

Gesundheits- REPORT

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

2021

IMPRESSUM

Gesundheitsreport 2021 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: Team Versorgungsanalysen – Olga Dortmann,
Birgit Klüppelholz, Maria Scheider, 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 –
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

So stark wie selten zuvor steht unser Gesundheitswesen im Zentrum des öffentlichen Interesses. Die Corona-Pandemie ist eine Ausnahmesituation. Sie stellt unser Gesundheitssystem vor die doppelte Herausforderung sowohl die Patientinnen und Patienten mit COVID-19 bestmöglich zu behandeln, als auch die Gesundheitsversorgung im Allgemeinen in Zeiten der Pandemie zu gewährleisten. Wie dies gelingt, zeigt die Zwischenbilanz zur Gesundheitsversorgung während der Corona-Pandemie im Rheinland und in Hamburg.

So berechtigt und unvermeidlich der aktuelle Fokus auf die Herausforderungen der Corona-Pandemie bei den handelnden Akteuren und in der öffentlichen Diskussion ist: andere Themen verlieren dadurch nicht an Bedeutung. So leidet mehr als jede vierte bei der AOK Rheinland/Hamburg versicherte Person an anhaltenden Schmerzen – mit oftmals erheblichen Einschränkungen der Lebensqualität. Die Versorgung der Schmerzpatientinnen und -patienten betrachten wir ausführlich in unserem Schwerpunktthema. Weitere Auswertungen im Report zeigen, dass fortschreitende Erkrankungen wie Typ-2-Diabetes, chronisches Nierenversagen und Augenkrankheiten oftmals zu spät erkannt werden, wenn bereits Folgeschäden vorliegen. Auch die Pflegebedürftigkeit nach Akutereignissen, die fehlende Routine beim Wechsel von künstlichen Gelenken und Akne bei Jugendlichen nehmen wir in den Blick.

Die umfangreichen Auswertungen des Reports zeigen Auffälligkeiten der Krankheitshäufigkeit und Gesundheitsversorgung in den Städten und Kreisen. Sie geben wichtige Hinweise und Anhaltspunkte für eine patientenorientierte Weiterentwicklung der Versorgung. Diese Aufgabe sollten wir auch in Zeiten der Pandemie nicht aus den Augen verlieren.

Düsseldorf, im Mai 2021


Günter Wältermann
Vorsitzender des Vorstandes



INHALTSVERZEICHNIS

Kernaussagen	5
Corona-Pandemie	11
Lebenserwartung und Mortalität	13
Gesundheitsförderung und Früherkennung	18
Schwerpunktthema: Chronische Schmerzen	30
Krankheitsprävalenzen	59
Stationäre Versorgung	73
Kinder- und Jugendgesundheit	95
Arzneimittel	112
Arbeitsunfähigkeit	120
Versorgungsangebot	127
Pflege	135
Anhang: Datenerläuterungen	145

KERNAUSSAGEN

Lebenserwartung und Mortalität

Die durchschnittliche Lebenserwartung ist ein zentraler Indikator, um den Gesundheitszustand der Bevölkerung zu beschreiben. Deutliche Unterschiede zwischen den Kreisen offenbaren, dass die Gesundheitschancen regional ungleich verteilt sind.

Gesundheitsförderung und Früherkennung

Mehr als jede fünfte Person im Rheinland und in Hamburg raucht. Rauchen ist der wichtigste vermeidbare Risikofaktor für die Gesundheit. Es fördert die Entstehung schwerer chronischer Krankheiten wie Herz-Kreislauf- und Atemwegserkrankungen sowie von Krebs und erhöht das Risiko für Akutereignisse wie Herzinfarkt und Schlaganfall deutlich.

➔ **Konsequentes Werbeverbot für Tabakprodukte – Übergangsfristen verkürzen**

Die Mehrheit der Bevölkerung lässt ihren Gesundheitszustand regelmäßig ärztlich überprüfen. Zwei Drittel der Frauen und über die Hälfte der Männer haben zwischen 2017 und 2019 eine allgemeine Gesundheitsuntersuchung („Check-up“) in Anspruch genommen.

Das neue Ultraschallscreening (für Männer) auf Bauchortenaneurysmen wird angenommen. In den ersten zwei Jahren hat mehr als jeder fünfte anspruchsberechtigte Mann eine Untersuchung in Anspruch genommen – in einigen Kreisen sogar jeder dritte.

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

➔ **Kreise und kreisfreie Städte mit hohen Teilnahmeraten an Früherkennungsuntersuchungen sollten anderen Regionen als Best-Practice-Beispiele dienen**

Chronische Schmerzen

Mehr als jede/jeder vierte Versicherte leidet an anhaltenden Schmerzen. Schmerzen beeinträchtigen die Lebensqualität der betroffenen Personen erheblich.

Am häufigsten leiden Menschen an Schmerzen im Kreuz (13 Prozent) und an arthrosebedingten Schmerzen, vor allem an Knie und Hüfte (11,5 Prozent). 6,6 Prozent der Versicherten leiden an nervenbedingten Schmerzen und gut fünf Prozent sind wegen Kopfschmerzen in ärztlicher Behandlung. Bei 8,9 Prozent der Versicherten hat sich der Schmerz von seiner eigentlichen Ursache gelöst und einen eigenen Krankheitswert erreicht. Etwa jede zweite Schmerzpatientin und jeder zweite Schmerzpatient leidet unter mehrfachen Schmerzen.

Schmerzen zu behandeln ist eine therapeutische Herausforderung. Bei allen Therapieoptionen gibt es einen erheblichen Anteil der Patientinnen und Patienten, die nur unzureichend auf die Therapie ansprechen. Der Leidensdruck bei den Schmerzpatientinnen und -patienten ist hoch – ebenso wie der Wunsch der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes, zu helfen. Nicht selten werden dann Maßnahmen ergriffen, die keinen nachgewiesenen Nutzen haben.

Kreuzschmerzen sind in den meisten Fällen auf keine konkrete Ursache zurückzuführen. Eine bildgebende Diagnostik verbessert in diesen Fällen die Therapieentscheidung und das Behandlungsergebnis nicht. Im Unterschied zur bisherigen Studienlage zeigt eine fallbezogene Auswertung, dass bildgebende Verfahren bei nicht-spezifischen Kreuzschmerzen zurückhaltend eingesetzt werden. Nur 7,9 Prozent der Patientinnen und Patienten mit nicht-spezifischen Kreuzschmerzen erhalten bereits im Quartal der Diagnosestellung eine Bildgebung.

➔ **Zurückhaltender Einsatz bildgebender Diagnostik bei nicht-spezifischen Kreuzschmerzen ist zu begrüßen – regionale Auffälligkeiten beobachten**

Bewegung ist die wirksamste Maßnahme gegen Schmerzen. Sie wird von den meisten Schmerzpatientinnen und -patienten als unangenehm und falsch empfunden, hilft aber Schmerzen zu lindern und eine Verstärkung der Schmerzen zu verhindern.

➔ **Patientinnen und Patienten über Vorteile von Bewegung aufklären und zur Aktivität motivieren**

Physiotherapie kann die körperliche Aktivität bei chronischen Schmerzen anleiten. Jede dritte Patientin und jeder dritte Patient mit anhaltenden muskuloskelettalen Schmerzen hat im Jahr 2019 eine Physiotherapie erhalten.

Eine medikamentöse Schmerztherapie hat das Ziel, die Schmerzen zu reduzieren – sie adressiert allein die Symptome, nicht aber die Ursache. Sie kann die aktivierenden Maßnahmen unterstützen oder aber eingesetzt werden, wenn trotz nicht-medikamentöser Behandlung starke Schmerzen bestehen bleiben. Für die medikamentöse Schmerztherapie bei muskuloskelettalen Schmerzen sind am ehesten nicht-steroidale Antirheumatika (NSAR) empfohlen – auch Metamizol kann unter Umständen eingesetzt werden. Etwa jede zweite Schmerzpatientin und jeder zweite Schmerzpatient mit muskuloskelettalen Schmerzen erhielt im Jahr 2019 eine entsprechende Medikation.

Schmerzen sollten gemäß den medizinischen Leitlinien zunächst konservativ behandelt werden. Erst wenn mit einer konservativen Behandlung keine zufriedenstellende Besserung erzielt werden kann, sollte ein operativer Eingriff erwogen werden. Bei mehr als jeder sechsten Operation an Rücken, Knie oder Hüfte wurde im halben Jahr zuvor keine konservative Therapie durchgeführt.

➔ **Operation als letzter Therapieversuch – unnötige Operationen vermeiden**

Der Anteil der Operationen ohne vorherige konservative Therapie kann als Indikator für die Indikationsqualität angesehen werden. Sie unterscheidet sich zwischen den Krankenhäusern deutlich. Während einige Krankenhäuser fast ausschließlich Patientinnen und Patienten mit vorheriger konservativer Therapie operieren, wird in anderen Krankenhäusern jeder fünfte Eingriff ohne vorangegangene Therapieversuche vorgenommen.

Auch eine Operation beseitigt die Schmerzen nicht immer wirksam. Ein Viertel der Patientinnen und Patienten mit spezifischem Kreuzschmerz hat im Anschluss an die Operation weiterhin Schmerzen.

➔ **Erwartungen an den Eingriff im Vorfeld genau mit der Patientin bzw. dem Patienten besprechen**

Neuropathische Schmerzen bezeichnen Schmerzen, die durch Schädigungen oder Krankheiten des Nervensystems hervorgerufen werden. Die medikamentöse Therapie neuropathischer Schmerzen unterscheidet sich von der Therapie anderer Schmerzen ohne Schädigung des Nervensystems. Zum Einsatz kommen vorrangig Medikamente zur Behandlung von Depressionen oder Epilepsie. Lediglich jede fünfte Schmerzpatientin und jeder fünfte Schmerzpatient mit neuropathischen Schmerzen erhält ein Medikament erster und zweiter Wahl gemäß der medizinischen Leitlinie. Demgegenüber erhalten 30 Prozent der betroffenen Personen Medikamente, die nicht oder nur im Einzelfall Anwendung finden sollten.

➔ Experimentelle Schmerztherapie nicht zur Regelversorgung werden lassen

Opioide sind Medikamente zur Behandlung starker Schmerzen. Sie sind ein unverzichtbarer Bestandteil der medikamentösen Schmerztherapie. Aufgrund der hohen Abhängigkeitsgefahr sind Opioide zurückhaltend und als letzter medikamentöser Therapieversuch einzusetzen. 13 Prozent der Versicherten mit chronischen Schmerzen erhalten Opioide. In den meisten Fällen werden Opioide bereits im Quartal der ersten Schmerzdiagnose verschrieben und langfristig eingesetzt.

➔ Opioide zurückhaltend und nachrangig einsetzen

Bei chronischen Schmerzerkrankungen sollen langwirksame Opioide zum Einsatz kommen, bei denen der Wirkstoff verzögert freigesetzt wird. Im Vergleich zu kurzwirksamen Präparaten erlauben sie eine bessere Schmerzkontrolle und haben ein geringeres Risiko für Abhängigkeiten. In einigen Regionen gibt es einen erheblichen Anteil an Schmerzpatientinnen und Schmerzpatienten, die mit kurzwirksamen Präparaten behandelt werden.

➔ Regionale Auffälligkeiten bei der Therapie mit kurzwirksamen Opioiden untersuchen

Die Opioidkrise in den USA, wo eine breite, von Herstellerinteressen getriebene Abgabe von Opioiden an Schmerzpatientinnen und -patienten zu einem starken Anstieg von Drogenabhängigen und Todesopfern führte, gilt auch hierzulande als warnendes Beispiel. Von allen Versicherten mit einer langfristigen Opioidtherapie aufgrund chronischer Schmerzen wird bei etwa einem Prozent eine Opioidabhängigkeit ärztlich erfasst. In einigen Städten, wie zum Beispiel in Mönchengladbach, ist der Anteil an Abhängigen deutlich erhöht.

Bei chronisch schmerzkranken Patientinnen und Patienten, bei denen der Schmerz einen eigenständigen Krankheitswert erlangt hat, kann eine ambulante Schmerztherapie sinnvoll sein. Sie erfolgt durch speziell qualifizierte Ärztinnen oder Ärzte in einer Schmerzpraxis oder -klinik. 7,4 Prozent der Patientinnen und Patienten mit einer chronischen Schmerzerkrankung haben eine ambulante Schmerztherapie in Anspruch genommen.

Milde bis mittelschwere Kopfschmerzen können wirksam mit freiverkäuflichen Medikamenten behandelt werden und erfordern in der Regel keine ärztliche Konsultation. Kopfschmerzen sind in den Routinedaten der Krankenkassen daher untererfasst. 5,1 Prozent der Versicherten sind aufgrund von Kopfschmerzen in ärztlicher Behandlung, der Großteil von ihnen (4,4 Prozent der Versicherten) leidet an einer Migräne.

Migräneschmerzen können in vielen Fällen gut mit klassischen Schmerzmedikamenten behandelt werden. Insbesondere bei schweren Migräneattacken sind die klassischen Schmerzmittel allerdings oftmals nicht wirksam. In diesen Fällen sollen die akuten Schmerzen mit sogenannten Triptanen therapiert werden. 14 Prozent der Migränapatientinnen und -patienten erhielten im Jahr 2019 Triptane.

Die wichtigste Form der Vorbeugung von Migräneattacken sind nicht-medikamentöse Maßnahmen, wie zum Beispiel Ausdauersport, Entspannungsverfahren sowie eine grundlegende Änderung des Lebensstils. Eine begleitende medikamentöse Migräneprophylaxe sollte nur so lange eingesetzt werden bis die nicht-medikamentösen Verfahren wirksam sind.

➔ **Patientinnen und Patienten über Bedeutung der nicht-medikamentösen Migräneprophylaxe aufklären und bei ihren Bemühungen unterstützen**

Etwa zehn Prozent der Migränepatientinnen und -patienten erhielten im Jahr 2019 eine medikamentöse Migräneprophylaxe. Die Therapie mit den neuen CGRP-Antikörper spielte 2019 in der Versorgungsrealität noch keine Rolle.

Krankheitsprävalenzen

Ein Viertel der Bevölkerung Nordrhein-Westfalens leidet an chronischen Krankheiten, die das Risiko für schwere Verläufe von COVID-19 erhöhen. Dazu gehören Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems, Erkrankungen der Lunge, Lebererkrankungen, Diabetes mellitus, Krebserkrankungen sowie ein geschwächtes Immunsystem.

Armut ist ein Gesundheitsrisiko. Menschen mit niedrigem sozioökonomischen Status haben ein höheres Risiko für chronische Krankheiten.

➔ **Bessere Gesundheitschancen für sozial benachteiligte Menschen schaffen**

Die Gesundheits- und Versorgungssituation innerhalb von Städten ist keinesfalls einheitlich – die Gesundheitschancen sind sehr ungleich verteilt. Auch in den Städten gibt es strukturschwache Räume.

➔ **Niedrigschwelligen Zugang zur Gesundheitsversorgung ermöglichen**

Fortschreitende Krankheiten wie Diabetes, chronisches Nierenversagen oder Erkrankungen des Auges werden in vielen Fällen erst erkannt, wenn schon Folgeschäden vorliegen. Bei vier Prozent der neu erkannten Diabetes-Erkrankungen, elf Prozent des neu erkannten Nierenversagens sowie 18 bzw. 15 Prozent des erstmalig ärztlich diagnostizierten grünen Stars bzw. Makuladegeneration lagen bereits irreversible Schäden vor. Regionale Auffälligkeiten deuten auf Lücken in der Früherkennung hin.

➔ **Nutzen verdachtsunabhängiger Gesundheitsuntersuchungen**

Stationäre Versorgung

Nordrhein-Westfalen nimmt im nationalen und internationalen Vergleich einen Spitzenplatz bei den Krankenhausfällen ein. Auf eintausend Einwohnerinnen und Einwohner kamen im Jahr 2019 260 vollstationäre Krankenhausaufenthalte – fast zehn Prozent mehr als im Bundesdurchschnitt.

Fast jeder dritte Krankenhausfall ist potenziell vermeidbar. Der Gesundheitszustand von Patientinnen und Patienten mit bestimmten chronischen oder Akuterkrankungen lässt sich zumeist durch eine gute ambulante ärztliche Versorgung kontrollieren und stabil halten. Eine akute Verschlechterung der Gesundheit, die in der Folge eine stationäre Behandlung im Krankenhaus erforderlich macht, kann so vermieden werden.

➔ **Kontinuierliche strukturierte ärztliche Begleitung kann unnötige Krankenhausbehandlungen verhindern**

Schlaganfälle resultieren in den meisten Fällen aus einem Verschluss eines Blutgefäßes im Gehirn durch ein Blutgerinnsel. Die verfügbaren Verfahren, um Blutgerinnsel aufzulösen bzw. zu entfernen, werden regional unterschiedlich häufig eingesetzt.

➔ **Niedrige regionale Thrombolyse- und Thrombektomieraten hinterfragen und erhöhen – Patientinnen und Patienten häufiger verlegen**

Das Krankheitsbild des Delirs beschreibt eine Verwirrtheit, die oftmals bei älteren Patientinnen und Patienten nach Operationen auftritt. Das postoperative Delir ist ein psychiatrischer Notfall und hat erhebliche Folgen für den Heilungsverlauf und das Überleben. Deutliche Unterschiede bei den dokumentierten Delirraten der einzelnen Krankenhäuser legen nahe, dass Delire in vielen Kliniken häufig unerkannt bleiben – mit oftmals gravierenden Folgen.

➔ **Engmaschiges Delirscreening in allen Krankenhäusern etablieren**

Beim Wechsel von künstlichen Hüft- oder Kniegelenken fehlt den meisten Krankenhäusern die Routine. Jede vierte Erneuerung einer Knieprothese und jeder siebte Austausch einer Hüftprothese erfolgte in einem Krankenhaus, das einen solchen Eingriff seltener als einmal pro Monat erbringt. Künstliche Gelenke auszutauschen ist komplikationsträchtig. Wissenschaftliche Studien zeigen einen deutlichen Zusammenhang zwischen der Anzahl der Eingriffe in einem Krankenhaus und der Behandlungsqualität.

Im 30-Kilometer-Umkreis von Essen wechseln 60 Krankenhäuser künstliche Hüftgelenke und etwa 40 Kliniken erneuern künstliche Kniegelenke – den meisten Häusern fehlt die Routine. Nur einzelne Krankenhäuser haben die Erfahrung von mehr als einer Operation pro Woche.

➔ **Mehrfachstrukturen im Krankensektor gehen zu Lasten der Qualität – mehr und höhere Mindestmengen notwendig**

Kinder- und Jugendgesundheit

Nur jede zweite Mutter wird nach der Geburt eines Kindes durch eine Hebamme betreut. Die regionalen Unterschiede sind eklatant: Im Kreis Kleve kommt in drei von vier Fällen eine Hebamme zur Wochenbettbetreuung, in Duisburg und Mülheim an der Ruhr nur nach jeder vierten Geburt.

➔ **Hebammenversorgung verbessern, Schwangere frühzeitig über Hebammenbetreuung informieren**

Das Kinderkrankengeld wurde in der relevanten Zielgruppe an 108 Tagen je eintausend Versichertenjahre bezogen. Die höchsten Werte erreichten die Städte Solingen und Remscheid, während in Duisburg, Köln, Aachen und Mülheim an der Ruhr das Kinderkrankengeld eher selten genutzt wurde.

In jedem vierten Fall mit Bezug von Kinderkrankengeld ist der Vater zur Pflege und Betreuung des kranken Kindes zu Hause geblieben. Der Oberbergische Kreis, der Rhein-Sieg-Kreis und der Rheinisch-Bergische-Kreis weisen mit 30 Prozent den höchsten Betreuungsanteil durch Väter auf.

Etwa acht Prozent der Jugendlichen sind aufgrund von Akne in ärztlicher Behandlung. In den meisten Fällen kann eine Akne wirksam mit lokal aufgetragenen Cremes behandelt werden. Eine mittelschwere bis schwere Akne erfordert hingegen oftmals eine systemische, das heißt im ganzen Körper wirkende Behandlung in Tablettenform. Der Anteil der systemischen Therapie weist regional deutliche Unterschiede auf. Im Kreis Wesel und im Oberbergischen Kreis erhalten knapp 30 Prozent der behandelten Jugendlichen eine systemische Therapie – fast doppelt so viel wie der Durchschnitt im Versorgungsgebiet.

➔ Systemische Präparate zur Aknetherapie umsichtig einsetzen

Knapp jedes dritte Kind hat bis zu seinem zehnten Geburtstag eine Sprachtherapie erhalten. Deutliche regionale Unterschiede weisen darauf hin, dass logopädische Leistungen sehr unterschiedlich verordnet werden.

Arzneimittel

Die medikamentöse Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen entspricht häufig nicht den Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften: Nur die Hälfte aller Versicherten mit koronarer Herzkrankheit erhalten Cholesterinsenker (Statine). Der Anteil der Patientinnen und Patienten mit Vorhofflimmern und hohem Schlaganfallrisiko, die mit gerinnungshemmenden Medikamenten (orale Antikoagulantientherapie) versorgt werden, liegt bei 53 Prozent.

➔ Leitliniengerechte Arzneimittelversorgung bei Herzerkrankungen sicherstellen

Pflege

Die Anzahl der pflegebedürftigen Menschen im Rheinland und in Hamburg ist von 2017 auf 2019 um ein Viertel gestiegen. Zum Jahresende 2019 waren 5.318 je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner pflegebedürftig im Sinne des elften Sozialgesetzbuches.

Mehr als jede vierte Person über 65 Jahren wird nach einem Schlaganfall bzw. nach einer Fraktur langfristig pflegebedürftig. Die Raten zum Pflegeeintritt nach Akutereignissen sind regional sehr unterschiedlich. Während in Oberhausen und Euskirchen knapp 40 Prozent der Menschen ab 65 Jahren nach einem Schlaganfall auf Pflege angewiesen sind, sind es in Remscheid und Wuppertal unter 25 Prozent. Nach Frakturen wird in Krefeld und im Kreis Euskirchen ein Drittel der älteren Patientinnen und Patienten pflegebedürftig, in Solingen sind es nur 13 Prozent.

➔ Erst- und Folgeversorgung nach Akutereignissen überprüfen – Pflegebedürftigkeit verhindern

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

➔ Entstehung von Dekubiti verhindern – Expertenstandard umsetzen

CORONA-PANDEMIE

Gesundheitsversorgung während der Corona-Pandemie – eine Zwischenbilanz

Die Corona-Pandemie ist eine Herausforderung für unser Gesundheitswesen. Sie hat einige Schwachstellen offengelegt, wie die Vernachlässigung des öffentlichen Gesundheitsdienstes, die fehlende Vernetzung der Akteure und die Überlastung der Pflegekräfte. Im Großen und Ganzen hat unser Gesundheitssystem in der Ausnahmesituation der Pandemie aber seine Leistungsfähigkeit unter Beweis gestellt.

Seit Beginn der Pandemie wurde bei einer halben Million Menschen im Rheinland und in Hamburg eine Infektion mit dem Corona-Virus nachgewiesen. Dies entspricht 4,2 Prozent der Bevölkerung (Stand 11. Mai 2021). Der Anteil der nicht erfassten Infektionen dürfte deutlich höher sein. Bisher sind etwa 8.800 Menschen im Rheinland und knapp 1.500 Menschen in Hamburg an COVID-19 gestorben. Die Sterblichkeit liegt bei 88 COVID-19-Toten je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohnern bzw. bei etwa 2,1 Prozent der registrierten Erkrankten. Berechnungen des Robert-Koch-Instituts zeigen, dass Personen mit der Todesursache COVID-19 durchschnittlich etwa 9,6 Jahre früher versterben als ihre verbliebene Lebenserwartung es hätte erwarten lassen. Regional bestehen deutliche Unterschiede in der Sterblichkeit aufgrund von COVID-19 wie die Auswertung auf Seite 17 zeigt.

Das Risiko für schwere Krankheitsverläufe ist insbesondere bei sozial schwächer gestellten Menschen deutlich erhöht – darauf konnten wir in einer vielbeachteten Studie mit Professor Nico Dragano von der Universität Düsseldorf aufmerksam machen. Armut ist ein Gesundheitsrisiko. Zum einen haben sozioökonomisch benachteiligte Bevölkerungsgruppen aufgrund ihrer beruflichen Tätigkeit sowie ihrer Wohn- und Lebensverhältnisse oftmals ein höheres Infektionsrisiko. Zum anderen leiden sie häufiger an Vorerkrankungen und weiteren Faktoren, die schwere Krankheitsverläufe begünstigen.

Seit Beginn der Pandemie wurden 490 je 100.000 Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg im Krankenhaus mit einer Corona-Erkrankung behandelt – 15 Prozent von ihnen auf einer Intensivstation. 13,7 Prozent der COVID-19-Patientinnen und -Patienten sind während des Krankenhausaufenthaltes verstorben. Bei äußerst schweren Krankheitsverläufen, die eine Beatmung erforderlich machten, lag die Sterblichkeit mit 37 Prozent deutlich höher als bei den nicht beatmeten Patientinnen und Patienten mit 9 Prozent.

Obwohl die Situation in einzelnen Kreisen zeitweise angespannt war, hat die Ausstattung mit Intensivbetten (vergleiche Seite 132) bislang ausgereicht. Dabei machen die „herkömmlichen“ Intensivfälle, die aufgrund anderer Ursachen behandelt werden, weiterhin den Großteil des Behandlungsgeschehens aus. Patientinnen und Patienten mit COVID-19 waren selbst zum Höhepunkt der bisherigen Corona-Wellen nur für ein Fünftel der Belegungstage auf den Intensivstationen verantwortlich.

Insgesamt 160 Krankenhäuser im Rheinland und in Hamburg haben Patientinnen und Patienten mit COVID-19 behandelt. In der Pandemie sehen wir eine klare Zentralisierung der Behandlung in Häusern mit der größten Erfahrung. Die Hälfte der Kliniken versorgte 78 Prozent aller COVID-19-Fälle und 81 Prozent der Intensivfälle. Dieser Zentralisierungseffekt fällt in unserem Versorgungsgebiet mit seiner großen Anzahl an Krankenhäusern weniger stark aus als im gesamten Bundesgebiet – hier haben 50 Prozent der Kliniken sogar 86 Prozent der COVID-19-Patientinnen und -Patienten behandelt.

Nicht nur die direkte Versorgung der Patientinnen und Patienten mit COVID-19 war und ist eine Herausforderung für unser Gesundheitssystem. Die allgemeinen Einschränkungen während der Coro-

CORONA-PANDEMIE

Fallzahlrückgang im Jahr 2020 im Vergleich zu 2019

	März bis Mai	Juni bis Oktober	November bis Januar
Krankenhausfälle gesamt	-27,4%	-10,1%	-21,2%
Krankenhausfälle aufgrund von Herzinfarkt	-19,7%	-4,0%	-14,4%
Hüftprothesenimplantation	-27,1%	+1,6%	-14,3%
Check-up	-50,4%	-79,0%	Daten noch nicht verfügbar
Videosprechstunde	+1.063%	+145%	Daten noch nicht verfügbar
Mundgesundheitsuntersuchung	-26,7%	+3,9%	-34,0%
Physiotherapie	-13,3%	+12,9%	-11,1%
Notfallfahrten aus Pflegeheimen	-18,8%	-14,6%	-18,4%

Quelle: AOK Rheinland/Hamburg

Fallzahlrückgänge ausgewählter Untersuchungen, Behandlungen und Diagnosen von März 2020 bis Januar 2021 im Vergleich zum Vorjahr im Rheinland und in Hamburg

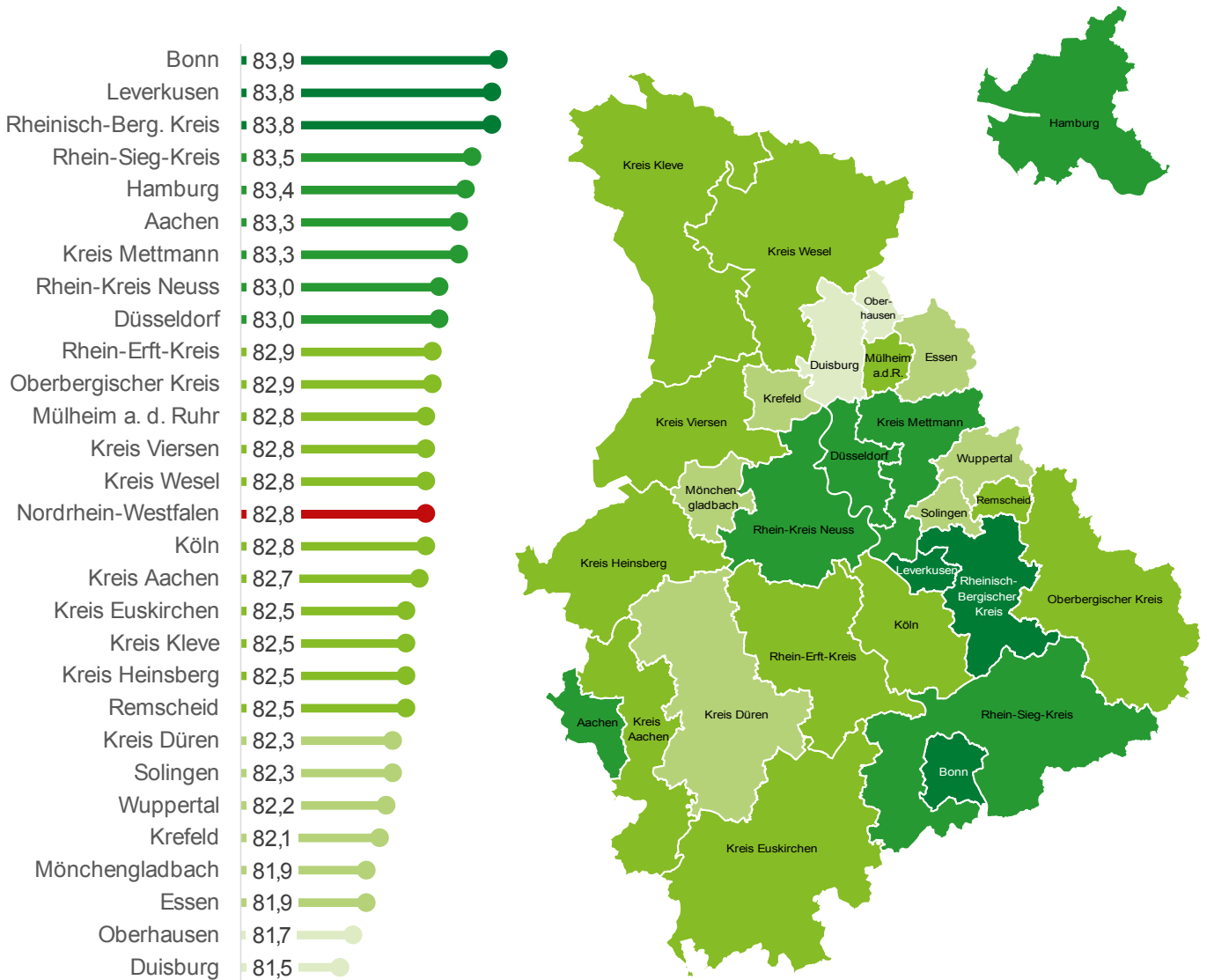
na-Pandemie und die Verunsicherung in der Bevölkerung haben die Versorgung generell erschwert. Seit März 2020 ist es zu einem deutlichen Rückgang bei der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems im Vergleich zum Vorjahr gekommen. Insbesondere Routineuntersuchungen und planbare Eingriffe wurden verschoben. Es wurden aber auch deutlich weniger Notfälle behandelt. Die Rückgänge in der Leistungsanspruchnahme können zum aktuellen Zeitpunkt nur beschrieben werden. Mögliche Auswirkungen auf den Gesundheitszustand der Menschen und die zukünftigen Behandlungsbedarfe werden sich erst in der Zukunft erfassen lassen. Die Erfahrungen aus und mit der Pandemie zeigen:

Als Gesellschaft waren wir schlecht auf eine solche Situation vorbereitet. Die befürchtete Überlastung des Gesundheitswesens ist aber ausgeblieben – nicht zuletzt, weil auch in der Gesundheitsversorgung klare Prioritäten gesetzt wurden. Dies ist in einer Ausnahmesituation kaum vermeidbar, birgt aber auch Risiken. Wir sind zuversichtlich, dass wir die Corona-Pandemie bald überwunden haben werden. Im Anschluss sollten wir die Folgen genau analysieren und Lehren aus den Erfahrungen ziehen. Es ist unsere gemeinsame Aufgabe, Rahmenbedingungen zu schaffen und Konzepte zu erarbeiten, um bei einer möglichen nächsten Epidemie besser vorbereitet zu sein.

Lebenserwartung und Mortalität

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

2016 bis 2018

Aufgreifkriterien

alle Todesfälle

Standardisierung

keine

Datenquelle

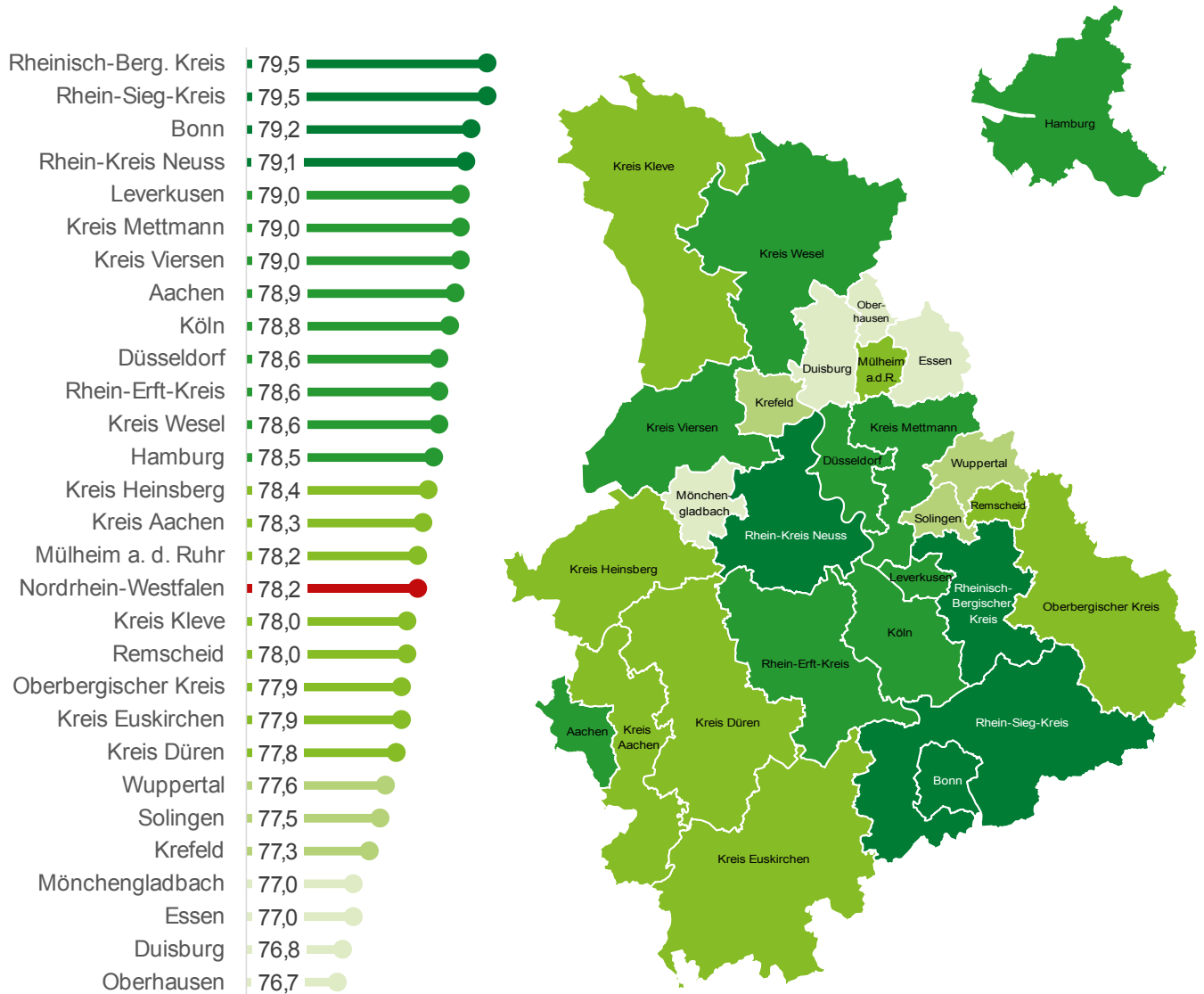
LZG.NRW und Statistisches Bundesamt

Regionale Zuordnung

Wohnort

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

2016 bis 2018

Aufgreifkriterien

alle Todesfälle

Standardisierung

keine

Datenquelle

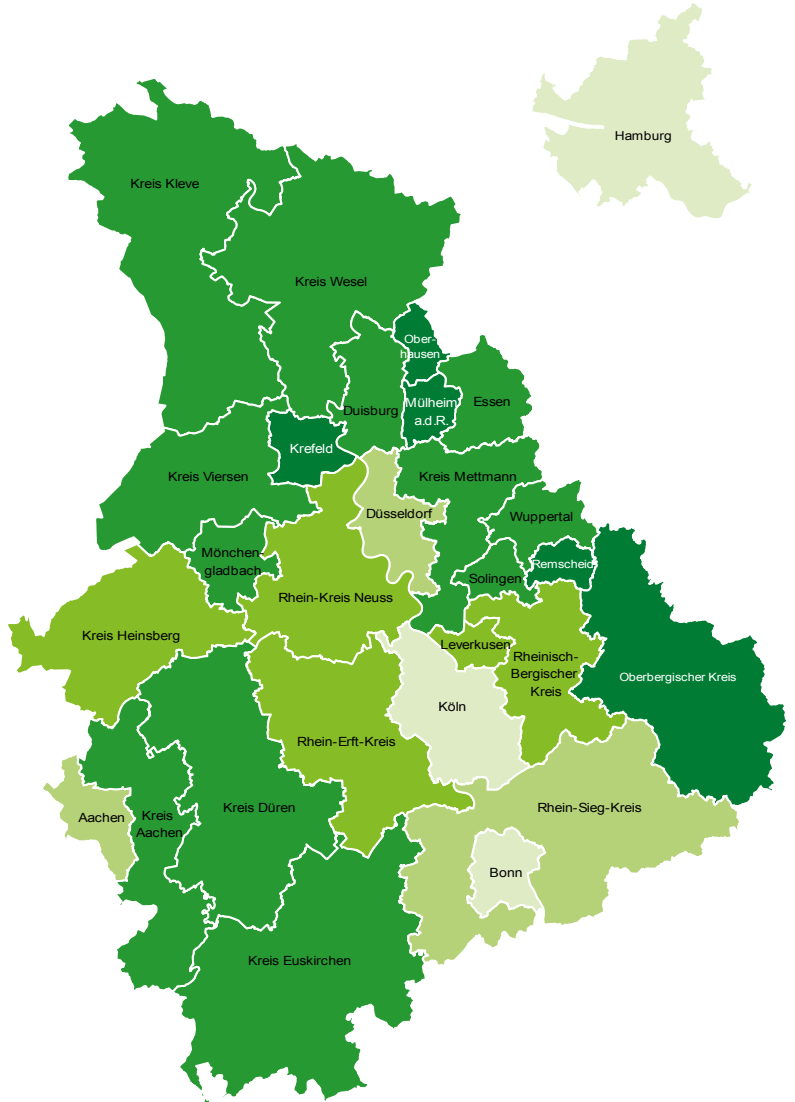
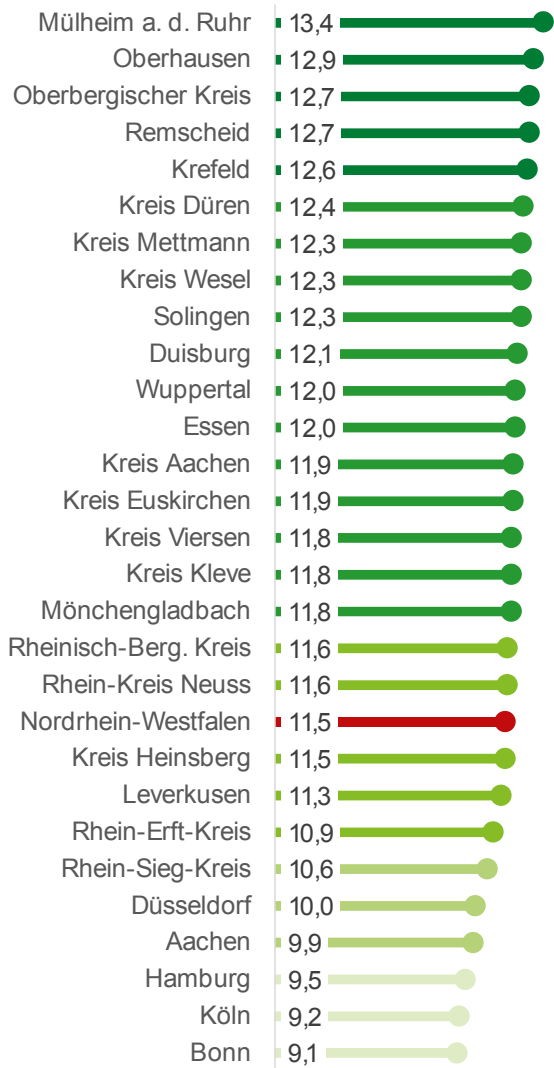
LZG.NRW und Statistisches Bundesamt

Regionale Zuordnung

Wohnort

Mortalität

Sterbefälle je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner



Welche Daten liegen dem Indikator zugrunde?

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
2019

Aufgreifkriterien
alle Todesfälle

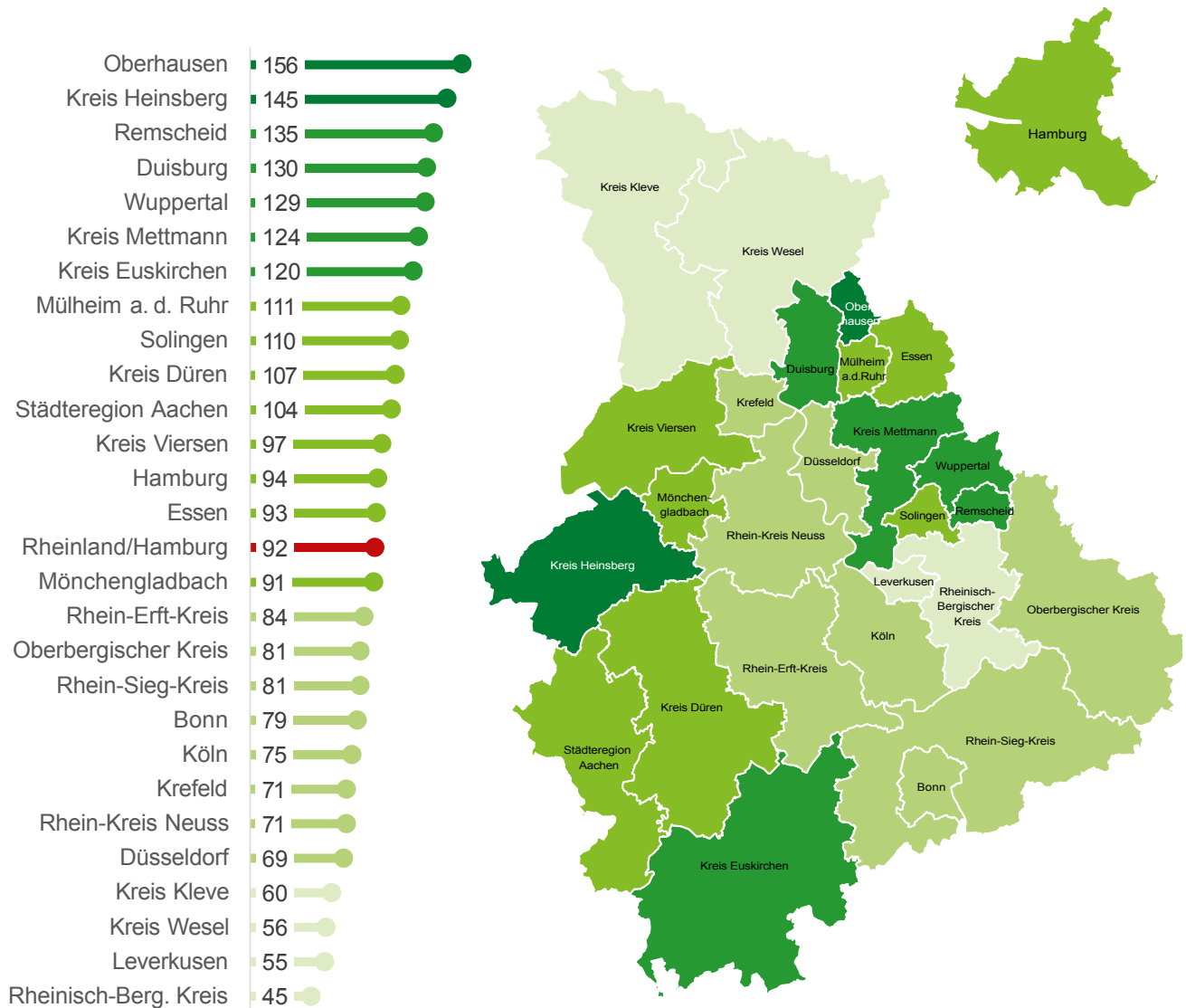
Standardisierung
keine

Datenquelle
IT.NRW, Statistisches Bundesamt

Regionale Zuordnung
Wohnort

Sterbefälle aufgrund von COVID-19

Sterbefälle je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner



Wieso endet COVID-19 teilweise tödlich?

In den meisten Fällen gelingt es dem Immunsystem, eine Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 auf die oberen Atemwege zu begrenzen. Die Krankheit verläuft mild bis moderat. Gelangen die Viren aber in die Lunge und befallen die Lungenbläschen, kommt es zu einem deutlich schwereren Verlauf, der im schlimmsten Fall zum Tod führt. Ursächlich für den Tod ist zumeist ein akutes Lungenversagen, ein septischer Schock als Folge einer Überreaktion des Immunsystems oder ein Gefäßverschluss, bedingt durch die erhöhte Gerinnungsneigung des Blutes. Insbesondere ältere Personen und Menschen mit Vorerkrankungen (vgl. Seite 65) haben ein erhöhtes Risiko, an COVID-19 zu sterben. Bei den dargestellten Werten handelt es sich um die offiziellen Meldezahlen für die gesamte Bevölkerung. Als Todesfälle werden alle Fälle gewertet, die nachweislich mit SARS-CoV-2 infiziert waren, ohne dass die Krankheit die alleinige Todesursache gewesen sein muss. Der Bevölkerungsbezug gilt für das Jahresende 2019.

Zeitraum

Februar 2020 bis
10. Mai 2021

Aufgreifkriterien

alle Todesfälle mit
nachgewiesener
SARS-CoV-2-Infektion

Standardisierung

Alter und Geschlecht auf
Bundesbevölkerung

Datenquelle

LZG NRW, Sozialbehörde
Hamburg

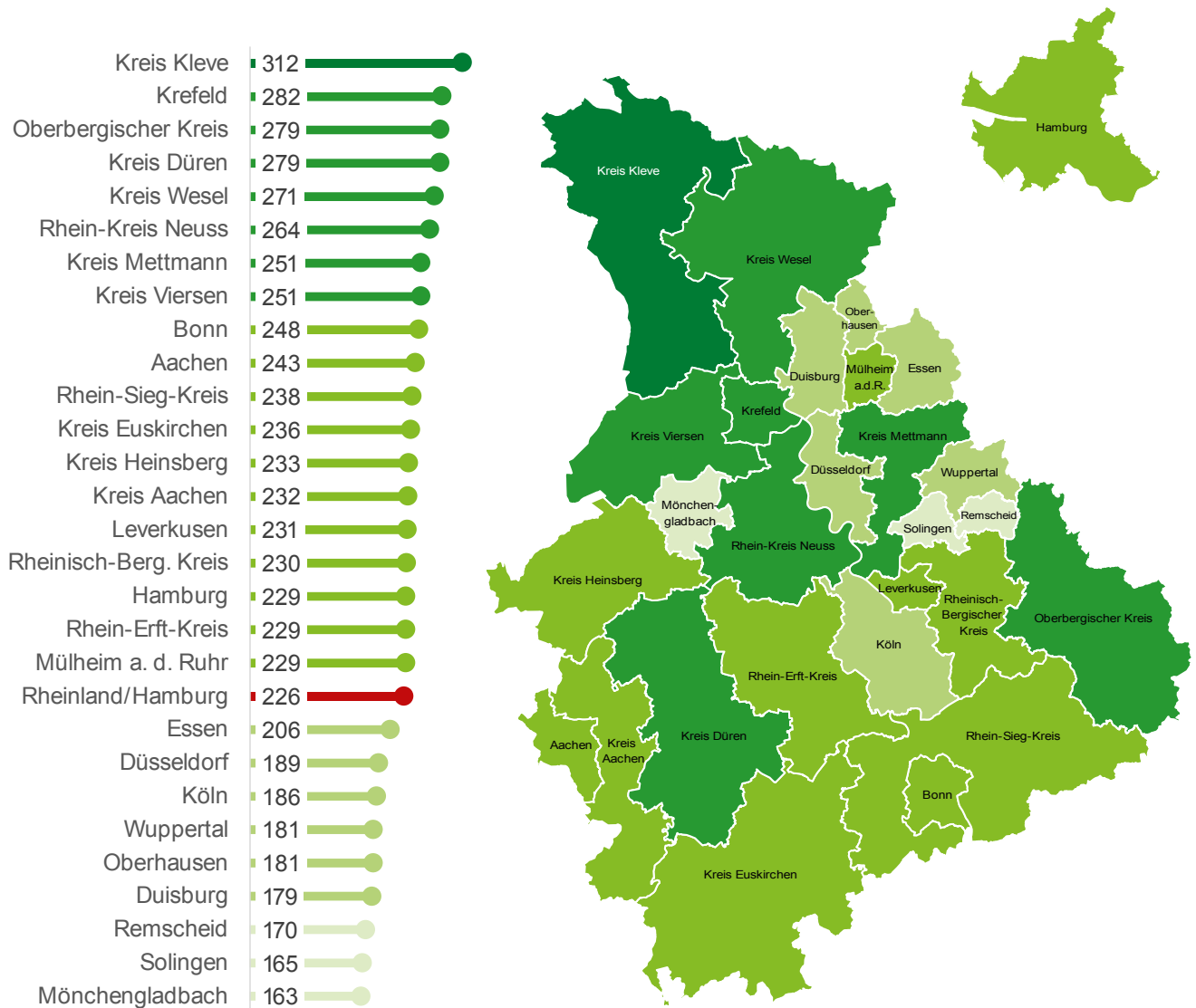
Regionale Zuordnung

Wohnort der Verstorbenen

Gesundheitsförderung und Früherkennung

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. 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 Zweitligavereine der Fußballbundesliga reduziert und pauschal 1.500 als aktive Sportlerinnen und Sportler pro Verein berücksichtigt.

Zeitraum
2020

Aufgreifkriterien
alle Mitgliedschaften

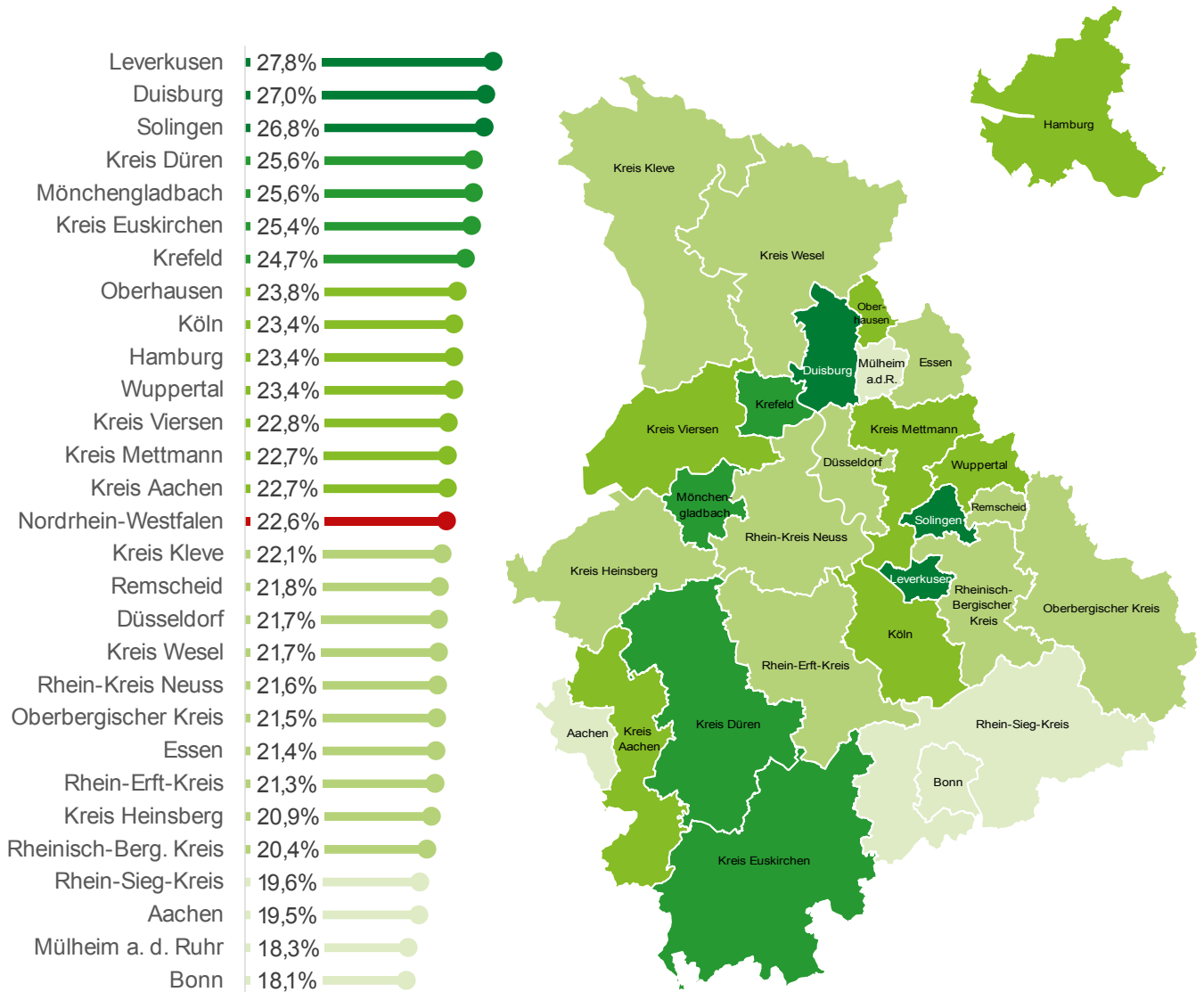
Standardisierung
keine

Datenquelle
Landessportbund NRW,
Hamburger Sportbund

Regionale Zuordnung
Sitz des Sportvereins

Raucherinnen und Raucher

Anteil an der Bevölkerung



Warum ist der Anteil an Raucherinnen und Rauchern ein wichtiger Indikator?

Rauchen ist der wichtigste vermeidbare Risikofaktor für die Gesundheit. Es schädigt nahezu alle Organe des Körpers und fördert die Entstehung schwerer chronischer Krankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Atemwegserkrankungen und Krebs. Raucherinnen und Raucher haben ein deutlich erhöhtes Risiko für Akutereignisse wie Herzinfarkt und Schlaganfall. Der Rauch schadet auch den Mitmenschen in der Umgebung, insbesondere Kindern.

Die Daten stammen aus dem Mikrozensus der amtlichen Statistik und stellen eine Hochrechnung der 1 %-Stichprobe auf die Bevölkerung dar. Gezählt werden alle Personen mit täglichem Tabakkonsum. Da die Fragen zum Rauchverhalten für Kinder und Jugendliche stellvertretend vom Haushaltsvorstand beantwortet werden, sind teilweise ungenaue Angaben möglich.

Zeitraum
2017

Aufgreifkriterien
Befragung Mikrozensus

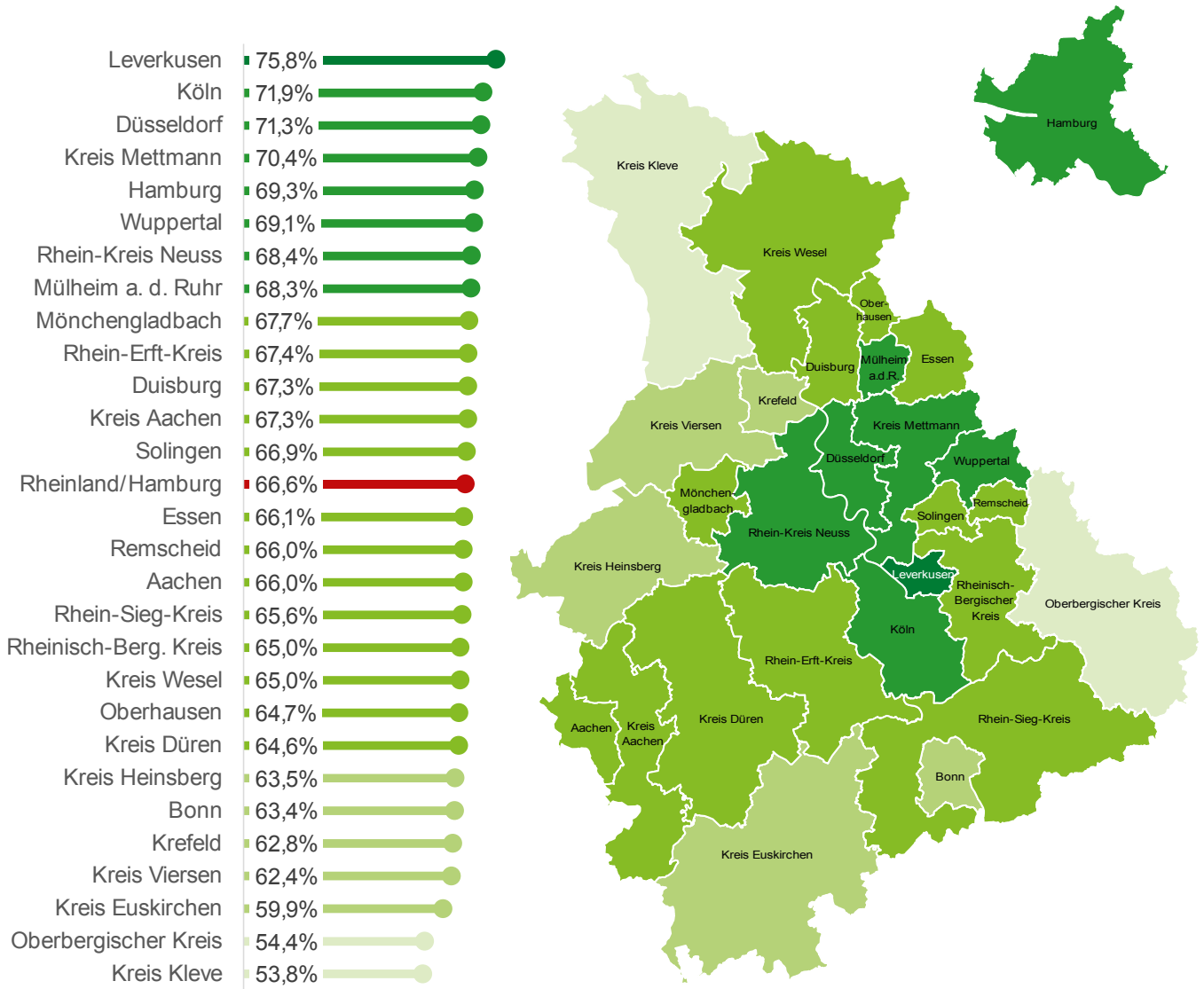
Standardisierung
keine

Datenquelle
LZG.NRW auf Basis des Mikrozensus, Statistisches Bundesamt

Regionale Zuordnung
Wohnort

Check-up – Frauen

Inanspruchnahme bei Frauen im Alter von 35 bis 64 Jahren



Wozu dient der Check-up?

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 und eine Blutprobe entnommen und im Labor ausgewertet. Die Ergebnisse werden in einem abschließenden Gespräch besprochen.

Die Auswertung erfolgte in diesem Jahr zum ersten Mal anhand des neuen Drei-Jahre-Intervalls. Die Werte sind dadurch deutlich höher als im Vorjahresreport, als der Check-up alle zwei Jahre durchgeführt werden konnte.

Zeitraum

2017 bis 2019

Aufgreifkriterien

EBM-Ziffer: 01732

Standardisierung

Alter auf weibliche Bundesbevölkerung

Datenquelle

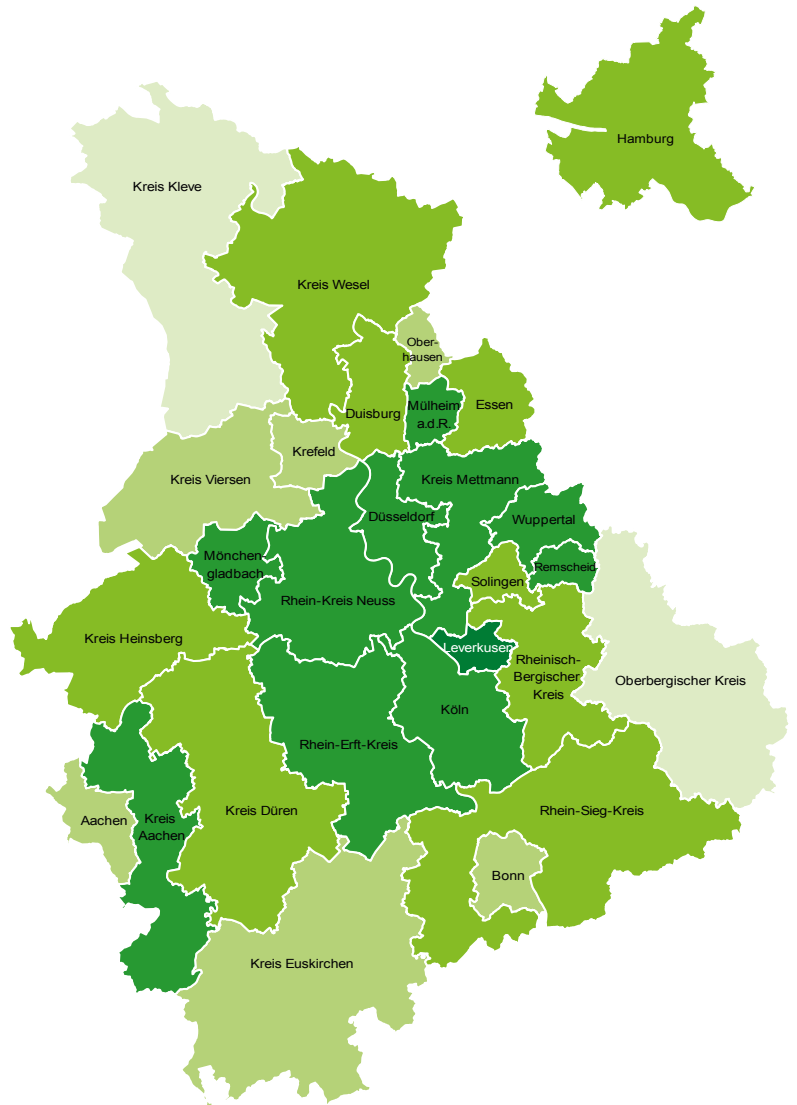
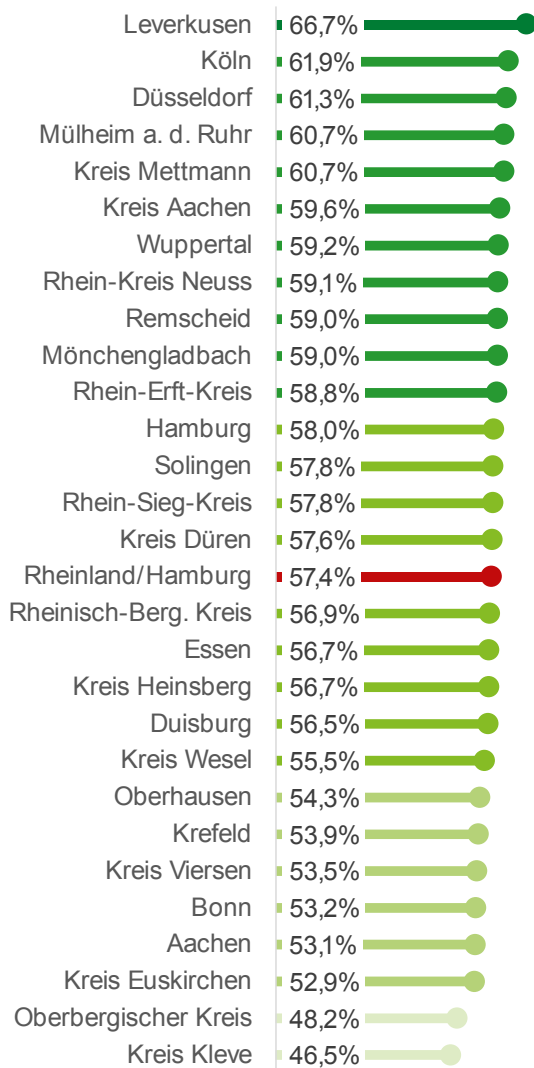
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Check-up – Männer

Inanspruchnahme bei Männern im Alter von 35 bis 64 Jahren



Wozu dient der Check-up?

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 und eine Blutprobe entnommen und im Labor ausgewertet. Die Ergebnisse werden in einem abschließenden Gespräch besprochen.

Die Auswertung erfolgte in diesem Jahr zum ersten Mal anhand des neuen Drei-Jahre-Intervalls. Die Werte sind dadurch deutlich höher als im Vorjahresreport, als der Check-up alle zwei Jahre durchgeführt werden konnte.

Zeitraum

2017 bis 2019

Aufgreifkriterien

EBM-Ziffer: 01732

Standardisierung

Alter auf männliche Bundesbevölkerung

Datenquelle

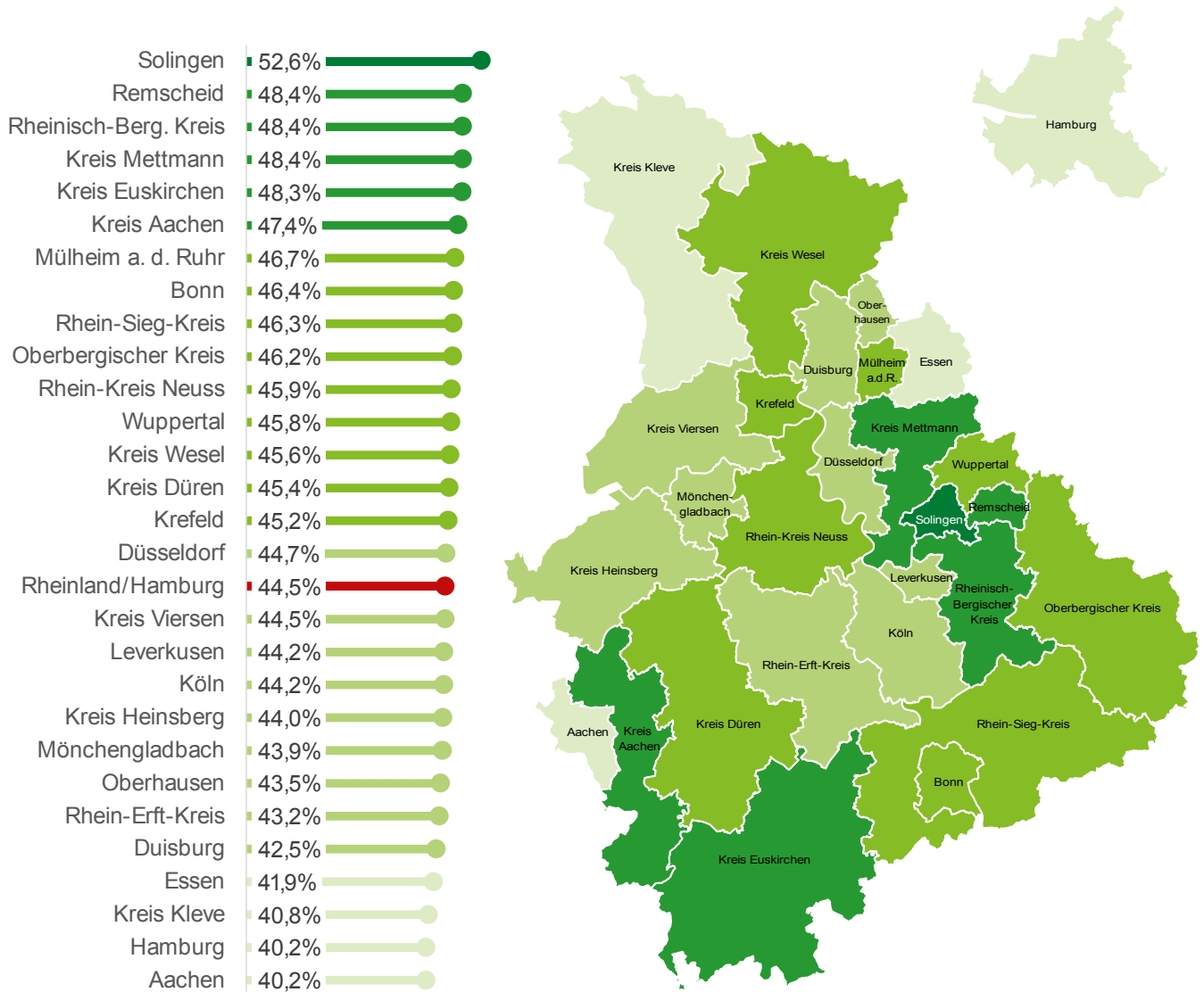
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Früherkennung von Krebserkrankungen bei der Frau

Inanspruchnahme bei Frauen im Alter von 20 bis 64 Jahren



Was wird bei der Früherkennung gemacht?

Im Rahmen der gynäkologischen Früherkennungsuntersuchung können sich Frauen ab 20 Jahren einmal pro Jahr auf Krebs im Genitalbereich, insbesondere Gebärmutterhalskrebs, untersuchen lassen. Früherkennungsmaßnahmen können Krebs in der Regel zwar nicht verhindern, aber frühzeitig entdecken und somit die Heilungschancen verbessern. Neben der Begutachtung des Genitalbereichs, einer Tastuntersuchung der inneren Genitalien sowie einer Betrachtung von Scheide und Muttermund mittels eines Spiegels wird ein Abstrich vom Gebärmuttermund und -hals („Pap-Test“) entnommen. Seit dem Jahr 2020 können Frauen ab 35 Jahren alle drei Jahre einen kombinierten Pap-Test und einen Test auf Humane Papillomviren wahrnehmen. Bei Frauen ab 30 Jahren wird zudem die Brust abgetastet. Dieser Indikator beinhaltet nicht die Teilnahme am Mammographie-Screening für Frauen zwischen 50 und 70 Jahren.

Zeitraum
2019

Aufgreifkriterien
EBM-Ziffer: 01730

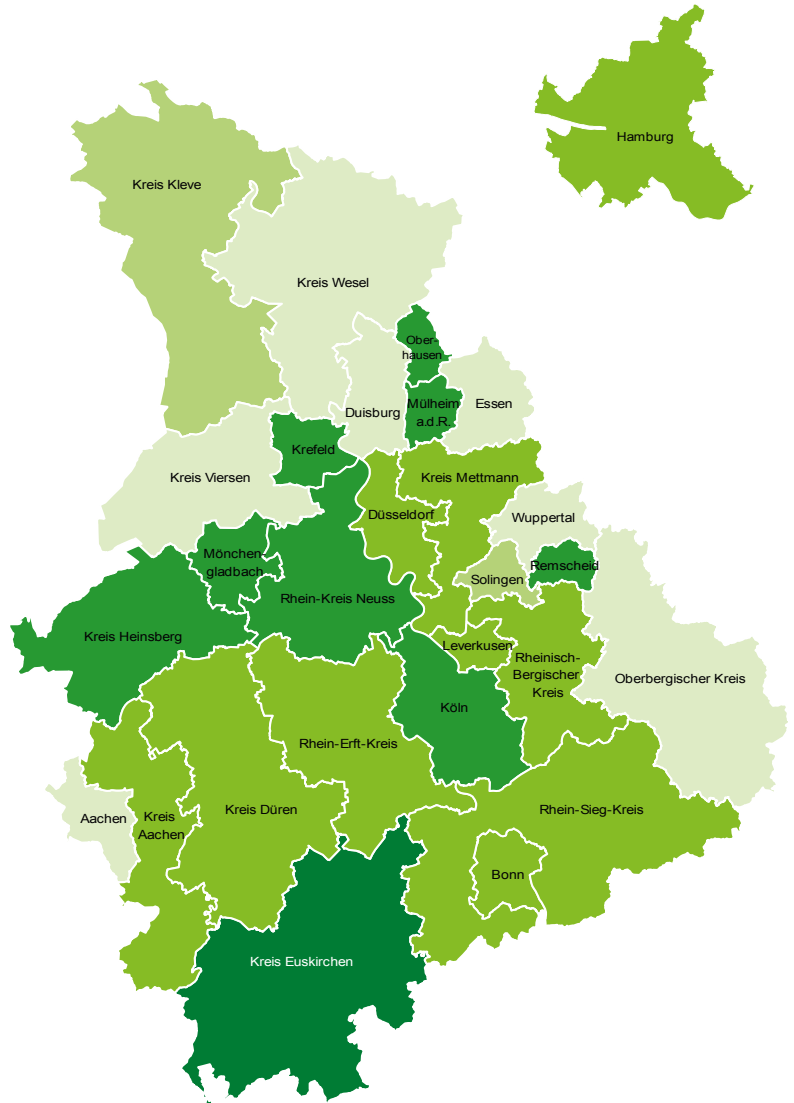
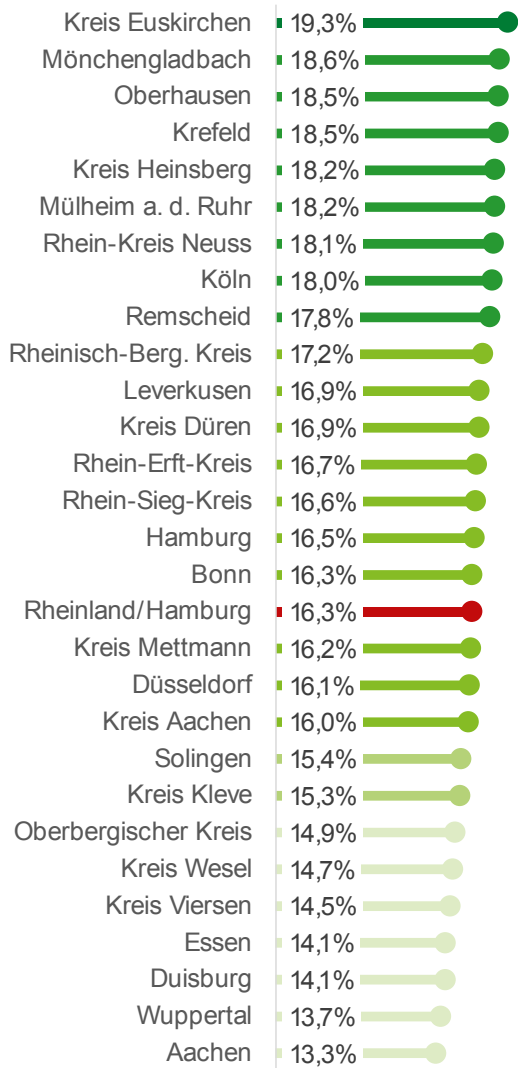
Standardisierung
Alter auf weibliche Bundesbevölkerung

Datenquelle
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung
Wohnort der Versicherten

Früherkennung von Krebserkrankungen beim Mann

Inanspruchnahme bei Männern im Alter von 45 bis 64 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.

Zeitraum
2019

Aufgreifkriterien
EBM-Ziffer: 01731

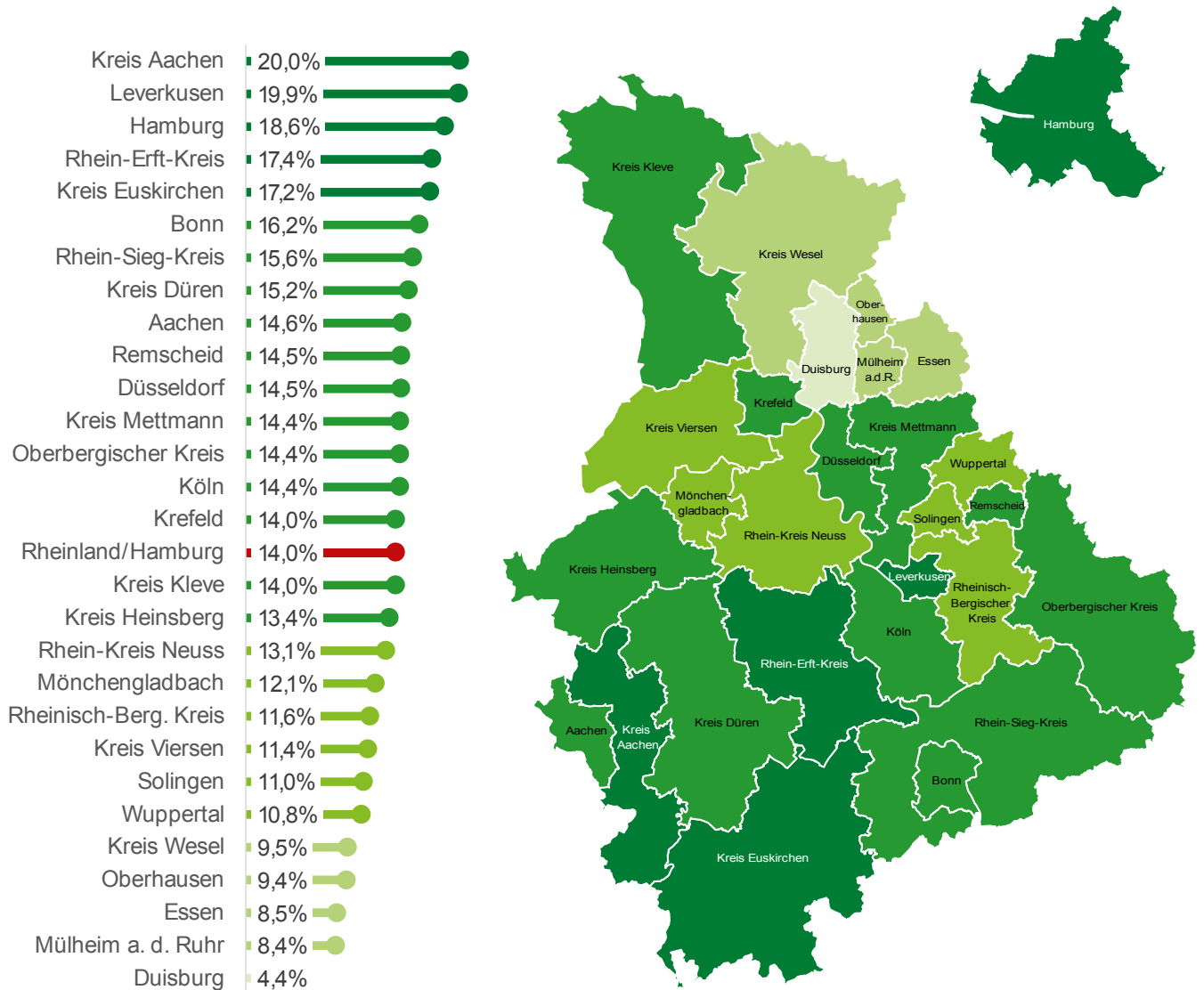
Standardisierung
Alter auf männliche Bundesbevölkerung

Datenquelle
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung
Wohnort der Versicherten

Früherkennungskoloskopie

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 Früherkennungskoloskopie, 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 fünf Geburtsjahrgänge (1956 bis 1960) aus.

