

Gesundheits- Report

Fakten zur regionalen Gesundheits-
und Versorgungssituation
der Bürgerinnen und Bürger
im Rheinland und in Hamburg

2023

AOK Rheinland/Hamburg
Die Gesundheitskasse

Impressum

Gesundheitsreport 2023 der
AOK Rheinland/Hamburg. Die Gesundheitskasse

Herausgegeben von der
AOK Rheinland/Hamburg. Die Gesundheitskasse
Kasernenstraße 61, 40213 Düsseldorf, Tel. 0211/8791-0,
Internet: www.aok.de/rh

Redaktion: Bereich Gesundheitsmanagement,
Abteilung Steuerung und Versorgungsentwicklung –
Maria Collong, Olga Dortmann, Maria Peters,
Dr. Volquart Stoy
E-Mail: versorgungsanalysen@rh.aok.de

Gestaltung: KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG
10178 Berlin, Rosenthaler Straße 31
Druck: ALBERSDRUCK GmbH & Co. KG, Düsseldorf

Gesamtverantwortung: AOK Rheinland/Hamburg –
AOK. Die Gesundheitskasse
© AOK Rheinland/Hamburg. Die Gesundheitskasse
Alle Rechte vorbehalten.
Nachdruck und sonstige Formen der Vervielfältigung
– auch auszugsweise – nicht gestattet.



Vorwort

Gesundheitsversorgung vor Ort im Blick

Mit unserem Gesundheitsreport betrachten wir die Gesundheit und Gesundheitsversorgung der Bürgerinnen und Bürger in den Gemeinden und Stadtbezirken des Rheinlands und Hamburgs. Mit diesen kleinräumigen Ergebnissen möchten wir einen Beitrag zur Diskussion um die Versorgung in den Regionen leisten. Auch wenn wichtige gesundheitspolitische Entscheidungen auf Bundes- und Landesebene getroffen werden – die Ausgestaltung der Gesundheitsversorgung und die Schaffung gesunder Lebensbedingungen passieren vor Ort.

Der Report legt dieses Jahr einen besonderen Schwerpunkt auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Die Auswertungen zeigen eindrücklich den Einfluss familiärer Belastungssituationen auf die Gesundheit von Kindern. Kinder und Jugendliche mit chronisch kranken Eltern haben eine deutlich erhöhte Wahrscheinlichkeit für eigene gesundheitliche Auffälligkeiten. Zudem betrachtet der Report Häufigkeit und Versorgung von Entwicklungs- und Verhaltensstörungen im Kindes- und Jugendalter. Neue Auswertungen im Kapitel zur stationären Versorgung geben Auskunft über die rehabilitative und pflegerische Anschlussversorgung nach einem Krankenhausaufenthalt.

Die Auswertungen des Reports machen Auffälligkeiten vor Ort deutlich. Sie liefern Hinweise, werfen aber auch Fragen nach den Ursachen auf. Die AOK Rheinland/Hamburg möchte im Dialog mit ihren Partnerinnen und Partnern Antworten finden, die richtigen Schlussfolgerungen ziehen und die Gesundheitsversorgung im Sinne der Patientinnen und Patienten weiterentwickeln. Wir laden Sie ein, mit uns ins Gespräch zu kommen!

Zahlreiche Auswertungen finden Sie ab sofort auch auf einer interaktiven Landkarte auf unserer Homepage unter www.aok.de/rh/gesundheitsreporte.

Düsseldorf, April 2023



Günter Wältermann
Vorsitzender des Vorstandes

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|-----|
| Kernaussagen | 5 |
| Lebenserwartung und Mortalität | 13 |
| Gesundheitsvorsorge | 17 |
| Schwerpunktthema Belastungen und Entwicklungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen | 30 |
| Krankheitsprävalenzen | 65 |
| Stationäre Behandlung | 73 |
| Kinder und Jugendliche | 100 |
| Arzneimittel | 109 |
| Arbeitsunfähigkeit | 119 |
| Versorgungsangebot | 127 |
| Pflege | 135 |
| Glossar und Methodik | 145 |

Kernaussagen

Gesundheitsvorsorge

Umweltbelastungen haben großen Einfluss auf die Gesundheit der Menschen. Luftverschmutzung, Erderwärmung und Lärmbelastung erhöhen das Risiko für die Entstehung von Krankheiten. Auch zum Schutz der menschlichen Gesundheit ist es daher dringend erforderlich, schnell und umfassend gegenzusteuern – für eine Umwelt, in der wir, unsere Kinder und Enkelkinder gesund und gerne leben können.

Die vergangenen acht Jahre waren weltweit betrachtet die wärmsten seit Beginn der Aufzeichnungen. Auch in Deutschland kommt es vermehrt zu extremen Wetterereignissen. Hitzeperioden stellen eine besondere Belastung für den menschlichen Organismus dar. Im Hitzejahr 2018 kam es im Rheinland und in Hamburg zu doppelt so vielen **hitzebedingten Krankenhausfällen** bei Versicherten ab 65 Jahren wie im Durchschnitt der Vorjahre. Insgesamt wurden im Jahr 2018 427 je eine Million älterer Versicherte aufgrund von Hitze stationär aufgenommen.

Jede und jeder vierte AOK-Versicherte über 65 Jahre hat ein erhöhtes Risiko, an heißen Tagen gesundheitliche Probleme zu bekommen und deshalb ins Krankenhaus zu müssen. Menschen mit Demenz und Alzheimer sowie anderen Vorerkrankungen wie zum Beispiel Niereninsuffizienz, Depressionen, Diabetes und chronischen Atemwegserkrankungen sind besonders gefährdet.

Modellrechnungen für die Zukunft zeigen, dass es durch die Einhaltung des Pariser Klimaabkommens gelingen kann, einen **Anstieg an hitzebedingten Krankenhausfällen** stark zu begrenzen. Ein unverminderter Ausstoß von Treibhausgasen würde hingegen dazu führen, dass sich die Anzahl der hitzebedingten Krankenhausfälle bis zum Jahr 2100 versechsfachen würde.

Feinstaub schädigt die Gesundheit des Menschen. Die feinen Partikel können tief in die Lunge vordringen und dort Zellen schädigen. Über einen längeren Zeitraum können sie die Entstehung von Krankheiten der Atemwege, des Herz-Kreislaufsystems, des Stoffwechsels und des Nervensystems fördern. Die durchschnittliche **Feinstaubbelastung** im Jahr 2017 lag in fast allen Regionen des Rheinlands und Hamburg über dem damaligen empfohlenen Richtwert der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von 10 Mikrogramm pro Kubikmeter Luft.

Anhaltender Umgebungslärm ist gesundheitlich belastend. Er verursacht Stress und Ärger und kann zu Schlafstörungen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen führen. Die bedeutendste Lärmquelle ist der Straßenverkehr. 15 Prozent der Menschen im Rheinland und in Hamburg waren im Jahr 2017 einer durchschnittlichen **Lärmbelastung durch den Straßenverkehr** von mehr als 55 Dezibel ausgesetzt. Der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zufolge, hat dieser Schallpegel schädigende Auswirkungen auf die Gesundheit.

Durch **Früherkennungsuntersuchungen** sollen Krankheiten möglichst frühzeitig entdeckt werden. Rechtzeitig erkannt, sind die Krankheiten oftmals gut zu behandeln. So lassen sich in vielen Fällen eine Verschlechterung des Gesundheitszustands und Komplikationen vermeiden. Etwa die Hälfte der anspruchsberechtigten Versicherten (52 Prozent der Frauen und 46 Prozent der Männer) haben zwischen 2019 und 2021 an der allgemeinen Gesundheitsun-

tersuchung („Check-Up“) teilgenommen. Der Anteil ist durch die Einschränkungen der Corona-Pandemie deutlich gesunken. Vor der Pandemie waren es noch zwei Drittel der Frauen und 58 Prozent der Männer.

Die **jährliche Krebsfrüherkennung** wird von jeder dritten Frau und weniger als jedem fünften Mann genutzt. Die Teilnahme am **Mammographie-Screening** ist für Frauen zwischen 50 und 59 Jahren alle zwei Jahre möglich. In den Pandemie-Jahren 2020 und 2021 lag die Teilnahmerate bei 45 Prozent – ein Rückgang von drei Prozentpunkten im Vergleich zum Zeitraum vor der Pandemie.

Die Teilnahmeraten an Früherkennungsuntersuchungen unterscheiden sich deutlich zwischen den Regionen. Regionale Auffälligkeiten lassen darauf schließen, dass es in einigen Kreisen und kreisfreien Städten besser gelingt, die Bevölkerung zur Teilnahme an einer Früherkennung zu motivieren.

Schwerpunktthema: Belastungen, Entwicklungs- und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen

Der Familie kommt bei der kindlichen Entwicklung eine entscheidende Rolle zu. Sie ist für Kinder der mit Abstand wichtigste soziale Bezugspunkt und Bildungsort. Eigene Belastungen der Eltern können sich negativ auf das Kind auswirken. Anspannung, Stress oder Schmerzen machen es den Eltern schwer, ihre Elternrolle uneingeschränkt auszufüllen. Auch spüren die Kinder die elterliche Belastungssituation und stellen oftmals ihre Bedürfnisse hinten an. Der Gesundheitsreport 2023 untersucht in seinem Schwerpunktthema den Einfluss familiärer Belastungen auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Jedes zweite bei der AOK-versicherte Kind wächst in einem **Haushalt mit mindestens einer familiären Belastungssituation** auf.

18 Prozent der Kinder und Jugendlichen haben mindestens ein **Elternteil, das langfristig an einer körperlichen Krankheit leidet**. Kinder mit einem körperlich kranken Elternteil haben gegenüber anderen Kindern und Jugendlichen eine zwanzig Prozent erhöhte Wahrscheinlichkeit für eine gesundheitliche Auffälligkeit.

Jedes fünfte Kind und jeder und jede fünfte Jugendliche hat ein **Elternteil mit einer chronischen psychischen Störung**. Eine andauernde psychische Störung eines Elternteils hat von allen familiären Belastungssituationen den stärksten negativen Einfluss auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Die Wahrscheinlichkeit für eine gesundheitliche Auffälligkeit liegt 29 Prozent höher als bei anderen Kindern und Jugendlichen. Insbesondere Verhaltensstörungen und Essstörungen treten deutlich häufiger auf. Die Wahrscheinlichkeit für eine psychotherapeutische oder eine Psychopharmaka-Behandlung ist um über 70 Prozent erhöht.

1,4 Prozent der AOK-versicherten Kinder und Jugendlichen haben ein suchtkrankes Elternteil. **Suchterkrankungen der Eltern** wirken sich stark nachteilig auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen aus. Dies beginnt bereits während der Schwangerschaft: Die Wahrscheinlichkeit, dass der Fötus durch Substanzen geschädigt wird, ist im Vergleich zu Eltern ohne Substanzmissbrauch um das Siebenfache erhöht. Jugendliche von suchtkranken Eltern werden zudem viel häufiger selbst suchtkrank (+156%). Auch die Wahrscheinlichkeit für Sozialverhaltensstörungen und psychotherapeutische oder medikamentöse Behandlungen aufgrund psychischer Störungen ist bei ihnen deutlich erhöht.

Ist ein Elternteil selbst auf Pflege und Hilfe im Alltag angewiesen, müssen die Bedürfnisse des Kindes oftmals zurückgestellt werden. 1,3 Prozent der AOK-versicherten Kinder und Jugendlichen haben ein **pflagedürftiges Elternteil**. Im Vergleich zu Gleichaltrigen entwickeln sie unter anderem deutlich häufiger Essstörungen (+67%). Auch besteht bei Ihnen eine erhöhte Wahrscheinlichkeit, eine Teilnahme an den regelmäßigen Früherkennungsuntersuchungen oder eine Schutzimpfung zu verpassen.

Kinder, die in Familien mit niedrigem sozioökonomischen Status aufwachsen, haben ein höheres Risiko für gesundheitliche Auffälligkeiten und Probleme. So haben **Kinder und Jugendliche aus Haushalten, die Arbeitslosengeld II (ALG II) beziehen**, gegenüber anderen Kindern und Jugendlichen eine um 16 Prozent erhöhte Wahrscheinlichkeit für eine gesundheitliche Auffälligkeit. Sie verpassen häufiger eine U-Untersuchung (+64%) und haben eine höhere Wahrscheinlichkeit für eine stationäre Krankenhausbehandlung (+15%). Insgesamt lebt fast jedes dritte bei der AOK-versicherte Kind in einem Haushalt im ALG-II-Bezug.

Die gesundheitlichen Auffälligkeiten bei Kindern aus sozial benachteiligten Verhältnissen stehen im Einklang mit der vielfach in wissenschaftlichen Studien nachgewiesenen Beobachtung, dass viele Menschen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status über eine geringe **Gesundheitskompetenz** verfügen. Ihnen fehlen oftmals das Wissen und die Kompetenzen für gesundheitsförderliche Entscheidungen sowie Kenntnisse über das Gesundheitswesen. Die Förderung von Gesundheitskompetenz sollte so früh wie möglich im Lebenslauf beginnen. Entsprechend der ersten Empfehlung des Nationalen Aktionsplans Gesundheitskompetenz ist das Erziehungs- und Bildungssystem in die Lage zu versetzen, diese Aufgabe zu erfüllen.

Einige Kinder bleiben in ihrer Sprach- und Sprechentwicklung deutlich hinter der altersgemäß zu erwartenden Leistung zurück. Sofern keine anderen medizinischen oder sozialen Erklärungsfaktoren vorliegen, gilt die **Sprachentwicklungsstörung** als eigenständiges Krankheitsbild. Eine wiederholte Diagnose einer Sprachentwicklungsstörung liegt im Jahr 2021 bei elf Prozent aller Kinder und Jugendlichen von 3 bis 17 Jahren vor. Im Vorfeld der Einschulung bei den Vier- bis Sechsjährigen ist sogar jedes vierte Kind betroffen. Der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit wiederholter ärztlich dokumentierter Sprachentwicklungsstörung ist seit Beginn der Corona-Pandemie um 10 Prozent gestiegen.

Jedes dritte Kind erhält in seinen ersten zehn Lebensjahren eine **Sprachtherapie** – in Aachen sogar fast jedes Zweite. Deutliche regionale Unterschiede verweisen auf ein sehr unterschiedliches Ordnungsverhalten von logopädischen Leistungen. Oftmals liegen den ärztlichen Logopädie-Verordnungen unspezifische Diagnosen zu Grunde, das heißt das Krankheitsbild ist nicht genau angegeben. Spätestens bei einer Folgeverordnung sollte die Art der Sprachentwicklungsstörung geklärt sein. Doch auch jede dritte Folgeverordnung basiert weiterhin auf einer **unspezifischen Diagnose**.

Die hohen und regional sehr unterschiedlichen Prävalenzen in Verbindung mit ihrer unspezifischen Ausprägung werfen – bei aller gebotener Vorsicht – die Frage auf, ob die Indikation Sprachentwicklungsstörung in allen Fällen gegeben ist. Die Diagnose einer Sprachentwicklungsstörung soll sorgfältig unter Ausschluss anderer Erklärungsfaktoren gestellt werden. So genannte „umgebungsbedingte Sprachauffälligkeiten“ ähneln den Sprachentwicklungsstörungen in ihren Ausprägungen. Sie sind aber nicht Folge eines Krankheitsbilds, sondern resultieren aus einer mangelnden Sprachanregung im Alltag. Bei umgebungsbedingten Auffälligkeiten ist eine Sprachtherapie nicht angezeigt, sondern vielmehr eine Sprachförderung.

Weichen Kinder in ihrer Bewegungsfertigkeit und Körperkoordination deutlich von dem altersgemäßen Entwicklungsstand ab, kann eine **motorische Entwicklungsstörung** vorliegen. Sie kann die Grobmotorik (zum Beispiel Laufen, Springen, Fangen) oder die Feinmotorik (zum

Beispiel Schreiben, Malen, Basteln) betreffen. Bei 3,2 Prozent aller Kinder und Jugendlichen wurde eine entsprechende Einschränkung ärztlich festgestellt.

Die motorische Entwicklung verläuft bei Kindern individuell sehr unterschiedlich. Kleine Kinder können Entwicklungsrückstände oftmals schnell aufholen. Daher ist die Diagnosestellung bei Kindern unter fünf Jahren schwierig und sollte nur in Fällen schwerer Beeinträchtigungen erfolgen. Trotz dieser Empfehlung der Leitlinie entfallen knapp 40 Prozent der **Erstdiagnosen einer motorischen Entwicklungsstörung auf Kinder unter fünf Jahren**.

Drei Viertel der Kinder mit einer Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen erhalten eine **Ergo- oder Physiotherapie**.

Belastende Erlebnisse im Leben von Kindern und Jugendlichen können dazu führen, dass Kinder eine vorübergehende psychische Störung entwickeln. Diese sogenannte **Anpassungsstörung** ist oftmals gekennzeichnet durch einen Rückfall in kleinkindliche Verhaltensweisen, depressives Verhalten, Angst oder eine Störung des Sozialverhaltens. 1,6 Prozent der Kinder und Jugendlichen ab sechs Jahren hatten im Jahr 2021 eine ärztlich festgestellte Anpassungsstörung – im Kreis Kleve und in Bonn war die Rate doppelt so hoch. Über 70 Prozent der betroffenen Kinder und Jugendlichen waren in psychotherapeutischer Behandlung.

Knapp fünf Prozent der Kinder und Jugendlichen ab sechs Jahren haben die Diagnose einer Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung (kurz: **ADHS**). Auffällig sind die hohen Raten im Altkreis Aachen und der Stadt Aachen. Hier liegt der Anteil an betroffenen Kindern doppelt so hoch wie im Durchschnitt.

Die Hälfte der Kinder und Jugendlichen mit **ADHS** erhält eine **Psychotherapie**. In 72 Prozent der Fälle erfolgt der erste Kontakt zu einer Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten innerhalb von einem halben Jahr nachdem die Krankheit erstmals festgestellt wurde.

40 Prozent der Kinder und Jugendlichen mit **ADHS** erhalten eine **medikamentöse Therapie**. Im Kreis Viersen sind es sogar über 60 Prozent. Der Einsatz von ADHS-spezifischen Medikamenten sollte eng begrenzt und möglichst zeitlich befristet erfolgen. 60 Prozent der Kinder erhalten auch drei Jahre nach Therapiebeginn weiterhin Medikamente.

Eine **Störung des Sozialverhaltens** ist gekennzeichnet durch aufsässiges, aggressives und Regeln missachtendes Verhalten. 2,7 Prozent der Kinder und Jugendlichen ab drei Jahren hatten im Jahr 2021 eine entsprechende Diagnose. Die Hälfte von ihnen war in psychotherapeutischer Behandlung. Zehn Prozent der betroffenen Kinder und Jugendlichen erhielten Psychopharmaka.

Trotz allgemein hoher Teilnahmeraten an den U-Untersuchungen und standardisierter Testverfahren werden Entwicklungs- und Verhaltensstörungen **regional unterschiedlich häufig diagnostiziert**. Die regionalen Unterschiede in der diagnostizierten Häufigkeit von Entwicklungs- und Verhaltensstörungen sind zu hoch, als dass sie tatsächliche Unterschiede in der Krankheitslast ausdrücken können.

6,8 Prozent der Kinder und Jugendlichen ab 3 Jahren haben **starkes Übergewicht**. Der Anteil ist seit Beginn der Corona-Pandemie um 13 Prozent gestiegen.

Krankheitsprävalenzen

209 von 100.000 Versicherten litten im Jahr 2021 an den **Langzeitfolgen einer COVID-19-Infektion** (Post-COVID-Syndrom).

Jeder vierte Versicherte bei der AOK Rheinland/Hamburg leidet unter **anhaltenden Schmerzen**. Schmerzen bedeuten für die betroffenen Personen eine erhebliche Beeinträchtigung der Lebensqualität. Jede dritte Schmerzpatientin und jeder dritte Schmerzpatient war 2021 in physiotherapeutischer Behandlung.

Armut ist ein Gesundheitsrisiko. Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld II leiden häufig an chronischen Erkrankungen. Im Vergleich zu gleichaltrigen Menschen in einem Beschäftigungsverhältnis haben sie eine doppelt so hohe Wahrscheinlichkeit für eine COPD oder eine Depression. Auch die Wahrscheinlichkeit für einen Typ-2-Diabetes (+78%) und eine Verengung der Herzkranzgefäße (KHK) (+66%) ist stark erhöht.

Bei der chronischen Nierenschwäche nimmt die Nierenfunktion über einen längeren Zeitraum hinweg kontinuierlich ab. Zu Beginn verläuft die Krankheit zumeist ohne Symptome. Bleibt die Niereninsuffizienz über lange Zeit unentdeckt, führt sie im terminalen Stadium zu einem vollständigen Ausfall der Nierenfunktion. Die Patientinnen und Patienten sind für ihr Überleben auf eine künstliche Blutreinigung (Dialyse) angewiesen. Dies passiert zu häufig: Jedes zehnte **Nierenversagen** wird erst festgestellt, wenn schon schwere **Folgeschäden** vorliegen.

Krankenhausbehandlungen

Im Jahr 2022 gab es 213 **Krankenhausfälle** je 1.000 AOK-Versicherte. Im Vergleich zum Zeitraum vor der Corona-Pandemie ist dies ein Rückgang um 15 Prozent. Dieser Rückgang ist nachhaltig und legt nahe, dass eine Konzentration auf wirklich notwendige Eingriffe stattgefunden hat.

Ein Blick auf die Leistungen des **ambulanten Operierens** zeigt, dass der Rückgang der stationären Fälle nicht durch eine verstärkte ambulante Leistungserbringung erklärt werden kann. Vielmehr ist auch die Anzahl ambulanter Eingriffe gesunken.

Deutschland hat im internationalen Vergleich auch weiterhin eine sehr hohe Anzahl an Krankenhausfällen. Bei bestimmten Krankenhausfällen bestehen Zweifel, ob eine stationäre Aufnahme medizinisch tatsächlich erforderlich war. Verdacht auf eine **potenzielle primäre Fehlbelegung** besteht zum Beispiel bei vielen einfachen Eingriffen ohne komplizierende Faktoren. Hiervon gab es im Jahr 2022 31 Krankenhausfälle je 1.000 AOK-Versicherte. Auch eine kurze Verweildauer im Krankenhaus deutet auf ein ambulantes Potenzial hin. Im Jahr 2022 waren etwa die Hälfte aller Krankenhausfälle **Kurzliegerfälle**.

Rettungsdienste bringen Patientinnen und Patienten mit einem **Herzinfarkt oder Schlaganfall** zumeist in dafür spezialisierte Kliniken.

Schlaganfälle resultieren in den meisten Fällen aus einem Verschluss eines Blutgefäßes im Gehirn durch ein Blutgerinnsel. Die verfügbaren Verfahren zur **Auflösung bzw. Entfernung des Blutgerinnsels** werden regional sehr unterschiedlich häufig eingesetzt.

Zertifizierte Krebszentren bieten eine Behandlung gemäß anerkannter Qualitätsstandards. Eine aktuelle Studie zeigt, dass die Sterblichkeit an zertifizierten Krebszentren um bis zu 26 Prozent niedriger ist als an nicht geprüften Kliniken. 54 Prozent der Krebsoperationen im Rheinland und in Hamburg fanden in zertifizierten Krankenhäusern statt.

Werden Patientinnen und Patienten nach einem Krankenhausaufenthalt bald wieder stationär aufgenommen, bezeichnet man dies als „Drehtür-Effekt“. Zu den Gründen hierfür zählen zum Beispiel eine mangelnde Anschlussversorgung oder eine Überforderung der Patientinnen und Patienten im Alltag, aber auch Komplikationen in Folge des Ersteintritts. Nach jedem achten Krankenhausfall von Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren erfolgt innerhalb von 30 Tagen eine **stationäre Wiederaufnahme**.

Auch die Anzahl der **ambulanten Notfallbehandlungen im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt** kann auf Probleme in der Anschlussversorgung hindeuten. Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren suchen in knapp sieben Prozent aller Krankenhausfälle innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung die ambulanten Notfallstrukturen auf.

Krankenhäuser können für die ersten Tage nach der Entlassung aus dem Krankenhaus Medikamente verordnen. In 8,3 Prozent der Fälle enthalten Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren ein solches, sogenanntes **Entlassrezept**.

Im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt haben viele Patientinnen und Patienten oftmals noch körperliche Einschränkungen, die ihnen eine Rückkehr in den Alltag und ins Berufsleben erschweren. Durch eine **Rehabilitationsmaßnahme** soll die Gesundheit so weit wie möglich wiederhergestellt und die Einschränkungen überwunden werden. Knapp 30 Prozent der Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren nehmen innerhalb von drei Monaten nach einer orthopädischen oder kardiologischen Operation bzw. einer Schlaganfallbehandlung an einer Reha-Maßnahme teil.

Nach einem Krankenhausaufenthalt ist in vielen Fällen aus medizinischen Gründen ein unmittelbarer Beginn der Reha-Maßnahme erforderlich. Eine **Anschlussrehabilitation** sollte innerhalb von 14 Tagen beginnen. Über 70 Prozent der Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren, die nach einer Krankenhausbehandlung an einer Reha-Maßnahme teilnehmen, treten diese während der ersten zwei Wochen nach Entlassung an.

Nach einer Krankenhauserntlassung benötigen einige Patientinnen und Patienten weiterhin vorübergehend Unterstützung bei der pflegerischen Versorgung. In jedem neunten Fall erhalten Versicherte ab 65 Jahren nach ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus Leistungen der **häuslichen Krankenpflege (HKP)**. Eine zeitnahe Anschlussversorgung ist zumeist gewährleistet: 86 Prozent der HKP-Leistungen beginnen in den ersten sieben Tagen nach der Rückkehr aus dem Krankenhaus.

Ist eine Person nach einem Krankenhausaufenthalt erstmalig oder verstärkt auf Pflege angewiesen, stellt dies ihr Umfeld vor große Herausforderungen. Die Pflege eines Angehörigen ist zeitaufwändig und muss organisatorisch vorbereitet werden – gegebenenfalls muss ein Pflegeheimplatz gefunden werden. Eine **Kurzzeitpflege** kann diese akute Krisensituation überbrücken. Im Anschluss an 2,6 Prozent der Krankenhausfälle nutzen Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren die Kurzzeitpflege. Dies gelingt dabei in 86 Prozent innerhalb der ersten sieben Tage nach Entlassung aus dem Krankenhaus.

Besteht nach dem Krankenhausaufenthalt ein Pflegebedarf, ist die Pflege nicht immer in der eigenen Häuslichkeit möglich. In diesen Fällen kann eine stationäre Pflege erforderlich werden. Nach 2,9 Prozent aller Krankenhausfälle von Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren erfolgt eine **Aufnahme in ein Pflegeheim** – davon in 34 Prozent innerhalb von sieben Tagen.

Kinder- und Jugendgesundheit

Die **Früherkennungsuntersuchungen** bei Kindern werden bis ins Kleinkindalter sehr rege genutzt. Die U7a für Kinder am Ende des dritten Lebensjahrs nehmen noch 93 Prozent der Kinder wahr. Die U10 im Grundschulalter und die J1-Untersuchung rund um das 13. Lebensjahr nutzen hingegen nur noch 50 bzw. 46 Prozent. Deutliche regionale Unterschiede deuten darauf hin, dass es in einigen Kreisen und kreisfreien Städten besser gelingt, die Bevölkerung zur Teilnahme an einer Früherkennung zu motivieren. Im Kreis Mettmann nutzen fast 75 Prozent der Jugendlichen die J1-Untersuchung, in Remscheid ist es hingegen nur jede und jeder Vierte.

Nur 44 Prozent der Mütter werden nach der Geburt eines Kindes durch eine **Hebamme** betreut. Die regionalen Unterschiede sind eklatant: In den Kreisen Kleve und Euskirchen kommt in über 70 Prozent der Fälle eine Hebamme zur Wochenbettbetreuung, in Duisburg und Mülheim an der Ruhr nur nach jeder vierten Geburt.

Arzneimittel

Vier von zehn Versicherten ab 65 Jahren erhalten fünf und mehr Medikamente im Quartal verschrieben. Dies ist ein Hinweis auf **Polypharmazie**. Wenn sich verschiedene Wirkstoffe gegenseitig beeinflussen, können diese Wechselwirkungen zu Problemen führen.

Infolge von Krankenhausaufenthalten ergeben sich häufig Änderungen in der medikamentösen Therapie. 72 Prozent der Versicherten ab 65 Jahren ohne vorherige Polypharmazie erhalten nach einem Krankenhausaufenthalt fünf und mehr Medikamente im Quartal verschrieben.

Bestimmte Medikamente sind **für ältere Menschen potenziell ungeeignet**, da sie unerwünschte Risiken und Wechselwirkungen haben können. Sie sollten daher möglichst nicht oder nur mit besonderer Vorsicht angewendet werden. Jede vierte Person ab 65 Jahren erhält entsprechende Medikamente.

6,4 Prozent aller Versicherten wurden im Jahr 2021 **Medikamente gegen Depressionen** verordnet. Im Altkreis Aachen lag der Anteil der Versicherten mit Antidepressiva sogar bei 9 Prozent. Zwei Drittel der betroffenen Personen waren Frauen.

Pflege

Jede 16 Person im Rheinland und in Hamburg ist **pflegebedürftig** (6,6 Prozent) – jede sechste davon wird stationär in einem Pflegeheim betreut. Zwischen den Kreisen bzw. kreisfreien Städten variiert der Anteil der auf Pflege angewiesenen Personen deutlich.

Pflegeheime sind ab September 2022 verpflichtet, ihren Beschäftigten in der Pflege und Betreuung Tariflöhne zu zahlen. In der Folge sind die Kosten für einen Pflegeheimplatz deutlich angestiegen. Der **Eigenanteil an den Pflegekosten** für die pflegebedürftigen Menschen beträgt im NRW-Durchschnitt 1.171 Euro, die Heime im Rheinland sind zumeist teurer. Den höchsten Wert weist Krefeld auf. Im Durchschnitt zahlt hier eine Heimbewohnerin oder ein Heimbewohner monatlich 1.417 Euro für die Pflege und Betreuung. Seit dem 1. Januar 2022 übernimmt die Pflegeversicherung – gestaffelt nach der individuellen Wohndauer – einen Teil der nicht gedeckten Pflegekosten. Hinzu kommen noch die Kosten für Unterkunft und Verpflegung, für die Ausbildungsplatzumlage und für Investitionskosten.

Mehr als jede dritte Person über 65 Jahren wird nach einem Schlaganfall pflegebedürftig – nach einer Fraktur ist es jede fünfte. Die Raten zum **Pflegeeintritt nach Akutereignissen** sind regional sehr unterschiedlich. Während in Leverkusen und Oberhausen über 40 Prozent der Menschen über 65 Jahren nach einem Schlaganfall auf Pflege angewiesen sind, sind es in Remscheid nur gut 20 Prozent. Nach Frakturen wird in Mülheim an der Ruhr und im Kreis Euskirchen knapp ein Drittel der älteren Patientinnen und Patienten pflegebedürftig, in Hamburg und im Rheinisch-Bergischen-Kreis sind es nur 17 Prozent.

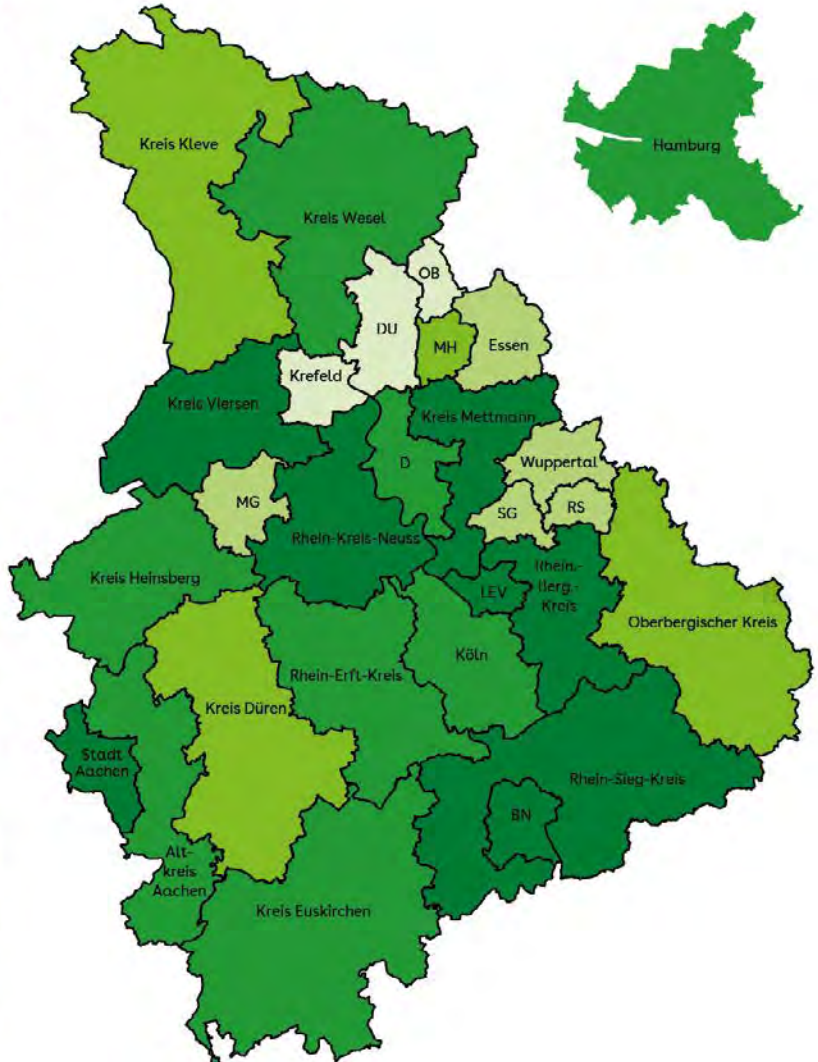
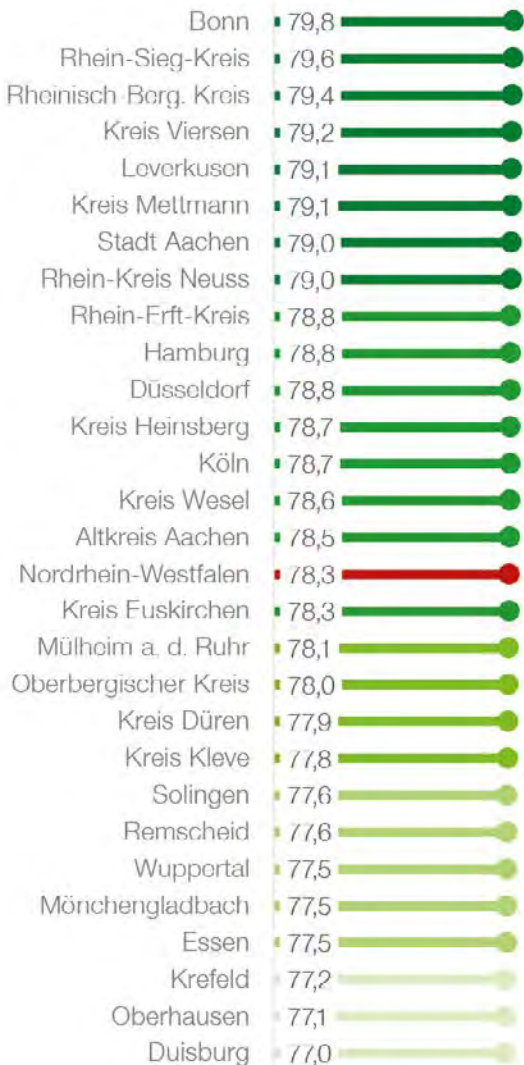
Pflegebedürftige Menschen geraten teilweise in einen kritischen Zustand, der durch eine gute Pflege zu verhindern gewesen wäre. In der Folge werden sie oftmals stationär im Krankenhaus behandelt. Im Jahr 2022 kam es durchschnittlich zu 232 Krankenhausfällen je 1.000 ganzjährig im Pflegeheim gepflegte Personen. Zu den Ursachen dieser **potenziell vermeidbaren Krankenhausfälle aus der Pflege** zählen zum Beispiel Wunden, Dehydrierung oder Lungenentzündungen bedingt durch das Eindringen von Nahrung und Erbrochenem in das Bronchialsystem.

Pflegebedürftige Menschen, die in ihrer Mobilität stark eingeschränkt sind, haben ein erhöhtes Risiko, Hautstellen wund zu liegen oder zu sitzen. Je 100 ganzjährige betreute Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner traten knapp acht **fortgeschrittene Druckgeschwüre (Dekubiti)** auf. Durch eine sachgerechte Pflege kann das Auftreten von Dekubiti weitgehend verhindert werden.

Lebenserwartung und Mortalität

Lebenserwartung Männer

Mittlere Lebenserwartung bei der Geburt in Jahren



Was sagt die Lebenserwartung aus?

Die durchschnittliche Lebenserwartung bei Geburt ist ein Indikator zur Beschreibung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung. Es handelt sich um eine statistisch modellierte Maßzahl. Sie gibt an, wie lange Neugeborene eines bestimmten Jahrgangs durchschnittlich leben würden, wenn die aktuell beobachteten altersspezifischen Sterblichkeitsraten während ihres ganzen Lebens konstant blieben. Insofern handelt es sich bei dem Indikator nicht um eine Vorhersage, sondern um eine Beschreibung des Ist-Zustandes. Im Gegensatz zum durchschnittlichen Sterbealter werden bei diesem Indikator Veränderungen der Altersstruktur herausgerechnet, sodass die Werte über die Zeit und zwischen verschiedenen Regionen vergleichbar sind.

Der Indikator wird nach Geschlecht getrennt dargestellt.

Zeitraum

2018 bis 2020

Aufgreifkriterien

alle Todesfälle

Standardisierung

keine

Datenquelle

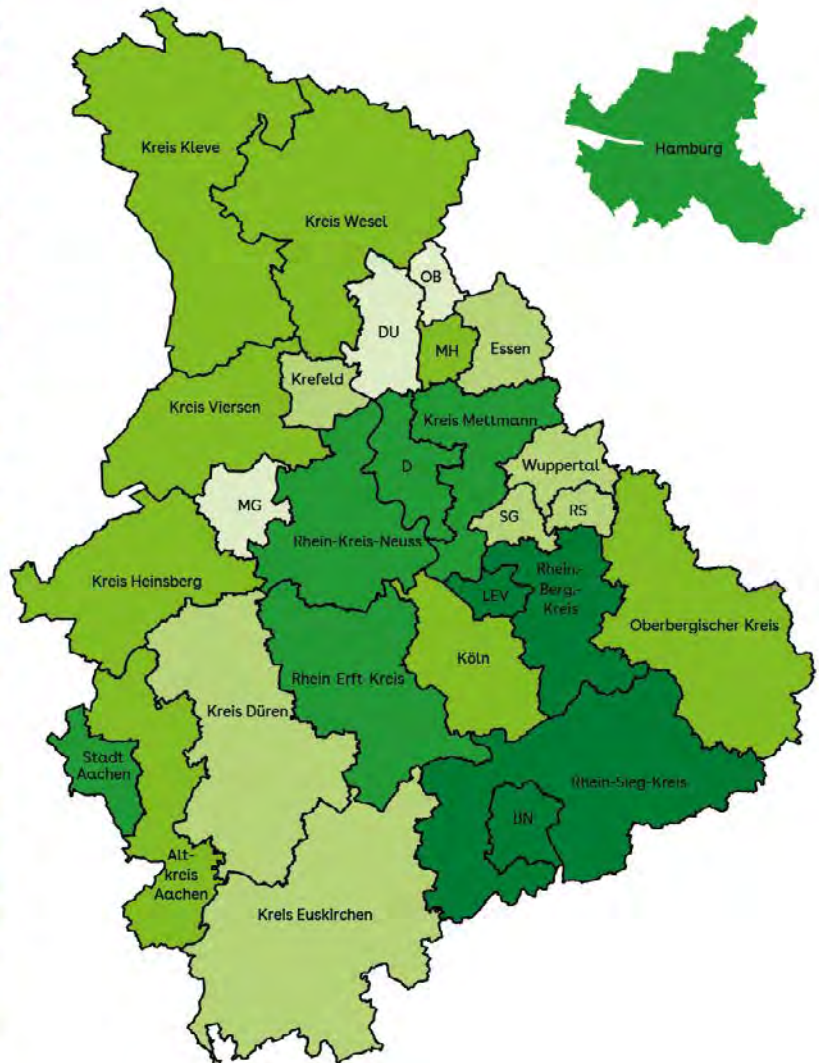
LZG.NRW und Statistisches Bundesamt

Regionale Zuordnung

Wohnort

Lebenserwartung Frauen

Mittlere Lebenserwartung bei der Geburt in Jahren



Was sagt die Lebenserwartung aus?

Die durchschnittliche Lebenserwartung bei Geburt ist ein Indikator zur Beschreibung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung. Es handelt sich um eine statistisch modellierte Maßzahl. Sie gibt an, wie lange Neugeborene eines bestimmten Jahrgangs durchschnittlich leben würden, wenn die aktuell beobachteten altersspezifischen Sterblichkeitsraten während ihres ganzen Lebens konstant blieben. Insofern handelt es sich bei dem Indikator nicht um eine Vorhersage, sondern um eine Beschreibung des Ist-Zustandes. Im Gegensatz zum durchschnittlichen Sterbealter werden bei diesem Indikator Veränderungen der Altersstruktur herausgerechnet, sodass die Werte über die Zeit und zwischen verschiedenen Regionen vergleichbar sind.

Der Indikator wird nach Geschlecht getrennt dargestellt.

Zeitraum

2018 bis 2020

Aufgreifkriterien

alle Todesfälle

Standardisierung

keine

Datenquelle

LZG.NRW und Statistisches Bundesamt

Regionale Zuordnung

Wohnort

Mortalität

Sterbefälle je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner



Wie wird die Mortalität erfasst?

Die Daten stammen aus der amtlichen Statistik der Sterbefälle, in der alle Todesfälle unabhängig von einem Versicherungsverhältnis mit der AOK Rheinland/Hamburg erfasst werden.

Zeitraum

2020

Aufgreifkriterien

alle Todesfälle

Standardisierung

keine

Datenquelle

IT.NRW, Statistisches Bundesamt

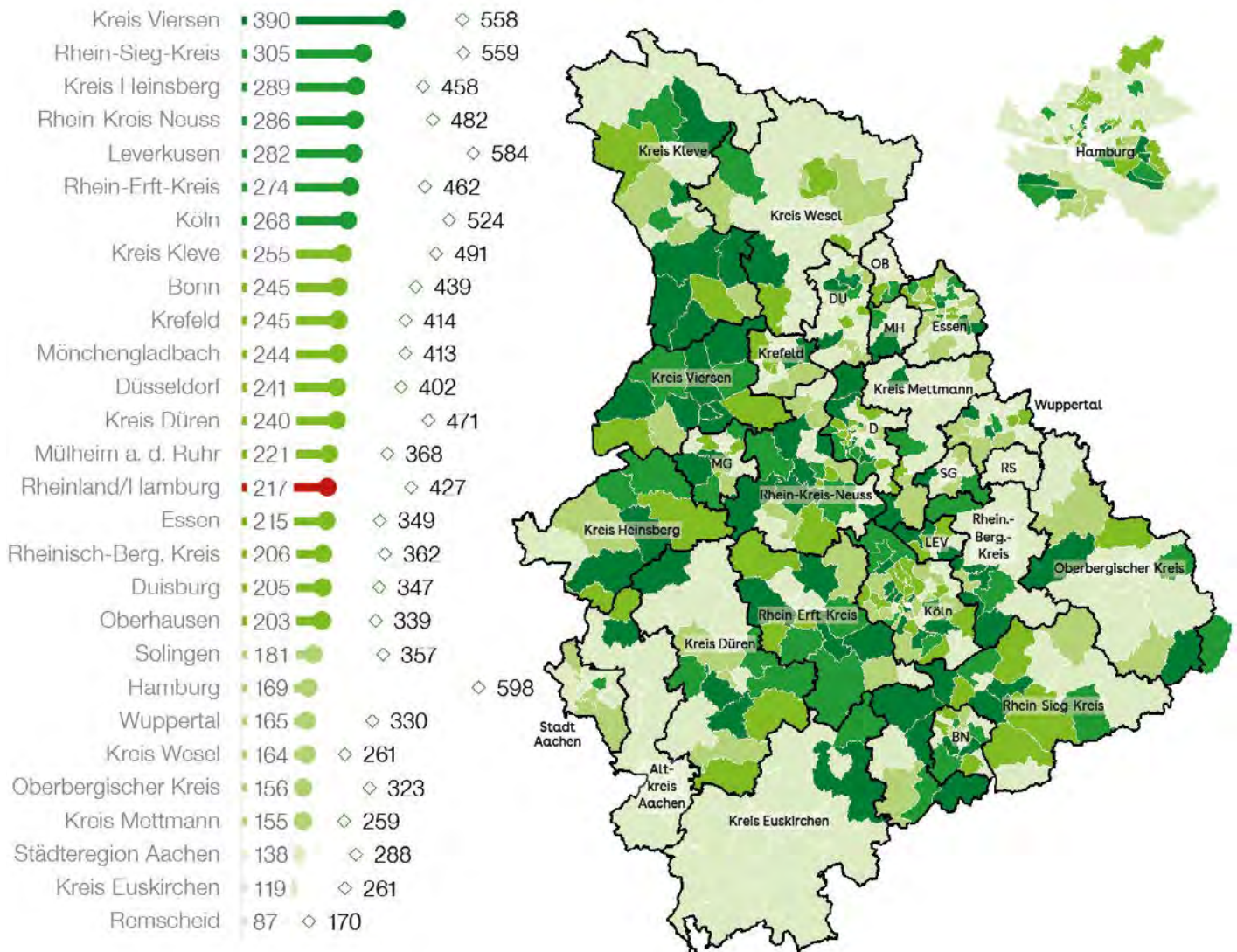
Regionale Zuordnung

Wohnort

Gesundheitsvorsorge

Hitzebedingte Krankenhausfälle

Hitzebedingte Krankenhausfälle je eine Million Menschen über 65 Jahren



Welchen Einfluss hat Hitze auf die menschliche Gesundheit?

Extreme Wetterereignisse wie Hitzewellen stellen eine besondere Belastung für den menschlichen Organismus dar. Sie können Kreislaufprobleme, Atemwegserkrankungen und Hitzeerkrankungen, wie zum Beispiel Dehydrierung oder Hitzekrämpfe, auslösen. Besonders gefährdet sind Menschen mit Demenz und Alzheimer sowie anderen Vorerkrankungen wie Niereninsuffizienz, Depressionen, Diabetes und chronischen Atemwegserkrankungen. Jeder vierte AOK-Versicherte über 65 Jahre hat ein erhöhtes Risiko, an heißen Tagen gesundheitliche Probleme zu bekommen und deshalb ins Krankenhaus zu müssen. Diese Auswertung weist die Anzahl der hitzebedingten Krankenseinweisungen je einer Million Älterer aus. Als Hitze wurden Temperaturen von über 30 Grad definiert. Die Werte basieren auf Modellschätzungen des Mercator Research Institute on Global Commons and Climate Change (MCC) auf Basis der AOK-Abrechnungsdaten. Sie wurden erstmalig im WIdO-Versorgungsreport 2021 veröffentlicht.

Zeitraum

Balken und Färbung: Durchschnitt 2009-2018, Raute: 2018

Aufgreifkriterien

siehe Methodik unter Quellenangabe

Standardisierung keine

Datenquelle

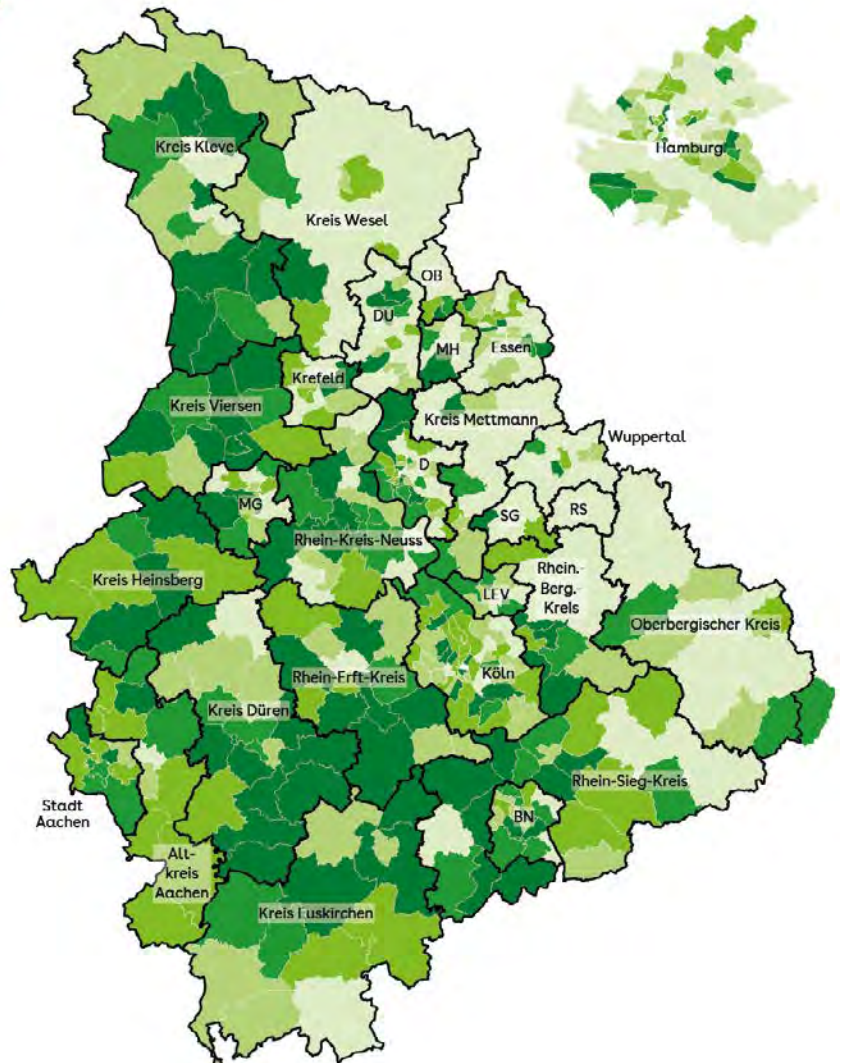
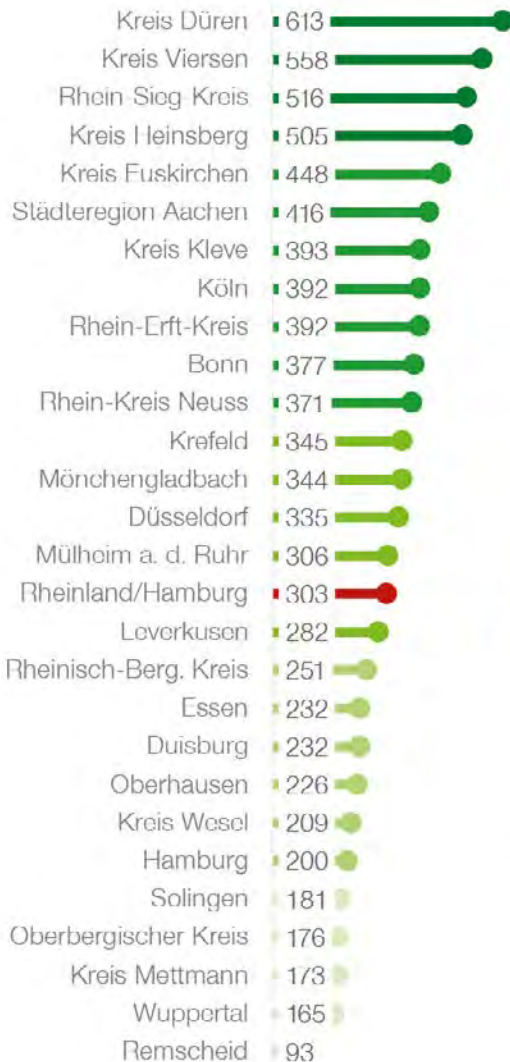
WIdO-Versorgungsreport 2021
www.wido.de

Regionale Zuordnung

Wohnort

Hitzebedingte Krankenhausfälle – Prognose bei strikter Klimapolitik

Hitzebedingte Krankenhausfälle je eine Million Menschen über 65 Jahren



Welchen Einfluss hat der Klimawandel auf die Anzahl der Krankenhausfälle?

Der Klimawandel sorgt für einen Anstieg der Temperaturen. Extreme Wetterereignisse wie Hitzeereignisse werden zunehmen. Die gesundheitliche Belastung für gefährdete Bevölkerungsgruppen steigt und damit auch die Anzahl der hitzebedingten Krankenhauseinweisungen. Zur Abschätzung des Einflusses des Klimawandels auf die hitzebedingte Hospitalisierung hat das Mercator Research Institute on Global Commons and Climate Change (MCC) in einer Zukunftsprognose zwei Szenarien des Weltklimarats zugrunde gelegt. Im besten Fall gelingt es, den globalen Temperaturanstieg auf deutlich unter zwei Grad zu begrenzen. Die Karte zeigt die in diesem Szenario prognostizierte Anzahl der hitzebedingten Krankenhausfälle je einer Million Menschen über 65 Jahren im Jahr 2100.

i Die AOK Rheinland/Hamburg verfolgt eine koordinierte Nachhaltigkeitsstrategie zur Reduzierung ihrer Emissionen.

Zeitraum
2100

Aufgreifkriterien
siehe Methodik unter Quellenangabe

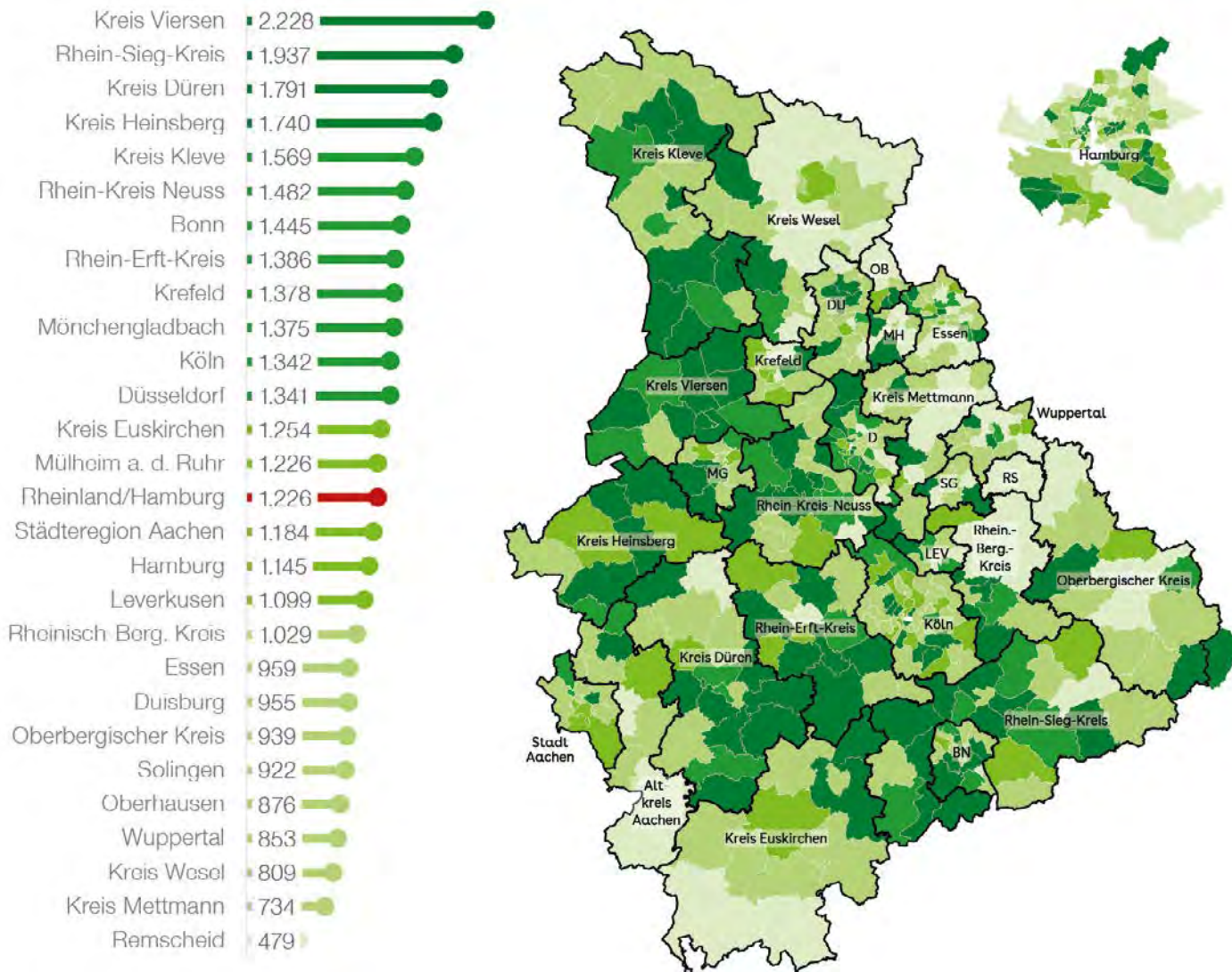
Standardisierung
keine

Datenquelle
WIdO-Versorgungsreport 2021
www.wido.de

Regionale Zuordnung
Wohnort

Hitzebedingte Krankenhausfälle – Prognose bei ungebremstem CO₂-Ausstoß

Hitzebedingte Krankenhausfälle je eine Million Menschen über 65 Jahren



Welchen Einfluss hat der Klimawandel auf die Anzahl der Krankenhausfälle?

Der Klimawandel sorgt für einen Anstieg der Temperaturen. Extreme Wetterereignisse wie Hitzeereignisse werden zunehmen. Die gesundheitliche Belastung für gefährdete Bevölkerungsgruppen steigt und damit auch die Anzahl der hitzebedingten Krankenhauseinweisungen. Um den Einfluss des Klimawandels auf die hitzebedingte Hospitalisierung einzuschätzen, hat das Mercator Research Institute on Global Commons and Climate Change (MCC) in einer Prognose zwei Szenarien des Weltklimarats zugrunde gelegt. Werden keine Maßnahmen zur Begrenzung des CO₂-Ausstoßes ergriffen, steigen die Temperaturen bis 2100 um etwa fünf Grad an. Die Anzahl der hitzebedingten Krankenhauseinweisungen würde sich versechsfachen. Die Karte zeigt die prognostizierte Anzahl der hitzebedingten Krankenhausfälle je einer Million Menschen über 65 Jahren bei ungebremstem CO₂-Ausstoß im Jahr 2100.

Zeitraum
2100

Aufgreifkriterien
siehe Methodik unter Quellenangabe

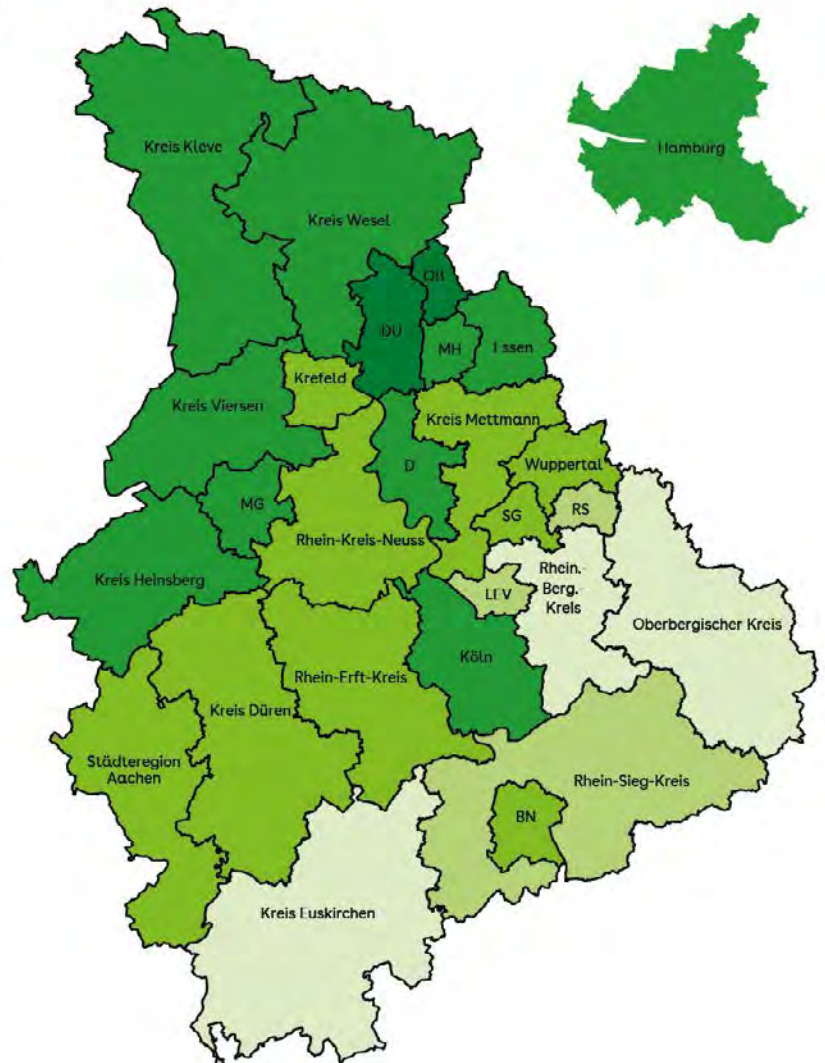
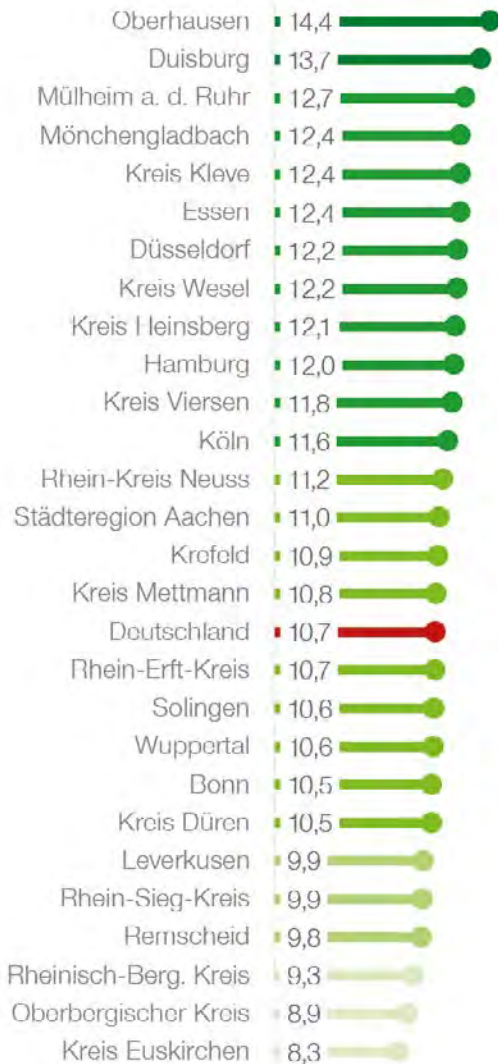
Standardisierung
keine

Datenquelle
WIdO-Versorgungsreport 2021
www.wido.de

Regionale Zuordnung
Wohnort

Feinstaubbelastung

Bevölkerungsgewichtete Grundbelastung durch Feinstaub im Jahresdurchschnitt in Mikrogramm pro Kubikmeter Luft



Warum gefährdet Feinstaub die Gesundheit?

Feinstaub schädigt die Gesundheit des Menschen. Die feinen Partikel können tief in die Lunge vordringen und dort Zellen schädigen. Über einen längeren Zeitraum können sie die Entstehung von Krankheiten der Atemwege, des Herz-Kreislaufsystems, des Stoffwechsels und des Nervensystems fördern. Kinder und Menschen mit Vorerkrankungen sind besonders gefährdet. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat den von ihr empfohlenen Richtwert der Langzeitbelastung jüngst von 10 auf 5 Mikrogramm pro Kubikmeter Luft abgesenkt. Der EU-Grenzwert liegt aktuell noch bei 25 Mikrogramm. Die Karte weist die durchschnittliche Belastung der Bevölkerung durch Feinstaub mit einem Durchmesser kleiner 2,5 Mikrometer aus. Für die Berechnungen wurden nur Messwerte von Messstationen genutzt, die sich nicht in direkter Nähe von Straßen befinden. Lokal, insbesondere an verkehrsreichen Standorten, dürfte die Konzentration deutlich höher sein. Die regionalen Daten wurden im Rahmen einer einmaligen Analyse des Umweltbundesamtes erstellt.

Zeitraum

2017

Aufgreifkriterien

Messwerte und Modellschätzungen

Standardisierung

keine

Datenquelle

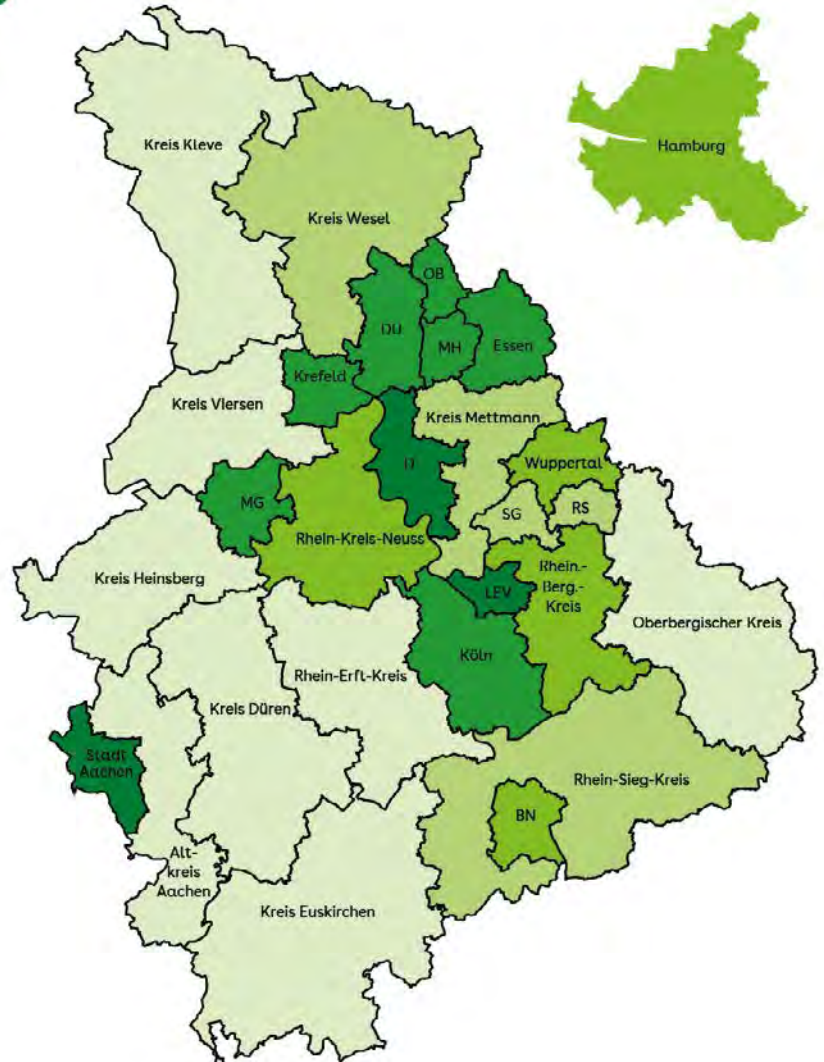
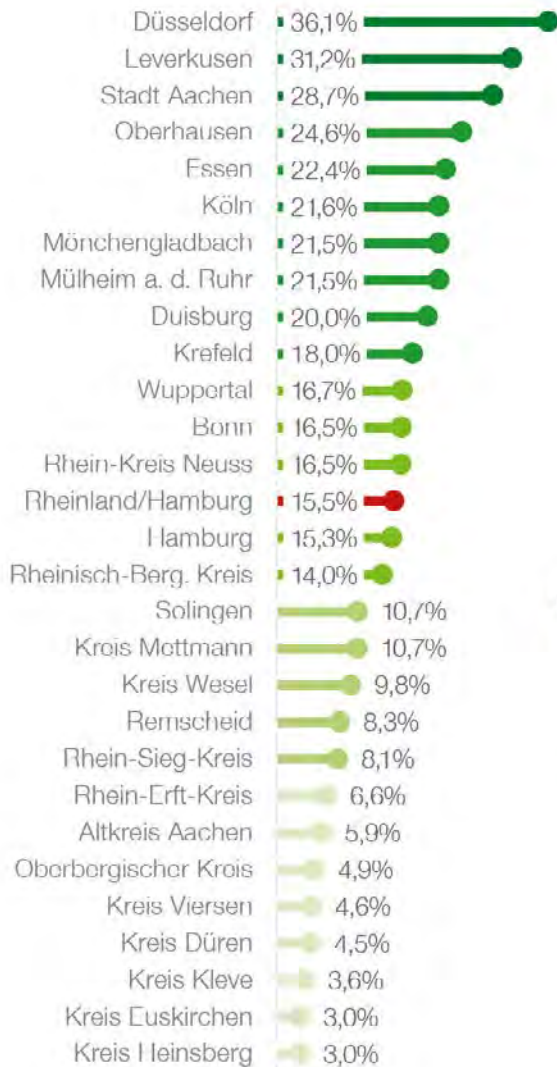
Umweltbundesamt

Regionale Zuordnung

Wohnort

Lärmbelastung durch Straßenverkehr

Anteil der Bevölkerung mit einer durchschnittlichen 24-Stunden-Belastung durch Umgebungslärm von mehr als 55 Dezibel



Welchen Einfluss hat Straßenverkehrslärm auf die Gesundheit?

Anhaltender Umgebungslärm ist gesundheitlich belastend. Er verursacht Stress und Ärger und kann zu Schlafstörungen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen führen. Die bedeutendste Lärmquelle ist der Straßenverkehr. In einer repräsentativen Umfrage des Wissenschaftlichen Instituts der Ortskrankenkassen aus dem Jahr 2021 klagte ein Fünftel der Befragten über starke oder sehr starke Beeinträchtigungen durch Straßenverkehrslärm. Definitive, rechtlich normierte Grenzwerte gibt es nicht. Der Weltgesundheitsorganisation WHO zufolge hat eine mittlere Lärmbelastung von mehr 53 Dezibel schädigende Auswirkungen auf die Gesundheit. Das ist in etwa die Lautstärke eines normalen Gesprächs. Die Auswertung betrachtet, wie viele Menschen über 24 Stunden eines Tages einem Schallpegel von über 55 Dezibel durch Straßenverkehrslärm ausgesetzt sind. Die Daten entstammen der amtlichen Lärmkartierung, die alle fünf Jahre erstellt wird.

Zeitraum
2017

Aufgreifkriterien
LDEN > 55

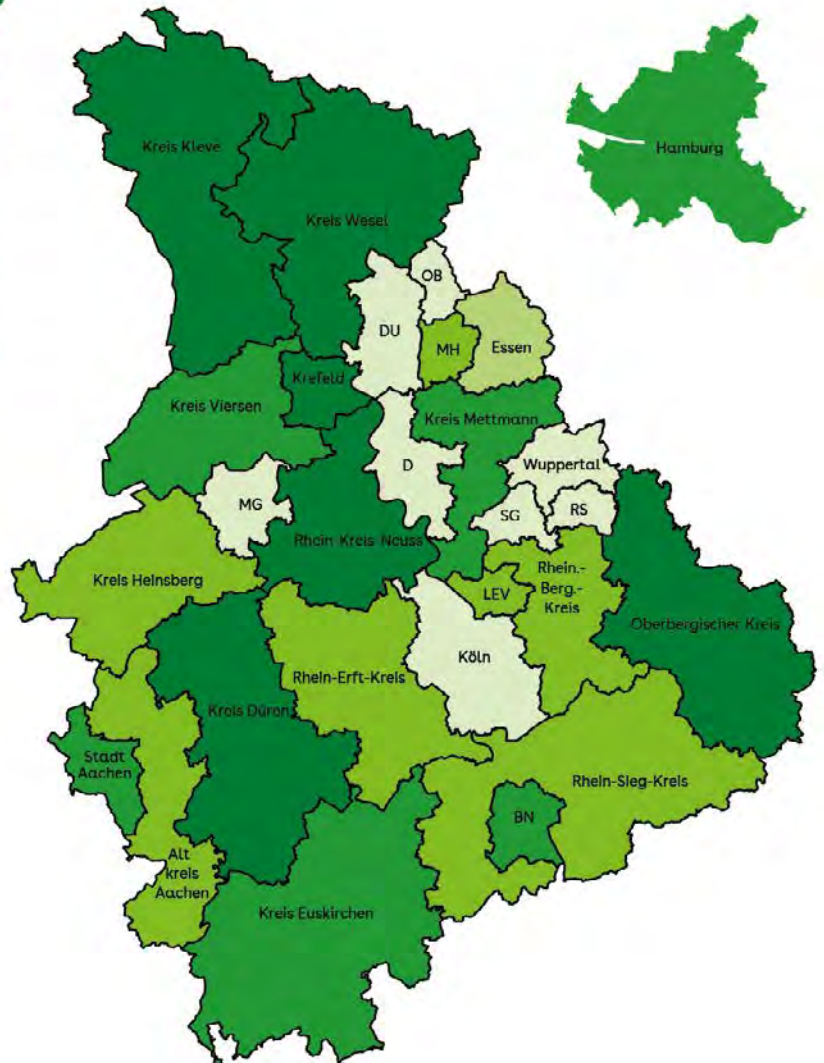
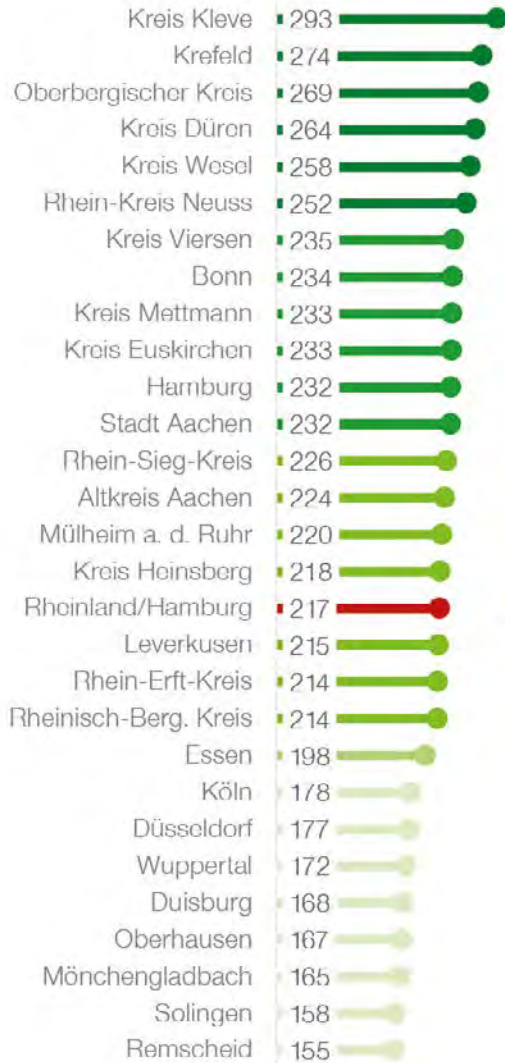
Standardisierung
keine

Datenquelle
Landesumweltamt NRW,
Behörde für Umwelt, Klima,
Energie und Agrarwirtschaft
Hamburg

Regionale Zuordnung
Wohnort

Mitgliedschaften in Sportvereinen

Mitgliedschaften je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner



Wie werden die Mitgliedschaften in Sportvereinen erfasst?

