalten die Summe der Vorsorgezahlungen für Alter, Krankheit, Berufsunfähigkeit, Berufshaftpflicht und sonstige. Als Berechnungsbasis für die Bestimmung des Einkommenssteuerbetrages wird der Überschuss der psychotherapeutischen Tätigkeit abzüglich des maximal möglichen Freibetrages für Vorsorgezahlungen verwendet. Das verfügbare Einkommen aus psychotherapeutischer Tätigkeit insgesamt ist der Betrag, der für den Vergleich mit Einkommen aus abhängiger Arbeit herangezogen werden kann. Dazu wird der Jahresbetrag durch 13 geteilt. Neben dem monatlich verfügbaren Einkommen aus vertrags-psychotherapeutischer Tätigkeit gibt es noch das monatlich verfügbare Einkommen aus sonstiger psychotherapeutischer Tätigkeit.

Die Gesamtzahl der GKV-Fälle je Psychotherapeut umfasst die Fälle, die der Psychotherapeut im Rahmen der vertrags-psychotherapeutischen Versorgung gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen abgerechnet hat.

Die mittlere Honorarklasse wird für die ärztlichen und nichtärztlichen Psychotherapeuten anhand von ungefähr drei gleichbesetzten Honorarklassen für den Indikator verwendet.

#### **Datenhalter**

- ▶ Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung (ZI)

#### **Datenquelle**

- ▶ Kostenstrukturanalyse für Psychotherapeuten

#### **Periodizität**

Jährlich, 31.12.

#### **Validität**

Datengrundlage ist ein Stichprobenverfahren zur Kostenstrukturanalyse. Auf der Basis einer geschichteten Zufallsauswahl aus dem Bundesarztregister wird die Stichprobe des Jahres bestimmt und die ausgewählten ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten werden angeschrieben. Zusätzlich wurden weitere Erhebungsbögen durch Psychotherapeutenverbände verschickt.

#### **Kommentar**

Die Auswertungsergebnisse wurden unterteilt nach alten und neuen Bundesländern und differenziert nach der fachlichen Ausrichtung der Tätigkeit (ärztliche und psychologische Psychotherapeuten) nach der Umsatzhöhe (drei Umsatzgrößenklassen). Die mittleren Honorarklassen werden für jedes Berichtsjahr getrennt berechnet. Auswertungen liegen nur für die alten und

neuen Bundesländer vor, jedoch nicht nach jedem der 16 Bundesländer.  
 Der Indikator wird nach derselben Methode wie der Indikator 11.1 *Kostenstrukturanalyse in der Arztpraxis* berechnet, deshalb liegt Vergleichbarkeit vor.  
 Es handelt sich um einen Prozessindikator.

**Vergleichbarkeit**

Es gibt keine vergleichbaren WHO-, EU- oder OECD-Indikatoren. Auch der GMK-Indikatorensatz, 2. Fassung aus dem Jahre 1996 enthält keinen vergleichbaren Indikator.

**Originalquellen**

- ▶ Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung (Hrsg.) (2002): Bericht zur Sonderauswertung für Psychotherapeuten zur Kostenstrukturanalyse 1999. Köln.

**Dokumentationsstand**

26.08.2002, lögd/ZI

Indikator (K) 11.3	Kostenstrukturanalyse ambulant tätiger Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Deutschland (alte bzw. neue Bundesländer), Jahr		
Kosten und Einnahmen (mittlere Honorarklasse)	Ambulant tätige ärztliche und nichtärztliche Psychotherapeuten		
	insgesamt	ärztliche	nichtärztliche*
	in €		
Einnahmen aus selbständiger Tätigkeit darunter: aus vertrags-psychotherap. Tätigkeit insgesamt in %	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 11.3 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>		
Betriebsausgaben insgesamt in % der Einnahmen			
Überschuss			
Zahlungen für Vorsorge und Einkommensteuer			
Monatlich verfügbares Einkommen aus vertrags-psychotherapeutischer Tätigkeit			
Gesamtzahl der GKV-Fälle je Psychotherapeut			

Datenquelle:  
 Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung;  
 Kostenstrukturanalyse Psychotherapeuten

\* nach dem Psychotherapeutengesetz versteht man  
 hierunter Psychologische Psychotherapeuten und  
 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten



## 11.4

**Kosten der allgemeinen Krankenhäuser nach Kostenarten und Krankenhausgrößenklassen, Land, Jahr****Definition**

Der Indikator dient der Übersicht über die Ausgaben der allgemeinen Krankenhäuser nach Kostenarten.

Kosten der Krankenhäuser werden im Teil III - Kostennachweis - der Krankenhausstatistik ausgewiesen. Allgemeine Krankenhäuser verfügen über Betten in vollstationären Abteilungen und sind von sonstigen Krankenhäusern (Krankenhäuser mit ausschließlich psychiatrischen und neurologischen Betten, s. Ind. 11.5) abzugrenzen. Zu allgemeinen Krankenhäusern zählen Hochschulkliniken, Plankrankenhäuser, Krankenhäuser mit Versorgungsauftrag und weitere Krankenhäuser. Demzufolge sind die Kosten der sonstigen Krankenhäuser und von Bundeswehrkrankenhäusern nicht enthalten. Gegenwärtig werden die Kosten der Krankenhäuser nach dem Nettoprinzip abgerechnet, d. h. abzüglich nichtstationärer Kosten wie Kosten für Forschung, Lehre und Ambulanz. Die Gliederung der Kosten richtet sich nach der Leistungs- und Kalkulationsaufstellung (LKA) der Bundespflegesatzverordnung. Unter Kosten des Krankenhauses wird die Summe der Personal- und Sachkosten einschließlich der Zinsen für Betriebsmittelkredite verstanden. Die bereinigten Kosten sind die pflegesatzfähigen Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen und ergeben sich aus der Differenz zwischen den Netto-Gesamtkosten und den Abzügen. Die berechneten Kosten je Pfl egetag, je Fall und je Bett sind nach Bettenzahl von Krankenhäusern unterschiedlich und dienen als betriebswirtschaftliche Vergleichsparameter.

**Datenhalter**

- ▶ Statistische Landesämter

**Datenquelle**

- ▶ Krankenhausstatistik, Teil III - Kostennachweis

**Periodizität**

Jährlich, 31.12.

**Validität**

Entsprechend dem Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz - KHG) werden die Jahresrechnungen der Krankenhäuser jährlich von unabhängigen Prüfgesellschaften überprüft. Auf dieser Grundlage ist von einer guten Qualität der Kostenrechnungen der Krankenhäuser auszugehen.

**Kommentar**

Angaben zur Kostenstruktur der sonstigen Krankenhäuser sind im Indikator 11.5 gesondert ausgewiesen. Bei Addition der Kosten beider Krankenhausarten erhält man die gesamten Krankenhauskosten.

Es handelt sich um einen Prozessindikator.

**Vergleichbarkeit**

Der WHO-Indikator 6750 992704 *Expenditures on inpatient care, ppp \$ per capita* wie auch der OECD-Indikator *Expenditure on acute care* beinhaltet alle Krankenhauskosten, umge-

rechnet auf pro Kopf der Bevölkerung. Die Summe der Krankenhauskosten müssten aus den Indikatoren 11.4 und 11.5 errechnet werden, dann auf die Einwohner des Landes umgerechnet werden. Demzufolge liegen weder bei der WHO noch bei der OECD gegenwärtig Kostangaben zu den allgemeinen Krankenhäusern vor. Der bisherige Indikator 11.4 beinhaltet alle Krankenhäuser, nicht nur die allgemeinen Krankenhäuser. Deshalb liegt zum bisherigen Indikator keine Vergleichbarkeit vor.

**Originalquellen**

- Publikationen der Länder zu den verwendeten Datenquellen, z. B. Statistische Jahrbücher.

**Dokumentationsstand**

21.08.2002, lögd/LDS NRW

Indikator (K) 11.4	Kosten der allgemeinen Krankenhäuser nach Kostenarten und Krankenhausgrößenklassen, Land, Jahr				
	Kosten der allgemeinen Krankenhäuser nach Bettenzahl				
Kostenart	unter 100	100 - 249	250 - 499	500 und mehr	insgesamt
	in 1000 €				
Personalkosten insg. davon: Ärztlicher Dienst Pflegedienst med.-techn. Dienst sonst. Personal					
Sachkosten insg. davon: Lebensmittel med. Bedarf sonst. Sachkosten					
Zinsen für Betriebsmittelkredite					
Kosten des Krankenhauses insgesamt					
Kosten der Ausbildungsstätten					
Gesamtkosten					
Abzüge insgesamt					
Bereinigte Kosten: insgesamt je Pflgetag je Fall je Bett					

[Sprung zu Daten der Indikatoren 11.4 und 11.5 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes](#)

Datenquelle:  
Statistische Landesämter:  
Krankenhausstatistik, Teil III - Kostennachweis

11.5

## Kosten der sonstigen Krankenhäuser nach Kostenarten und Krankenhausgrößenklassen, Land, Jahr

### Definition

Der Indikator dient der Übersicht über die Ausgaben der sonstigen Krankenhäuser nach Kostenarten.

Kosten der Krankenhäuser werden im Teil III - Kostennachweis - der Krankenhausstatistik ausgewiesen. Sonstige Krankenhäuser sind Krankenhäuser, die ausschließlich über psychiatrische und neurologische Betten verfügen sowie reine Tages- und Nachtkliniken, in denen ausschließlich teilstationäre Behandlungen durchgeführt werden und in denen Patienten nur eine begrenzte Zeit des Tages oder der Nacht untergebracht sind.

Die Kosten der allgemeinen Krankenhäuser, reiner Belegkrankenhäuser und von Bundeswehrkrankenhäusern sind nicht enthalten. Gegenwärtig werden die Kosten der Krankenhäuser nach dem Nettoprinzip abgerechnet, d. h. abzüglich nichtstationärer Kosten wie Kosten für Forschung, Lehre und Ambulanz. Die Gliederung der Kosten richtet sich nach der Leistungs- und Kalkulationsaufstellung (LKA) der Bundespflegesatzverordnung. Unter Kosten des Krankenhauses wird die Summe der Personal- und Sachkosten einschließlich der Zinsen für Betriebsmittelkredite verstanden. Die bereinigten Kosten sind die pflegesatzfähigen Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen und ergeben sich aus der Differenz zwischen den Nettogesamtkosten und den Abzügen. Die berechneten Kosten je Pfl egetag, je Fall und je Bett sind nach Bettenzahl von sonstigen Krankenhäusern unterschiedlich und dienen als betriebswirtschaftliche Vergleichsparameter.

### Datenhalter

- ▶ Statistische Landesämter

### Datenquelle

- ▶ Krankenhausstatistik, Teil III - Kostennachweis

### Periodizität

Jährlich, 31.12.

### Validität

Entsprechend dem Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz - KHG) werden die Jahresendabrechnungen der Krankenhäuser jährlich von unabhängigen Prüfgesellschaften überprüft. Auf dieser Grundlage ist von einer guten Qualität der Kostenrechnungen der Krankenhäuser auszugehen.

### Kommentar

Kostenarten der allgemeinen Krankenhäuser werden im Indikator 11.4 ausgewiesen. Bei Addition der Kosten beider Krankenhausarten erhält man die gesamten Krankenhauskosten. Es handelt sich um einen Prozessindikator.

### Vergleichbarkeit

Der WHO-Indikator 6750 992704 *Expenditures on inpatient care, ppp \$ per capita* beinhaltet alle Krankenhauskosten, umgerechnet auf pro Kopf der Bevölkerung. Die Summe aller Krankenhauskosten müsste aus den Indikatoren 11.5 und 11.4 errechnet werden, dann auf die Ein-

wohner des Landes umgerechnet werden. Bedingte Vergleichbarkeit besteht zum WHO- und auch zum OECD-Indikator: *Expenditure on psychiatric care*. Der bisherige Indikator 11.4 beinhaltet alle Krankenhäuser. Bedingte Vergleichbarkeit bei Addition der neuen Indikatoren 11.4 und 11.5 ist gegeben.

**Originalquellen**

- Publikationen der Länder zu den verwendeten Datenquellen, z. B. Statistische Jahrbücher.

**Dokumentationsstand**

21.08.2002, lögd/LDS NRW

Indikator (K) 11.5	Kosten der sonstigen Krankenhäuser nach Kostenarten und Krankenhausgrößenklassen, Land, Jahr				
Kostenart	Kosten der sonstigen Krankenhäuser nach Bettenzahl				
	unter 100	100 - 249	250 - 499	500 und mehr	insgesamt
	in 1000 €				
Personalkosten insg. davon: Ärztlicher Dienst Pflegedienst med.-techn. Dienst sonst. Personal					
Sachkosten insg. davon: Lebensmittel med. Bedarf sonst. Sachkosten					
Zinsen für Betriebsmittelkredite					
Kosten des Krankenhauses insgesamt					
Kosten der Ausbildungsstätten					
Gesamtkosten					
Abzüge insgesamt					
Bereinigte Kosten: insgesamt je Pflgetag je Fall je Bett					

[Sprung zu Daten der Indikatoren 11.4 und 11.5 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes](#)

Datenquelle:  
Statistische Landesämter:  
Krankenhausstatistik, Teil III - Kostennachweis





## 11.6

**DRG-Fallpauschalen: Erlöse und Leistungen, Land, im Zeitvergleich****Definition**

Der Indikator zu DRG-Fallpauschalen dient dem Ziel, Einblick in die Krankenhausfinanzierung über DRG's zu geben.

Nach dem Gesetz zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems (DRG) für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz - FPG) vom 23.4.2002 ist von den Vertragsparteien auf Bundesebene gemäß § 9 KHEntgG ein Fallpauschalen-Katalog nach § 17b Abs. 1 Satz 10 KHG und ein Katalog ergänzender Zusatzentgelte nach § 17b Abs. 1 Satz 12 KHG zu vereinbaren. Mit einer Fallpauschale werden die allgemeinen Krankenhausleistungen für einen stationären oder teilstationären Behandlungsfall vergütet. Zusatzentgelte sind z. B. für die Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren oder für eine Dialyse vorgesehen, wenn die Behandlung des Nierenversagens nicht die Hauptleistung ist.

Zum ersten Januar 2003 wird das neue Fallpauschalensystem optional, zum 1. Januar 2004 verbindlich für alle Krankenhäuser budgetneutral eingeführt. Das Erlösbudget wird in den Jahren 2005 - 2007 schrittweise einem landeseinheitlichen, krankenhausesübergreifenden Basisfallwert und dem sich daraus ergebenden Erlösvolumen angeglichen.

In den Jahren 2003 und 2004 wird zur Umsetzung der Budgetneutralität ein krankenhausspezifischer Basisfallwert nach einem vereinbarten Verfahren den Fallpauschalen zugrunde gelegt. Der landeseinheitliche Basisfallwert wird erstmals für das Jahr 2005 durch die Vertragsparteien auf Landesebene gemäß § 10 KHEntgG vereinbart.

Die Leistungsentwicklung im DRG-System wird über die Summe der Relativgewichte dargestellt. DRG-Fallpauschalen werden für stationäre und für teilstationäre Behandlungsfälle eingeführt. Mit den DRG-Fallpauschalen werden nicht alle Krankenhausleistungen erfasst; in der Psychiatrie erbrachte Leistungen sind ausgeschlossen.

**Datenhalter**

- ▶ Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus gGmbH (InEK)

**Datenquelle**

- ▶ Statistik zu DRG-Fallpauschalen

**Periodizität**

Jährlich, 01.07.

**Validität**

Ab dem Jahr 2005 haben alle Krankenhäuser im Abstand von zwei Jahren einen Bericht zur Qualitätssicherung zu publizieren, in dem auch Art und Anzahl der Leistungen des Krankenhauses auszuweisen sind.

Der Medizinische Dienst ist lt. SGB V befugt, Stichproben von akuten und abgeschlossenen Fällen zu erheben und zu verarbeiten. Basierend auf den Erfahrungen aus der Erstkalkulation ist davon auszugehen, dass die Validität des Indikators erst mit der Dauer der Einführung des DRG-Systems zunehmen wird.

**Kommentar**

Die gegenwärtig praktizierten Fallpauschalen (nach der Bundespflegesatzverordnung, BpflV) ergeben sich aus der Multiplikation einer bundesweit gültigen Punktzahl (festgelegt in indika-

tionsbezogenen Entgeltkatalogen) und einem auf Landesebene vereinbarten Punktwert. Durch Fallpauschalen sollen die Behandlungszeiten verringert und damit Wirtschaftlichkeitsreserven im Krankenhaus erschlossen werden. Die Fallpauschalen nach BpflV werden in den Jahren 2003 - 2005 von DRG-Fallpauschalen abgelöst.

Zusatzentgelte sind bisher nur für wenige Leistungen vorgesehen und werden deshalb im Indikator nicht berücksichtigt.

Es handelt sich um einen Prozessindikator.

**Vergleichbarkeit**

Es gibt keinen vergleichbaren WHO-, EU- oder OECD-Indikator. Im bisherigen GMK-Indikatorensetz gab es keinen derartigen Indikator.

**Originalquellen**

- Angaben des Institutes für Entgeltsysteme im Krankenhaus gGmbH

**Dokumentationsstand**

26.02.2003, Iögd/InEK

Indikator (K) 11.6		DRG-Fallpauschalen: Erlöse und Leistungen, Land, im Zeitvergleich			
Jahr	DRG-Fallpauschalen				
	durchschnittlicher Basisfallwert in €	Anzahl abgerechneter DRG's	Summe abgerechneter Relativgewichte (casemix, CM)	Durchschnittliches Relativgewicht (casemixindex, CMI)	DRG Erlöse in Mio. €
2003					
2004					
...					
Berichtsjahr					

Datenquelle:  
 Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus gGmbH (InEK):  
 Statistik zu DRG-Fallpauschalen  
 Landesverbände der Krankenkassen (Vertragsparteien):  
 Daten der Vertragsparteien auf Landesebene (zum Basisfallwert)  
 gemäß § 21(3) Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes



11.7

## **Aufwendungen für Leistungen zur Teilhabe in der gesetzlichen Rentenversicherung (GRV), Deutschland, Jahr**

### **Definition**

Im Indikator sind die Angaben der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA), der Landesversicherungsanstalten für Arbeiter (LVA), der Seekasse, der Bahnversicherungsanstalt und der Bundesknappschaft zu Angaben der Gesetzlichen Rentenversicherung zusammengeführt. Kostenstrukturdaten der Rehabilitationseinrichtungen liegen bei den Rentenversicherern vor. Leistungen zur Teilhabe werden durch die Rentenversicherung erbracht, wenn der Versicherte die persönlichen (§ 10 SGB VI) und versicherungsrechtlichen (§ 11 SGB VI) Voraussetzungen erfüllt und kein Ausschlussgrund nach § 12 SGB VI vorliegt. Die gesetzliche Krankenversicherung erbringt Leistungen zur medizinischen Rehabilitation an Versicherte unter den Voraussetzungen der §§ 11 Abs.2; 40 und 41 SGB V.

Im Indikator sind die im entsprechenden Berichtsjahr abgeschlossenen Rehabilitationsleistungen der Rentenversicherung des gesamten Bundesgebietes aufgeführt. Als Berechnungsgrundlage für die Zwecke der Rentenversicherung gelten die Versicherten ohne Rentenbezug. Grundlagen der Statistik der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung sind im Sozialgesetzbuch Sechstes Buch (SGB VI) enthalten.

### **Datenhalter**

- ▶ Verband Deutscher Rentenversicherungsträger

### **Datenquelle**

- ▶ Statistik der Rehabilitationsleistungen

### **Periodizität**

Jährlich, 31.12.

### **Validität**

Da eine Kostentransparenz besteht, liegt eine gute Datenqualität vor.

### **Kommentar**

Eine regionale Zuordnung der Aufwendungen ist gegenwärtig nicht möglich. Bei den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ist zu beachten, dass die Kosten extrem heterogen verteilt und je nach Maßnahme entweder gering (bedingte Zusage bei Vermittlungsbescheiden) oder sehr hoch (Umschulungen) sind. Die Leistungen zur Teilhabe können als stationäre und ambulante Leistungen erbracht werden, wobei Hilfsmittel eingeschlossen sind.

Es handelt sich um einen Prozessindikator.

### **Vergleichbarkeit**

Es gibt keinen vergleichbaren WHO-, OECD- oder EU-Indikator. Der Indikator 11.5 im bisherigen Indikatorensetz war anders aufgebaut; die Länder waren bisher nicht in der Lage, den Indikator wegen fehlender Zahlen zu führen. Der Indikator kann künftig nur als Bundesindikator geführt werden, da die Angaben der BfA nicht nach Ländern aufgeschlüsselt werden können. Deshalb ist keine Vergleichbarkeit gegeben. Auf Landesebene liegen nur die Daten der LVA vor.

### Originalquellen

- ▶ Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) (Hrsg.): VDR Statistik Rehabilitation, <http://www.vdr.de/Statistik>

### Dokumentationsstand

22.08.02, lögd/VDR

Aufwendungen für	Gesetzliche Rentenversicherung		darunter:		
	in Mio. €	€ je Versich.*	Arbeiter-	Angestellten-	Knappschaftliche
			rentenversicherung	versicherung	Rentenversicherung
			in Mio. €		
Medizinische und ergänzende Leistungen darunter: Abhängigkeits-erkrankungen psychische Erkrankungen sonstige Erkrankungen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben Sonstige Leistungen Sozialversicherungs-beitr. f. Rehabilitanden Bruttoaufwendungen zur Rehabilitation	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 11.7 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>				
Erstattung für Reha-bilitationsleistungen Nettoaufwendungen zur Rehabilitation					

Datenquelle:  
 Verband Deutscher Rentenversicherungsträger:  
 Statistik der Rehabilitationsleistungen

\* Versicherte ohne Rentenbezug

11.8

## Durchschnittliche Vergütung für vollstationäre Dauer- und Kurzzeitpflege in Pflegeheimen nach Art der Vergütung und des Trägers, Land, Jahr

### Definition

Leistungen bei Pflegebedürftigkeit werden im Gesetz zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit (Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI)) geregelt.

Pflegebedürftigkeit ist nach drei Stufen gegliedert. Pflegestufe I beinhaltet erhebliche Pflegebedürftigkeit (Pflegeaufwand mindestens einmal täglich für wenigstens zwei Verrichtungen), Pflegestufe II: Schwerpflegebedürftigkeit (mindestens dreimal täglich ist Pflege erforderlich) und Pflegestufe III: Schwerstpflegebedürftigkeit (Pflege ist rund um die Uhr erforderlich).

Aufwendungen für stationäre und teilstationäre Pflege bestehen in Kosten für die Grundpflege, Behandlungspflege und soziale Betreuung. Kosten für Grund- und Behandlungspflege sind nach Pflegestufen gestaffelt. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung muss der Versicherte selbst tragen.

Pflegesätze sind die Entgelte der Heimbewohner oder ihrer Kostenträger für die voll- oder teilstationären Pflegeleistungen des Pflegeheimes sowie für medizinische Behandlungspflege und soziale Betreuung. Die Pflegesätze müssen leistungsgerecht sein. Die Pflegesätze ermöglichen einem Pflegeheim bei wirtschaftlicher Betriebsführung, seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen. Eine Differenzierung der Pflegesätze in einem Pflegeheim nach Kostenträgern ist unzulässig.

### Datenhalter

- ▶ Statistische Landesämter

### Datenquelle

- ▶ Pflegestatistik

### Periodizität

Zweijährlich

### Validität

Das Pflegeversicherungsgesetz ist am 1.1.1995 in Kraft getreten.

Laut Pflegestatistik ist über die Kosten der Pflegeeinrichtungen nach Kostenarten sowie Erlöse nach Art, Höhe und Kostenträgern ein Nachweis zu führen, der für Pflegesatzverhandlungen bereitzustellen ist. Auf dieser Grundlage ist davon auszugehen, dass die Statistik vollständig und aussagefähig ist.

### Kommentar

Daten liegen beim Datenhalter auch für die kommunale Ebene vor.

Es handelt sich um einen Prozessindikator.

### Vergleichbarkeit

Es gibt keinen vergleichbaren WHO-Indikator zu Pflegekosten. Der Indikator ist mit dem OECD-Indikator *Expenditure on long term nursing care* vergleichbar. Im bisherigen Indikatorensetz gab es keinen vergleichbaren Indikator, da die Pflegeversicherung erst im Jahre 1995 in Kraft getreten ist, die erste Vollerhebung zur Pflegestatistik inkl. der Kostenerhebung lag für das Jahr 1999 vor.

### Originalquellen

- ▶ Publikationen der Länder zu den verwendeten Datenquellen, z. B. Statistische Jahrbücher.

### Dokumentationsstand

22.08.2002, lögd/LDS NRW

Indikator (K) 11.8	Durchschnittliche Vergütung für vollstationäre Dauer- und Kurzzeitpflege in Pflegeheimen nach Art der Vergütung und des Trägers, Land, Jahr			
	in € pro Person und Tag			
Art der Vergütung	Durchschnittliche Vergütung nach Art der Einrichtung			
	Freigemeinnützige Träger	Öffentliche Träger	Private Träger	Durchschnittliche Vergütung insg.
<b>Vergütung für vollstationäre Dauerpflege</b> Pflegesatz Pflegeklasse 1 Pflegeklasse 2 Pflegeklasse 3 durchschnittlicher Pflegesatz aller Pflegeklassen Entgelt für Unterkunft und Verpflegung	<a href="#">Sprung zu Daten des Indikators 11.8 aus dem Informationssystem der GBE des Bundes</a>			
<b>Vergütung für Kurzzeitpflege</b> Pflegesatz Pflegeklasse 1 Pflegeklasse 2 Pflegeklasse 3 durchschnittlicher Pflegesatz aller Pflegeklassen Entgelt für Unterkunft und Verpflegung				

Datenquelle:  
 Statistische Landesämter:  
 Pflegestatistik





---

## **Anhang 1**

### **Statistische Methoden**





## Statistische Methoden

### 1. Neue und geänderte statistische Verfahren in der dritten Fassung des Indikatorensatzes zur Gesundheitsberichterstattung der Länder

Das vergangene Jahrzehnt seit der Einführung des GMK-Indikatorensatzes im Jahre 1991 hat neben der Etablierung der ICD-10 als neuem Standard der Klassifikation von Krankheiten eine ganze Reihe weiterer Veränderungen im Bereich statistischer Verfahren und Datenstrukturen mit sich gebracht, die bei der Berechnung von Gesundheitsindikatoren zu berücksichtigen sind. Betroffen sind in erster Linie Fragen der Altersstandardisierung und der Obergrenze von Altersgruppen; es sollen aber auch völlig neue Konzepte wie beispielsweise der Indikator „Lebenserwartung bei guter Gesundheit“ in die Gesundheitsberichterstattung aufgenommen werden.

Im Folgenden werden diese Veränderungen gegenüber den bisher verwendeten Verfahren kurz aufgelistet, um dann in den anschließenden Methodenkapiteln näher erläutert zu werden. Im Zusammenhang mit der Neubearbeitung des Indikatorensatzes der Ländergesundheitsberichterstattung wird eine CD-ROM produziert, die neben allen Indikatortabellen im MS-Excel-Format auch Excel-Arbeitsblätter enthält, in denen die hier beschriebenen Methoden exemplarisch umgesetzt sind. Diese Arbeitsblätter können direkt zur Berechnung von Indikatorenziffern verwendet werden; sie dienen aber auch als Kontrolle für diejenigen Nutzer, die diese Methoden mit anderen Produkten (Datenbanken, Statistik-Programme etc.) umsetzen wollen.

#### ► Standardisierung

In der Neufassung des Indikatorensatzes wird bei der direkten Altersstandardisierung nicht mehr die so genannte „Neue Europabevölkerung“ sondern die „Alte Europabevölkerung“ von 1966 verwendet. Die Begründung für diesen Wechsel findet sich weiter unten im entsprechenden Methodenkapitel.

#### ► SMR bei Regionaltabellen

Bei allen Indikatoren auf der Aggregatebene Kreise/Kreisfreie Städte/Stadtbezirke, die altersstandardisierte Raten aufweisen, kommt die indirekte Altersstandardisierung (SMR) an der Rate des jeweiligen Bundeslandes zur Anwendung. Diese Methode liefert bei den auf Kreisebene häufigen kleinen Fallzahlen stabilere Ergebnisse und ist für den Regionalvergleich besonders gut geeignet (SMR als prozentuale Abweichung vom Landesmittelwert). Nach Möglichkeit sollten statistisch signifikante Abweichungen vom Landeswert gekennzeichnet werden.

#### ► Oberste Altersgruppe „95 und älter“

Indikatoren mit Altersstruktur sind, soweit möglich, nach 5-Jahres-Altersgruppen gegliedert. Hierbei soll die höchste, nach oben offene Altersgruppe gegenüber der bisherigen Struktur um 10 Jahre auf „95 Jahre und älter“ angehoben werden. Dies entspricht der demographischen Entwicklung und der Notwendigkeit, Gesundheitsprobleme und Gesundheitsleistungen für die Gruppe der Hochbetagten differenzierter darzustellen. Ein großer Teil der nationalen und europäischen Berichtsroutinen werden zurzeit an diesen neuen Standard angepasst.

#### ► Lebenserwartung

Die Lebenserwartung wurde in der bisherigen Fassung des Indikatorensatzes nur auf Landesebene entsprechend den so genannten vollständigen und abgekürzten Sterbetafeln der Statistischen Ämter dargestellt. Mittlerweile liegen einige Untersuchungen vor (s. z.B. (1, 2)), die die Verlässlichkeit der Berechnung auf Kreisebene (zumindest für die Belange der Gesundheits-

berichterstattung) dokumentieren. Es wird daher ein neuer Indikator „Lebenserwartung im Regionalvergleich“ eingeführt. Für die Berechnung sollten die Daten mehrerer Jahre zusammengeführt werden und signifikante Differenzen anhand von Konfidenzintervallen gesichert werden (s. Abschnitt 10).

Die „Lebenserwartung bei guter Gesundheit - Health Expectancy“ wird mittlerweile in vielen europäischen Ländern routinemäßig als Gesundheitsindikator berechnet. Sie bietet als Maß für die Lebenserwartung ohne gesundheitliche Einschränkungen bzw. Behinderungen eine wichtige Ergänzung zur allgemeinen Lebenserwartung. Als Datengrundlage sind verschiedene Quellen wie z.B. Pflegestatistik, Schwerbehindertenstatistik oder Survey-Daten verwendbar. Bisher ist die Abstimmung zur Berechnungsgrundlage zwischen den beteiligten Institutionen nicht abgeschlossen. Es wird daher in Abschnitt 10 nur ein vorläufiges Modell zur Berechnung des Indikators „Gesunde Lebenserwartung“ anhand der Daten der Schwerbehindertenstatistik vorgestellt.

## 2. Altersstandardisierung von Daten zur Sterblichkeit und zu Krankheitshäufigkeiten

Ein wesentlicher Zweck der Bildung von Gesundheitsindikatoren im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung ist die Möglichkeit, spezifische gesundheitspolitisch relevante Kennziffern über eine längere Zeitperiode hinweg oder zwischen verschiedenen Regionen vergleichen zu können. So lassen sich beispielsweise Fragen nach einem Anstieg bestimmter Erkrankungen innerhalb der letzten Jahre oder nach Unterschieden der Sterblichkeitsziffern zwischen den Verwaltungsbezirken eines Bundeslandes untersuchen.

Solche Analysen können sich allerdings nicht auf die so genannten „rohen“, unbereinigten Krankheits- oder Sterbeziffern stützen, die die Anzahl der Sterbefälle (bzw. Erkrankungen) je 100 000 Einwohner der mittleren Jahresbevölkerung angeben:

*Rohe Sterberate*

$$\text{MR} = \frac{\text{Anzahl Verstorbener}}{\text{Durchschnittliche Bevölkerung}} \cdot 100000$$

Diese rohe Sterberate berücksichtigt nicht die Geschlechtsverteilung und den Altersaufbau der untersuchten Populationen, die deutliche Unterschiede z. B. zwischen städtischen und ländlichen Regionen aufweisen können. Beide Faktoren haben jedoch einen starken Einfluss auf das Mortalitätsgeschehen.