Zeitraum

2011 bis 2019

Aufgreifkriterien

EBM-Ziffer: 01741

Standardisierung

keine

Datenquelle

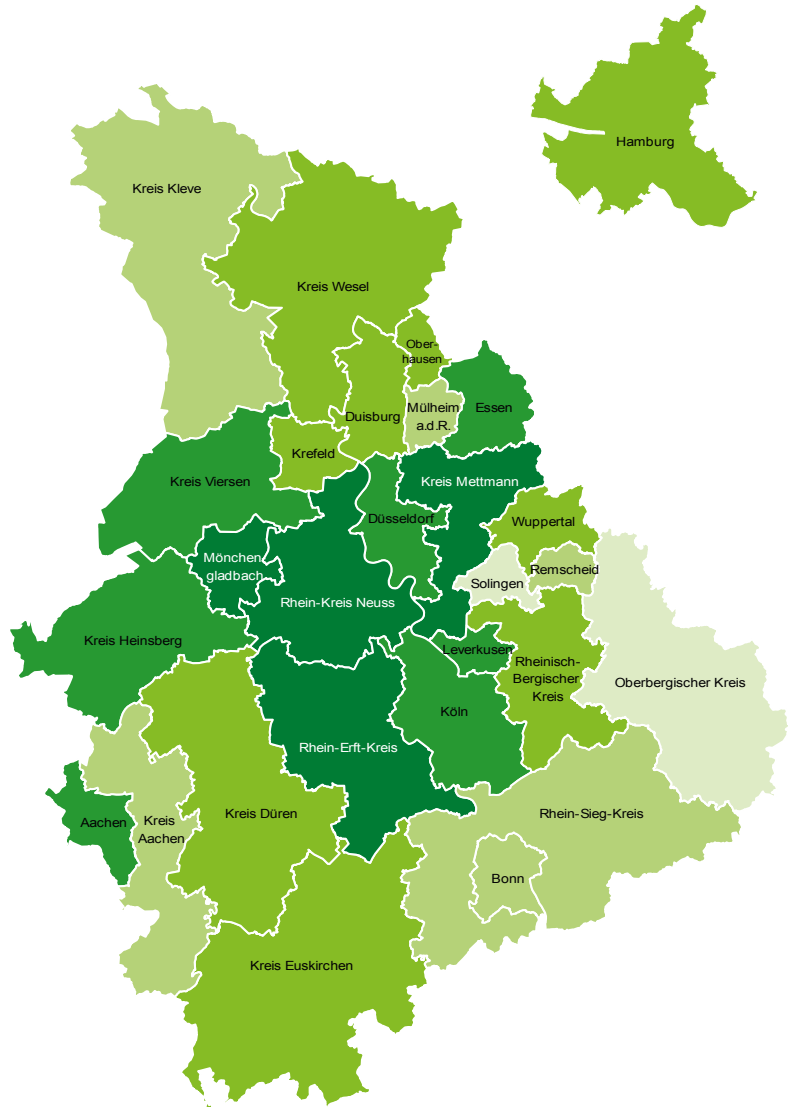
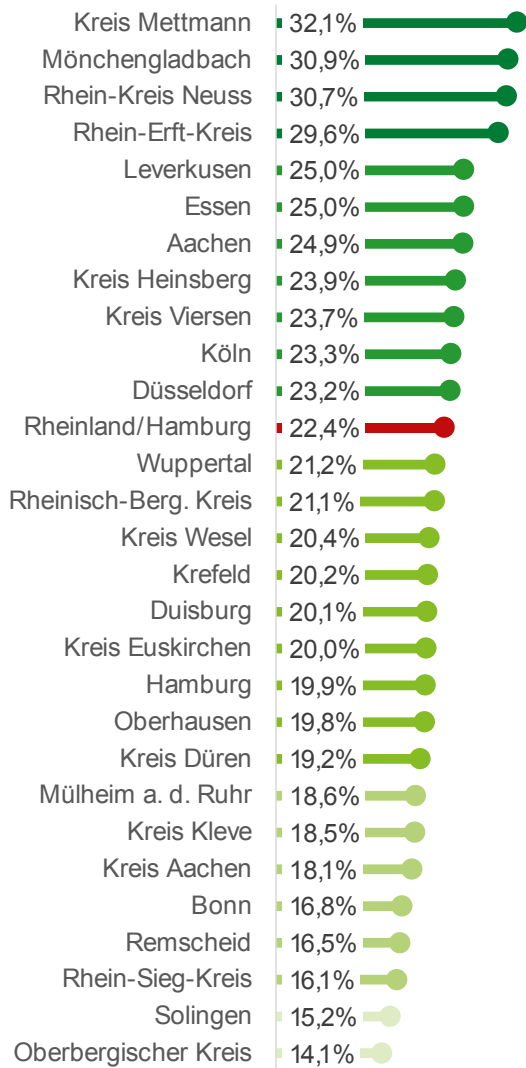
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Ultraschall-Screening Bauchaortenaneurysmen

Inanspruchnahme bei Männern ab 65 Jahren



Warum gibt es ein Screening Bauchaortenaneurysmen?

Ein Bauchaortenaneurysma ist eine Ausbuchtung der Hauptschlagader im Bauchraum. Die Ausbuchtung verursacht selbst keine Beschwerden, in seltenen Fällen kann die Schlagader aber an dieser Stelle reißen – mit lebensbedrohlichen Folgen. Bauchaortenaneurysmen sind selten. Am häufigsten sind Männer ab 65 Jahren betroffen. Etwa zwei Prozent der Männer zwischen 65 und 75 Jahren haben ein Aneurysma der Bauchschlagader. Wissenschaftliche Studien konnten zeigen, dass sich durch ein Screening-Programm in dieser Altersgruppe Todesfälle verhindern lassen. Seit Anfang des Jahres 2018 haben gesetzlich krankenversicherte Männer ab 65 Jahren daher Anspruch auf eine einmalige Ultraschalluntersuchung zur Früherkennung von Bauchaortenaneurysmen. Die Auswertung zeigt, wie viele Männer ab 65 Jahren in den ersten beiden Jahren seit Einführung des Screenings daran teilgenommen haben.

Zeitraum

2018 und 2019

Aufgreifkriterien

EBM-Ziffer: 01748

Standardisierung

Alter auf männliche Bundesbevölkerung

Datenquelle

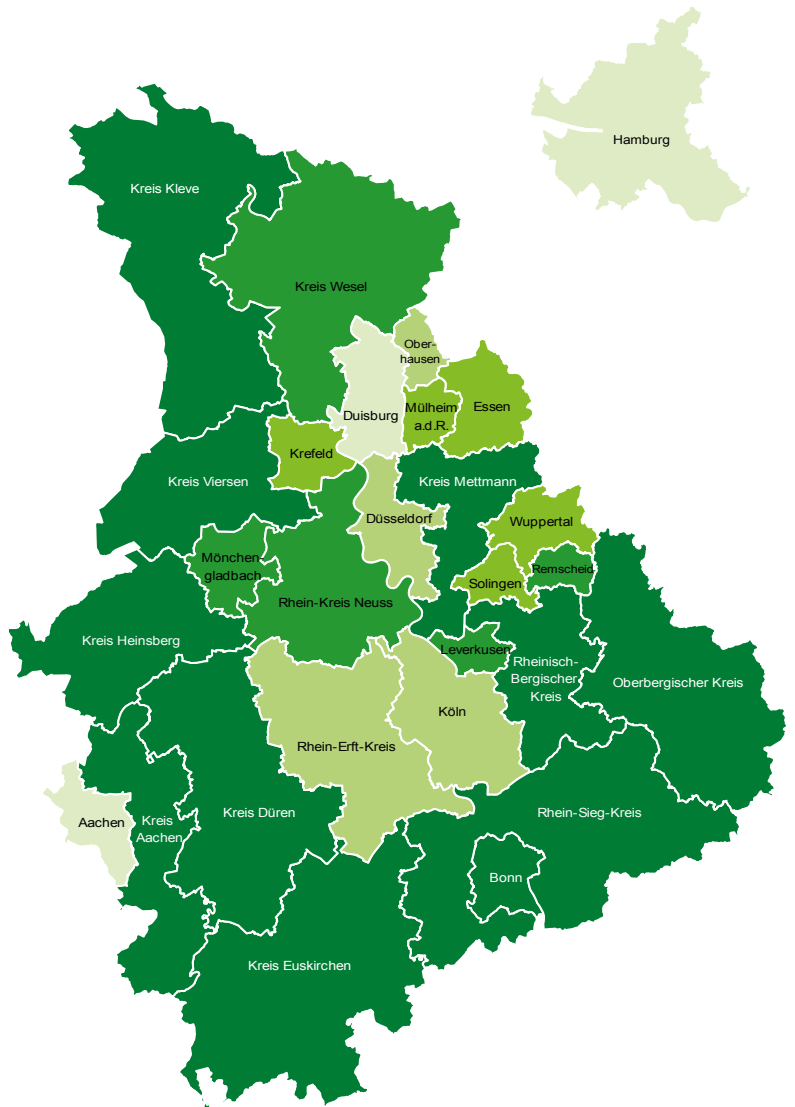
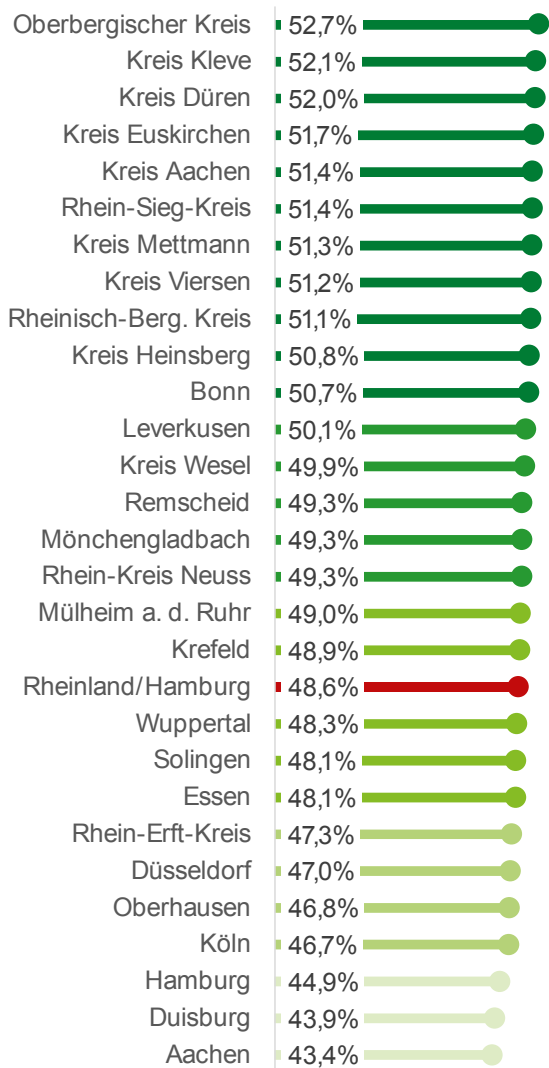
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Mundgesundheitsuntersuchung

Inanspruchnahme bei Versicherten ab 18 Jahren



Warum sollte man regelmäßig seine Mundgesundheit kontrollieren lassen?

Als Mundgesundheitsuntersuchung wird die routinemäßige Kontrolle der Zähne, des Zahnfleisches und des Mundraums durch die Zahnärztin oder den Zahnarzt bezeichnet. Die Untersuchung ist wichtig, um Erkrankungen frühzeitig erkennen und behandeln und so die Zahngesundheit erhalten zu können. Sie sollte in der Regel alle sechs Monate, mindestens jedoch einmal pro Jahr durchgeführt werden.

Die Auswertung weist den Anteil der erwachsenen Personen aus, die im Jahr 2019 mindestens einmal zur Kontrolle der Mundgesundheit in der zahnärztlichen Praxis waren.

Zeitraum
2019

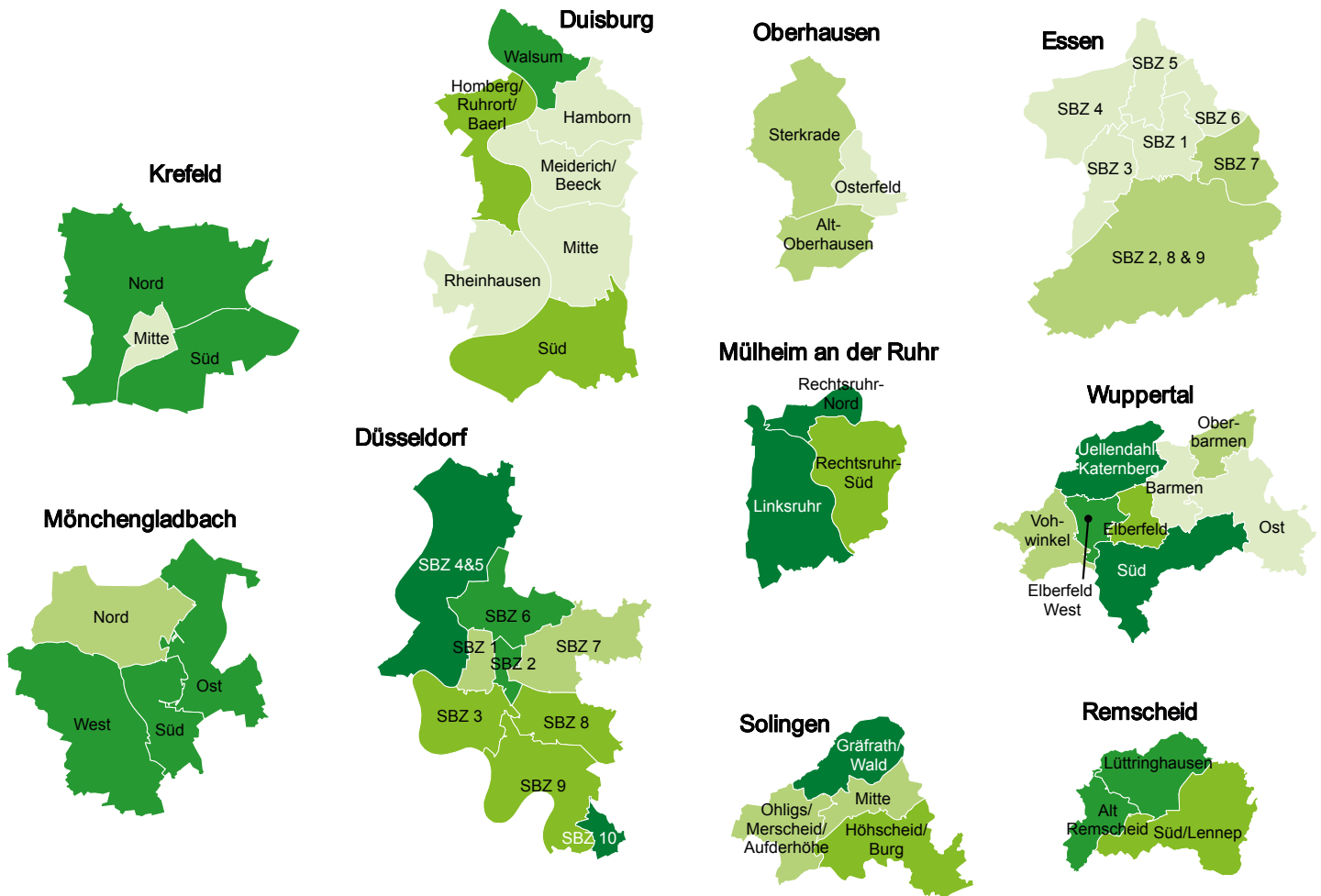
Aufgreifkriterien
BEMA-Ziffer: 01

Standardisierung
Alter und Geschlecht auf Bundesbevölkerung

Datenquelle
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung
Wohnort der Versicherten

Früherkennung in den Stadtbezirken

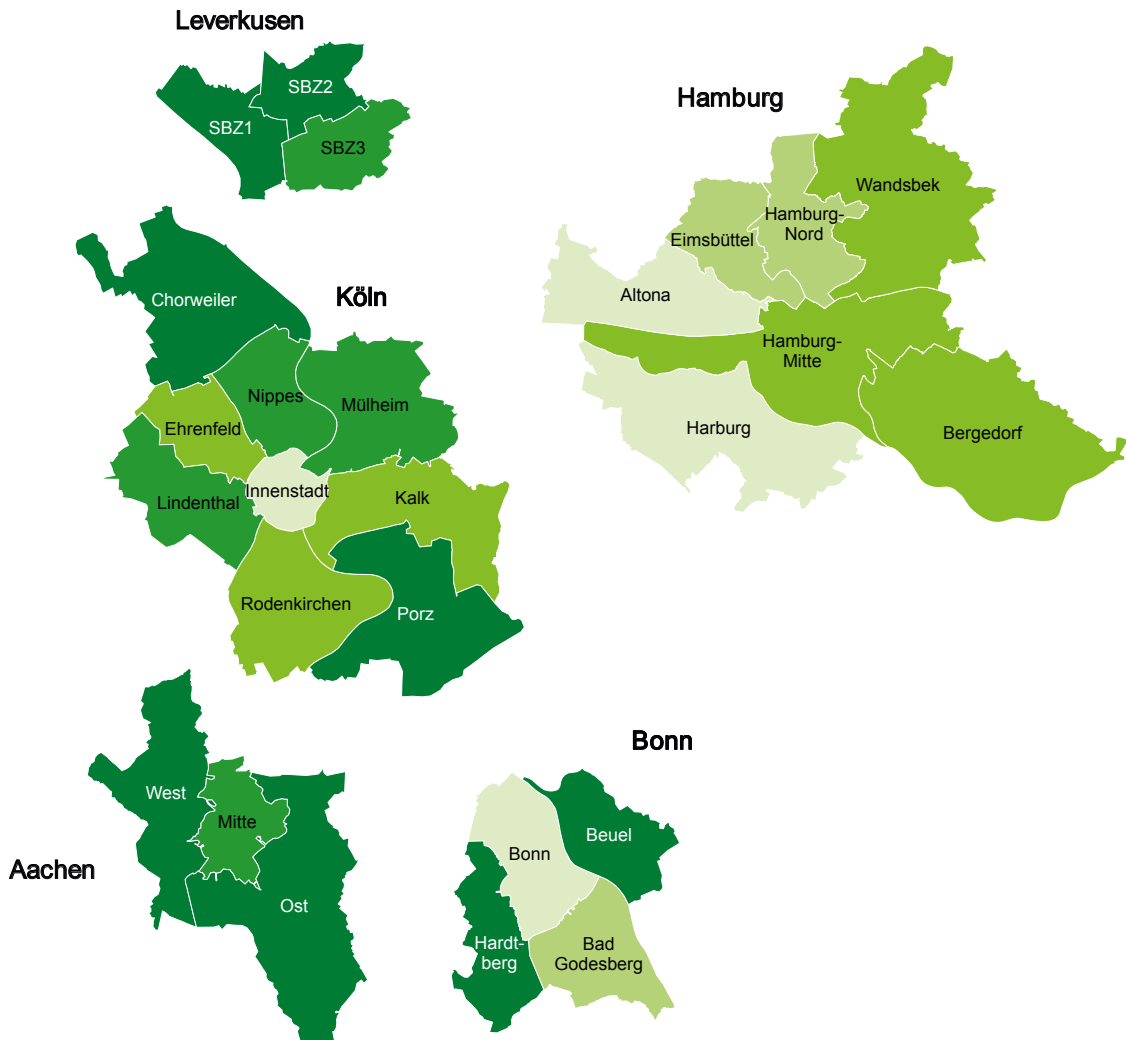


Wie erfolgt die Gruppeneinteilung der Stadtbezirke?

Die Gesundheits- und Versorgungssituation innerhalb von Städten ist keinesfalls einheitlich – die Gesundheitschancen sind sehr ungleich verteilt. Auch in den Städten gibt es strukturschwache Räume. Um eine generelle Aussage zur Inanspruchnahme der Früherkennung zu ermöglichen, wurden die Teilnahmequoten von fünf Früherkennungsuntersuchungen zu einem Früherkennungsindex zusammengefasst. Berücksichtigt wurde die Inanspruchnahme des Check-up bei Frauen, des Check-up bei Männern, der Früherkennung von

Krebserkrankungen bei der Frau, der Früherkennung von Krebserkrankungen beim Mann sowie der Mundgesundheitsuntersuchung.

Für jeden Stadtbezirk wurde der Rang ermittelt, den er im Vergleich zu allen 77 betrachteten Stadtbezirken in Bezug auf die Teilnehmerate einer Früherkennungsmaßnahme einnimmt. Aus den Rängen der fünf Einzelmaßnahmen des Themenfelds wurde dann ein Durchschnittswert gebildet und die Stadtbezirke gemäß ihres Rang-Durchschnitts in fünf Klassen eingeteilt.



Legende

Der Stadtbezirk gehört zu der Gruppe der Stadtbezirke mit einer durchschnittlich:

- sehr hohen Inanspruchnahme
- hohen Inanspruchnahme
- mittleren Inanspruchnahme
- niedrigen Inanspruchnahme
- sehr niedrigen Inanspruchnahme

Berücksichtigte Indikatoren

- Inanspruchnahme von
- Check-up bei Frauen,
 - Check-up bei Männern,
 - Früherkennung von Krebserkrankungen bei der Frau,
 - Früherkennung von Krebserkrankungen beim Mann,
 - Mundgesundheitsuntersuchung

Zeitraum

siehe Seiten 21 bis 24, 27

Aufgreifkriterien

siehe Seiten 21 bis 24, 27

Standardisierung

Alter und Geschlecht auf Bundesbevölkerung

Datenquelle

AOK Rheinland/Hamburg

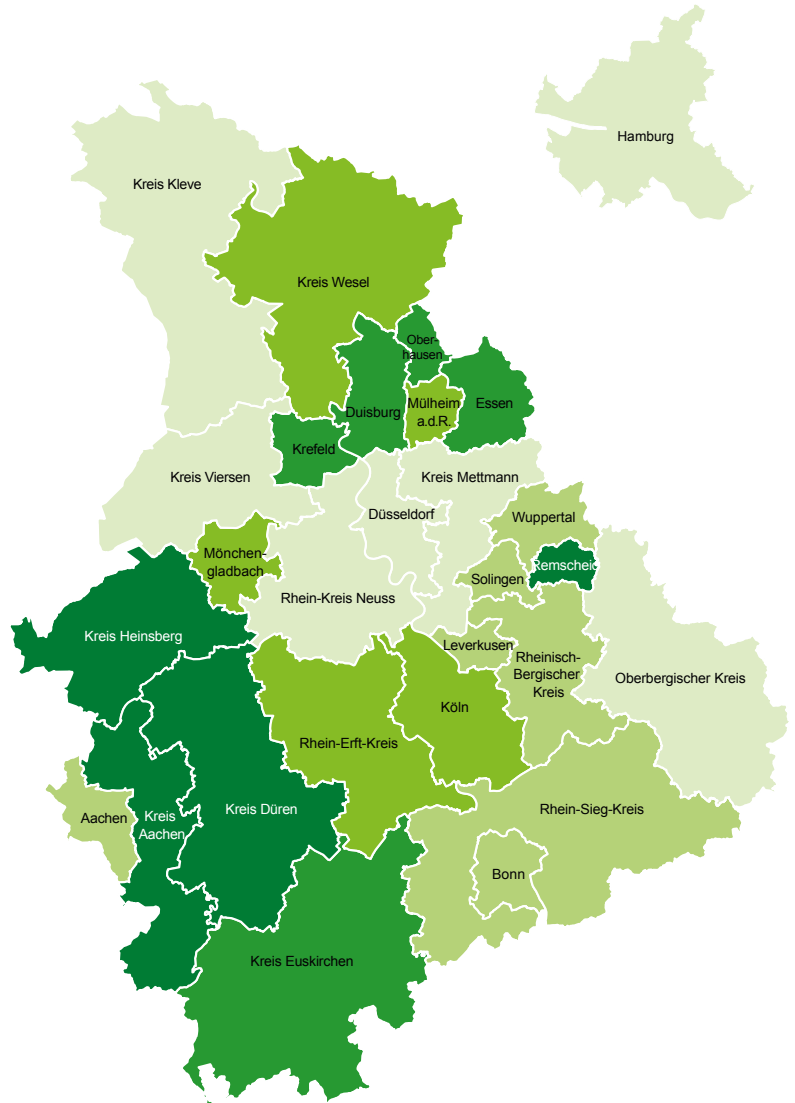
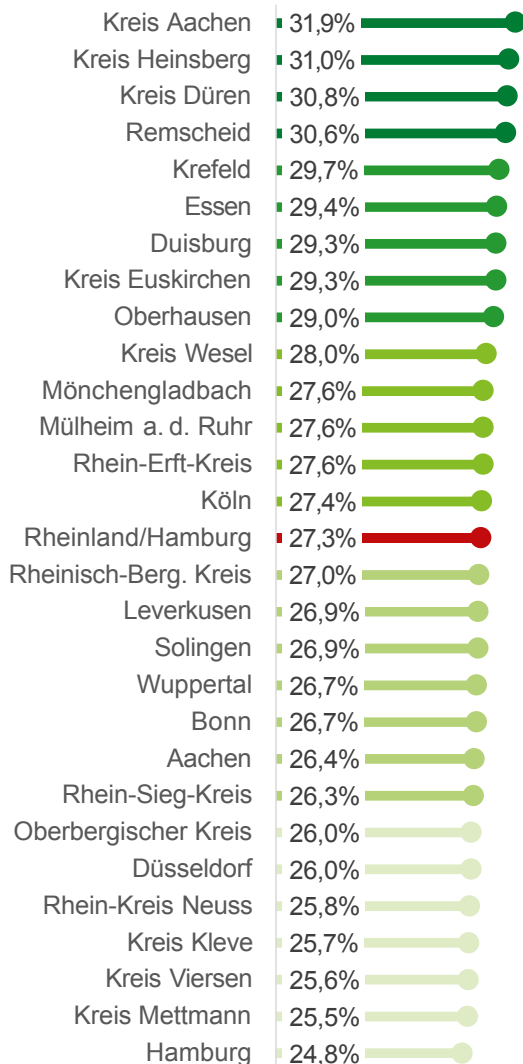
Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Schwerpunktthema: Chronische Schmerzen

Chronische Schmerzen: Prävalenz

Anteil an allen Versicherten



Was sind chronische Schmerzen?

Schmerzen können verschiedene Ursachen haben. In den meisten Fällen sind sie eine Reaktion auf eine bestehende oder mögliche Verletzung des Gewebes. Ihre wichtige Schutz- und Warnfunktion schützt den Körper vor Schäden und Überlastung. Im Unterschied zu diesen körperlichen („nozizeptiven“) Schmerzen liegt die Schmerzsache 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 weist den Anteil an Versicherten mit Schmerzen in mindestens einer im Report betrachteten Schmerzgruppe aus. Dazu zählen Kreuzschmerzen (nicht-spezifisch, spezifisch), arthrosebedingte Schmerzen, neuropathische Schmerzen, Kopfschmerzen bzw. die chronische Schmerzkrankheit. Als chronische Schmerzen gelten Beschwerden in zwei aufeinanderfolgenden Quartalen.

Zeitraum
2019

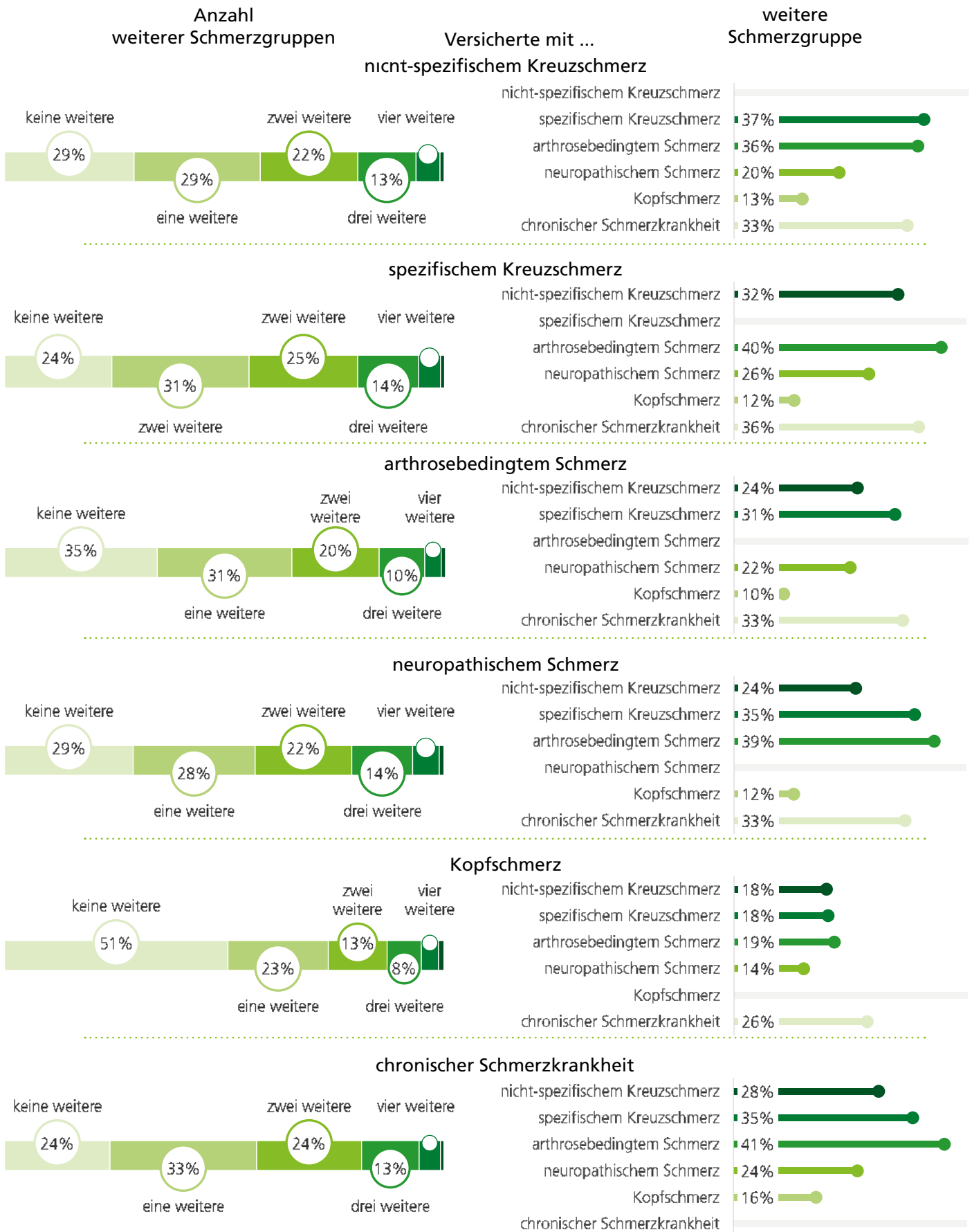
Aufgreifkriterien
siehe Definitionen auf Seite 33, 35, 39, 46, 54, 57

Standardisierung
Alter und Geschlecht auf Bundesbevölkerung

Datenquelle
AOK Rheinland/Hamburg

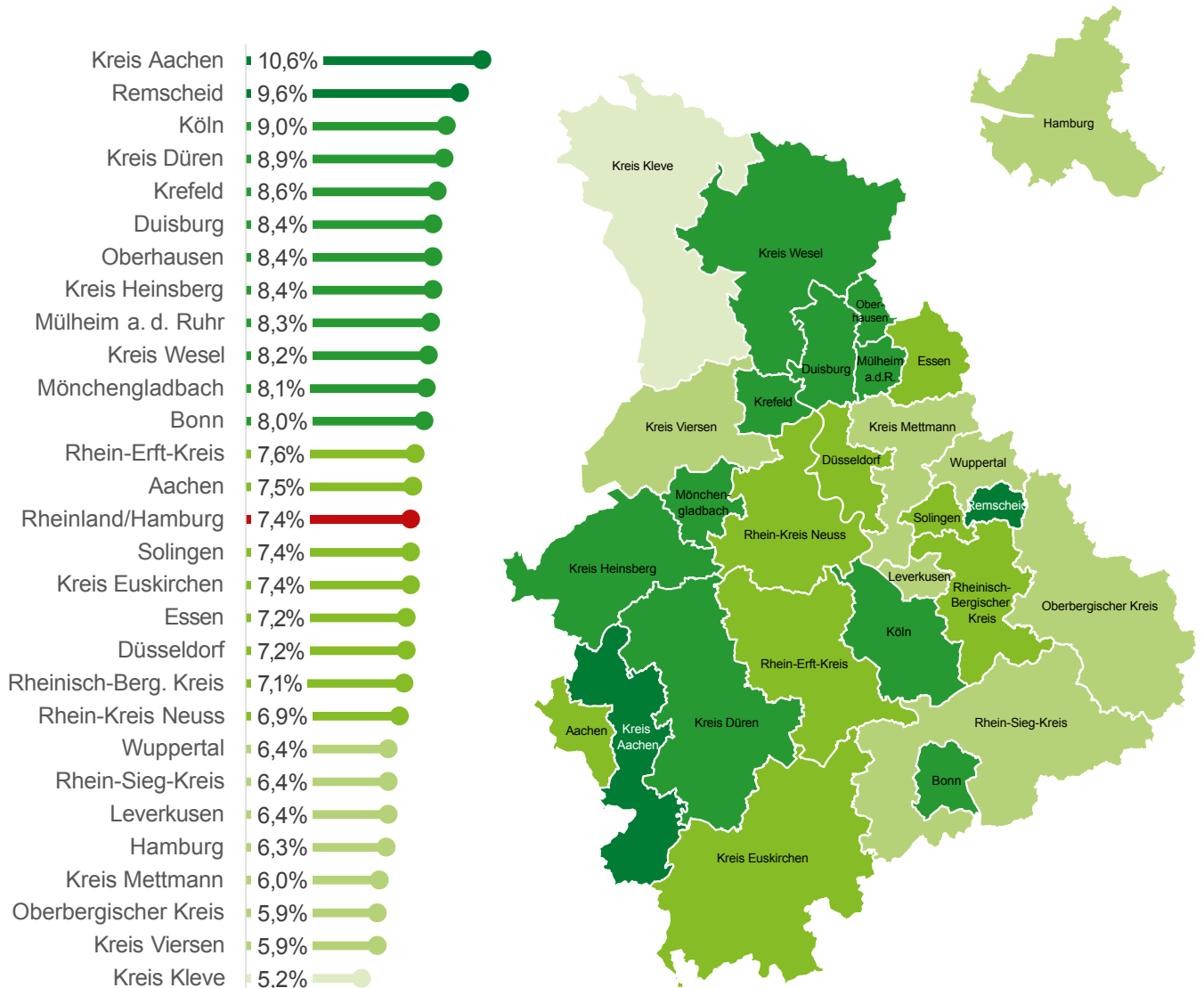
Regionale Zuordnung
Wohnort der Versicherten

Versicherte mit multiplen chronischen Schmerzen



Nicht-spezifischer Kreuzschmerz: Prävalenz

Anteil an allen Versicherten



Was ist nicht-spezifischer Kreuzschmerz?

Kreuzschmerzen sind Schmerzen im unteren (lumbalen) Rückenbereich, das heißt unterhalb des Rippenbogens und oberhalb des Gesäßes. Bei nicht-spezifischen Kreuzschmerzen lassen sich keine eindeutigen Hinweise auf eine spezifische zu behandelnde Ursache erkennen. Eine zielgerichtete Therapie ist daher nicht möglich. Die meisten Patientinnen und Patienten sind nach einem Zeitraum von vier bis sechs Wochen wieder beschwerdefrei. Insbesondere körperliche Bewegung kann die Schmerzen oftmals wirksam lindern.

Nicht-spezifische Kreuzschmerzen werden häufig durch psychosoziale oder arbeitsplatzbezogene Faktoren ausgelöst, aufrechterhalten und/oder verstärkt. Stress, Konflikte oder Belastungssituationen machen sich als Schmerzen im Kreuz bemerkbar. Als chronische Kreuzschmerzen werden in diesem Report Beschwerden definiert, die in zwei aufeinanderfolgenden Quartalen kodiert worden sind.

Zeitraum
2019

Aufgreifkriterien
ICD-10-Codes:
M54.4/5/85-89/95-99,
M99.03/83/93

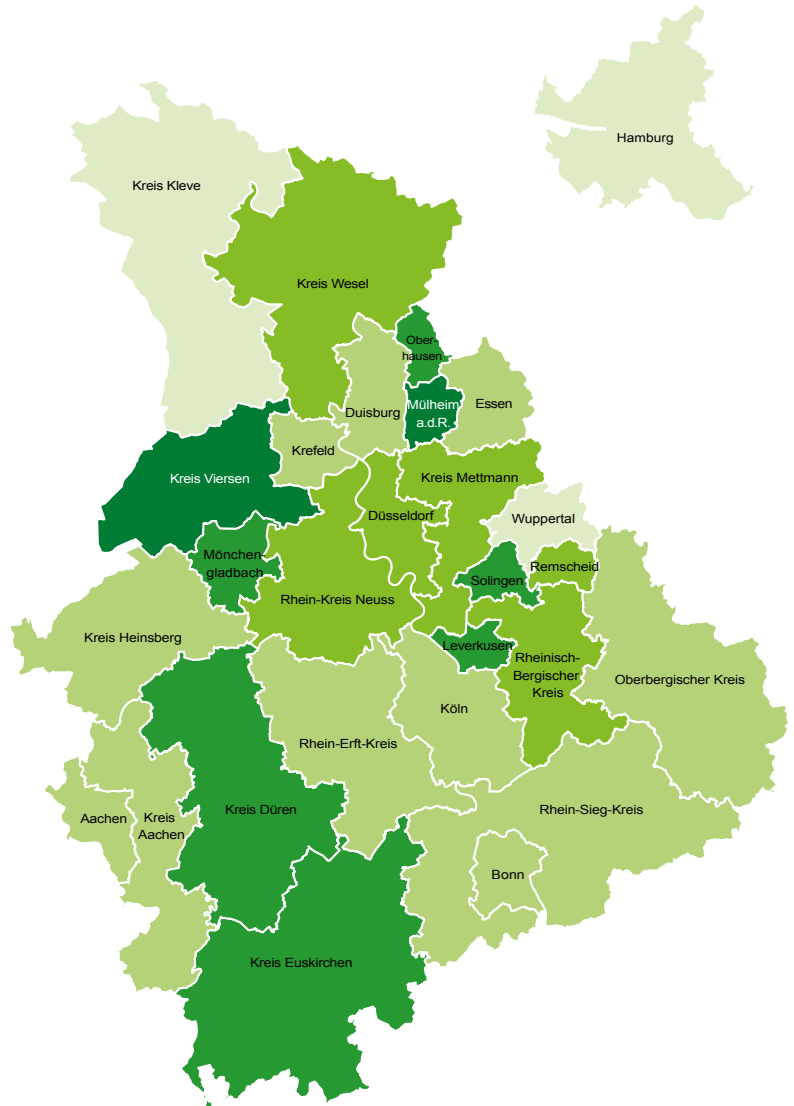
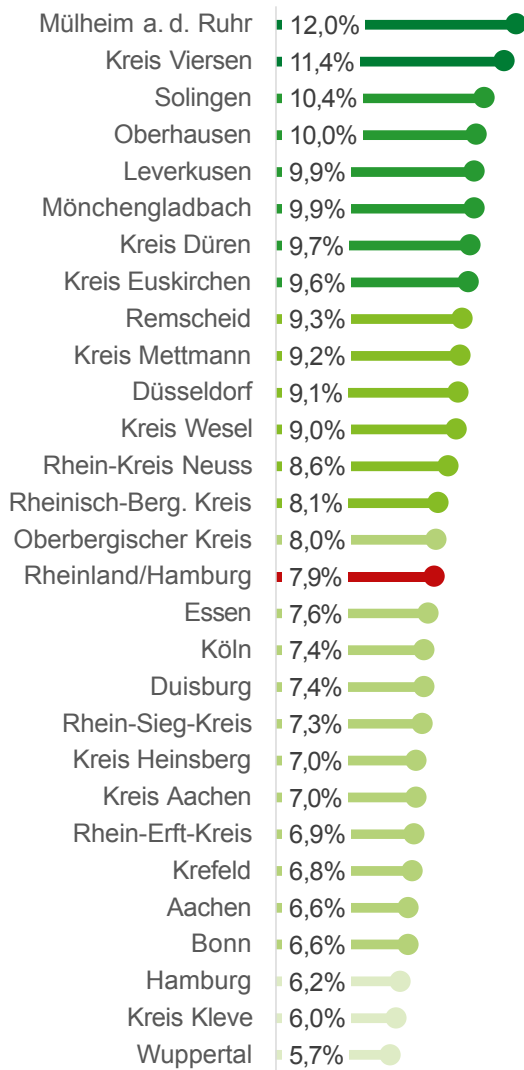
Standardisierung
Alter und Geschlecht auf
Bundesbevölkerung

Datenquelle
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung
Wohnort der Versicherten

Nicht-spezifischer Kreuzschmerz: Bildgebung im Quartal der Erstdiagnose

Anteil an allen Versicherten mit erstmaliger Diagnose



Warum wird keine frühe Bildgebung empfohlen?

Kreuzschmerzen haben in den meisten Fällen keine konkrete Ursache. Ergeben das Gespräch mit der Ärztin oder dem Arzt und eine körperliche Untersuchung keine Hinweise auf ernsthafte Ursachen, sollte auf eine Bildgebung verzichtet werden: Diese kann unter Umständen Veränderungen am Rücken entdecken, die nicht mit den Schmerzen zusammenhängen, und so Ängste fördern, Schmerzen verstetigen und unnötige Therapien nach sich ziehen. Eine bildgebende Diagnostik (Röntgen, CT oder MRT) verbessert daher die Therapieentscheidung und das Behandlungsergebnis nicht. Die Auswertung zeigt den Anteil der Patientinnen und Patienten mit nicht-spezifischem Kreuzschmerz, bei denen im Quartal der ersten Diagnosestellung ein bildgebendes Verfahren durchgeführt und im selben Fall keine spezifischen Kreuzschmerzen, Frakturen oder onkologische Erkrankungen kodiert wurden. Röntgenaufnahmen im Krankenhaus sind in den Routinedaten nicht erfasst.

Zeitraum
2019

Aufgreifkriterien
OPS-Codes: 3.2 und 3.8
EBM-Ziffern: 34221-34223, 34311, 34411

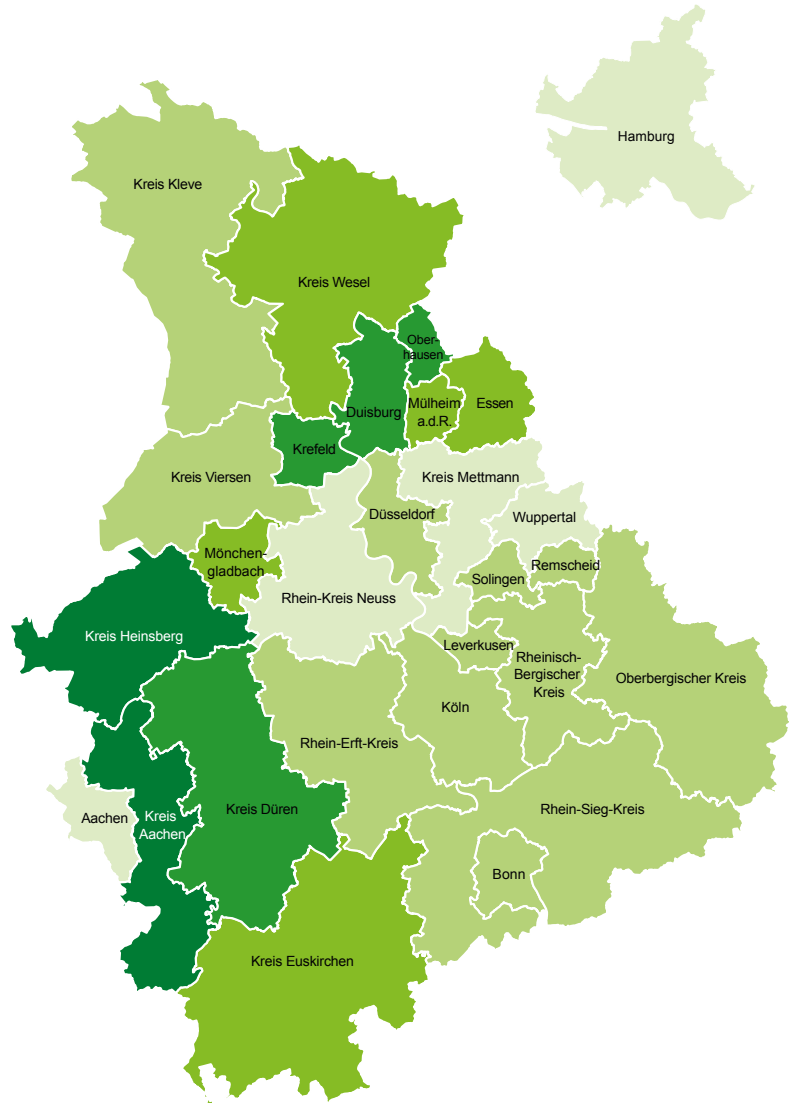
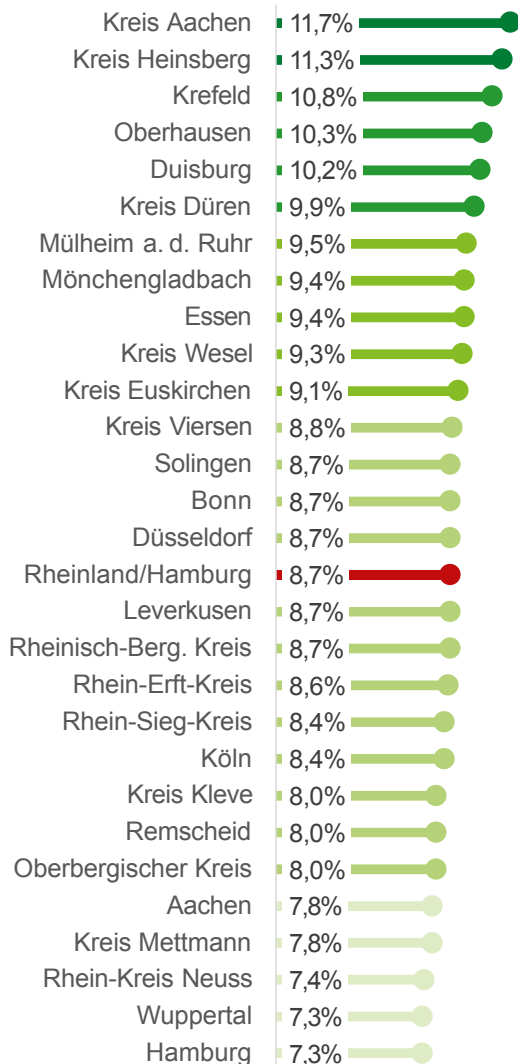
Standardisierung
Alter und Geschlecht auf betrachteten Versichertenkreis

Datenquelle
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung
Wohnort der Versicherten

Spezifischer Kreuzschmerz: Prävalenz

Anteil an Versicherten



Was ist spezifischer Kreuzschmerz?

Kreuzschmerzen sind Schmerzen im unteren (lumbalen) Rückenbereich, das heißt unterhalb des Rippenbogens und oberhalb des Gesäßes. Bei spezifischen Kreuzschmerzen kann eine körperliche Ursache identifiziert werden, wie zum Beispiel bei dem Bandscheibenvorfall, der Verengung des Rückenmarkkanals oder wenn sich Wirbel verschieben. In diesen Fällen ist eine gezielte Therapie möglich.

Als chronische Kreuzschmerzen werden in diesem Report Beschwerden definiert, die in zwei aufeinanderfolgenden Quartalen kodiert worden sind.

Zeitraum
2019

Aufgreifkriterien
ICD-10-Codes: M43.0/1, M45.0, M46.0-9, M47.2, M48.0/1/3-9/ M49.0-8, M54.1 (jeweils Endziffern 5 bis 9), M51, M80.0-9 (Endziffer 8), M99.1-5 (Endziffer 3)

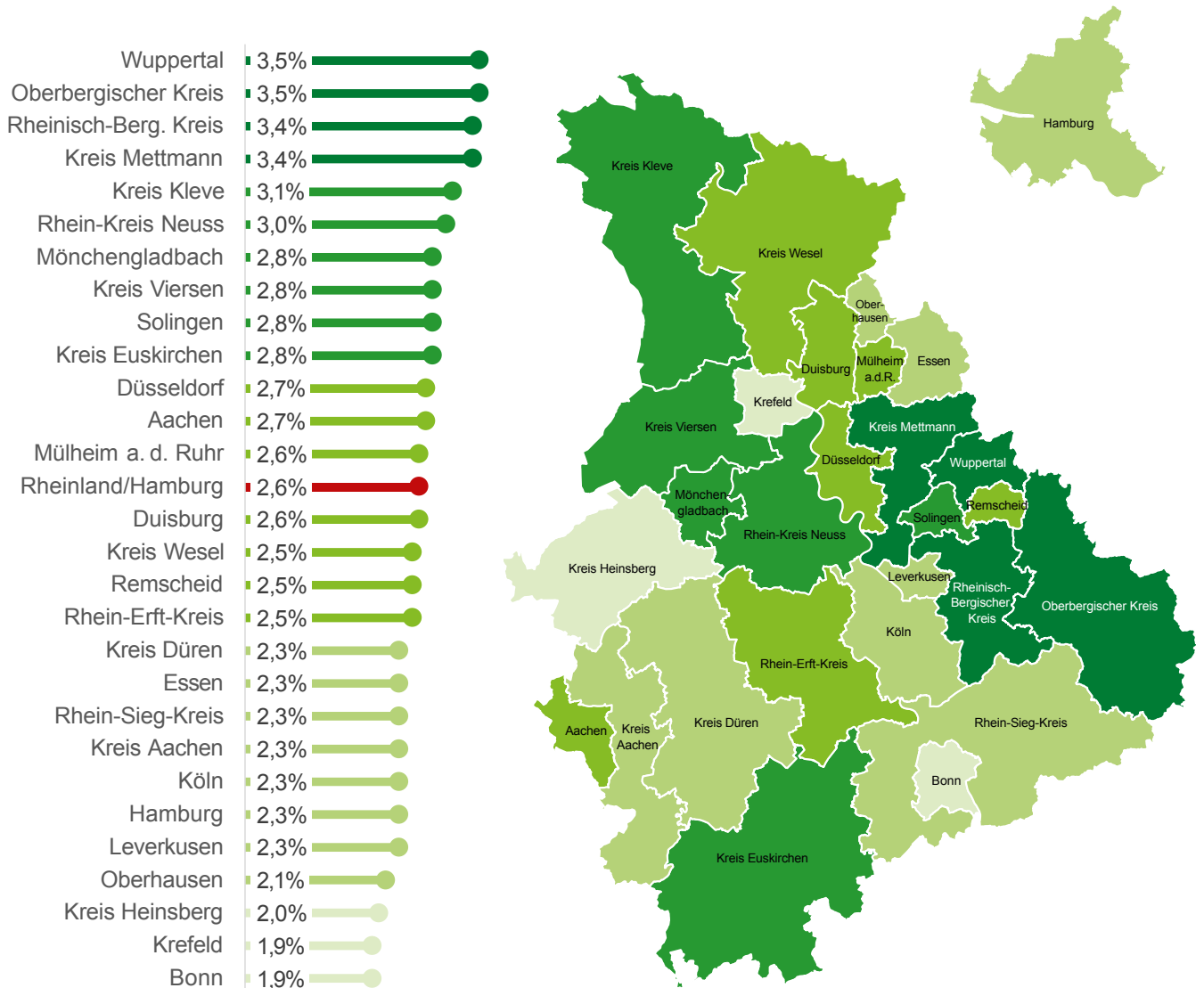
Standardisierung
Alter und Geschlecht auf Bundesbevölkerung

Datenquelle
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung
Wohnort der Versicherten

Spezifischer Kreuzschmerz: Operationen

Anteil an allen Versicherten mit chronischem spezifischem Kreuzschmerz



Wann sollte eine Operation erwogen werden?

Sofern keine neurologischen Ausfälle bestehen, sollten spezifische Kreuzschmerzen vorrangig konservativ behandelt werden. Wenn die Beschwerden trotz konservativer Therapie anhalten, kann eine operative Maßnahme erwogen werden. Je nach Ursache der Kreuzschmerzen kommen unterschiedliche Operationsmethoden zum Einsatz. So wird bei einem Bandscheibenvorfall zumeist das ausgetretene Bandscheibengewebe operativ entfernt. Bei der Verengung des Rückenmarkkanals wird der Kanal operativ erweitert, um die Nerven zu entlasten. Bei einer Instabilität der Wirbel können die Wirbel versteift werden (Spondylodese). Ziel des Eingriffs ist es, die zugrundeliegenden Ursachen der Schmerzen zu beseitigen.

Zeitraum
2019

Aufgreifkriterien
OPS-Code: 5-83 ohne 5-83a

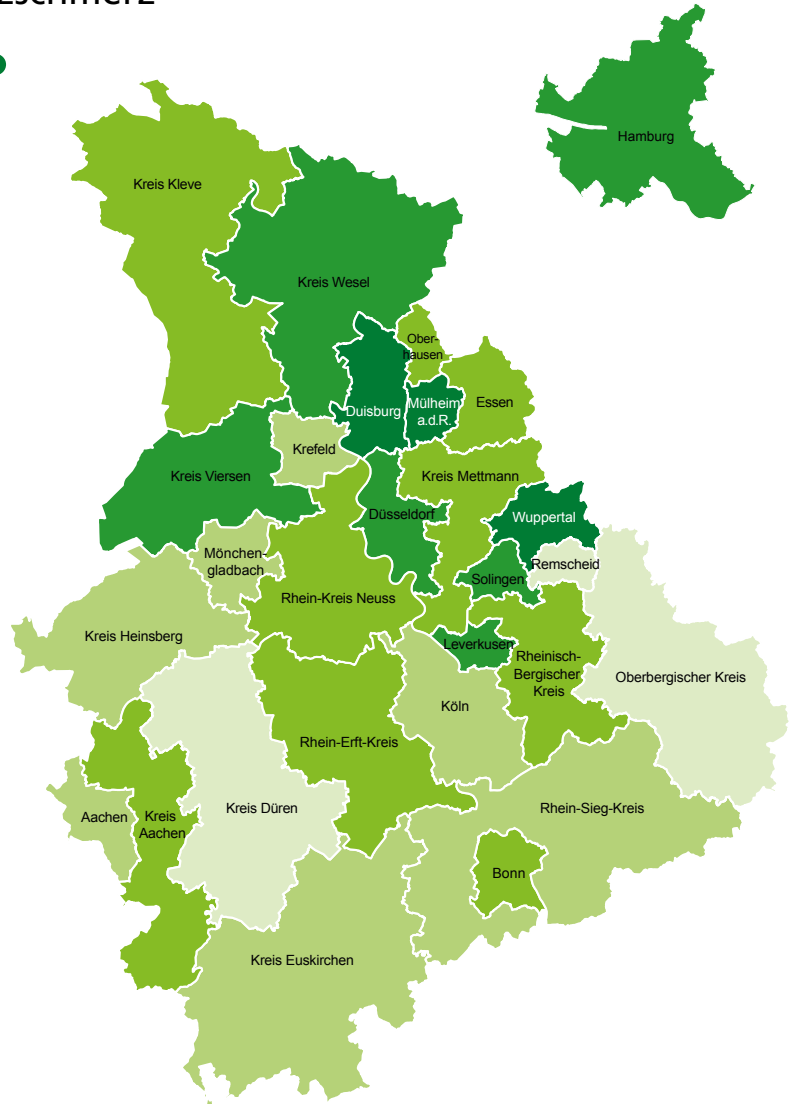
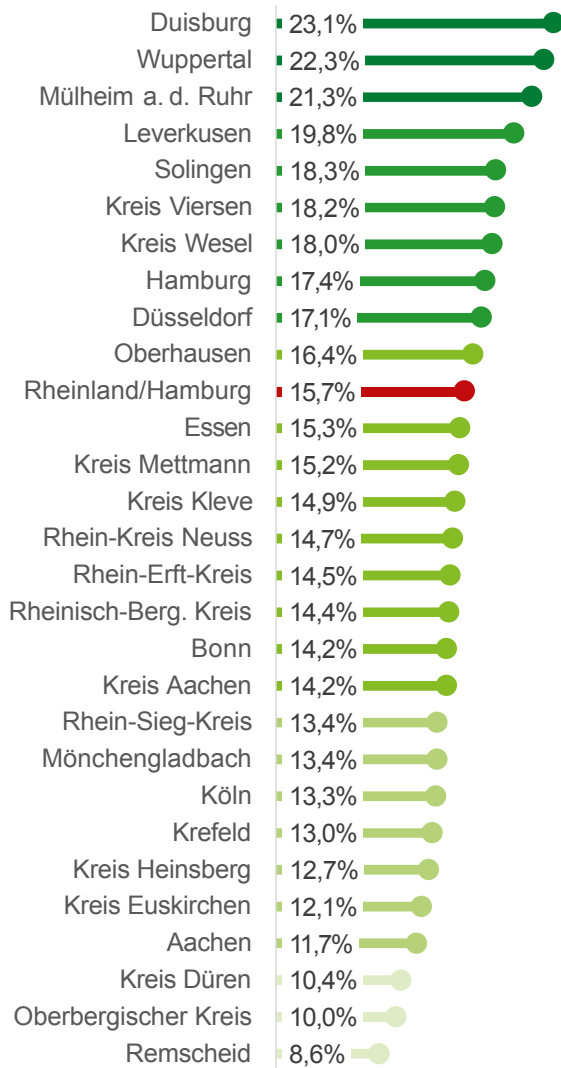
Standardisierung
Alter und Geschlecht auf betrachteten Versichertenkreis

Datenquelle
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung
Wohnort der Versicherten

Spezifischer Kreuzschmerz: Operationen ohne vorherige konservative Therapie

Anteil an allen Versicherten mit Operation aufgrund von chronischem spezifischem Kreuzschmerz



Warum sollte eine Operation in der Regel die letzte Therapieoption sein?

Kreuzschmerzen gehen in den meisten Fällen selbstständig zurück. Konservative Behandlungsmethoden wie zum Beispiel Physiotherapie unter Begleitung einer medikamentösen Schmerztherapie tragen zur Heilung bei und haben ähnlich hohe Erfolgsaussichten wie eine Operation. Nicht zuletzt aufgrund der Schwere des Eingriffs soll ein operativer Eingriff nur vorgenommen werden, wenn andere Therapiemaßnahmen erfolglos geblieben sind.

Die Auswertung betrachtet, wie viele Operationen an der Wirbelsäule durchgeführt wurden, ohne dass in mindestens einem der zwei Quartale zuvor Schmerzmedikamente verschrieben wurden oder eine Physiotherapie durchgeführt wurde.

Zeitraum
2019

Aufgreifkriterien
OPS-Code: 5-83 ohne 5-83a, für konservative Therapie siehe Seiten 43, 44 und 49

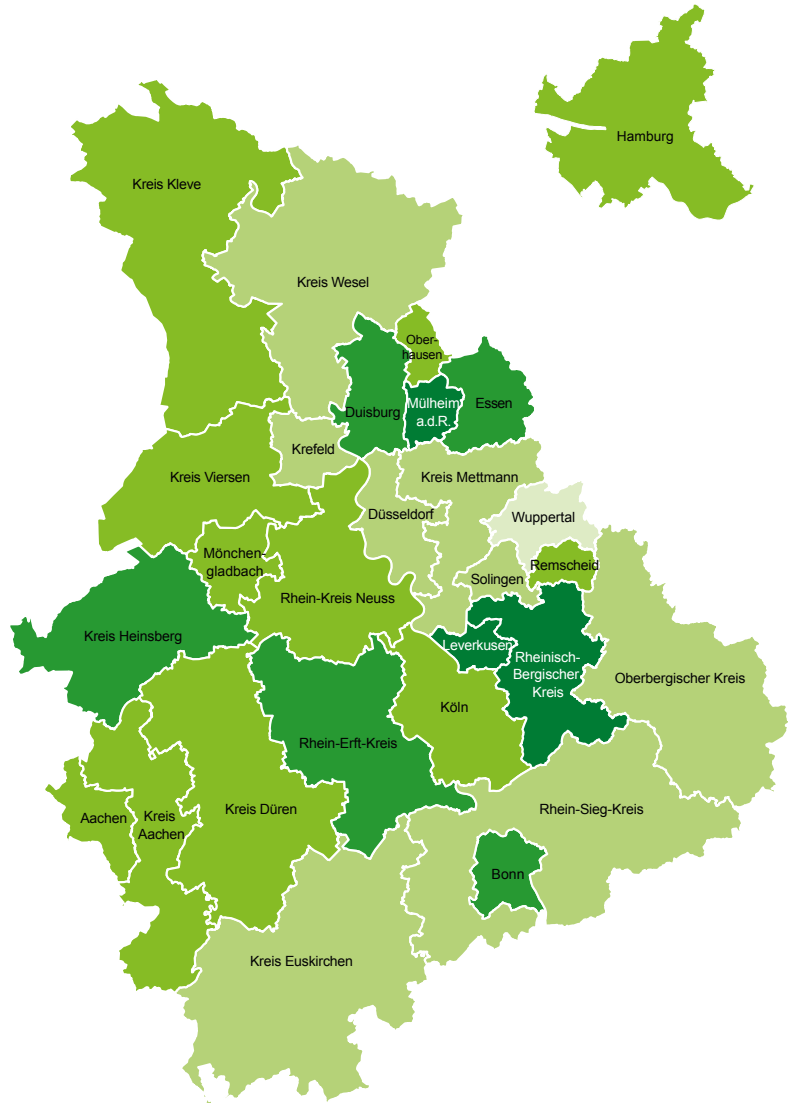
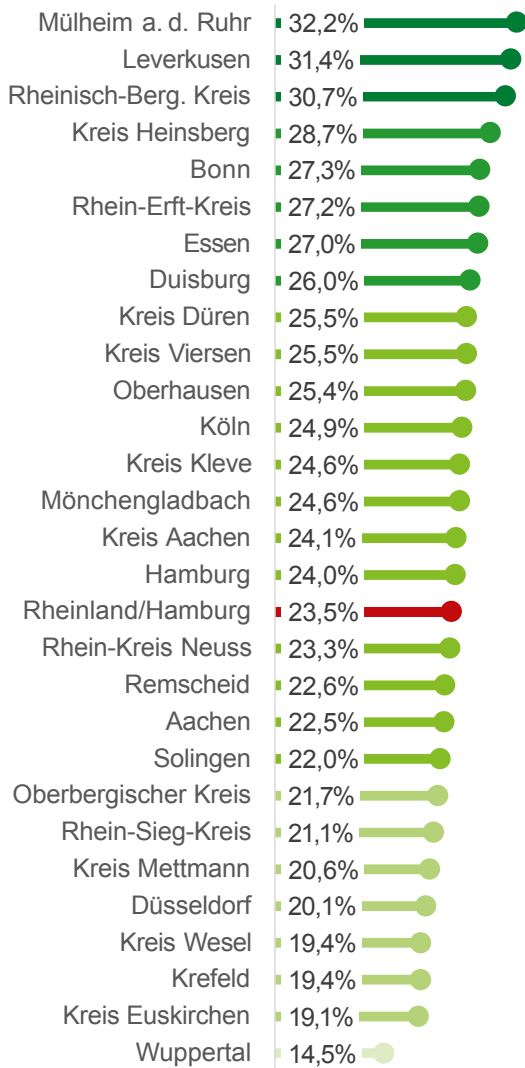
Standardisierung
Alter und Geschlecht auf Bundesbevölkerung

Datenquelle
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung
Wohnort der Versicherten

Spezifischer Kreuzschmerz: Schmerzen nach Operation

Anteil an allen Versicherten mit Operation aufgrund von chronischem spezifischem Kreuzschmerz



Warum können nach einer Operation noch Schmerzen bestehen?

Eine Operation bei spezifischem Kreuzschmerz soll zumeist die konkrete Schmerzursache beseitigen. Treten nach einer Operation weiterhin Schmerzen auf, kann dies verschiedene Ursachen haben: Unter Umständen wurden Veränderungen am Rücken operiert, die den Schmerz gar nicht ausgelöst haben. Eventuell hat die Operation die Schmerzursache nicht vollständig beseitigt oder eine neue Schmerzquelle, zum Beispiel durch Narbenbildung oder eine Nervenverletzung, geschaffen. In anderen Fällen hat die Wirbelsäulenoperation das primäre Ziel, eine Schädigung der Nerven zu verhindern – eine Schmerzreduktion steht dann nicht im Vordergrund. Die Auswertungen zeigen den Anteil der Patientinnen und Patienten, die zwei Quartale nach der Operation weiterhin Schmerzmedikamente bei gleichzeitiger Kreuzschmerz-Diagnose erhalten (ohne arthrosebedingten Schmerz im selben Fall).

Zeitraum
2019

Aufgreifkriterien
ICD-10-Codes: siehe Seiten 33 und 35; OPS-Codes: 5-83 ohne 5-83a
ATC-Codes: siehe Seiten 43 und 49

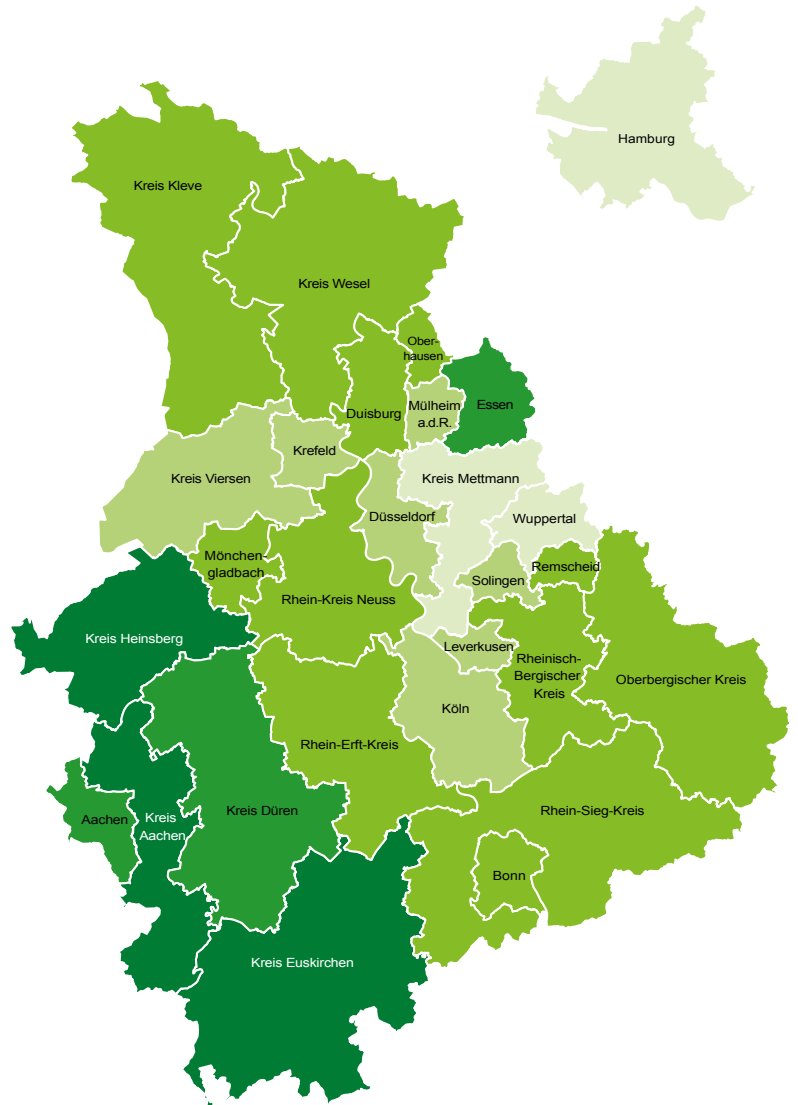
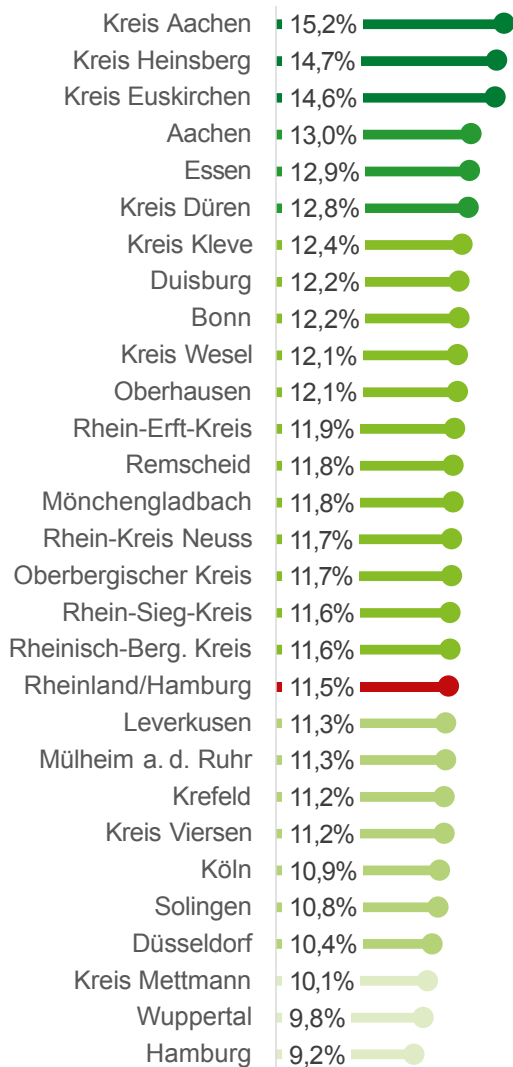
Standardisierung
Alter und Geschlecht auf betrachteten Versichertenkreis

Datenquelle
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung
Wohnort der Versicherten

Arthrosebedingter Schmerz: Prävalenz

Anteil an allen Versicherten



Was ist arthrosebedingter Schmerz?

Eine Arthrose ist eine Gelenkerkrankung, bei der die Knorpelschicht an einem Gelenk durch Abnutzung oder falsche Belastung beschädigt ist. In der Folge kann der Knorpel die Knochen nicht mehr vor Stößen schützen. Der Abrieb von Knorpel- und Knochenmaterial kann zu Entzündungen führen. Zum Druckausgleich bilden sich knöcherne Auswüchse. Das Gelenk versteift. Häufig betroffene Gelenke sind das Hüftgelenk (Koxarthrose) und das Kniegelenk (Gonarthrose).

Eine Arthrose geht zumeist mit Gelenkschmerzen einher. Während sie zu Beginn nur unter Belastung auftreten, bestehen die Schmerzen im fortgeschrittenem Stadium auch im Ruhezustand. Die Beschwerden werden in diesem Report als chronisch definiert, wenn sie in zwei aufeinanderfolgenden Quartalen kodiert worden sind.

Zeitraum
2019

Aufgreifkriterien
ICD-10-Codes: M06,
M15-M19

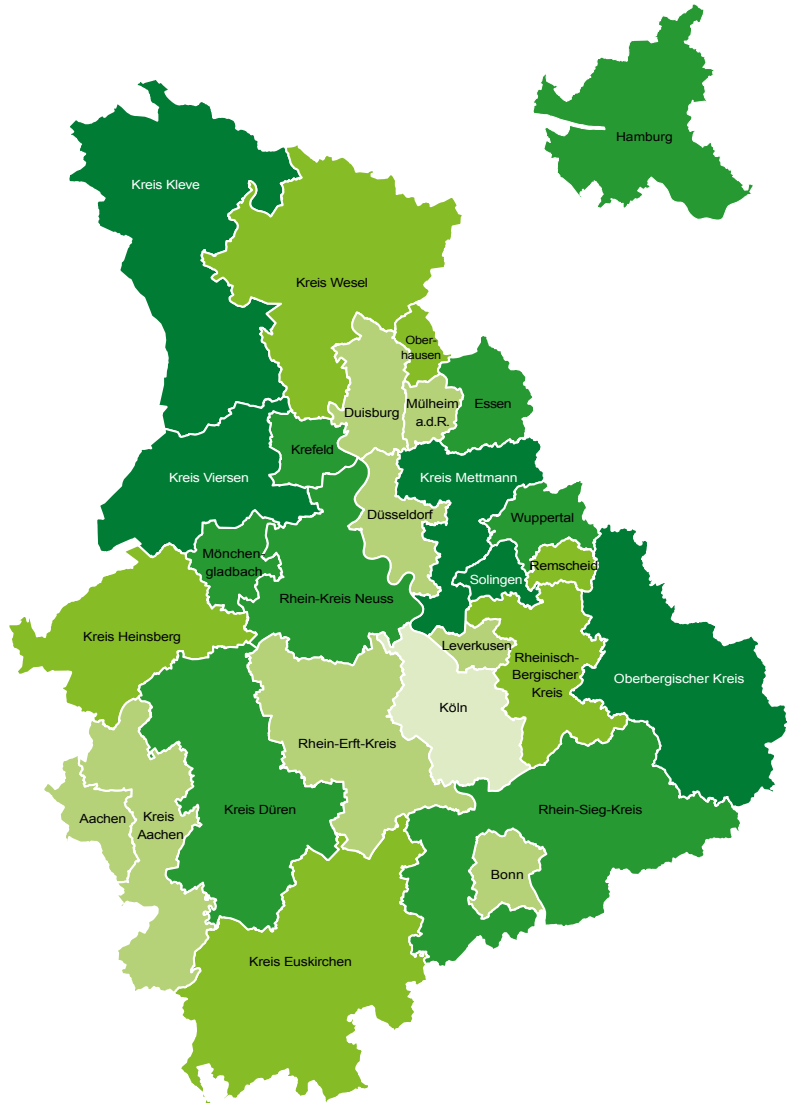
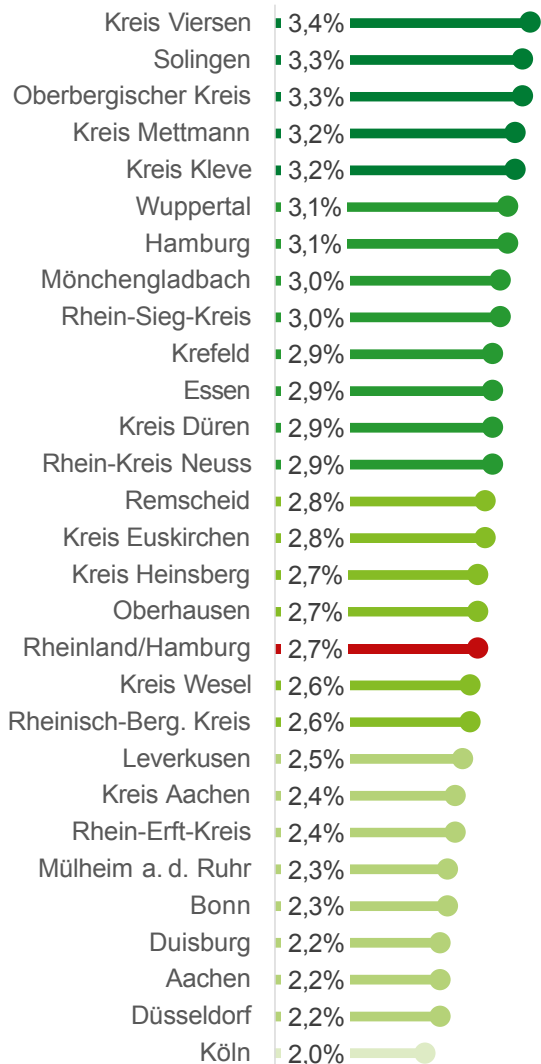
Standardisierung
Alter und Geschlecht
auf betrachteten
Versichertenkreis

Datenquelle
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung
Wohnort der Versicherten

Einsatz eines künstlichen Kniegelenks

Anteil an allen Versicherten mit chronischen arthrosebedingten Knieschmerzen



Warum wird ein künstliches Kniegelenk eingesetzt?

Bei starken, andauernden Schmerzen und stark eingeschränkter Beweglichkeit des Gelenks kann der Einsatz eines künstlichen Gelenkersatzes Abhilfe schaffen. Der Einsatz von künstlichen Kniegelenken gehört zu den am häufigsten durchgeführten Operationen in Deutschland. Das Gelenk wird dabei teilweise oder vollständig durch eine Prothese aus Metallgelenkflächen mit Kunststoffpuffern (Inlays) ersetzt. Die Ursachen der Schmerzen werden somit beseitigt. Doch viele Patientinnen und Patienten sind im Anschluss an die Operation mit dem Behandlungsergebnis nicht zufrieden. Auch nach der Operation treten nicht selten weiterhin Schmerzen auf. Die Erwartungen an den Eingriff sollten daher vorher genau mit der Patientin bzw. dem Patienten besprochen werden.