Die Anzahl der Mitgliedschaften in Sportvereinen ist ein Indikator für die sportliche Aktivität der Bevölkerung. Die Mitgliederzahlen der Sportvereine werden nicht personenbezogen gemeldet. Eine Person, die Mitglied in mehreren Vereinen ist, wird somit mehrfach in der Statistik gezählt. Der Organisationsgrad der Bevölkerung in Sportvereinen lässt sich daher nicht erfassen, sondern lediglich die Anzahl der Mitgliedschaften pro 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner. Die hohen Mitgliederzahlen der Fußballbundesligisten verzerren dieses Bild, da es sich zum Großteil um passive Mitglieder handelt. Daher wurden die Werte der Kreise um die Mitgliederzahlen ihrer Erst- und Zweitligaver-eine der Fußballbundesliga reduziert und pauschal 1.500 als aktive Sportlerinnen und Sportler pro Verein berücksichtigt.

Zeitraum

2022

Aufgreifkriterien

alle Mitgliedschaften

Standardisierung

keine

Datenquelle

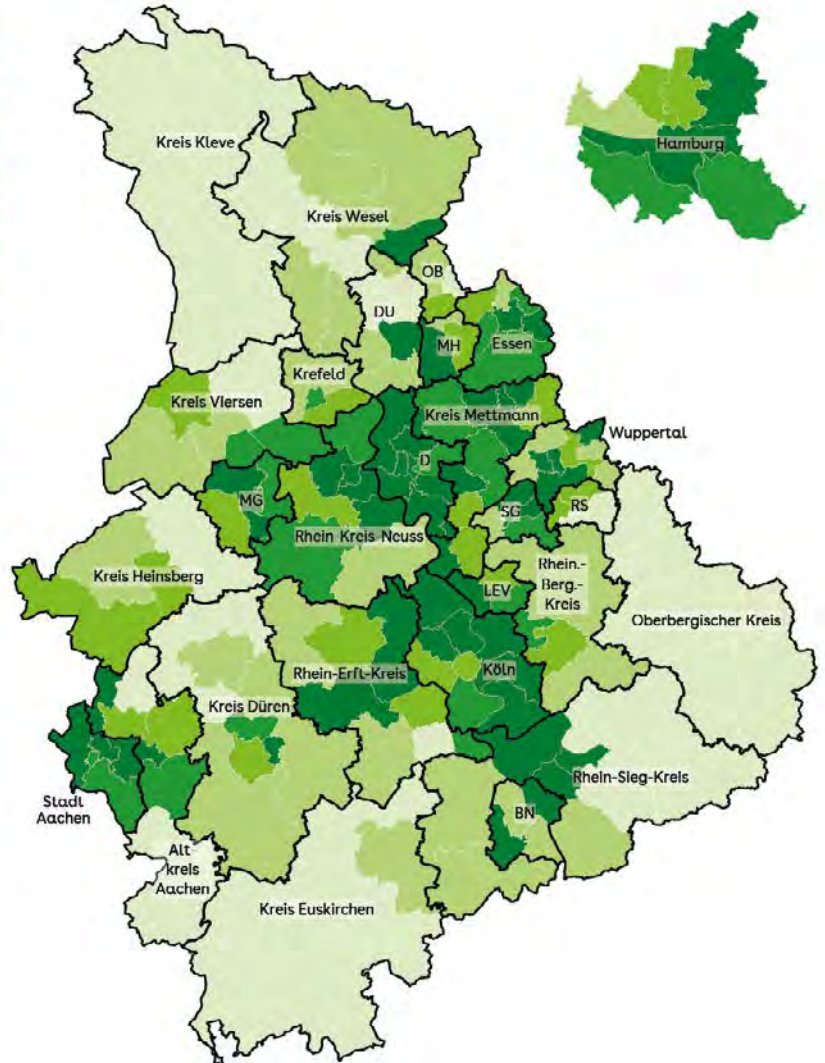
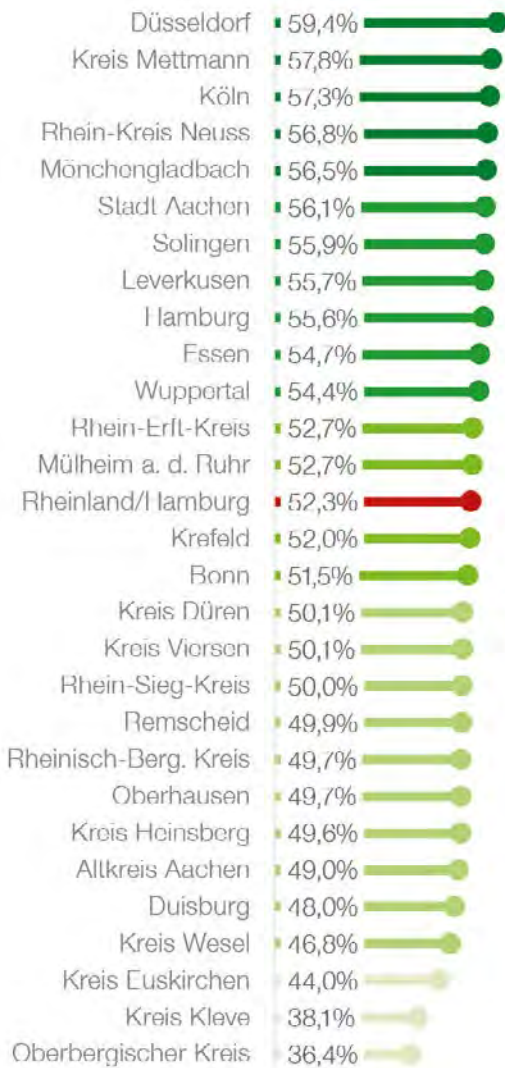
Landessportbund NRW, Hamburger Sportbund

Regionale Zuordnung

Sitz des Sportvereins

Check-up bei Frauen

Inanspruchnahme bei Frauen im Alter von 35 bis 64 Jahren



Was wird beim Check-up gemacht?

Versicherte ab 35 Jahren haben alle drei Jahre Anspruch auf eine allgemeine Gesundheitsuntersuchung (ehemals „Check-up 35“). Bei der allgemeinen Gesundheitsuntersuchung sollen gesundheitliche Risiken und Belastungen frühzeitig erfasst werden. Sie dient außerdem der Früherkennung von häufig auftretenden Krankheiten, insbesondere von Herz-Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie von Diabetes. Hierzu werden Vorerkrankungen und Beschwerden besprochen, eine vollständige körperliche Untersuchung durchgeführt, der Blutdruck gemessen sowie eine Blutprobe entnommen und im Labor ausgewertet. Die Ergebnisse werden in einem abschließenden Gespräch besprochen.

Zeitraum

2021

Aufgreifkriterien

EBM-Ziffer: 01732

Standardisierung

Alter auf weibliche Bundesbevölkerung

Datenquelle

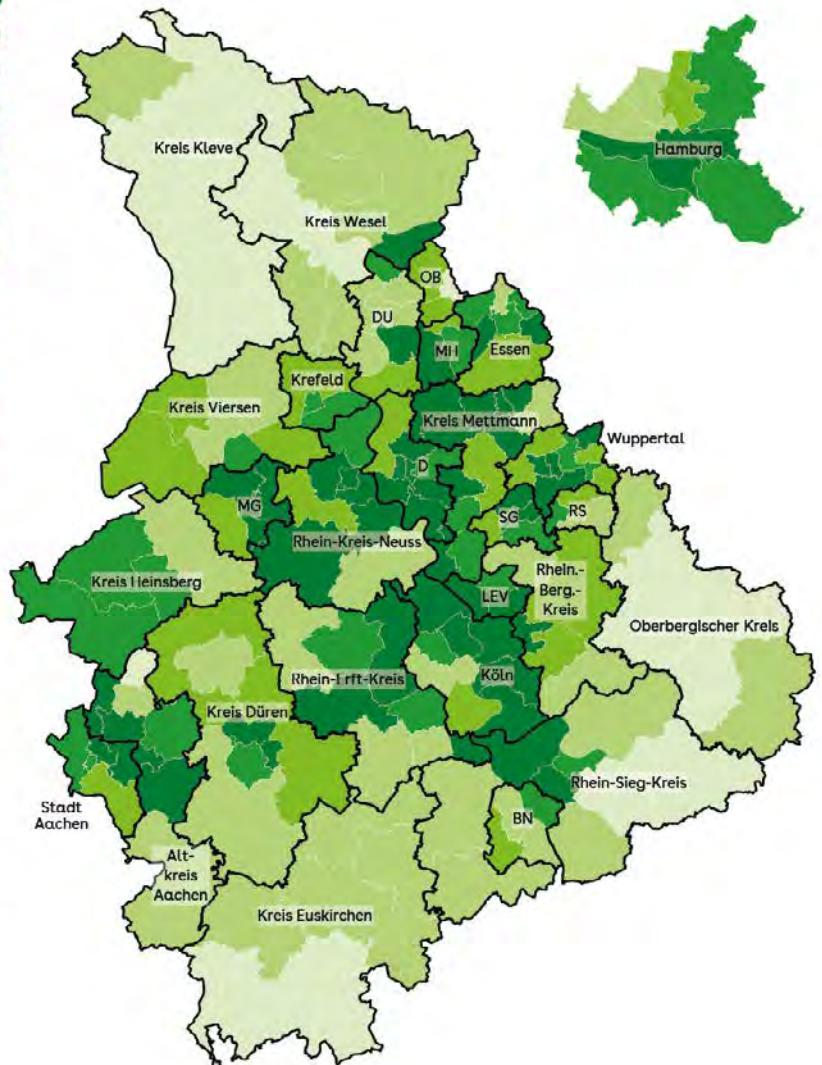
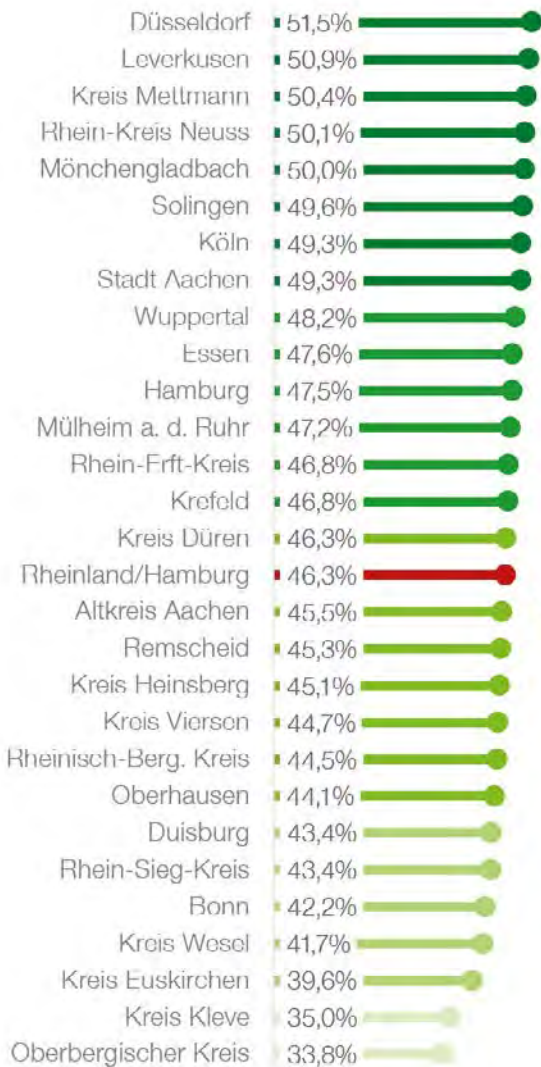
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Check-up bei Männern

Inanspruchnahme bei Männern im Alter von 35 bis 64 Jahren



Was wird beim Check-up gemacht?

Versicherte ab 35 Jahren haben alle drei Jahre Anspruch auf eine allgemeine Gesundheitsuntersuchung (ehemals „Check-up 35“). Bei der allgemeinen Gesundheitsuntersuchung sollen gesundheitliche Risiken und Belastungen frühzeitig erfasst werden. Sie dient außerdem der Früherkennung von häufig auftretenden Krankheiten, insbesondere von Herz-Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie von Diabetes. Hierzu werden Vorerkrankungen und Beschwerden besprochen, eine vollständige körperliche Untersuchung durchgeführt, der Blutdruck gemessen sowie eine Blutprobe entnommen und im Labor ausgewertet. Die Ergebnisse werden in einem abschließenden Gespräch besprochen.

Zeitraum

2021

Aufgreifkriterien

EBM-Ziffer: 01732

Standardisierung

Alter auf männliche Bundesbevölkerung

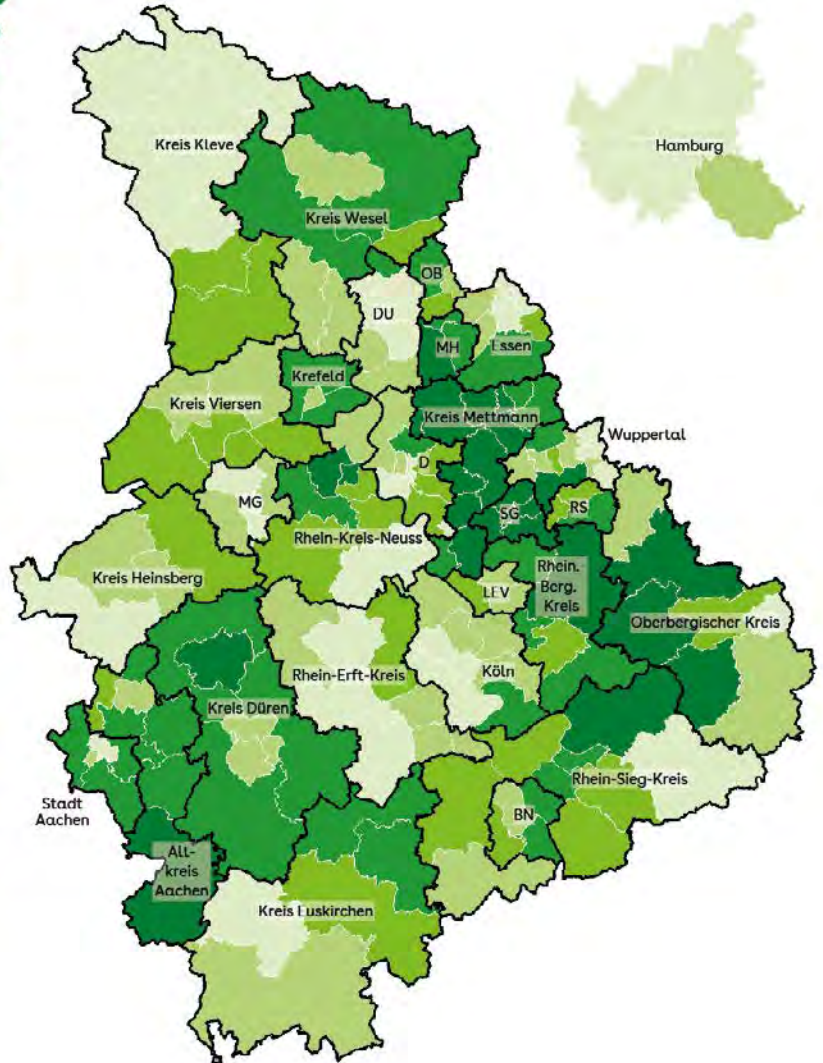
Datenquelle

AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Früherkennung von Krebserkrankungen bei der Frau Inanspruchnahme bei Frauen ab 20 Jahren



Was wird bei der Früherkennung gemacht?

Im Rahmen der gynäkologischen Früherkennungsuntersuchung können sich Frauen ab 20 Jahren einmal pro Jahr bei der Frauenärztin bzw. dem Frauenarzt auf Krebs im Genitalbereich, insbesondere Gebärmutterhalskrebs, untersuchen lassen. Früherkennungsmaßnahmen können Krebs in der Regel zwar nicht verhindern, aber möglichst frühzeitig entdecken und somit die Heilungschancen verbessern. Die Untersuchung besteht aus einer Begutachtung des Genitalbereichs, einer Tastuntersuchung der inneren Genitalien, einer Betrachtung der Scheide und des Muttermundes mittels eines Spiegels sowie eines Abstrichs vom Gebärmuttermund und Gebärmutterhals („Pap-Test“). Seit dem Jahr 2020 können Frauen ab 35 Jahren alle drei Jahre einen kombinierten Pap-Test und Test auf Humane Papillomviren wahrnehmen. Bei Frauen ab 30 Jahren wird zudem die Brust abgetastet.

Zeitraum

2021

Aufgreifkriterien

EBM-Ziffern: 01730, 01760, 01761

Standardisierung

Alter auf weibliche Bundesbevölkerung

Datenquelle

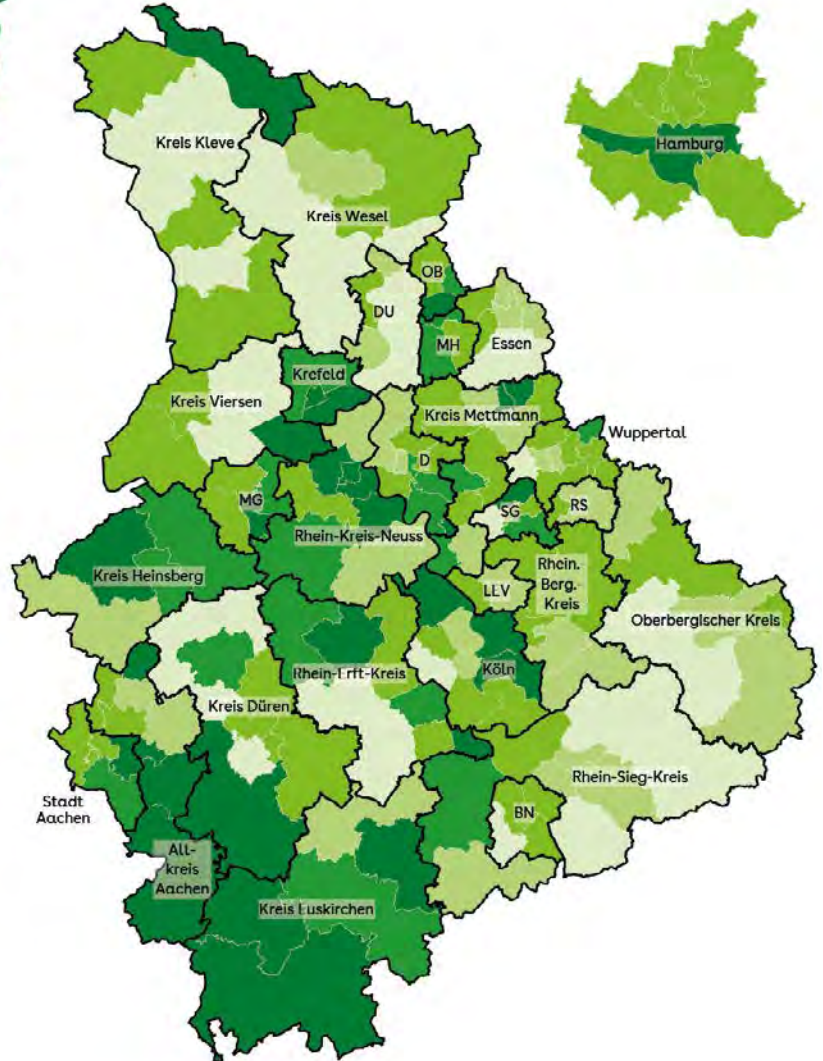
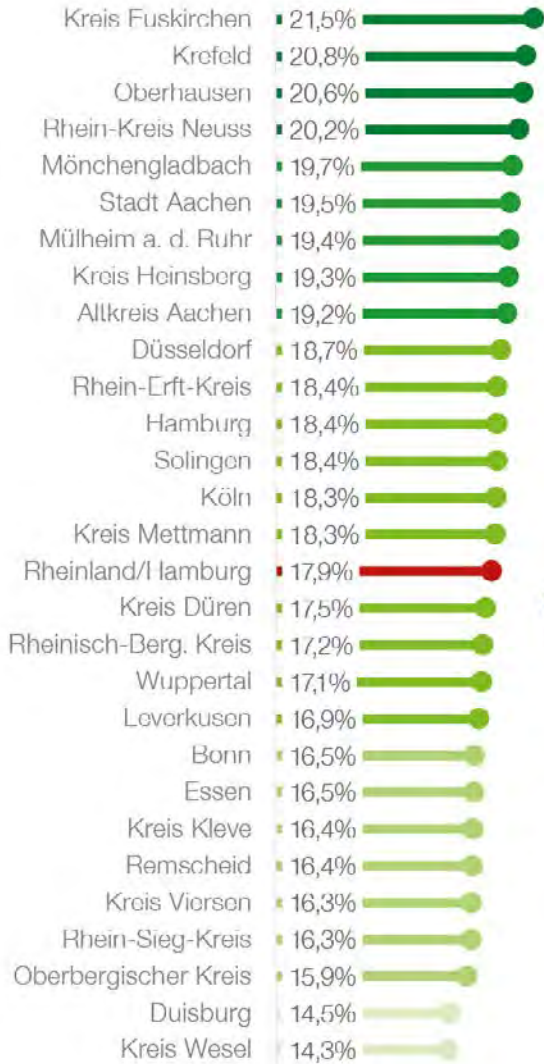
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Früherkennung von Krebserkrankungen beim Mann

Inanspruchnahme bei Männern ab 45 Jahren



Was wird bei der Früherkennung gemacht?

Im Rahmen der urologischen Früherkennungsuntersuchung können sich Männer ab 45 Jahren einmal pro Jahr auf Krebs im Genitalbereich untersuchen lassen. Sie besteht aus der Inspektion des äußeren Genitals und der Tastuntersuchung auf Prostatakrebs. Früherkennungsmaßnahmen können Krebs in der Regel zwar nicht verhindern, aber möglichst frühzeitig entdecken und somit die Heilungschancen verbessern.

i Die AOK bietet mit Vorsorg-O-Mat ein Online-Tool an, um den Überblick der anstehenden Früherkennungsuntersuchungen zu behalten.

Zeitraum

2021

Aufgreifkriterien

EBM-Ziffer: 01731

Standardisierung

Alter auf männliche Bundesbevölkerung

Datenquelle

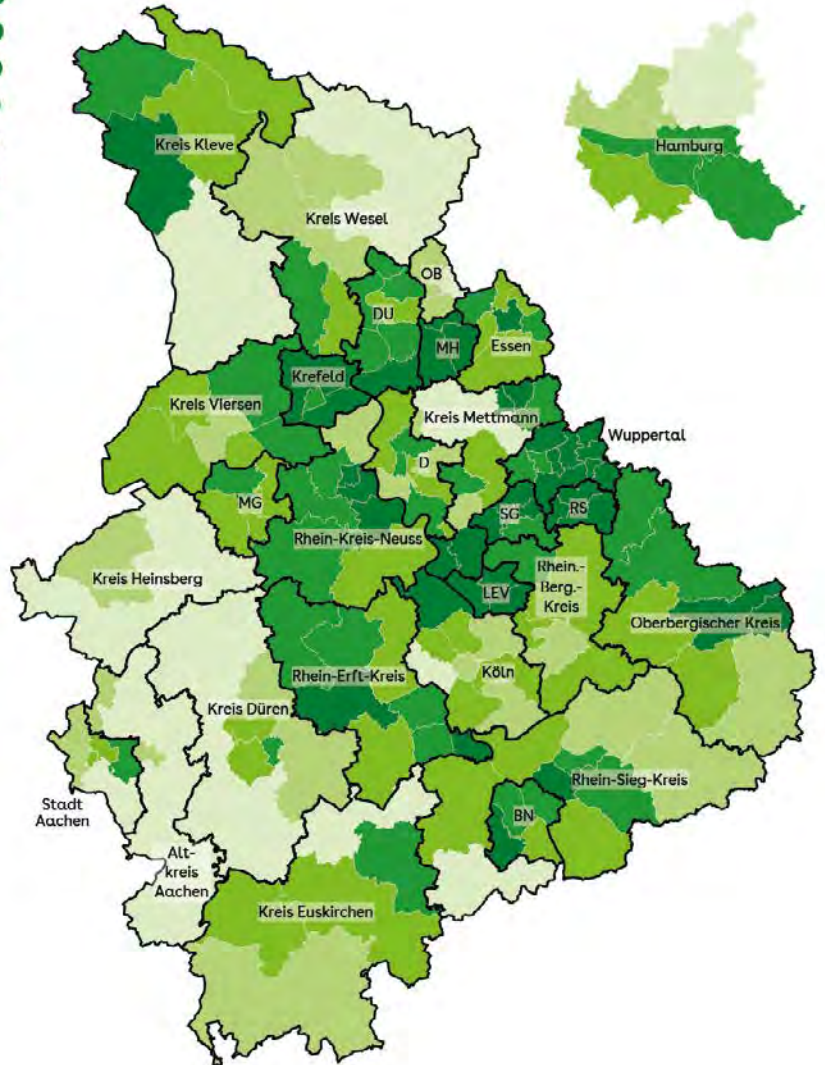
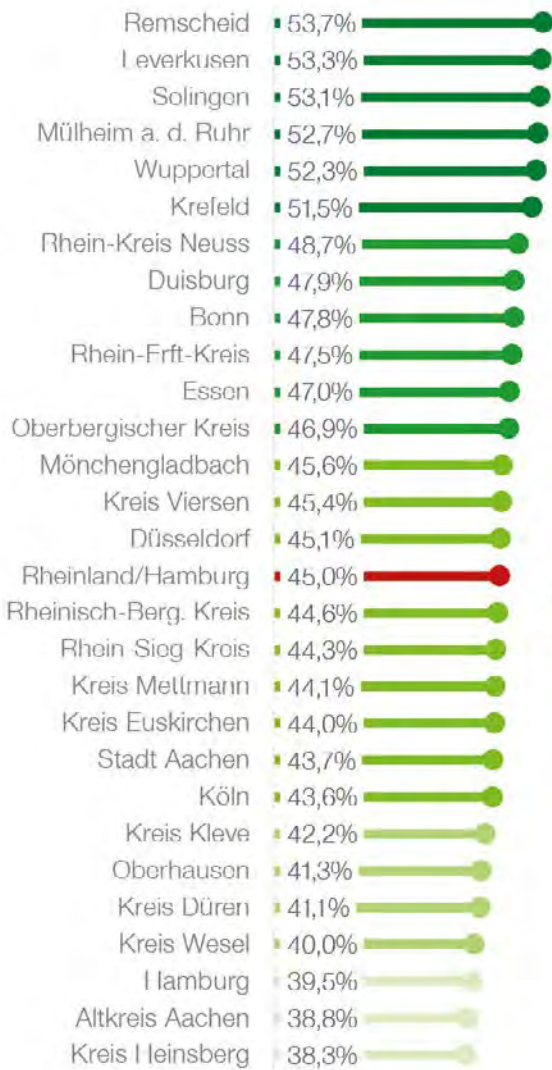
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Mammographie-Screening

Inanspruchnahme bei Frauen zwischen 50 und 69 Jahren



Warum gibt es ein Mammographie-Screening?

Brustkrebs ist die mit Abstand häufigste Krebsart bei Frauen. Jährlich erkranken 160 je 100.000 Frauen neu an Brustkrebs. Brustkrebs ist heutzutage – wenn er frühzeitig erkannt und leitliniengerecht behandelt wird – in vielen Fällen heilbar. Um die Erkrankung möglichst früh zu erkennen, besteht in Deutschland mit dem Mammographie-Screening ein Früherkennungsprogramm. Alle Frauen zwischen 50 und 69 Jahren werden verdachtsunabhängig alle zwei Jahre schriftlich zur Röntgenuntersuchung der Brust in einem Mammographiezentrum eingeladen. Ziel des Screenings ist es, Krebs in einem frühen Stadium zu erkennen, in dem er sich noch gut behandeln lässt. Die Auswertung betrachtet, wie viele Frauen in der Altersgruppe der Einladung zum Mammographie-Screening in den Jahren 2020 und 2021 gefolgt sind.

Zeitraum

2020 und 2021

Aufgreifkriterien

EBM-Ziffer: 01750

Standardisierung

Alter auf weibliche Bundesbevölkerung

Datenquelle

AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Darmspiegelung zur Krebsfrüherkennung

Inanspruchnahme in den ersten fünf Jahren nach erstmaliger
Anspruchsberechtigung



Warum ist die Früherkennungskoloskopie besonders sinnvoll?

Die Koloskopie (Darmspiegelung) ist die derzeit zuverlässigste Methode, um Darmkrebs frühzeitig zu erkennen. Als einzige Krebsvorsorge ermöglicht sie, Krebsvorstufen zu entfernen und somit das Risiko für die Entstehung von Darmkrebs deutlich zu senken. Versicherte haben ab dem Alter von 55 Jahren Anspruch auf eine Früherkennungs-Koloskopie, die nach 10 Jahren einmal wiederholt werden kann. Seit dem 19. April 2019 können Männer bereits ab dem Alter von 50 Jahren eine Früherkennungskoloskopie in Anspruch nehmen. Diese Neuerung schlägt sich in dieser Auswertung noch nicht nieder. Die Auswertung weist die Inanspruchnahme innerhalb der ersten fünf Jahre nach dem 55. Geburtstag für drei Geburtsjahrgänge (1959–1961) aus.

Zeitraum

2015 bis 2021

Aufgreifkriterien

EBM-Ziffer: 01741

Standardisierung

keine

Datenquelle

AOK Rheinland/Hamburg

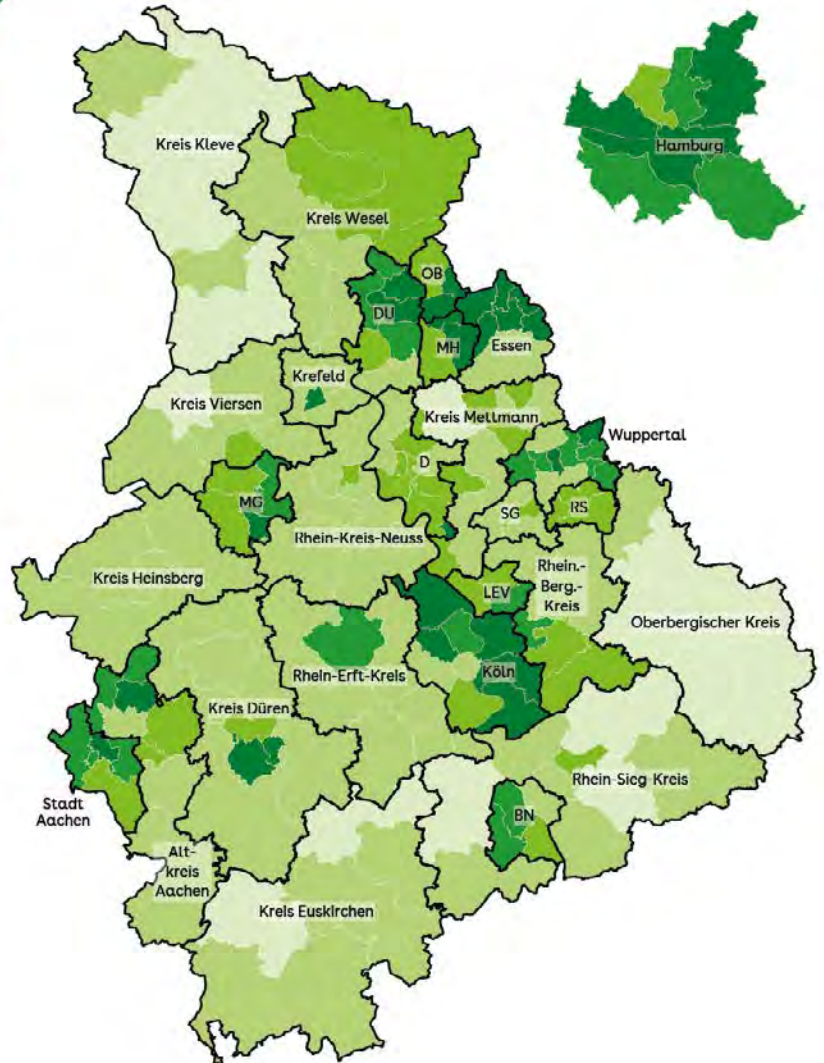
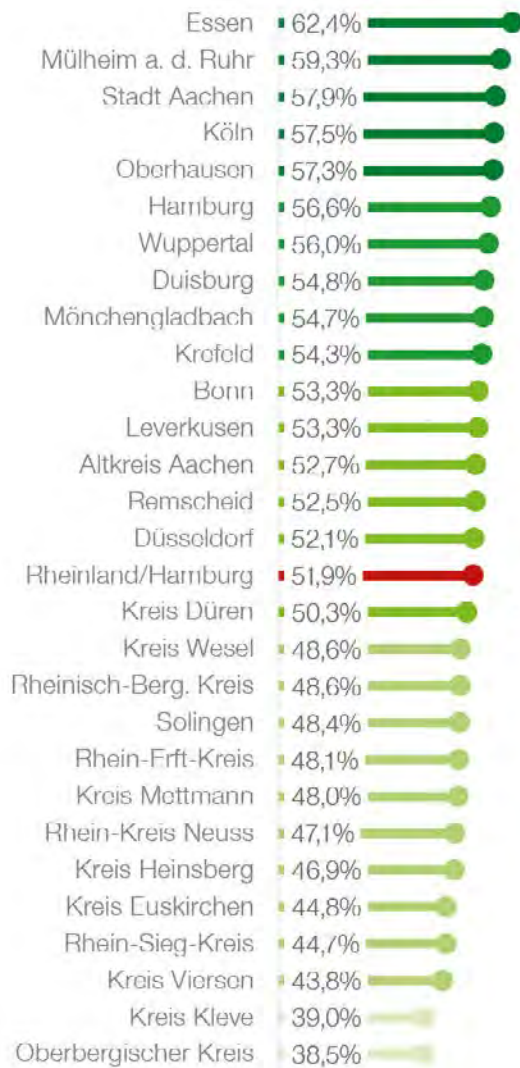
Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Schwerpunktthema

**Belastungen und Entwicklungsstörungen
bei Kindern und Jugendlichen**

Kinder mit mindestens einer familiären Belastungssituation Anteil an allen Kindern und Jugendlichen



Was bedeuten familiäre Belastungen für die Kindergesundheit?

Die ersten Jahre im Leben eines Menschen sind prägend. Die Familie ist für Kinder der mit Abstand wichtigste soziale Bezugspunkt und Bildungsort. Eigene Belastungen der Eltern wie Anspannung, Stress oder Schmerzen schränken diese in ihrer Elternrolle ein und können sich negativ auf das Kind auswirken. Auch stellen die Kinder ihre Bedürfnisse hintenan. Die Auswertung zeigt, wie viele Kinder und Jugendliche in einem Haushalt mit mindestens einer Belastung aufwachsen. Berücksichtigt werden chronische Erkrankungen der Eltern sowie ein niedriger sozioökonomischer Status, definiert als ALG-II-Bezug.

i Die AOK Rheinland/Hamburg bietet zahlreiche Präventionsangebote in Kitas, Kindertagespflege und der Schule.

Zeitraum

2021

Aufgreifkriterien

auf Anfrage

Standardisierung

keine

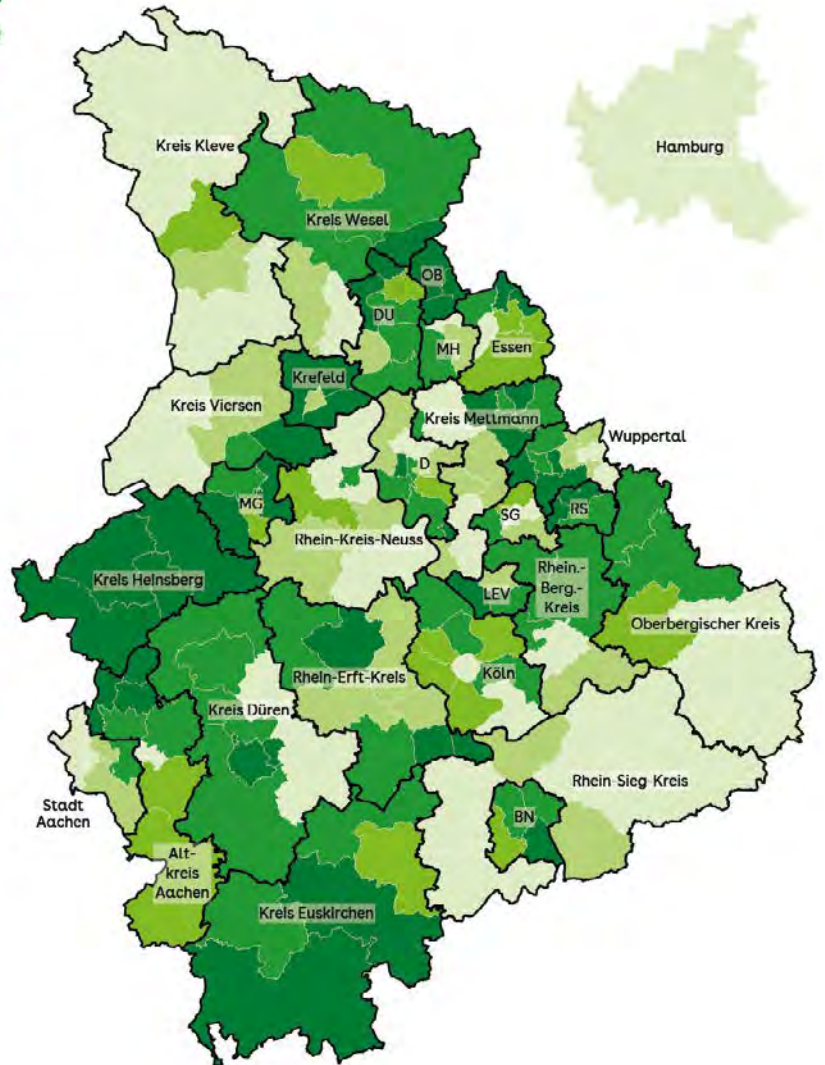
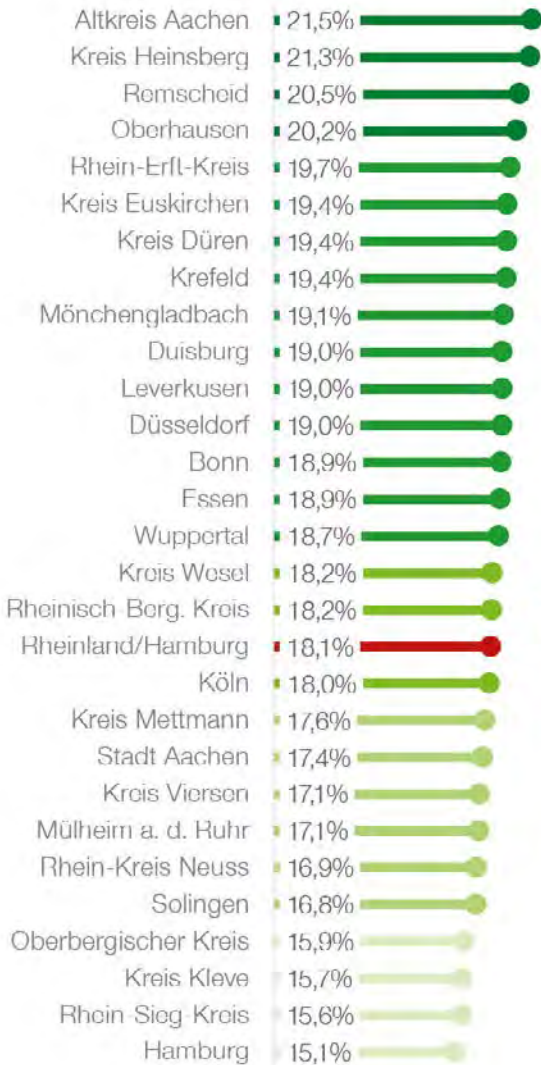
Datenquelle

AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Kinder mit mindestens einem körperlich kranken Elternteil Anteil an allen Kindern und Jugendlichen



Welche Erkrankungen wurden berücksichtigt?

Ist ein Elternteil langfristig erkrankt, hat dies oftmals Auswirkungen auf die ganze Familie. Die somatischen („körperlichen“) Erkrankungen umfassen alle Erkrankungen körperlichen Ursprungs, ausgelöst durch Schädigungen des Gewebes oder der Organe. Die Auswahl wurde nach der ärztlichen Einschätzung getroffen, welche chronischen körperlichen Krankheiten eine Belastung für die Familie darstellen. Als chronisch wurde eine Krankheit definiert, mit der eine Person über zwei Jahre in regelmäßiger ärztlicher Behandlung war. Die häufigsten Krankheiten sind schwere Adipositas (8,0%), Beschwerden an der Bandscheibe (5,2%), chronischer Schmerz (4,8%) und Typ-2-Diabetes mit Komplikationen (4,7%). Diese Prävalenzen entsprechen der Rate bei gleichaltrigen Menschen ohne Kinder.

i Die AOK Rheinland/Hamburg beteiligt sich an dem Projekt Familien-SCOUT, das Familien mit krebserkranktem Elternteil unterstützt.

Zeitraum

2021

Aufgreifkriterien

auf Anfrage

Standardisierung

keine

Datenquelle

AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

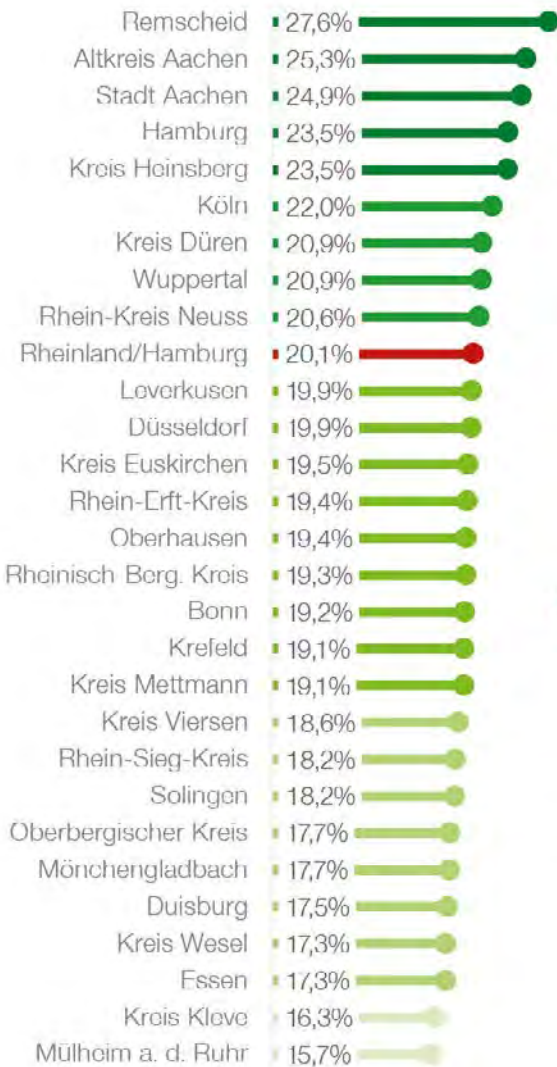
Gesundheit und Gesundheitsversorgung bei Kindern und Jugendlichen mit körperlich krankem Elternteil

| Indikator | Alter | Rate | Erhöhte Wahrscheinlichkeit im Vergleich zu allen Kindern und Jugendlichen, die nicht diese spezifische Belastungssituation haben |
|--|-------|-------|--|
| mindestens eine der Auffälligkeiten | 0-17 | 28,1% | 20% |
| niedriges Geburtsgewicht | 0 | 8,4% | 28% |
| Schädigung des Fötus | 0 | 1,1% | Keine erhöhte Wahrscheinlichkeit |
| Probleme in Perinatalphase | 0 | 22,7% | 23% |
| Asthma | 1-17 | 4,9% | 24% |
| Adipositas | 3-17 | 10,5% | 37% |
| Sprachentwicklungsstörungen | 3-17 | 11,7% | -3% |
| Motorische Entwicklungsstörung | 3-17 | 3,8% | 8% |
| ADHS | 3-17 | 5,5% | 25% |
| Sozialverhaltensstörung | 3-17 | 3,3% | 9% |
| Essstörung | 10-17 | 0,6% | Keine erhöhte Wahrscheinlichkeit |
| Sucht | 14-17 | 0,3% | Keine erhöhte Wahrscheinlichkeit |

| Indikator | Alter | Rate | Erhöhte Wahrscheinlichkeit im Vergleich zu allen Kindern und Jugendlichen, die nicht diese spezifische Belastungssituation haben |
|-----------------------------------|-------|-------|--|
| Fehlende Teilnahme U-Untersuchung | 0-5 | 18,9% | -12% |
| Unvollständiger Impfschutz | 0-3 | 54,3% | Keine erhöhte Wahrscheinlichkeit |
| Krankenhausaufnahme | 0-17 | 8,8% | Keine erhöhte Wahrscheinlichkeit |
| Ambulanter Notfall | 0-17 | 23,6% | -4% |
| Psychotherapie | 6-17 | 8,7% | 11% |
| Psychopharmaka | 10-17 | 4,1% | 13% |

Kinder mit mindestens einem Elternteil mit psychischer Störung

Anteil an allen Kindern und Jugendlichen



Welche Störungen wurden berücksichtigt?

Bei einer psychischen Störung sind die Prozesse des Denkens, des Fühlens, der Wahrnehmung oder des Verhaltens so ausgestaltet, dass sich aus ihnen ein hoher Leidensdruck und Probleme im Alltag ergeben. Die Auswahl der berücksichtigten Krankheitsbilder wurde nach ärztlicher Einschätzung getroffen, welche chronischen psychischen Störungen eine Belastung für die Familie darstellen. Als chronisch wurde eine Krankheit definiert, mit der eine Person über zwei Jahre in regelmäßiger ärztlicher Behandlung war. Die häufigsten Störungen sind Depressionen (9,3%), neurotische Störungen, wie z.B. Angststörungen (8,6%) sowie Anpassungs- und Belastungsstörungen (4,0%). Diese Prävalenzen entsprechen der Rate bei gleichaltrigen Menschen ohne Kinder.

i Im Rahmen des Projektes „Gemeindepsychiatrische Basisversorgung“ werden Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg mit schwerwiegenden psychischen Erkrankungen durch multiprofessionelle, ambulant-aufsuchend arbeitende Teams begleitet.

Zeitraum

2021

Aufgreifkriterien

auf Anfrage

Standardisierung

keine

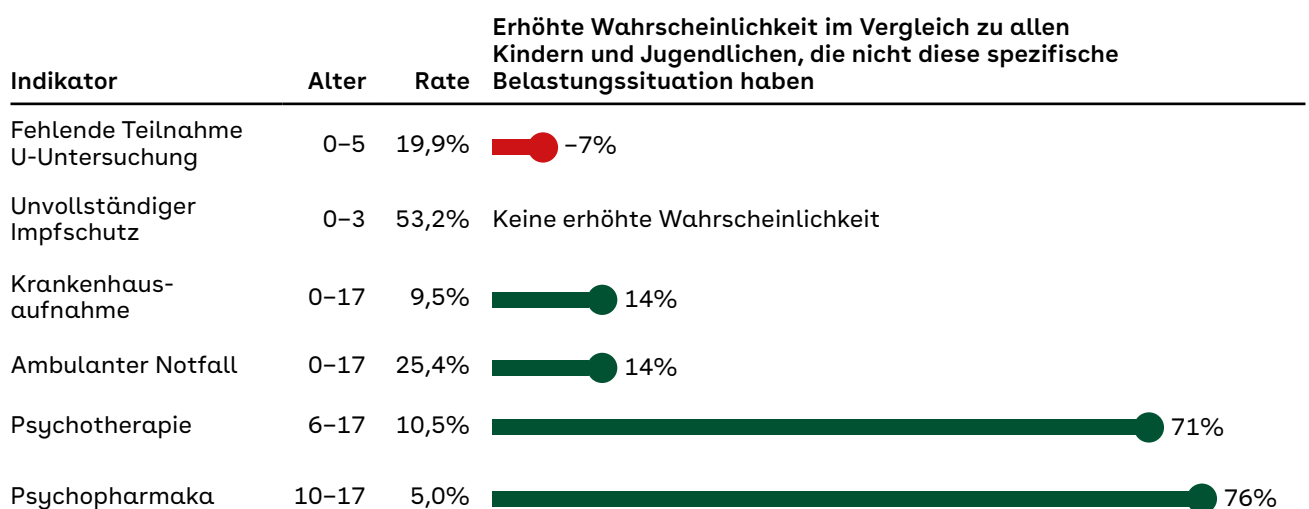
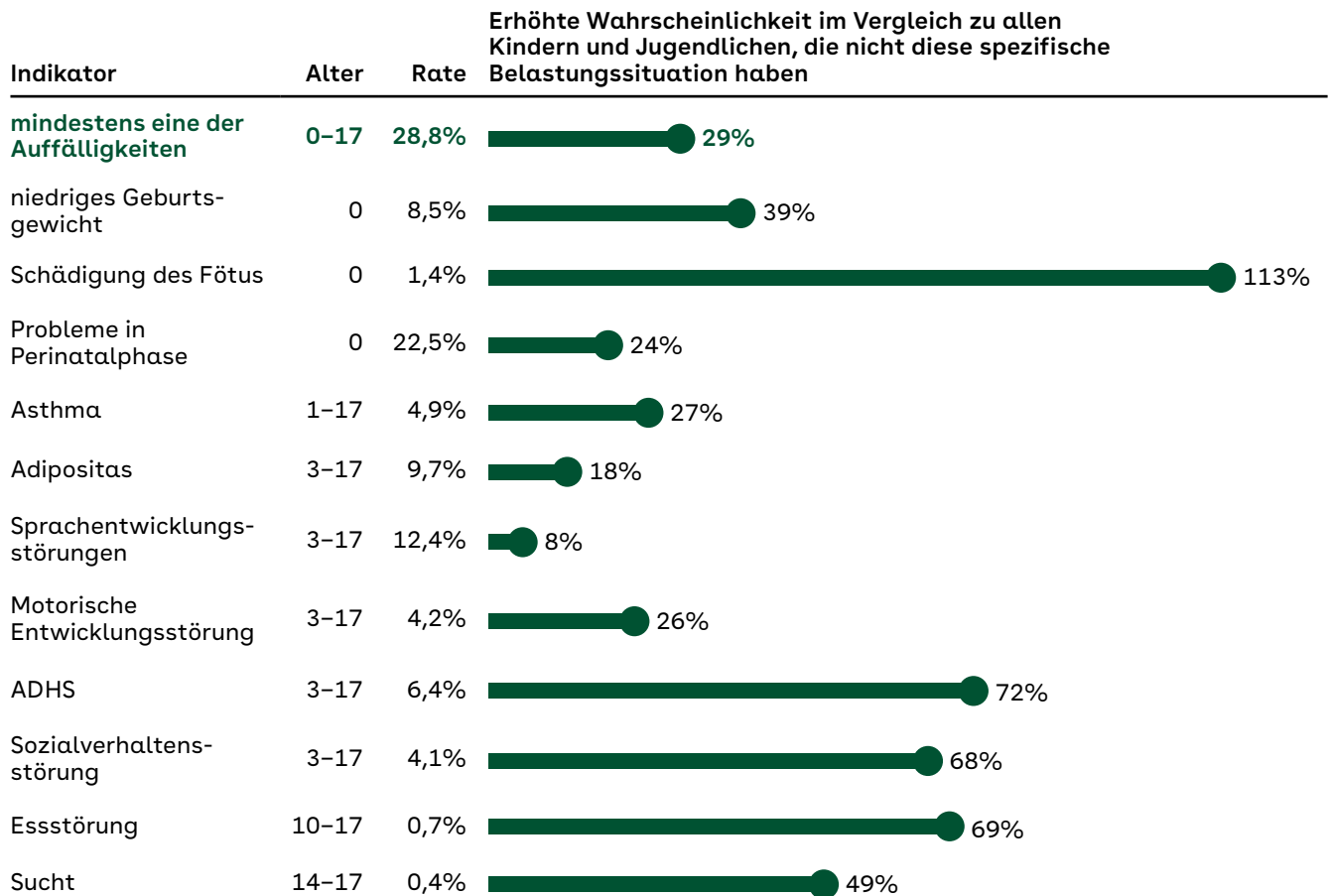
Datenquelle

AOK Rheinland/Hamburg

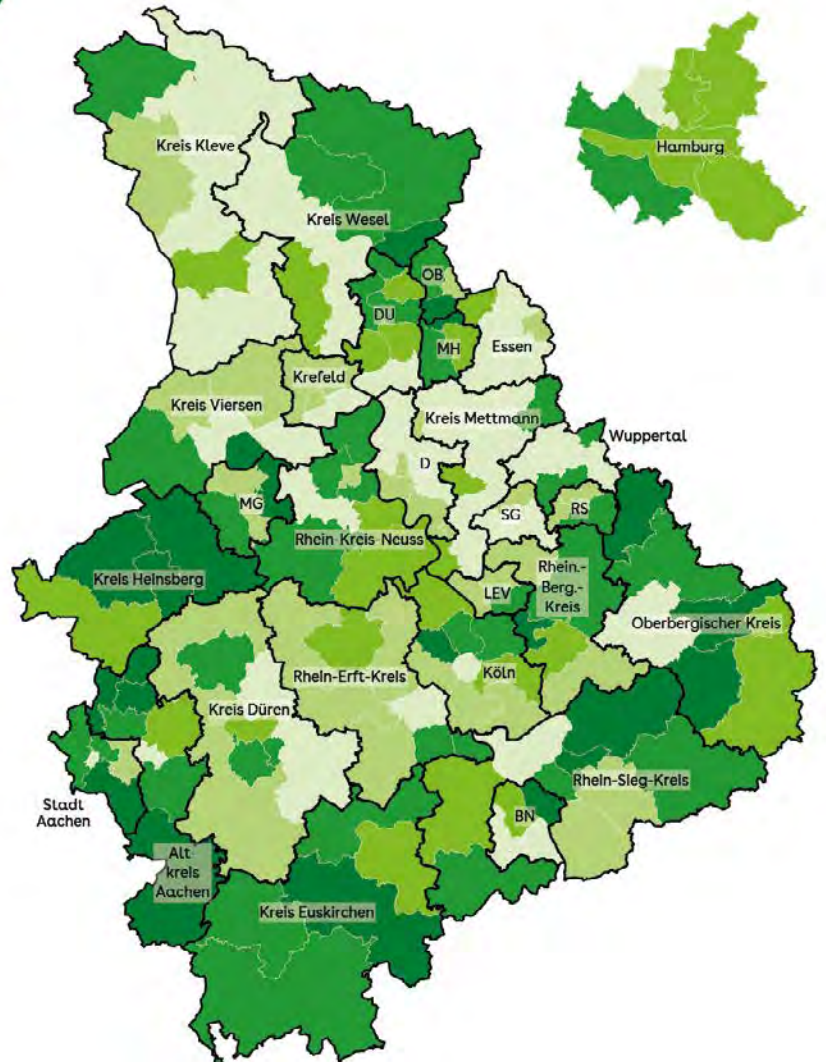
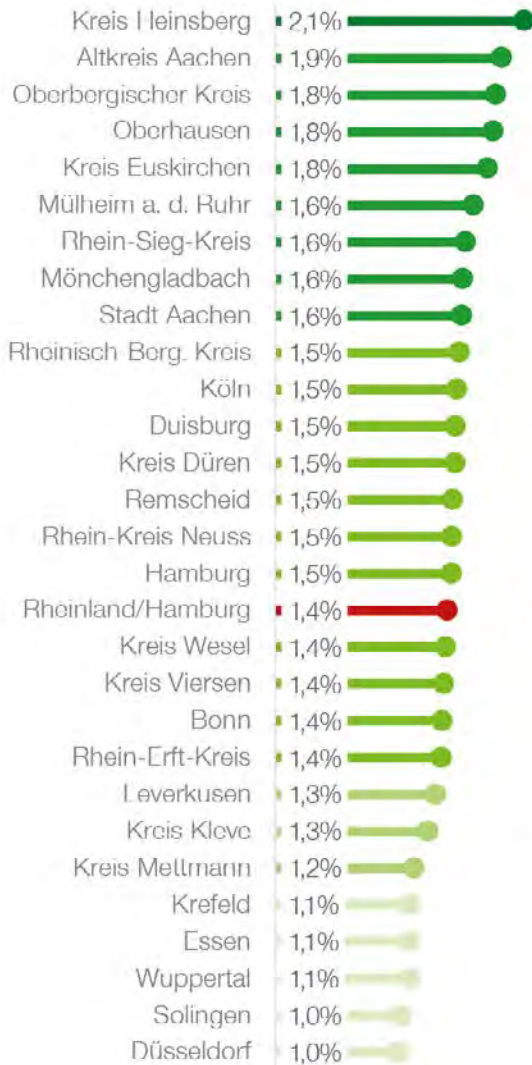
Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Gesundheit und Gesundheitsversorgung bei Kindern und Jugendlichen mit psychisch krankem Elternteil



Kinder mit mindestens einem suchtkranken Elternteil Anteil an allen Kindern und Jugendlichen



Welche Belastungen bestehen bei einem suchtkranken Elternteil?

Eine elterliche Suchterkrankung hat vielfältige Auswirkungen. Als Folge der Abhängigkeit vernachlässigen die Eltern die materielle und emotionale Fürsorge, zugleich kommt es zu ungünstigem Erziehungsverhalten. Die Bindung zwischen Eltern und Kind ist häufig unsicher. Es gelingt selten, zu Hause eine gute, stabile Atmosphäre aufzubauen. Diese Auswertung betrachtet, wie viele Kinder und Jugendliche mit mindestens einem suchtkranken Elternteil aufwachsen. Berücksichtigt wurde dabei der Missbrauch von Alkohol, Opioiden, Cannabinoiden, Schlafmitteln, Kokain und Halluzinogenen, sofern er wiederkehrend über zwei Jahre ärztlich dokumentiert wurde.

i Die AOK Rheinland/Hamburg beteiligt sich an dem Projekt PRAGMA zur Erforschung der Versorgung alkoholkranker Menschen.

Zeitraum
2021

Aufgreifkriterien
F10-F16, F18-F19

Standardisierung
keine

Datenquelle
AOK Rheinland/Hamburg

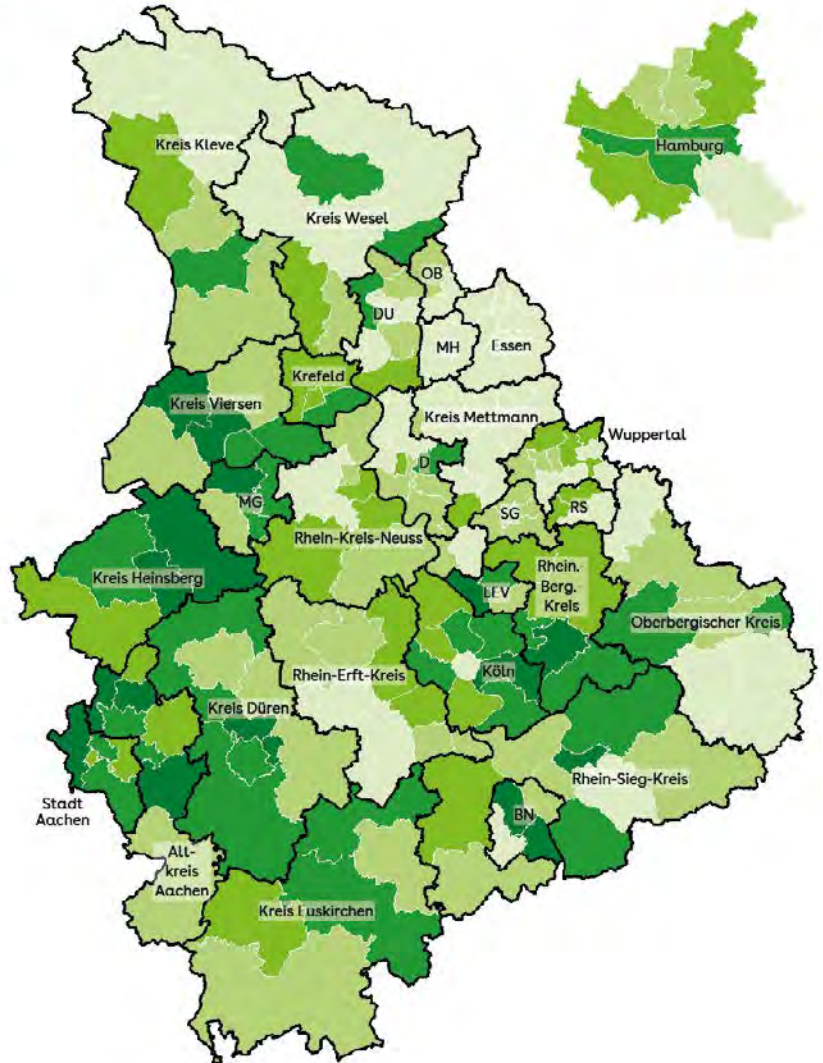
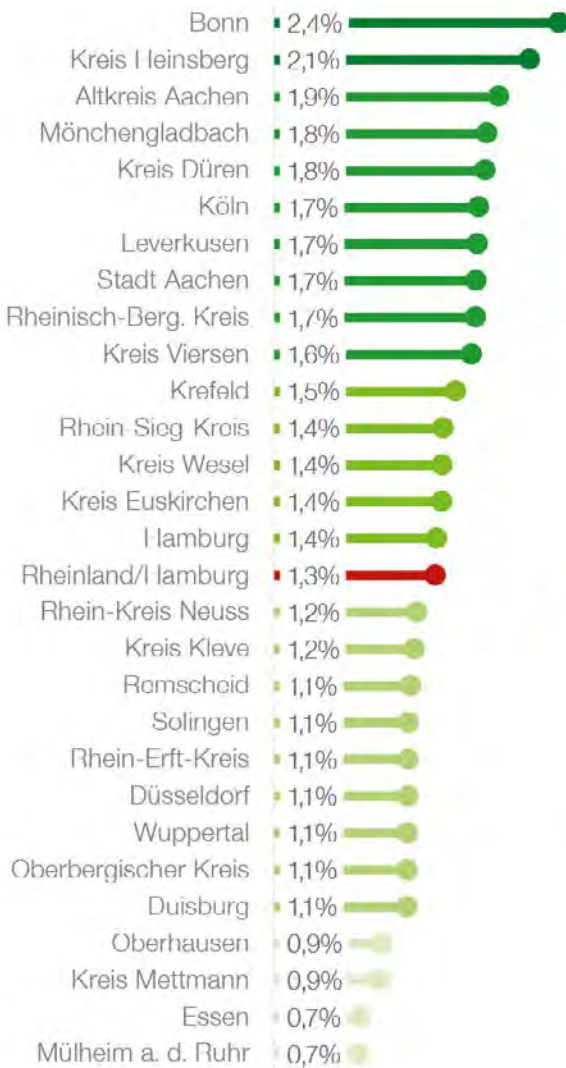
Regionale Zuordnung
Wohnort der Versicherten

Gesundheit und Gesundheitsversorgung bei Kindern und Jugendlichen mit suchtkrankem Elternteil

| Indikator | Alter | Rate | Erhöhte Wahrscheinlichkeit im Vergleich zu allen Kindern und Jugendlichen, die nicht diese spezifische Belastungssituation haben |
|--|-------|-------|--|
| mindestens eine der Auffälligkeiten | 0-17 | 30,8% | 17% |
| niedriges Geburtsgewicht | 0 | 10,9% | Keine erhöhte Wahrscheinlichkeit |
| Schädigung des Fötus | 0 | 7,9% | 680% |
| Probleme in Perinatalphase | 0 | 32,2% | 74% |
| Asthma | 1-17 | 4,5% | Keine erhöhte Wahrscheinlichkeit |
| Adipositas | 3-17 | 10,1% | Keine erhöhte Wahrscheinlichkeit |
| Sprachentwicklungsstörungen | 3-17 | 12,3% | Keine erhöhte Wahrscheinlichkeit |
| Motorische Entwicklungsstörung | 3-17 | 4,3% | Keine erhöhte Wahrscheinlichkeit |
| ADHS | 3-17 | 8,3% | 57% |
| Sozialverhaltensstörung | 3-17 | 6,1% | 75% |
| Essstörung | 10-17 | 0,6% | Keine erhöhte Wahrscheinlichkeit |
| Sucht | 14-17 | 0,8% | 156% |

| Indikator | Alter | Rate | Erhöhte Wahrscheinlichkeit im Vergleich zu allen Kindern und Jugendlichen, die nicht diese spezifische Belastungssituation haben |
|-----------------------------------|-------|-------|--|
| Fehlende Teilnahme U-Untersuchung | 0-5 | 26,5% | 36% |
| Unvollständiger Impfschutz | 0-3 | 54,8% | Keine erhöhte Wahrscheinlichkeit |
| Krankenhausaufnahme | 0-17 | 10,0% | 10% |
| Ambulanter Notfall | 0-17 | 22,7% | -10% |
| Psychotherapie | 6-17 | 13,2% | 55% |
| Psychopharmaka | 10-17 | 6,3% | 53% |

Kinder mit mindestens einem pflegebedürftigem Elternteil Anteil an allen Kindern und Jugendlichen



Welche Belastungen bestehen bei einem pflegebedürftigen Elternteil?

Ein anerkannter Pflegebedarf setzt voraus, dass eine Person dauerhaft auf Pflege und Hilfe im Alltag angewiesen ist. In einem Haushalt mit einem pflegebedürftigen Elternteil nimmt dessen Betreuung viel Zeit und Kraft in Anspruch. Die pflegebedürftige Person selbst ist nicht in der Lage, sich vollumfänglich um das Kind zu kümmern, und auch die Partnerin oder der Partner ist zeitlich und emotional stark gebunden. Angesichts der familiären Belastungssituation stellen Kinder ihre Bedürfnisse zurück und müssen oftmals bereits früh Verantwortung in der Familie übernehmen, die ihrem Entwicklungsstand nicht angemessen ist. Diese Auswertung betrachtet, wie viele Kinder und Jugendliche mit mindestens einem pflegebedürftigen Elternteil aufwachsen.

Zeitraum
2021

Aufgreifkriterien
Pflegebedarf

Standardisierung
keine

Datenquelle
AOK Rheinland/Hamburg

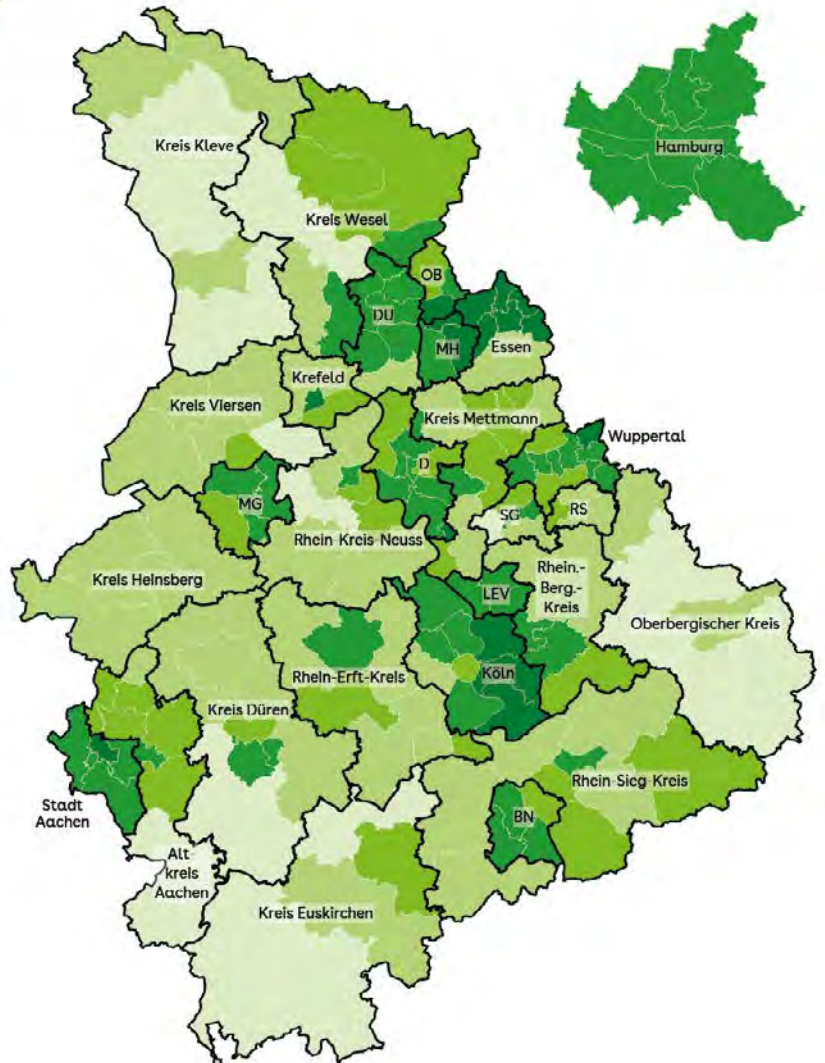
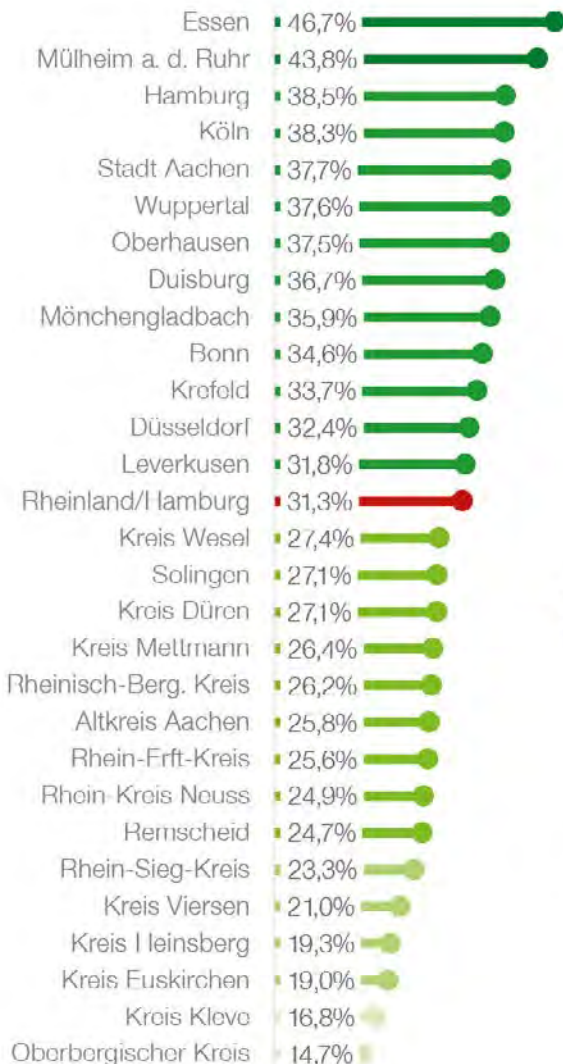
Regionale Zuordnung
Wohnort der Versicherten

Gesundheit und Gesundheitsversorgung bei Kindern und Jugendlichen mit pflegebedürftigem Elternteil

| Indikator | Alter | Rate | Erhöhte Wahrscheinlichkeit im Vergleich zu allen Kindern und Jugendlichen, die nicht diese spezifische Belastungssituation haben |
|--|-------------|--------------|--|
| mindestens eine der Auffälligkeiten | 0-17 | 31,9% | 16% |
| niedriges Geburtsgewicht | 0 | 12,2% | Keine erhöhte Wahrscheinlichkeit |
| Schädigung des Fötus | 0 | 4,3% | Keine erhöhte Wahrscheinlichkeit |
| Probleme in Perinatalphase | 0 | 23,5% | Keine erhöhte Wahrscheinlichkeit |
| Asthma | 1-17 | 4,9% | Keine erhöhte Wahrscheinlichkeit |
| Adipositas | 3-17 | 12,6% | 27% |
| Sprachentwicklungsstörungen | 3-17 | 12,2% | Keine erhöhte Wahrscheinlichkeit |
| Motorische Entwicklungsstörung | 3-17 | 4,4% | Keine erhöhte Wahrscheinlichkeit |
| ADHS | 3-17 | 7,5% | 28% |
| Sozialverhaltensstörung | 3-17 | 5,1% | 36% |
| Essstörung | 10-17 | 1,0% | 67% |
| Sucht | 14-17 | 0,3% | Keine erhöhte Wahrscheinlichkeit |

| Indikator | Alter | Rate | Erhöhte Wahrscheinlichkeit im Vergleich zu allen Kindern und Jugendlichen, die nicht diese spezifische Belastungssituation haben |
|-----------------------------------|-------|-------|--|
| Fehlende Teilnahme U-Untersuchung | 0-5 | 26,9% | 38% |
| Unvollständiger Impfschutz | 0-3 | 69,0% | 91% |
| Krankenhausaufnahme | 0-17 | 9,1% | Keine erhöhte Wahrscheinlichkeit |
| Ambulanter Notfall | 0-17 | 22,7% | -9% |
| Psychotherapie | 6-17 | 11,5% | 23% |
| Psychopharmaka | 10-17 | 5,4% | 22% |

Kinder aus Haushalt mit ALG-II-Bezug Anteil an allen Kindern und Jugendlichen



Welchen Einfluss hat die soziale Lage auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen?

Kinder, die in sozial benachteiligten Verhältnissen aufwachsen, haben ein höheres Risiko für gesundheitliche Probleme. Die Gründe hierfür sind vielfältig: Die Lebensbedingungen fördern gesundheitsbewusstes Verhalten weniger. Die Gesundheitskompetenz der Eltern ist in Familien mit ALG-II-Bezug oftmals gering. Dadurch wird den Kindern im Alltag nicht die Bedeutung von Bewegung und gesunder Ernährung vermittelt und vorgelebt. Zudem erschwert materielle Not es den Eltern, ihre Elternrolle uneingeschränkt auszufüllen. Sie wirkt sich auch direkt auf die Kinder aus. Diese Auswertung gibt den Anteil der AOK-versicherten Kinder und Jugendlichen in einem Haushalt mit Bezug von Arbeitslosengeld II an.

i Die AOK Rheinland/Hamburg fördert das Projekt KID PROTEKT, das Hilfen für Schwangere und Familien in schwierigen Lebenslagen bietet.

