

Kommunale Gesundheitskonferenz im Landkreis Tuttlingen

**Zusammenstellung wesentlicher Indikatoren des
Gesundheitsbereichs für den Landkreis Tuttlingen**

Autor:

Dr. Dietmar Pommer

Geschäftsführer kommunale Gesundheitskonferenz Tuttlingen

Landratsamt Tuttlingen, Gesundheitsamt

Koautor:

Wolfgang Hauser

Stabstelle Sozialplanung

Landratsamt Tuttlingen

Einführung

Fundierte gesundheitspolitische Entscheidungen bedürfen vorab einer detaillierten Analyse der wesentlichen planungs- und steuerungsrelevanten Orientierungsdaten. Die dazu notwendige Datengrundlage wird im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung GBE erstellt. Als Orientierungsrahmen, welche Daten in die GBE einfließen können, wurde von der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden AOLG im Auftrag der Gesundheitsministerkonferenzen GMK der „Indikatorenansatz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder“ erstellt [1]. Ziel des Indikatorenansatzes ist es, eine Zusammenschau über alle gesundheitsrelevante Bereiche zu liefern. Er gliedert sich in die folgenden elf Themenfelder:

Themenfeld 1	gesundheitspolitische Rahmenbedingungen
Themenfeld 2	Bevölkerung und bevölkerungsspezifische Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems
Themenfeld 3	Gesundheitszustand der Bevölkerung I allgemeine Übersicht zu Mortalität und Morbidität II Krankheiten/Krankheitsgruppen
Themenfeld 4	gesundheitsrelevante Verhaltensweisen
Themenfeld 5	Gesundheitsrisiken aus der Umwelt
Themenfeld 6	Einrichtungen des Gesundheitswesens
Themenfeld 7	Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsförderung und der Gesundheitsversorgung
Themenfeld 8	Beschäftigte im Gesundheitswesen
Themenfeld 9	Ausbildung im Gesundheitswesen
Themenfeld 10	Ausgaben und Finanzierung
Themenfeld 11	Kosten

Zu jedem Themenfeld werden Indikatoren aufgeführt, die diesen Bereich näher beschreiben. Insgesamt beinhaltet die Sammlung 297 Indikatoren, wobei die Zahl der Indikatoren pro Themenfeld zwischen 0 beim Themenfeld „gesundheitspolitische Rahmenbedingungen“ und 119 im Themenfeld „Gesundheitszustand der Bevölkerung“ variiert. Zusammengenommen erlauben die Indikatoren eine umfassende Beurteilung des Gesundheitsbereichs eines Landes oder einer Region. Sie bilden damit die Grundlage für ein zielgerichtetes und planvolles Vorgehen und erfüllen folgenden Zweck und folgende Ziele:

- Indikatoren sind Orientierungsdaten für eine zielgerichtete Planung von gesundheitsrelevanten Maßnahmen
- Indikatoren ermöglichen Fortschrittskontrolle durch Evaluation und Monitoring der gesundheitlichen Lage
- Indikatoren stellen Maßstäbe dar, sie ermöglichen dadurch einen gegenseitigen Vergleich
- Indikatoren motivieren Entscheidungsträger und Bürger zu einem verstärkten Engagement für die Gesundheit
- Indikatoren liefern den Bürgern sachgerechte Informationen über die gesundheitliche Lage der Bevölkerung

Das vorliegende Papier beschreibt einige der wesentlichen gesundheitsrelevanten Indikatoren und Parameter für den Landkreis Tuttlingen. Die Nummerierung sowie die textliche Beschreibung der einzelnen Indikatoren wurden dem Indikatorenansatz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder entnommen [1].

1. *Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden AOLG: Indikatorenansatz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder. Hrsg.: Ministerium für Gesundheits, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen. Iögd, Bielefeld 2003*

Themenfeld 2 Bevölkerung und bevölkerungsspezifische Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems



2.1 Bevölkerung nach Geschlecht 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. 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).

Datenhalter

Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

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.

Bevölkerung nach Geschlecht im Zeitvergleich				
Jahr	weiblich	männlich	insgesamt	darunter: Ausländer Anteil in %
2000	67343	65573	132916	11,07%
2001	67743	66123	133866	11,08%
2002	67977	66430	134407	11,03%
2003	68134	66480	134614	10,88%
2004	68370	66665	135035	10,80%
2005	68424	66873	135297	10,78%
2006	68359	66932	135291	10,71%
2007	68332	66974	135306	10,67%
2008	68221	66920	135141	10,77%
2009	68135	66577	134712	10,75%
2010	67701	66488	134189	10,77%
2011	67686	66627	134313	10,90%

Tab. 1: Bevölkerung im Landkreis Tuttlingen von 2000 bis 2011



2.9 Bevölkerungsentwicklung 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. 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

Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

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. Der Indikator zählt zu den demographischen Gesundheitsdeterminanten.

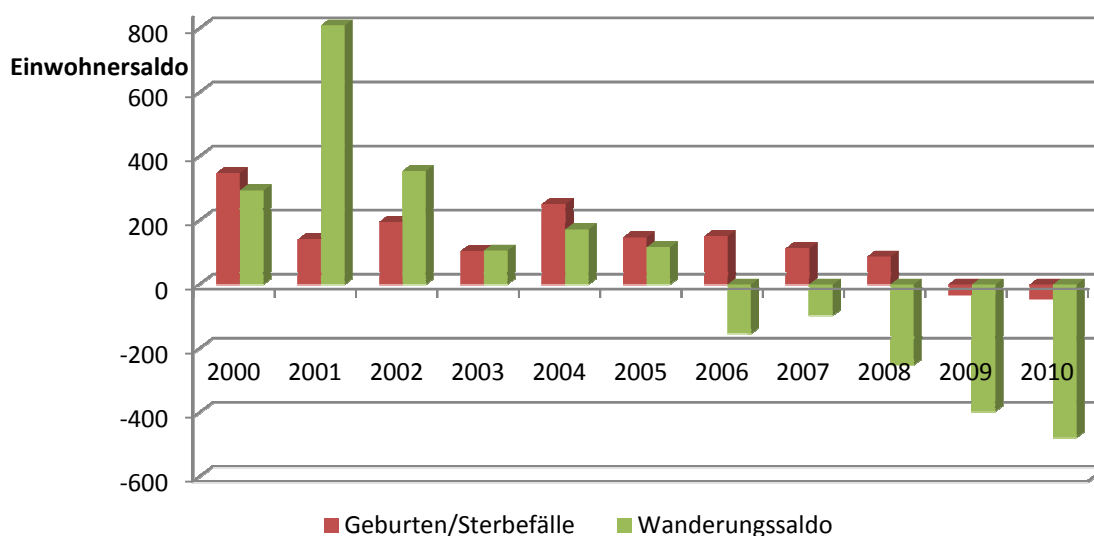


Abb. 1: Bevölkerungsbilanz im Landkreis Tuttlingen von 2000 bis 2010



2.12 Bevölkerungsprognose nach Alter sowie Jugend- und Altenquotient

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 5-Jahres-Altersgruppierungen - 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. Die Berechnung der Bevölkerungsprognosen werden nach dem Modell des Statistischen Landesamtes BW durchgeführt. (Erläuterung 1)

Datenhalter

Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

Datenquelle

Bevölkerungsprognose, Fortschreibung des Bevölkerungsstandes, Wanderungsstatistik

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, 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.