Der Einfluss der Geschlechtsverteilung lässt sich in der Regel dadurch kontrollieren, dass die entsprechenden Raten für beide Geschlechter getrennt berechnet und angegeben werden. Die Frage nach der Altersstruktur einer bestimmten Bevölkerung gewinnt besondere Bedeutung durch die derzeit in Mitteleuropa zu beobachtenden Wanderungsbewegungen. So gibt es Regionen, die einen verstärkten Zuzug jüngerer Altersgruppen zu verzeichnen haben, während in ländlichen Regionen die Jüngeren eher abwandern und eventuell zusätzlich ältere Menschen aus den Ballungsgebieten ihren Alterswohnsitz hierhin verlegen. Vergleicht man die rohen Mortalitätsraten dieser Regionen, wird man in denjenigen Landesteilen mit einer jüngeren Bevölkerung niedrigere Raten finden als in den Bezirken mit höherem Altersdurchschnitt. Die

Einflüsse der Altersstruktur überlagern dann alle übrigen Faktoren, die als Ursachen regionaler Mortalitätsunterschiede in Frage kommen könnten. Ähnliches gilt für Zeitreihenanalysen, die in gleicher Weise durch Veränderungen im Altersaufbau (zunehmende Alterung der Bevölkerung) beeinflusst werden.

Es gibt verschiedene Wege, die den verzerrenden Effekt unterschiedlicher Altersstrukturen auf Sterbeziffern und Krankheitsraten umgehen. Der direkteste, aber nicht unbedingt gangbarste Weg ist die Berechnung altersspezifischer Sterbeziffern. Diese geben die Anzahl der Gestorbenen einer Altersgruppe je 100 000 Einwohner der gleichen Altersgruppe an:

*Altersspezifische Sterberate*

$$MR_i = \frac{\text{Anzahl Verstorbener in Altersgruppe } i}{\text{Durchschnittliche Bevölkerung in Altersgruppe } i} \cdot 100000$$

In der Regel werden diese Ziffern auf der Basis von 5-Jahres-Altersgruppen gebildet. Es wird unterstellt, dass die Altersverteilung innerhalb von 5-Jahresgruppen nicht nennenswert zwischen verschiedenen Populationen differiert. Unter dieser Annahme können altersspezifische Sterbeziffern einem direkten Vergleich für verschiedene Bevölkerungsgruppen, Regionen oder Zeiträume unterzogen werden.

Allerdings ist eine in dieser Weise differenzierte Darstellung z.B. für alle Verwaltungsbezirke eines Bundeslandes wegen der immensen Datenmenge eher erdrückend als erhellend. Daher dienen altersspezifische Sterbeziffern in der Regel nur als Ausgangsbasis für weitergehende statistische Analyseverfahren.

Der übliche Weg zur Gewinnung summarischer, vergleichbarer Maßzahlen zur Morbidität und Mortalität ist die Standardisierung der Häufigkeitsziffern nach derjenigen Variablen, deren Einfluss man ausschließen oder, genauer gesagt, kontrollieren möchte. So ist neben der Altersstandardisierung eine Standardisierung nach anderen Merkmalen in gleicher Weise durchführbar.

Es werden zwei Methoden der Standardisierung unterschieden, die im Folgenden näher erläutert sind:

1. Direkte Standardisierung
2. Indirekte Standardisierung

### **3. Direkte Altersstandardisierung - Standardbevölkerungen**

Das Verfahren der direkten Altersstandardisierung bezieht die zu untersuchenden altersspezifischen Raten, beispielsweise die Mortalitätsraten, auf eine (frei wählbare) „Standardpopulation“. (Direkt altersstandardisierte Mortalitätsraten entsprechen den im englischen Sprachraum verwendeten standard death rates, SDR.) Es wird üblicherweise eine Bevölkerungsunterteilung nach 5-Jahres-Altersgruppen verwendet. Die Mortalitätsraten der einzelnen Altersgruppen in der beobachteten Bevölkerung werden hierbei mit den Bevölkerungsanteilen der Standardpopulation gewichtet entsprechend der Formel:

*Altersstandardisierte Sterberate*

$$MR_{st} = \frac{\sum (N_i \cdot mr_i)}{\sum N_i}$$

wobei  $N_i$  die Zahl der Personen in der Altersgruppe  $i$  der Standardbevölkerung ist,  $mr_i$  für die altersspezifischen Mortalitätsraten je 100 000 der untersuchten Bevölkerung steht und  $\Sigma$  die Summation über allen Altersgruppen anzeigt. (In dieser und den folgenden Formeln beziehen sich großgeschriebene Variablen auf die Standardbevölkerung, kleingeschriebene auf die Zielpopulation.)

Es wird also die Sterberate jeder Altersgruppe mit der Zahl der Personen in der entsprechenden Gruppe der Standardpopulation multipliziert; die Produkte werden summiert und durch die Gesamtpersonenzahl der Standardpopulation dividiert. Die rohen Sterberaten, beispielsweise der Verwaltungsbezirke eines Bundeslandes, werden demnach so Neuberechnet, als wäre die Altersverteilung aller Bezirke identisch mit derjenigen einer bestimmten Standardbevölkerung. In unserem Fall ist dies die von der WHO verwendete „Europäische Standardbevölkerung“, die auf einen Vorschlag der IARC (3) zurückgeht (sog. „alte“ Europäische Standardbevölkerung, s. Tabelle 3 in Abschnitt 13). Ein Vergleich der standardisierten Sterberaten verschiedener Bezirke bzw. unterschiedlicher Zeiträume wird daher nicht mehr durch Unterschiede im Altersaufbau der Bevölkerungen beeinträchtigt.

Der Effekt einer Altersstandardisierung lässt sich gut an der Entwicklung der Sterblichkeit von Frauen in Nordrhein-Westfalen (ebenso wie in ganz Deutschland) innerhalb der letzten 20 Jahre darstellen. Während die rohe Mortalitätsrate der Frauen innerhalb dieser Zeit praktisch unverändert blieb, zeigen die altersstandardisierten Raten einen kontinuierlichen Rückgang der Mortalität um ca. 30 % zwischen 1980 und 2001. Somit ist der Verlauf der rohen Sterblichkeitsraten in erster Linie durch Veränderungen der Altersstruktur - vor allem die Zunahme des älteren Bevölkerungsanteils bei den Frauen - zu erklären, welche den rückläufigen Trend in der Gesamtgruppe der Frauen neutralisieren.

Es ist zu beachten, dass altersstandardisierte Raten fiktive Kennziffern darstellen, die nur als Vergleichsgrößen zwischen verschiedenen Populationen dienen sollten. Wie weit diese fiktiven Werte von den rohen, unbereinigten Raten abweichen, wird durch die Wahl der Standardbevölkerung entschieden. Theoretisch ist die Wahl dieser Population beliebig, vorausgesetzt, man benutzt bei allen Vergleichen immer dieselbe Standardpopulation. In der Praxis sollte man einen Bevölkerungsstandard vorziehen, der sich am Aufbau der untersuchten Bevölkerungsgruppe orientiert. So wird erreicht, dass der Vergleich nicht zu artifiziell wirkt und eine gewisse Interpretationsmöglichkeit der standardisierten Ziffer erhalten bleibt.

Vor diesem Hintergrund wurde von der UNO 1990 eine „neue“ Europäische Standardbevölkerung vorgeschlagen, da die „alte“ Standardbevölkerung von 1966 mittlerweile deutliche Abweichungen vom realen Altersaufbau der Bevölkerungen in den europäischen Staaten aufwies. Diese „neue“ Standardbevölkerung wurde in der zweiten Fassung des GMK-Indikatorensetzes von 1996 ebenfalls als Basis für die Altersstandardisierung empfohlen. Dies wird nun mit der aktuellen Fassung aus zwei Gründen zurückgenommen: 1. Die „Neue Europäische Standardbevölkerung“ hat sich in der Gesundheitsberichterstattung sowohl international als auch innerhalb Deutschlands nicht durchsetzen können. 2. Die Geschlechtsdifferenzierung der neuen Europabevölkerung in drei Bevölkerungsstrukturen (weiblich, männlich, insgesamt)

wird mittlerweile eher als Nachteil gesehen, da z.B. die altersstandardisierten Mortalitätsraten von Männern und Frauen nicht mehr vergleichbar sind, wenn sie jeweils an der männlichen bzw. weiblichen Bevölkerungsstruktur standardisiert wurden.

Mit der vorliegenden Neubearbeitung des Indikatorensatzes wird also wieder auf die „alte“ Europabevölkerung (s. Tabelle 3 in Abschnitt 13) als Standard zurückgegriffen und somit sichergestellt, dass eine Vergleichbarkeit der standardisierten Raten auch zwischen den Geschlechtern jederzeit gegeben ist.

#### 4. Indirekte Altersstandardisierung - SMR

Die Methode der indirekten Altersstandardisierung kann als eine Umkehrung der Vorgehensweise bei der direkten Standardisierung verstanden werden: Hierbei werden die altersspezifischen Sterberaten der Standardbevölkerung mit der Altersverteilung der jeweils untersuchten Population gewichtet. Es resultiert im ersten Rechenschritt die Anzahl der Sterbefälle, die man in der jeweils untersuchten Bevölkerung erwarten würde, wenn das Sterbeverhalten das Gleiche wäre wie in der Standardbevölkerung:

$$(1) \quad \text{Erwartete Sterbefälle} = \sum \frac{n_i \cdot MR_i}{100\,000}$$

wobei  $n_i$  die Zahl der Personen in der Altersgruppe  $i$  der beobachteten Bevölkerung ist und  $MR_i$  für die Mortalitätsrate je 100 000 der Altersgruppe  $i$  in der Standardbevölkerung steht.

Die erwarteten Sterbefälle, die sich aus der Summe über allen Altersgruppen ergeben, werden nun im zweiten Schritt in Beziehung gesetzt zu den tatsächlich in der untersuchten Bevölkerung aufgetretenen Todesfällen: Die Division der beobachteten durch die erwarteten Fälle führt zur so genannten

*Standardized Mortality Ratio (SMR)*

$$(2) \quad \text{SMR} = \frac{\text{Anzahl beobachteter Fälle}}{\text{Anzahl erwarteter Fälle}} = \frac{d}{\sum \frac{n_i \cdot MR_i}{100\,000}}$$

wobei  $d$  die Summe aller Sterbefälle in der untersuchten Population angibt. (In der deutschsprachigen Literatur sind die Begriffe standardisierte Mortalitätsratio bzw. Mortalitätsverhältniszahl und standardisierter Mortalitätsindex im Gebrauch. Die Übersetzung „standardisierte Mortalitätsrate“ ist nicht zutreffend, da es sich um einen Ratenquotienten handelt.)

In einem dritten Schritt kann man nun die SMR mit der rohen Sterberate der Standardpopulation multiplizieren und erhält die

*Indirekt standardisierte Mortalitätsrate*

$$(3) \quad MR_{is} = MR \cdot \text{SMR}$$

- allerdings interessiert bei der indirekten Standardisierung in erster Linie der SMR-Quotient. Üblicherweise wählt man bei dieser Methode die Summe aller untersuchten Regionen als Standardpopulation; so kann beispielsweise in einem Bundesland die Sterblichkeit in den Verwaltungsbezirken mit der Sterblichkeitsrate im gesamten Bundesland indirekt standardisiert werden. Die SMR des Landes insgesamt ist dann definitionsgemäß exakt 1 (beobachtete = erwartete Fälle); die Ergebnisse für die einzelnen Verwaltungsbezirke lassen sich als prozentuale Abweichung von diesem Landesdurchschnitt interpretieren und können auf statistische Signifikanz getestet werden (s. nächsten Abschnitt). Wie bei der direkten Altersstandardisierung wird auch hier durch das Rechenverfahren ausgeschlossen, dass Mortalitätsunterschiede zwischen den einzelnen Regionen durch die unterschiedliche Altersstruktur bedingt sind.

Wir benötigen für die indirekte Altersstandardisierung nur den Altersaufbau und die Gesamtzahl der Todesfälle in der beobachteten Bevölkerung, während in die direkte Standardisierung die altersspezifischen Sterberaten dieser Population mit eingehen. Dies erscheint zunächst wie eine überflüssige Reduktion der Ausgangsdaten, die die Genauigkeit des Ergebnisses gegenüber der direkten Methode zwangsläufig einschränkt. Allerdings hat die indirekte Standardisierung durchaus ihre Berechtigung, insbesondere bei Vergleichen von kleineren Grundgesamtheiten mit geringen Fallzahlen. Wenn beispielsweise an einer seltenen Todesursache in einer Untersuchungsregion nur 10 Personen pro Jahr versterben, verteilen sich die Sterbefälle rein zufällig auf die einzelnen Altersgruppen, so dass keine verlässlichen altersspezifischen Mortalitätsraten erwartet werden können. Führt man in dieser Situation eine direkte Altersstandardisierung durch, so erhalten diese Zufallsschwankungen einen unzulässig großen Einfluss auf das Gesamtergebnis, während die indirekte Methode hier durch die Verwendung der zuverlässigeren Gesamtfallzahl den Fehler gering hält und stabilere Schätzungen erbringt.

SMR-Quotienten, die anhand der Mortalitätsraten der einzelnen Bundesländer berechnet werden, sind für die Landesgesundheitsberichterstattung sehr nützlich; sie lassen allerdings keinen Vergleich mit den anderen Bundesländern zu. Um dies zu erreichen, müssten z. B. altersspezifische Sterblichkeitsraten der Bundesrepublik Deutschland als gemeinsamer Standard verwendet werden. In der Neufassung des Indikatorensetzes wird diese Methode der indirekten Altersstandardisierung für alle zu standardisierenden Indikatoren verwendet, die auf Kreisebene vorliegen.

## 5. Signifikanzprüfung

Wenn man Kenngrößen der Gesundheitsstatistik wie z. B. Sterblichkeitsraten einem regionalen Vergleich unterzieht, ist für die sinnvolle Interpretation von Differenzen zwischen einzelnen Kreisen oder von Abweichungen gegenüber dem Landesdurchschnitt eine statistische Signifikanzprüfung der Differenzen unerlässlich. Der Signifikanztest überprüft, ob Datendifferenzen im Bereich zufälliger Schwankungen liegen oder aber mit großer Wahrscheinlichkeit (hier durchgängig 95 %) einen tatsächlichen Unterschied anzeigen.

Die Signifikanz wird von der Größe der untersuchten Teilpopulation beeinflusst und reflektiert die Streubreite der jeweiligen Rate in der Gesamtpopulation. So liegt beispielsweise eine Stadt X mit einer SMR von 0,83 signifikant unter dem Landesdurchschnitt von 1,0, während drei weitere Verwaltungsbezirke mit niedrigeren SMR-Quotienten keine signifikante Abweichung aufweisen. Dies erklärt sich u. a. aus der Tatsache, dass die Stadt X eine vergleichsweise größere Bevölkerung hat und damit eine geringere Zufallsschwankung der beobachteten Todesfälle als bei Kreisen mit weniger Einwohnern zu erwarten ist. (Weitere Faktoren wie die Verteilung der Todesfälle über den einzelnen Altersgruppen beeinflussen das Ergebnis ebenfalls, s. u.)

Es sind verschiedene statistische Methoden zur Signifikanzprüfung im Gebrauch, wobei sich der Signifikanztest auf der Basis von Konfidenzintervallen (Vertrauensbereichen) als epidemiologischer Standard etabliert hat. Im Folgenden soll jeweils ein Verfahren zur Berechnung von Konfidenzintervallen für direkt altersstandardisierte Raten und für den SMR-Quotienten vorgestellt werden. Diese Verfahren sind in den bereitgestellten Excel-Arbeitsblättern zur direkten und indirekten Altersstandardisierung bereits implementiert.

## 6. Konfidenzintervalle bei direkt altersstandardisierten Raten

Bei der Ermittlung des Konfidenzintervalls altersstandardisierter Mortalitätsraten geht man von der Varianz der altersspezifischen Sterbeziffern als Streuungsmaß aus. Unter der Annahme einer homogenen Risikoverteilung innerhalb der Altersgruppe lässt sich die Varianz einer altersspezifischen Rate (je 100 000 Einwohner) wie folgt ausdrücken:

$$(1) \quad \text{Varianz}(mr_i) = \frac{mr_i \cdot (100\,000 - mr_i)}{n_i}$$

Die Varianz der altersstandardisierten Rate kann nun als ein gewichteter Mittelwert über den Varianzen der altersspezifischen Raten gesehen werden, wobei mit der Standardbevölkerung gewichtet wird. Die Gewichte für jede Altersklasse  $i$  sind gegeben als

$$(2) \quad W_i = \frac{N_i}{\sum N_i}$$

Dann gilt für die altersstandardisierte Rate  $MR_{st}$

$$(3) \quad \text{Varianz}(MR_{st}) = \sum (W_i)^2 \cdot \text{Varianz}(mr_i)$$

Der Standardfehler SE der altersstandardisierten Rate errechnet sich als Quadratwurzel der Varianz. Unter Verwendung des Standardfehlers kann nun der Vertrauensbereich um die altersstandardisierte Mortalitätsrate  $MR_{st}$  gebildet werden. Vorausgesetzt, die Zahl der Todesfälle ist groß genug (25 kann hier als untere Grenze gelten) ergibt sich das 95 %-Konfidenzintervall als

*95 %-Konfidenzintervall für direkt altersstandardisierte Raten*

$$(4) \quad CI_{95\%} = MR_{st} \pm 1,96 \cdot \sqrt{\sum \frac{mr_i \cdot (100\,000 - mr_i)}{n_i} \cdot \left(\frac{N_i}{\sum N_i}\right)^2}$$

wobei das „+“ Zeichen für die obere und das „-“ Zeichen für die untere Grenze einzusetzen sind. (Der Wert 1,96 steht hier für das  $(1-\alpha/2)$ -Quantil der Normalverteilung mit  $\alpha = 0,05$ . Für ein Konfidenzniveau von 99 % wäre hier der Wert 2,576 entsprechend  $\alpha = 0,01$  einzusetzen.)



Die „wahre“ altersstandardisierte Mortalitätsrate liegt also mit 95 %iger Wahrscheinlichkeit zwischen den beiden Grenzwerten dieses Konfidenzintervalls. Mit zunehmender Populationsgröße wird das Intervall enger, da die Varianz abnimmt.

## 7. Konfidenzintervalle bei indirekter Altersstandardisierung (SMR)

Die Berechnung des 95 %-Konfidenzintervalls für die „Standardized Mortality Ratio“ (SMR) ergibt sich wie folgt. Die SMR wird, wie oben erläutert, als Quotient aus beobachteten und erwarteten Fällen gebildet:

$$(1) \quad \text{SMR} = \frac{\text{Anzahl beobachteter Fälle}}{\text{Anzahl erwarteter Fälle}} = \frac{O}{E}$$

Unter der Annahme, dass die beobachteten Todesfälle einer Poissonverteilung genügen, lässt sich für den „wahren“ SMR-Quotienten der untere ( $X_u$ ) und der obere ( $X_o$ ) Grenzwert des 95 %-Konfidenzintervalls vereinfacht folgendermaßen berechnen:

$$(2) \quad X_u = \frac{\left(\frac{1,96}{2} - \sqrt{O}\right)^2}{E} \quad \text{und} \quad X_o = \frac{\left(\frac{1,96}{2} + \sqrt{O+1}\right)^2}{E}$$

Allerdings sollte diese Näherungsformel erst ab einer Fallzahl über 100 verwendet werden. Im Krebsatlas Nordrhein-Westfalen (4) wird die Formel eines asymptotischen Konfidenzintervalls verwendet, die bei Fallzahlen über 30 zuverlässige Ergebnisse liefert:

*95 %-Konfidenzintervall für indirekte Altersstandardisierung (SMR)*

$$(3) \quad \text{CI}_{95\%} = \frac{O + 0,5 \cdot (1,96)^2 \pm 0,5 \pm 1,96 \cdot \sqrt{O + 0,25 \cdot (1,96)^2 \pm 0,5}}{E}$$

## 8. Signifikanzprüfung mit Konfidenzintervallen

Wie lässt sich nun mit den ermittelten Konfidenzintervallen die Differenz zweier Raten auf Signifikanz testen? Signifikante Abweichungen liegen immer dann vor, wenn sich die Vertrauensbereiche der zu vergleichenden Raten nicht überschneiden.

Wenn wir beispielsweise die Mortalität je 100 000 Einwohner eines Bundeslandes untersuchen, finden wir im Berichtsjahr einen altersstandardisierten Wert von 913,0 mit einem 95 %-Konfidenzintervall von 909,0 bis 917,1. Dann ergibt sich für die Stadt A eine statistisch signifikante Abweichung vom Landeswert nach oben (Altersstandardisierte Mortalitätsrate: 944,6;  $\text{CI}_{95\%} = 924,1 - 965,2$ ). Das Konfidenzintervall der Stadt B überlappt dasjenige des Landes (948,9;  $\text{CI}_{95\%} = 907,8 - 990,0$ ) - in diesem Fall sogar beidseitig -, es zeigt sich damit trotz

einer höheren Mortalitätsrate als in A keine signifikante Abweichung vom Landesdurchschnitt. Der Kreis C schließlich liegt mit einer Mortalitätsrate von 852,1 (CI95% = 825,9 - 878,2) signifikant unter der durchschnittlichen Mortalitätsrate des Landes.

## 9. Verlorene Lebensjahre (PYLL)

Der Gesundheitsindikator „Verlorene Lebensjahre“ wird als „Potential Years of Life Lost (PYLL)“ seit rund 50 Jahren in der Epidemiologie diskutiert und eingesetzt. Er eignet sich besonders für die Bewertung der vorzeitigen Sterblichkeit, wenn er - wie allgemein üblich - für die Altersgruppe der 1- bis 64-Jährigen berechnet wird. (Ein gelegentlich diskutiertes Heraussetzen der Altersgrenze, z.B. auf den Wert der mittleren Lebenserwartung, entspricht dieser Konzeption nicht und verschiebt das Diagnosenspektrum stark in die Richtung der Herz-Kreislauf-Krankheiten.) Ausgehend von der vorgegebenen Altersobergrenze werden für alle vor Erreichung der Altersgrenze Verstorbenen die nicht gelebten Jahre, das verlorene Potenzial, aufsummiert sowie als Rate je 100 000 Einwohner gebildet. Rein quantitativ kann eine relativ seltene Todesursache wie z. B. AIDS einen ähnlichen Verlust an Lebenszeit bedingen wie eine häufige Todesursache, wenn die erstere in jüngeren Altersgruppen und letztere im höheren Alter bevorzugt beobachtet wird.

Die absolute Zahl der „Verlorenen Lebensjahre“ (VLJ) lässt sich relativ schwer interpretieren, wenn auch eine Zahl wie 11 507 VLJ durch AIDS in Nordrhein-Westfalen im Jahr 1995 (und der nachfolgende rapide Rückgang bis auf 2 035 VLJ im Jahre 2001) eine wichtige zusätzliche Information zu einer an sich sehr seltenen Todesursache liefert. Von besonderem Interesse ist der prozentuale Anteil verschiedener Todesursachen an der Gesamtzahl der VLJ, der es erlaubt, das präventive Potenzial der wichtigsten Ursachen für vorzeitigen Tod in unserer Gesellschaft zu bewerten.

Die Berechnung der VLJ für eine bestimmte Todesursache bzw. Ursachengruppe beruht auf der Summierung der betreffenden Sterbefälle in den einzelnen Altersgruppen, multipliziert mit den in der jeweiligen Altersgruppe verbleibenden Lebensjahre bis zur vorgegebenen oberen Altersgrenze. Der Mittelwert verlorener Lebensjahre je Todesfall in einer Altersklasse ergibt sich bei einem Grenzwert von 65 Jahren (gestorben vor Vollendung des 65. Lebensjahres) wie folgt:

$$\text{Mittlerer Verlust an Lebensjahren in Altersgruppe } i = 65 - \left( \frac{UG_i + OG_i}{2} \right) - 0,5$$

wobei  $UG_i$  und  $OG_i$  die unteren und oberen Grenzwerte der jeweiligen Altersgruppe sind. Für die Altersgruppe der 40- bis 44-Jährigen ergäbe sich somit ein mittlerer Verlust von 22,5 Lebensjahren durch Tod vor Vollendung des 65. Lebensjahres. Die Formel zur Berechnung der VLJ (zwischen 1 und 64 Jahren) lautet dann:

*Verlorene Lebensjahre*

$$VLJ_{(1-64)} = \sum_{i=1}^{64} d_i \cdot \left( 65 - \frac{UG_i + OG_i}{2} - 0,5 \right)$$

$d_i$  steht hier für die Anzahl der Sterbefälle in der Altersgruppe  $i$ .

Die Gruppe der Säuglinge wird bei dieser Berechnung ausgeklammert, da die Säuglingssterblichkeit zum größten Teil speziellen Todesursachen zuzuschreiben ist, die in späteren Lebensabschnitten nicht mehr auftreten. Da die Säuglinge in der unter 55jährigen Bevölkerung die höchste Sterblichkeitsrate aufweisen und jeder Sterbefall 64 VLJ entspricht, würden die speziellen Diagnosen der Neo- und Postneonatalperiode die Statistik der VLJ sehr stark beeinflussen.

Die VLJ werden in der Regel als Rate je 100 000 Einwohner angegeben und lassen sich mit der weiter oben vorgestellten Methode altersstandardisieren:

*Standardisierter Verlust an Lebensjahren je 100 000 Einwohner*

$$VLJ_{(1-64)st} = \frac{\sum_{i=1}^{64} d_i \cdot \left( 65 - \frac{UG_i + OG_i}{2} - 0,5 \right) \cdot \frac{N_i}{n_i}}{\sum_{i=1}^{64} N_i} \cdot 100\,000$$

Es existieren weitere, komplexe Verfahren der Berechnung von VLJ auf der Basis von Sterbetafeln, allerdings weichen die hiermit gewonnenen Ergebnisse nur geringfügig von denen der einfachen Methode ab.

## 10. Mittlere Lebenserwartung und Lebenserwartung bei guter Gesundheit

Die Lebenserwartung ist eine Maßzahl, die modellhaft aus den alters- und geschlechtsspezifischen Sterblichkeitsverhältnissen einer Bevölkerung eine erwartete Lebensdauer ableitet. Sie gibt an, wie viele Jahre ein Mensch in einem definierten Alter noch leben würde, wenn die gegenwärtigen altersspezifischen Mortalitätsraten für den Rest seines Lebens unverändert blieben. Die fernere Lebenserwartung der Nulljährigen wird hierbei auch als mittlere bzw. durchschnittliche Lebenserwartung bezeichnet. Sie darf nicht als prognostischer Wert für die tatsächliche Lebenserwartung eines Neugeborenen verstanden werden, da diese infolge der zu erwartenden weiteren Verringerung der Sterblichkeit in den kommenden Jahrzehnten wahrscheinlich über den aktuellen Werten liegen wird. Die mittlere Lebenserwartung ist vielmehr als eine Momentaufnahme anzusehen, die in komprimierter Form die aktuellen Sterblichkeitsverhältnisse und somit indirekt die gesundheitliche Lage der untersuchten Bevölkerung wiedergibt. Für ihre Berechnung wird keine Standardbevölkerung benötigt und sie ist für den Laien deutlich anschaulicher als andere Mortalitätskennziffern.

**Periodensterbetafel zur Berechnung der Lebenserwartung und der Behinderungsfreien Lebenserwartung**

Vollendetes Alter	$x$	Sterbewartrscheinlichkeit	Überlebende	Gestorbene	Durchlebte Jahre	Noch zu durchlebende Jahre	Lebenserwartung	Behinderungsprävalenz (%)	Jahre mit Behinderung	Jahre ohne Behinderung	Lebenserwartung mit Behinderung	Lebenserwartung ohne Behinderung	Vollendetes Alter
		$q(x)$ n. Farr *	$l(x)$	$d(x)$	$L(x)$	$T(x)$	$e(x)$	$prev(x)**$	$YD(x)$	$YWD(x)$	$DLE(x)$	$DFLE(x)$	$x$
0	0	0,00531	100.000	531	99.561	7.538.758	75,39	0,00	0	99.561	8,59	66,80	0
1	1	0,00040	99.469	40	99.449	7.439.198	74,79	0,63	629	98.820	8,64	66,15	1
2	2	0,00025	99.430	25	99.417	7.339.748	73,82	0,85	842	98.576	8,63	65,18	2
3	3	0,00032	99.405	32	99.389	7.240.331	72,84	0,96	957	98.431	8,63	64,21	3
4	4	0,00014	99.373	14	99.366	7.140.942	71,86	1,09	1.078	98.287	8,62	63,24	4
5	5	0,00020	99.359	20	99.349	7.041.577	70,87	1,13	1.126	98.223	8,61	62,26	5
84	84	0,11602	29.714	3.447	27.990	165.888	5,58	65,03	18.201	9.789	2,97	2,61	84
85	85	0,12043	26.266	3.163	24.685	137.898	5,25	68,78	16.977	7.707	2,67	2,58	85
86	86	0,14801	23.103	3.420	21.393	113.214	4,90	51,76	11.073	10.320	2,30	2,60	86
87	87	0,15444	19.683	3.040	18.163	91.820	4,66	46,64	8.472	9.692	2,14	2,53	87
88	88	0,16261	16.643	2.706	15.290	73.657	4,43	45,47	6.953	8.337	2,02	2,41	88
89	89	0,17681	13.937	2.464	12.705	58.367	4,19	46,49	5.906	6.799	1,91	2,27	89
90	90	1,00000	11.473	11.473	45.662	45.662	3,98	45,46	20.756	24.906	1,81	2,17	90

\*  $q(x)=d(x)/l(x)+0,5*d'(x)$

$d(x)$ =Gestorbene des Alters  $x$ ;  $B(x)$ =mittlere Bevölkerung des Alters  $x$

\*\* Daten der Statistik der Schwerbehinderten

Input-Werte fettgedruckt

Tabelle 1

Berechnungsgrundlage für die Lebenserwartung ist die so genannte Periodensterbetafel, die als Ausgangswerte die Bevölkerungszahlen und Sterbefälle der untersuchten Bevölkerung nach Einzelaltersjahren benötigt. Anhand dieser Werte werden die altersspezifischen Sterbewahrscheinlichkeiten  $q_x$  berechnet (z.B. Sterbeziffernmethode nach *Farr*), um im nächsten Schritt diese realen Sterbewahrscheinlichkeiten auf die Modellbevölkerung der Tafel mit einem festgelegten Anfangsbestand von 100 000 anzuwenden (s. Tabelle 1, Spalten 1-7). Dieser Rechenprozess liefert (nach weiteren Zwischenschritten) die altersspezifische Lebenserwartung der untersuchten Bevölkerung (Details hierzu z.B. bei (5)).

Die Statistischen Landesämter stellen sog. „Vollständige Sterbetafeln“ in der Regel im Anschluss an eine Volkszählung zur Verfügung. Dazwischen werden „Abgekürzte Sterbetafeln“ erstellt, bei denen auf die aufwändigen Glättungsberechnungen zum Ausgleich von Zufallsschwankungen der rohen Sterbewahrscheinlichkeiten insbesondere bei kleinen Fallzahlen (Kinder und Jugendliche) verzichtet wird. Diese Methode der „Abgekürzten Sterbetafeln“ lässt sich mit ausreichender Genauigkeit auch auf der Ebene von Kreisen, kreisfreien Städten und Stadtbezirken (Stadtstaaten) anwenden (s. z.B. (1,2)), sofern mindestens drei Kalenderjahre zusammengefasst werden und Konfidenzberechnungen durchgeführt werden. Da die Sterbetafelmethode altersbereinigte Werte liefert, sind die resultierenden Lebenserwartungen verschiedener Regionen direkt vergleichbar.