Zeitraum
2021

Aufgreifkriterien
Versichertenart 409

Standardisierung
keine

Datenquelle
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung
Wohnort der Versicherten

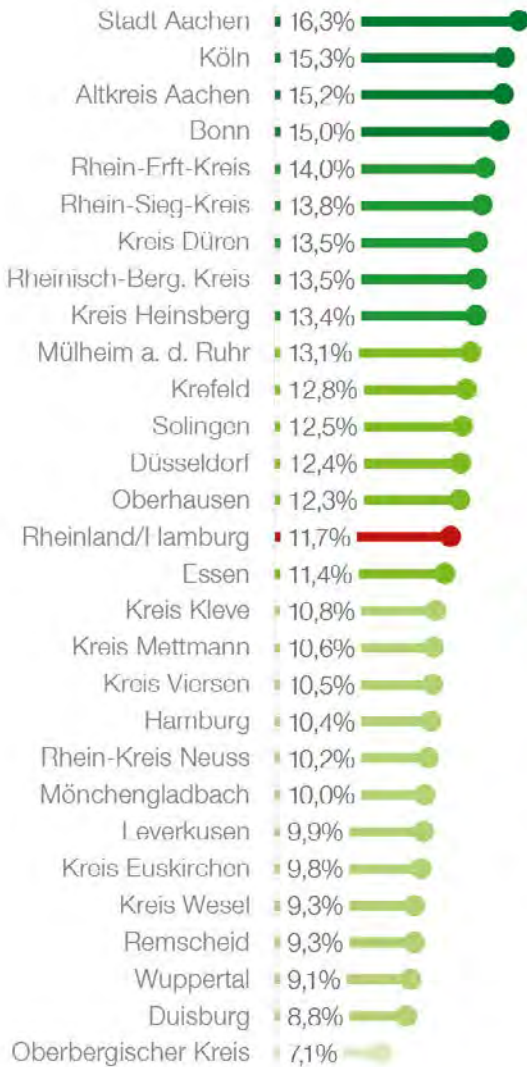
Gesundheit und Gesundheitsversorgung bei Kindern und Jugendlichen aus Haushalt mit ALG-II-Bezug

| Indikator | Alter | Rate | Erhöhte Wahrscheinlichkeit im Vergleich zu allen Kindern und Jugendlichen, die nicht diese spezifische Belastungssituation haben |
|--|-------------|--------------|--|
| mindestens eine der Auffälligkeiten | 0-17 | 25,9% | 16% |
| niedriges Geburtsgewicht | 0 | 6,6% | Keine erhöhte Wahrscheinlichkeit |
| Schädigung des Fötus | 0 | 1,1% | 155% |
| Probleme in Perinatalphase | 0 | 19,6% | 7% |
| Asthma | 1-17 | 3,8% | -6% |
| Adipositas | 3-17 | 8,8% | 16% |
| Sprachentwicklungsstörungen | 3-17 | 13,6% | 27% |
| Motorische Entwicklungsstörung | 3-17 | 4,0% | 25% |
| ADHS | 3-17 | 4,3% | 4% |
| Sozialverhaltensstörung | 3-17 | 3,4% | 40% |
| Essstörung | 10-17 | 0,4% | -25% |
| Sucht | 14-17 | 0,3% | 29% |

| Indikator | Alter | Rate | Erhöhte Wahrscheinlichkeit im Vergleich zu allen Kindern und Jugendlichen, die nicht diese spezifische Belastungssituation haben |
|-----------------------------------|-------|-------|--|
| Fehlende Teilnahme U-Untersuchung | 0-5 | 26,5% | 64% |
| Unvollständiger Impfschutz | 0-3 | 56,3% | 18% |
| Krankenhausaufnahme | 0-17 | 9,3% | 15% |
| Ambulanter Notfall | 0-17 | 24,2% | 4% |
| Psychotherapie | 6-17 | 7,1% | -4% |
| Psychopharmaka | 10-17 | 3,3% | Keine erhöhte Wahrscheinlichkeit |

Sprachentwicklungsstörungen

Anteil an allen Kindern und Jugendlichen von 3 bis 17 Jahren



Was sind Sprachentwicklungsstörungen?

Die Sprach- und Sprechentwicklung von Kindern verläuft individuell sehr unterschiedlich. Gleichwohl lassen sich Entwicklungsziele definieren, die ein Kind bis zu einem bestimmten Alter erreicht haben sollte. So sollten zum Beispiel Kinder bis zum zweiten Geburtstag Zwei-Wort-Äußerungen tätigen und bis zum vierten Geburtstag über eine grundlegende Sprachkompetenz und Sprachperformanz verfügen. Eine Sprachentwicklungsstörung liegt vor, wenn ein Kind deutlich hinter der normalen Sprachentwicklung im Kindesalter zurückbleibt. Diese Entwicklungsstörung gilt als eigenständiges Krankheitsbild. Es ist wichtig, bei der Diagnosestellung andere medizinische oder soziale Ursachen auszuschließen. Die Auswertung betrachtet, bei wie vielen Kindern und Jugendlichen diese sogenannten „umschriebenen Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache“ in mindestens zwei Quartalen ärztlich festgestellt wurde.

Zeitraum

2021

Aufgreifkriterien

ICD-10-Code: F80

Standardisierung

Alter und Geschlecht auf Bundesbevölkerung

Datenquelle

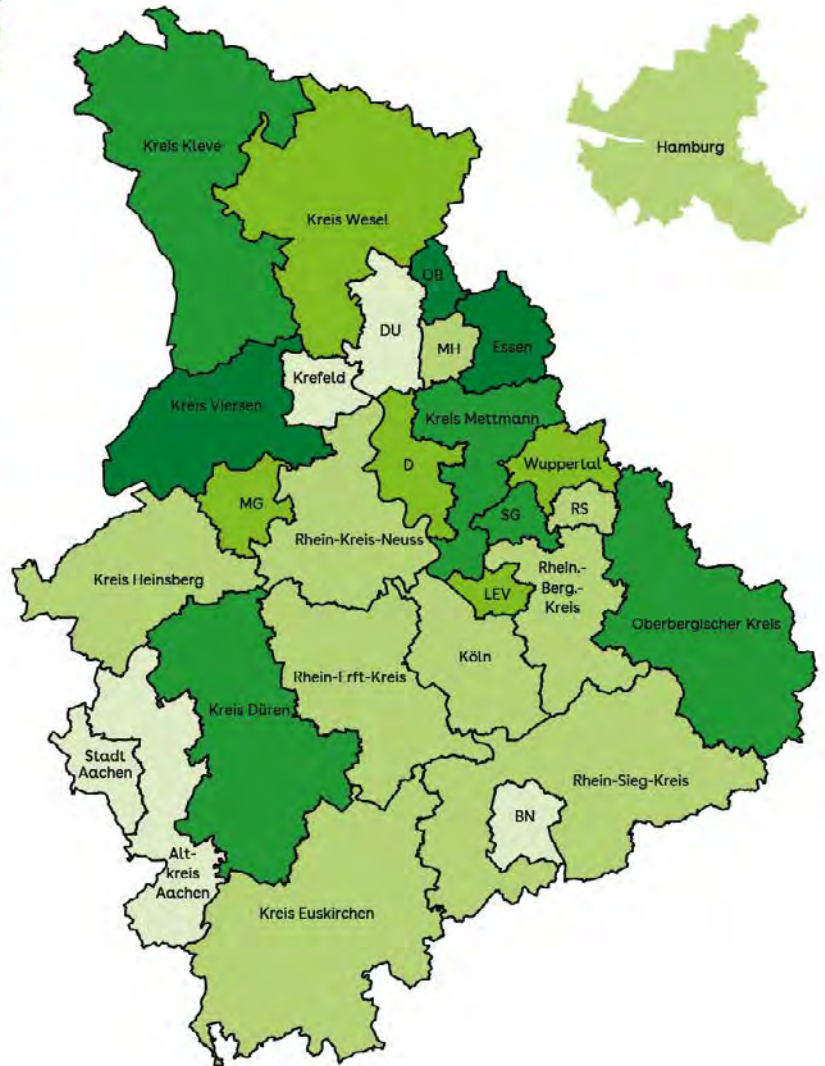
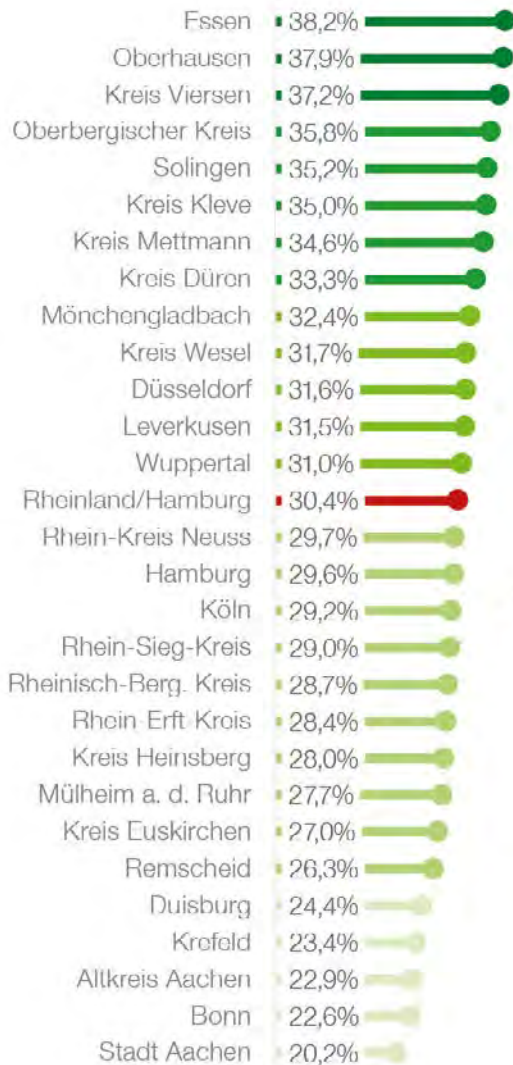
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Sprachentwicklungsstörungen: Diagnose bei U-Untersuchung

Anteil der Erstdiagnosen im Rahmen einer Früherkennungsuntersuchung



Inwiefern wird die sprachliche Entwicklung bei U-Untersuchungen betrachtet?

Die Früherkennungsuntersuchungen im Kindesalter dienen dazu, die altersgerechte Entwicklung von Kindern zu kontrollieren und bei Bedarf Maßnahmen einzuleiten. Die Sprach- und Sprechentwicklung wird dabei standardmäßig kontrolliert. Insbesondere bei den Untersuchungen U7 bis U10, das heißt bei Kindern zwischen knapp zwei und fünf Jahren, liegt ein besonderes Augenmerk auf der sprachlichen Entwicklung. Die U-Untersuchungen sind in der deutschen Gesundheitsversorgung die zentrale Maßnahme, um Entwicklungsstörungen bei Kindern zu erkennen. Die Auswertung betrachtet, wie viele Erstdiagnosen im betrachteten Zeitraum im Rahmen einer U-Untersuchung gestellt wurden. Dabei wurden nur Erstdiagnosen berücksichtigt, die im folgenden Quartal bestätigt wurden.

Zeitraum

2018–2020

Aufgreifkriterien

ICD-10-Code: F80, EBM-Ziffern: 01712-01723, 91710/12, 99455/56

Standardisierung

keine

Datenquelle

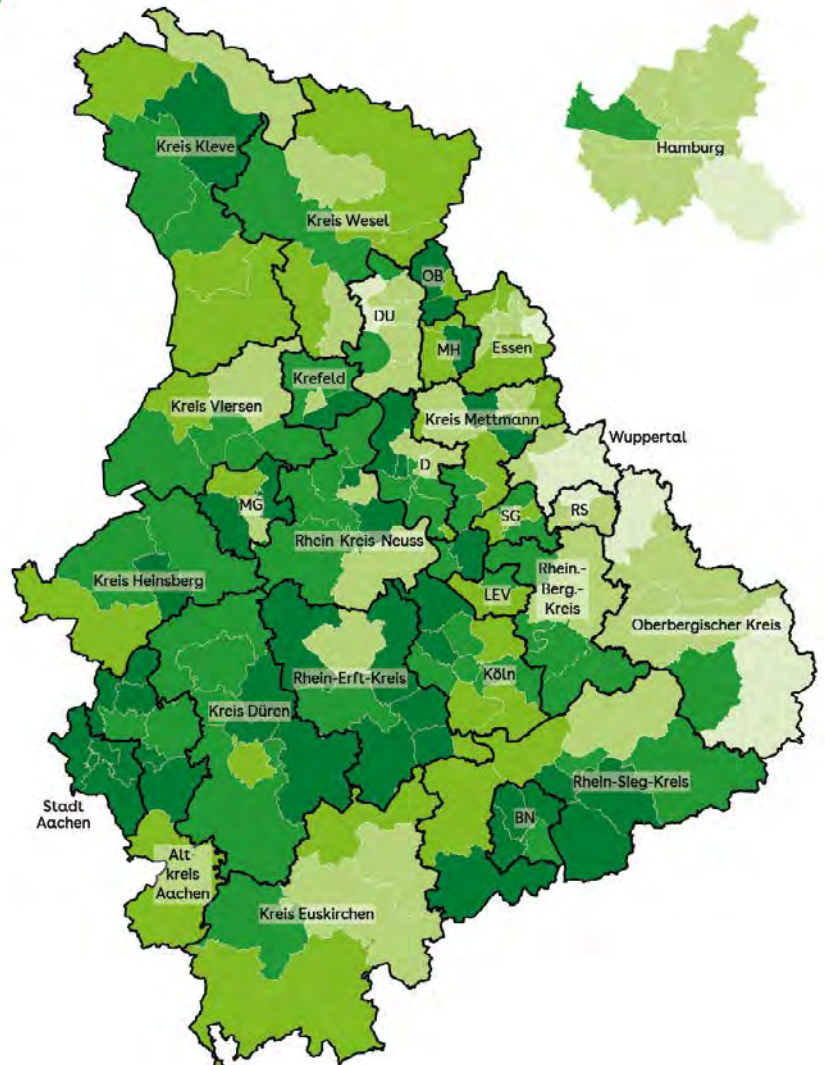
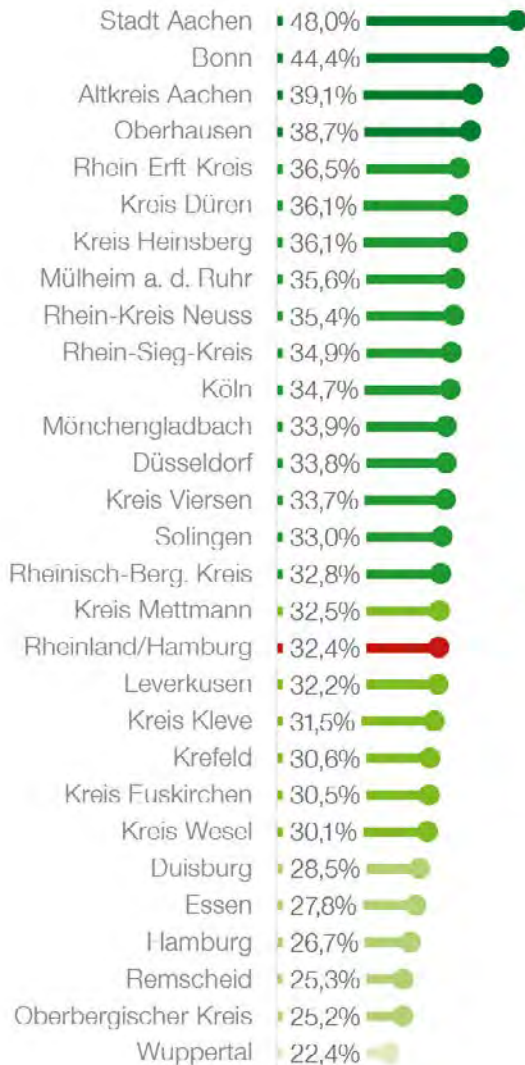
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Logopädie

Anteil der Neunjährigen im Jahr 2021 mit Sprachtherapie zwischen 2015 und 2021



Welche Kinder benötigen Sprachtherapie?

Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen sollen eine Sprachtherapie erhalten. Die Diagnose der Sprachentwicklungsstörung muss sorgfältig unter Ausschluss anderer Erklärungsfaktoren gestellt werden, um so therapiebedürftige Störungen von förderungsbedürftigen Auffälligkeiten abzugrenzen. So genannte „umgebungsbedingte Sprachauffälligkeiten“ ähneln den Sprachentwicklungsstörungen in ihren Ausprägungen. Sie sind aber nicht Folge eines Krankheitsbilds, sondern resultieren aus einer mangelnden Sprachanregung im Alltag. Bei umgebungsbedingten Auffälligkeiten ist eine Sprachtherapie nicht angezeigt, sondern vielmehr eine Sprachförderung. Die Auswertung betrachtet, wie viele Kinder und Jugendliche zwischen ihrem zweiten und neunten Lebensjahr eine Logopädie erhalten haben. Im deutschlandweiten Vergleich ist die Anzahl der sprachtherapeutischen Behandlungen im Rheinland und in Hamburg am höchsten, wie der Heilmittelbericht des Wissenschaftlichen Instituts der Ortskrankenkassen (WIdO) zeigt.

Zeitraum

2015–2021

Aufgreifkriterien

Entsprechende Heilmittelpositionen

Standardisierung

Geschlecht auf Bundesbevölkerung

Datenquelle

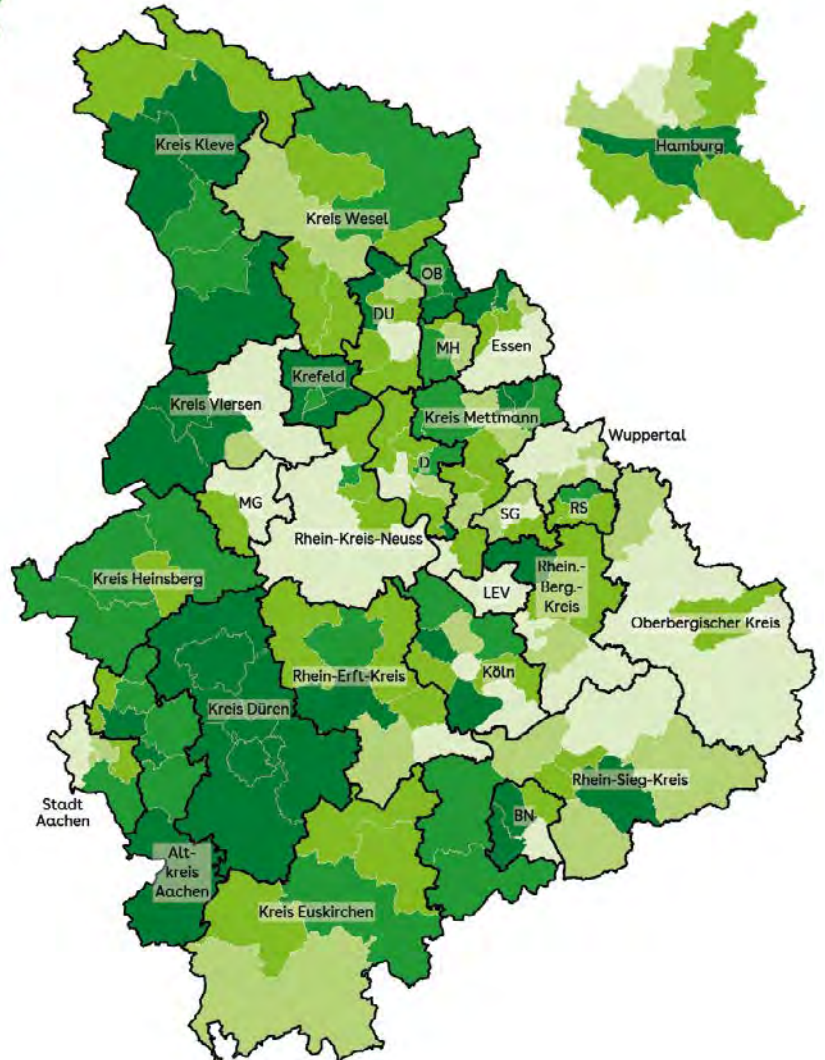
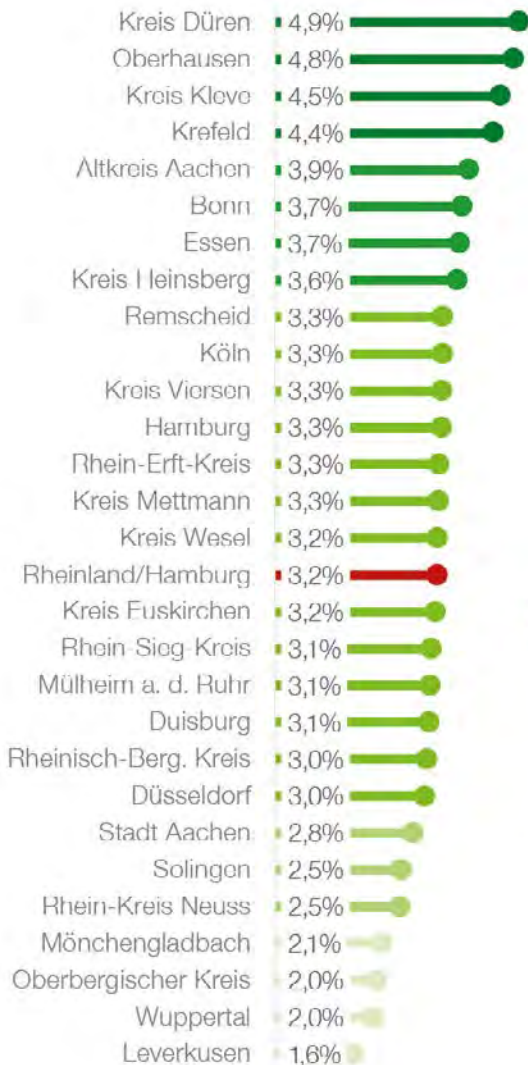
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Motorische Entwicklungsstörung: Prävalenz

Anteil an allen Kindern und Jugendlichen



Was sind Entwicklungsstörungen der motorischen Fähigkeiten?

Einige Kinder weichen in ihrer Bewegungsfertigkeit und Körperkoordination deutlich von dem altersgemäßen Entwicklungsstand ab. Dies kann die Grobmotorik (zum Beispiel Laufen, Springen, Fangen) oder die Feinmotorik (zum Beispiel Schreiben, Malen, Basteln) betreffen. Diese Entwicklungsstörungen gelten, sofern sie nicht durch andere medizinische, neurologische, psychische oder soziale Faktoren erklärt werden können, als eigenständiges Krankheitsbild. Sie beeinträchtigen in vielen Fällen die Aktivitäten des täglichen Lebens, wie zum Beispiel die schulische Leistung oder die Freizeitgestaltung, und haben Auswirkungen auf das Selbstwertgefühl der betroffenen Kinder. Die Auswertung betrachtet, bei wie vielen Kindern und Jugendlichen diese sogenannten „umschriebenen Entwicklungsstörungen motorischer Funktionen“ in mindestens zwei Quartalen ärztlich festgestellt wurden.

Zeitraum

2021

Aufgreifkriterien

ICD-10-Code: F82

Standardisierung

Alter und Geschlecht auf Bundesbevölkerung

Datenquelle

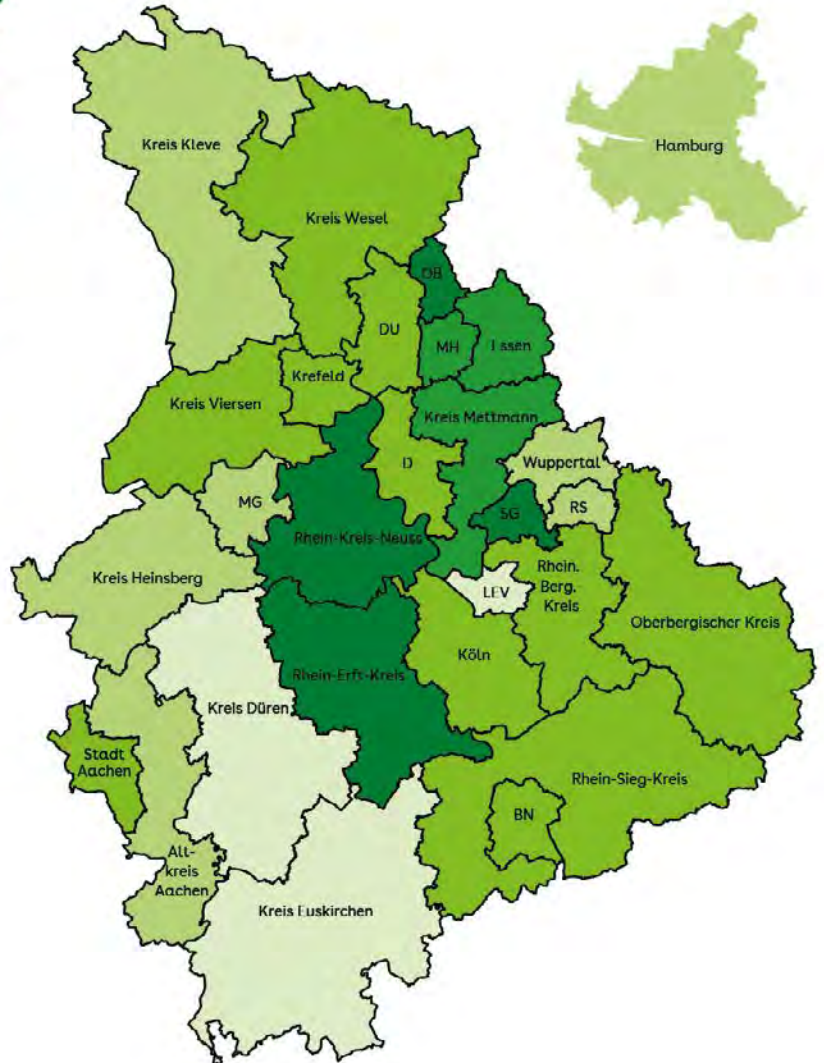
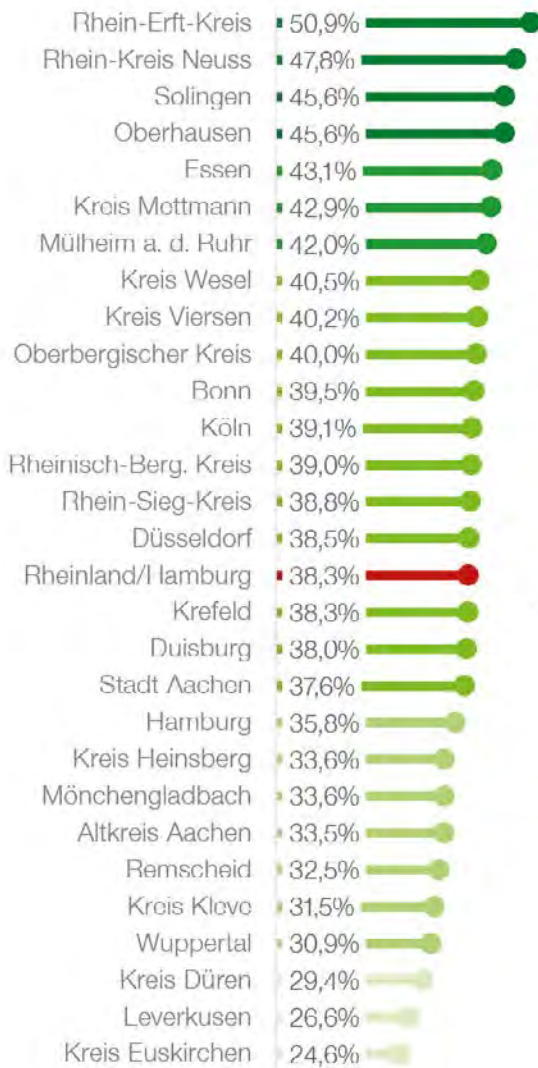
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Motorische Entwicklungsstörung: Diagnose bei Kleinkindern

Anteil der Erstdiagnosen bei Kindern unter fünf Jahren



In welchem Alter können motorische Entwicklungsstörungen diagnostiziert werden?

Die motorische Entwicklung verläuft bei Kindern individuell sehr unterschiedlich. Kleine Kinder können Entwicklungsrückstände oftmals schnell aufholen. Zudem sind die Testverfahren bei kleinen Kindern unzuverlässig, da diese bei den motorischen Untersuchungen häufig nicht gut mitmachen. Daher ist die Diagnosestellung bei Kindern unter fünf Jahren schwierig und sollte nur in Fällen schwerer Beeinträchtigungen erfolgen. Die Auswertung betrachtet, wie viele Erstdiagnosen im betrachteten Zeitraum auf Kinder unter fünf Jahren entfielen. Dabei wurden nur Erstdiagnosen berücksichtigt, die im folgenden Quartal bestätigt wurden.

Zeitraum

2018–2020

Aufgreifkriterien

ICD-10-Code: F82

Standardisierung

keine

Datenquelle

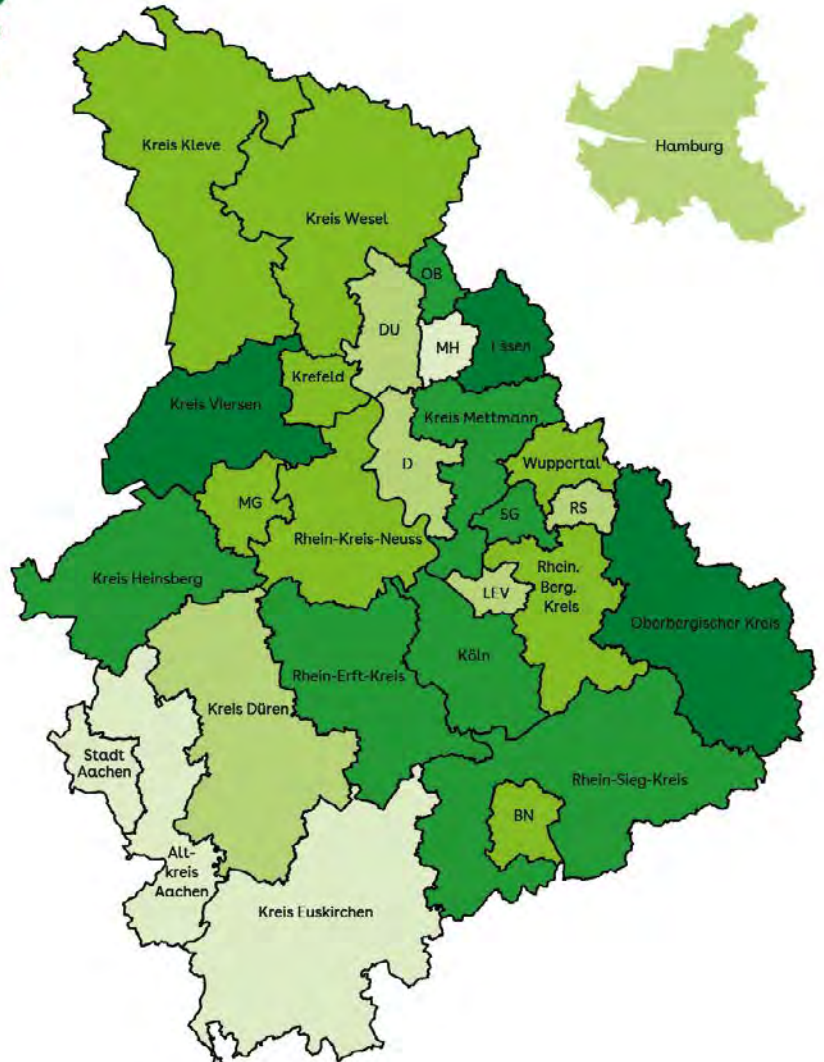
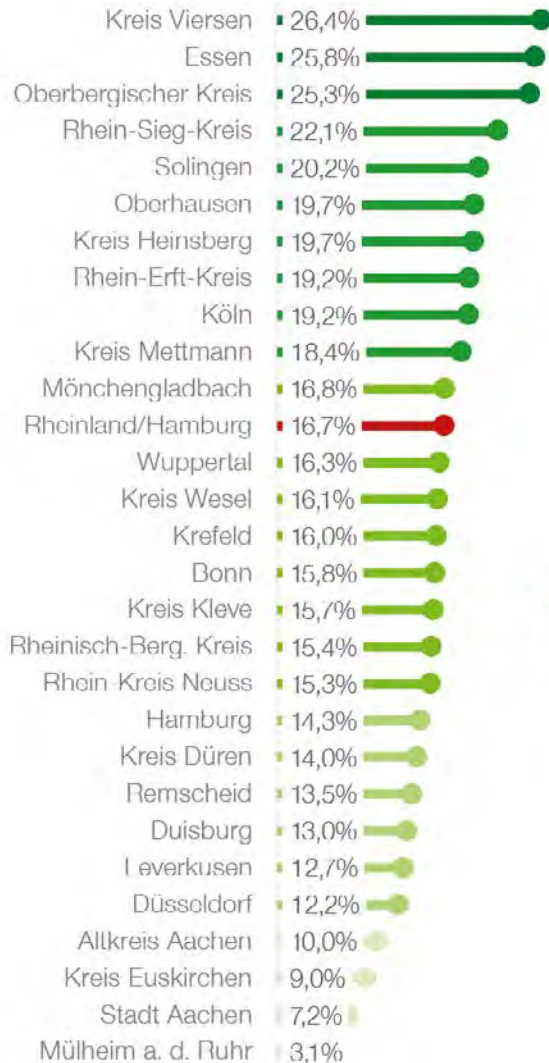
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Motorische Entwicklungsstörung: Diagnose bei U-Untersuchung

Anteil der Erstdiagnosen im Rahmen einer Früherkennungsuntersuchung



Inwiefern wird die motorische Entwicklung bei U-Untersuchungen betrachtet?

Die Früherkennungsuntersuchungen im Kindesalter dienen dazu, die altersgerechte Entwicklung von Kindern zu kontrollieren und bei Bedarf Maßnahmen einzuleiten. Insbesondere bei den Untersuchungen U8 bis U10, das heißt bei Kindern zwischen viereinhalb und acht Jahren, liegt ein besonderes Augenmerk auf der motorischen Entwicklung. Die U-Untersuchungen sind in der deutschen Gesundheitsversorgung die zentrale Maßnahme, um Entwicklungsstörungen der Motorik bei Kindern zu erkennen. Die Auswertung betrachtet, wie viele Erstdiagnosen im betrachteten Zeitraum im Rahmen einer U-Untersuchung gestellt wurden. Dabei wurden nur Erstdiagnosen berücksichtigt, die im folgenden Quartal bestätigt wurden.

i Die AOK Rheinland/Hamburg hat einen eigenen Erlebnisraum für Kindergartengruppen, in dem die Kinder im Spiel auf Auffälligkeiten beobachtet werden.

Zeitraum

2018–2020

Aufgreifkriterien

ICD-10-Code: F82,
EBM-Ziffern: 01712-01723,
91710/12, 99455/56

Standardisierung

keine

Datenquelle

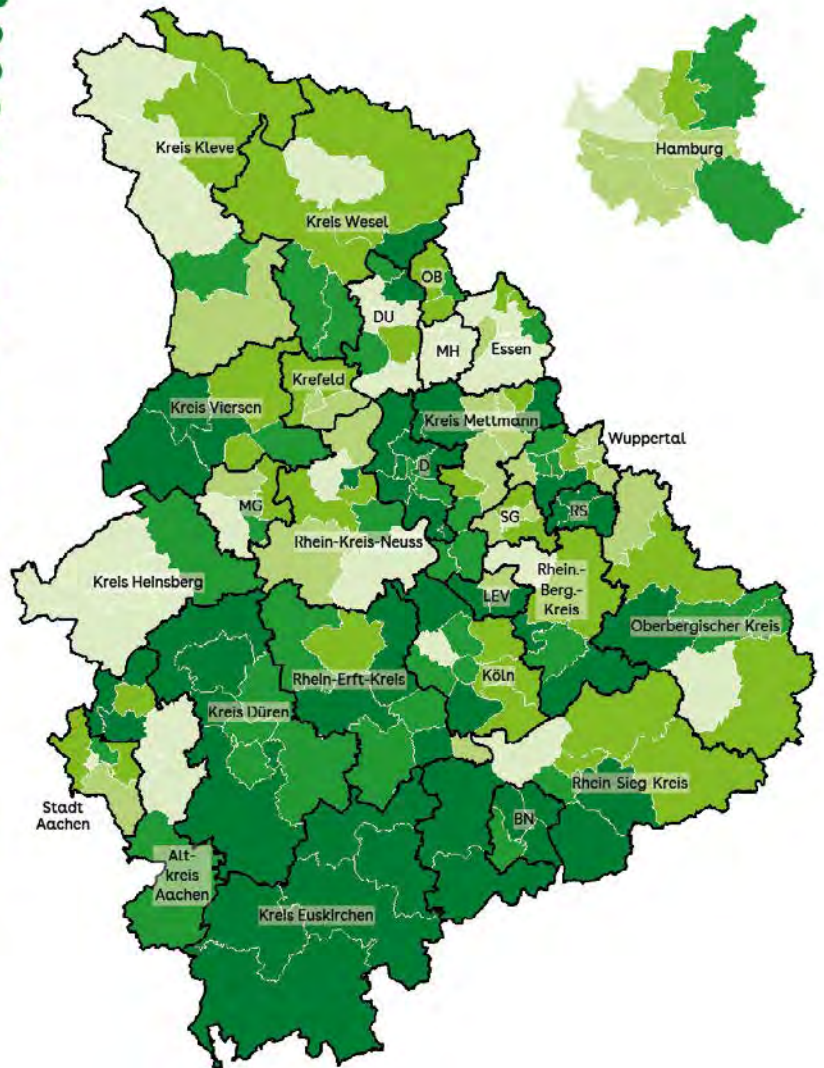
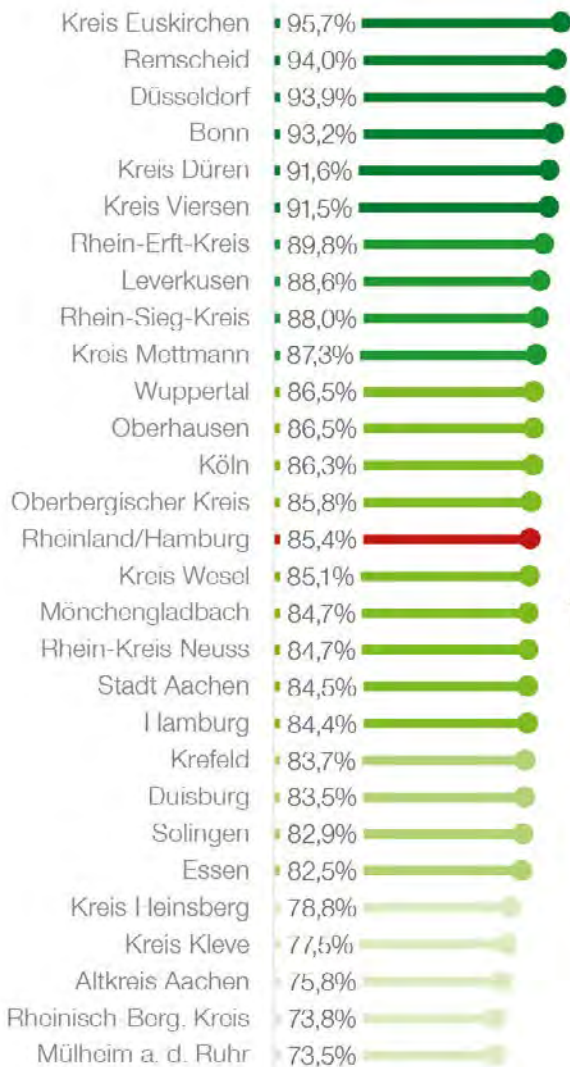
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Motorische Entwicklungsstörung: Untersuchung im Fachzentrum

Anteil an Kindern mit motorischer Entwicklungsstörung



Wann sollten motorische Entwicklungsstörungen in Fachzentren begutachtet werden?

Im Wesentlichen soll die altersgerechte motorische Entwicklung von Kindern durch die Kinderärztinnen und -ärzte begutachtet werden. Mit den U-Untersuchungen stehen hierfür regelmäßige, geeignete Angebote zur Verfügung. In nicht eindeutigen Fällen wird eine Überweisung an spezialisierte Fachzentren empfohlen. Hierzu zählen Sozialpädiatrische Zentren, kinder- und jugendpsychiatrische Institutsambulanzen, neuropädiatrische Fachabteilungen oder andere spezialisierte Fachärzte. Diese Auswertung betrachtet, wie viele Kinder mit motorischen Entwicklungsstörungen in einem Fachzentrum untersucht oder behandelt worden sind.

Zeitraum

2019–2021

Aufgreifkriterien

ICD-10-Code: F82

Standardisierung

keine

Datenquelle

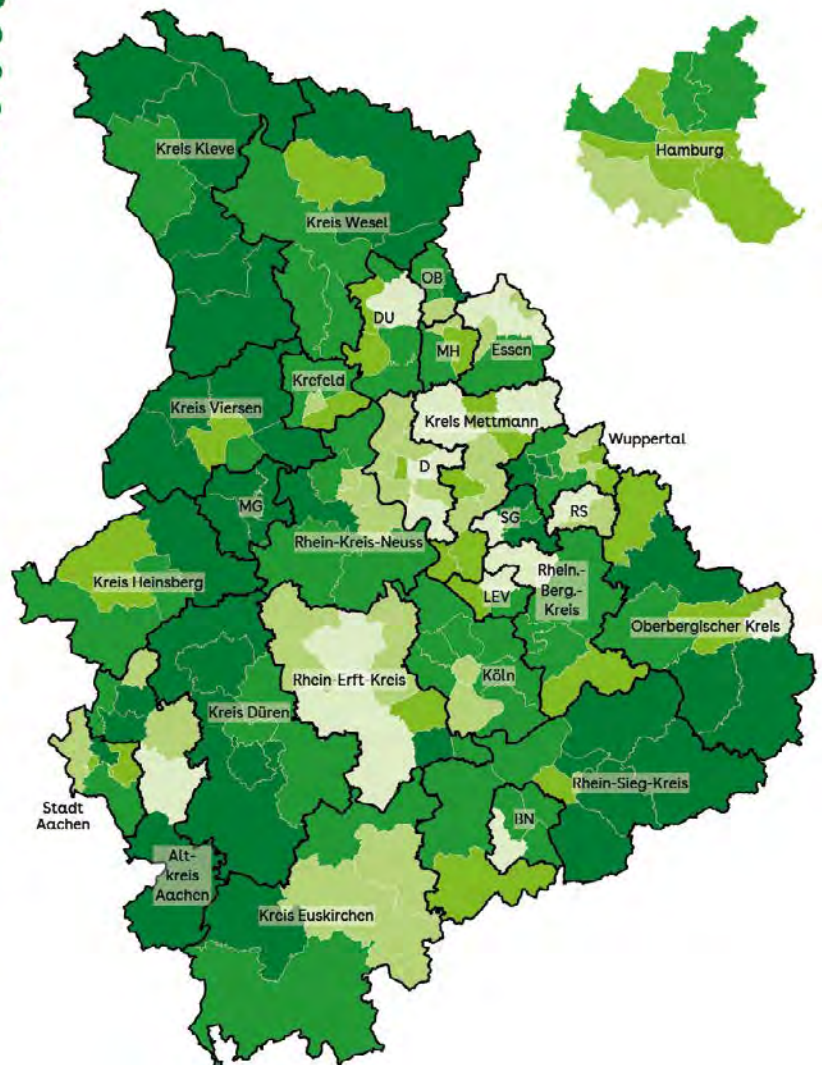
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Motorische Entwicklungsstörung: Ergo- oder Physiotherapie

Anteil an Kindern mit motorischer Entwicklungsstörung



Sollten Kinder mit motorischen Entwicklungsstörungen behandelt werden?

Die ärztliche Diagnose einer motorischen Entwicklungsstörung setzt schwerwiegende Beeinträchtigungen der Bewegungsfertigkeit und Körperkoordination voraus. Die Bewältigung des Alltags und die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben sind zumeist erschwert. In diesen Fällen wird eine Behandlung empfohlen. Vorrangig sollten aktivitäts- und teilhabeorientierte Behandlungsansätze angewandt werden. Sie zielen darauf ab, die Durchführung bestimmter Aktivitäten zu verbessern. Im Gegensatz zu körperfunktionsorientierten Ansätzen führen sie zu besseren funktionellen Leistungsergebnissen in kürzerer Zeit. Die Auswertung betrachtet, wie viele Kinder und Jugendliche mit motorischen Entwicklungsstörungen eine Ergo- oder Physiotherapie erhalten haben.

Zeitraum

2019–2021

Aufgreifkriterien

ICD-10-Code: F82

Standardisierung

keine

Datenquelle

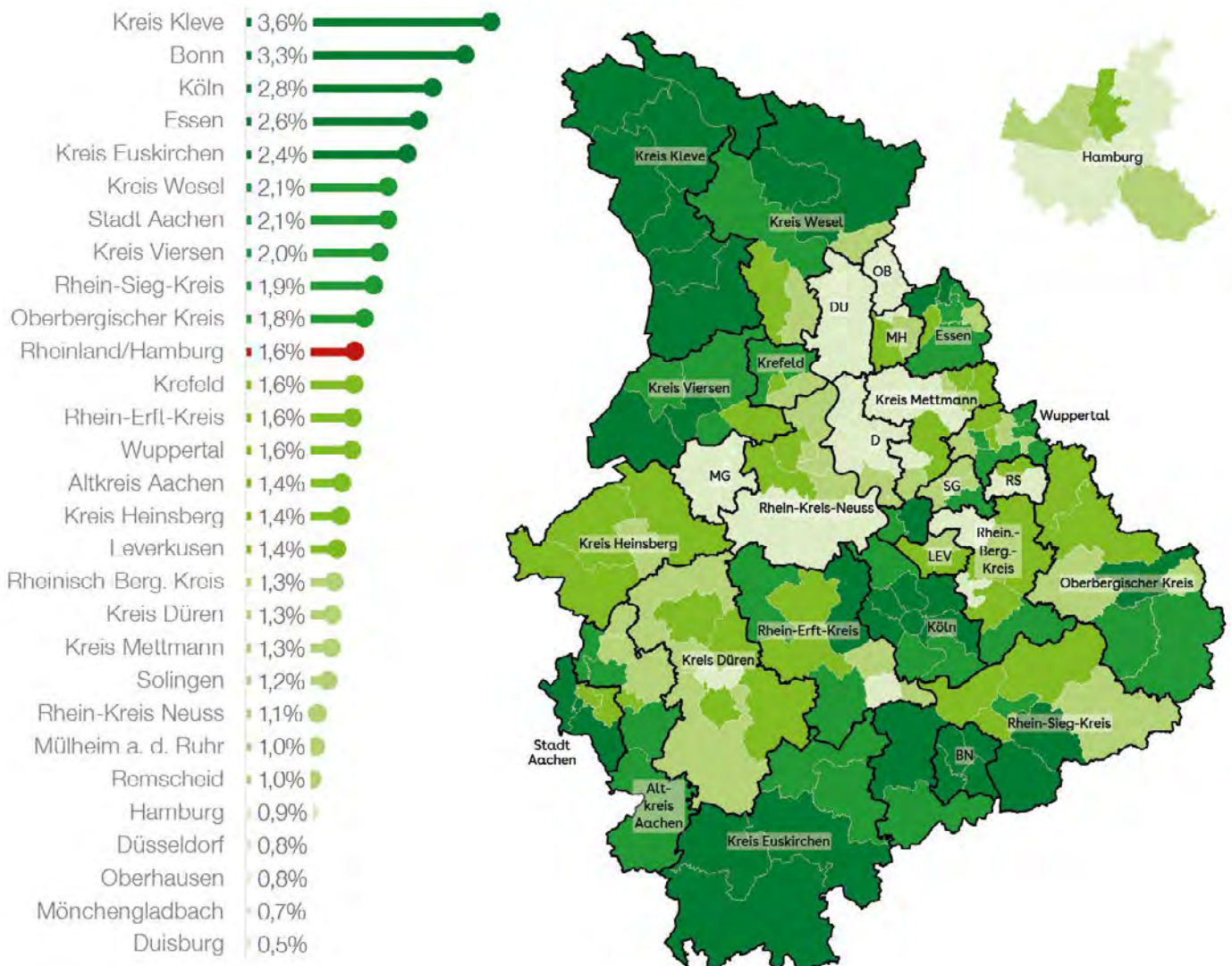
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Anpassungsstörungen: Prävalenz

Anteil an allen Kindern und Jugendlichen von 6 bis 17 Jahren



Was sind Anpassungsstörungen?

Eine Anpassungsstörung ist eine vorübergehende psychische Störung als Reaktion auf ein belastendes Ereignis. Sie geht in ihrer Intensität über eine gewöhnliche Trauerreaktion hinaus. Die Symptome umfassen einen Rückfall in kleinkindliche Verhaltensweisen, depressives Verhalten, Angst oder eine Störung des Sozialverhaltens. Häufige Auslöser bei Kindern sind zum Beispiel die Trennung oder berufliche Veränderungen der Eltern (inkl. Arbeitsplatzverlust), ein Umzug oder gesundheitliche Belastungen in der Familie. Die Symptome treten innerhalb eines Monats nach dem Ereignis auf und dauern nach Ende des Ereignisses nicht länger als ein halbes Jahr an. Diese Auswertung zeigt, bei wie vielen Kindern und Jugendlichen im Jahr 2021 eine Anpassungsstörung in mindestens zwei Quartalen diagnostiziert wurde.

Zeitraum

2021

Aufgreifkriterien

ICD-10-Code: F43.2

Standardisierung

Alter und Geschlecht auf Bundesbevölkerung

Datenquelle

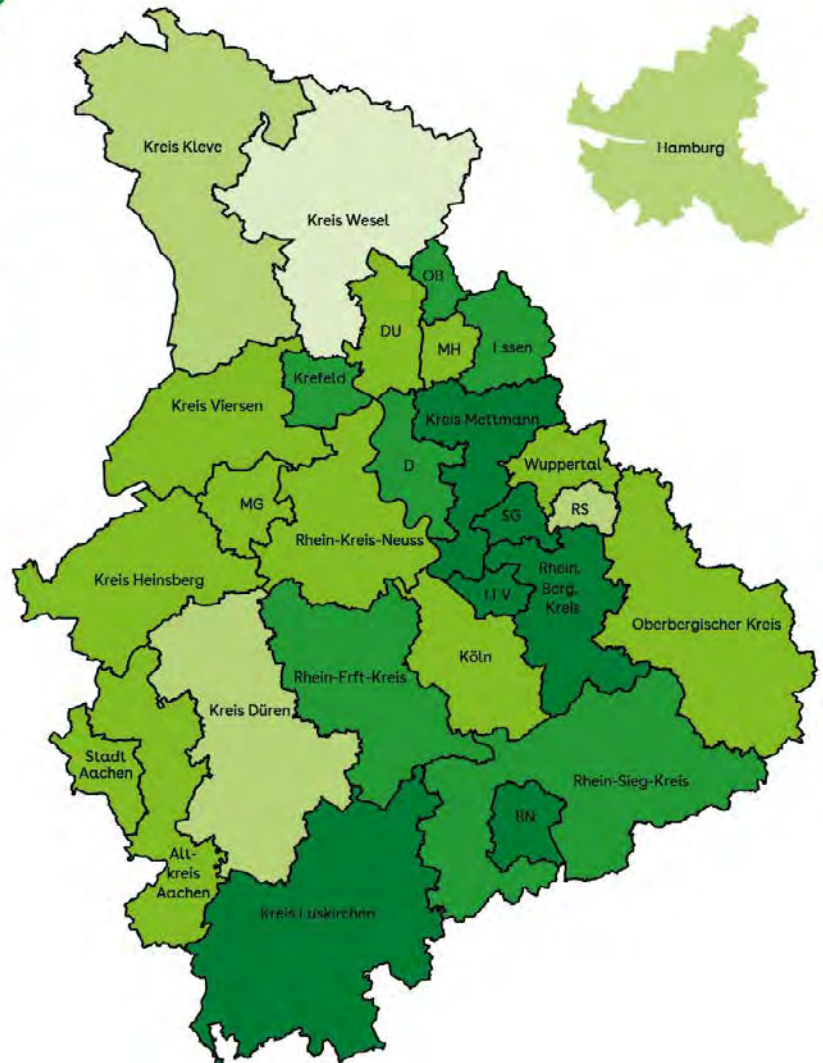
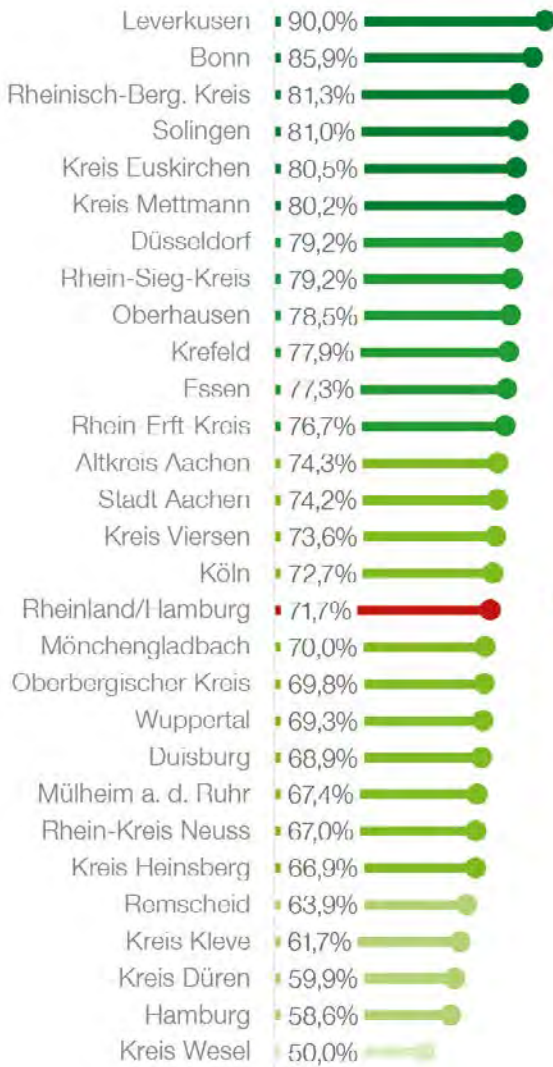
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Anpassungsstörungen: Psychotherapie

Anteil an allen Kindern und Jugendlichen mit Anpassungsstörungen



Wann sollten Anpassungsstörungen therapiert werden?

Die Diagnose einer Anpassungsstörung ist mit der Erwartung verbunden, dass die Symptome innerhalb von sechs Monaten nach Ende des belastenden Ereignisses von alleine verschwinden. Es ist daher nicht klar definiert, wann und wie eine Anpassungsstörung therapiert werden soll. Bei niedrigem Schweregrad der Erkrankung reicht oftmals die Unterstützung durch die Familie aus, um die Krise zu überwinden. In schweren Fällen ist gemeinhin eine Psychotherapie erforderlich, um die Symptome zu mildern und die Dauer der Störung zu verkürzen. Diese Auswertung betrachtet, wie viele Kinder und Jugendliche mit Anpassungsstörung im Jahr 2021 in Behandlung bei einer Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten waren. Dabei sind nicht nur die antragspflichtigen Behandlungen gemäß der Psychotherapie-Richtlinie erfasst, sondern bereits kürzere Sitzungen zur Bedarfsabklärung und Therapieplanung.

Zeitraum

2019–2021

Aufgreifkriterien

ICD-10-Code: F43.2,
EBM-Ziffern: Leistungen
gemäß Kapitel 35

Standardisierung

keine

Datenquelle

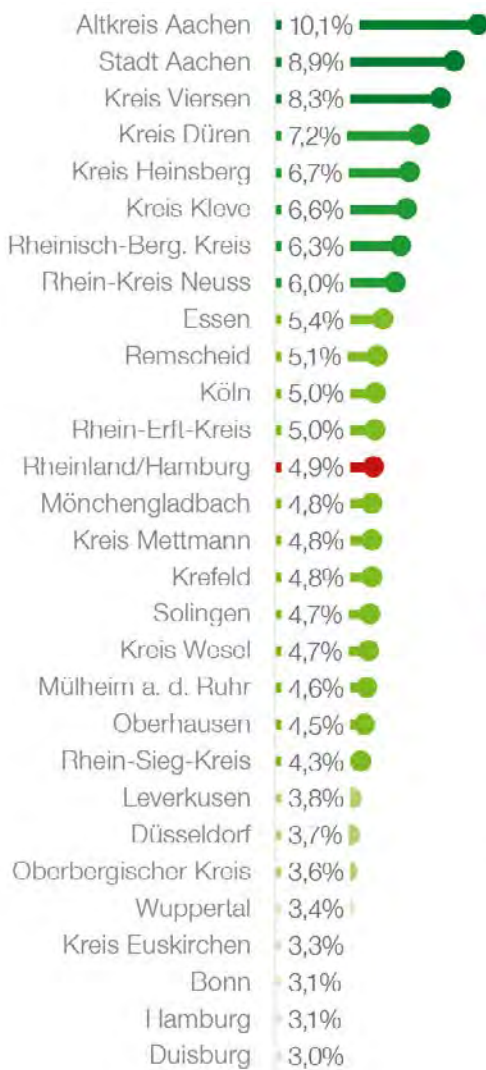
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

ADHS: Prävalenz

Anteil an allen Kindern und Jugendlichen von 6 bis 17 Jahren



Was ist ADHS?

Die Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung (kurz: ADHS) bezeichnet eine psychische Krankheit, die vor allem bei Kindern und Jugendlichen auftritt. Betroffene Kinder haben Probleme, sich zu konzentrieren und lassen sich schnell ablenken. Sie haben einen hohen Bewegungsdrang und verhalten sich oftmals unkontrolliert und unachtsam. Diese Verhaltensweisen sind im Vergleich zu gleichaltrigen Kindern besonders ausgeprägt. In der Folge kommt es bei vielen betroffenen Kindern zu Schwierigkeiten in der Familie, mit Freundinnen und Freunden oder in der Schule. In diesen Fällen ist zumeist eine Therapie erforderlich. Die Auswertung betrachtet, bei wie vielen Kindern und Jugendlichen ADHS in mindestens zwei Quartalen ärztlich festgestellt wurde.

i Zur Unterstützung der Eltern von Kindern mit ADHS bietet die AOK mit dem ADHS-Elterntainer ein Online-Schulungsprogramm an.

Zeitraum

2021

Aufgreifkriterien

ICD-10-Code: F90

Standardisierung

Alter und Geschlecht auf Bundesbevölkerung

Datenquelle

AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

ADHS: Alter bei Erstdiagnose

Durchschnittliches Alter der Kinder bei Erstdiagnose



In welchem Alter wird ADHS entdeckt?

ADHS ist gekennzeichnet durch ein stark erhöhtes Ausmaß an Unaufmerksamkeit und fehlender Impulskontrolle. Inwiefern sich diese Symptome im Alltag bemerkbar machen, hängt wesentlich von den Anforderungen in der aktuellen Lebenssituation ab. Im Kindergartenalter fällt die Erkrankung noch nicht so stark auf, da die Kinder ihren Bewegungsdrang zumeist noch ausleben können und dürfen. Erst mit Eintritt in die Schule und den damit verbundenen Anforderungen an Konzentrationsfähigkeit und Stillsitzen, wird das Ausmaß der Krankheit sichtbar. Die Auswertung zeigt das durchschnittliche Alter der Kinder bei der Erstdiagnose ADHS. Dabei wurden nur Erstdiagnosen berücksichtigt, die im folgenden Quartal bestätigt wurden.

Zeitraum

2018–2020

Aufgreifkriterien

ICD-10-Code: F90

Standardisierung

keine

Datenquelle

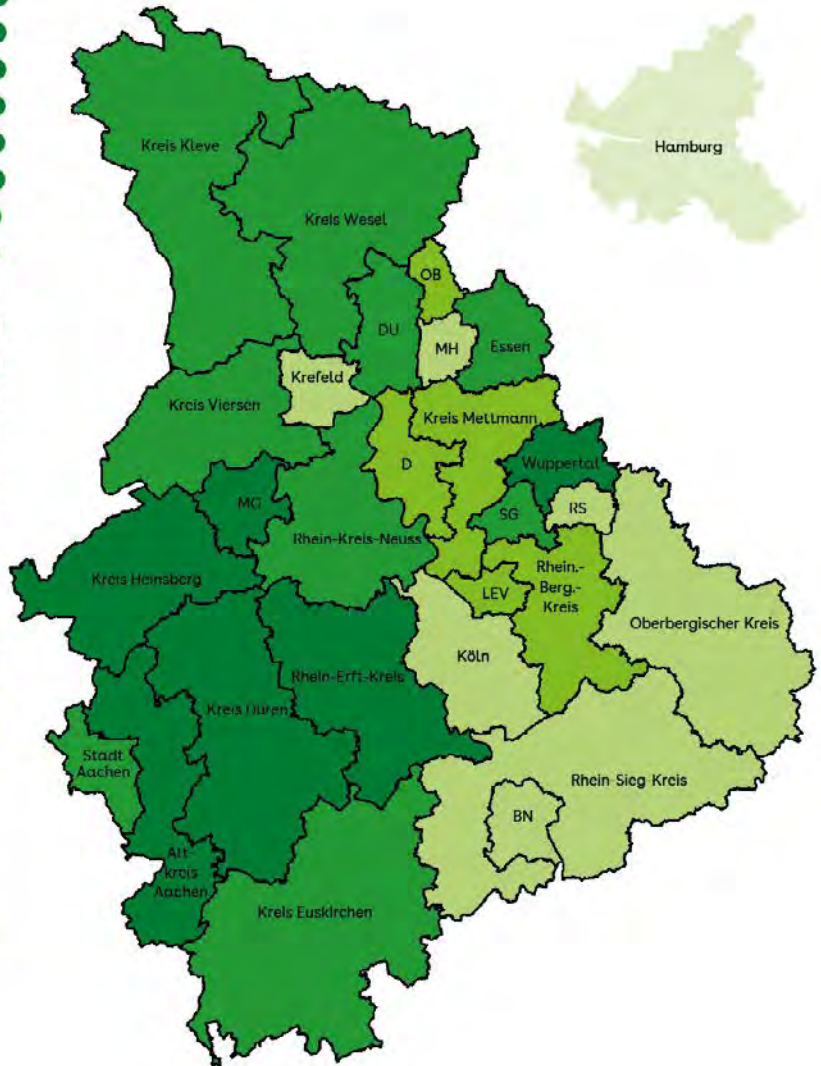
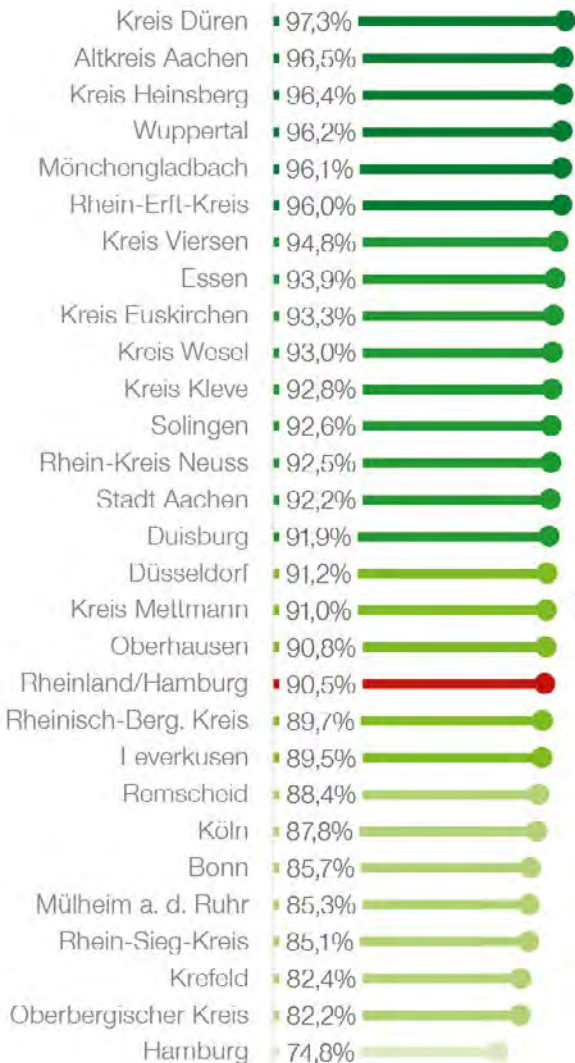
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

ADHS: Zeitnahe Diagnosestellung durch Spezialistin oder Spezialisten

Anteil an allen Kindern und Jugendlichen mit Erstdiagnose



Wie wird ADHS diagnostiziert?

Besteht der Verdacht einer ADHS, ist eine sorgfältige Diagnostik erforderlich. Die Diagnosestellung erfolgt auf Grundlage von Untersuchungen, Verhaltensbeobachtungen und der Beschreibung durch die betroffene Person und sein Umfeld. Hierfür sind zumeist mehrere Untersuchungstermine notwendig. Eine Herausforderung besteht darin, krankheitsbedingte Verhaltensweisen von noch altersgerechtem Verhalten zu unterscheiden. Auch muss der Einfluss begleitender Probleme, wie zum Beispiel Sozialverhaltensstörungen oder psychischer Störungen, berücksichtigt und eingeordnet werden. Dies alles setzt ein umfassendes Fachwissen und Erfahrung mit der Krankheit voraus. Die S3-Leitlinie zu ADHS empfiehlt daher die Diagnosestellung stets durch eine entsprechende Fachärztin oder -arzt oder eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/-psychotherapeuten. Die Auswertung betrachtet, wie viele Kinder mit ADHS ihre erste Diagnose in entsprechenden Fachpraxen erhalten bzw. innerhalb von zwei Quartalen bestätigt bekommen haben.

Zeitraum

2018–2020

Aufgreifkriterien

ICD-10-Codes: F90

Standardisierung

keine

Datenquelle

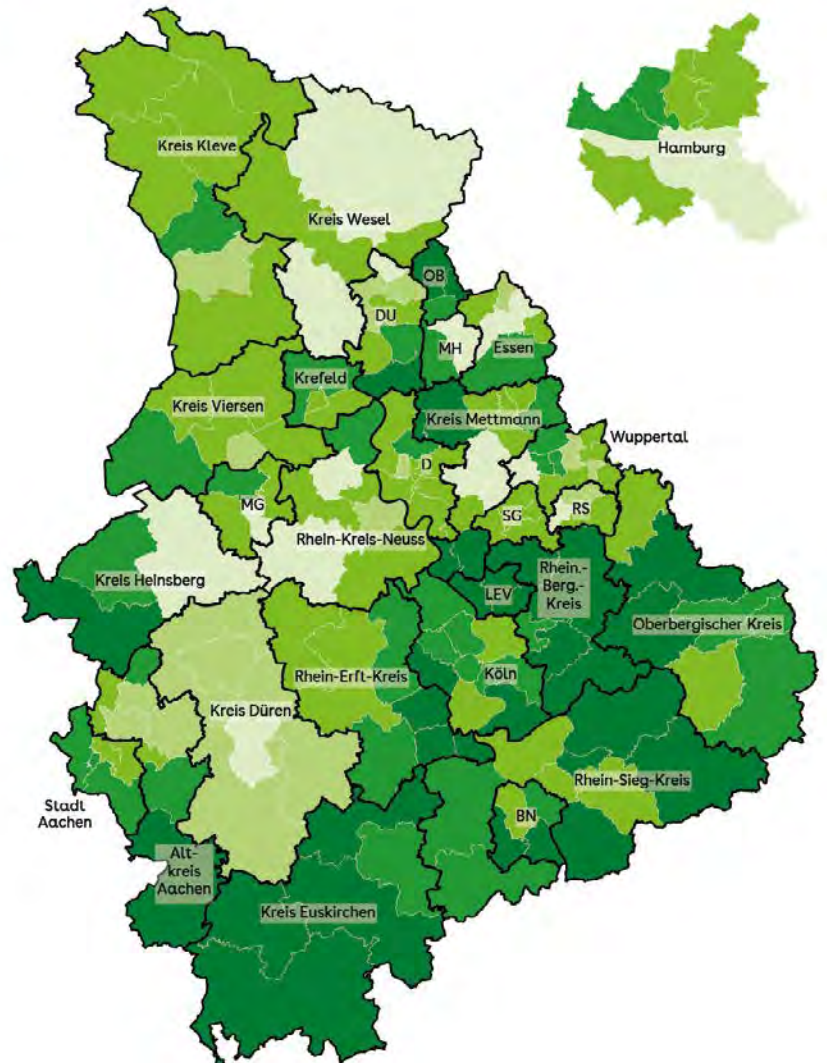
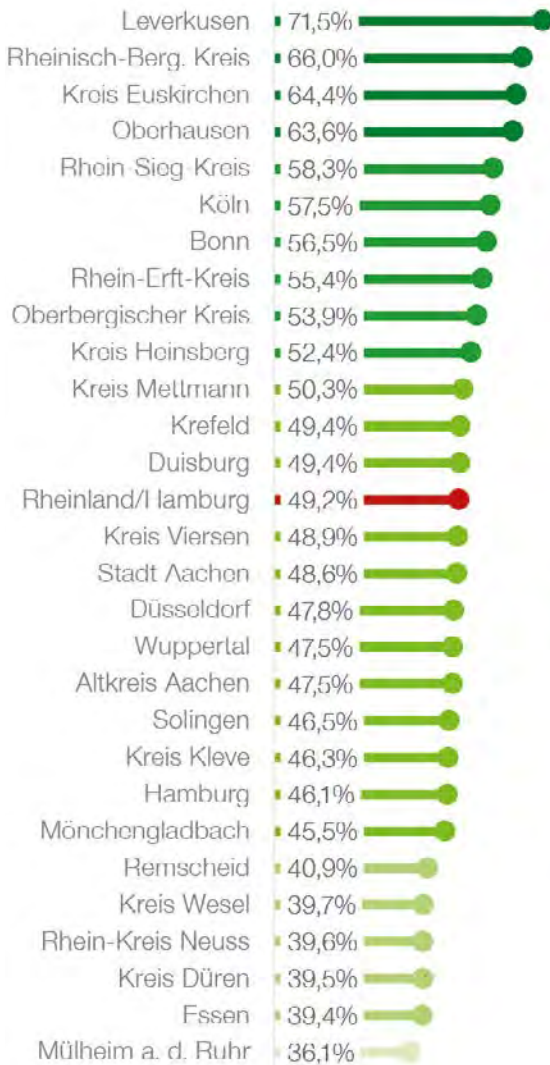
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

ADHS: Psychotherapie

Anteil an allen Kindern und Jugendlichen mit ADHS



Wann hilft Psychotherapie bei ADHS?

Grundsätzlich wird zur Behandlung von ADHS eine multimodale Therapie empfohlen, die psychosoziale/psychotherapeutische, medikamentöse und weitere ergänzende Interventionen kombiniert. Grundlage jeder Behandlung ist die Aufklärung und Beratung über die Krankheit und wirksame Therapien. Bei leichter und mittlerer Krankheitsschwere kann eine zusätzliche psychotherapeutische Behandlung durchgeführt werden. Bei zunehmender Krankheitsschwere kann eine Psychotherapie ergänzend zur medikamentösen Therapie stattfinden. Diese Auswertung betrachtet, wie viele Kinder und Jugendliche mit ADHS im Jahr 2021 psychotherapeutisch behandelt wurden. Dabei sind nicht nur die antragspflichtigen Behandlungen gemäß der Psychotherapie-Richtlinie erfasst, sondern auch Sitzungen zur Therapieplanung.

i Die AOK Rheinland/Hamburg hat einen eigenen Versorgungsvertrag zur ADHS-Diagnosestellung und Therapie von Kindern und Jugendlichen.

Zeitraum

2019–2021

Aufgreifkriterien

ICD-10-Code: F90,
EBM-Ziffern: Leistungen
gemäß Kapitel 35

Standardisierung

keine

Datenquelle

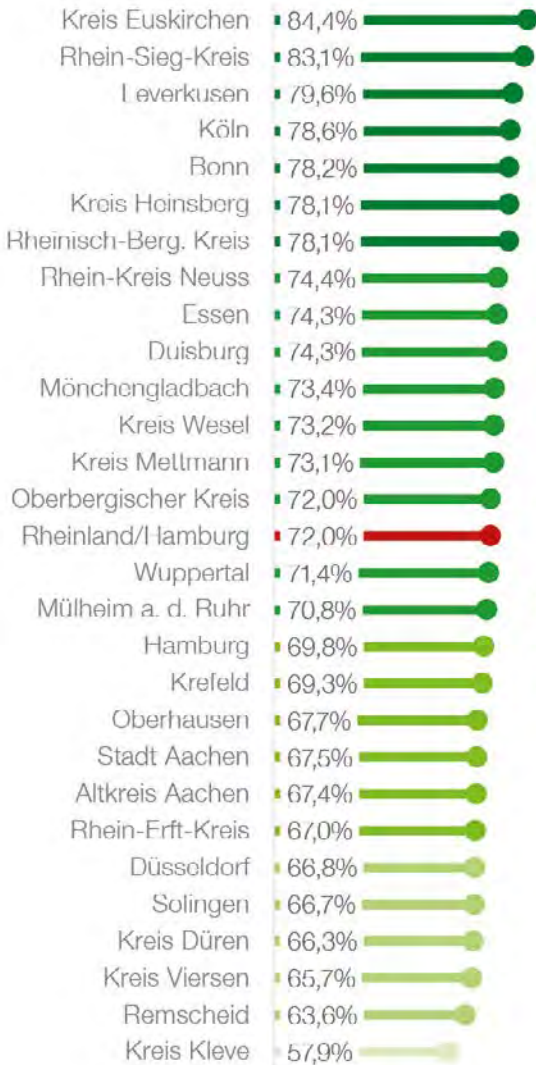
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

ADHS: Dauer bis zum Beginn einer Psychotherapie

Anteil der Kinder mit ADHS mit Beginn der Psychotherapie innerhalb von zwei Quartalen nach Erstdiagnose



Warum ist die Dauer bis zum Therapiebeginn interessant?

ADHS ist für viele betroffene Kinder und ihr soziales Umfeld eine große Belastung. Kinder mit behandlungsbedürftiger ADHS sollten daher zeitnah eine Therapie bekommen. Wird als Therapieoption eine psychotherapeutische Behandlung gewählt, sollte das Kind möglichst schnell einen Behandlungsplatz in einer psychotherapeutischen Praxis erhalten. Der zeitnahe Beginn einer Verhaltenstherapie hängt dabei wesentlich von der regionalen Verfügbarkeit von Therapieplätzen ab. Dieser Auswertung liegen alle Kinder und Jugendlichen mit Psychotherapie bei ADHS zugrunde. Der ausgewiesene Wert stellt den Anteil derjenigen dar, bei denen die Behandlung innerhalb von zwei Quartalen nach ihrer ADHS-Erstdiagnose begonnen hat. Dabei sind nicht nur die antragspflichtigen Behandlungen gemäß der Psychotherapie-Richtlinie erfasst, sondern bereits kürzere Sitzungen zur Bedarfsabklärung und Therapieplanung.