Erläuterungen

(1) Bis 2008 Ist-Werte, ab 2009 regionalisierte Bevölkerungsvorausrechnung Baden - Württemberg (mit Wanderungen), Basis Bevölkerungsstand zum 31.12.2008. Annahmen: konstantes Geburtenniveau, Anstieg der Lebenserwartung um etwa 2,5 Jahre bis 2030, jährlicher Wanderungsgewinn Baden-Württembergs von ca. 5.000 Personen bis zum Vorausrchnungsjahr 2011 und für die Folgejahre um jährlich 10.000 Personen.

Jugendquotient: Bevölkerung im Alter von unter 20 Jahren bezogen auf die Bevölkerung von 20 bis unter 65 Jahre.

Altenquotient: Bevölkerung im Alter von 65 Jahren und älter bezogen auf die Bevölkerung von 20 bis unter 65 Jahre.

Bevölkerung							
Alter in Jahren	2008*	2010	2015	2020	2025	2030	Veränderung bis 2030 in %
0 - 4	6605	6478	6306	6201,0%	6051	5801	-13,9%
5 - 9	7303	6836	6474	6310,0%	6209	6048	-20,8%
10 - 14	7881	7915	6876	6527,0%	6348	6255	-26,0%
15 - 19	8635	8185	7918	6933,0%	6589	6412	-34,7%
20 - 24	8142	8254	7780	7555,0%	6755	6434	-26,5%
25 - 29	8081	7947	7991	7694	7457	6848	-18,0%
30 - 34	7811	7941	7986	8043	7786	7534	-3,7%
35 - 39	9138	8404	8154	8199	8215	7966	-14,7%
40 - 44	10946	10498	8728	8455	8467	8460	-29,4%
45 - 49	10912	11141	10626	8897	8617	8601	-26,9%
50 - 54	9280	9980	11024	10545	8858	8585	-8,1%
55 - 59	8349	8608	9732	10743	10278	8663	3,6%
60 - 64	6055	6919	8221	9306	10261	9833	38,4%
65 - 69	7641	6365	6536	7738	8758	9666	20,9%
70 - 74	7111	7610	5873	6066	7169	8139	12,6%
75 - 79	4638	5284	6585	5140	5388	6364	27,1%
80 - 84	3598	3830	4082	5179	4094	4365	17,6%
85 - 89	1997	2138	2444	2669	3426	2752	27,4%
90 u.m.	718	904	1239	1543	1757	2284	68,6%
Insgesamt	135141	135237	134575	133743	132483	131010	-3,2%

* Basiswert

Tab. 2: Bevölkerungsprognose nach Alter im Landkreis Tuttlingen bis 2030

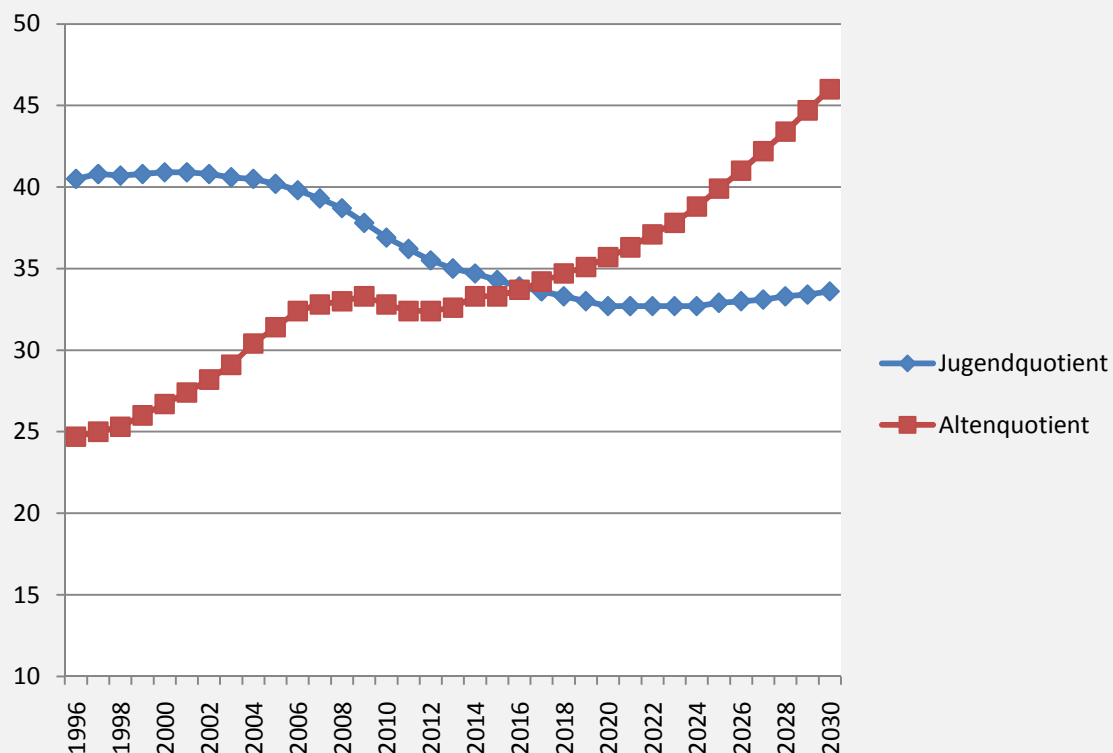


Abb. 2: Prognose von Jugend- und Altenquotient im Landkreis Tuttlingen bis 2030

Themenfeld 3 Gesundheitszustand der Bevölkerung



Sterbefälle nach Hauptdiagnosegruppen

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 3.2 weist die Verteilung der Sterblichkeit nach Hauptdiagnosegruppen aus. Die Sterblichkeit wird aus der Bevölkerungsstatistik berechnet und ist eine der ältesten Statistiken, die Rückschlüsse auf die gesundheitliche Lage der Bevölkerung erlaubt. 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. 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
Statistische Jahresberichte, Standardtabellen der Statistischen Datenbanken oder weitere regionalstatistische Quellen

Datenquelle

Todesursachenstatistik

Periodizität

Jährlich, 31.12.

Validität

Die Zahlen werden 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

Der Indikator zählen zu den Ergebnisindikatoren.