Ein Nachteil der Kennziffer Lebenserwartung liegt in ihrer Beschränkung auf das Mortalitätsgeschehen ohne Berücksichtigung der Krankheitsbelastung der Bevölkerung. Es wurden daher im Laufe der letzten Jahrzehnte eine ganze Reihe von komplexeren Indikatoren vorgeschlagen, die Informationen über die Sterblichkeit mit solchen über gesundheitliche Beeinträchtigungen und Behinderungen bzw. über die Lebensqualität verknüpfen. Alle diese Indikatoren versuchen, die allgemeine Lebenserwartung in Abschnitte mit und ohne gesundheitliche Einschränkungen aufzuteilen und so z. B. die Frage zu beantworten, ob die höhere Lebenserwartung auch mit mehr gesunden Lebensjahren einhergeht oder ob sie durch eine Verlängerung des Zeitabstandes zwischen Erkrankungsbeginn und Sterbezeitpunkt erkauft wird. Abbildung 1 zeigt anhand von Zahlen aus Nordrhein-Westfalen die Bereiche gesunder und gesundheitlich eingeschränkter Lebenserwartung in Form von so genannten Überlebenskurven für beide Geschlechter.

Abbildung 1a

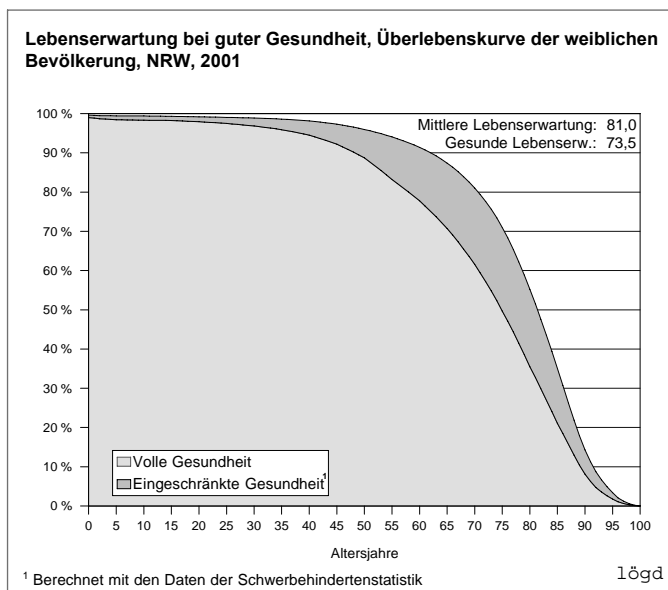
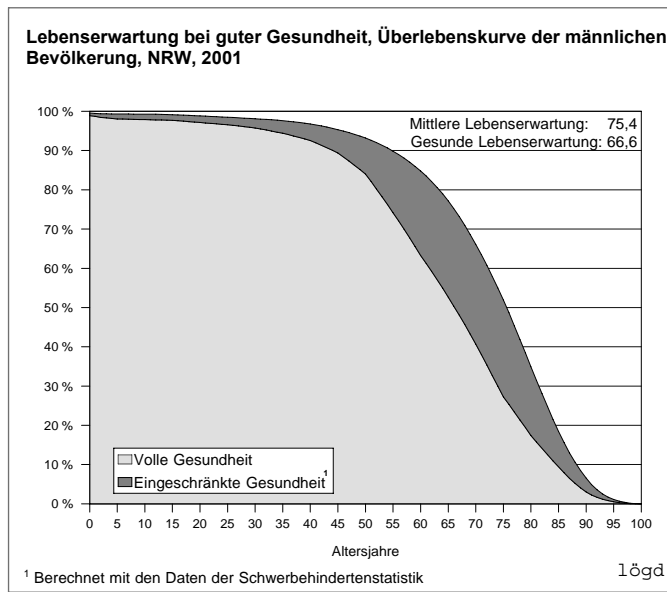


Abbildung 1b



Aufbauend auf der Sterbetafelmethode nutzen die verschiedenen Ansätze zur Berechnung einer nach der Lebensqualität gewichteten Lebenserwartung unterschiedliche Datenquellen und Gewichtungsmethoden zur Bewertung von gesundheitlichen Beeinträchtigungen in den einzelnen Altersgruppen der Bevölkerung. Die Gewichte können in der einfachsten Variante dichotom sein (Behinderung ja/nein, disability-free life expectancy, DFLE), sie können qualitativ gemessen werden wie bei der Berechnung der disability-adjusted life expectancy (DALE) mit einer festgelegten Zahl von Beeinträchtigungsgraden („nicht beeinträchtigt“ bis „schwer beeinträchtigt“), und sie können auf komplexen, kontinuierlichen Messgrößen beruhen wie die health-adjusted life expectancy (HALE).

Während die komplexeren Methoden auf Daten aus Bevölkerungssurveys angewiesen sind, kann die „Behinderungsfreie Lebenserwartung“ bereits anhand amtlicher Daten (Statistik der Schwerbehinderten) berechnet werden. Dies hat den Vorteil, dass diese Daten über viele Jahre bis hin zur Kreisebene und nach 1-Jahres-Altersgruppen vorliegen. Andererseits muss man sich darüber klar sein, dass es sich hierbei nur um eine erste Annäherung an das Konzept des Indikators „Lebenserwartung bei guter Gesundheit“ handeln kann, da nur langfristige Behinderungen von Antragstellern berücksichtigt werden. Es fehlt ein Maß für den Umfang der gesundheitlichen Beeinträchtigung und es fehlt komplett der Bereich der Einschränkungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens, der nicht „aktenkundig“ wird. Trotzdem ist es erstaunlich, wie gut die anhand von Daten der Schwerbehindertenstatistik berechnete „Behinderungsfreie Lebenserwartung“ mit den HALE-Berechnungen der WHO für Deutschland (World Health Report 2001 (6)) übereinstimmt (Tabelle 2).

Die bereits erwähnte Tabelle 1 zeigt einen Ausschnitt einer Sterbetafel mit den erweiterten Spalten (8-12) zur Berechnung der „Behinderungsfreien Lebenserwartung“ nach der von Sullivan (7) vorgeschlagenen Methode. Aus Platzgründen wird hier auf die Erläuterung der verwendeten Formeln verzichtet; auch diese Tabelle befindet sich als Excel-Arbeitsblatt mit weiteren Erläuterungen auf der CD-ROM zum neuen Indikatorensatz. Benötigt werden die altersspezifischen Bevölkerungs- und Verstorbenenanzahlen sowie der jeweilige Anteil von Schwerbehinderten in der Bevölkerung.

Tabelle 2

**Vergleich von Healthy Life Expectancy und Behinderungsfreier Lebenserwartung**

Erhebung	Gesunde Lebens- erwartung in Jahren		Mittlere Lebens- erwartung in Jahren	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer
Healthy Life Expectancy (HALE), Deutschland*	72,2	68,3	81,1	75,1
"Behinderungsfreie Lebenserwartung" (DFLE), NRW**	73,5	66,8	81,0	75,4

\* WHO, World Health Report 2001

\*\* Eigene Berechnungen für 2001

Ersetzt man in dieser Berechnung die Prävalenzdaten der Schwerbehindertenstatistik durch diejenigen der Pflegeversicherung ergibt sich eine deutlich verschiedene Perspektive. Da vor allem gravierende gesundheitliche Beeinträchtigungen der obersten Altersgruppen abgebildet werden, fällt die zu erwartende Minderung der Gesunden Lebenserwartung durch Pflegebedürftigkeit wesentlich niedriger aus (ca. zwei Jahre Differenz) als bei der Behinderungsfreien Lebenserwartung (ca. acht Jahre Differenz zur Mittleren Lebenserwartung).

### 11. Bildung von Mehrjahresmittelwerten

Um den zeitlichen Verlauf seltener Ereignisse, beispielsweise der Säuglingssterblichkeit auf Kreisebene, adäquat abbilden zu können, verwendet man Verfahren, die den Einfluss von Zufallsschwankungen begrenzen sollen. Solche Verfahren entbinden natürlich nicht von der Notwendigkeit, auffällige Einzelwerte näher zu analysieren. Die einfachsten statistischen Glättungsverfahren, die auch bei der Berechnung einiger Indikatoren zum Einsatz kommen, sind die Zusammenfassung der Werte mehrerer Jahre und die Bildung so genannter gleitender Mittelwerte oder gleitender Durchschnitte.

Für die Berechnung von Raten (z.B. Säuglingssterbefälle je 1 000 Lebendgeborene) als Mehrjahresmittelwert (z.B. 3 Jahre) sind grundsätzlich zwei Verfahren möglich:

1. Berechnung der Rate für einzelne Jahre ( $R_x$ ) und anschließende Bildung des arithmetischen Mittelwerts:  $(R_1 + R_2 + R_3) / 3$  oder
2. Zusammenfassung der Fallzahlen mehrerer Jahre (Säuglingssterbefälle  $S_x$ ) und der entsprechenden Bezugspopulation (Lebendgeborene  $L_x$ ) und Berechnung der Rate aus diesen zusammengefassten Größen  $(S_1 + S_2 + S_3) / (L_1 + L_2 + L_3) * 1\,000$ .

Hierbei führt die zweite Methode durch die Aggregation der Ausgangsdaten vor der Ratenbildung zu stabileren Ergebnissen und ist daher vorzuziehen, wenn die Ausgangsdaten entsprechend vorliegen. Ist dies nicht der Fall, liefert das erste Verfahren ausreichend gute Näherungswerte, zumal wenn bei Zeitreihen die Mittelwertbildung mit der Methode der gleitenden Durchschnitte kombiniert wird, die zu einer zusätzlichen Glättung der Daten führt. Hierbei wird für jedes neue Glied der Kette von Mittelwerten jeweils der älteste Wert weggelassen und ein neuer hinzugefügt (z.B. 3-Jahres-Mittelwerte 1999-2001; 2000-2002; 2001-2003 usw.).

## 12. Gebietstypisierung für Kreise, kreisfreie Städte und Stadtbezirke - Clusteranalyse

Der Indikatorenatz zur Gesundheitsberichterstattung der Länder beinhaltet eine umfangreiche Gruppe von Indikatoren, die für den Regionalvergleich vorgesehen sind. Es hat in der Vergangenheit mehrere Versuche gegeben, Kriterien für die Vergleichbarkeit von Regionen im Sinne einer sozioökonomischen Gebietstypisierung zu entwickeln. Idealerweise sollte diese Typisierung aus den Variablen des Indikatorenatzes ohne zusätzliche Daten ableitbar sein. Strohmeier hat für das Land Nordrhein-Westfalen ein entsprechendes Modell entwickelt, welches sich als sehr hilfreich für die Belange der Gesundheitsberichterstattung erwiesen hat (8,9).

Im Folgenden soll die verwendete Methodik kurz erläutert werden. Sie ist nicht Bestandteil des Indikatorenatzes, sondern als Anregung für weitergehende Analysen regionaler Indikatoren gedacht.

Die Auswahl der Variablen berücksichtigt folgende acht Merkmale:

- ▶ Anteil der Altersgruppe 0 bis 14 Jahre, Berichtsjahr
- ▶ Anteil der Altersgruppe über 65 Jahre, Berichtsjahr
- ▶ Sozialhilfe-Empfänger (Hilfe zum Lebensunterhalt), Berichtsjahr
- ▶ Arbeitslose, Berichtsjahr
- ▶ Verfügbares Einkommen je Einwohner in □, Berichtsjahr
- ▶ Anteil nichtdeutsche Bevölkerung, Berichtsjahr
- ▶ Bevölkerungsdichte, Berichtsjahr
- ▶ Bevölkerungsveränderung, 10 letzte Jahre

Diese Variablen werden durch eine sog. Z-Transformation standardisiert, um sie für die folgenden Analysen vergleichbar zu machen. Z-Transformierte Variablen haben den Mittelwert Null und die Standardabweichung 1. Die Standardisierung (Z-Transformation) erfolgt nach der Formel:

$$z = \frac{x - m}{s}$$

Dabei ist x der ursprüngliche Messwert, m das arithmetische Mittel der Variablenwerte und s die Standardabweichung.

Anhand einer Faktorenanalyse ließen sich für Nordrhein-Westfalen zwei Faktoren identifizieren, welche die sozialräumlichen Strukturdimensionen der Kreise und Städte des Landes darstellen. Die Faktorenanalyse ist ein Verfahren, das eine größere Anzahl von Merkmalen auf eine kleinere Anzahl unabhängiger Strukturdimensionen, Faktoren genannt, zurückführt. Diese Faktoren werden aus den vorliegenden statistischen Zusammenhängen („Korrelationen“) zwischen den Merkmalen bestimmt. Merkmale, die untereinander stark korrelieren, werden zu einem Faktor zusammengefasst. Das gebräuchlichste Verfahren der Faktorextraktion ist die „Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation“. Die Faktorwerte werden als Variable gespeichert. Sie sind gewichtete Summen der Indikatoren, die auf die jeweiligen Faktoren laden.

Auf der Grundlage der ermittelten Faktorwerte wird eine hierarchische Clusteranalyse gerechnet. Das Verfahren der Clusteranalyse bildet anhand einer Liste von vorgegebenen Merkma-



len Gruppen von Fällen. Die Mitglieder einer Gruppe (eines „Clusters“) sollen möglichst ähnliche Ausprägungen der untersuchten Merkmale aufweisen, die Gruppen sollen gleichzeitig möglichst verschieden voneinander sein. Als Fusionierungsverfahren wird die Ward-Methode gewählt, das Abstandsmaß ist die quadrierte Euklidische Distanz. Für Nordrhein-Westfalen ließen sich sechs Cluster als sinnvolle Einteilung ermitteln.

### 13. Standardbevölkerungen

Tabelle 3

**Ausgewählte Bevölkerungen zur Altersstandardisierung**

Alter von ... bis ... Jahren	"Alte" Europa- Standard- Bevölkerung	"Neue" Europa-Standard-Bevölkerung		
		männlich	weiblich	insgesamt
0 - 1	1 600	1 345	1 218	1 305
1 - 4	6 400	5 303	4 800	5 021
5 - 9	7 000	6 800	6 160	6 472
10 - 14	7 000	7 108	6 452	6 772
15 - 19	7 000	7 570	6 863	7 208
20 - 24	7 000	8 163	7 438	7 792
25 - 29	7 000	8 206	7 552	7 871
30 - 34	7 000	7 811	7 258	7 528
35 - 39	7 000	7 448	6 986	7 212
40 - 44	7 000	7 068	6 661	6 860
45 - 49	7 000	5 997	5 739	5 865
50 - 54	7 000	5 937	5 817	5 876
55 - 59	6 000	5 521	5 585	5 553
60 - 64	5 000	5 015	5 463	5 245
65 - 69	4 000	4 139	5 196	4 680
70 - 74	3 000	2 449	3 392	2 932
75 - 79	2 000	2 228	3 536	2 897
80 - 84	1 000	1 094	2 076	1 606
85 u. mehr	1 000	798	1 808	1 305
<b>Insgesamt</b>	<b>100 000</b>	<b>100 000</b>	<b>100 000</b>	<b>100 000</b>

Quelle:  
Cancer incidence in five  
continents, Lyon, IARC, 1976, Vol.3

nach:  
United Nations World Population Prospects 1990

### Literatur

1. Scholz, D.; Thielke, H. (1997): Lebenserwartung in Berlin 1986 - 1994. Trends und regionale Unterschiede. Berlin.
2. Scholz, R. D. (2002): Zu methodischen Problemen und Grenzen der regionalen Sterblichkeitsmessung. In: Cromm J., Scholz R. D. (Hrsg.): Regionale Sterblichkeit in Deutschland. Augsburg, S. 7 - 18.
3. Waterhouse J. et al. (1976): Cancer incidence in five continents. IARC Scientific Publications, 15 (3), p. 456.
4. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (1994): Atlas zur Krebssterblichkeit in Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf.

5. Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (1991): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Allgemeine Sterbetafel für die Bundesrepublik Deutschland. (Gebietsstand vor dem 3.10.1990) 1986/88. Wiesbaden.
6. World Health Organization (ed.) (2001): The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva.
7. Sullivan, D. F. (1971): A Single Index of Mortality and Morbidity. HSMHA Health Reports, 86 (4), p. 347.
8. Bardehle, D.; Annuß, R. (1997): Bevölkerung und bevölkerungsspezifische Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens in Nordrhein-Westfalen. Fortschreibung des Themenfeldes 2 des Indikatorensatzes für den Gesundheitsrahmenbericht der Länder. Gesundheitsberichterstattung Bd. 9. Bielefeld.
9. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2000): Gesundheit von Frauen und Männern in NRW. Landesgesundheitsbericht 2000. Bielefeld.





---

## **Anhang 2**

**Datenhalter**



## **Verzeichnis der Datenhalter für Bundes- und Kernindikatoren sowie für Landesindikatoren**

*(kursiv gesetzt = zentrale Datenhalter)*

### **Apothekerkammern der Länder**

- ▶ Statistik der Apotheken
- ▶ Statistik über Beschäftigte in Apotheken

### **Arbeitsschutzbehörden der Länder**

- ▶ Statistik über die speziellen arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen

### **Ärztikammern der Länder**

- ▶ Ärztereister der Ärztekammern

### **Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung**

- ▶ Perinatalerhebungen der Länder

### **Bundesinstitut für Risikobewertung**

- ▶ Frauenmilch- und Dioxin-Humandatenbank

### **Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung**

- ▶ KG 2-Statistik: Leistungsfälle und -zeiten von Arbeitsunfähigkeit, Krankengeld, Krankenhausbehandlung
- ▶ KG 8-Statistik: Arbeitsunfähigkeits- und Krankenhausfälle nach Krankheitsarten
- ▶ KJ 1-Statistik: Rechnungsergebnisse (Ausgaben und Einnahmen)
- ▶ KM 6-Statistik: Mitgliederstruktur
- ▶ Statistik der gesetzlichen Krankenversicherung

### **Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit**

- ▶ Bundesarbeitsblatt
- ▶ KJ 1-Statistik: Rechnungsergebnisse (Ausgaben und Einnahmen)
- ▶ Statistik der Arbeits- und Wegeunfälle (Unfallanzeigestatistik)

### **Chemische, Lebensmittel- und Veterinäruntersuchungsämter der Länder**

- ▶ Untersuchungen nach den Vorschriften des Lebensmittel- und Bedarfsgegenständerechtes

### **Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e. V.**

- ▶ Dokumentation der Prophylaxemaßnahmen
- ▶ Erhebungen zur Zahngesundheit

### **Deutsches Rheuma-Forschungs-Zentrum Berlin**

- ▶ Statistik über die Kerndokumentation der regionalen kooperativen Rheumazentren der Länder

### **Epidemiologische Krebsregister der Länder**

- ▶ Inzidenzregister für Krebserkrankungen
- ▶ Jahresstatistiken zur Krebsinzidenz

### **Gesundheitsministerien der Länder Bayern/Nordrhein-Westfalen**

- ▶ Bundes-Gesundheitssurvey 1998, Zusatzstichprobe Bayern
- ▶ Bundes-Gesundheitssurvey 1998, Zusatzstichprobe Nordrhein-Westfalen

### **Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften**

- ▶ Dokumentation des Berufskrankheitengeschehens in der Bundesrepublik Deutschland
- ▶ Statistik der Arbeits- und Wegeunfälle (Unfallanzeigenstatistik)

### **Innenministerien der Länder**

- ▶ Rettungsdienststatistik

### **Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK)**

- ▶ Statistik zu DRG-Fallpauschalen

### **Jugendzahnärztliche Dienste der Länder**

- ▶ Untersuchungen zur Zahngesundheit
- ▶ Dokumentation der Prophylaxe-Maßnahmen

### **Justizministerien**

- ▶ Dokumentation zu den Unterbringungsgesetzen der Länder (PsychKG)
- ▶ Dokumentation zum Betreuungsgesetz

### **Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung**

- ▶ Kostenstrukturanalyse für Zahnarztpraxen

### **Kassenärztliche Vereinigungen (KV) der Länder**

- ▶ Abrechnungsstatistiken der Kassenärztlichen Vereinigungen
- ▶ Ambulante Gesundheitsleistungen
- ▶ Ärztere Register der Kassenärztlichen Vereinigungen
- ▶ Einrichtungen der ambulanten Gesundheitsversorgung
- ▶ KG 3-Statistik: Abrechnungsfälle ärztlicher und zahnärztlicher Behandlung
- ▶ KG 3-Statistik: Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten
- ▶ Planungsdaten für die ärztliche Versorgung
- ▶ Zulassungsregister

### **Kassenzahnärztliche Vereinigungen (KZV) der Länder**

- ▶ Abrechnungsstatistiken der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen
- ▶ Bedarfsplanung für die vertragszahnärztliche Versorgung
- ▶ Zahnärztere Register der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen
- ▶ KG 3-Statistik: Abrechnungsfälle ärztlicher und zahnärztlicher Behandlung

### **Kooperation Deutscher Heilpraktikerverbände e. V.**

- ▶ Bestandsdaten der Deutschen Heilpraktikerverbände

**Krankenhausausschuss der Arbeitsgemeinschaft der obersten Landesgesundheitsbehörden der Länder (AOLG)**

- ▶ Länderumfrage, Herzbericht (Bruckenberg)

**Landesinstitut für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin Potsdam (LIAA)**

- ▶ BIBB/IAB-Erhebung
- ▶ Statistik der Arbeits- und Wegeunfälle (Unfallanzeigestatistik)

**Landesarbeitsämter**

- ▶ Statistik der Arbeitsvermittlung

**Landesarbeitsgemeinschaften für Jugendzahnpflege**

- ▶ Untersuchungen zur Zahngesundheit
- ▶ Dokumentation der Prophylaxe-Maßnahmen

**Landesverbände der gewerblichen Berufsgenossenschaften**

- ▶ Statistik über die speziellen arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen

**Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaften der Länder**

- ▶ Statistik über die speziellen arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen

**Oberste Arbeitsschutzbehörden der Länder**

- ▶ Statistik über die speziellen arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen

**Oberste Landesarbeitsbehörden**

- ▶ Statistik der ärztlichen Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz (JArbSchG)

**Oberste Landesgesundheitsbehörden**

- ▶ Dokumentation der sozialpsychiatrischen Dienste
- ▶ Dokumentation Suchtprogramme
- ▶ Erhebungen der obersten Landesgesundheitsbehörden
  - zu medizinischen Einrichtungen
  - zur Inanspruchnahme von Beratungen
  - zum Personal im öffentlichen Gesundheitsdienst
- ▶ Lehrgangstatistik der Schulen des Gesundheitswesens
- ▶ Rettungsdienststatistik
- ▶ Schulanfängeruntersuchungen
- ▶ Sondererhebungen zur Inanspruchnahme von Beratungen zur Familienplanung und bei Schwangerschaftskonflikten
- ▶ Statistik der ärztlichen Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz (JArbSchG)
- ▶ Statistik der in Medizinalfachberufen selbstständig Tätigen
- ▶ Statistik über Approbationen und Berufserlaubnisse
- ▶ Statistik über Berufserlaubnisse für nichtakademische Berufe
- ▶ Überprüfungsergebnisse von Trinkwasseranlagen

**Oberste Landesinnenverwaltungen**

- ▶ Statistik zum Rettungsdienst



**Paul-Ehrlich-Institut**

- ▶ Bericht zur Meldung nach § 21 des Gesetzes zur Regelung des Transfusionswesens (TFG)
- ▶ Statistik über das Blutspende- und Transfusionswesen nach TFG

**Psychotherapeutenkammern der Länder**

- ▶ Psychotherapeutenregister der Psychotherapeutenkammern

**QuaSi-Niere gGmbH**

- ▶ Erhebungen der QuaSi-Niere gGmbH über Dialyse-Einrichtungen und -Plätze sowie deren Patienten

**Robert Koch-Institut**

- ▶ AIDS-Fallregister
- ▶ Bundes-Gesundheitssurvey
- ▶ HIV-Meldungen nach § 7, Abs. 3 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG)
- ▶ Statistik der meldepflichtigen Krankheiten

**Sozialpsychiatrische Dienste der Länder**

- ▶ Dokumentation der Sozialpsychiatrischen Dienste

**Ständiger Arbeitskreis der Drogenbeauftragten des Bundes und der Länder**

- ▶ Länderkurzbericht

**Statistische Landesämter**

- ▶ Asylbewerberleistungsstatistik
- ▶ Ausgaben und Einnahmen in der gesetzlichen Rentenversicherung und in der sozialen Pflegeversicherung
- ▶ Behördenverzeichnisse
- ▶ Bevölkerungsprognose
- ▶ Bevölkerungsstatistik
- ▶ Fortschreibung des Bevölkerungsstandes
- ▶ Geburtenstatistik
- ▶ Gesundheitsausgabenrechnung
- ▶ Gesundheitspersonalrechnung
- ▶ Haushaltsrechnung
- ▶ KJ 1-Statistik: Rechnungsergebnisse (Ausgaben und Einnahmen)
- ▶ Krankenhausstatistik, Teil I - Grunddaten, Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen
- ▶ Krankenhausstatistik, Teil II - Diagnosen
- ▶ Krankenhausstatistik, Teil III - Kostennachweis
- ▶ Mikrozensus
- ▶ Pflegestatistik
- ▶ Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte
- ▶ Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung
- ▶ Statistik der Schwerbehinderten
- ▶ Statistik der Sozialhilfe
- ▶ Statistik der Straßenverkehrsunfälle
- ▶ Sterbetafeln

- ▶ Todesursachenstatistik
- ▶ Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung der Länder
- ▶ Wanderungsstatistik
- ▶ Wohngeldstatistik

**Statistisches Bundesamt**

- ▶ Ausgaben und Einnahmen in der gesetzlichen Rentenversicherung und sozialen Pflegeversicherung
- ▶ Bundesstatistik über Schwangerschaftsabbrüche
- ▶ Gesundheitsausgabenrechnung
- ▶ Gesundheitspersonalrechnung
- ▶ Gesundheitsurvey, Eurobarometer
- ▶ KJ 1-Statistik: Rechnungsergebnisse (Ausgaben und Einnahmen)
- ▶ Pflegestatistik (Pflegegeldempfänger)

**Umweltbehörden der Länder**

- ▶ Auswertungen von Daten der Messstationen
- ▶ Bewertung der Messstellen der Badegewässer
- ▶ Diskontinuierliche telemetrische Luftqualitätsmessungen
- ▶ Kontinuierliche telemetrische Luftqualitätsmessungen

**Umweltbundesamt: Zentrale Melde- und Auswertestelle für Störfälle und Störungen in verfahrenstechnischen Anlagen**

- ▶ Datenblätter für Störfälle und Störungen in verfahrenstechnischen Anlagen

**Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR)**

- ▶ Statistik über abgeschlossene Leistungen zur Teilhabe
- ▶ Statistik der aktiv Versicherten
- ▶ Statistik der gesetzlichen Rentenversicherung
- ▶ Statistik der Rehabilitationsleistungen der Länder

**Zahnärztekammern der Länder**

- ▶ Zahnärztereister der Zahnärztekammern

**Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung**

- ▶ ADT-Panel (Ambulante Morbidität)
- ▶ Kostenstrukturanalyse in der Arztpraxis
- ▶ Kostenstrukturanalyse für Psychotherapeuten





---

## **Anhang 3**

**Autoren**



- Nordrhein-Westfalen** Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst  
des Landes NRW (Iögd)  
Dezernat Gesundheitsindikatoren und -daten  
Westerfeldstr. 35 - 37  
33601 Bielefeld  
Privatdozentin Dr. med. Doris Bardehle, Projektleiterin  
Rolf Annuß  
Dr. Jürgen Breckenkamp  
Dr. Axel Hille  
Medizinische Dokumentation: Hildegard Krüger  
Medizinische Dokumentation: Barbara Zitzmann
- Baden-Württemberg** Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (LGA)  
Wiederholdstr. 15  
70174 Stuttgart  
Daniela Krämer, Referatsleiterin Gesundheitsberichterstattung
- Berlin** Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und  
Verbraucherschutz (SenGesSozV)  
Oranienstr. 106  
10969 Berlin  
AG Gesundheitsberichterstattung, Leiterin: Sabine Hermann
- Hamburg** Behörde für Umwelt und Gesundheit (BUG)  
Amt für Gesundheit und Verbraucherschutz  
Tesdaorpfstr. 8  
20148 Hamburg  
Dr. Hermann Neus  
Uwe Saier
- Mecklenburg-  
Vorpommern** Sozialministerium Mecklenburg-Vorpommern (SM M-V)  
Werderstr. 124  
19048 Schwerin  
Heinz Wagner, Referent
- Niedersachsen** Niedersächsisches Landesgesundheitsamt (NLGA)  
Gesundheitsberichterstattung  
Roesebeckstr. 4 - 6  
30449 Hannover  
Dr. Elke Bruns-Philipps  
Alrun Klatt
- Rheinland-Pfalz** Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit  
Rheinland-Pfalz (MASFG RLP)  
Schießgartenstraße 6  
55021 Mainz  
Dr. Klaus D. Kern, Referatsleiter Gesundheitsberichterstattung  
Mitwirkung von Dr. M. Schneider (BASYS) auf Initiative des MASFG

- Robert Koch-Institut (RKI)** Seestraße 10  
13353 Berlin  
Dr. Thomas Ziese, Leiter Gesundheitsberichterstattung  
Dipl.Math. Elisabeth Gaber, FG Gesundheitsberichterstattung
- Schleswig-Holstein** Ministerium für Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz  
des Landes Schleswig-Holstein (MSGV SH)  
Adolf-Westphal-Str. 4  
24143 Kiel  
Gabriele Schade, MPH, Referentin
- Statistisches Bundesamt (StBA)** Zweigstelle Bonn  
Graurheindorferstr. 198  
53117 Bonn  
RDn Karin Böhm, Leiterin Gruppe VIII A - Gesundheit  
Michael Cordes, VIII A, Referatsleiter Gesundheitsbezogene  
Rechensysteme



## **Anhang 4**

---

**Bisherige Fassungen des Indikatorensatzes  
für die Gesundheitsberichterstattung der Länder**





### **Publikationsverzeichnis**

Ausschuss für Gesundheitsberichterstattung der Arbeitsgemeinschaft Leitender Medizinalbeamter (AGLMB) (Hrsg.): Indikatorensatz für den Gesundheitsrahmenbericht der Länder. Bielefeld: 1991.

Arbeitsgemeinschaft der Leitenden Medizinalbeamtinnen und Medizinalbeamten der Länder (AGLMB) (Hrsg.): Indikatorensatz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder. Zweite, überarbeitete Fassung. Wiesbaden: 1996.