Zeitraum

2018–2021

Aufgreifkriterien

ICD-10-Code: F90,
EBM-Ziffern: Leistungen gemäß Kapitel 35

Standardisierung

keine

Datenquelle

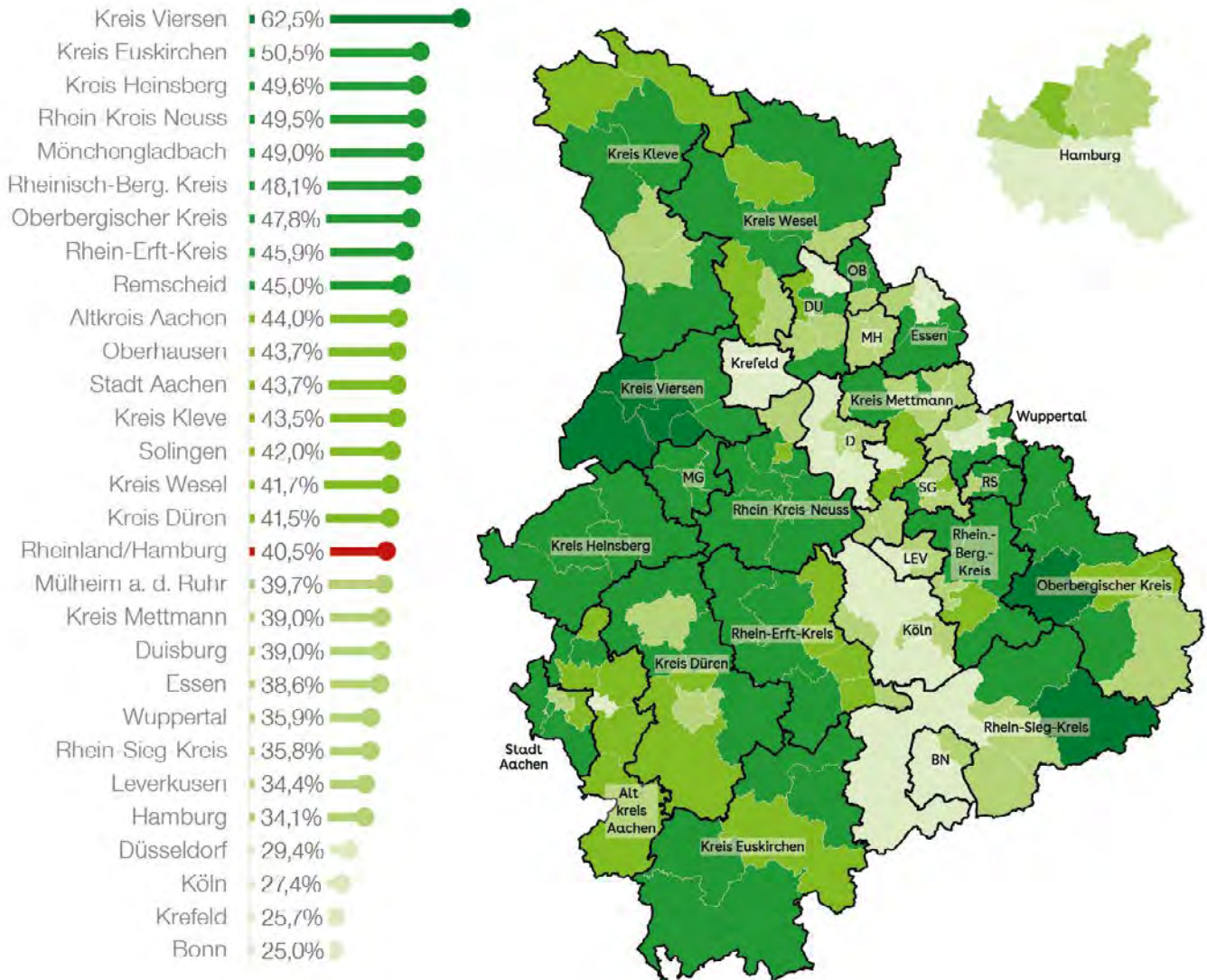
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

ADHS: Medikamentöse Therapie

Anteil an allen Kindern und Jugendlichen mit ADHS



Wann soll ADHS mit Medikamenten behandelt werden?

Der Einsatz einer medikamentösen Behandlung ist im Einzelfall unter Berücksichtigung des Alters des Kindes, des Schweregrades der Erkrankung und der individuellen Situation des Kindes zu entscheiden. Bei Kindern im Vorschulalter und bei leichter Krankheitschwere sollten nicht-medikamentöse Therapieansätze verfolgt werden. Bei mittelgradiger ADHS ist der Einsatz von Arzneimitteln im Einzelfall abzuwägen. Vor allem bei schwerer Krankheitsausprägung mit deutlichen Beeinträchtigungen im Alltag ist eine medikamentöse Therapie die vorrangige Therapieoption. Diese Auswertung betrachtet, wie viele Kinder und Jugendliche mit ADHS-Diagnose im Jahr 2021 ADHS-spezifische Medikamente verordnet bekommen haben.

Zeitraum

2019–2021

Aufgreifkriterien

ICD-10-Code: F90, ATC-Codes: N06BA02, N06BA04, N06BA09, N06BA12, N06BA21

Standardisierung

keine

Datenquelle

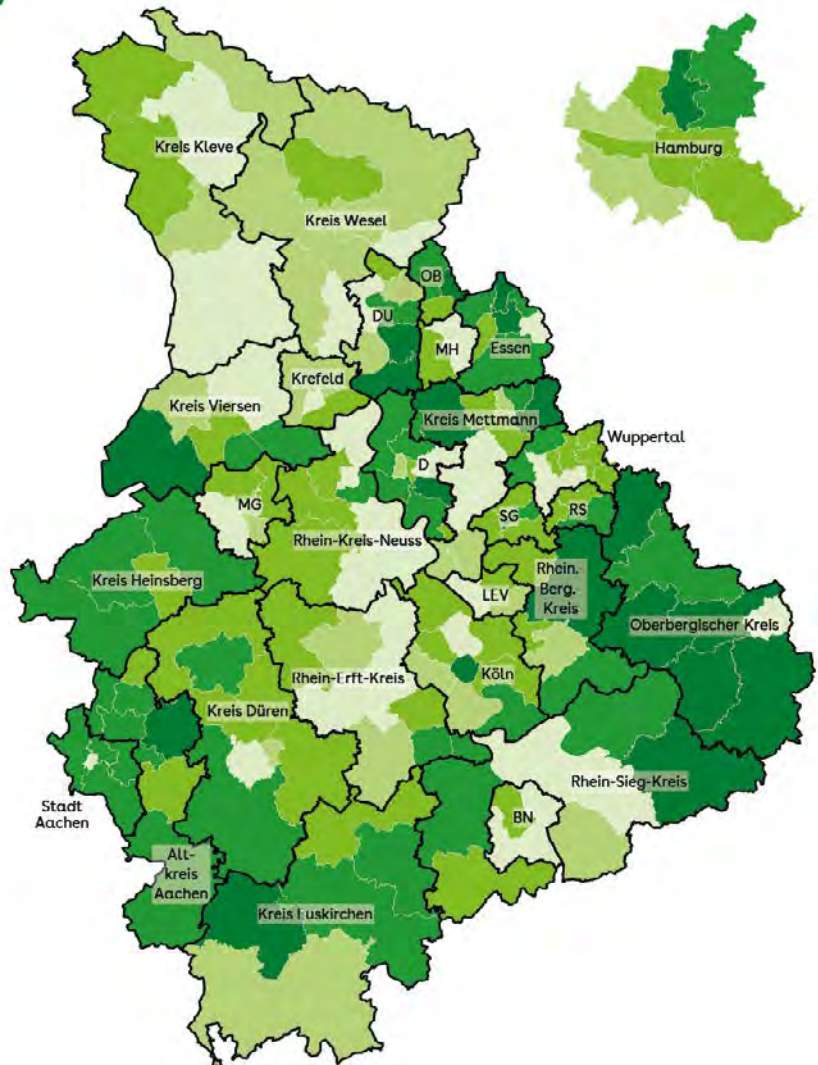
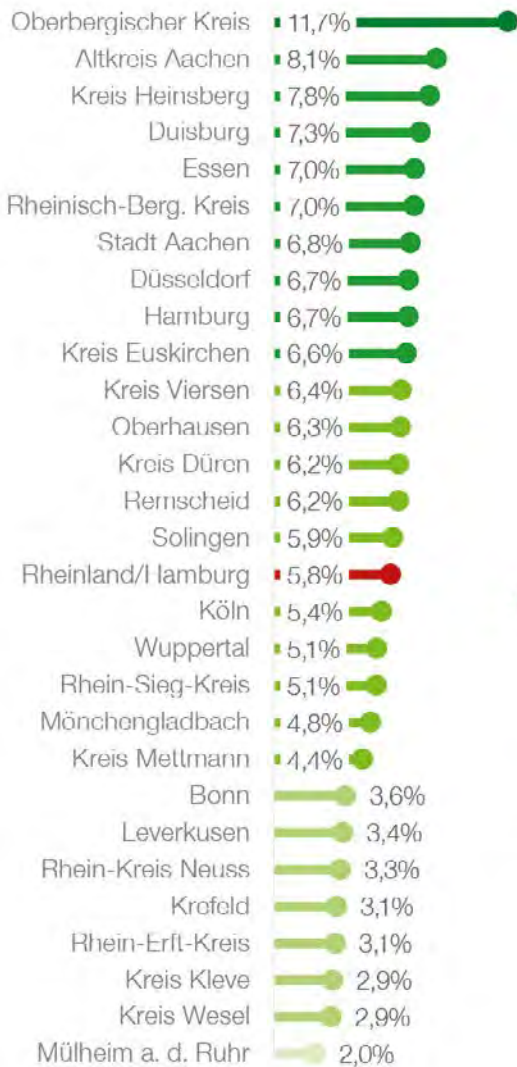
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

ADHS: Medikamentöse Therapie zweiter Wahl

Anteil an allen Verordnungen ADHS-spezifischer Medikamente



Welche Medikamente sind bei der Behandlung von ADHS empfohlen?

Zur medikamentösen Behandlung von ADHS sind in Deutschland fünf verschiedene Wirkstoffe zugelassen. Diese unterteilen sich in die sogenannten Stimulanzen und die sogenannten Nicht-Stimulanzen. Die medikamentöse Therapie von ADHS soll vorrangig mit Stimulanzen erfolgen. Das Mittel erster Wahl ist dabei Methylphenidat, das unter dem Handelsnamen Ritalin bekannt ist. Die Nicht-Stimulanzen sind nur nach unzureichender Behandlung mit Methylphenidat im Speziellen bzw. von Stimulanzen im Allgemeinen zugelassen. Diese Auswertung zeigt an, wie hoch der Anteil der Verordnungen von Nicht-Stimulanzen an allen ADHS-spezifischen Arzneimittelverordnungen ist.

Zeitraum

2019–2021

Aufgreifkriterien

ICD-10-Code: F90, ATC-Codes: N06BA02, N06BA04, N06BA09, N06BA12, N06BA21

Standardisierung

keine

Datenquelle

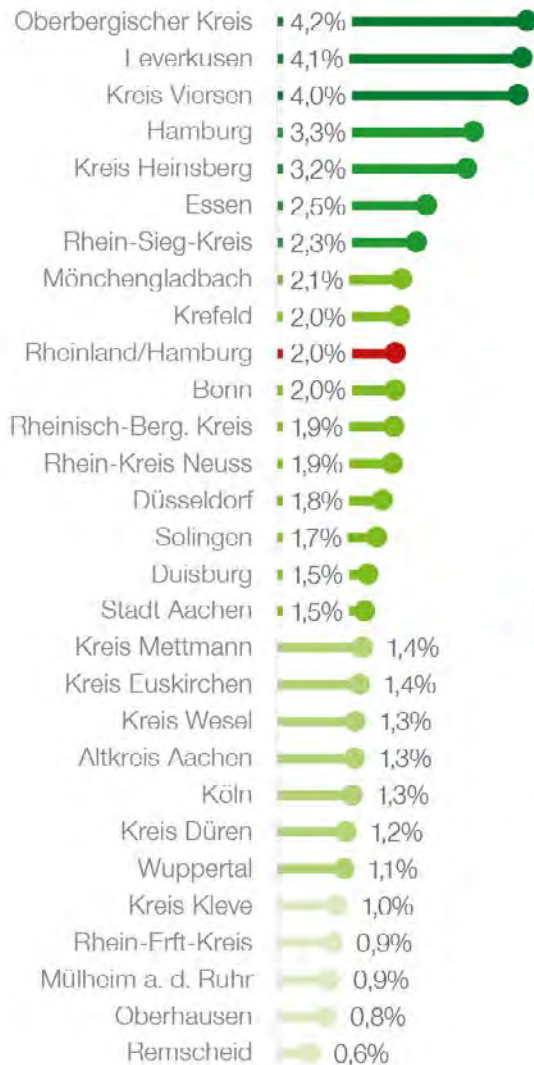
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

ADHS: Medikamentöse Therapie nicht durch Spezialistin oder Spezialisten

Anteil an allen Verordnungen ADHS-spezifischer Medikamente



Warum sollten ADHS-Medikamente von Spezialisten verordnet werden?

Die medikamentöse Therapie von ADHS soll vorrangig mit Stimulanzien erfolgen. Das Mittel erster Wahl ist dabei Methylphenidat, das unter dem Handelsnamen Ritalin bekannt ist. Stimulanzien gehören zu den Betäubungsmitteln nach dem Betäubungsmittelgesetz. Ihr Einsatz ist durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) eng reglementiert. Sie dürfen nur von einer Spezialistin oder einem Spezialisten für Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen verordnet werden. Lediglich in Ausnahmefällen, zum Beispiel zur Sicherstellung der Versorgung in ländlichen Gebieten, dürfen auch andere Arztgruppen Folgeverordnungen vornehmen. Dabei muss die Aufsicht durch eine Spezialistin bzw. einen Spezialisten gegeben sein. Die Auswertung betrachtet, wie viele Verordnungen von ADHS-Medikamenten bei Kindern und Jugendlichen nicht durch entsprechende Spezialistinnen und Spezialisten für Verhaltensstörungen ausgestellt wurden.

Zeitraum

2019–2021

Aufgreifkriterien

ICD-10-Code: F90, ATC-Codes: N06BA02, N06BA04, N06BA09, N06BA12, N06BA21

Standardisierung

keine

Datenquelle

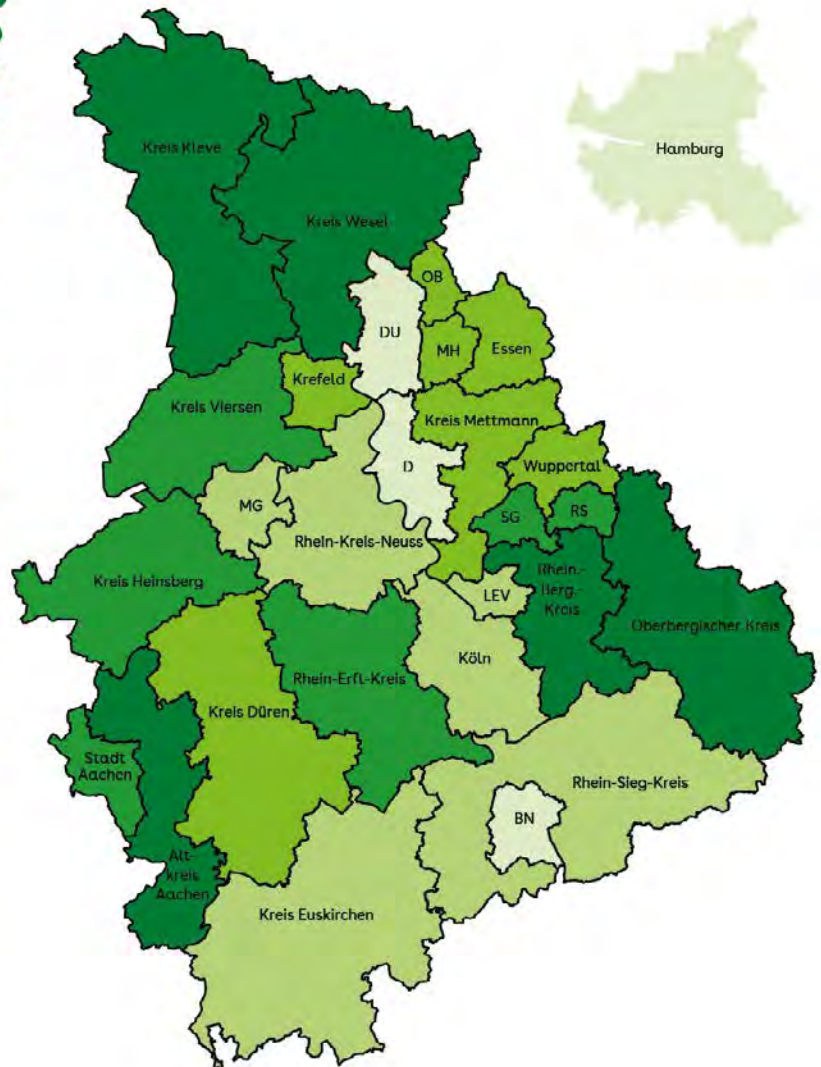
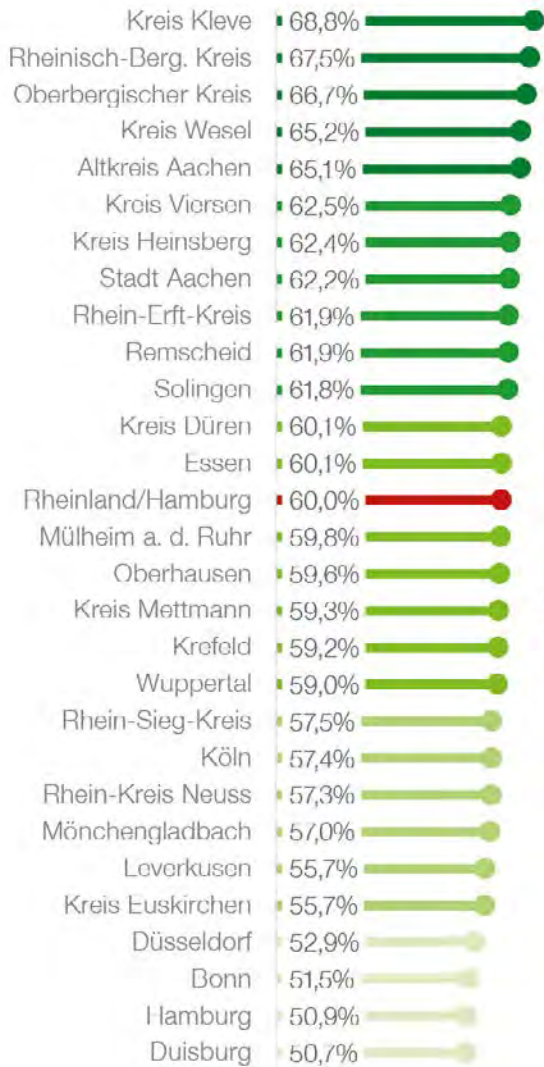
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

ADHS: Dauermedikation

Anteil der Kinder mit medikamentöser Therapie, die Medikamente länger als drei Jahre erhalten



Wie wird der langfristige Einsatz von ADHS-spezifischen Medikamenten beurteilt?

Die medikamentöse Therapie von ADHS erfolgt vorrangig mit Stimulanzien. Diese gehören zu den Betäubungsmitteln nach dem Betäubungsmittelgesetz. Ihr Einsatz sollte eng begrenzt und möglichst zeitlich befristet erfolgen. Mindestens alle sechs Monate soll beurteilt werden, ob die Medikation weiterhin verabreicht werden soll. Zudem soll einmal jährlich die Medikation ausgesetzt werden, um die Notwendigkeit zur Fortführung zu überprüfen. Eine Dauertherapie über 12 Monate erfordert eine besondere Dokumentation. Diese Auswertung betrachtet alle Kinder und Jugendliche mit erstmaliger Verordnung ADHS-spezifischer Medikamente in den Jahren 2017 oder 2018. Sie gibt den Anteil derjenigen aus, die auch drei Jahre später weiterhin Medikamente erhalten.

Zeitraum

2017–2021

Aufgreifkriterien

ICD-10-Code: F90, ATC-Codes: N06BA02, N06BA04, N06BA09, N06BA12, N06BA21

Standardisierung

keine

Datenquelle

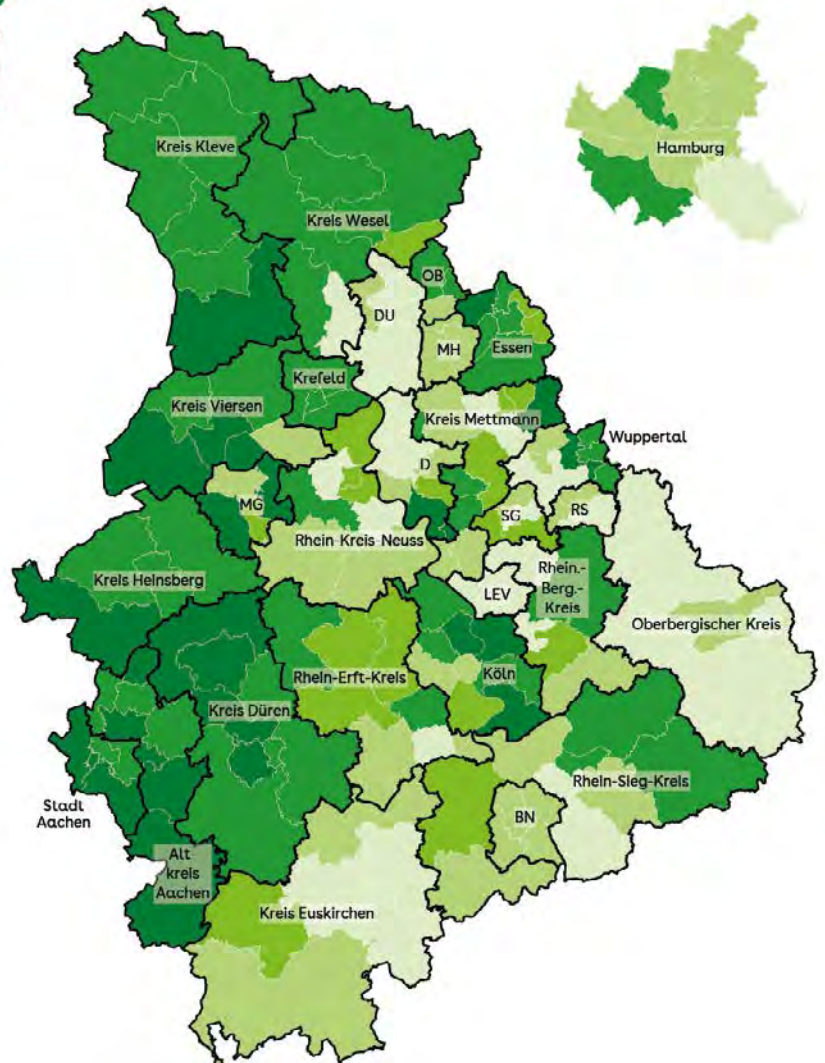
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Störung des Sozialverhaltens: Prävalenz

Anteil an allen Kindern und Jugendlichen von 3 bis 17 Jahren



Was ist eine Störung des Sozialverhaltens?

Eine Störung des Sozialverhaltens zeichnet sich durch ein aufsässiges, aggressives und Regeln missachtendes Verhalten aus. Dazu zählen Ungehorsam, Streitsucht, häufige und schwere Wutausbrüche, Zerstörungswut, Grausamkeit gegenüber Tieren und Menschen, Stehlen, Lügen oder Schuleschwänzen. Die Diagnose „Störung des Sozialverhaltens“ wird gestellt, wenn mindestens drei dieser Verhaltensweisen wiederholt auftreten. Die Krankheit wird begünstigt durch neurobiologische Faktoren, wie zum Beispiel eine mangelnde Emotionsregulation, und psychosoziale Belastungen, hierzu zählen deprivierte Lebensbedingungen und eigene Gewalterfahrung. Die Auswertung betrachtet, bei wie vielen Kindern und Jugendlichen eine Störung des Sozialverhaltens in mindestens zwei Quartalen ärztlich festgestellt wurde.

Zeitraum

2021

Aufgreifkriterien

ICD-10-Codes: F90.1, F91 und F92

Standardisierung

Alter und Geschlecht auf Bundesbevölkerung

Datenquelle

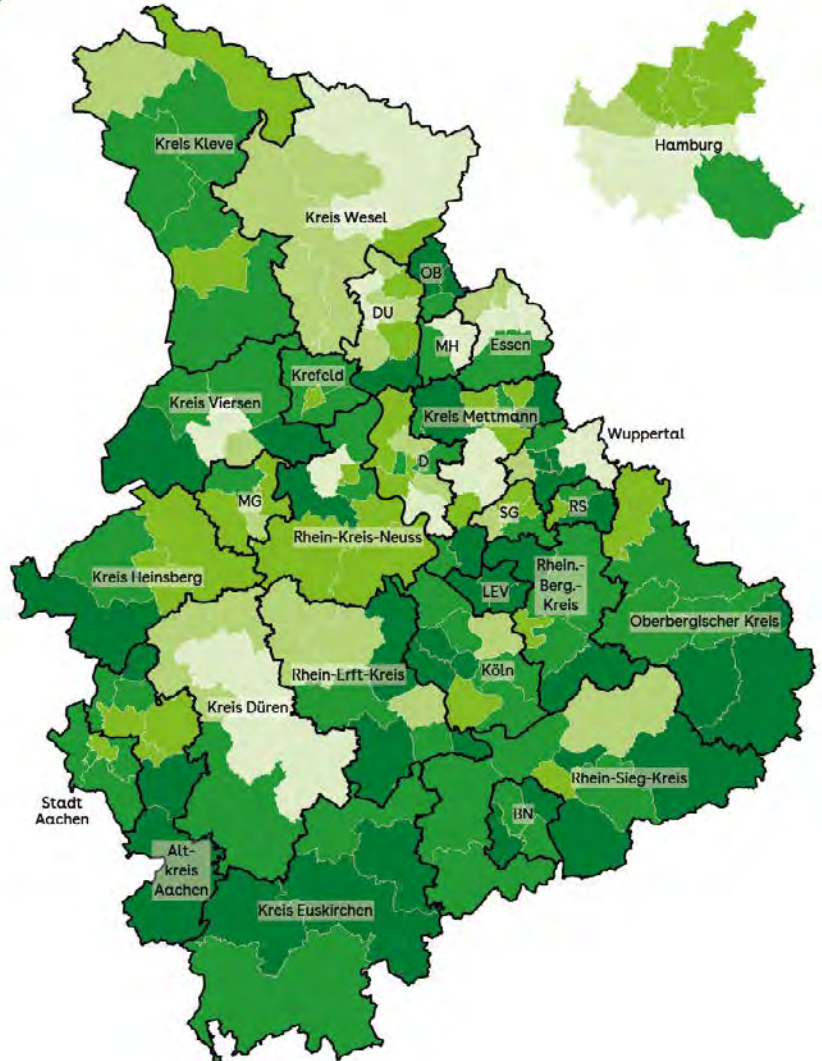
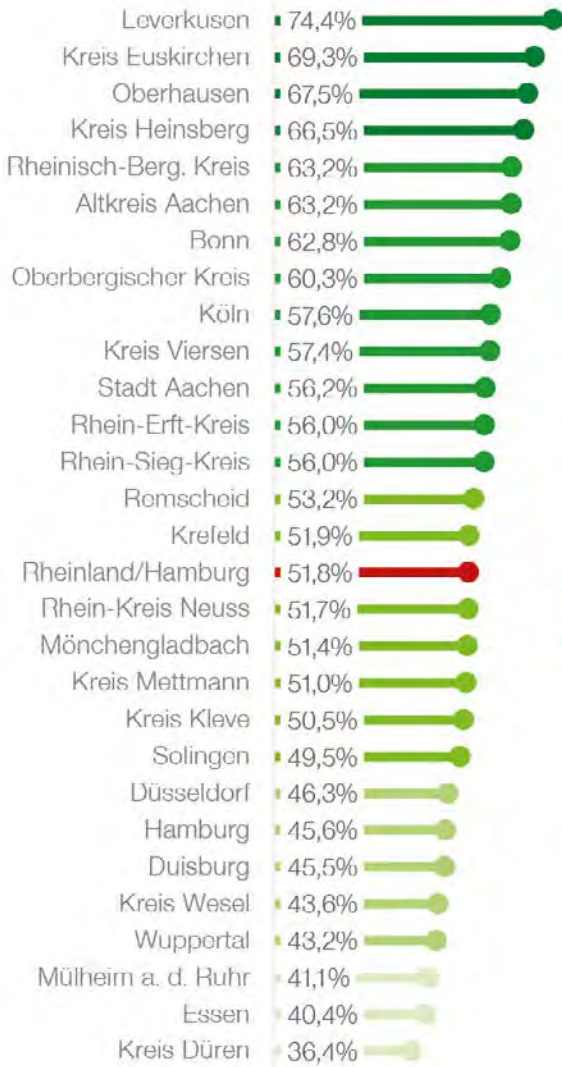
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Störung des Sozialverhaltens: Psychotherapie

Anteil an allen Kindern und Jugendlichen mit einer Störung des Sozialverhaltens



Wie sollte eine Sozialverhaltensstörung behandelt werden?

Die Therapie einer Störung des Sozialverhaltens setzt meist an mehreren Punkten an. In einer patientenzentrierten psychotherapeutischen Behandlung lernt das Kind bzw. der/die Jugendliche, das impulsive oder aggressive Verhalten zu kontrollieren. Diese Therapie ist insbesondere bei Kindern und Jugendlichen zwischen sechs und 14 Jahren empfohlen, kann aber auch in jüngerem oder höherem Alter angewandt werden. Zudem sollte möglichst auch das soziale Umfeld durch Elterntrainings und kita- oder schulzentrierte Interventionen miteinbezogen werden, um störungsauslösende und -aufrechterhaltende Faktoren zu beseitigen. Diese Auswertung betrachtet, wie viele von den Kindern mit einer Diagnose Störung des Sozialverhaltens im Jahr 2021 an einer psychotherapeutischen Behandlung teilgenommen haben. Dabei sind nicht nur die antragspflichtigen Behandlungen gemäß der Psychotherapie-Richtlinie erfasst, sondern bereits kürzere Sitzungen zur Bedarfsabklärung und Therapieplanung.

Zeitraum

2019–2021

Aufgreifkriterien

ICD-10-Codes: F90.1, F91 und F92, EBM-Ziffern: Leistungen gemäß Kapitel 35

Standardisierung

keine

Datenquelle

AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Störung des Sozialverhaltens: Psychopharmaka

Anteil an allen Kindern und Jugendlichen mit einer Störung des Sozialverhaltens



Wann sollten bei einer Sozialverhaltensstörung Medikamente verordnet werden?

Eine medikamentöse Therapie zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Störung des Sozialverhaltens ist nicht generell empfohlen. Sie sollte vor allem in Fällen schwerwiegender Aggressivität erwogen werden, wenn zuvor psychotherapeutische Maßnahmen erfolglos geblieben sind. Die Einnahme sollte eng begrenzt als Kurzzeitbehandlung erfolgen. Diese Auswertung betrachtet, wie viele Kinder und Jugendliche mit einer Störung des Sozialverhaltens medikamentös behandelt wurden. Aufgrund des in den Daten beobachtbaren breiten Verordnungsspektrums wurden hierfür alle Psychopharmaka mit Ausnahme der ADHS-spezifischen Medikamente betrachtet. Da viele Kinder mit einer Störung des Sozialverhaltens gleichzeitig an ADHS leiden, erhalten viele von ihnen eine ADHS-spezifische Medikation. Diese verringert zwar auch die Symptome der Sozialverhaltensstörung, ist allerdings nicht als krankheitsspezifisch anzusehen.

Zeitraum

2019–2021

Aufgreifkriterien

ICD-10-Codes: F90.1, F91 und F92, ATC-Codes: N05A, N06A, N06B ohne N06BA02, N06BA04, N06BA09, N06BA12, N06BA21

Standardisierung

keine

Datenquelle

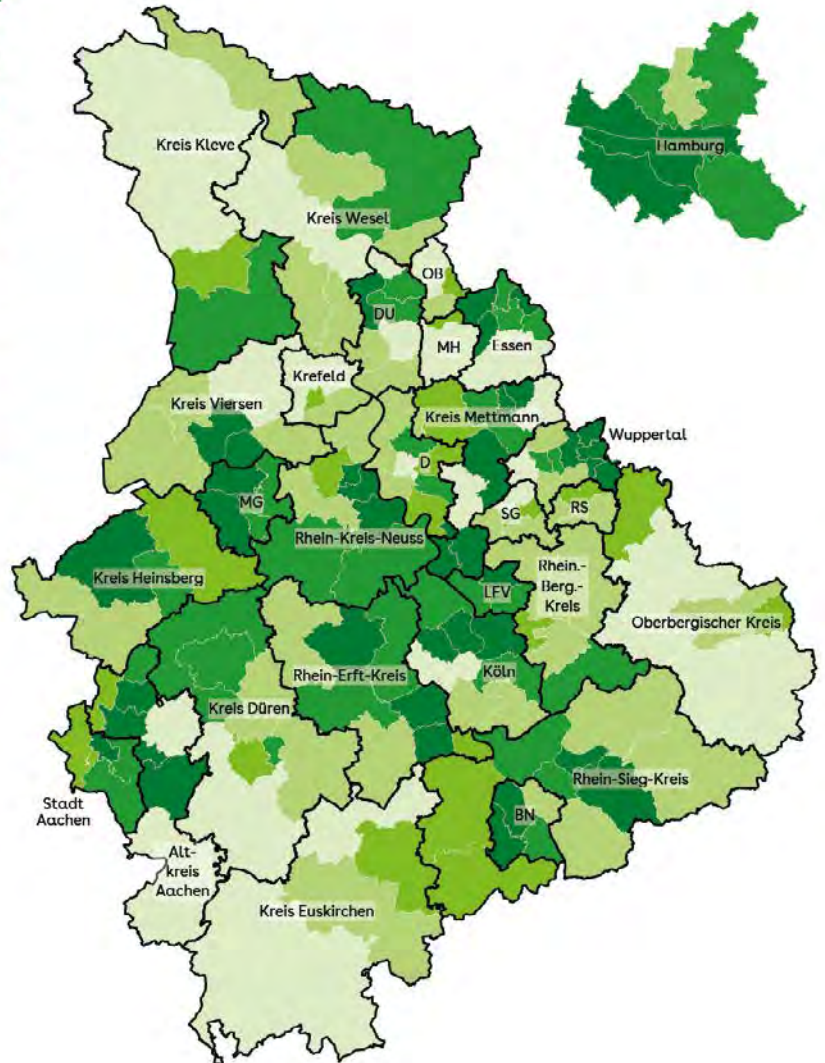
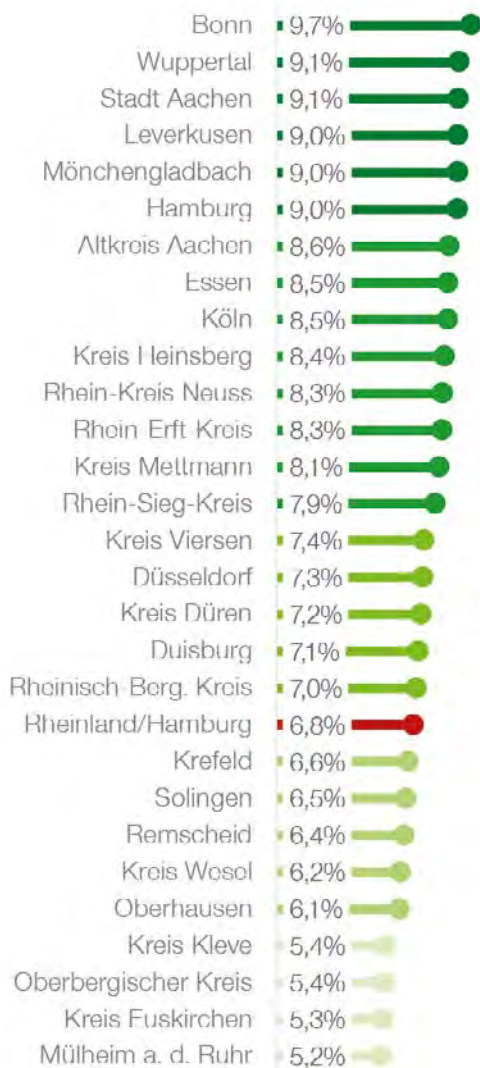
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Adipositas: Prävalenz bei Kindern

Anteil an allen Kindern und Jugendlichen von 3 bis 17 Jahren



Welche Kinder gelten als adipös?

Adipositas bezeichnet den Zustand, wenn der Körperfettanteil an der Gesamtkörpermasse deutlich erhöht ist. Der Anteil des Körperfetts wird mittels des Body-Mass-Index (BMI) abgeschätzt. Der BMI ist der Quotient aus Gewicht und Körpergröße zum Quadrat (kg/m^2). Während für Erwachsene feste Grenzwerte zur Definition von Adipositas bestehen, sollte die Bestimmung von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter anhand geschlechtsspezifischer Altersperzentilen für den BMI erfolgen. Die Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter empfiehlt dabei die Definitionen laut Tabelle. Adipositas ist eine starke Belastung für den Körper und kann zu schwerwiegenden Begleit- und Folgeerkrankungen führen.

i Die AOK Rheinland/Hamburg ermöglicht stark übergewichtigen Kindern und Jugendlichen die Teilnahme an einem speziellen zwölfmonatigen Schulungsprogramm.

| | BMI-Perzentile |
|--------------------|----------------|
| Übergewicht | >90-97 |
| Adipositas | >97-99,5 |
| extreme Adipositas | >99,5 |

Zeitraum

2021

Aufgreifkriterien

ICD-10-Codes: E66.04-05, E66.24-25, E66.84-85, E66.94-95, wenn nicht E66.14-15

Standardisierung

Alter und Geschlecht auf Bundesbevölkerung

Datenquelle

AOK Rheinland/Hamburg

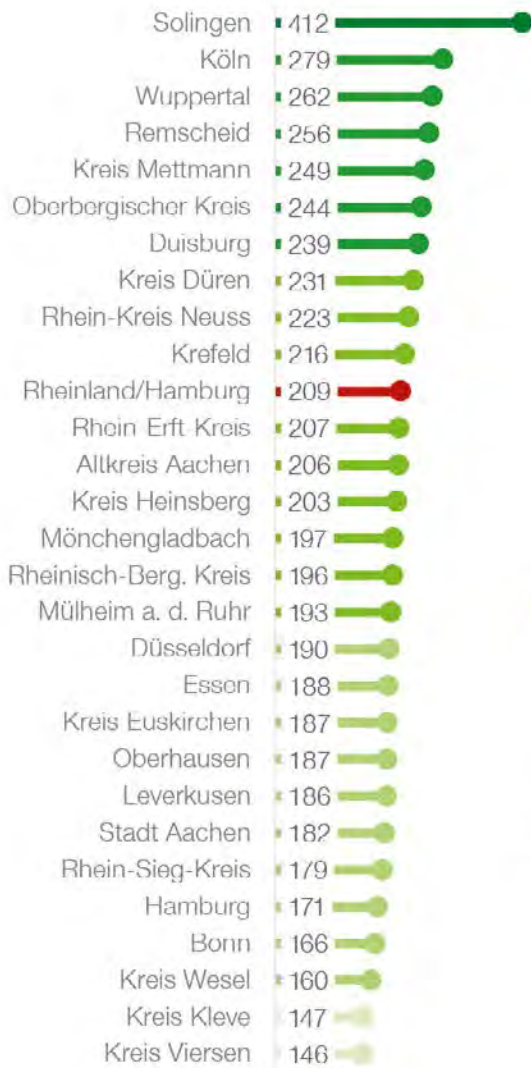
Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Krankheitsprävalenzen

Post-Covid

Erkrankungen je 100.000 Versicherte



Was ist das Post-Covid-Syndrom?

Die meisten Covid-19-Infektionen sind nach relativ kurzer Zeit überstanden und die Betroffenen im Nachhinein vollständig von der Krankheit genesen. In einigen Fällen fühlen sich die Menschen jedoch noch für längere Zeit nach der Infektion krank. Sie leiden unter sehr unterschiedlichen Symptomen wie Erschöpfung, Atemnot, Muskelschmerzen, Konzentrationsschwierigkeiten oder auch psychischen Einschränkungen. Diese Langzeitfolgen werden – sofern sie länger als zwölf Wochen bestehen und nicht anderweitig erklärt werden können – unter dem Begriff des Post-Covid-Syndroms zusammengefasst. Diese Auswertung betrachtet, wie viele Versicherte mit einem Post-Covid-Syndrom mindestens zwei Quartale in ärztlicher Behandlung waren.

i Die AOK Rheinland/Hamburg unterstützt Betroffene im Rahmen ihrer Patientenbegleitung und mit Informationsveranstaltungen.

Zeitraum

2021

Aufgreifkriterien

ICD-10-Codes: U09.9!, U10.9

Standardisierung

Alter und Geschlecht auf Bundesbevölkerung

Datenquelle

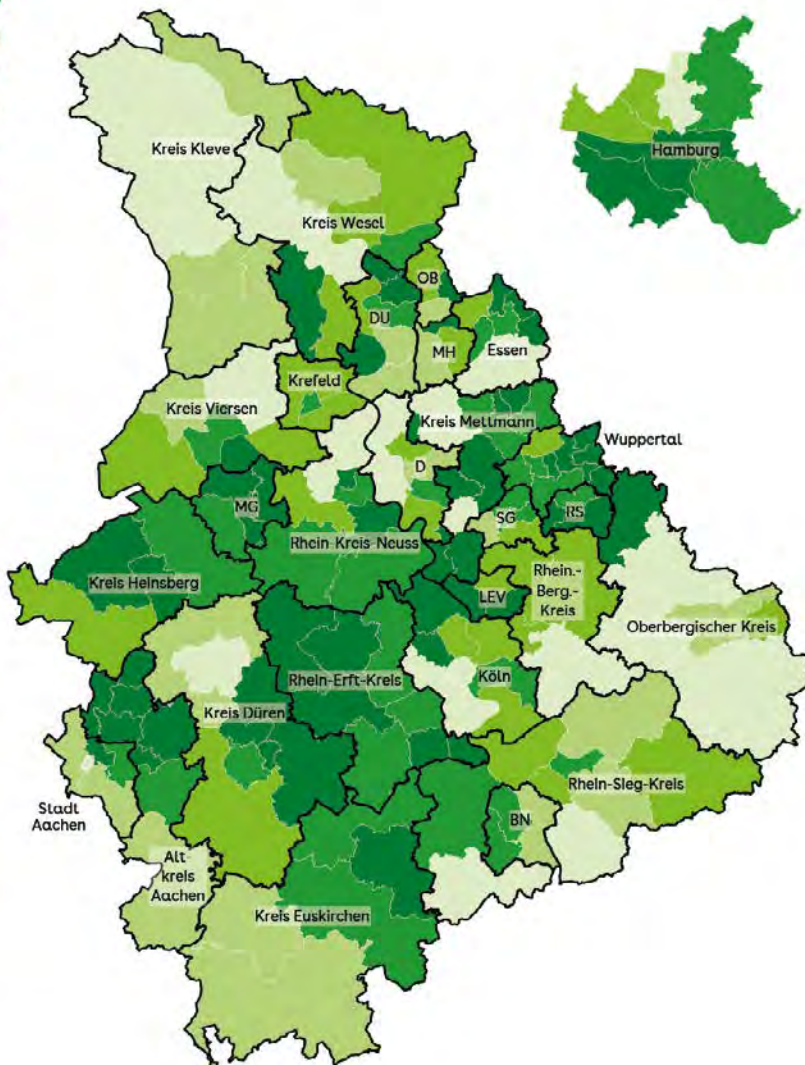
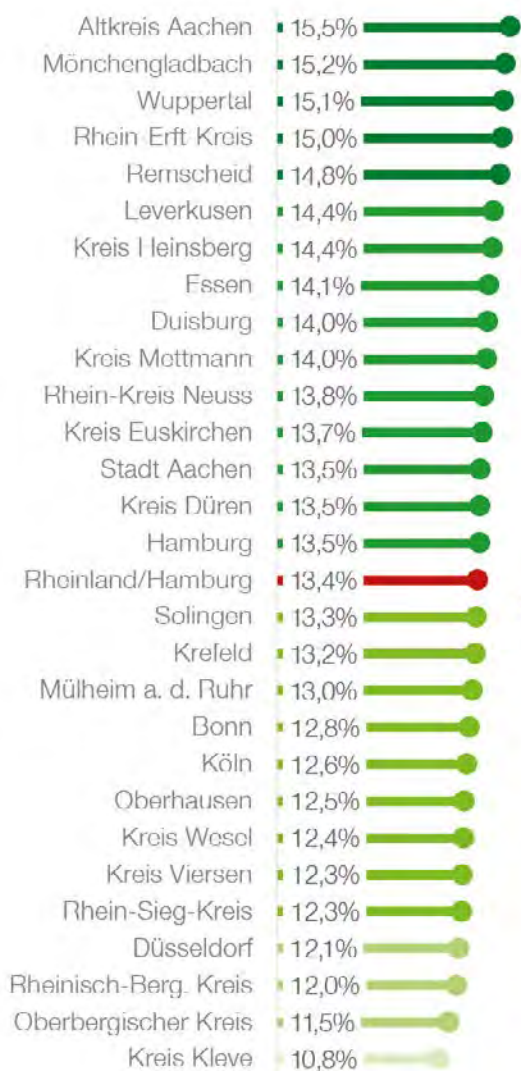
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Adipositas: Prävalenz bei Erwachsenen

Anteil an allen Versicherten ab 18 Jahren



Was ist Adipositas?

Adipositas bezeichnet den Zustand, wenn der Körperfettanteil an der Gesamtkörpermasse deutlich erhöht ist. Der Anteil des Körperfetts wird mittels des Body-Mass-Index (BMI) abgeschätzt. Der BMI ist der Quotient aus Gewicht und Körpergröße zum Quadrat (kg/m²). Erwachsene mit einem BMI von mehr als 30 gelten als adipös. Adipositas ist eine starke Belastung für den Körper und kann zu schwerwiegenden Begleit- und Folgeerkrankungen führen. Als wichtigste Risikofaktoren gelten der Lebensstil, genetische Veranlagung, Essstörungen, Stoffwechselerkrankungen, Medikamente, Stress und Schlafmangel.

i Die AOK Rheinland/Hamburg bezuschusst Schulungen für schwer adipöse Erwachsene.

Zeitraum

2021

Aufgreifkriterien

ICD-10-Codes: E66.0/2/8/9
wenn nicht E66.1

Standardisierung

Alter und Geschlecht auf Bundesbevölkerung

Datenquelle

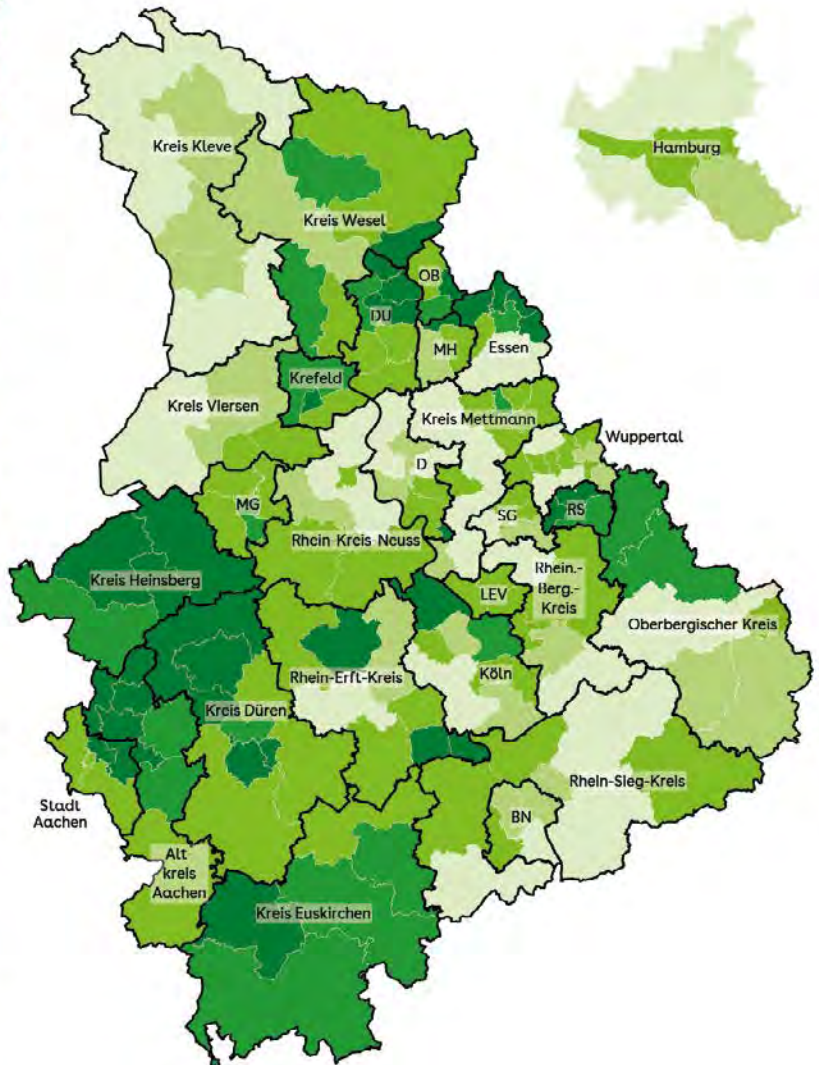
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Chronische Schmerzen: Prävalenz

Anteil an allen Versicherten



Was sind chronische Schmerzen?

Anhaltende Schmerzen bedeuten für die betroffenen Personen eine erhebliche Beeinträchtigung der Lebensqualität. Schmerzen können verschiedene Ursachen haben. In den meisten Fällen sind sie eine Reaktion auf eine bestehende oder mögliche Verletzung des Gewebes. Ihnen kommt eine wichtige Schutz- und Warnfunktion zu, da sie den Körper vor Schäden und Überlastung schützen sollen. Im Unterschied zu diesen körperlichen Schmerzen liegt die Schmerzursache bei den neuropathischen Schmerzen in einer Schädigung der Nerven selbst. Bestehen Schmerzen über einen längeren Zeitraum droht die Gefahr, dass sie sich im Schmerzgedächtnis „einbrennen“ und unabhängig von der eigentlichen Ursache fortbestehen. Die Auswertung berücksichtigt Kopf- und Kreuzschmerzen, arthrosebedingte sowie neuropathische Schmerzen und die chronische Schmerzkrankheit.

i Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg mit Rücken-, Knie- oder Gelenksbeschwerden haben Zugang zu einer Trainings-App.

Zeitraum

2021

Aufgreifkriterien

ICD-10-Codes:
s. Gesundheitsreport 2021

Standardisierung

Alter und Geschlecht auf
Bundesbevölkerung

Datenquelle

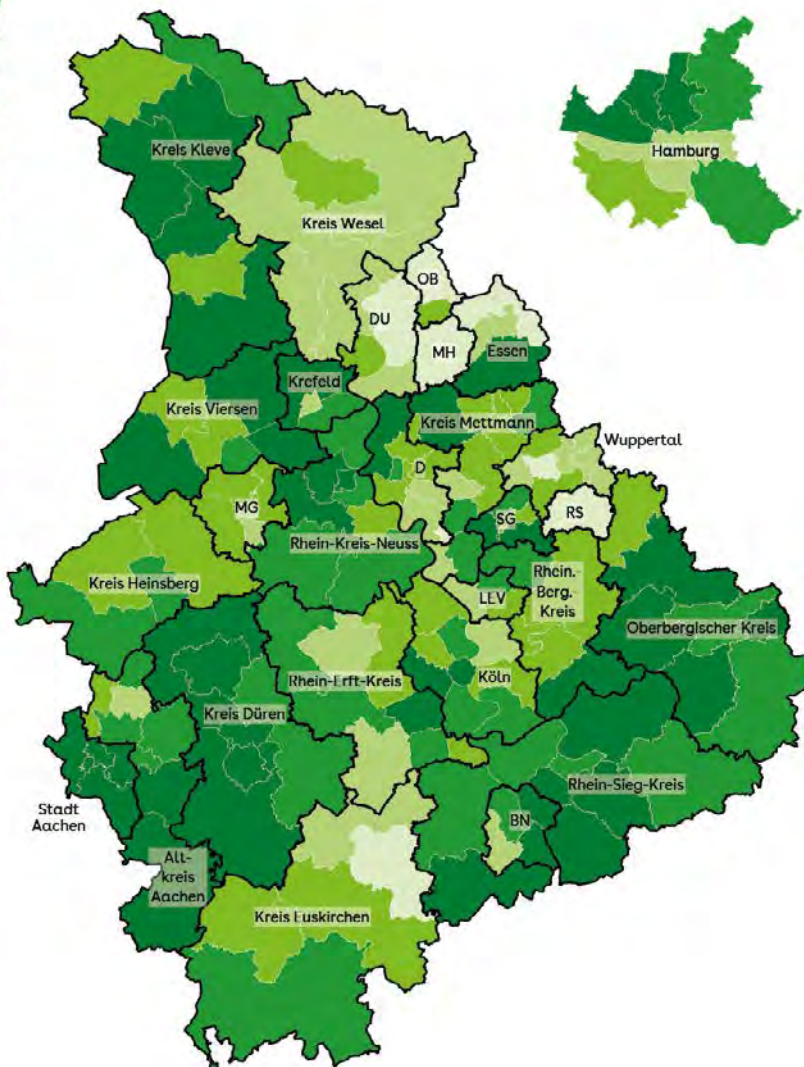
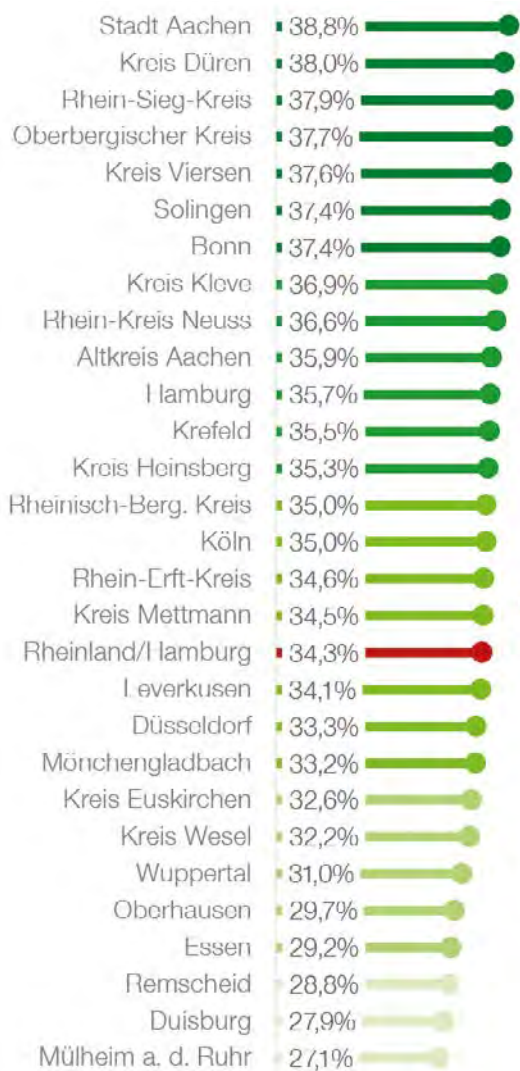
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Physiotherapie bei chronischen Schmerzen

Anteil an allen Versicherten mit chronischen muskuloskelettalen Schmerzen



Welchen Nutzen hat eine Physiotherapie?

Bewegung ist in den meisten Fällen das wirksamste Mittel gegen muskuloskelettale Schmerzen. Entsprechend beinhalten die Therapieempfehlungen für die meisten Schmerzerkrankungen Bewegung als zentrales Element einer Schmerzbehandlung. Sie wird von den Schmerzpatientinnen und -patienten zumeist als mühsam und unangenehm empfunden. Zur Unterstützung der körperlichen Aktivität soll bei chronischen Schmerzen eine Bewegungstherapie durch eine Physiotherapeutin oder einen Physiotherapeuten angeleitet werden. Ziel ist die Kräftigung der Muskulatur und die generelle Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit. Die Auswertung betrachtet, wie viele Patientinnen und Patienten mit muskuloskelettalen Schmerzen im Jahr 2021 eine Physiotherapie erhalten haben.

i Der Youtube-Kanal der AOK bietet zahlreiche Videos von Prof. Froböse von der Sporthochschule Köln mit Übungen bei Schmerzen.

Zeitraum

2021

Aufgreifkriterien

ICD-10-Codes:
s. Gesundheitsreport 2021

Standardisierung

Alter und Geschlecht auf betrachteten Versichertenkreis

Datenquelle

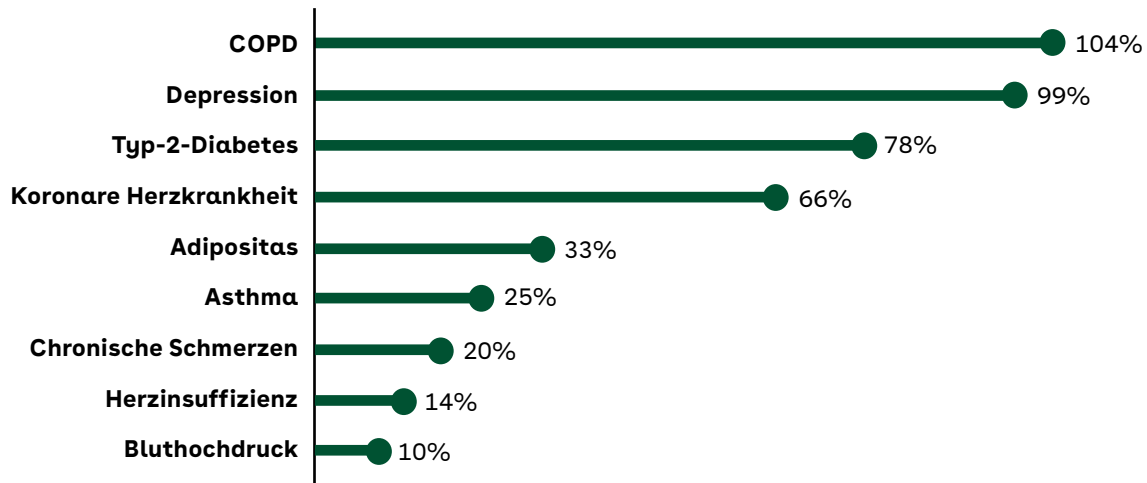
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Einfluss der sozialen Lage auf die Krankheitswahrscheinlichkeit

Erhöhte Krankheitswahrscheinlichkeit bei ALG-II-Beziehenden im Vergleich zu Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern



Warum beeinflusst die soziale Lage die Gesundheit?

Armut ist ein Gesundheitsrisiko. Menschen mit niedrigem sozioökonomischen Status haben ein höheres Risiko für chronische Krankheiten. Ursächlich für den Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Gesundheitszustand sind insbesondere sozial bedingte Unterschiede der individuellen Gesundheitsressourcen und -belastungen sowie daraus resultierende Unterschiede im Gesundheitsverhalten und der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems. Wesentliche Risikofaktoren bei Menschen mit niedrigem sozioökonomischen Status sind zum Beispiel der höhere Anteil an Raucherinnen und Rauchern, weniger sportliche Aktivität und ein ungünstiges Ernährungsverhalten. Diese Darstellung weist die erhöhte Krankheitswahrscheinlichkeit von ALG-II-Beziehenden im Vergleich zu Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern unter den Versicherten der AOK Rheinland/Hamburg aus. Die Werte wurden mittels logistischer Regression unter Kontrolle von Alter und Geschlecht berechnet.

i Die AOK Rheinland/Hamburg finanziert in verschiedenen Städten sogenannte Gesundheitskioske in sozial benachteiligten Quartieren, um die Gesundheitschancen der Menschen zu verbessern.

Zeitraum

2021

Aufgreifkriterien

E10-E14, F32-33, F34.1, F38.1, I10-I15, I20-I25, I50, J43.2/8/9, J44, J45, J46. s. Seite 67 und 68

Standardisierung

Kontrollvariablen:
Alter und Geschlecht

Datenquelle

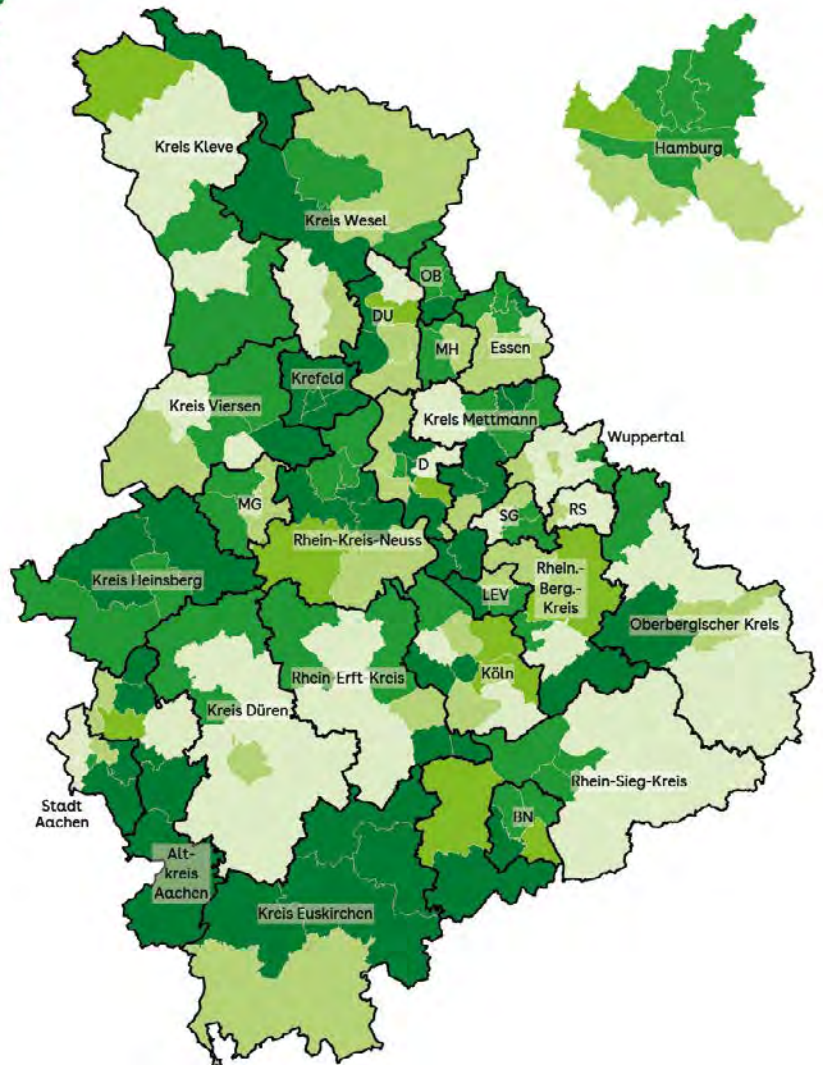
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

keine

Diabetes mit Folgeschäden im Jahr der Erstdiagnose

Anteil an allen Versicherten mit erstmaliger Diabetes-Diagnose



Warum ist ein unerkannter Diabetes gefährlich?

Diabetes mellitus ist eine fortschreitende Erkrankung, die zu Schädigungen der Augen, der Gefäße, der Nieren sowie des Nervensystems führen kann. Rechtzeitig erkannt kann die Krankheit gut therapiert werden. Folgeerkrankungen können verhindert werden. Zu Beginn verläuft die Krankheit zumeist ohne Symptome. Bleibt der Diabetes über lange Zeit unentdeckt – und wird folglich nicht behandelt – steigt das Risiko für gravierende, irreversible Schäden.

Die Auswertung betrachtet, wie viele Versicherte im Jahr der erstmaligen Diabetes-Diagnose bereits Folgeerkrankungen wie eine Diabetes-bedingte Schädigung der Netzhaut, der Nieren, der Nerven, der Blutgefäße oder das diabetische Fußsyndrom aufwiesen. Als Patientinnen und Patienten mit Erstdiagnose gelten alle Versicherten mit Diabetes-Diagnose im Jahr 2021 und ohne vorherige Diagnose in den Jahren 2019 und 2020.

Zeitraum

2021

Aufgreifkriterien

ICD-10-Codes: (E11-E14.3 + H28.0, H36.0), (E11-E14.2 + N08.3), (E11-E14.4 + G99.0, G59.0, G63.2), (E14.74-75), (E11-14.5 + I79.2)

Standardisierung

Alter und Geschlecht auf betrachteten Versichertenkreis

Datenquelle

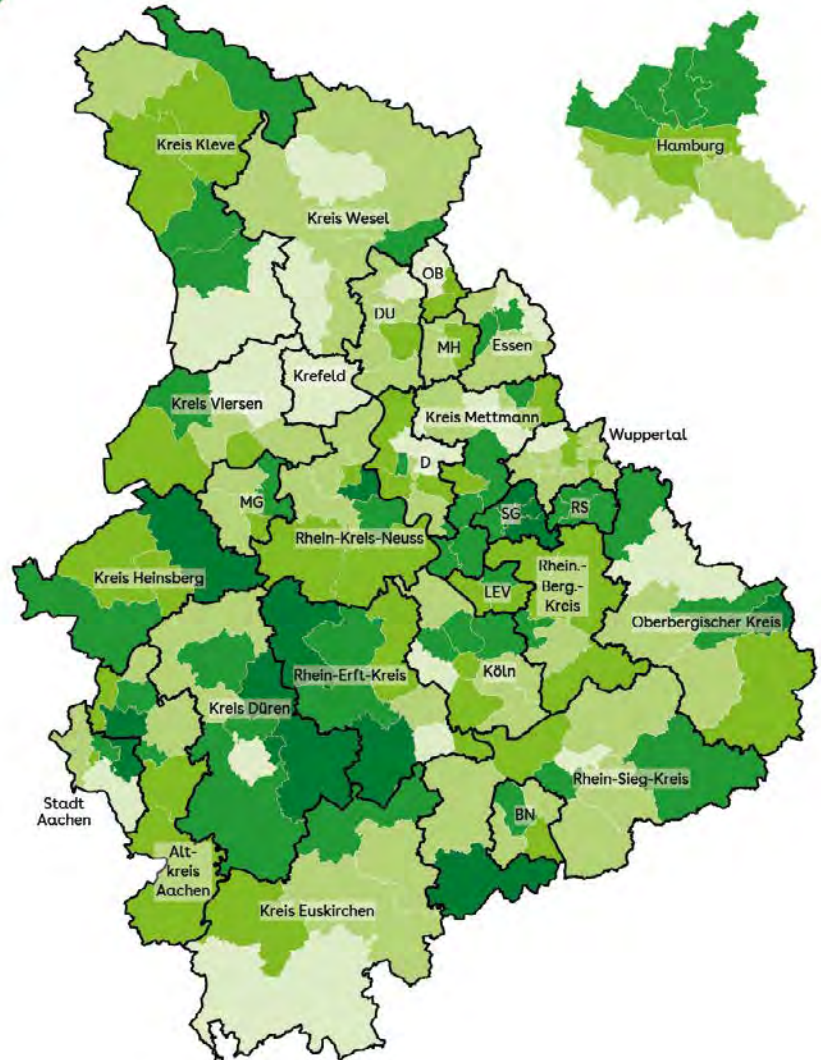
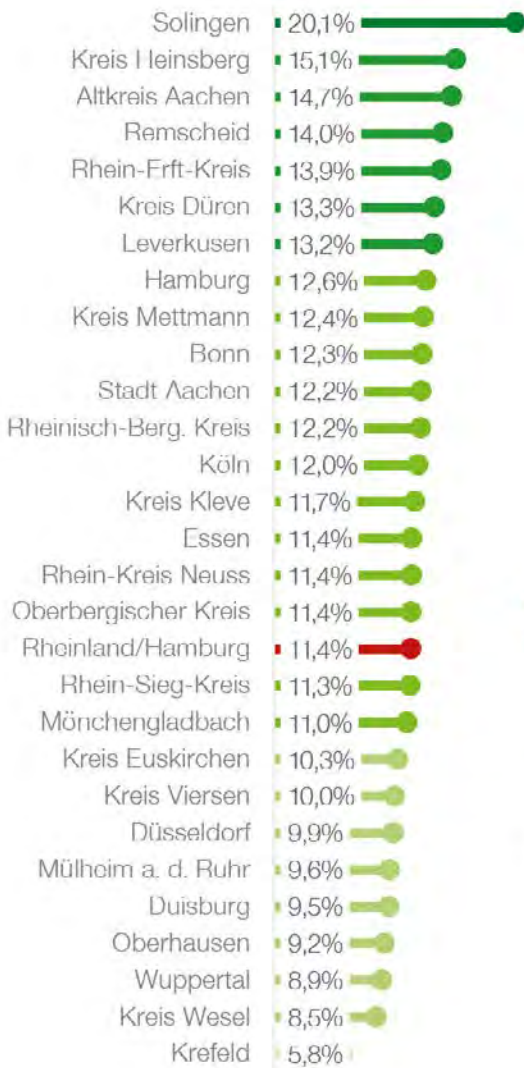
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Schweres Nierenversagen im Jahr der Erstdiagnose

Anteil an allen Versicherten mit erstmaliger Diagnose chronischen Nierenversagens



Warum ist unerkanntes Nierenversagen gefährlich?

Bei der chronischen Nierenschwäche nimmt die Nierenfunktion über einen längeren Zeitraum hinweg kontinuierlich ab und führt im terminalen Stadium zu einem vollständigen Ausfall der Nierenfunktion. Die Patientinnen und Patienten im terminalen Stadium sind für ihr Überleben auf eine künstliche Blutreinigung (Dialyse) angewiesen. Zu Beginn verläuft die Krankheit zumeist ohne Symptome. Bleibt die Niereninsuffizienz über lange Zeit unentdeckt – und wird folglich nicht behandelt – steigt das Risiko für gravierende, irreversible Schäden. Die Auswertung betrachtet, wie viele Versicherte im Jahr der erstmaligen Diagnose eines chronischen Nierenversagens bereits ein präterminales bzw. terminales Stadium aufwiesen und/oder eine Dialyse erhielten. Als Patientinnen und Patienten mit Erstdiagnose gelten alle Versicherten mit Nierenversagen-Diagnose im Jahr 2021 und ohne vorherige Diagnose in den Jahren 2019 und 2020.

Zeitraum 2021

Aufgreifkriterien

ICD-10-Codes: N18, N18.4/5, Z49.1, EBM-Ziffern: 13602-12, 40815-38, OPS-Codes: 8-853.3/4/6/x/y, 8-854.2-5/8/x/y, 8-855.3-6/x/y, 8-856

Standardisierung

Alter und Geschlecht auf betrachteten Versichertenkreis

Datenquelle

AOK Rheinland/Hamburg

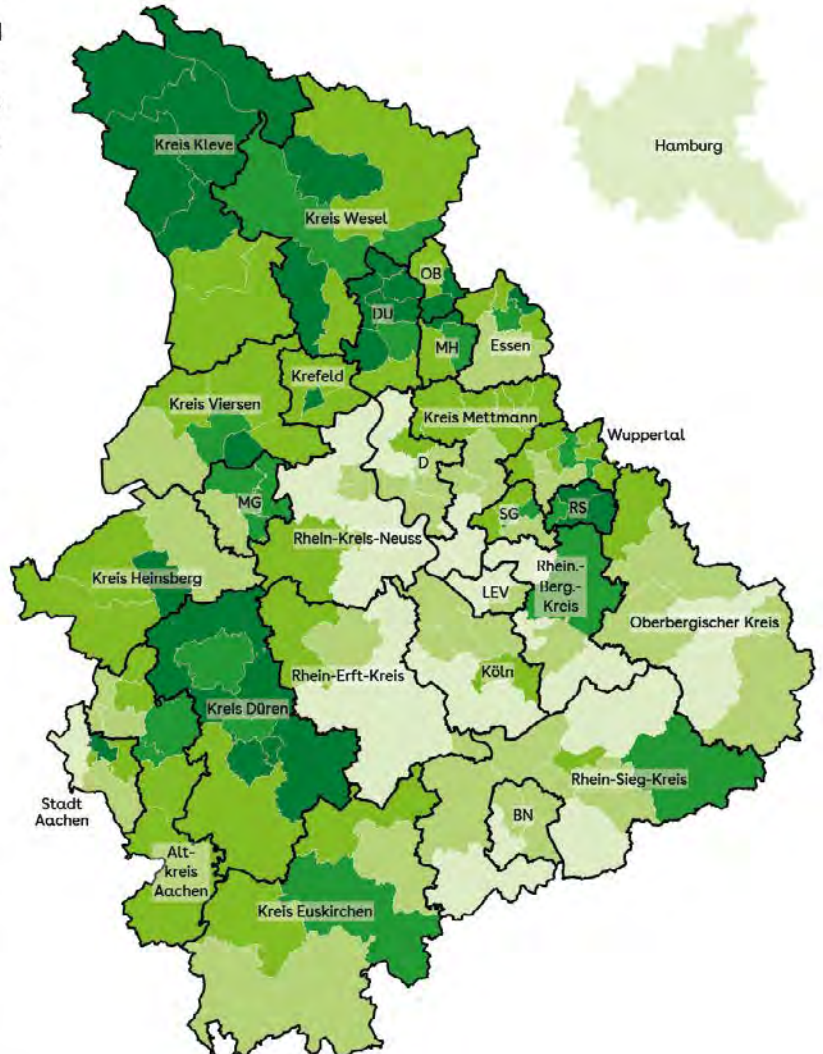
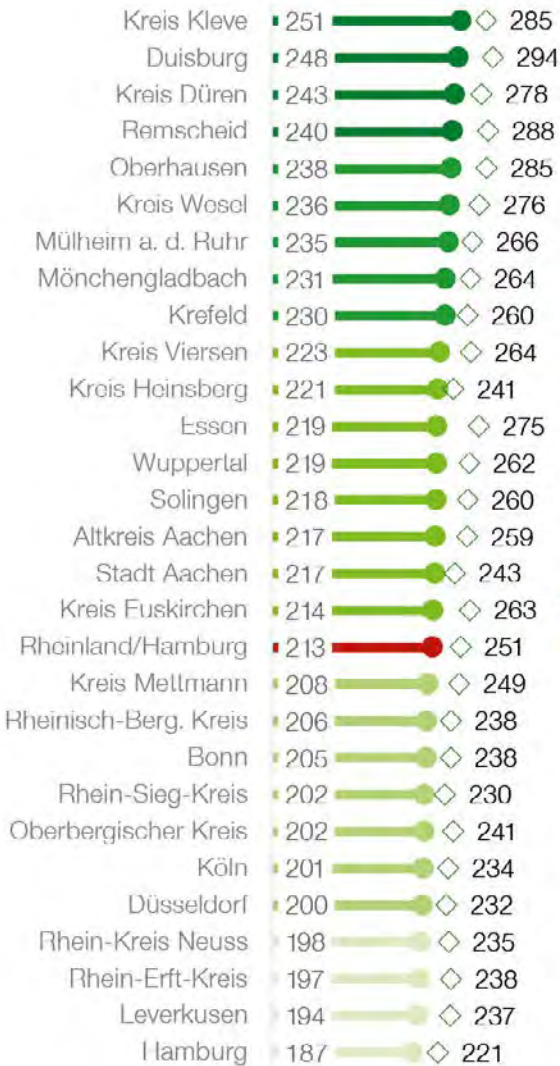
Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Stationäre Behandlung

Krankenhausfälle

Fälle je 1.000 ganzjährig Versicherte



Wie ist die Anzahl der Krankenhausfälle einzuordnen?

