

# Gesundheits- Report

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

# 2022

AOK Rheinland/Hamburg  
Die Gesundheitskasse

## **Impressum**

Gesundheitsreport 2022 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](http://www.aok.de/rh)

Redaktion: Bereich Gesundheitsmanagement,  
Abteilung Steuerung und Versorgungsentwicklung –  
Olga Dortmann, Maria Peters, Maria Scheider,  
Dr. Volquart Stoy  
E-Mail: [versorgungsanalysen@rh.aok.de](mailto:versorgungsanalysen@rh.aok.de)

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

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



# Vorwort

## Gesundheitsversorgung vor Ort im Blick

Mit dem Gesundheitsreport legt die AOK Rheinland/Hamburg umfangreiche Auswertungen zur Gesundheits- und Versorgungssituation in den Regionen vor. Erstmals stellen wir in diesem Jahr die Gesundheitsversorgung auf Ebene der Gemeinden und Stadtbezirke dar. Mit diesen kleinräumigen Ergebnissen möchten wir einen Beitrag zur Diskussion um die Versorgung vor Ort leisten. Denn die Rahmenbedingungen für ein gesundes Leben werden vor Ort geschaffen.

Bedingt durch die Auswirkungen der Corona-Pandemie weicht der diesjährige Report von der Struktur der Vorjahre ab. Das erste Kapitel untersucht den Einfluss der pandemiebedingten Einschränkungen im Jahr 2020 auf die Gesundheitsversorgung. Es bietet hierzu regionale Zahlen und betrachtet, ob bestimmte Bevölkerungsgruppen besonders betroffen waren. Das zweite Kapitel widmet sich ausführlich dem Zugang zur Versorgung. Es stellt sowohl geografisch als auch im Hinblick auf die Strukturen dar, wo unsere Versicherten versorgt werden. Die Ergebnisse lassen punktuell auf eine Fehl-, Unter- oder Überversorgung schließen. Analysen zum Thema Arzneimittelneben- und -wechselwirkungen finden sich im dritten Kapitel.

Die Auswertungen des Reports machen Auffälligkeiten vor Ort deutlich. Sie zeigen uns, in welchen Bereichen Entwicklungen notwendig sind und wo dringender Handlungsbedarf besteht. Gemeinsam mit unseren Partnerinnen und Partnern und allen Akteuren vor Ort möchten wir die Versorgung im Sinne der Patientinnen und Patienten weiterentwickeln.

Lassen Sie uns dazu ins Gespräch kommen!

Düsseldorf, im März 2022



Günter Wältermann  
Vorsitzender des Vorstandes

# Inhaltsverzeichnis

Kernaussagen	5
Gesundheitsversorgung während der Corona-Pandemie	13
Zugang zur Versorgung	51
Arzneimittelneben- und -wechselwirkungen	121
Anmerkungen zur Datenauswertung	133

# Kernaussagen

## Gesundheitsversorgung während der Corona-Pandemie

Während der Corona-Pandemie ist es im Jahr 2020 zu Einschränkungen in der Gesundheitsversorgung gekommen. Es waren jedoch keineswegs alle Leistungsbereiche gleichermaßen betroffen. Auch in den Kreisen und kreisfreien Städten zeigte sich teilweise eine sehr unterschiedliche Entwicklung.

Die Corona-Pandemie hat in vielen Bereichen des Lebens die **soziale Ungleichheit** verstärkt. Dieser Effekt zeigt sich bei der Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung auf den ersten Blick nicht. Von den offiziellen Einschränkungen, wie der Absage nicht dringlicher Operationen, waren die Versicherten in ähnlichem Ausmaß betroffen. Bei freiwilligen Einschränkungen, wie zum Beispiel der Teilnahme an der Krebsfrüherkennung und zahnärztlichen Kontrolluntersuchungen, haben sich vor allem Rentnerinnen und Rentner mit hohem sozioökonomischem Status eingeschränkt. Der stärkste Anstieg bei der Gripeschutzimpfung war in der Gruppe der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer mit hohem Einkommen zu verzeichnen.

Die Teilnahme an **Früherkennungsuntersuchungen für Kinder** war durch die pandemiebedingten Einschränkungen im Jahr 2020 nicht negativ beeinflusst. Die Inanspruchnahmequote an der U7a für Kinder kurz vor ihrem dritten Geburtstag lag mit 92 Prozent fast auf dem Niveau der Vorjahre. Weder regional, noch in Bezug auf bestimmte Versichertengruppen sind auffällige Rückgänge zu verzeichnen. Dies gilt auch für die übrigen Untersuchungen im Kindesalter.

Die Teilnahme an den **Krebsfrüherkennungsuntersuchungen** ist sowohl bei den Frauen, als auch bei den Männern leicht zurückgegangen.

Die Teilnahme an der **zahnärztlichen Kontrolluntersuchung** ist im Jahr 2020 nur moderat um drei Prozent zurückgegangen. Während des ersten Lockdowns von März bis Mai 2020 lag die Inanspruchnahme deutlich unter dem Niveau der Vorjahre. Im Sommer wurden einige Untersuchungen nachgeholt. Der Rückgang war in der älteren Bevölkerung am stärksten. Insbesondere Rentnerinnen und Rentner mit hohem sozio-ökonomischen Status und pflegebedürftige Personen haben auf die Mundgesundheitsuntersuchung verzichtet.

Die **Gripeschutzimpfung** wurde in der Saison 2020/2021 von deutlich mehr Versicherten als in den Vorjahren in Anspruch genommen. Die Inanspruchnahmequote stieg um 21 Prozent. Vor allem in der Altersgruppe der 50- bis 69-Jährigen haben sich mehr Menschen gegen Grippe impfen lassen.

Die Anzahl der **ambulant behandelten Notfälle** ist im Jahr 2020 um ein Viertel zurückgegangen. Am häufigsten werden Neugeborene und Kleinkinder im Rahmen der ambulanten Notfallversorgung behandelt. In dieser Altersgruppe kam es während der Corona-Pandemie zu deutlich weniger Behandlungsfällen. Der Rückgang betraf den kassenärztlichen Notdienst und die Notfallambulanzen der Krankenhäuser gleichermaßen.

Im Jahr 2020 wurden neun Prozent weniger **Herzinfarkte und Schlaganfälle** im Krankenhaus behandelt als in den Vorjahren. Regional verlief die Entwicklung sehr unterschied-

lich: Während die Zahl der Akutereignisse im Kreis Düren um knapp ein Viertel zurückgegangen ist, verzeichnete der Kreis Heinsberg eine Zunahme von sechs Prozent. Mögliche Auswirkungen auf den Gesundheitszustand der Menschen und die zukünftigen Behandlungsbedarfe werden sich erst in der Zukunft erfassen lassen.

**Bauchchirurgische Operationen** sind im Jahr 2020 um sechs Prozent zurückgegangen. Betrachtet wurden Blinddarm- und Gallenblasenentfernungen. Der Rückgang entfiel im Wesentlichen auf die elektiven Eingriffe. Operationen aufgrund akuter Entzündungen erfolgten ähnlich oft wie in den Vorjahren. Insbesondere bei Frauen nahm die Anzahl der Eingriffe ab. Zwischen den Regionen zeigen sich deutliche Unterschiede. Während in Oberhausen ein Viertel weniger Blinddärme und Gallenblasen entfernt wurden, gab es im Kreis Heinsberg 13 Prozent mehr Operationen.

**Orthopädische Operationen** wie der Einsatz von künstlichen Knie- und Hüftgelenken sowie Wirbelsäulenoperationen sind in der Regel planbare Eingriffe. Während der Corona-Pandemie im Jahr 2020 ist die Anzahl der Operationen um neun Prozent zurückgegangen. Während des ersten Lockdowns von März bis Mai sind die Operationszahlen im Vergleich zum selben Zeitraum der Vorjahre um bis zu 50 Prozent eingebrochen. In den Folgemonaten ist es zu keiner nachholenden Entwicklung gekommen. Frauen waren von dem Rückgang stärker betroffen als Männer. Im regionalen Vergleich zeigen sich deutliche Unterschiede in der Entwicklung – von minus 25 Prozent in Oberhausen bis plus zehn Prozent in Remscheid.