---

## **Anhang 5**

### **Zeichen und Abkürzungen**



## 1. Zeichenerklärung

•	Zahlenwert unbekannt
x	Aussage nicht sinnvoll
>	größer als
<	kleiner als
§	Paragraph
%	Prozent
µg/m <sup>3</sup>	Mikrogramm pro Kubikmeter

## 2. Abkürzungen

ADT-Panel	Praxisstichprobe mit Abrechnungsdatenträger
AGA	Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter
AG GBE	Arbeitsgruppe Gesundheitsberichterstattung
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
AOLG	Arbeitsgemeinschaft der obersten Landesgesundheitsbehörden
AU	Arbeitsunfähigkeit
BAK	Blutalkoholkonzentration
BASYS	Beratungsgesellschaft für angewandte Systemforschung mbH
BfA	Bundesanstalt für Angestellte
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGBI	Bundesgesetzblatt
BGZ	
des HVBG	Berufsgenossenschaftliche Zentrale für Sicherheit und Gesundheit des Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften
BIBB/IAB-Erhebung	Erhebung des Bundesinstituts für Berufsbildung und des Instituts für Arbeitsmarkt und Berufsforschung
BImSchV	Bundes-Immissionsschutzverordnung
BK-Dok	Dokumentation der Berufskrankheiten
BKK	Betriebskrankenkasse
BKN	Bundesknappschaft
BKV	Berufskrankheiten-Verordnung
BMI	Body Mass Index
BPfIV	Bundespflugesatzverordnung
BSHG	Bundessozialhilfegesetz
BStatG	Gesetz über die Statistik für Bundeszwecke
BUG	Behörde für Umwelt und Gesundheit
BW	Baden-Württemberg
dB(A)	Dezibel (Maßeinheit für den Lärmpegel)
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
DAJ	Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege
DAE	Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Epidemiologie
DCN	Death Certificate Notified

DCO	Death Certificate Only
DDT	Dichlordiphenyltrichloräthan
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DMF-T-Index	Aufsummierung der kariösen, fehlenden, gefüllten und bleibenden Zähne
DRG	Diagnosis Related Groups (Diagnosebezogene Fallgruppen)
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
ECHI	European community health indicators
ECOG	European Child Obesity Group
EG	Europäische Gemeinschaft
EKR	Epidemiologische Krebsregister
ESVG 95	Europäisches System Volkswirtschaftlicher Gesamtrechnungen 1995
EU	Europäische Union
Eurostat	Statistisches Amt der Europäischen Union
EVS	Einkommens- und Verbrauchsstichprobe
FFbH	Funktionsfragebogen Hannover
FGG	Gesetz über die Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit
FPG	Fallpauschalengesetz
GBE	Gesundheitsberichterstattung
GdB	Grad der Behinderung
GesBergV	Gesundheitsschutz-Bergverordnung
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GMK	Gesundheitsministerkonferenz
HFA 21	Health for All 21 century
HIV	Humanes Immundefizienz-Virus
HPL	Heterosexuelle Partner mit Infektionsrisiko
HVBG	Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften
ICD-9	International Classification of Diseases, 9. Revision (9. Revision der Internationalen Klassifikation der Krankheiten)
ICD-10	International Classification of Diseases, 10. Revision (10. Revision der Internationalen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme)
ICIDH	International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (Internationale Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen)
IDVA	Intravenös Drogenabhängige(r)
IfSG	Infektionsschutzgesetz
IKK	Innungskrankenkasse
InEK gGmbH	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus gemeinnützige GmbH
ISCED-Klassi- fikation	International Standard Classification of Education
IS-GBE	Informationssystem für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes
UICC	International Union Against Cancer
JarbSchG	Jugendarbeitsschutzgesetz
J1	Jugendgesundheitsschutzuntersuchung

k. A.	keine Angaben
kcal	Kilokalorie
Kfz	Kraftfahrzeug
KG 2-Statistik	Statistik der gesetzlichen Krankenversicherung: - Leistungsfälle und -zeiten von Arbeitsunfähigkeit, Krankengeld, Krankenhausbehandlung
KG 3-Statistik	Statistik der gesetzlichen Krankenversicherung: - Abrechnungsfälle ärztlicher und zahnärztliche Behandlung, - Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten - Abrechnungsfälle ärztlicher und zahnärztlicher Behandlung
KG 8-Statistik	Statistik der gesetzlichen Krankenversicherung: - Arbeitsunfähigkeits- und Krankenhausfälle nach Krankheitsarten
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KHBV	Krankenhausbuchführungsverordnung
KHStatV	Krankenhausstatistikverordnung
KJ	Kilojoule
KJ 1-Statistik	Statistik der gesetzlichen Krankenversicherung: - Rechnungsergebnisse (Ausgaben/Einnahmen)
KJHG	Kinder- und Jugendhilfegesetz
KM 6-Statistik	Statistik der gesetzlichen Krankenversicherung: - Mitgliederstruktur
KRG	Krebsregistergesetz
KTW	Krankentransportwagen
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KV MV	Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern
KV NR	Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
KV WL	Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe
KZBV	Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
KZV	Kassenzahnärztliche Vereinigung
LAG	Landesarbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege
LDS NRW	Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik des Landes Nordrhein-Westfalen
LGA BW	Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg
LKA	Leistungs- u. Kalkulationsaufstellung der Bundespflegesatzverordnung
LKK	Landwirtschaftliche Krankenkasse
LKU	Linksherzkatheter-Untersuchung
LVA	Landesversicherungsanstalt
lögD	Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst
MB/KT	Musterbedingungen für die Krankentagegeldversicherung
MDK	Medizinischer Dienst der (gesetzlichen und privaten) Krankenversicherungen
MMR-Impfstoff	Masern-Mumps-Röteln-Impfstoff
MRRG	Melderechtsrahmengesetz
MSGV SH	Ministerium für Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz Schleswig-Holstein
MSM	Männer, die Sex mit Männern haben
MV	Mecklenburg-Vorpommern
MZ	Mikrozensus



NEHAP	National Environmental Health Action Plan
NEF	Notarzteinsatzfahrzeug
NLGA	Niedersächsisches Landesgesundheitsamt
NLS	Niedersächsisches Landesamt für Statistik
NO <sub>2</sub>	Stickstoffdioxid
NRW	Nordrhein-Westfalen
O <sub>3</sub>	Ozon
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
PBSM	Pflanzenbehandlungs- und Schädlingsbekämpfungsmittel
PCB	Polychlorierte Biphenyle
PCDD	Dibenzo-p-dioxine
PCDF	Dibenzofurane
PCP	Pentachlorphenol
PEI	Paul-Ehrlich-Institut
PflegeStatV	Pflegestatistik-Verordnung
PflegeVG	Pflege-Versicherungsgesetz
PPI	Prä- oder perinatale Infektion
PSA	Prostata-spezifisches Antigen
PsychKG	Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten
PsychThG	Psychotherapeutengesetz
PTCA	Percutane transluminale coronare Angioplastie
PYLL	Potential Years of Life Lost
QuaSi - Niere GmbH	Qualitätssicherung - Niere gemeinnützige GmbH
REVES	Réseau Espérance de Vie en Santé
RKI	Robert Koch-Institut
RTW	Rettungswagen
SGB	Sozialgesetzbuch
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung
SGB VI	Sozialgesetzbuch Sechstes Buch - Gesetzliche Rentenversicherung
SGB VII	Sozialgesetzbuch Siebtes Buch - Gesetzliche Unfallversicherung
SGB IX	Sozialgesetzbuch Neuntes Buch - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen
SGB XI	Sozialgesetzbuch Elftes Buch - Soziale Pflegeversicherung
SchKG	Schwangerschaftskonfliktgesetz
SDR	Standardized Death Rate
SenGesSozV	Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz
SH	Schleswig-Holstein
SM MV	Sozialministerium Mecklenburg-Vorpommern
SMR	Standardized Mortality Ratio

SO <sub>2</sub>	Schwefeldioxid
SOEP	Sozio-Ökonomisches Panel
StBA	Statistisches Bundesamt
STIKO	Ständige Impfkommission
StVUnfStatG	Straßenverkehrs-unfallstatistikgesetz
TFG	Gesetzes zur Regelung des Transfusionswesens
TrinkwV	Trinkwasserverordnung
UBA	Umweltbundesamt
U1, U2	Neugeborenenuntersuchung
U3 - U6	Vorsorgeuntersuchungen im ersten Lebensjahr
U7 - U9	Vorsorgeuntersuchungen bis zum Schuleintritt
u. Ä.	und Ähnliches
u. a.	unter anderem
VdAK	Verband der Angestelltenkrankenkassen
VDR	Verband Deutscher Rentenversicherungsträger
Vol. %	Volumen-Prozent
WHO	World Health Organization
WZ 93	Klassifikation der Wirtschaftszweige, 1993
ZEMA	Zentrale Melde- und Auswertungsstelle für Störfälle und Störungen in verfahrenstechnischen Anlagen
ZEFIR	Zentrum für interdisziplinäre Ruhrgebietsforschung
ZI	Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung für die Bundesrepublik Deutschland
ZIGUV	Zentralen Informationssystems der gesetzlichen Unfallversicherung





---

## **Anhang 6**

### **Indikatorenübersicht**



Nr.	Indikatorenübersicht	Kern- (K), Bundes- (B), Länderind. (L)
<b>Themenfeld 2: Bevölkerung und bevölkerungsspezifische Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems</b>		
<b>Bevölkerung</b>		
2.1	Bevölkerung nach Geschlecht, Land, im Zeitvergleich	K
2.2	Ausländische Bevölkerung nach Geschlecht, Land, im Zeitvergleich	K
2.3	Bevölkerung nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr	K
2.4	Ausländische Bevölkerung nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr	K
2.5	Bevölkerung nach Geschlecht, Land im Regionalvergleich, Jahr	L
2.6	Ausländische Bevölkerung nach Geschlecht, Land im Regionalvergleich, Jahr	L
2.7	Altersstruktur der Bevölkerung, Land im Regionalvergleich, Jahr	L
2.8	Mädchen- und Frauenanteil in der Bevölkerung nach Alter, Land im Regionalvergleich, Jahr	L
2.9	Bevölkerungsentwicklung, Land, im Zeitvergleich	K
2.10	Lebendgeborene, Land, im Zeitvergleich	K
2.11	Wanderungen der Bevölkerung, Land im Regionalvergleich, Jahr	L
2.12	Bevölkerung am 31.12.20.. und Prognose 20.. nach Staatsangehörigkeit und Lastenquotienten, Land im Regionalvergleich, Jahr	L
<b>Wirtschaftliche und soziale Lage</b>		
2.13	Höchster allgemeiner Schulabschluss (Auswahl) der Bevölkerung nach Geschlecht und Staatsangehörigkeit, Land, im Zeitvergleich	K
2.14	Höchster berufsbildender Abschluss (Auswahl) der ab 25-jährigen Bevölkerung nach Geschlecht und Staatsangehörigkeit, Land, im Zeitvergleich	K
2.15	Verfügbares Einkommen der privaten Haushalte, Land, im Zeitvergleich	K
2.16	Verfügbares Einkommen der privaten Haushalte, Land im Regionalvergleich, Jahr	L
2.17	Monatliches Nettoeinkommen von Familien, Land, Jahr	K
2.18	Erwerbstätige nach Geschlecht, Land im Regionalvergleich, Jahr	L
2.19	Alleinerziehende mit Kindern bis 17 Jahre, Land, im Zeitvergleich	K
2.20	Arbeitslose (Jahresdurchschnitt) nach Geschlecht, Land, im Zeitvergleich	K
2.21	Arbeitslose (Jahresdurchschnitt) nach Geschlecht, Land im Regionalvergleich, Jahr	L
2.22	Empfänger von ausgewählten öffentlichen Sozialleistungen nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr	K
2.23	Empfänger von ausgewählten öffentlichen Sozialleistungen nach Geschlecht, Land im Regionalvergleich, Jahr	L
2.24	Wohngeldempfänger (Haushalte), Land im Regionalvergleich, Jahre	L

Nr.	Indikatorenübersicht	Kern- (K), Bundes- (B), Länderind. (L)
	<b>Themenfeld 3:</b> <b>Gesundheitszustand der Bevölkerung</b>	
<b>I</b>	<b>Allgemeine Übersicht zur Mortalität und Morbidität</b> <b>Allgemeine Mortalität:</b> <b>Mortalität insgesamt</b>	
3.1	Sterbefälle nach Geschlecht, Land, im Zeitvergleich	K
3.2	Sterbefälle nach Hauptdiagnosegruppen und Geschlecht, Land, Jahr	L
3.3	Sterbefälle der deutschen Bevölkerung nach Geschlecht, Land, im Zeitvergleich	L
3.4	Sterbefälle der ausländischen Bevölkerung nach Geschlecht, Land, im Zeitvergleich	L
3.5	Vorzeitige Sterblichkeit (bis zum Alter von 64 Jahren) nach Geschlecht, Land, im Zeitvergleich	K
3.6	Sterbefälle je 100 000 Einwohner nach Alter und Geschlecht, Land, Jahre	K
3.7	Sterbefälle nach Geschlecht, Land im Regionalvergleich, Jahr	L
3.8	Häufigste Todesursachen (ICD-Klassen) nach Alter und Geschlecht, Land, 3-Jahres-Mittelwert	K
	<b>Abgeleitete Indikatoren:</b> <b>Lebenserwartung, verlorene Lebensjahre, vermeidbare Sterbefälle</b>	
3.9	Lebenserwartung nach Alter und Geschlecht, Land, Jahre	K
3.10	Lebenserwartung nach Geschlecht, Land im Regionalvergleich, Jahr	L
3.11	Lebenserwartung ohne Behinderung nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr	K
3.12	Anzahl der durch Tod vor Vollendung des 65. Lebensjahres verlorenen Lebensjahre (PYLL) nach Todesursachen und Geschlecht, Land, Jahr	K
3.13	Vermeidbare Sterbefälle nach ausgewählten Diagnosen und Geschlecht, Land, Jahr	L
3.14	Vermeidbare Sterbefälle nach ausgewählten Diagnosen, Land im Regionalvergleich, 5-Jahres-Mittelwert	L
	<b>Allgemeine Morbidität</b> <b>Subjektive Morbidität</b>	
3.15	Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes nach Alter und Geschlecht, Deutschland/Land, 1998	B(L)
3.16	Einschätzung von Schwierigkeiten in den vergangenen vier Wochen aufgrund körperlicher bzw. seelischer Probleme nach Alter und Geschlecht, Deutschland/Land, 1998	B(L)
3.17	Beeinträchtigung der sozialen Rollenfunktion durch eingeschränkte körperliche Gesundheit oder seelische Beschwerden innerhalb der letzten vier Wochen nach Alter und Geschlecht, Deutschland/Land, 1998	B(L)
3.18	Verteilung der häufigsten genannten Krankheiten nach Alter und Geschlecht, Deutschland/Land, 1998	B(L)

Nr.	Indikatorenübersicht	Kern- (K), Bundes- (B), Länderind. (L)
<b>Ambulante Morbidität</b>		
3.19	Die häufigsten Diagnosen in der allgemeinärztlichen Praxis nach Geschlecht, Deutschland/Land, Jahr	B(L)
3.20	Die häufigsten Diagnosen in der Frauenarztpraxis, Deutschland/Land, Jahr	B(L)
3.21	Die häufigsten Diagnosen in der Kinderarztpraxis nach Geschlecht, Deutschland/Land, Jahr	B(L)
3.22	Die häufigsten Diagnosen in der orthopädischen Praxis nach Geschlecht, Deutschland/Land, Jahr	B(L)
3.23	Die häufigsten Diagnosen in der nervenärztlichen Praxis nach Geschlecht, Deutschland/Land, Jahr	B(L)
<b>Stationäre Morbidität</b>		
3.24	Krankenhausfälle nach Geschlecht, Land, im Zeitvergleich	K
3.25	Krankenhausfälle nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr	K
3.26	Krankenhausfälle nach Hauptdiagnosegruppen und Geschlecht, Land, Jahr	L
3.27	Krankenhausfälle nach Geschlecht, Land im Regionalvergleich, Jahr	L
<b>Arbeitsunfähigkeit</b>		
3.28	Arbeitsunfähigkeitsfälle, Arbeitsunfähigkeitstage und Krankenstand der GKV-Pflichtmitglieder nach Geschlecht, Deutschland, im Zeitvergleich	B
3.29	Arbeitsunfähigkeitsfälle und Arbeitsunfähigkeitstage der GKV-Pflichtmitglieder nach Alter und Geschlecht, Deutschland, Jahr	B
3.30	Arbeitsunfähigkeitsfälle der GKV-Pflichtmitglieder nach Hauptdiagnosegruppen und Geschlecht, Deutschland, Jahr	B
<b>Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten</b>		
3.31	Arbeits- und Wegeunfälle, Land, im Zeitvergleich	K
3.32	Angezeigte und anerkannte Berufskrankheiten, Land, Jahr	K
<b>Medizinische Leistungen zur Rehabilitation</b>		
3.33	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe nach Geschlecht, Land, im Zeitvergleich	K
3.34	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr	K
3.35	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe nach Hauptdiagnosegruppen und Geschlecht, Land, Jahr	L
3.36	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe nach Geschlecht, Land im Regionalvergleich, Jahr	L
<b>Rentenzugänge und Rentenbestand wegen verminderter Erwerbsfähigkeit</b>		
3.37	Rentenzugänge und -bestand wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nach Geschlecht, Land, im Zeitvergleich	K
3.38	Rentenzugänge und -bestand wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr	K



Nr.	Indikatorenübersicht	Kern- (K), Bundes- (B), Länderind. (L)
3.39	Rentenzugänge und -bestand wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nach Hauptdiagnosegruppen und Geschlecht, Land, Jahr	L
3.40	Rentenzugänge und -bestand wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nach Geschlecht, Land im Regionalvergleich, Jahr	L
<b>Schwerbehinderte</b>		
3.41	Schwerbehinderte (Grad der Behinderung von 50 und mehr) nach Geschlecht, Land, im Zeitvergleich	K
3.42	Schwerbehinderte (Grad der Behinderung von 50 und mehr) nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr	K
3.43	Schwerbehinderte (Grad der Behinderung von 50 und mehr) nach Art der schwersten Behinderung und Geschlecht, Land, Jahr	K
3.44	Schwerbehinderte nach dem Grad der Behinderung und Geschlecht, Land, Jahr	K
3.45	Schwerbehinderte (Grad der Behinderung von 50 und mehr) nach Geschlecht, Land im Regionalvergleich, Jahr	L
<b>Pflegebedürftigkeit</b>		
3.46	Pflegebedürftige nach Geschlecht, Land, im Zeitvergleich	K
3.47	Pflegebedürftige nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr	K
3.48	Pflegebedürftige nach Pflegestufen und Art der Pflege, Land, Jahr	K
3.49	Pflegebedürftige nach Geschlecht, Land im Regionalvergleich, Jahr	L
<b>II Krankheiten/Krankheitsgruppen</b>		
<b>Gesundheitszustand von Säuglingen und Vorschulkindern</b>		
3.50	Lebendgeborene nach Geburtsgewicht, Land, im Zeitvergleich	K
3.51	Lebendgeborene nach Geburtsgewicht, Land im Regionalvergleich, Jahr	L
3.52	Angeborene Fehlbildungen, Land, im Zeitvergleich	K
3.53	Säuglingssterbefälle nach Neonatal- und Postneonatalsterblichkeit, Land, im Zeitvergleich	K
3.54	Säuglingssterblichkeit im ersten Lebensjahr je 1 000 Lebendgeborene, Land im Regionalvergleich, 3-Jahres-Mittelwerte	L
3.55	Perinatale Sterbefälle, Land, im Zeitvergleich	K
3.56	Häufigste Todesursachen von Säuglingen, darunter plötzlicher Kindstod, nach Geschlecht, Land, Jahr	L
3.57	Befunde bei Einschulungsuntersuchungen nach Geschlecht, Land, Jahr	L
<b>Infektionskrankheiten</b>		
3.58	Meldepflichtige Infektionserkrankungen nach dem Infektionsschutzgesetz, nach Geschlecht, Land, im Zeitvergleich	K
3.59	Meldepflichtige Infektionserkrankungen nach dem Infektionsschutzgesetz, nach Geschlecht, Land, Jahr	K
3.60	Krankenhausfälle infolge von Infektionskrankheiten nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr	L

Nr.	Indikatorenübersicht	Kern- (K), Bundes- (B), Länderind. (L)
3.61	Neuerkrankungen an bakteriell gesicherter Lungentuberkulose, Deutsche und Ausländer, Land, im Zeitvergleich	L
3.62	Neuerkrankungen an bakteriell gesicherter Lungentuberkulose, Land im Regionalvergleich, Jahr	L
3.63	AIDS-Erkrankte nach Betroffenenengruppen und Geschlecht, Land, Diagnosejahre	K
3.64	Gemeldete gesicherte HIV-Erstdiagnosen nach Betroffenenengruppen und Geschlecht, Land, Diagnosejahre	L
3.65	Gestorbene infolge von Infektionskrankheiten nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr	L
<b>Bösartige Neubildungen</b>		
3.66	Bösartige Neubildungen nach Geschlecht, Land, im Zeitvergleich	K
3.67	Gemeldete Neuerkrankungen an bösartigen Neubildungen nach Geschlecht, Land, im Zeitvergleich	K
3.68	Gemeldete Neuerkrankungen an bösartigen Neubildungen nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr	K
3.69	Gemeldete Neuerkrankungen an ausgewählten bösartigen Neubildungen nach Geschlecht, Land, Jahr	K
3.70	Gemeldete Neuerkrankungen an bösartigen Neubildungen der Lunge nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr	L
3.71	Gemeldete Neuerkrankungen an bösartigen Neubildungen der weiblichen Brustdrüse nach Alter, Land, Jahre	L
3.72	Gemeldete Neuerkrankungen an bösartigen Neubildungen der Prostata nach Alter, Land, Jahre	L
3.73	Krankenhausfälle infolge bösartiger Neubildungen nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr	L
3.74	Arbeitsunfähigkeitsfälle infolge ausgewählter bösartiger Neubildungen bei den GKV-Pflichtmitgliedern nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr	L
3.75	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe infolge von ausgewählten bösartigen Neubildungen nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr	L
3.76	Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit infolge ausgewählter bösartiger Neubildungen nach Geschlecht, Land, Jahr	L
3.77	Gestorbene infolge ausgewählter bösartiger Neubildungen nach Geschlecht, Land, Jahr	K
<b>Stoffwechselkrankheiten</b>		
3.78	Diabetes mellitus nach Geschlecht, Land, im Zeitvergleich	K
3.79	Diabetes mellitus nach Alter und Geschlecht, Deutschland/Land, 1998	B(L)
3.80	Krankenhausfälle infolge von Diabetes mellitus nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr	L
3.81	Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit infolge von Diabetes mellitus nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr	L

Nr.	Indikatorenübersicht	Kern- (K), Bundes- (B), Länderind. (L)
<b>Psychische und Verhaltensstörungen</b>		
3.82	Psychische und Verhaltensstörungen nach Geschlecht, Land, im Zeitvergleich	K
3.83	Krankenhausfälle infolge von psychischen und Verhaltensstörungen nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr	L
3.84	Arbeitsunfähigkeitsfälle und Arbeitsunfähigkeitstage infolge psychischer und Verhaltensstörungen, GKV-Pflichtmitglieder nach Alter und Geschlecht, Deutschland, Jahr	L
3.85	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe infolge von psychischen und Verhaltensstörungen nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr	L
3.86	Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit infolge von psychischen und Verhaltensstörungen nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr	L
3.87	Einweisungen nach dem PsychKG und Betreuungsgesetz, nach Geschlecht, Land, im Zeitvergleich	L
3.88	Gestorbene infolge vorsätzlicher Selbstbeschädigung (Suizidsterbefälle) nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr	K
3.89	Gestorbene infolge vorsätzlicher Selbstbeschädigung (Suizidsterbefälle) nach Geschlecht, Land im Regionalvergleich, Jahr	L
<b>Krankheiten des Kreislaufsystems</b>		
3.90	Krankheiten des Kreislaufsystems nach Geschlecht, Land, im Zeitvergleich	K
3.91	Krankenhausfälle infolge von Krankheiten des Kreislaufsystems nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr	L
3.92	Arbeitsunfähigkeitsfälle infolge von Krankheiten des Kreislaufsystems bei den GKV-Pflichtmitgliedern nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr	L
3.93	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe infolge von Krankheiten des Kreislaufsystems nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr	L
3.94	Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit infolge von Krankheiten des Kreislaufsystems nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr	L
3.95	Gestorbene infolge von Krankheiten des Kreislaufsystems nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr	K
<b>Krankheiten des Atmungssystems</b>		
3.96	Krankheiten des Atmungssystems nach Geschlecht, Land, im Zeitvergleich	K
3.97	Krankenhausfälle infolge von Krankheiten des Atmungssystems nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr	L
3.98	Arbeitsunfähigkeitsfälle infolge von Krankheiten des Atmungssystems bei den GKV-Pflichtmitgliedern nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr	L
3.99	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe infolge von Krankheiten des Atmungssystems nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr	L
3.100	Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit infolge von Krankheiten des Atmungssystems nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr	L
3.101	Gestorbene infolge von Krankheiten des Atmungssystems nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr	L

Nr.	Indikatorenübersicht	Kern- (K), Bundes- (B), Länderind. (L)
<b>Krankheiten des Verdauungssystems</b>		
3.102	Kariesprävalenz und Kariesrisiko, DMF-T-Index der 12-jährigen Kinder nach Geschlecht, Land, im Zeitvergleich	K
3.103	Krankenhausfälle infolge von Krankheiten der Leber nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr	L
<b>Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes</b>		
3.104	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes nach Geschlecht, Land, im Zeitvergleich	K
3.105	Krankenhausfälle infolge von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr	L
3.106	Arbeitsunfähigkeitsfälle infolge von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes bei den GKV-Pflichtmitgliedern nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr	L
3.107	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe infolge von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr	L
3.108	Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit infolge von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr	L
3.109	Rheumatische Erkrankungen (Polyarthritis) bei Patienten der rheumatologischen Schwerpunkteinrichtungen nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr	L
<b>Verletzungen, Vergiftungen, äußere Ursachen</b>		
3.110	Verletzungen und Vergiftungen nach Geschlecht, Land, im Zeitvergleich	K
3.111	Krankenhausfälle infolge von Verletzungen und Vergiftungen nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr	K
3.112	Arbeitsunfähigkeitsfälle infolge von Verletzungen und Vergiftungen bei den GKV-Pflichtmitgliedern nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr	L
3.113	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe infolge von Verletzungen und Vergiftungen nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr	L
3.114	Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit infolge von Verletzungen und Vergiftungen nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr	L
3.115	Gestorbene infolge äußerer Ursachen von Morbidität und Mortalität (Unfälle, Suizid etc.) nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr	K
3.116	Im Straßenverkehr verunglückte Personen nach Geschlecht, Land, im Zeitvergleich	K
3.117	Im Straßenverkehr verunglückte Personen nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr	K
3.118	Im Straßenverkehr verunglückte Personen nach Geschlecht, Land im Regionalvergleich, Jahr	L
3.119	Zahl der Straßenverkehrsunfälle, in denen Alkohol eine verursachende Rolle gespielt hat, Land, im Zeitvergleich	L

Nr.	Indikatorenübersicht	Kern- (K), Bundes- (B), Länderind. (L)
<b>Themenfeld 4: Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen</b>		
<b>Konsum von Tabak und Alkohol</b>		
4.1	Rauchverhalten nach Alter, Sozialschicht und Geschlecht, Deutschland/Land, 1998	B(L)
4.2	Rauchverhalten der Zigarettenraucher nach Alter, Sozialschicht und Geschlecht, Deutschland/Land, 1998	B(L)
4.3	Nichtraucher nach Alter und Geschlecht, Deutschland/Land, 1998	B(L)
4.4	Nichtraucher und Passivraucher nach Alter und Geschlecht, Deutschland/Land, 1998	B(L)
4.5	Durchschnittliches Alter der Raucher bei Rauchbeginn nach Alter und Geschlecht, Deutschland/Land, 1998	B(L)
4.6	Mittlerer täglicher Alkoholkonsum in Gramm (Alkohol) nach Alter, Sozialschicht und Geschlecht, Deutschland/Land, 1998	B(L)
4.7	Mittlerer täglicher Alkoholkonsum, darunter Befragte mit kritischem Alkoholkonsum, nach Alter und Geschlecht, Deutschland/Land, 1998	B(L)
<b>Ernährung</b>		
4.8	Body Mass Index (BMI) der erwachsenen Bevölkerung nach Alter, Sozialschicht und Geschlecht, Deutschland/Land, 1998	B(L)
4.9	Body Mass Index (BMI) bei Kindern zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung nach Geschlecht, Land, Jahr	L
4.10	Mittlere tägliche Energiezufuhr nach Alter, Sozialschicht und Geschlecht, Deutschland, 1998	B
4.11	Mittlerer täglicher Obst- und Gemüseverzehr (ohne Kartoffeln) in Gramm pro Tag nach Alter, Sozialschicht und Geschlecht, Deutschland, 1998	B
<b>Weitere gesundheitsrelevante Verhaltensweisen</b>		
4.12	Anteil unterschiedlicher körperlicher Aktivitäten im Tagesablauf der 18- bis 79-Jährigen nach Sozialschicht und Geschlecht, Deutschland/Land, 1998	B(L)
4.13	Anteil der Bevölkerung mit sportlicher Betätigung nach Umfang/Woche, Alter, Sozialschicht und Geschlecht, Deutschland/Land, 1998	B(L)
<b>Themenfeld 5: Gesundheitsrisiken aus der Umwelt</b>		
<b>Lebens- und Arbeitsbedingungen</b>		
5.1	Stickstoffdioxid in der Außenluft, Land nach Messstationen, Jahr	L
5.2	Schwefeldioxid in der Außenluft, Land nach Messstationen, Jahr	L
5.3	Feinstaub in der Außenluft, Land nach Messstationen, Jahr	L
5.4	Ozon in der Außenluft, Land nach Messstationen, Jahr	L
5.5	Benzol und Ruß in der Außenluft, Land nach Messstationen, Jahr	L
5.6	Belastung des Trinkwassers mit Nitrat und Pestiziden, Land, Jahr	L
5.7	Belastung des Trinkwassers mit Blei, Kupfer und Trihalogenmethan, Land, Jahr	L

Nr.	Indikatorenübersicht	Kern- (K), Bundes- (B), Länderind. (L)
5.8	Belastung des Trinkwassers mit Escherichia coli (E. coli) und Enterokokken, Land, Jahr	L
5.9	Subjektive Lärmbelästigung der Bevölkerung, Deutschland/Land, 1998	B(L)
5.10	Dioxine in der Kuhmilch und in der Muttermilch, Land, im Zeitvergleich	L
5.11	PCB in der Kuhmilch und in der Muttermilch, Land, Jahr	L
5.12	Ausgewählte Arbeitsbelastungen und Umgebungsfaktoren, Deutschland, im Zeitvergleich	B
5.13	Durch meldepflichtige Störfälle und Störungen in verfahrenstechnischen Anlagen verletzte und getötete Personen, Deutschland, Jahr	B
5.14	Ergebnisse der Badegewässerüberwachung, Land, Jahr	L
<b>Themenfeld 6: Einrichtungen des Gesundheitswesens</b>		
<b>Ambulante Einrichtungen</b>		
6.1	Ärztlich geleitete ambulante Gesundheitseinrichtungen, Land, im Zeitvergleich	K
6.2	Versorgungsgrad mit an der vertragsärztlichen Tätigkeit teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten nach Fachgebieten, Land im Regionalvergleich, Jahr	L
6.3	Hochschulambulanzen, Psychiatrische Institutsambulanzen, Sozialpädiatrische Zentren, Land, Jahre	L
6.4	Zahnärztlich geleitete ambulante Gesundheitseinrichtungen, Land, im Zeitvergleich	K
6.5	Versorgungsgrad mit an der vertragszahnärztlichen Tätigkeit teilnehmenden Zahnärztinnen und Zahnärzten, Land im Regionalvergleich, Jahre	L
6.6	Dialyseplätze (Hämodialyse), Land, im Zeitvergleich	K
6.7	Dialyseeinrichtungen, Land im Regionalvergleich, Jahr	L
6.8	Sonstige medizinische Einrichtungen, Land, Jahre	L
6.9	Rettungsleitstellen, Rettungswachen und Rettungshubschrauber, Land, im Zeitvergleich	L
6.10	Gesundheitseinrichtungen für Suchtkranke, Land, Jahre	L
<b>Stationäre/teilstationäre Einrichtungen</b>		
6.11	Krankenhäuser und Bettenzahl, Land, im Zeitvergleich	K
6.12	Krankenhäuser nach Größenklassen, Land, Jahr	K
6.13	Krankenhäuser nach Fachabteilungen, Land, Jahr	K
6.14	Krankenhäuser mit Tages- und Nachtambulanzplätzen, Land, Jahre	L
6.15	Wichtige Krankenhausangebote, Land im Regionalvergleich, Jahr	L
6.16	Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, Land, im Zeitvergleich	K
<b>Pflegeeinrichtungen</b>		
6.17	Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen nach Art der Pflegeeinrichtung bzw. verfügbaren Plätzen, Land, im Zeitvergleich	K
6.18	Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen nach Art der Pflegeeinrichtung bzw. verfügbaren Plätzen, Land im Regionalvergleich, Jahr	L