Zeitraum
2019

Aufgreifkriterien
ICD-10-Code: M17; OPS-Code: 5-822

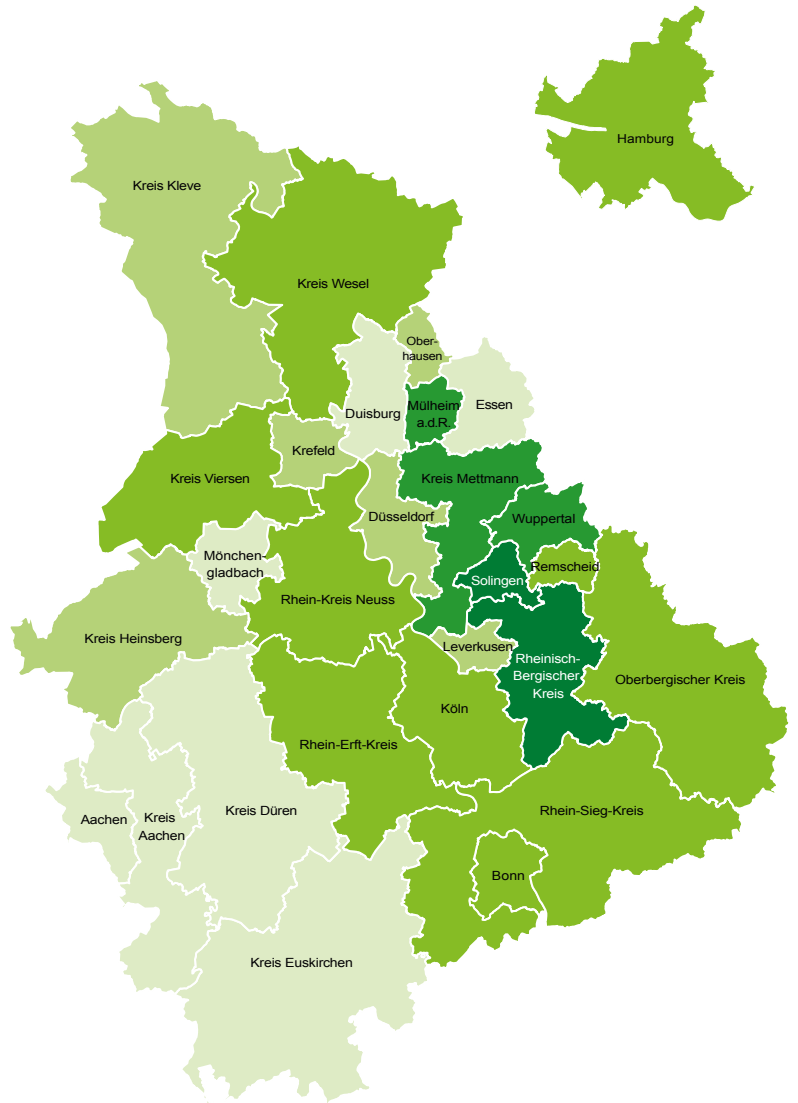
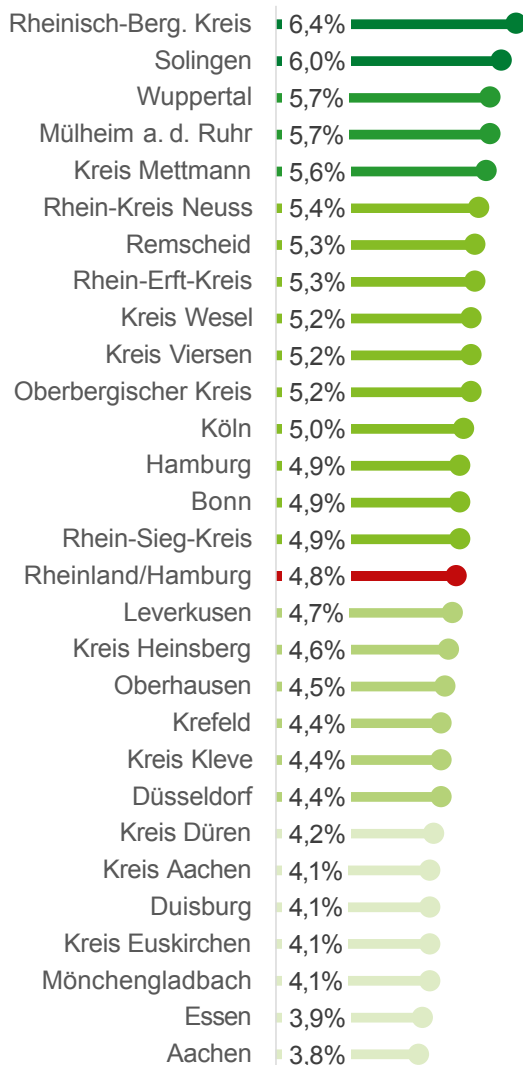
Standardisierung
Alter und Geschlecht auf betrachteten Versichertenkreis

Datenquelle
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung
Wohnort der Versicherten

Einsatz eines künstlichen Hüftgelenks

Anteil an allen Versicherten mit chronischen arthrosebedingten Hüftschmerzen



Warum wird ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt?

Bei starken, andauernden Schmerzen und stark eingeschränkter Beweglichkeit des Gelenks kann der Einsatz eines künstlichen Gelenkersatzes Abhilfe schaffen. Der Einsatz von künstlichen Hüftgelenken gehört zu den am häufigsten durchgeführten Operationen in Deutschland. Das Gelenk wird dabei teilweise oder vollständig durch eine Prothese aus Metallgelenkflächen mit Kunststoffuffern (Inlays) ersetzt. Die Ursachen der Schmerzen werden somit beseitigt. Doch viele Patientinnen und Patienten sind im Anschluss an die Operation mit dem Behandlungsergebnis nicht zufrieden. Auch nach der Operation treten nicht selten weiterhin Schmerzen auf. Die Erwartungen an den Eingriff sollten daher vorher genau mit der Patientin bzw. dem Patienten besprochen werden.

Zeitraum
2019

Aufgreifkriterien
ICD-10-Code: M16; OPS-Code: 5-820

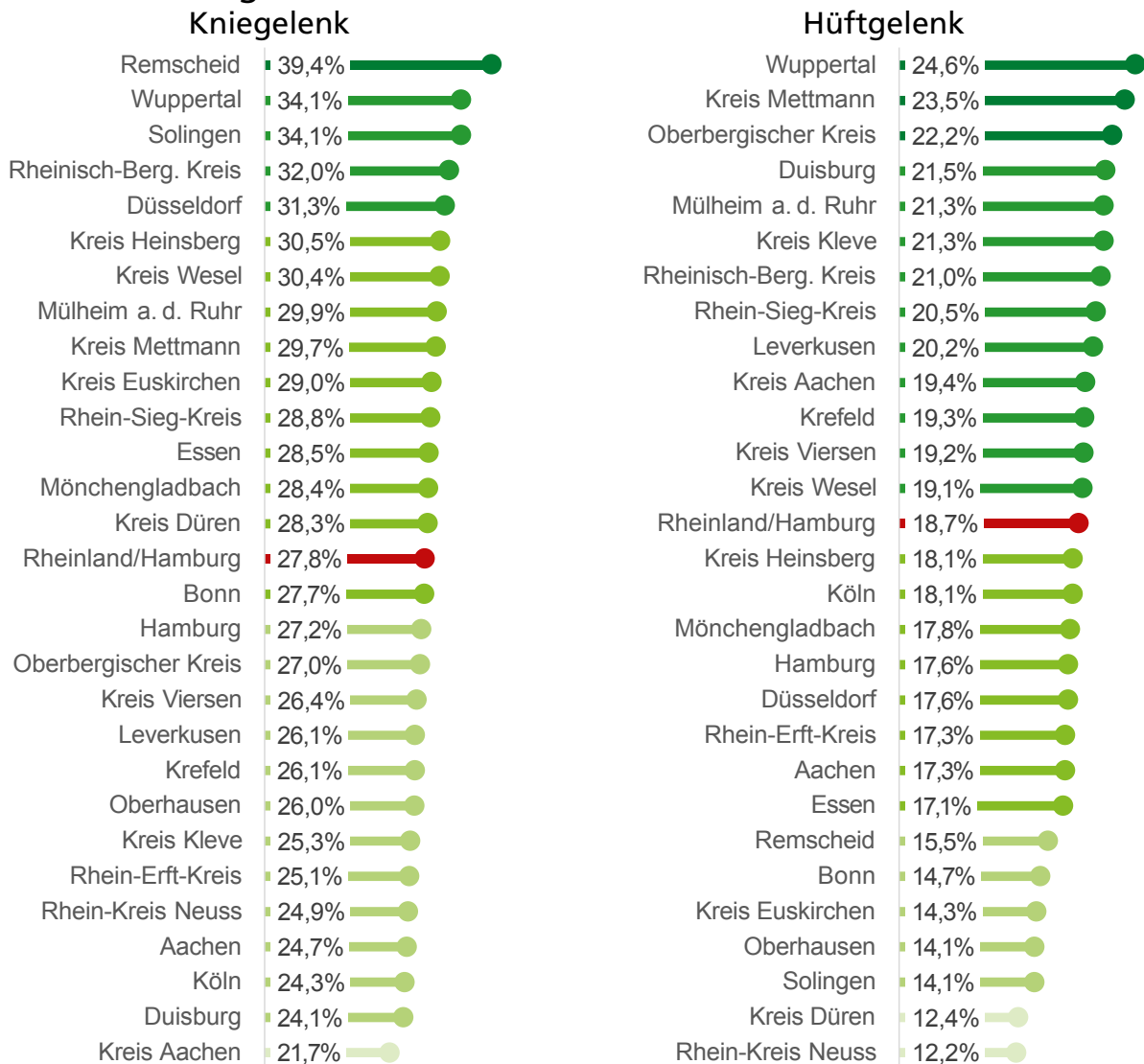
Standardisierung
Alter und Geschlecht auf betrachteten Versichertenkreis

Datenquelle
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung
Wohnort der Versicherten

Künstliches Gelenk ohne vorherige konservative Therapie

Anteil an allen Versicherten mit Operation aufgrund von arthrosebedingten Schmerzen



Wann soll eine Operation erwogen werden?

Ein operativer Eingriff soll erst dann vorgenommen werden, wenn andere Therapiemaßnahmen erfolglos geblieben sind. Die Leitlinie zur Indikationsstellung des künstlichen Kniegelenks definiert hierzu klare Kriterien: Voraussetzung für die Implantation eines künstlichen Gelenks ist, dass die Schmerzen bereits mindestens drei bis sechs Monate bestehen. Zudem sollte über mindestens drei bis sechs Monate eine Kombination von medikamentöser und nicht-medikamentöser konservativer Therapie ohne Erfolg durchgeführt worden sein.

Die Auswertung betrachtet, wie viele Endprothesen-Erstimplantationen durchgeführt wurden, ohne dass in mindestens einem der zwei Quartale zuvor Schmerzmedikamente verschrieben wurden oder eine Physiotherapie durchgeführt wurde.

Zeitraum
2019

Aufgreifkriterien
OPS-Code: 5-820
bzw. 5-822, für konservative Therapie siehe Seiten 43, 44 und 49

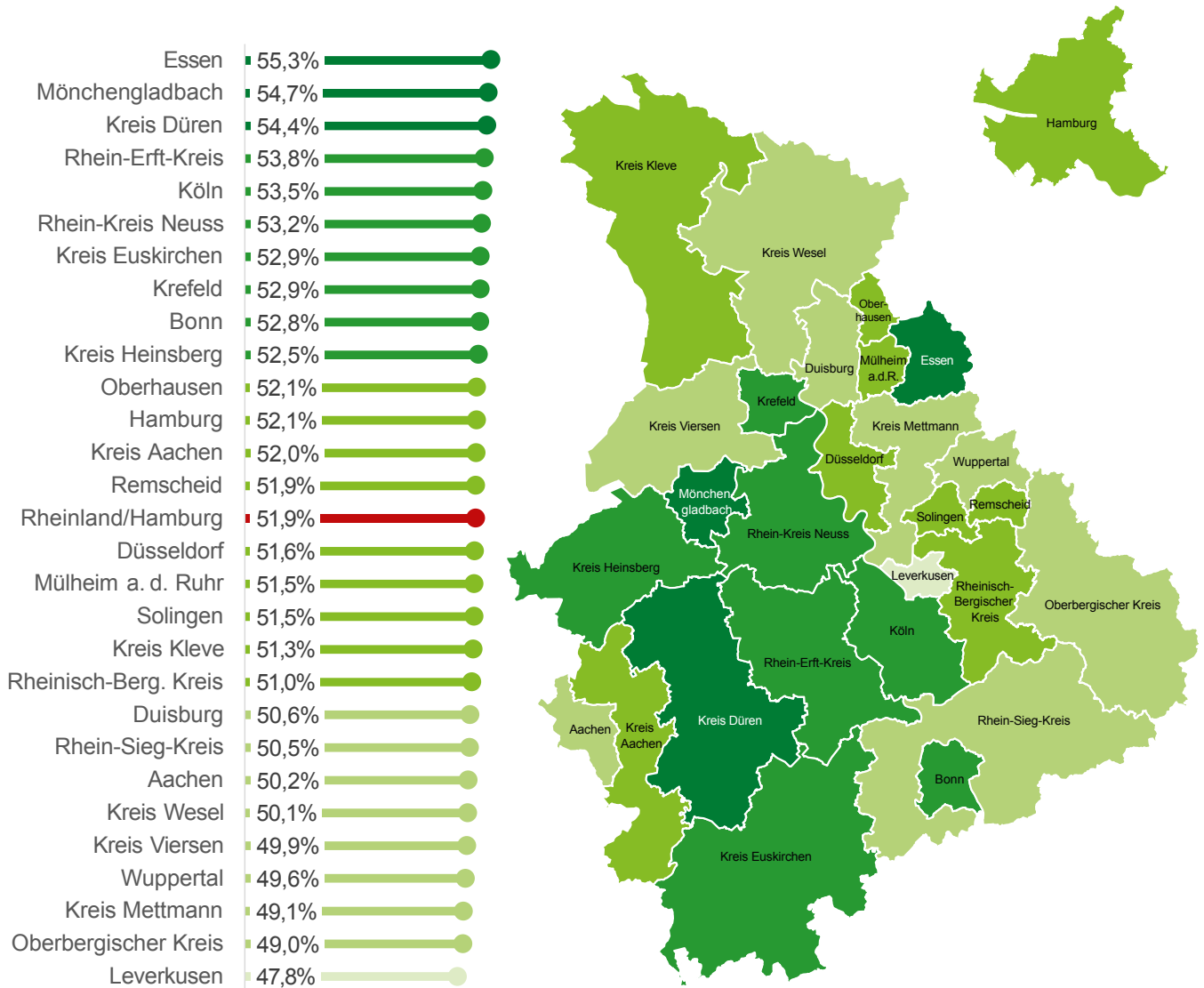
Standardisierung
Alter und Geschlecht
auf betrachteten
Versichertenkreis

Datenquelle
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung
Wohnort der Versicherten

Schmerzmedikation erster und zweiter Wahl

Anteil an Versicherten mit chronischen muskuloskelettalen Schmerzen



Was können Schmerzmedikamente leisten?

Eine medikamentöse Schmerztherapie hat das Ziel, die Schmerzen zu reduzieren – sie adressiert allein die Symptome, nicht aber die Ursache. Sie kann die aktivierenden Maßnahmen unterstützen oder aber eingesetzt werden, wenn trotz Durchführung nicht-medikamentöser Behandlungsansätze starke Schmerzen bestehen bleiben. Der Einsatz von Schmerzmedikamenten, insbesondere über einen längeren Zeitraum, ist mit relevanten Risiken mit zum Teil auch erheblichen gesundheitlichen Folgen verbunden. Nutzen und Risiken der medikamentösen Behandlung sollten daher sorgfältig abgewogen werden.

Als Therapieoptionen erster und zweiter Wahl gelten gemäß der medizinischen Leitlinien nichtsteroidale Antirheumatika/Antiphlogistika, Cox-2-Hemmer sowie Metamizol-Natrium.

Zeitraum 2019

Aufgreifkriterien

M01AB01/05/11/
14-16/51/55, M01AC01/06/56,
M01AE01-03/11/14/17/51/52/ 56,
M01AX07, M01AH, N02BB02/52/72,
bei Knieschmerz auch M0 AA05-
07/10/12/13/15/23/25/27/56/73

Standardisierung

Alter und Geschlecht auf betrachteten Versichertenkreis

Datenquelle

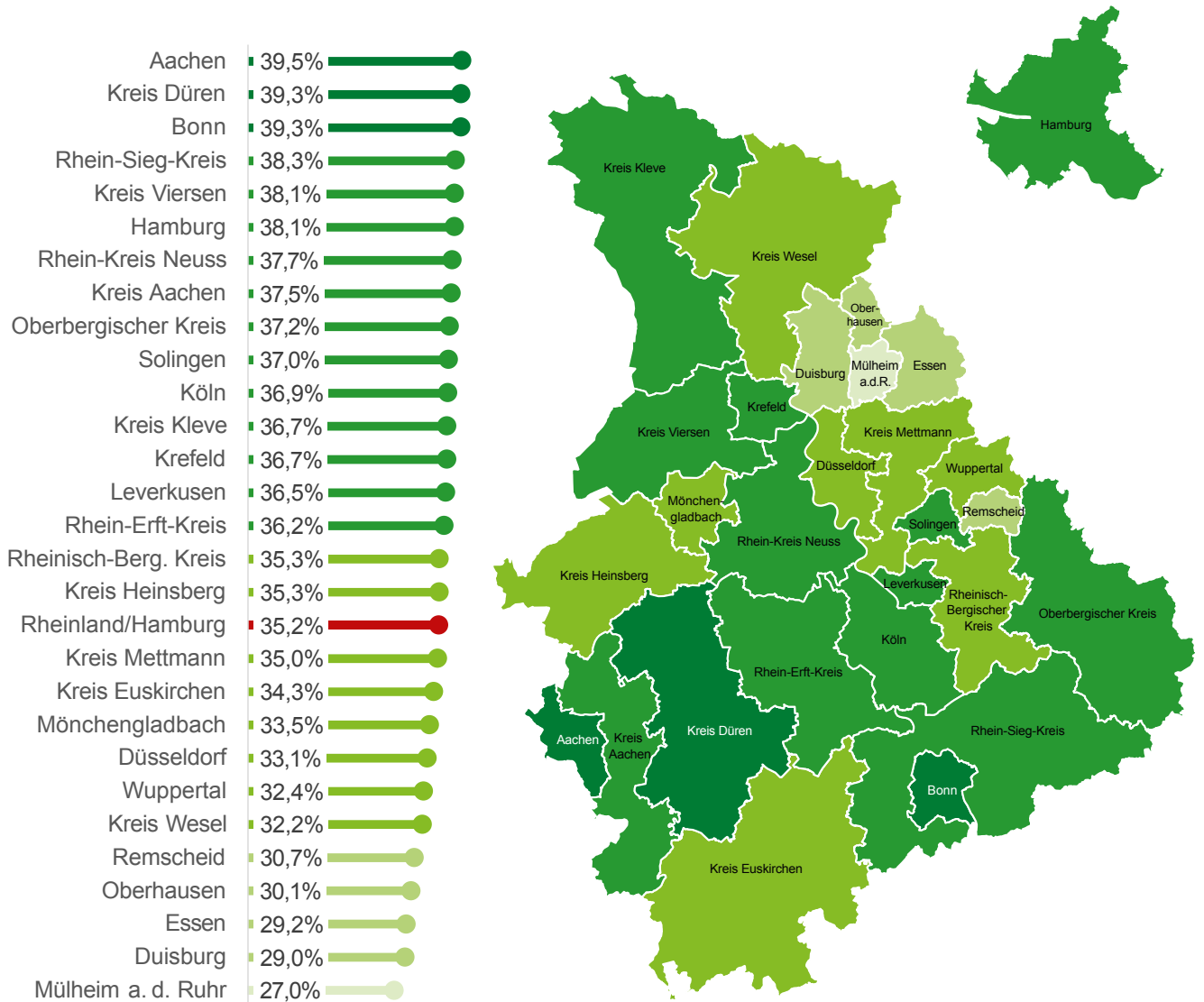
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Physiotherapie

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 betrachten 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 2019 Physiotherapie erhalten haben.

Zeitraum
2019

Aufgreifkriterien
Positionsnummer: 2*

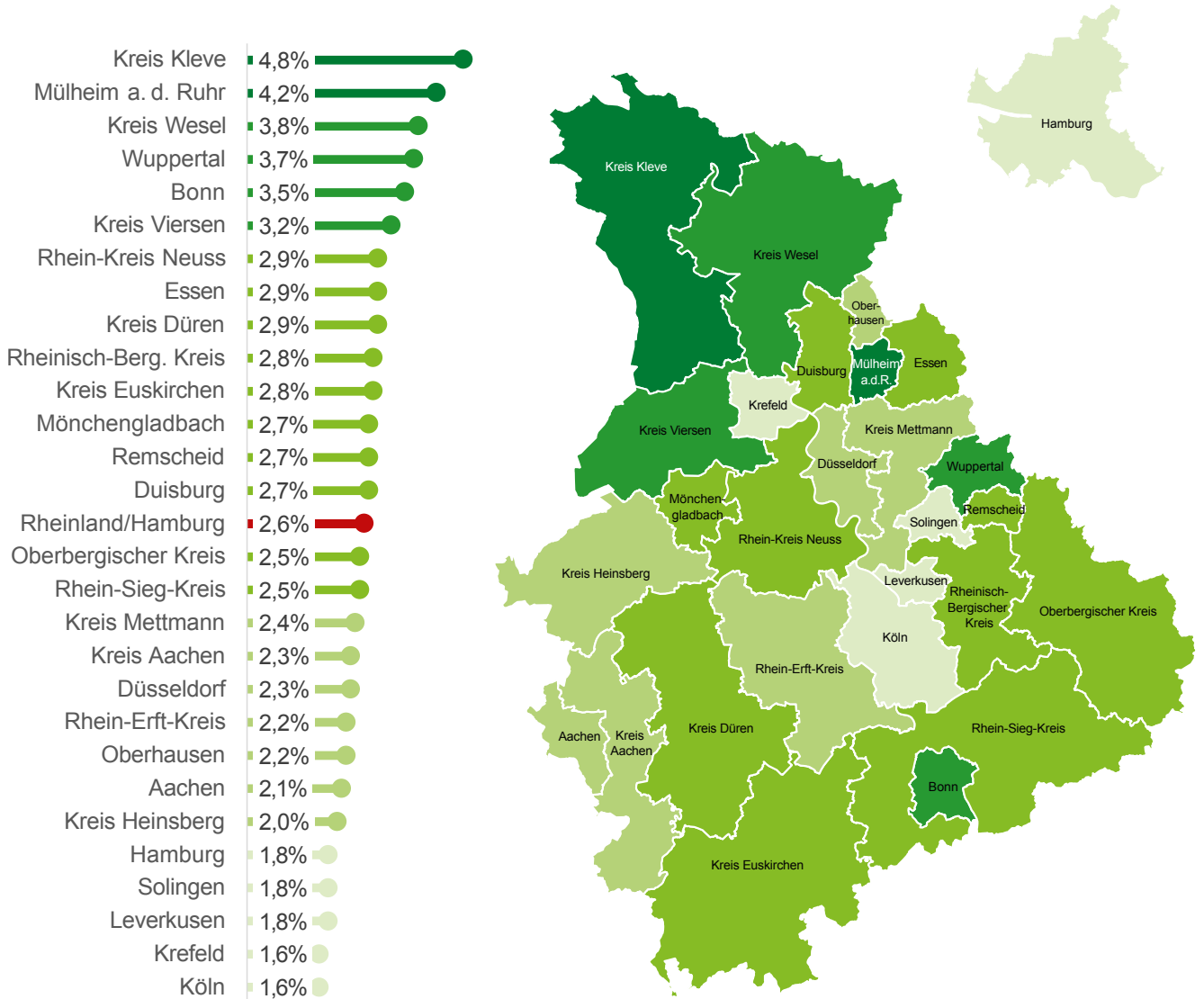
Standardisierung
Alter und Geschlecht auf betrachteten Versichertenkreis

Datenquelle
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung
Wohnort der Versicherten

Interventionelle Schmerztherapie

Anteil an allen Versicherten mit chronischen muskuloskelettalen bzw. neuropathischen Schmerzen



Was wird bei der interventionellen Schmerztherapie gemacht?

Die interventionelle Schmerztherapie umfasst Behandlungsmaßnahmen, bei denen Schmerzmittel lokal unter die Haut, in das Muskelgewebe oder an die schmerzenden Nervenwurzeln gespritzt werden. Die Verfahren sind minimalinvasiv, erfolgen unter begleitender Bildgebung und sind zwischen der konservativen (aktivierenden und medikamentösen) und operativen Therapie angesiedelt. Ziel ist es, die chronischen Schmerzen zu durchbrechen und wieder Schmerzfreiheit zu erlangen.

Die Auswertung betrachtet, wie viele Patientinnen und Patienten mit chronischem spezifischen Kreuzschmerz, arthrosebedingtem oder neuropathischem Schmerz im Jahr 2019 eine interventionelle Schmerztherapie erhalten haben.

Zeitraum
2019

Aufgreifkriterien
OPS-Codes: 5-83a, 8-020.5/7, 8-158.e/f/g/h/t, 8-91 (ohne 8-918 und 8-91c)

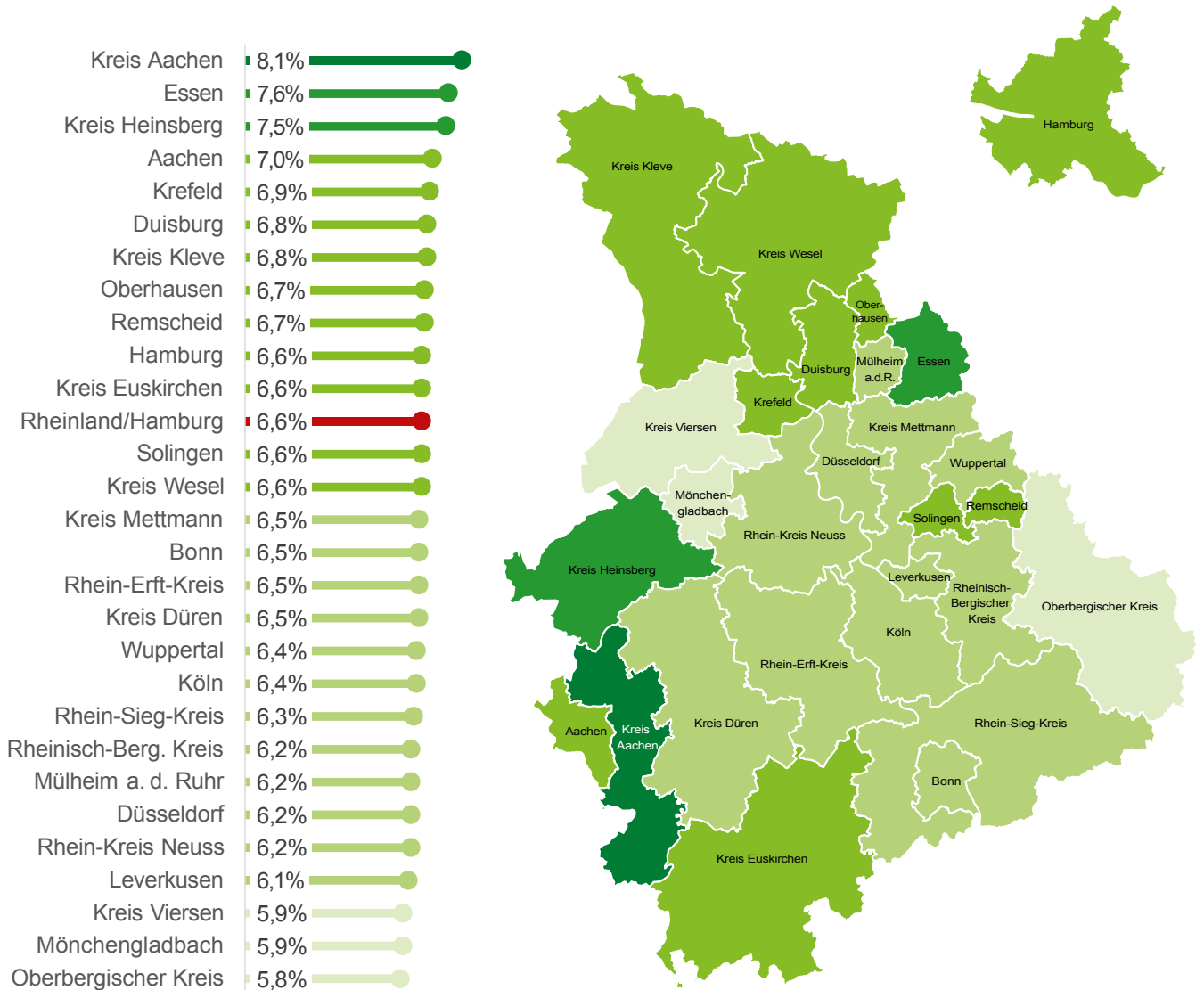
Standardisierung
Alter und Geschlecht auf betrachteten Versichertenkreis

Datenquelle
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung
Wohnort der Versicherten

Neuropathischer Schmerz: Prävalenz

Anteil an allen Versicherten



Was sind neuropathische Schmerzen?

Neuropathische Schmerzen bezeichnen Schmerzen, die durch Schädigungen oder Krankheiten des Nervensystems hervorgerufen werden. Es gibt eine Vielzahl an Ursachen, zu den häufigsten gehören Diabetes mellitus, Gürtelrose, Multiple Sklerose, Rückenmarksverletzungen, Bandscheibenvorfälle, Schlaganfälle, Alkoholmissbrauch oder ein Tumor.

Neuropathische Schmerzen treten zumeist spontan, das heißt ohne äußere Einwirkung, auf. Patientinnen und Patienten beschreiben zumeist brennende Schmerzen, insbesondere in Ruhe, schmerzhaftige Berührungsempfindlichkeit und einschießende Schmerzattacken. Bei Polyneuropathien äußern sich die Schmerzen auch als Druck- oder Engegefühl in der Extremität bzw. als Kribbelgefühl.

Als chronisch werden die neuropathischen Schmerzen in diesem Report definiert, die in zwei aufeinanderfolgenden Quartalen kodiert worden sind.

Zeitraum
2019

Aufgreifkriterien
ICD-10-Codes: G50-G64, G90.5-7, M79.2

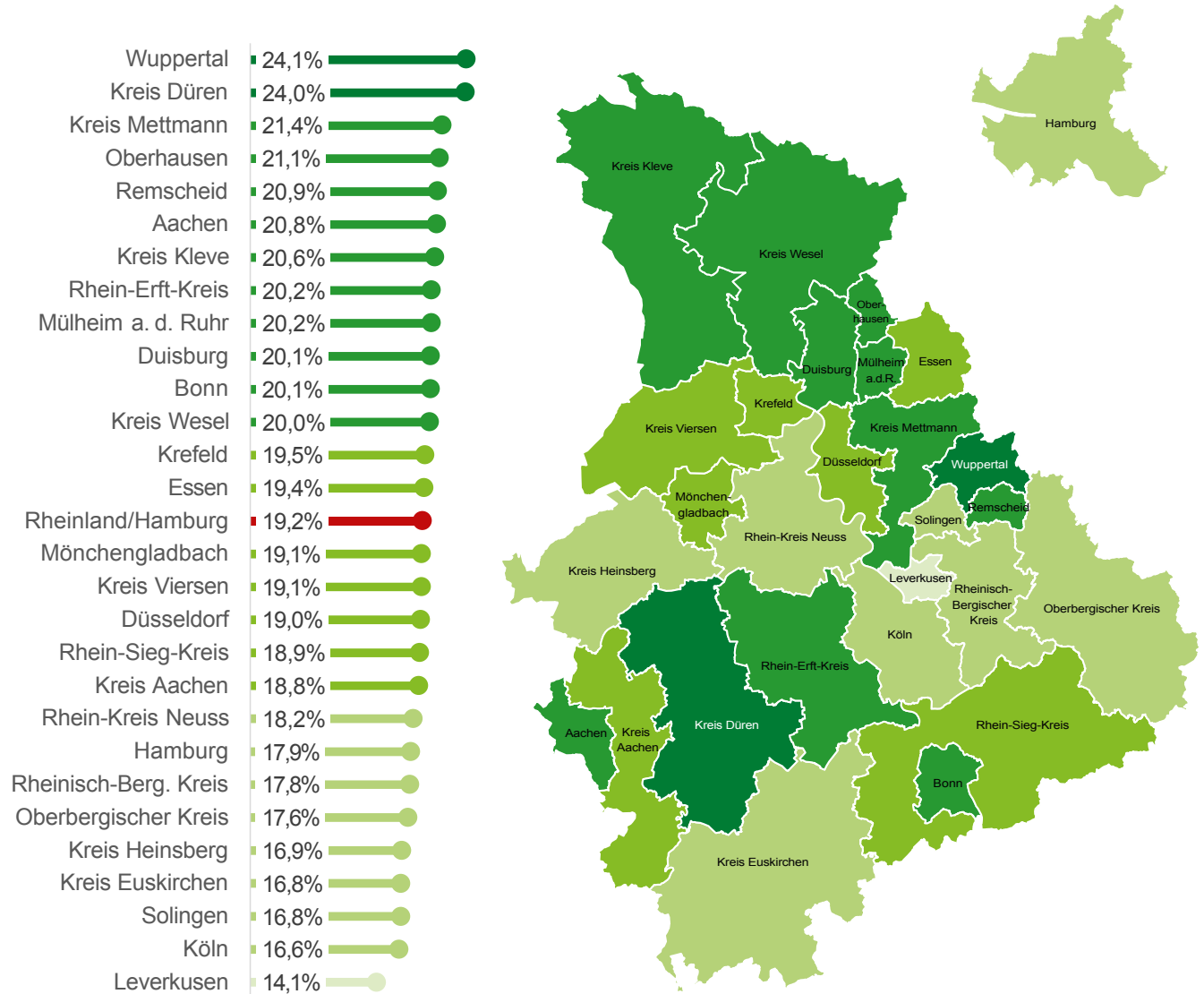
Standardisierung
Alter und Geschlecht auf Bundesbevölkerung

Datenquelle
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung
Wohnort der Versicherten

Neuropathischer Schmerz: Schmerzmedikation erster und zweiter Wahl

Anteil an allen Versicherten mit chronischen neuropathischen Schmerzen



Welche Besonderheiten gibt es bei der medikamentösen Therapie neuropathischer Schmerzen?

Die medikamentöse Therapie neuropathischer Schmerzen unterscheidet sich von der Therapie anderer Schmerzen ohne Schädigung des Nervensystems. Zum Einsatz kommen vorrangig Medikamente zur Behandlung von Depressionen oder Epilepsie. Trotz einer medikamentösen Therapie kann oft keine Schmerzfreiheit erreicht werden – bereits eine Schmerzreduktion um 30 bis 50 Prozent gilt als Erfolg. Bei allen medikamentösen Therapieoptionen gibt es einen erheblichen Anteil der Patientinnen und Patienten, die nur unzureichend auf die Therapie ansprechen oder an nicht tolerierbaren Nebenwirkungen leiden.

Als Therapieoptionen erster und zweiter Wahl gelten gemäß der medizinischen Leitlinie Gabapentin, Pregabalin, Trizyklische Antidepressiva, Duloxetin sowie Lidocain-Pflaster und Capsaicin.

Zeitraum
2019

Aufgreifkriterien
ATC-Codes: N03AX12/16,
N06AA, N06AX21,
M02AB01

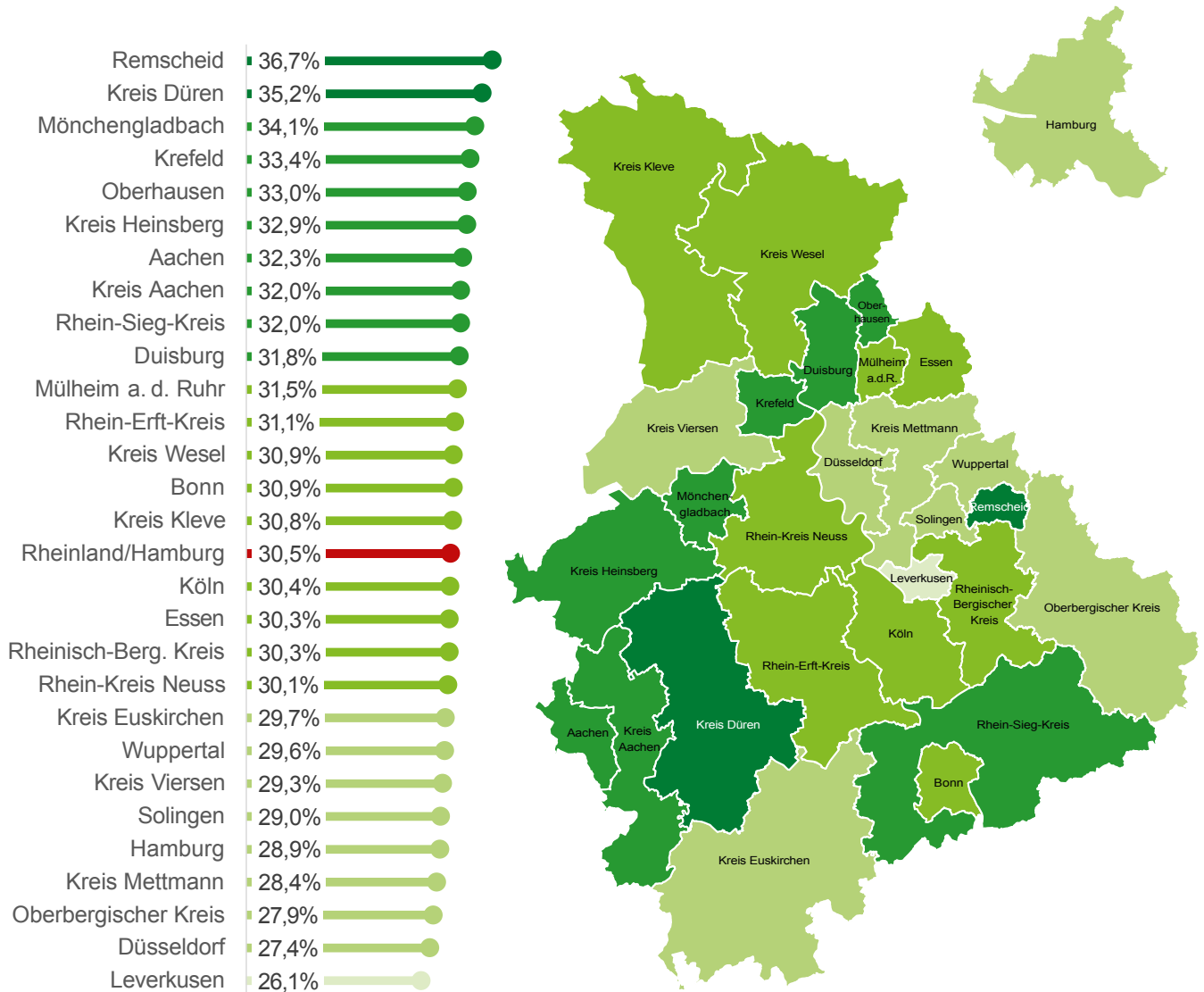
Standardisierung
Alter und Geschlecht
auf betrachteten
Versichertenkreis

Datenquelle
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung
Wohnort der Versicherten

Neuropathischer Schmerz: nicht empfohlene Medikation

Anteil an allen Versicherten mit chronischem neuropathischen Schmerz



Warum werden nicht-empfohlene Medikamente eingesetzt?

Neuropathische Schmerzen gelten als therapeutische Herausforderung. Bei allen medikamentösen Optionen gibt es einen erheblichen Anteil der Patientinnen und Patienten, die nur unzureichend auf die Therapie ansprechen oder an nicht tolerierbaren Nebenwirkungen leiden. In diesen Fällen muss die Behandlung angepasst oder geändert werden. Auf der Suche nach Abhilfe kommen oftmals Wirkstoffe ohne wissenschaftlich nachgewiesene Wirksamkeit zum Einsatz.

Die Auswertung betrachtet, wie vielen Patientinnen und Patienten mit neuropathischen Schmerzen im Jahr 2019 Wirkstoffe ohne generelle Leitlinien-Empfehlung verschrieben wurden. Dabei wurden nur Verordnungen berücksichtigt, bei denen im selben Fall neuropathischer Schmerz kodiert wurde.

Zeitraum
2019

Aufgreifkriterien

ATC-Codes: M03BX01, N02B, N03AB02, N03AF01/02, N03AX11/14/18, N04BB01, N05BA, N06AB, N06AX11/16/17, N06DX01, N07XB01

Standardisierung

Alter und Geschlecht auf betrachteten Versichertenkreis

Datenquelle

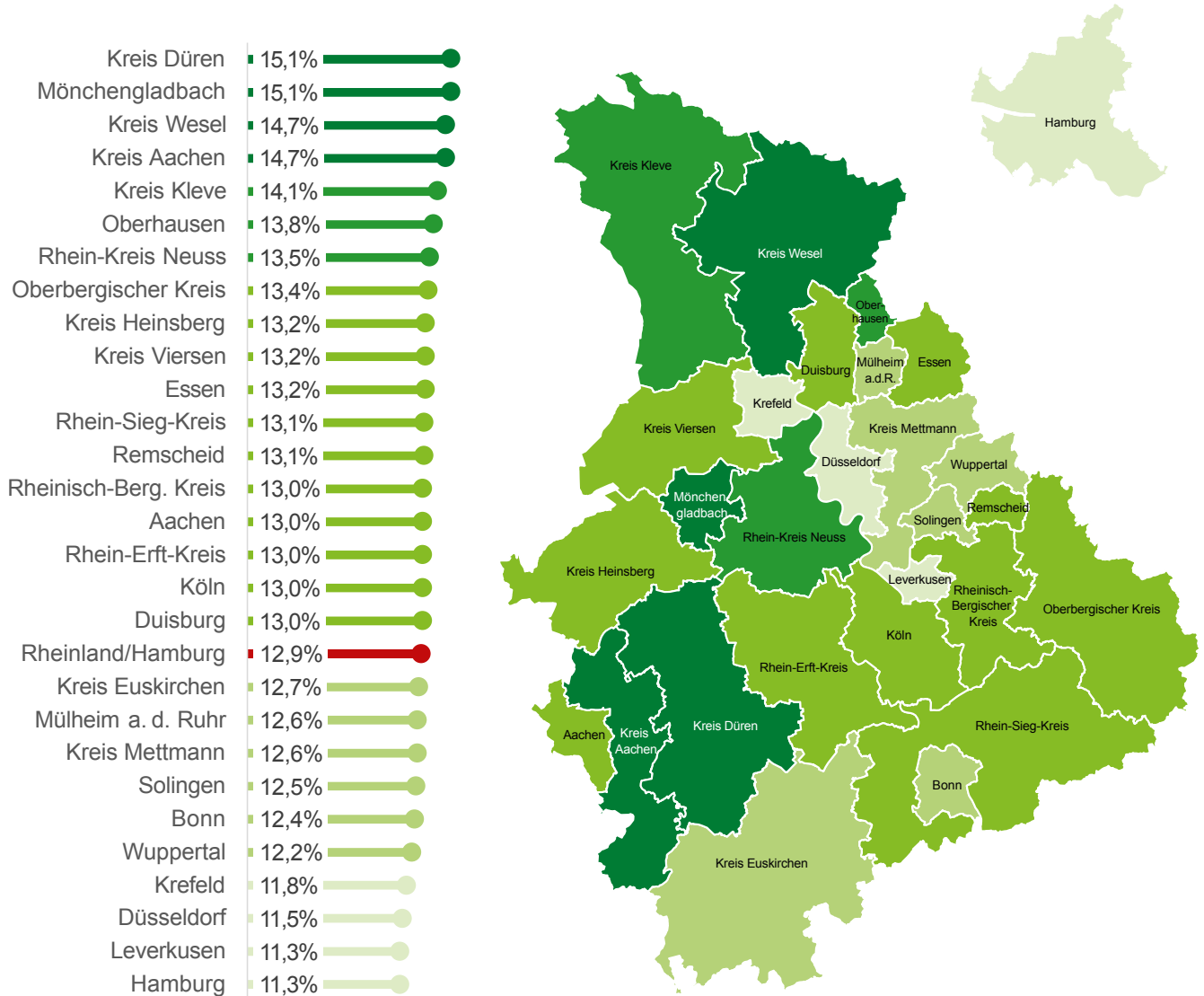
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Opioide

Anteil an allen Versicherten mit chronischen muskuloskelettalen bzw. neuropathischen Schmerzen



Wie sollen Opiode eingesetzt werden?

Opiode sind Medikamente zur Behandlung starker Schmerzen. Sie sind ein unverzichtbarer Bestandteil der medikamentösen Schmerztherapie. Aufgrund der hohen Abhängigkeitsgefahr sind Opiode zurückhaltend und nachrangig einzusetzen. Das Beispiel der Opioidkrise in den USA, wo eine breite, von Herstellerinteressen getriebene Abgabe von Opioiden an Schmerzpatientinnen und -patienten zu einem starken Anstieg von Drogenabhängigen und Todesopfern führte, gilt auch hierzulande als warnendes Beispiel.

Die Auswertung betrachtet den Anteil der Schmerzpatientinnen und -patienten, die im Jahr 2019 mindestens einmal ein Opioid verschrieben bekommen haben.

Zeitraum
2019

Aufgreifkriterien
ATC-Code: N02A

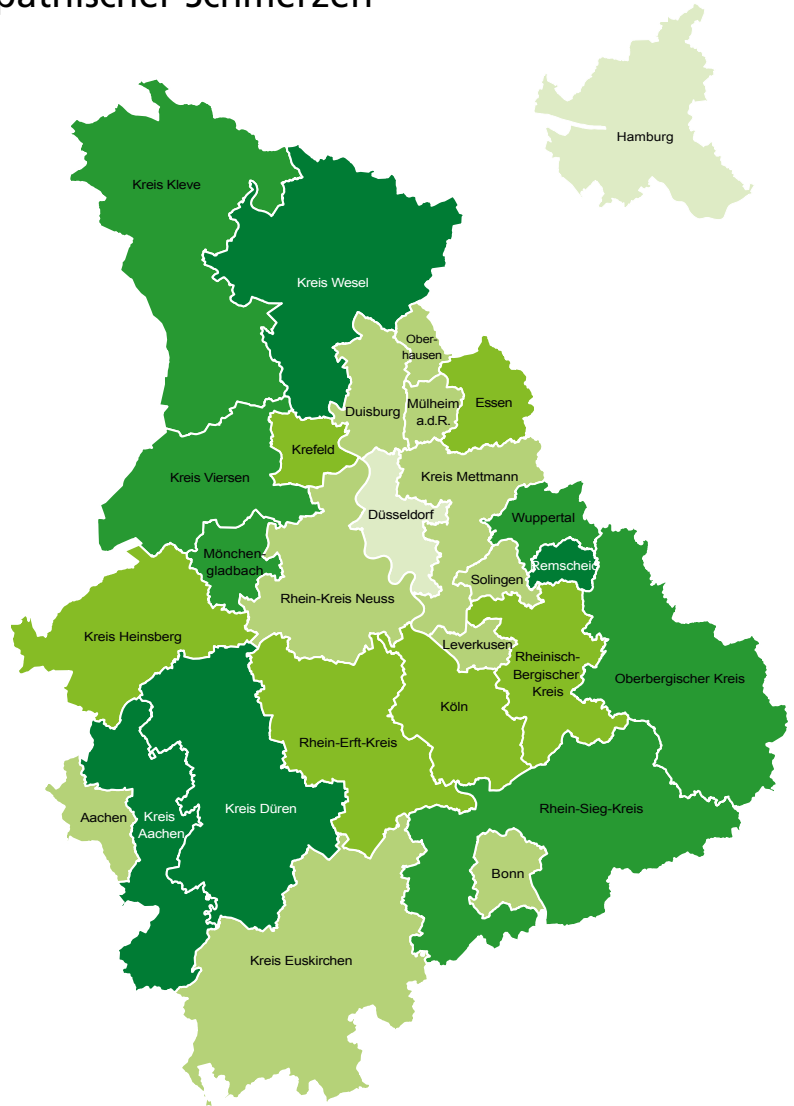
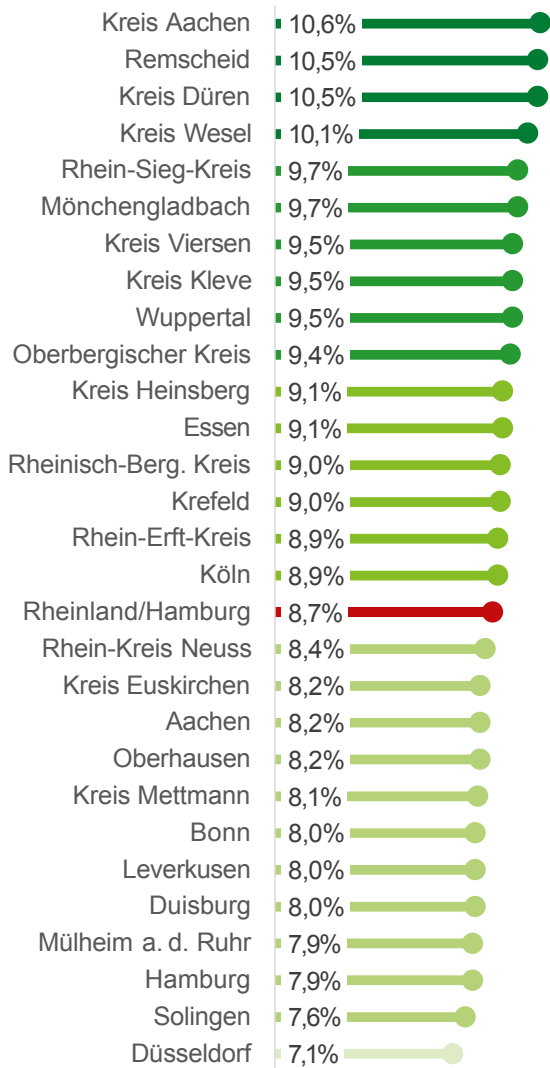
Standardisierung
Alter und Geschlecht
auf betrachteten
Versichertenkreis

Datenquelle
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung
Wohnort der Versicherten

Opioide: Verschreibung im Quartal der ersten Schmerzdiagnose

Anteil an allen Versicherten mit erstmaliger Diagnose muskuloskelettaler bzw. neuropathischer Schmerzen



Warum sollen Opioide nachrangig eingesetzt werden?

Opioide sind Medikamente zur Behandlung starker Schmerzen. Sie sind ein unverzichtbarer Bestandteil der medikamentösen Schmerztherapie. Aufgrund der hohen Abhängigkeitsgefahr sind sie zurückhaltend und nachrangig einzusetzen. Der Einsatz von Opioiden ist in allen schmerzbezogenen Leitlinien als letzter medikamentöser Therapieversuch vorgesehen. Vor Beginn einer Therapie mit Opioiden sollten andere konservative, nicht-medikamentöse und medikamentöse Therapieoptionen ausgeschöpft sein und eine klare Absprache bezüglich der Therapiedauer bestehen. Die Auswertung betrachtet den Anteil der Schmerzpatientinnen und -patienten, die bereits im Quartal der Erstdiagnose ein Opioid verschrieben bekommen haben.

Zeitraum
2019

Aufgreifkriterien
ATC-Code: N02A

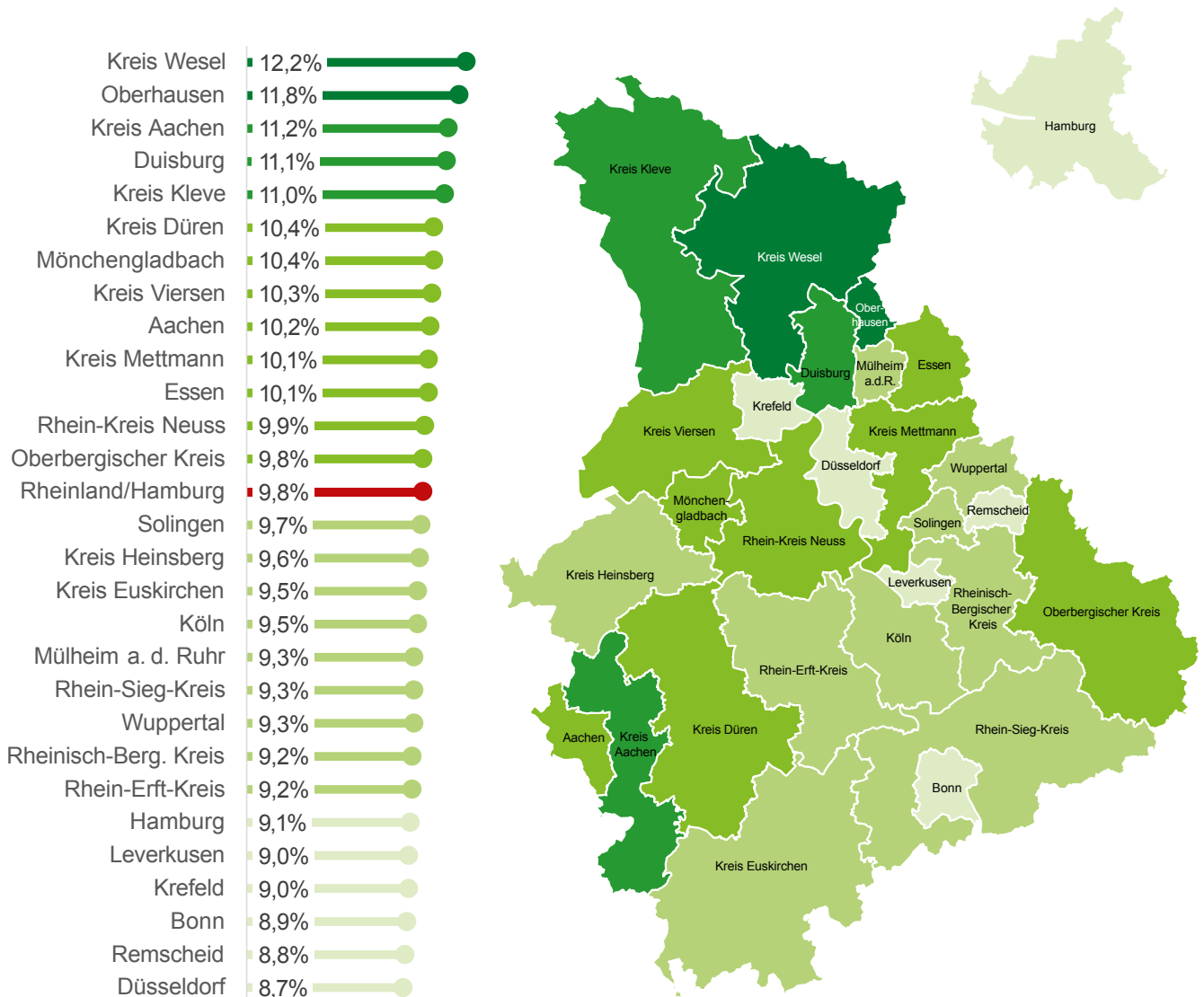
Standardisierung
Alter und Geschlecht
auf betrachteten
Versichertenkreis

Datenquelle
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung
Wohnort der Versicherten

Opioide: Langzeittherapie

Anteil an allen Versicherten mit chronischen muskuloskelettalen bzw. neuropathischen Schmerzen



Was ist bei der Langzeittherapie mit Opioiden zu beachten?

Opioide sollten kurzfristig und in der niedrigsten wirksamen Dosis verwendet werden. Kann durch die Einnahme eine Reduzierung der Schmerzen erreicht werden, ist auch eine Langzeitanwendung von Opioiden bei Kreuzschmerzen, arthrosebedingten oder neuropathischen Schmerzen grundsätzlich möglich. Bei einer Langzeittherapie mit Opioiden soll in regelmäßigen Abständen überprüft werden, ob die Therapieziele weiterhin erreicht werden und ob es Hinweise auf Nebenwirkungen oder auf einen Fehlgebrauch der Medikamente gibt. Nach sechs Monaten sollen eine Verringerung der Dosis und eine Medikamentenpause erwogen werden.

Übereinstimmend mit anderen Versorgungsforschungsstudien wird eine Langzeitanwendung definiert als mindestens eine Opioidverschreibung in mindestens drei aufeinanderfolgenden Quartalen.

Zeitraum
2019

Aufgreifkriterien
ATC-Code: N02A

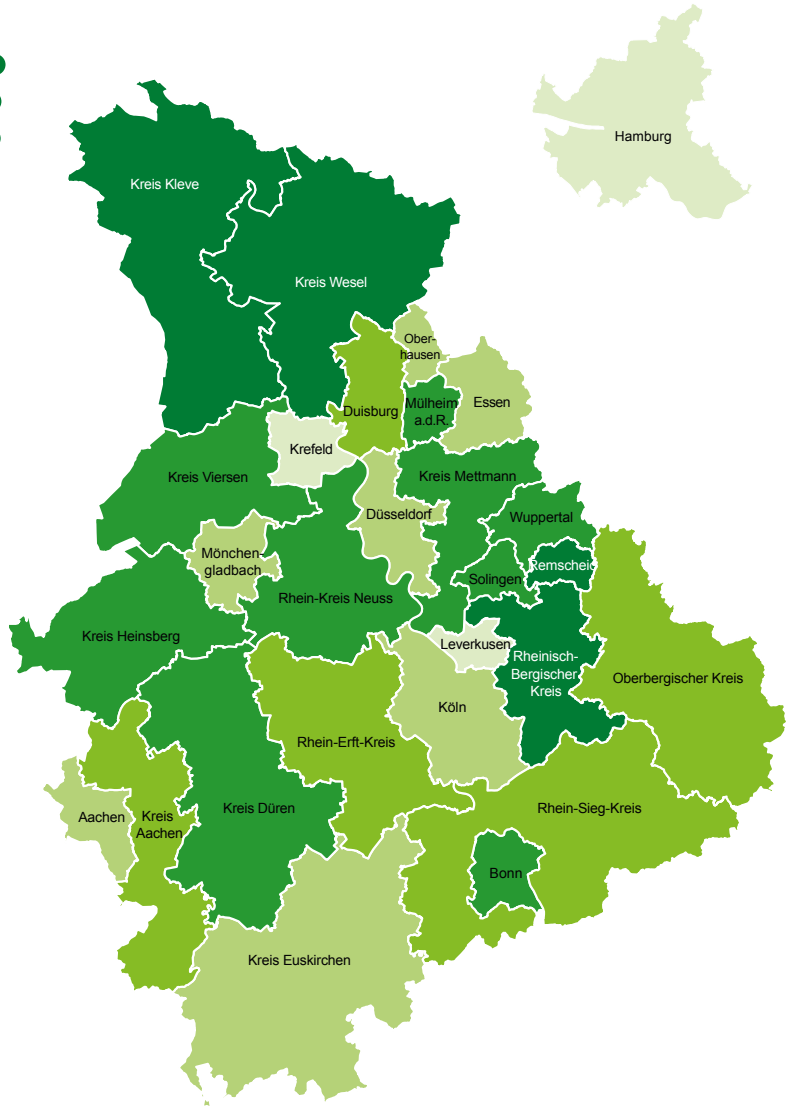
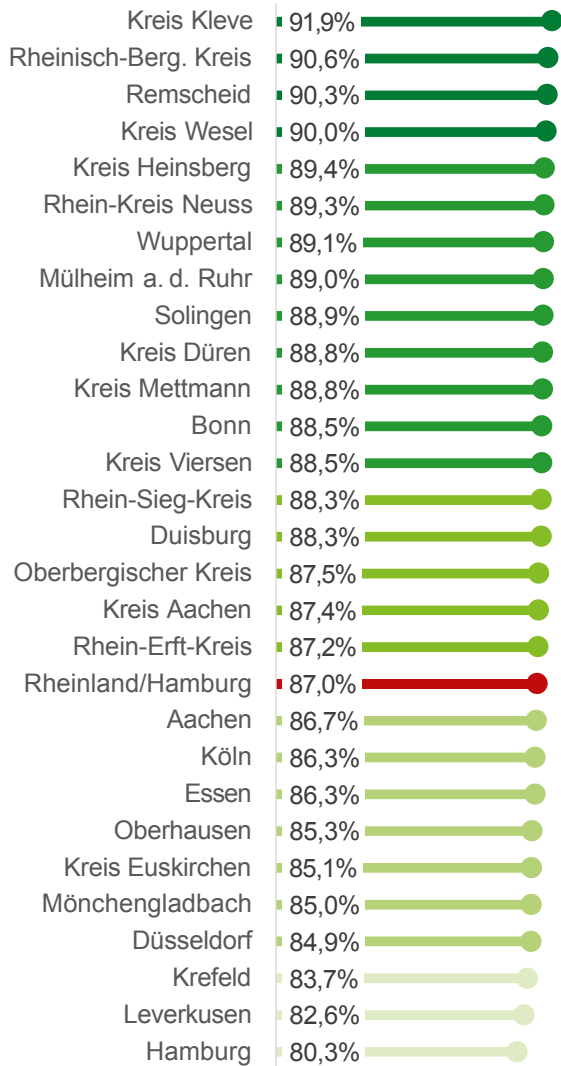
Standardisierung
Alter und Geschlecht
auf betrachteten
Versichertenkreis

Datenquelle
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung
Wohnort der Versicherten

Opioide: Langwirksame Präparate

Anteil an allen Versicherten mit Opioidverschreibung aufgrund von chronischen muskuloskelettalen bzw. neuropathischen Schmerzen



Warum sollen bei chronischen Schmerzen langwirksame Präparate eingesetzt werden?

Opioide gibt es als kurzwirksame und langwirksame (retardierte) Präparate. Die Auswahl der Applikationsform erfolgt in Abhängigkeit der Schmerzen. In der Therapie chronischer Schmerzen sollen ausschließlich langwirksame Präparate zum Einsatz kommen. Im Gegensatz zu kurzwirksamen Präparaten wird der Wirkstoff bei retardierten Opioiden verzögert freigesetzt. Sie erlauben eine bessere Schmerzkontrolle, verbessern die Einhaltung der Therapie und senken das Risiko für Stürze. Da bei retardierten Opioiden der „Kick“ ausbleibt, ist das Risiko, süchtig zu werden, geringer. Die Auswertung betrachtet, wie viele Versicherte mit Opioidtherapie bei chronischen Schmerzen langwirksame Präparate erhalten haben.

Zeitraum
2019

Aufgreifkriterien
ATC-Code: N02A

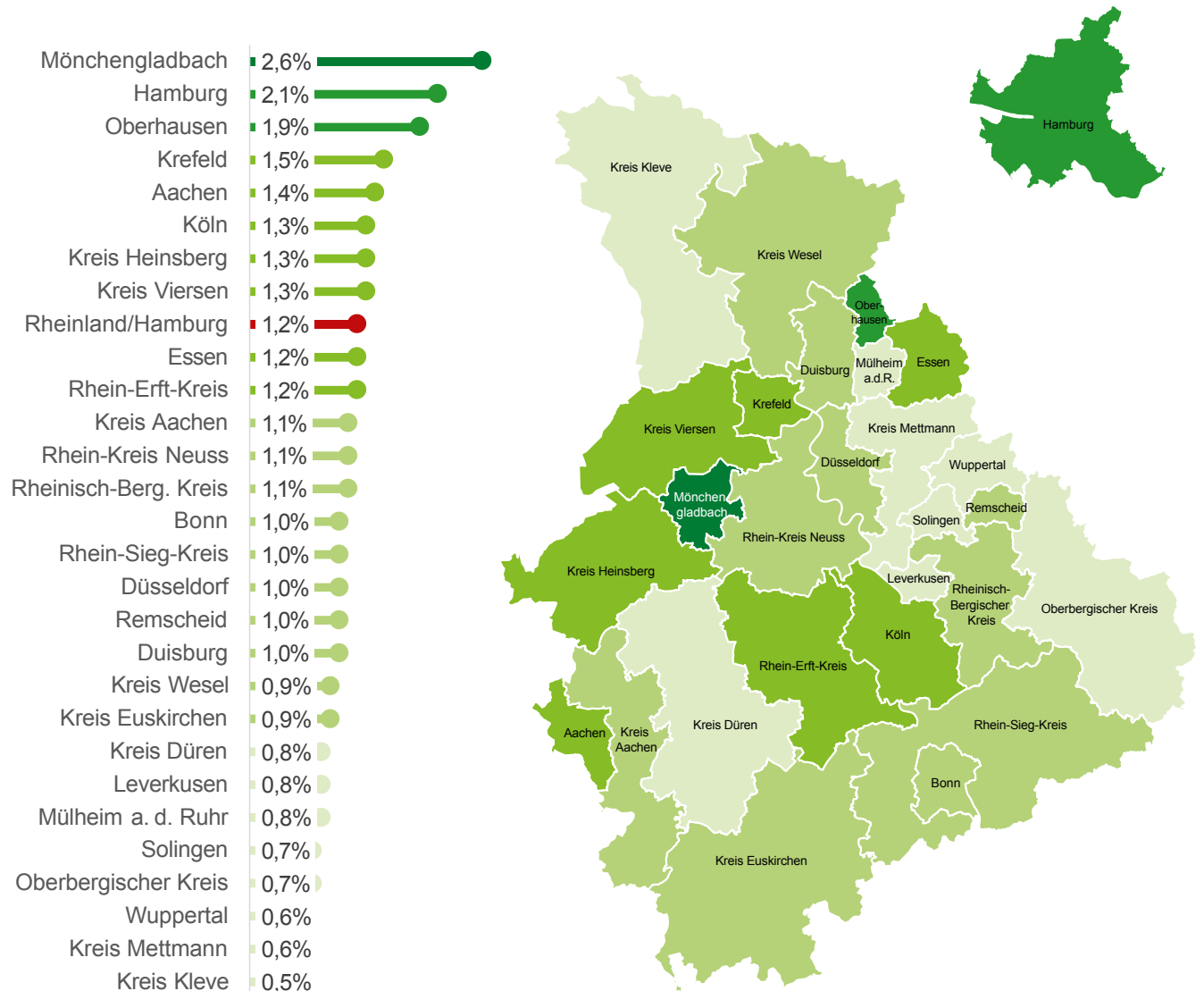
Standardisierung
Alter und Geschlecht auf Bundesbevölkerung

Datenquelle
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung
Wohnort der Versicherten

Opioide: Therapiebedingte Abhängigkeit

Anteil an allen Versicherten mit Langzeit-Opioidtherapie aufgrund von muskuloskelettalen bzw. neuropathischen Schmerzen



Warum ist die Abhängigkeitsgefahr bei Opioiden ernst zu nehmen?

Aufgrund ihrer euphorisierenden Wirkung besteht bei Opioiden eine hohe Abhängigkeitsgefahr. Abhängigkeit zeichnet sich durch einen Kontrollverlust hinsichtlich des Konsums und eine Gewöhnung an immer höhere Dosen aus. Daneben werden zunehmend andere Interessen vernachlässigt, es kommt zu sozialer Isolation und Entzugserscheinungen. Eine Opioidabhängigkeit ist eine schwere Belastung für den Patienten bzw. die Patientin. Im schlimmsten Fall kommt es zu einer Überdosis mit Todesfolge. Daher sind Opioide in Deutschland zurückhaltend und nachrangig einzusetzen.

Diese Auswertung betrachtet, bei wie vielen Schmerzpatientinnen und -patienten mit einer längeren Opioidtherapie eine Abhängigkeit von Opioiden medizinisch diagnostiziert wurde.

Zeitraum
2019

Aufgreifkriterien
ICD-10-Code: F11.2

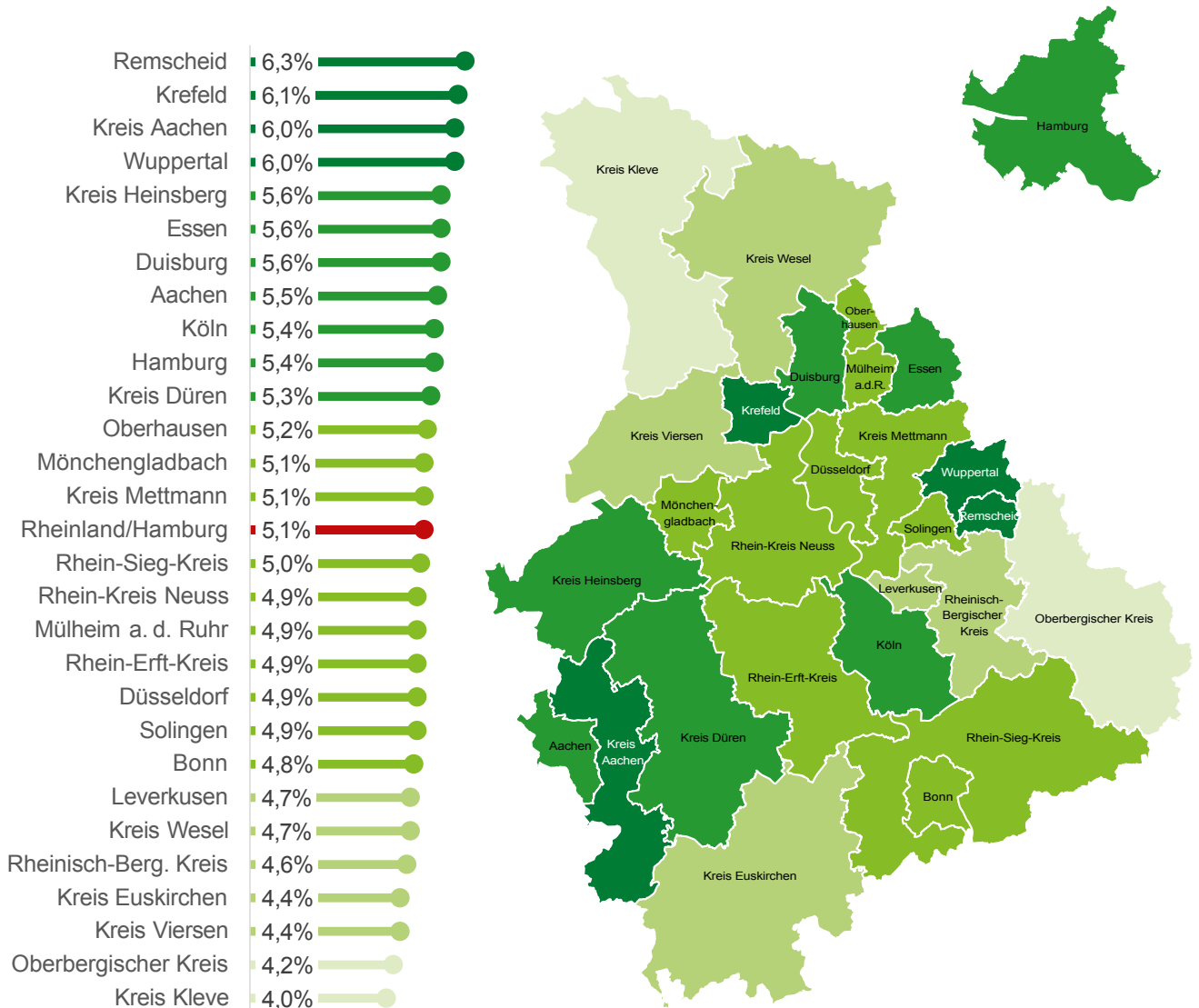
Standardisierung
keine

Datenquelle
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung
Wohnort der Versicherten

Ärztliche Behandlung aufgrund von Kopfschmerzen

Anteil an allen Versicherten



Was sind Kopfschmerzen?

Es gibt unterschiedliche Arten von Kopfschmerzen. Der häufige, milde bis mittelschwere Spannungskopfschmerz wird zumeist wirksam mit freiverkäuflichen Medikamenten behandelt, sodass er in den Krankenkassendaten kaum auftaucht. Clusterkopfschmerz bezeichnet einen streng einseitigen, extrem heftigen Kopfschmerz, der attackenartig bis zu achtmal täglich auftritt. Mit einer Prävalenz von 0,1 Prozent ist er verhältnismäßig selten.

Migräne ist eine Kopfschmerzerkrankung, bei der es zu wiederkehrenden, starken, anfallartigen Kopfschmerz-Attacken kommt. Häufig treten weitere Beschwerden wie Übelkeit, Erbrechen oder eine Überempfindlichkeit gegen Licht, Lärm und Gerüche auf. Bei einigen Patientinnen und Patienten treten neurologische Ausfälle oder Sehstörungen vor einer Migräneattacke auf. Die Beschwerden werden in diesem Report als chronisch definiert, wenn sie in zwei aufeinanderfolgenden Quartalen kodiert worden sind.

Zeitraum
2019

Aufgreifkriterien
ICD-10-Codes: G43, G44, R51

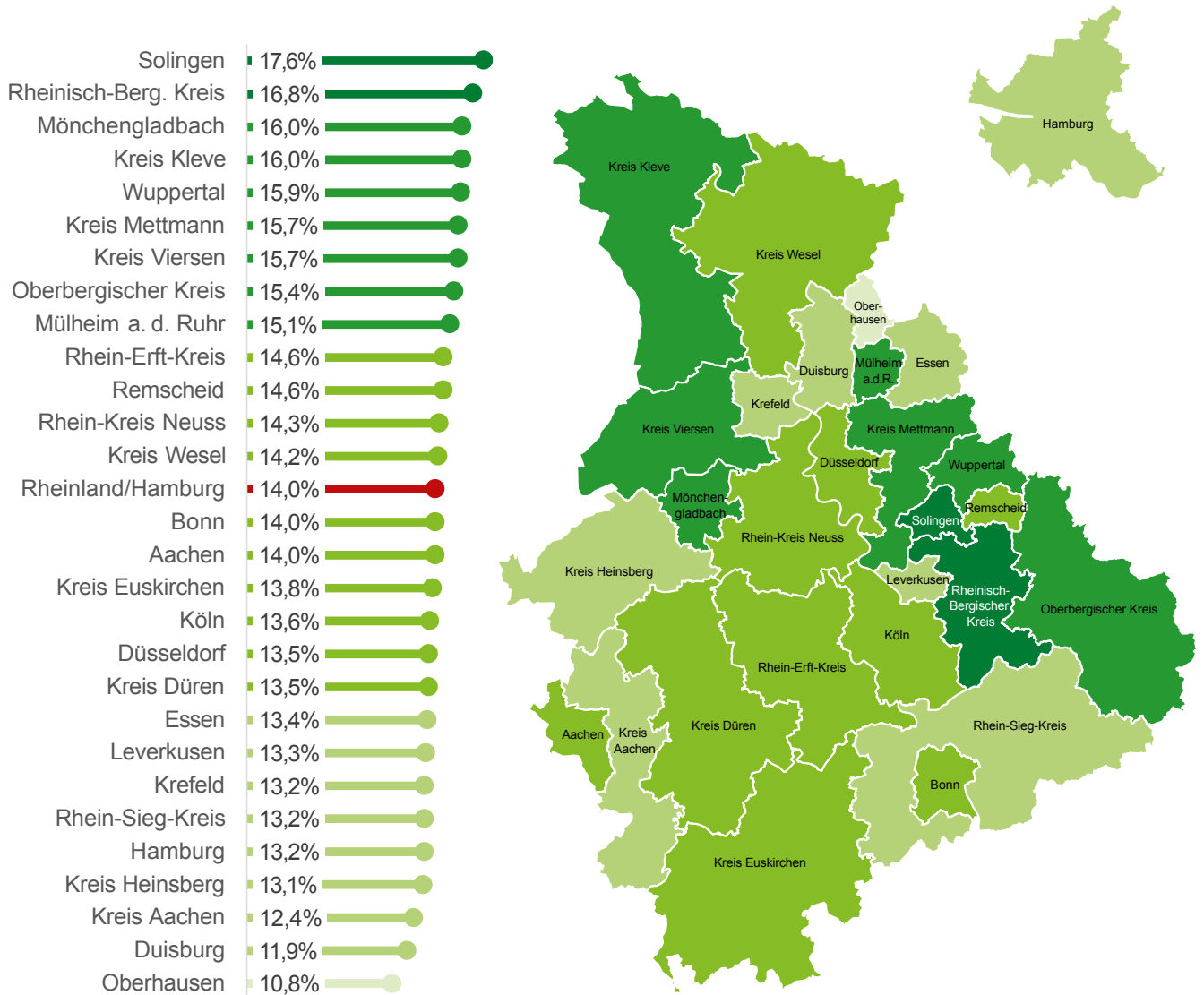
Standardisierung
Alter und Geschlecht auf betrachteten Versichertenkreis

Datenquelle
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung
Wohnort der Versicherten

Migräne: Medikamentöse Behandlung von akuten Attacken

Anteil an allen Versicherten mit Migräne



Wie werden akute Migräneattacken behandelt?

Migräneschmerzen können in vielen Fällen gut mit klassischen Schmerzmedikamenten, wie zum Beispiel Acetylsalicylsäure (ASS) oder Ibuprofen, behandelt werden. Insbesondere bei schweren Migräneattacken sind die klassischen Schmerzmittel allerdings oftmals nicht wirksam. In diesen Fällen sollen die akuten Schmerzen mit sogenannten Triptanen therapiert werden. Triptane sind Medikamente, welche die Blutgefäße verengen und die Entzündungsreaktion um die Hirngefäße stoppen. Es stehen verschiedene Wirkstoffe zur Verfügung, die sich hinsichtlich Wirkstärke, Wirkgeschwindigkeit, Wirkdauer und Verträglichkeit unterscheiden.

Die Auswertung gibt den Anteil der Migränepatientinnen und -patienten an, die mit Triptanen behandelt wurden. Zwei Triptane sind auch rezeptfrei und auf eigene Kosten in der Apotheke erhältlich. Fälle ohne ärztliche Verordnung sind in den Routinedaten und der Auswertung nicht erfasst.