Orthopädische Operationen werden zumeist durchgeführt, weil die Patientinnen und Patienten unter starken, anhaltenden Schmerzen leiden. Werden planbare Operationen verschoben, bestehen die Schmerzen fort. In Folge des Rückgangs bei den orthopädischen Operationen wäre ein Anstieg der **Schmerzmittelverordnungen** zu erwarten gewesen. Dieser ist in den Abrechnungsdaten nicht erkennbar. Die Anzahl der verordneten Tagesdosen (Defined Daily Dose, kurz: DDD) Schmerzmittel bei Schmerzpatientinnen und -patienten im Jahr 2020 entsprach dem Wert der Vorjahre.

Schmerzpatientinnen und -patienten haben im Jahr 2020 nahezu genauso viele Einheiten **Physiotherapie** erhalten wie in den Vorjahren (minus zwei Prozent). Der Rückgang während der ersten Pandemiewelle von März bis Mai konnte bis zum Ende des Jahres wieder aufgeholt werden. Bei Versicherten mit vielen Erkrankungen sowie mit Pflegebedarf war über das Jahr gesehen die Abnahme am stärksten.

Als **potenziell vermeidbare Krankenhausfälle** werden solche Fälle bezeichnet, die im Vorfeld durch eine qualitativ hochwertige ambulante Versorgung zumindest teilweise hätten vermieden werden können. Im Jahr 2020 wurden 21 Prozent weniger dieser sogenannten ambulant-sensitiven Krankenhausfälle (ASK-Fälle) im Krankenhaus behandelt als in den Vorjahren. Am stärksten rückläufig waren die Krankenhausfälle aufgrund von Atemwegserkrankungen und Grippe. Aber auch Herz-Kreislauf-Erkrankungen, muskuloskelettale Schmerzen oder Suchterkrankungen wurden deutlich seltener stationär behandelt.

Pflegebedürftige Menschen geraten teilweise in einen kritischen Zustand, der durch eine gute Pflege zu verhindern gewesen wäre. In der Folge werden sie oftmals stationär behandelt. Zu den Ursachen dieser **potenziell vermeidbaren Krankenhausfälle aus der Pflege** zählen zum Beispiel Wunden, Dehydrierung oder Lungenentzündungen bedingt durch das Eindringen von Nahrung und Erbrochenem in das Bronchialsystem. Im Jahr 2020 ist es hier zu 16 Prozent weniger Krankenhausaufnahmen gekommen.

Während der Corona-Pandemie im Jahr 2020 wurden Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen seltener mit dem Rettungswagen ins Krankenhaus gebracht. Die Anzahl der **Notfallfahrten aus Pflegeheimen** ging um fünf Prozent zurück, in einigen Kreisen sogar um ein Fünftel. Insbesondere für pflegebedürftige Menschen unter 65 Jahren wurde seltener ein Rettungswagen gerufen.

Im Jahr 2020 ist die Anzahl der **Sepsis-Fälle** in den Krankenhäusern um 17 Prozent zurückgegangen. Als wichtigste präventive Maßnahme zur Vermeidung einer Sepsis gilt die konsequente Anwendung der Hygienevorschriften. Vermutlich konnten durch die verstärkten Hygienemaßnahmen während der Corona-Pandemie viele Sepsis-Fälle vermieden werden. Bei den schweren Sepsis-Fällen ist hingegen kein Rückgang zu erkennen. Auch die Anzahl der Todesfälle blieb konstant, was bei gleichzeitiger allgemeiner Abnahme der Sepsis-Fälle eine deutliche Zunahme der Sterblichkeit zur Folge hatte.

Nicht in allen Regionen ist die Anzahl der Sepsis-Fälle zurückgegangen: Während es in Solingen fast zwei Drittel weniger Infektionen gab, stieg die Zahl in Remscheid um ein Viertel.

Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer wurden im Jahr 2020 knapp 20 Prozent seltener aufgrund von **Atemwegserkrankungen** krankgeschrieben als in den Vorjahren. Die Abnahme betraf alle Altersgruppen und Branchen. Insbesondere Branchen, bei denen aufgrund der Tätigkeiten von einem hohen Home-Office-Anteil auszugehen ist, weisen hohe Rückgänge auf. Die Hygienemaßnahmen und Kontaktbeschränkungen haben die Verbreitung von Atemwegsinfektionen eingeschränkt.

Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen waren während der Corona-Pandemie weiterhin gut mit Medikamenten versorgt. Bei den Versicherten mit koronarer Herzkrankheit stieg der Anteil derjenigen, mit **ausreichender Arzneimittelversorgung** sogar deutlich an, bei Diabetes-Patientinnen und -Patienten blieb das Niveau stabil.

## Zugang zur Versorgung

Die **hausärztliche Versorgung** erfolgt in den allermeisten Fällen wohnortnah. Etwa 90 Prozent der hausärztlichen Behandlungsfälle im Rheinland und in Hamburg erfolgen in einem Umkreis von zehn Kilometern um den Wohnort der Versicherten. Zu 86 Prozent werden die Versicherten auch in dem hausärztlichen Planungsgebiet, dem sogenannten Mittelbereich, behandelt, in dem ihr Wohnort liegt.

In einigen Regionen werden nur etwa zwei Drittel der hausärztlichen Behandlungen innerhalb des eigentlichen Planungsgebiets (Mittelbereich) durchgeführt. Angrenzende Gebiete übernehmen die Versorgung teilweise mit. Eine solche Mitversorgung ist bei der Berechnung der Arztsitze in der hausärztlichen Bedarfsplanung nicht berücksichtigt. Es besteht ein schwacher Zusammenhang zwischen dem Versorgungsgrad und dem Ausmaß der Mitversorgung.

Patientinnen und Patienten, die aus gesundheitlichen Gründen kaum die Wohnstätte verlassen können, haben Anspruch auf eine ärztliche Untersuchung in der eigenen Häuslichkeit, sofern diese medizinisch erforderlich ist. Beispielhaft wird im Report die Gruppe der ambulant gepflegten Personen mit mindestens Pflegegrad 3 betrachtet. Von ihnen wurden knapp 70 Prozent durch eine Hausärztin oder einen Hausarzt im Rahmen von **Hausbesuchen** versorgt.

Patientinnen und Patienten, die medizinisch in der eigenen Häuslichkeit versorgt werden, benötigen in der Begleitung und Kontrolle der Therapie nicht immer einen direkten Arztkontakt. Die Ärztin oder der Arzt kann bestimmte Aufgaben an **nichtärztliche Praxisassistentinnen oder -assistenten**, sogenannte **NÄPAs**, übertragen. NÄPAs übernehmen zumeist wiederkehrende Aufgaben bei der Behandlung chronisch kranker Patientinnen und Patienten. Etwa jede fünfte ambulant gepflegte Person mit mindestens Pflegegrad 3 wurde durch eine oder einen NÄPA betreut. Insbesondere in eher ländlich geprägten Regionen kommen NÄPAs häufig zum Einsatz.

Die **allgemeine fachärztliche Versorgung** erfolgt in der Regel wohnortnah. In 83 Prozent der Fälle im Rheinland und in Hamburg wird bei Ärztinnen und Ärzten in einem Umkreis von zehn Kilometern um den Wohnort der Versicherten behandelt. Zu 84 Prozent erfolgt die Behandlung auch im Wohnortkreis. Zur allgemeinen Facharztversorgung zählen die Gebiete: Augenheilkunde, Chirurgie und Orthopädie, Frauenheilkunde, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Neurologie, Psychotherapie, Urologie sowie Kinder- und Jugendmedizin.