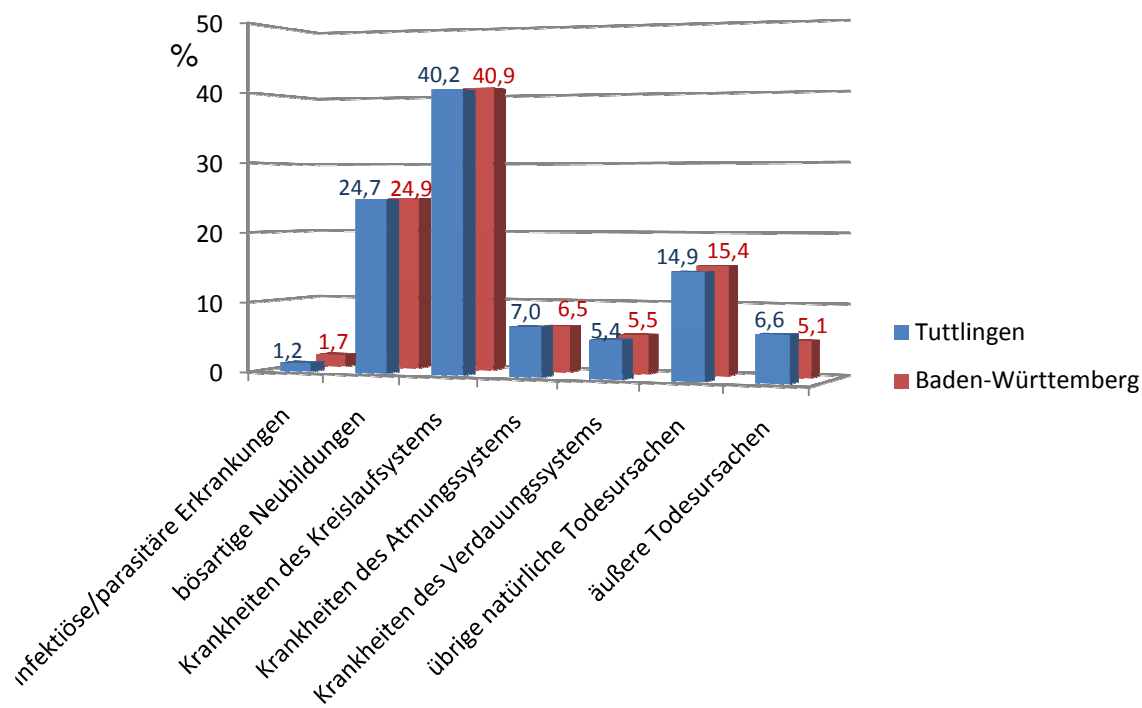


Abb. 3: Gestorbene in Tuttlingen und in Baden-Württemberg 2010 nach Todesursachen in Prozent

Ergänzende Information:

Gestorbene in % der Bevölkerung

- ▶ Baden-Württemberg 0,92%
- ▶ Tuttlingen 0,91%

3.18

Verteilung der häufigsten genannten Krankheiten nach Alter

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 Männer aufgeführt.

Datenhalter

Robert Koch-Institut (RKI)

Robert Koch-Institut: Public Use File BGS98.

Informationssystem für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (IS-GBE): <http://www.gbe-bund.de>.

Datenquelle

Bundes-Gesundheitssurvey 1998

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 (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 - Schwerpunkt heft Bundes-Gesundheitssurvey.

Der Indikator zählt zu den Ergebnisindikatoren.

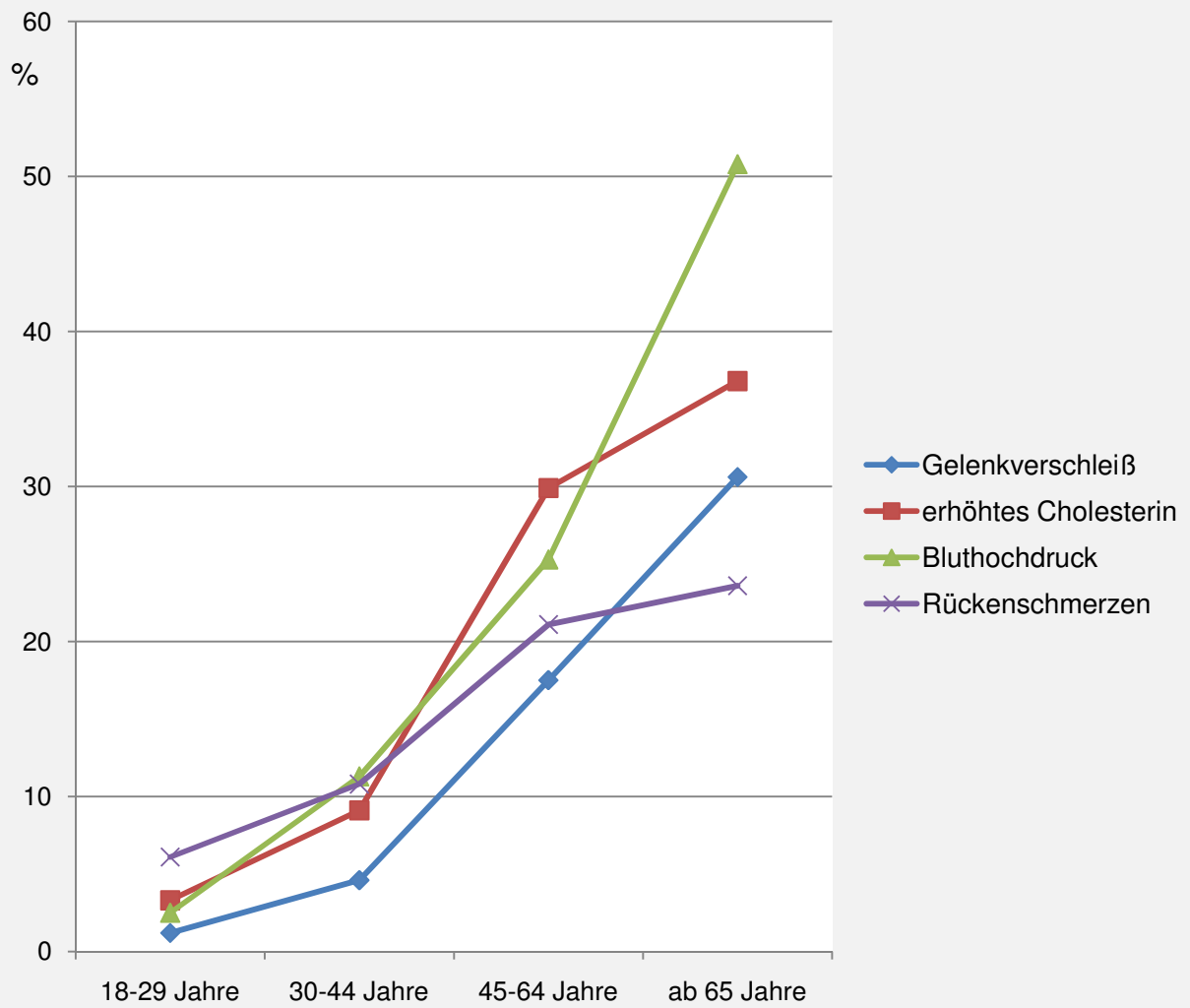


Abb. 4: Verteilung der häufigsten genannten Krankheiten nach Alter bei Männern in Baden-Württemberg 2008/09



Die häufigsten Diagnosen in der allgemeinärztlichen Praxis

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 Allgemeinmedizinern 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).