Zeitraum
2019

Aufgreifkriterien
ICD-10-Code: G43
ATC-Code: N02CC

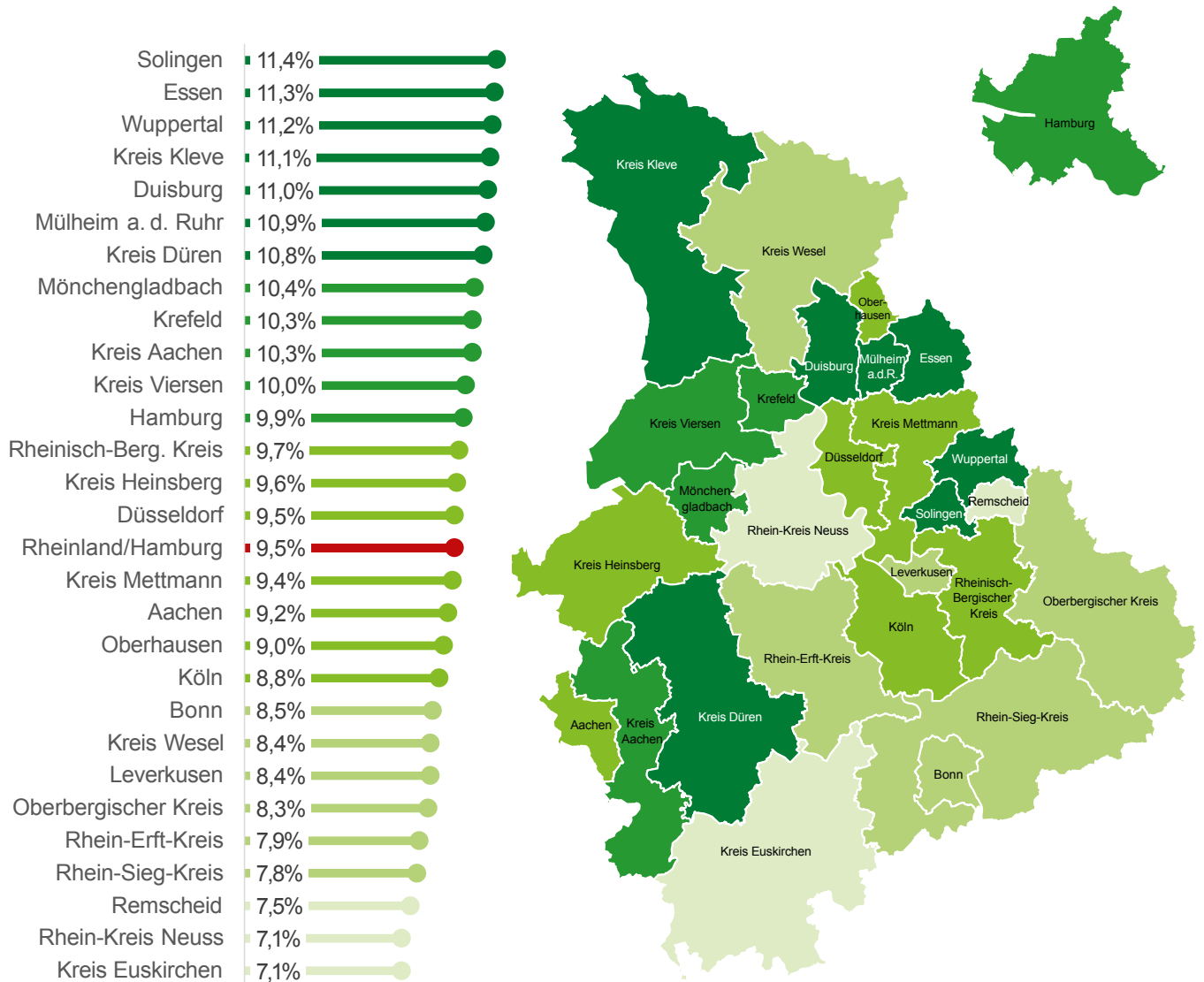
Standardisierung
Alter und Geschlecht
auf betrachteten
Versichertenkreis

Datenquelle
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung
Wohnort der Versicherten

Migräne: Medikamentöse Prophylaxe

Anteil an allen Versicherten mit Migräne



Wie kann man Migräneattacken vorbeugen?

Die wichtigste Form der Prophylaxe von Migräneattacken sind nicht-medikamentöse Maßnahmen, wie zum Beispiel Ausdauersport, Entspannungsverfahren sowie eine grundlegende Änderung des Lebensstils. Patientinnen und Patienten, die unter häufigen bzw. schweren Migräneattacken leiden, sollte zusätzlich auch eine medikamentöse Migräneprophylaxe angeboten werden. Sie sollte nur so lange eingesetzt werden bis die nicht-medikamentösen Verfahren ihre Wirksamkeit erreicht haben.

Zur Migräneprophylaxe stehen vorrangig Medikamente zur Verfügung, die primär bei der Behandlung anderer Krankheiten Anwendung finden, jedoch auch wirksam Migräneattacken vorbeugen können. Die neuen, seit 2018 eingesetzten CGRP-Antikörper spielten 2019 in der Versorgungsrealität noch keine Rolle.

In der Auswertung wurden nur Verordnungen berücksichtigt, bei denen im selben Fall eine Migräne-Diagnose vorlag.

Zeitraum
2019

Aufgreifkriterien
ATC-Codes: C07AA05, C07AB02, M03AX01, N03AG01, N03AX11, N06AA09, N07CA03

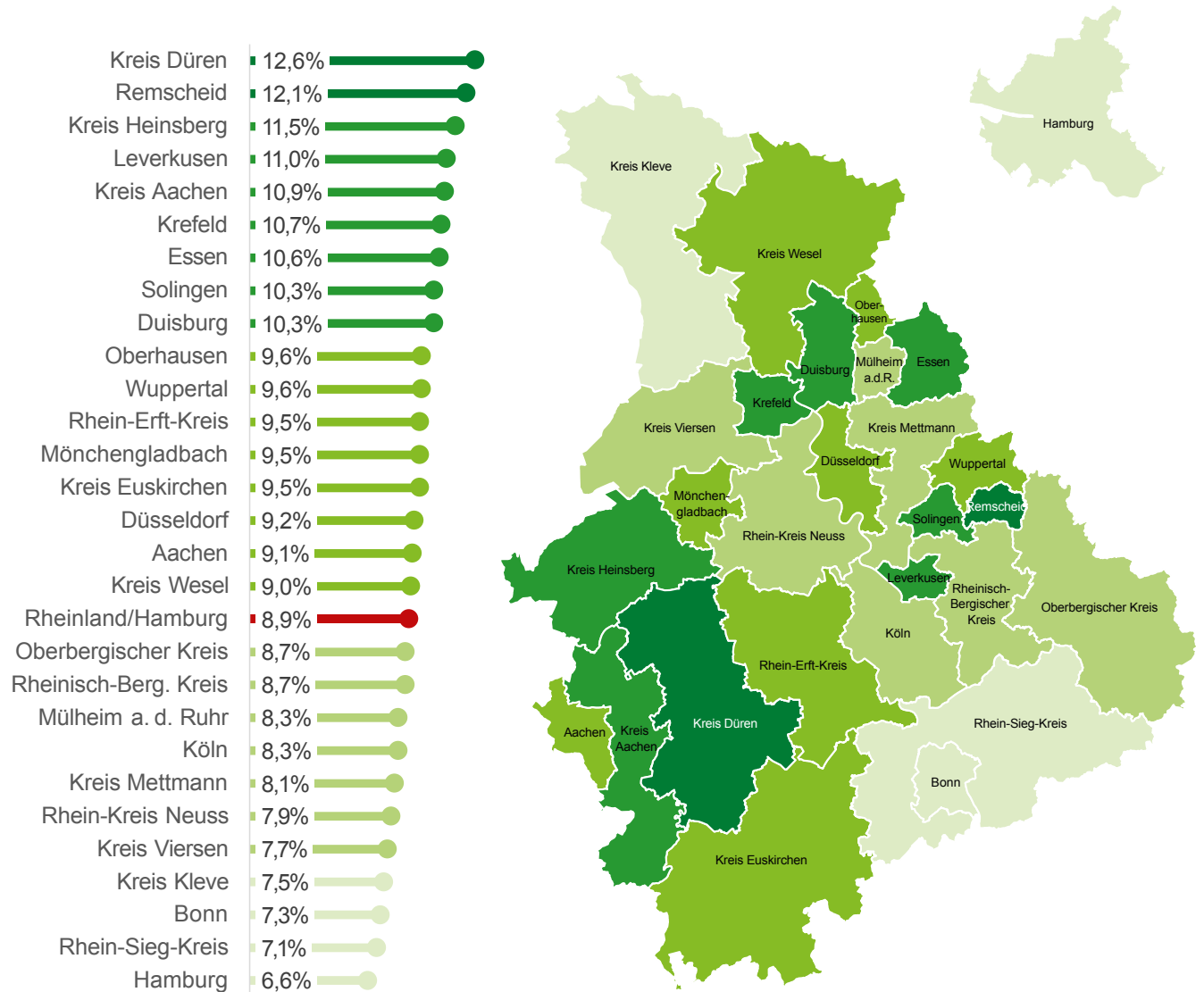
Standardisierung
Alter und Geschlecht auf betrachteten Versichertenkreis

Datenquelle
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung
Wohnort der Versicherten

Chronische Schmerzkrankheit: Prävalenz

Anteil allen Versicherten



Was ist die chronische Schmerzkrankheit?

Schmerzen sind zumeist eine Reaktion des Körpers auf eine Gewebe- oder Nervenschädigung. Bestehen die Schmerzen jedoch über einen längeren Zeitraum fort, können sie sich von der eigentlichen Ursache lösen und selbstständig weiterbestehen. In diesen Fällen handelt es sich um ein eigenständiges Krankheitsbild. Die Schmerzchronifizierung wird dabei nicht selten durch psychosoziale Faktoren unterstützt. Diese psychischen Ursachen sind zwar nicht immer ursächlich für die Schmerzen, beeinflussen und verstetigen aber das Schmerzempfinden und sind relevant für die Behandlung. Zu diesen psychischen Faktoren gehören beispielsweise Stress, Belastungssituationen oder schmerzbezogene Angst.

Zeitraum
2019

Aufgreifkriterien
ICD-10-Codes: F45.0/1/4
M79.70, R52.1, R52.2

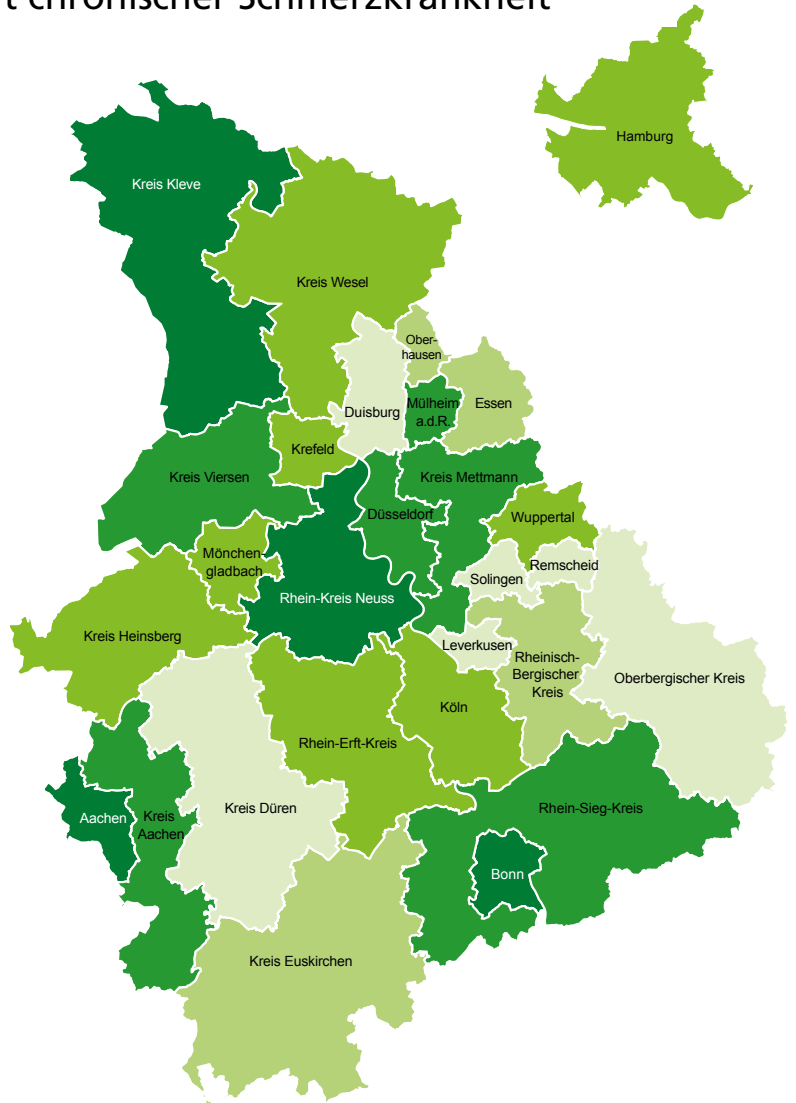
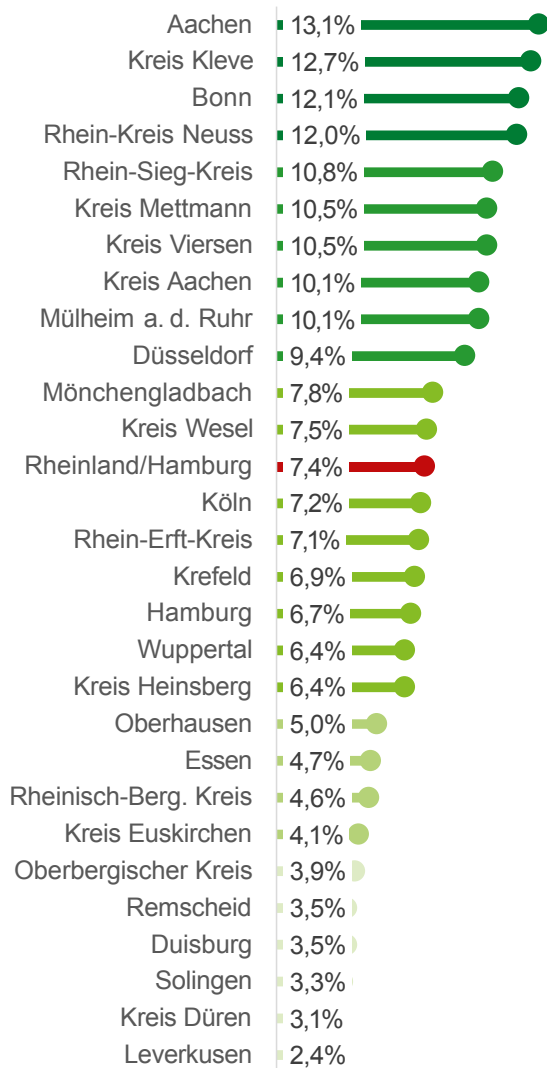
Standardisierung
Alter und Geschlecht
auf betrachteten
Versichertenkreis

Datenquelle
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung
Wohnort der Versicherten

Chronische Schmerzkrankheit: ambulante Schmerztherapie

Anteil an allen Versicherten mit chronischer Schmerzkrankheit



Was ist die ambulante Schmerztherapie?

Die Behandlung von Schmerzpatientinnen und -patienten erfolgt in der Regel durch die niedergelassenen Haus- und Fachärztinnen und -ärzte. Bei chronisch schmerzkranken Patientinnen und Patienten, bei denen der Schmerz nicht länger Begleiterscheinung körperlicher oder neuropathischer Beschwerden ist, sondern einen eigenständigen Krankheitswert erlangt hat, kann eine ambulante Schmerztherapie sinnvoll sein. Sie erfolgt durch speziell qualifizierte Ärztinnen oder Ärzte in einer Schmerzpraxis, -ambulanz oder -klinik. Die schmerztherapeutische Versorgung erfolgt umfassend unter Einsatz der gängigen, evidenzbasierten Behandlungsverfahren. Bindende Vorgaben gemäß der „Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie“ sollen die Qualität der Versorgung gewährleisten.

Zeitraum
2019

Aufgreifkriterien
ICD-10-Codes: F45.0/1/4,
M79.70, R52.1, R52.2
EBM-Ziffern: 30700,
30702

Standardisierung
Alter und Geschlecht auf
betrachteten
Versichertenkreis

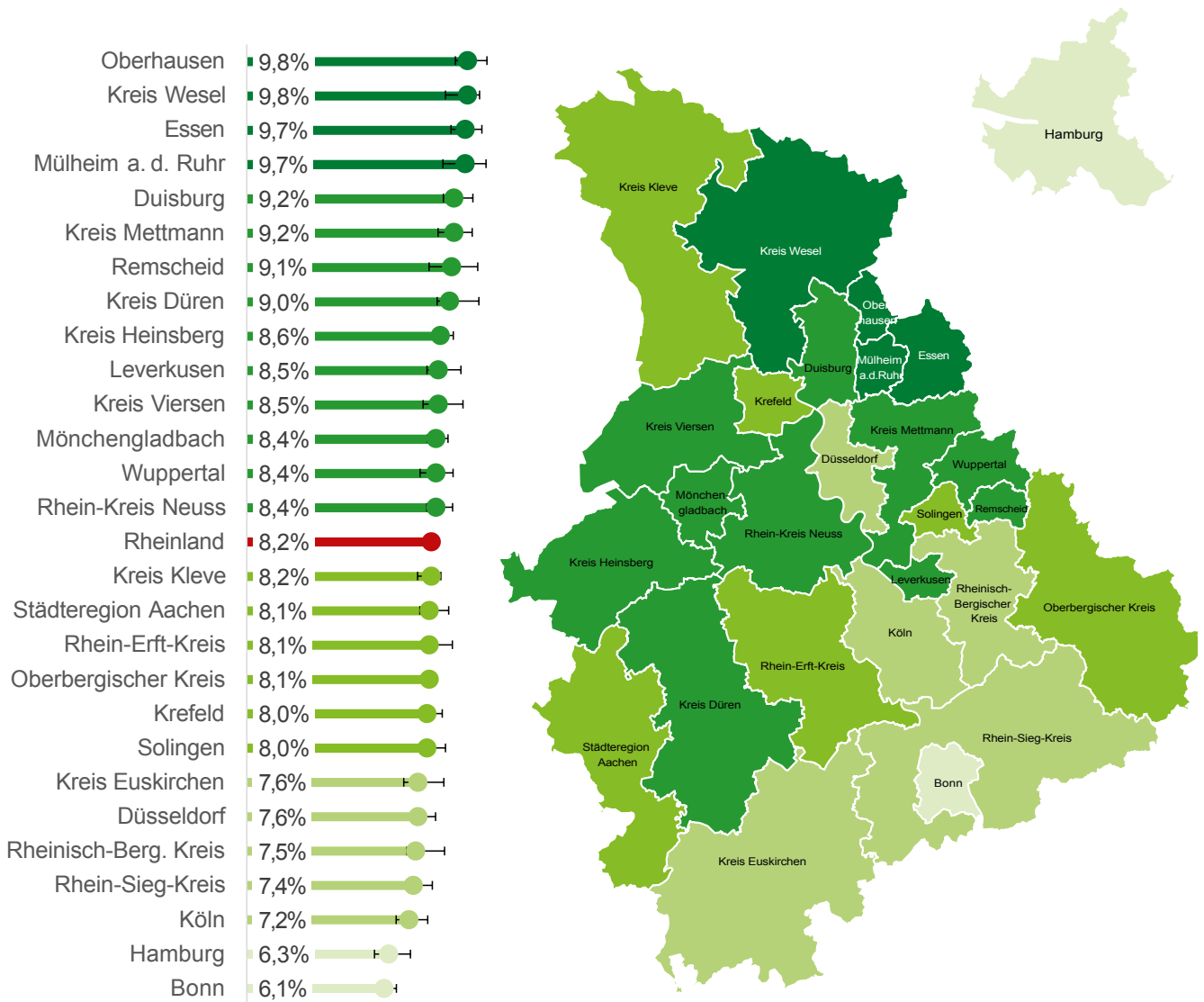
Datenquelle
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung
Wohnort der Versicherten

Krankheitsprävalenzen

Diabetes mellitus Typ 2

Prävalenzschätzung für die Gesamtbevölkerung



Was ist Diabetes?

Diabetes mellitus Typ 2 ist eine Stoffwechselerkrankung, deren Kennzeichen eine chronisch erhöhte Blutzuckerkonzentration ist. Eine eingeschränkte Insulinwirkung führt dazu, dass die Körperzellen den Zucker aus dem Blut nicht mehr aufnehmen können. Typ-2-Diabetes kommt vorwiegend im höheren Lebensalter vor. Als ursächlich gilt das Zusammenwirken von genetischer Veranlagung und Lebensstil. Die ausgewiesenen Werte geben die Krankheitsprävalenz der gesamten Bevölkerung in den Kreisen wieder. Sie basieren auf einem innovativen Verfahren, das Gesamtprävalenzen anhand der AOK-Routinedaten und der Krankenhausstatistik schätzt. Der statistischen Unsicherheit, die ein Schätzverfahren unvermeidbar beinhaltet, wird durch die Angabe eines plausiblen Bereichs Rechnung getragen.

Zeitraum
2017

Aufgreifkriterien
siehe Datenquelle

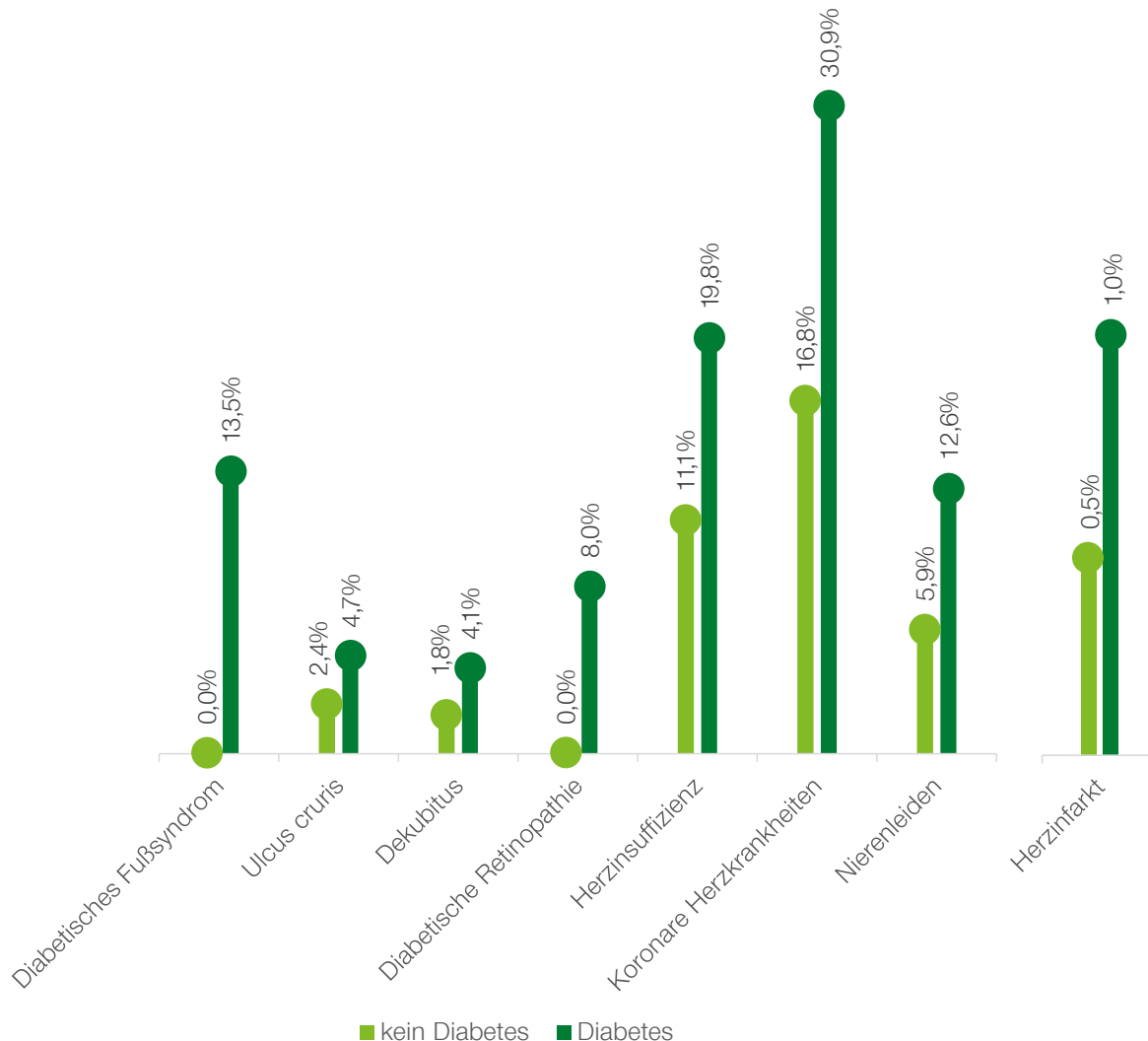
Standardisierung
keine

Datenquelle
WIdO Gesundheitsatlas
Diabetes

Regionale Zuordnung
Wohnort der Versicherten

Begleiterkrankungen bei Diabetes

Anteil an Versicherten mit Diabetes und vergleichbarer Stichprobe ohne Diabetes



Mit welchen Risiken ist Diabetes verbunden?

Menschen mit Diabetes leiden deutlich häufiger als Menschen ohne Diabetes an Erkrankungen wie chronischen Wunden, Herzkrankheiten und Nierenleiden. Auch das Herzinfarkttrisiko ist erheblich höher. In vielen Fällen wären diese Folgeerkrankungen durch einen gut eingestellten Blutzucker und Blutdruck vermeidbar.

Die Vergleichbarkeit der beiden Gruppen (mit und ohne Diabetes) erfolgte durch ein Matching-Verfahren. Für die Auswertung wurden alle Versicherten mit Diabetes betrachtet. Unter den Versicherten der AOK Rheinland/Hamburg wurde für jeden Versicherten mit Diabetes ein „statistischer Zwilling“ (das heißt gleiches Alter und Geschlecht) ohne Diabetes gesucht. Die Gruppe der „statistischen Zwillinge“ bildet die Vergleichsgruppe.

Zeitraum 2019

Aufgreifkriterien

ICD-10-Codes:
E10-E14.74-75, I70.23-24, I83.0/2, I87.0, L98.4, L97, L89, H36.0, I50, I11.0, I12.0, I13.0-2, I20-I25, N18-19, N05.2-7, N25.0, N03.2-7, Z49.0-2, Z94.0, Z99.2

Standardisierung

Alter und Geschlecht, Matchingverfahren

Datenquelle

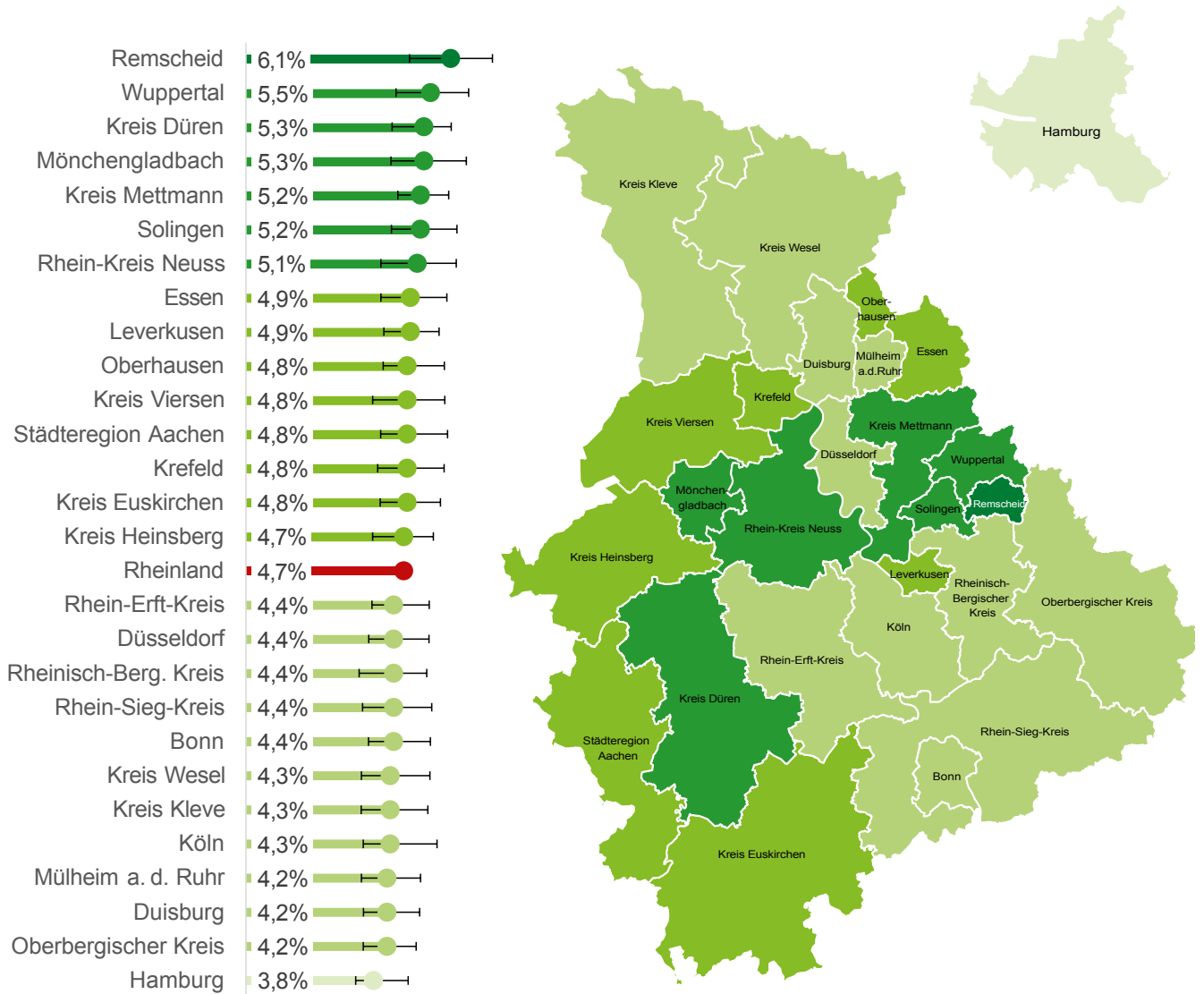
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

keine

Asthma

Prävalenzschätzung für die Gesamtbevölkerung



Was ist Asthma?

Asthma bronchiale ist eine chronisch-entzündliche Erkrankung der Atemwege. Eine Überempfindlichkeit der Bronchien führt wiederkehrend zu einer Verengung der Atemwege. Typische Symptome sind anfallartig auftretende Atemnot, ein Engegefühl in der Brust, eine pfeifende Atmung und Husten. In den meisten Fällen kann die Krankheit durch eine medikamentöse Therapie kontrolliert und ein Fortschreiten verhindert werden. Die Ursachen für Asthma bronchiale sind noch nicht vollständig geklärt. Als Risikofaktor gilt das Zusammenwirken von genetischer Veranlagung und Reizstoffen in der Luft. Die ausgewiesenen Werte geben die Krankheitsprävalenz der gesamten Bevölkerung in den Kreisen wider. Sie basieren auf einem innovativen Schätzverfahren (vergleiche Seite 60). Der statistischen Unsicherheit, die ein Schätzverfahren unvermeidbar beinhaltet, wird durch die Angabe eines plausiblen Bereichs Rechnung getragen.

Zeitraum
2018

Aufgreifkriterien
siehe Datenquelle

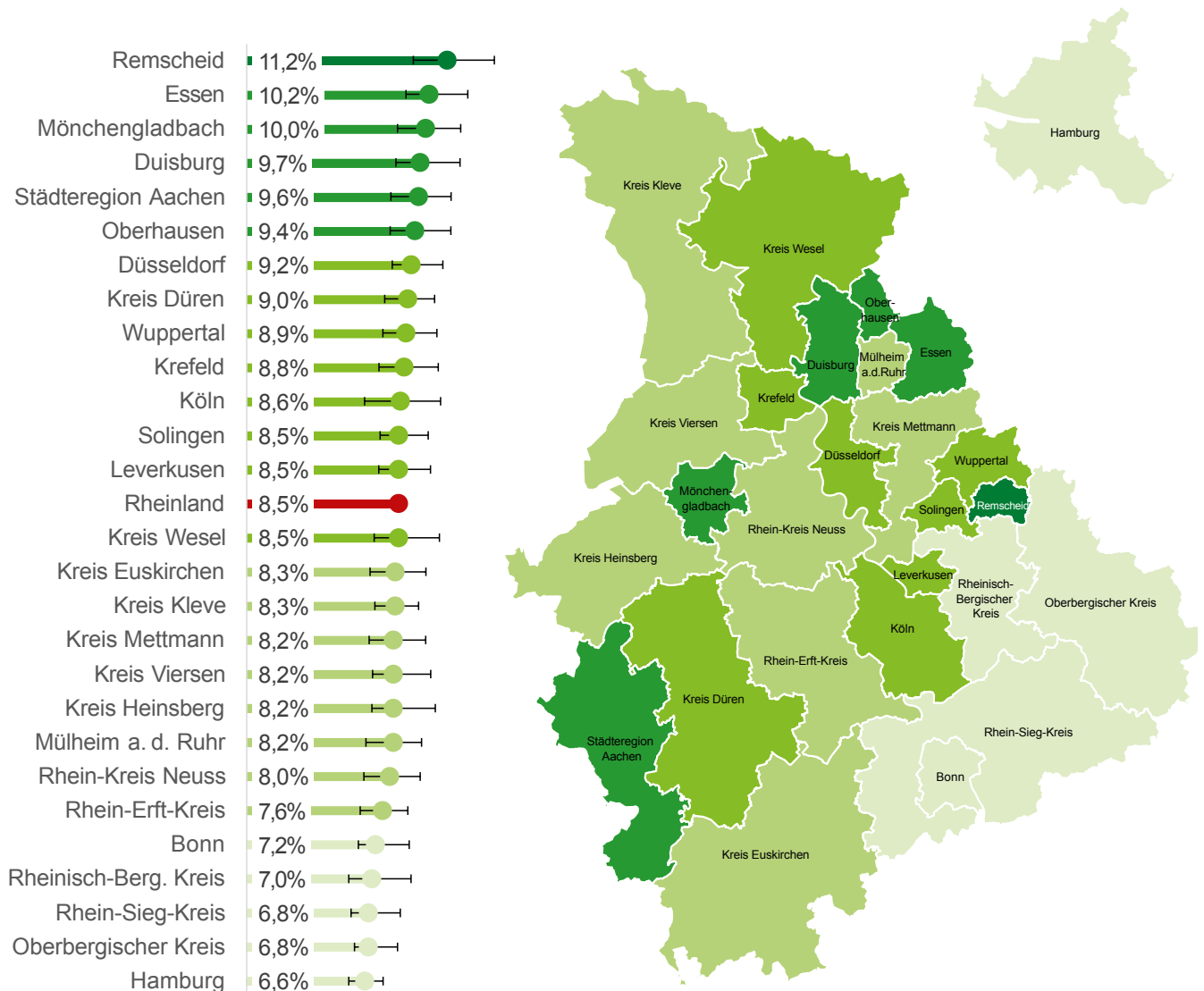
Standardisierung
keine

Datenquelle
WIdO Gesundheitsatlas
Asthma bronchiale

Regionale Zuordnung
Wohnort der Versicherten

Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)

Prävalenzschätzung für die Gesamtbevölkerung ab 40 Jahren



Was ist COPD?

Bei der chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) besteht eine irreversible und zumeist fortschreitende Verengung der tiefen Atemwege. In der Folge kommt es zu Atemnot, Husten und Auswurf. Die Einschränkungen der Lungenfunktion nehmen im Krankheitsverlauf zu, auch steigt das Risiko für eine akute Verschlimmerung der Krankheit sowie für Schädigungen anderer Organe. Rauchen ist der größte Risikofaktor, um eine COPD zu entwickeln.

Die ausgewiesenen Werte geben die Krankheitsprävalenz der gesamten Bevölkerung in den Kreisen wider. Sie basieren auf einem innovativen Schätzverfahren (vergleiche Seite 60). Der statistischen Unsicherheit, die ein Schätzverfahren unvermeidbar beinhaltet, wird durch die Angabe eines plausiblen Bereichs Rechnung getragen.

Zeitraum
2019

Aufgreifkriterien
siehe Datenquelle

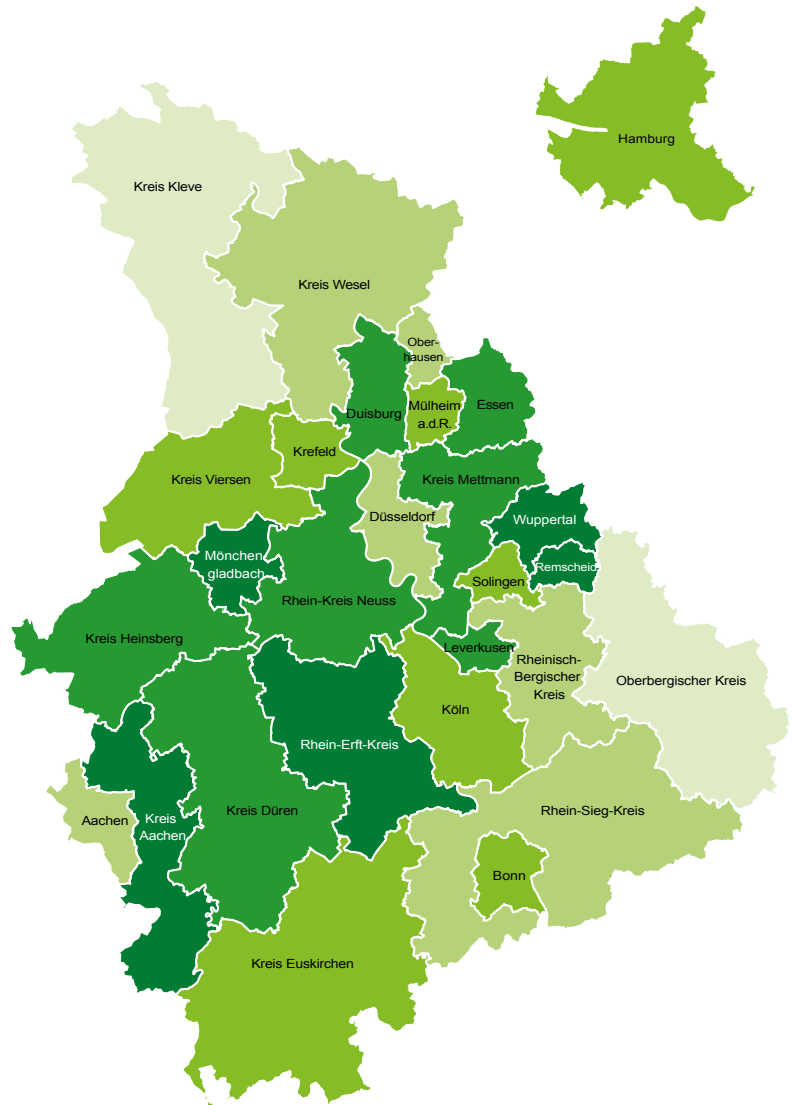
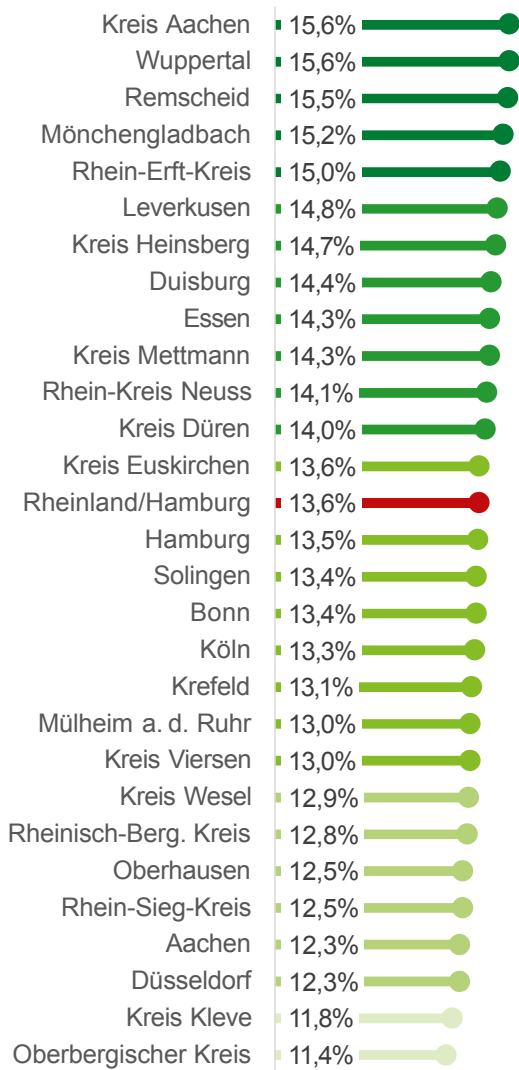
Standardisierung
Alter und Geschlecht auf Bundesbevölkerung

Datenquelle
WIdO Gesundheitsatlas
COPD

Regionale Zuordnung
Wohnort der Versicherten

Adipositas

Anteil an allen Versicherten



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 ein bewegungsarmer Lebensstil mit unausgewogener Ernährung, genetische Veranlagung, Essstörungen, Stoffwechselerkrankungen, Medikamente, Stress und Schlafmangel.

Zeitraum
2019

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

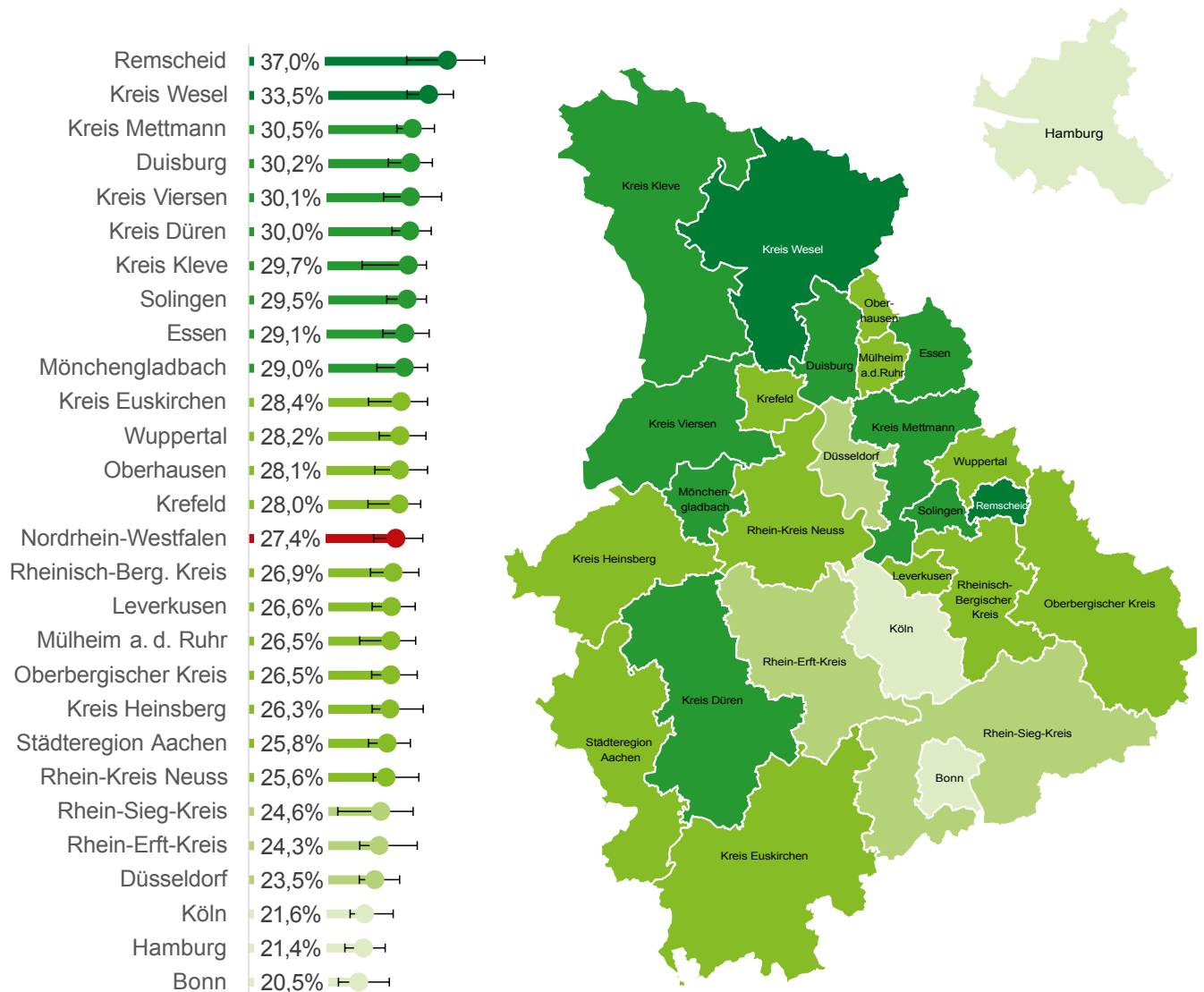
Standardisierung
Alter und Geschlecht auf
Bundesbevölkerung

Datenquelle
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung
Wohnort der Versicherten

Vorerkrankungen mit erhöhtem Risiko für schwere COVID-19-Verläufe

Prävalenzschätzung für die Gesamtbevölkerung



Welche Vorerkrankungen wurden berücksichtigt?

Die Infektion mit SARS-CoV-2-Viren ist insbesondere für Patientinnen und Patienten mit chronischen Vorerkrankungen potenziell gefährlich, da diese ein erhöhtes Risiko für schwere Verläufe von COVID-19 haben. Bei folgenden Vorerkrankungen ist von einem erhöhten Risiko schwerer Verläufe auszugehen: Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems, Erkrankungen der Lunge, Lebererkrankungen, Diabetes mellitus, Krebserkrankungen, Patienten mit geschwächtem Immunsystem.

Die ausgewiesenen Werte geben die Krankheitsprävalenz der gesamten Bevölkerung in den Kreisen wieder. Sie basieren auf einem innovativem Verfahren, das Gesamtprävalenzen anhand der AOK-Routinedaten und der Krankenhausstatistik schätzt. Der statistischen Unsicherheit eines Schätzverfahrens wird durch die Angabe eines plausiblen Bereichs Rechnung getragen.

Zeitraum
2018

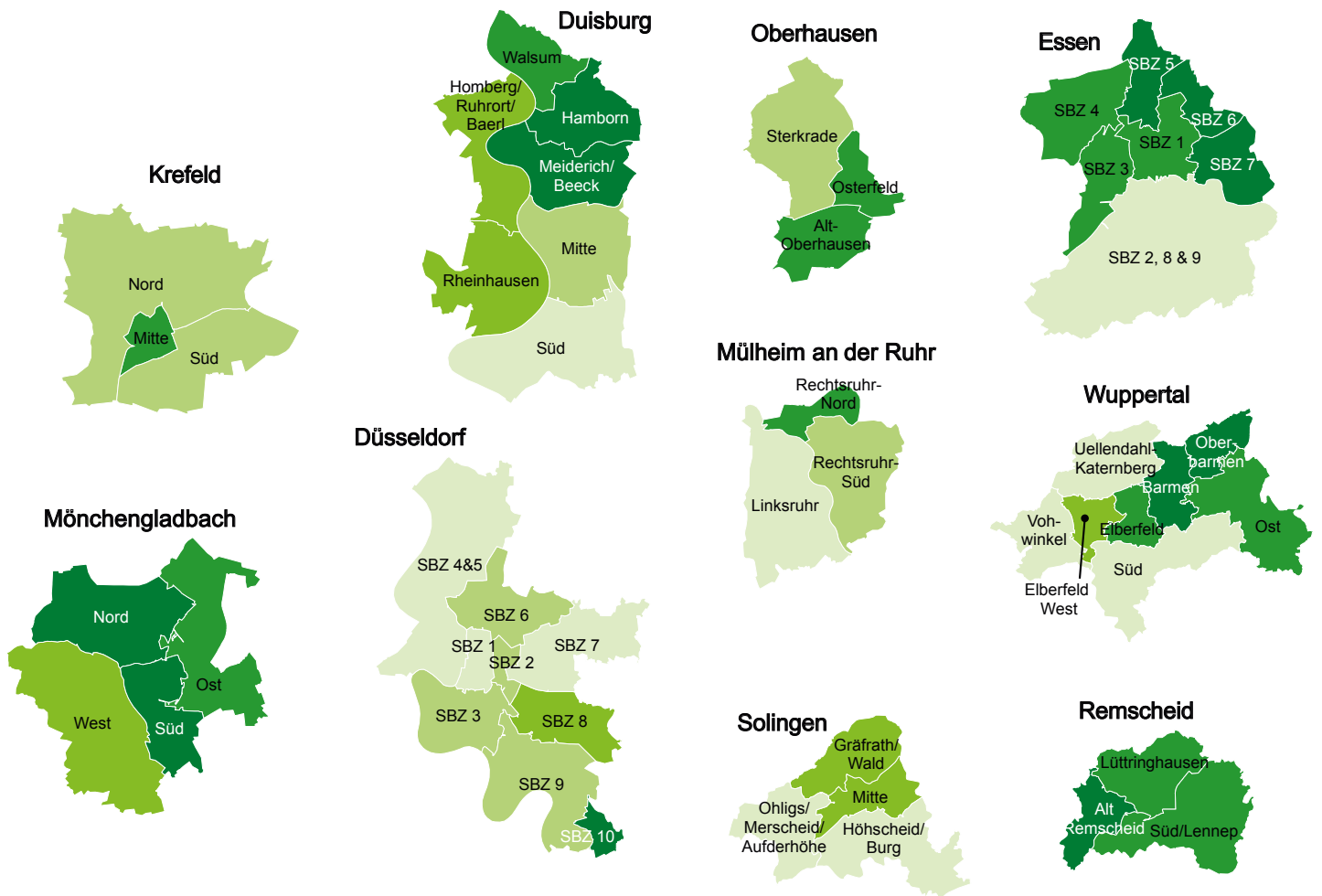
Aufgreifkriterien
Gemäß Schröder et al. 2020: Gesundheitliche Beeinträchtigungen – Vorerkrankungen mit erhöhtem Risiko für schwere Verläufe von COVID-19. Berlin 2020.

Standardisierung
keine

Datenquelle
WIdO

Regionale Zuordnung
Wohnort der Versicherten

Krankheitsprävalenzen in den Stadtbezirken

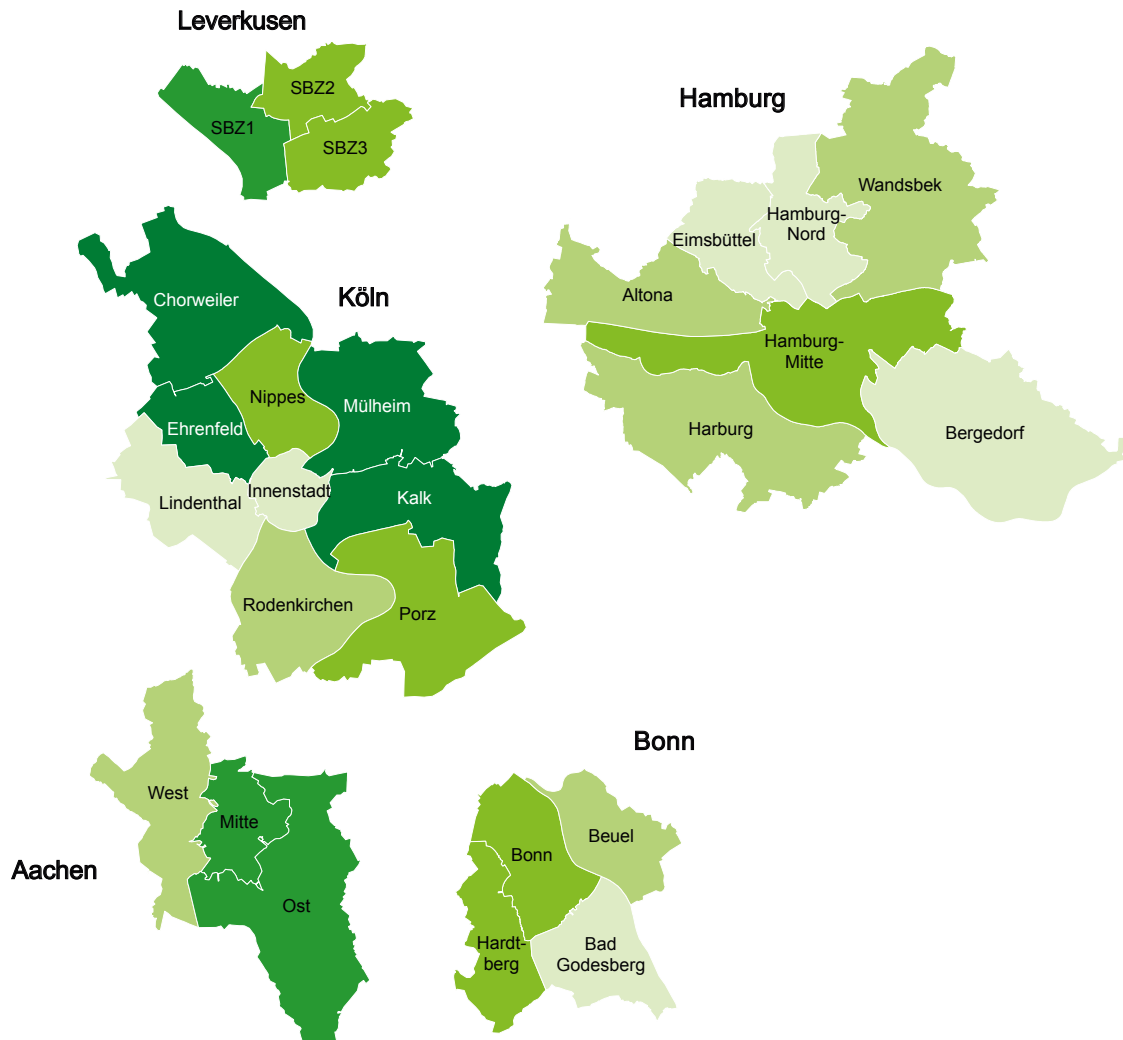


Wie erfolgt die Gruppeneinteilung der Stadtbezirke?

Die Gesundheits- und Versorgungssituation innerhalb von Städten ist keinesfalls einheitlich – die Gesundheitschancen sind sehr ungleich verteilt. Auch in den Städten gibt es strukturschwache Räume.

Einen Überblick über die Krankheitshäufigkeit in den Stadtbezirken gibt der Index der Erkrankungshäufigkeit, der die Prävalenzen von fünf Krankheiten zusammenfasst. Berücksichtigt wurde die Erkrankungshäufigkeit von Diabetes Typ 2, Asthma, COPD, Adipositas sowie Koronarer Herzkrankheit.

Für jeden Stadtbezirk wurde der Rang ermittelt, den er im Vergleich zu allen 77 betrachteten Stadtbezirken in Bezug auf die Häufigkeit einer Erkrankung einnimmt. Aus den Rängen der fünf Krankheitsbilder des Themenfelds wurde dann ein Durchschnittswert gebildet und die Stadtbezirke gemäß ihres Rang-Durchschnitts in fünf Klassen eingeteilt.



Legende

Der Stadtbezirk gehört zu der Gruppe der Stadtbezirke mit einer durchschnittlich

- sehr hohen Erkrankungshäufigkeit
- hohen Erkrankungshäufigkeit
- mittleren Erkrankungshäufigkeit
- niedrigen Erkrankungshäufigkeit
- sehr niedrigen Erkrankungshäufigkeit

Berücksichtigte Indikatoren

Inanspruchnahme von Leistungen bei

- Diabetes Typ 2
- Asthma
- COPD
- Adipositas
- Koronare Herzkrankheit

Zeitraum

2019

Aufgreifkriterien

ICD-10-Codes: E11, E66.0/2/8/9 wenn nicht E66.1, I20-I25, J43.2/8/9, J44, J45

Standardisierung

Alter und Geschlecht auf Bundesbevölkerung

Datenquelle

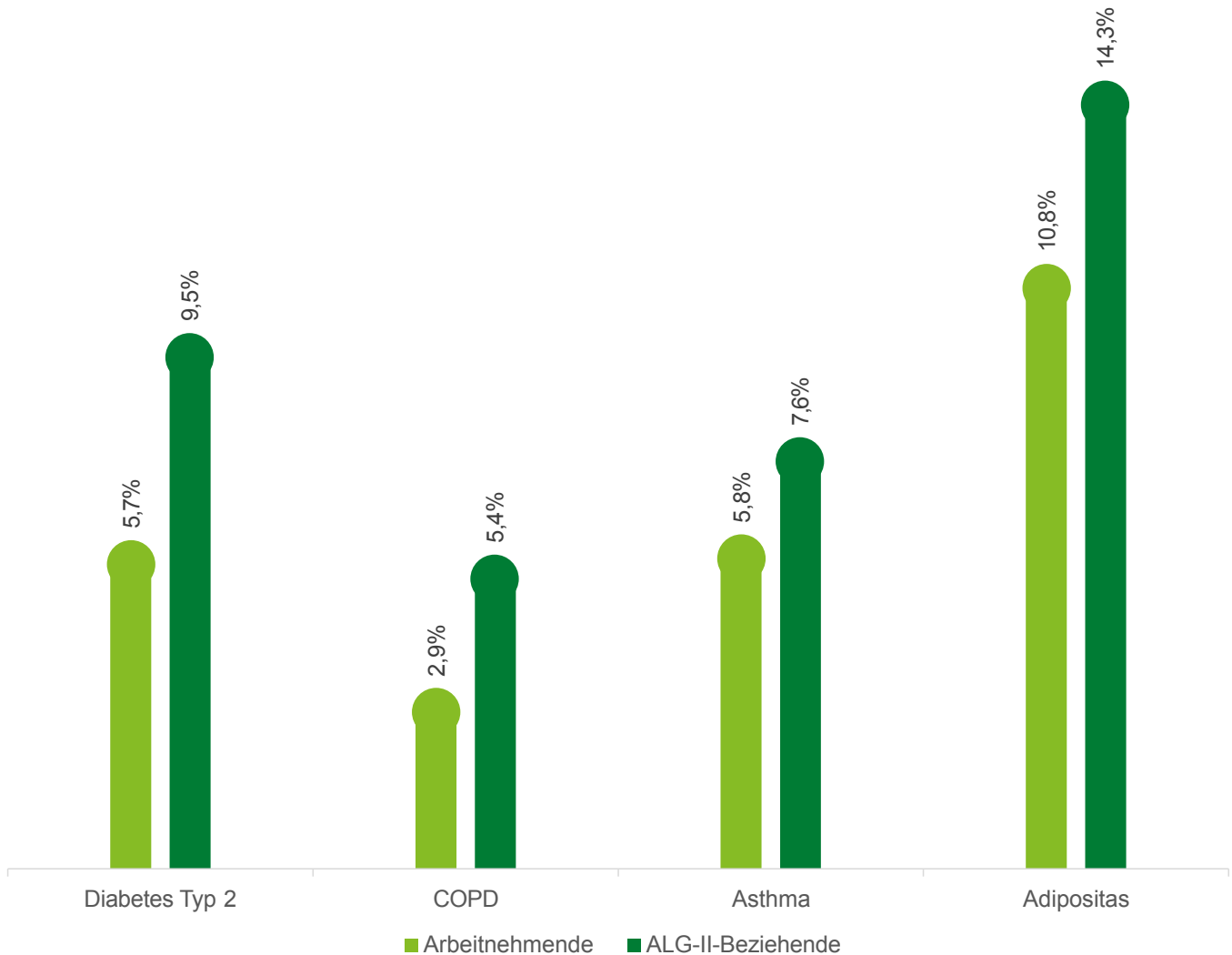
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Chronische Erkrankungen

Anteil an Arbeitnehmenden und ALG-II-Beziehenden (inklusive Familienmitglieder) im Alter von 0 bis 65 Jahren



Warum sind die Gesundheitschancen ungleich verteilt?

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.

Zeitraum
2019

Aufgreifkriterien
ICD-10-Codes: E11, E66.0/2/8/9, J43.2/8/9, J44-J46

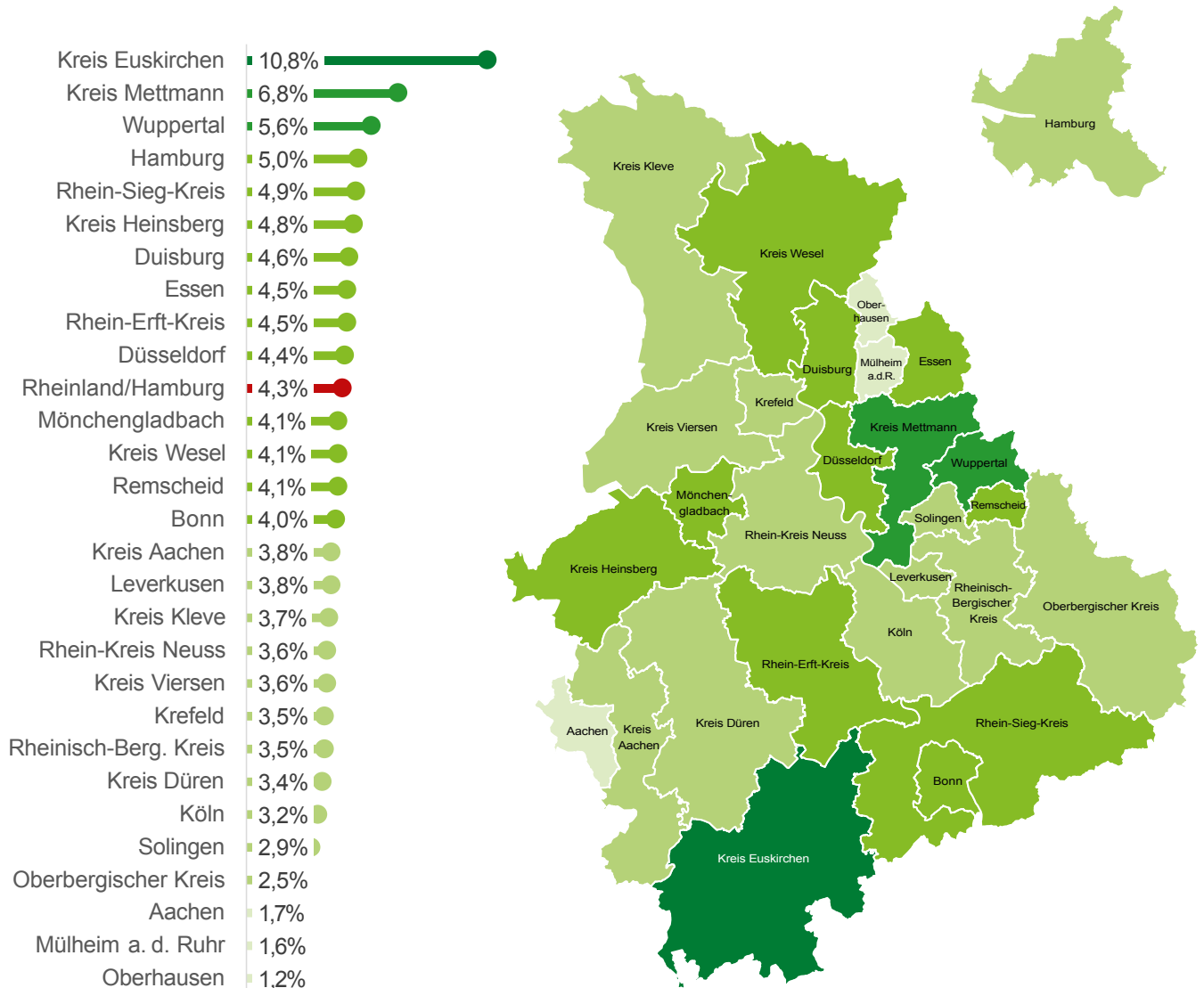
Standardisierung
Alter und Geschlecht auf Bundesbevölkerung

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?

Typ-2-Diabetes 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 und Folgeerkrankungen verhindert werden. Zu Beginn verläuft die Krankheit zumeist ohne Symptome. Bleibt der Diabetes über lange Zeit unentdeckt – und folglich unbehandelt –, steigt das Risiko für gravierende, irreversible Schäden.

Die Auswertung betrachtet, wie viele Versicherte im Jahr der erstmaligen Diabetes-Diagnose bereits Folgeerkrankungen wie eine 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 2019 und ohne vorherige Diagnose in den Jahren 2017 und 2018. Vorausgesetzt werden zwei gesicherte ambulante Diagnosen und/oder eine Diagnose im Krankenhaus.

Zeitraum
2019

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)

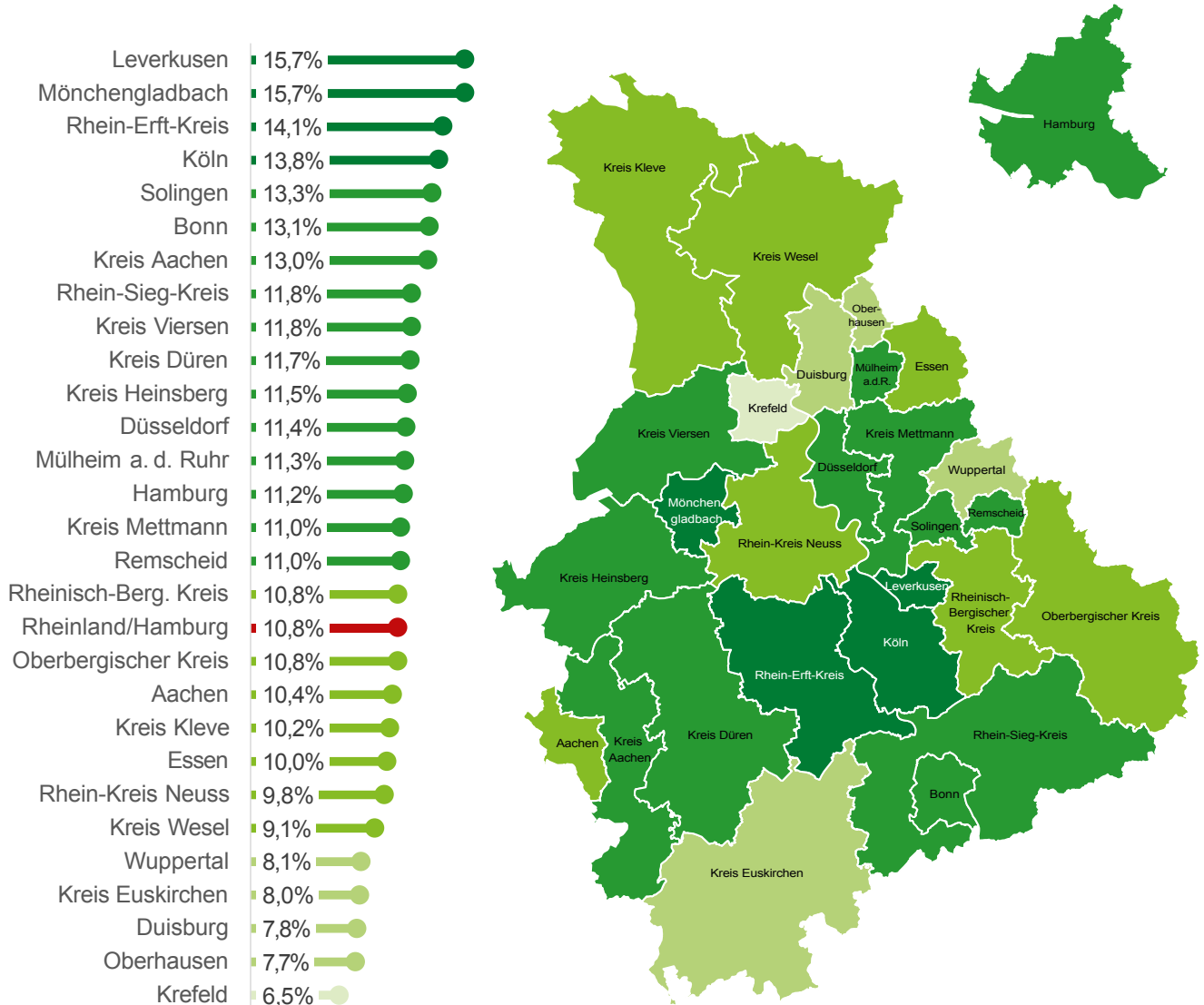
Standardisierung
Alter und Geschlecht auf betrachteten Versichertenkreis

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 eine unerkannte Nierenschwäche gefährlich?

Bei chronischer Nierenschwäche nimmt die Nierenfunktion über einen längeren Zeitraum kontinuierlich ab bis zum vollständigen Ausfall der Nierenfunktion. Patientinnen und Patienten im terminalen Stadium sind für ihr Überleben auf eine künstliche Blutreinigung (Dialyse) angewiesen. Bleibt die Niereninsuffizienz über lange Zeit unentdeckt – und folglich unbehandelt –, steigt das Risiko für gravierende, irreversible Schäden. Die Auswertung betrachtet, wie viele Versicherte im Jahr der erstmaligen Diagnose eines chronischen Nierenversagens bereits ein (prä-)terminales Stadium aufwiesen und/oder eine Dialyse erhielten. Als Patientinnen und Patienten mit Erstdiagnose gelten alle Versicherten mit Nierenversagen-Diagnose im Jahr 2019 und ohne vorherige Diagnose oder Dialyse in den Jahren 2017 und 2018. Vorausgesetzt werden zwei gesicherte ambulante Diagnosen und/oder eine Diagnose im Krankenhaus.

Zeitraum
2019

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

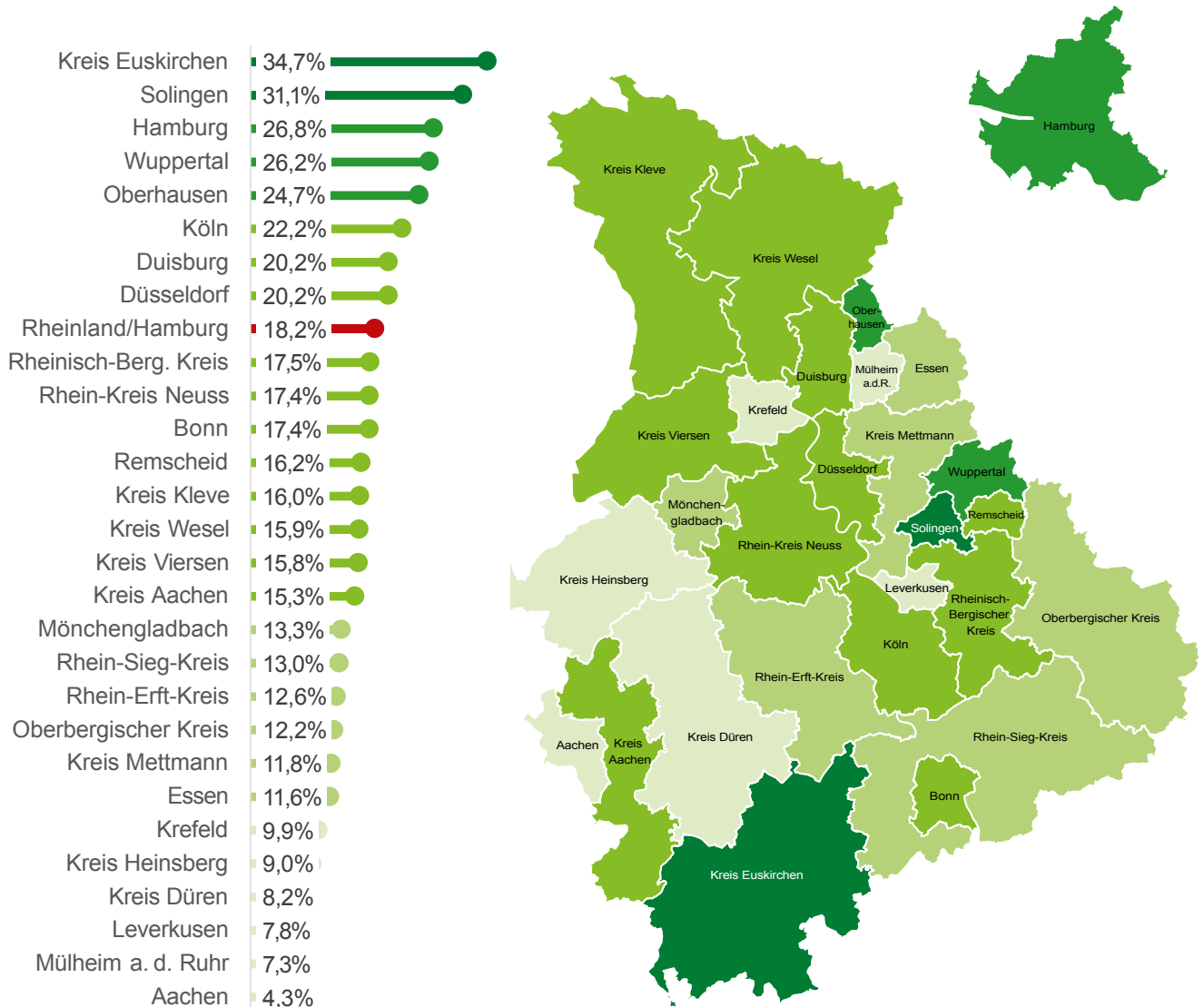
Standardisierung
Alter und Geschlecht auf betrachteten Versichertenkreis

Datenquelle
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung
Wohnort der Versicherten

Glaukom mit Folgeschäden im Jahr der Erstdiagnose

Anteil an allen Versicherten mit erstmaliger Glaukom-Diagnose



Warum ist ein unerkanntes Glaukom gefährlich?

Ein Glaukom, auch als grüner Star bekannt, bezeichnet eine Reihe von Erkrankungen des Auges, bei denen zumeist ein zu hoher Augeninnendruck besteht. Die Drucksteigerung im Augeninneren kann den Sehnerv schädigen, das Sehvermögen einschränken und im schlimmsten Fall zur Erblindung führen. Rechtzeitig erkannt, kann die Krankheit wirksam therapiert und eine Schädigung des Sehnervs verhindert werden.

Die Krankheit bleibt zu Beginn meist unerkannt. Bemerkbare Symptome treten erst auf, wenn bereits irreversible Schäden entstanden sind. Die Auswertung betrachtet, wie viele Versicherte im Jahr der erstmaligen Diagnose eines Glaukoms bereits unter Sehstörungen oder Blindheit litten. Als Patientinnen und Patienten mit Erstdiagnose gelten alle Versicherten mit Glaukom-Diagnose im Jahr 2019 und ohne vorherige Diagnose oder Sehstörungen in den Jahren 2017 und 2018. Vorausgesetzt werden zwei gesicherte ambulante Diagnosen und/oder eine Diagnose im Krankenhaus.

Zeitraum
2019

Aufgreifkriterien
ICD-10-Codes: H40, H53, H54

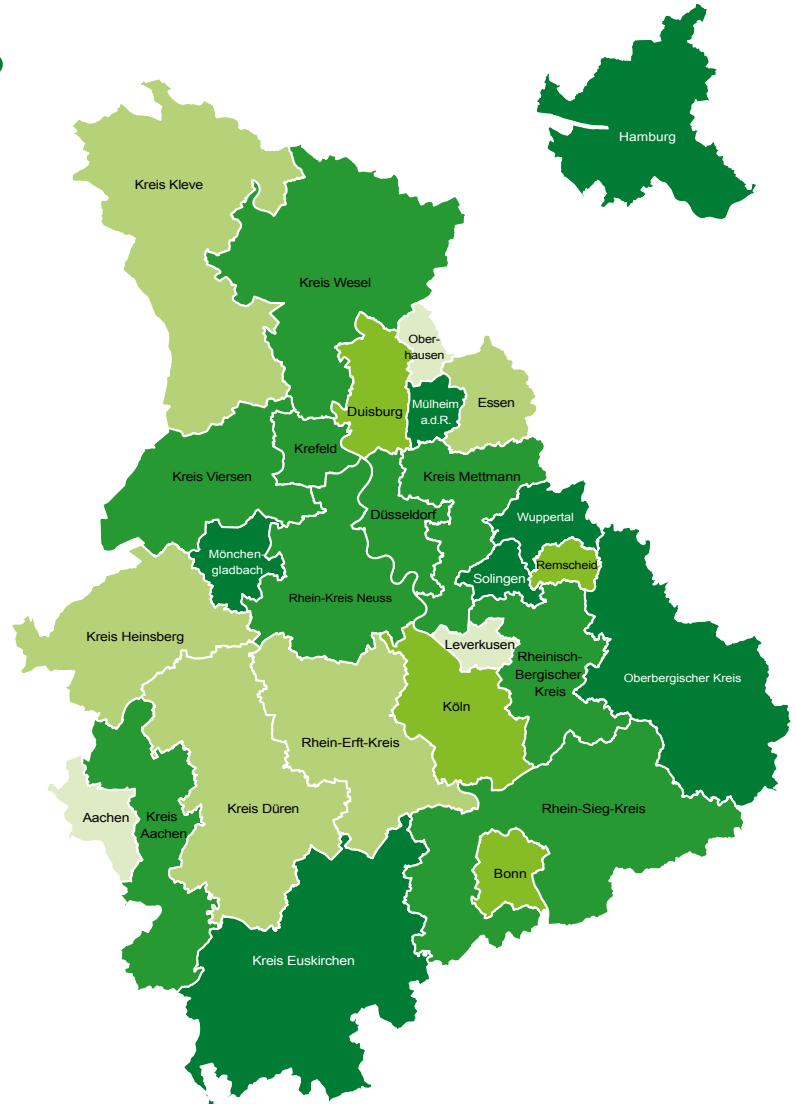
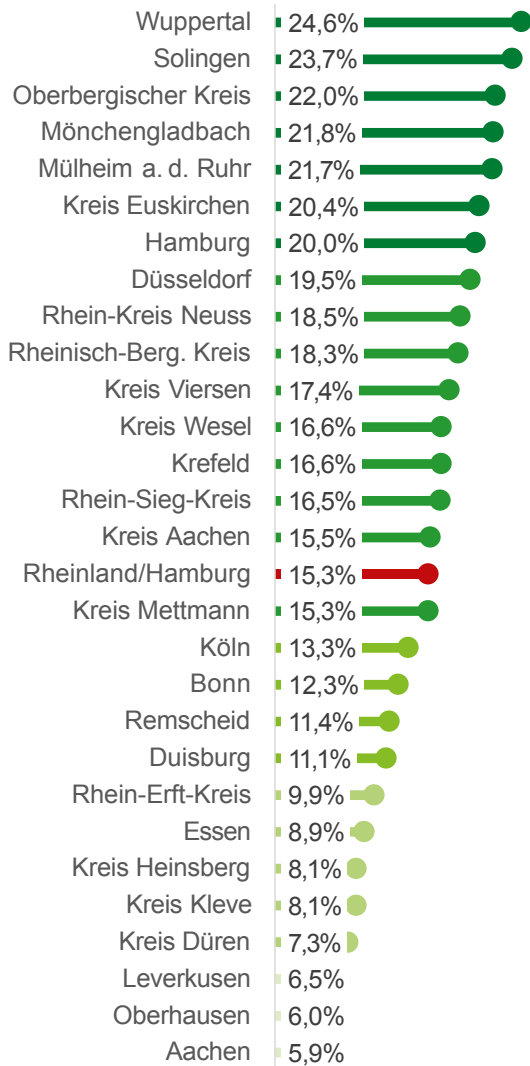
Standardisierung
Alter und Geschlecht auf betrachteten Versichertenkreis

Datenquelle
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung
Wohnort der Versicherten

Makuladegeneration mit Folgeschäden im Jahr der Erstdiagnose

Anteil an allen Versicherten mit erstmaliger Diagnose Makuladegeneration



Warum ist eine unerkannte Makuladegeneration gefährlich?