Nr.	Indikatorenübersicht	Kern- (K), Bundes- (B), Länderind. (L)
6.19	Ambulante Pflegeeinrichtungen nach Art, Zahl der Pflegebedürftigen (Größenklassen) und Träger, Land, Jahr	L
6.20	Stationäre Pflegeeinrichtungen nach Art, verfügbaren Plätzen und Träger, Land, Jahr	L
<b>Weitere Einrichtungen des Gesundheitswesens</b>		
6.21	Apotheken, Land im Regionalvergleich, Jahr	L
6.22	Bestand an medizinisch-technischen Großgeräten in Krankenhäusern und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, Land, Jahr	L
<b>Themenfeld 7: Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsförderung und der Gesundheitsversorgung</b>		
<b>Inanspruchnahme/Leistungen der Gesundheitsförderung und Früherkennung von Krankheiten</b>		
7.1	Inanspruchnahme von Beratungen zur Familienplanung und bei Schwangerschaftskonflikten (§ 2 und §§ 5 – 6 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes), Land, Jahr	L
7.2	Schwangerschaftsabbrüche nach Alter, Land, Jahr	K
7.3	Inanspruchnahme der Schwangeren-Vorsorgeuntersuchungen nach Teilnahmeghäufigkeit, Land, im Zeitvergleich	K
7.4	Schwangeren-Vorsorgeuntersuchungen nach dem Zeitpunkt der ersten Inanspruchnahme, Land, im Zeitvergleich	K
7.5	Inanspruchnahme des Krankheitsfrüherkennungsprogramms für Kinder, Land, im Zeitvergleich	K
7.6	Inanspruchnahme des Krankheitsfrüherkennungsprogramms für Kinder, Land im Regionalvergleich, Jahr	L
7.7	Karies-Prophylaxe bei Kindern: Gebisszustand der Kinder bei Erstuntersuchungen, Land, im Zeitvergleich, Schuljahre	K
7.8	Karies-Prophylaxe bei Kindern: Gebisszustand der Kinder bei Erstuntersuchungen, Land im Regionalvergleich, Schuljahr	L
7.9	Art der Karies-Prophylaxemaßnahmen und Anteil der erreichten Kinder nach Einrichtungstyp sowie Anzahl der Informationsveranstaltungen, Land, Schuljahr	K
7.10	Anteil der durch Karies-Prophylaxemaßnahmen erreichten Kinder nach Einrichtungstyp, Land im Regionalvergleich, Schuljahr	L
7.11	Impfquote bezüglich Poliomyelitis, Tetanus, Diphtherie, Hepatitis B, Haemophilus influenzae b und Pertussis bei Schulanfängern, Land, im Zeitvergleich	K
7.12	Impfquote bezüglich Masern, Mumps und Röteln bei Schulanfängern, Land, im Zeitvergleich	K
7.13	Impfquote bezüglich Poliomyelitis, Tetanus, Diphtherie, Hepatitis B, Haemophilus influenzae b und Pertussis bei Schulanfängern, Land im Regionalvergleich, Schuljahr	L
7.14	Impfquote bezüglich Masern, Mumps und Röteln bei Schulanfängern, Land im Regionalvergleich, Schuljahr	L
7.15	Inanspruchnahme von Jugendarbeitsschutzuntersuchungen, Land, im Zeitvergleich	L

Nr.	Indikatorenübersicht	Kern- (K), Bundes- (B), Länderind. (L)
7.16	Beteiligung an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen nach Geschlecht, Land, im Zeitvergleich	K
7.17	Beteiligung am Gesundheits-Check-up bei Frauen und Männern nach Geschlecht, Land, im Zeitvergleich	L
7.18	Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen, Land, Jahr	L
<b>Inanspruchnahme/Leistungen der ambulanten Versorgung</b>		
7.19	Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher und psychotherapeutischer Leistungen (Behandlungsfälle), Land, im Zeitvergleich	K
7.20	Ambulante vertragsärztliche Versorgung nach Fachgruppen, Land, Jahr	K
7.21	Struktur der abgerechneten ärztlichen Leistungsbereiche (ambulant) der Vertragsärzte, Land, Jahre	L
7.22	Ambulante Behandlungsfälle der ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten, Land, Jahre	L
7.23	Leistungen für Klienten der sozialpsychiatrischen Dienste, Land, Jahr	L
7.24	Struktur der abgerechneten zahnärztlichen Leistungsbereiche (ambulant) der Vertragszahnärzte, Land, Jahr	K
7.25	Einsätze von Krankentransport-, Rettungswagen, Notarzteinsatzfahrzeugen und Notarztwagen, Land im Regionalvergleich, Jahr	L
<b>Inanspruchnahme/Leistungen der stationären/teilstationären Versorgung</b>		
7.26	Krankenhausfälle (ohne Stundenfälle) sowie Belegungs- und Berechnungstage, Land, im Zeitvergleich	K
7.27	Bettenauslastung und durchschnittliche Verweildauer in Krankenhäusern, Land, im Zeitvergleich	K
7.28	Personaleinsatz in Krankenhäusern, Land, im Zeitvergleich	K
7.29	Krankenhaustätigkeit und durchschnittliche Verweildauer nach Fachabteilungen, Land, Jahre	K
7.30	Herzchirurgische Eingriffe, Land, im Zeitvergleich	L
7.31	Behandlungsfälle und Verweildauer in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, Land, im Zeitvergleich	K
7.32	Personaleinsatz in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, Land, im Zeitvergleich	L
<b>Inanspruchnahme/Leistungen der Versorgung in Pflegeeinrichtungen</b>		
7.33	Pflegebedürftige nach Art der Leistungen und Geschlecht, Land, Jahr	K
7.34	Pfleggeldempfänger nach Pflegestufen und Geschlecht, Land im Regionalvergleich, Jahr	L
7.35	Von ambulanten Pflegeeinrichtungen betreute Pflegebedürftige nach Pflegestufen und Geschlecht, Land im Regionalvergleich, Jahr	L
7.36	In stationären und teilstationären Pflegeeinrichtungen betreute Pflegebedürftige nach Pflegestufen und Geschlecht, Land im Regionalvergleich, Jahr	L



Nr.	Indikatorenübersicht	Bundes- (B), Länderind. (L)
	<b>Sonstiger medizinischer Bedarf</b>	
7.37	Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen, Deutschland/Land, im Zeitvergleich	B(L)
7.38	Verbrauch von Blutprodukten, Deutschland/Land, Jahr	B(L)
	<b>Themenfeld 8: Beschäftigte im Gesundheitswesen</b>	
	<b>Gesundheitspersonal</b>	
8.1	Beschäftigte im Gesundheitswesen in % der Beschäftigten insgesamt (Beschäftigungsquote), Deutschland/Land, im Zeitvergleich	B(L)
8.2	Beschäftigte im Gesundheitswesen nach Einrichtungen und Art der Beschäftigung, Deutschland/Land, im Zeitvergleich	B(L)
8.3	Beschäftigte im Gesundheitswesen nach Einrichtungen und Art der Beschäftigung, Deutschland/Land, Jahr	B(L)
8.4	Beschäftigte im Gesundheitswesen nach Berufen und Einrichtungen, Deutschland/Land, Jahr	B(L)
	<b>Personal in ambulanten Einrichtungen</b>	
8.5	Ärztinnen und Ärzte nach Einrichtungen und Geschlecht, Land, im Zeitvergleich	K
8.6	Ärztinnen und Ärzte nach Alter und Einrichtungen, Land, Jahre	K
8.7	Ärztinnen und Ärzte in ambulanten Einrichtungen, Land, im Zeitvergleich	K
8.8	Ärztinnen/Ärzte und Zahnärztinnen/Zahnärzte in ambulanten Einrichtungen, Land im Regionalvergleich, Jahr	L
8.9	Ärztinnen und Ärzte in ambulanten Einrichtungen nach ausgewählten Gebietsbezeichnungen und Geschlecht, Land, im Zeitvergleich	K
8.10	Zahnärztinnen und Zahnärzte nach Einrichtungen und Geschlecht, Land, im Zeitvergleich	K
8.11	Zahnärztinnen und Zahnärzte in ambulanten Einrichtungen nach Geschlecht, Land, im Zeitvergleich	K
8.12	Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten nach Einrichtungen, Land, im Zeitvergleich	L
8.13	Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in ambulanten Einrichtungen, Land im Regionalvergleich, Jahr	L
8.14	Ausgewählte Berufe der übrigen Gesundheitsdienstberufe in ambulanten Einrichtungen nach Geschlecht, Deutschland/Land, im Zeitvergleich	B(L)
8.15	Physiotherapeutinnen/Physiotherapeuten, Masseurinnen/Masseure, med. Bademeisterinnen/Bademeister in ambulanten Einrichtungen nach Geschlecht, Land im Regionalvergleich, Jahr	L
8.16	Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker nach Geschlecht, Land im Regionalvergleich, Jahr	L

Nr.	Indikatorenübersicht	Kern- (K), Bundes- (B), Länderind. (L.)
<b>Personal in stationären und teilstationären Einrichtungen</b>		
8.17	Ärztinnen und Ärzte in Krankenhäusern nach Geschlecht, Land, im Zeitvergleich	K
8.18	Personal im Pflegedienst in Krankenhäusern nach Berufen und Geschlecht, Land, im Zeitvergleich	K
8.19	Personal im Pflegedienst in Krankenhäusern nach Berufen, Land im Regionalvergleich, Jahr	L
8.20	Ausgewähltes medizinisch-therapeutisches Personal in Krankenhäusern nach Berufen und Geschlecht, Land, Jahre	L
8.21	Ausgewähltes technisch-diagnostisches Personal in Krankenhäusern nach Berufen und Geschlecht, Land, Jahre	L
8.22	Hebammen und Entbindungspfleger in ambulanten und stationären Einrichtungen, Land, im Zeitvergleich	K
8.23	Personal in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nach Geschlecht, Land, im Zeitvergleich	K
<b>Personal in Pflegeeinrichtungen</b>		
8.24	Personal in Pflegeeinrichtungen nach Geschlecht, Land, im Zeitvergleich	K
8.25	Personal in Pflegeeinrichtungen nach Beschäftigungsverhältnis, Tätigkeitsbereich, Berufsabschluss und Geschlecht, Land, Jahr	K
<b>Personal im öffentlichen Gesundheitsdienst</b>		
8.26	Personal im öffentlichen Gesundheitsdienst nach Berufen und Geschlecht, Land, Jahr	K
8.27	Personal im öffentlichen Gesundheitsdienst nach Geschlecht, Land im Regionalvergleich, Jahr	L
8.28	Apothekenpersonal nach Geschlecht, Land, im Zeitvergleich	K
8.29	Apothekerinnen/Apotheker sowie sonstiges Apothekenpersonal nach Einrichtungen und Geschlecht, Land, Jahre	L
<b>Themenfeld 9:</b>		
<b>Ausbildung im Gesundheitswesen</b>		
<b>Auszubildende an Schulen des Gesundheitswesens, Berufsfachschulen und Fachschulen</b>		
9.1	Auszubildende an Schulen des Gesundheitswesens, Berufsfachschulen und Fachschulen, Land, Jahr	K
<b>Für ausgewählte Gesundheitsfachberufe erteilte Berufserlaubnisse an Personen, die die entsprechende Berufsausbildung nicht in Deutschland absolviert haben</b>		
9.2	Für ausgewählte Gesundheitsfachberufe erteilte Berufserlaubnisse an Personen, die die entsprechende Berufsausbildung nicht in Deutschland absolviert haben, Land, Jahre	L
<b>Erteilte Approbationen und Berufserlaubnisse</b>		
9.3	Erteilte Approbationen nach Geschlecht, Land, im Zeitvergleich	K
9.4	Erteilte Berufserlaubnisse nach Geschlecht, Land, im Zeitvergleich	K

Nr.	Indikatorenübersicht	Kern- (K), Bundes- (B), Länderind. (L)
<b>Themenfeld 10: Ausgaben und Finanzierung</b>		
<b>Gesundheitsausgaben</b>		
10.1	Gesundheitsausgaben, Deutschland/Land, im Zeitvergleich	B(L)
10.2	Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträgern, Deutschland/Land, Jahr	B(L)
10.3	Gesundheitsausgaben nach Leistungsarten, Deutschland/Land, Jahre	B(L)
10.4	Gesundheitsausgaben je Einwohner nach Einrichtungen, Deutschland/Land, im Zeitvergleich	B(L)
10.5	Gesundheitsausgaben nach Leistungsarten und Einrichtungen, Deutschland/Land, Jahr	B(L)
10.6	Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträgern und Einrichtungen, Deutschland/Land, Jahr	B(L)
10.7	Gesundheitsausgaben nach Leistungsarten und Ausgabenträgern, Deutschland/Land, Jahr	B(L)
<b>Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträgern und Leistungsarten</b>		
10.8	Gesundheitsausgaben der öffentlichen Haushalte nach Leistungsarten, Land, Jahre	L
10.9	Gesundheitsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung nach Leistungsarten, Land, Jahre	L
10.10	Gesundheitsausgaben der sozialen Pflegeversicherung nach Leistungsarten, Land, Jahre	L
10.11	Gesundheitsausgaben der gesetzlichen Rentenversicherung nach Leistungsarten, Land, Jahre	L
10.12	Gesundheitsausgaben der gesetzlichen Unfallversicherung nach Leistungsarten, Land, Jahre	L
10.13	Gesundheitsausgaben der privaten Krankenversicherung nach Leistungsarten, Land, Jahre	L
10.14	Gesundheitsausgaben der Arbeitgeber nach Leistungsarten, Land, Jahre	L
10.15	Gesundheitsausgaben der privaten Haushalte und privaten Organisationen ohne Erwerbszweck nach Leistungsarten, Land, Jahre	L
<b>Indikatoren zur Sozialversicherung</b>		
10.16	Zuzahlungen der privaten Haushalte nach Leistungsbereichen in der gesetzlichen Krankenversicherung, Land, Jahre	L
10.17	Krankenversicherungsschutz der Bevölkerung, Land, im Zeitvergleich	L
10.18	Mitglieder und mitversicherte Familienangehörige der gesetzlichen Krankenversicherung nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr	L
10.19	Versichertenstruktur nach Krankenkassen/Krankenversicherungen, Land, Jahr	L
10.20	Entwicklung der Beitragssätze in der Sozialversicherung, Deutschland/Land, im Zeitvergleich	B(L)
10.21	Einnahmen und Ausgaben der gesetzlichen Sozialversicherung, Deutschland/Land, im Zeitvergleich	L

Nr.	Indikatorenübersicht	Kern- (K), Bundes- (B), Länderind. (L)
10.22	Entwicklung der Beitrags- und sonstigen Einnahmen in der gesetzlichen Krankenversicherung nach Versichertengruppen, Land, im Zeitvergleich	L
10.23	Entwicklung der Beitragssätze und der beitragspflichtigen Einnahmen in ausgewählten Krankenversicherungen, Land, im Zeitvergleich	L
<b>Gesundheitsökonomische Basisdaten</b>		
10.24	Import-/Export-Saldo im Gesundheitswesen nach Einrichtungen, Land, Jahr	L
10.25	Bruttowertschöpfung im Gesundheitswesen, Deutschland/Land, im Zeitvergleich	B(L)
<b>Einkommensleistungen nach Ausgabenträgern</b>		
10.26	Einkommensleistungen nach Ausgabenträgern, Deutschland/Land, Jahre	B(L)
<b>Themenfeld 11: Kosten</b>		
<b>Kostenstruktur von ambulanten Gesundheitseinrichtungen</b>		
11.1	Kostenstrukturanalyse in der Arztpraxis, ausgewählte Berufe, Deutschland (alte bzw. neue Bundesländer), Drei-Jahres-Mittelwerte	K
11.2	Kostenstrukturanalyse je Praxisinhaber einer Zahnarztpraxis, Deutschland (alte bzw. neue Bundesländer), Jahre	K
11.3	Kostenstrukturanalyse ambulant tätiger Psychotherapeuten, Deutschland (alte bzw. neue Bundesländer), Jahr	K
<b>Kostenstruktur von Krankenhäusern</b>		
11.4	Kosten der allgemeinen Krankenhäuser nach Kostenarten und Krankenhausgrößenklassen, Land, Jahr	K
11.5	Kosten der sonstigen Krankenhäuser nach Kostenarten und Krankenhausgrößenklassen, Land, Jahr	K
11.6	DRG-Fallpauschalen: Erlöse und Leistungen, Land, im Zeitvergleich	K
<b>Aufwendungen für Rehabilitation und Pflege</b>		
11.7	Aufwendungen für Leistungen zur Teilhabe in der gesetzlichen Rentenversicherung (GRV), Deutschland, Jahr	B
<b>Aufwendungen für Pflegeleistungen</b>		
11.8	Durchschnittliche Vergütung für vollstationäre Dauer- und Kurzzeitpflege in Pflegeheimen nach Art der Vergütung und des Trägers, Land, Jahr	K





---

## **Anhang 7**

### **Index of Indicators**



No	Indicator list	Core (K), National (B), State indicators (L)
<b>Thematic domain 2: Population and population-specific conditions of the health system</b>		
<b>Population</b>		
2.1	Population by gender, German state, compared over time	K
2.2	Foreign population by gender, German state, compared over time	K
2.3	Population by age and gender, German state, year	K
2.4	Foreign population by age and gender, German state, year	K
2.5	Population by gender, German state by administrative districts, year	L
2.6	Foreign population by gender, German state by administrative districts, year	L
2.7	Age structure of the population, German state by administrative districts, year	L
2.8	Proportion of girls and women in the population, by age, German state by administrative districts, year	L
2.9	Demographic development, German state, compared over time	K
2.10	Live births, German state, compared over time	K
2.11	Migrations of the population, German state by administrative districts, year	L
2.12	Population on 31 Dec. 20.. and prognosis 20.. by nationality and age dependency ratio, German state by administrative districts, year	L
<b>Economic and social status</b>		
2.13	Highest general school-leaving certificate (selection) of the population by gender and nationality, German state, compared over time	K
2.14	Highest job qualification certificate (selection) of the population from the age of 25 onwards by gender and nationality, German state, compared over time (tertiary education)	K
2.15	Disposable income of private households, German state, compared over time	K
2.16	Disposable income of private households, German state by administrative districts, year	L
2.17	Monthly family net income, German state, year	K
2.18	Working population by gender, German state by administrative districts, year	L
2.19	Single parents with children up to 17 years of age, German state, compared over time	K
2.20	Unemployed persons (annual average) by gender, German state, compared over time	K
2.21	Unemployed persons (annual average), by gender, German state by administrative districts, year	L
2.22	Recipients of selected public social benefits by age and gender, German state, year	K
2.23	Recipients of selected public social benefits by gender, German state by administrative districts, year	L
2.24	Recipients of housing benefits (households), German state by administrative districts, years	L



No	Indicator list	Core (K), National (B), State indicators (L)
	<b>Thematic domain 3:</b> <b>Health status of the population</b>	
<b>I</b>	<b>General overview of mortality and morbidity</b>	
	<b>General mortality:</b> <b>Overall mortality</b>	
3.1	Deaths by gender, German state, compared over time	K
3.2	Deaths by main diagnosis groups and gender, German state, year	L
3.3	Deaths of the German population by gender, German state, compared over time	L
3.4	Deaths of foreign population by gender, German state, compared over time	L
3.5	Premature mortality (up to the age of 64) by gender, German state, compared over time	K
3.6	Deaths per 100,000 inhabitants by age and gender, German state, years	K
3.7	Deaths by gender, German state by administrative districts, year	L
3.8	Most frequent causes of death (ICD-categories) by age and gender, German state, 3-year moving average mean	K
	<b>Derived indicators:</b> <b>Life expectancy, potential years of life lost and avoidable mortality</b>	
3.9	Life expectancy by age and gender, German state, years	K
3.10	Life expectancy by gender, German state by administrative districts, year	L
3.11	Disability-free life expectancy by age and gender, German state, year	K
3.12	Number of potential years of life lost (PYLL) before the age of 65 by causes of death and gender, German state, year	K
3.13	Avoidable deaths by selected causes and gender, German state, year	L
3.14	Avoidable deaths by selected causes, German state by administrative districts, 5-year mean value	L
	<b>General morbidity</b> <b>Subjective morbidity</b>	
3.15	Self-perceived health status by age and gender, Federal Republic/German state, 1998	B(L)
3.16	Assessment of health problems over the last four weeks due to physical and/or mental disorders by age and gender, Federal Republic/German state, 1998	B(L)
3.17	Impairment of social role function through limited physical health or mental disorders within the last four weeks by age and gender, Federal Republic/German state, 1998	B(L)
3.18	Distribution of most frequently mentioned diseases by age and gender, Federal Republic/German state, 1998	B(L)

No	Indicator list	Core (K), National (B), State indicators (L)
<b>Out-patient morbidity</b>		
3.19	Most frequent diagnoses made in the practices of general practitioners, by gender, Federal Republic/German state, year	B(L)
3.20	Most frequent diagnoses made in the practices of gynaecologists, Federal Republic/German state, year	B(L)
3.21	Most frequent diagnoses made in the practices of paediatricians, by gender, Federal Republic/German state, year	B(L)
3.22	Most frequent diagnoses made in the practices of orthopaedists, by gender, Federal Republic/German state, year	B(L)
3.23	Most frequent diagnoses made in the practices of neurologists, by gender, Federal Republic/German state, year	B(L)
<b>In-patient morbidity</b>		
<b>Hospital cases</b>		
3.24	Hospital discharges by gender, German state, compared over time	K
3.25	Hospital discharges by age and gender, German state, year	K
3.26	Hospital discharges by main diagnosis groups and gender, German state, year	L
3.27	Hospital discharges by gender, German state by administrative districts, year	L
<b>Absenteeism from work</b>		
3.28	Absenteeism from work, illness days and sickness rate among compulsory members of the statutory health insurance funds by gender, Germany, compared over time	B
3.29	Absenteeism from work and illness days among compulsory members of the statutory health insurance funds by age and gender, Germany, year	B
3.30	Absenteeism from work among compulsory members of the statutory health insurance funds by main diagnosis groups and gender, Germany, year	B
<b>Accidents at work and occupational diseases</b>		
3.31	Accidents at and on the way to work, German state, compared over time	K
3.32	Notified and recognized occupational diseases, German state, year	K
<b>Medical rehabilitation services</b>		
3.33	Medical rehabilitation services and other rehabilitation benefits by gender, German state, compared over time	K
3.34	Medical rehabilitation services and other rehabilitation benefits by age and gender, German state, year	K
3.35	Medical rehabilitation services and other rehabilitation benefits by main diagnosis groups and gender, German state, year	L
3.36	Medical rehabilitation services and other rehabilitation benefits by gender, German state by administrative districts, year	L

No	Indicator list	Core (K), National (B), State indicators (L)
<b>Incidence and prevalence of invalidity retirement</b>		
3.37	Incidence and prevalence of invalidity retirement by gender, German state, compared over time	K
3.38	Incidence and prevalence of invalidity retirement by age and gender, German state, year	K
3.39	Incidence and prevalence of invalidity retirement by main diagnosis groups and gender, German state, year	L
3.40	Incidence and prevalence of invalidity retirement by gender, German state by administrative district, year	L
<b>Severely handicapped persons</b>		
3.41	Severely handicapped persons (handicap degree of 50 and more) by gender, German state, compared over time	K
3.42	Severely handicapped persons (handicap degree of 50 and more) by age and gender, German state, year	K
3.43	Severely handicapped persons (handicap degree of 50 and more) by type of most severe handicap and gender, German state, year	K
3.44	Severely handicapped persons by handicap degree and gender, German state, year	K
3.45	Severely handicapped persons (handicap degree of 50 and more) by gender, German state by administrative districts, year	L
<b>Dependency nursing</b>		
3.46	Persons in need of nursing by gender, German state, compared over time	K
3.47	Persons in need of nursing by age and gender, German state, year	K
3.48	Persons in need of nursing by nursing categories and type of nursing, German state, year	K
3.49	Persons in need of nursing by gender, German state by administrative districts, year	L
<b>II</b>	<b>Diseases/disease groups</b>	
<b>Health status of infants and pre-school children</b>		
3.50	Live births by birth weight, German state, compared over time	K
3.51	Live births by birth weight, German state by administrative districts, year	L
3.52	Congenital anomalies, German state, compared over time	K
3.53	Infant mortality by neonatal and postneonatal mortality, German state, compared over time	K
3.54	Infant mortality during the first year of life per 1,000 live births, German state by administrative districts, 3-year mean value	L
3.55	Perinatal mortality, German state, compared over time	K
3.56	Most frequent causes of death in infants, including SIDS, by gender, German state, year	L
3.57	Most frequent findings in school entrance examinations by gender, German state, year	L

No	Indicator list	Core (K), National (B), State indicators (L)
<b>Infectious diseases</b>		
3.58	Notifiable infectious diseases in accordance with the Infectious Disease Control Act, by gender, German state, compared over time	K
3.59	Notifiable infectious diseases in accordance with the Infectious Disease Control Act, by gender, German state, year	K
3.60	Hospital discharges due to infectious disease by age and gender, German state, year	L
3.61	Incidence of bacterial lung tuberculosis, Germans and foreigners, German state, compared over time	L
3.62	Incidence of bacterial lung tuberculosis, German state by administrative districts, year	L
3.63	AIDS-patients by groups affected and gender, German state, years of diagnosis	K
3.64	Notified confirmed HIV first diagnoses by groups affected and gender, German state, year of diagnosis	L
3.65	Deaths due to infectious diseases by age and gender, German state, year	L
<b>Cancer incidence</b>		
3.66	Cancer incidence by gender, German state, compared over time	K
3.67	Notified cancer incidences by gender, German state, compared over time	K
3.68	Notified cancer incidences by age and gender, German state, year	K
3.69	Notified selected cancer incidences by gender, German state, year	K
3.70	Notified lung cancer incidences by age and gender, German state, year	L
3.71	Notified female breast cancer incidences by age, German state, years	L
3.72	Notified prostate cancer incidences by age, German state, years	L
3.73	Hospital discharges due to cancer incidence by age and gender, German state, year	L
3.74	Absenteeism from work due to selected cancer incidences among compulsory members of the statutory health insurance funds by age and gender, German state, year	L
3.75	Medical rehabilitation measures and other rehabilitation benefits due to selected cancer incidences by age and gender, German state, year	L
3.76	Incidence of invalidity retirement due to selected cancer incidences by gender, German state, year	L
3.77	Deaths due to selected cancer incidences by gender, German state, year	K
<b>Endocrine and metabolic diseases</b>		
3.78	Diabetes mellitus by gender, German state, compared over time	K
3.79	Diabetes mellitus by age and gender, Federal Republic/German state, 1998	B(L)
3.80	Hospital discharges due to diabetes mellitus by age and gender, German state, year	L
3.81	Incidence of invalidity retirement due to diabetes mellitus by age and gender, German state, year	L

No	Indicator list	Core (K), National (B), State indicators (L)
<b>Mental and behavioural disorders</b>		
3.82	Mental and behavioural disorders by gender, German state, compared over time	K
3.83	Hospital discharges due to mental and behavioural disorders by age and gender, German state, year	L
3.84	Absenteeism from work and illness days due to mental and behavioural disorders, compulsory members of the statutory health insurances by age and gender, German state, year	L
3.85	Medical rehabilitation services and other rehabilitation benefits due to mental and behavioural disorders by age and gender, German state, year	L
3.86	Incidence of invalidity retirement due to mental and behavioural disorders by age and gender, German state, year	L
3.87	Hospitalisation in accordance with the Mental Health Care and Mental Services Act, by gender, German state, compared over time	L
3.88	Deaths due to intentionally self-inflicted injuries (suicides) by age and gender, German state, year	K
3.89	Deaths due to intentionally self-inflicted injuries (suicides) by gender, German state by administrative districts, year	L
<b>Diseases of circulatory system</b>		
3.90	Diseases of circulatory system by gender, German state, compared over time	K
3.91	Hospital discharges due to circulatory diseases by age and gender, German state, year	L
3.92	Absenteeism from work due to circulatory diseases among compulsory members of the statutory health insurances by age and gender, German state, year	L
3.93	Medical rehabilitation services and other rehabilitation benefits due to circulatory diseases by age and gender, German state, year	L
3.94	Incidence of invalidity retirement due to circulatory diseases by age and gender, German state, year	L
3.95	Deaths due to circulatory diseases by age and gender, German state, year	K
<b>Diseases of respiratory system</b>		
3.96	Diseases of respiratory system by gender, German state, compared over time	K
3.97	Hospital discharges due to respiratory diseases by age and gender, German state, year	L
3.98	Absenteeism from work due to respiratory diseases among compulsory members of the statutory health insurances by age and gender, German state, year	L
3.99	Medical rehabilitation measures and other rehabilitation benefits due to respiratory diseases by age and gender, German state, year	L
3.100	Incidence of invalidity retirement due to respiratory diseases by age and gender, German state, year	L
3.101	Deaths due to respiratory diseases by age and gender, German state, year	L

No	Indicator list	Core (K), National (B), State indicators (L)
<b>Diseases of digestive system</b>		
3.102	Dental caries prevalence and dental caries risk, DMF-T index in 12-year-old children, by gender, German state, compared over time	K
3.103	Hospital discharges due to liver diseases by age and gender, German state, year	L
<b>Diseases of musculoskeletal system and connective tissue</b>		
3.104	Diseases of musculoskeletal system and connective tissue by gender, German state, compared over time	K
3.105	Hospital discharges due to diseases of the musculoskeletal system and connective tissue by age and gender, German state, year	L
3.106	Absenteeism from work due to diseases of the musculoskeletal system and connective tissue among compulsory members of the statutory health insurances by age and gender, German state, year	L
3.107	Medical rehabilitation measures and other rehabilitation benefits due to diseases of the musculoskeletal system and connective tissue by age and gender, German state, year	L
3.108	Incidence of invalidity retirement due to diseases of the musculoskeletal system and connective tissue by age and gender, German state, year	L
3.109	Rheumatic diseases (Polyarthritis) in patients of rheumatologic centres by age and gender, German state, year	L
<b>Injuries, poisoning and external causes of mortality</b>		
3.110	Injuries and poisoning by gender, German state, compared over time	K
3.111	Hospital discharges due to injuries and poisoning by age and gender, German state, year	K
3.112	Absenteeism from work due to injuries and poisoning among compulsory members of the statutory health insurances by age and gender, German state, year	L
3.113	Medical rehabilitation measures and other rehabilitation benefits caused by injuries and poisoning by age and gender, German state, year	L
3.114	Incidence of invalidity retirement caused by injuries and poisoning by age and gender, German state, year	L
3.115	Deaths due to external causes of morbidity and mortality (accidents, suicides etc) by age and gender, German state, year	K
3.116	Persons injured in road traffic accidents by gender, German state, compared over time	K
3.117	Persons injured in road traffic accidents by age and gender, German state, year	K
3.118	Persons injured in road traffic accidents by gender, German state by administrative districts, year	L
3.119	Number of road traffic accidents caused by alcohol, German state, compared over time	L