In etwa zehn bis 20 Prozent der allgemeinen fachärztlichen Fälle werden Versicherte aus den Landkreisen in den umliegenden kreisfreien Städten behandelt. Von einer kreisübergreifenden Mitversorgung durch angrenzende Städte wird in der Bedarfsplanung explizit ausgegangen. Die beobachtbaren Mitversorgungseffekte fallen aber geringer aus als in der Bedarfsplanung unterstellt. Es besteht ein deutlicher Zusammenhang zwischen der Anzahl der Fachärztinnen und -ärzte – im Verhältnis zur Bevölkerung – und dem Ausmaß der Mitversorgung.

Ambulante Behandlungen von Kindern und Jugendlichen werden in den meisten Fällen wohnortnah durchgeführt. 89 Prozent der Behandlungsfälle erfolgen in einem Umkreis von zehn Kilometern um den Wohnort, 90 Prozent innerhalb des eigenen Wohnortkreises. Eine Mitversorgung einiger Regionen durch umliegende Städte findet statt, ist aber schwächer ausgeprägt als in anderen Facharztgebieten.

Die **ambulante neurologische Behandlung** wird in der Praxis in vielen Regionen als schwierig wahrgenommen. Nur 13 Prozent der Patientinnen und Patienten mit chronischem neuropathischem Schmerz werden regelmäßig von Neurologinnen und Neurologen oder von Schmerztherapeutinnen und -therapeuten behandelt. 35 Prozent der Schmerzpatientinnen und -patienten waren innerhalb von drei Jahren immerhin einmal bei einer entsprechenden Fachärztin oder einem Facharzt. Im ersten Jahr nach einem Schlaganfall wird etwa jede vierte Person von einer Neurologin oder einem Neurologen behandelt.

In 76 Prozent erfolgt eine ambulante neurologische Behandlung in einem Umkreis von zehn Kilometern um den eigenen Wohnort, in 81 Prozent im eigenen Wohnortkreis. Regional bestehen hier deutliche Unterschiede. In einigen Regionen werden Patientinnen und Patienten in der Hälfte der Fälle außerhalb des eigenen Kreises behandelt.

Die **spezialfachärztliche Versorgung** gilt vielerorts als problematisch: Nur etwa sechs von zehn Versicherten mit rheumatoider Arthritis und Biologika-Behandlung, nicht einmal jede zweite Person mit schwerer COPD, sowie 29 Prozent der Personen mit (prä-)terminalem Nierenversagen werden mindestens einmal im Jahr von einer entsprechenden Fachärztin oder einem Facharzt behandelt. Das tatsächliche Ausmaß einer Unterversorgung lässt sich mit diesen Zahlen nicht hinreichend erfassen. Oft entscheidet der individuelle Krankheitsverlauf darüber, ob eine spezialfachärztliche Versorgung erforderlich ist. Die klaren Unterschiede zwischen den Kreisen verweisen jedoch auf regionale Lücken.

Wenn eine Behandlung bei ambulanten Fachinternistinnen und -internisten erfolgt, wird diese in 94 Prozent der Fälle in einem Umkreis von 20 Kilometern um den Wohnort der Versicherten durchgeführt. Zu 80 Prozent findet die Behandlung auch im Wohnortkreis statt. Die Landkreise werden in verstärktem Ausmaß durch die umliegenden kreisfreien Städte mitversorgt. Diese Mitversorgung ist durch die Bedarfsplanung gewollt. Die Erreichbarkeit der spezialfachärztlichen Versorgung ist nicht wohnortnah, sondern überregional zu gewährleisten.

Ambulante Kernspintomographie (MRT)- und die Computertomographie (CT)-Untersuchungen finden schwerpunktmäßig in den Ballungszentren statt. Insbesondere Leverkusen übernimmt eine stark mitversorgende Rolle für das komplette östliche Umland. Die Erreichbarkeit ist in den meisten Fällen gut. 86 Prozent der **ambulanten radiologischen Untersuchungen** werden in einem Umkreis von 20 Kilometern um den Wohnort durchgeführt.

Die meisten Versicherten können **ambulante Notfälle** wohnortnah abklären lassen. Drei Viertel der ambulanten Notfallbehandlungen erfolgten in einem Umkreis von zehn Kilometern um den eigenen Wohnort, 82 Prozent im eigenen Wohnortkreis. Die Erreichbarkeit der ambulanten Notfallstrukturen ist in den kreisfreien Städten erwartungsgemäß besser als in den Landkreisen. Über die Hälfte der ambulanten Notfälle wird in den Notfallambulanzen der Krankenhäuser behandelt. Die Bedeutung der Kliniken für die ambulante Notfallversorgung ist in den Kreisen sehr unterschiedlich.

90 Prozent der **Herzinfarkte und Schlaganfälle** werden in einem Umkreis von 20 Kilometern um den eigenen Wohnort behandelt, 72 Prozent im eigenen Wohnortkreis. Zusätzlich zur schnellen Erreichbarkeit ist es wichtig, Patientinnen und Patienten in spezialisierten Kliniken zu behandeln. In Krankenhäusern mit spezieller Ausstattung bestehen bessere Möglichkeiten, die Blutgefäße wieder zu öffnen und Schäden zu vermeiden. 91 Prozent der Herzinfarkt-Patientinnen und -Patienten werden in einem Krankenhaus mit Linksherzkatheter-Messplatz versorgt, 85 Prozent der Versicherten mit Schlaganfall in einer Stroke-Unit. In einigen Regionen liegen die Raten deutlich niedriger. Auch der Zugang zur Thrombektomie, dem empfohlenen Verfahren zur Schlaganfallbehandlung, ist regional sehr unterschiedlich.

Die Erreichbarkeit der **Geburtshilfe** ist im Rheinland und in Hamburg gut. Fast alle Versicherten erreichen die nächstgelegene Geburtsklinik innerhalb von 20 Kilometern, viele haben sogar eine große Auswahl. Entsprechend bringen 93 Prozent der Mütter ihr Kind in einem Krankenhaus zur Welt, das nicht weiter als 20 Kilometer vom Wohnort entfernt ist. Immerhin ein Viertel der Mütter entscheidet sich für eine Geburt außerhalb des eigenen Wohnortkreises.

Die Hälfte aller Kinder wird in Perinatalzentren geboren. Perinatalzentren haben eine angeschlossene Kinderklinik und verfügen über die Ausstattung und die Erfahrung, auch Frühgeburten und Risikoschwangerschaften zu betreuen. Der Anteil der Geburten in diesen spezialisierten Einrichtungen ist regional sehr unterschiedlich. Im Oberbergischen Kreis entbinden sechs Prozent der Mütter in einem Perinatalzentrum, in Oberhausen hingegen 96 Prozent. Neben der Erreichbarkeit vor Ort spielt auch die Bereitschaft, weitere Anfahrtszeiten auf sich zu nehmen, eine wichtige Rolle. Wenn die nächstgelegenen Geburtskliniken keine Perinatalzentren sind, entscheiden sich in Kleve 69 Prozent der Eltern für eine längere Anfahrt in ein Perinatalzentrum. Die Entfernung vom Wohnort beträgt im Median 21 Kilometer. Bei vergleichbarer Entfernung sind es im Kreis Heinsberg nur 24 Prozent Entscheidungen für eine längere Anfahrt zur Geburtsklinik.

**Entfernungen des Blinddarms und der Gallenblase** sind häufige Operationen, die an vielen Krankenhausstandorten durchgeführt werden. Die Eingriffe erfolgen zumeist in einem nahegelegenen Krankenhaus. 95 Prozent der Patientinnen und Patienten werden in einem Umkreis von 20 Kilometern um ihren Wohnort operiert, 83 Prozent im Wohnortkreis. Die Behandlungsroutine bei den jeweiligen Operationen unterscheidet sich jedoch deutlich zwischen den Krankenhäusern. Während einige Krankenhäuser die entsprechenden Operationen täglich durchführen, sind es in anderen Kliniken nur wenige Eingriffe pro Monat. Ein Drittel der Operationen wird in Kliniken durchgeführt, die weniger als zehn Operationen im Monat vornehmen.