Die Makuladegeneration ist eine Erkrankung des Auges, bei der die Makula, die Stelle des schärfsten Sehens im Auge, nach und nach zerstört wird. In der Folge kommt es zu einem fortschreitenden Sehverlust im zentralen Gesichtsfeld, der im schlimmsten Fall zu einer weitgehenden Erblindung führt. Eine Heilung der Krankheit ist bislang nicht möglich. Durch eine frühzeitige Therapie lässt sich das Fortschreiten der Erkrankung jedoch aufschieben und verlangsamen. Die Auswertung betrachtet, wie viele Versicherte im Jahr der erstmaligen Diagnose einer Makuladegeneration bereits unter Sehstörungen oder Blindheit litten. Als Patientinnen und Patienten mit Erstdiagnose gelten alle Versicherten mit Makuladegeneration-Diagnose im Jahr 2019 und ohne vorherige Diagnose oder Sehstörungen in den Jahren 2017 und 2018. Vorausgesetzt werden zwei gesicherte ambulante Diagnosen und/oder eine Diagnose im Krankenhaus.

Zeitraum
2019

Aufgreifkriterien
ICD-10-Codes: H35.3, H53, H54

Standardisierung
Alter und Geschlecht auf betrachteten Versichertenkreis

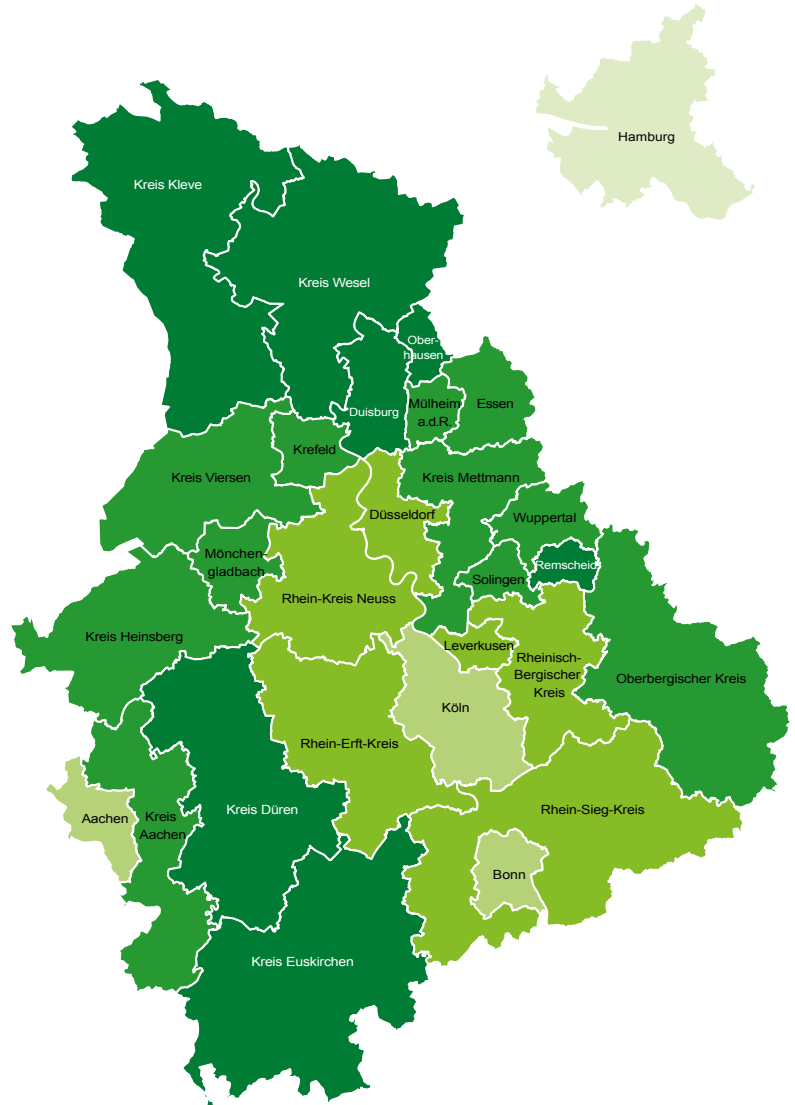
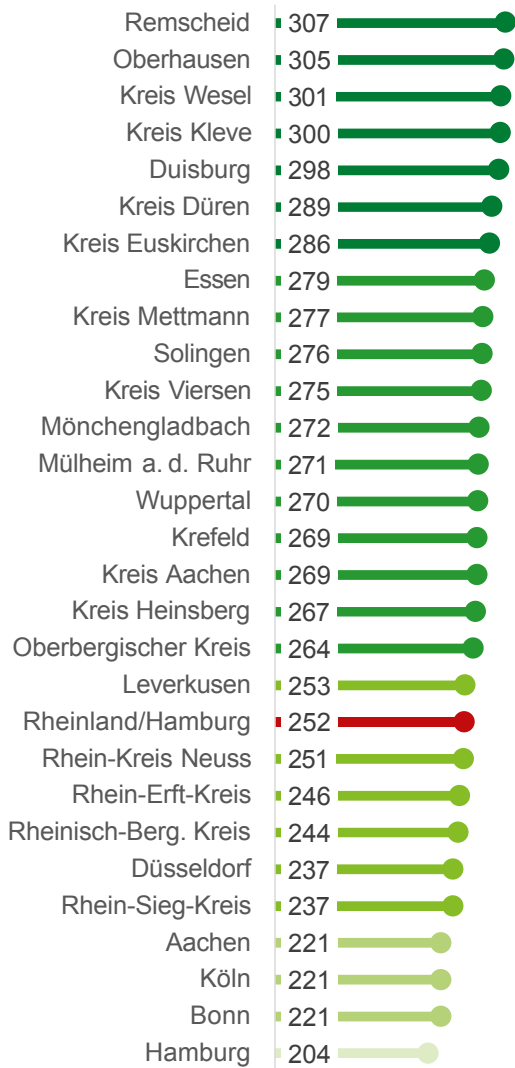
Datenquelle
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung
Wohnort der Versicherten

Stationäre Versorgung

Krankenhausfälle

Fälle je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner



Wie ist die Anzahl der Krankenhausfälle einzuordnen?

Die stationäre Aufnahme im Krankenhaus erfolgt meist aufgrund eines akuten Behandlungs- oder eines besonderen diagnostischen Abklärungsbedarfs. Sie sollte den schweren Fällen vorbehalten sein, die von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten nicht gleichwertig behandelt werden können. Im europäischen Vergleich ist die Zahl der Krankenhausfälle in Deutschland sehr hoch. Mit 239 Fällen je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner liegt die Rate deutlich höher als beispielsweise in Schweden (134), Frankreich (162) oder der Schweiz (156). 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
2019

Aufgreifkriterien
alle Krankenhausfälle

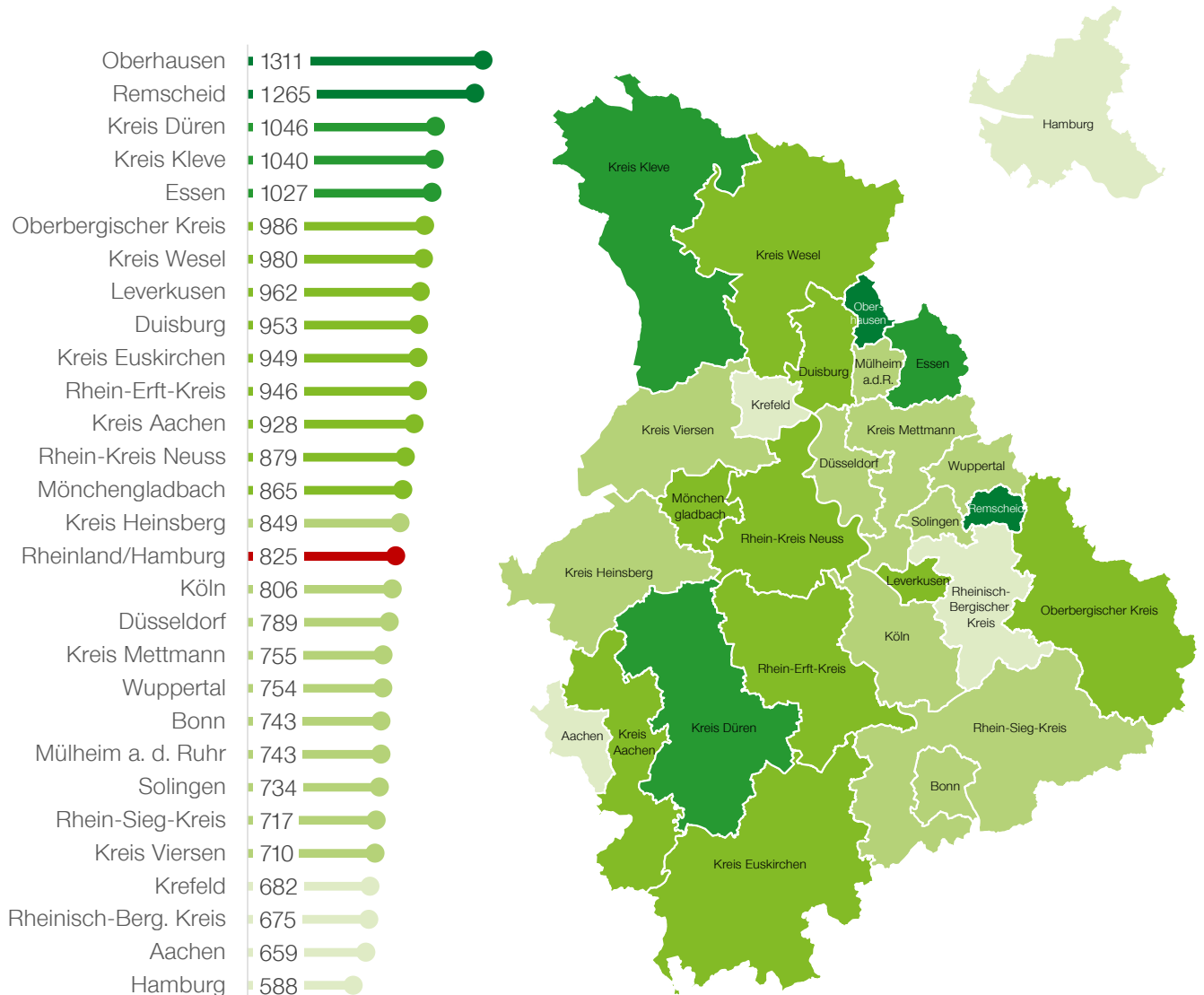
Standardisierung
Alter auf Bundesbevölkerung

Datenquelle
IT.NRW, Statistikamt Nord

Regionale Zuordnung
Wohnort der Patientinnen und Patienten

Krankenhausfälle infolge von ischämischen Herzkrankheiten

Fälle je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner



Warum wären viele Krankenhausfälle vermeidbar?

Die stationäre Aufnahme im Krankenhaus erfolgt meist aufgrund eines akuten Behandlungs- oder eines besonderen diagnostischen Abklärungsbedarfs. Sie sollte den schweren Fällen vorbehalten sein, die von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten nicht gleichwertig behandelt werden können. Eine hohe Zahl an Krankenhausfällen kann durch eine erhöhte Krankheitslast bedingt sein, jedoch auch auf eine unzureichende Therapie bestehender Krankheiten hindeuten. Ischämische Herzerkrankungen, insbesondere ein Herzinfarkt, erfordern oftmals eine umgehende stationäre Behandlung. Das Risiko für Akutereignisse kann durch Änderungen im Lebensstil und eine leitliniengerechte Therapie signifikant gesenkt werden.

Zeitraum
2019

Aufgreifkriterien
ICD-10-Codes: I20-I25

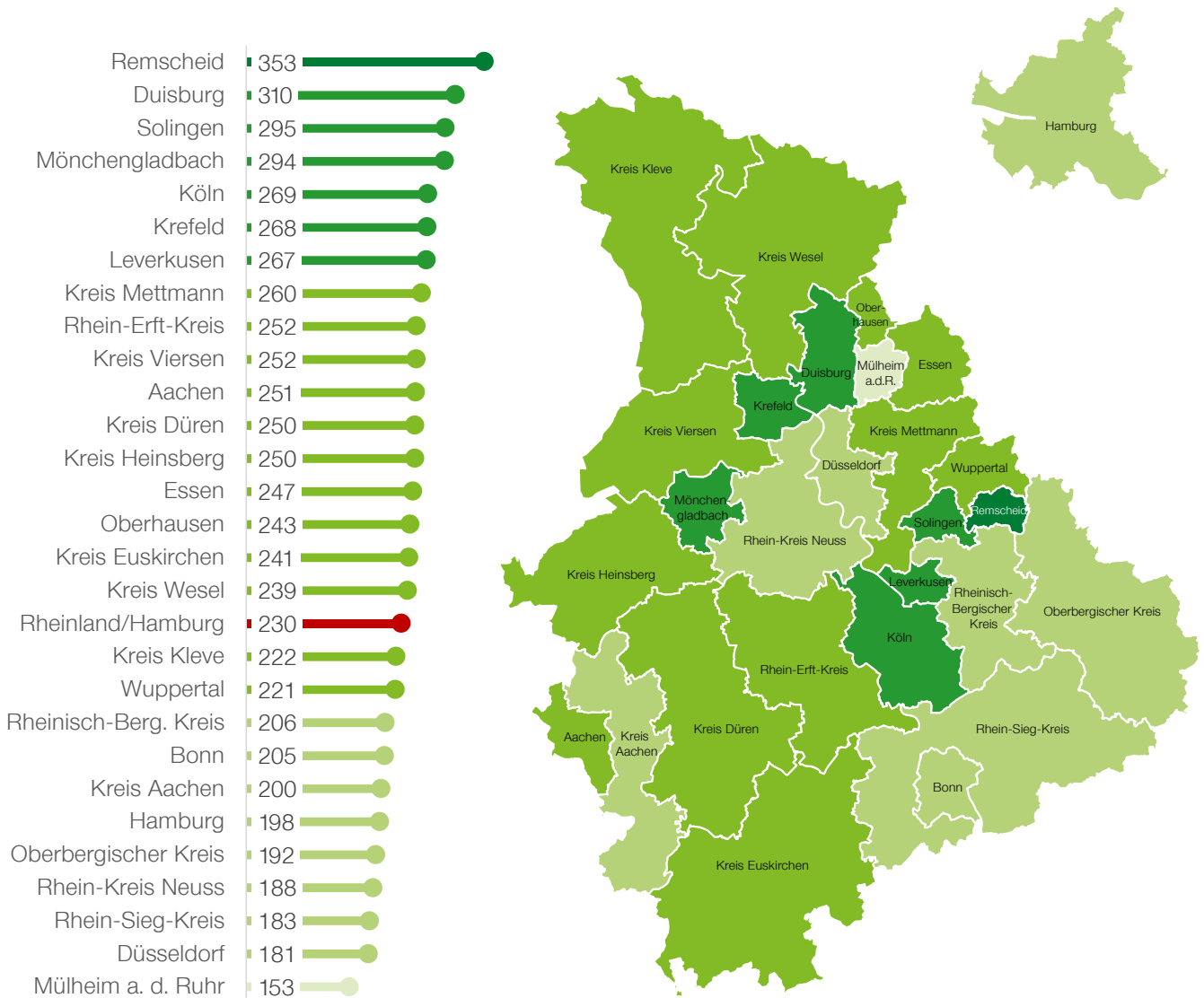
Standardisierung
Alter und Geschlecht auf Bundesbevölkerung

Datenquelle
IT.NRW, Statistikamt Nord

Regionale Zuordnung
Wohnort der Patientinnen und Patienten

Krankenhausfälle infolge von Diabetes mellitus

Fälle je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner



Warum wären viele Krankenhausfälle vermeidbar?

Die stationäre Aufnahme im Krankenhaus erfolgt in der Regel aufgrund eines akuten Behandlungsbedarfs oder besonderer diagnostischer Abklärung. Sie sollte den schweren Fällen vorbehalten sein, die von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten nicht gleichwertig behandelt werden können.

Eine hohe Zahl an Krankenhausfällen kann durch eine erhöhte Krankheitslast bedingt sein, jedoch auch auf eine unzureichende Therapie bestehender Krankheiten hindeuten.

Die Auswertung betrachtet Krankenhausfälle mit der Hauptentlassdiagnose Diabetes mellitus. Krankenhausfälle aufgrund von Diabetes mellitus sind bei einer kontinuierlichen und strukturierten (fach-)ärztlichen Versorgung weitestgehend vermeidbar.

Zeitraum
2019

Aufgreifkriterien
ICD-10-Codes: E10-E14

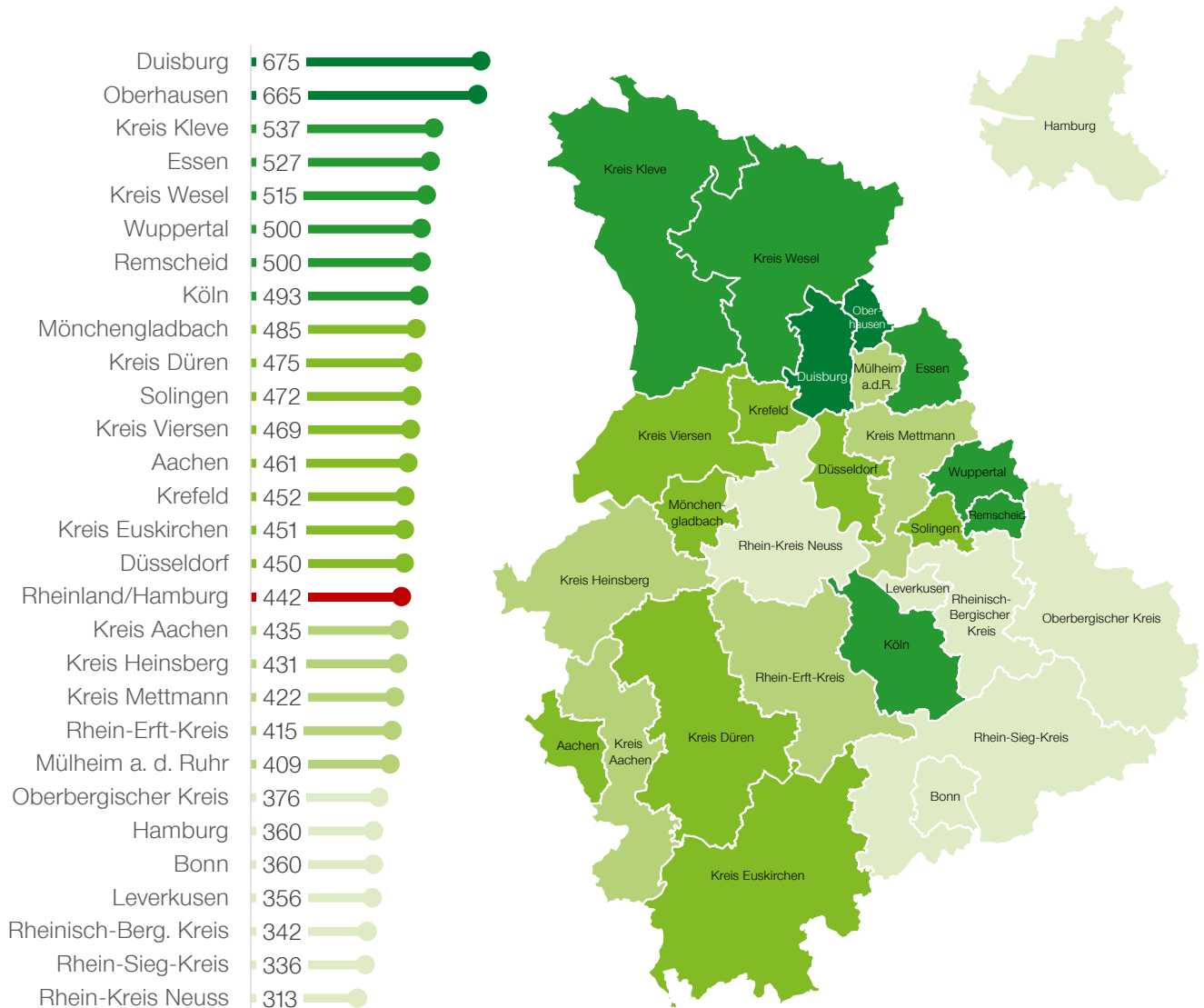
Standardisierung
Alter und Geschlecht, indirekt

Datenquelle
IT.NRW, Statistikamt Nord

Regionale Zuordnung
Wohnort der Patientinnen und Patienten

Krankenhausfälle infolge von chronischen Atemwegserkrankungen

Fälle je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner



Warum wären viele Krankenhausfälle vermeidbar?

Die stationäre Aufnahme im Krankenhaus erfolgt meist aufgrund eines akuten Behandlungsbedarfs oder besonderer diagnostischer Abklärung. Sie sollte den schweren Fällen vorbehalten sein, die von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten nicht gleichwertig behandelt werden können. Eine hohe Zahl an Krankenhausfällen kann durch eine erhöhte Krankheitslast bedingt sein, jedoch auch auf eine unzureichende Therapie bestehender Krankheiten hindeuten. Die Auswertung betrachtet Krankenhausfälle mit der Hauptentlassdiagnose chronische Atemwegserkrankungen. Krankenhausfälle aufgrund von chronischen Atemwegserkrankungen wie Asthma bronchiale und COPD sind bei einer kontinuierlichen und strukturierten (fach-)ärztlichen Versorgung weitestgehend vermeidbar.

Zeitraum
2019

Aufgreifkriterien
ICD-10-Codes: J40-J47

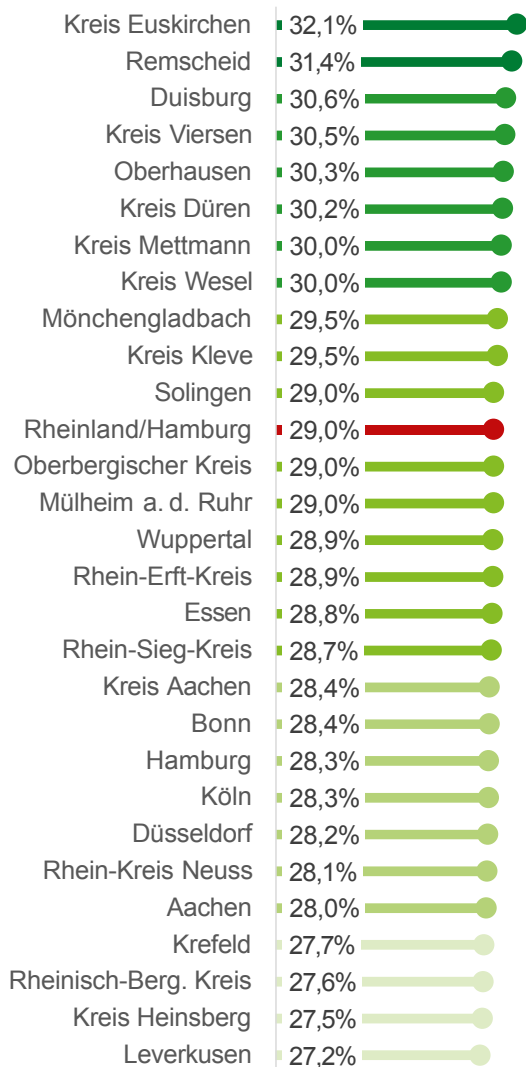
Standardisierung
Alter und Geschlecht,
indirekt

Datenquelle
IT.NRW, Statistikamt Nord

Regionale Zuordnung
Wohnort der Patientinnen
und Patienten

Ambulant-sensitive Krankenhausfälle

Anteil an allen Krankenhausfällen



Was sind ambulant-sensitive Krankenhausfälle?

Als ambulant-sensitive 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. Der Auswertung liegt die Definition von Sundmacher zugrunde, bei der nur die wichtigsten Krankheiten berücksichtigt wurden.

Zeitraum
2019

Aufgreifkriterien
Core-List nach Sundmacher

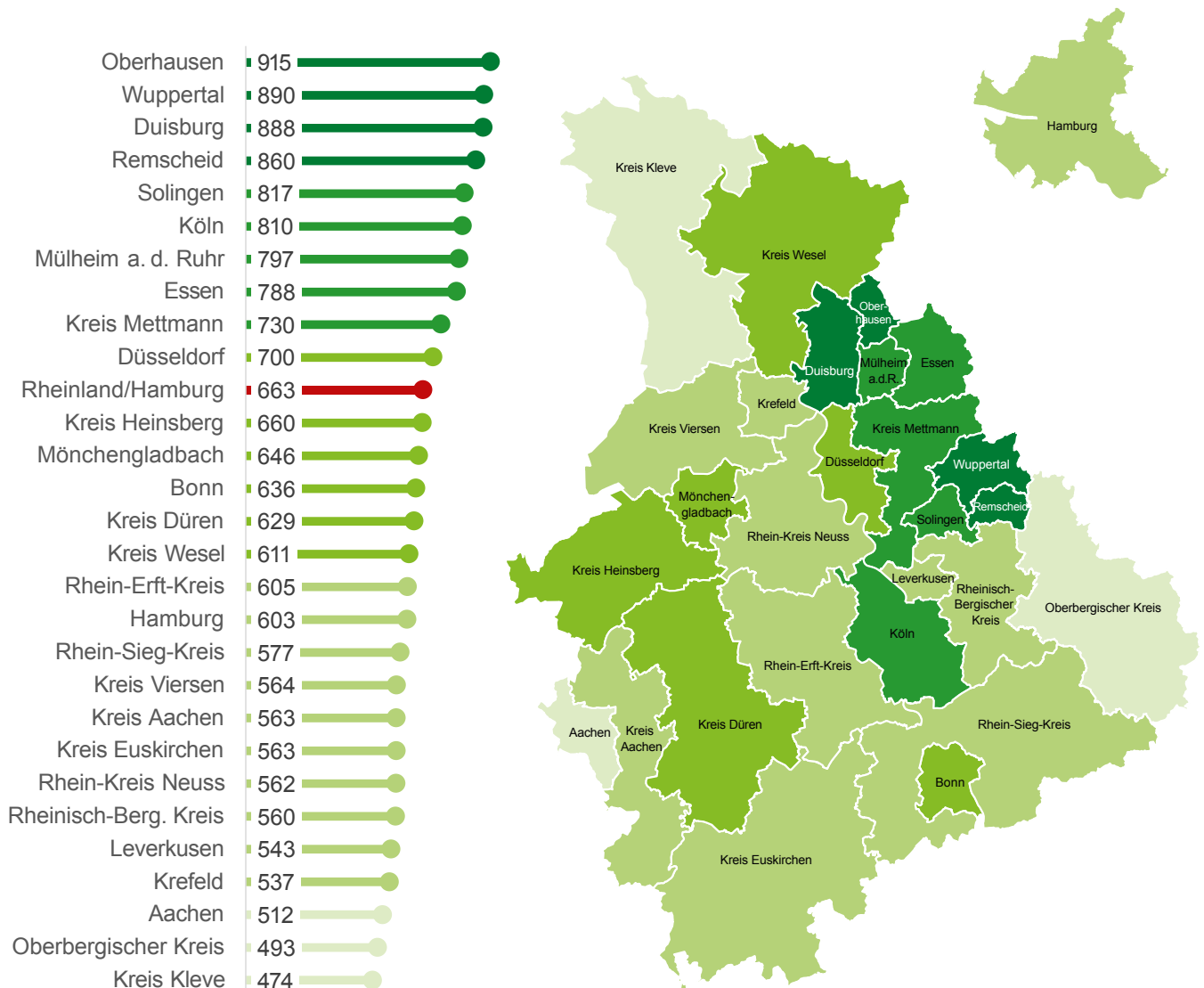
Standardisierung
Alter und Geschlecht, indirekt

Datenquelle
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung
Wohnort der Versicherten

Krankenhausfälle mit COVID-19

Fälle je 100.000 Versicherten



Wann muss COVID-19 im Krankenhaus behandelt werden?

In den meisten Fällen gelingt es dem Immunsystem, eine Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 auf die oberen Atemwege zu begrenzen. Die Krankheit verläuft mild bis moderat. Gelangen die Viren aber in die Lunge und befallen die Lungenbläschen, kommt es zu einem deutlich schwereren Verlauf, der nicht selten im Krankenhaus behandelt werden muss. 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 alle Krankenhausfälle von AOK-Versicherten mit einer nachgewiesenen COVID-19-Erkrankung seit Beginn der Pandemie.

Zeitraum

Februar 2020 bis
10. Mai 2021

Aufgreifkriterien

ICD-10-Code: U07.1!

Standardisierung

Alter und Geschlecht auf
Bundesbevölkerung

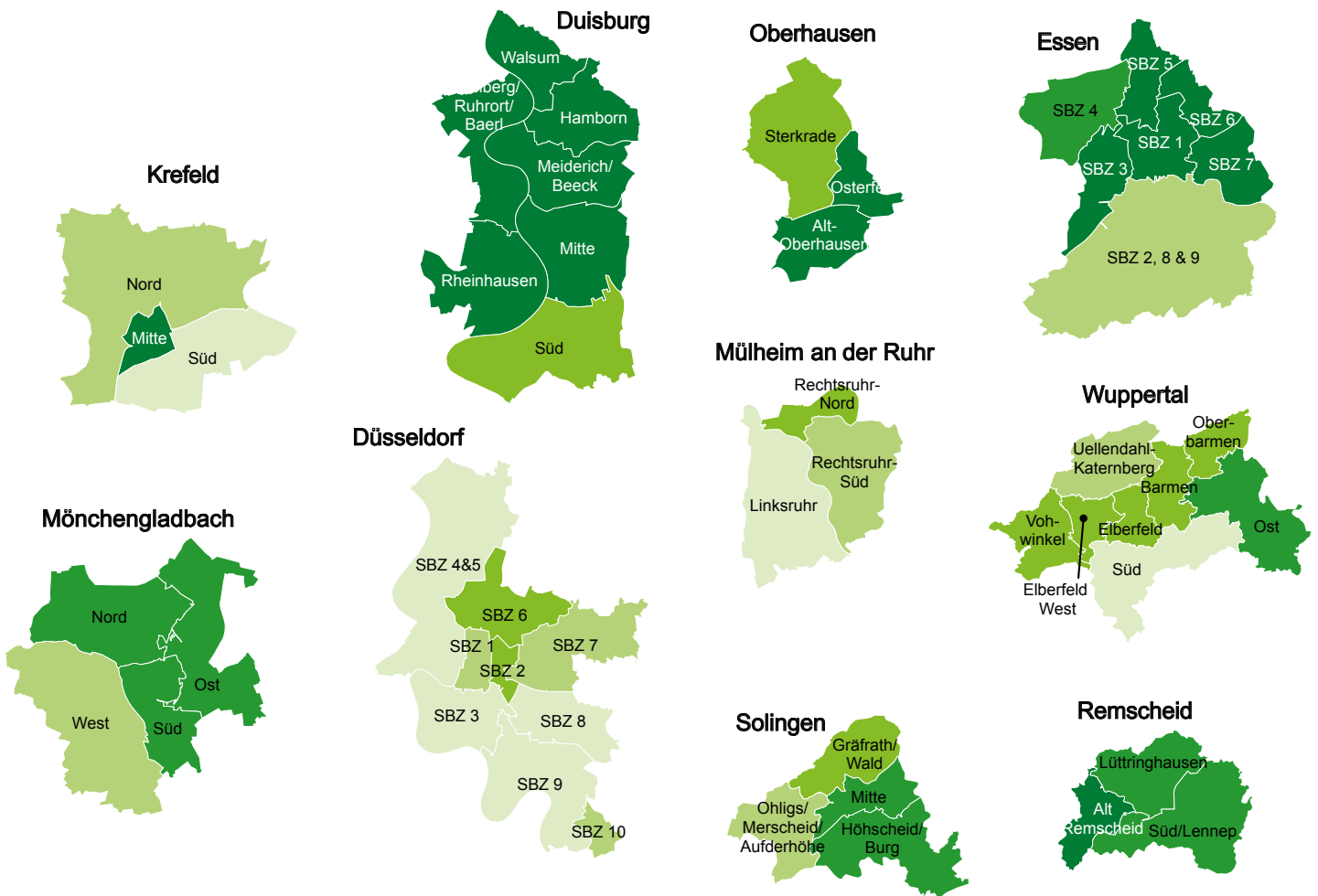
Datenquelle

AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

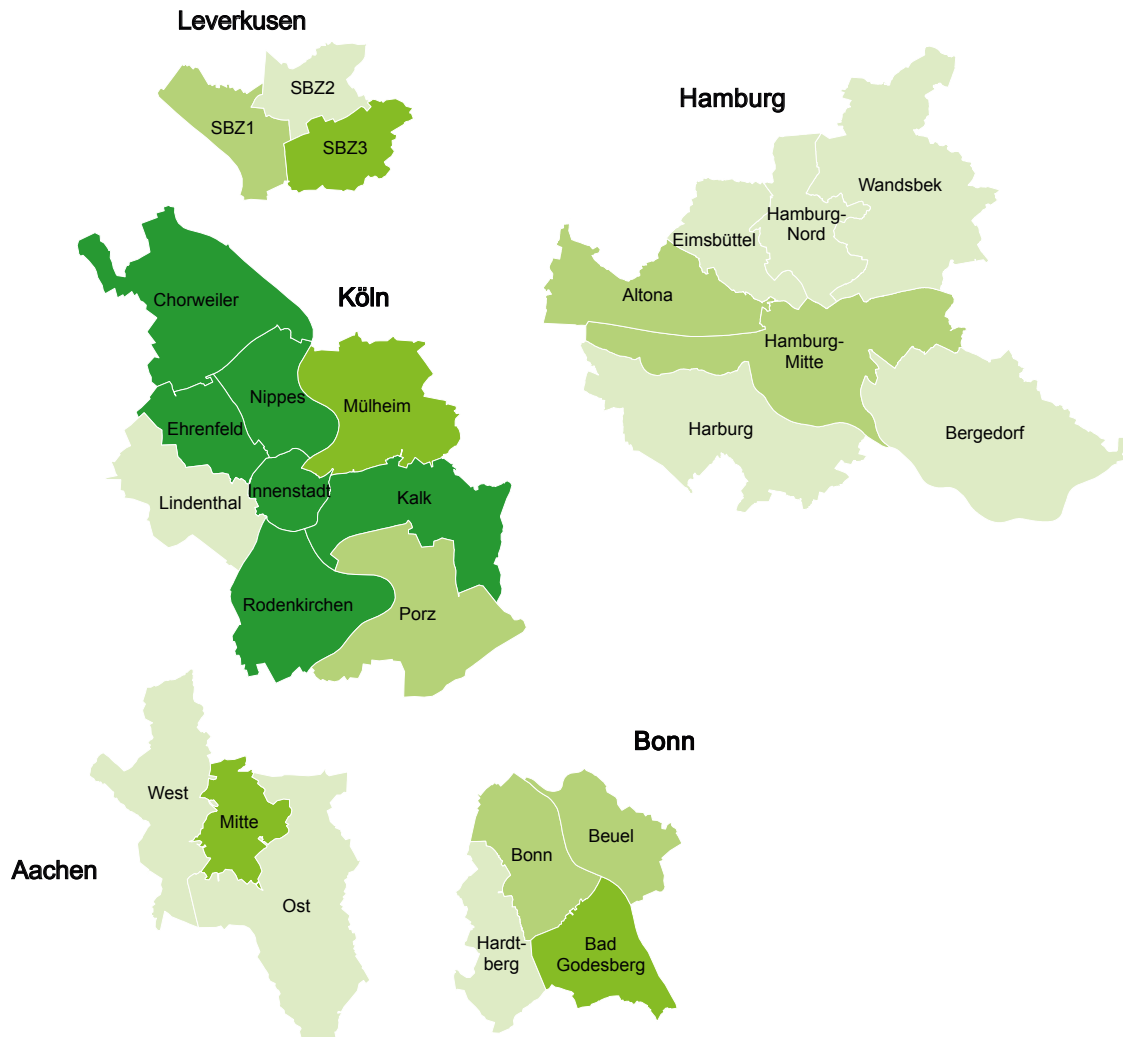
Krankenhausfälle in den Stadtbezirken



Wie erfolgt die Gruppeneinteilung der Stadtbezirke?

Die Gesundheits- und Versorgungssituation innerhalb von Städten ist keinesfalls einheitlich – die Gesundheitschancen sind sehr ungleich verteilt. Auch in den Städten gibt es strukturschwache Räume. Einen Überblick über die Krankenhausfälle in den Stadtbezirken gibt der Fallzahl-Index, der die Krankenhausfälle aufgrund von Diabetes, ischämischen Herzkrankheiten, zerebrovaskulären Krankheiten, Atemwegserkrankungen und

ambulant-sensitiven Diagnosen zusammenfasst. Für jeden Stadtbezirk wurde der Rang ermittelt, den er im Vergleich zu allen 77 betrachteten Stadtbezirken in Bezug auf den jeweiligen Indikator einnimmt. Aus den Rängen der fünf Indikatoren eines Themenfelds wurde dann ein Durchschnittswert gebildet und die Stadtbezirke gemäß ihres Rang-Durchschnitts in fünf Klassen eingeteilt.



Legende

Der Stadtbezirk gehört zu der Gruppe der Stadtbezirke mit einer durchschnittlich

- sehr hohen Fallzahl
- hohen Fallzahl
- mittleren Fallzahl
- niedrigen Fallzahl
- sehr niedrigen Fallzahl

Berücksichtigte Indikatoren

Krankenhausfälle aufgrund von

- Diabetes
- ischämischen Herzkrankheiten
- zerebrovaskulären Krankheiten
- Atemwegserkrankungen
- ambulant-sensitiven Diagnosen

Zeitraum

2019

Aufgreifkriterien

ICD-10-Codes: E10-E14, I20-I25, I60-I69, J40-J47, Core-List nach Sundmacher

Standardisierung

Alter und Geschlecht auf Bundesbevölkerung

Datenquelle

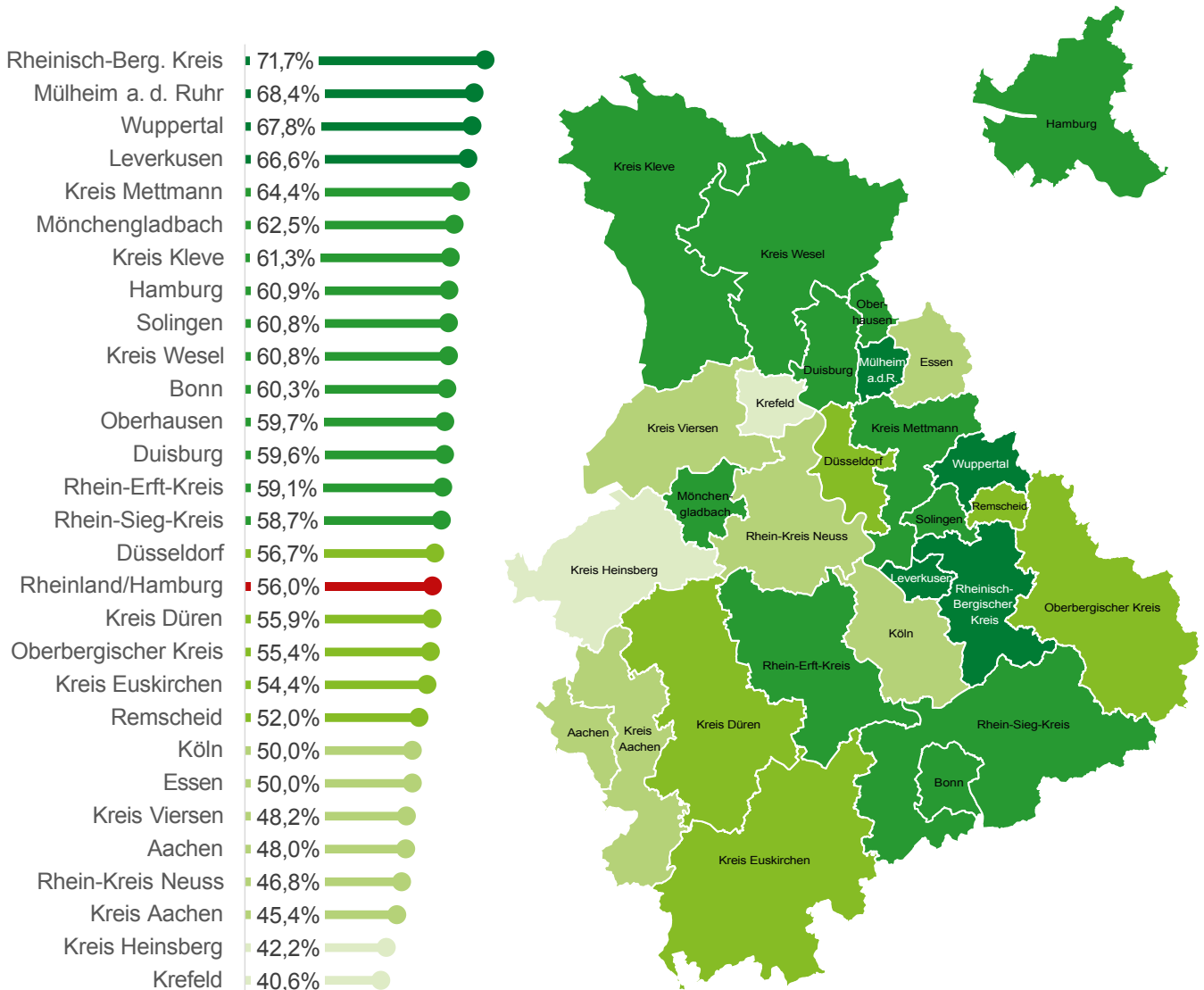
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Im Krankenhaus behandelte ambulante Notfälle

Anteil an allen ambulanten Notfällen



Wo sollten ambulante Notfälle versorgt werden?

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 (ganztäglich). 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 KV 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. Regionale Unterschiede machen jedoch deutlich, dass die Steuerung der Notfälle in einigen Kreisen nicht optimal funktioniert.

Zeitraum
2019

Aufgreifkriterien
Abrechnung nach EBM-Kapitel 1.2

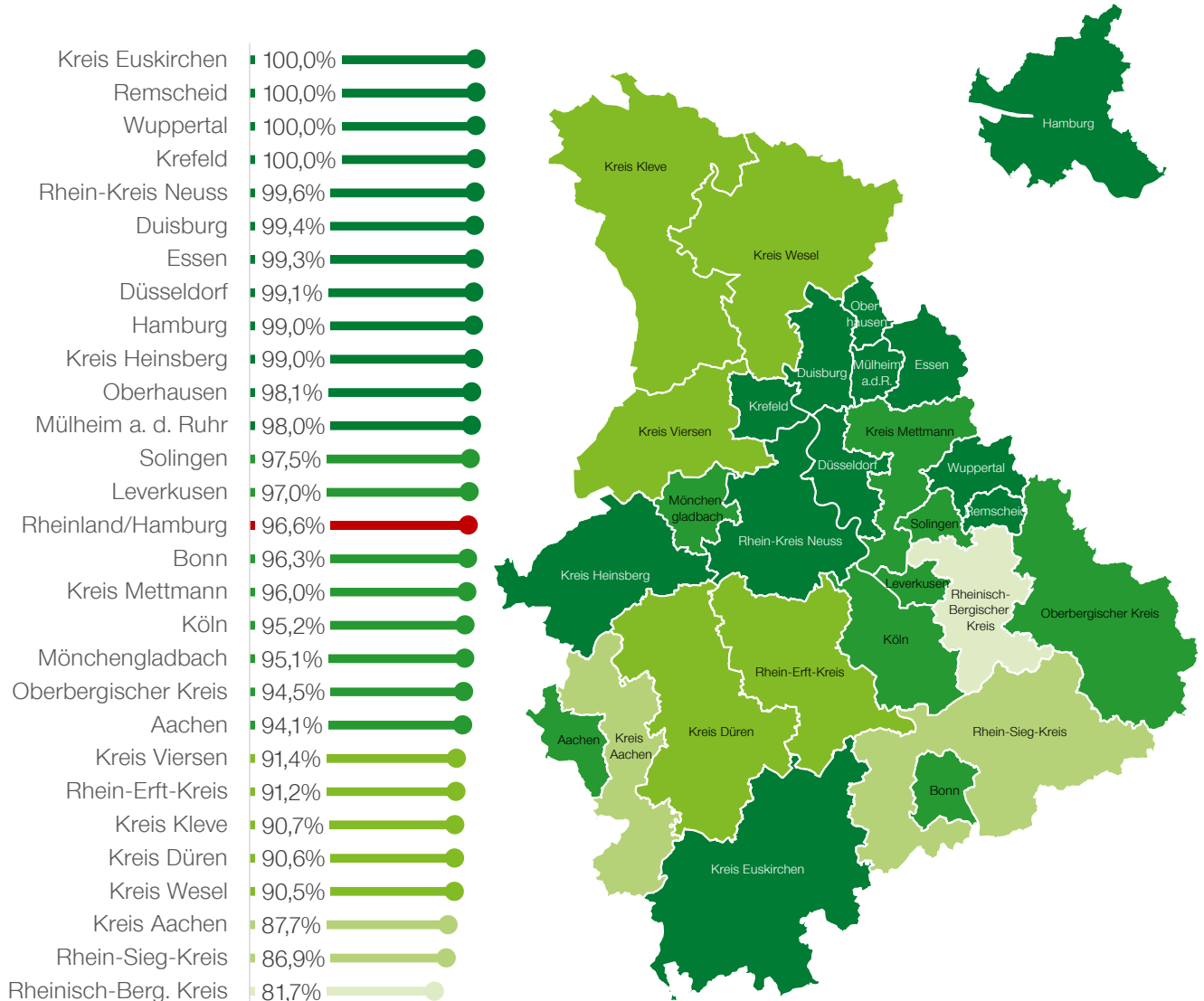
Standardisierung
Alter und Geschlecht, indirekt

Datenquelle
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung
Wohnort der Versicherten

Versorgung von Herzinfarkten in Krankenhäusern mit Linksherzkathetermessplatz

Anteil an allen Krankenhausfällen mit Herzinfarkt nach Notfallfahrt



Karte und Diagramm wurden im Vergleich zur Druckversion korrigiert.

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 rund um die Uhr einsatzbereiten 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. Die regionale Zuordnung findet über den Sitz des Rettungsdienstes statt.

Zeitraum
2019

Aufgreifkriterien
ICD-10-Code: I21, I22

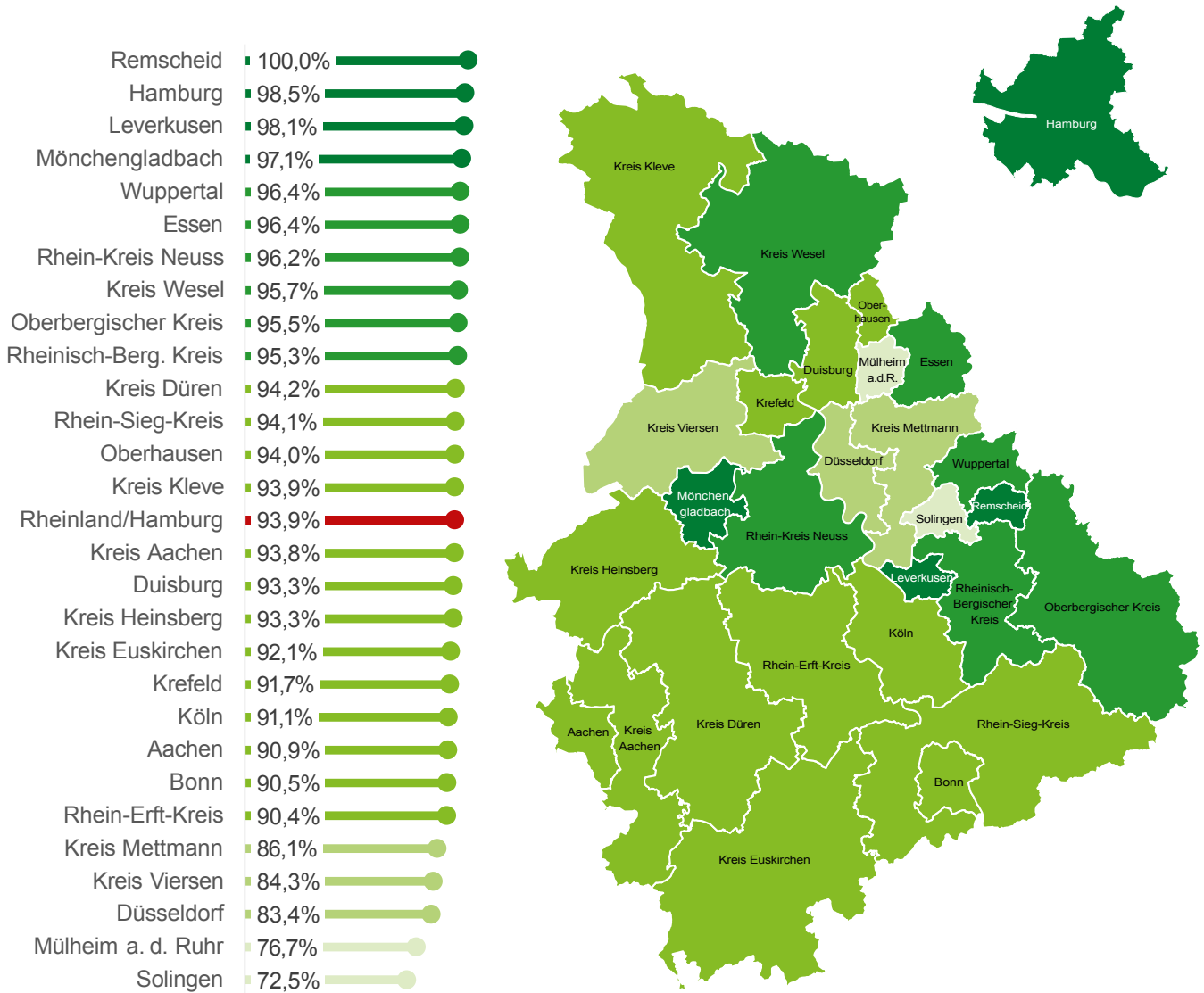
Standardisierung
keine

Datenquelle
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung
Sitz des Rettungsdienstes

Versorgung von Schlaganfällen in Stroke-Units

Anteil an allen Krankenhausfällen mit Schlaganfall nach Notfallfahrt



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 Schlaganfall-Einrichtungen 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. Die regionale Zuordnung findet über den Sitz des Rettungsdienstes statt.

Zeitraum
2019

Aufgreifkriterien
ICD-10-Codes: I60-I64, G45

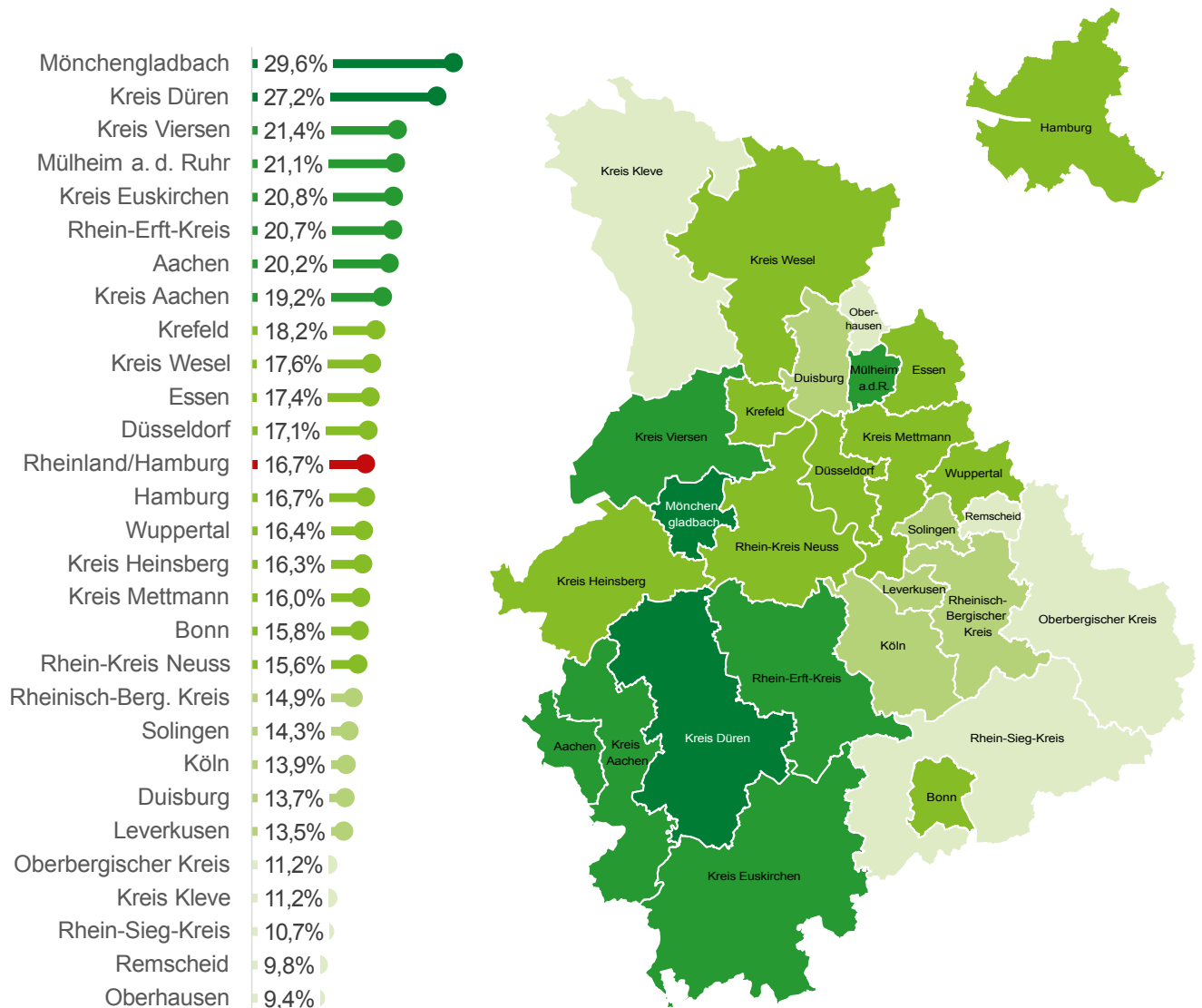
Standardisierung
keine

Datenquelle
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung
Sitz des Rettungsdienstes

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
2019

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

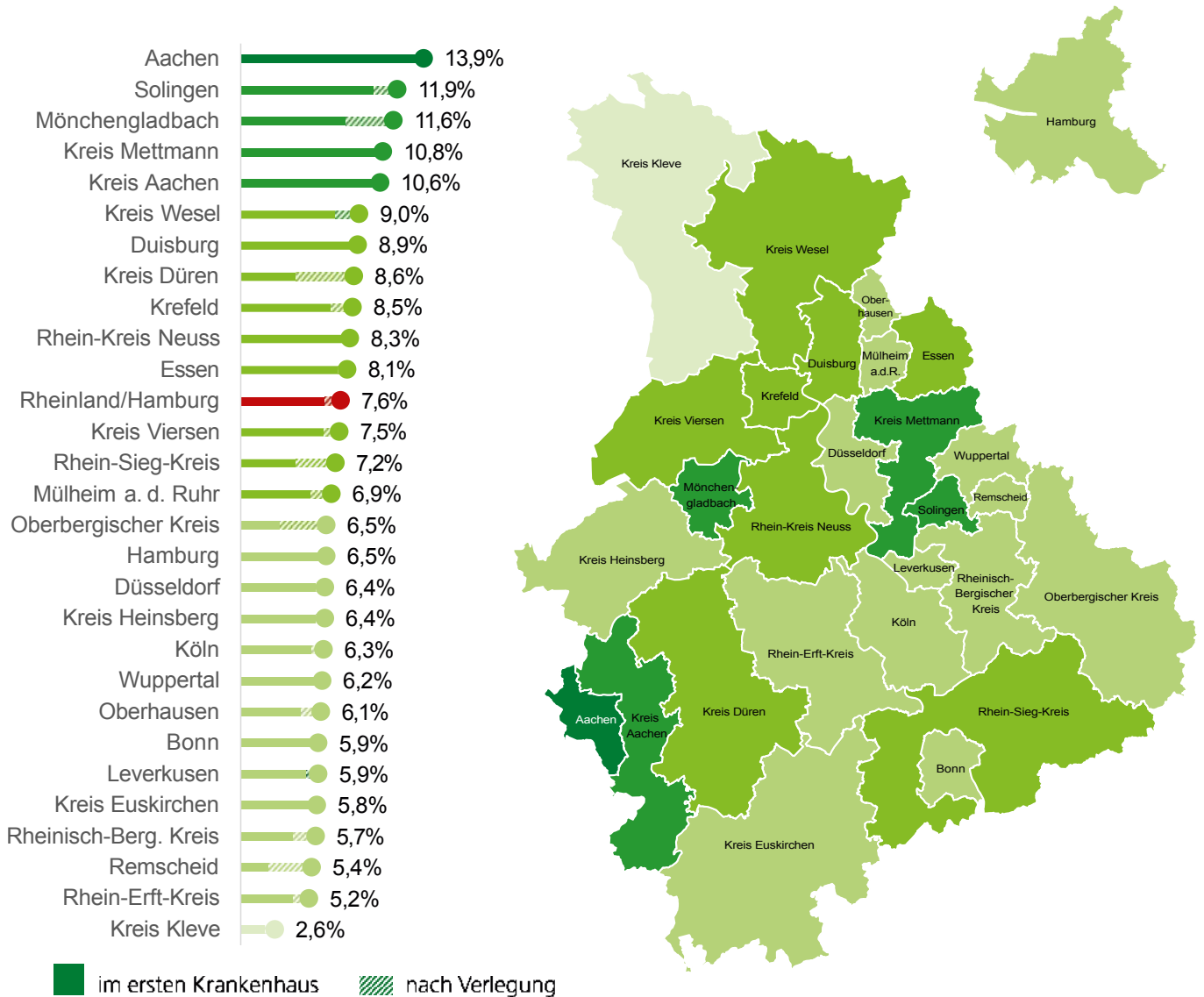
Standardisierung
Alter und Geschlecht
auf betrachteten
Versichertenkreis

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. Auf diese Weise können viele schwere Schlaganfälle mit großen Gerinnseln ohne große Gewebeerluste 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 angewendet wird.

Zeitraum
2019

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

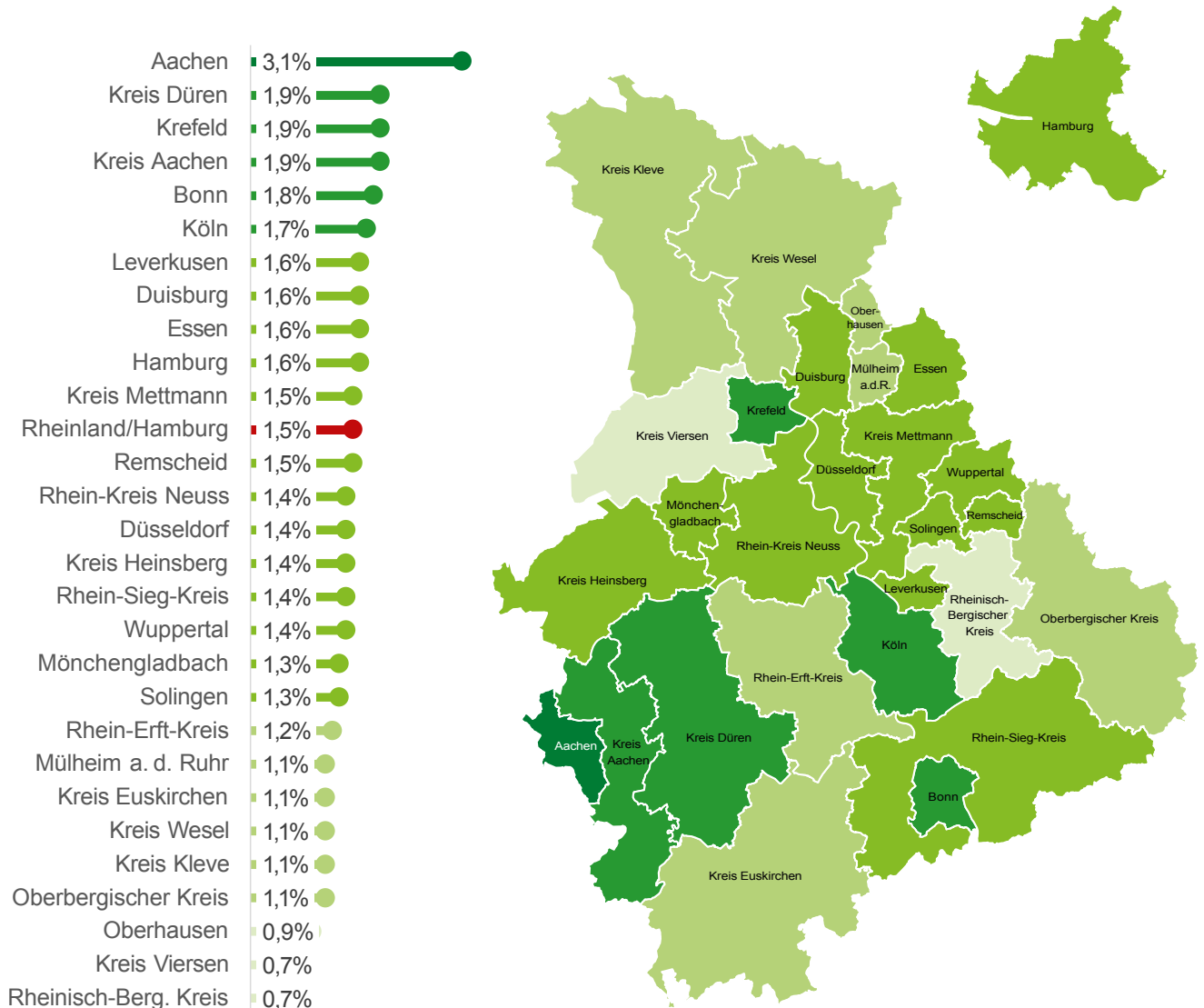
Standardisierung
Alter und Geschlecht
auf betrachteten
Versichertenkreis

Datenquelle
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung
Wohnort der Versicherten

Im Krankenhaus entwickelte Sepsis

Anteil an allen Krankenhausfällen mit Operation



Warum ist das Thema Sepsis wichtig?

Die Sepsis ist eine systemische, lebensbedrohliche Entzündungsreaktion des Organismus auf eine unkontrollierte Infektion, die sich über das Blut im ganzen Körper ausbreitet. Sie wurde früher fälschlicherweise als Blutvergiftung bezeichnet. Bei Operationen im Krankenhaus, insbesondere von Schwerverwundeten, besteht eine erhöhte Gefahr einer Infektion. Nicht immer lässt sich eine Infektion verhindern. Dennoch gehen Expertinnen und Experten von einem großen Präventionspotenzial aus. Wichtig ist vor allem eine konsequente Anwendung der Hygienevorschriften. Regionale Unterschiede und Auffälligkeiten deuten nicht zwangsläufig auf ein Qualitätsproblem hin. Sie sind aber erklärungsbedürftig. Die Auswertungen berücksichtigen alle Krankenhausfälle mit einer Operation, in denen Sepsis nicht bereits Einweisungs- oder Aufnahme diagnose war.

Zeitraum
2019

Aufgreifkriterien
ICD-10-Codes: A40-41, wo nicht bereits Aufnahme diagnose

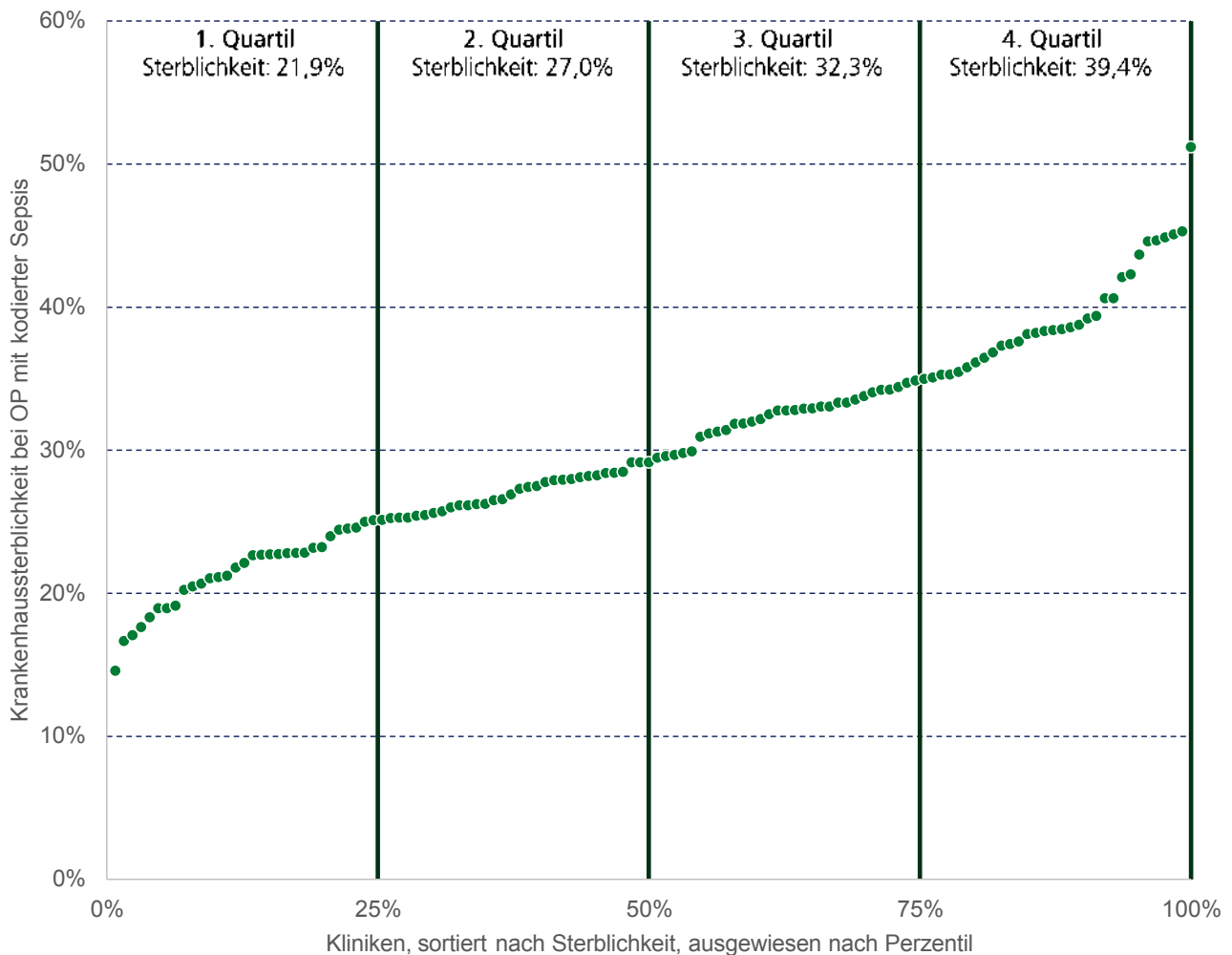
Standardisierung
Alter und Geschlecht auf Versicherte mit Operation

Datenquelle
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung
Sitz des Krankenhauses

Krankenhaussterblichkeit bei Operation mit kodierter Sepsis

Anteil an allen Krankenhausfällen mit Sepsis infolge einer Operation



Wie lässt sich die Sterblichkeit bei Sepsis senken?

Eine Sepsis endet für die betroffenen Patienten oft tödlich. Die Überlebenschancen steigen deutlich, wenn sie früh erkannt und als Notfall behandelt wird. Mit konsequentem Sepsis-Management kann die Sterblichkeit um etwa ein Drittel gesenkt werden. Die Sterblichkeitsrate gibt an, wie viele Patientinnen und Patienten infolge einer Sepsis im Krankenhaus gestorben sind. Dabei wurden nur die Fälle betrachtet, in denen diese infolge einer Operation aufgetreten ist und ausschließlich Sterbefälle während des Krankenhausaufenthaltes gezählt. Die tatsächliche Sterblichkeit wird dadurch unterschätzt, da es auch im Anschluss an den stationären Aufenthalt noch zu Todesfällen infolge der Sepsis kommt.

Zeitraum

2013 bis 2019

Aufgreifkriterien

ICD-10-Codes: A40-41, wo nicht bereits Aufnahme-diagnose

Standardisierung

Alter und Schweregrad der Sepsis

Datenquelle

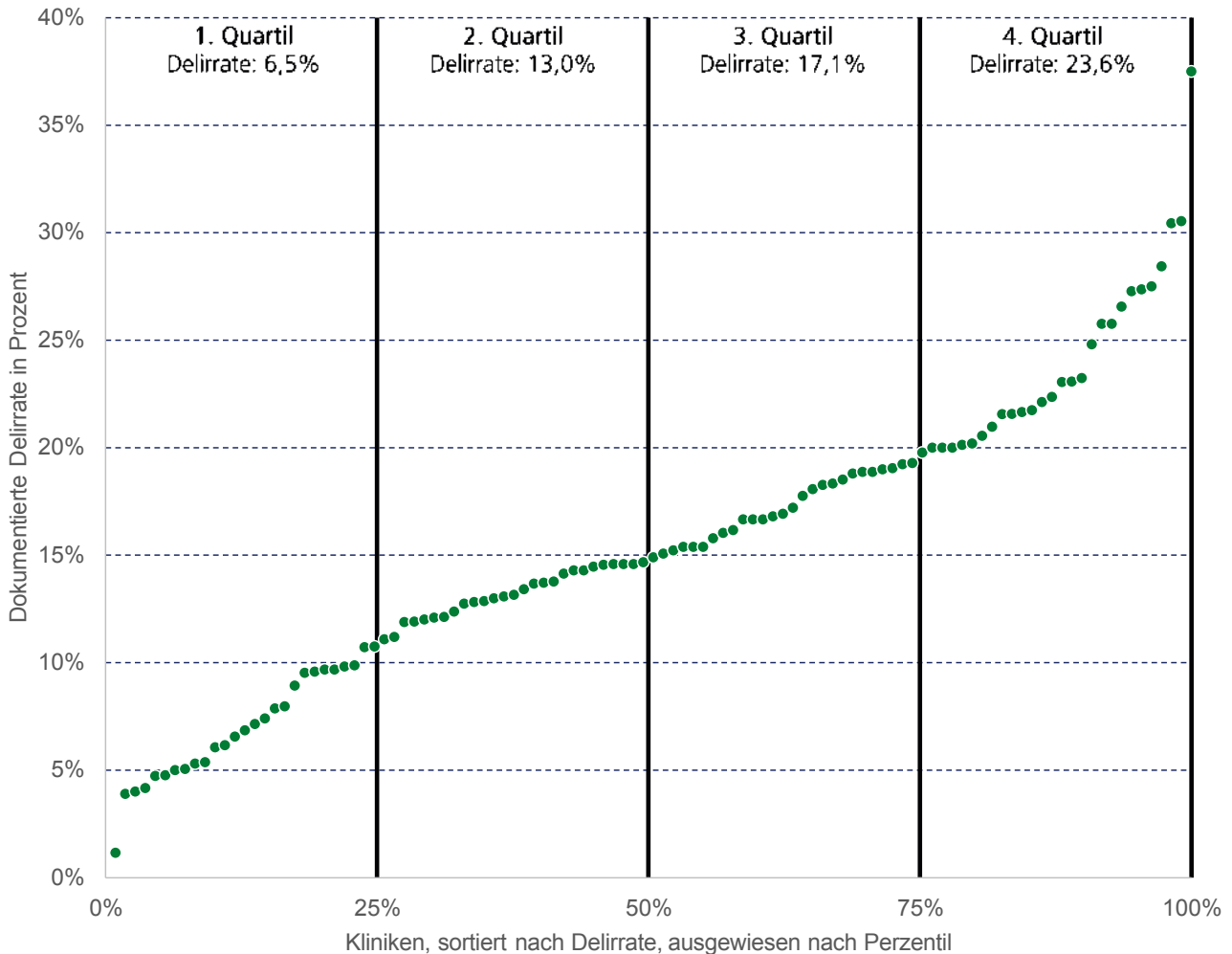
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

keine

Dokumentierter Delir im Krankenhaus

Anteil an allen Krankenhausfällen von Versicherten ab 65 Jahren mit Beatmung oder intensivmedizinischer Betreuung



Was sagt die dokumentierte Delirrate aus?

Das Krankheitsbild des Delirs beschreibt eine Verwirrtheit, die durch Störungen des Bewusstseins, der Wahrnehmung und des Denkens charakterisiert ist. Insbesondere nach Operationen haben ältere Patientinnen und Patienten ein erhöhtes Risiko, ein Delir zu erleiden. Das postoperative Delir ist ein psychiatrischer Notfall mit erheblichen Folgen für den Heilungsverlauf und das Überleben. Daher ist es wichtig, ein Delir rechtzeitig zu erkennen. Expertinnen und Experten kritisieren, dass Delire in deutschen Krankenhäusern in vielen Fällen unerkannt bleiben. Die Auswertung betrachtet eine hochselektive Stichprobe von Intensiv- bzw. Beatmungspatientinnen und -patienten ab 65 Jahren. In dieser Stichprobe ist von einer hohen Delirrate auszugehen. Eine hohe dokumentierte Delirrate in der Auswertung zeugt daher vermutlich eher von einer guten Erfassung als von einer schlechten Betreuung. Die großen Unterschiede zwischen den Krankenhäusern legen eine unzureichende Delirerfassung in vielen Kliniken nahe.

Zeitraum
2019

Aufgreifkriterien
ICD-10-Code: F05, wo nicht bereits Aufnahme-diagnose

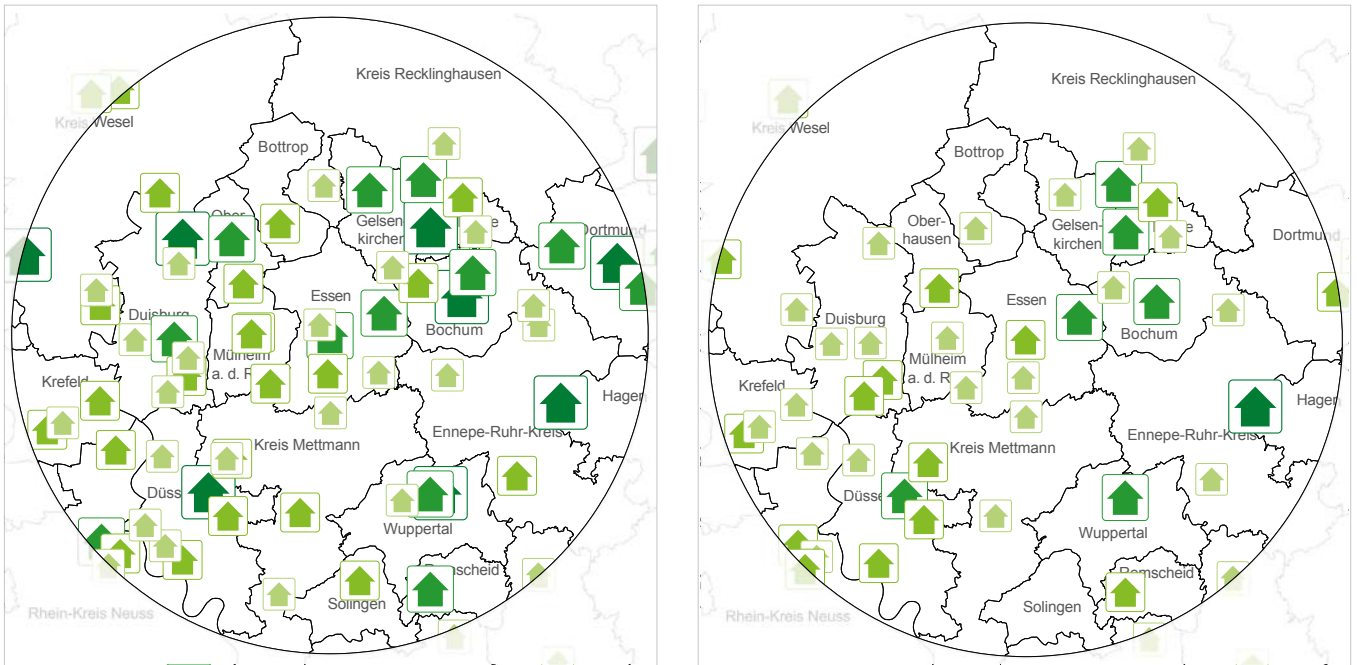
Standardisierung
Alter, Geschlecht und Demenzprävalenz vor Aufenthalt auf betrachteten Versichertenkreis

Datenquelle
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung
keine

Fragmentierte Erbringung von komplexen, elektiven Leistungen

Krankenhäuser, die Hüft- bzw. Knieendoprothesen wechseln, 2018



Krankenhäuser innerhalb von 30 Kilometern um Essen

Hüft- endoprothesen- wechsel	23	Bis zu eine OP pro Monat	21	Knie- endoprothesen- wechsel
	21	Bis zu zwei OPs pro Monat	14	
	12	Bis zu eine OP pro Woche	6	
	8	Mehr als eine OP pro Woche	1	

Wo sollten Wechseloperationen stattfinden?