No	Indicator list	Core (K), National (B), State indicators (L)
<b>Thematic domain 4: Health-related behaviour</b>		
<b>Tobacco and alcohol consumption</b>		
4.1	Tobacco consumption by age, social class and gender, Federal Republic/German state, 1998	B(L)
4.2	Tobacco consumption of daily smokers by age, social class and gender, Federal Republic/German state, 1998	B(L)
4.3	Non-smokers by age and gender, Federal Republic/German state, 1998	B(L)
4.4	Non-smokers and passive smokers by age and gender, Federal Republic, German state, 1998	B(L)
4.5	Average age of smokers when starting to smoke by age and gender, Germany/German state, 1998	B(L)
4.6	Average daily alcohol consumption in g (alcohol) by age, social class and gender, Federal Republic/German state, 1998	B(L)
4.7	Average daily alcohol consumption including persons with a critical consumption of alcohol by age and gender, Federal Republic/German state, 1998	B(L)
<b>Nutrition</b>		
4.8	Body Mass Index (BMI) of adult population by age, social class and gender, Federal Republic/German state, 1998	B(L)
4.9	Body Mass Index (BMI) of children at time of school entrance examination by gender, German state, year	L
4.10	Average daily energy supply by age, social class and gender, Germany, 1998	B
4.11	Average daily consumption of fruit and vegetables (excl. potatoes) in g per day by age, social class and gender, Germany, 1998	B
<b>Other health-related behaviour</b>		
4.12	Proportion of various physical activities during the day in 18 to 79-year-old persons by social class and gender, Federal Republic/German state, 1998	B(L)
4.13	Proportion of population doing sports by amount/week, age, social class and gender, Federal Republic/German state, 1998	B(L)
<b>Thematic domain 5: Health risks from the environment</b>		
<b>Living and working conditions</b>		
5.1	Nitrogen dioxide in outdoor air, German state by measuring stations, year	L
5.2	Sulphur dioxide in outdoor air, German state by measuring stations, year	L
5.3	Fine dust in outdoor air, German state by measuring stations, year	L
5.4	Ozone in outdoor air, German state by measuring stations, year	L
5.5	Benzole and soot in outdoor air, German state by measuring stations, year	L
5.6	Drinking water pollution with nitrate and pesticides, German state, year	L

No	Indicator list	Core (K), National (B), State indicators (L)
5.7	Drinking water pollution with lead, copper and trihalogen methane, German state, year	L
5.8	Drinking water pollution with Escherichia coli (E. coli) and enterococci, German state, year	L
5.9	Noise nuisance of the population, Federal Republic/German state, 1998	B(L)
5.10	Dioxine in cow's milk and mother's milk, German state, compared over time	L
5.11	PCB in cow's milk and mother's milk, German state, year	L
5.12	Selected workloads and environmental factors, Germany, compared over time	B
5.13	Persons injured and killed through notifiable malfunctions and disturbances in industrial plants, Germany, year	B
5.14	Results of bathing water monitoring, German state, year	L
<b>Thematic domain 6: Health care facilities</b>		
<b>Out-patient facilities</b>		
6.1	Out-patient medical care facilities, German state, compared over time	K
6.2	Coverage with contract doctors by specialty, German state by administrative districts, year	L
6.3	University out-patient departments, psychiatric institution-based out-patient departments, social-paediatric centres, German state, years	L
6.4	Out-patient dental care facilities, German state, compared over time	K
6.5	Provision with contract dentists, German state by administrative districts, years	L
6.6	Dialysis units (haemodialysis), German state, compared over time	K
6.7	Dialysis stations, German state by administrative districts, year	L
6.8	Other health care facilities, German state, years	L
6.9	Rescue centres and rescue helicopters, German state, compared over time	L
6.10	Health services for addicts, German state, year	L
<b>In-patient and partly in-patient facilities</b>		
6.11	Hospitals and bed capacity, German state, compared over time	K
6.12	Hospitals bed capacity by size, German state, year	K
6.13	Hospitals by special departments, German state, year	K
6.14	Day and night care hospitals, German state, years	L
6.15	Important hospital services, German state by administrative districts, year	L
6.16	Preventive services or rehabilitation centres, German state, compared over time	K



No	Indicator list	Core (K), National (B), State indicators (L)
<b>Nursing facilities</b>		
6.17	Out-patient and in-patient nursing facilities by type of facility and/or places available, German state, compared over time	K
6.18	Out-patient and in-patient nursing facilities by type of facility and/or places available, German state by administrative districts, year	L
6.19	Out-patient nursing facilities by type, number of persons in need of nursing care (size categories) and financing body, German state, year	L
6.20	In-patient nursing facilities by type, places available and financing body, German state, year	L
<b>Further health care facilities</b>		
6.21	Pharmacies, German state by administrative districts, year	L
6.22	Number of medico-technological bulk equipment in hospitals and prevention or rehabilitation centres, German state, year	L
<b>Thematic domain 7: Use of health promotion and health care services</b>		
<b>Use/Provision of health promotion services and early recognition of diseases</b>		
7.1	Use of counselling services for family planning and in case of pregnancy conflicts (Section 2 and Sections 5-6 of the Pregnancy Conflict Act), German state, year	L
7.2	Abortions by age, German state, year	K
7.3	Participation in pregnancy screenings by frequencies, German state, compared over time	K
7.4	Pregnancy screenings by first-time examination, German state, compared over time	K
7.5	Use of early disease detection screenings for children, German state, compared over time	K
7.6	Use of early disease detection screenings for children, German state by administrative districts, year	L
7.7	Caries prophylaxis in children: Dental health status in children at first-time examination, German state, compared over time, school years	K
7.8	Caries prophylaxis in children: Dental health status in children at first-time examination, German state by administrative districts, school year	L
7.9	Type of dental caries prophylaxis measures and percentage of children actually screened by type of institution and number of information campaign events, German state, school year	K
7.10	Percentage of children actually screened by caries prophylaxis measures by type of institution, German state by administrative districts, school year	L
7.11	Vaccination coverage for poliomyelitis, tetanus, diphtheria, hepatitis B, Haemophilus influenzae b and pertussis in school beginners, German state, compared over time	K
7.12	Vaccination coverage for measles, mumps and rubella in school beginners, German state, compared over time	K

No	Indicator list	Core (K), National (B), State indicators (L)
7.13	Vaccination coverage for poliomyelitis, tetanus, diphtheria, hepatitis B, Haemophilus influenza B and pertussis in school beginners, German state by administrative districts, school year	L
7.14	Vaccination coverage for measles, mumps and rubella in school beginners, German state by administrative districts, school year	L
7.15	Participation in screening programmes under the Youth Health and Safety at Work Act, German state, compared over time	L
7.16	Participation in cancer screenings by gender, German state, compared over time	K
7.17	Participation in health check-ups by females and males, by gender, German state, compared over time	L
7.18	Occupational health screenings, German state, year	L
<b>Use/Provision of out-patient health services</b>		
7.19	Use of out-patient medical and psychotherapeutic services (treatment cases), German state, compared over time	K
7.20	Out-patient health care services by contract doctors by specialities, German state, year	K
7.21	Structure of billed (out-patient) medical services provided by contract doctors, German state, year	L
7.22	Out-patient contacts with medical and psychological psychotherapists, German state, years	L
7.23	Services for clients of the socio-psychiatric services, German state, year	L
7.24	Structure of billed (out-patient) dental services provided by contract doctors, German state, year	K
7.25	Use of ambulances, rescue vehicles, emergency ambulances and emergency doctor vehicles, German state by administrative districts, year	L
<b>Use/Provision of in-patient/partly in-patient health services</b>		
7.26	Hospital discharges (excluding patients staying less than 24 hours) as well as bed occupancy and billing days, German state, compared over time	K
7.27	Bed occupancy rate and average length of stay in hospitals, German state, compared over time	K
7.28	Hospital staff, German state, compared over time	K
7.29	Hospital discharges and average length of stay by special departments, German state, year	K
7.30	Heart surgery, German state, compared over time	L
7.31	Hospital discharges and average length of stay in prevention or rehabilitation centres, German state, compared over time	K
7.32	Staff in prevention or rehabilitation centres, German state, compared over time	L

No	Indicator list	Core (K), National (B), State indicators (L)
<b>Use/Provision of services in nursing facilities</b>		
7.33	Persons in need of nursing care by kind of services provided and gender, German state, year	K
7.34	Recipients of nursing care benefits by nursing categories and gender, German state by administrative districts, year	L
7.35	People in need of out-patient nursing care, by nursing categories and gender, German state by administrative districts, year	L
7.36	People in need of in-patient and partly in-patient nursing care, by nursing categories and gender, German state by administrative districts, year	L
<b>Other medical requirements</b>		
7.37	Blood and plasma donations, Federal Republic/German state, compared over time	B(L)
7.38	Use of blood products, Federal Republic/German state, year	B(L)
<b>Thematic domain 8: Employment in the health sector</b>		
<b>Health personnel</b>		
8.1	Health care sector employment in % of total employment (employment rate) Federal Republic/German state, compared over time	B(L)
8.2	Health care sector employment by institutions and type of employment, Federal Republic/German state, compared over time	B(L)
8.3	Health care sector employment by institutions and type of employment, Federal Republic/German state, year	B(L)
8.4	Health care sector employment by professions and institutions, Federal Republic/German state, year	B(L)
<b>Personnel in out-patient facilities</b>		
8.5	Physicians by facilities and gender, German state, compared over time	K
8.6	Physicians by age groups and facilities, German state, years	K
8.7	Physicians working in out-patient facilities, German state, compared over time	K
8.8	Physicians and dentists in out-patient facilities, German state by administrative districts, year	L
8.9	Physicians working in out-patient facilities, by selected specialties and gender, German state, compared over time	K
8.10	Dentists by facilities and gender, German state, compared over time	K
8.11	Dentists in out-patient facilities by gender, German state, compared over time	K
8.12	Psychotherapists by facilities, German state, compared over time	L
8.13	Psychotherapists in out-patient facilities, German state by administrative districts, year	L
8.14	Selected groups of other health care professions in out-patient facilities by gender, Federal Republic/German state, compared over time	B(L)
8.15	Physiotherapists, masseurs, medical bath attendants in out-patient facilities by gender, German state by administrative districts, year	L
8.16	Non-medical practitioner by gender, German state by administrative districts, year	L

No	Indicator list	Core (K), National (B), State indicators (L)
<b>Personnel in in-patient and partly in-patient facilities</b>		
8.17	Hospital physicians by gender, German state, compared over time	K
8.18	Nursing staff in hospitals by professions and gender, German state, compared over time	K
8.19	Nursing staff in hospitals by professions, German state by administrative districts, year	L
8.20	Selected medico-therapeutical hospital staff by professions and gender, German state, years	L
8.21	Selected technical-diagnostic hospital staff by professions and gender, German state, years	L
8.22	Midwives and birth assistants in out-patient and in-patient facilities, German state, compared over time	K
8.23	Staff in prevention or rehabilitation facilities by gender, German state, compared over time	K
<b>Personnel in nursing facilities</b>		
8.24	Staff in nursing facilities by gender, German state, compared over time	K
8.25	Staff in nursing care facilities by employment, field of activity, qualification and gender, German state, year	K
<b>Public health service staff</b>		
8.26	Public health service staff by professions and gender, German state, year	K
8.27	Public health service staff by gender, German state by administrative districts, year	L
<b>Pharmacy staff</b>		
8.28	Pharmacy staff by gender, German state, compared over time	K
8.29	Pharmacists and other pharmacy staff by institutions and gender, German state, years	L
<b>Thematic domain 9: Education and training in the health sector</b>		
<b>Trainees in health care schools and colleges</b>		
9.1	Trainees in health care schools and colleges, German state, year	K
<b>Selected health profession registrations issued to persons who were not trained for their profession in Germany</b>		
9.2	Selected health profession registrations issued to persons who were not trained for their profession in Germany, German state, year	L
<b>Registration of medical professions and licensure to practice medicine</b>		
9.3	Registration and licensure to practice medicine, by gender, German state, compared over time	K
9.4	Registration of medical professions issued by gender, German state, compared over time	K

No	Indicator list	Core (K), National (B), State indicators (L)
<b>Thematic domain 10: Expenditure and funding</b>		
<b>Expenditure on health</b>		
10.1	Expenditure on health, Federal Republic/German state, compared over time	B(L)
10.2	Expenditure on health by financing bodies, Federal Republic/German state, years	B(L)
10.3	Expenditure on health by kind of services provided, Federal Republic/German state, years	B(L)
10.4	Expenditure on health per inhabitant by medical facilities, Federal Republic/German state, compared over time	B(L)
10.5	Expenditure on health by kind of services provided and medical facilities, Federal Republic/German state, year	B(L)
10.6	Expenditure on health by financing bodies and medical facilities, Federal Republic/German state, year	B(L)
10.7	Expenditure on health by kind of services and financing bodies, Federal Republic/German state, year	B(L)
<b>Expenditure on health by financing bodies and kinds of services provided</b>		
10.8	Public expenditure on health by kinds of services provided, German state, years	L
10.9	Expenditure on health through statutory health insurances by kinds of services provided, German state, years	L
10.10	Expenditure on health through social nursing insurances by kinds of services provided, German state, years	L
10.11	Expenditure on health through statutory pension insurance funds by kinds of services provided, German state, years	L
10.12	Expenditure on health through statutory accident insurance funds by kinds of services provided, German state, years	L
10.13	Expenditure on health through private health insurance funds by kinds of services provided, German state, years	L
10.14	Expenditure on health through employers by kinds of services provided, German state, years	L
10.15	Expenditure on health through private households and private non-profit organisations by kinds of services provided, German state, years	L
<b>Social insurance indicators</b>		
10.16	Out-of-pocket contributions of private households in accordance with range of services provided by statutory health insurance funds, German state, years	L
10.17	Health insurance coverage of the population, German state, compared over time	L
10.18	Members of statutory health insurance funds including co-insured family members, by age groups and gender, German state, year	L
10.19	Persons insured in health insurance funds/health insurances, German state, year	L

No	Indicator list	Core (K), National (B), State indicators (L)
10.20	Development of social insurance contribution rates, Federal Republic/ German state, compared over time	B(L)
10.21	Income and expenditure of statutory social insurance funds, Federal Republic/German state, compared over time	L
10.22	Development of contribution rates and other forms of income of statutory health insurance funds by groups of insured, German state, compared over time	L
10.23	Development of contribution rates and assessable income of selected health insurance funds, German state, compared over time	L
<b>Health economic data</b>		
10.24	Import-export balance in health care by medical facilities, German state, year	L
10.25	Gross added value in health care, Federal Republic/German state, compared over time	B(L)
<b>Income benefits by financing bodies</b>		
10.26	Income benefits by financing bodies, Federal Republic/German state, years	B(L)
<b>Thematic domain 11: Costs</b>		
<b>Cost structure of out-patient healthcare facilities</b>		
11.1	Analysis of cost structure in physicians' practices, selected professions, Germany (old and/or new German states), three-year moving average means	K
11.2	Analysis of cost structure per dental practice owner, Germany (old and/or new German states), years	K
11.3	Analysis of cost structure of out-patient psychotherapists, Germany (old and/or new German states), year	K
<b>Cost structure of hospitals</b>		
11.4	Costs of acute hospitals by type of costs and hospital size, German state, year	K
11.5	Costs of other hospitals by type of costs and hospital sizes, German state, year	K
11.6	DRG-per head financing: proceeds and benefits, German state, compared over time	K
<b>Rehabilitation and nursing expenses</b>		
11.7	Expenses for rehabilitation benefits from statutory pension scheme funds, Germany, year	B

No	Indicator list	Core (K), National (B), State indicators (L)
11.8	<p><b>Expenses for nursing care</b></p> <p>Average payment for fully in-patient long and short-term nursing in nursing homes by kind of payment and financing body, German state, year</p>	K



## **Anhang 8**

---

**Themenbezogene Weiterentwicklung des Indikatorensatzes der Länder  
-Datenquelle Einschulungsuntersuchungen-**

**Entwurf Update August 2013**



## Themenbezogene Weiterentwicklung des Indikatorenansatzes der Länder – Datenquelle Einschulungsuntersuchungen –

### Entwurf Update August 2013

#### Änderungen gegenüber April 2013:

- Einarbeitung der Rückmeldungen zu den Impfindikatoren aus dem RKI
- Mustertabellen für die Ausweisung für ein- und beidseitigen Migrationshintergrund zu allen betroffenen Indikatoren

Einfügen des nachfolgenden Textes im Kapitel Einleitung, Unterkapitel Methodische Grundlagen (S. 19 ff) oder Struktur des GMK-Indikatorenansatzes (S. 21/22)

#### Differenzierung der Daten aus den Schuleingangsuntersuchungen nach Migrationshintergrund

Im Rahmen eines Modellprojektes der AG GPRS der AOLG (2010-2013) wurde eine Empfehlung zur einheitlichen Erfassung des Migrationshintergrundes bei den Einschulungsuntersuchungen erarbeitet und auf der Sitzung der AG GPRS im April 2013 verabschiedet.

Der empfohlene Variablensatz erlaubt sowohl einen beidseitigen als auch einen einseitigen Migrationshintergrund auszuweisen. Damit wird der Erkenntnis Rechnung getragen, dass auch Kinder mit einseitigem Migrationshintergrund eine relevante Zielgruppe für Gesundheitsförderung und Prävention, aber auch für Interventionen darstellen können. In der Berichterstattung soll jeweils angegeben werden, welche Definition (ein- und/oder beidseitiger Migrationshintergrund) den Daten zugrunde liegt. Bei Gegenüberstellung von nur zwei Gruppen sollen Kinder ohne Migrationshintergrund und Kinder mit einseitigem Migrationshintergrund zu einer Gruppe zusammengefasst und den Kindern mit beidseitigem Migrationshintergrund gegenüber gestellt werden.

Ein beidseitiger Migrationshintergrund wird dem Kind dann zugeordnet, wenn

- das Kind selbst nicht in Deutschland geboren ist **und** mindestens ein Elternteil nicht in Deutschland geboren ist
- oder**
- beide Eltern nicht in Deutschland geboren **und/oder** nichtdeutscher Staatsangehörigkeit sind.

Ein einseitiger Migrationshintergrund wird aufgrund der Angaben zu Geburtsländern der Eltern und der Staatsangehörigkeit beider Eltern zugeordnet, wenn:

- ein Elternteil nicht in Deutschland geboren **und/oder** nichtdeutscher Staatsangehörigkeit ist.

Dabei ist die Zuordnung eines einseitigen Migrationshintergrundes davon unabhängig, ob das Kind selbst in Deutschland geboren wurde oder nicht.

**Übersicht über die weiterentwickelten Indikatoren**

- 3.57 Befunde bei Schuleingangsuntersuchungen nach Geschlecht, Migrationshintergrund, Land, Jahr
- 4.5a Rauchen im Haushalt bei Kindern zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung nach Geschlecht, Migrationshintergrund, Land, Jahr
- 4.9 Body Mass Index (BMI) bei Kindern zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung nach Geschlecht, Migrationshintergrund, Land, Jahr
- 7.5 Inanspruchnahme des Krankheitsfrüherkennungsprogramms für Kinder, Land, im Zeitvergleich
- 7.5a Inanspruchnahme des Krankheitsfrüherkennungsprogramms für Kinder nach Migrationshintergrund, Land, Jahr
- 7.6 Inanspruchnahme des Krankheitsfrüherkennungsprogramms für Kinder, Land im Regionalvergleich, Jahr
- 7.11 Impfquote bezüglich Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Haemophilus influenzae b, Poliomyelitis und Hepatitis B bei Schulanfängern, Land, im Zeitvergleich
- 7.11a Impfquote bezüglich Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Haemophilus influenzae b, Poliomyelitis und Hepatitis B bei Schulanfängern nach Migrationshintergrund, Land, Schuljahr
- 7.12 Impfquote bezüglich Masern, Mumps, Röteln, Windpocken, Meningokokken und Pneumokokken bei Schulanfängern, Land, im Zeitvergleich
- 7.12a Impfquote bezüglich Masern, Mumps, Röteln, Windpocken, Meningokokken und Pneumokokken bei Schulanfängern nach Migrationshintergrund, Land, Schuljahr
- 7.13 Impfquote bezüglich Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Haemophilus influenzae b, Poliomyelitis und Hepatitis B bei Schulanfängern, Land im Regionalvergleich, Schuljahr
- 7.14 Impfquote bezüglich Masern, Mumps, Röteln, Windpocken, Meningokokken und Pneumokokken bei Schulanfängern, Land im Regionalvergleich, Schuljahr

### 3.57 Befunde bei Schuleingangsuntersuchungen nach Geschlecht, Migrationshintergrund, Land, Jahr

#### Definition

Die Bedrohung der gesunden und altersgerechten Entwicklung von Kindern wird immer mehr durch kognitive, motorische, soziale, emotionale und sprachliche Defizite geprägt, während somatische Befunde hier zusehends weniger Bedeutung haben. Abgesehen von den objektiven Gesundheitsgefahren können Entwicklungsverzögerungen auf den genannten Gebieten auch das subjektive Wohlbefinden des Kindes stark beeinträchtigen. Im vorliegenden Indikator werden der Entwicklungsstand von Kindern im Einschulungsalter sowie weitere für die Entwicklung bedeutsame Befunde dargestellt.

Entwicklungsverzögerungen (EV) können neben anderen Ursachen auch einen Hinweis auf mangelnde Lernmöglichkeiten und Anregungen darstellen; sie eignen sich daher gut als Indikatoren mit sozialer Komponente. Motorische EV haben zudem eine Beziehung zur Häufigkeit von Unfällen, sprachliche EV zum späteren Schulerfolg. Speziell emotional-soziale EV bilden ein deutliches Risiko für die weiteren Entwicklungschancen des Kindes ab. Im Indikator wird der Anteil von motorischen, sprachlichen und emotional-sozialen Entwicklungsverzögerungen unter den einzuschulenden Kindern dargestellt.

Bei der Differenzierung der Daten nach Migrationshintergrund kann dieser entweder mit zwei Ausprägungen („deutscher Herkunft“, „beidseitiger Migrationshintergrund“) oder drei Ausprägungen („deutscher Herkunft“, „einseitiger Migrationshintergrund“, „beidseitiger Migrationshintergrund“) ausgewiesen werden.

#### Datenhalter

Oberste Landesgesundheitsbehörden

#### Datenquelle

Schulanfängeruntersuchungen

#### Periodizität

Jährlich

#### Validität

Die Befundung von Entwicklungsverzögerungen basiert auf Standards, die zwischen den Ländern unterschiedlich sind. Eine Beurteilung der Vollständigkeit und Zuverlässigkeit der Daten kann daher nicht erfolgen.

Die Tests einiger verwendeter Screeningverfahren sind einheitlich normiert und standardisiert (s.u.). Innerhalb des gleichen Screeningverfahrens ist daher eine gewisse Vergleichbarkeit auf Länderebene gegeben.

#### Kommentar

Als Definitionskriterien zur Bewertung der gesundheitlichen Lage von Kindern im Einschulungsalter können folgende gelten:

Motorische EV: Das durchgeführte Screening zur motorischen Entwicklung (z. B. Screening des Entwicklungsstandes bei den Schuleingangsuntersuchungen S-ENS (Döpfner et al. 2005), Sozialpädiatrisches Entwicklungsscreening für Schuleingangsuntersuchungen (Petermann et al. 2009)) weist auf eine verzögerte Entwicklung hin oder es liegen externe Befunde auf eine Entwicklungsverzögerung vor.

Sprachliche EV: Das durchgeführte Screening zur sprachlichen Entwicklung (z. B. Screening des Entwicklungsstandes bei den Schuleingangsuntersuchungen S-ENS (Döpfner et al. 2005),

Sozialpädiatrisches Entwicklungsscreening für Schuleingangsuntersuchungen (Petermann et al. 2009)) weist auf eine verzögerte Entwicklung hin oder es liegen externe Befunde auf eine Entwicklungsverzögerung vor.

Emotional-soziale EV: Hinweise auf eine fehlende adäquate Entwicklung emotional-sozialer Fähigkeiten im Rahmen der Untersuchung und/oder in durchgeführten Screenings (z.B. Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ)) oder das Vorliegen externer Befunde einer Entwicklungsverzögerung.

Alternativ oder in Ergänzung zu den ärztlichen Befunden zu Entwicklungsverzögerungen ist die Ausweisung des Anteils der Kinder mit auffälligen Testergebnissen in standardisierten Screening-Verfahren unter diesem Indikator möglich. Dabei sollte das jeweilige verwendete Screening-Instrument in der Tabelle explizit genannt sein.

Die Länder können in der Indikatorentabelle weitere Abweichungen von einer gesunden Entwicklung bzw. weitere somatische Befunde eintragen.

### **Vergleichbarkeit**

Es gibt keinen OECD-Indikator mit Angaben zu Testergebnissen oder Befunden bei Schuleingangsuntersuchungen. Im EU-Indikatorensetz gibt es keinen vergleichbaren Indikator. Der vorliegende Indikator ist ein Ergebnisindikator.

### **Originalquellen**

Publikationen der Statistischen Landesämter, z. B. Statistische Jahresberichte, Standardtabellen der Statistischen Datenbanken oder weitere regionalstatistische Quellen, Publikationen der Landesgesundheitsbehörden, z. B. Jahresberichte über die Dokumentation der schulärztlichen Untersuchungen.

### **Dokumentationsstand**

21.08.2013, SenGesSoz – Berlin

**Indikator (L)  
3.57**

**Befunde bei Einschulungsuntersuchungen nach Geschlecht, Migrationshintergrund, Land, Jahr**

Lfd. Nr.	Befunde* bei Einschulungsuntersuchungen	Insgesamt		Mädchen		Jungen		Kinder deutscher Herkunft		Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund**	
		Anzahl der Untersuchten	Befunde in %	Anzahl der Untersuchten	Befunde in %	Anzahl der Untersuchten	Befunde in %	Anzahl der Untersuchten	Befunde in %	Anzahl der Untersuchten	Befunde in %
1	Motorische Entwicklungsverzögerungen										
2	Sprachliche Entwicklungsverzögerungen										
3	Emotional-soziale Entwickl.verzögerungen										
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											

Datenquelle:  
Oberste Landesgesundheitsbehörden:  
Schulanfängeruntersuchungen

\* Mehrfachnennungen sind möglich  
\*\* Definition Migrationshintergrund s. Einleitung

Alternative Darstellung mit Ausweisung von ein- und beidseitigem Migrationshintergrund

**Indikator (L)**  
3.57

Testergebnisse aus dem Screening des Entwicklungsstandes bei Schuleingangsuntersuchungen nach Geschlecht, ein- und beidseitigem Migrationshintergrund, Land, Jahr

Lfd. Nr.	Testergebnisse Entwicklungsscreening* bei Schuleingangsuntersuchungen	Insgesamt		Mädchen		Jungen		Kinder deutscher Herkunft		Kinder mit einseitigem Migrationshintergrund**		Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund**	
		Anzahl der Untersuchten	Anteil auffälliger Testergebnisse in %	Anzahl der Untersuchten	Anteil auffälliger Testergebnisse in %	Anzahl der Untersuchten	Anteil auffälliger Testergebnisse in %	Anzahl der Untersuchten	Anteil auffälliger Testergebnisse in %	Anzahl der Untersuchten	Anteil auffälliger Testergebnisse in %	Anzahl der Untersuchten	Anteil auffälliger Testergebnisse in %
1	Motorische Entwicklungsverzögerungen Körperkoordination (S-ENS)												
2	Sprachliche Entwicklungsverzögerungen Pluralbildung (SOPSS)												
3	Emotional-soziale Entwickl.verzögerungen Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ)												
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													

Datenquelle:  
Oberste Landesgesundheitsbehörden:  
Schulanfängeruntersuchungen

\* Mehrfachnennungen sind möglich  
\*\* Definition Migrationshintergrund s. Einleitung

#### **4.5a Rauchen im Haushalt bei Kindern zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung nach Geschlecht, Migrationshintergrund, Land, Jahr**

##### **Definition**

Rauchen der Eltern bzw. das Aufwachsen in einem Raucherhaushalt stellt für Kinder ein deutlich erhöhtes Risiko im Vergleich zum Aufwachsen in Nichtraucher-Haushalten dar. Wichtiger als die Schädigung durch Passivrauchen ist die Gefahr, aufgrund der Vorbildfunktion der Eltern später selbst einmal zum Raucher zu werden, was ein lebenslang stark erhöhtes Gesundheitsrisiko bedeutet. Im Indikator wird der Anteil der Kinder, die in einem Raucherhaushalt leben, dargestellt.

Bei der Differenzierung der Daten nach Migrationshintergrund kann dieser entweder mit zwei Ausprägungen („deutscher Herkunft“, „beidseitiger Migrationshintergrund“) oder drei Ausprägungen („deutscher Herkunft“, „einseitiger Migrationshintergrund“, „beidseitiger Migrationshintergrund“) ausgewiesen werden.

##### **Datenhalter**

Oberste Landesgesundheitsbehörden

##### **Datenquelle**

Schulanfängeruntersuchungen

##### **Periodizität**

Jährlich

##### **Validität**

Dieser Indikator basiert auf Standards, die zwischen den Ländern unterschiedlich sind. Eine Beurteilung der Vollständigkeit und Zuverlässigkeit der Daten kann nicht erfolgen.

##### **Kommentar**

Erfasst wird, ob Mutter, Vater und/oder weitere Haushaltsmitglieder Raucher/innen sind. Dies gilt auch für eventuelle Lebenspartner. Entscheidend ist, wer im Haushalt mit dem Kind zusammen lebt (Vorbildfunktion). Nicht entscheidend ist daher auch, ob in den Wohnräumen selbst geraucht wird (keine primäre Abbildung der Schädigung durch Passivrauchen).

##### **Vergleichbarkeit**

Es gibt keinen OECD-Indikator mit Angaben zu Befunden bei Schuleingangsuntersuchungen. Im EU-Indikatorensetz gibt es keinen vergleichbaren Indikator, ebenso nicht im bisherigen Indikatorensetz. Der vorliegende Indikator ist ein Ergebnisindikator.

##### **Originalquellen**

Publikationen der Landesgesundheitsbehörden, z. B. Jahresberichte über die Dokumentation der schulärztlichen Untersuchungen.

##### **Dokumentationsstand**

21.08.2013, SenGesSoz – Berlin

**Indikator (L)  
4.5a**
**Rauchen im Haushalt bei Kindern zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung nach Geschlecht, Migrationshintergrund, Land, Jahr**

Merkmal	untersuchte Schulanfänger insgesamt	Rauchen im Haushalt des Kindes			Kinder ohne gültige Angaben in %
		Kinder mit gültigen Angaben	darunter ... in %:		
			keine/r raucht	mind. 1 Person im Haushalt raucht	
nach Geschlecht					
weiblich					
männlich					
nach Migrationshintergrund*					
deutsche Herkunft					
beidseitiger Migrationshintergrund					
<b>insgesamt</b>					

Datenquelle:  
Oberste Landesgesundheitsbehörden:  
Schulanfängeruntersuchungen

\* Definition Migrationshintergrund  
s. Einleitung

**Alternative Darstellung mit Ausweisung von ein- und beidseitigem Migrationshintergrund**
**Indikator (L)  
4.5a**
**Rauchen im Haushalt bei Kindern zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung nach Geschlecht, ein- und beidseitigem Migrationshintergrund, Land, Jahr**

Merkmal	untersuchte Schulanfänger insgesamt	Rauchen im Haushalt des Kindes			Kinder ohne gültige Angaben in %
		Kinder mit gültigen Angaben	darunter ... in %:		
			keine/r raucht	mind. 1 Person im Haushalt raucht	
nach Geschlecht					
weiblich					
männlich					
nach Migrationshintergrund*					
deutsche Herkunft					
einseitiger Migrationshintergrund					
beidseitiger Migrationshintergrund					
<b>insgesamt</b>					

Datenquelle:  
Oberste Landesgesundheitsbehörden:  
Schulanfängeruntersuchungen

\* Definition Migrationshintergrund  
s. Einleitung



## 4.9 Body Mass Index (BMI) bei Kindern zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung nach Geschlecht, Migrationshintergrund, Land, Jahr

### Definition

In allen Industrienationen weltweit ist eine erhebliche Prävalenz der Adipositas zu verzeichnen, die daher ein relevantes Gesundheitsproblem darstellt. Eine erhöhte Morbidität als Folge der Adipositas ist bereits im Kindesalter dokumentierbar, wie z. B. Störungen im Fett- und Glukosestoffwechsel, orthopädische Störungen, erhöhter Blutdruck u. a. (1).