Datenhalter

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI)

Datenquelle

ADT-Panel

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

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.

Diagnosen (Behandlungsanlass nach ICD10)	Rang	Anteil in Prozent der Behandlungsfälle
I10 Essentielle (primäre) Hypertonie	1	36,3
E78 Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	2	25,5
M54 Rückenschmerzen	3	14,7
E11 Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-II-Diabetes]	4	12,8
I25 Chronische ischämische Herzkrankheit	5	10,6
E04 Sonstige nichttoxische Struma	6	10,3
E66 Adipositas	7	8,5
F32 Depressive Episode	8	7,6
K76 Sonstige Krankheiten der Leber	9	7,5
I83 Varizen der unteren Extremitäten	10	7,3
K21 Gastroösophageale Refluxkrankheit	11	7,2
K29 Gastritis und Duodenitis	12	6,6
M53 Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	13	6,5
J44 Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	14	6,4
E79 Störungen des Purin- und Pyrimidinstoffwechsels	15	6,1
J45 Asthma bronchiale	16	6,0
M17 Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	17	6,0
J30 Vasomotorische und allergische Rhinopathie	18	5,3
M47 Spondylose	19	5,0
M51 Sonstige Bandscheibenschäden	20	5,0
K80 Cholelithiasis	21	4,6
J06 Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	22	4,5
F45 Somatoforme Störungen	23	4,5
G47 Schlafstörungen	24	4,5
Z00 Allgemeinuntersuchung und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	25	4,4
M81 Osteoporose ohne pathologische Fraktur	26	4,3
Z25 Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen andere einzelne Viruskrankheiten	27	4,0
E03 Sonstige Hypothyreose	28	4,0
I49 Sonstige kardiale Arrhythmien	29	4,0
J20 Akute Bronchitis	30	4,0

Tab. 3: häufigste Diagnosen in Praxen von Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern und praktischen Ärztinnen und Ärzten (Rang und in % der Behandlungsfälle), Nordrhein 2011

3.21

Die häufigsten Diagnosen in der Kinderarztpraxis

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).

Datenhalter

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI)

Datenquelle

ADT-Panel

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

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. Der Durchimpfungsgrad kann mit den Angaben dieses Indikators nicht ermittelt werden. 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.

Diagnosen (Behandlungsanlass nach ICD10)	Rang	Anteil in Prozent der Behandlungsfälle
J06 Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	1	23,1
Z00 Allgemeinuntersuchung und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	2	17,4
J45 Asthma bronchiale	3	10,9
Z27 Notwendigkeit der Impfung [Immunsierung] gegen Kombinationen von Infektionskrankheiten	4	10,0
F80 Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache	5	9,8
Z26 Notwendigkeit der Impfung [Immunsierung] gegen andere Einzelne Infektionskrankheiten	6	8,9
R50 Fieber sonstiger und unbekannter Ursache	7	7,2
B99 Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten	8	7,1
J20 Akute Bronchitis	9	6,6
F90 Hyperkinetische Störungen	10	6,5
J30 Vasomotorische und allergische Rhinopathie	11	6,1
B34 Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	12	5,9
H66 Eitrige und nicht näher bezeichnete Otitis media	13	5,8
R05 Husten	14	5,7
L20 Atopisches [endogenes] Ekzem	15	5,5
Z23 Notwendigkeit der Impfung [Immunsierung] gegen einzelne Bakterielle Krankheiten	16	5,4
R62 Ausbleiben der erwarteten normalen physiologischen Entwicklung	17	5,2
J03 Akute Tonsillitis	18	5,1
T78 Unerwünschte Nebenwirkungen, anderenorts nicht klassifiziert	19	4,6
F82 Umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen	20	4,6
H10 Konjunktivitis	21	4,2
K52 Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	22	3,9
F89 Nicht näher bezeichnete Entwicklungsstörung	23	3,6
Z25 Notwendigkeit der Impfung [Immunsierung] gegen andere Einzelne Viruskrankheiten	24	3,4
N39 Sonstige Krankheiten des Harnsystems	25	3,3
T14 Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	26	3,2
J98 Sonstige Krankheiten der Atemwege	27	3,1
J00 Akute Rhinopharyngitis [Erkältungsschnupfen]	28	3,0
R11 Übelkeit und Erbrechen	29	3,0
R10 Bauch- und Beckenschmerzen	30	2,8

Tab. 4: Häufigste Diagnosen in Praxen von Kinderärztinnen und -ärzten (Rang und in % der Behandlungsfälle), Nordrhein 2011

Ergänzendes Datenmaterial aus dem Landkreis Tuttlingen:

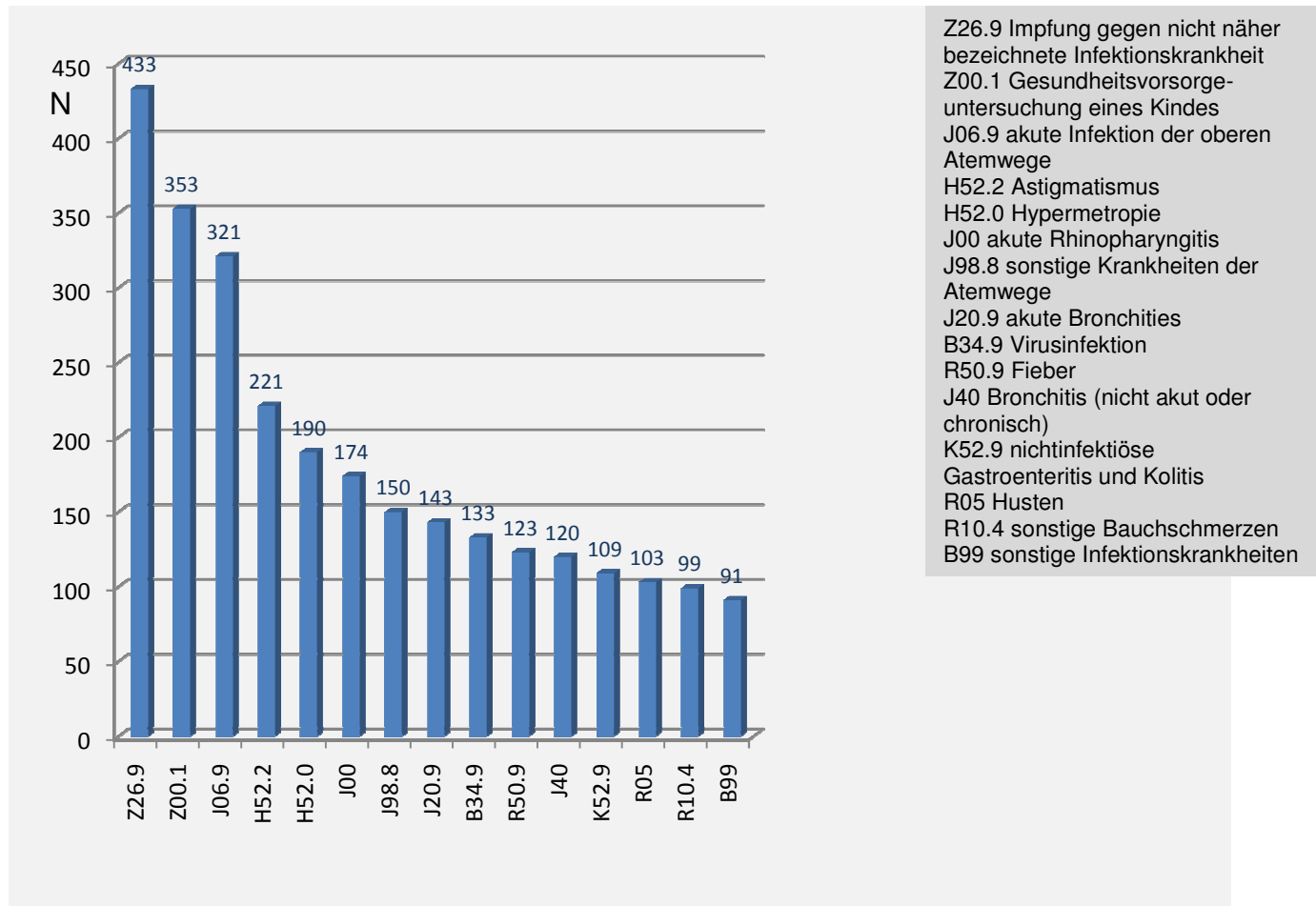


Abb. 5: häufigste TP 1-Diagnosen bei bis 14-jährigen Versicherten der BKK Aesculap im Jahr 2011 (N=1.365)

Datenquelle: BKK Aesculap, Tuttlingen

3.26

Krankenhausfälle nach Hauptdiagnosegruppen**Definition**

Daten zur diagnosespezifischen 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 für eine bessere Transparenz auf 7 Gruppen zusammengefasst wurden. 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

Statistische Jahresberichte, Standardtabellen der Statistischen Datenbanken oder weitere regionalstatistische Quellen.

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.

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.

Vollstationäre Krankenhauspatienten in Baden-Württemberg 2010 nach Hauptdiagnosen										
Diagnosen (Pos.- Nr. der ICD 10)	Ins- gesamt	Anteile am jeweiligen Insgesamt nach Altergruppen von ... bis unter ... Jahren in %								
		unter 1	1– 15	15– 25	25– 35	35– 45	45– 55	55– 65	65– 75	75 und mehr
Behandlungsfälle insgesamt	2.031.375	5,3	5,1	5,9	8,3	8,6	11,5	12,9	18,7	23,5
darunter										
Bösartige Neubildungen (C00–C97)	171.830	0,1	1,5	1,3	1,7	4,7	13,1	21,6	31,6	24,6
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	292.331	0,1	0,4	0,8	1,2	3,4	8,9	15,3	28,2	41,8
Krankheiten des Atmungssystems (J00– J99)	124.986	4,0	17,0	8,5	6,5	6,8	7,9	9,7	15,2	24,4
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K99)	194.679	0,8	4,1	6,6	6,3	9,4	14,1	14,7	19,6	24,4
Krankheiten des Muskel- Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)	178.862	0,0	1,9	3,7	4,4	9,2	16,1	19,2	25,4	20,1
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00- N99)	107.086	0,9	3,0	5,7	7,6	11,6	14,5	13,4	20,2	23,1
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (S00– T98)	217.014	1,2	10,3	9,9	6,6	8,2	11,1	10,8	15,2	26,8

Tab. 5: Vollstationäre Krankenhauspatienten in Baden-Württemberg 2010 nach Hauptdiagnosen und Alter

Definition

Der Indikator gibt Auskunft über die Zahl von Pflegebedürftigen nach der Art der durchgeführten Pflege. Die Prognose erfolgt mittels einer Status-quo-Modellrechnung unter der Annahme eines gleichbleibenden Pflegerisikos in den einzelnen Altersgruppen. Die Häufigkeit 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. 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

statistischen Jahrbücher oder Statistische Berichte über die pflegestatistik.