Wenn sich künstliche Knie- oder Hüftgelenke lockern oder verschleiben, können sie Schmerzen verursachen und müssen gewechselt werden. Eine konservative Behandlungsmöglichkeit besteht nicht. Künstliche Gelenke zu erneuern gilt unter Expertinnen und Experten als komplikationsträchtiger als eine Erst-Implantation. Wissenschaftliche Studien zeigen einen deutlichen Zusammenhang zwischen der Anzahl der Eingriffe in einem Krankenhaus und der Behandlungsqualität. In Kliniken, in denen seltener Knie- oder Hüftendoprothesen gewechselt werden, besteht für Patientinnen und Patienten ein signifikant höheres Komplikationsrisiko. Die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie fordert daher die Konzentration der Eingriffe in spezialisierten Zentren. Die Karte zeigt die Krankenhäuser, die im Jahr 2018 Hüft- bzw. Knieendoprothesenwechsel vorgenommen haben, mit ihrer Fallzahl.

Zeitraum
2018

Aufgreifkriterien
OPS-Code: 5-821, 5-823

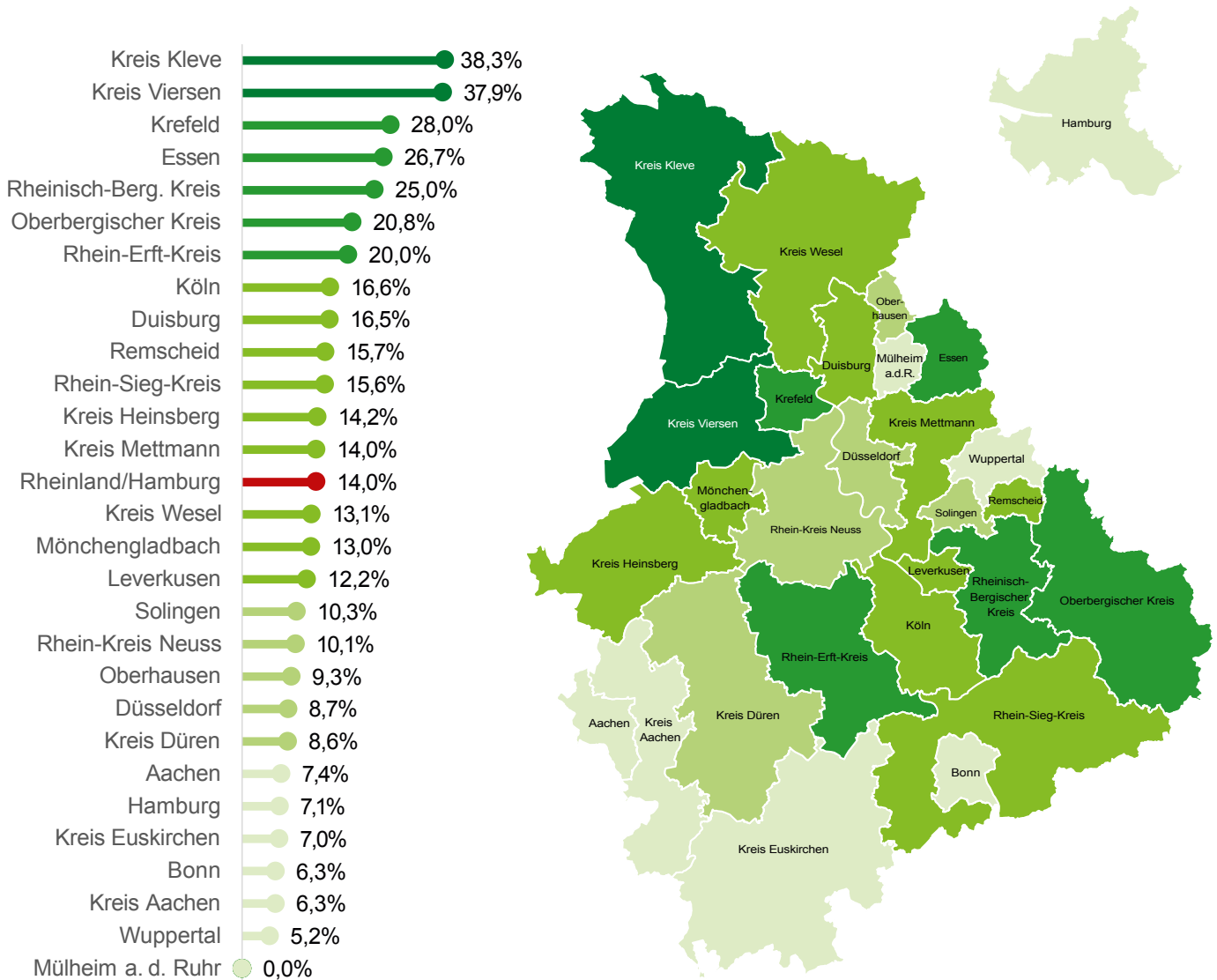
Standardisierung
keine

Datenquelle
strukturierte
Qualitätsberichte

Regionale Zuordnung
keine

Hüftendoprothesenwechsel

Anteil der Operationen in Krankenhäusern mit weniger als einer Operation pro Monat



Wie hoch ist das Risiko für Komplikationen bei fehlender Routine?

Wenn sich künstliche Hüftgelenke lockern oder verschleißen, können sie Schmerzen verursachen und müssen gewechselt werden. Eine konservative Behandlungsmöglichkeit besteht nicht. Künstliche Hüften auszutauschen ist komplikationsträchtig. Analysen im Rahmen des QSR-Verfahrens zeigen, dass deutschlandweit bei jedem siebten Hüftprothesenwechsel innerhalb eines Jahres erneut operiert werden musste. In Kliniken mit weniger als durchschnittlich einem Fall pro Monat lag die Revisionsrate um ein Viertel höher als in Krankenhäusern mit mindestens einem Fall pro Woche. Die Sterblichkeitsrate war sogar um 113 Prozent erhöht. Die Auswertung betrachtet den Anteil der Operationen bei Versicherten der AOK Rheinland/Hamburg in Krankenhäusern mit weniger als einem Eingriff pro Monat an allen Hüftendoprothesenwechseln.

Zeitraum

2014 bis 2018

Aufgreifkriterien

OPS-Code: 5-821

Standardisierung

keine

Datenquelle

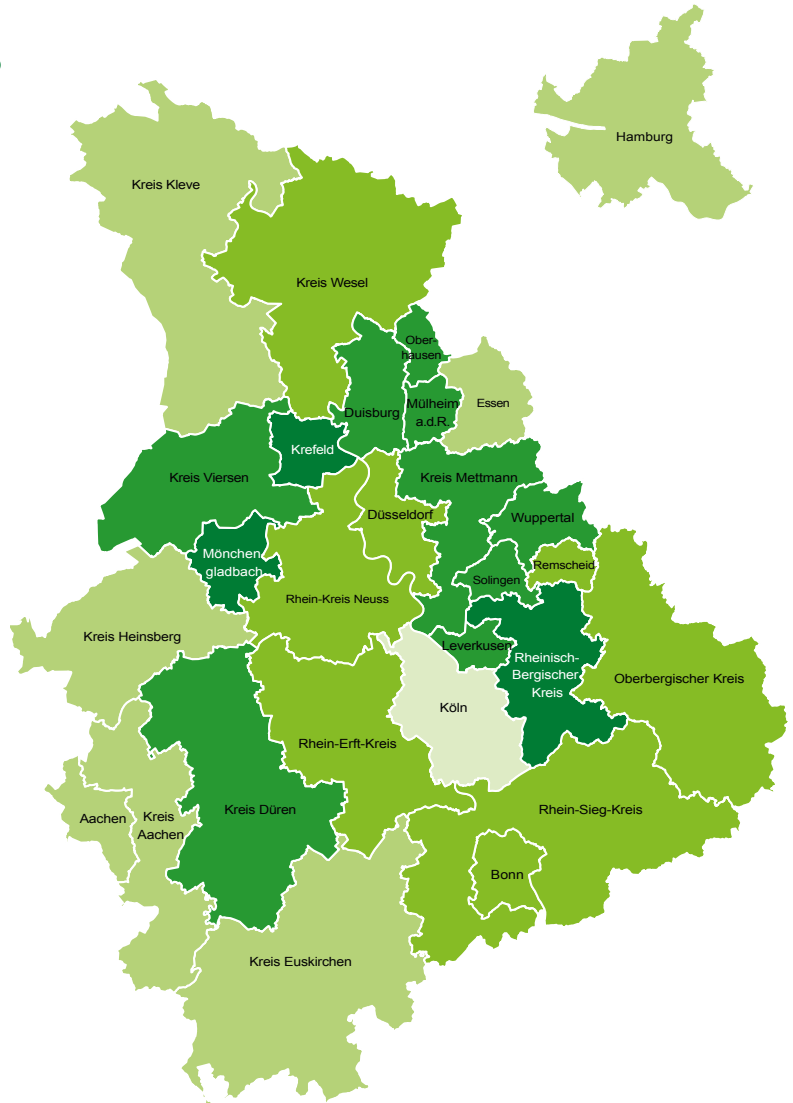
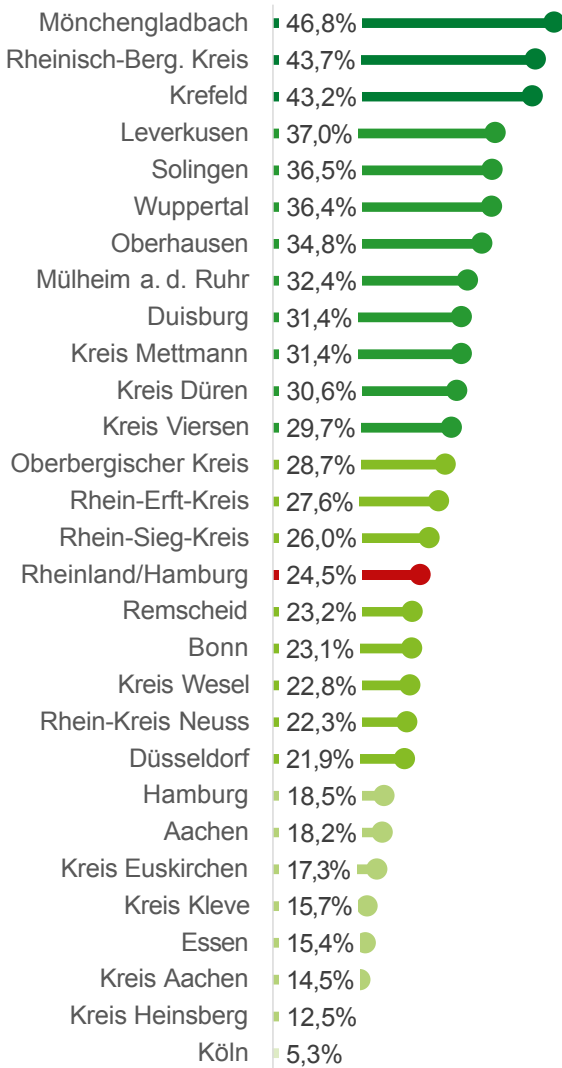
AOK Rheinland/Hamburg, strukturierte Qualitätsberichte

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Knieendoprothesenwechsel

Anteil der Operationen in Krankenhäusern mit weniger als einer Operation pro Monat



Wie hoch ist das Risiko für Komplikationen bei fehlender Routine?

Wenn sich künstliche Kniegelenke lockern oder verschleißen, können sie Schmerzen verursachen und müssen gewechselt werden. Eine konservative Behandlungsmöglichkeit besteht nicht. Künstliche Knie auszutauschen ist komplikationsträchtig. Analysen im Rahmen des QSR-Verfahrens zeigen, dass deutschlandweit bei jedem zwölften Knieprothesenwechsel innerhalb eines Jahres erneut operiert werden musste. In Kliniken mit weniger als durchschnittlich einer Wechseloperation pro Monat lag das Risiko für Revisionseingriffe um das 1,44-fache höher als in Häusern mit mehr als einer Operation dieser Art pro Woche. Die Auswertung betrachtet den Anteil der Operationen bei Versicherten der AOK Rheinland/Hamburg in Krankenhäusern mit weniger als einem Eingriff pro Monat an allen Knieendoprothesenwechseln.

Zeitraum

2014 bis 2018

Aufgreifkriterien

OPS-Code: 5-823

Standardisierung

keine

Datenquelle

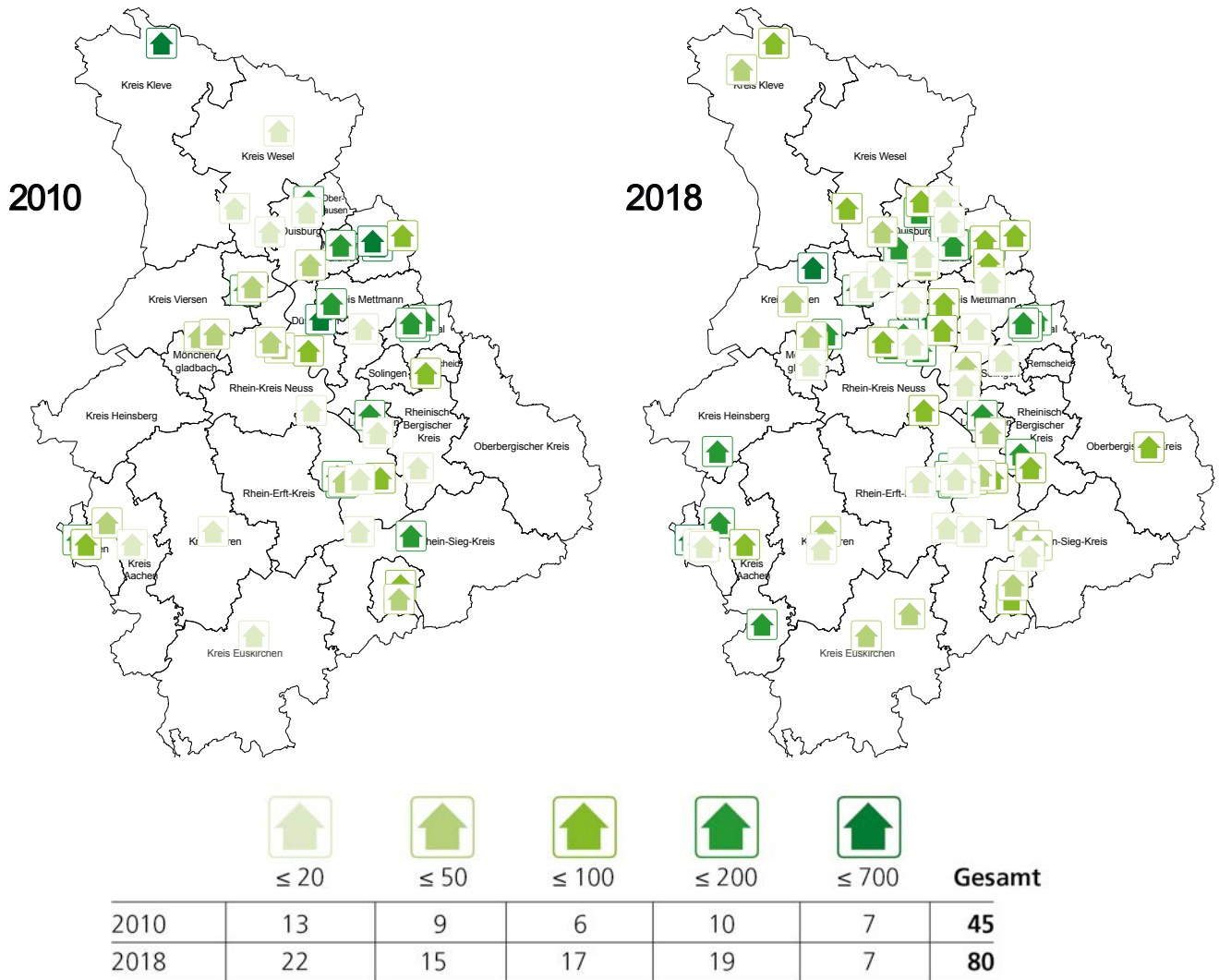
AOK Rheinland/Hamburg, strukturierte Qualitätsberichte

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Fragmentierung von komplexen, elektiven Leistungen

Krankenhäuser, die Spondylodesen durchführen, 2010 und 2018



Warum ist die fragmentierte Leistungserbringung ein Problem?

Die Spondylodese ist eine Operation, bei der zwei oder mehr Wirbelkörper an der Wirbelsäule über Platten und Schrauben miteinander verbunden werden. Sie wird erwogen, wenn die Wirbelsäule instabil und nicht mehr belastbar ist. Durch die Spondylodese entsteht zwangsläufig ein Bewegungsverlust des versteiften Gelenks, der nicht mehr rückgängig gemacht werden kann. Sie sollte daher nur durchgeführt werden, wenn alle anderen Therapieoptionen ausgeschöpft sind. Es handelt sich um einen invasiven, komplexen Eingriff, der ein hohes Maß an medizinischer Expertise und Routine erfordert. Die Karten zeigen im Vergleich die Krankenhäuser, die im Jahr 2010 bzw. im Jahr 2018 Spondylodesen durchgeführt haben, mit der Anzahl dieser Prozeduren je Krankenhaus. Die Angaben beziehen sich auf alle dieser Prozeduren in den Krankenhäusern – unabhängig von einem Versicherungsverhältnis mit der AOK.

Zeitraum
2010 und 2018

Aufgreifkriterien
OPS-Code: 5-836

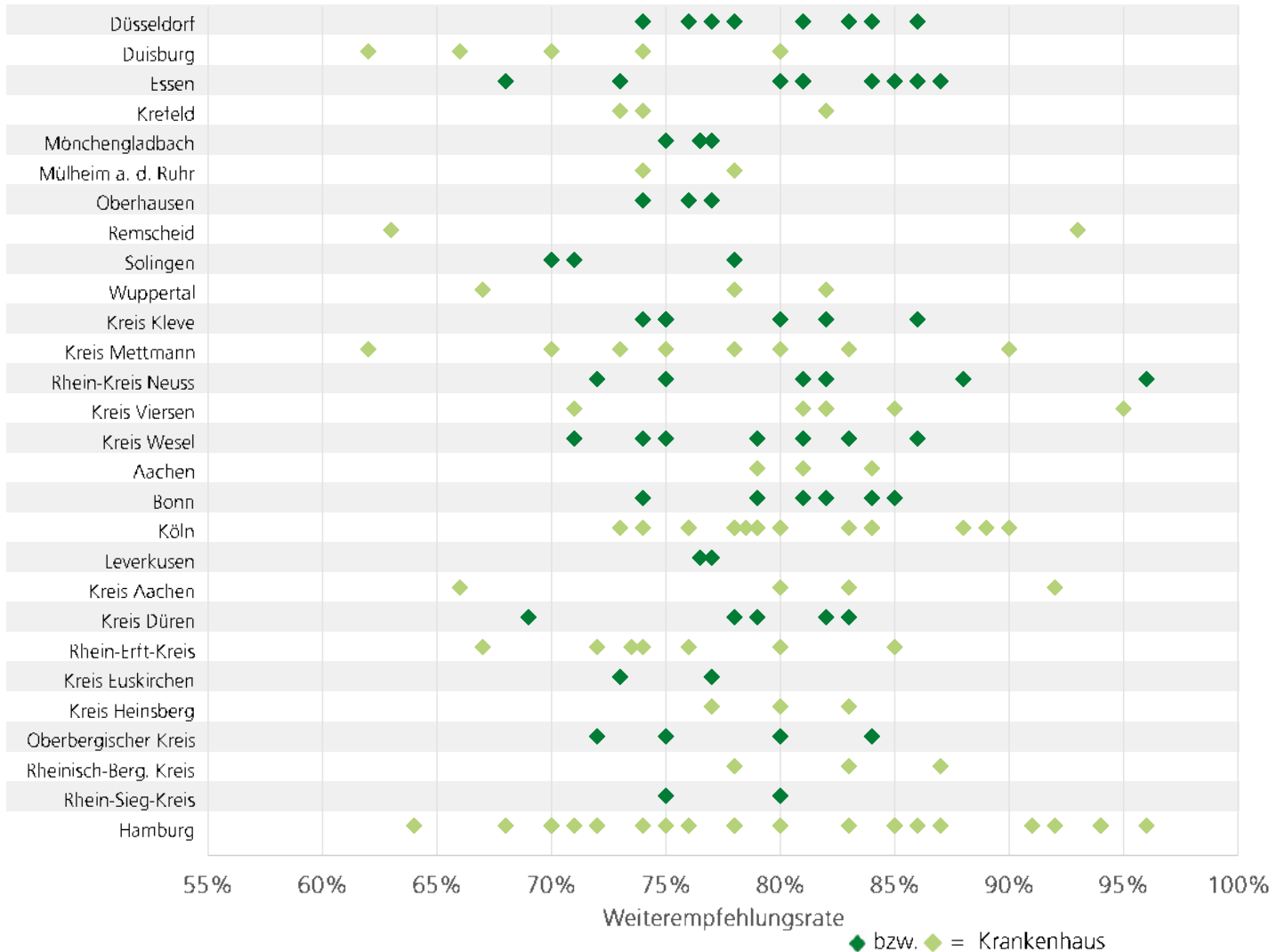
Standardisierung
keine

Datenquelle
strukturierte
Qualitätsberichte

Regionale Zuordnung
keine

Patientenzufriedenheit nach Krankenhausaufenthalt

Weiterempfehlungsrate



Wie wird die Patientenzufriedenheit gemessen?

Die AOKs, die BARMER und die Kaufmännische Krankenkasse (KKH) befragen gemeinsam mit der „Weißen Liste“ bundesweit Versicherte mit dem wissenschaftlich fundierten Fragebogen „Patients' Experience Questionnaire“ (PEQ) zu ihren Erfahrungen im Krankenhaus. Es werden dabei jährlich über eine Million Fragebögen versendet. Die Ergebnisse machen es möglich, die Erfahrungen von Patientinnen und Patienten in allen Krankenhäusern zu vergleichen. Diese Übersicht zeigt die allgemeine Weiterempfehlungsrate der Krankenhäuser nach Kreis. Darüber hinaus wird in der Befragung auch die Zufriedenheit mit der ärztlichen Versorgung, mit der pflegerischen Betreuung sowie mit Organisation und Service ermittelt. Die Ergebnisse für die einzelnen Krankenhäuser und die jeweilige Fachabteilung können unter www.aok.gesundheitsnavigator.de abgerufen werden.

Zeitraum

März 2018 bis Februar 2020

Aufgreifkriterien
keine

Standardisierung
keine

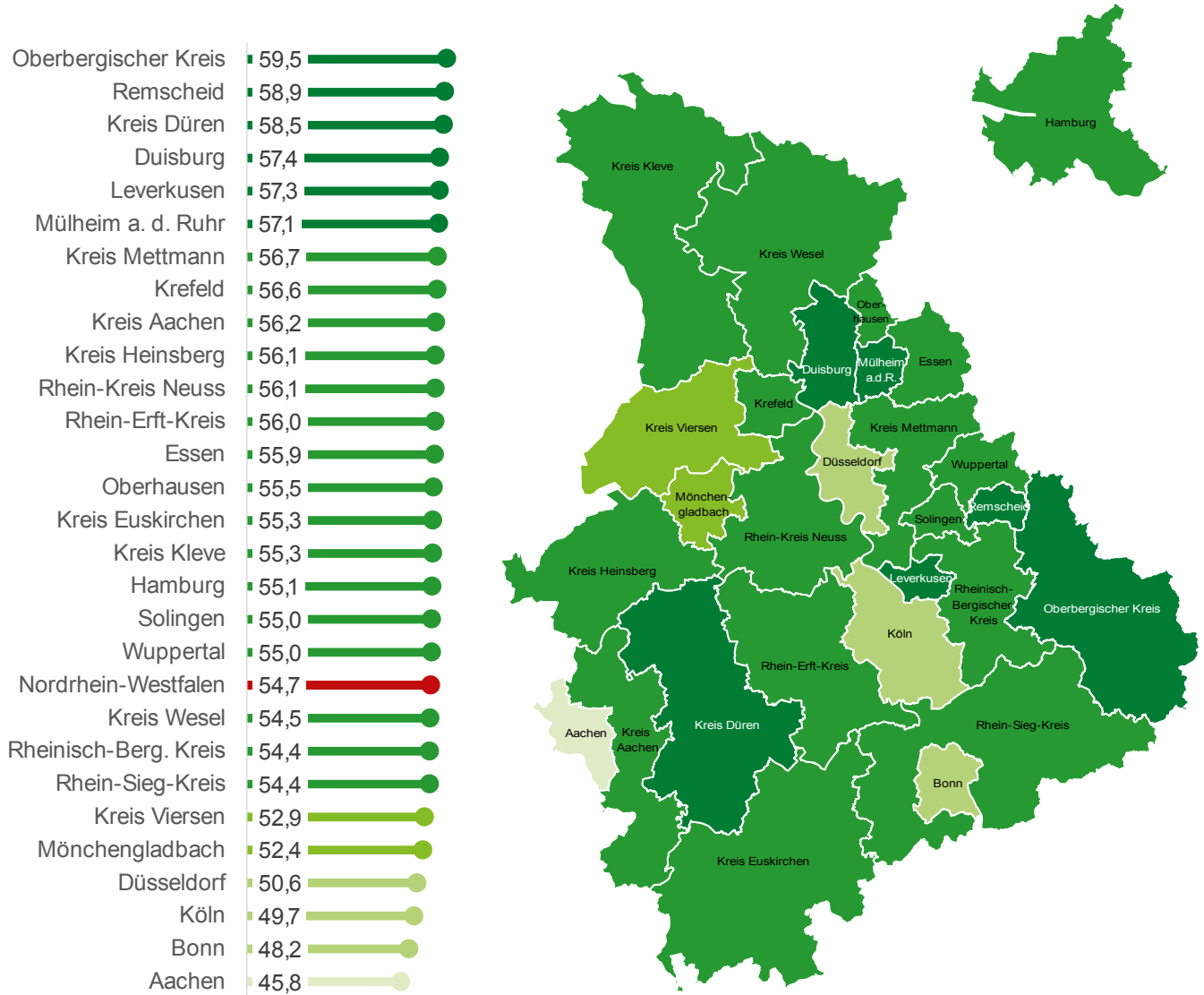
Datenquelle
Patientenbefragung der Weißen Liste

Regionale Zuordnung
Sitz des Krankenhauses

Kinder- und Jugendgesundheit

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 Lebendgeborenen werden nach der Wohngemeinde der Mütter (Wohnortprinzip) erfasst.

Zeitraum
2019

Aufgreifkriterien
alle Geburten

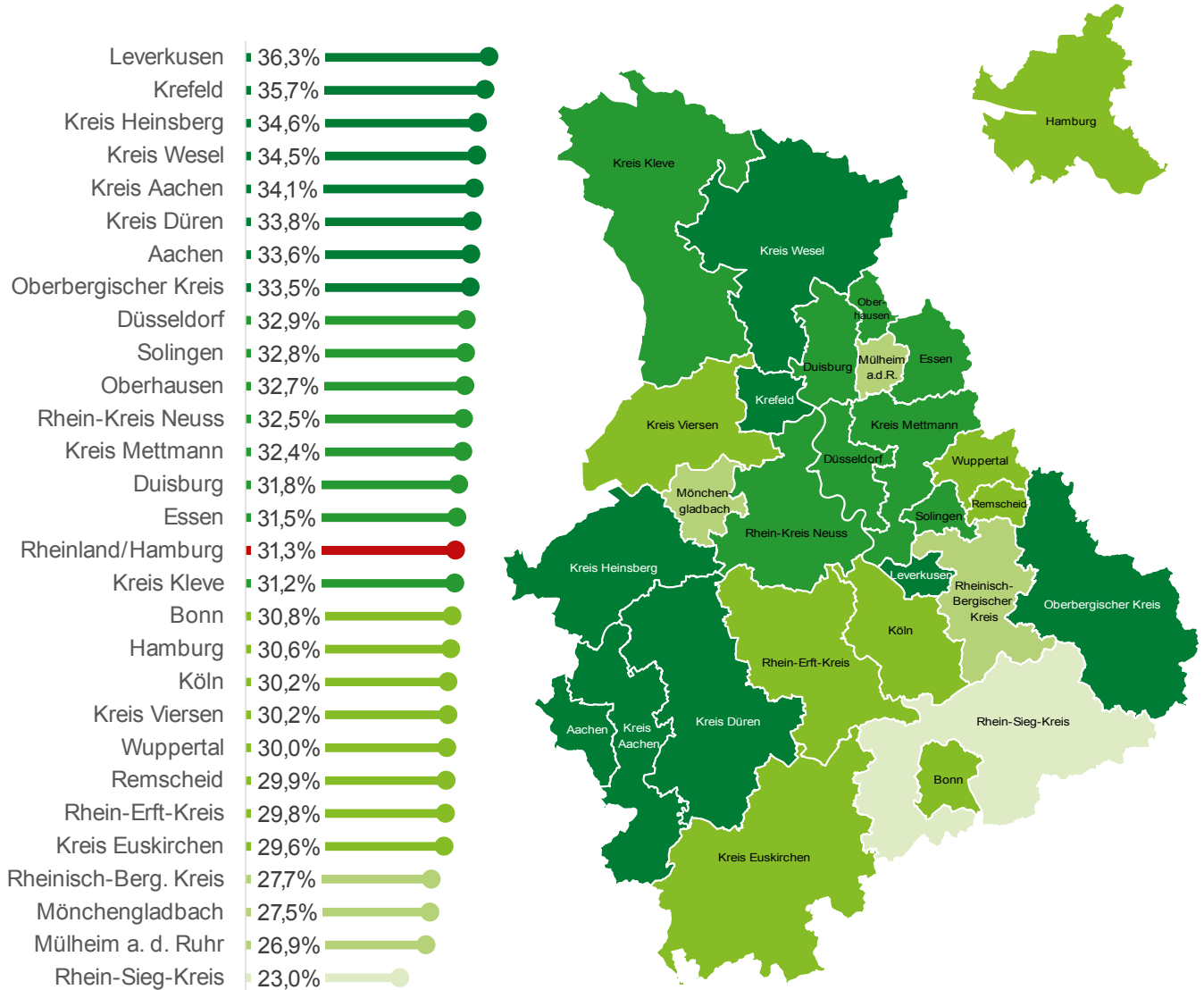
Standardisierung
keine

Datenquelle
LZG.NRW und Statistisches Bundesamt

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. Es gibt allerdings Indikationen, bei denen ein Kaiserschnitt aus geburtsmedizinischen Gründen erforderlich ist (absolute Indikation) bzw. unter Berücksichtigung der Umstände erwogen werden sollte (relative Indikation). Zu den absoluten Indikationen zählt zum Beispiel eine Querlage des Kindes, ein Schädel-Becken-Missverhältnis oder mütterliche Infektionen. Relative Indikationen sind zum Beispiel eine Beckenendlage des Kindes, eine sehr lange Geburtsdauer, Auffälligkeiten bei der Herzton- und Wehenmessung (CTG) oder eine frühere Kaiserschnittgeburt. Eine Kaiserschnittentbindung ist mit gewissen Risiken für Mutter und Kind verbunden und sollte daher eher restriktiv angewendet werden.

Die Kaiserschnittquote bezieht sich auf alle Geburten in den Krankenhäusern im Rheinland und in Hamburg – unabhängig von einem Versicherungsverhältnis mit der AOK.

Zeitraum
2018

Aufgreifkriterien
alle Geburten

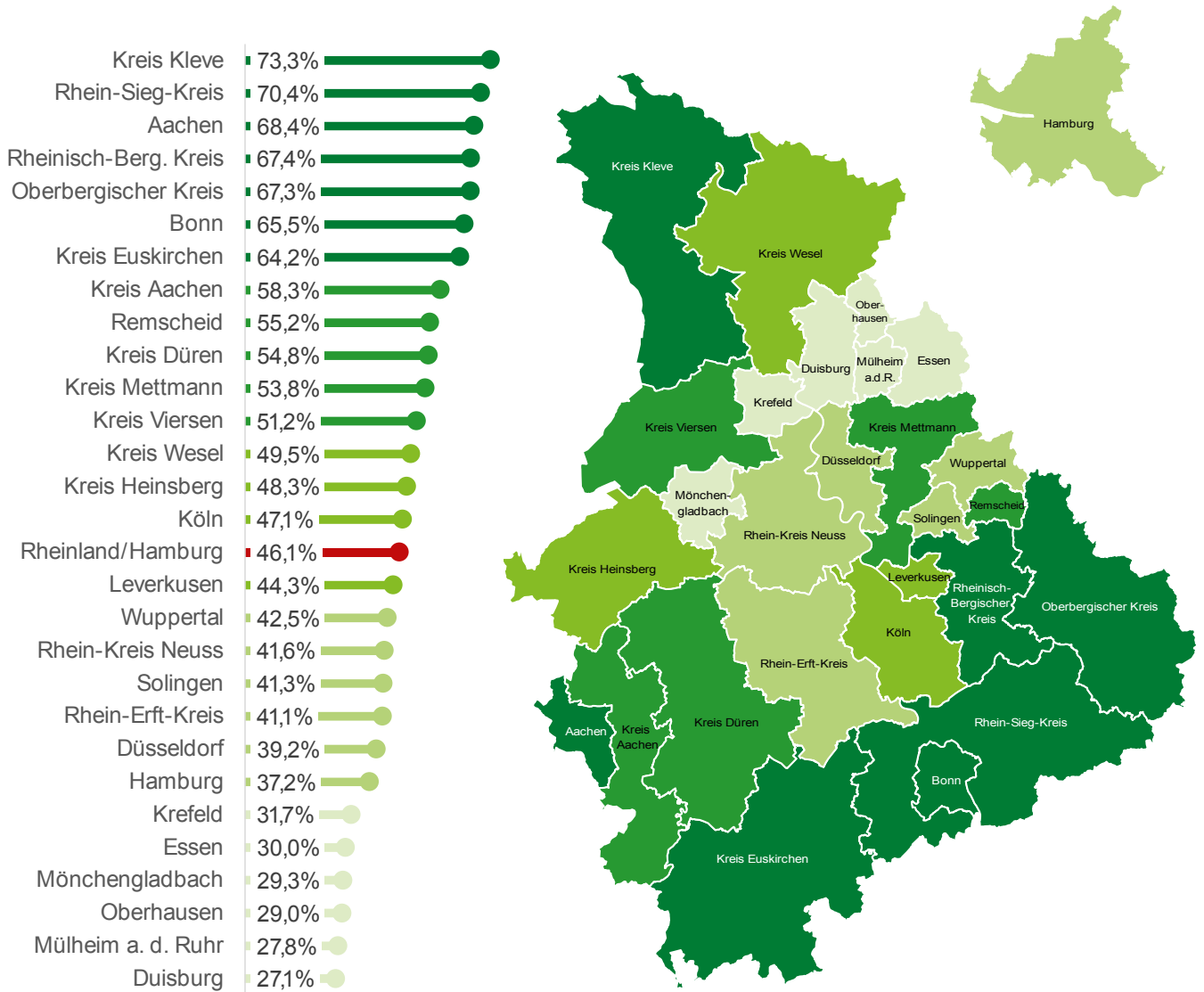
Standardisierung
keine

Datenquelle
strukturierte
Qualitätsberichte

Regionale Zuordnung
Sitz des Krankenhauses

Wochenbettbetreuung durch Hebammen

Anteil an allen Frauen, die im Jahr 2018 entbunden haben



Warum ist eine Wochenbettbetreuung wichtig?

In den ersten sechs bis acht Wochen nach der Geburt – dem sogenannten Wochenbett – ist die Begleitung von Eltern und Neugeborenem 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.

Zeitraum

2018 und 2019

Aufgreifkriterien

Positionsnummern: 1800, 1810

Standardisierung

keine

Datenquelle

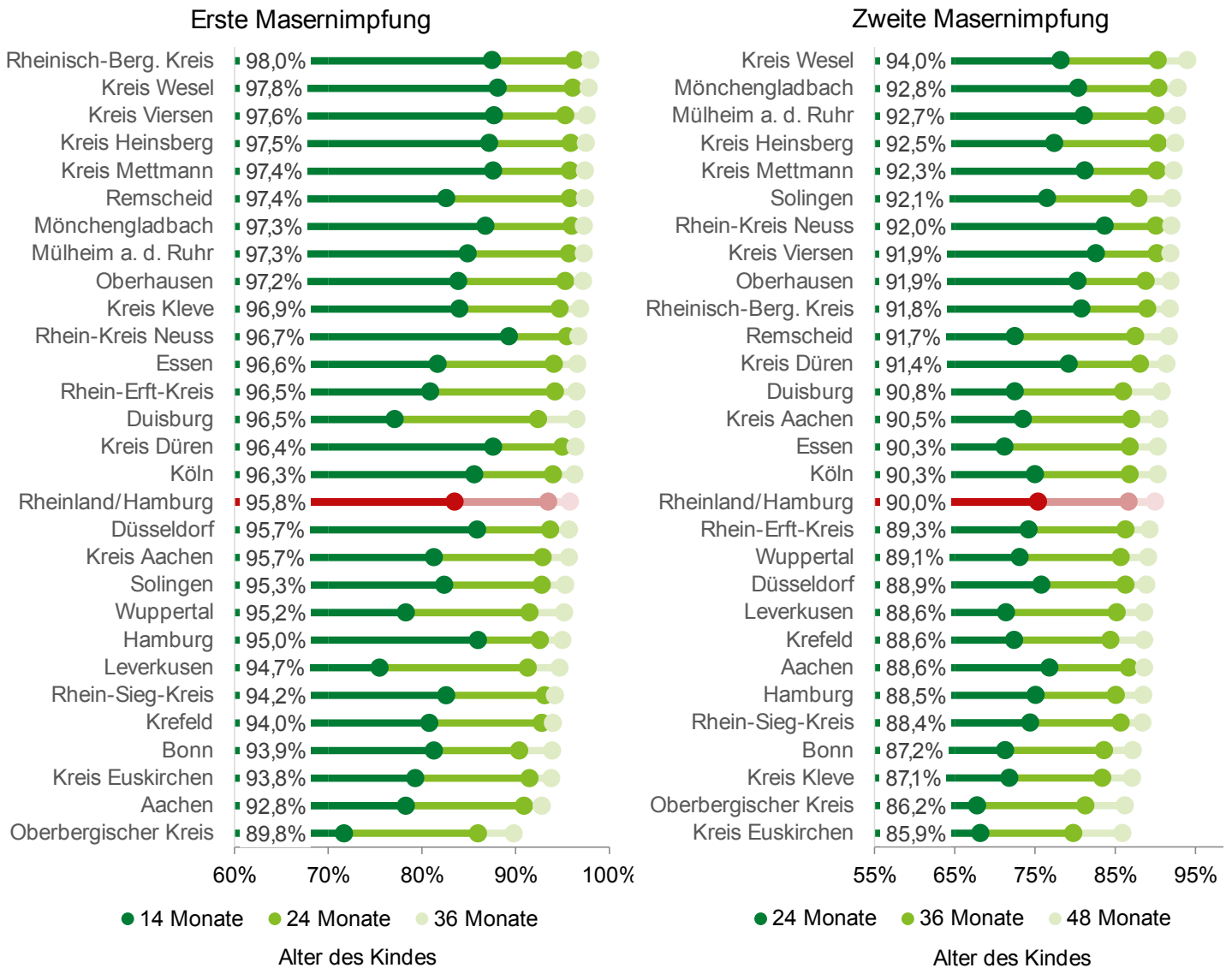
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Zeitpunkt der Masernimpfung

Anteil an allen Kindern des Geburtsjahrgangs 2015



Warum ist die Masernimpfung wichtig?

Masern sind eine hochansteckende Infektionskrankheit, die bei zehn bis 20 Prozent der erkrankten Personen zu Komplikationen führt. Zu den häufigsten Komplikationen zählen Lungen- und Mittelohrentzündungen sowie Durchfall. Deutlich seltener treten gefährliche, teils tödliche Komplikationen wie eine Gehirnentzündung (Enzephalitis) oder die subakute sklerosierende Panenzephalitis (SSPE) auf.

Die Masernschutzimpfung stellt eine sichere und hochwirksame Prävention dar. Durch das zweimalige Impfen lässt sich in 93 bis 99 Prozent der Fälle ein lebenslanger Schutz erzeugen. Bei einer regionalen Immunität von mindestens 95 Prozent (sog. Herdenimmunität) wird die Verbreitung des Virus unterbrochen. Kinder sollten möglichst frühzeitig gegen das Virus geimpft werden. Die Ständige Impfkommission (STIKO) empfiehlt eine erste Masernimpfung für Kinder im Alter von 11 bis 14 Monaten und eine zweite Impfung im Alter von 15 bis 23 Monaten.

Zeitraum

2015 bis 2019

Aufgreifkriterien

EBM-Ziffern: 89153, 89301, 89401

Standardisierung

keine

Datenquelle

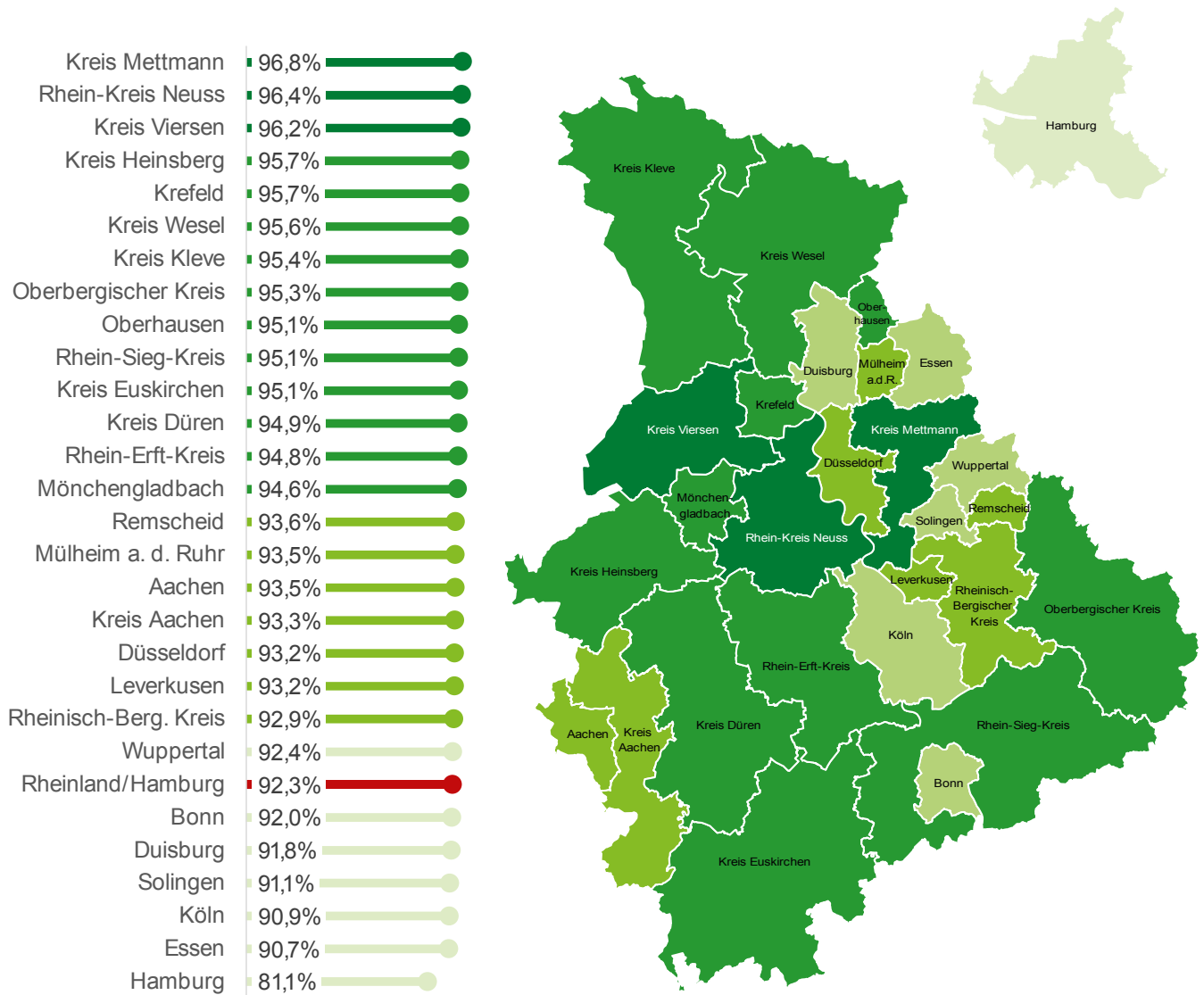
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Früherkennungsuntersuchung Kinder – U7a

Anteil an allen Kindern des Geburtsjahrgangs 2015



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.

Die AOK Rheinland/Hamburg informiert alle Kinder und ihre Eltern postalisch über die anstehende Untersuchung.

Zeitraum

2017 bis 2019

Aufgreifkriterien

EBM-Ziffer: 01723

Standardisierung

keine

Datenquelle

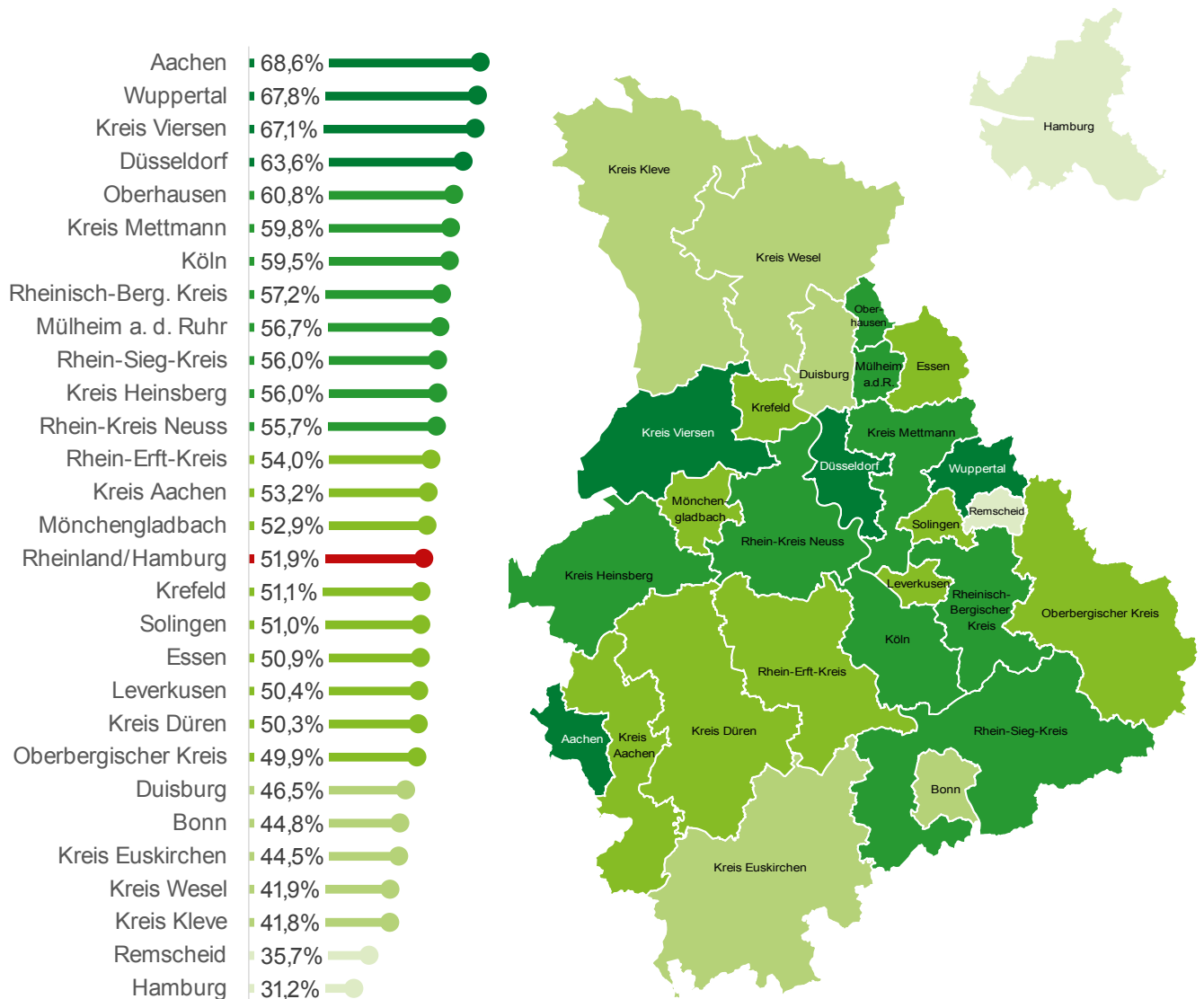
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Früherkennungsuntersuchung Kinder – U10

Anteil an allen Kindern des Geburtsjahrgangs 2010



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. 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.

Die AOK Rheinland/Hamburg informiert alle Kinder und ihre Eltern postalisch über die anstehende Untersuchung.

Zeitraum

2017 bis 2019

Aufgreifkriterien

EBM-Ziffer: 91710

Standardisierung

keine

Datenquelle

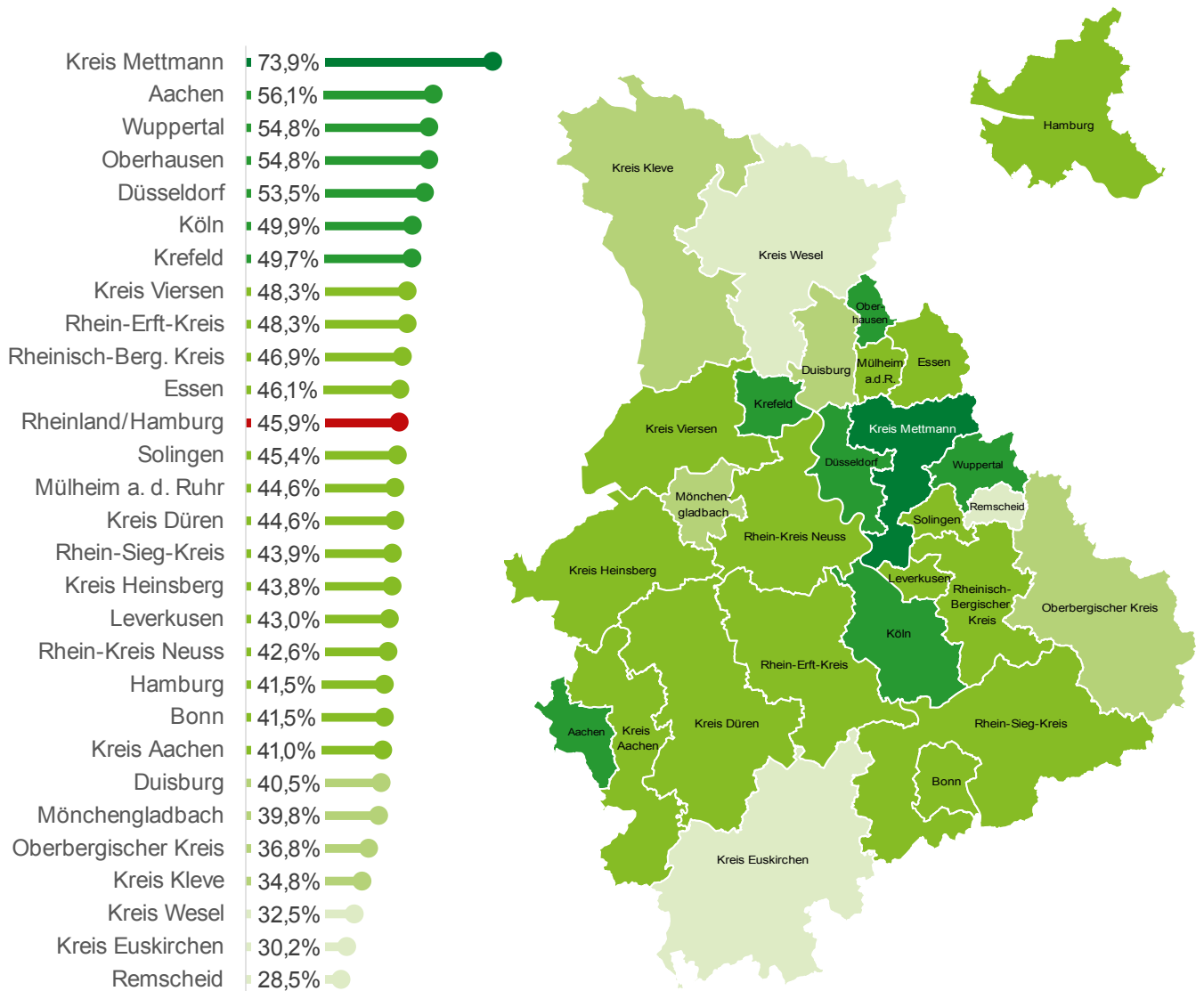
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Früherkennungsuntersuchung Jugendliche – J1

Anteil an allen Jugendlichen des Geburtsjahrgangs 2004



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. Eine Ärztin oder ein 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.

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

Zeitraum

2016 bis 2019

Aufgreifkriterien

EBM-Ziffer: 01720

Standardisierung

keine

Datenquelle

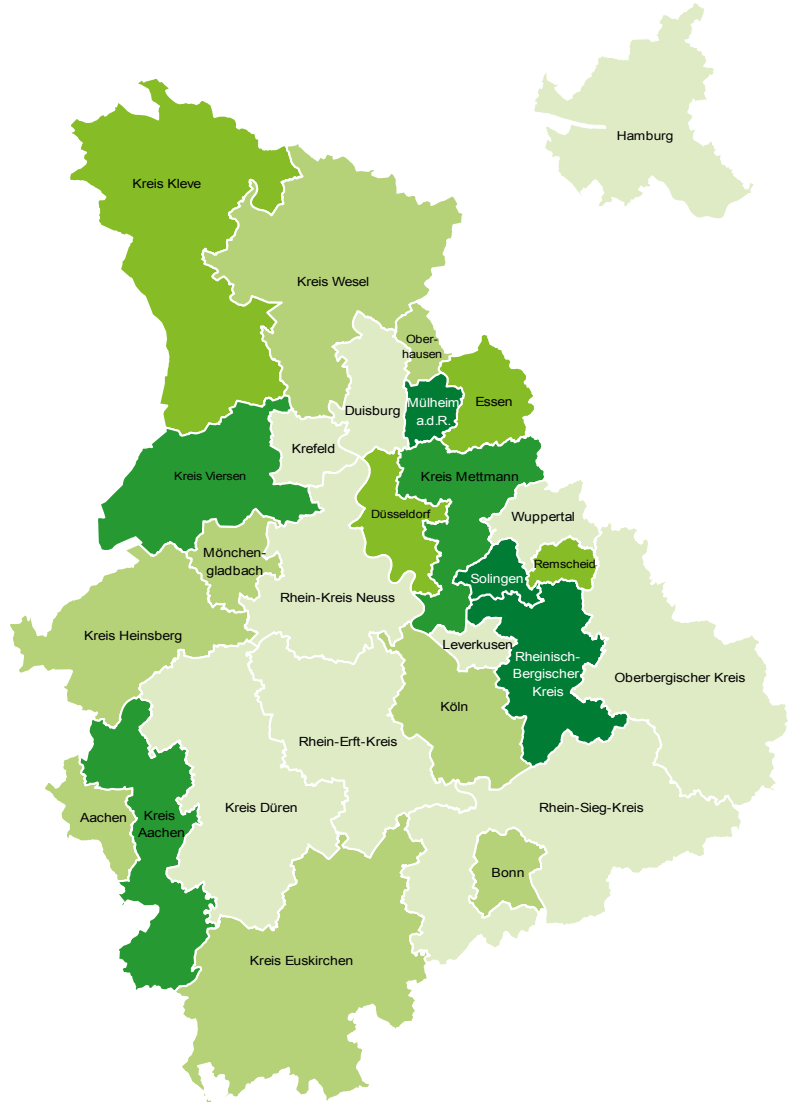
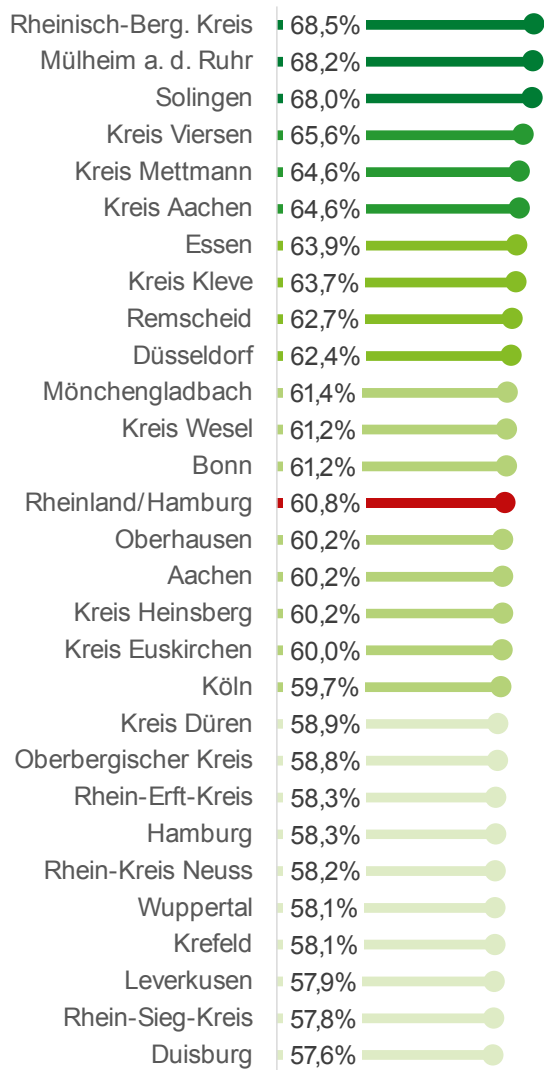
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Kinder mit Gebiss ohne Füllungen

Anteil der Sechsjährigen im Jahr 2019 ohne Füllungsleistungen von 2014 bis 2019



Was misst der Indikator „Gebiss ohne Füllungen“?

Karies ist die häufigste Zahnerkrankung. Sie tritt oft bereits im Kindesalter auf. Für die Prävention von Karies spielt neben einer intensiven Mundhygiene auch die Ernährung eine wichtige Rolle: Getränke und Nahrungsmittel mit einem hohen Zuckeranteil zu konsumieren, fördert Karies. Die Bundeszahnärztekammer hat im Rahmen der WHO-Initiative „Global Goals for Oral Health 2020“ für Deutschland das Ziel formuliert, dass 80 Prozent der sechsjährigen Kinder weder Karies noch Füllungen haben sollen.

Im zahnärztlichen Bereich liegen keine Diagnose-Codes vor. Daher ist der Status „kariesfreies Gebiss“ nur indirekt zu ermitteln, indem betrachtet wird, bei wie vielen Kindern im Alter von sechs Jahren in den fünf Jahren zuvor keine Füllungen abgerechnet wurden. Diese Zahl nähert sich dem 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

2014 bis 2019

Aufgreifkriterien

BEMA-Ziffer: 13*

Standardisierung

keine

Datenquelle

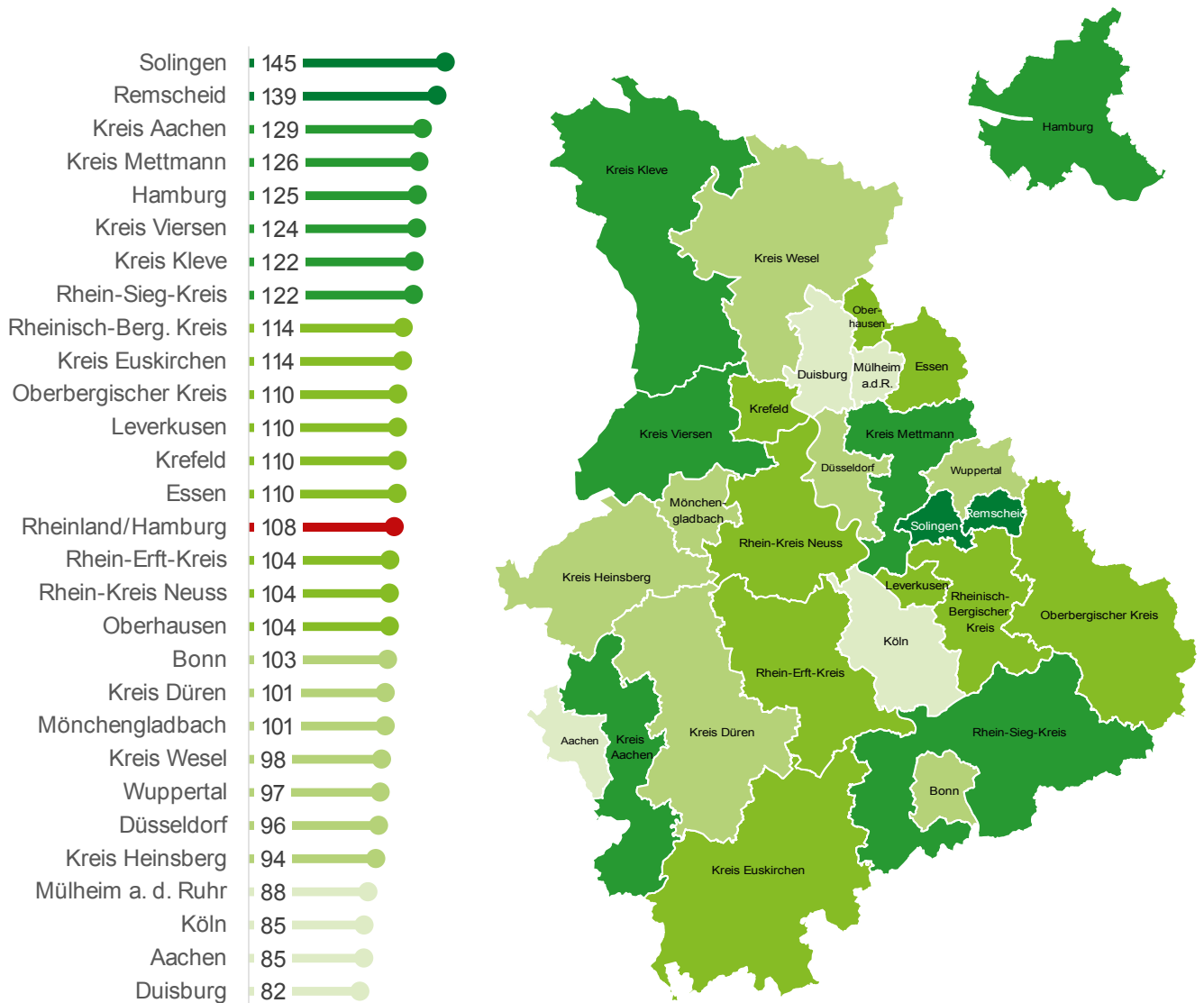
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Kinderkrankengeld – Anzahl Tage

Tage mit Bezug von Kinderkrankengeld von abhängig Beschäftigten im Alter von 20 bis 54 Jahren je 1.000 Versichertenjahre



Wer kann Kinderkrankengeld beantragen?

Das Kinderkrankengeld (offiziell: „Krankengeld bei Erkrankung des Kindes“) ist eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung. Können Eltern wegen der Pflege eines kranken Kindes nicht zur Arbeit gehen, zahlt Ihnen die Krankenkasse 90 Prozent des ausgefallenen Nettoarbeitsgelds (abzüglich der Sozialversicherungsbeiträge). Jeder Elternteil kann für jedes Kind, das nicht älter als 12 Jahre ist, bis zu zehn Arbeitstage pro Kalenderjahr Kinderkrankengeld in Anspruch nehmen, Alleinerziehende 20 Tage. Gehören mehrere Kinder zur Familie, ist die Anzahl der Freistellungstage auf insgesamt 25 – Alleinerziehende: 50 – pro Kalenderjahr begrenzt. In der Corona-Pandemie wurde die Anzahl der Tage erhöht. Diese geänderten Anspruchsberechtigungen machen sich jedoch nicht in dieser Auswertung mit dem Betrachtungszeitraum 2019 bemerkbar. Die Auswertung weist die Anzahl der Tage mit Bezug von Kinderkrankengeld je 1.000 Versichertenjahre aus.

Zeitraum
2019

Aufgreifkriterien
Bescheinigung

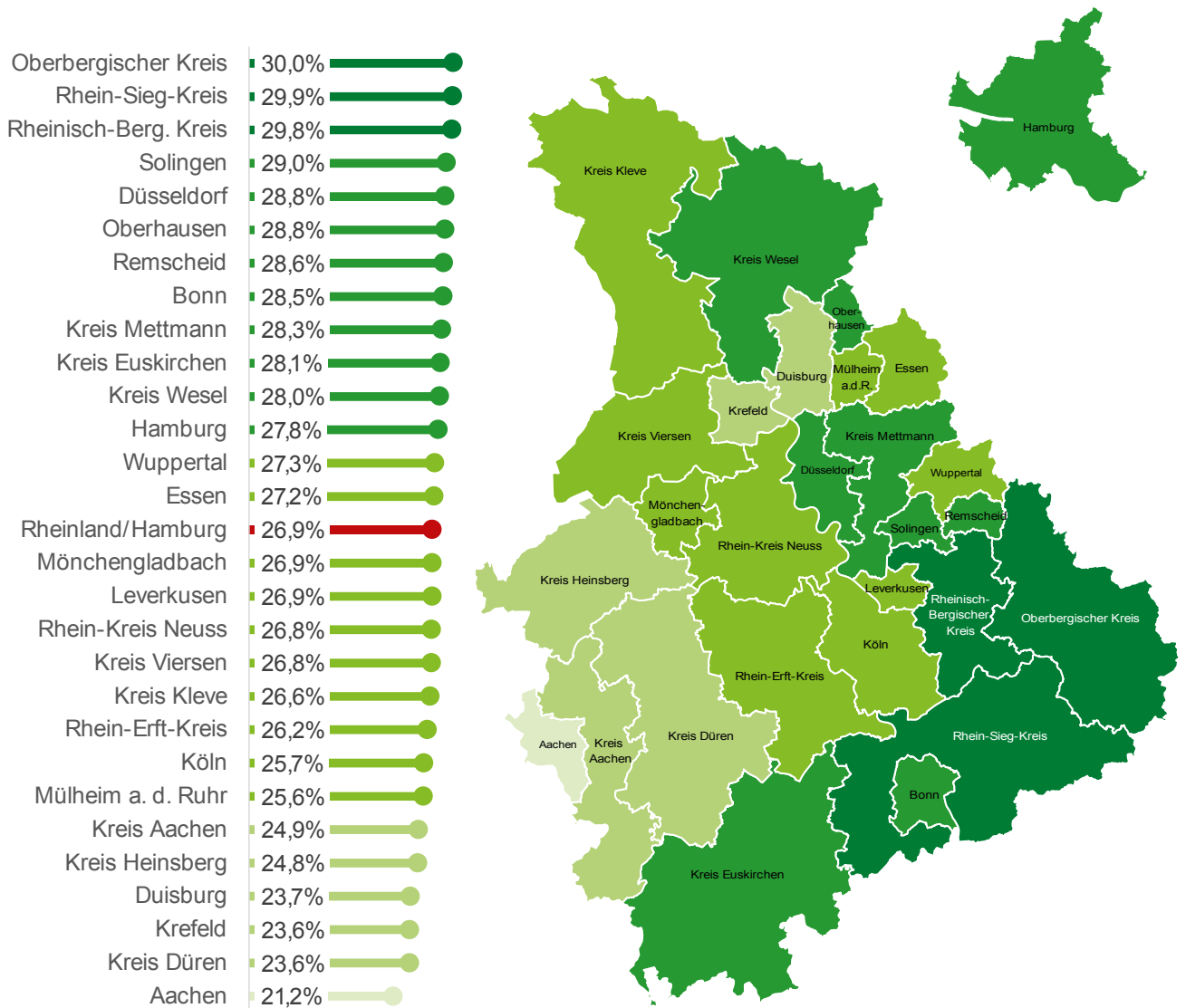
Standardisierung
Alter und Geschlecht,
indirekt

Datenquelle
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung
Wohnort der Versicherten

Kinderkrankengeld – Anteil Väter

Anteil der Fälle, in denen ein Mann Kinderkrankengeld bezogen hat



Wer kann Kinderkrankengeld beantragen?

Das Kinderkrankengeld (offiziell: „Krankengeld bei Erkrankung des Kindes“) ist eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung. Können Eltern wegen der Pflege eines kranken Kindes nicht zur Arbeit gehen, zahlt ihnen die Krankenkasse 90 Prozent des ausgefallenen Nettoarbeitsgolds (abzüglich der Sozialversicherungsbeiträge). Jeder Elternteil kann für jedes Kind, das nicht älter als 12 Jahre ist, bis zu zehn Arbeitstage pro Kalenderjahr Kinderkrankengeld in Anspruch nehmen, Alleinerziehende 20 Tage. Gehören mehrere Kinder zur Familie, ist die Anzahl der Freistellungstage auf insgesamt 25 – Alleinerziehende: 50 – pro Kalenderjahr begrenzt. In der Corona-Pandemie wurde die Anzahl der Tage erhöht. Diese geänderten Anspruchsberechtigungen machen sich jedoch nicht in dieser Auswertung mit dem Betrachtungszeitraum 2019 bemerkbar. Die Auswertung weist aus, in wie viel Prozent der Fälle ein Mann wegen der Pflege eines kranken Kindes zu Hause geblieben ist.

Zeitraum
2019

Aufgreifkriterien
Bescheinigung

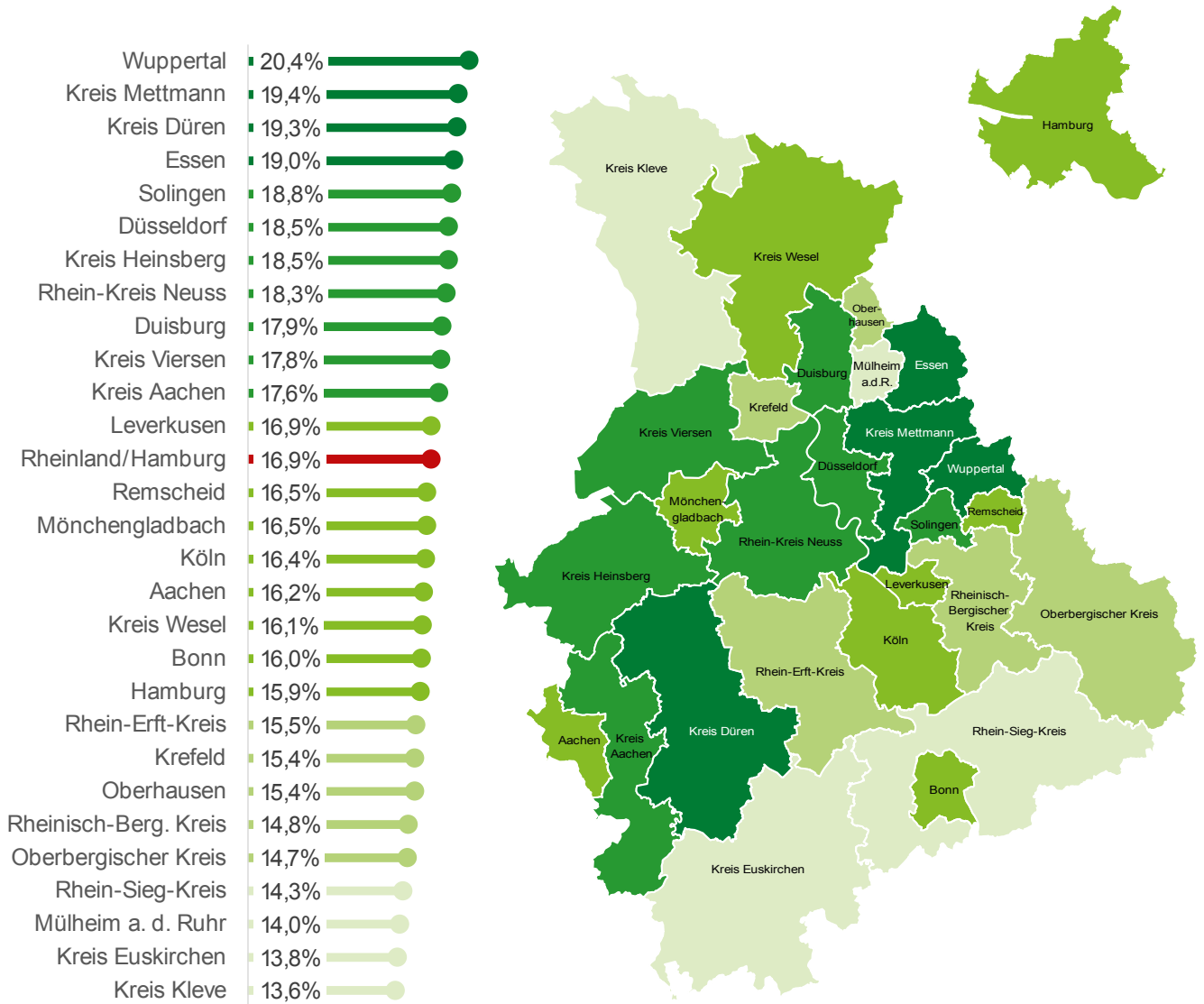
Standardisierung
Alter der Männer mit Bezug von Kinderkrankengeld und Anteil der versicherten Männer im Kreis

Datenquelle
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung
Wohnort der Versicherten

Allergien

Anteil an allen Kindern und Jugendlichen bis 17 Jahre



Warum sollte man Allergien bei Kindern 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. Schlimmstenfalls kann es zu einem lebensbedrohlichen, sog. anaphylaktischen Schock kommen. Früh erkannt, lassen sich Allergien behandeln und eindämmen. Allergien sind oftmals erblich bedingt, Umwelteinflüsse wie zum Beispiel Luftverschmutzung, Tabakrauch oder die Ernährung kommen hinzu. Auch übermäßige Hygiene gilt als allergiefördernd. Die Auswertung betrachtet allergischen Schnupfen zum Beispiel aufgrund von Pollen oder Hausstaub, allergisches Asthma, allergiebedingte Hautreizungen, das atopische Ekzem („Neurodermitis“), Nahrungsmittelunverträglichkeit sowie nicht näher bezeichnete Allergien.

Zeitraum
2019

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

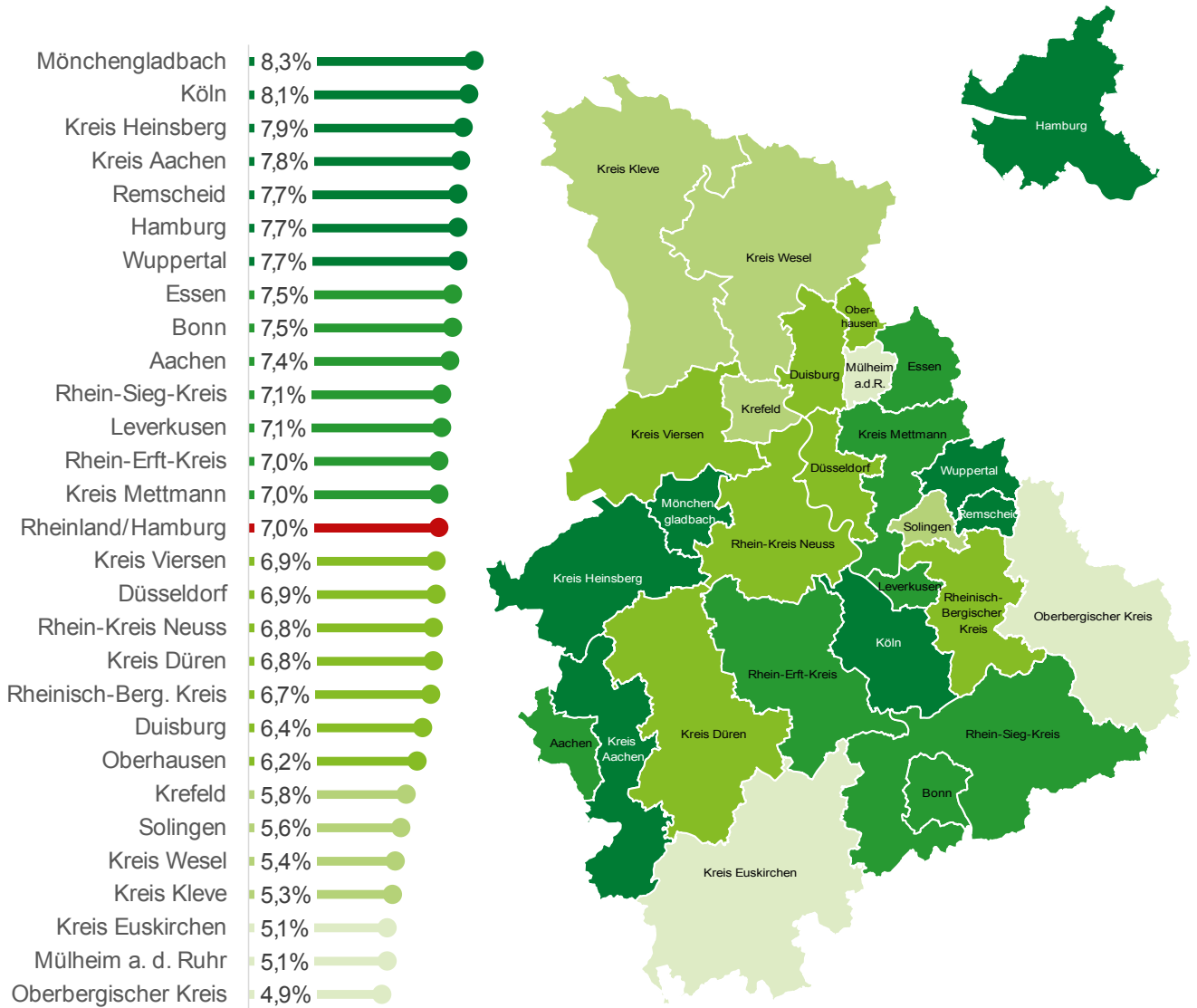
Standardisierung
Alter und Geschlecht auf Bundesbevölkerung

Datenquelle
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung
Wohnort der Versicherten

Adipositas

Anteil an allen Kindern und Jugendlichen von 3 bis 17 Jahre



Wie wird Adipositas bei Kindern bestimmt?