Zur Beurteilung des Gewichtes bei Einschülern/-innen wird die Verteilung des Body Mass Index (BMI) in der Referenzstichprobe der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) herangezogen. Der Body Mass Index ist das Ergebnis aus Körpergewicht in Kilogramm, dividiert durch die quadrierte Körpergröße in Metern.

Als Grenzwerte zur Beurteilung des Gewichts dienen folgende Perzentile der Referenzstichprobe:

Deutliches Untergewicht:	bis unter 3. Perzentil
Untergewicht:	3. bis unter 10. Perzentil
Übergewicht:	größer 90. bis 97. Perzentil
Adipositas:	größer 97. Perzentil

Die Grenzwerte wurden in Altersabstufungen von sechs Monaten, getrennt für Jungen und Mädchen, ermittelt (2).

Bei der Differenzierung der Daten nach Migrationshintergrund kann dieser entweder mit zwei Ausprägungen („deutscher Herkunft“, „beidseitiger Migrationshintergrund“) oder drei Ausprägungen („deutscher Herkunft“, „einseitiger Migrationshintergrund“, „beidseitiger Migrationshintergrund“) ausgewiesen werden.

### Datenhalter

Oberste Landesgesundheitsbehörden

### Datenquelle

Schulanfängeruntersuchungen

### Periodizität

Jährlich

### Validität

Da der Berechnung gemessene Werte zu Grunde liegen, kann die Qualität der Daten als ausreichend bewertet werden.

### Kommentar

Die Ursachen für Adipositas sind multifaktoriell und bestehen u. a. in sich verändernden Lebensbedingungen (übermäßige Zufuhr von kalorien- und fettreicher Nahrung und körperliche Inaktivität), die auf dem Boden einer genetischen Veranlagung wirksam werden und zur Zunahme der Fettmasse des Körpers führen.

Die gesundheitlichen Risiken der Adipositas im Erwachsenenalter sind wissenschaftlich gut belegt, wobei die Manifestation bereits im Kindesalter einen von der Komorbidität unabhängigen und zusätzlich ungünstigen Einfluss hat. Aus diesen Gründen ist das Erhalten bzw. Erreichen von Normalgewicht ein präventionsrelevantes Gesundheitsziel.

Der Body Mass Index (BMI) bei Kindern zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung nach Geschlecht und Migrationshintergrund wird als Länderindikator geführt.

Folgende Publikationen wurden für die Auswahl und Interpretation des Indikators zu Grunde gelegt:

(1) Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (Hrsg.) (o. J.): Leitlinien. Verabschiedet auf der Konsensus-Konferenz der AGA am 19.10.2001. S. 7-8.

(2) Kromeyer-Hauschild, K., Wabitsch, M., Kunze, D. et al. (2001): Perzentile für den Body Mass Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. *Monatsschr. Kinderheilkd.* 149, S. 807-814.

Der Indikator zählt zur Gruppe der Gesundheitsdeterminanten.

### **Vergleichbarkeit**

Keine Vergleichbarkeit mit Indikatoren der WHO, der OECD und der EU.

### **Originalquellen**

Publikationen der Landesgesundheitsbehörden, z. B. Jahresberichte über die Dokumentation der schulärztlichen Untersuchungen.

### **Dokumentationsstand**

21.08.2013, SenGesSoz - Berlin

<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">Indikator (L) 4.9</div> Body Mass Index (BMI) bei Kindern zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung nach Geschlecht, Migrationshintergrund, Land, Jahr							
Merkmal	untersuchte Schulanfänger insgesamt	Kinder mit gültigen Angaben	Gewichtsgruppen nach BMI-Perzentilen			Kinder ohne gültige Angaben in %	
			darunter ... in %:				
			deutlich untergewichtig	untergewichtig	normalgewichtig	übergewichtig	adipös
weiblich			nach Geschlecht				
männlich			nach Geschlecht				
deutsche Herkunft			nach Migrationshintergrund*				
beidseitiger Migrationshintergrund			nach Migrationshintergrund*				
<b>insgesamt</b>			nach Migrationshintergrund*				

Datenquelle:  
Oberste Landesgesundheitsbehörden:  
Schulanfängeruntersuchungen

\* Definition Migrationshintergrund  
s. Einleitung

## Alternative Darstellung mit Ausweisung von ein- und beidseitigem Migrationshintergrund

**Indikator (L)**  
**4.9**

**Body Mass Index (BMI) bei Kindern zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung nach Geschlecht, ein- und beidseitigem Migrationshintergrund, Land, Jahr**

Merkmal	untersuchte Schulanfänger insgesamt	Gewichtsguppen nach BMI-Perzentilen					Kinder ohne gültige Angaben in %
		Kinder mit gültigen Angaben	darunter ... in %:				
			deutlich untergewichtig	untergewichtig	normalgewichtig	übergewichtig	
nach Geschlecht							
weiblich							
männlich							
nach Migrationshintergrund*							
deutsche Herkunft							
einseitiger Migrationshintergrund							
beidseitiger Migrationshintergrund							
<b>insgesamt</b>							

Datenquelle:  
Oberste Landesgesundheitsbehörden:  
Schulanfängeruntersuchungen

\* Definition Migrationshintergrund  
s. Einleitung

## 7.5 Inanspruchnahme des Krankheitsfrüherkennungsprogramms für Kinder, Land, im Zeitvergleich

### Definition

Das gesetzliche Krankheitsfrüherkennungsprogramm für Kinder ist ein der Entwicklungsdynamik des Kindes angepasstes mehrteiliges Screening-Programm, das eine möglichst frühzeitige Aufdeckung wesentlicher Entwicklungsstörungen und Erkrankungen zum Ziel hat. Dadurch werden Therapiemöglichkeiten früher einsetzbar. Das Programm umfasst insgesamt 10 Untersuchungen. Zuletzt wurde am 1.7.2008 die U7a (33.-38. Lebensmonat) in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen als Pflichtleistung aufgenommen. Die Untersuchungen müssen in dem gesetzlich vorgeschriebenen Zeitfenster erfolgen. Versäumte Untersuchungen können jenseits der Toleranzgrenze nicht nachgeholt werden. Daher können Kinder, die nach ihrer Geburt nach Deutschland zugewandert sind, oftmals keinen vollständigen Inanspruchnahmestatus aufweisen.

Die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen ist freiwillig. Die Inanspruchnahme und Ergebnisse dieser Früherkennungsuntersuchungen werden im Vorsorgeheft dokumentiert. Die Neugeborenen-Untersuchungen U1 (Erstuntersuchung) und U2 (Basisuntersuchung am 3. - 10. Lebenstag) werden in der Regel noch in der Geburtsklinik und damit bei nahezu allen Kindern durchgeführt. Die folgenden Untersuchungen werden beim niedergelassenen (Kinder-)Arzt angeboten. Über ihre Inanspruchnahme berichtet Indikator 7.5. Dabei wird eine Differenzierung nach den Untersuchungen im 1. Lebensjahr (U3: 4. - 6. Lebenswoche, U4: 3. - 4. Lebensmonat, U5: 6. - 7. Lebensmonat, U6: 10. - 12. Lebensmonat) sowie den in den folgenden Lebensjahren bis zum Schuleintritt angebotenen Untersuchungen (U7: 21. - 24. Lebensmonat, U7a: 33.-38. Lebensmonat, U8: 3 ½ - 4 Jahre, U9: 5 - 5 ½ Jahre) vorgenommen.

Im Rahmen der Einschulungsuntersuchungen werden die Eintragungen im Vorsorgeheft durch den öffentlichen Gesundheitsdienst erfasst. Indikator 7.5 bezieht sich auf die Anzahl der Schulanfänger, die das Vorsorgeheft zur Einschulungsuntersuchung vorgelegt haben und in Deutschland geboren sind, da die Einbeziehung der Kinder mit Migrationshintergrund, die nicht in Deutschland geboren wurden, zu einer Verzerrung hin zu einer niedrigeren Inanspruchnahme führen würde. Die Bewertung erfolgt ausschließlich im Hinblick auf die Inanspruchnahme.

Der Indikator 7.5a stellt die Inanspruchnahme der Untersuchungen U3 - U6, U7, U7a, U8 und U9 insgesamt und nach Migrationshintergrund dar, der Indikator 7.6 die Inanspruchnahme im Regionalvergleich.

### Datenhalter

Oberste Landesgesundheitsbehörden

### Datenquelle

Schulanfängeruntersuchungen

### Periodizität

Jährlich, Bezugszeitraum ist das Schuljahr

### Validität

Da sich die Indikatoren ausschließlich auf die Inanspruchnahme des Untersuchungsprogramms beziehen, ist im Hinblick auf die erfassten Daten von einer hohen Validität auszugehen. Die Validität der Daten ist auch davon abhängig, ob alle Schulanfänger oder nur eine Teilmenge untersucht wurden und wie hoch der Anteil der untersuchten Schulanfänger ist, die das Vorsorgeheft vorgelegt haben. Da die Zahl der Anspruchsberechtigten (gesetzlich wie privat krankenversicherte Kinder) nicht vorliegt, wird auf die Zahl der Schulanfänger als Bevölkerungsbezug zurückgegriffen.

### Kommentar

Der Indikator informiert über die Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsversorgung. Darüber hinaus kann die vollständige Teilnahme am Untersuchungsangebot als Maß für gesundheitsbewusstes Verhalten der Eltern interpretiert werden.

Es handelt sich um einen Prozessindikator.

### Vergleichbarkeit

Es gibt keine vergleichbaren Indikatoren im WHO- und OECD-Indikatorensetz. Im EU-Indikatorensetz sind Indikatoren zu *Integral children's health monitoring* als Anteil der Kinder verschiedener Altersgruppen vorgesehen, die diese Angebote wahrnehmen.

Internationale Vergleichbarkeit ist wegen Unterschieden in den nationalen Gesundheitssystemen nicht gewährleistet.

### Originalquellen

Publikationen der Länder zu den verwendeten Datenquellen, z. B. Veröffentlichungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes.

### Dokumentationsstand

21.08.2013, SenGesSoz - Berlin

Indikator (K) 7.5		Inanspruchnahme des Krankheitsfrüherkennungsprogramms für Kinder, Land, im Zeitvergleich						
Jahr	Untersuchte Schulanfänger insgesamt*	Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen					keine Doku- mentation vorhanden*** in %	
		Dokumentation vorhanden**	darunter: ... wahrgenommen in %:					
			U3 - U6	U7	U7a	U8		U9
2002								
2003								
...								
Berichts- j.								

Datenquelle:

Oberste Landesgesundheitsbehörden:

Schulanfängeruntersuchungen

\* nur in Deutschland geborene Kinder

\*\* Vorsorgeheft vorgelegt

\*\*\* Vorsorgeheft nicht vorgelegt

## 7.5a Inanspruchnahme des Krankheitsfrüherkennungsprogramms für Kinder nach Migrationshintergrund, Land, Jahr

### Definition

Das gesetzliche Krankheitsfrüherkennungsprogramm für Kinder ist ein der Entwicklungsdynamik des Kindes angepasstes mehrteiliges Screening-Programm, das eine möglichst frühzeitige Aufdeckung wesentlicher Entwicklungsstörungen und Erkrankungen zum Ziel hat. Dadurch werden Therapiemöglichkeiten früher einsetzbar. Das Programm umfasst insgesamt 10 Untersuchungen. Zuletzt wurde am 1.7.2008 die U7a (33.-38. Lebensmonat) in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen als Pflichtleistung aufgenommen. Die Untersuchungen müssen in dem gesetzlich vorgeschriebenen Zeitfenster erfolgen. Versäumte Untersuchungen können jenseits der Toleranzgrenze nicht nachgeholt werden. Daher können Kinder, die nach ihrer Geburt nach Deutschland zugewandert sind, oftmals keinen vollständigen Inanspruchnahmestatus aufweisen.

Die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen ist freiwillig. Die Inanspruchnahme und Ergebnisse dieser Früherkennungsuntersuchungen werden im Vorsorgeheft dokumentiert. Die Neugeborenen-Untersuchungen U1 (Erstuntersuchung) und U2 (Basisuntersuchung am 3. - 10. Lebenstag) werden in der Regel noch in der Geburtsklinik und damit bei nahezu allen Kindern durchgeführt. Die folgenden Untersuchungen werden beim niedergelassenen (Kinder-)Arzt angeboten. Über ihre Inanspruchnahme berichtet Indikator 7.5. Dabei wird eine Differenzierung nach den Untersuchungen im 1. Lebensjahr (U3: 4. - 6. Lebenswoche, U4: 3. - 4. Lebensmonat, U5: 6. - 7. Lebensmonat, U6: 10. - 12. Lebensmonat) sowie den in den folgenden Lebensjahren bis zum Schuleintritt angebotenen Untersuchungen (U7: 21. - 24. Lebensmonat, U7a: 33.-38. Lebensmonat, U8: 3 ½ - 4 Jahre, U9: 5 - 5 ½ Jahre) vorgenommen.

Im Rahmen der Einschulungsuntersuchungen werden die Eintragungen im Vorsorgeheft durch den öffentlichen Gesundheitsdienst erfasst. Indikator 7.5a bezieht sich auf die Anzahl der Schulanfänger, die das Vorsorgeheft zur Einschulungsuntersuchung vorgelegt haben und in Deutschland geboren sind, da die Einbeziehung der Kinder mit Migrationshintergrund, die nicht in Deutschland geboren wurden, zu einer Verzerrung hin zu einer niedrigeren Inanspruchnahme führen würde. Die Bewertung erfolgt ausschließlich im Hinblick auf die Inanspruchnahme.

Der Indikator 7.5 stellt die Inanspruchnahme der Untersuchungen U3 - U6, U7, U7a, U8 und U9 im Zeitvergleich dar, der Indikator 7.6 im Regionalvergleich.

Bei der Differenzierung der Daten nach Migrationshintergrund kann dieser entweder mit zwei Ausprägungen („deutscher Herkunft“, „beidseitiger Migrationshintergrund“) oder drei Ausprägungen („deutscher Herkunft“, „einseitiger Migrationshintergrund“, „beidseitiger Migrationshintergrund“) ausgewiesen werden.

### Datenhalter

Oberste Landesgesundheitsbehörden

### Datenquelle

Schulanfängeruntersuchungen

### Periodizität

Jährlich, Bezugszeitraum ist das Schuljahr

### Validität

Da sich die Indikatoren ausschließlich auf die Inanspruchnahme des Untersuchungsprogramms beziehen, ist im Hinblick auf die erfassten Daten von einer hohen Validität auszugehen. Die Validität der Daten ist auch davon abhängig, ob alle Schulanfänger oder nur eine Teilmenge untersucht wurden und wie hoch der Anteil der untersuchten Schulanfänger ist, die das

Vorsorgeheft vorgelegt haben. Da die Zahl der Anspruchsberechtigten (gesetzlich wie privat krankenversicherte Kinder) nicht vorliegt, wird auf die Zahl der Schulanfänger als Bevölkerungsbezug zurückgegriffen.

**Kommentar**

Der Indikator informiert über die Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsversorgung. Darüber hinaus kann die vollständige Teilnahme am Untersuchungsangebot als Maß für gesundheitsbewusstes Verhalten der Eltern interpretiert werden.

Es handelt sich um einen Prozessindikator.

**Vergleichbarkeit**

Es gibt keine vergleichbaren Indikatoren im WHO- und OECD-Indikatorensatz. Im EU-Indikatorensatz sind Indikatoren zu *Integral children's health monitoring* als Anteil der Kinder verschiedener Altersgruppen vorgesehen, die diese Angebote wahrnehmen.

Internationale Vergleichbarkeit ist wegen Unterschieden in den nationalen Gesundheitssystemen nicht gewährleistet.

**Originalquellen**

Publikationen der Länder zu den verwendeten Datenquellen, z. B. Veröffentlichungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes.

**Dokumentationsstand**

21.08.2013, SenGesSoz - Berlin



Indikator (K) 7.5a		Inanspruchnahme des Krankheitsfrüherkennungsprogramms für Kinder nach Migrationshintergrund, Land, Jahr					keine Dokumentation vorhanden**** in %
		Untersuchte Schulanfänger insgesamt**	Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen Dokumentation vorhanden***	darunter: ... wahrgenommen in %:			
Migrationshintergrund*				U3 - U6	U7	U7a	U8
deutsche Herkunft beidseitiger Migrationshintergrund <b>insgesamt</b>							

Datenquelle:  
Oberste Landesgesundheitsbehörden:  
Schulanfängeruntersuchungen

\* Definition Migrationshintergrund  
s. Einleitung  
\*\* nur in Deutschland geborene Kinder  
\*\*\* Vorsorgeheft vorgelegt  
\*\*\*\* Vorsorgeheft nicht vorgelegt

### Alternative Darstellung mit Ausweisung von ein- und beidseitigem Migrationshintergrund

Indikator (K) 7.5a		Inanspruchnahme des Krankheitsfrüherkennungsprogramms für Kinder nach ein- und beidseitigem Migrationshintergrund, Land, Jahr					keine Dokumentation vorhanden**** in %
		Untersuchte Schulanfänger insgesamt**	Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen Dokumentation vorhanden***	darunter: ... wahrgenommen in %:			
Migrationshintergrund*				U3 - U6	U7	U7a	U8
deutsche Herkunft einseitiger Migrationshintergrund beidseitiger Migrationshintergrund <b>insgesamt</b>							

Datenquelle:  
Oberste Landesgesundheitsbehörden:  
Schulanfängeruntersuchungen

\* Definition Migrationshintergrund  
s. Einleitung  
\*\* nur in Deutschland geborene Kinder  
\*\*\* Vorsorgeheft vorgelegt  
\*\*\*\* Vorsorgeheft nicht vorgelegt

## 7.6 Inanspruchnahme des Krankheitsfrüherkennungsprogramms für Kinder, Land im Regionalvergleich, Jahr

### Definition

Das gesetzliche Krankheitsfrüherkennungsprogramm für Kinder ist ein der Entwicklungsdynamik des Kindes angepasstes mehrteiliges Screening-Programm, das eine möglichst frühzeitige Aufdeckung wesentlicher Entwicklungsstörungen und Erkrankungen zum Ziel hat. Dadurch werden Therapiemöglichkeiten früher einsetzbar. Das Programm umfasst insgesamt 10 Untersuchungen. Zuletzt wurde am 1.7.2008 die U7a (33.-38. Lebensmonat) in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen als Pflichtleistung aufgenommen. Die Untersuchungen müssen in dem gesetzlich vorgeschriebenen Zeitfenster erfolgen. Versäumte Untersuchungen können jenseits der Toleranzgrenze nicht nachgeholt werden. Daher können Kinder, die nach ihrer Geburt nach Deutschland zugewandert sind, oftmals keinen vollständigen Inanspruchnahmestatus aufweisen.

Die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen ist freiwillig. Die Inanspruchnahme und Ergebnisse dieser Früherkennungsuntersuchungen werden im Vorsorgeheft dokumentiert. Die Neugeborenen-Untersuchungen U1 (Erstuntersuchung) und U2 (Basisuntersuchung am 3. - 10. Lebenstag) werden in der Regel noch in der Geburtsklinik und damit bei nahezu allen Kindern durchgeführt. Die folgenden Untersuchungen werden beim niedergelassenen (Kinder-)Arzt angeboten. Über ihre Inanspruchnahme berichtet Indikator 7.5. Dabei wird eine Differenzierung nach den Untersuchungen im 1. Lebensjahr (U3: 4. - 6. Lebenswoche, U4: 3. - 4. Lebensmonat, U5: 6. - 7. Lebensmonat, U6: 10. - 12. Lebensmonat) sowie den in den folgenden Lebensjahren bis zum Schuleintritt angebotenen Untersuchungen (U7: 21. - 24. Lebensmonat, U7a: 33.-38. Lebensmonat, U8: 3 ½ - 4 Jahre, U9: 5 - 5 ½ Jahre) vorgenommen.

Im Rahmen der Einschulungsuntersuchungen werden die Eintragungen im Vorsorgeheft durch den öffentlichen Gesundheitsdienst erfasst. Indikator 7.6 bezieht sich auf die Anzahl der Schulanfänger, die das Vorsorgeheft zur Einschulungsuntersuchung vorgelegt haben und in Deutschland geboren sind, da die Einbeziehung der Kinder mit Migrationshintergrund, die nicht in Deutschland geboren wurden, zu einer Verzerrung hin zu einer niedrigeren Inanspruchnahme führen würden. Die Bewertung erfolgt ausschließlich im Hinblick auf die Inanspruchnahme. Ein Vergleich zu den Indikatoren 7.5 (Trendentwicklung) und 7.5a (nach Migrationshintergrund) ist gegeben.

### Datenhalter

Oberste Landesgesundheitsbehörden

### Datenquelle

Schulanfängeruntersuchungen

### Periodizität

Jährlich, Bezugszeitraum ist das Schuljahr

### Validität

Da sich die Indikatoren ausschließlich auf die Inanspruchnahme des Untersuchungsprogramms beziehen, ist im Hinblick auf die erfassten Daten von einer hohen Validität auszugehen. Die Validität der Daten ist auch davon abhängig, ob alle Schulanfänger oder nur eine Teilmenge untersucht wurden und wie hoch der Anteil der untersuchten Schulanfänger ist, die das Vorsorgeheft vorgelegt haben. Da die Zahl der Anspruchsberechtigten (gesetzlich wie privat krankenversicherte Kinder) nicht vorliegt, wird auf die Zahl der Schulanfänger als Bevölkerungsbezug zurückgegriffen.

**Kommentar**

Der Indikator informiert über die Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsversorgung. Darüber hinaus kann die vollständige Teilnahme am Untersuchungsangebot als Maß für gesundheitsbewusstes Verhalten der Eltern interpretiert werden.

Es handelt sich um einen Prozessindikator.

**Vergleichbarkeit**

Es gibt keine vergleichbaren Indikatoren im WHO- und OECD-Indikatorensetz. Im EU-Indikatorensetz sind Indikatoren zu *Integral children's health monitoring* als Anteil der Kinder verschiedener Altersgruppen vorgesehen, die diese Angebote wahrnehmen.

Internationale Vergleichbarkeit ist wegen Unterschieden in den nationalen Gesundheitssystemen nicht gewährleistet.

**Originalquellen**

Publikationen der Länder zu den verwendeten Datenquellen, z. B. Veröffentlichungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes.

**Dokumentationsstand**

21.08.2013, SenGesSoz - Berlin

Indikator (L) 7.6		Inanspruchnahme des Krankheitsfrüherkennungsprogramms für Kinder, Land im Regionalvergleich, Jahr							
Lfd. Nr.	Region	Untersuchte Schulanfänger insgesamt*	Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen					keine Dokumentation vorhanden*** in %	
			Dokumentation vorhanden**	darunter: ... wahrgenommen in %:					
				U3 - U6	U7	U7a	U8	U9	
1									
2									
3									
...									
	<b>Regierungsbezirk</b>								
	<b>Land</b>								

Datenquelle:

Oberste Landesgesundheitsbehörden:

Schulanfängeruntersuchungen

\* nur in Deutschland geborene Kinder

\*\* Vorsorgeheft vorgelegt

\*\*\* Vorsorgeheft nicht vorgelegt

## 7.11 Impfquote bezüglich Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Haemophilus influenzae b, Poliomyelitis und Hepatitis B bei Schulanfängern, Land, im Zeitvergleich

### Definition

Impfungen gehören zu den wirksamsten und wichtigsten präventiven Maßnahmen der Medizin. Unmittelbares Ziel der Impfung ist es, den Geimpften vor einer Krankheit zu schützen. Bei Erreichen hoher Durchimpfungsraten ist es möglich, einzelne Krankheitserreger regional zu eliminieren und schließlich weltweit auszurotten. Die Eliminierung der Masern und der Poliomyelitis ist erklärtes und erreichbares Ziel nationaler und internationaler Gesundheitspolitik.

In der Bundesrepublik Deutschland besteht keine Impfpflicht. Impfungen von besonderer Bedeutung für die Gesundheit der Bevölkerung können entsprechend § 20 Abs. 3 Infektionsschutzgesetz (IfSG) öffentlich empfohlen werden. Diese Empfehlungen werden von den obersten Gesundheitsbehörden der Länder ausgesprochen. Sie orientieren sich dabei an den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut. Die Grundimmunisierung gilt dann als abgeschlossen, wenn gegen Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Haemophilus influenzae (Hib), Poliomyelitis und Hepatitis B jeweils 4 Impfungen vorliegen. Darüber hinaus gilt für Diphtherie, Tetanus, Haemophilus influenzae (Hib), Poliomyelitis und Hepatitis B die Grundimmunisierung auch nach Erhalt von 3 Impfungen als vollständig, sofern Impfstoffe ohne Pertussiskomponente (aP) verwendet wurden und ein Abstand von 6 Monaten zwischen der letzten und vorletzten Impfung besteht.

Gemäß § 34 (11) IfSG hat das Gesundheitsamt oder ein vom ihm beauftragter Arzt bei der Erstaufnahme in die 1. Klasse einer allgemeinbildenden Schule den Impfstatus zu erheben und die hierbei gewonnenen aggregierten und anonymisierten Daten über die oberste Landesgesundheitsbehörde dem Robert Koch-Institut zu übermitteln. Indikator 7.11 verwendet als Bevölkerungsbezug die Anzahl der erstmals zur Einschulungsuntersuchung vorgestellten Schulanfänger. Die Impfquote bezieht sich auf die Anzahl der Schulanfänger, die Impfdokumente zur ersten Einschulungsuntersuchung vorgelegt haben. Die Bewertung erfolgt ausschließlich im Hinblick auf die Inanspruchnahme entsprechend den jeweils aktuellen Empfehlungen der Ständigen Impfkommission am Robert Koch-Institut.

### Datenhalter

Oberste Landesgesundheitsbehörden

### Datenquelle

Schulanfängeruntersuchungen

### Periodizität

Jährlich, Bezugszeitraum ist das Schuljahr

### Validität

Da sich der Indikator ausschließlich auf die Inanspruchnahme von Impfungen bezieht, ist im Hinblick auf die erfassten Daten von einer hohen Validität auszugehen. Die Validität der Daten ist auch davon abhängig, ob alle Schulanfänger oder nur eine Teilmenge untersucht wurden und wie hoch der Anteil der untersuchten Schulanfänger ist, die Impfdokumente vorgelegt haben. Darüber hinaus können Änderungen in den Impfempfehlungen und die Einführung neuer Impfstoffe die Validität beeinträchtigen.

### Kommentar

Der Indikator informiert allgemein über die Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsversorgung und speziell über den Impfschutz aus individual- und bevölkerungsmedizinischer Sicht. Darüber hinaus kann die vollständige Teilnahme der Kinder an den Schutzimpfungen als Maß für gesundheitsbewusstes Verhalten der Eltern interpretiert werden.

Es handelt sich um einen Prozessindikator.

### Vergleichbarkeit

Bedingt vergleichbar mit WHO-Indikatoren der Kategorie *Vaccine Preventable Diseases Monitoring System* [1], mit EU-Indikatoren der Kategorie *Health interventions – Health services (European Health Indicators und European Community Health Indicators)* [2] und OECD-Indikatoren der Kategorie *Care for communicable diseases – Childhood vaccination programme* [3].

[1] WHO. Immunization. WHO Vaccine Preventable Diseases Monitoring System. 2013 global summary – immunization indicators selection center. Genf, Schweiz: Weltgesundheitsorganisation, 2013.  
[http://apps.who.int/immunization\\_monitoring/globalsummary/indicators](http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/indicators)

[2] Europäische Kommission. Indicators – ECHI. Europäische Kommission, 2013. <http://ec.europa.eu/health/indicators/echi/list/>

[3] OECD. Health at a Glance 2011: OECD Indicators. 2011, OECD Publishing. [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2011-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-en)

### Originalquellen

Publikationen der Länder zu den verwendeten Datenquellen, z. B. Veröffentlichungen der obersten Landesgesundheitsbehörden.

### Dokumentationsstand

21.8.2013, SenGesSoz – Berlin/ Robert Koch-Institut

<b>Indikator (K) 7.11</b>		<b>Impfquote bezüglich Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Haemophilus influenzae b, Poliomyelitis und Hepatitis B bei Schulanfängern, Land, im Zeitvergleich</b>						
Jahr	Untersuchte Schulanfänger insgesamt	Dokumentierte Impfungen						Kinder ohne dokument. Impfungen** in %
		Kinder mit dokument. Impfungen*	Impfquote in % bei abgeschlossener Grundimmunisierung					
			Diphtherie	Tetanus	Pertussis	Haemophilus influenzae b	Poliomyelitis	
2001								
2002								
...								
Berichtsj.								

Datenquelle:  
 Oberste Landesgesundheitsbehörden:  
 Schulanfängeruntersuchungen

\* Impfausweis vorgelegt  
 \*\* Impfausweis nicht vorgelegt

### **7.11a Impfquote bezüglich Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Haemophilus influenzae b, Poliomyelitis und Hepatitis B bei Schulanfängern nach Migrationshintergrund, Land, Schuljahr**

#### **Definition**

Impfungen gehören zu den wirksamsten und wichtigsten präventiven Maßnahmen der Medizin. Unmittelbares Ziel der Impfung ist es, den Geimpften vor einer Krankheit zu schützen. Bei Erreichen hoher Durchimpfungsraten ist es möglich, einzelne Krankheitserreger regional zu eliminieren und schließlich weltweit auszurotten. Die Eliminierung der Masern und der Poliomyelitis ist erklärtes und erreichbares Ziel nationaler und internationaler Gesundheitspolitik.

In der Bundesrepublik Deutschland besteht keine Impfpflicht. Impfungen von besonderer Bedeutung für die Gesundheit der Bevölkerung können entsprechend § 20 Abs. 3 Infektionsschutzgesetz (IfSG) öffentlich empfohlen werden. Diese Empfehlungen werden von den obersten Gesundheitsbehörden der Länder ausgesprochen. Sie orientieren sich dabei an den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut. Die Grundimmunisierung gilt dann als abgeschlossen, wenn gegen Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Haemophilus influenzae (Hib), Poliomyelitis und Hepatitis B jeweils 4 Impfungen vorliegen. Darüber hinaus gilt für Diphtherie, Tetanus, Haemophilus influenzae (Hib), Poliomyelitis und Hepatitis B die Grundimmunisierung auch nach Erhalt von 3 Impfungen als vollständig, sofern Impfstoffe ohne Pertussiskomponente (aP) verwendet wurden und ein Abstand von 6 Monaten zwischen der letzten und vorletzten Impfung besteht.

Gemäß § 34 (11) IfSG hat das Gesundheitsamt oder ein vom ihm beauftragter Arzt bei der Erstaufnahme in die 1. Klasse einer allgemeinbildenden Schule den Impfstatus zu erheben und die hierbei gewonnenen aggregierten und anonymisierten Daten über die oberste Landesgesundheitsbehörde dem Robert Koch-Institut zu übermitteln. Indikator 7.11a verwendet als Bevölkerungsbezug die Anzahl der erstmals zur Einschulungsuntersuchung vorgestellten Schulanfänger. Die Impfquote bezieht sich auf die Anzahl der Schulanfänger, die Impfdokumente zur ersten Einschulungsuntersuchung vorgelegt haben. Die Bewertung erfolgt ausschließlich im Hinblick auf die Inanspruchnahme entsprechend den jeweils aktuellen Empfehlungen der Ständigen Impfkommission am Robert Koch-Institut.

Bei der Differenzierung der Daten nach Migrationshintergrund kann dieser entweder mit zwei Ausprägungen („deutscher Herkunft“, „beidseitiger Migrationshintergrund“) oder drei Ausprägungen („deutscher Herkunft“, „einseitiger Migrationshintergrund“, „beidseitiger Migrationshintergrund“) ausgewiesen werden.