Die Einwohnerinnen und Einwohner im Rheinland und in Hamburg haben im Umkreis von 20 Kilometern durchschnittlich 21 Krankenhäuser zur Auswahl, die **orthopädische Operationen** durchführen. Entsprechend wählen 86 Prozent der Versicherten für ihre Operation eine nahegelegene Klinik. Immerhin vier von zehn Patientinnen und Patienten entscheiden sich für ein Krankenhaus in einem anderen Kreis. Insbesondere in Bonn, Aachen und Köln werden viele Versicherte aus dem Umland operiert.

Wissenschaftliche Studien zeigen einen deutlichen Zusammenhang zwischen der Anzahl der Eingriffe in einem Krankenhaus und der Behandlungsqualität. In Kliniken,

in denen seltener künstliche Gelenke eingesetzt werden bzw. am Rücken operiert wird, besteht für Patientinnen und Patienten ein signifikant höheres Komplikationsrisiko. Im Rheinland und in Hamburg erfolgen 60 Prozent der Operationen in Krankenhäusern mit überdurchschnittlicher Routine. Wenn die nächstgelegenen Kliniken über keine überdurchschnittliche Routine verfügen, entscheidet sich die Hälfte der Versicherten für eine längere Anfahrt in ein Krankenhaus mit hoher Fallzahl. Während Versicherte in Bonn hierfür im Median fünf Kilometer fahren müssen, sind es im Kreis Euskirchen hingegen über 30 Kilometer.

85 Prozent der **onkologischen Operationen** finden in einem Umkreis von 20 Kilometern um den Wohnort statt. Vier von zehn Krebspatientinnen und -patienten wählen zur Behandlung ein Krankenhaus außerhalb des eigenen Wohnortkreises, in einigen Landkreisen sogar drei Viertel.

Die Zertifizierung ist der beste objektive Anhaltspunkt für eine hochwertige onkologische Versorgung. Nur die Hälfte aller onkologischen Operationen wird in zertifizierten Zentren durchgeführt. Wenn die nächstgelegenen Kliniken keine zertifizierten Krebszentren sind, entscheiden sich 39 Prozent der Versicherten für eine längere Anfahrt in ein zertifiziertes Zentrum. Während Versicherte in Essen hierfür im Median sieben Kilometer fahren müssen, sind es im Kreis Kleve über 50 Kilometer.

Die Anzahl der zugelassenen **Physiotherapeutinnen und -therapeuten** ist regional sehr unterschiedlich. In Aachen und im Kreis Düren ist die Anzahl je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner doppelt so hoch wie in Duisburg. Die Behandlung erfolgt in den allermeisten Fällen wohnortnah. 90 Prozent der Versicherten werden im Umkreis von zehn Kilometern um den eigenen Wohnort versorgt. Es besteht ein deutlicher Zusammenhang zwischen der regionalen Verfügbarkeit der Physiotherapeutinnen und -therapeuten und dem Anteil der Schmerzpatientinnen und -patienten mit physiotherapeutischer Behandlung.

Die Anzahl der **ambulant tätigen Hebammen** unterscheidet sich im Kreisvergleich deutlich. Im Rheinisch-Bergischen Kreis sind – gemessen an der Geburtenzahl – fast viermal so viele Hebammen tätig wie in Oberhausen und Duisburg. Es besteht ein deutlicher Zusammenhang zwischen der regionalen Anzahl der Hebammen und dem Anteil der jungen Mütter mit Wochenbettbetreuung. Während im Kreis Kleve fast drei Viertel der Frauen nach einer Geburt durch eine Hebamme begleitet werden, sind es in Duisburg nur ein Viertel.

## Arzneimittelneben- und -wechselwirkungen

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

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

**Unerwünschte Arzneimittelwechselwirkungen** stellen ein erhebliches Gesundheitsrisiko dar, das nicht selten zu schweren Krankheitsverläufen führt. Der Report betrachtet das Thema beispielhaft an ausgewählten potenziell schwerwiegenden Interaktionen. 4,5 Prozent der Versicherten ab 65 Jahren bekamen im Zeitraum von 2017 bis 2019 eine potenziell schädliche Arzneimittelkombination von einer Ärztin oder einem Arzt im selben Behandlungsfall verordnet.

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

Bestimmte Arzneimittel, wie zum Beispiel Antidepressiva und Schlafmittel, erhöhen das **Sturzrisiko** bei älteren Menschen. Bei mehr als einem Fünftel der Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren, die aufgrund von Frakturen im Krankenhaus behandelt werden, bestand vorab eine entsprechende Arzneimittelverordnung. Diese Zahlen belegen noch keinen ursächlichen Zusammenhang, sollen aber für das Thema sensibilisieren. Zur Sturzprophylaxe gehört auch die kritische Überprüfung der Medikamente.

**Fluorchinolone sind Antibiotika**, die in seltenen Fällen schwerwiegende Nebenwirkungen verursachen. Sie sollen bei der Behandlung von leichten bis mittelschweren Infektionen nicht mehr angewendet werden. Im Jahr 2020 entfielen noch knapp acht Prozent der Antibiotikaverschreibungen bei diesen Indikationen auf Fluorchinolone. Im Vergleich zum Jahr 2017 ist der Anteil um 40 Prozent zurückgegangen.

Um Resistenzen zu vermeiden und ihre Wirksamkeit zu erhalten, sollen bestimmte Antibiotika nur bei Infektionen durch multiresistente bakterielle Krankheitserreger zum Einsatz kommen. Diese sogenannten Reserveantibiotika machen im Jahr 2019 noch die Hälfte aller Antibiotikaverschreibungen aus. Zwischen den Kreisen zeigen sich deutliche regionale Unterschiede: Der Anteil der verschriebenen **Reserveantibiotika** liegt in Mönchengladbach bei 57 Prozent, in Duisburg und Wuppertal bei 43 Prozent.

Die Einnahme **oraler Kontrazeptiva („Pille“)** erhöht das Risiko für Blutgerinnsel in den Venen (Thrombosen) und für Lungengefäßverschlüsse (Embolien). Vor allem die neueren Generationen der Pille haben ein erhöhtes Risiko. Über die Hälfte der Frauen, welche die Pille erhalten, bekamen ein Präparat mit erhöhtem Thromboserisiko.

Einige Arzneimittel wie Schlaf- und Schmerzmittel haben ein besonderes **Abhängigkeitspotenzial**. Kennzeichen der Sucht ist ein Kontrollverlust hinsichtlich des Konsums und eine Gewöhnung an immer höhere Dosen. 31 je 10.000 Versicherte erhalten Arzneimittel in einer solchen Menge verordnet, dass von einem missbräuchlichen Konsum auszugehen ist. Bei 42 je 10.000 Versicherte wurde ein schädlicher Arzneimittelgebrauch oder eine Medikamentensucht ärztlich festgestellt.