Adipositas bezeichnet einen deutlich erhöhten Körperfettanteil an der Gesamtkörpermasse. 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). Für Erwachsene definieren feste Grenzwerte eine Adipositas. Die Bestimmung von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter erfolgt anhand geschlechtsspezifischer Altersperzentilen für den BMI. Die Arbeitsgemeinschaft

Adipositas im Kindes- und Jugendalter empfiehlt dabei folgende Definitionen

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

Adipositas ist eine starke Belastung für den Körper mit schwerwiegenden Folgeerkrankungen. Risikofaktoren sind unter anderem der Lebensstil und genetische Faktoren.

Zeitraum
2019

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

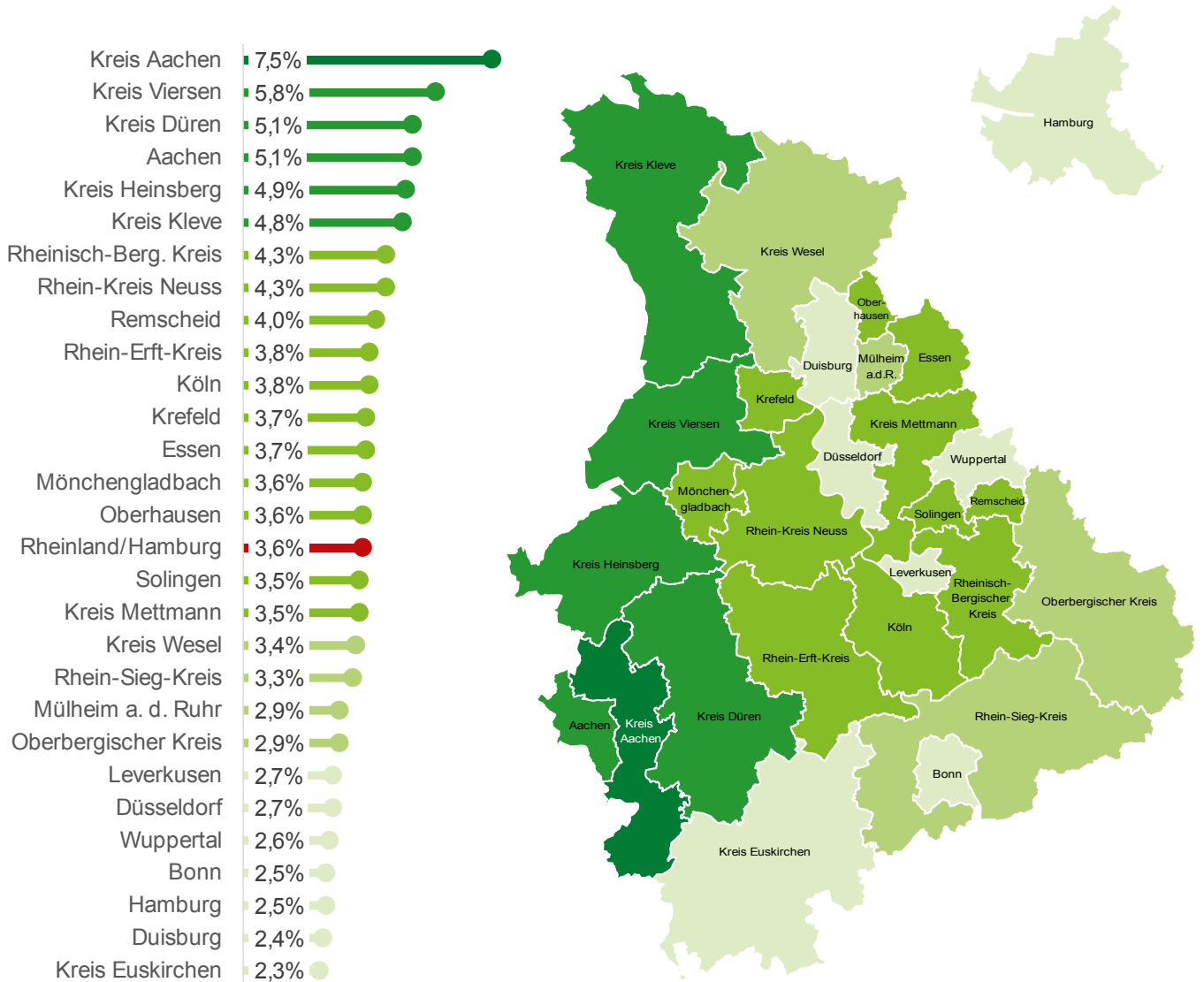
Standardisierung
Alter und Geschlecht auf Bundesbevölkerung

Datenquelle
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung
Wohnort der Versicherten

ADHS

Anteil an allen Kindern und Jugendlichen bis 17 Jahre



Warum sollte man ADHS ernst nehmen?

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. Im Zentrum der Behandlung steht die Aufklärung, Beratung und das Training der betroffenen Kontaktpersonen (Eltern, Erzieherinnen und Erzieher sowie Lehrkräfte). Unter bestimmten Voraussetzungen kann auch eine medikamentöse Therapie eingesetzt werden.

Zeitraum
2019

Auffreikriterien
ICD-10-Codes: F90.0, F90.1, F90.8, F90.9

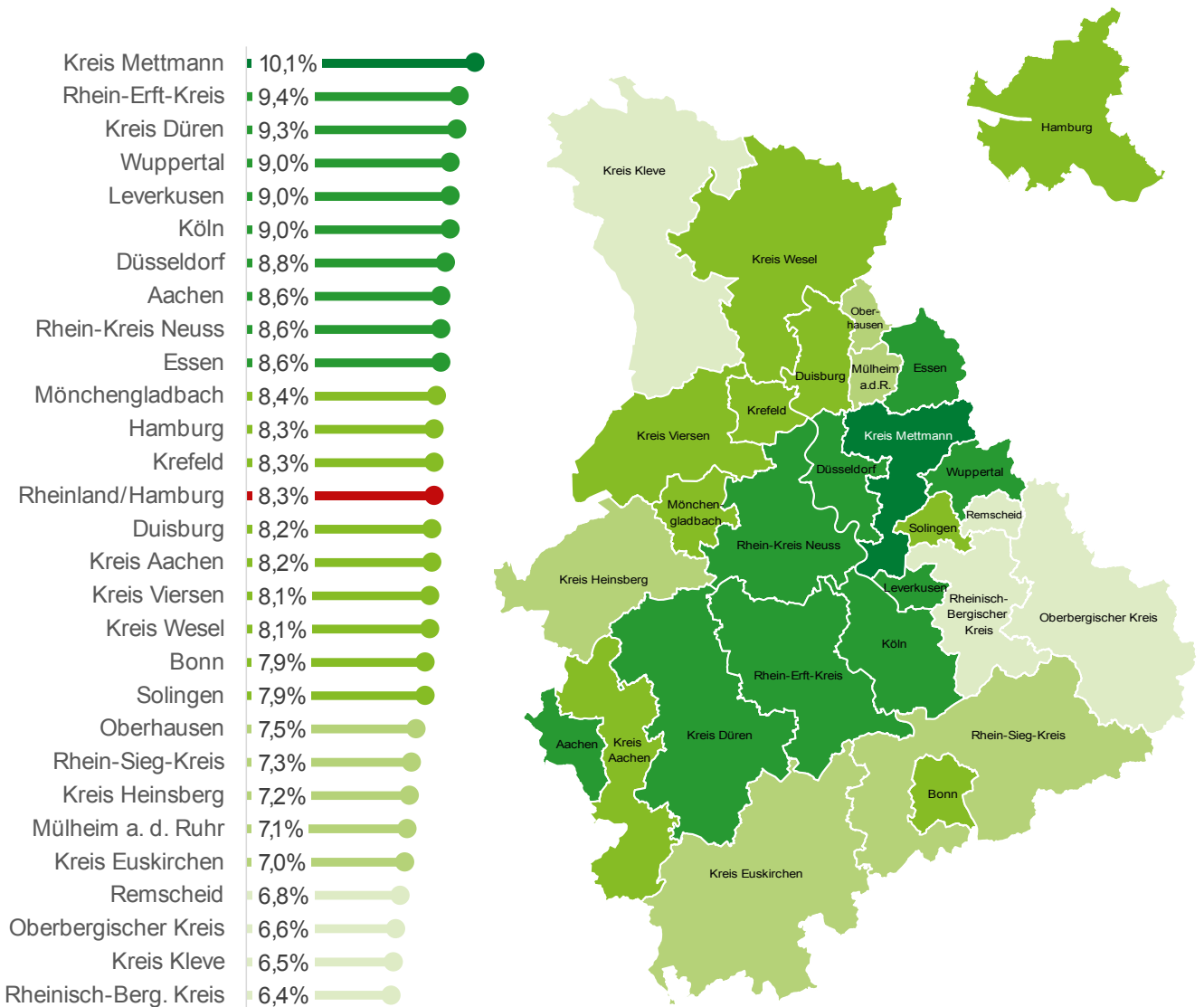
Standardisierung
Alter und Geschlecht auf Bundesbevölkerung

Datenquelle
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung
Wohnort der Versicherten

Ärztliche Behandlung aufgrund von Akne

Anteil an allen Jugendlichen von 12 bis 17 Jahre



Warum haben Jugendliche oftmals Akne?

Akne ist eine Erkrankung der Talgdrüsen in der Haut, die durch Mitesser, Pickel, Knötchen und eitrige Pusteln gekennzeichnet ist. Sie tritt insbesondere während der Pubertät auf, wenn die Talgproduktion durch hormonelle Veränderungen angeregt wird. Außerdem vermehren sich die Hornzellen und verstopfen den Ausgang der Talgdrüsen, sodass der Talg nicht mehr abfließen kann. Es entstehen Mitesser (Komedonen). Die verstopften Drüsen sind ein idealer Nährboden für Bakterien, die sich dort vermehren, Entzündungen auslösen und zu Pickeln führen.

Der Großteil der Jugendlichen ist von Akne betroffen, jedoch in unterschiedlichem Ausmaß. Die Auswertung weist den Anteil der Jugendlichen aus, die wegen einer Akne in ärztlicher Behandlung waren.

Zeitraum
2019

Aufgreifkriterien
ICD-10-Code: L70

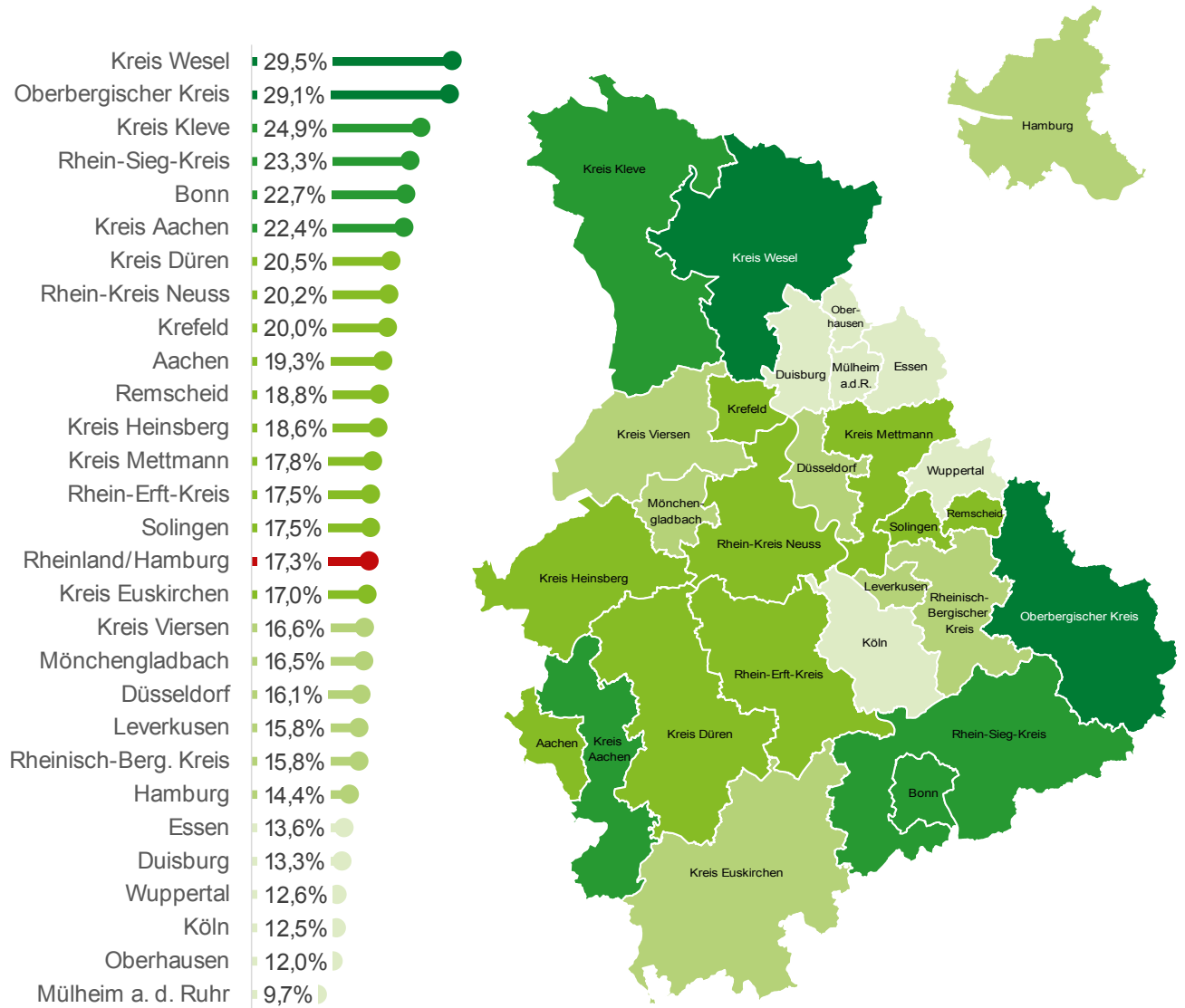
Standardisierung
Alter und Geschlecht auf Bundesbevölkerung

Datenquelle
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung
Wohnort der Versicherten

Systemische Therapie bei Akne

Anteil an allen Jugendlichen zwischen 12 und 17 Jahren mit ärztlicher Behandlung aufgrund von Akne



Wie wird eine Akne behandelt?

Jugendliche sind von der Akne in unterschiedlichem Ausmaß betroffen. Je nach Schweregrad der Akne werden unterschiedliche Medikamente zur Therapie eingesetzt. Eine leichte bis mittelschwere Akne kann zumeist wirksam mit lokal aufgetragenen Cremes, Gelen oder Salben mit dem Wirkstoff Benzoylperoxid behandelt werden. Eine mittelschwere bis schwere Akne erfordert hingegen zumeist eine systemische, das heißt im ganzen Körper wirkende Behandlung in Tablettenform. Empfohlen wird hier vor allem die systemische Therapie mit Antibiotika, bei weiblichen Patientinnen auch die hormonelle antiandrogene Therapie („Pille“). Bei schwerer Akne, die nicht auf andere Therapieversuche anspricht, kann Isotretinoin eingesetzt werden. Aufgrund starker Nebenwirkungen muss die Isotretinoin-Therapie von der behandelnden Ärztin bzw. dem behandelnden Arzt sorgfältig überwacht werden. Die Auswertung weist den Anteil der Jugendlichen mit Akne aus, die mit einer systemischen Therapie behandelt wurden.

Zeitraum
2019

Aufreißkriterien
ICD-10-Code: L70
ATC-Codes: D10BA, D10BH, D10BX, G03A, G03HA01, G03HB01, J01AA02/07/08, J01FA01, J01FF01

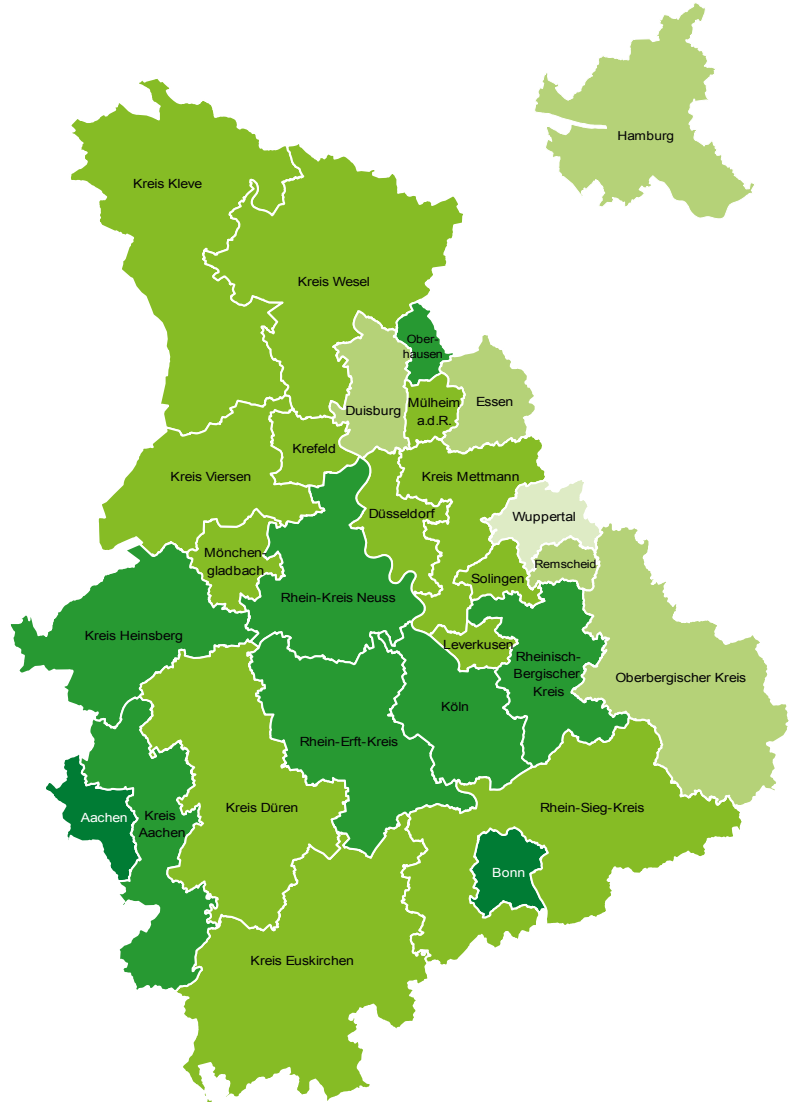
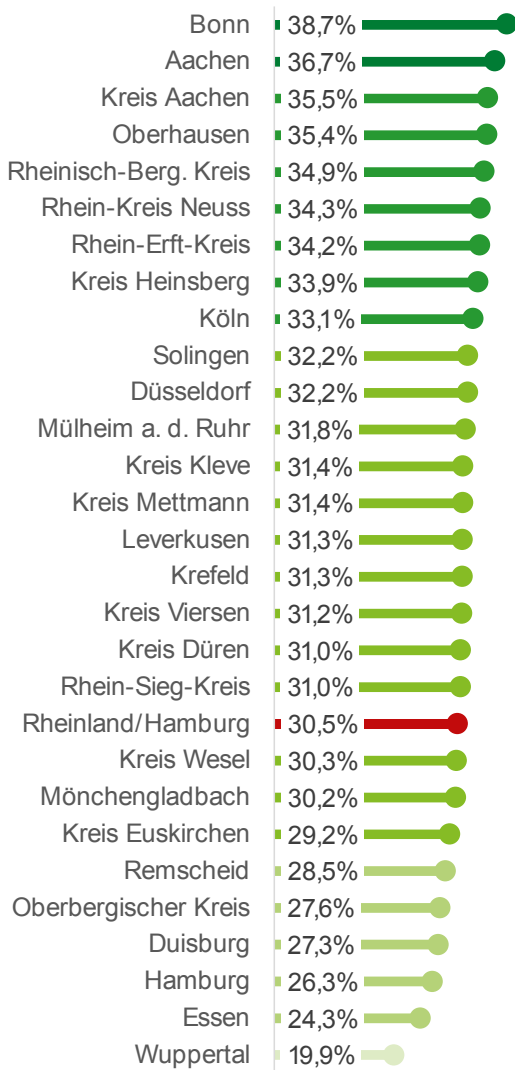
Standardisierung
Alter und Geschlecht auf Bundesbevölkerung

Datenquelle
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung
Wohnort der Versicherten

Logopädische Leistungen

Anteil der Neunjährigen im Jahr 2019 mit Sprachtherapie zwischen 2013 und 2019



Wer erhält eine Sprachtherapie?

Sprachtherapie bei Kindern kann angebracht sein, wenn die Sprachentwicklung verzögert verläuft und die sprachlichen Fähigkeiten eines Kindes deutlich hinter dem altersgerechten Entwicklungsstand zurückbleiben. Obgleich die Sprachentwicklung individuell sehr unterschiedlich verläuft, sollten Kinder bis zu einem bestimmten Alter bestimmte Entwicklungsziele erreicht haben. Auch bei Problemen in der Aussprache, zum Beispiel wenn ein Kind lispelt oder Buchstaben vertauscht, kann eine Sprachtherapie angeordnet sein.

Bei den Früherkennungsuntersuchungen überprüft die Kinderärztin bzw. der Kinderarzt die Sprachentwicklung und leitet ggf. weitere Untersuchungen ein. Alle logopädischen Leistungen setzen eine ärztliche Verordnung voraus.

Die Auswertung betrachtet, wie viele Kinder des Geburtsjahrgangs 2010 zwischen ihrem dritten und neunten Geburtstag mindestens eine Sprachtherapie erhalten haben.

Zeitraum

2013 bis 2019

Aufgreifkriterien

Positionsnummer: 3*

Standardisierung

Alter und Geschlecht auf Bundesbevölkerung

Datenquelle

AOK Rheinland/Hamburg

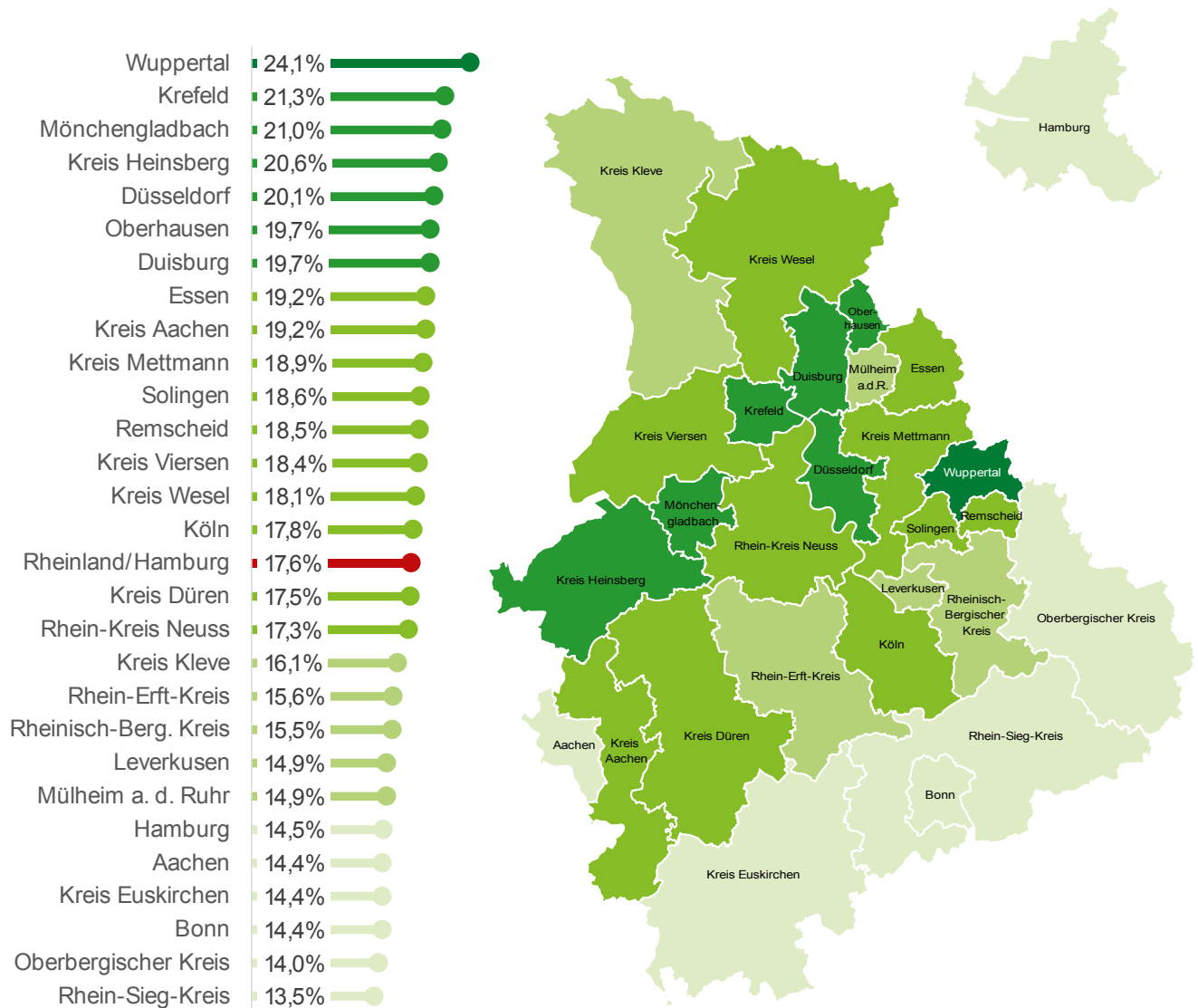
Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Arzneimittel

Antibiotika bei Atemwegsinfektionen

Anteil an allen Versicherten mit Atemwegsinfektionen



Wann sollten Antibiotika eingenommen werden?

Antibiotika sind wichtige Medikamente zur Behandlung von Infektionskrankheiten. Auch aufgrund wachsender Antibiotikaresistenzen sollten sie umsichtig eingenommen 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, Nasennebenhöhlen-, Rachen-, Mandel-, 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
2019

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

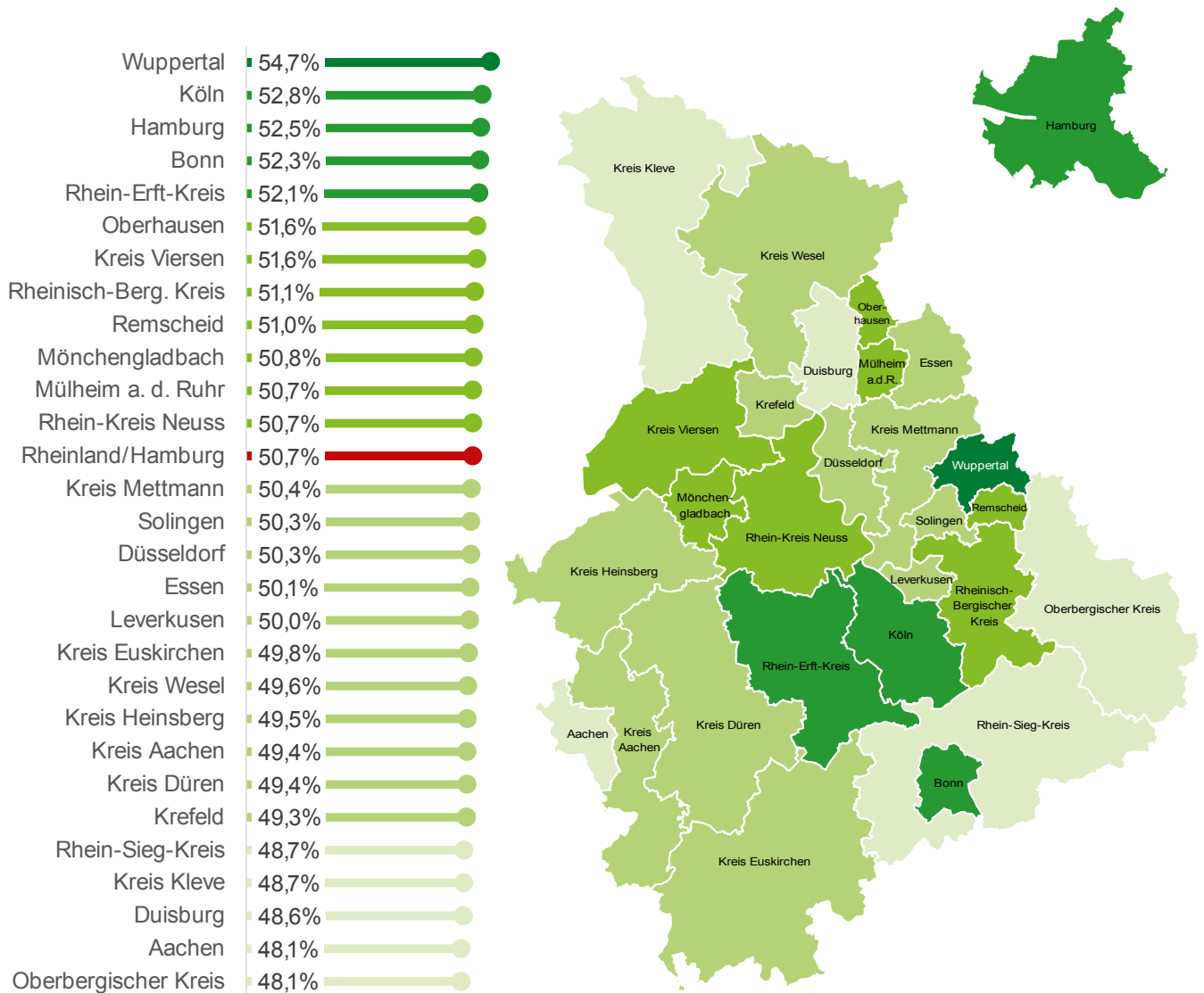
Standardisierung
Alter und Geschlecht
auf betrachteten
Versichertenkreis

Datenquelle
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung
Wohnort der Versicherten

Statine bei Koronarer Herzkrankheit

Anteil an allen Versicherten mit Koronarer Herzkrankheit



Warum sollte die Koronare Herzkrankheit mit Statinen behandelt werden?

Bei der Koronaren Herzkrankheit sind die Herzkranzgefäße durch Fett- und Kalkablagerungen (Plaques) an den Innenwänden verengt. Daher kann das sauerstoffreiche Blut nicht wie gewohnt zum Herzen transportiert werden. Es kommt zu einer Mangeldurchblutung des Herzmuskels. Beschwerden wie Atemnot, ein Druckgefühl bzw. Schmerzen im Brustbereich sind möglich. Reißen die Plaques auf, können sich Blutgerinnsel bilden, die die Arterie verschließen und so zu einem Herzinfarkt führen. Medizinische Leitlinien empfehlen, alle Patientinnen und Patienten mit Koronarer Herzkrankheit ohne Kontraindikation mit Statinen zu behandeln. Statine sind cholesterinsenkende Medikamente, die verhindern, dass sich Plaques an den Gefäßen ablagern. Durch die Einnahme von Statinen lässt sich das Risiko für Folgeerkrankungen und Sterblichkeit signifikant reduzieren.

Zeitraum

Quartalsdurchschnitt 2019

Aufgreifkriterien

ICD-10-Codes: I20-I25
ATC-Codes: C10AA, C10BA, C10BX

Standardisierung

Alter und Geschlecht auf betrachteten Versichertenkreis

Datenquelle

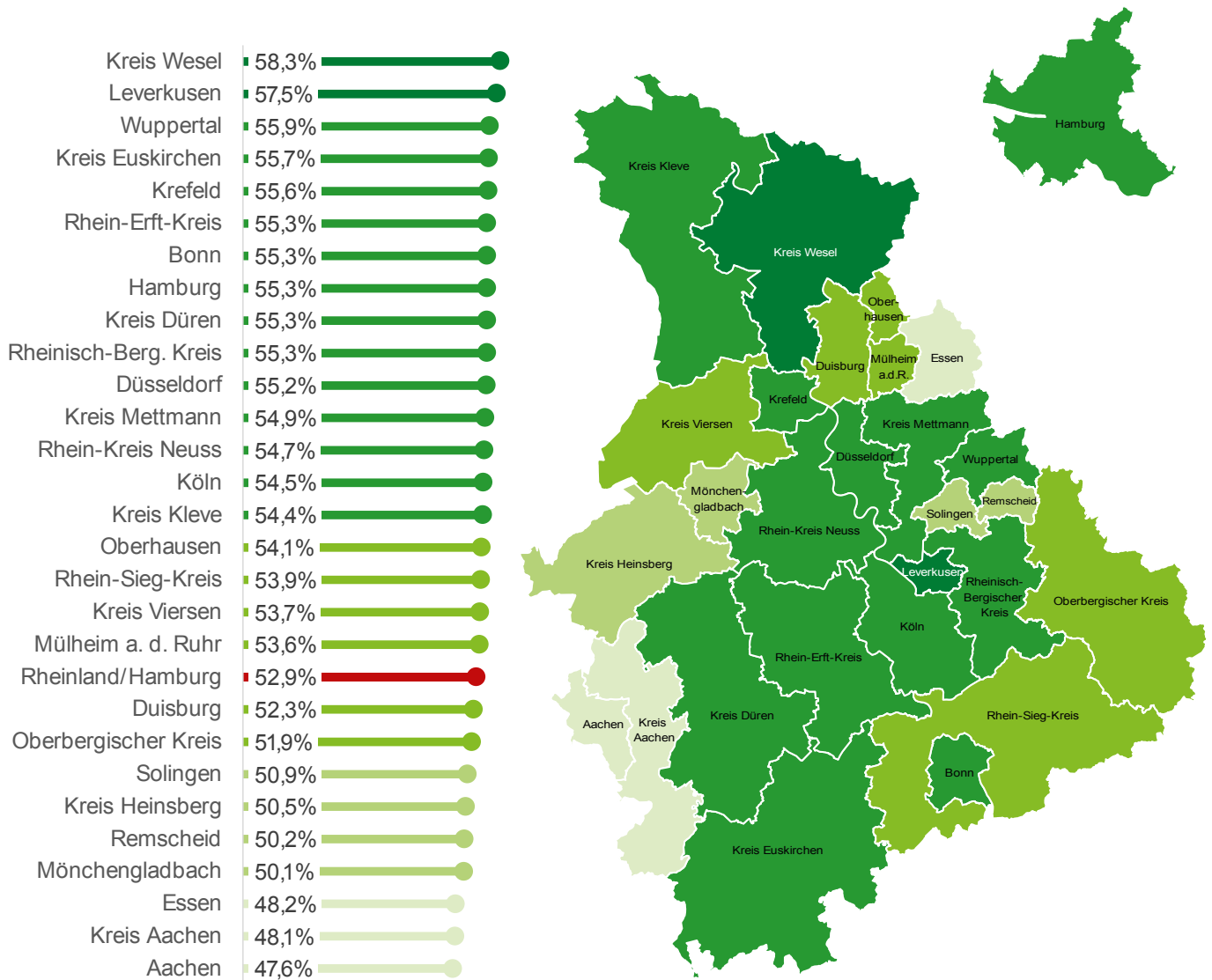
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Orale Antikoagulantien bei Vorhofflimmern

Anteil an allen Versicherten mit Vorhofflimmern und hohem Schlaganfallrisiko



Welchen Nutzen haben Antikoagulantien bei Vorhofflimmern?

Vorhofflimmern ist eine Form der Herzrhythmusstörung. Das Herz schlägt unregelmäßig und häufig zu schnell. Die Herzvorhöfe ziehen sich nicht vollständig zusammen, sodass sich das Blut staut und leichter gerinnt. Dadurch können sich Blutgerinnsel bilden, die – wenn sie ins Gehirn gelangen – einen Schlaganfall auslösen können. Etwa jeder vierte Schlaganfall ist auf Vorhofflimmern zurückzuführen. Gerinnungshemmende Medikamente, sogenannte orale Antikoagulantien – können etwa zwei Drittel dieser Schlaganfälle verhindern. Medizinische Leitlinien empfehlen, alle Personen mit Vorhofflimmern und einem erhöhten Schlaganfallrisiko ohne Kontraindikationen mit oraler Antikoagulation zu behandeln. Das Risiko für einen Schlaganfall wird mittels des CHA2DS2-VASc-Scores abgeschätzt. Er betrachtet verschiedene Risikofaktoren wie zum Beispiel Herzinsuffizienz, Diabetes, vorhergehende Schlaganfälle oder ein hohes Alter.

Zeitraum

Quartalsdurchschnitt 2019

Aufgreifkriterien

ICD-10-Codes: I48.0/1/2/9
ATC-Codes: B01AA,
B01AE07, B01AF

Standardisierung

Alter und Geschlecht
auf betrachteten
Versichertenkreis

Datenquelle

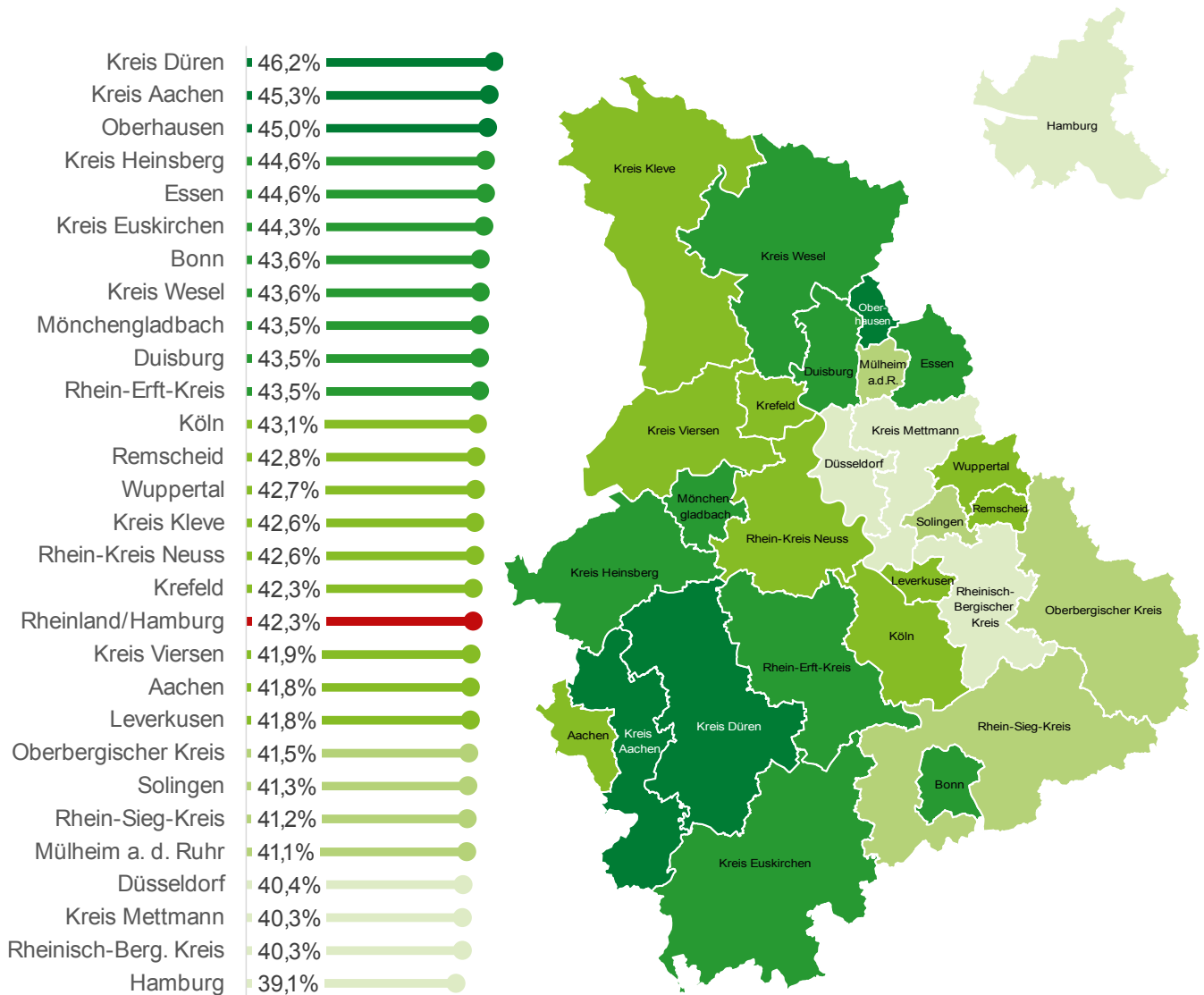
AOK Rheinland/Hamburg

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. Wenn sich verschiedene Wirkstoffe gegenseitig beeinflussen, können diese Wechselwirkungen zu Problemen führen. Es ist Aufgabe der behandelnden Ärztin bzw. des behandelnden Arztes, die Wechselwirkungen der unterschiedlichen Arzneien im Blick zu haben, Abwägungen hinsichtlich der Medikation zu treffen und dadurch Einschränkungen des therapeutischen Effekts und unerwünschte Nebenwirkungen zu vermeiden. Nicht berücksichtigt bei dieser Auswertung sind Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel, die privat gekauft wurden. Um die gleichzeitige Verordnung der Wirkstoffe abzuschätzen, wurden die Mehrfachmedikationsraten für jedes Quartal einzeln ermittelt. Die Werte weisen den Mittelwert über die vier Quartale des Jahres aus.

Zeitraum

Quartalsdurchschnitt 2019

Aufgreifkriterien

fünf Wirkstoffe und mehr

Standardisierung

Alter und Geschlecht auf Bundesbevölkerung

Datenquelle

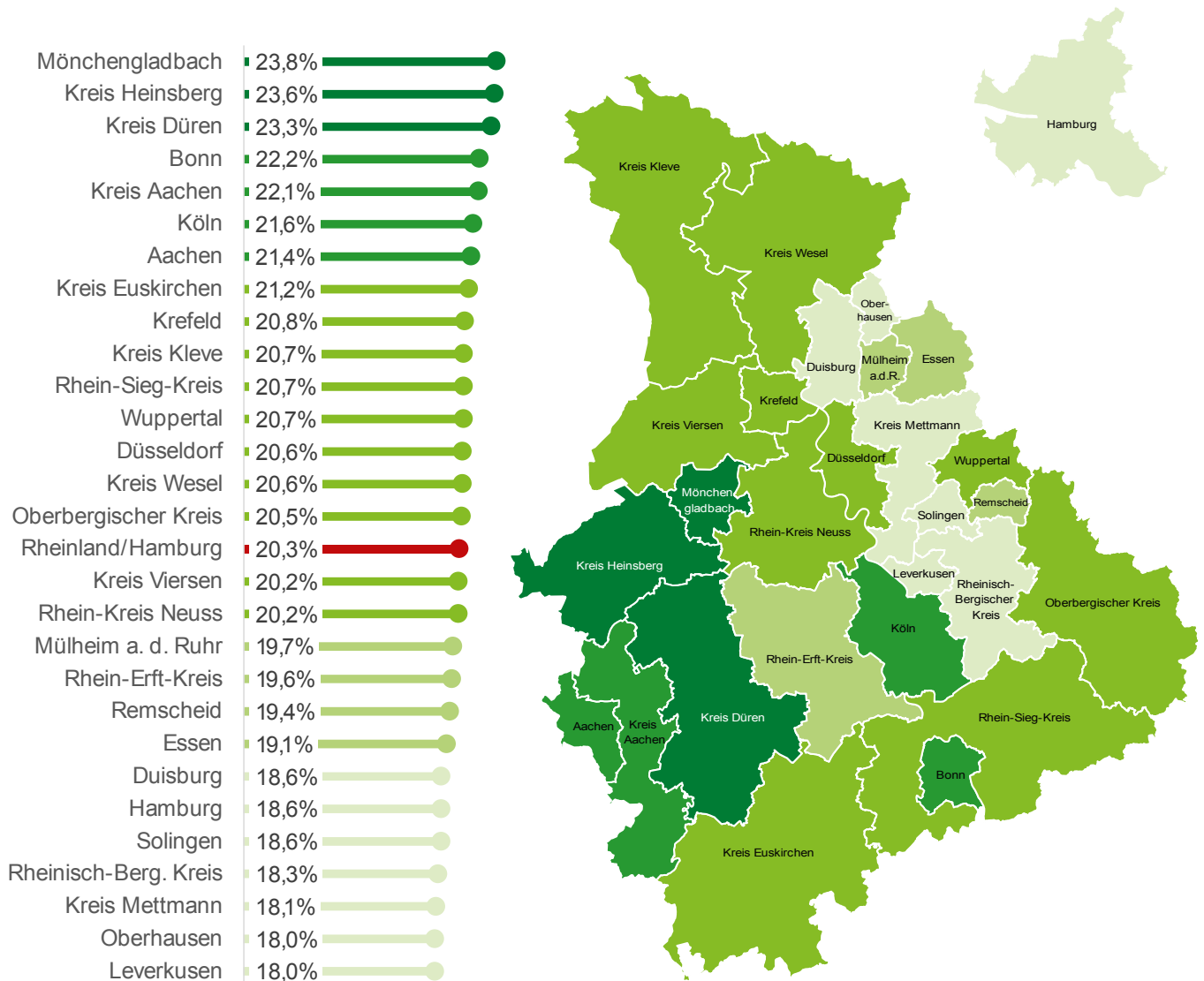
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Potenziell ungeeignete Arzneimittel bei älteren Menschen

Anteil an allen Versicherten ab 65 Jahren



Warum sind einige Arzneimittel 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 ab 65 Jahren mindestens ein Medikament der Priscus-Liste erhalten haben.

Zeitraum
2019

Aufgreifkriterien
Medikamente der Priscus-Liste

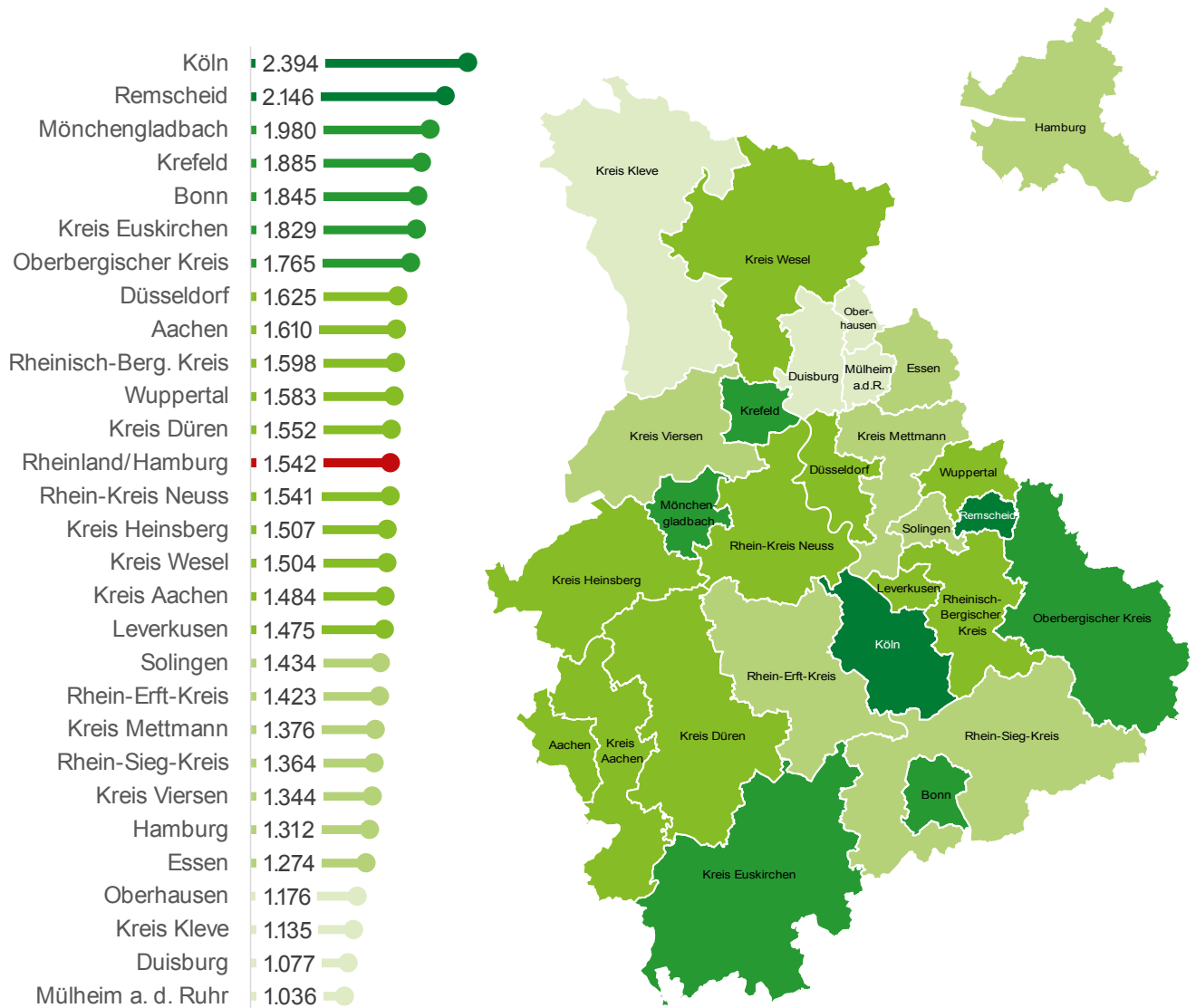
Standardisierung
Alter und Geschlecht auf Bundesbevölkerung

Datenquelle
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung
Wohnort der Versicherten

Psychopharmaka – Schlafmittel

Versicherte mit mindestens einer Verordnung je 100.000 Versicherte



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
2019

Aufgreifkriterien
ATC-Codes: N05CA bis N05CD, N05CF

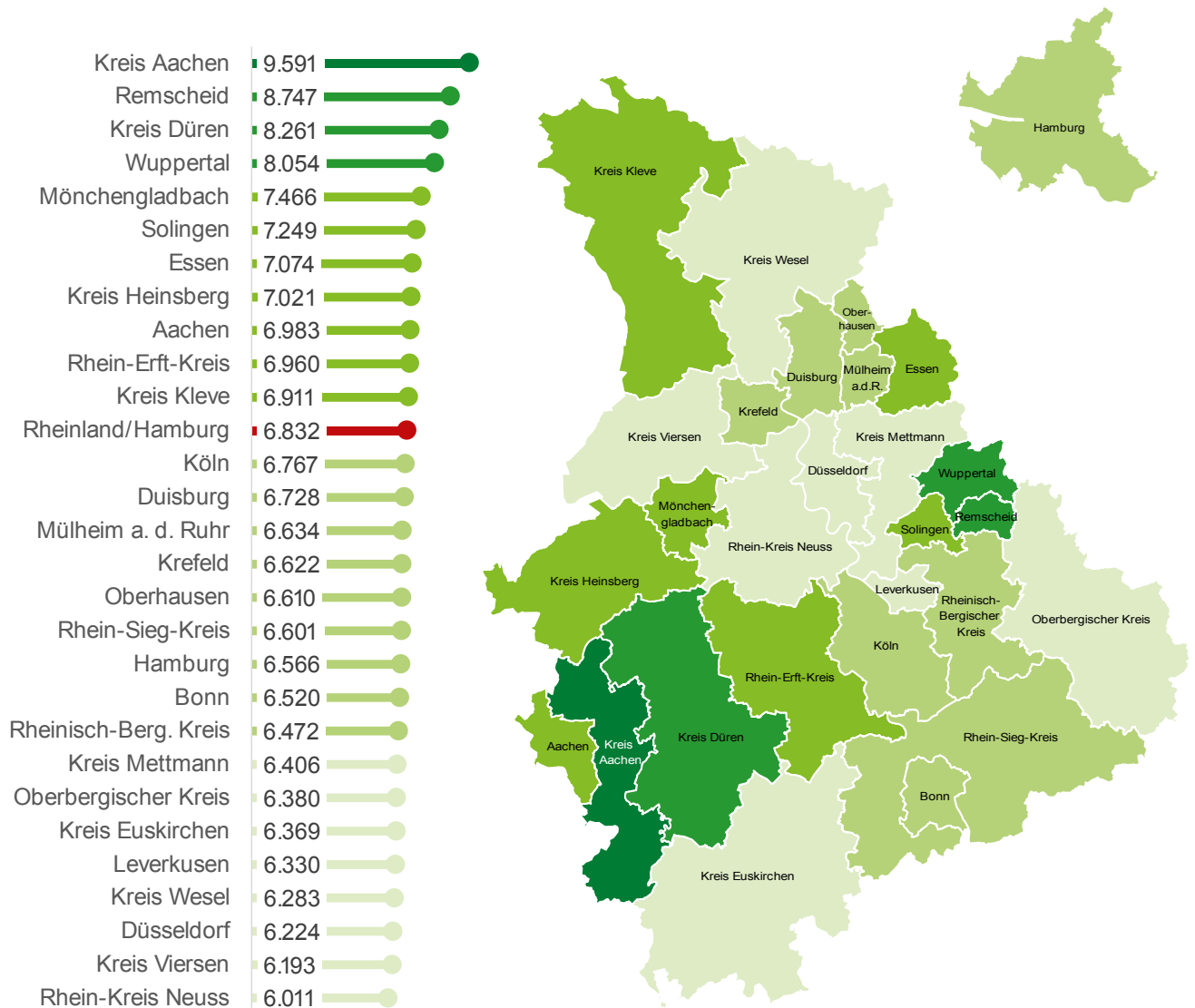
Standardisierung
Alter und Geschlecht auf Bundesbevölkerung

Datenquelle
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung
Wohnort der Versicherten

Psychopharmaka – Antidepressiva

Versicherte mit mindestens einer Verordnung je 100.000 Versicherte



Wie wirken Antidepressiva?

Antidepressiva gehören zu der Gruppe der Psychopharmaka. Sie greifen in die Stoffwechselabläufe im Gehirn ein 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 von Panikattacken oder in der Schmerztherapie.

Der Nutzen von Antidepressiva wird in Wissenschaft und Praxis kontrovers diskutiert, da diese Wirkstoffe in Studien nur geringfügige bis mäßiggradige Vorteile gegenüber Placebos 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.

Zeitraum
2019

Aufgreifkriterien
ATC-Codes: N06AA,
N06AB, N06AF, N06AG

Standardisierung
Alter und Geschlecht auf
Bundesbevölkerung

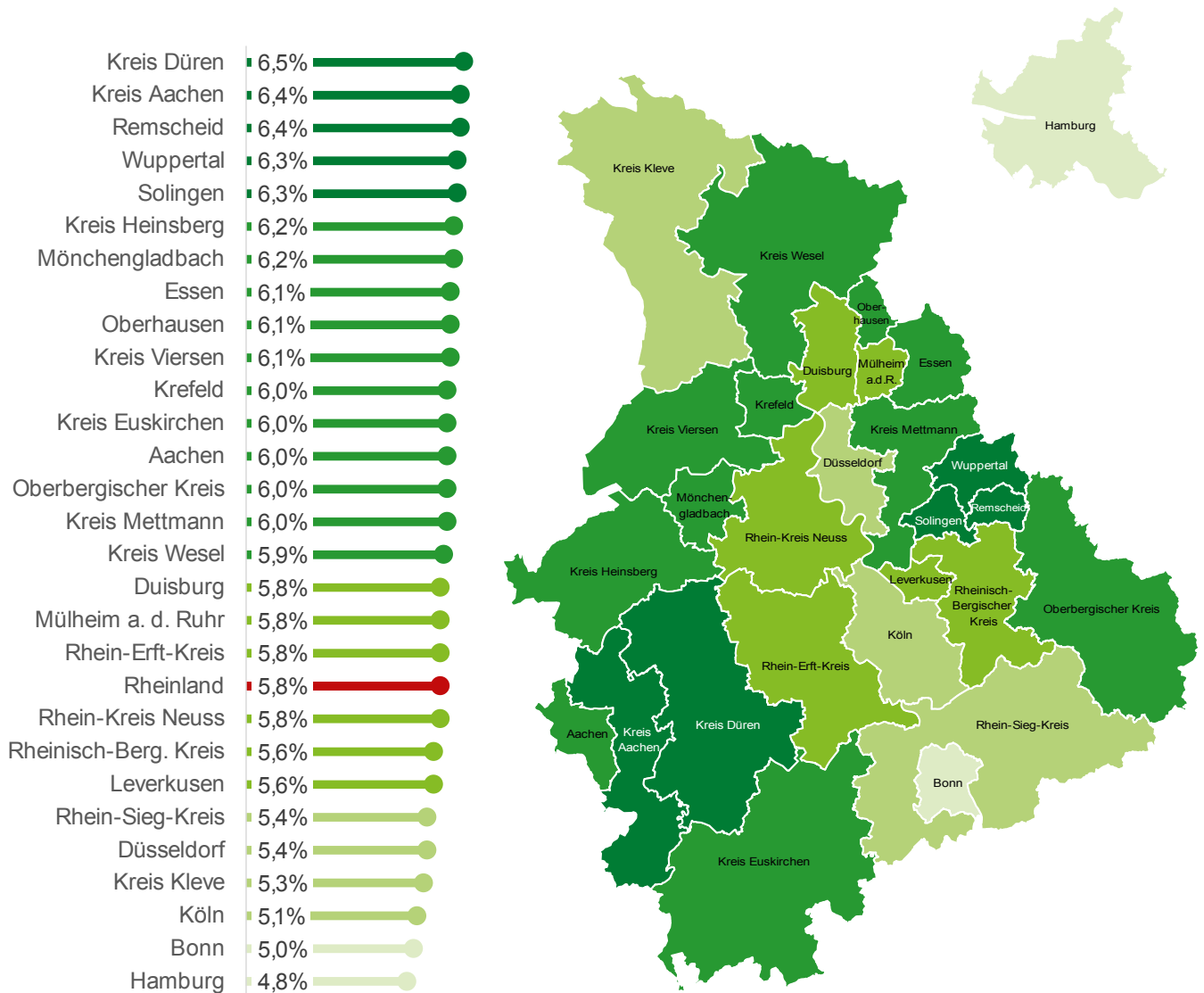
Datenquelle
AOK Rheinland/Hamburg

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 für ihre 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. Über den Standort der Arbeitsstätte erfolgt die regionale Zuordnung.

Der Krankenstand drückt den durchschnittlichen Anteil der Tage eines Jahres aus, für die eine ärztliche AU-Bescheinigung vorlag.

Zeitraum
2019

Aufgreifkriterien
AU-Bescheinigung

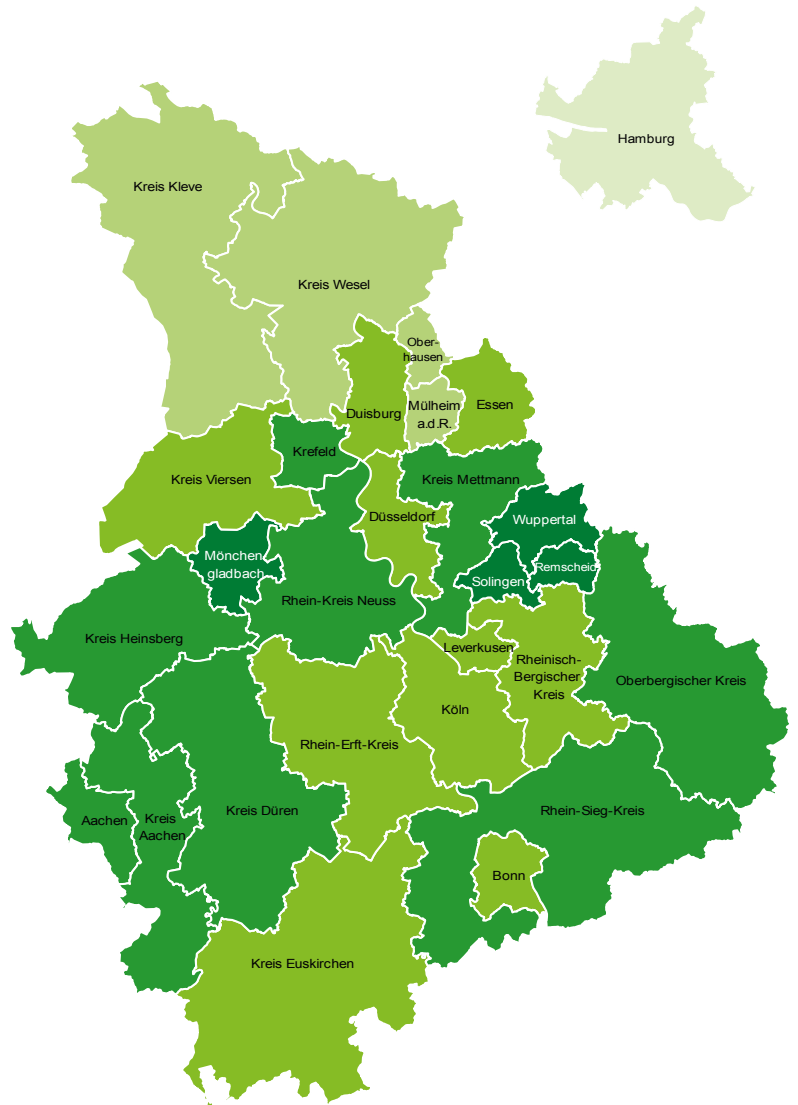
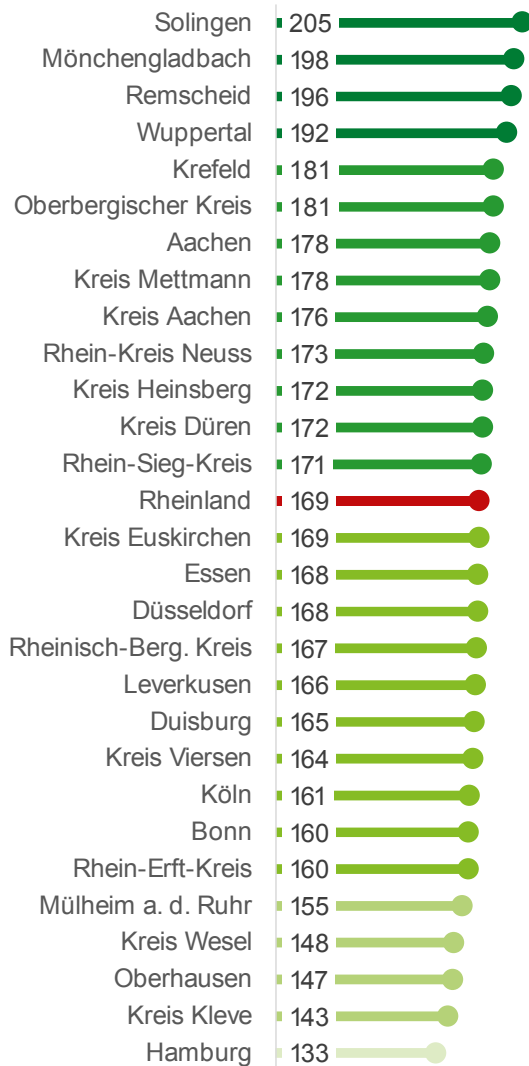
Standardisierung
keine

Datenquelle
Institut für Betriebliche Gesundheitsförderung

Regionale Zuordnung
Sitz des Arbeitgebers

Arbeitsunfähigkeitsfälle – gesamt

Fälle je 100 Versichertenjahre mit Anspruch auf Krankengeld



Wie werden Arbeitsunfähigkeitstage erfasst?

Erwerbstätige, die ihre Tätigkeit aufgrund einer Krankheit oder eines Unfalls nicht mehr oder nur unter Gefahr für ihre 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. Über den Standort der Arbeitsstätte erfolgt die regionale Zuordnung.

Jede AU-Meldung, mit Ausnahme von Verlängerungen von vorangegangenen, wird als ein Fall gezählt. Im Jahr kann eine versicherte Person mehrere AU-Fälle haben.

Zeitraum
2019

Aufgreifkriterien
AU-Bescheinigung

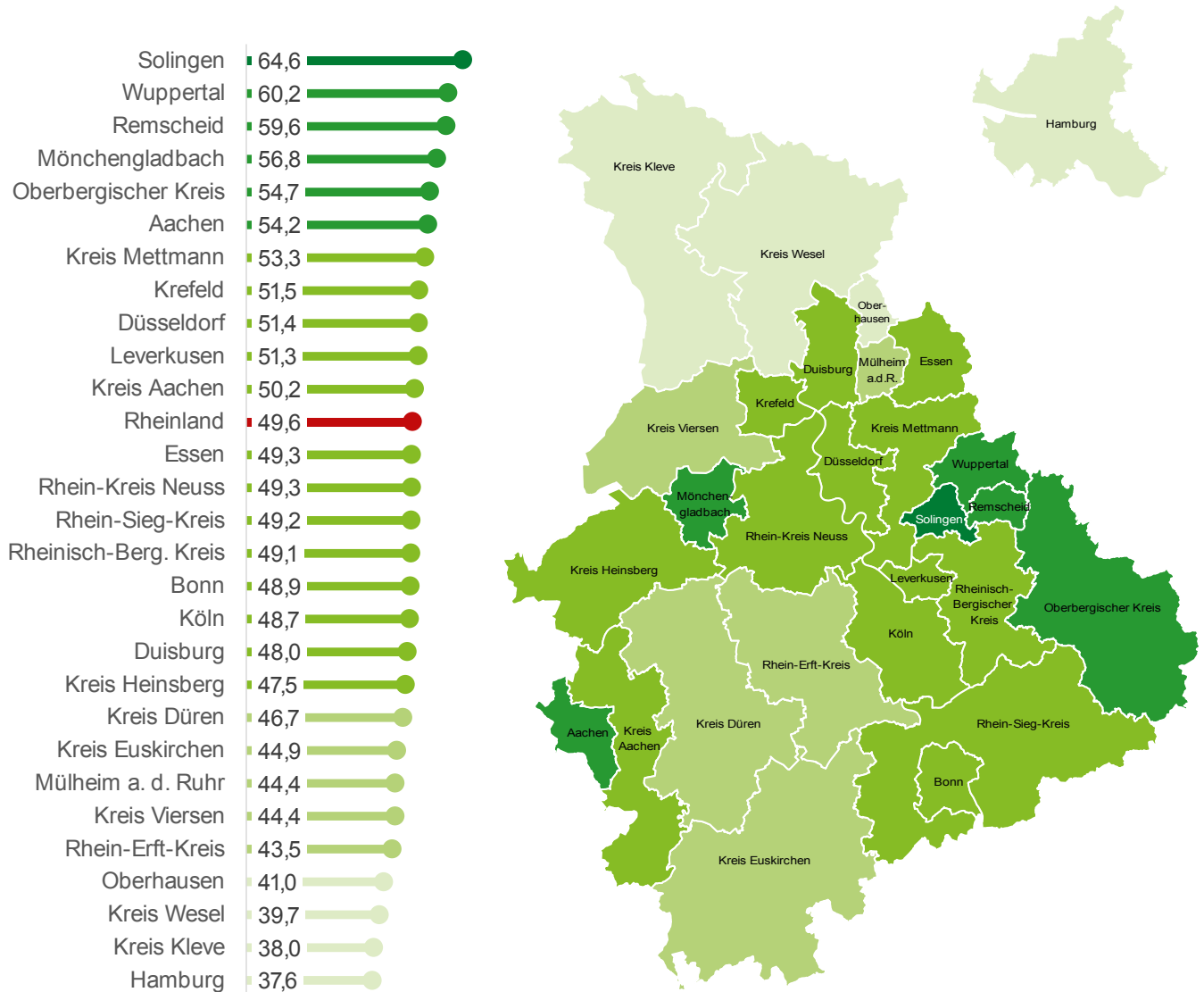
Standardisierung
keine

Datenquelle
Institut für Betriebliche Gesundheitsförderung

Regionale Zuordnung
Sitz des Arbeitgebers

Arbeitsunfähigkeitsfälle aufgrund von Atemwegserkrankungen

Fälle je 100 Versichertenjahre mit Anspruch auf Krankengeld



Welche Atemwegserkrankungen führen häufig zu AU-Tagen?

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 knapp der Hälfte 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 knapp 20 Prozent liegt eine Bronchitis vor und in jeweils sechs Prozent ein Erkältungsschnupfen, eine Nasennebenhöhlenentzündung bzw. eine Rachenentzündung.

Zeitraum
2019

Aufgreifkriterien
AU-Bescheinigung

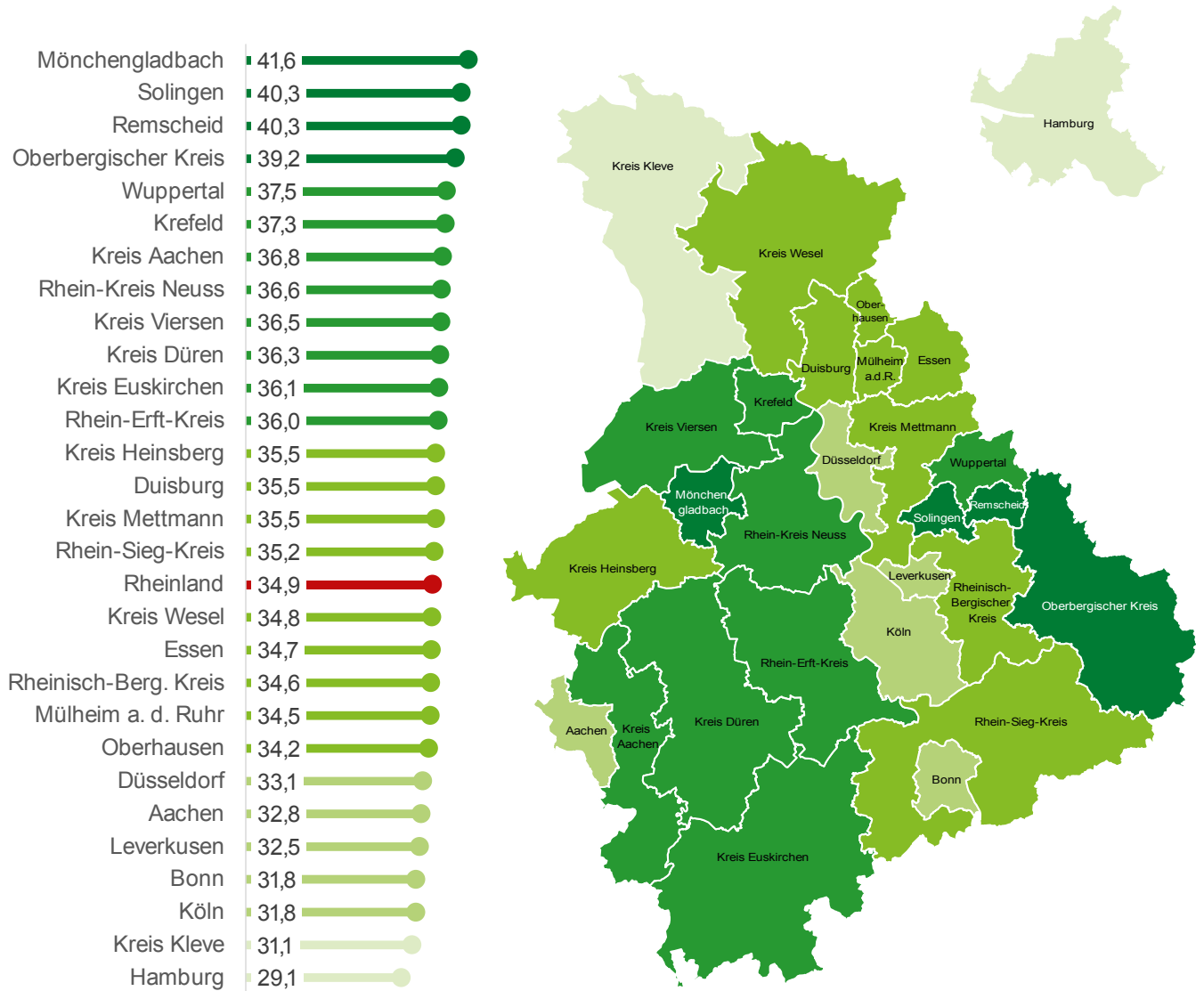
Standardisierung
keine

Datenquelle
Institut für Betriebliche Gesundheitsförderung

Regionale Zuordnung
Sitz des Arbeitgebers

Arbeitsunfähigkeitsfälle aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen

Fälle je 100 Versichertenjahre mit Anspruch auf Krankengeld



In welchen Branchen gibt es die meisten AU-Fälle aufgrund von 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 Krankschreibung aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen liegen unspezifische Rückenschmerzen (M54) zugrunde. Unspezifische Rückenschmerzen sind die Einzeldiagnosen mit der höchsten Anzahl an Fehltagen. In 8,5 Prozent der Fälle bestehen Gelenkschmerzen und in jeweils knapp sieben Prozent der Fälle „Sons-tige Krankheiten des Weichteilgewebes“ bzw. Beschwerden an der Bandscheibe.

Zeitraum
2019

Aufgreifkriterien
AU-Bescheinigung

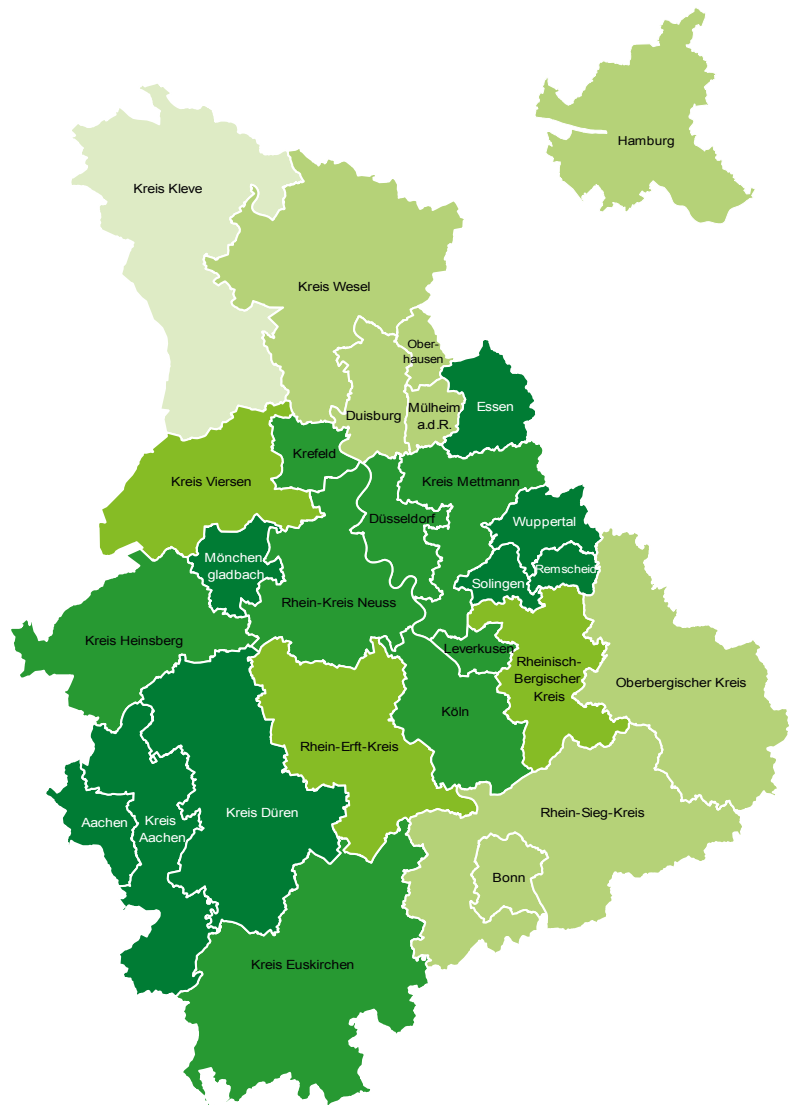
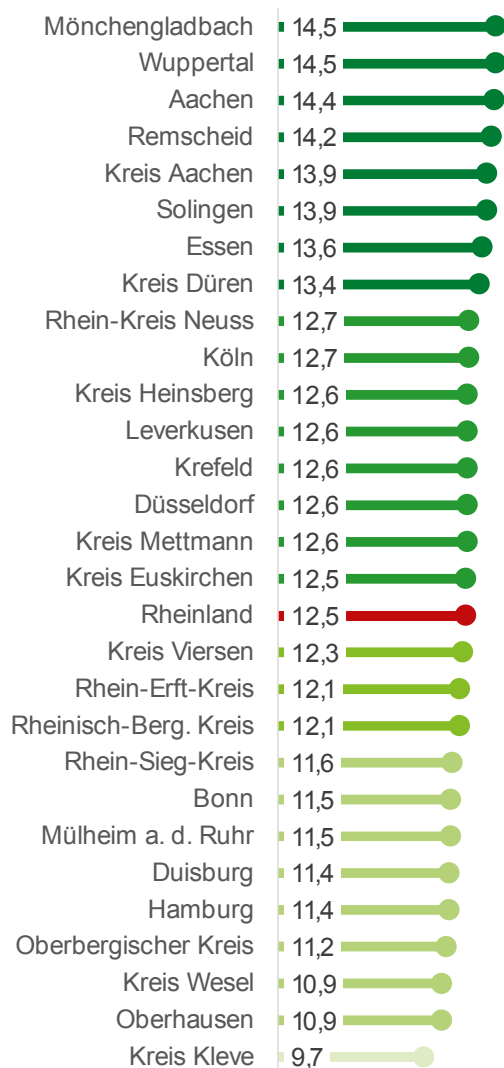
Standardisierung
keine

Datenquelle
Institut für Betriebliche Gesundheitsförderung

Regionale Zuordnung
Sitz des Arbeitgebers

Arbeitsunfähigkeitsfälle aufgrund von psychischen Erkrankungen

Fälle je 100 Versichertenjahre mit Anspruch auf Krankengeld



Was sind die Besonderheiten der AU-Tage 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 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. Knapp 30 Prozent der Krankenschreibungen entfallen auf depressive Episoden und etwa 15 Prozent auf somatoforme Störungen, also körperliche Beschwerden psychischen Ursprungs.