#### **Datenhalter**

Oberste Landesgesundheitsbehörden

#### **Datenquelle**

Schulanfängeruntersuchungen

#### **Periodizität**

Jährlich, Bezugszeitraum ist das Schuljahr

#### **Validität**

Da sich der Indikator ausschließlich auf die Inanspruchnahme von Impfungen bezieht, ist im Hinblick auf die erfassten Daten von einer hohen Validität auszugehen. Die Validität der Daten ist auch davon abhängig, ob alle Schulanfänger oder nur eine Teilmenge untersucht wurden und wie hoch der Anteil der untersuchten Schulanfänger ist, die Impfdokumente vorgelegt haben. Darüber hinaus können Änderungen in den Impfempfehlungen und die Einführung neuer Impfstoffe die Validität beeinträchtigen.

**Kommentar**

Der Indikator informiert allgemein über die Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsversorgung und speziell über den Impfschutz aus individual- und bevölkerungsmedizinischer Sicht. Darüber hinaus kann die vollständige Teilnahme der Kinder an den Schutzimpfungen als Maß für gesundheitsbewusstes Verhalten der Eltern interpretiert werden.

Es handelt sich um einen Prozessindikator.

**Vergleichbarkeit**

Bedingt vergleichbar mit WHO-Indikatoren der Kategorie *Vaccine Preventable Diseases Monitoring System* [1], mit EU-Indikatoren der Kategorie *Health interventions – Health services (European Health Indicators und European Community Health Indicators)* [2] und OECD-Indikatoren der Kategorie *Care for communicable diseases – Childhood vaccination programme* [3].

[1] WHO. Immunization. WHO Vaccine Preventable Diseases Monitoring System. 2013 global summary – immunization indicators selection center. Genf, Schweiz: Weltgesundheitsorganisation, 2013.  
[http://apps.who.int/immunization\\_monitoring/globalsummary/indicators](http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/indicators)

[2] Europäische Kommission. Indicators – ECHI. Europäische Kommission, 2013. <http://ec.europa.eu/health/indicators/echi/list/>

[3] OECD. Health at a Glance 2011: OECD Indicators. 2011, OECD Publishing. [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2011-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-en)

**Originalquellen**

Publikationen der Länder zu den verwendeten Datenquellen, z. B. Veröffentlichungen der obersten Landesgesundheitsbehörden.

**Dokumentationsstand**

21.08.2013, SenGesSoz – Berlin/ Robert Koch-Institut

**Indikator (K)  
7.11a**

**Impfquote bezüglich Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Haemophilus influenzae b, Poliomyelitis und Hepatitis B bei Schulanfängern nach Migrationshintergrund, Land, Schuljahr**

Migrationshintergrund*	Untersuchte Schulanfänger insgesamt	Dokumentierte Impfungen						Kinder ohne dokument. Impfungen*** in %
		Impfquote in % bei abgeschlossener Grundimmunisierung						
		Kinder mit dokument. Impfungen**	Diphtherie	Tetanus	Pertussis	Haemophilus influenzae b	Poliomyelitis	
deutsche Herkunft beidseitiger Migrationshintergrund <b>insgesamt</b>								

Datenquelle:  
Oberste Landesgesundheitsbehörden:  
Schulanfängeruntersuchungen

\* Definition Migrationshintergrund  
s. Einleitung  
\*\* Implausweis vorgelegt  
\*\*\* Implausweis nicht vorgelegt



Alternative Darstellung mit Ausweisung von ein- und beidseitigem Migrationshintergrund

**Indikator (K)  
7.11a**

**Impfquote bezüglich Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Haemophilus influenzae b, Poliomyelitis und Hepatitis B bei Schulanfängern nach ein- und beidseitigem Migrationshintergrund, Land, Schuljahr**

Migrationshintergrund*	Untersuchte Schulanfänger insgesamt	Dokumentierte Impfungen						Kinder ohne dokument. Impfungen*** in %
		Kinder mit dokument. Impfungen**	Impfquote in % bei abgeschlossener Grundimmunisierung					
			Diphtherie	Tetanus	Pertussis	Haemophilus influenzae b	Poliomyelitis	
deutsche Herkunft								
einseitiger Migrationshintergrund								
beidseitiger Migrationshintergrund								
<b>insgesamt</b>								

Datenquelle:  
Oberste Landesgesundheitsbehörden:  
Schulanfängeruntersuchungen

\* Definition Migrationshintergrund  
s. Einleitung  
\*\* Impfausweis vorgelegt  
\*\*\* Impfausweis nicht vorgelegt

## 7.12 Impfquote bezüglich Masern, Mumps, Röteln, Windpocken, Meningokokken und Pneumokokken bei Schulanfängern, Land, im Zeitvergleich

### Definition

Impfungen gehören zu den wirksamsten und wichtigsten präventiven Maßnahmen der Medizin. Unmittelbares Ziel der Impfung ist es, den Geimpften vor einer Krankheit zu schützen. Bei Erreichen hoher Durchimpfungsraten ist es möglich, einzelne Krankheitserreger regional zu eliminieren und schließlich weltweit auszurotten. Die Eliminierung der Masern und der Poliomyelitis ist erklärtes und erreichbares Ziel nationaler und internationaler Gesundheitspolitik.

In der Bundesrepublik Deutschland besteht keine Impfpflicht. Impfungen von besonderer Bedeutung für die Gesundheit der Bevölkerung können entsprechend § 20 Abs. 3 Infektionsschutzgesetz (IfSG) öffentlich empfohlen werden. Diese Empfehlungen werden von den obersten Gesundheitsbehörden der Länder ausgesprochen. Sie orientieren sich dabei an den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut.

Die Impfung gegen Masern, Mumps und Röteln sollte mit einem Kombinationsimpfstoff (MMR-Impfstoff) erfolgen. Um der Eliminierung der Masern nahe zu kommen, wird eine 2. MMR-Impfung im Kindesalter empfohlen. Daher weist der Indikator getrennt den Anteil der Kinder mit mindestens 1 Impfung sowie als Teilmenge davon den Anteil der Kinder mit mindestens 2 Impfungen aus. Für die Immunisierung gegen Windpocken (Varizellen) wird ebenfalls zeitgleich zur MMR-Impfung die Gabe von 2 Impfdosen empfohlen.

Die einmalige Impfung gegen Meningokokken der Serogruppe C wird von der STIKO zum frühestmöglichen Zeitpunkt ab dem 2. Lebensjahr empfohlen.

Die Immunisierung gegen Pneumokokken soll innerhalb der ersten 24 Lebensmonate erfolgen. Dabei richtet sich die Beurteilung der Vollständigkeit der Grundimmunisierung nach der Anzahl der verabreichten Impfdosen und dem Alter des Kindes bei 1. Pneumokokkenimpfung<sup>1</sup>.

Gemäß § 34 (11) IfSG hat das Gesundheitsamt oder ein vom ihm beauftragter Arzt bei der Erstaufnahme in die 1. Klasse einer allgemeinbildenden Schule den Impfstatus zu erheben und die hierbei gewonnenen aggregierten und anonymisierten Daten über die oberste Landesgesundheitsbehörde dem Robert Koch-Institut zu übermitteln. Indikator 7.12 verwendet als Bevölkerungsbezug die Anzahl der erstmals zur Einschulungsuntersuchung vorgestellten Schulanfänger. Die Impfquote bezieht sich auf die Anzahl der Schulanfänger, die Impfdokumente zur ersten Einschulungsuntersuchung vorgelegt haben. Die Bewertung erfolgt ausschließlich im Hinblick auf die Inanspruchnahme entsprechend den jeweils aktuellen Empfehlungen der Ständigen Impfkommission am Robert Koch-Institut.

### Datenhalter

Oberste Landesgesundheitsbehörden

### Datenquelle

Schulanfängeruntersuchungen

### Periodizität

Jährlich, Bezugszeitraum ist das Schuljahr

### Validität

Da sich der Indikator ausschließlich auf die Inanspruchnahme von Impfungen bezieht, ist im Hinblick auf die erfassten Daten von einer hohen Validität auszugehen. Die Validität der Daten

---

<sup>1</sup> 1. Pneumokokkenimpfung im Alter von 2-6 Monaten: 4 Dosen  
 1. Pneumokokkenimpfung im Alter von 7-11 Monaten: 3 Dosen  
 1. Pneumokokkenimpfung im Alter von 12-23 Monaten: 2 Dosen

ist auch davon abhängig, ob alle Schulanfänger oder nur eine Teilmenge untersucht wurden und wie hoch der Anteil der untersuchten Schulanfänger ist, die Impfdokumente vorgelegt haben. Darüber hinaus können Änderungen in den Impfempfehlungen und die Einführung neuer Impfstoffe die Validität beeinträchtigen.

### **Kommentar**

Der Indikator informiert über die Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsversorgung sowie speziell über den Impfschutz aus individual- und bevölkerungsmedizinischer Sicht. Darüber hinaus kann die vollständige Teilnahme der Kinder an den Schutzimpfungen als Maß für gesundheitsbewusstes Verhalten der Eltern interpretiert werden.

Es handelt sich um einen Prozessindikator.

### **Vergleichbarkeit**

Bedingt vergleichbar mit WHO-Indikatoren der Kategorie Vaccine Preventable Diseases Monitoring System [1], mit EU-Indikatoren der Kategorie Health interventions – Health services (European Health Indicators und European Community Health Indicators) [2] und OECD-Indikatoren der Kategorie Care for communicable diseases – Childhood vaccination programme [3].

[1] WHO. Immunization. WHO Vaccine Preventable Diseases Monitoring System. 2013 global summary – immunization indicators selection center. Genf, Schweiz: Weltgesundheitsorganisation, 2013.  
[http://apps.who.int/immunization\\_monitoring/globalsummary/indicators](http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/indicators)

[2] Europäische Kommission. Indicators – ECHI. Europäische Kommission, 2013. <http://ec.europa.eu/health/indicators/echi/list/>

[3] OECD. Health at a Glance 2011: OECD Indicators. 2011, OECD Publishing. [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2011-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-en)

### **Originalquellen**

Publikationen der Länder zu den verwendeten Datenquellen, z. B. Veröffentlichungen der obersten Landesgesundheitsbehörden.

### **Dokumentationsstand**

21.08.2013, SenGesSoz – Berlin/ Robert Koch-Institut

**Indikator (K)  
7.12**

**Impfquote bezüglich Masern, Mumps, Röteln, Windpocken, Meningokokken und Pneumokokken bei Schulanfängern, Land, im Zeitvergleich**

Jahr	Untersuchte Schulanfänger insgesamt	Kinder mit dokument. Impfungen*	Dokumentierte Impfungen										Kinder ohne dokument. Impfungen** in %	
			Impfquote in %											
			Masern		Mumps		Röteln		Windpocken		Meningokokken			Pneumokokken
2001			>=1 Impf.	>=2 Impf.	>=1 Impf.	>=2 Impf.	>=1 Impf.	>=2 Impf.	>=1 Impf.	>=2 Impf.	>=1 Impf.	>=2 Impf.		
2002														
...														
Berichts-j.														

Datenquelle:  
Oberste Landesgesundheitsbehörden:  
Schulanfängeruntersuchungen

## 7.12a Impfquote bezüglich Masern, Mumps, Röteln, Windpocken, Meningokokken und Pneumokokken bei Schulanfängern nach Migrationshintergrund, Land, Schuljahr

### Definition

Impfungen gehören zu den wirksamsten und wichtigsten präventiven Maßnahmen der Medizin. Unmittelbares Ziel der Impfung ist es, den Geimpften vor einer Krankheit zu schützen. Bei Erreichen hoher Durchimpfungsraten ist es möglich, einzelne Krankheitserreger regional zu eliminieren und schließlich weltweit auszurotten. Die Eliminierung der Masern und der Poliomyelitis ist erklärtes und erreichbares Ziel nationaler und internationaler Gesundheitspolitik.

In der Bundesrepublik Deutschland besteht keine Impfpflicht. Impfungen von besonderer Bedeutung für die Gesundheit der Bevölkerung können entsprechend § 20 Abs. 3 Infektionsschutzgesetz (IfSG) öffentlich empfohlen werden. Diese Empfehlungen werden von den obersten Gesundheitsbehörden der Länder ausgesprochen. Sie orientieren sich dabei an den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut.

Die Impfung gegen Masern, Mumps und Röteln sollte mit einem Kombinationsimpfstoff (MMR-Impfstoff) erfolgen. Um der Eliminierung der Masern nahe zu kommen, wird eine 2. MMR-Impfung im Kindesalter empfohlen. Daher weist der Indikator getrennt den Anteil der Kinder mit mindestens 1 Impfung sowie als Teilmenge davon den Anteil der Kinder mit mindestens 2 Impfungen aus. Für die Immunisierung gegen Windpocken (Varizellen) wird ebenfalls zeitgleich zur MMR-Impfung die Gabe von 2 Impfdosen empfohlen.

Die einmalige Impfung gegen Meningokokken der Serogruppe C wird von der STIKO zum frühestmöglichen Zeitpunkt ab dem 2. Lebensjahr empfohlen.

Die Immunisierung gegen Pneumokokken soll innerhalb der ersten 24 Lebensmonate erfolgen. Dabei richtet sich die Beurteilung der Vollständigkeit der Grundimmunisierung nach der Anzahl der verabreichten Impfdosen und dem Alter des Kindes bei 1. Pneumokokkenimpfung<sup>2</sup>.

Gemäß § 34 (11) IfSG hat das Gesundheitsamt oder ein vom ihm beauftragter Arzt bei der Erstaufnahme in die 1. Klasse einer allgemeinbildenden Schule den Impfstatus zu erheben und die hierbei gewonnenen aggregierten und anonymisierten Daten über die oberste Landesgesundheitsbehörde dem Robert Koch-Institut zu übermitteln. Indikator 7.12a verwendet als Bevölkerungsbezug die Anzahl der erstmals zur Einschulungsuntersuchung vorgestellten Schulanfänger. Die Impfquote bezieht sich auf die Anzahl der Schulanfänger, die Impfdokumente zur ersten Einschulungsuntersuchung vorgelegt haben. Die Bewertung erfolgt ausschließlich im Hinblick auf die Inanspruchnahme entsprechend den jeweils aktuellen Empfehlungen der Ständigen Impfkommission am Robert Koch-Institut.

Bei der Differenzierung der Daten nach Migrationshintergrund kann dieser entweder mit zwei Ausprägungen („deutscher Herkunft“, „beidseitiger Migrationshintergrund“) oder drei Ausprägungen („deutscher Herkunft“, „einseitiger Migrationshintergrund“, „beidseitiger Migrationshintergrund“) ausgewiesen werden.

### Datenhalter

Oberste Landesgesundheitsbehörden

### Datenquelle

Schulanfängeruntersuchungen

---

<sup>2</sup> 1. Pneumokokkenimpfung im Alter von 2-6 Monaten: 4 Dosen  
 1. Pneumokokkenimpfung im Alter von 7-11 Monaten: 3 Dosen  
 1. Pneumokokkenimpfung im Alter von 12-23 Monaten: 2 Dosen

**Periodizität**

Jährlich, Bezugszeitraum ist das Schuljahr

**Validität**

Da sich der Indikator ausschließlich auf die Inanspruchnahme von Impfungen bezieht, ist im Hinblick auf die erfassten Daten von einer hohen Validität auszugehen. Die Validität der Daten ist auch davon abhängig, ob alle Schulanfänger oder nur eine Teilmenge untersucht wurden und wie hoch der Anteil der untersuchten Schulanfänger ist, die Impfdokumente vorgelegt haben. Darüber hinaus können Änderungen in den Impfempfehlungen und die Einführung neuer Impfstoffe die Validität beeinträchtigen.

**Kommentar**

Der Indikator informiert über die Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsversorgung sowie speziell über den Impfschutz aus individual- und bevölkerungsmedizinischer Sicht. Darüber hinaus kann die vollständige Teilnahme der Kinder an den Schutzimpfungen als Maß für gesundheitsbewusstes Verhalten der Eltern interpretiert werden.

Es handelt sich um einen Prozessindikator.

**Vergleichbarkeit**

Bedingt vergleichbar mit WHO-Indikatoren der Kategorie *Vaccine Preventable Diseases Monitoring System* [1], mit EU-Indikatoren der Kategorie *Health interventions – Health services (European Health Indicators und European Community Health Indicators)* [2] und OECD-Indikatoren der Kategorie *Care for communicable diseases – Childhood vaccination programme* [3].

[1] WHO. Immunization. WHO Vaccine Preventable Diseases Monitoring System. 2013 global summary – immunization indicators selection center. Genf, Schweiz: Weltgesundheitsorganisation, 2013.  
[http://apps.who.int/immunization\\_monitoring/globalsummary/indicators](http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/indicators)

[2] Europäische Kommission. Indicators – ECHI. Europäische Kommission, 2013. <http://ec.europa.eu/health/indicators/echi/list/>

[3] OECD. Health at a Glance 2011: OECD Indicators. 2011, OECD Publishing. [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2011-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-en)

**Originalquellen**

Publikationen der Länder zu den verwendeten Datenquellen, z. B. Veröffentlichungen der obersten Landesgesundheitsbehörden.

**Dokumentationsstand**

21.08.2013, SenGesSoz – Berlin/ Robert Koch-Institut

**Indikator (K)  
7.12a**

**Impfquote bezüglich Masern, Mumps, Röteln, Windpocken, Meningokokken und Pneumokokken bei Schulanfängern nach Migrationshintergrund, Land, Schuljahr**

Migrationshintergrund*	Untersuchte Schulanfänger insgesamt	Dokumentierte Impfungen								Kinder ohne dokument. Impfungen*** in %		
		Kinder mit dokument. Impfungen**		Impfquote in %							Impfquote in % bei abgeschlossener Grundimmunisierung	
		Masern	Mumps	Röteln	Windpocken	Meningokokken	Pneumokokken	Meningokokken	Pneumokokken			
deutsche Herkunft beidseitiger Migrationshintergrund <b>insgesamt</b>		>=1 Impf.	>=2 Impf.	>=1 Impf.	>=2 Impf.	>=1 Impf.	>=2 Impf.	>=1 Impf.	>=2 Impf.	>=1 Impf.	>=2 Impf.	

Datenquelle:  
Oberste Landesgesundheitsbehörden:  
Schulanfängeruntersuchungen

Alternative Darstellung mit Ausweisung von ein- und beidseitigem Migrationshintergrund

**Indikator (K)  
7.12a**

**Impfquote bezüglich Masern, Mumps, Röteln, Windpocken, Meningokokken und Pneumokokken bei Schulanfängern nach ein- und beidseitigem Migrationshintergrund, Land, Schuljahr**

Migrationshintergrund*	Untersuchte Schulanfänger insgesamt	Dokumentierte Impfungen								Kinder ohne dokument. Impfungen*** in %		
		Kinder mit dokument. Impfungen**	Impfquote in %						Impfquote in % bei abgeschlossener Grundimmunisierung			
			Masern		Mumps		Röteln		Windpocken		Meningokokken	Pneumokokken
			>=1 Impf.	>=2 Impf.	>=1 Impf.	>=2 Impf.	>=1 Impf.	>=2 Impf.	>=1 Impf.			
deutsche Herkunft												
einseitiger Migrationshintergrund												
beidseitiger Migrationshintergrund												
<b>insgesamt</b>												

Datenquelle:  
Oberste Landesgesundheitsbehörden:  
Schulanfängeruntersuchungen

\* Definition Migrationshintergrund s. Einleitung  
\*\* Impfausweis vorgelegt  
\*\*\* Impfausweis nicht vorgelegt



### **7.13 Impfquote bezüglich Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Haemophilus influenzae b, Poliomyelitis und Hepatitis B bei Schulanfängern, Land im Regionalvergleich, Schuljahr**

#### **Definition**

Impfungen gehören zu den wirksamsten und wichtigsten präventiven Maßnahmen der Medizin. Unmittelbares Ziel der Impfung ist es, den Geimpften vor einer Krankheit zu schützen. Bei Erreichen hoher Durchimpfungsraten ist es möglich, einzelne Krankheitserreger regional zu eliminieren und schließlich weltweit auszurotten. Die Eliminierung der Masern und der Poliomyelitis ist erklärtes und erreichbares Ziel nationaler und internationaler Gesundheitspolitik.

In der Bundesrepublik Deutschland besteht keine Impfpflicht. Impfungen von besonderer Bedeutung für die Gesundheit der Bevölkerung können entsprechend § 20 Abs. 3 Infektionsschutzgesetz (IfSG) öffentlich empfohlen werden. Diese Empfehlungen werden von den obersten Gesundheitsbehörden der Länder ausgesprochen. Sie orientieren sich dabei an den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut. Die Grundimmunisierung gilt dann als abgeschlossen, wenn gegen Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Haemophilus influenzae (Hib), Poliomyelitis und Hepatitis B jeweils 4 Impfungen vorliegen. Darüber hinaus gilt für Diphtherie, Tetanus, Haemophilus influenzae (Hib), Poliomyelitis und Hepatitis B die Grundimmunisierung auch nach Erhalt von 3 Impfungen als vollständig, sofern Impfstoffe ohne Pertussiskomponente (aP) verwendet wurden und ein Abstand von 6 Monaten zwischen der letzten und vorletzten Impfung besteht.

Gemäß § 34 (11) IfSG hat das Gesundheitsamt oder ein vom ihm beauftragter Arzt bei der Erstaufnahme in die 1. Klasse einer allgemeinbildenden Schule den Impfstatus zu erheben und die hierbei gewonnenen aggregierten und anonymisierten Daten über die oberste Landesgesundheitsbehörde dem Robert Koch-Institut zu übermitteln. Indikator 7.13 verwendet als Bevölkerungsbezug die Anzahl der erstmals zur Einschulungsuntersuchung vorgestellten Schulanfänger. Die Impfquote bezieht sich auf die Anzahl der Schulanfänger, die Impfdokumente zur ersten Einschulungsuntersuchung vorgelegt haben. Die Bewertung erfolgt ausschließlich im Hinblick auf die Inanspruchnahme entsprechend den jeweils aktuellen Empfehlungen der Ständigen Impfkommission am Robert Koch-Institut.

#### **Datenhalter**

Oberste Landesgesundheitsbehörden

#### **Datenquelle**

Schulanfängeruntersuchungen

#### **Periodizität**

Jährlich, Bezugszeitraum ist das Schuljahr

#### **Validität**

Da sich der Indikator ausschließlich auf die Inanspruchnahme von Impfungen bezieht, ist im Hinblick auf die erfassten Daten von einer hohen Validität auszugehen. Die Validität der Daten ist auch davon abhängig, ob alle Schulanfänger oder nur eine Teilmenge untersucht wurden und wie hoch der Anteil der untersuchten Schulanfänger ist, die Impfdokumente vorgelegt haben. Darüber hinaus können Änderungen in den Impfempfehlungen und die Einführung neuer Impfstoffe die Validität beeinträchtigen.

#### **Kommentar**

Der Indikator informiert allgemein über die Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsversorgung und speziell über den Impfschutz aus individual- und bevölkerungsmedizinischer Sicht. Darüber hinaus kann die vollständige Teilnahme der Kinder an den Schutzimpfungen als Maß für gesundheitsbewusstes Verhalten der Eltern interpretiert werden.

Es handelt sich um einen Prozessindikator.

### **Vergleichbarkeit**

Bedingt vergleichbar mit WHO-Indikatoren der Kategorie *Vaccine Preventable Diseases Monitoring System* [1], mit EU-Indikatoren der Kategorie *Health interventions – Health services (European Health Indicators und European Community Health Indicators)* [2] und OECD-Indikatoren der Kategorie *Care for communicable diseases – Childhood vaccination programme* [3].

[1] WHO. Immunization. WHO Vaccine Preventable Diseases Monitoring System. 2013 global summary – immunization indicators selection center. Genf, Schweiz: Weltgesundheitsorganisation, 2013.  
[http://apps.who.int/immunization\\_monitoring/globalsummary/indicators](http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/indicators)

[2] Europäische Kommission. Indicators – ECHI. Europäische Kommission, 2013. <http://ec.europa.eu/health/indicators/echi/list/>

[3] OECD. Health at a Glance 2011: OECD Indicators. 2011, OECD Publishing. [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2011-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-en)

### **Originalquellen**

Publikationen der Länder zu den verwendeten Datenquellen, z. B. Veröffentlichungen der obersten Landesgesundheitsbehörden.

### **Dokumentationsstand**

21.08.2013, SenGesSoz – Berlin/ Robert Koch-Institut

**Indikator (L)  
7.13**

**Impfquote bezüglich Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Haemophilus influenzae b, Poliomyelitis und Hepatitis B bei Schulanfängern, Land im Regionalvergleich, Schuljahr**

Lfd. Nr.	Region	Untersuchte Schulanfänger insgesamt	Dokumentierte Impfungen					Kinder ohne dokument. Impfungen** in %
			Impfquote in % bei abgeschlossener Grundimmunisierung					
			Kinder mit dokument. Impfungen*	Diphtherie	Tetanus	Pertussis	Haemophilus influenzae b	
1								
2								
3								
...								
	<b>Regierungsbezirk</b>							
	<b>Land</b>							

Datenquelle:

Oberste Landesgesundheitsbehörden:  
Schulanfängeruntersuchungen

\* Impfausweis vorgelegt

\*\* Impfausweis nicht vorgelegt

## 7.14 Impfquote bezüglich Masern, Mumps, Röteln, Windpocken, Meningokokken und Pneumokokken bei Schulanfängern, Land im Regionalvergleich, Schuljahr

### Definition

Impfungen gehören zu den wirksamsten und wichtigsten präventiven Maßnahmen der Medizin. Unmittelbares Ziel der Impfung ist es, den Geimpften vor einer Krankheit zu schützen. Bei Erreichen hoher Durchimpfungsraten ist es möglich, einzelne Krankheitserreger regional zu eliminieren und schließlich weltweit auszurotten. Die Eliminierung der Masern und der Poliomyelitis ist erklärtes und erreichbares Ziel nationaler und internationaler Gesundheitspolitik.

In der Bundesrepublik Deutschland besteht keine Impfpflicht. Impfungen von besonderer Bedeutung für die Gesundheit der Bevölkerung können entsprechend § 20 Abs. 3 Infektionsschutzgesetz (IfSG) öffentlich empfohlen werden. Diese Empfehlungen werden von den obersten Gesundheitsbehörden der Länder ausgesprochen. Sie orientieren sich dabei an den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut.

Die Impfung gegen Masern, Mumps und Röteln sollte mit einem Kombinationsimpfstoff (MMR-Impfstoff) erfolgen. Um der Eliminierung der Masern nahe zu kommen, wird eine 2. MMR-Impfung im Kindesalter empfohlen. Daher weist der Indikator getrennt den Anteil der Kinder mit mindestens 1 Impfung sowie als Teilmenge davon den Anteil der Kinder mit mindestens 2 Impfungen aus. Für die Immunisierung gegen Windpocken (Varizellen) wird ebenfalls zeitgleich zur MMR-Impfung die Gabe von 2 Impfdosen empfohlen.

Die einmalige Impfung gegen Meningokokken der Serogruppe C wird von der STIKO zum frühestmöglichen Zeitpunkt ab dem 2. Lebensjahr empfohlen.

Die Immunisierung gegen Pneumokokken soll innerhalb der ersten 24 Lebensmonate erfolgen. Dabei richtet sich die Beurteilung der Vollständigkeit der Grundimmunisierung nach der Anzahl der verabreichten Impfdosen und dem Alter des Kindes bei 1. Pneumokokkenimpfung<sup>3</sup>.

Gemäß § 34 (11) IfSG hat das Gesundheitsamt oder ein vom ihm beauftragter Arzt bei der Erstaufnahme in die 1. Klasse einer allgemeinbildenden Schule den Impfstatus zu erheben und die hierbei gewonnenen aggregierten und anonymisierten Daten über die oberste Landesgesundheitsbehörde dem Robert Koch-Institut zu übermitteln. Indikator 7.14 verwendet als Bevölkerungsbezug die Anzahl der erstmals zur Einschulungsuntersuchung vorgestellten Schulanfänger. Die Impfquote bezieht sich auf die Anzahl der Schulanfänger, die Impfdokumente zur ersten Einschulungsuntersuchung vorgelegt haben. Die Bewertung erfolgt ausschließlich im Hinblick auf die Inanspruchnahme entsprechend den jeweils aktuellen Empfehlungen der Ständigen Impfkommission am Robert Koch-Institut.

### Datenhalter

Oberste Landesgesundheitsbehörden

### Datenquelle

Schulanfängeruntersuchungen

### Periodizität

Jährlich, Bezugszeitraum ist das Schuljahr

### Validität

Da sich der Indikator ausschließlich auf die Inanspruchnahme von Impfungen bezieht, ist im Hinblick auf die erfassten Daten von einer hohen Validität auszugehen. Die Validität der Daten

---

<sup>3</sup> 1. Pneumokokkenimpfung im Alter von 2-6 Monaten: 4 Dosen  
 1. Pneumokokkenimpfung im Alter von 7-11 Monaten: 3 Dosen  
 1. Pneumokokkenimpfung im Alter von 12-23 Monaten: 2 Dosen

ist auch davon abhängig, ob alle Schulanfänger oder nur eine Teilmenge untersucht wurden und wie hoch der Anteil der untersuchten Schulanfänger ist, die Impfdokumente vorgelegt haben. Darüber hinaus können Änderungen in den Impfpfehlungen und die Einführung neuer Impfstoffe die Validität beeinträchtigen.

### **Kommentar**

Der Indikator informiert über die Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsversorgung sowie speziell über den Impfschutz aus individual- und bevölkerungsmedizinischer Sicht. Darüber hinaus kann die vollständige Teilnahme der Kinder an den Schutzimpfungen als Maß für gesundheitsbewusstes Verhalten der Eltern interpretiert werden.

Es handelt sich um einen Prozessindikator.

### **Vergleichbarkeit**

Bedingt vergleichbar mit WHO-Indikatoren der Kategorie *Vaccine Preventable Diseases Monitoring System* [1], mit EU-Indikatoren der Kategorie *Health interventions – Health services (European Health Indicators und European Community Health Indicators)* [2] und OECD-Indikatoren der Kategorie *Care for communicable diseases – Childhood vaccination programme* [3].

[1] WHO. Immunization. WHO Vaccine Preventable Diseases Monitoring System. 2013 global summary – immunization indicators selection center. Genf, Schweiz: Weltgesundheitsorganisation, 2013.  
[http://apps.who.int/immunization\\_monitoring/globalsummary/indicators](http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/indicators)

[2] Europäische Kommission. Indicators – ECHI. Europäische Kommission, 2013. <http://ec.europa.eu/health/indicators/echi/list/>

[3] OECD. Health at a Glance 2011: OECD Indicators. 2011, OECD Publishing. [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2011-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-en)

### **Originalquellen**

Publikationen der Länder zu den verwendeten Datenquellen, z. B. Veröffentlichungen der obersten Landesgesundheitsbehörden.

### **Dokumentationsstand**

21.08.2013, SenGesSoz – Berlin/ Robert Koch-Institut

**Indikator (L)  
7.14**

**Impfquote bezüglich Masern, Mumps, Röteln, Windpocken, Meningokokken und Pneumokokken bei Schulanfängern, Land im Regionalvergleich, Schuljahr**

Lfd. Nr.	Region	Untersuchte Schulanfänger insgesamt	Dokumentierte Impfungen										Kinder ohne dokument. Impfungen** in %
			Kinder mit dokument. Impfungen*		Impfquote in %						Impfquote in % bei abgeschlossener Grundimmunisierung		
			Masern	Mumps	Röteln	Windpocken	Meningokokken	Pneumokokken	Meningokokken	Pneumokokken			
1			>=1 Impf.	>=2 Impf.	>=1 Impf.	>=2 Impf.	>=1 Impf.	>=2 Impf.	>=1 Impf.	>=2 Impf.	>=1 Impf.	>=2 Impf.	
2													
3													
...													
	<b>Regierungsbezirk</b>												
	<b>Land</b>												

Datenquelle:  
Oberste Landesgesundheitsbehörden:  
Schulanfängeruntersuchungen