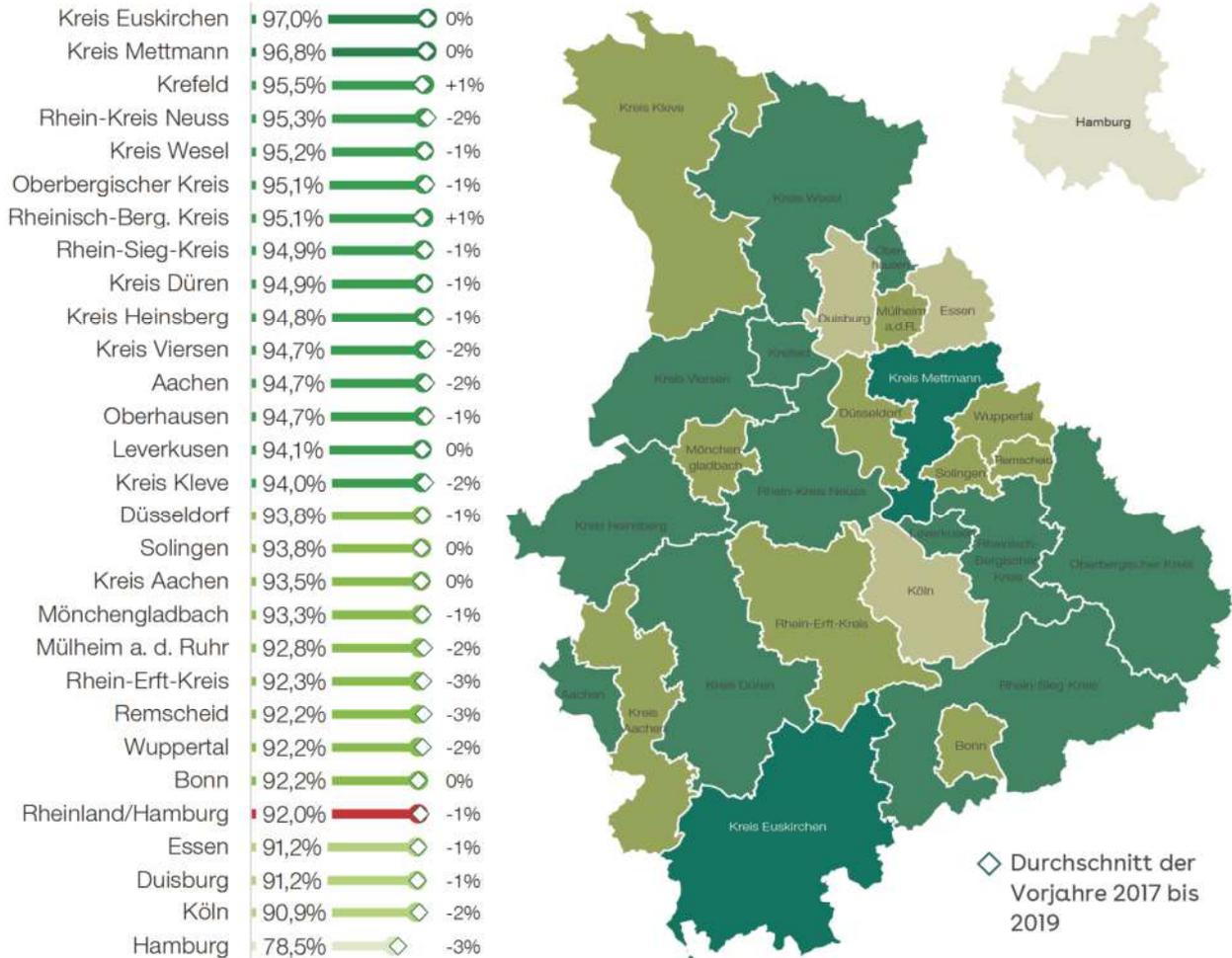




# **Gesundheitsversorgung während der Corona-Pandemie**

## Früherkennungsuntersuchung Kinder: U7a

Anteil an allen anspruchsberechtigten Kindern, 2020



### 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 erkennen und behandeln zu können, sollte ein Kind regelmäßig von der Kinderärztin oder dem Kinderarzt untersucht werden. Bis zur Volljährigkeit sind 13 Untersuchungen vorgesehen. 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 Auswertung weist den Anteil der dreijährigen Kinder aus, die im Jahr 2020 an der U7a teilgenommen haben. Der Vergleichswert für die Jahre 2017 bis 2019 zeigt, inwiefern es während der Corona-Pandemie zu einer Veränderung der Inanspruchnahme gekommen ist.

#### Zeitraum

2017–2019 und 2020

#### Aufgreifkriterien

EBM-Ziffer: 01723

#### Standardisierung

keine

#### Datenquelle

AOK Rheinland/Hamburg

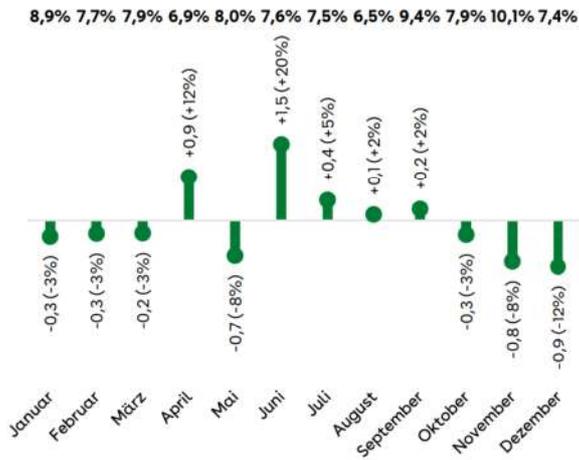
#### Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

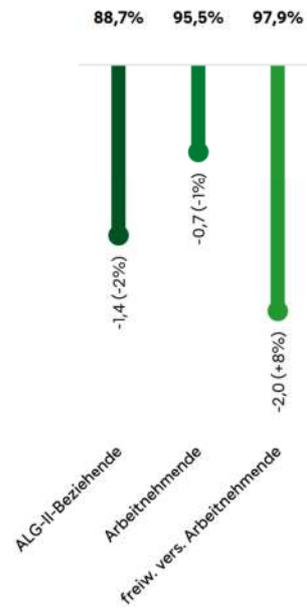
## Veränderung der Inanspruchnahme

Die fett gedruckten Werte stellen den Durchschnitt der Jahre 2017 bis 2019 (Ausgangswert) dar. Die Werte an den Balken zeigen die Veränderung im Jahr 2020 im Vergleich zum Ausgangswert in Prozentpunkten (und in Prozent) an.