Zeitraum
2019

Aufgreifkriterien
AU-Bescheinigung

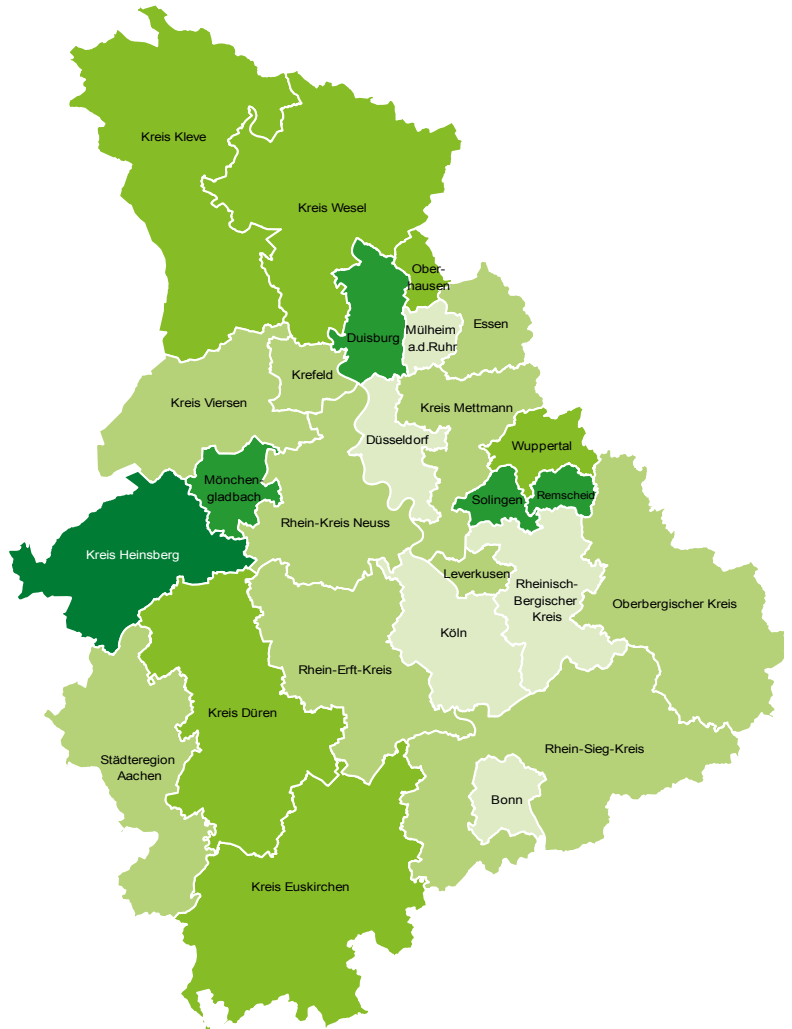
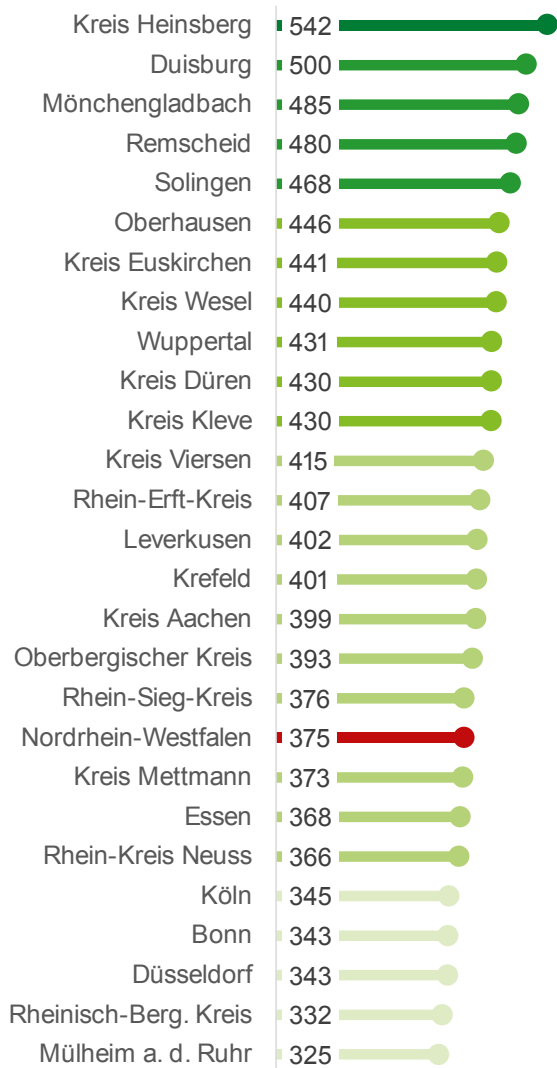
Standardisierung
keine

Datenquelle
Institut für Betriebliche Gesundheitsförderung

Regionale Zuordnung
Sitz des Arbeitgebers

Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit

Rentenzugänge je 100.000 aktiv Versicherte der Rentenversicherung



Was ist die Rente wegen verminderter 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
2018

Aufgreifkriterien
Teil- und Vollrente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit

Standardisierung
keine

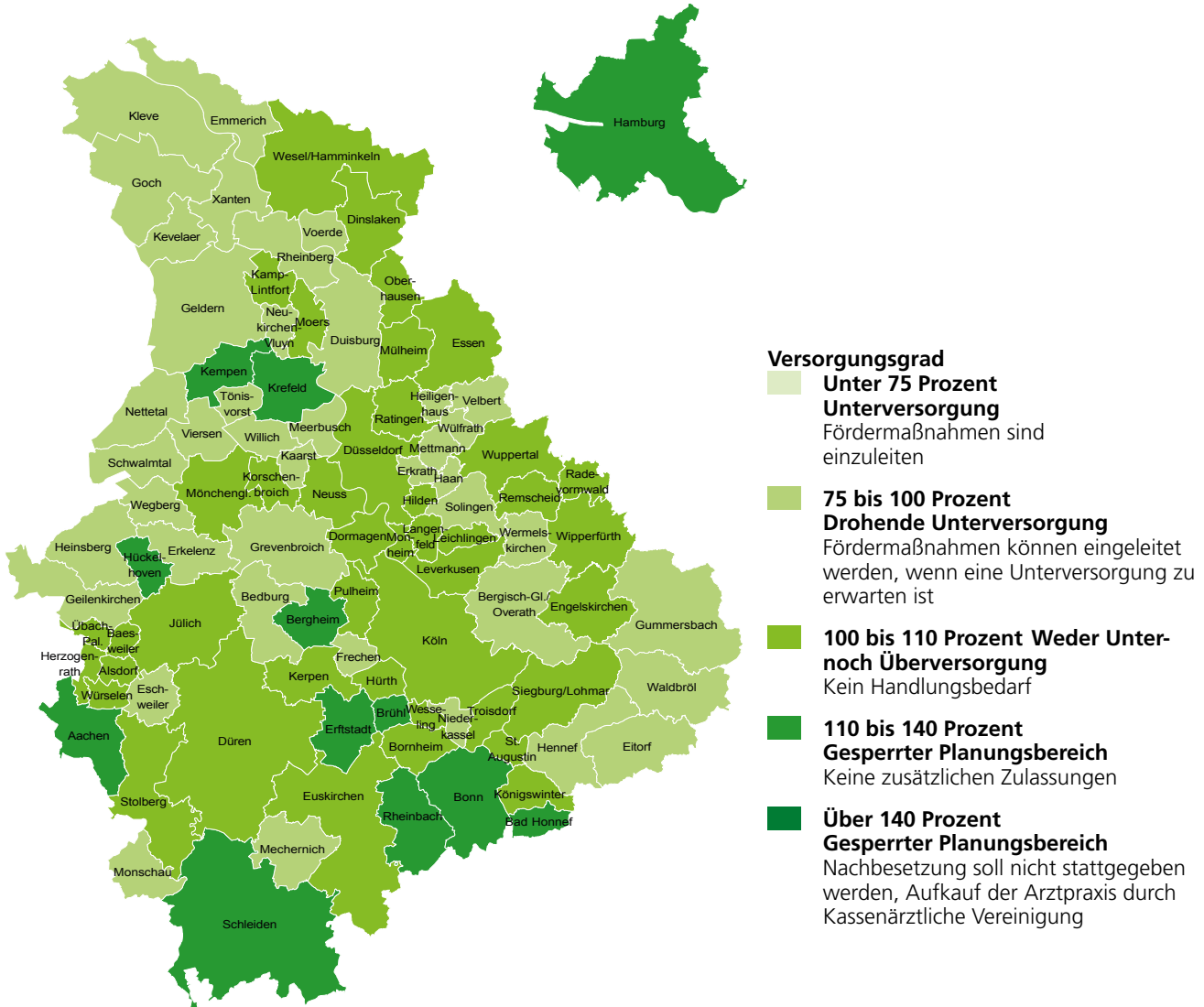
Datenquelle
LZG.NRW auf Basis der Deutschen Rentenversicherung

Regionale Zuordnung
Wohnort der Personen

Versorgungsangebot

Hausärztliche Versorgung

Versorgungsgrad in Prozent, 2020



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 an Ärztinnen und Ärzten, die ein angemessenes Niveau beschreibt. Bei den Hausärztinnen und -ärzten liegt dieser Sollzahl ein Verhältnis von einer Hausärztin bzw. einem Hausarzt je 1.671 Einwohnerinnen und Einwohnern zugrunde. Die Planung erfolgt kleinräumig auf Ebene der sogenannten Mittelbereiche.

Zeitraum
Rheinland 28.05.2020,
Hamburg 06.08.2020

Aufgreifkriterien
keine

Standardisierung
keine

Datenquelle
Bedarfsplanung der KV
Nordrhein und der KV
Hamburg

Regionale Zuordnung
Sitz der Arztpraxis

Mittelbereich	Kreis	in %
Bad Honnef	Rhein-Sieg-Kreis	137,7
Hückelhoven	Kreis Heinsberg	117,7
Aachen	Städteregion Aachen	116,8
Hamburg	Hamburg	113,6
Erfstadt	Rhein-Erft-Kreis	113,3
Bonn	Bonn	113,2
Krefeld	Krefeld	111,6
Schleiden	Kreis Euskirchen	110,7
Kempfen	Kreis Viersen	110,6
Rheinbach	Rhein-Sieg-Kreis	110,6
Brühl	Rhein-Erft-Kreis	110,5
Bergheim	Rhein-Erft-Kreis	110,1
Düsseldorf	Düsseldorf	109,8
Übach-Palenberg	Kreis Heinsberg	109,1
Köln	Köln	108,8
Königswinter	Rhein-Sieg-Kreis	108,2
Engelskirchen	Oberbergischer Kreis	108,1
Troisdorf	Rhein-Sieg-Kreis	107,8
Leverkusen	Leverkusen	107,5
Pulheim	Rhein-Erft-Kreis	107,5
Ratingen	Kreis Mettmann	107,3
Neuss	Rhein-Kreis-Neuss	107,3
Dinslaken	Kreis Wesel	106,9
Alsdorf	Städteregion Aachen	106,9
Radevormwald	Oberbergischer Kreis	106,8
Bornheim	Rhein-Sieg-Kreis	106,2
Monheim	Kreis Mettmann	106,2
Stolberg	Städteregion Aachen	105,7
Mönchengladbach	Mönchengladbach	105,6
Baesweiler	Städteregion Aachen	105,4
Siegburg/Lohmar	Rhein-Sieg-Kreis	105,4
Hilden	Kreis Mettmann	105,1
Remscheid	Remscheid	105,0
Herzogenrath	Städteregion Aachen	104,5
Jülich	Kreis Düren	104,5
Wipperfürth	Oberbergischer Kreis	104,2
Kamp-Lintfort	Kreis Wesel	103,7
Düren	Kreis Düren	103,2
Würselen	Städteregion Aachen	103,1
Hürth	Rhein-Erft-Kreis	103,0
Wuppertal	Wuppertal	102,5
Langenfeld	Kreis Mettmann	102,4
Dormagen	Rhein-Kreis-Neuss	102,4
Essen	Essen	102,3
Wesel/Hamminkeln	Kreis Wesel	102,0
Oberhausen	Oberhausen	102,0
Euskirchen	Kreis Euskirchen	102,0
Mülheim an der Ruhr	Mülheim an der Ruhr	101,5

Mittelbereich	Kreis	in %
Leichlingen	Rheinisch-Bergischer-Kreis	101,4
Korschenbroich	Rhein-Kreis-Neuss	101,0
Moers	Kreis Wesel	101,0
St. Augustin	Rhein-Sieg-Kreis	100,9
Wesseling	Rhein-Erft-Kreis	100,8
Kerpen	Rhein-Erft-Kreis	100,0
Wegberg	Kreis Heinsberg	99,9
Duisburg	Duisburg	99,8
Eschweiler	Städteregion Aachen	99,1
Eitorf	Rhein-Sieg-Kreis	99,1
Mechernich	Kreis Euskirchen	98,9
Mettmann	Kreis Mettmann	98,8
Bergisch-Gladbach/ Overath	Rheinisch-Bergischer-Kreis	98,4
Haan	Kreis Mettmann	98,2
Nettetal	Kreis Viersen	98,2
Emmerich	Kreis Kleve	98,1
Erkrath	Kreis Mettmann	97,6
Hennef	Rhein-Sieg-Kreis	97,4
Rheinberg	Kreis Wesel	97,2
Erkelenz	Kreis Heinsberg	97,1
Tönisvorst	Kreis Viersen	96,7
Neukirchen-Vluyn	Kreis Wesel	96,1
Grevenbroich	Rhein-Kreis-Neuss	95,7
Solingen	Solingen	95,3
Monschau	Städteregion Aachen	95,3
Kevelaer	Kreis Kleve	94,7
Meerbusch	Rhein-Kreis-Neuss	94,5
Gummersbach	Oberbergischer Kreis	94,5
Heiligenhaus	Kreis Mettmann	93,9
Geldern	Kreis Kleve	93,4
Geilenkirchen	Kreis Heinsberg	93,3
Voerde	Kreis Wesel	92,9
Schwalmtal	Kreis Viersen	92,9
Niederkassel	Rhein-Sieg-Kreis	91,8
Heinsberg	Kreis Heinsberg	91,6
Velbert	Kreis Mettmann	91,6
Willich	Kreis Viersen	90,6
Viersen	Kreis Viersen	90,3
Frechen	Rhein-Erft-Kreis	90,1
Xanten	Kreis Wesel	89,3
Waldröhl	Oberbergischer Kreis	88,9
Goch	Kreis Kleve	88,5
Bedburg	Rhein-Erft-Kreis	87,4
Wülfrath	Kreis Mettmann	87,4
Kleve	Kreis Kleve	80,7
Kaarst	Rhein-Kreis-Neuss	76,9
Wermelskirchen	Rheinisch-Bergischer-Kreis	76,2

Allgemeine fachärztliche Versorgung

Versorgungsgrad in Prozent, 2020

Planungsbereich	Augenheil- kunde	Chirurgie und Orthopädie	Gynäkologie	Dermatologie	HNO	Neurologie	Psycho- therapie	Urologie	Kinderheil- kunde
Aachen	113	152	159	154	114	124	163	119	151
Kreis Aachen	109	139	117	96	110	118	99	110	119
Bonn	141	153	132	147	156	151	247	146	114
Duisburg	110	123	124	128	130	88	106	134	104
Düsseldorf	127	146	122	117	125	126	140	122	97
Kreis Düren	124	142	128	120	138	128	97	125	91
Essen	125	162	146	168	145	122	114	131	123
Kreis Euskirchen	104	108	124	115	116	83	96	170	98
Hamburg	117	130	105	116	116	130	160	120	101
Kreis Heinsberg	109	137	133	110	111	88	119	137	112
Kreis Kleve	105	115	108	115	113	92	116	107	92
Köln	111	133	101	118	111	115	191	125	101
Krefeld	106	145	131	139	114	117	143	127	119
Leverkusen	118	145	119	125	116	134	179	124	96
Kreis Mettmann	104	150	132	147	145	89	97	122	134
Mönchengladbach	106	134	125	122	126	122	141	111	102
Mülheim an der Ruhr	106	155	141	161	130	87	119	116	105
Oberbergischer Kreis	103	138	149	89	130	105	124	117	94
Oberhausen	118	133	114	116	141	95	102	114	112
Remscheid	167	200	198	219	166	156	256	185	152
Rheinisch-Bergischer Kreis	99	142	133	109	105	99	153	113	111
Rhein-Erft-Kreis	106	126	119	127	111	86	117	152	114
Rhein-Kreis Neuss	104	150	114	111	122	88	95	104	115
Rhein-Sieg-Kreis	114	141	132	134	136	102	119	119	112
Solingen	155	199	171	195	181	198	237	129	150
Kreis Viersen	103	117	116	109	110	84	84	108	119
Kreis Wesel	110	141	127	111	116	83	*	112	108
Wuppertal	109	151	119	123	127	132	141	125	97
Nordrhein	106	134	125	122	126	122	141	111	102

Wie wird der Versorgungsgrad der allgemeinen fachärztlichen Versorgung berechnet?

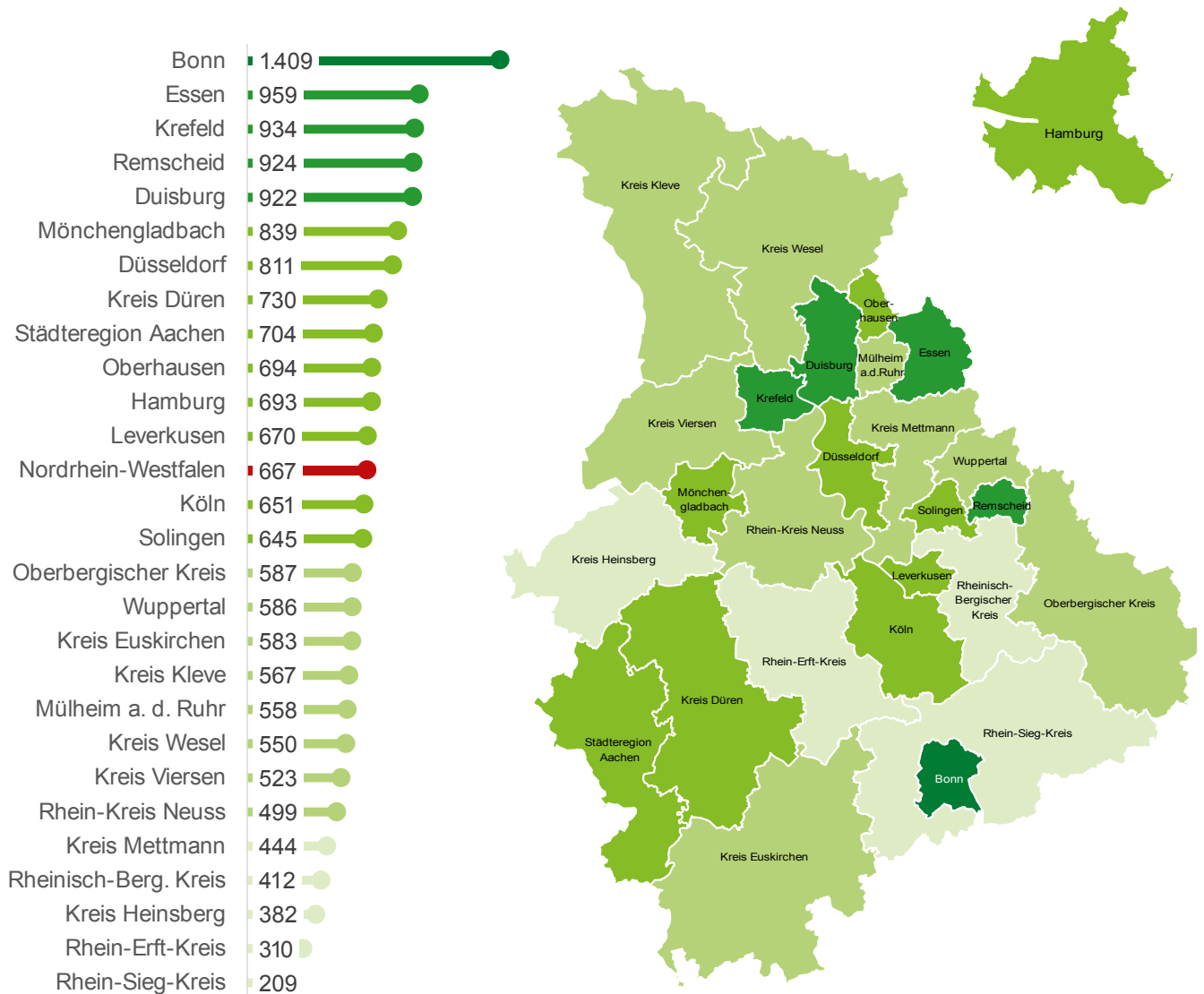
Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte unterliegen in Deutschland einer Bedarfsplanung. Sie dient der Sicherstellung einer flächendeckenden, wohnortnahen ambulanten Versorgung der Bevölkerung.

Zur Bewertung der Versorgung in einer Region dient der Versorgungsgrad. Der Versorgungsgrad ist das Verhältnis der Anzahl der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte zu einer rechnerischen Sollzahl an Ärztinnen und 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.

- 1) Bei den Psychotherapeuten besteht für den Kreis Wesel eine kleinräumigere Planung auf der Ebene von vier Regionen. Region Dinslaken (121,8), Region Moers (110,4), Region Rheinberg (110,0) und Region Wesel (105,0).

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 weiterhin als zentrales Steuerungsinstrument der Versorgungsaufträge der Krankenhäuser. Die Anzahl der Betten begrenzt die stationäre Aufnahme von Patientinnen und Patienten und insofern indirekt auch die Anzahl der Krankheitsfälle.

Zeitraum
2019

Aufgreifkriterien
gemeldete Krankenhausbetten

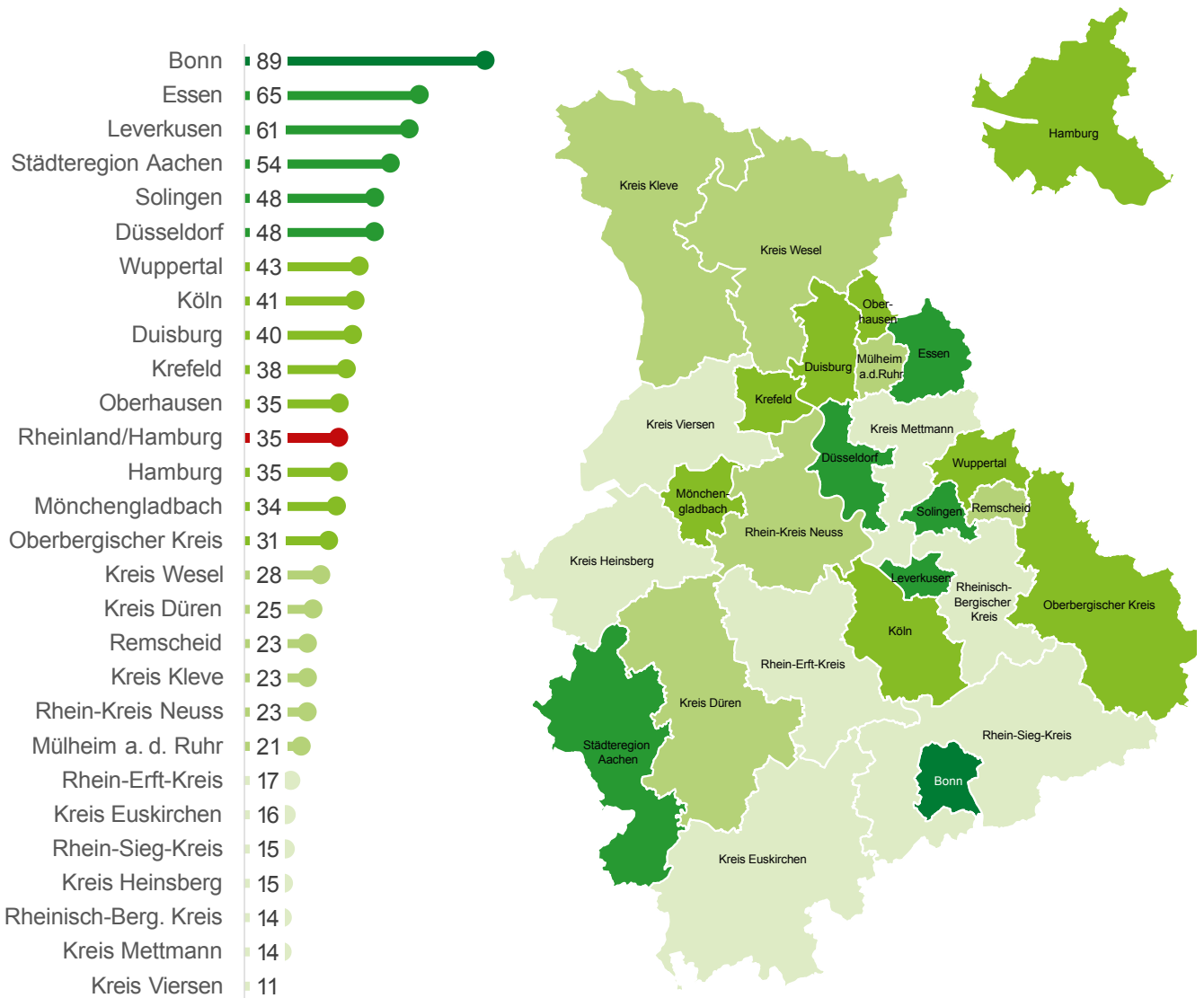
Standardisierung
keine

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 intensivpflegerische 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

Stand: 10.05.2021

Aufgreifkriterien

gemeldete Intensivbetten

Standardisierung

keine

Datenquelle

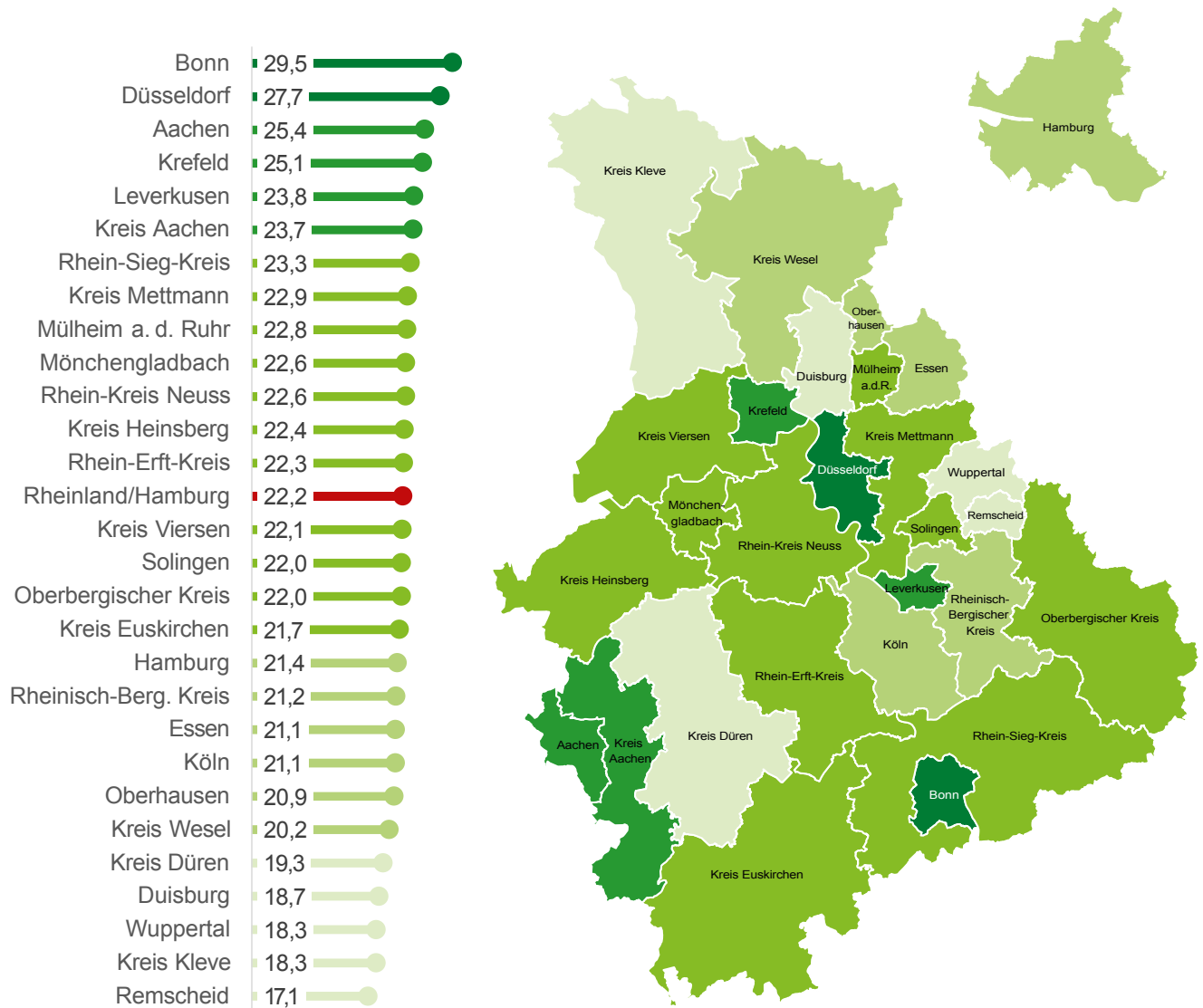
DIVI-Intensivregister, Statistisches Bundesamt

Regionale Zuordnung

Sitz des Krankenhauses

Apotheken

Öffentliche Apotheken je 100.000 Einwohner



Welche Aufgabe haben Apotheken?

Apotheken sind Teil des deutschen Gesundheitssystems und haben den gesetzlichen Auftrag, die Arzneimittelversorgung der Bevölkerung sicherzustellen. Zu ihren Aufgaben gehören neben der Abgabe bzw. dem Verkauf von Fertigarzneimitteln auch die Beratung über die sachgerechte Anwendung, Aufbewahrung und Wirkungsweise sowie die Risiken von Medikamenten. Zudem fertigen sie vor Ort Arzneimittel in kleinen Mengen. Eine durchgängige Versorgung ist durch Nacht- und Notdienste sicherzustellen.

Zeitraum
2019

Aufgreifkriterien
keine

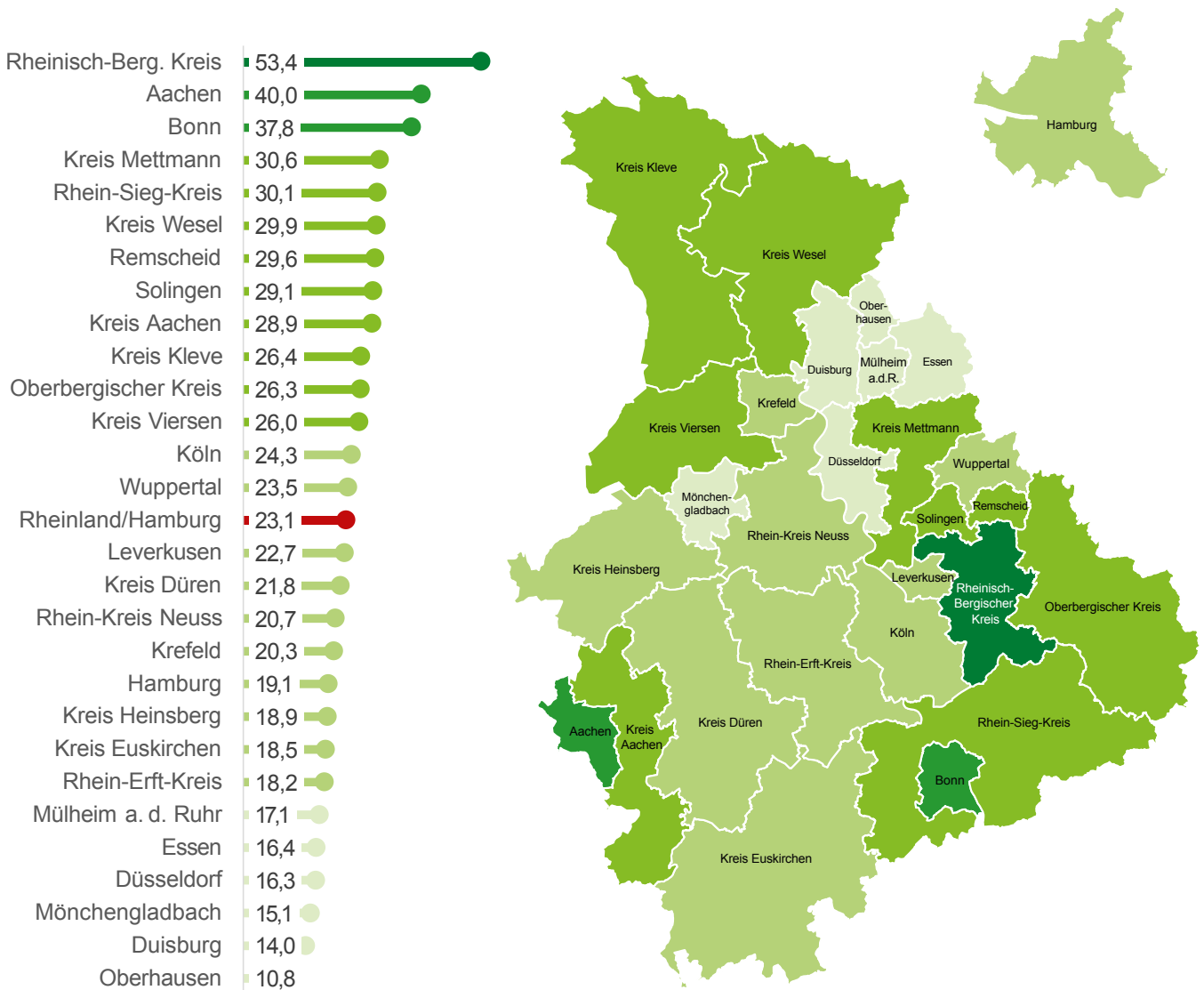
Standardisierung
keine

Datenquelle
Apothekerkammer Nordrhein, ABDA, IT.NRW und Statistisches Bundesamt

Regionale Zuordnung
Sitz der Apotheke

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 mit Freude, aber auch Phasen der Unsicherheit verbunden. In dieser Situation können sie von einer individuellen Betreuung 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 vier Jahren Leistungen mit der AOK Rheinland/Hamburg abgerechnet haben.

Diese Zahlen geben keinen Aufschluss über den Umfang der ambulanten Tätigkeit von Hebammen. Viele Hebammen, die Teilzeit im Krankenhaus arbeiten, übernehmen zusätzlich die Betreuung von einigen Frauen in der Vor- und Nachsorge.

Zeitraum

Hebammen: 2016 bis 2019
Geburten: 2018

Aufgreifkriterien

hebammenspezifische
Positionsnummern

Standardisierung

keine

Datenquelle

AOK Rheinland/Hamburg,
IT.NRW, Statistikamt Nord

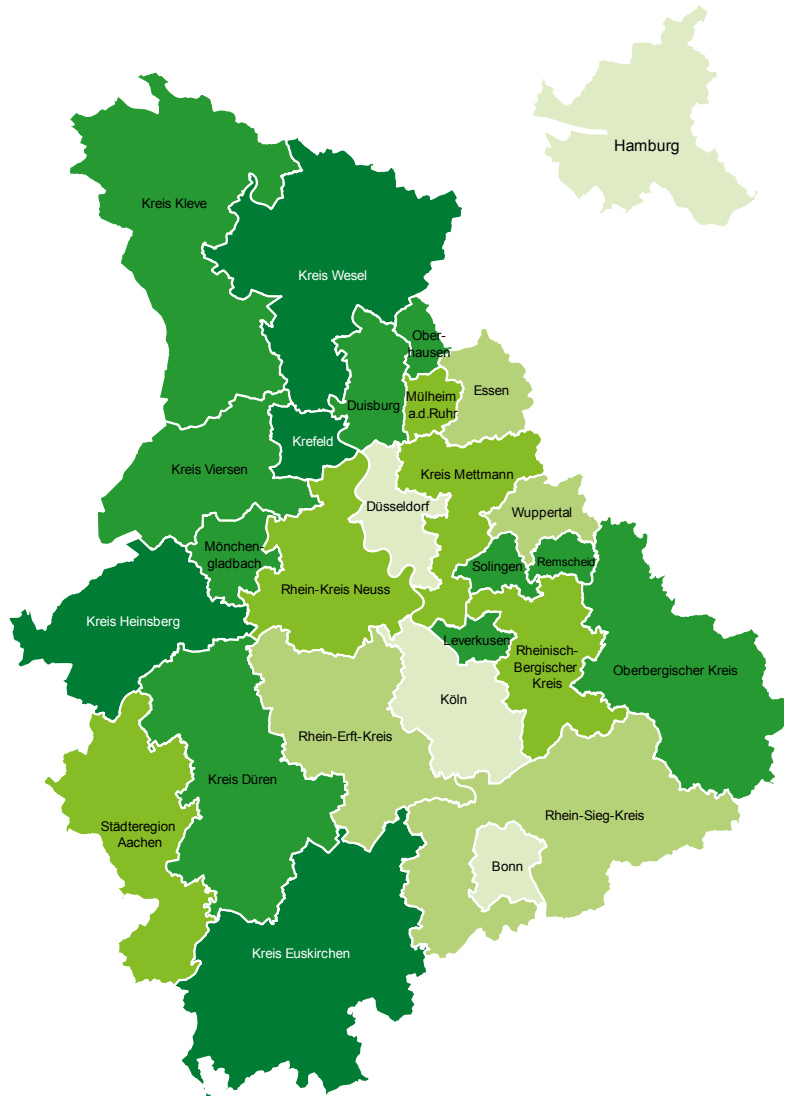
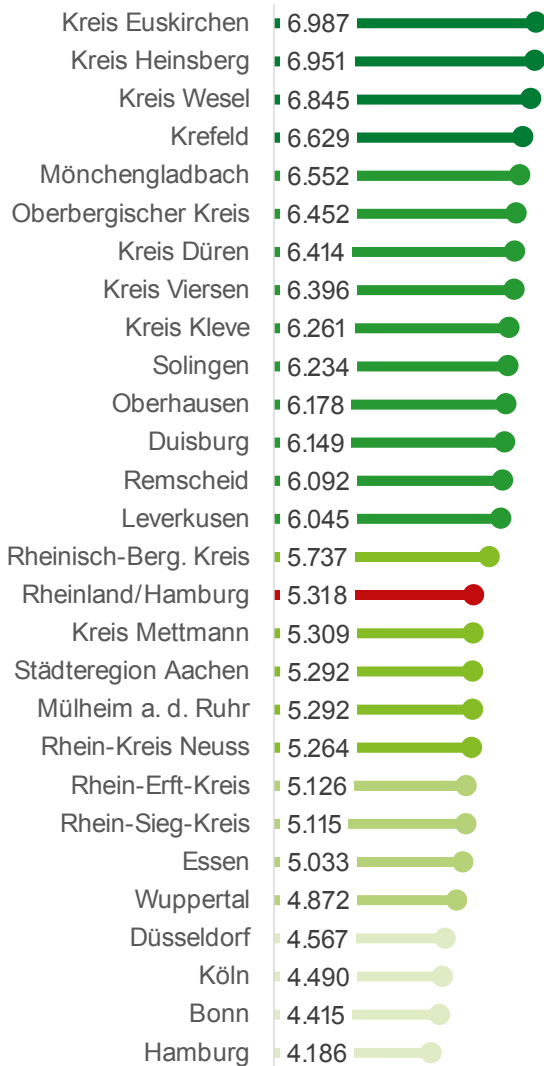
Regionale Zuordnung

Sitz der Hebamme

Pflege

Pflegebedürftige Personen

Anzahl je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner



Was sind häufige Ursachen für eine Pflegebedürftigkeit?

Insbesondere 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 und kann zu pflegeauslösenden Verletzungen wie zum Beispiel einem Oberschenkelhalsbruch führen. Zum anderen nehmen auch chronische Erkrankungen zu (Multimorbidität). Das Risiko einer Demenz ist in ganz erheblichem Ausmaß altersabhängig. Pflegebedürftigkeit ist insofern 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 im Dezember 2019 als pflegebedürftig anerkannt waren, unabhängig von einem Versicherungsverhältnis mit der AOK Rheinland/Hamburg.

Zeitraum

Dezember 2019

Aufgreifkriterien

Bezug von Leistungen der Pflegeversicherung

Standardisierung

keine

Datenquelle

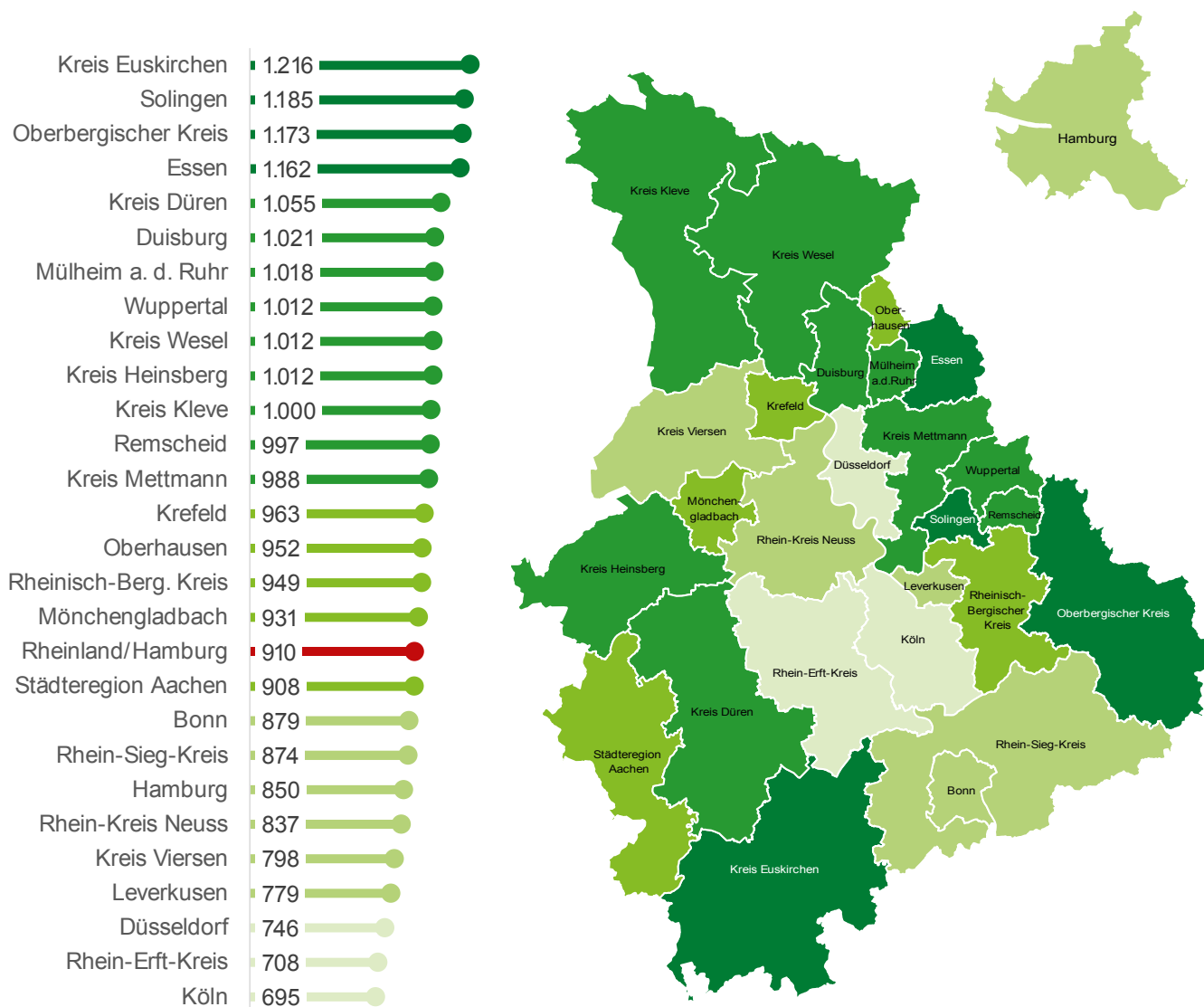
IT.NRW und Statistikamt Nord

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Pflegebedürftige Personen in Einrichtungen der stationären Pflege

Anzahl je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner



Welche Rolle kommt den Pflegeheimen im deutschen Pflegesystem 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. Dieser Grundsatz liegt nicht nur der Konzeption der Pflegeversicherung zugrunde, sondern entspricht auch den Wünschen der Bevölkerung. Dennoch kann auf die stationäre Versorgung nicht völlig verzichtet werden, insbesondere bei hoher Belastung der Angehörigen oder hohen fachlichen und therapeutischen Anforderungen an die Pflege. Die Daten stammen aus der amtlichen Statistik und umfassen alle Personen, die nach dem Sozialgesetzbuch XI im Dezember 2019 als pflegebedürftig anerkannt waren, unabhängig von einem Versicherungsverhältnis mit der AOK Rheinland/Hamburg.

Zeitraum

Dezember 2019

Aufgreifkriterien

Pflege im Pflegeheim

Standardisierung

keine

Datenquelle

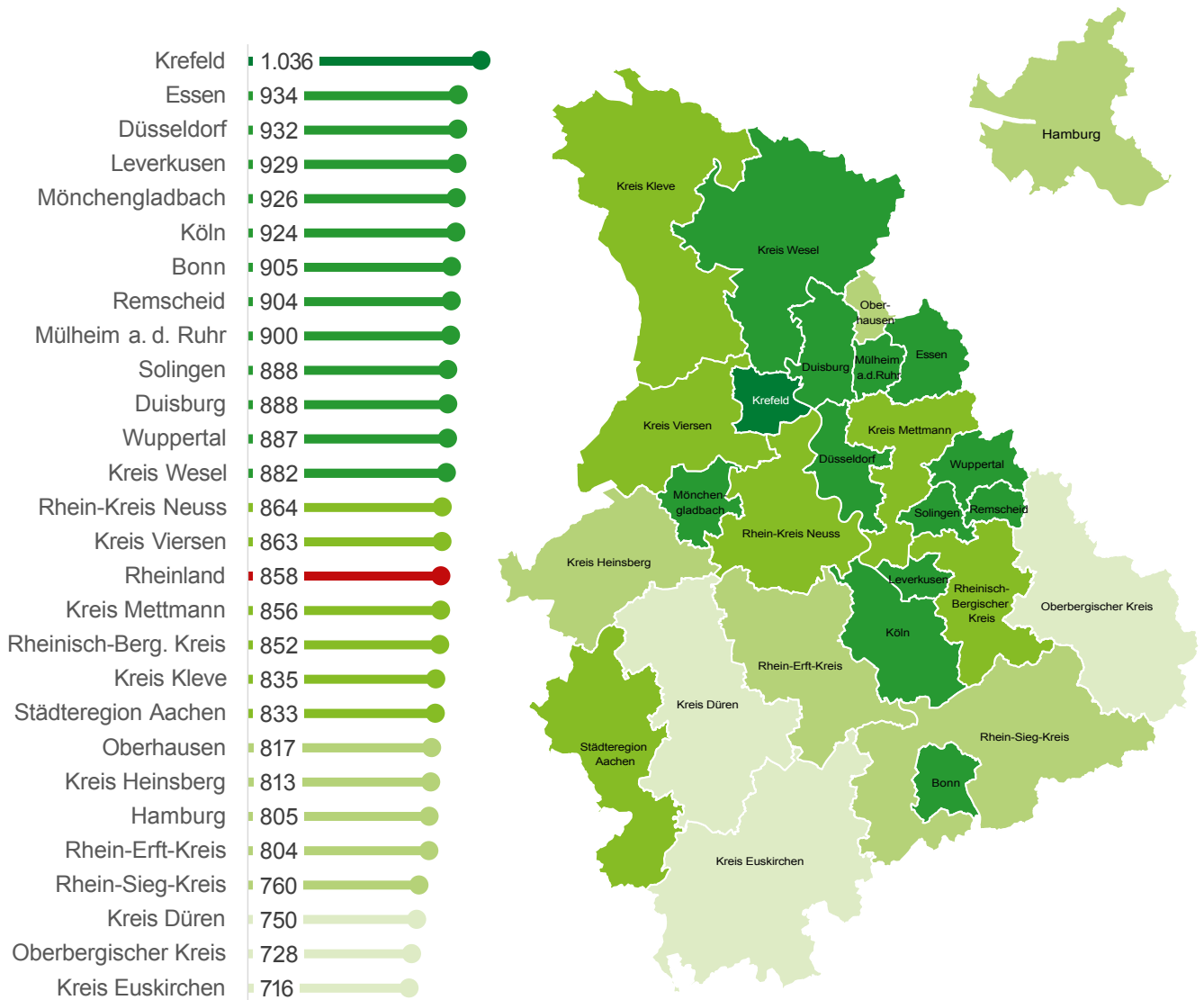
IT.NRW und Statistikamt Nord

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 pflegebezogene Kosten müssen von den pflegebedürftigen Personen getragen werden. Die Pflegeeinrichtungen legen die nicht gedeckten Kosten auf alle Bewohnerinnen und Bewohner um. Der einrichtungseinheitliche Eigenanteil ist für alle pflegebedürftigen Personen eines Pflegeheimes gleich, unabhängig vom Grad der Pflegebedürftigkeit (Ausnahme: Pflegegrad 1). Er wird in Vergütungsverhandlungen mit Pflegekassen und Sozialhilfeträger festgelegt – die berücksichtigungsfähigen Kosten sind rechtlich definiert. Ausgaben für Unterkunft, Verpflegung, die Ausbildungsplatzumlage sowie die Investitionskostenanteile werden separat in Rechnung gestellt. Die Gesamtkosten für einen Pflegeheimplatz liegen im Rheinland durchschnittlich bei 2.122 Euro.

Zeitraum

Rheinland: 01.01.2021
Hamburg: 30.04.2021

Aufgreifkriterien
keine

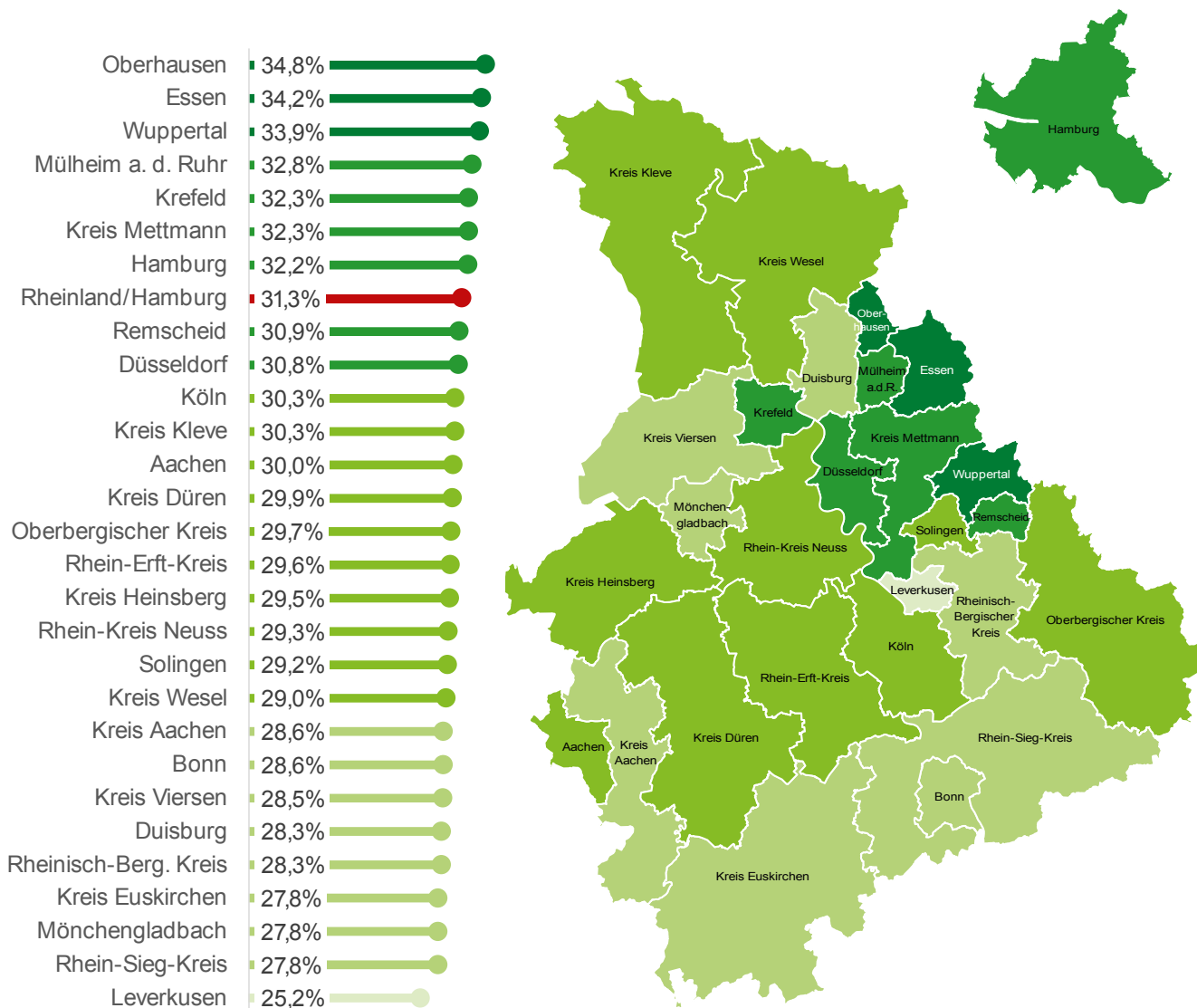
Standardisierung
keine

Datenquelle
LVR Rheinland, Hamburgische Pflegegesellschaft

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 und beschreibt eine Abnahme der kognitiven Fähigkeiten und der Alltagskompetenzen. Die Krankheit verläuft zumeist progressiv, ist bisher nicht therapierbar und führt im Verlauf zu einer weitreichenden Pflegebedürftigkeit. Orientierungsstörungen und Verhaltensänderungen erfordern in vielen Fällen eine ständige Betreuung oder Beaufsichtigung. Häufige Verhaltensweisen sind Weglaufen, das Verkennen gefährdender Situationen oder die Unfähigkeit den eigenen Tagesablauf zu strukturieren. Im schweren Stadium sind Betroffene zumeist vollständig von anderen Personen abhängig. Für pflegende Angehörige ist eine solche Situation mit großen körperlichen und psychischen Belastungen verbunden.

Zeitraum
2019

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

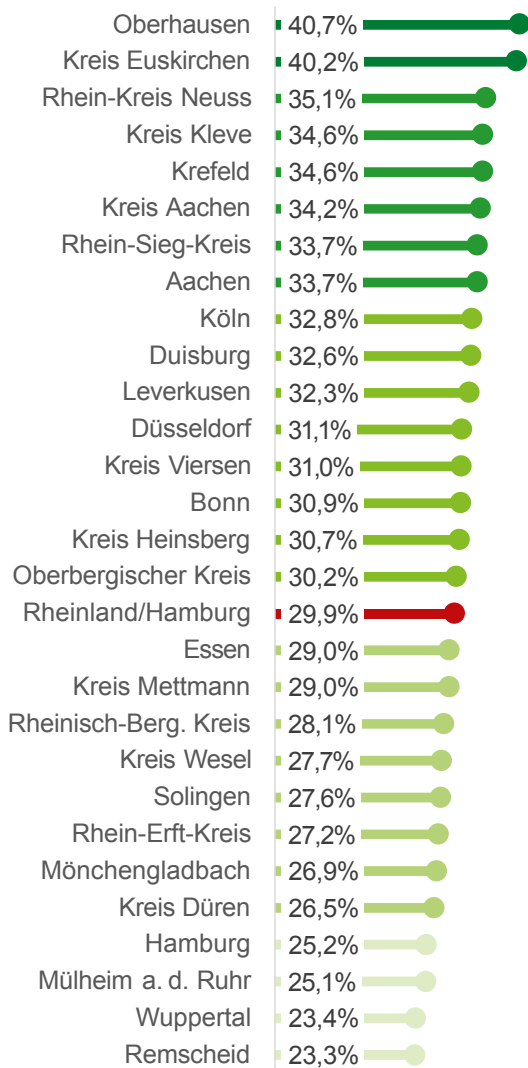
Standardisierung
Alter und Geschlecht auf Bundes-Pflegebevölkerung

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

2017 bis 2019

Aufgreifkriterien

ICD-10-Codes: I60-I64

Standardisierung

Alter und Krankenhausverweildauer auf betrachteten Versichertenkreis

Datenquelle

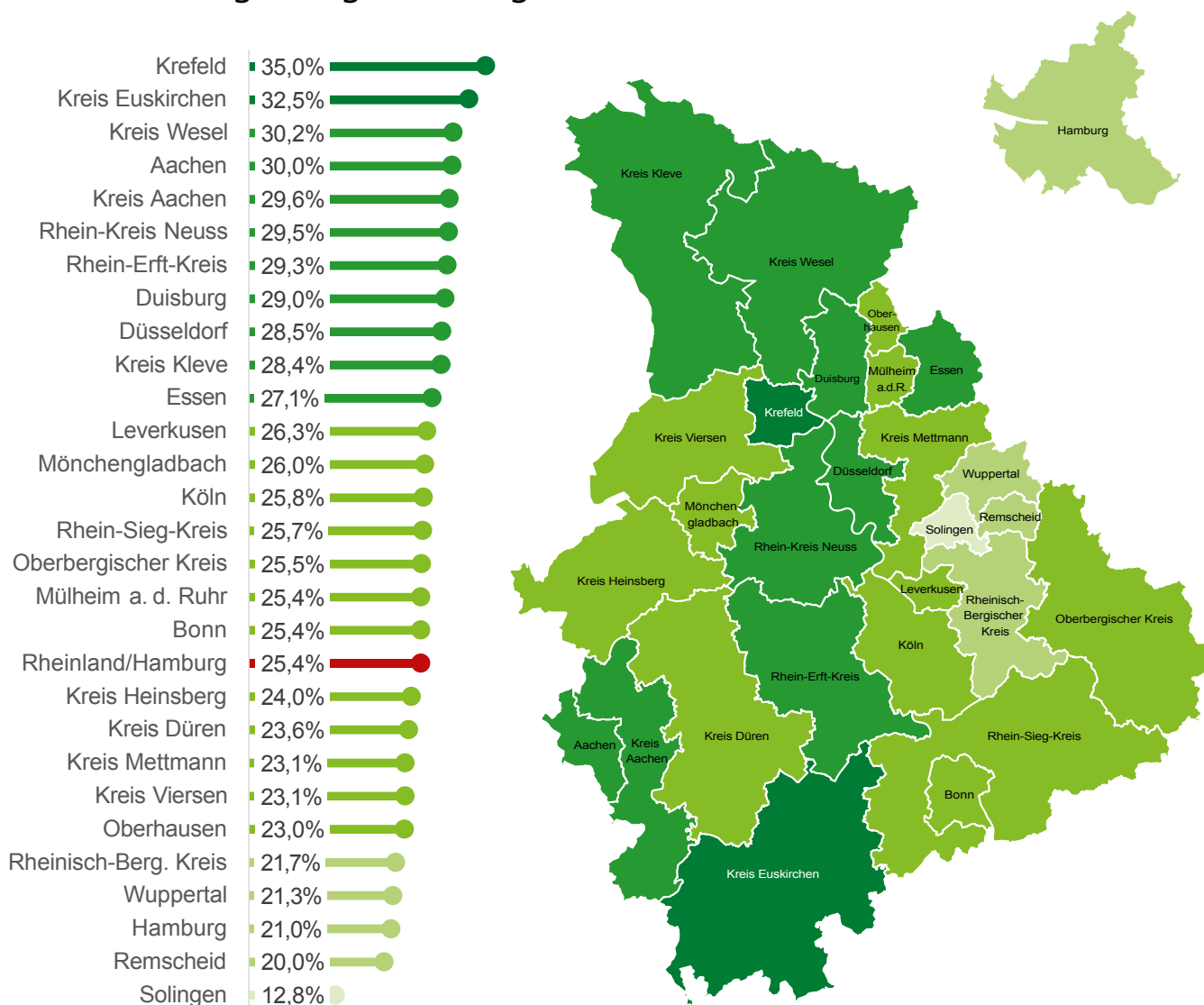
AOK Rheinland/Hamburg

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 Selbstständigkeit. 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

2017 bis 2019

Aufgreifkriterien

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

Standardisierung

Alter und Krankenhausverweildauer auf betrachteten Versichertenkreis

Datenquelle

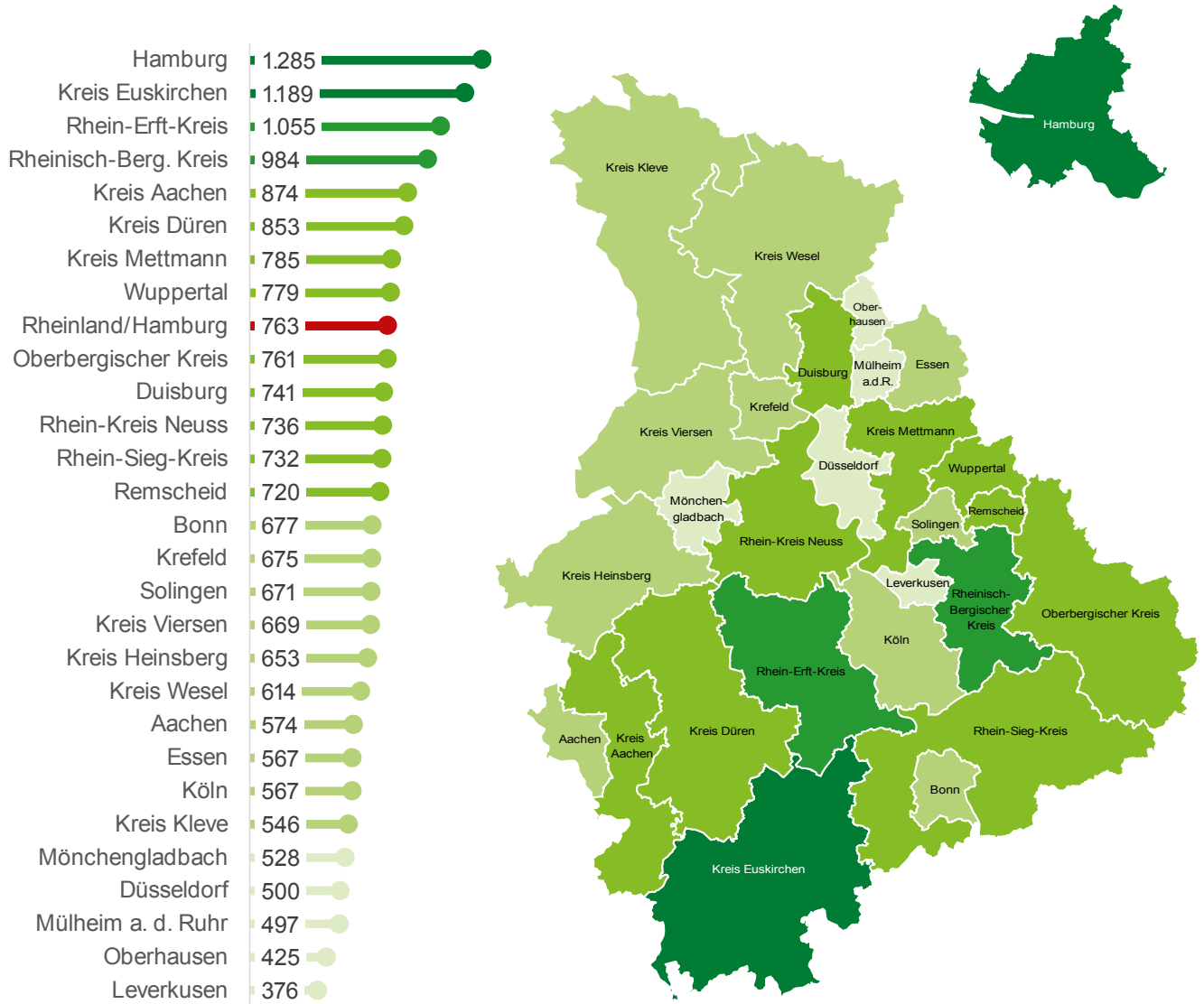
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Notfallfahrten aus Pflegeheimen

Notfallfahrten je 1.000 Bewohnerinnen und Bewohner (Ganzjahresäquivalente)



Warum kommt es in Pflegeheimen häufig zu Rettungsdiensteseinsätzen?

Pflegebedürftige Menschen in Pflegeheimen haben aufgrund ihrer gesundheitlichen Einschränkungen und ihres Alters ein erhöhtes Risiko für einen kritischen Gesundheitszustand. 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 unnötig. Die Heimbewohnerinnen und Heimbewohner profitieren häufig nicht von den Krankenhausaufenthalten.

Zur Bewertung der Ergebnisse gibt es keine Richtgrößen, aber der Kreisvergleich macht regionale Auffälligkeiten deutlich.

Zeitraum
2019

Aufgreifkriterien
Notfallfahrt

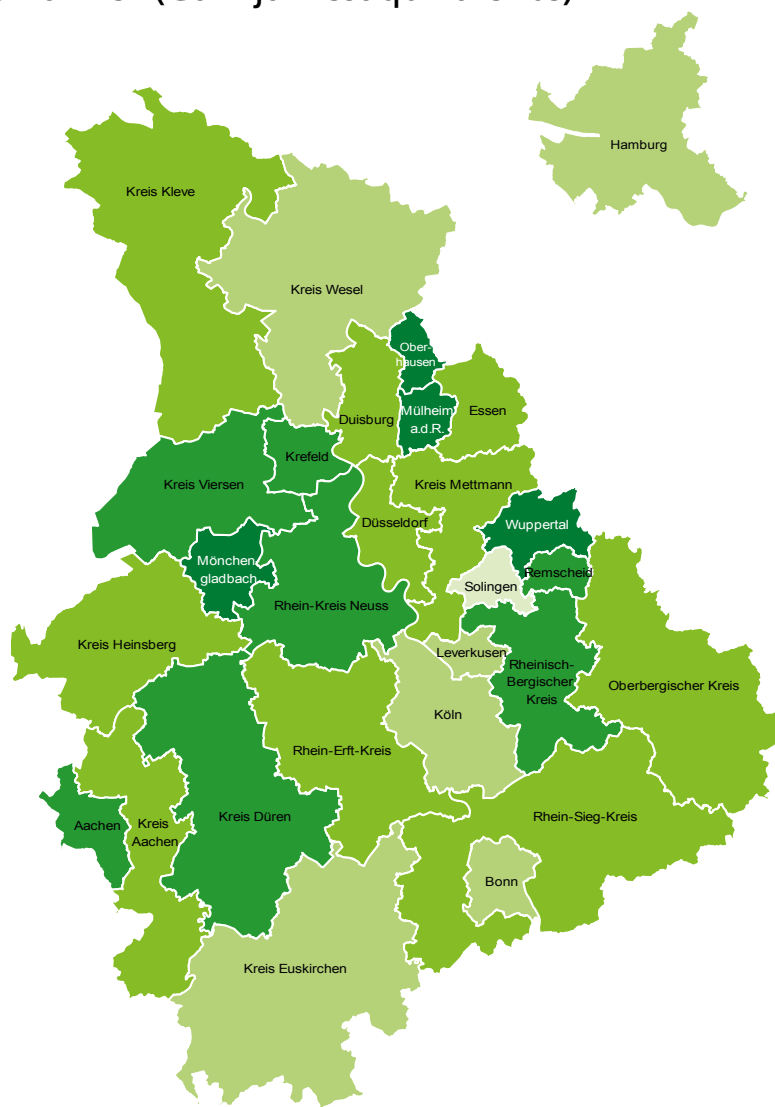
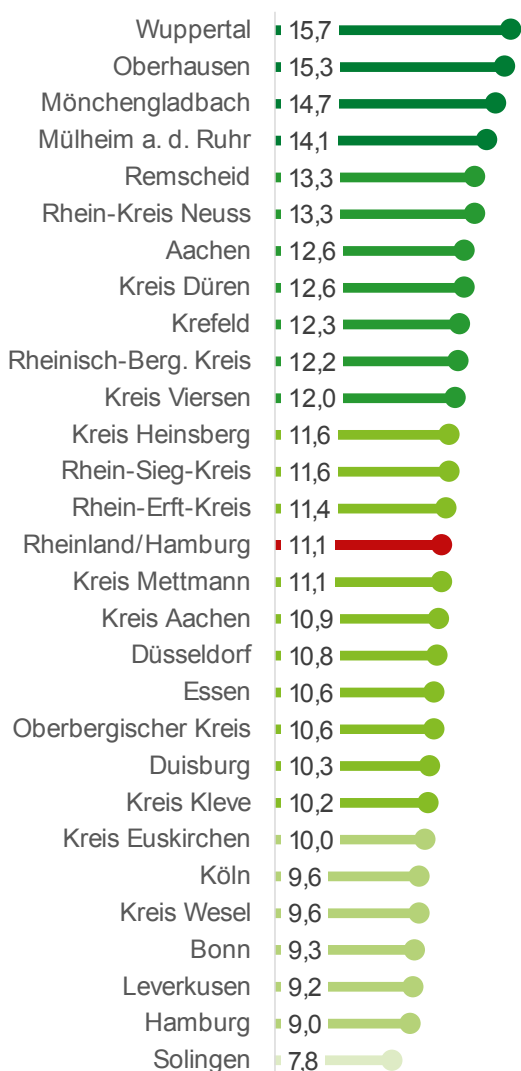
Standardisierung
Alter und Geschlecht auf Bundes-Pflegebevölkerung

Datenquelle
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung
Sitz des Pflegeheimes

Dekubitus in der stationären Pflege

Fälle mit Dekubitus (mindestens zweiten Grades)
je 100 Bewohnerinnen und Bewohner (Ganzjahresäquivalente)



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 die Auswertung werden Dekubiti mindestens zweiten Grades betrachtet, da ab diesem Stadium die Haut geschädigt ist. Aufgreifkriterium ist die Kombination aus gesicherter Diagnose und Verbandmaterial-Verordnung, da ab einem Dekubitus zweiten Grades eine Wundversorgung mit geeignetem Verbandsmaterial durchzuführen ist.

Zeitraum
2019

Aufgreifkriterien
ICD-10-Code: L89 mit
Verbandmittel

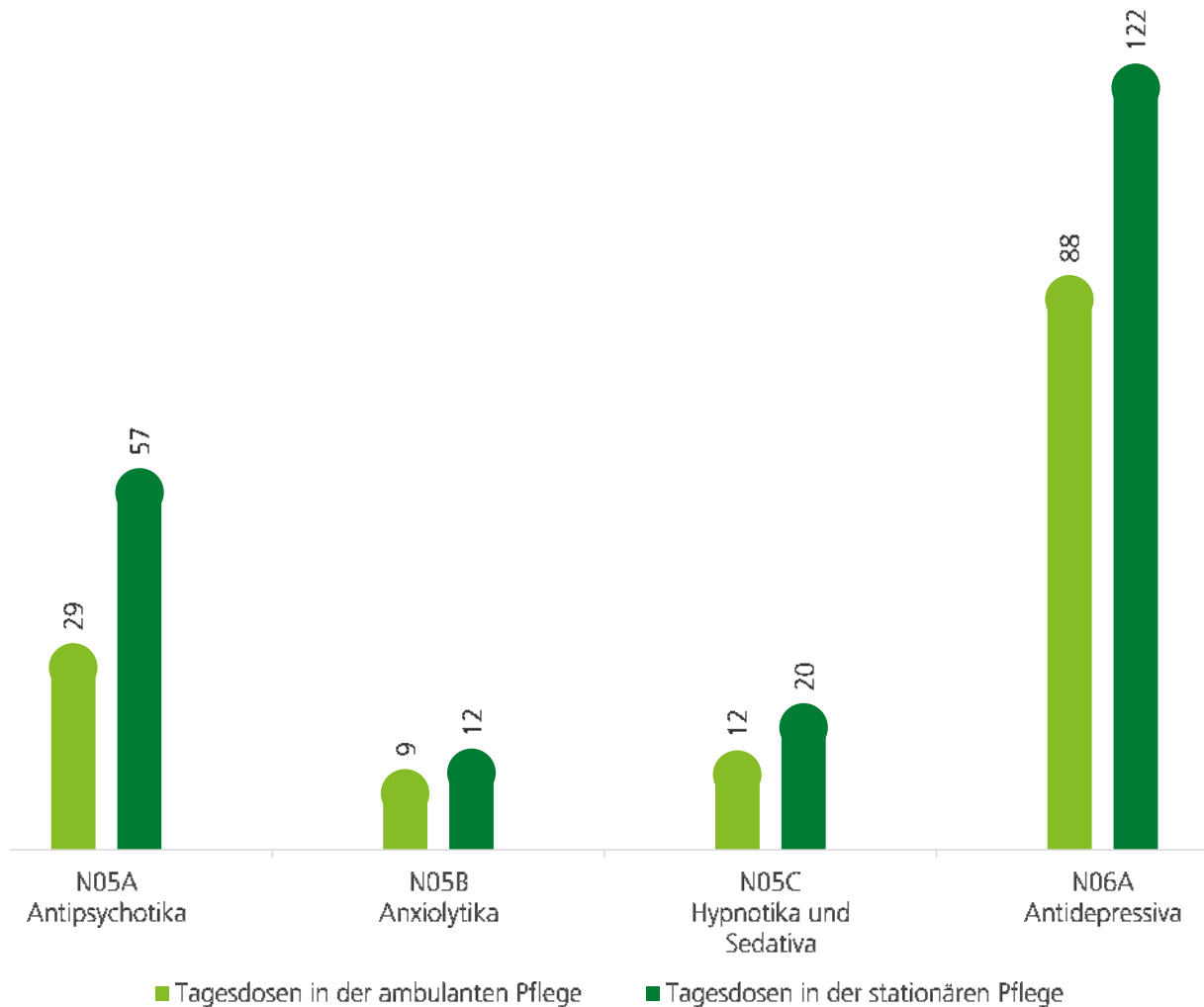
Standardisierung
Alter und Pflegegrad aller
stationär Gepflegten

Datenquelle
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung
Sitz des Pflegeheimes

Psychopharmaka in stationären Pflegeeinrichtungen

Tagesdosen von Arzneimittelverordnungen bei Versicherten im Pflegeheim und in der häuslichen Pflege



Woran könnte es liegen, dass in Pflegeheimen häufiger Psychopharmaka verschrieben werden?

Psychopharmaka wirken gegen psychotische Störungen, Depressionen oder Schmerzen. Antipsychotika haben auch einen sedierenden Effekt. Sie führen zu einer Dämpfung des zentralen Nervensystems und reduzieren die emotionale Erregbarkeit, den Antrieb und die Spontanbewegung. Psychopharmaka können Weglauftendenzen oder beständiges Rufen unterdrücken. Expertinnen und Experten kritisieren, dass Psychopharmaka in Pflegeheimen oftmals eingesetzt werden, um Bewohnerinnen und Bewohner mit auffälligem Verhalten ruhigzustellen. Die Auswertung vergleicht die Anzahl der verordneten Tagesdosen von Psychopharmaka bei pflegebedürftigen Versicherten im Pflegeheim und zu Hause. Jedem Versicherten in der stationären Pflege wurde ein „statistischer Zwilling“ in der ambulanten Pflege zugewiesen. Als Kriterien gelten Alter, Geschlecht, Pflegegrad, Demenzerkrankung sowie andere psychische Erkrankungen.

Zeitraum
2019

Aufgreifkriterien
ATC-Codes: siehe Abbildung

Standardisierung
Alter, Geschlecht, Pflegegrad, psychiatrische Diagnosen, Matchingverfahren

Datenquelle
AOK Rheinland/Hamburg

Regionale Zuordnung
keine

Anhang: Datenerläuterungen

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 in diesem Report 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 im 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.

Stadtbezirke: Es wurde versucht, die offiziellen Stadtbezirke abzubilden. Die Zuordnung erfolgt meist auf Grundlage der Postleitzahl. Leichte Abweichungen gibt es dort, wo einzelne Postleitzahlengebiete zu zwei Stadtbezirken gehören. Stadtbezirke mit niedriger Versichertenanzahl wurden zusammengelegt und möglichst mit Stadtbezirken mit ähnlicher Sozialstruktur (SGB-II-Quote) zusammengefasst. Für Hamburg und Wuppertal erfolgte die Zuteilung straßen- und hausnummerngenau. Karte sowie Straßen- und Hausnummernverzeichnis der Stadt Wuppertal werden im Rahmen einer offenen Lizenz zur Verfügung gestellt (CC-BY-4.0 - Stadt Wuppertal - www.offenedaten-wuppertal.de).

Leitlinien: Den Auswertungen und Aussagen zur Diagnostik und Therapie von Schmerzen liegen die Empfehlungen folgender Leitlinien zugrunde:

Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale VersorgungsLeitlinie Nicht-spezifischer Kreuzschmerz – Langfassung, 2. Auflage. Version 1. 2017. DOI: 10.6101/AZQ/000353. www.kreuzschmerz.versorgungsleitlinien.de.

Diener H.-C., Gaul C., Kropp P. et al., Therapie der Migräneattacke und Prophylaxe der Migräne, S1-Leitlinie, 2018, in: Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Hrsg.), Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. Online: www.dgn.org/leitlinien (abgerufen am 10.05.2021).

Glocker F. et al, Lumbale Radikulopathie, S2k-Leitlinie, 2018; in: Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Hrsg.), Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. Online: www.dgn.org/leitlinien (abgerufen am 10.05.2021).

Greitemann, B; Schmidt R.: Leitlinie zur konservativen, operativen und rehabilitativen Versorgung bei Bandscheibenvorfällen mit radikulärer Symptomatik. Version vom 03.09.2020. AWMF-Registernummer: 033-048.

Häuser W. 2. Aktualisierung der S3 Leitlinie „Langzeitanwendungen von Opioiden bei chronischen nicht-tumorbedingten Schmerzen (LONTS)“. Der Schmerz 2020; 34.

Kroppenstedt, S.; Halder, A.: S2k-Leitlinie Spezifischer Kreuzschmerz. Stand: 26.01.18. AWMF Registernummer: 033-051.

Lützner, J. et al.: S2k-LL Indikation Knieendoprothese. AWMF Registernummer: 033-052. Version 1.0.

Matziolis, G: S2k-Leitlinie Koxarthrose. Stand: 08.07.2019. AWMF-Registernummer: 033-001.

Schlereth T. et al., Diagnose und nicht interventionelle Therapie neuropathischer Schmerzen, S2k-Leitlinie, 2019, in: Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Hrsg.), Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. Online: www.dgn.org/leitlinien (abgerufen am 10.05.2021).

Stöve, J: S2k-Leitlinie Gonarthrose. Stand 18.01.18. AWMF Registernummer: 033-004.

Beratung:

Für das Schwerpunktthema

Dr. med. Florian Danckwerth
Chefarzt der Klinik für Konservative
Orthopädie & Schmerzlinik,
St. Bernhard-Hospital Kamp-Lintfort

Prof. Hans-Christoph Diener, MD, PhD
Professor für Neurologie am Universitätsklinikum Essen,
Emeritus