Statistisches Bundesamt: http://www.destatis.de/allg/d/veroe/d_pflege99.htm

Periodizität

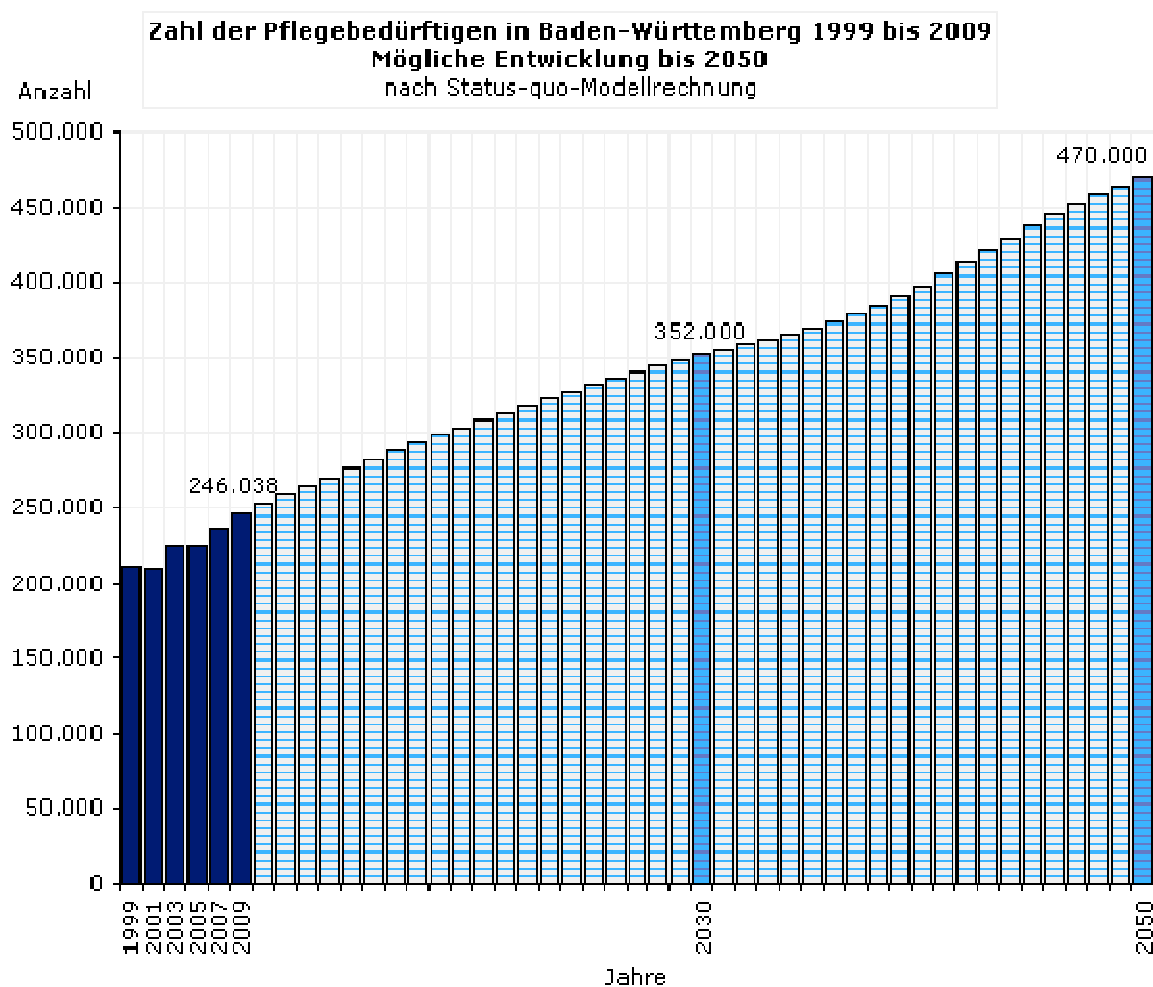
Zweijährlich, 15.12., erstmalig 1999

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 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

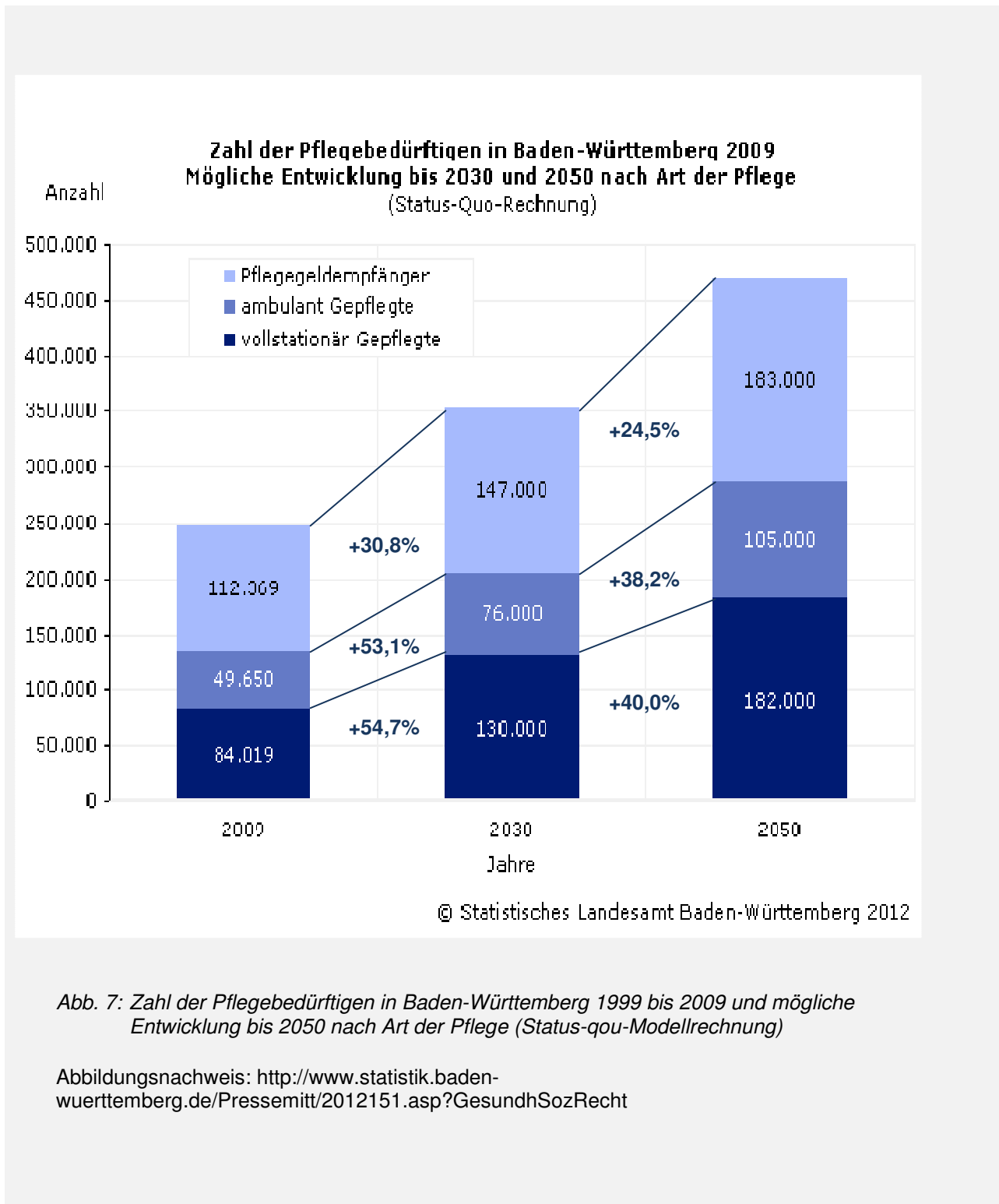
In der Kategorie „durch ambulante Pflegeeinrichtungen betreut“ sind Pflegebedürftige enthalten, die ausschließlich durch ambulante Pflegedienste versorgt werden, sowie Pflegebedürftige, die sowohl durch ambulante Pflegedienste als auch durch (Familien-)Angehörige versorgt werden (sog. Kombinationsleistungen). 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.



© Statistisches Landesamt Baden-Württemberg 2012

Abb. 6: Zahl der Pflegebedürftigen in Baden-Württemberg 1999 bis 2009 und mögliche Entwicklung bis 2050 nach Status-quo-Modellrechnung

Abbildungsnachweis: <http://www.statistik.baden-wuerttemberg.de/Pressemitt/2012151.asp?GesundhSozRecht>



Themenfeld 6 Einrichtungen des Gesundheitswesens



6.21 Apotheken

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 (Statistische Jahresberichte, Standardtabellen der Statistischen Datenbanken oder weitere regionalstatistische Quellen)

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.