### nach Monat



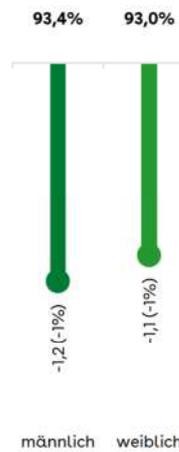
### nach sozialem Status



### nach Früherkennungsuntersuchungen

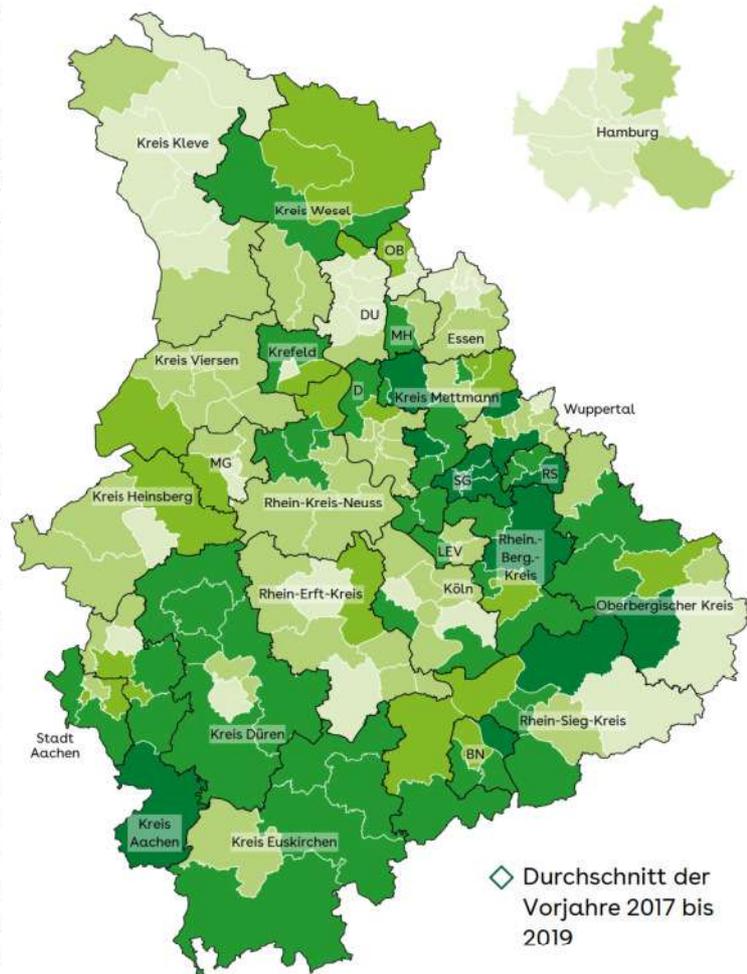
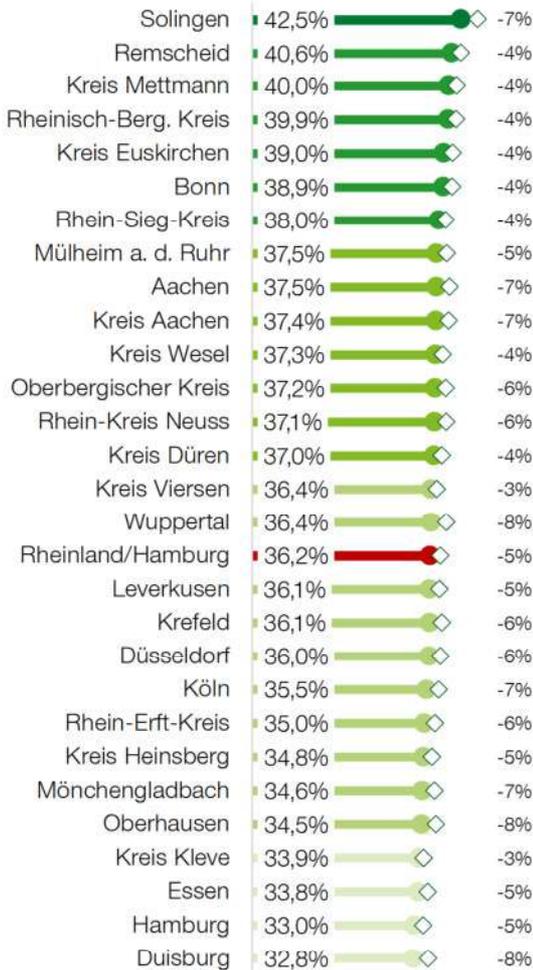


### nach Geschlecht



## Krebsfrüherkennungsuntersuchung bei der Frau

Anteil an allen Frauen ab 20 Jahren, 2020



### 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 Kolposkops 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 Gen-Test auf Humane Papillomviren wahrnehmen. Bei Frauen ab 30 Jahren wird zudem die Brust abgetastet. Die Auswertung betrachtet, wie viele anspruchsberechtigte Frauen innerhalb eines Jahres an der Früherkennung teilgenommen haben. Der Vergleichswert für die Jahre 2017 bis 2019 zeigt die Veränderung der Inanspruchnahme während der Corona-Pandemie.

#### Zeitraum

2017–2019 und 2020

#### Aufgreifkriterien

EBM-Ziffern: 01730, 01760, 01761

#### Standardisierung

Alter auf Bundesbevölkerung

#### Datenquelle

AOK Rheinland/Hamburg

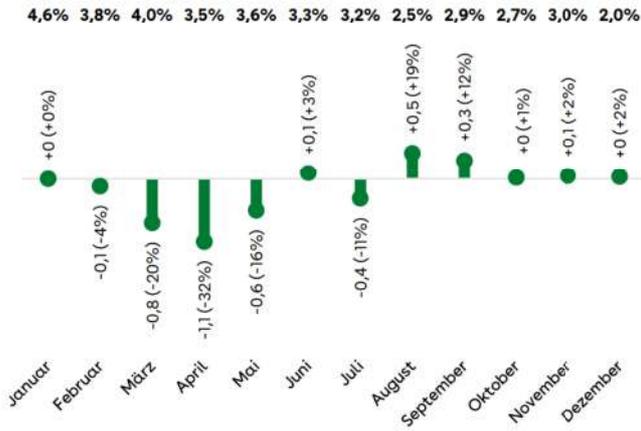
#### Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

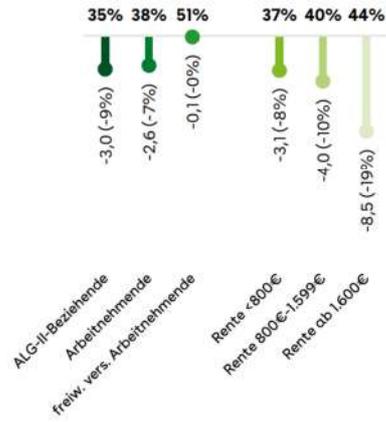
## Veränderung der Inanspruchnahme

Die fett gedruckten Werte stellen den Durchschnitt der Jahre 2017 bis 2019 (Ausgangswert) dar. Die Werte an den Balken zeigen die Veränderung im Jahr 2020 im Vergleich zum Ausgangswert in Prozentpunkten (und in Prozent) an.

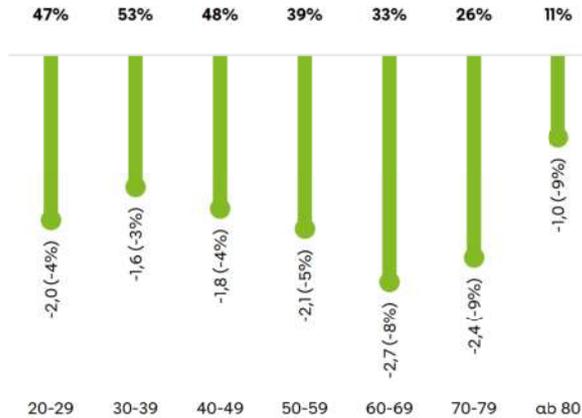
### nach Monat



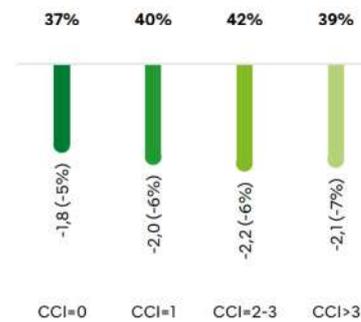
### nach sozialem Status



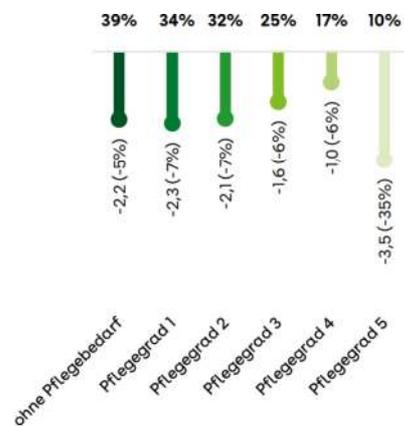
### nach Alter (in Jahren)