Die stationäre Aufnahme im Krankenhaus erfolgt in der Regel aufgrund einer akuten Behandlungsbedürftigkeit oder eines besonderen diagnostischen Abklärungsbedarfs. Sie sollte im gegliederten deutschen Gesundheitssystem den schweren Fällen vorbehalten sein, die von niedergelassenen Ärzten nicht gleichermaßen behandelt werden können. Im europäischen Vergleich ist die Anzahl der Krankenhausfälle in Deutschland sehr hoch. Die Anzahl der Fälle je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner ist beispielsweise im Vergleich zu den Niederlanden (+185%), Schweden (+80%), Frankreich (+38%) oder der Schweiz (+46%) deutlich erhöht. In Nordrhein-Westfalen liegt die Rate noch einmal knapp zehn Prozent über dem Bundesdurchschnitt. So stellt das offizielle Gutachten zur Krankenhauslandschaft im Auftrag des nordrhein-westfälischen Gesundheitsministerium fest: „Es gibt kein anderes Bundesland, in dem mehr Fälle bei vergleichbarer Altersstruktur in Krankenhäusern versorgt werden.“

Zeitraum

Balken und Karte: 2022, Raute 2019

Aufgreifkriterien

alle Krankenhausfälle

Standardisierung

Alter und Geschlecht, indirekt

Datenquelle

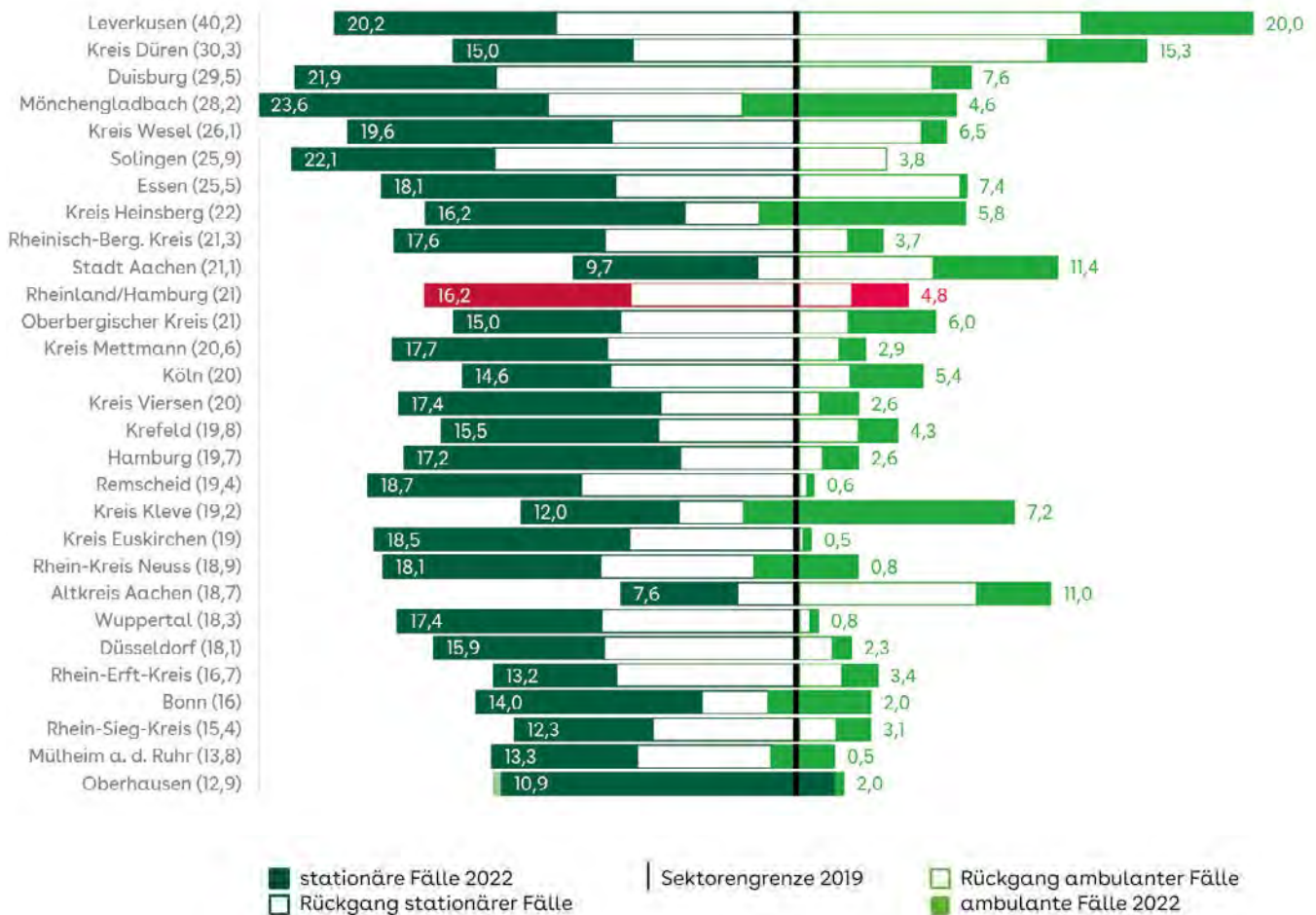
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Ambulantes Operieren: Entfernung der Gaumenmandeln

Fälle je 10.000 Versichertenperioden, Verschiebungen zwischen den Sektoren 2019 auf 2021 und erstes Halbjahr 2022



Welchen Aufschluss gibt die Entwicklung von Eingriffen des ambulanten Operierens?

Viele Operationen, die in der Nachbetreuung kein besonderes Risiko haben, müssen oftmals nicht stationär im Krankenhaus erfolgen. Sie können stattdessen in vielen Fällen ambulant im Krankenhaus oder durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte erbracht werden. Zu diesen Leistungen zählen zum Beispiel die (Teil-)Entfernung der Gaumenmandeln. Diese Auswertung überprüft, ob der Fallzahlrückgang im Krankenhaus zwischen 2019 und 2022 durch eine verstärkte ambulante Leistungserbringung erklärt werden kann. In diesem Falle müsste der „ambulante“ Balken von rechts über die Mitte hinausragen. Die Leistungen des ambulanten Operierens bieten sich bei dieser Fragestellung an, da die Erfassung in den verschiedenen Sektoren eindeutig möglich ist. Die ambulanten Fälle beinhalten die ambulanten Eingriffe im Krankenhaus und bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten.

Zeitraum

2019 sowie 2021 und erstes Halbjahr 2022, Fallzahlangaben für 2019

Aufgreifkriterien

OPS-Codes: 5-281.0/5, 5-282.0

Standardisierung

keine

Datenquelle

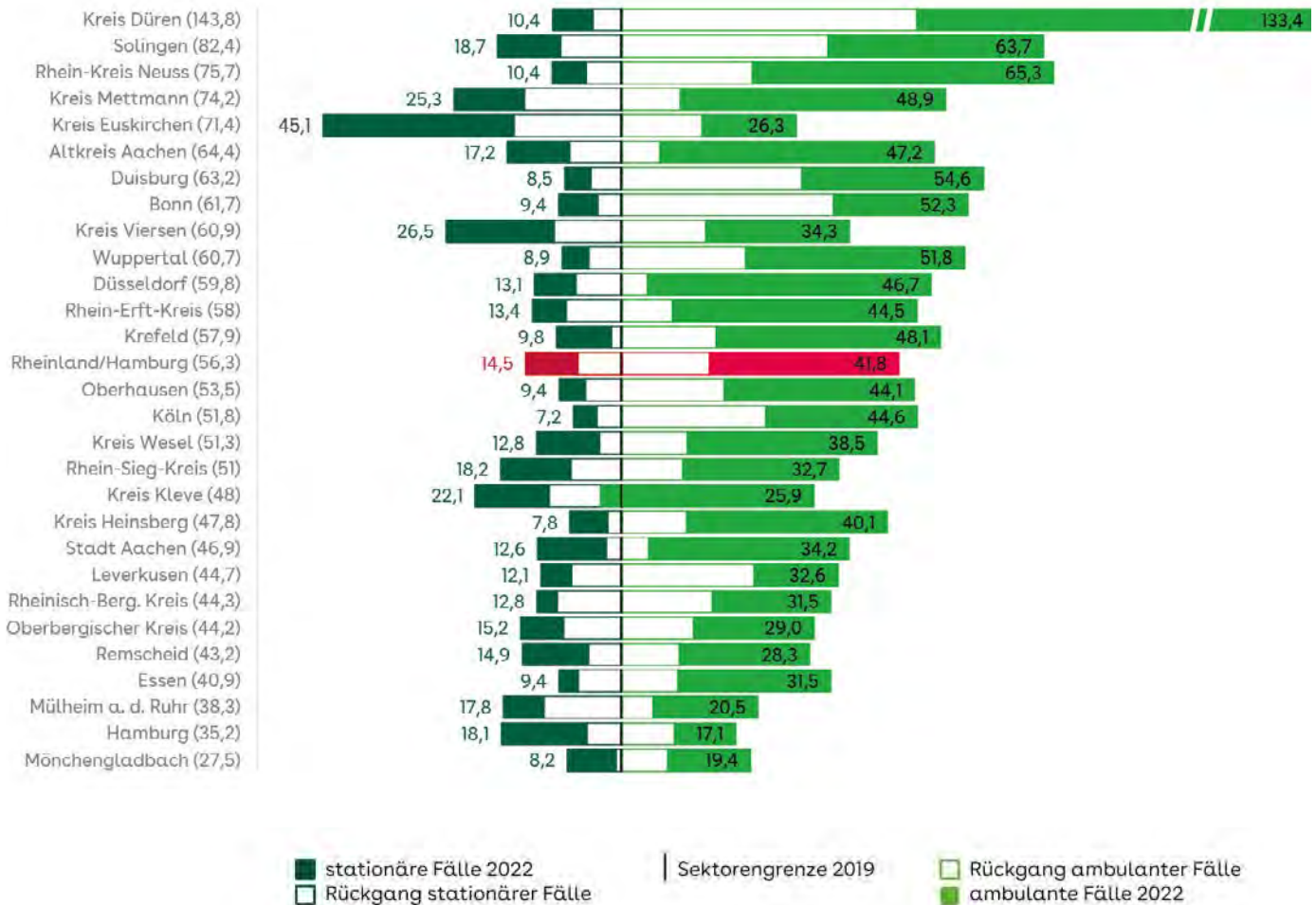
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Ambulantes Operieren: Krampfadernerentfernung

Fälle je 10.000 Versichertenperioden, Verschiebungen zwischen den Sektoren 2019 auf 2021 und erstes Halbjahr 2022



Welchen Aufschluss gibt die Entwicklung von Eingriffen des ambulanten Operierens?

Viele Operationen müssen nicht stationär im Krankenhaus erfolgen. Sie können stattdessen ambulant im Krankenhaus oder in ärztlichen Praxen erbracht werden. Zu diesen Leistungen zählt die Entfernung der Krampfadern. Diese Auswertung überprüft, ob der Fallzahlrückgang im Krankenhaus zwischen 2019 und 2022 durch eine verstärkte ambulante Leistungserbringung erklärt werden kann. In diesem Falle müsste der „ambulante“ Balken von rechts über die Mitte hinausragen. Die Leistungen des ambulanten Operierens bieten sich bei dieser Frage an, da die Erfassung in den verschiedenen Sektoren eindeutig möglich ist. Ambulante Fälle beinhalten die ambulanten Eingriffe im Krankenhaus und in ärztlichen Praxen.

i Die AOK Rheinland/Hamburg hat einen Vertrag zur Förderung der qualitätsgesicherten ambulanten Operation von Krampfadern in Krankenhäusern.

Zeitraum

2019 sowie 2021 und erstes Halbjahr 2022, Fallzahlangaben für 2019

Aufgreifkriterien

OPS-Codes: 5-385

Standardisierung

keine

Datenquelle

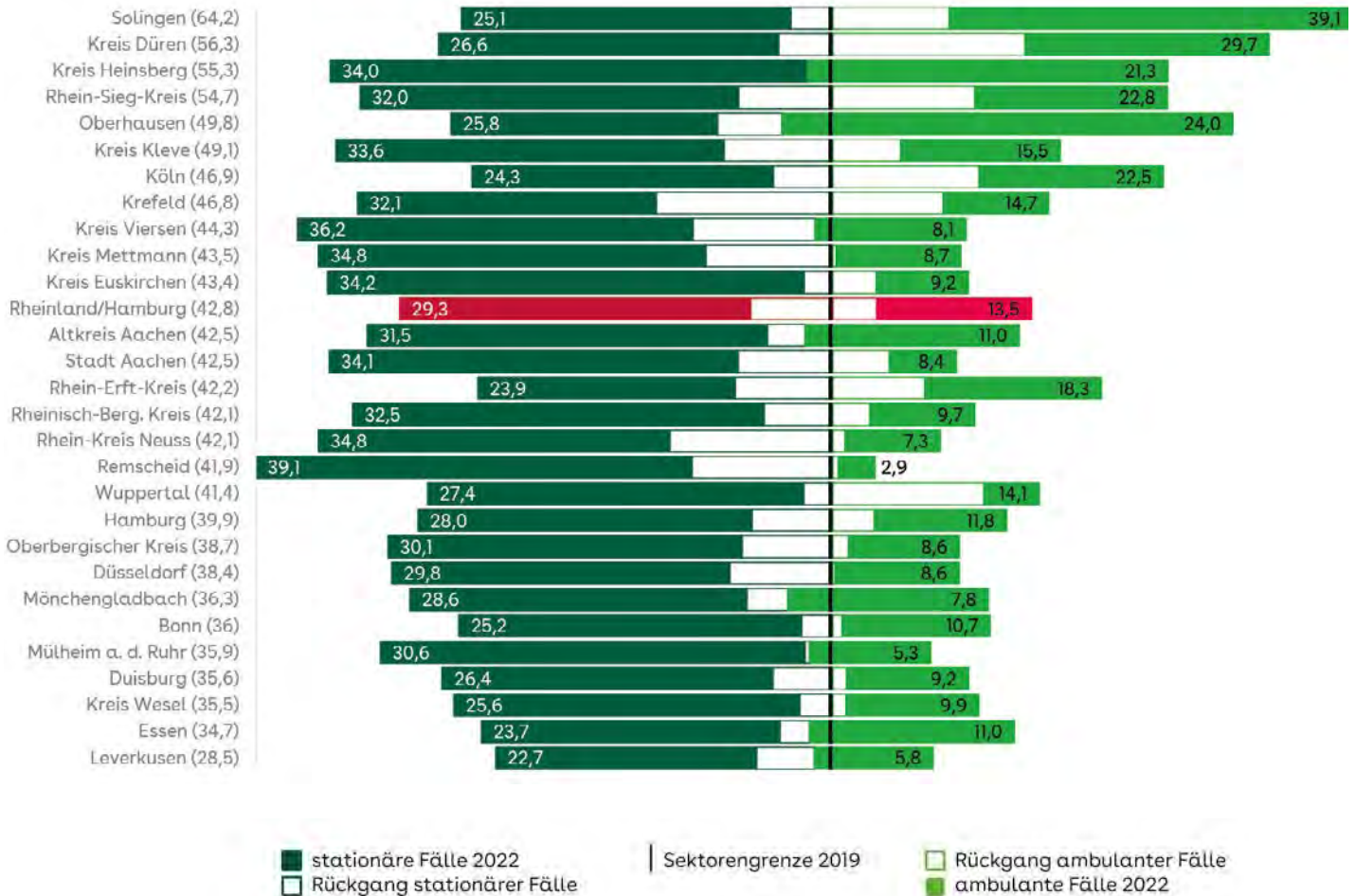
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Ambulantes Operieren: Verschluss eines Leistenbruchs

Fälle je 10.000 Versichertenperioden, Verschiebungen zwischen den Sektoren 2019 auf 2021 und erstes Halbjahr 2022



Welchen Aufschluss gibt die Entwicklung von Eingriffen des ambulanten Operierens?

Viele Operationen, die in der Nachbetreuung kein besonderes Risiko haben, müssen oftmals nicht stationär im Krankenhaus erfolgen. Sie können stattdessen in vielen Fällen ambulant im Krankenhaus oder durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte erbracht werden. Zu diesen Leistungen zählt zum Beispiel auch der Verschluss eines Leistenbruchs. Diese Auswertung überprüft, ob der Fallzahlrückgang im Krankenhaus zwischen 2019 und 2022 durch eine verstärkte ambulante Leistungserbringung erklärt werden kann. In diesem Falle müsste der „ambulante“ Balken von rechts über die Mitte hinausragen. Die Leistungen des ambulanten Operierens bieten sich bei dieser Fragestellung an, da die Erfassung in den verschiedenen Sektoren eindeutig möglich ist. Die ambulanten Fälle beinhalten die ambulanten Eingriffe im Krankenhaus und bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten.

Zeitraum

2019 sowie 2021 und erstes Halbjahr 2022, Fallzahlangaben für 2019

Aufgreifkriterien

OPS-Codes: 5-530

Standardisierung

keine

Datenquelle

AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Krankenhausfälle mit potenzieller primärer Fehlbelegung

Fälle je 1.000 ganzjährig Versicherte



Was sind Fälle mit Verdacht auf primäre Fehlbelegung?

Krankenhausbehandlungen sollten im gegliederten deutschen Gesundheitssystem den schweren Fällen vorbehalten sein, die von niedergelassenen Ärzten nicht gleichermaßen behandelt werden können. Bei bestimmten Krankenhausfällen bestehen Zweifel, ob eine stationäre Aufnahme medizinisch tatsächlich erforderlich war. Stationäre Fälle sind besser vergütet als ambulante Behandlungen, sodass für die Krankenhäuser ein finanzieller Anreiz für eine Aufnahme über Nacht besteht. Im Interesse einer wirtschaftlichen Verwendung der Gelder der Beitragszahlenden lassen die Krankenkassen auffällige Krankenhausfälle vom Medizinischen Dienst auf ihre Erforderlichkeit überprüfen. Diese Auswertung betrachtet 25 Fallpauschalen, welche die Krankenkassen am häufigsten auf primäre Fehlbelegung prüfen lassen. Sie entstammen einer Zusammenstellung durch das IGES-Institut im Rahmen seines Gutachtens nach §115b Abs. 1a SGB V.

Zeitraum

2022

Aufgreifkriterien

DRG-Codes gemäß IGES-Gutachten nach §115b Abs. 1a SGB V

Standardisierung

Alter und Geschlecht, indirekt

Datenquelle

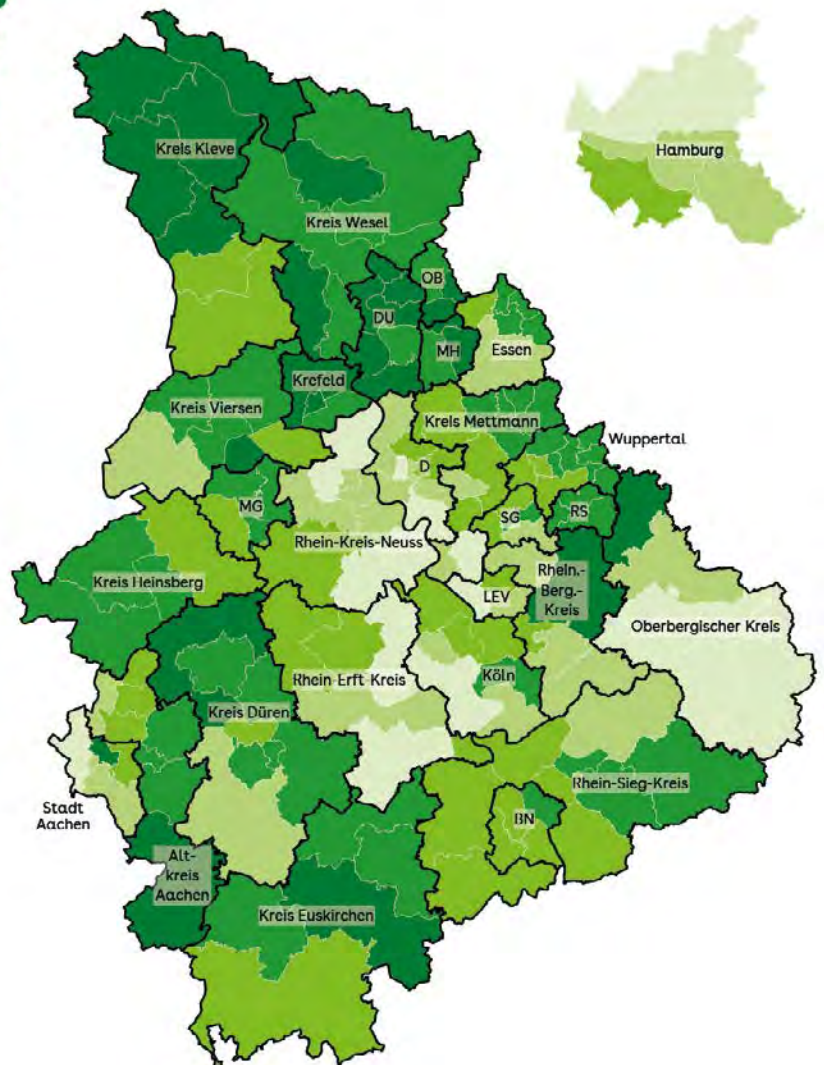
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Krankenhausfälle mit Verweildauer von bis zu drei Tagen

Fälle je 1.000 ganzjährig Versicherte



Was sind „Kurzlieger“?

Krankenhausbehandlungen sollten im gegliederten deutschen Gesundheitssystem den schweren Fällen vorbehalten sein, die von niedergelassenen Ärzten nicht gleichermaßen behandelt werden können. Bei bestimmten Krankenhausfällen bestehen Zweifel, ob eine stationäre Aufnahme medizinisch tatsächlich erforderlich war. Stationäre Fälle sind besser vergütet als ambulante Behandlungen, sodass für die Krankenhäuser ein finanzieller Anreiz für eine Aufnahme über Nacht besteht. Als „Kurzlieger“ werden Patientinnen und Patienten bezeichnet, die bis zu drei Tage im Krankenhaus verbringen. Ein großer Teil der Kurzliegerfälle sind dem ambulanten Potenzial zuzurechnen. Der seit Jahren steigende Anteil der Kurzlieger an allen Krankenhausfällen entspricht etwa 50 Prozent.

i Das Projekt StatAMed der AOK Rheinland/Hamburg erprobt in Kürze eine neue Versorgungsform der kurzstationären allgemeinmedizinischen Behandlung.

Zeitraum

2022

Aufgreifkriterien

alle Krankenhausfälle mit Verweildauer bis zu 3 Tagen

Standardisierung

Alter und Geschlecht, indirekt

Datenquelle

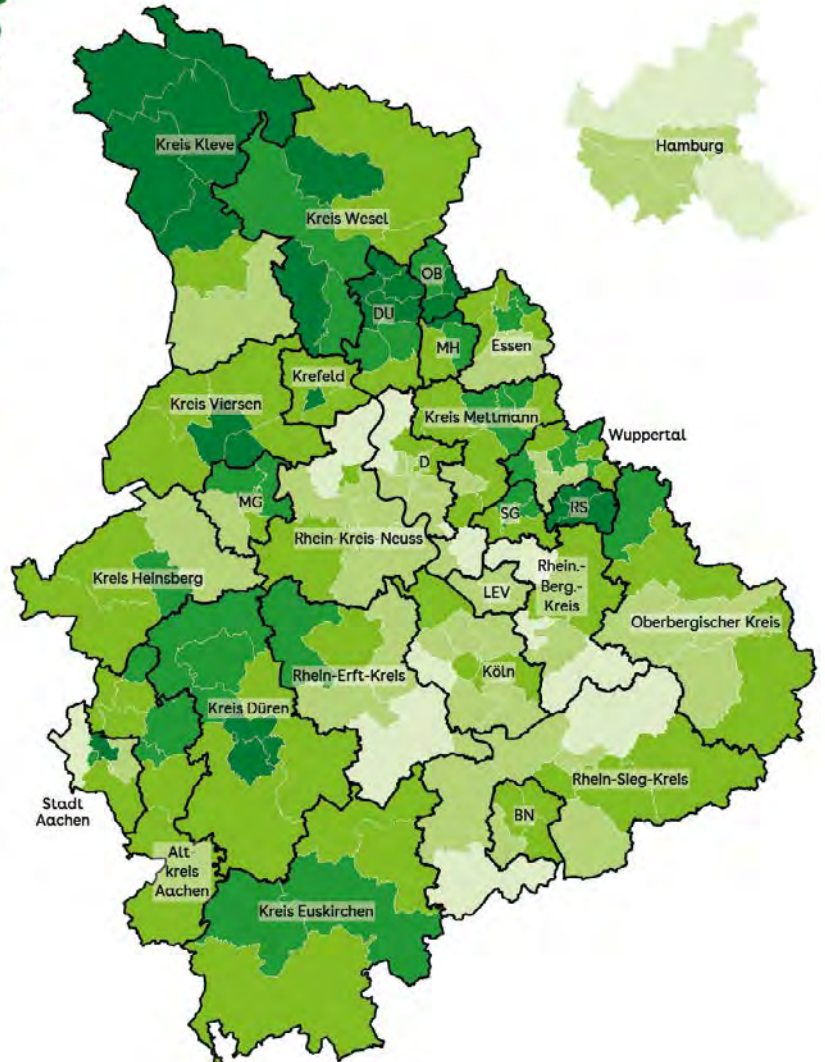
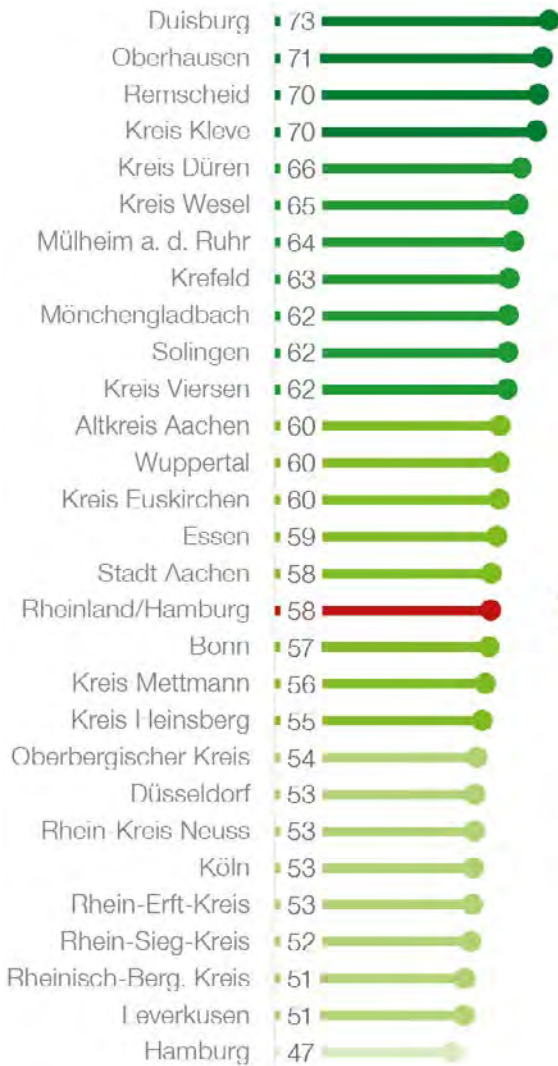
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Potenziell vermeidbare Krankenhausfälle

Fälle je 1.000 ganzjährig Versicherte



Wie könnten Krankenhausfälle vermieden werden?

Als ambulant-sensitiv Krankenhausfälle werden solche Fälle bezeichnet, die im Vorfeld durch effektives Management chronischer Erkrankungen, effektive Akutbehandlungen im ambulanten Sektor oder Immunisierungen hätten vermieden werden können. Ein Schlüsselfaktor hierzu ist eine qualitativ hochwertige ambulante Versorgung. Die Anzahl der vermeidbaren Krankenhaus-Einweisungen kann daher als Indikator für die Qualität der ambulanten Versorgung betrachtet werden. Für die Auswertung verwenden wir die Definition von Sundmacher aus dem Jahr 2015, wobei nur die wichtigsten Krankheiten berücksichtigt wurden („core list“).

Zeitraum

2022

Aufgreifkriterien

Core list nach Sundmacher

Standardisierung

Alter und Geschlecht, indirekt

Datenquelle

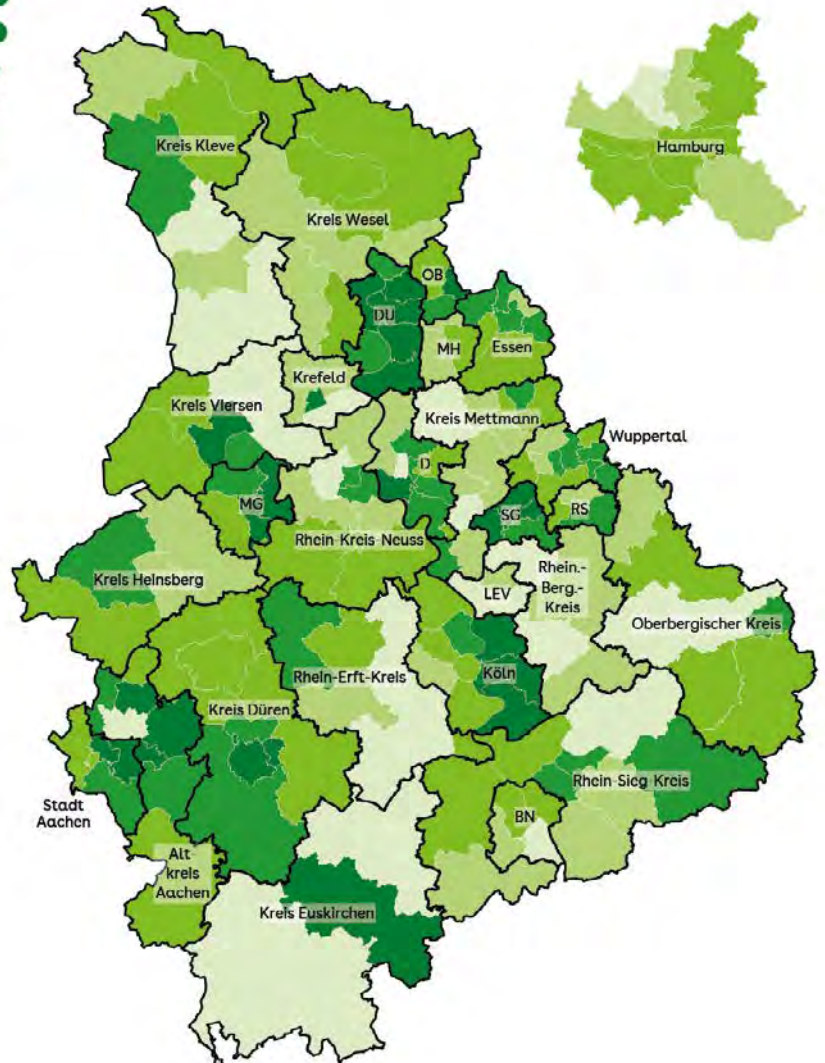
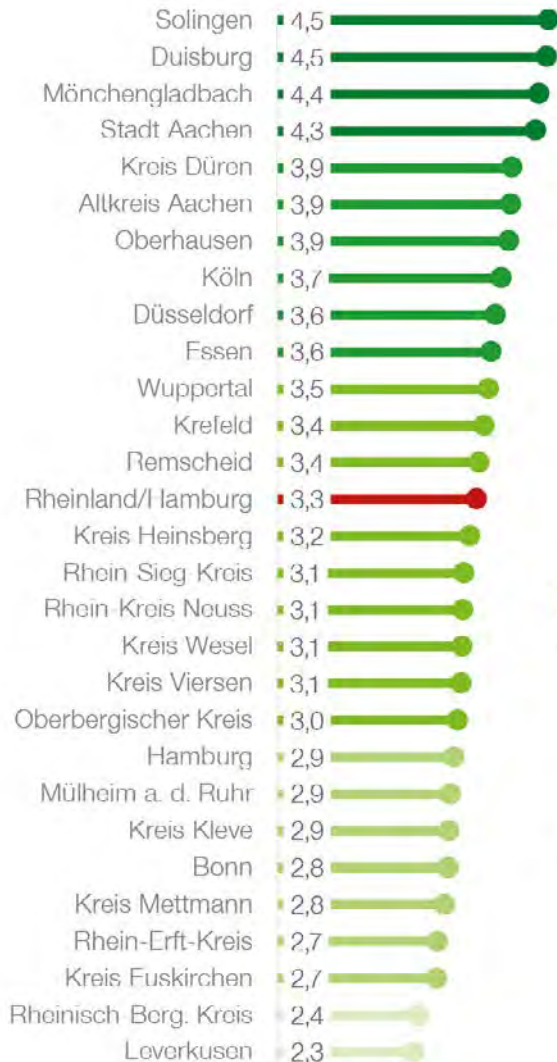
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Krankenhaufälle aufgrund von COVID-19

Fälle je 1.000 ganzjährig Versicherte



Wann sollten Patienten mit einer COVID-19-Infektion im Krankenhaus behandelt werden?

Eine Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 verläuft in den meisten Fällen mild bis moderat. Die Krankheit klingt ohne spezielle Behandlung wieder ab. In schwereren Fällen kann eine Behandlung im Krankenhaus erforderlich sein. Insbesondere Patientinnen und Patienten, die aufgrund ihres hohen Alters oder Vorerkrankungen ein erhöhtes Risiko haben, sollten stationär aufgenommen werden. Bei ausgeprägter Atemnot, erhöhter Atemfrequenz und geringer Sauerstoffsättigung sollte die Behandlung auf einer Intensivstation erfolgen. Die Auswertung betrachtet die Krankenhaufälle von AOK-Versicherten aufgrund einer COVID-19-Erkrankung. Eine COVID-19-Infektion im Krankenhaus kann in den Abrechnungsdaten nie als ursächlicher Behandlungsgrund angegeben werden. Daher wurden alle Fälle berücksichtigt, mit nachgewiesener COVID-19-Infektion und einer für die Krankheit charakteristischen Hauptdiagnose, wie z.B. Husten, Grippe oder Lungenentzündung.

Zeitraum
2022

Aufgreifkriterien
auf Anfrage

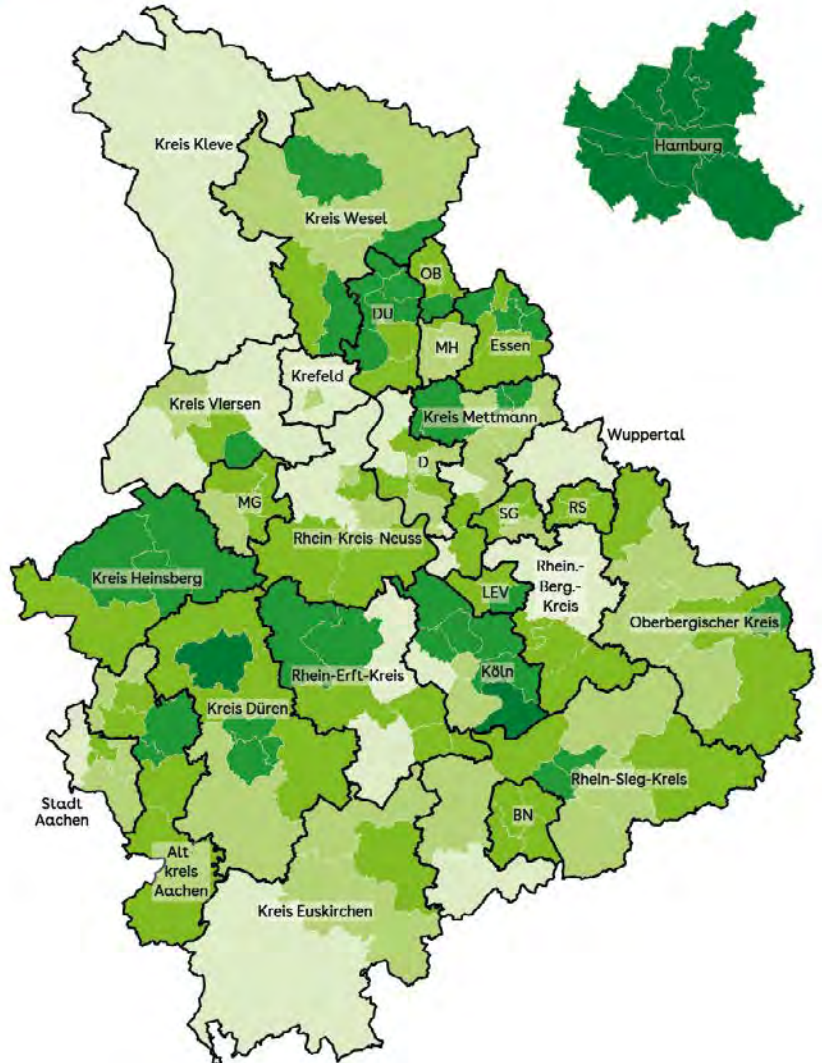
Standardisierung
Alter und Geschlecht, indirekt

Datenquelle
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung
Wohnort der Versicherten

Ambulante Notfälle

Fälle je 100 ganzjährig Versicherte



Was sind ambulante Notfälle?

Patientinnen und Patienten mit akuten Beschwerden sind oftmals besorgt und haben den Wunsch, die Symptome möglichst unverzüglich abzuklären. Außerhalb der Öffnungszeiten der Arztpraxen steht ihnen der Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Verfügung. Die Notfallambulanzen der Krankenhäuser können – insbesondere beim Verdacht auf dringliche Behandlungsanlässe – ganztägig aufgesucht werden. Sofern keine stationäre Aufnahme erfolgt, gelten alle Behandlungen in diesen Notfallstrukturen als ambulante Notfälle. Die Auswertung betrachtet die Anzahl der ambulanten Notfallbehandlungen je 100 ganzjährig Versicherte.

i Das AOK Service-Telefon „Clarimedis“ ist für AOK-Versicherte bei medizinischen Anliegen rund um die Uhr kostenlos erreichbar.

Zeitraum

2021

Aufgreifkriterien

Abrechnung nach EBM-Kapitel 1.2

Standardisierung

Alter und Geschlecht, indirekt

Datenquelle

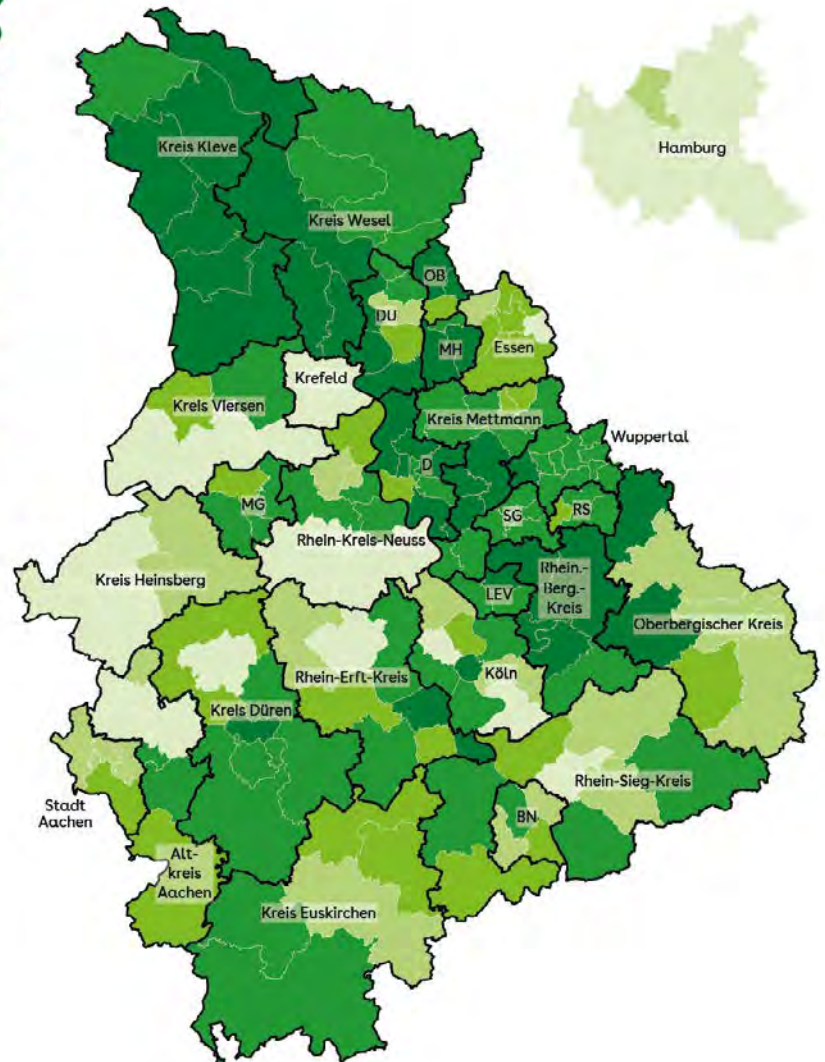
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Im Krankenhaus behandelte ambulante Notfälle

Anteil an allen ambulanten Notfällen



Welche Rolle spielen die Notfallambulanzen der Krankenhäuser?

Als ambulante Notfälle gelten alle Behandlungen, die innerhalb der ambulanten Notfallstrukturen erfolgen – unabhängig davon, ob eine unverzügliche Abklärung tatsächlich notwendig war. Dies umfasst die Behandlungen im Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigung (das heißt außerhalb der Öffnungszeiten der Arztpraxen) sowie in den Notfallambulanzen der Krankenhäuser (ganztätig). Patientinnen und Patienten, die infolge einer Untersuchung in der Notfallambulanz eines Krankenhauses stationär aufgenommen werden, sind hier nicht erfasst. Viele Notfälle können im Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigung versorgt werden. Ein Teil der ambulanten Notfälle benötigt zur Abklärung jedoch das Leistungsangebot eines Krankenhauses. Der erforderliche Anteil der ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus ist nicht eindeutig zu bestimmen. Die regionalen Unterschiede machen jedoch deutlich, dass die Steuerung der Notfälle in einigen Kreisen nicht optimal funktioniert.

Zeitraum

2021

Aufgreifkriterien

Abrechnung nach EBM-Kapitel 1.2

Standardisierung

keine

Datenquelle

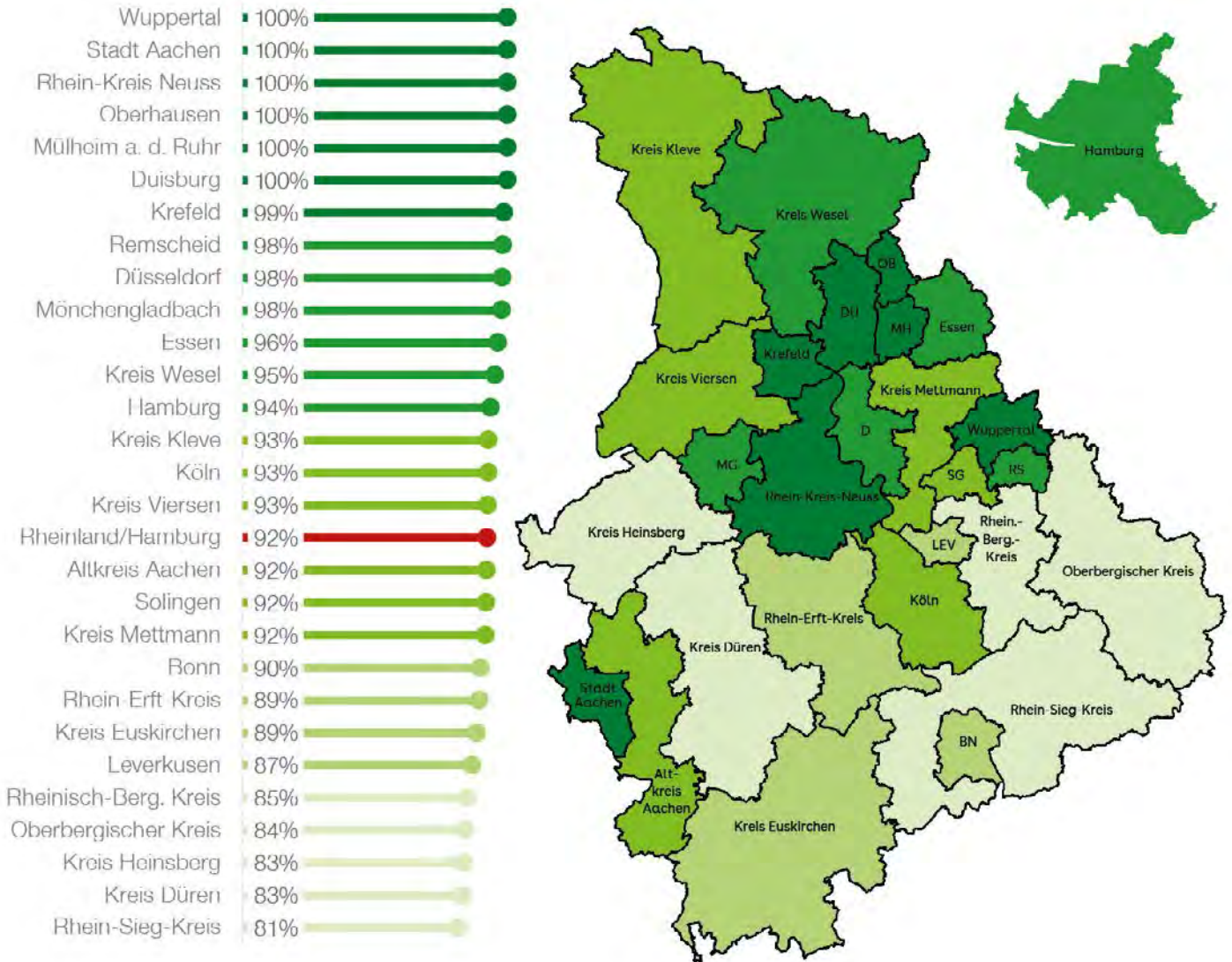
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Versorgung von Herzinfarkten in Krankenhäusern mit Linksherzkathetermessplatz

Anteil an allen Krankenhausfällen mit Notfallfahrt nach Herzinfarkt



Warum ist bei Herzinfarkten ein Linksherzkathetermessplatz erforderlich?

Patientinnen und Patienten mit einem akuten Herzinfarkt bietet ein Krankenhaus mit einem Linksherzkathetermessplatz (LHKM) die bestmögliche Versorgung. Ein LHKM ermöglicht es, festzustellen, ob die Herzkranzgefäße verschlossen sind. Die nötigen Behandlungsmaßnahmen können sofort eingeleitet werden. Rettungsdienste sollten bei akutem Myokardinfarkt daher nur Kliniken ansteuern, die über einen LHKM verfügen – so schreibt es zum Beispiel auch der Hamburger Krankenhausplan vor. Bei der Auswertung wird betrachtet, ob die Rettungsdienste Patientinnen und Patienten mit einem Herzinfarkt in geeignete Krankenhäuser einliefern.

Zeitraum
2022

Aufgreifkriterien
ICD-10-Codes: I21, I22

Standardisierung
keine

Datenquelle
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung
Wohnort der Versicherten

Versorgung von Schlaganfällen in Stroke-Units

Anteil an allen Krankenhausfällen mit Notfallfahrt nach Schlaganfall



Warum sollten Schlaganfälle in Stroke-Units behandelt werden?

„Stroke-Units“ sind auf die Schlaganfallversorgung spezialisiert. Alle Schlaganfallpatientinnen und -patienten sollen dort behandelt werden – so die Vorgabe der Krankenhauspläne von Nordrhein-Westfalen und Hamburg. Bei Verdacht auf einen Schlaganfall sollen Rettungsdienste die Kliniken mit entsprechend ausgestatteten Stationen anfahren. Als „Stroke-Units“ wurden bei der Auswertung nur Schlaganfalleinrichtungen gezählt, die gemäß der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft zertifiziert oder im Krankenhausplan NRW als Stroke-Unit geführt sind. Bei der Auswertung wird betrachtet, ob die Rettungsdienste Patientinnen und Patienten mit einem Schlaganfall in geeignete Krankenhäuser einliefern.

Zeitraum

2022

Aufgreifkriterien

ICD-10-Codes: I60-I64, G45

Standardisierung

keine

Datenquelle

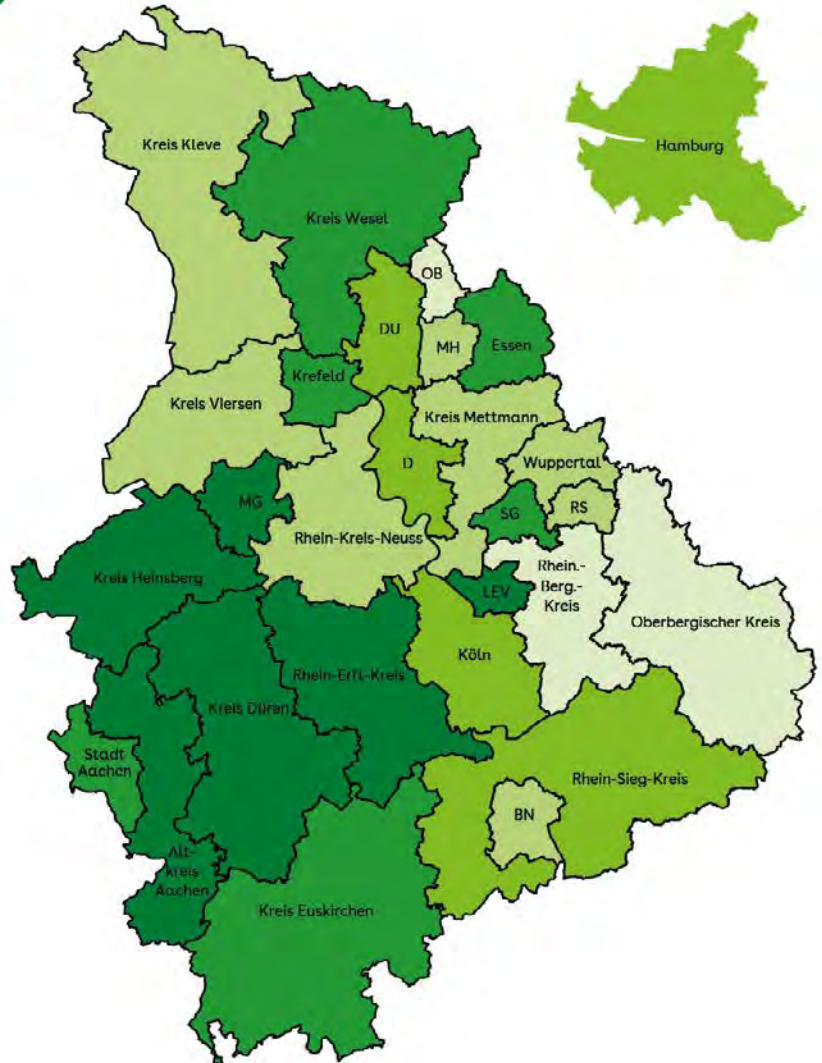
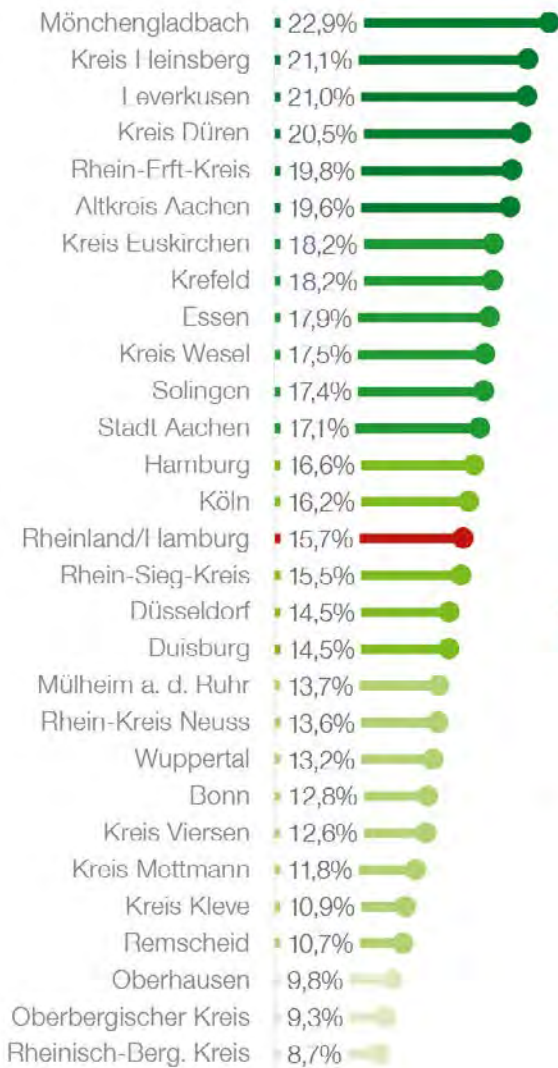
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Thrombolyse bei Schlaganfall

Anteil an allen Krankenhausfällen mit ischämischem Schlaganfall



Was wird bei der Thrombolyse gemacht?

Schlaganfälle resultieren in den meisten Fällen aus einem Verschluss eines oder mehrerer Blutgefäße im Gehirn – zumeist ausgelöst durch ein Blutgerinnsel. Die häufigste Akuttherapie eines solchen ischämischen Schlaganfalls ist die systemische Thrombolyse – die Auflösung des Blutgerinnsels durch Medikamente. Sie darf nur innerhalb eines gesicherten Zeitfensters von viereinhalb Stunden nach dem Schlaganfall eingeleitet werden, zudem gibt es verschiedene Kontraindikationen. Zur Bewertung der Ergebnisse gibt es daher keine Richtgrößen. Die Unterschiede im Kreisvergleich machen aber deutlich, dass das Verfahren in vielen Regionen zu selten zur Anwendung kommt.

Zeitraum

2022

Aufgreifkriterien

ICD-10-Code: I63, OPS-Codes: 8-020.8, 8-020.d, 8-836.7

Standardisierung

Alter und Geschlecht auf betrachteten Versichertenkreis

Datenquelle

AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Thrombektomie bei Schlaganfall

Anteil an allen Krankenhausfällen mit ischämischem Schlaganfall



Warum sollten ischämische Schlaganfälle mit einer Thrombektomie behandelt werden?

Bei der mechanischen Thrombektomie wird das Blutgerinnsel mit einem Röhrchen oder Schlauch, dem Katheter, entfernt. So können viele schwere Schlaganfälle mit großen Gerinnseln ohne großen Gewebeverlust behandelt werden. Oftmals lassen sich so neurologische Ausfallerscheinungen und irreparable Schäden vermeiden oder zumindest reduzieren. In Krankenhäusern, in denen keine Möglichkeit zur mechanischen Thrombektomie besteht, soll ein „Bridging-Konzept“ – das heißt der Beginn der Lysetherapie und die Verlegung per Rettungswagen – zur Anwendung kommen. Eine Thrombektomie kann nur in bestimmten Fällen durchgeführt werden. Zur Bewertung der Ergebnisse gibt es daher keine Richtgrößen. Die Unterschiede im Kreisvergleich machen aber deutlich, dass das Verfahren in vielen Regionen noch zu selten zur Anwendung kommt.

Zeitraum

2022

Aufgreifkriterien

ICD-10-Code: I63,
OPS-Code: 8-836.8

Standardisierung

Alter und Geschlecht
auf betrachteten
Versichertenkreis

Datenquelle

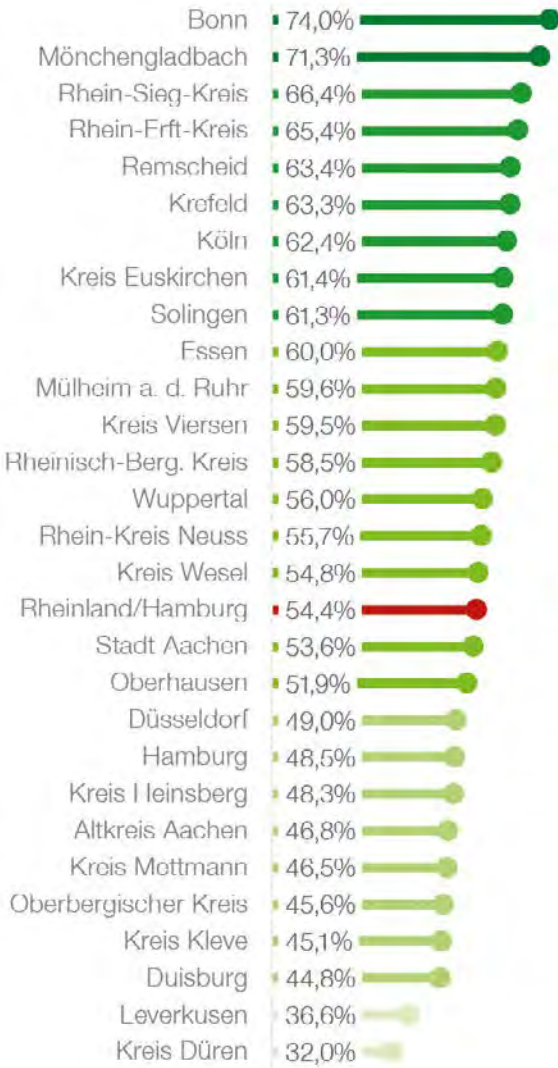
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Onkologische Operationen in zertifizierten Zentren

Anteil an allen onkologischen Operationen



Warum ist eine Krebsbehandlung in einem zertifizierten Zentrum vorteilhaft?

Fortschritte in der Krebsmedizin ermöglichen immer bessere Therapieerfolge, sie machen die Behandlung jedoch auch deutlich komplexer. Eine Orientierung, welche Kliniken anerkannte Qualitätsvoraussetzungen erfüllen, bietet die Zertifizierung von Krebszentren. Die Zertifizierung ist der beste objektive Anhaltspunkt für eine hochwertige Versorgung. Sie garantiert onkologischen Patientinnen und Patienten eine Behandlung gemäß aktuellen Qualitätsstandards. So ist die Sterblichkeit an zertifizierten Krebszentren um bis zu 26 Prozent niedriger als an nicht geprüften Kliniken. Die Auswertung betrachtet, den Anteil der stationär behandelten Krebspatientinnen und -patienten mit einer Operation in einem zertifizierten Zentrum über alle Krebsarten hinweg.

i Die AOK Rheinland/Hamburg begleitet Krebspatientinnen und -patienten in der Zeit der akuten Behandlung und der Nachsorge.

Zeitraum
2022

Aufgreifkriterien
OPS-Codes gemäß
Onkologie-Report 2021

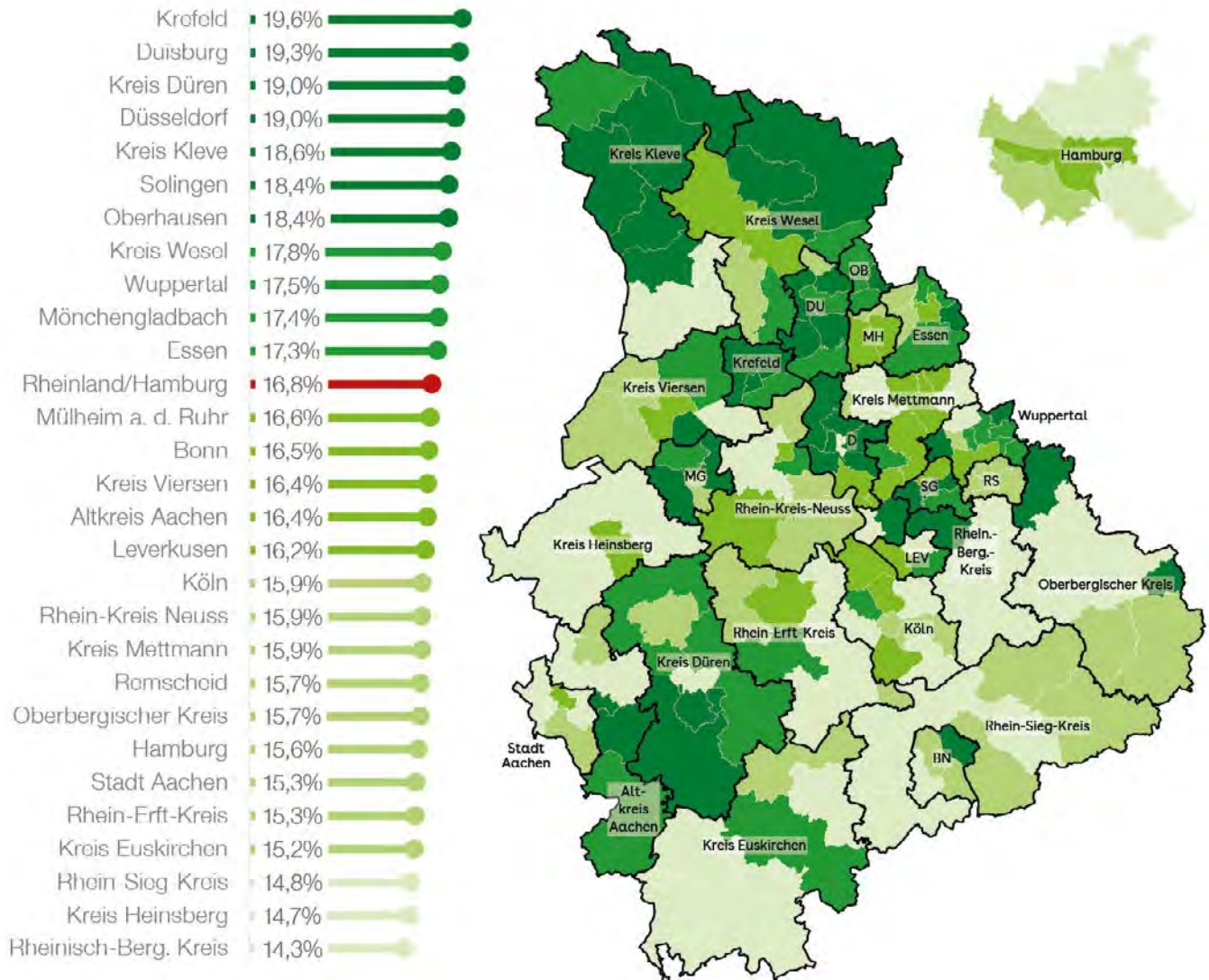
Standardisierung
keine

Datenquelle
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung
Wohnort der Versicherten

Wiederaufnahme innerhalb von 30 Tagen nach Krankenhausentlassung

Anteil an allen Krankenhausfällen bei Personen ab 65 Jahren



Was ist der sogenannte Drehtüreffekt?

Ein Krankenhausaufenthalt erfolgt in der Regel aufgrund einer akuten Behandlungsbedürftigkeit oder eines besonderen diagnostischen Abklärungsbedarfs. Er endet, wenn das Behandlungsziel erreicht ist und die Patientin oder der Patient fortan nicht mehr auf eine Klinikbehandlung angewiesen ist. Im Rahmen ihres Entlassmanagements haben die Krankenhäuser darauf hinzuwirken, dass die Patientinnen und Patienten nach ihrer Entlassung medizinisch und pflegerisch gut versorgt sind. In der Praxis werden jedoch viele Patientinnen und Patienten innerhalb kurzer Zeit nach ihrer Entlassung wieder stationär aufgenommen. Dieser sogenannte „Drehtüreffekt“ kann unterschiedliche Gründe haben, wie zum Beispiel eine mangelnde Anschlussversorgung oder eine Überforderung der Patientinnen und Patienten im Alltag, aber auch Komplikationen in Folge des Ersteingriffs. Diese Auswertung betrachtet, wie viele Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren nach der Entlassung aus einem Krankenhaus innerhalb eines Monats wieder stationär aufgenommen werden.

Zeitraum

2021

Aufgreifkriterien

alle Krankenhausfälle

Standardisierung

Alter und Geschlecht auf Versicherte ab 65 Jahren mit Krankenhausaufenthalt

Datenquelle

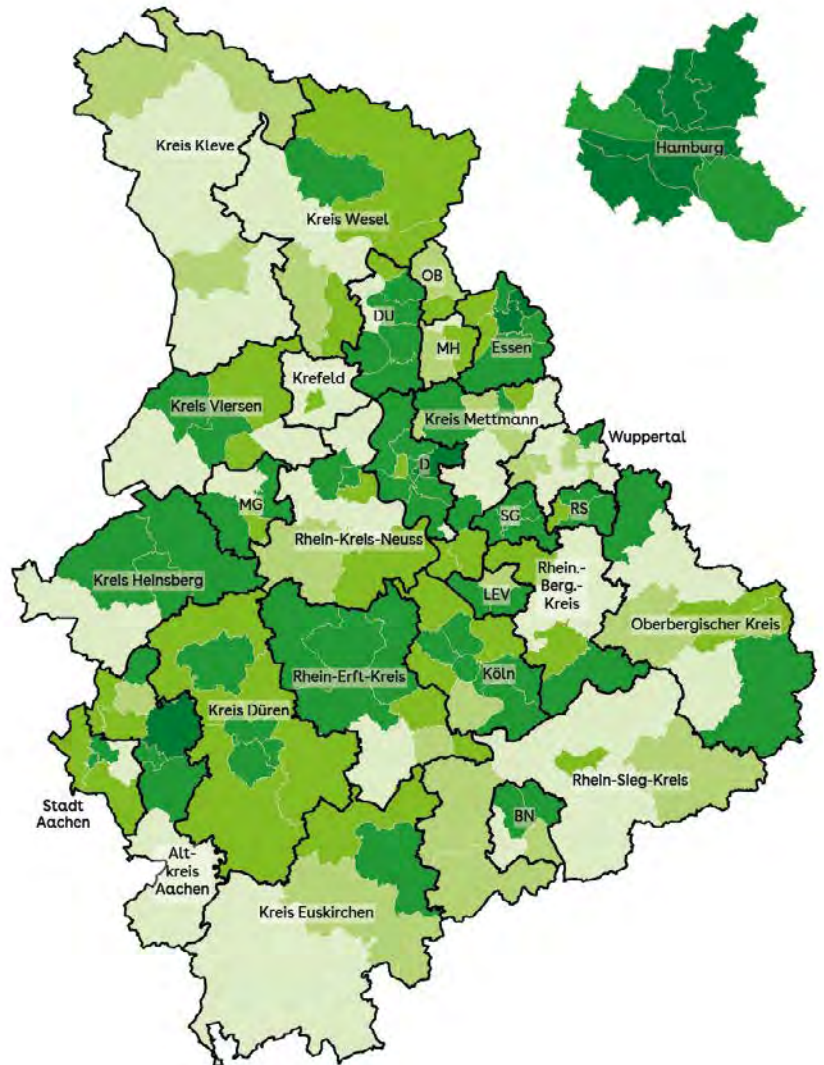
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Ambulante Notfallbehandlung innerhalb von 30 Tagen nach Krankenhauserlassung

Anteil an allen Krankenhauserfällen bei Personen ab 65 Jahren



Worüber geben ambulante Notfälle nach Krankenhauserlassung Auskunft?

Nach einer Krankenhauserlassung soll die medizinische Versorgung der Patientinnen und Patienten durch die Hausärztinnen und Hausärzte und gegebenenfalls durch weitere Fachärztinnen und -ärzte erfolgen. Die Erkrankung ist soweit unter Kontrolle, dass eine planbare Betreuung zu den regulären Öffnungszeiten möglich ist. Eine ambulante Notfallbehandlung erfolgt außerhalb der Öffnungszeiten der Arztpraxen oder in den Notfallambulanzen der Krankenhäuser. Sie deutet daraufhin, dass sich der Gesundheitszustand kurzfristig verschlechtert und eine Notfallbehandlung erfordert hat. Diese Auswertung betrachtet, wie viele Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren nach der Entlassung aus einem Krankenhaus innerhalb eines Monats in der ambulanten Notfallversorgung behandelt worden sind.

Zeitraum

2021

Aufgreifkriterien

Abrechnung nach EBM-Kapitel 1.2

Standardisierung

Alter und Geschlecht auf Versicherte ab 65 Jahren mit Krankenhausaufenthalt

Datenquelle

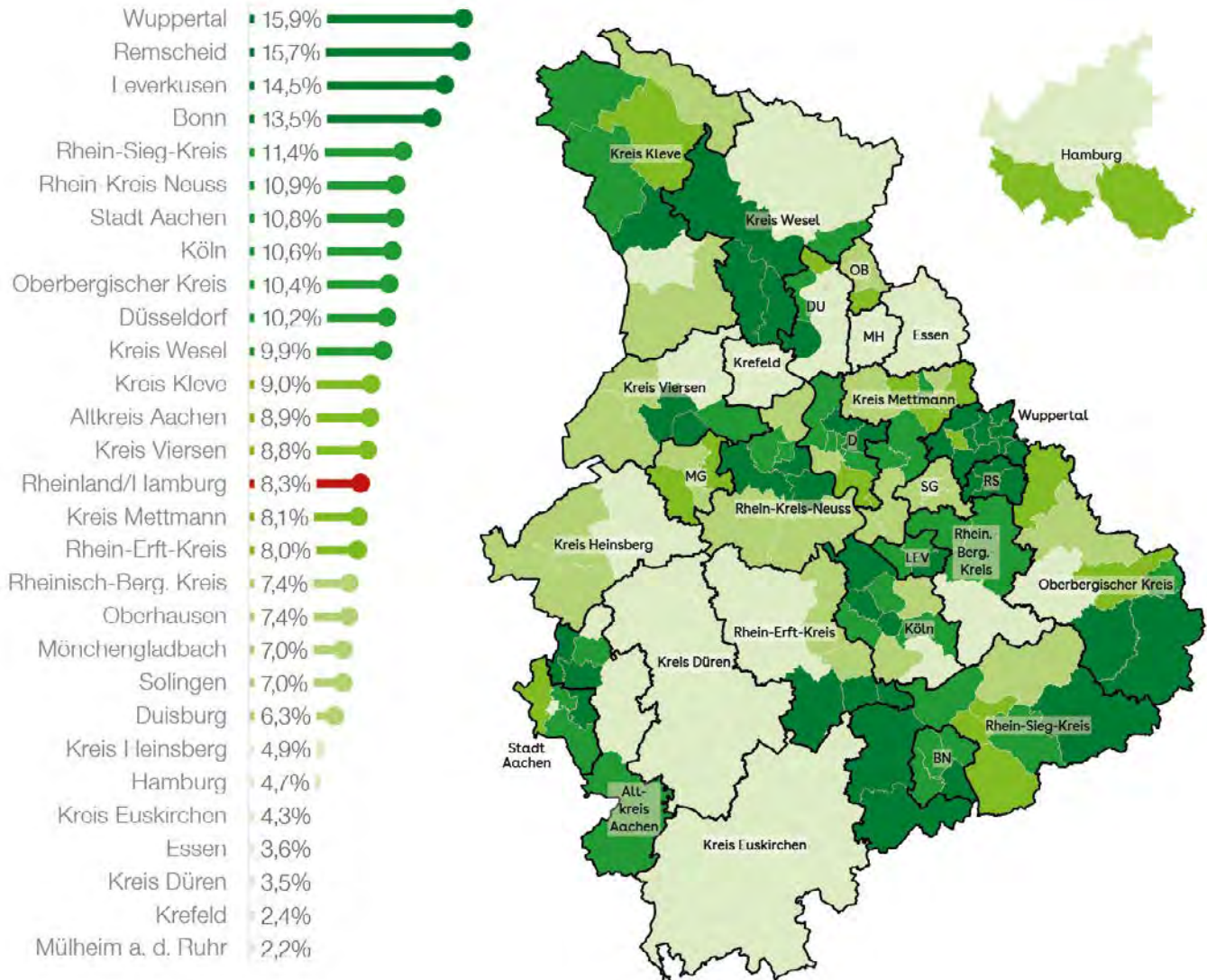
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Arzneimittelverordnung durch Krankenhäuser

Anteil an allen Krankenhausfällen bei Personen ab 65 Jahren



Was ist das Entlassrezept?

Im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt ist nicht selten eine Anpassung der medikamentösen Therapie erforderlich. Zumeist werden weitere Medikamente verschrieben. Grundsätzlich ist die Verordnung von Medikamenten Aufgabe der niedergelassenen Haus- und Fachärztinnen und -ärzte. Damit unmittelbar nach der Krankenhausentlassung keine Versorgungslücke entsteht, können Krankenhäuser im Rahmen ihres Entlassmanagements sogenannte Entlassrezepte ausstellen. Die Verordnung ist nur für drei Werktage gültig und darf nur auf die kleinste Verpackungsgröße ausgestellt sein. In der Praxis werden vom Krankenhaus auch weiterhin Medikamente für die ersten Tage mitgegeben. Diese Auswertung betrachtet, wie viele Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren bei ihrer Entlassung aus einem Krankenhaus ein Entlassrezept erhalten haben. Am häufigsten wurden Schmerzmittel (15,1%), Gerinnungshemmer (12,6%) und Mittel zur Verringerung der Magensäureproduktion (11,5%) verordnet.