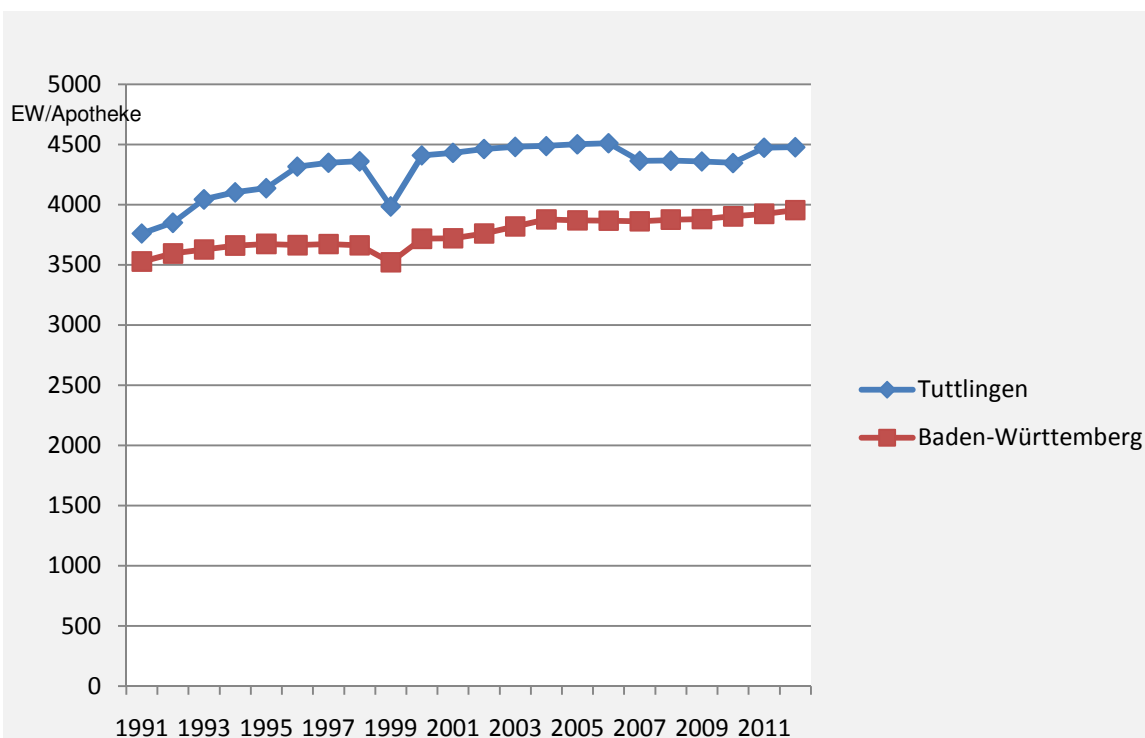
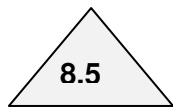


Abb. 8: Einwohner pro Apotheke in Tuttlingen und Baden-Württemberg von 1991 bis 2011

Themenfeld 8 Beschäftigte im Gesundheitswesen



8.5 Ärztinnen und Ärzte nach Einrichtungen (modifiziert nach freier Praxis und Krankenhausarzt)

Definition

Der Indikator 8.5 gibt Auskunft über die Verteilung der berufstätigen Ärzte auf die Tätigkeit in freier Praxis und als Krankenhausarzt. 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. Die in den Ärztekammern als ambulant tätig registrierten Ärzte umfassen die Ärzte in freier Praxis (niedergelassene Ärzte) in ihrer Funktion als Praxisinhaber und Praxisvertreter 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.

Datenhalter:

Ärztekammern der Länder
Statistische Landesämter

Datenquelle:

Ärzteregister der Ärztekammern
Statistische Jahresberichte, Standardtabellen der Statistischen Datenbanken oder weitere regionalstatistische Quellen.

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

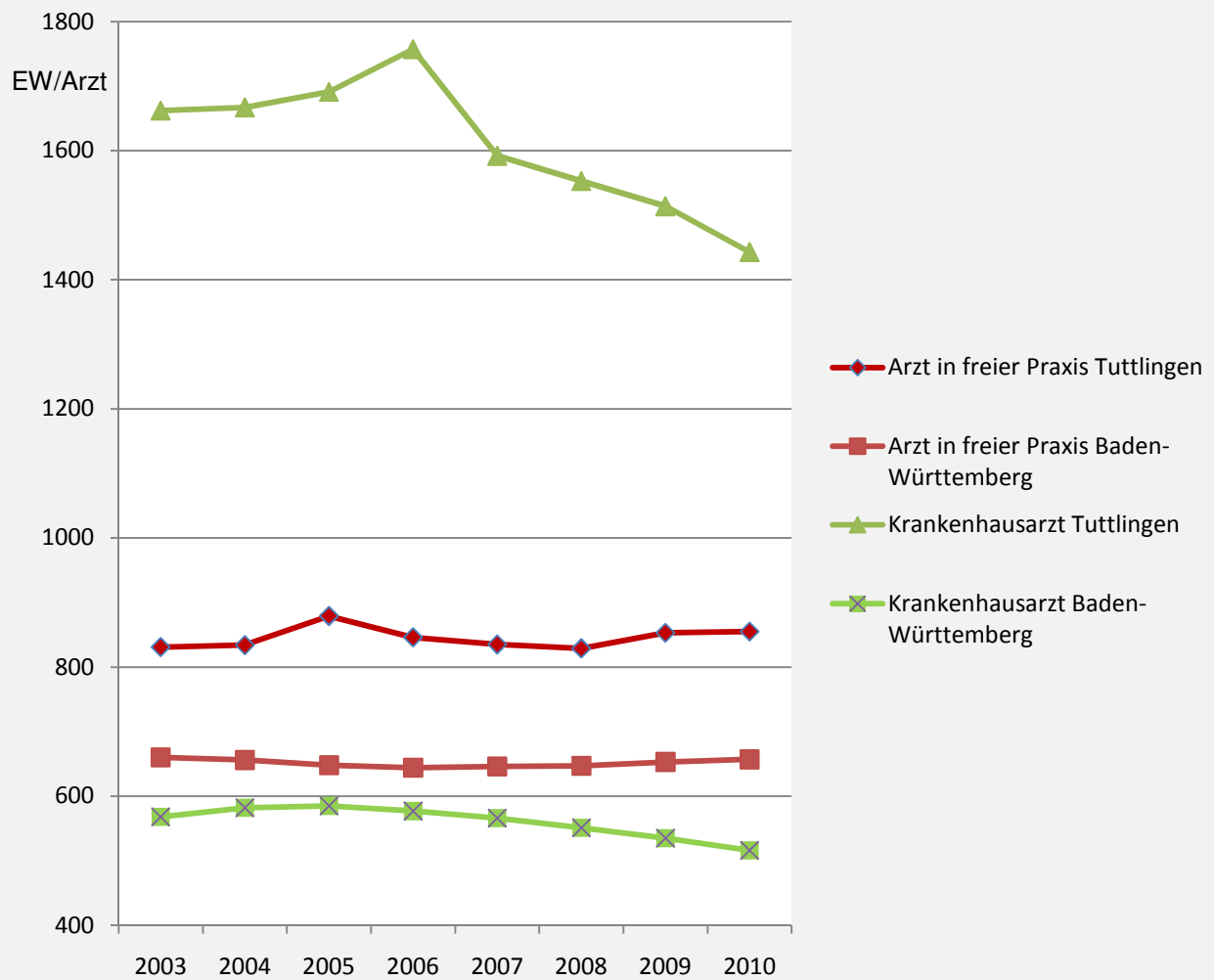
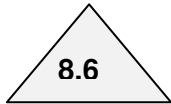


Abb. 9: Einwohner pro Arzt in freier Praxis und Krankenhausarzt in Tuttlingen und Baden-Württemberg von 2003 bis 2010



Ärztinnen und Ärzte nach Alter

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 Krankenhaustätigkeit (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