Zeitraum

2021

Aufgreifkriterien

Entlassrezept

Standardisierung

Alter und Geschlecht auf Versicherte ab 65 Jahren mit Krankenhausaufenthalt

Datenquelle

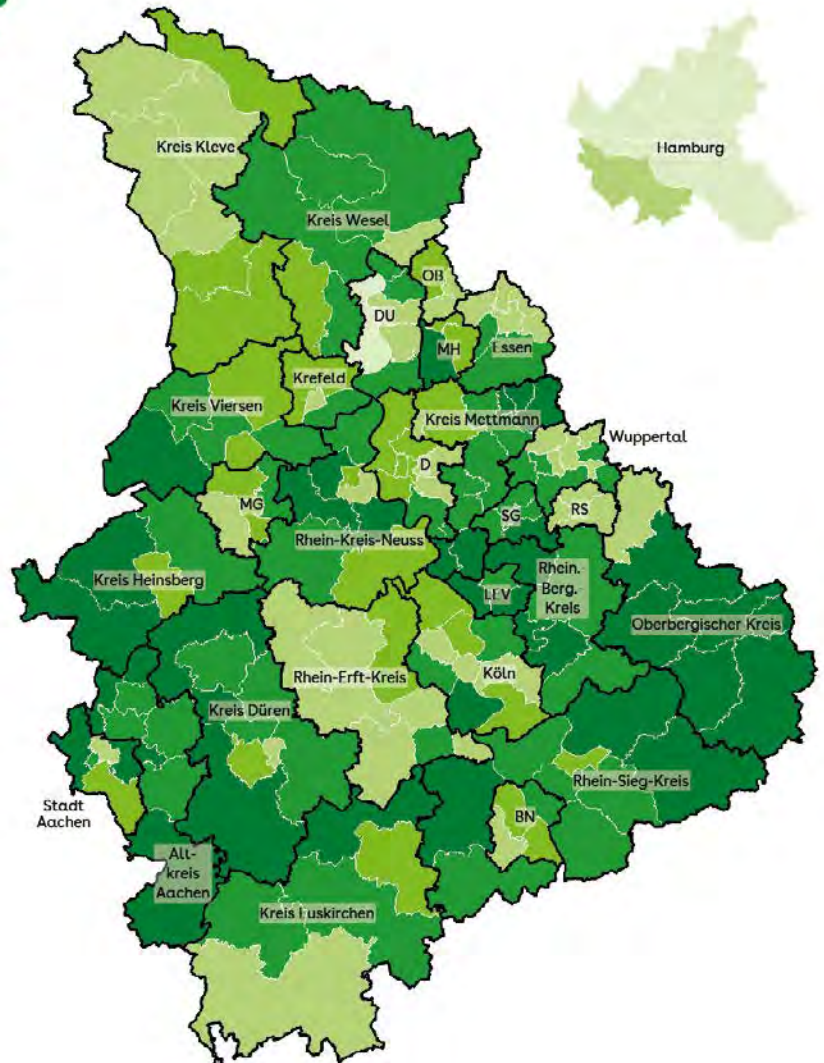
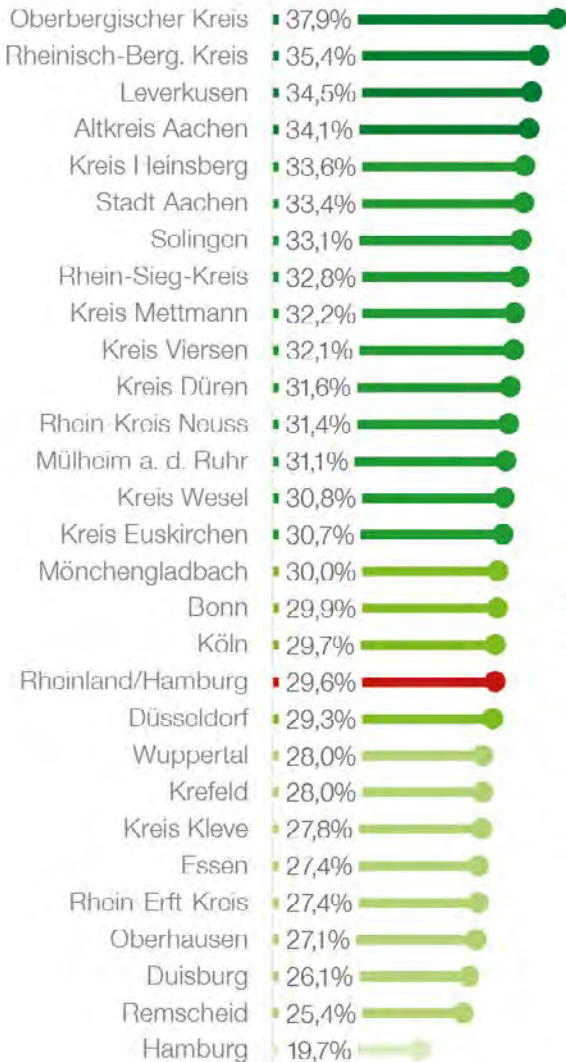
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Reha-Maßnahme nach Krankenhausaufenthalt

Anteil an allen Krankenhausfällen bei Personen ab 65 Jahren mit orthopädischer oder kardiologischer Operation bzw. Schlaganfallbehandlung



Wozu dient eine Reha-Maßnahme?

Ein Krankenhausaufenthalt dient in vielen Fällen der Behandlung eines akuten Leidens. Im Anschluss bestehen bei den Patientinnen und Patienten oftmals körperliche Einschränkungen, die ihnen eine Rückkehr in den Alltag und ins Berufsleben erschweren. Durch eine Rehabilitationsmaßnahme soll die Gesundheit so weit wie möglich wiederhergestellt und die Einschränkungen überwunden werden. Die Maßnahmen können in Abhängigkeit des Therapiebedarfs entweder ambulant in einer wohnortnahen Rehabilitationseinrichtung oder stationär in einer Rehaklinik erfolgen. Diese Auswertung betrachtet, wie viele Patientinnen und Patienten innerhalb von 90 Tagen nach einem Krankenhausaufenthalt an einer ambulanten oder stationären Reha-Maßnahme teilgenommen haben. Dabei wurden ausschließlich Krankenhausfälle mit orthopädischen oder kardiologischen Operationen bzw. einer Intervention bei Schlaganfall betrachtet.

Zeitraum 2021

Aufgreifkriterien

OPS-Codes: 5-36, 5-37, 5-78 bis 81, 5-820, 5-822, 5-83 (ohne 5-83a), 8-020.8/d, 8-836.7/8, 8-837, 8-83d, 8-981, 8-98b

Standardisierung

Alter und Geschlecht auf betrachteten Versichertenkreis

Datenquelle

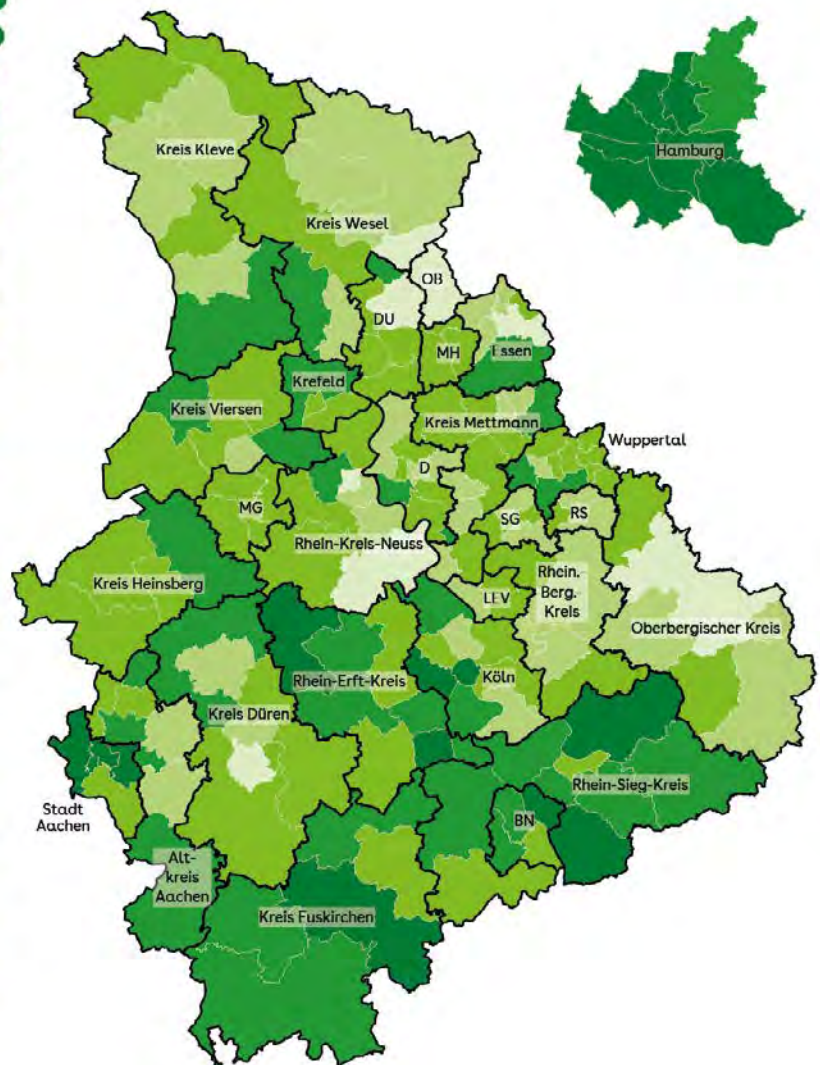
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Zeitnaher Beginn einer Reha-Maßnahme

Anteil an allen Fällen mit Reha nach Krankenhausaufenthalt gemäß vorheriger Auswertung



Was bedeutet „zeitnahe“ Beginn einer Reha?

Ist aus medizinischen Gründen ein direkter Beginn der Reha-Maßnahme nach dem Krankenhausaufenthalt erforderlich, wird diese als Anschlussrehabilitation bezeichnet. Sie sollte unmittelbar nach der Entlassung, spätestens jedoch innerhalb von 14 Tagen, erfolgen. Die Krankenhäuser unterstützen die Patientinnen und Patienten im Rahmen des Entlassmanagements bei der Antragstellung. Die Genehmigung und Wahl der Rehabilitationseinrichtung erfolgt durch die Krankenkasse in der Regel noch während des Krankenhausaufenthalts. Diese Auswertung betrachtet alle Patientinnen und Patienten, die nach einer orthopädischen oder kardiologischen Operation bzw. einer Intervention bei Schlaganfall eine Reha-Maßnahme erhalten haben. Sie weist den Anteil aus, bei dem die Reha-Maßnahme innerhalb von 14 Tagen nach der Entlassung begonnen wurde.

Zeitraum

2021

Aufgreifkriterien

Reha-Maßnahme

Standardisierung

Alter und Geschlecht auf betrachteten Versichertenkreis

Datenquelle

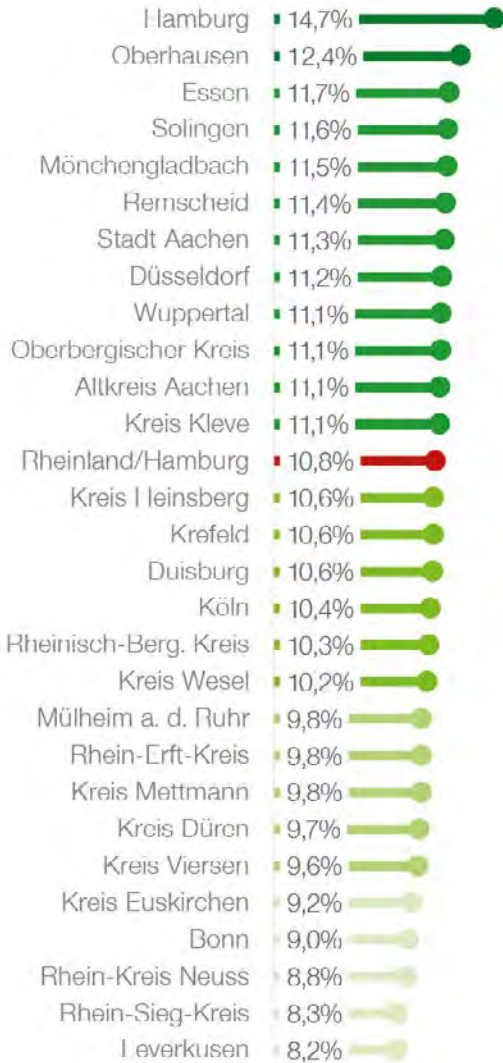
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Häusliche Krankenpflege nach Krankenhausaufenthalt

Anteil an allen Krankheitsfällen bei Personen ab 65 Jahren



Was ist die häusliche Krankenpflege?

Nach einer Krankenhausentlassung benötigen einige Patientinnen und Patienten weiterhin vorübergehend Unterstützung bei der pflegerischen Versorgung. Sofern sie nicht stationär gepflegt werden und keine andere Person im Haushalt die Pflege im erforderlichen Umfang leisten kann, stehen ihnen Leistungen der häuslichen Krankenpflege zu. Sie wird durch einen ambulanten Pflegedienst erbracht. Die Pflege umfasst die ärztlich verordnete Versorgung der Erkrankung, wie zum Beispiel die Wundversorgung, aber auch die allgemeine Körperpflege und Unterstützung im Haushalt. Diese Auswertung betrachtet, wie viele Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren innerhalb von 30 Tagen nach einem Krankenhausaufenthalt häusliche Krankenpflege erhalten haben. Dabei werden nur Personen ohne stationäre Pflege vor dem Krankenhausaufenthalt betrachtet.

Zeitraum

2021

Aufgreifkriterien

Häusliche Krankenpflege

Standardisierung

Alter und Geschlecht auf Versicherte ab 65 Jahren mit Krankenhausaufenthalt

Datenquelle

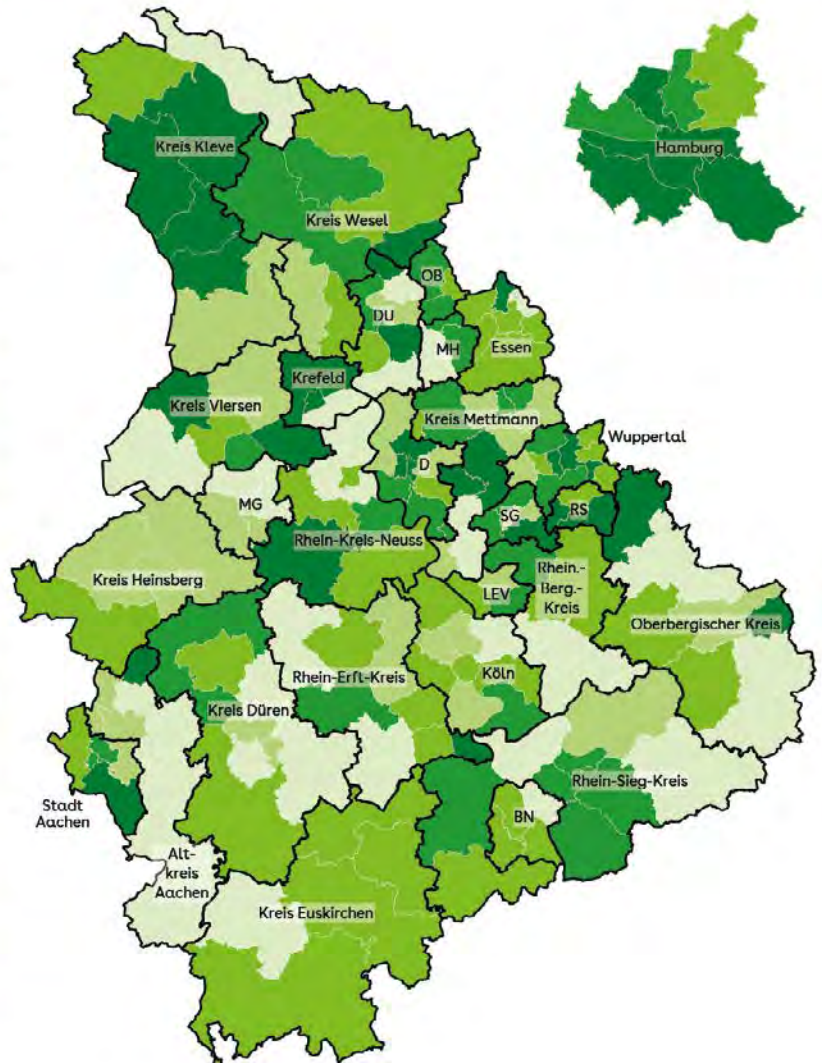
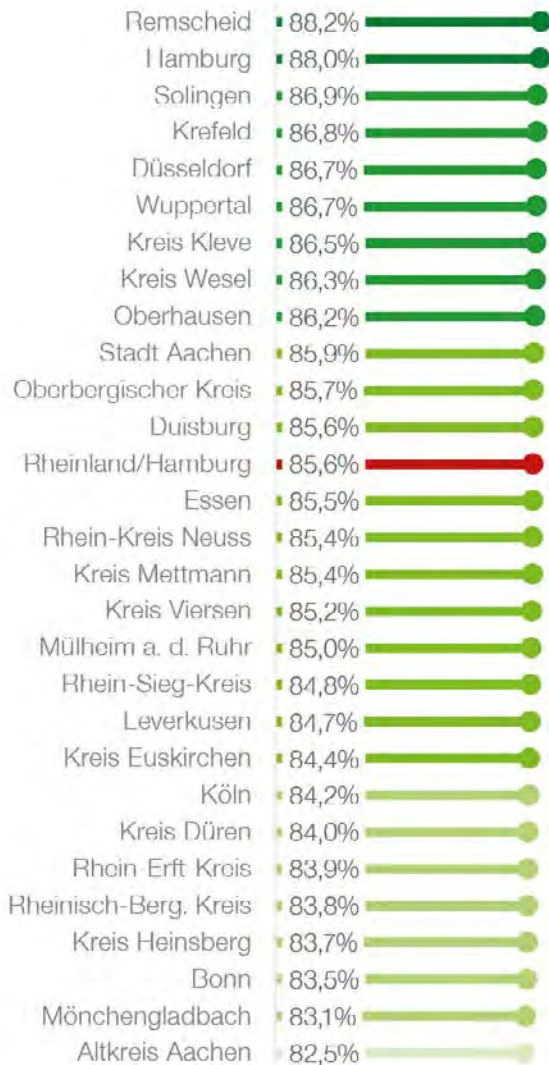
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Zeitnaher Beginn einer häuslichen Krankenpflege nach Krankenhausaufenthalt

Anteil an allen Personen ab 65 Jahren mit häuslicher Krankenpflege nach Krankenhausaufenthalt



Warum sollte eine häusliche Krankenpflege zeitnah beginnen?

Pflegerische Tätigkeiten wie die Wundversorgung, Verbandswechsel und die Medikamentengabe sind für den Heilungsverlauf wichtig. Während des Krankenhausaufenthalts werden Patientinnen und Patienten durch das Pflegepersonal der Klinik betreut. Besteht bei der Entlassung aus dem Krankenhaus weiterhin ein Pflegebedarf, ist es wichtig, dass die unmittelbare pflegerische Anschlussversorgung sichergestellt ist. Eine häusliche Krankenpflege sollte, so sie erforderlich ist, möglichst direkt an den Krankenhausaufenthalt anschließen. Diese Auswertung betrachtet, bei wie vielen Personen mit häuslicher Krankenpflege nach Krankenhausaufenthalt die Leistung innerhalb von sieben Tagen nach Entlassung begonnen hat.

Zeitraum

2021

Aufgreifkriterien

Häusliche Krankenpflege

Standardisierung

Alter und Geschlecht auf Versicherte ab 65 Jahren mit Krankenhausaufenthalt

Datenquelle

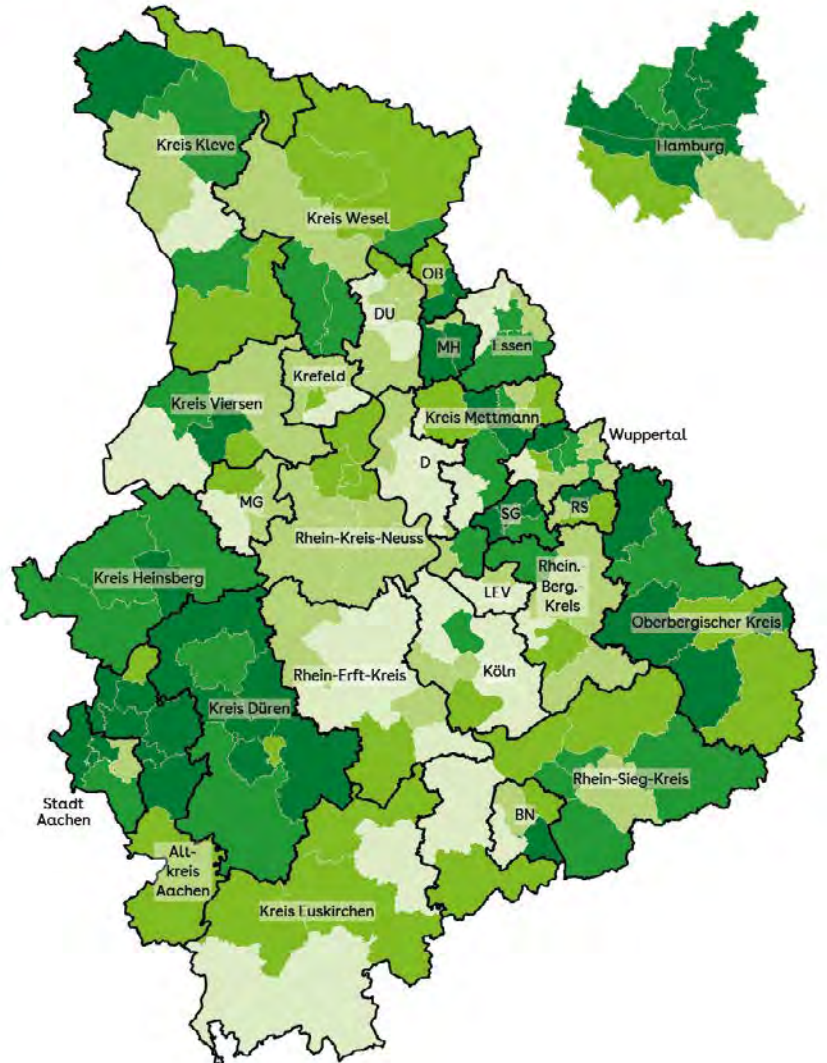
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Kurzzeitpflege nach Krankenhausaufenthalt

Anteil an allen Krankenhaüsällen bei Personen ab 65 Jahren



Wozu dient die Kurzzeitpflege?

Nicht immer gelingt es, durch Akutbehandlungen im Krankenhaus nachhaltige Schädigungen zu vermeiden. Insbesondere bei älteren Patientinnen und Patienten bleiben oftmals Einschränkungen der Funktionsfähigkeit und Selbstständigkeit im Alltag. In der Folge sind viele Patientinnen und Patienten dauerhaft auf Pflege angewiesen (siehe Auswertungen ab Seite 140). In dieser Situation muss in kurzer Zeit die häusliche Pflege (neu) organisiert oder ein Pflegeheimplatz gefunden werden. Zur Überbrückung stehen Personen mit anerkanntem Pflegebedarf Leistungen der Kurzzeitpflege zu. Dabei handelt es sich um eine vorübergehende Unterbringung von maximal acht Wochen in einer stationären Pflegeeinrichtung. Diese Auswertung betrachtet, wie viele Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren innerhalb von 30 Tagen nach einem Krankenhausaufenthalt Kurzzeitpflege erhalten haben.

Zeitraum

2021

Aufgreifkriterien

Kurzzeitpflege

Standardisierung

Alter und Geschlecht auf Versicherte ab 65 Jahren mit Krankenhausaufenthalt

Datenquelle

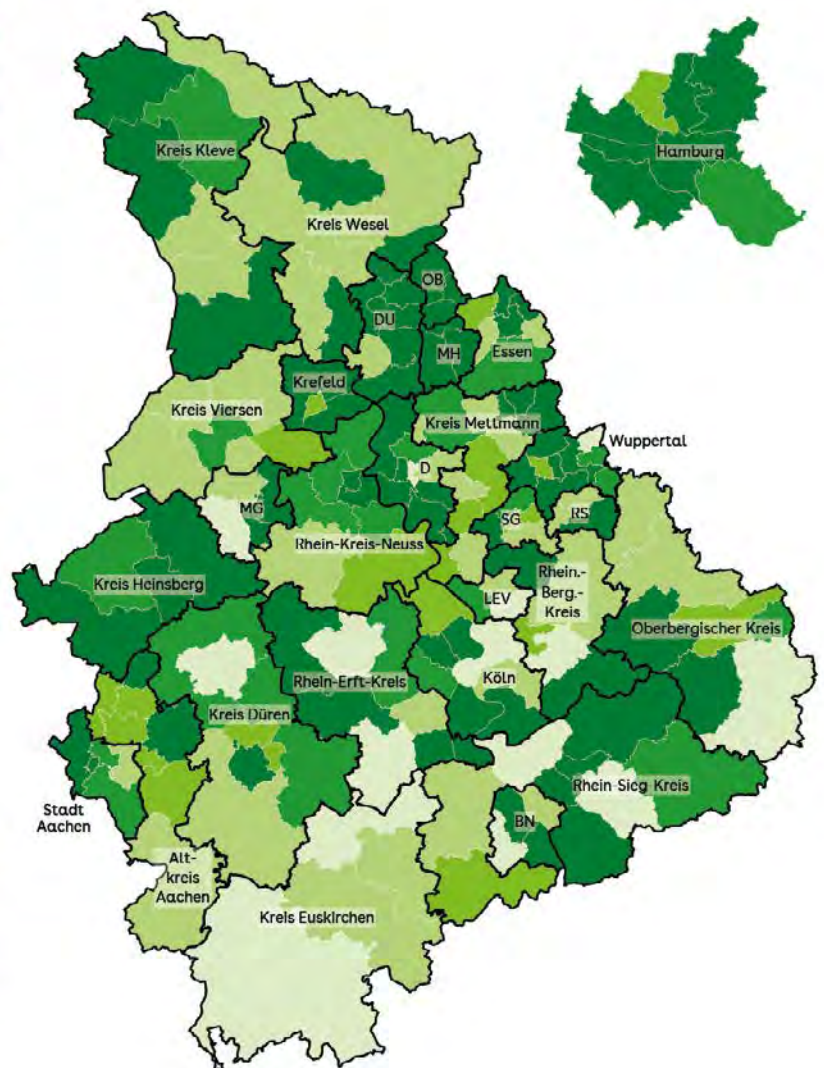
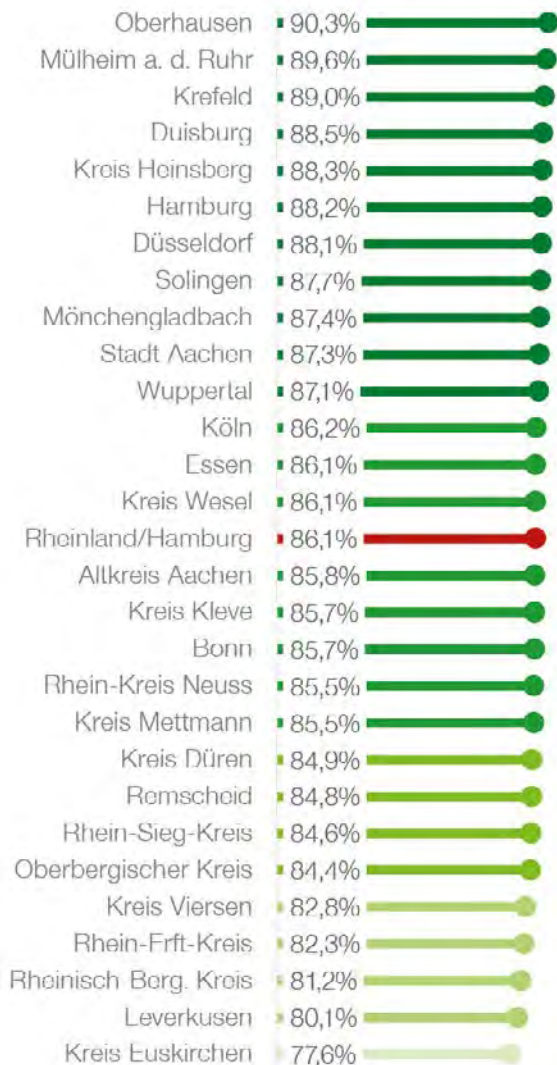
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Zeitnaher Beginn einer Kurzzeitpflege nach Krankenhausaufenthalt

Anteil an allen Personen ab 65 Jahren mit Kurzzeitpflege nach Krankenhausaufenthalt



Warum sollte eine Kurzzeitpflege zeitnah nach dem Krankenhausaufenthalt erfolgen?

Ist eine Person nach einem Krankenhausaufenthalt erstmalig oder verstärkt auf Pflege angewiesen, stellt dies ihr Umfeld vor große Herausforderungen. Die Pflege eines Angehörigen ist zeitaufwändig und muss organisatorisch vorbereitet werden – gegebenenfalls muss ein Pflegeheimplatz gefunden werden. Bis diese Fragen geklärt und die Vorbereitungen abgeschlossen sind, ist eine Entlassung nach Hause schwierig. Die Kurzzeitpflege sollte zur Überbrückung dieser akuten Krisensituation möglichst direkt an den Krankenhausaufenthalt anschließen. Bei der Suche nach einem Platz in einer Kurzzeitpflege unterstützt das Krankenhaus im Rahmen seines Entlassmanagements. Diese Auswertung betrachtet, bei wie vielen Personen mit Kurzzeitpflege nach Krankenhausaufenthalt die Leistung innerhalb von sieben Tagen nach Entlassung begonnen hat.

Zeitraum

2021

Aufgreifkriterien

Kurzzeitpflege

Standardisierung

Alter und Geschlecht auf Versicherte ab 65 Jahren mit Krankenhausaufenthalt

Datenquelle

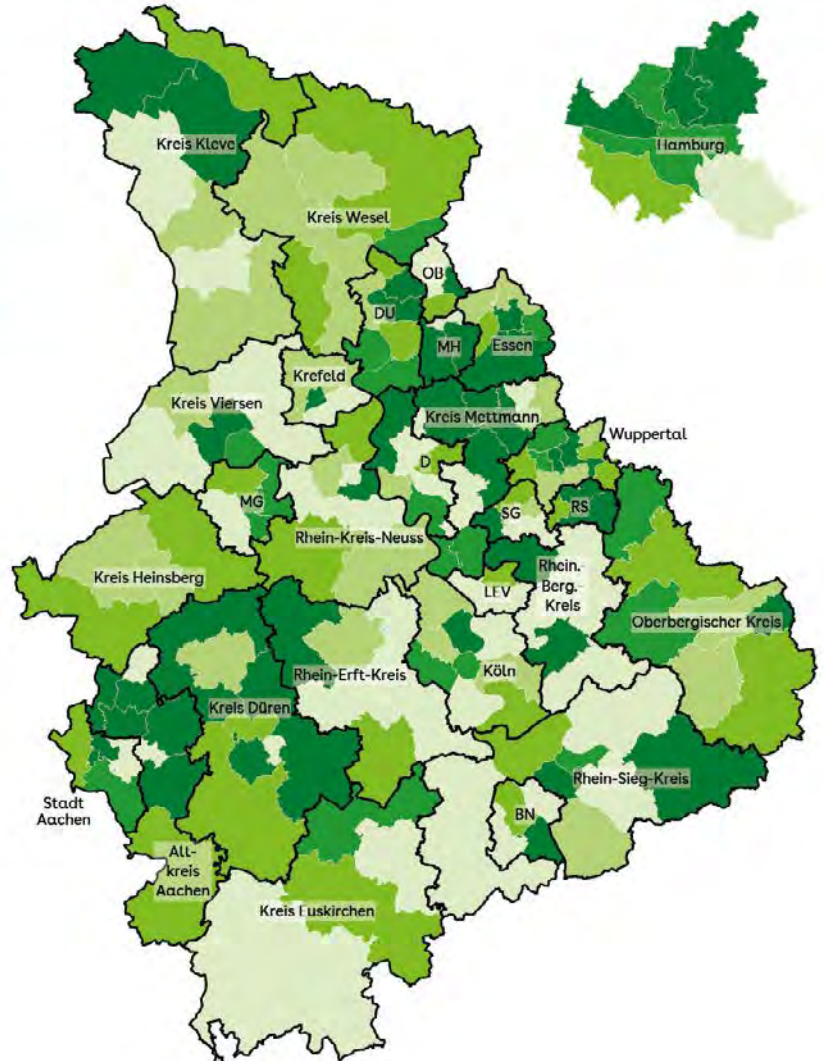
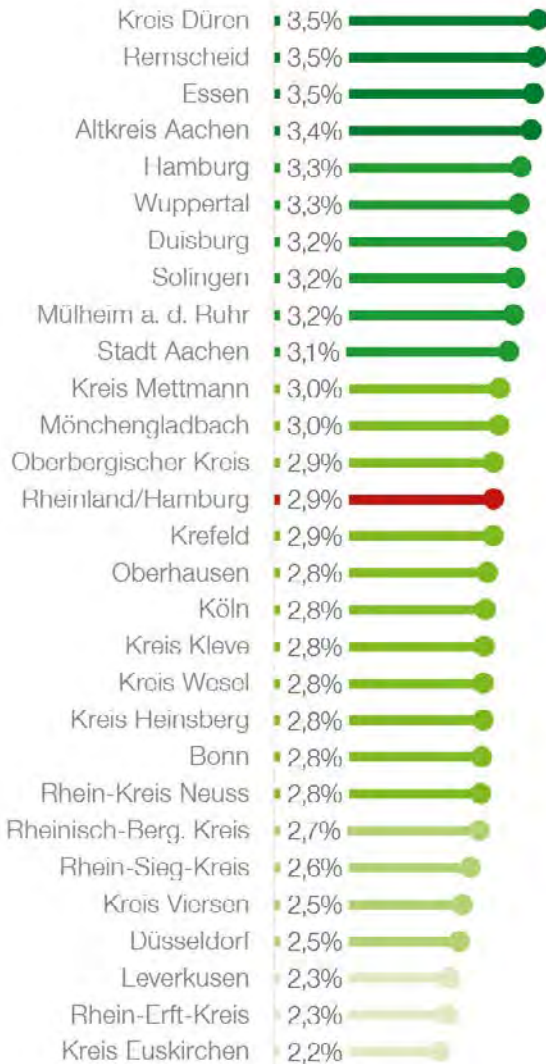
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Aufnahme in Pflegeheim nach Krankenhausaufenthalt

Anteil an allen Krankheitsfällen bei Personen ab 65 Jahren



Wann wird nach einem Krankenhausaufenthalt eine stationäre Pflege notwendig?

Nicht immer gelingt es, durch Akutbehandlungen im Krankenhaus nachhaltige Schädigungen zu vermeiden. Insbesondere bei älteren Patientinnen und Patienten bestehen oftmals Einschränkungen der Funktionsfähigkeit und Selbstständigkeit im Alltag. In der Folge sind viele Patientinnen und Patienten dauerhaft auf Pflege angewiesen (siehe Auswertungen ab Seite 140). Sofern eine Pflege in der eigenen Häuslichkeit nicht möglich ist, wird eine stationäre Pflege erforderlich. Das Krankenhaus unterstützt im Rahmen des Entlassmanagements bei der Suche nach einem Pflegeheimplatz. Diese Auswertung betrachtet, wie viele Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren innerhalb von 90 Tagen nach einem Krankenhausaufenthalt in ein Pflegeheim kommen. Dabei werden nur Personen betrachtet, die nicht bereits vor dem Krankenhausaufenthalt in einer stationären Pflegeeinrichtung waren.

Zeitraum
2021

Aufgreifkriterien
stationäre Pflege

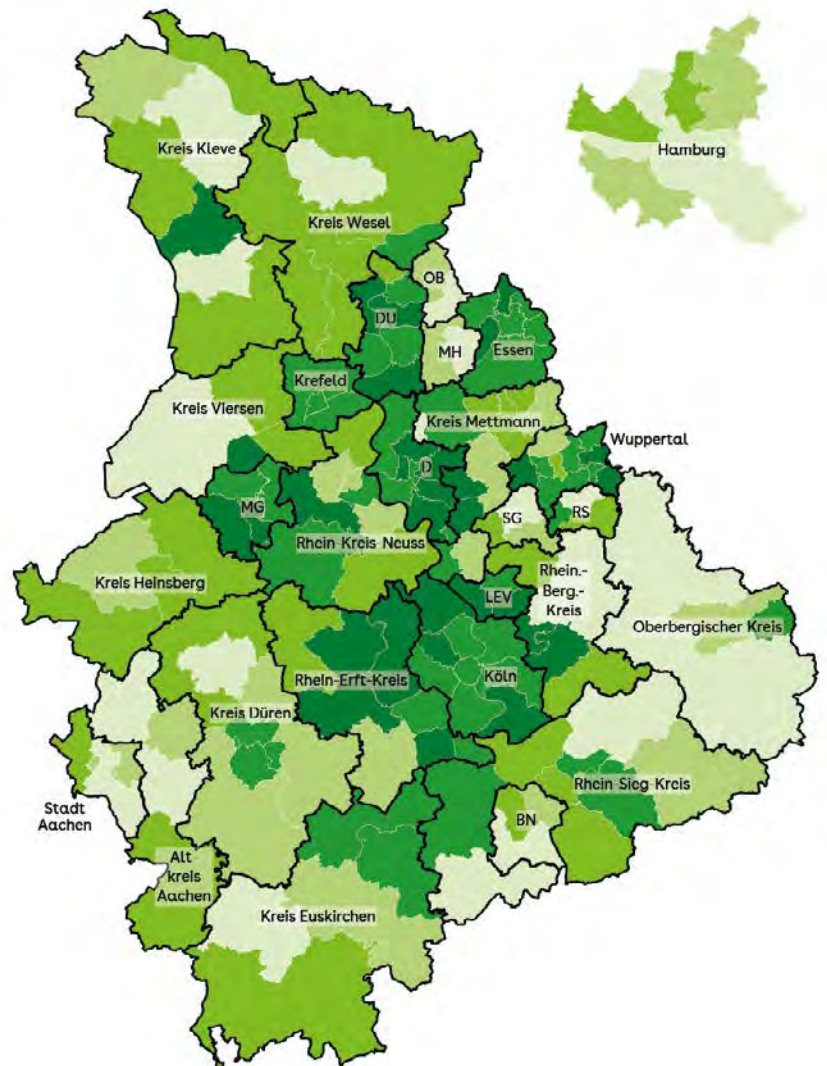
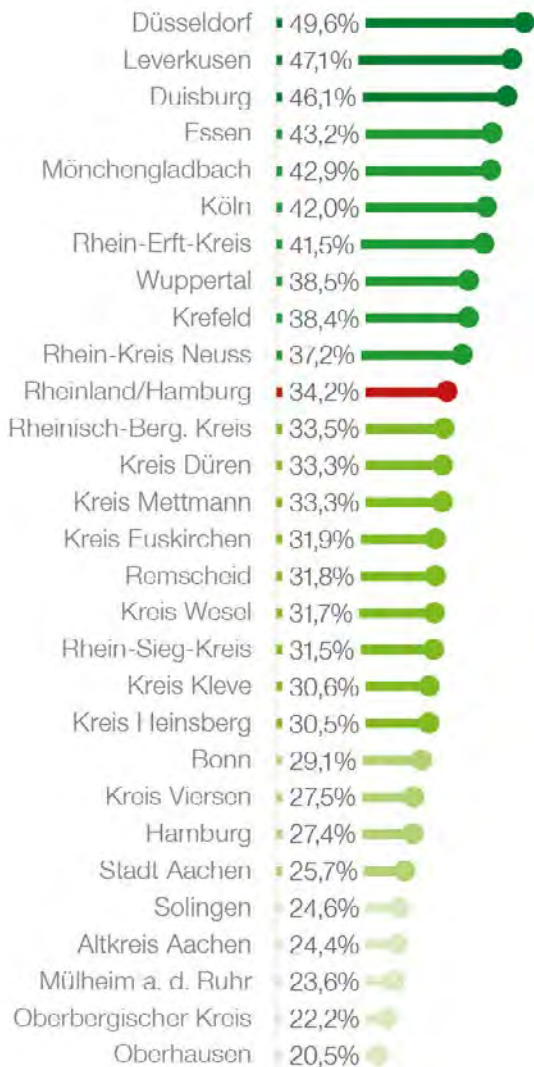
Standardisierung
Alter und Geschlecht auf Versicherte ab 65 Jahren mit Krankenhausaufenthalt

Datenquelle
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung
Wohnort der Versicherten

Zeitnahe Beginn einer stationären Pflege nach Krankenhausaufenthalt

Anteil an allen Personen ab 65 Jahren mit Beginn einer stationären Pflege nach Krankenhausaufenthalt



Wann wird nach einem Krankenhausaufenthalt eine stationäre Pflege notwendig?

Besteht nach dem Krankenhausaufenthalt eine Pflegebedürftigkeit, ist nicht in allen Fällen eine Pflege zu Hause möglich. Insbesondere wenn keine Angehörigen in der Nähe leben, bei hoher Belastung der Angehörigen oder hohen fachlichen und therapeutischen Anforderungen an die Pflege wird eine Betreuung im Pflegeheim notwendig. Diese Auswertung betrachtet alle Fälle mit Beginn einer stationären Pflege nach Krankenhausaufenthalt. Sie weist den Anteil aus, bei denen die stationäre Pflege innerhalb von sieben Tagen nach Entlassung aus dem Krankenhaus begonnen wurde.

i Auf der Internetseite des AOK-Pflegenavigators können Angehörige nach Pflegeheimen suchen.

Zeitraum

2021

Aufgreifkriterien

stationäre Pflege

Standardisierung

Alter und Geschlecht, indirekt

Datenquelle

AOK Rheinland/Hamburg

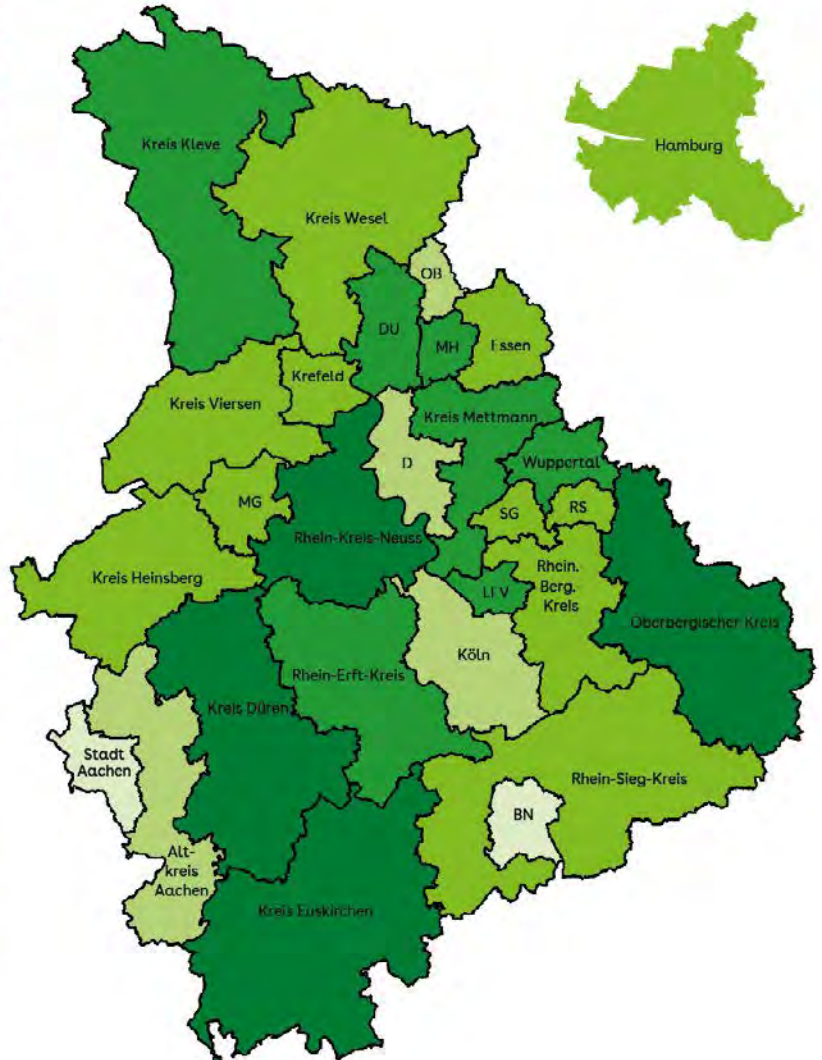
Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Kinder und Jugendliche

Lebendgeborene

Je 1.000 Frauen zwischen 15 und 44 Jahren



Wie wird der Indikator „Lebendgeborene“ erfasst?

Dieser Indikator gibt das Verhältnis der in einem Jahr lebend geborenen Kinder zu 1.000 Frauen der Altersgruppe von 15 bis 44 Jahren an. Die Angaben stammen aus der amtlichen Statistik und umfassen alle Geburten unabhängig von einem Versicherungsverhältnis mit der AOK Rheinland/Hamburg. Die Erfassung der Lebendgeborenen erfolgt nach der Wohnge-
meinde der Mütter (Wohnortprinzip).

i Die AOK Rheinland/Hamburg übernimmt auch für werdende Väter die Kosten eines Geburtsvorbereitungskurses.

Zeitraum
2021

Aufgreifkriterien
alle Geburten

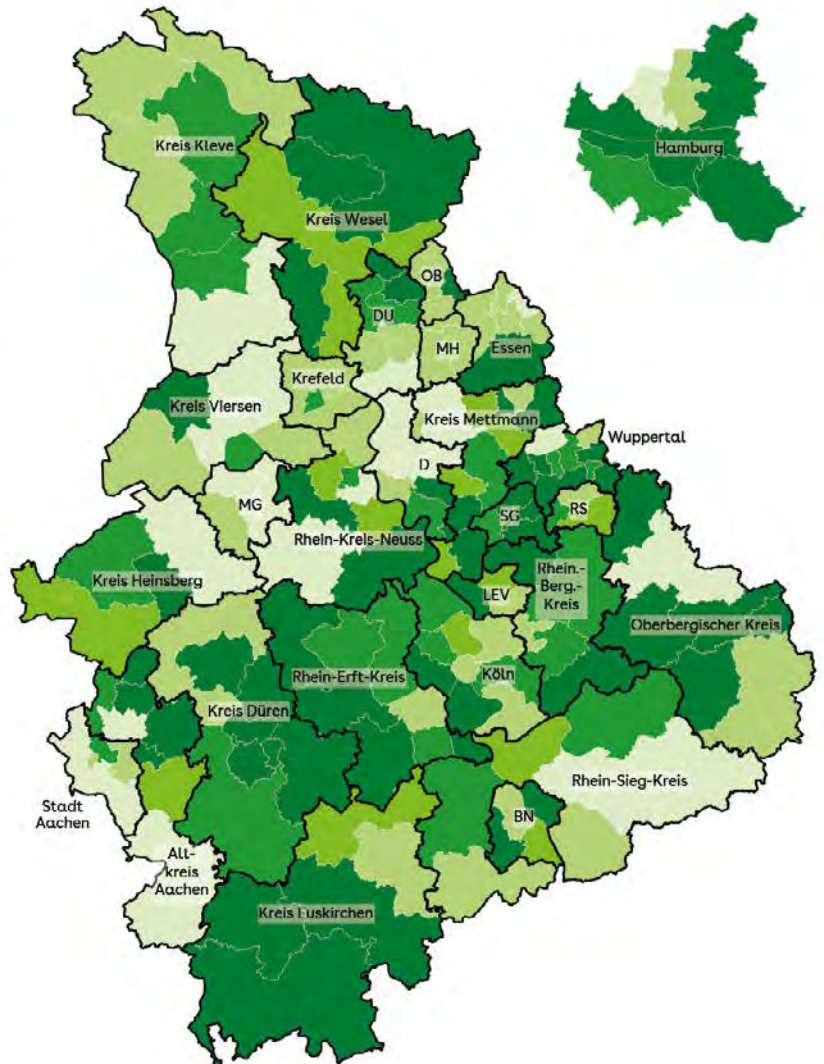
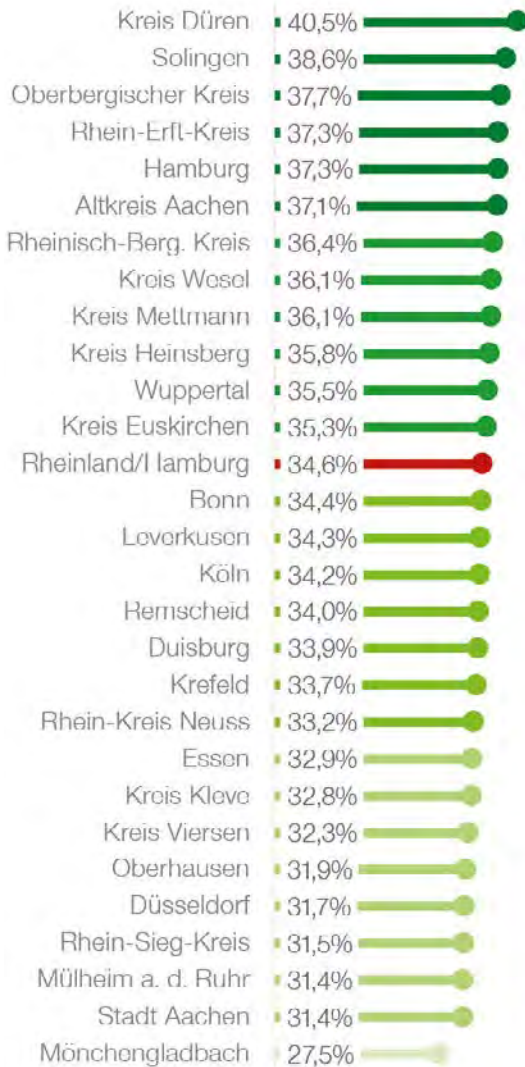
Standardisierung
LZG.NRW und Statistisches Bundesamt

Datenquelle
keine

Regionale Zuordnung
Wohnort der Mutter

Kaiserschnitt

Anteil an allen Geburten im Krankenhaus



Wann wird ein Kaiserschnitt durchgeführt?

Eine Geburt ist ein natürlicher Prozess, der in der Regel spontan und ohne ärztliches Eingreifen verläuft. In Fällen, in denen ernste Folgen für das Leben und die Gesundheit des Kindes und/oder der Mutter drohen, ist jedoch eine Schnittentbindung angebracht. Es gibt Indikationen, bei denen ein Kaiserschnitt aus geburtsmedizinischen Gründen erforderlich ist (absolute Indikationen) bzw. unter Berücksichtigung der Umstände erwogen werden sollte (relative Indikationen). Zu den absoluten Indikationen zählen zum Beispiel eine Quertlage des Kindes, ein Schädel-Becken-Missverhältnis oder mütterliche Infektionen. Relative Indikationen sind zum Beispiel eine Beckenendlage des Kindes oder eine sehr lange Geburtsdauer. Eine Kaiserschnittentbindung ist mit gewissen Risiken für Mutter und Kind verbunden und sollte daher eher restriktiv angewendet werden.

i Die AOK Rheinland/Hamburg beteiligt sich an den Kosten für die Rufbereitschaft der persönlichen Hebamme zur Geburt.

Zeitraum

2022

Aufgreifkriterien

OPS-Codes: 5-740, 5-741, 5-742, 5-749

Standardisierung

Alter auf Frauen mit Entbindung in 2022

Datenquelle

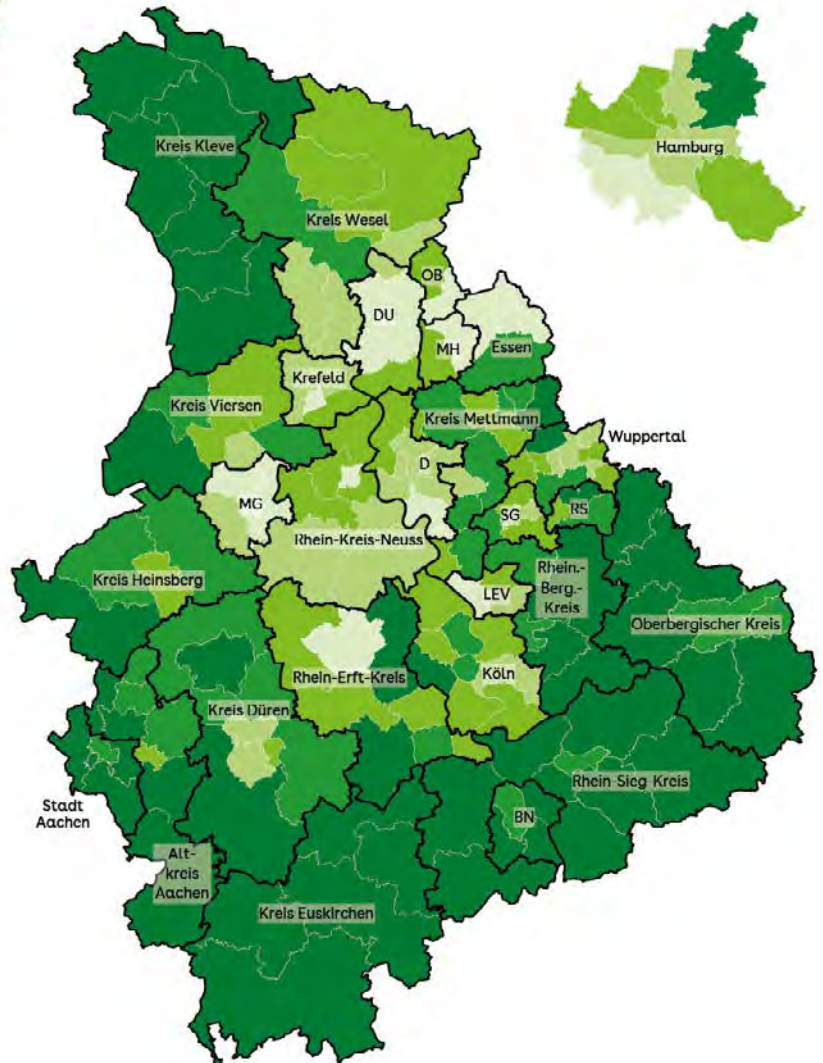
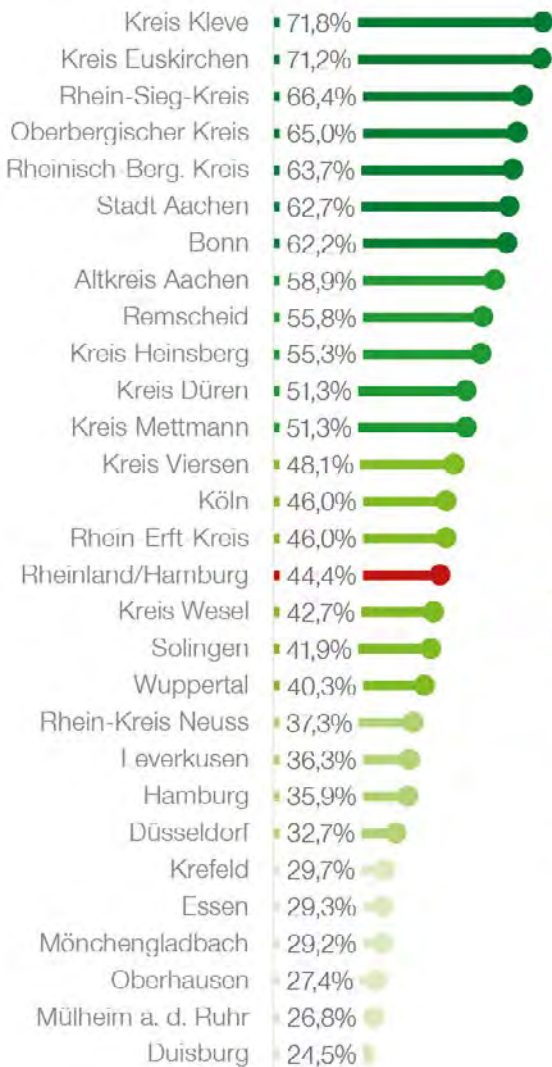
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Wochenbettbetreuung durch Hebammen

Anteil an allen Frauen, die im Jahr 2020 entbunden haben



Warum ist Wochenbettbetreuung wichtig?

In den ersten sechs bis acht Wochen nach der Geburt – dem sogenannten Wochenbett – ist die Begleitung von Eltern und Neugeborenen durch eine Hebamme sehr wichtig. Bei der aufsuchenden Wochenbettbetreuung kommt die Hebamme zu den Eltern nach Hause. Sie betreut die Mutter und ihr Kind nach der Geburt umfassend. Zum einen übernimmt die Hebamme die medizinische Nachsorge der Frau nach der Geburt. Sie beobachtet die Rückbildung der Gebärmutter sowie – falls es während der Geburt zu Verletzungen kam – die Wundheilung. Zum anderen hilft sie den Eltern, Unsicherheiten abzubauen und stärkt ihr Vertrauen in die eigene Fähigkeit, das Kind selbstständig und gut zu versorgen. Dazu gehört auch die Beratung und Anleitung beim Stillen.

i Im Rahmen ihres „Baby-Bonus“ bezuschusst die AOK Rheinland/Hamburg zahlreiche Zusatzleistungen während und nach der Schwangerschaft.

Zeitraum

2020–2021

Aufgreifkriterien

Positionsnummern: 1800, 1810

Standardisierung

keine

Datenquelle

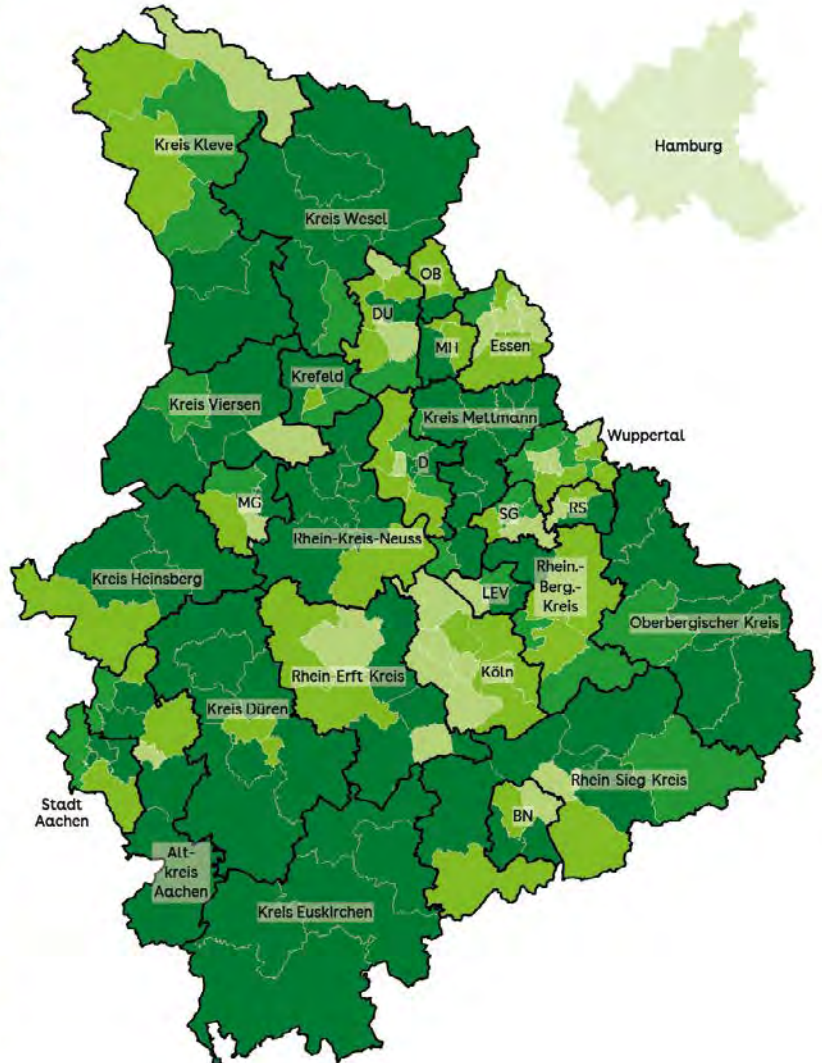
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Früherkennungsuntersuchungen Kinder – U7a

Anteil an allen Kindern der Geburtsjahrgänge 2016 und 2017



Was wird bei der U7a gemacht?

Insbesondere in den ersten Lebensjahren entwickeln sich Kinder sehr schnell. Um mögliche Gesundheitsstörungen oder Auffälligkeiten in der Entwicklung frühzeitig zu erkennen und behandeln zu können, wird dringend empfohlen, das Kind regelmäßig von der Kinderärztin oder dem Kinderarzt untersuchen zu lassen. Bis zur Volljährigkeit sind 13 Untersuchungen vorgesehen, davon allein sechs im ersten Lebensjahr und vier weitere bis zum Schuleintritt. Die U7a findet am Ende des dritten Lebensjahres (34. bis 36. Lebensmonat) statt. Die Untersuchung soll mögliche Entwicklungsverzögerungen unter anderem bei Sprache, Motorik und Sozialverhalten erkennen. Die Ärztin oder der Arzt führt zudem Sehtests durch und achtet auch auf den Zustand der Zähne und des Kiefers.

i Die AOK Rheinland/Hamburg informiert alle Eltern von Kindern postalisch über die anstehende Untersuchung.

Zeitraum

2019–2021

Aufgreifkriterien

EBM-Ziffer: 01723

Standardisierung

keine

Datenquelle

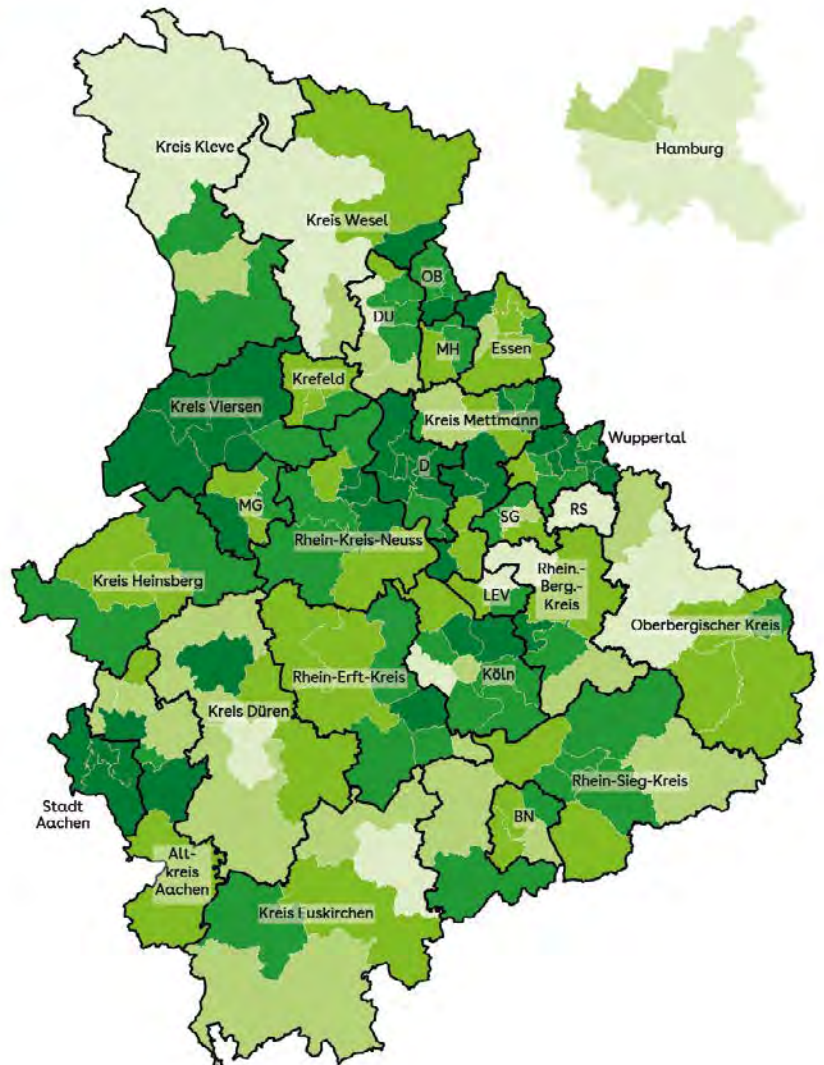
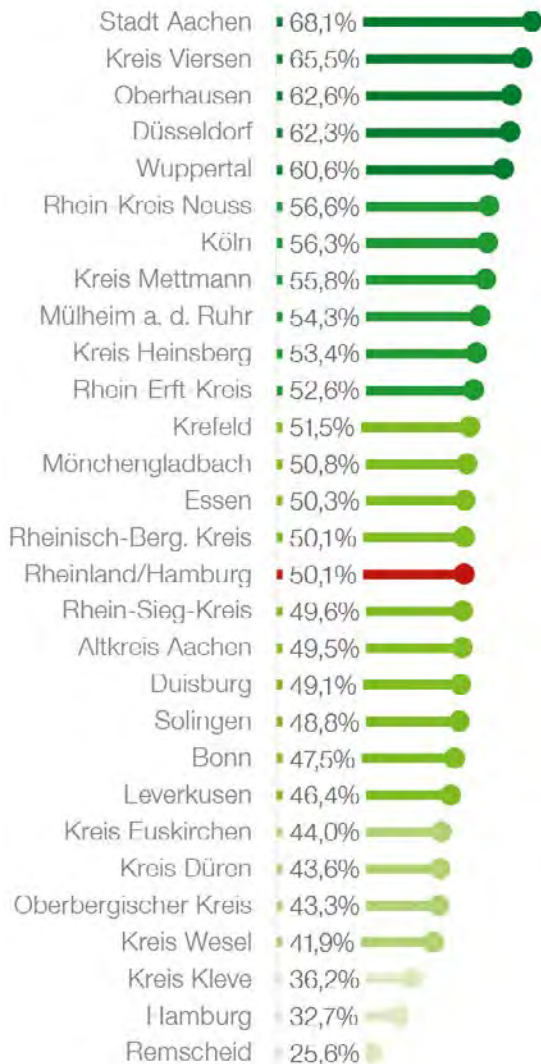
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Früherkennungsuntersuchungen Kinder – U10

Anteil an allen Kindern der Geburtsjahrgänge 2011 und 2012



Was wird bei der U10 gemacht?

Die U10 findet im Grundschulalter (achtes bis neuntes Lebensjahr) statt. Schwerpunkte der Untersuchung sind das Erkennen und die Therapieeinleitung von Entwicklungsstörungen (wie zum Beispiel Lese-Rechtschreib-Rechenstörungen), Störungen der motorischen Entwicklung und Verhaltensstörungen (zum Beispiel ADHS), die nach dem Schuleintritt oft deutlich werden. Die U10-Untersuchung gehört nicht zum vorgegebenen Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen.

i Die AOK Rheinland/Hamburg bietet ihren Versicherten die kostenlose Teilnahme an der Untersuchung an, um die große Lücke bis zur J1-Untersuchung (13. Lebensjahr) zu überbrücken.

Zeitraum

2019–2021

Aufgreifkriterien

EBM-Ziffer: 91710, 99455

Standardisierung

keine

Datenquelle

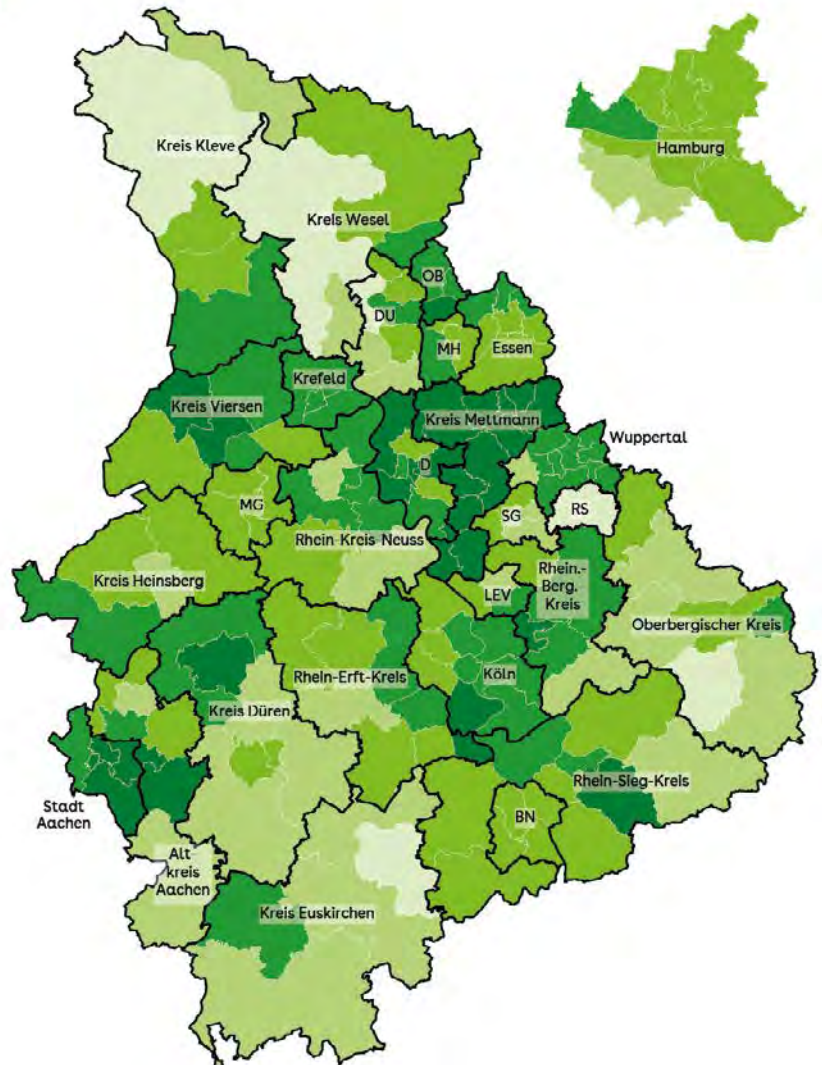
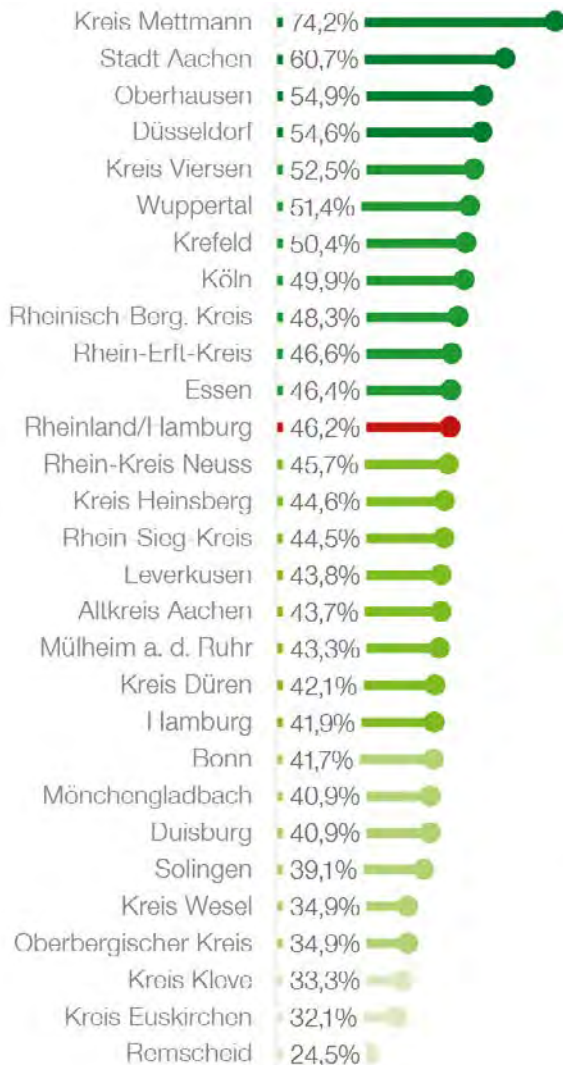
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Früherkennungsuntersuchungen Jugendliche – J1

Anteil an allen Kindern der Geburtsjahrgänge 2005 und 2006



Was wird bei der J1 gemacht?

Die J1 ist die erste Jugenduntersuchung. Sie findet im Alter von zwölf bis 14 Jahren statt. Die Untersuchung dient unter anderem dazu, frühzeitig chronische Krankheiten und Allergien, aber auch Probleme in der seelischen Entwicklung zu erkennen. Die Ärztin oder der Arzt untersucht den gesamten Körper und kontrolliert Blut- und Urinwerte. Zur J1 gehört auch ein ausführliches Gespräch mit den Jugendlichen, auf Wunsch auch ohne Eltern. Dabei geht es um Themen wie Drogen- und Medienkonsum, Essverhalten, aber auch um Sexualität und mögliche Probleme in der Schule oder in der Familie.

i Die AOK Rheinland/Hamburg informiert alle Kinder und Jugendlichen postalisch über die anstehende Untersuchung.

Zeitraum

2018–2021

Aufgreifkriterien

EBM-Ziffer: 01720

Standardisierung

keine

Datenquelle

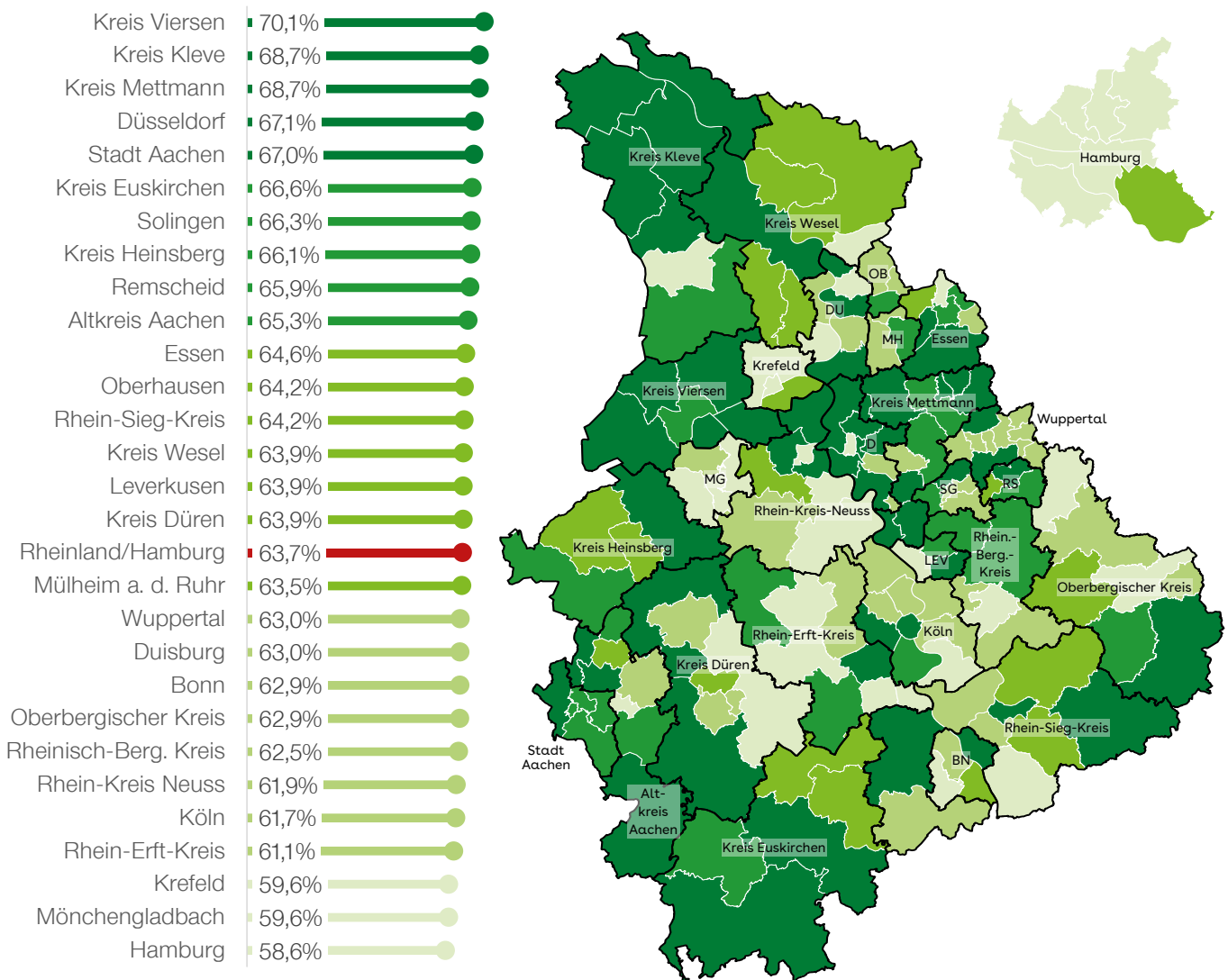
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Kinder mit Gebiss ohne Füllungen

Anteil an allen Kindern der Geburtsjahrgänge 2014 und 2015



Was bedeutet „Gebiss ohne Füllungen“?

Karies ist die häufigste Zahnerkrankung. Sie tritt oftmals bereits im Kindesalter auf. Karies ist vermeidbar. Für die Prävention von Karies spielt neben einer intensiven Mundhygiene auch die Ernährung eine wichtige Rolle: Der Konsum von Getränken und Nahrungsmitteln mit einem hohen Zuckeranteil fördert die Kariesentstehung. Die Bundeszahnärztekammer hat im Rahmen der WHO-Initiative „Global Goals for Oral Health 2020“ für Deutschland das Ziel formuliert, dass bis zum Jahr 2020 80 Prozent der sechsjährigen Kinder ein naturgesundes Gebiss ohne Karies und Füllungen haben sollen. Im zahnärztlichen Bereich liegen keine Diagnose-Codes vor. Daher ist der Status „kariesfreies Gebiss“ nur indirekt zu ermitteln. Diese Auswertung betrachtet, bei wie vielen Kindern im Alter von sechs Jahren in den fünf Jahren zuvor keine Füllungen abgerechnet wurden. Diese Maßzahl ist eine Näherung an den Indikator „naturgesundes Gebiss“, da ein gefüllter Zahn in der Regel vorher von Karies befallen war. Unentdeckter bzw. unbehandelter Karies bleibt bei diesem Vorgehen unberücksichtigt.

Zeitraum

2015–2021

Aufgreifkriterien

BEMA-Ziffer: 13*

Standardisierung

Geschlecht auf Bundesbevölkerung

Datenquelle

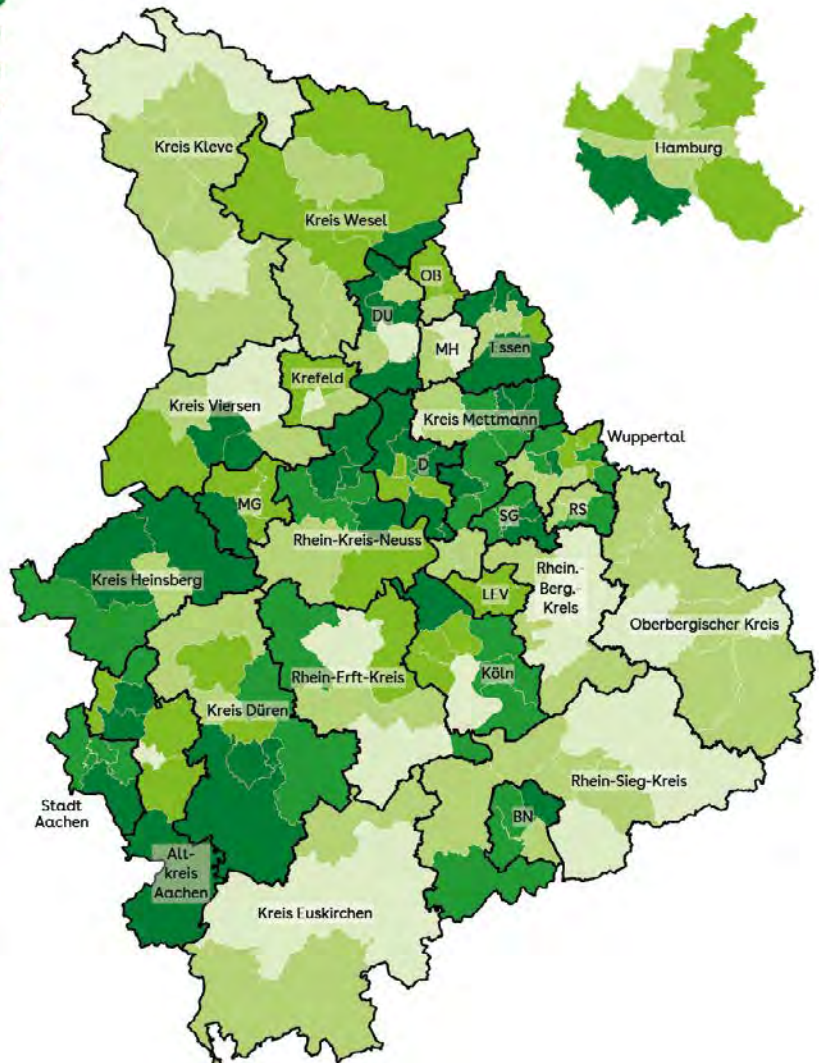
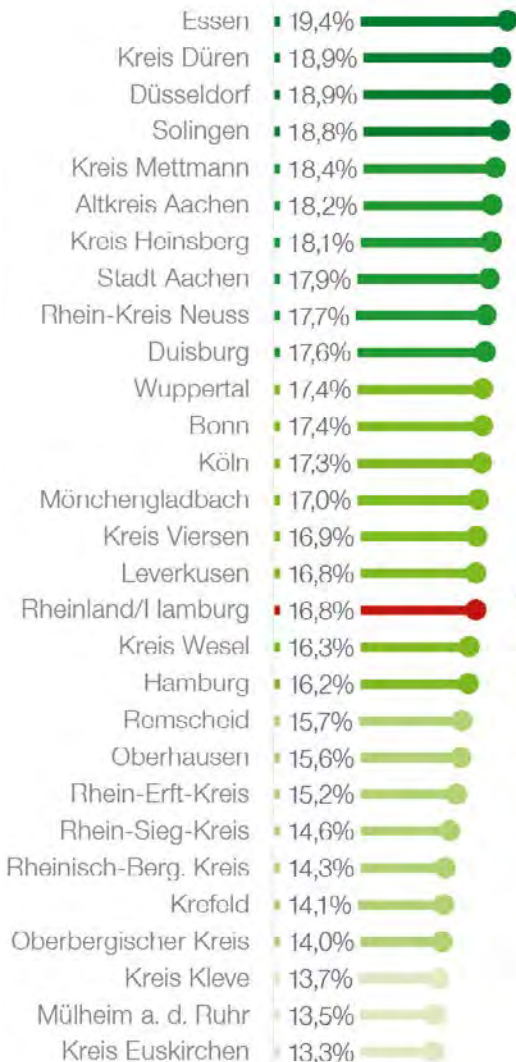
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Allergien: Prävalenz bei Kindern

Anteil an allen Kindern und Jugendlichen bis 17 Jahre



Warum sollte man Allergien ernst nehmen?

Allergien sind die häufigste chronische Erkrankung bei Kindern. Sie sind eine Überreaktion des Immunsystems auf an sich harmlose Stoffe. In der Folge treten – je nach Allergie – Symptome wie Schnupfen, Husten, Juckreiz oder Schwellungen auf. Im schlimmsten Fall kann es zu einem lebensbedrohlichen, sogenannten anaphylaktischen Schock kommen. Frühzeitig erkannt, lassen sich Allergien behandeln und eine Verschlechterung der Krankheit verhindern. Die Auswertung betrachtet den allergischen Schnupfen z.B. aufgrund von Pollen oder Hausstaub, allergisches Asthma, allergiebedingte Hautreizungen, das atopische Exzem („Neurodermitis“), Nahrungsmittelunverträglichkeit sowie nicht näher bezeichnete Allergien.

i Die AOK Rheinland/Hamburg hat einen besonderen Versorgungsvertrag für Kinder und Jugendliche mit Neurodermitis.

Zeitraum

2021

Aufgreifkriterien

ICD-10-Codes: J30.1-4, J45.0, J45.8, L20, L23, T78.1/4

Standardisierung

Alter und Geschlecht auf Bundesbevölkerung

Datenquelle

AOK Rheinland/Hamburg

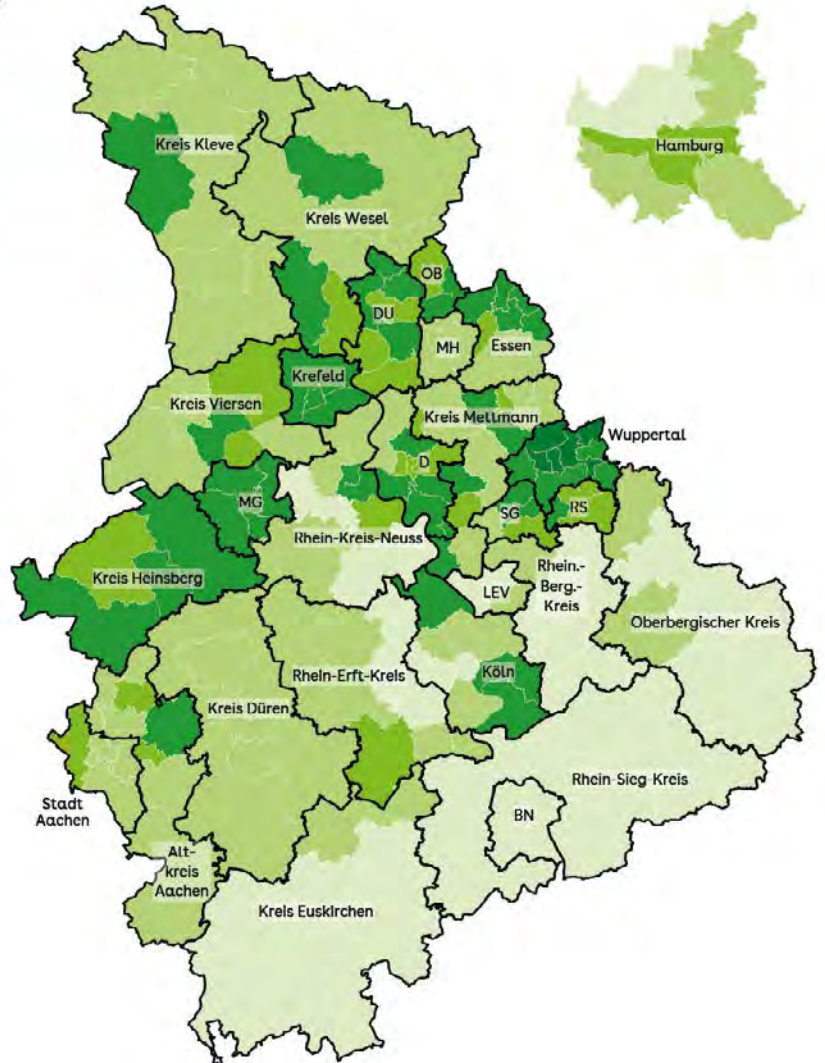
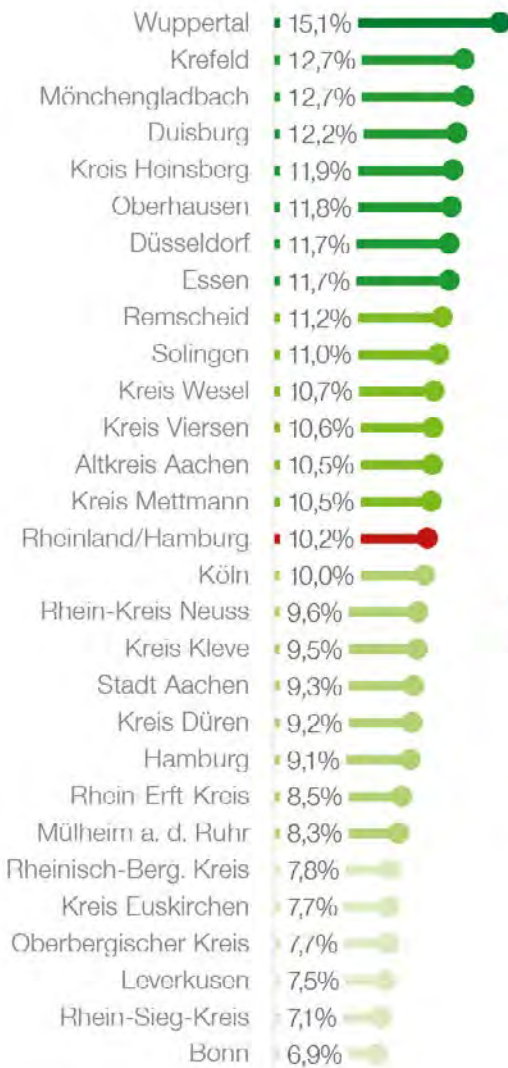
Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Arzneimittel

Antibiotika bei Atemwegsinfektionen

Anteil an allen Versicherten mit Atemwegsinfektionen



Warum sollten Antibiotika zurückhaltend eingesetzt werden?

Antibiotika sind wichtige Medikamente zur Behandlung von Infektionskrankheiten. Auch aufgrund wachsender Antibiotikaresistenzen sollten sie umsichtig eingenommen werden und nur dann verschrieben werden, wenn sie indiziert sind. Antibiotika wirken nur gegen Bakterien. Erkältungskrankheiten werden hingegen in den meisten Fällen durch Viren ausgelöst. Der Einsatz von Antibiotika ist bei Erkältungen daher zumeist wirkungslos. Auch bei bakteriellen Infekten ist nicht immer gleich ein Antibiotikum erforderlich. In der Auswertung wird der Antibiotikaeinsatz bei akuten Fällen von Erkältungsschnupfen, Nasennebenhöhlenentzündung, Rachenentzündung, Mandelentzündung, Kehlkopfentzündung und Bronchitis betrachtet. Diese Erkrankungen können bakteriell bedingt sein, sodass Antibiotika durchaus medizinisch erforderlich sein können. Eine „richtige“ Verschreibungsrate lässt sich daher nicht bestimmen. Die Unterschiede zwischen den Kreisen machen aber unterschiedliche Verordnungspraktiken deutlich.

Zeitraum

2021

Aufgreifkriterien

ICD-10-Codes: J01-J06, J20, ATC-Code: J01

Standardisierung

Alter und Geschlecht, indirekt

Datenquelle

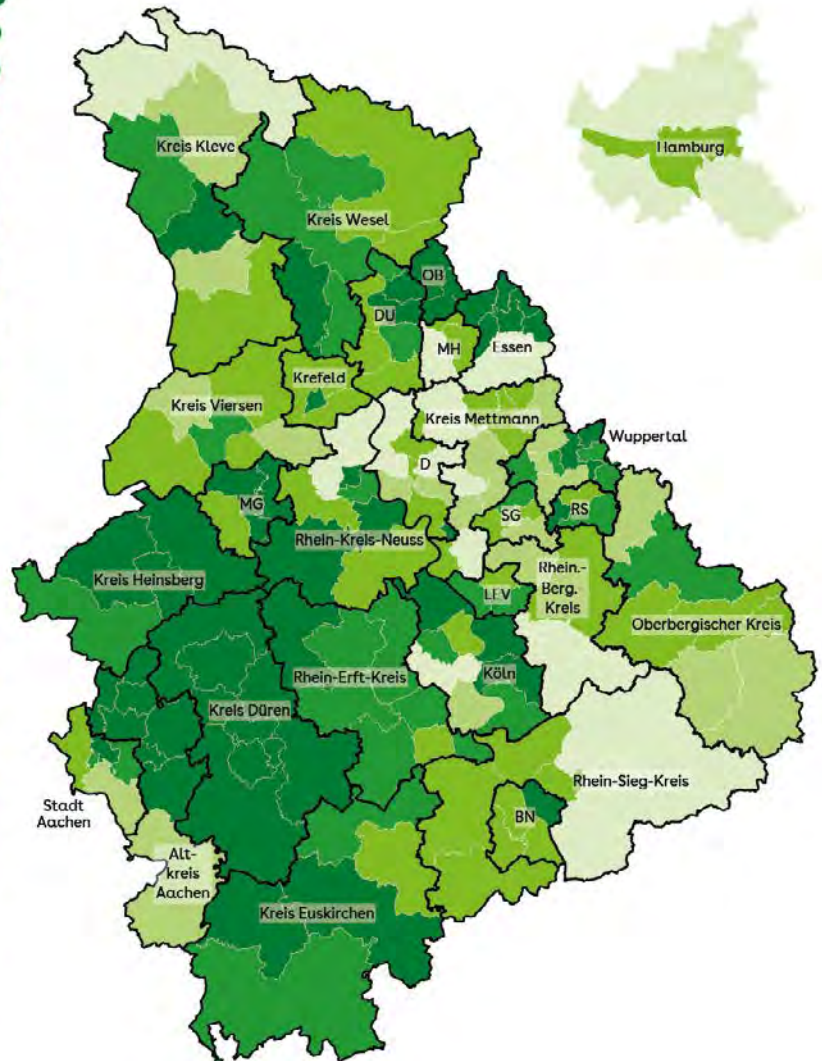
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Polypharmazie

Anteil an allen Versicherten ab 65 Jahren



Warum ist Polypharmazie ein wichtiges Thema?

Polypharmazie bezeichnet die gleichzeitige und dauerhafte Einnahme mehrerer Wirkstoffe. Insbesondere bei älteren Menschen ist die Einnahme mehrerer Medikamente aufgrund ihrer Erkrankungen häufig medizinisch erforderlich. Durch die Einnahme mehrerer Medikamente können sich die Wirkstoffe gegenseitig beeinflussen. Diese Wechselwirkungen können zu Problemen führen. Es ist Aufgabe der behandelnden Ärztin bzw. des behandelnden Arztes, die Wechselwirkungen der Arzneien im Blick zu haben. In Übereinstimmung mit weiten Teilen der Literatur wird Polypharmazie als die Einnahme von fünf und mehr Wirkstoffen definiert. Nicht berücksichtigt bei dieser Auswertung sind Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel, die privat gekauft wurden. Um die gleichzeitige Verordnung der Wirkstoffe abzuschätzen, wurden die Raten an Mehrfachmedikation für jedes Quartal einzeln ermittelt. Die Werte weisen den Mittelwert über die vier Quartale des Jahres aus.

Zeitraum

2021

Aufgreifkriterien

fünf Wirkstoffe und mehr

Standardisierung

Alter und Geschlecht auf Bundesbevölkerung

Datenquelle

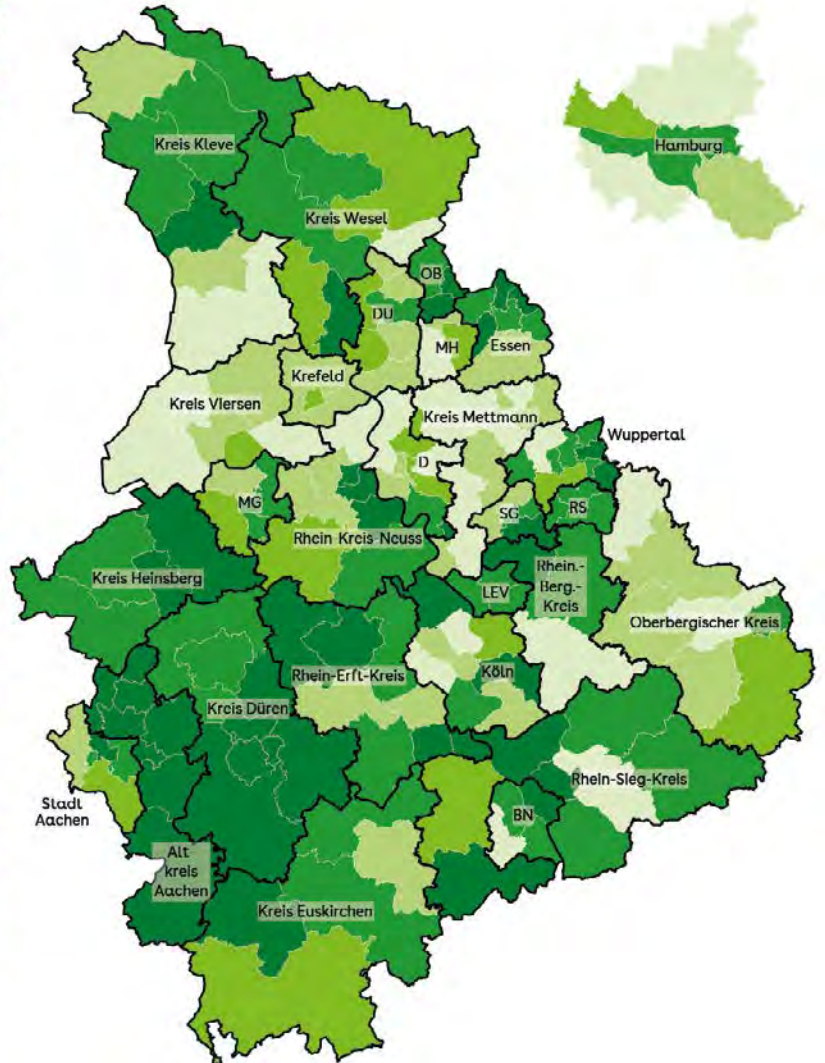
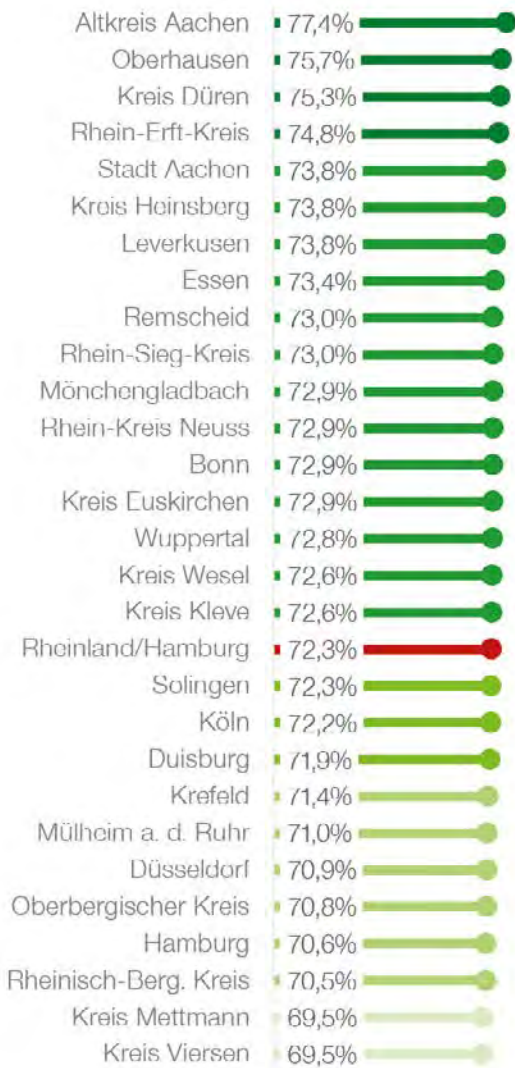
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Polypharmazie nach Krankenhausaufenthalt

Anteil an allen Versicherten ab 65 Jahren ohne vorherige Polypharmazie



Wie beeinflussen Krankenhausaufenthalte die Medikation?

Eine stationäre Aufnahme im Krankenhaus erfolgt in der Regel zur besonderen diagnostischen Abklärung, um einen kritischen Gesundheitszustand zu überwachen oder weil eine Operation durchgeführt wird. In der Folge ist nicht selten eine Anpassung der medikamentösen Therapie erforderlich. Zumeist werden weitere Medikamente verschrieben. Ärztinnen und Ärzte sollten genau die Wechselwirkungen der unterschiedlichen Arzneien im Blick haben. Nicht mehr benötigte Medikamente sind wieder abzusetzen. Diese Auswertung betrachtet, wie viele Versicherte ab 65 Jahren ohne vorherige Polypharmazie nach einem Krankenhausaufenthalt mehr als fünf Wirkstoffe erhalten.

Zeitraum

2021

Aufgreifkriterien

fünf Wirkstoffe und mehr

Standardisierung

Alter und Geschlecht auf Versicherte ab 65 Jahren mit Krankenhausaufenthalt

Datenquelle

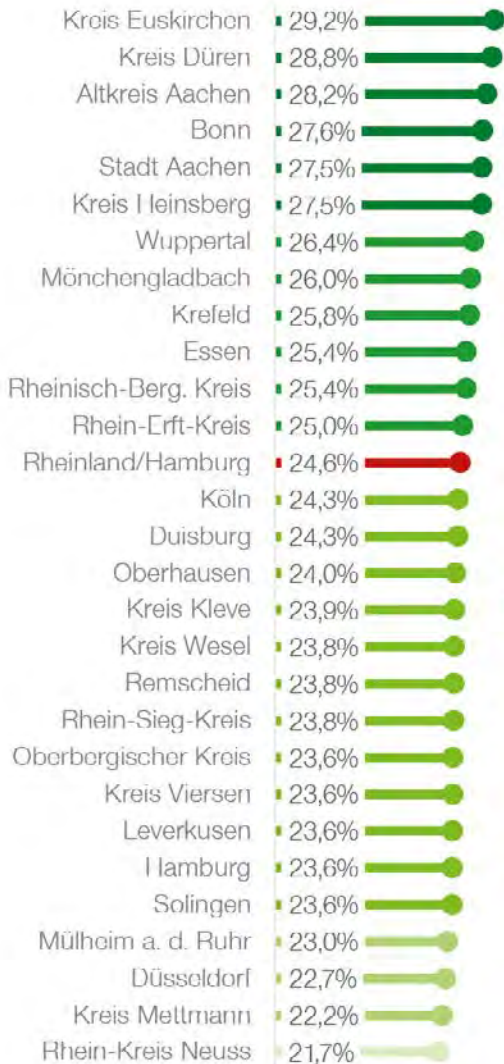
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Potenziell ungeeignete Arzneimittel bei älteren Menschen

Anteil an allen Versicherten ab 65 Jahren



Warum sind einige Arzneimittel bei älteren Menschen potenziell ungeeignet?

Einige Medikamente können für ältere Menschen unerwünschte Risiken und Wechselwirkungen haben. Sie sollten daher möglichst nicht oder nur mit besonderer Vorsicht angewendet werden. Dazu gehören beispielsweise Medikamente, die das Sturzrisiko erhöhen, Verwirrung auslösen oder Schlafstörungen zur Folge haben können. Mit der Priscus-Liste existiert eine Aufstellung dieser für ältere Menschen potenziell ungeeigneten Medikamente. Die Liste wurde speziell für den deutschen Markt erarbeitet und enthält Wirkstoffe, die in Deutschland verhältnismäßig häufig verordnet werden. Die Auswertung betrachtet, wie viele Versicherte über 65 Jahren mindestens ein Medikament der Priscus-Liste erhalten haben.

Zeitraum

2021

Aufgreifkriterien

Medikamente der Priscus-2.0-Liste

Standardisierung

Alter und Geschlecht auf Bundesbevölkerung

Datenquelle

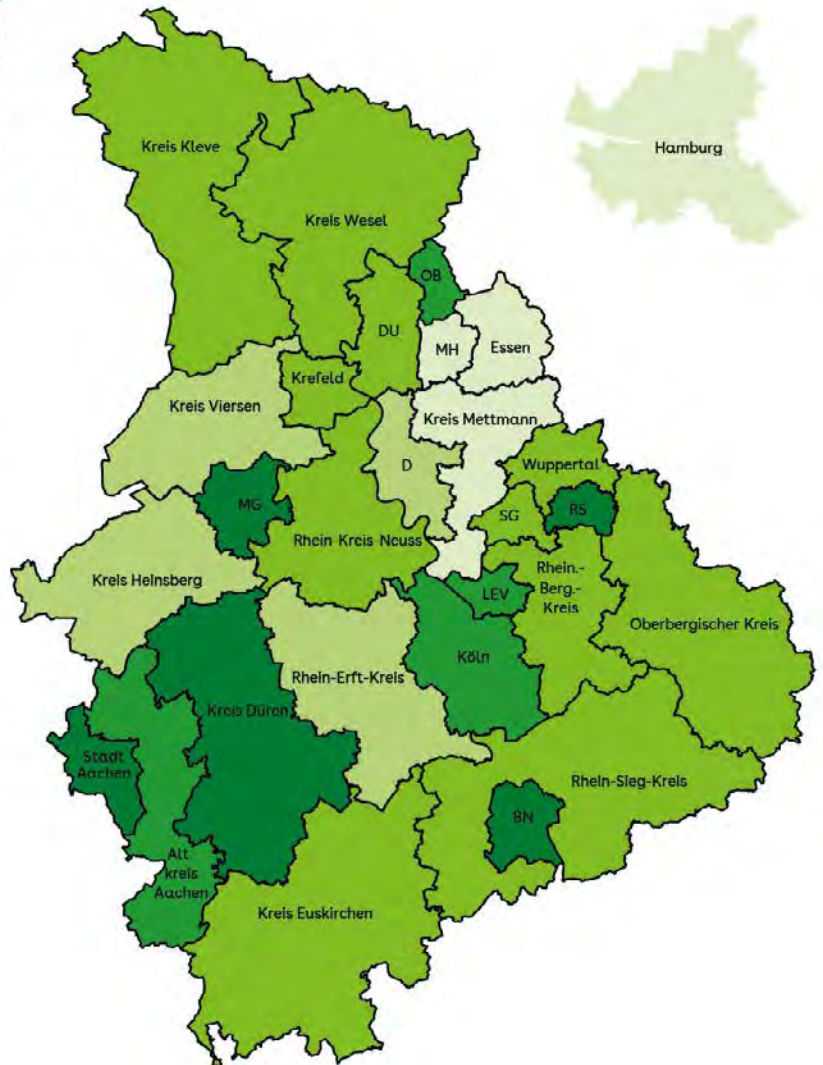
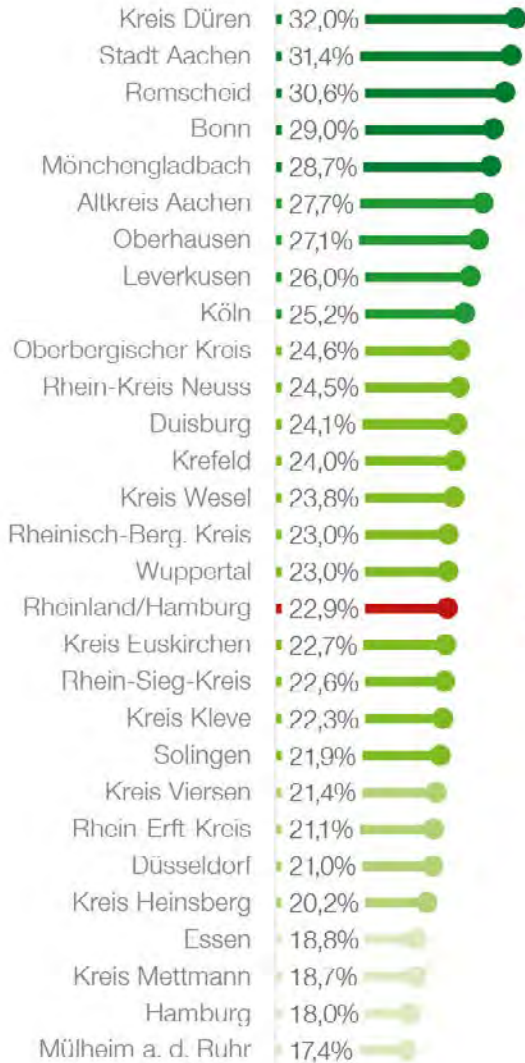
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Medikamente, die das Sturzrisiko erhöhen

Verordnungsanteil an allen Versicherten ab 65 Jahren mit Krankenhausaufenthalt aufgrund von Frakturen



Welche Medikamente erhöhen das Sturzrisiko?

Stürze sind für ältere Menschen gefährlich. Da die Knochendichte im Alter abnimmt, führen Stürze häufiger als in jüngeren Altersgruppen zu Brüchen. Frakturen verursachen bei älteren Menschen nicht selten starke und bleibende Einschränkungen bei Mobilität, Funktionsfähigkeit und Selbstständigkeit. Es ist daher wichtig, Stürze zu vermeiden. Zu den Risikofaktoren für Stürze, die sich beeinflussen lassen, gehören auch Medikamente. Studien belegen, dass einige Medikamente, das Sturzrisiko erhöhen. Diese Wirkstoffe werden im Englischen als FRIDs bezeichnet (fall risk-increasing drugs). Hierzu zählen zum Beispiel Benzodiazepine, Hypnotika und Sedativa, Antidepressiva sowie Anticholinergika. Diese Auswertung betrachtet, wie viele Versicherte ab 65 Jahren, die mit einer Fraktur im Krankenhaus behandelt wurden, zuvor eines dieser Medikamente erhalten haben.

Zeitraum 2021

Aufgreifkriterien

ICD-10-Codes: S*2, T02, T08, T10, T12, T14.2, M48.5
 ATC-Codes: N03AE, N04A, N05BA, N05C, N06A

Standardisierung

Alter und Geschlecht auf Versicherte ab 65 Jahren mit Krankenhausaufenthalt

Datenquelle

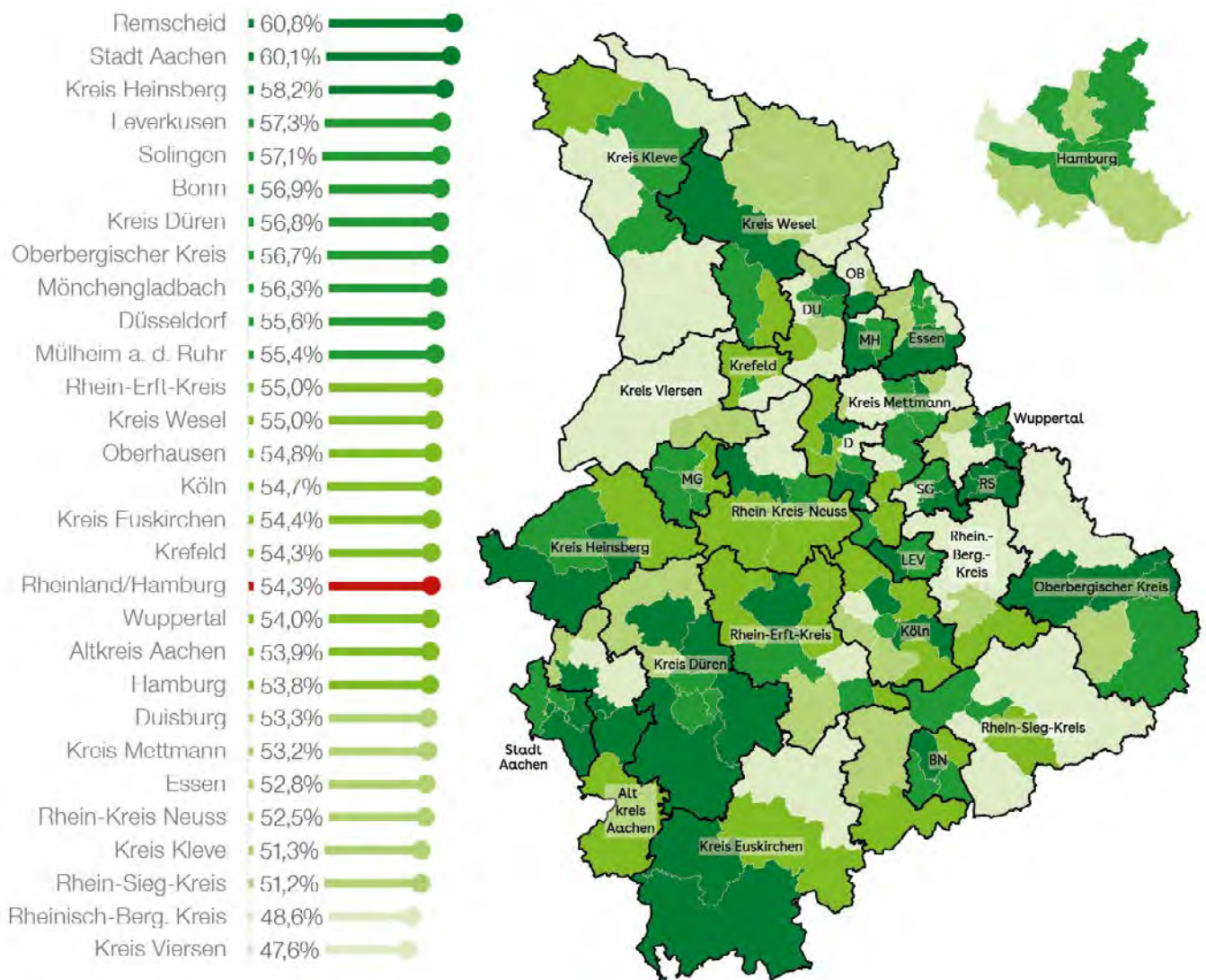
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Orale Kontrazeptiva („Pille“) mit erhöhtem Thromboserisiko

Anteil an allen Frauen mit Verordnung von oralen Kontrazeptiva



Welches Risiko geht von der Pille aus?

Die Einnahme oraler Kontrazeptiva („Pille“) führt zu einer vergleichsweise sicheren Schwangerschaftsverhütung. Die Einnahme der Pille erhöht jedoch das Risiko für Blutgerinnsel in den Venen (Thrombosen) und für Lungengefäßverschlüsse (Embolien). Etwa 5 bis 12 von je 10.000 Anwenderinnen der Pille entwickeln innerhalb eines Jahres eine Thrombose – ohne die Einnahme der Pille entsteht bei etwa 2 von je 10.000 Frauen innerhalb eines Jahres ein Blutgerinnsel in den Venen. Das Risiko, eine Thrombose oder eine venöse Thromboembolie zu entwickeln ist bei den einzelnen Arzneimitteln unterschiedlich. Vor allem die neueren Generationen der Pille haben ein erhöhtes Risiko für Thrombosen. Diese Auswertung betrachtet, wie viele Verordnungen der Pille auf risikoreiche Präparate entfielen.

Zeitraum

2021

Aufgreifkriterien

ATC-Codes:
G03AA05/07/09-12/14-16,
G03AB03-05/07-09,
G03AC01/03/09/10

Standardisierung

keine

Datenquelle

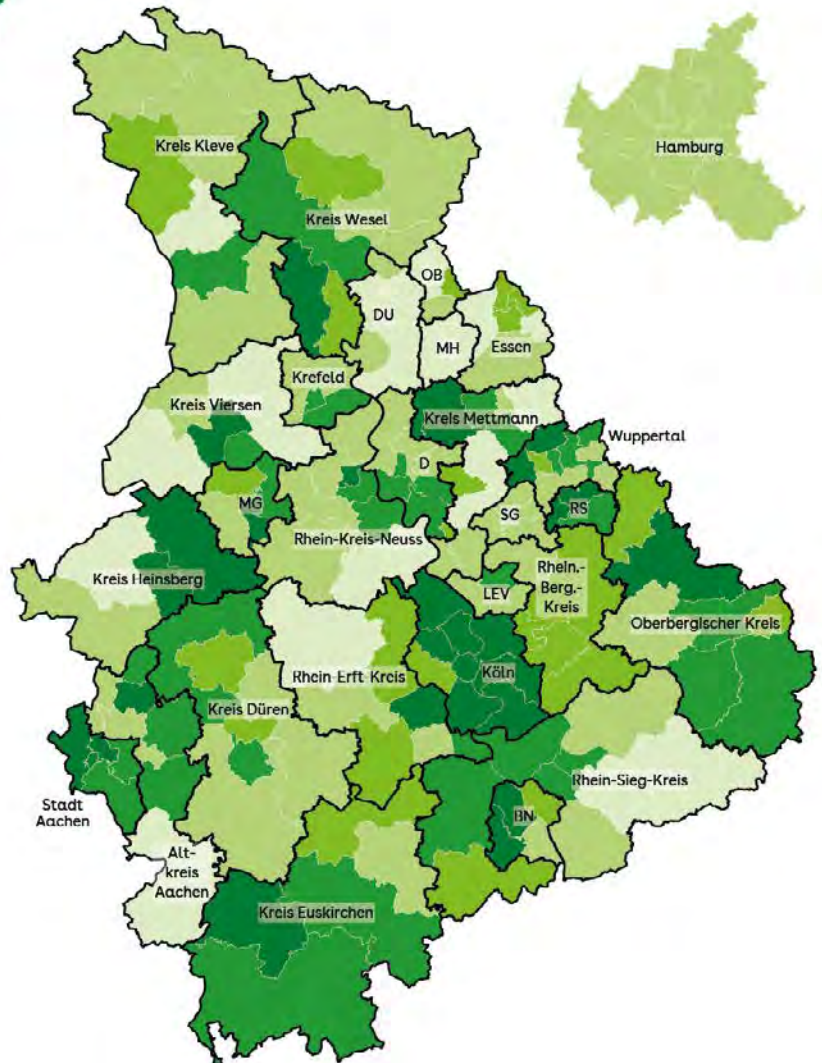
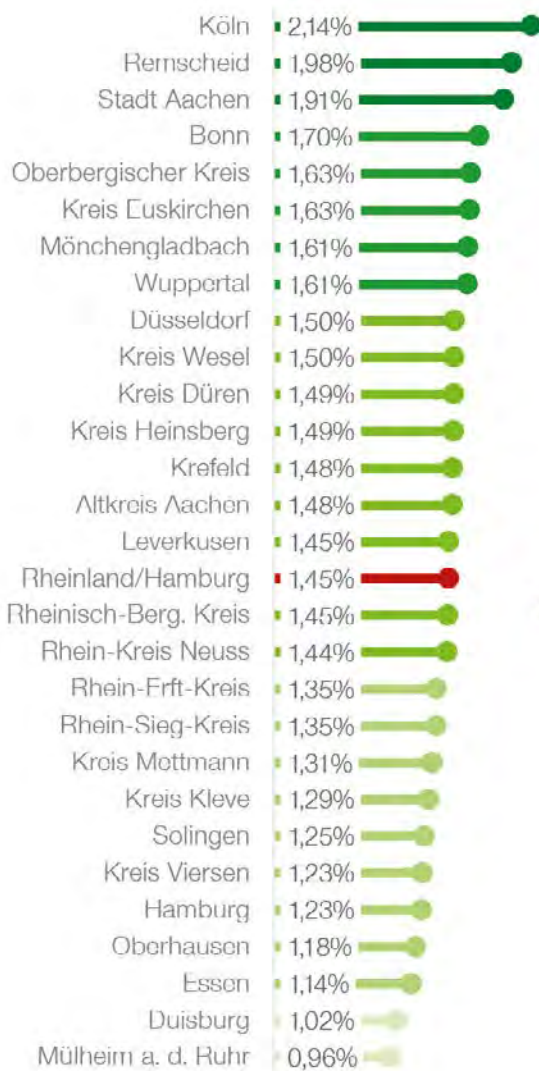
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Psychopharmaka – Schlafmittel

Anteil an allen Versicherten



Warum sollten Schlafmittel zurückhaltend eingesetzt werden?

Schlafmittel gehören zu der Gruppe der Psychopharmaka. Sie greifen in die Stoffwechselabläufe im Gehirn ein und führen in der Folge zu einer Veränderung der psychischen Verfassung. Sie adressieren dabei lediglich die Symptome und nicht die Ursachen der Schlafstörungen. Schlafmittel können bestenfalls die Zeit überbrücken, bis nicht-medikamentöse Verfahren ihre Wirksamkeit erreicht haben. Nicht zuletzt aufgrund einer Vielzahl möglicher unerwünschter Arzneimittelnebenwirkungen sollten Schlafmittel zurückhaltend eingesetzt werden. So führen die Medikamente oftmals auch noch am nächsten Tag zu Müdigkeit und einem eingeschränkten Reaktionsvermögen. Insbesondere ältere Personen sind nachts häufig verwirrt und stürzen leichter. Bei einer längerfristigen Einnahme steigt die Gefahr, sich an die Dosis zu gewöhnen, die Qualität des Schlafes zu zerstören und/oder abhängig zu werden.

Zeitraum

2021

Aufgreifkriterien

ATC-Codes: N05CA bis N05CD, N05CF

Standardisierung

Alter und Geschlecht auf Bundesbevölkerung

Datenquelle

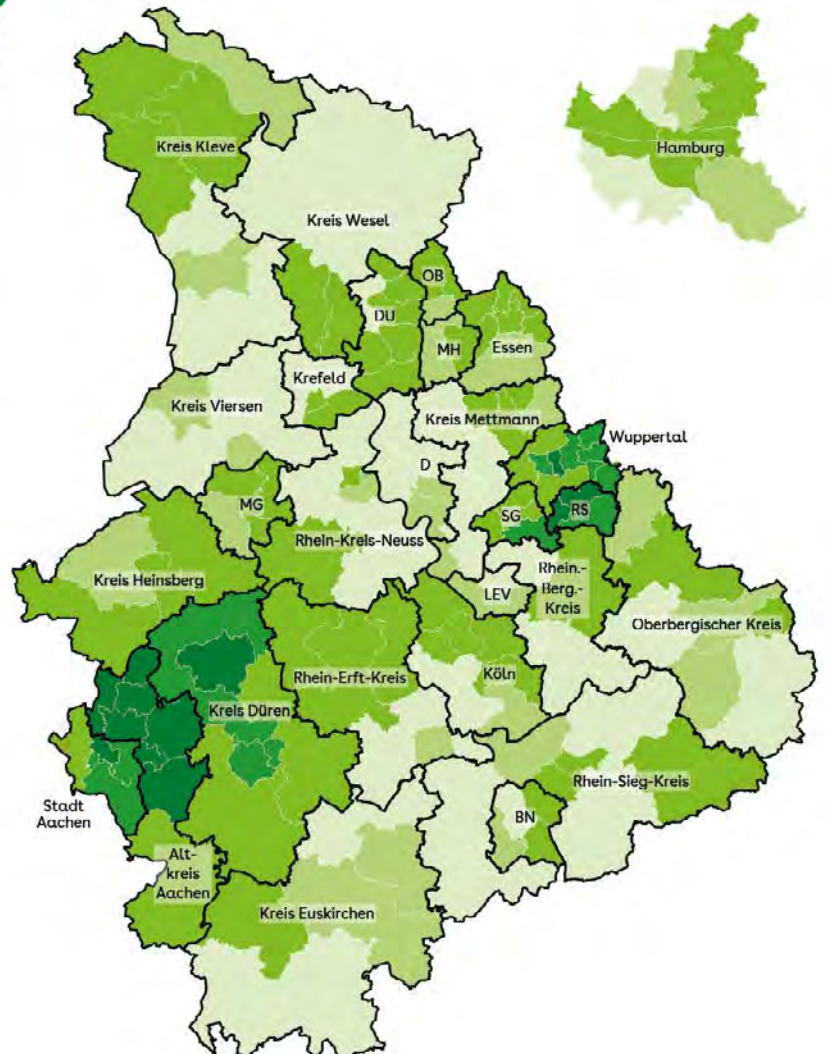
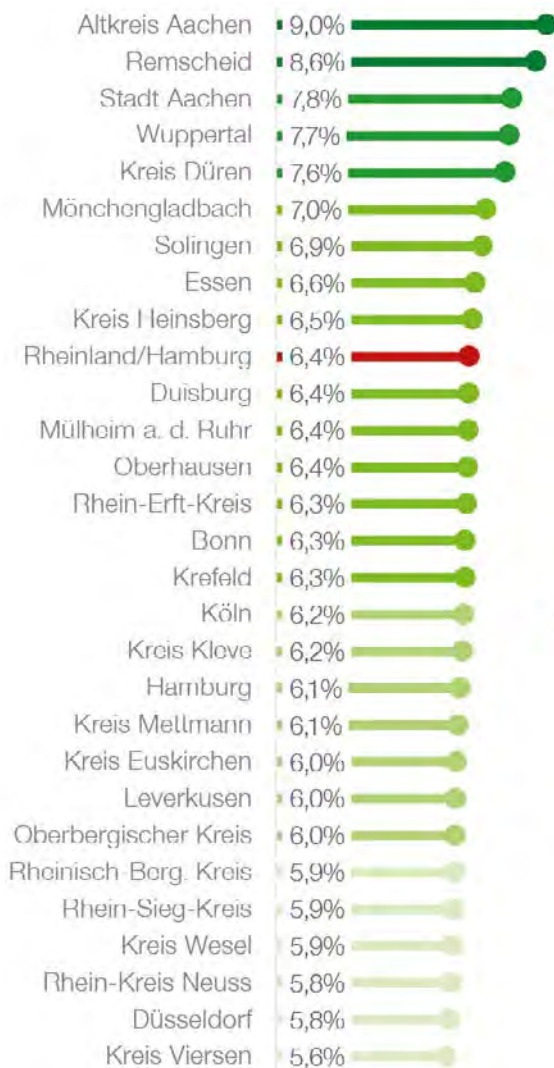
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Psychopharmaka – Antidepressiva

Anteil an allen Versicherten



Wie wirken Antidepressiva?

Antidepressiva gehören zu der Gruppe der Psychopharmaka. Sie greifen in den Gehirnstoffwechselein und führen zu einer Veränderung der psychischen Verfassung. Antidepressiva wirken dabei stimmungsaufhellend und antriebsnormalisierend. Sie werden hauptsächlich zur Therapie von Depressionen eingesetzt, finden aber auch Anwendung bei der Behandlung von Angst- und Zwangsstörungen sowie Panikattacken oder in der Schmerztherapie. Der Nutzen von Antidepressiva wird in Wissenschaft und Praxis kontrovers diskutiert, da die Wirkstoffe in Studien nur geringfügige bis mäßiggradige Vorteile gegenüber Placebo aufweisen. Insbesondere bei einer leichten Depression ist von einer medikamentösen Therapie abzusehen. Nicht zuletzt aufgrund einer Vielzahl möglicher unerwünschter Arzneimittelnebenwirkungen sollten Antidepressiva umsichtig eingesetzt werden.

i Die AOK hat ein kostenloses Online-Trainingsprogramm zur Vorbeugung und Verringerung von depressiven Symptomen.

Zeitraum

2021

Aufgreifkriterien

ATC-Codes: N06AA, N06AB, N06AF, N06AG

Standardisierung

Alter und Geschlecht auf Bundesbevölkerung

Datenquelle

AOK Rheinland/Hamburg

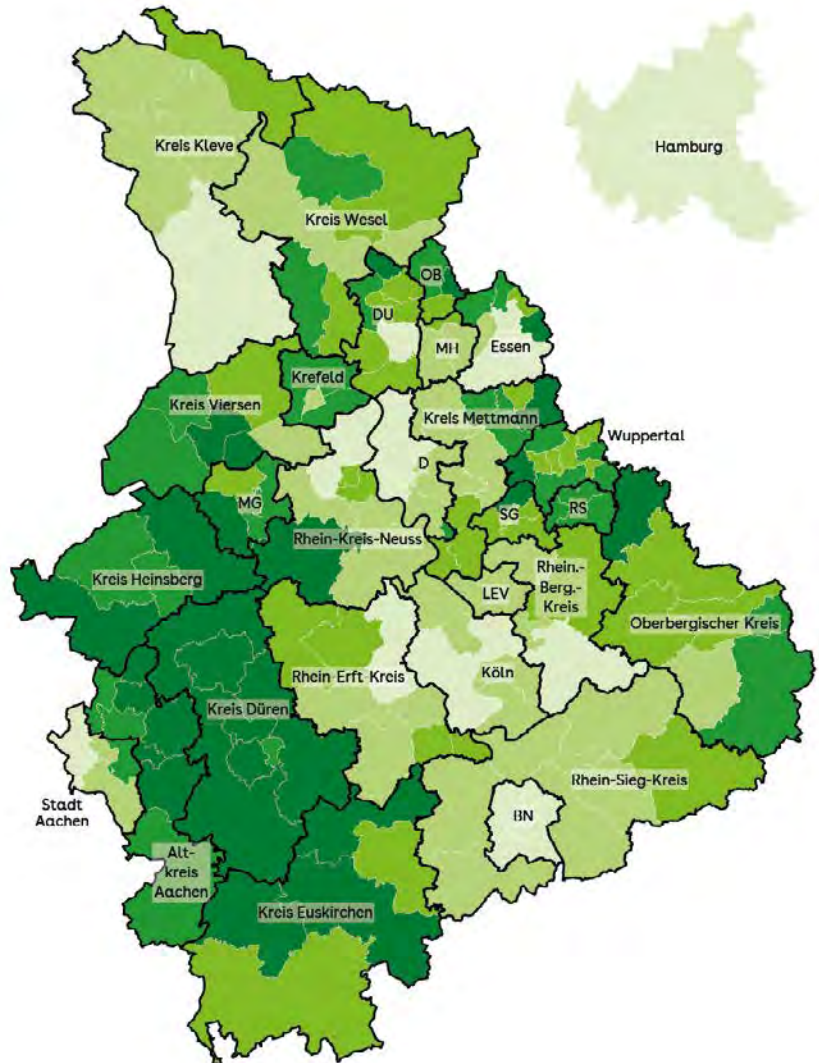
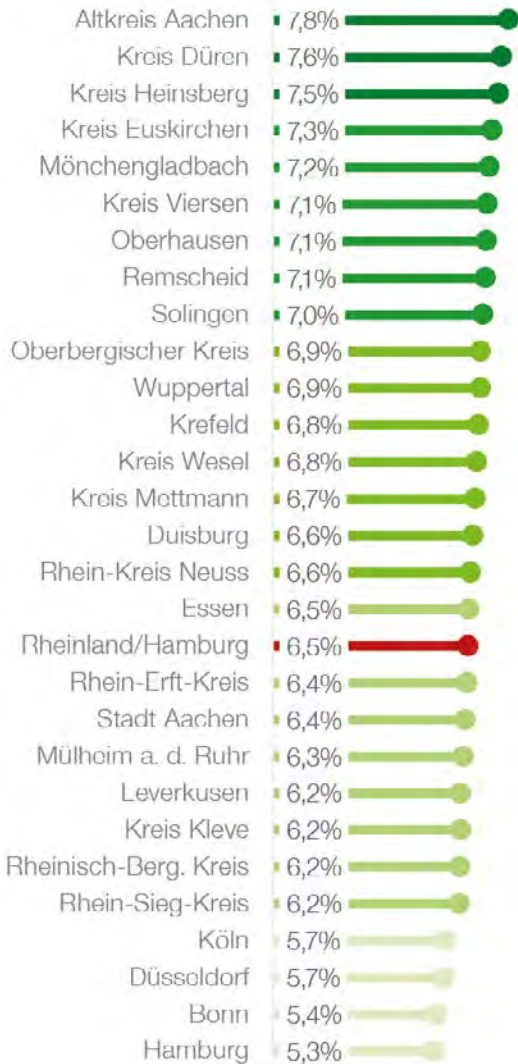
Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Arbeitsunfähigkeit

Krankenstand

Anteil der durch Arbeitsunfähigkeit verlorenen Arbeitszeit



Wie wird der Krankenstand erfasst?

Erwerbstätige, die ihre Tätigkeit aufgrund einer Krankheit oder eines Unfalls nicht mehr oder nur unter Gefahr ihrer Gesundheit ausüben können, können von einer Ärztin oder einem Arzt krankgeschrieben werden. Für den Zeitraum der Arbeitsunfähigkeit (AU) haben sie das Recht, der Arbeit fernzubleiben. Eine ärztliche Bescheinigung muss in der Regel ab dem vierten Krankheitstag beim Arbeitgeber vorgelegt und bei der Krankenkasse eingereicht werden. Diese Angaben liegen der Berechnung zur Arbeitsunfähigkeit zugrunde. Nicht berücksichtigt sind daher kurze Fehlzeiten ohne Bescheinigung. Die Angaben beziehen sich auf die erwerbstätigen Mitglieder der AOK Rheinland/Hamburg. Der Krankenstand drückt den durchschnittlichen Anteil der Tage eines Jahres aus, für die eine ärztliche AU-Bescheinigung vorlag.

i Das Institut für Betriebliche Gesundheitsförderung der AOK Rheinland/Hamburg unterstützt Betriebe bei der Entwicklung eigener Gesundheitsmanagementprogramme.

Zeitraum

2022

Aufgreifkriterien

AU-Bescheinigung

Standardisierung

keine

Datenquelle

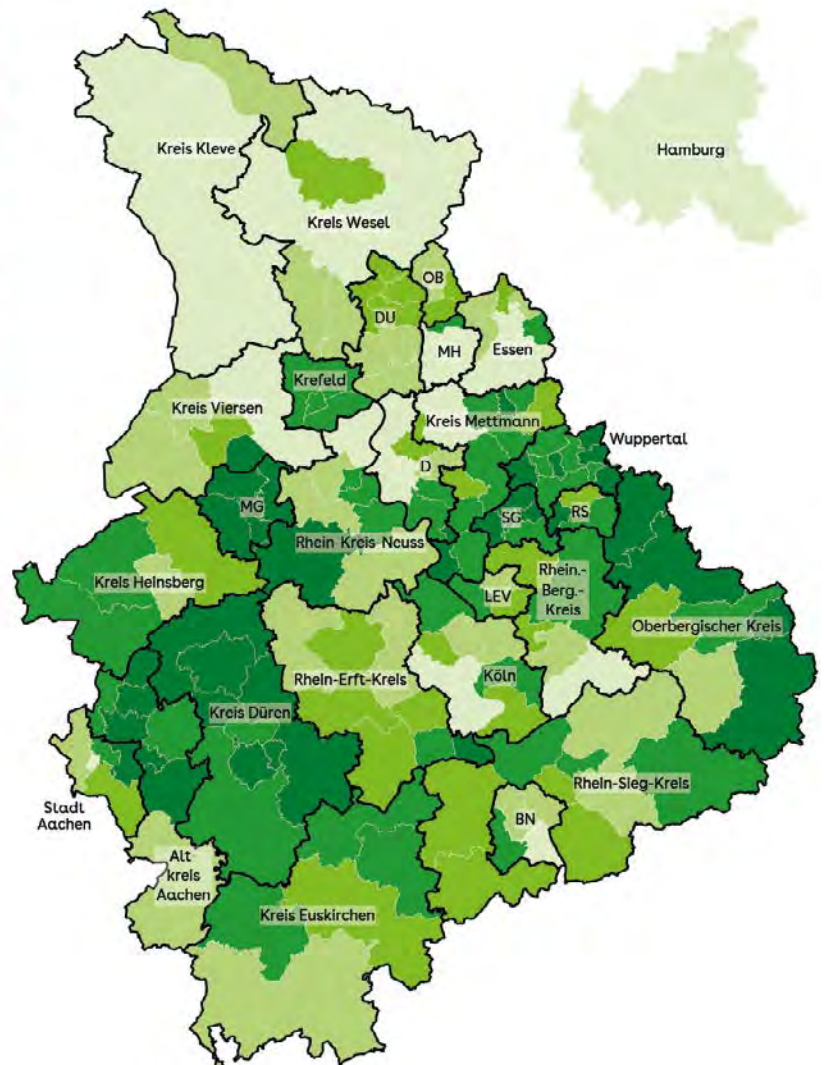
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Arbeitsunfähigkeit – gesamt

Fälle je 100 ganzjährig Versicherte mit Anspruch auf Krankengeld



Wie werden Arbeitsunfähigkeitstage erfasst?

Erwerbstätige, die ihre Tätigkeit aufgrund einer Krankheit oder eines Unfalls nicht mehr oder nur unter Gefahr ihrer Gesundheit ausüben können, können von einer Ärztin oder einem Arzt krankgeschrieben werden. Für den Zeitraum der Arbeitsunfähigkeit (AU) haben sie das Recht, der Arbeit fernzubleiben. Eine ärztliche Bescheinigung muss in der Regel ab dem vierten Krankheitstag beim Arbeitgeber vorgelegt und bei der Krankenkasse eingereicht werden. Diese Angaben liegen der Berechnung zur Arbeitsunfähigkeit zugrunde. Nicht berücksichtigt sind daher kurze Fehlzeiten ohne Bescheinigung. Die Angaben beziehen sich auf die erwerbstätigen Mitglieder der AOK Rheinland/Hamburg. Jede AU-Meldung, mit Ausnahme von Verlängerungen von vorangegangenen, wird als ein Fall gezählt. Im Jahr kann ein Versicherter mehrere AU-Fälle haben.

Zeitraum

2022

Aufgreifkriterien

AU-Bescheinigung

Standardisierung

Alter und Geschlecht auf krankengeldberechtigte Versicherte

Datenquelle

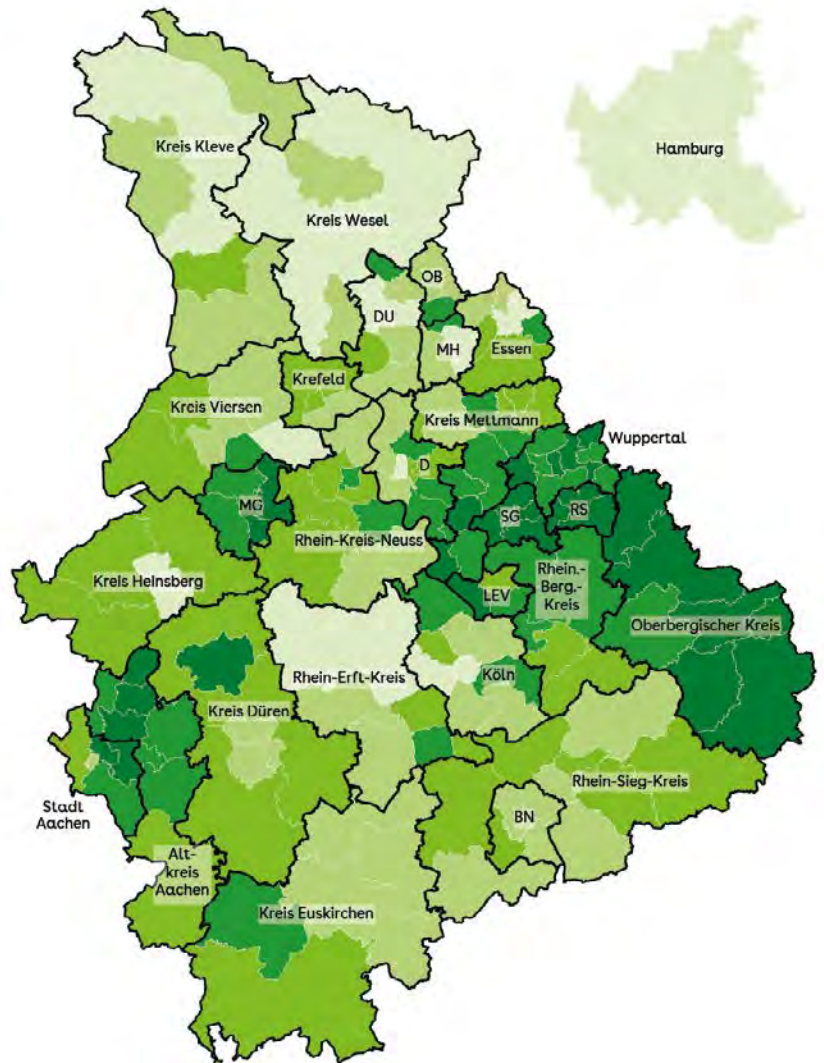
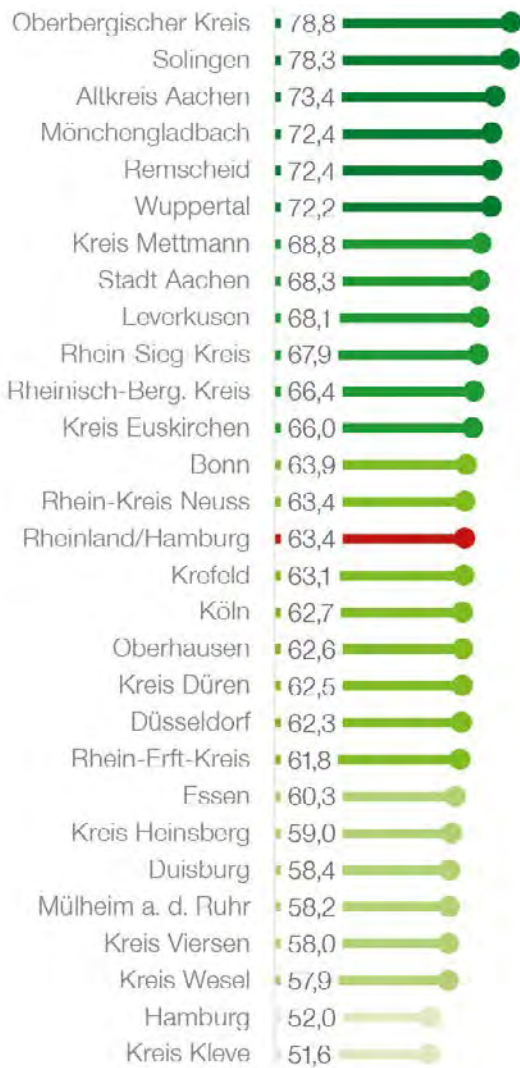
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Arbeitsunfähigkeit aufgrund von Atemwegserkrankungen

Fälle je 100 ganzjährig Versicherte mit Anspruch auf Krankengeld



Welche Atemwegserkrankungen führen häufig zu AU-Fällen?

Atemwegserkrankungen sind die häufigste Ursache für eine Arbeitsunfähigkeit. Die Anzahl der Fehltage pro Fall ist im Vergleich zu anderen Erkrankungen eher gering.

Die AU-Fälle aufgrund von Atemwegserkrankungen gehen fast ausschließlich auf akute Infektionen zurück. In zwei Drittel der Fälle wird die Diagnose „Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege“ (J06) angegeben, wozu auch der grippale Infekt zählt. Bei jeweils sieben Prozent liegt ein Erkältungsschnupfen und eine Bronchitis vor.

i Ein Arztgespräch und eine Krankschreibung sind für Versicherte auch bei einem Online-Arztbesuch in der TeleClinic möglich.

Zeitraum

2022

Aufgreifkriterien

ICD-10-Code: J*

Standardisierung

Alter und Geschlecht auf krankengeldberechtigte Versicherte

Datenquelle

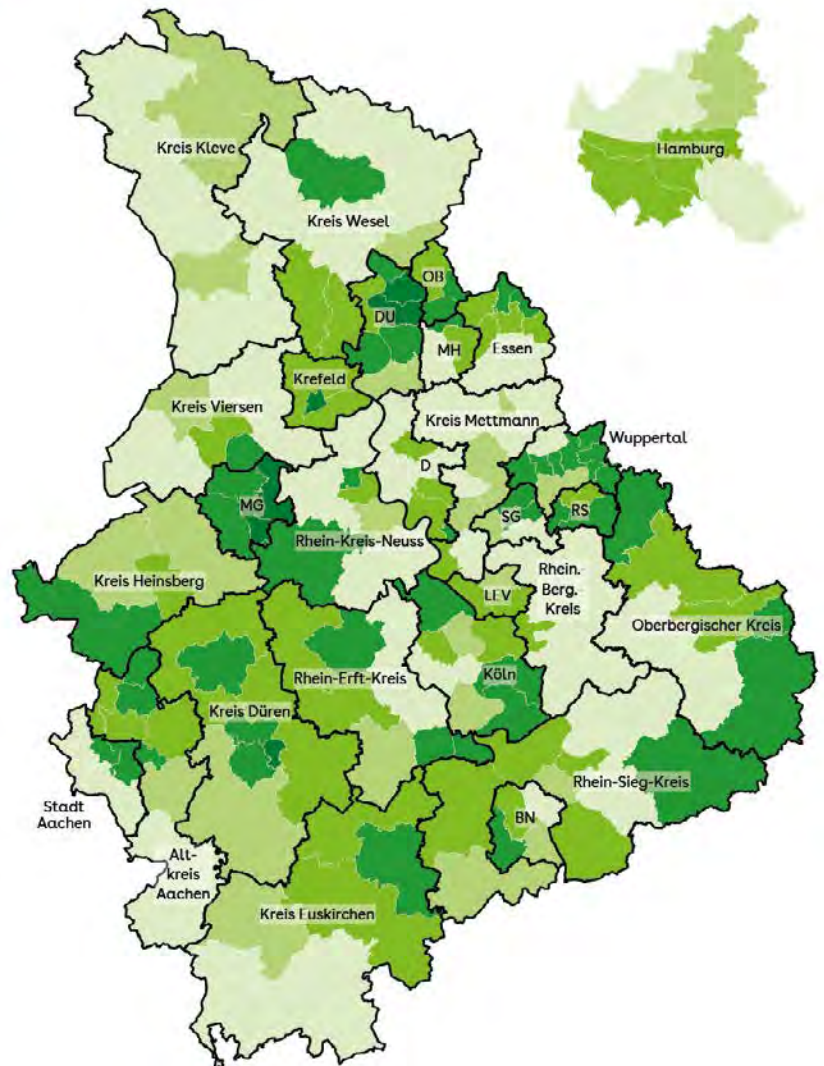
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Arbeitsunfähigkeit aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen

Fälle je 100 ganzjährig Versicherte mit Anspruch auf Krankengeld



In welchen Branchen gibt es die meisten AU-Fälle nach Muskel-Skelett-Erkrankungen?

Muskel-Skelett-Erkrankungen sind die zweithäufigste Ursache für eine Arbeitsunfähigkeit. Die meisten AU-Fälle gibt es in Berufsfeldern mit körperlich anstrengender Arbeit, allen voran im Bereich der Leiharbeit, der Metall- bzw. Chemieindustrie und der Ver- und Entsorgung. Jeder zweiten Krankenschreibung aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen liegen unspezifische Rückenschmerzen (M54) zugrunde. Unspezifische Rückenschmerzen sind die Einzeldiagnosen mit der höchsten Anzahl an Fehltagen. In 7,5 Prozent der Fälle bestehen unspezifische Gelenkschmerzen und in sechs Prozent der Fälle „Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes“.

Zeitraum

2022

Aufgreifkriterien

ICD-10-Code: M*

Standardisierung

Alter und Geschlecht auf krankengeldberechtigte Versicherte

Datenquelle

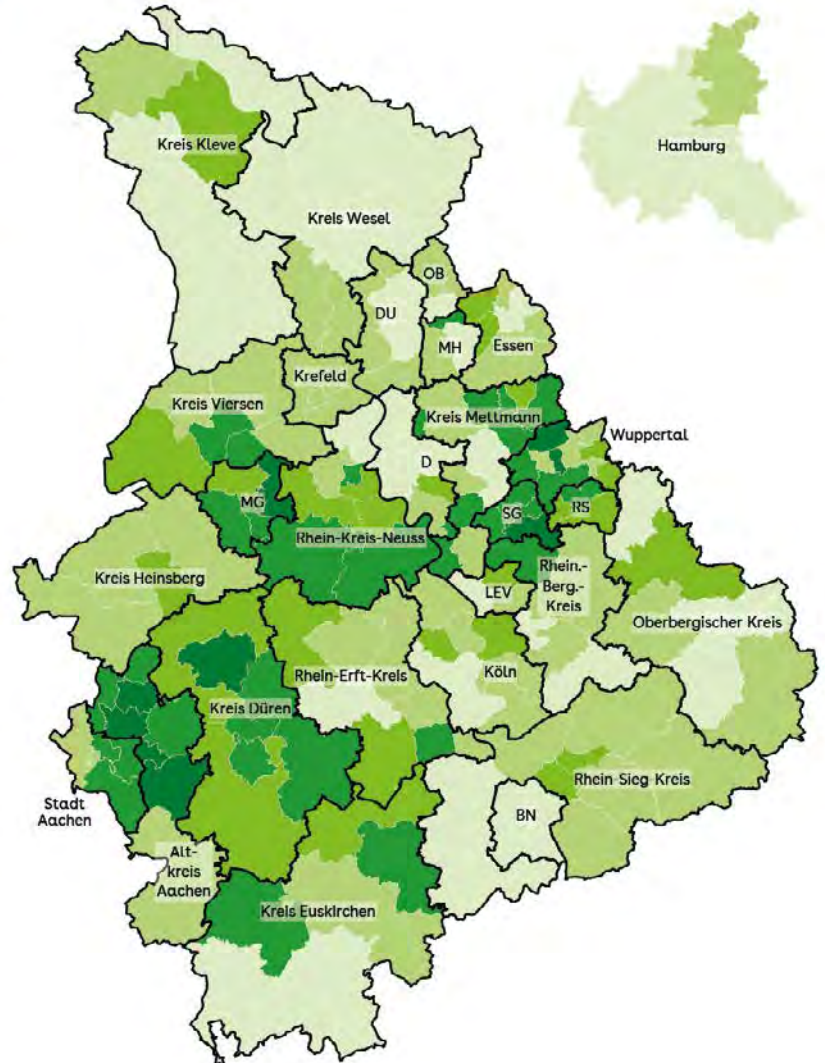
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Arbeitsunfähigkeit aufgrund von psychischen Erkrankungen

Fälle je 100 ganzjährig Versicherte mit Anspruch auf Krankengeld



Was sind die Besonderheiten der AU-Fälle aufgrund von psychischen Erkrankungen?

Arbeitsunfähigkeitsfälle aufgrund psychischer Erkrankungen haben in den vergangenen zwanzig Jahren stark zugenommen. Die Anzahl der Fehltage pro Fall ist bei diesen Krankheiten hoch. Die meisten AU-Fälle gibt es im Pflegesektor und in der öffentlichen Verwaltung. Frauen sind deutlich häufiger betroffen als Männer. Mit einem Drittel der AU-Fälle aus dem Bereich der psychischen Erkrankungen sind „Belastungs- und Anpassungsstörungen“ die mit Abstand am häufigsten gestellte Einzeldiagnose. Hierbei handelt es sich um psychische bzw. emotionale Beeinträchtigungen, die nach belastenden Ereignissen oder einschneidenden Veränderungen im Leben eines Menschen auftreten. Jede fünfte Krankschreibung entfällt auf depressive Episoden und etwa 13 Prozent auf bestimmte neurotische Störungen, wie zum Beispiel das chronische Erschöpfungssyndrom.