Ärzteregister der Ärztekammern

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

Ärztinnen und Ärzte mit ärztlicher Tätigkeit nach Art der Tätigkeit und Alter (in %) in Baden-Württemberg 2011

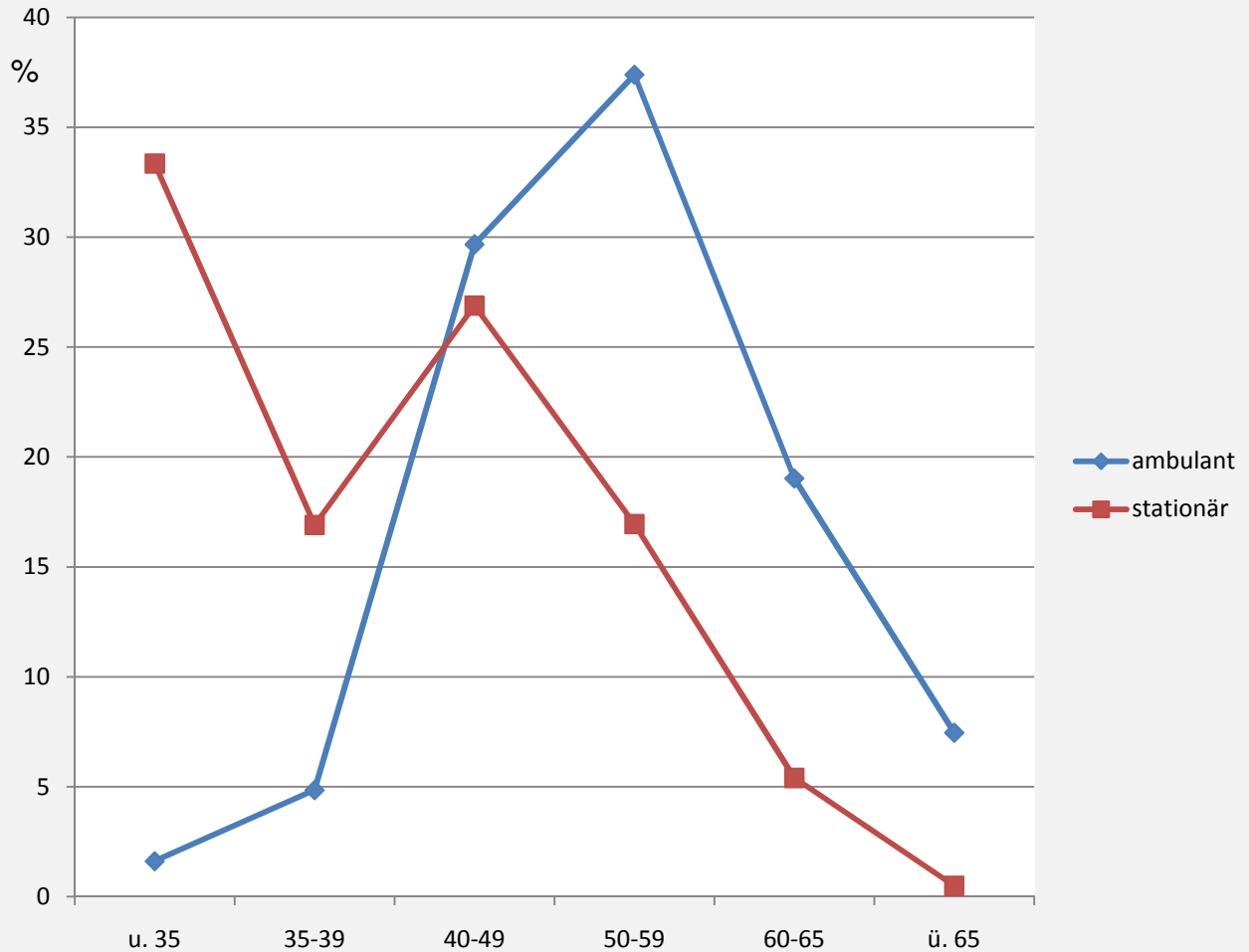


Abb. 10: Ärztinnen und Ärzte mit ärztlicher Tätigkeit nach Art der Tätigkeit und Alter (in %) in Baden-Württemberg 2011

8.24

Personal in Pflegeeinrichtungen (modifiziert nach Einwohner/Mitarbeiter)**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

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

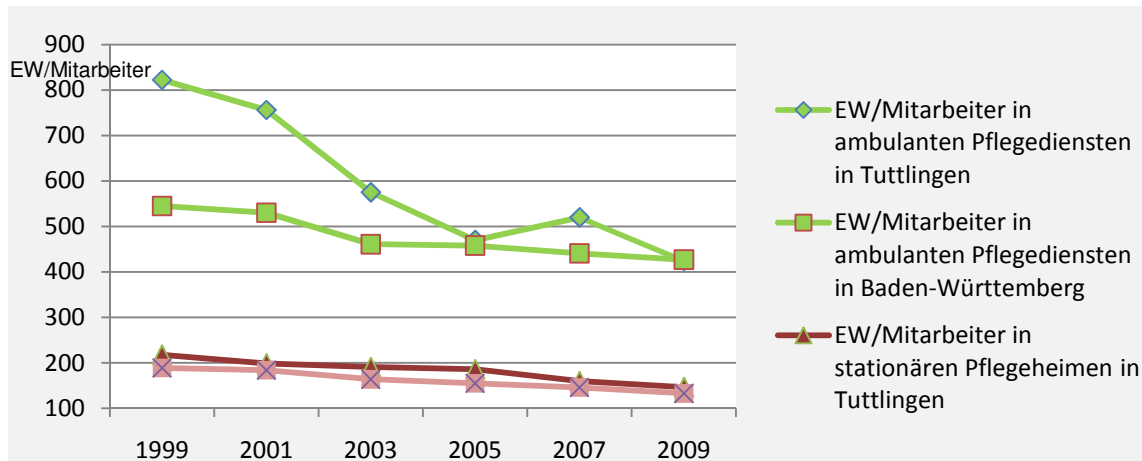


Abb. 11: Einwohner pro Mitarbeiter in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen in Tuttlingen und Baden-Württemberg von 1999 bis

Ergänzendes Datenmaterial für Baden-Württemberg

Personal in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg Vorberechnung des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg bis 2030 und 2050

Die Modellrechnung des Statistischen Landesamtes setzt voraus, dass sich das Zahlenverhältnis von Pflegepersonen zu Pflegebedürftigen bis 2030 bzw. 2050 nicht wesentlich ändert. Unsicher ist allerdings der Anteil der Pflegegeldempfänger, also der Menschen, die zu Hause ausschließlich von ihren Angehörigen gepflegt werden. Bedingt durch die sich ändernden gesellschaftlichen und familiären Bedingungen ist davon auszugehen, dass das häusliche Pflegepotenzial weiter abnimmt, weil Familienangehörige auch aufgrund der demografischen Entwicklung immer seltener zur Verfügung stehen werden. Dadurch dürfte die professionelle Pflege stärker zunehmen und damit auch der hierfür notwendige Personalbedarf.