Zeitraum

2022

Aufgreifkriterien

ICD-10-Code: F*

Standardisierung

Alter und Geschlecht auf krankengeldberechtigte Versicherte

Datenquelle

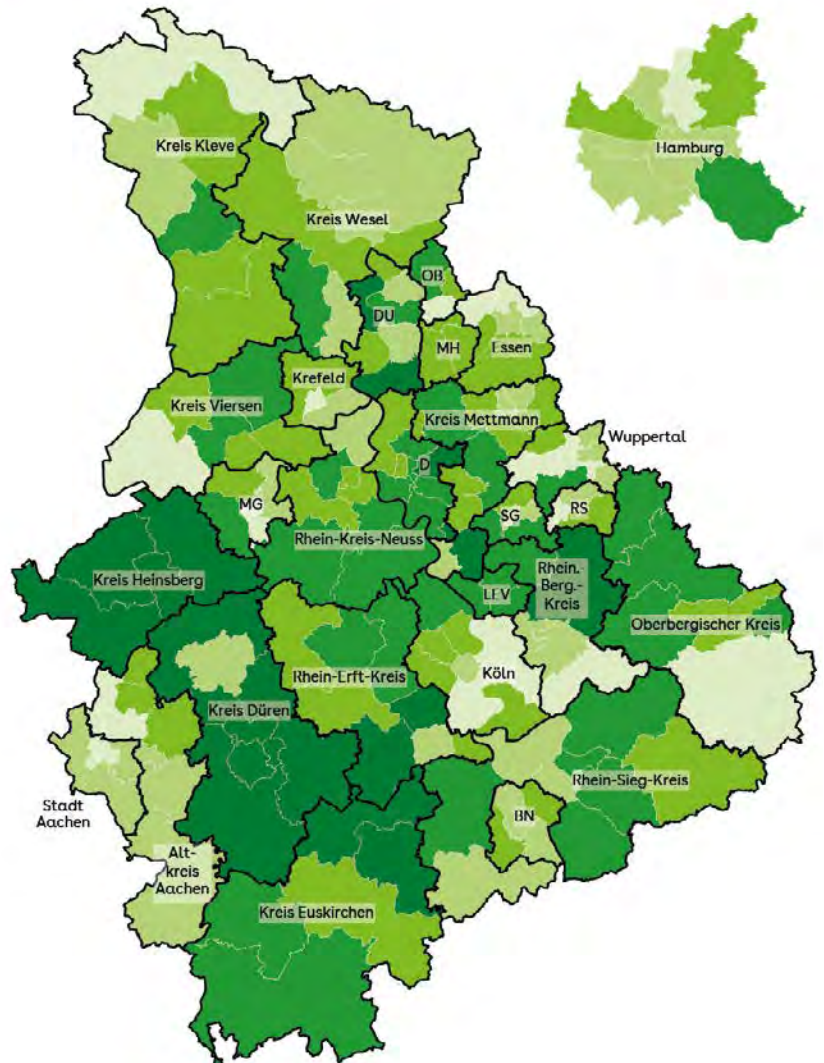
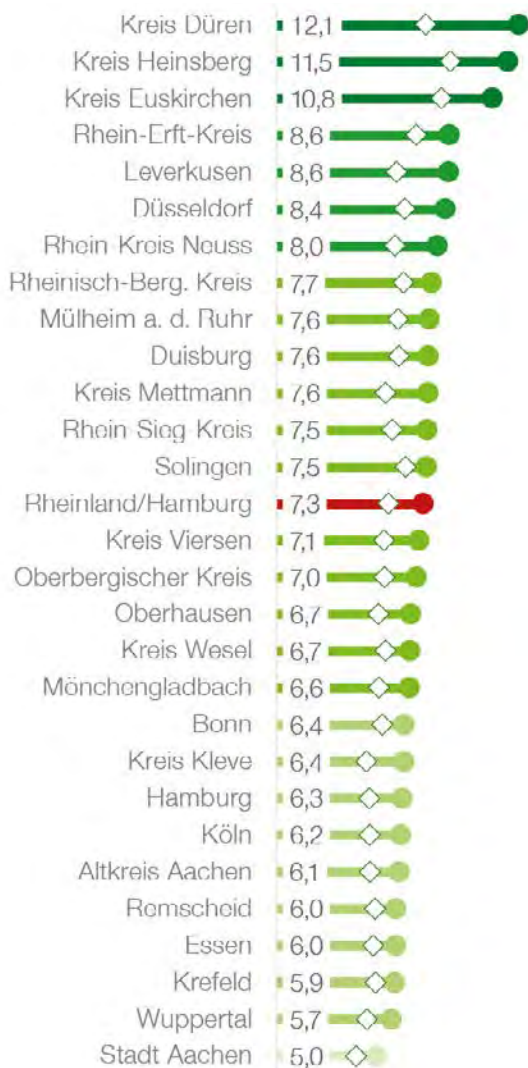
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer COVID-19-Infektion

Fälle je 100 ganzjährig Versicherte mit Anspruch auf Krankengeld



Wie zuverlässig ist die Arbeitsunfähigkeit bei COVID-19-Infektionen erfasst?

Im Jahr 2022 bestand im Rheinland und in Hamburg für Infizierte mit dem Corona-Virus durchweg eine Isolationspflicht. Positiv getestete Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer mussten sich für mindestens fünf Tage in die häusliche Isolation begeben. Für die Dauer der Krankheit war es ihnen gesetzlich untersagt, die Arbeitsstätte aufzusuchen. Bestand die Möglichkeit zum Homeoffice, war die Arbeit von zu Hause zulässig. Die Abwesenheit von der Arbeit erforderte eine ärztliche Krankschreibung, sodass sich die Anzahl der COVID-19-Infektionen bei Beschäftigten anhand der Arbeitsunfähigkeitsdaten gut nachvollziehen lassen dürften. Die Balken und die Karteneinfärbung weisen die Werte für sämtliche COVID-19-Diagnosen aus – auch solche bei denen kein Nachweis mittels PCR-Test erfolgte. Die Raute bezieht sich auf alle Infektionen, die mit einem Labortest gesichert nachgewiesen wurden.

Zeitraum

2022

Aufgreifkriterien

ICD-10-Codes: U07.1/2/3/5, U08, U10

Standardisierung

Alter und Geschlecht auf krankengeldberechtigte Versicherte

Datenquelle

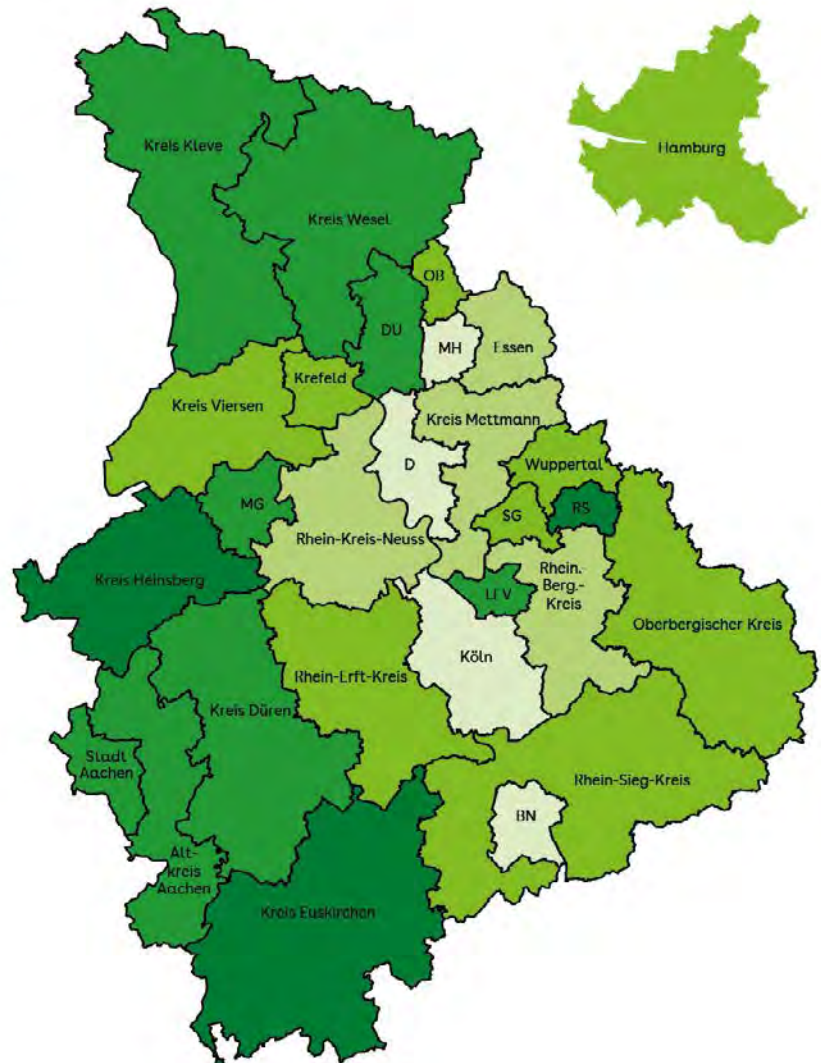
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit

Rentenzugänge je 100.000 aktiv Versicherte der Rentenversicherung



Was ist die Rente wegen verminderte Erwerbsfähigkeit?

Können Beschäftigte aus gesundheitlichen Gründen ihre Arbeit nicht oder nur eingeschränkt ausüben, haben sie die Möglichkeit, eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit zu beantragen. Je nach Einschränkung der verbliebenen Leistungsfähigkeit erhalten sie eine Teil- oder eine Vollrente, als Ausgleich für die bestehenden Lohnausfälle. Teilweise erwerbsgemindert sind Menschen, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Voll erwerbsgemindert sind Personen, die außerstande sind, mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Der vorliegende Indikator enthält teilweise und voll erwerbsgeminderte Personen.

Zeitraum

2020

Aufgreifkriterien

Teil- und Vollrente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit

Standardisierung

keine

Datenquelle

LZG.NRW auf Basis der Deutschen Rentenversicherung (DRV), DRV

Regionale Zuordnung

Wohnort der Personen

Versorgungsangebot

Hausärztliche Versorgung

Versorgungsgrad in Prozent, 2022



Versorgungsgrad

- Unter 75 Prozent
Unterversorgung**
Fördermaßnahmen sind einzuleiten
- 75 bis 100 Prozent
Drohende Unterversorgung**
Fördermaßnahmen können eingeleitet werden, wenn eine Unterversorgung zu erwarten ist
- 100 bis 110 Prozent
Weder Unter- noch
Übersversorgung**
Kein Handlungsbedarf
- 110 bis 140 Prozent
Gesperrter Planungsbereich**
Keine zusätzlichen Zulassungen
- Über 140 Prozent
Gesperrter Planungsbereich**
Nachbesetzung soll nicht stattgegeben werden, Aufkauf der Arztpraxis durch Kassennärztliche Vereinigung

Wie wird der Versorgungsgrad der hausärztlichen Versorgung berechnet?

Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte unterliegen in Deutschland einer Bedarfsplanung. Sie dient der Sicherstellung einer flächendeckenden, wohnortnahen ambulanten Versorgung der Bevölkerung. Zur Bewertung der Versorgung in einer Region dient der Versorgungsgrad. Der Versorgungsgrad ist das Verhältnis der Anzahl der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte zu einer rechnerischen Sollzahl, die ein angemessenes Niveau beschreibt. Bei den Hausärztinnen und -ärzten liegt dieser Sollzahl ein Verhältnis von einem Hausarzt oder einer Hausärztin je 1.671 Einwohnern zugrunde. Die Planung erfolgt kleinräumig auf Ebene der sogenannten Mittelbereiche.

Zeitraum

Nordrhein: 14.10.2022
Hamburg: 01.07.2022

Standardisierung

keine

Datenquelle

Bedarfsplanung der KV Nordrhein und der KV Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort

Hausärztliche Versorgung

Versorgungsgrad in Prozent, 2022

| Planungsbereich | Kreis | in % | Planungsbereich | Kreis | in % |
|-------------------------------|--------------------------------|-------|------------------|--------------------------------|-------|
| Bad Honnef | Rhein-Sieg-Kreis | 132,2 | Remscheid | Remscheid | 101,2 |
| Aachen | Städteregion Aachen | 117,5 | Dormagen | Rhein-Kreis-Neuss | 100,9 |
| Erftstadt | Rhein-Erft-Kreis | 116,0 | Hürth | Rhein-Erft-Kreis | 100,8 |
| Hückelhoven | Kreis Heinsberg | 115,8 | Engelskirchen | Oberbergischer Kreis | 100,7 |
| Bonn | Bonn | 114,3 | Wuppertal | Wuppertal | 100,7 |
| Kamp-Lintfort | Kreis Wesel | 114,1 | Haan | Kreis Mettmann | 100,6 |
| Rheinbach | Rhein-Sieg-Kreis | 113,4 | Euskirchen | Kreis Euskirchen | 100,5 |
| Hamburg | Hamburg | 112,7 | Kerpen | Rhein-Erft-Kreis | 100,4 |
| Alsdorf | Städteregion Aachen | 111,8 | Nettetal | Kreis Viersen | 100,3 |
| Krefeld | Krefeld | 111,4 | Frechen | Rhein-Erft-Kreis | 100,3 |
| Voerde | Kreis Wesel | 111,0 | Schwalmtal | Kreis Viersen | 100,0 |
| Bornheim | Rhein-Sieg-Kreis | 110,9 | Wegberg | Kreis Heinsberg | 99,2 |
| Düsseldorf | Düsseldorf | 110,6 | Hilden | Kreis Mettmann | 99,0 |
| Übach-Palenberg | Kreis Heinsberg | 109,9 | Eschweiler | Städteregion Aachen | 98,7 |
| Kempfen | Kreis Viersen | 109,9 | Bedburg | Rhein-Erft-Kreis | 98,6 |
| Schleiden | Kreis Euskirchen | 109,8 | Wipperfürth | Oberbergischer Kreis | 98,5 |
| Brühl | Rhein-Erft-Kreis | 109,7 | Rheinberg | Kreis Wesel | 98,4 |
| Dinslaken | Kreis Wesel | 109,5 | Niederkassel | Rhein-Sieg-Kreis | 97,4 |
| Königswinter | Rhein-Sieg-Kreis | 109,5 | Meerbusch | Rhein-Kreis-Neuss | 96,9 |
| Jülich | Kreis Düren | 109,3 | Solingen | Solingen | 96,4 |
| Wesel/Hamminkeln | Kreis Wesel | 109,2 | Erkrath | Kreis Mettmann | 96,4 |
| Köln | Köln | 108,9 | Tönisvorst | Kreis Viersen | 96,3 |
| Bergheim | Rhein-Erft-Kreis | 108,9 | Erkelenz | Kreis Heinsberg | 96,1 |
| Neuss | Rhein-Kreis-Neuss | 108,7 | Geldern | Kreis Kleve | 96,1 |
| Moers | Kreis Wesel | 108,6 | Mechernich | Kreis Euskirchen | 95,6 |
| Essen | Essen | 108,6 | Wesseling | Rhein-Erft-Kreis | 95,2 |
| Leverkusen | Leverkusen | 108,4 | Willich | Kreis Viersen | 95,2 |
| Mönchengladbach | Mönchengladbach | 106,1 | Wülfrath | Kreis Mettmann | 95,1 |
| Baesweiler | Städteregion Aachen | 105,9 | Korschenbroich | Rhein-Kreis-Neuss | 95,1 |
| Radevormwald | Oberbergischer Kreis | 105,5 | Viersen | Kreis Viersen | 94,8 |
| Duisburg | Duisburg | 105,3 | Xanten | Kreis Wesel | 94,7 |
| Siegburg/Lohmar | Rhein-Sieg-Kreis | 105,1 | Gummersbach | Oberbergischer Kreis | 94,7 |
| Herzogenrath | Städteregion Aachen | 104,7 | Kevelaer | Kreis Kleve | 94,7 |
| Monheim | Kreis Mettmann | 104,7 | Grevenbroich | Rhein-Kreis-Neuss | 94,6 |
| Mülheim an der Ruhr | Mülheim an der Ruhr | 104,5 | Neukirchen-Vluyn | Kreis Wesel | 94,4 |
| Pulheim | Rhein-Erft-Kreis | 104,3 | Mettmann | Kreis Mettmann | 93,5 |
| Stolberg | Städteregion Aachen | 103,5 | Hennef | Rhein-Sieg-Kreis | 92,3 |
| Oberhausen | Oberhausen | 102,9 | Goch | Kreis Kleve | 92,3 |
| Eitorf | Rhein-Sieg-Kreis | 102,7 | Velbert | Kreis Mettmann | 91,8 |
| Ratingen | Kreis Mettmann | 102,5 | Monschau | Städteregion Aachen | 90,2 |
| Troisdorf | Rhein-Sieg-Kreis | 102,4 | Emmerich | Kreis Kleve | 90,2 |
| St. Augustin | Rhein-Sieg-Kreis | 102,2 | Heinsberg | Kreis Heinsberg | 89,6 |
| Bergisch-Gladbach/ Overath | Rheinisch- Bergischer Kreis | 102,2 | Heiligenhaus | Kreis Mettmann | 88,7 |
| Düren | Kreis Düren | 101,9 | Wermelskirchen | Rheinisch- Bergischer Kreis | 86,2 |
| Geilenkirchen | Kreis Heinsberg | 101,7 | Waldbröl | Oberbergischer Kreis | 85,4 |
| Leichlingen | Rheinisch- Bergischer Kreis | 101,4 | Kleve | Kreis Kleve | 84,3 |
| Würselen | Städteregion Aachen | 101,4 | Kaarst | Rhein-Kreis-Neuss | 84,1 |

Fachärztliche Versorgung

Versorgungsgrad in Prozent, 2022

| Planungsbereich | Augenheil- kunde | Chirurgie und Orthopädie | Gynäkologie | Dermatologie | HNO | Kinderheil- kunde | Neurologie | Psycho- therapie | Urologie |
|-----------------------|---------------------|-----------------------------|-------------|--------------|-----|----------------------|------------|---------------------|----------|
| Stadt Aachen | 117 | 141 | 117 | 114 | 111 | 121 | 116 | 116 | 118 |
| Altkreis Aachen | 116 | 156 | 159 | 154 | 118 | 146 | 125 | 170 | 119 |
| Bonn | 140 | 157 | 133 | 147 | 154 | 119 | 148 | 251 | 146 |
| Duisburg | 116 | 124 | 123 | 124 | 131 | 113 | 116 | 117 | 136 |
| Düsseldorf | 128 | 154 | 135 | 108 | 137 | 115 | 122 | 117 | 142 |
| Kreis Düren | 132 | 151 | 124 | 117 | 126 | 114 | 123 | 145 | 124 |
| Essen | 129 | 165 | 146 | 175 | 150 | 122 | 122 | 124 | 132 |
| Kreis Euskirchen | 113 | 118 | 123 | 124 | 115 | 104 | 111 | 113 | 157 |
| Hamburg | 114 | 130 | 110 | 115 | 117 | 110 | 125 | 162 | 121 |
| Kreis Heinsberg | 111 | 138 | 132 | 115 | 109 | 109 | 111 | 117 | 126 |
| Kreis Kleve | 101 | 113 | 111 | 114 | 112 | 111 | 110 | 113 | 113 |
| Köln | 114 | 139 | 114 | 120 | 115 | 113 | 120 | 197 | 127 |
| Krefeld | 111 | 144 | 132 | 144 | 114 | 120 | 124 | 144 | 129 |
| Leverkusen | 110 | 149 | 115 | 126 | 117 | 114 | 136 | 186 | 110 |
| Kreis Mettmann | 115 | 155 | 134 | 152 | 142 | 130 | 118 | 117 | 122 |
| Mönchengladbach | 112 | 138 | 124 | 128 | 120 | 111 | 136 | 142 | 112 |
| Mülheim an der Ruhr | 122 | 156 | 143 | 161 | 131 | 118 | 122 | 124 | 115 |
| Oberbergischer Kreis | 117 | 145 | 149 | 90 | 131 | 108 | 105 | 131 | 117 |
| Oberhausen | 117 | 143 | 117 | 125 | 140 | 120 | 120 | 112 | 115 |
| Remscheid | 167 | 203 | 198 | 218 | 153 | 156 | 179 | 256 | 185 |
| Rheinisch-Berg. Kreis | 111 | 129 | 116 | 127 | 112 | 111 | 120 | 128 | 151 |
| Rhein-Erft-Kreis | 114 | 149 | 141 | 115 | 114 | 120 | 122 | 164 | 113 |
| Rhein-Kreis Neuss | 111 | 157 | 117 | 109 | 118 | 116 | 110 | 115 | 116 |
| Rhein-Sieg-Kreis | 109 | 143 | 132 | 131 | 136 | 113 | 112 | 131 | 119 |
| Solingen | 154 | 199 | 168 | 196 | 187 | 153 | 201 | 239 | 130 |
| Kreis Viersen | 112 | 119 | 116 | 120 | 114 | 119 | 106 | 121 | 114 |
| Kreis Wesel | 116 | 145 | 128 | 114 | 116 | 116 | 107 | * | 111 |
| Wuppertal | 116 | 150 | 112 | 126 | 127 | 109 | 131 | 144 | 125 |

* Bei den Psychotherapeuten besteht für den Kreis Wesel eine kleinräumigere Planung auf der Ebene von vier Regionen. Region Dinslaken (132), Region Moers (112), Region Rheinberg (119) und Region Wesel (114).

Wie wird der Versorgungsgrad der fachärztlichen Versorgung berechnet?

Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte unterliegen in Deutschland einer Bedarfsplanung. Sie dient der Sicherstellung einer flächendeckenden, wohnortnahen ambulanten Versorgung der Bevölkerung. Zur Bewertung der Versorgung in einer Region dient der Versorgungsgrad. Der Versorgungsgrad ist das Verhältnis der Anzahl der niedergelassenen Ärzte zu einer rechnerischen Sollzahl an Ärzten, die ein angemessenes Niveau beschreibt. Da die allgemeine fachärztliche Versorgung von starken Mitversorgereffekten der Städte für das Umland geprägt ist, unterscheidet sich die zugrunde gelegte Verhältniszahl je nach Raumordnungstyp. Die Planung erfolgt auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte.

i Die AOK Rheinland/Hamburg unterstützt Patientinnen und Patienten bei der Vermittlung von Arztterminen.

Zeitraum

Nordrhein: 14.10.2022
Hamburg: 01.07.2022

Standardisierung

keine

Datenquelle

Bedarfsplanungen der KV Nordrhein und der KV Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort

Krankenhausbetten

Betten je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner



Was sagt die Krankenhausbettendichte aus?

Die Anzahl der Krankenhausbetten pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner gilt als ein Indikator für die stationären Behandlungskapazitäten einer Region. Im Rahmen der Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen und in Hamburg dienen die Bettenkapazitäten auf Fachgebietsebene noch als zentrales Steuerungsinstrument der Versorgungsaufträge der Krankenhäuser. Die Anzahl der Betten begrenzt die stationäre Aufnahme von Patientinnen und Patienten und insofern auch indirekt die Anzahl der Krankenhausesfälle.

Zeitraum

2021

Aufgreifkriterien

gemeldete
Krankenhausbetten

Standardisierung

keine

Datenquelle

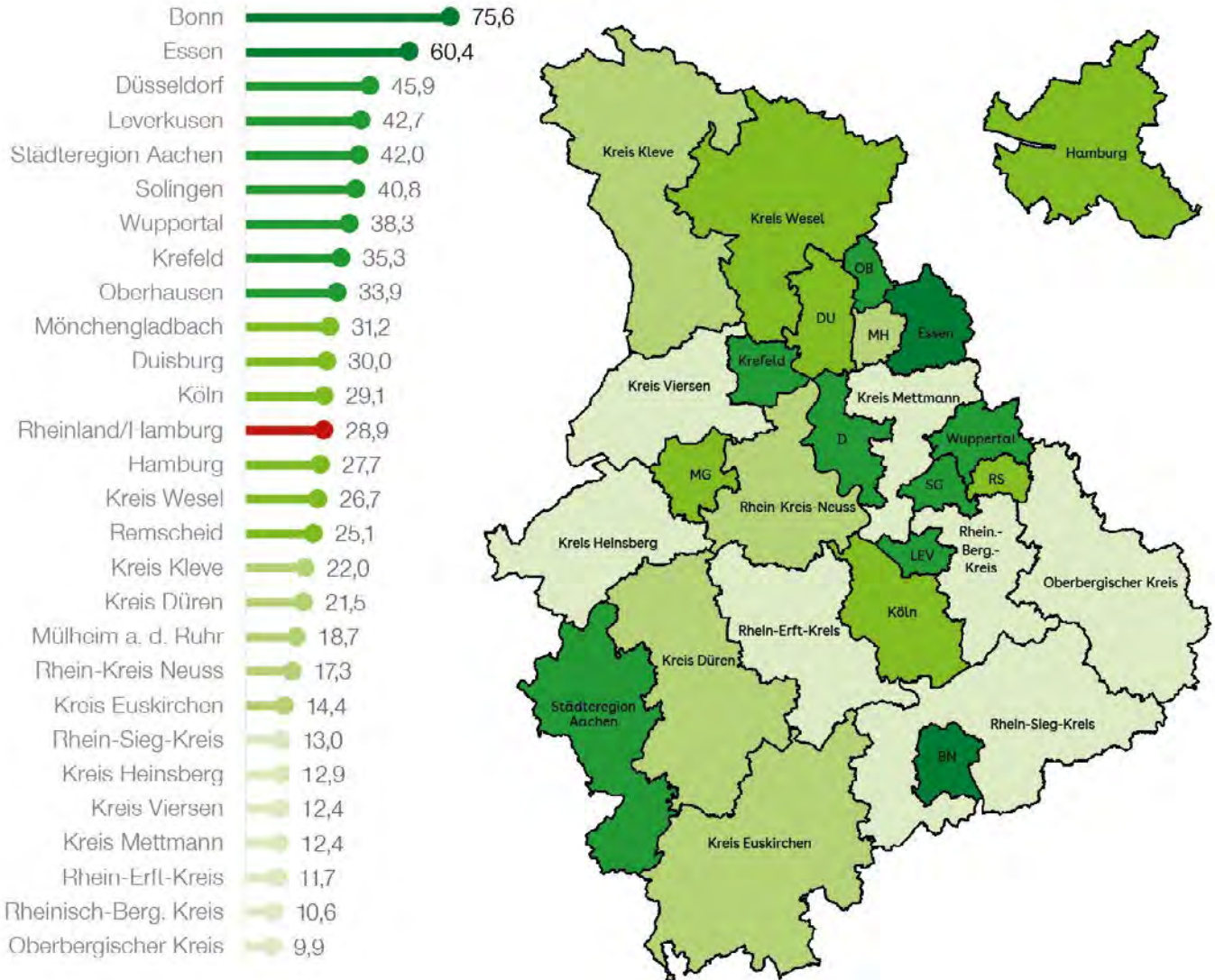
IT.NRW, Statistisches
Bundesamt

Regionale Zuordnung

Sitz des Krankenhauses

Intensivbetten

Betten je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner



Was sind Intensivbetten?

Als Intensivbetten werden die Plätze in einem Krankenhaus bezeichnet, in denen die Organfunktionen lebensbedrohlich erkrankter Patientinnen und Patienten rund um die Uhr überwacht werden können. Die intensiv pflegerische Versorgung geht über das normale Maß einer medizinischen und pflegerischen Betreuung hinaus. Sie erfordert eine besondere apparative Ausstattung (zum Beispiel Beatmungsgerät, Monitoring, Dialysemöglichkeit, Notfalllabor) sowie speziell qualifiziertes ärztliches und pflegerisches Personal. Die Angaben zu den Intensivbetten stammen aus dem DIVI-Intensivregister, das im Zuge der Corona-Pandemie eingerichtet worden ist.

Zeitraum

31.12.2023

Aufgreifkriterien

gemeldete Intensivbetten

Standardisierung

keine

Datenquelle

DIVI-Intensivregister, Statistisches Bundesamt

Regionale Zuordnung

Sitz des Krankenhauses

Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten Anzahl je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner



Warum sollte eine Physiotherapie wohnortnah erfolgen?

Die Physiotherapie dient dem Ziel, die eingeschränkte Beweglichkeit und Funktionsfähigkeit des Körpers zu verbessern oder wiederherzustellen. Eine physiotherapeutische Behandlung erfolgt in mehreren Einheiten. Die Einheiten sollten – in Abhängigkeit von den medizinischen Erfordernissen – ein- bis dreimal die Woche durchgeführt werden. Die Patientinnen und Patienten müssen regelmäßig anreisen. Die Versorgung sollte daher möglichst wohnortnah erfolgen. Physiotherapeutinnen und -therapeuten unterliegen keiner Bedarfsplanung und können sich frei niederlassen. Diese Karte zeigt die Anzahl der zugelassenen ambulanten Physiotherapie-Praxen je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner.

Zeitraum

2021

Aufgreifkriterien

entsprechende
Heilmittelpositionen, IK: 44*

Standardisierung

keine

Datenquelle

AOK Rheinland/Hamburg,
IT.NRW, Destatis

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Ambulant tätige Hebammen

Hebammen je 1.000 Geburten



Wie wird die Anzahl der Hebammen gemessen?

Schwangerschaft, Geburt und die ersten Lebensmonate mit einem Kind sind für die Eltern eine aufregende Zeit: voller Freude, aber auch mit Momenten und Phasen der Unsicherheit. In dieser Situation können sie von einer individuellen Begleitung und Unterstützung durch eine Hebamme profitieren. Hebammen sind an keine Bedarfsplanung gebunden und können sich frei niederlassen. Die Anzahl der ambulant tätigen Hebammen wurde bestimmt, indem alle Hebammen gezählt wurden, die innerhalb von drei Jahren Leistungen mit der AOK Rheinland/Hamburg abgerechnet haben. Bei der Bewertung dieser Zahlen ist wichtig, dass sie keinen Aufschluss über den Umfang der ambulanten Tätigkeit von Hebammen geben. Es ist nicht selten, dass Hebammen Teilzeit im Krankenhaus arbeiten und zusätzlich die Betreuung von einigen Frauen in der Vor- und Nachsorge übernehmen. Zahlen zur Wochenbettbetreuung befinden sich auf Seite 103.

Zeitraum

Hebammen: 2020 bis 2022,
Geburten: 2021

Aufgreifkriterien

hebammenspezifische
Positionsnummern

Standardisierung

keine

Datenquelle

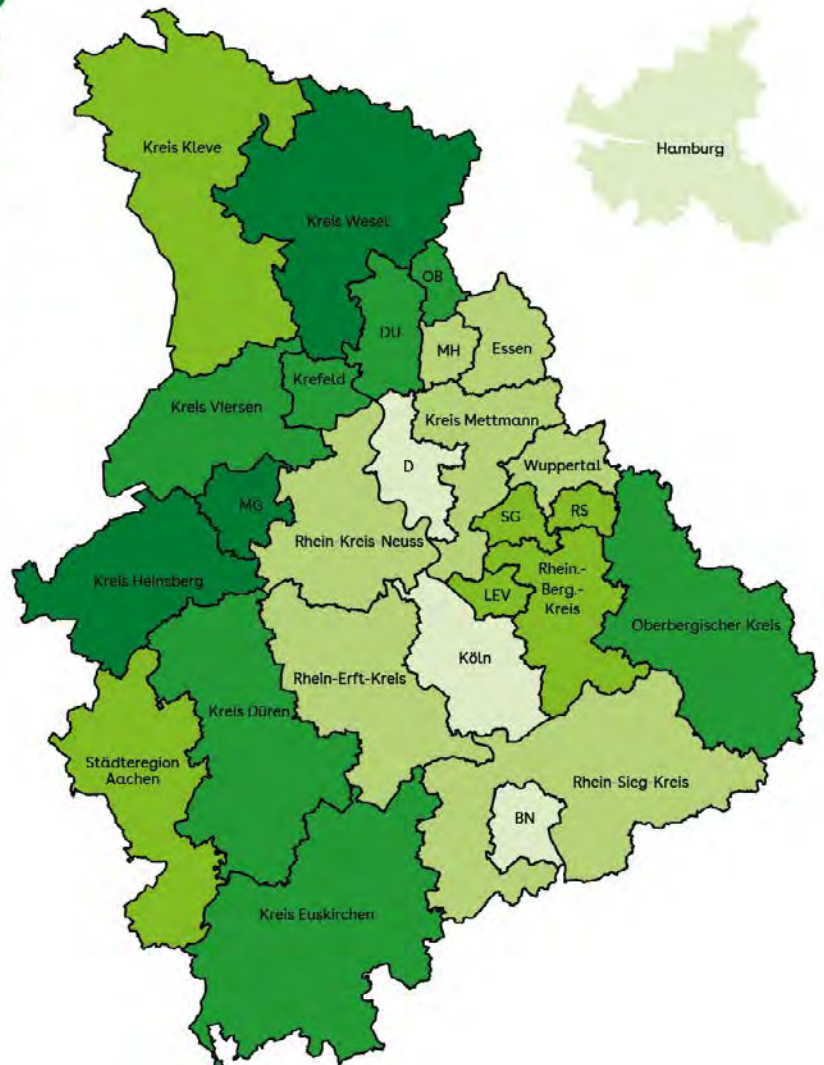
AOK Rheinland/Hamburg,
IT.NRW, Statistikamt Nord

Regionale Zuordnung

Sitz der Hebamme

Pflege

Pflegebedürftige Personen Anteil an der Bevölkerung



Was sind Ursachen für eine Pflegebedürftigkeit?

Menschen im hohen und höchsten Alter sind oftmals aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen auf Pflege und Hilfe im Alltag angewiesen. Zum einen geht der altersbedingte Rückgang der körperlichen und kognitiven Leistungsfähigkeit häufig mit gesundheitlichen Problemen einher. Auch das Sturzrisiko erhöht sich, die Verletzungen können Pflegebedarf auslösen. Zum anderen nehmen auch chronische Erkrankungen zu. Das Risiko einer Demenz ist stark altersabhängig. Pflegebedürftigkeit ist zwar keine zwingende, aber doch eine häufige Folge des Alterns. Die Daten stammen aus der amtlichen Statistik und umfassen alle Personen, die nach dem Sozialgesetzbuch XI zum Stichtag 31.12.2021 als pflegebedürftig anerkannt waren, unabhängig von einem Versicherungsverhältnis mit der AOK Rheinland/Hamburg.

i Die AOK Rheinland/Hamburg engagiert sich in Modellprojekten zur Verbesserung der Versorgung pflegebedürftiger Menschen.

Zeitraum

Dezember 2021

Aufgreifkriterien

Bezug von Leistungen der Pflegeversicherung

Standardisierung

keine

Datenquelle

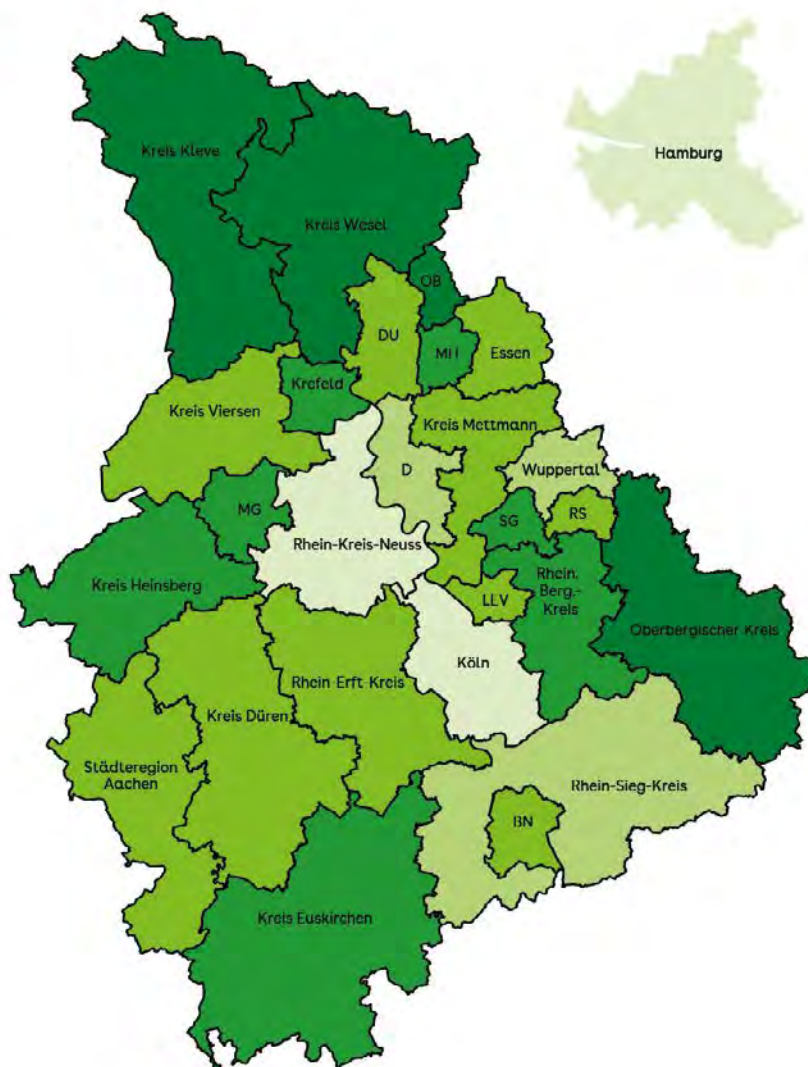
IT.NRW und Statistikamt Nord

Regionale Zuordnung

Wohnort

Pflegebedürftige Personen in Einrichtungen der stationären Pflege

Anteil an der Bevölkerung



Welche Rolle kommt den Pflegeheimen zu?

Das deutsche Pflegesystem basiert auf dem Grundsatz „ambulant vor stationär“. Ziel ist es, dass pflegebedürftige Menschen so lange wie möglich in ihrer vertrauten Umgebung verbleiben können. Die Pflegeversicherung bietet vielfältige Angebote, um pflegende Angehörige im Pflegealltags zu unterstützen. Dennoch kann auf die stationäre Versorgung nicht völlig verzichtet werden, vor allem bei hoher Belastung der Angehörigen oder hohen fachlichen und therapeutischen Anforderungen an die Pflege. Die Auswertung zeigt den Anteil der pflegebedürftigen Personen in vollstationärer Pflege an der Bevölkerung. Die Daten stammen aus der amtlichen Statistik und umfassen alle Personen, die nach dem Sozialgesetzbuch XI zum Stichtag 31.12.2021 als pflegebedürftig anerkannt waren, unabhängig von einem Versicherungsverhältnis mit der AOK Rheinland/Hamburg.

i Die AOK Rheinland/Hamburg erprobt in einem Projekt ein multiprofessionelles Rehabilitationskonzept in Pflegeeinrichtungen.

Zeitraum

Dezember 2021

Aufgreifkriterien

Pflege im Pflegeheim

Standardisierung

keine

Datenquelle

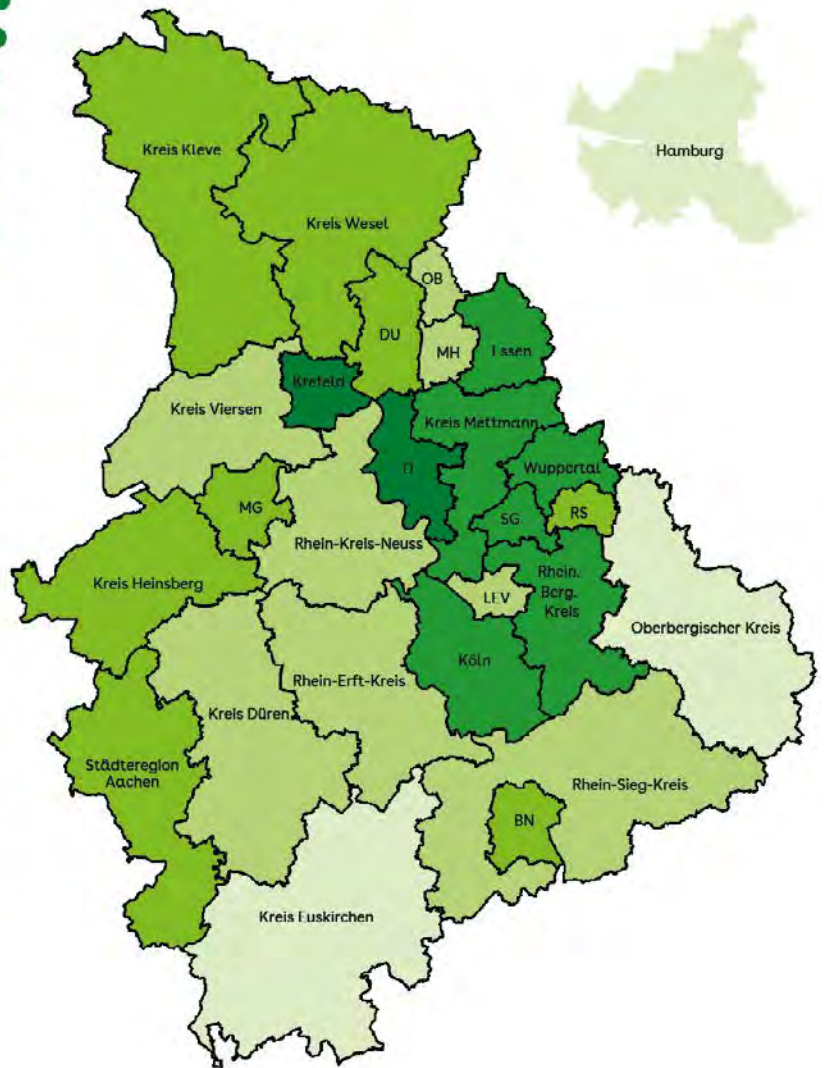
IT.NRW und Statistikamt Nord

Regionale Zuordnung

Sitz des Pflegeheimes

Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil in der stationären Pflege

Monatliche pflegebezogene Kosten, Durchschnitt in Euro



Was ist der „Einrichtungseinheitliche Eigenanteil“?

Die Pflegeversicherung ist keine „Vollversicherung“. Pflegebedingte Aufwendungen im Pflegeheim werden mit einem nicht kostendeckenden Pauschalbetrag von der Pflegekasse finanziert. Zusätzliche pflegebezogenen Kosten müssen von den pflegebedürftigen Personen getragen werden. Die Pflegeeinrichtungen legen die nicht gedeckten Kosten gleichmäßig auf alle Bewohnerinnen und Bewohner um. Dieser sogenannte Einrichtungseinheitliche Eigenanteil reduziert sich seit dem 1. Januar 2022 gestaffelt nach der individuellen Wohndauer. Im ersten Jahr trägt die Pflegeversicherung fünf Prozent, im zweiten Jahr 25 Prozent, im dritten Jahr 45 Prozent und ab dem vierten Jahr 70 Prozent der nicht gedeckten Pflegekosten. Ausgaben für Unterkunft, Verpflegung, die Ausbildungsplatzumlage sowie die Investitionskostenanteile werden separat in Rechnung gestellt.

Zeitraum

31.12.2022

Aufgreifkriterien

keine

Standardisierung

keine

Datenquelle

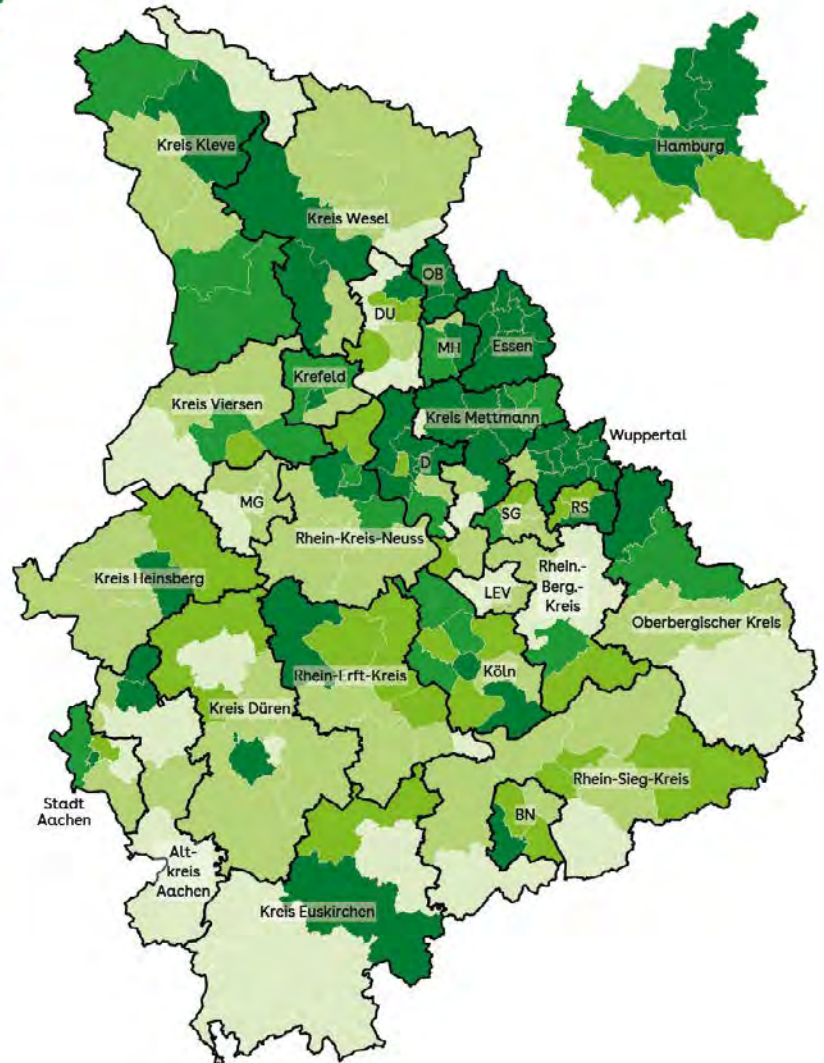
WIdO

Regionale Zuordnung

Sitz des Pflegeheimes

Pflegebedürftige Personen mit einer Demenz

Anteil an allen pflegebedürftigen Personen



Warum benötigen Menschen mit Demenz zumeist eine besonders intensive Betreuung?

Demenz gehört zu den häufigsten Erkrankungen im Alter. Die Krankheit verläuft zumeist progressiv, ist bisher nicht therapierbar und führt im Verlauf zu einer weitreichenden Pflegebedürftigkeit. Menschen mit fortgeschrittener Demenz benötigen oftmals besonders intensive Betreuung. Orientierungsstörungen und Verhaltensänderungen machen in vielen Fällen eine ständige Betreuung erforderlich. Häufige Verhaltensweisen sind zum Beispiel Weglaufen und das Verkennen gefährdender Situationen. Im schweren Stadium einer Demenz sind Betroffene zumeist vollständig von anderen Personen abhängig. Aus den Besonderheiten des Krankheitsbildes und seinen Folgen für die Pflege resultieren daher zum Teil eigenständige Bedarfe von pflegebedürftigen Personen mit Demenz und ihren Angehörigen.

i Die AOK Rheinland/Hamburg unterhält eine „Servicestelle Demenz“, um Angehörige von Menschen mit Demenz umfassend zu beraten.

Zeitraum
2021

Aufgreifkriterien
ICD-10-Codes: F00, F04, F05.1, F06.5 und G30

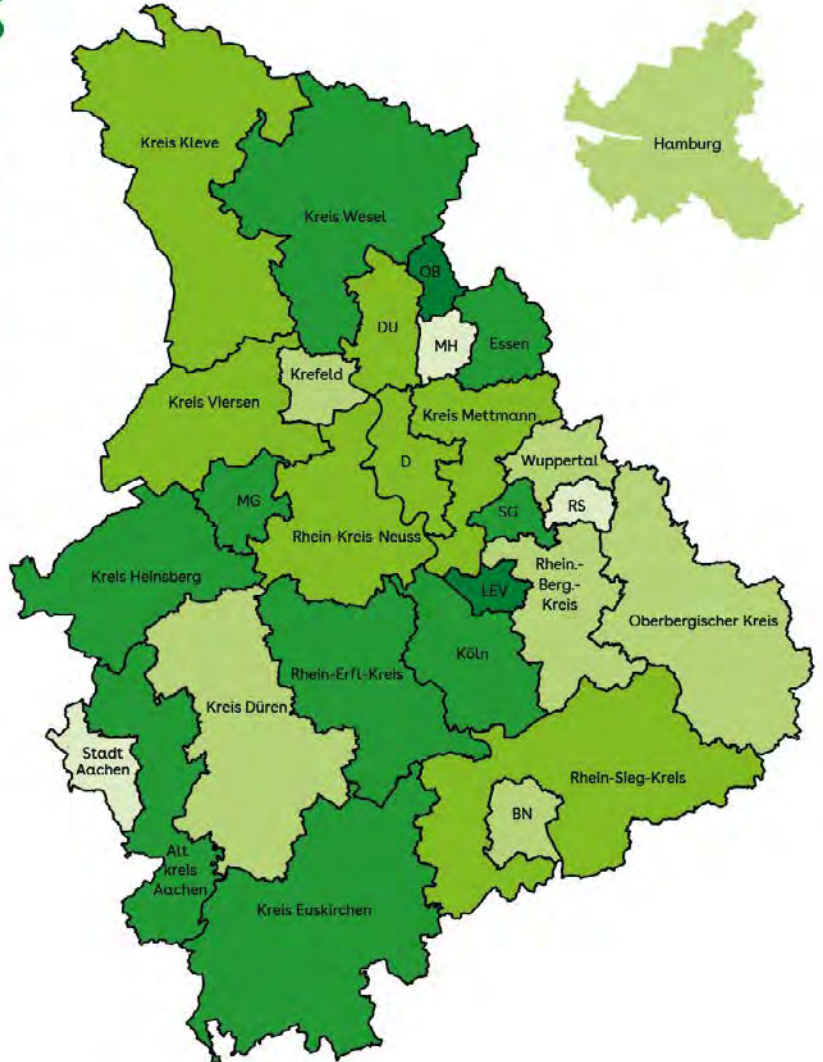
Standardisierung
Alter und Geschlecht auf Bundes-Pflegebevölkerung

Datenquelle
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung
Wohnort der Versicherten

Pflegebedürftigkeit nach Schlaganfall

Anteil an allen Versicherten ab 65 Jahren mit Schlaganfall ohne vorherige Pflegebedürftigkeit



Warum sind Menschen nach einem Schlaganfall oftmals pflegebedürftig?

Ein Schlaganfall kann das Gehirn schwer schädigen und bleibende neurologische Störungen, insbesondere Lähmungen, Sprachstörungen und kognitive Beeinträchtigungen, verursachen. Diese Symptome führen oftmals zu einer nachhaltigen Einschränkung der Funktionsfähigkeit und Selbstständigkeit im Alltag. In der Folge sind viele Patientinnen und Patienten dauerhaft auf Pflege angewiesen. Das Ausmaß der Folgeschäden eines Schlaganfalls hängt von unterschiedlichen Faktoren ab, wie zum Beispiel dem Alter der Patientin bzw. des Patienten, der Schwere des Schlaganfalls sowie dem Zeitpunkt und der Qualität der Behandlung. Die Auswertung betrachtet, wie viele Patientinnen und Patienten ohne vorherigen Pflegebedarf innerhalb von drei Monaten nach einem Schlaganfall pflegebedürftig geworden sind.

Zeitraum

2019 bis 2021

Aufgreifkriterien

ICD-10-Codes: I60-I64

Standardisierung

Alter und Krankenhausverweildauer auf betrachteten Versichertenkreis

Datenquelle

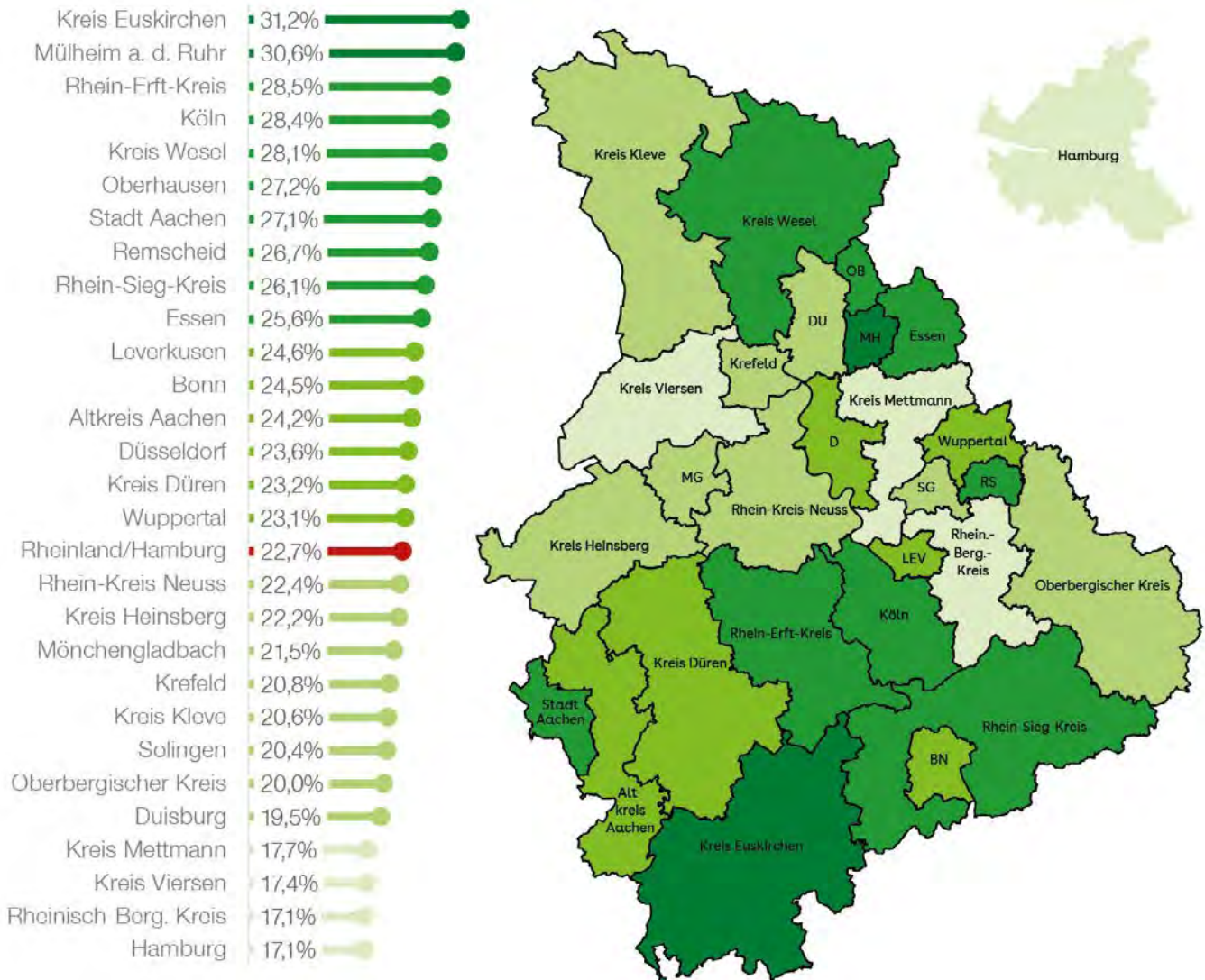
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Pflegebedürftigkeit nach Fraktur

Anteil an allen Versicherten ab 65 Jahren mit Fraktur ohne vorherige Pflegebedürftigkeit



Warum sind Brüche für ältere Menschen oftmals problematisch?

Schwindel, Gangunsicherheit und ein allgemeiner Rückgang der körperlichen Ressourcen führen dazu, dass ältere Menschen ein erhöhtes Sturzrisiko aufweisen. Da die Knochendichte im Alter abnimmt, führen Stürze zudem häufiger als in jüngeren Altersgruppen zu Brüchen. Frakturen verursachen bei älteren Menschen häufig starke und bleibende Einschränkungen bei Mobilität, Funktionsfähigkeit und Selbständigkeit. In der Folge sind viele Patientinnen und Patienten dauerhaft auf Pflege angewiesen. Die Auswertung betrachtet, wie viele Patientinnen und Patienten ohne vorherigen Pflegebedarf innerhalb von drei Monaten nach einer Fraktur pflegebedürftig geworden sind. Berücksichtigt wurden dabei Frakturen im Bereich des Halses, der Rippe(n), des Brustbeins, der Brustwirbelsäule, der Lendenwirbelsäule, des Beckens, im Bereich der Schulter und des Oberarmes sowie des Oberschenkelknochens.

Zeitraum

2019 bis 2021

Aufgreifkriterien

ICD-10-Codes: S12, S22, S32, S42, S72

Standardisierung

Alter und Krankenhausverweildauer auf betrachteten Versichertenkreis

Datenquelle

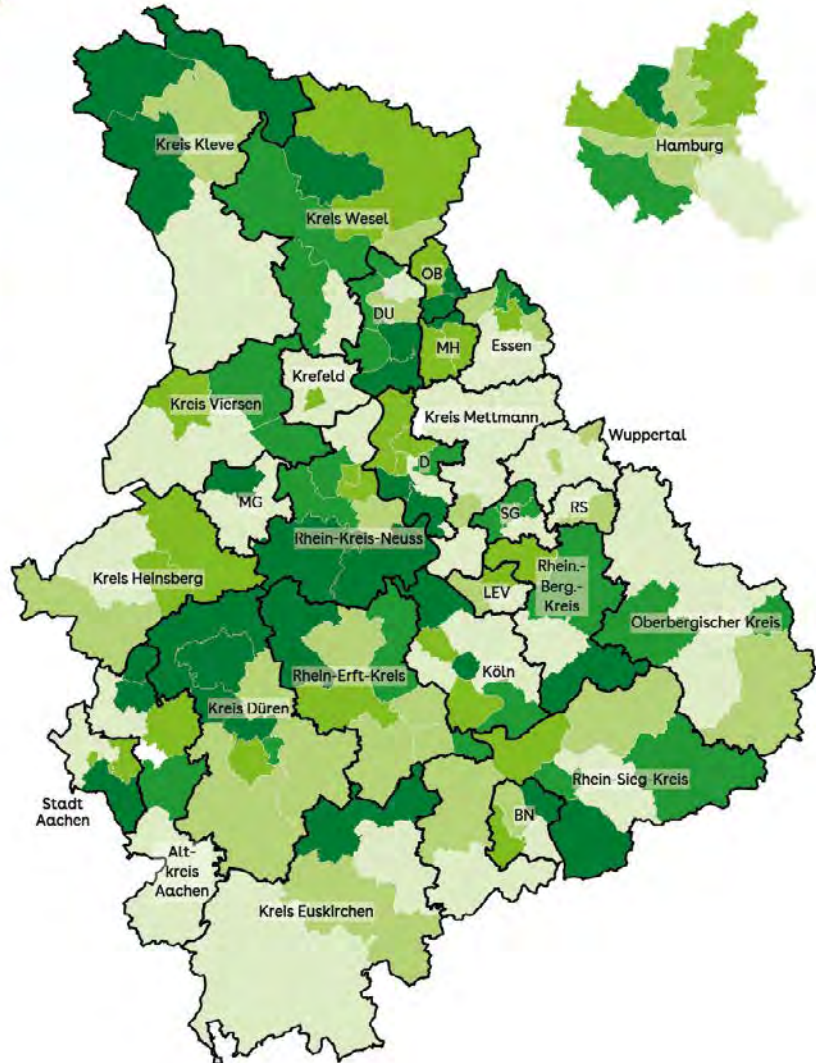
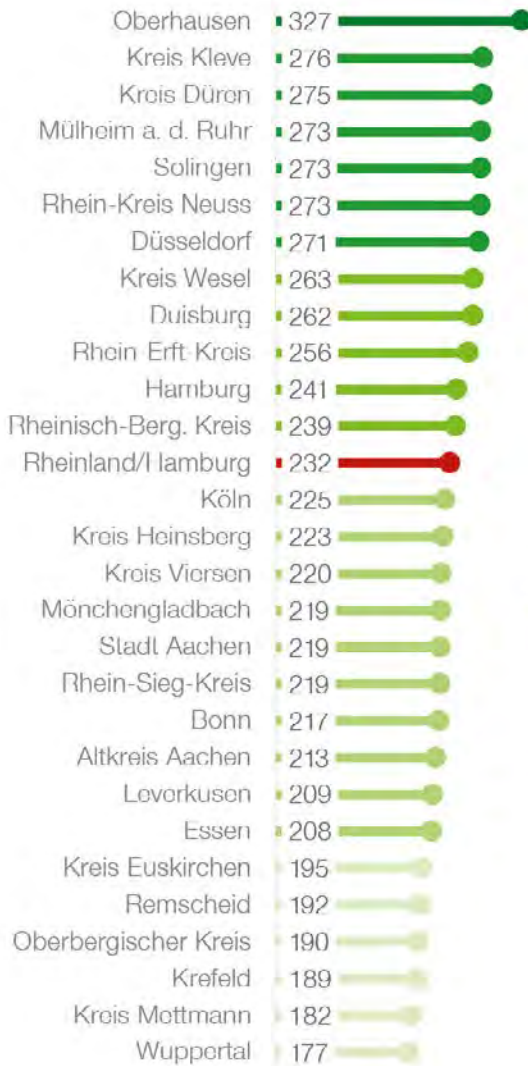
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Potenziell vermeidbare Krankenhausfälle aus der Pflege

Fälle je 1.000 ganzjährige Heimbewohnerinnen und -bewohner



Welche Krankenhausfälle sind bei pflegebedürftigen Menschen oftmals vermeidbar?

Pflegebedürftige Personen sind erheblich in ihrer Selbstständigkeit und ihren Fähigkeiten eingeschränkt. Sie können ihren Alltag nicht alleine bewältigen. Die Pflegepersonen (privat und/oder professionell) leisten Unterstützung im Alltag und übernehmen die Verantwortung, Gefährdungen der Gesundheit abzuwenden. Krankenhausaufenthalte aufgrund bestimmter Vorfälle können bei guter Pflege zumindest teilweise vermieden werden. Hierzu zählen bestimmte Frakturen, Wunden, Dekubitus, Ernährungsprobleme, Gelenkversteifungen, Harnwegsinfektionen, Vergiftungen durch Arzneimittel, Lungenentzündungen bedingt durch das Eindringen von Nahrung und Erbrochenem in das Bronchialsystem, hypostatische Lungenentzündungen sowie Unter- und Überzuckerung. Die Auswertung betrachtet die Anzahl der potenziell vermeidbaren Krankenhausfälle aus der stationären Pflege je 1.000 pflegebedürftige Versicherte ab Pflegegrad 2.

Zeitraum
2022

Aufgreifkriterien
ICD-10-Codes: D68.3, E16.2/40-46/86, J18.2/69.0, L89, M24.5, R73, S22/31-32/52.5/71-72/81/91, T36-50/83.5/90-98

Standardisierung
Alter und Geschlecht, indirekt

Datenquelle
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung
Wohnort der Versicherten

Notfallfahrten aus Pflegeheimen

Notfallfahrten je 100 ganzjährige Heimbewohnerinnen und -bewohner



Warum kommt es in Pflegeheimen häufig zu Rettungsdienst-Einsätzen?

Pflegebedürftige Menschen in Pflegeheimen haben aufgrund ihrer gesundheitlichen Einschränkungen und ihres Alters ein erhöhtes Risiko, einen kritischen Gesundheitszustand zu erleiden. Bei einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes oder ungewöhnlichen Beschwerden rufen viele Pflegeheime oftmals unmittelbar einen Rettungsdienst, der die Bewohnerin oder den Bewohner ins Krankenhaus bringt. Viele dieser Notfallfahrten sind aus medizinischer Sicht nicht notwendig. Die Heimbewohnerinnen und Heimbewohner profitieren häufig nicht von den Krankenhausaufenthalten. Zur Bewertung der Ergebnisse gibt es keine Richtgrößen, allerdings macht der Kreisvergleich regionale Auffälligkeiten deutlich.

i Mit ihrem Präventionsprogramm „Gesunde Pflegeeinrichtung“ fördert die AOK Rheinland/Hamburg die Gesundheit von Menschen in Pflegeheimen.

Zeitraum
2022

Aufgreifkriterien
Notfallfahrt

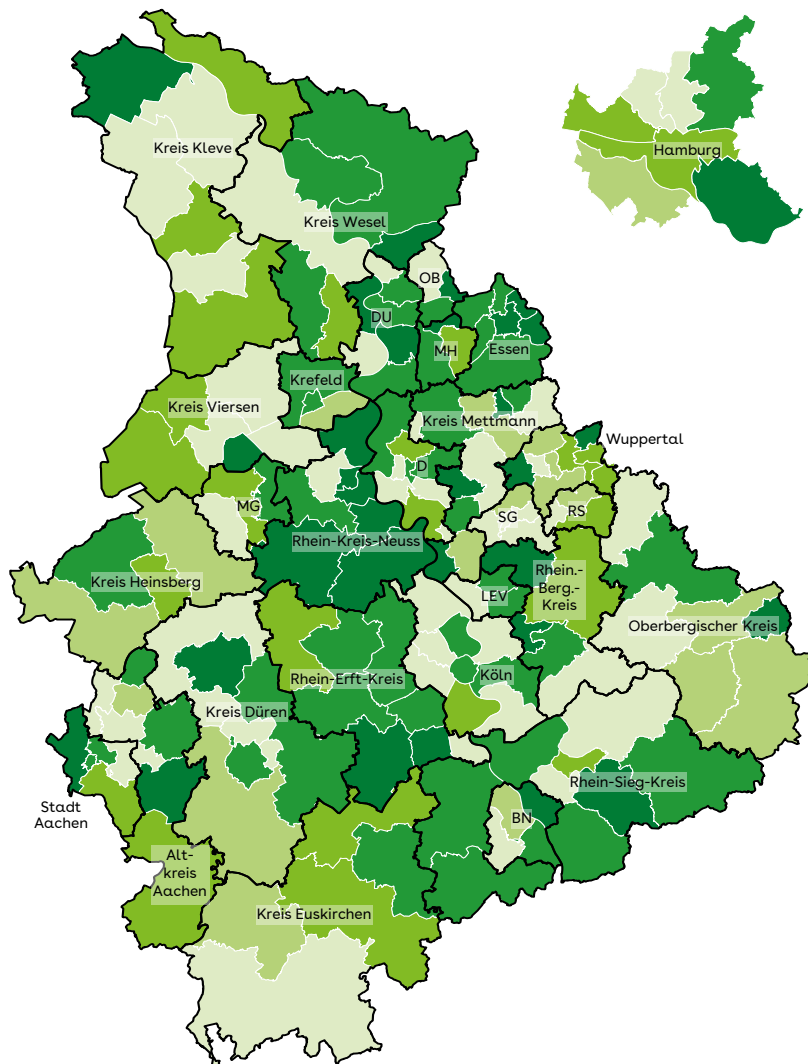
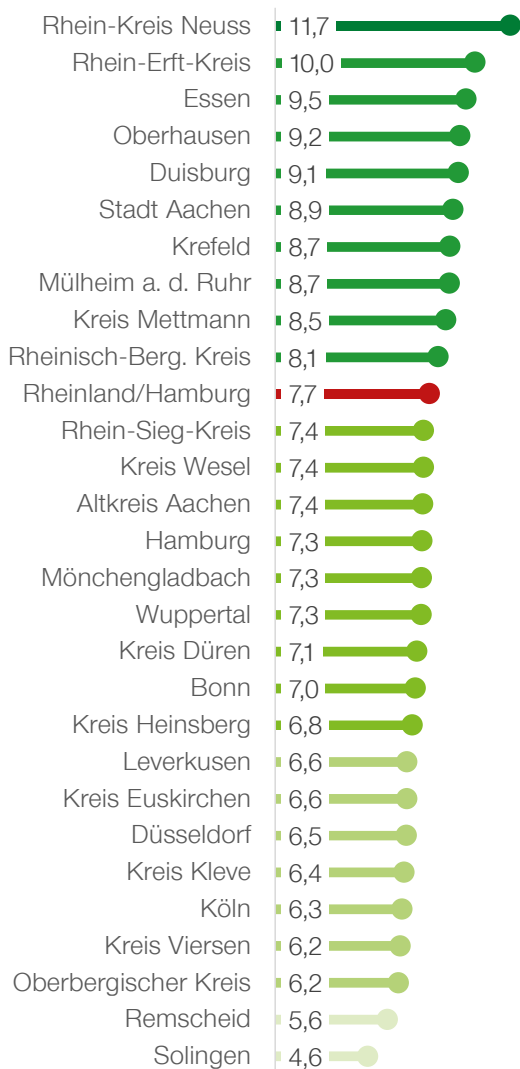
Standardisierung
Alter und Pflegegrad aller stationär Gepflegten

Datenquelle
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung
Wohnort der Versicherten

Dekubitus in der stationären Pflege

Fälle mit Dekubitus (mindestens zweiten Grades) je 100 ganzjährige Heimbewohnerinnen und -bewohner



Warum ist die Dekubitus-Häufigkeit ein Indikator für Probleme in der Pflege?

Ein Dekubitus ist eine Schädigung der Haut und des darunterliegenden Gewebes, die durch eine längerfristige Druckeinwirkung hervorgerufen wird. Die Schädigungen reichen von einer Hautrötung bis hin zum freiliegenden Knochen. Insbesondere pflegebedürftige Menschen, die in ihrer Mobilität stark eingeschränkt sind, haben ein erhöhtes Risiko, Hautstellen wund zu liegen oder zu sitzen. Es ist eine wichtige Aufgabe der Pflege, gefährdete Personen regelmäßig – auch nachts – umzulagern, um Druckstellen zu entlasten und die Entstehung von Dekubiti zu verhindern. Für diese Auswertung werden Dekubiti mindestens zweiten Grades betrachtet, da ab diesem Stadium die Haut geschädigt ist. Aufgreifkriterium ist die Kombination aus gesicherter Diagnose und Verbandsmaterial-Verordnung, da bei einem vorliegenden Dekubitus ab Grad II eine Wundversorgung mit geeignetem Verbandsmaterial durchzuführen ist. Dieses Verfahren wurde erstmalig vorgestellt im WiDO-Pflegereport 2018.

Zeitraum

2021

Aufgreifkriterien

ICD-10-Code: L89 mit Verbandsmittel

Standardisierung

Alter und Pflegegrad aller stationär Gepflegten

Datenquelle

AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Sitz des Pflegeheimes

Glossar und Methodik

Klasseneinteilung: In den Abbildungen werden die Regionaldaten in jeweils fünf Klassen eingeteilt. Die Klassengrenzen sind so gewählt, dass die Regionen innerhalb einer Klasse möglichst ähnliche Werte haben und die Klassen sich untereinander unterscheiden. Wertungsfrei entspricht im gesamten Report die Klasse mit den jeweils höchsten Werten der dunkelsten Farbschattierung.

Routinedaten als Datenquelle: Die meisten Auswertungen basieren auf den Routinedaten der AOK Rheinland/Hamburg. Rechnet ein Leistungserbringer seine Leistungen mit der Krankenkasse ab, übermittelt er im Gegenzug eine Vielzahl an abrechnungsrelevanten Informationen, wie zum Beispiel die behandelten Krankheiten und die erbrachten Leistungen. Diese Angaben können in Hinblick auf die gesundheitliche Lage und die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung analysiert werden. Abrechnungsdaten haben den Vorteil, dass sie nicht eigenständig erhoben werden müssen und – als einzige Datenquelle – einen personenbezogenen und sektorenübergreifenden Überblick über das Versorgungsgeschehen erlauben. Gleichzeitig bestehen gewisse Limitationen. Routinedaten beinhalten nur abrechnungsrelevante Informationen, geben keine Auskunft über privat finanzierte Leistungen und sind – insbesondere bei Krankheitsdiagnosen – davon abhängig, dass die Angaben durch die Leistungserbringer vollständig, richtig und möglichst einheitlich gemeldet werden.

Die Versichertenstruktur der AOK Rheinland/Hamburg unterscheidet sich von der Gesamtbevölkerung. Insbesondere bei Indikatoren, die stark vom individuellen Gesundheitsverhalten abhängen, sind die Befunde nicht repräsentativ für die Gesamtbevölkerung.

Versichertenart: Die Zuordnung der Versicherten in die Gruppen der Beschäftigten und Arbeitslosengeld-2-Beziehenden ist nicht immer eindeutig, da sich die Versichertenart innerhalb eines Betrachtungszeitraums ändern kann. In diesen Fällen wird den Versicherten ihre dominierende Versichertenart zugewiesen, d.h. die Versichertenart, der die Person die meisten Kalendertage im betrachteten Zeitraum angehörte. Die Einordnung der Familienversicherten erfolgt anhand der Versichertenart des Stammversicherten.

Standardisierung: Bei der Standardisierung werden die Werte so gewichtet, als hätten die Versicherten der AOK Rheinland/Hamburg in allen Kreisen und kreisfreien Städten dieselbe Alters- und Geschlechtsstruktur. Dadurch können Abweichungen herausgerechnet werden, die lediglich regionalen Unterschieden bezüglich der Alters- und Geschlechtsstruktur bei den Versicherten geschuldet sind.

Gemeindezuschnitte: Die Zuschnitte bilden die Gemeinden in den Kreisen und Stadtbezirke in den kreisfreien Städte ab. Bedingung war eine Mindestanzahl an Versicherten in jedem Gebiet. Konnte diese nicht erreicht werden, wurden Gebiete zusammengelegt. Lagen genügend Fälle vor, konnte auch in kreisangehörigen Städten eine Differenzierung erfolgen. Die Zuordnung erfolgt zumeist auf Grundlage der Postleitzahl. Für Hamburg und Wuppertal erfolgte die Zuteilung straßen- und hausnummergenau.

Ganzjährig Versicherte oder ganzjährige Heimbewohnerinnen und -bewohner: Bei entsprechend gekennzeichneten Auswertungen wird berücksichtigt, dass Versicherte unter Umständen kein volles Jahr bei der AOK versichert oder in stationärer Pflege waren. In dieser Zeit gäbe es keine Möglichkeit, dass bei ihnen das betrachtete Ereignis einträfe, sodass die Häufigkeit unterschätzt wäre. Um diese Verzerrung zu vermeiden, gehen die Versicherten nur anteilig für den Zeitraum eines Jahres in die Analyse ein, den sie bei der AOK versichert bzw. in stationärer Pflege waren. Der Indikator entspricht somit rechnerischen Ganzjahresäquivalenten.

Erfassung der familiären Belastungssituation:

Zuordnung der Eltern zu den Kindern: Zur Erfassung der familiären Belastungssituation wurden die Kinder ihren Eltern zugeordnet. Dies war nur für Eltern möglich, die selbst bei der AOK Rheinland/Hamburg versichert sind. Die Zuordnung erfolgte in einem mehrstufigen Verfahren. Über die Familienversicherung konnte für jedes Kind zumeist mindestens ein Elternteil erfasst werden – in Fällen, in denen auch die Ehefrau/der Ehemann familienversichert war, sogar beide. Weitere Schritte waren ein Abgleich über Nachname und Adresse – der Altersabstand zwischen Kind und Elternteil musste dabei zwischen 15 und 45 Jahren liegen – sowie über einen Krankenhausaufenthalt der Mutter am Tag der Geburt. Für die Eltern musste dabei eine „Elterneigenschaft“ eingetragen sein. Diese ist zur Berechnung des Beitragssatzes in der sozialen Pflegeversicherung in den Daten vermerkt. Ein weiteres Kriterium war die Inanspruchnahme von Kinderkrankengeld für das Kind. Auf diese Weise konnte 73 Prozent der Kinder eine Mutter und 64 Prozent der Kinder ein Vater zugeordnet werden.

Indikatoren und Modellverfahren: Die Kinder und Jugendlichen wurden in sechs Altersgruppen eingeteilt. Für jede Altersgruppe wurde das Vorliegen alterstypischer Erkrankungen geprüft. Diese mussten im Jahr 2021 mindestens in zwei Quartalen ärztlich dokumentiert worden sein. Auch die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen wurde für das Jahr 2021 geprüft – die Indikatoren „fehlende Teilnahme U-Untersuchung“ und „unvollständiger Impfschutz“ für die Jahre 2020 und 2021. Beide letzteren Indikatoren galten als erfüllt, wenn eine für 2020 empfohlene Maßnahme bis Ende 2021 nicht genutzt wurde. Betrachtet wurden die U3 bis U6 für Neugeborene, U7 für Einjährige, U7a für Zweijährige, U8 für Dreijährige und die U9 für Vierjährige sowie drei Impfungen gegen Tetanus, Diphtherie, Hib, Polio, Pertussis, Hepatitis-B bei Neugeborenen und mindestens eine Impfung gegen Masern und Varizellen bei Einjährigen. Bei den Indikatoren Krankenhausaufnahme, ambulanter Notfall, Psychotherapie und Psychopharmaka wurde nicht die Anzahl, sondern das einmalige Vorliegen geprüft. Zur Berechnung des Einflusses der einzelnen familiären Belastungssituationen auf die Kindergesundheit wurden für jeden Indikator logistische Regressionen mit den fünf verschiedenen Belastungssituationen als erklärende Variablen durchgeführt.