### nach Multimorbidität

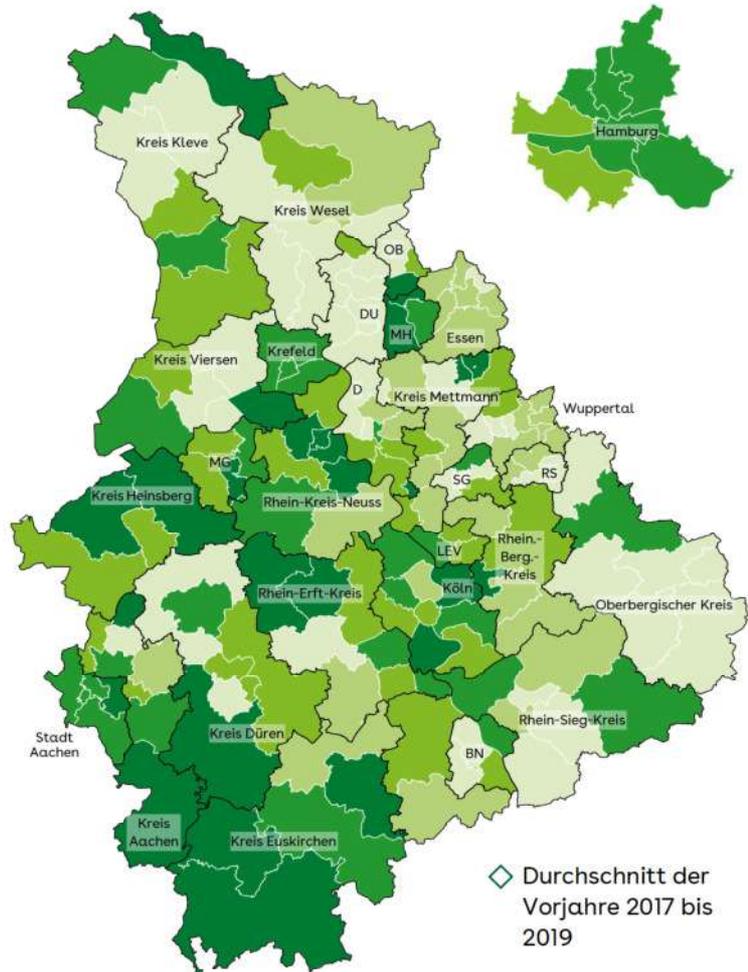


### nach Pflegegrad



## Krebsfrüherkennungsuntersuchung beim Mann

Anteil an allen Männern ab 45 Jahren, 2020



### 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.

Die Auswertung betrachtet, wie viele anspruchsberechtigte Männer innerhalb eines Jahres an der Früherkennung teilgenommen haben. Der Vergleichswert für die Jahre 2017 bis 2019 zeigt den Rückgang der Inanspruchnahme während der Corona-Pandemie. Der Vergleichswert für die Jahre 2017 bis 2019 zeigt, inwiefern es während der Corona-Pandemie zu einer Veränderung bei der Inanspruchnahme gekommen ist.

#### Zeitraum

2017–2019 und 2020

#### Aufgreifkriterien

EBM-Ziffer: 01731

#### Standardisierung

Alter auf Bundesbevölkerung

#### Datenquelle

AOK Rheinland/Hamburg

#### Regionale Zuordnung

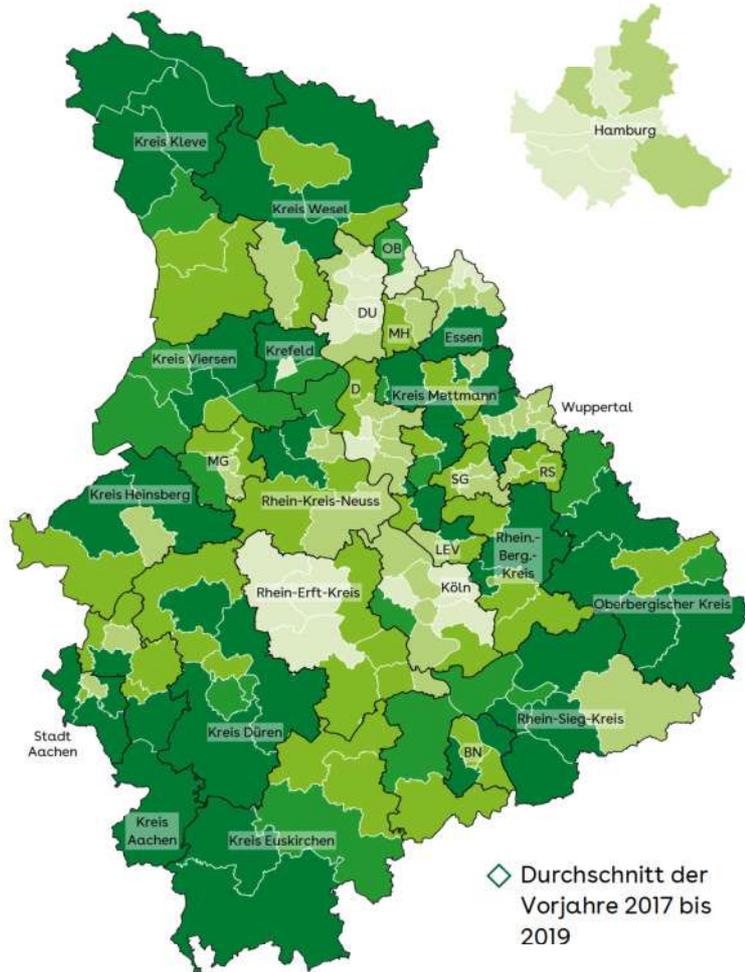
Wohnort der Versicherten

## Veränderung der Inanspruchnahme

Die fett gedruckten Werte stellen den Durchschnitt der Jahre 2017 bis 2019 (Ausgangswert) dar. Die Werte an den Balken zeigen die Veränderung im Jahr 2020 im Vergleich zum Ausgangswert in Prozentpunkten (und in Prozent) an.



## Mundgesundheitsuntersuchung Inanspruchnahme bei Versicherten ab 18 Jahren, 2020



### Warum sollte man regelmäßig die 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 zu erkennen und zu 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 2020 mindestens einmal zur Kontrolle der Mundgesundheit bei der Zahnärztin bzw. dem Zahnarzt waren. Der Vergleichswert für die Jahre 2017 bis 2019 zeigt, inwiefern es während der Corona-Pandemie zu einer Veränderung der Inanspruchnahme gekommen ist.

#### Zeitraum

2017–2019 und 2020

#### Aufgreifkriterien

BEMA-Ziffer: 01, ohne 01k

#### Standardisierung

Alter und Geschlecht auf Bundesbevölkerung

#### Datenquelle

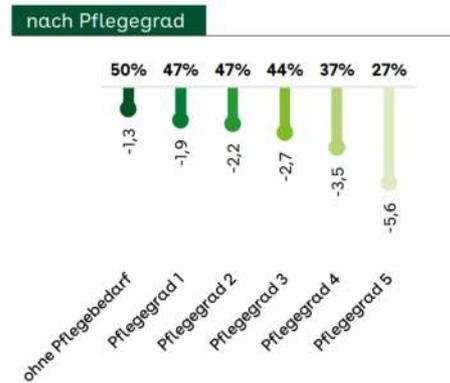
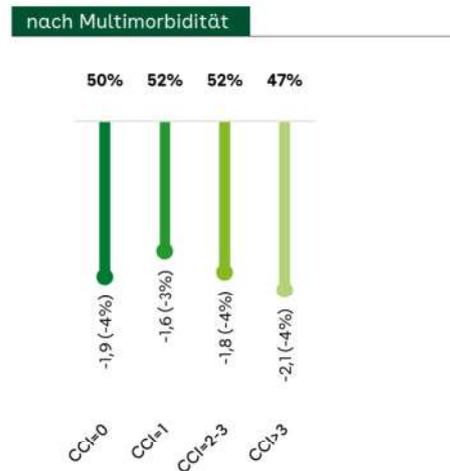
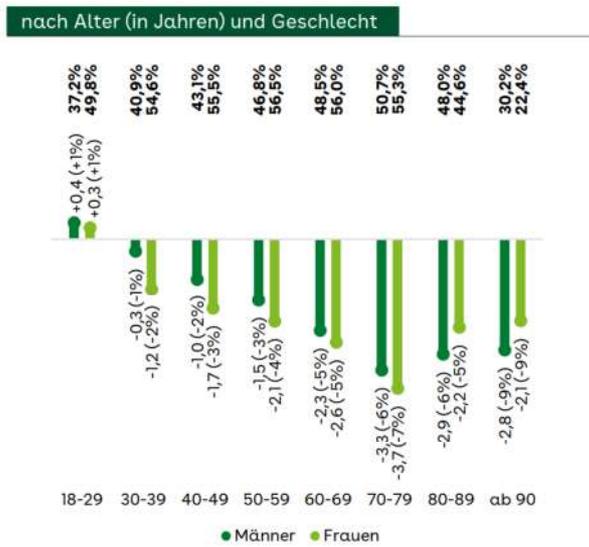
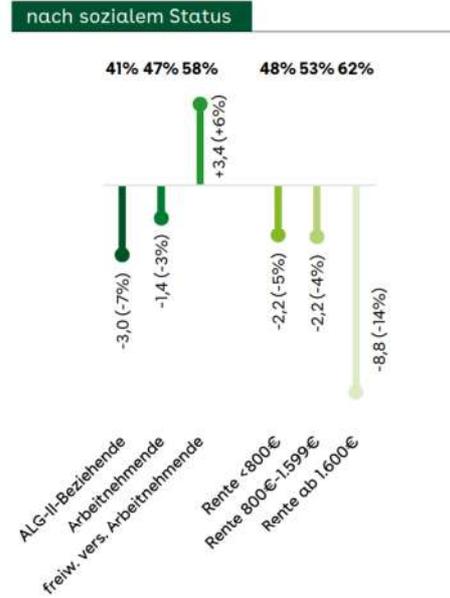
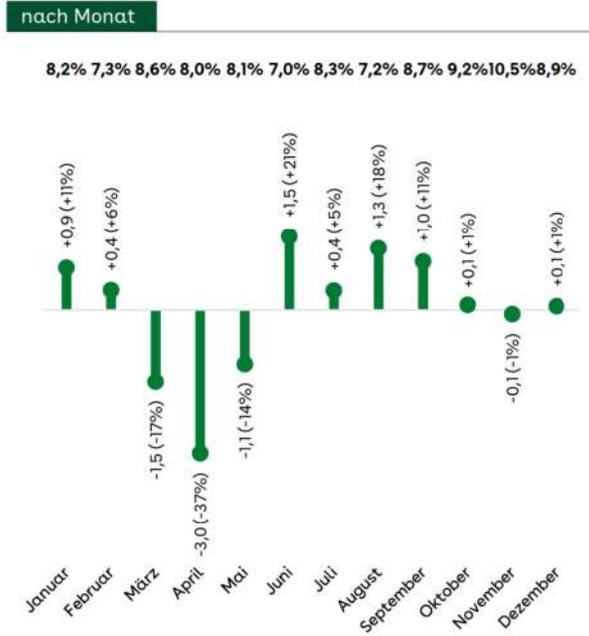
AOK Rheinland/Hamburg

#### Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

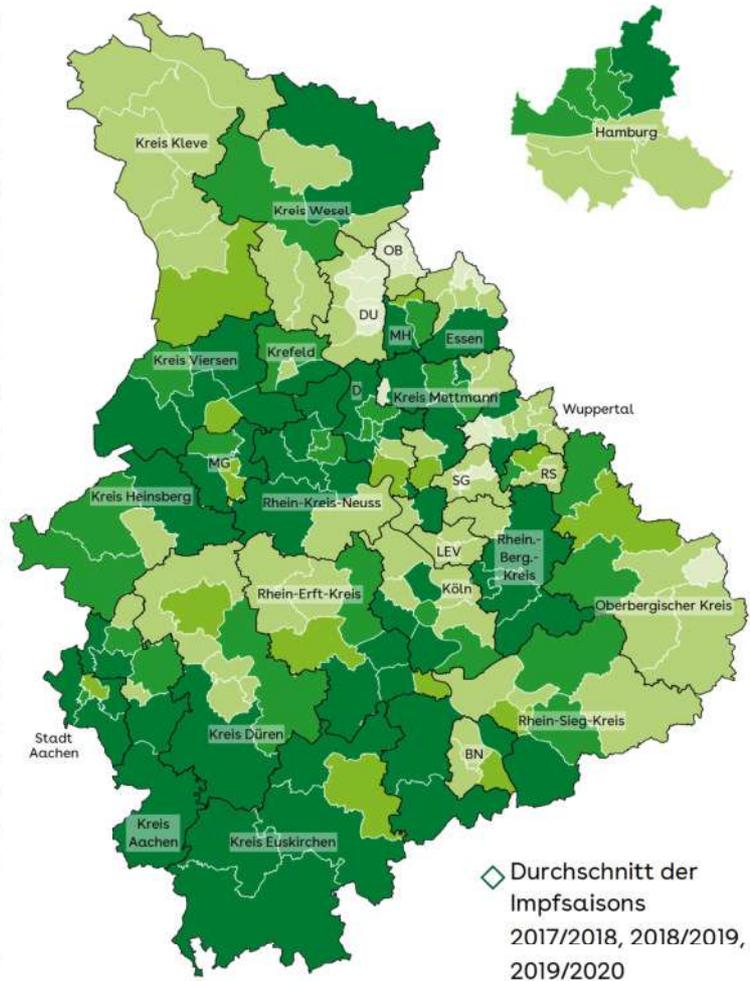
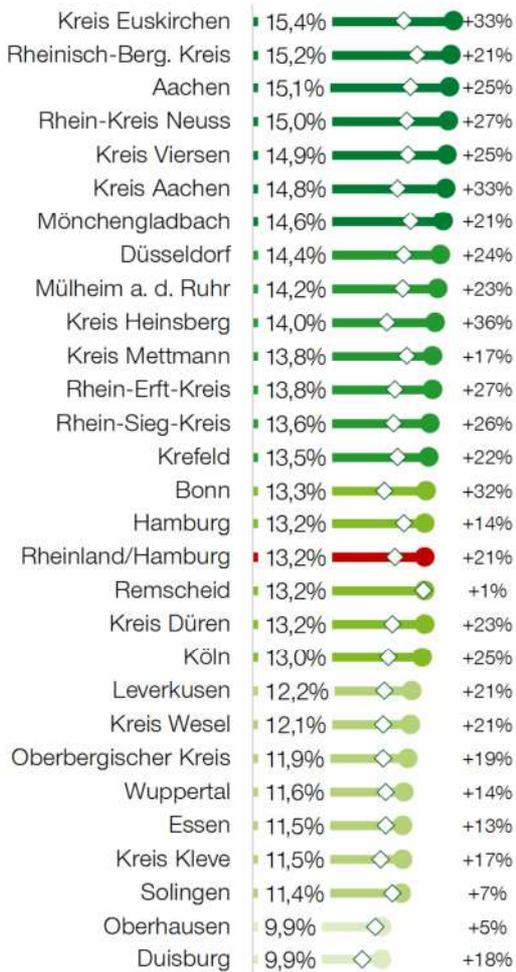
## Veränderung der Inanspruchnahme

Die fett gedruckten Werte stellen den Durchschnitt der Jahre 2017 bis 2019 (Ausgangswert) dar. Die Werte an den Balken zeigen die Veränderung im Jahr 2020 im Vergleich zum Ausgangswert in Prozentpunkten (und in Prozent) an.



## Gripeschutzimpfung

Anteil an allen Versicherten, Impfsaison 2020/2021



### Warum ist eine Gripeschutzimpfung sinnvoll?

Eine Gripeschutzimpfung soll Grippeerkrankungen und resultierende Folgen wie Krankenhaus- und Sterbefälle in Risikogruppen vermeiden. Insbesondere Personen mit Vorerkrankungen, Schwangere und ältere Menschen haben ein erhöhtes Risiko für schwere Krankheitsverläufe. Die Gripeschutzimpfung stellt aufgrund der weiten Verbreitung der Grippe eine sinnvolle Präventionsmaßnahme dar. Die Europäische Union hat das Ziel definiert, bis 2015 in allen Mitgliedstaaten unter älteren Personen eine Impfquote von mindestens 75 Prozent zu erreichen. Diese Zielvorgabe ist auch im Nationalen Impfplan für Deutschland übernommen. Die Auswertung weist den Anteil der Versicherten mit Gripeschutzimpfung in der Impfsaison 2020/2021 aus. Der Vergleichswert der drei Vorjahre zeigt, inwiefern es während der Corona-Pandemie zu einer Veränderung der Impfquote gekommen ist.

#### Zeitraum

2017 bis 2021

#### Aufgreifkriterien

EBM-Ziffern: 89111, 89112

#### Standardisierung

keine

#### Datenquelle

AOK Rheinland/Hamburg

#### Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

## Veränderung der Impfquote

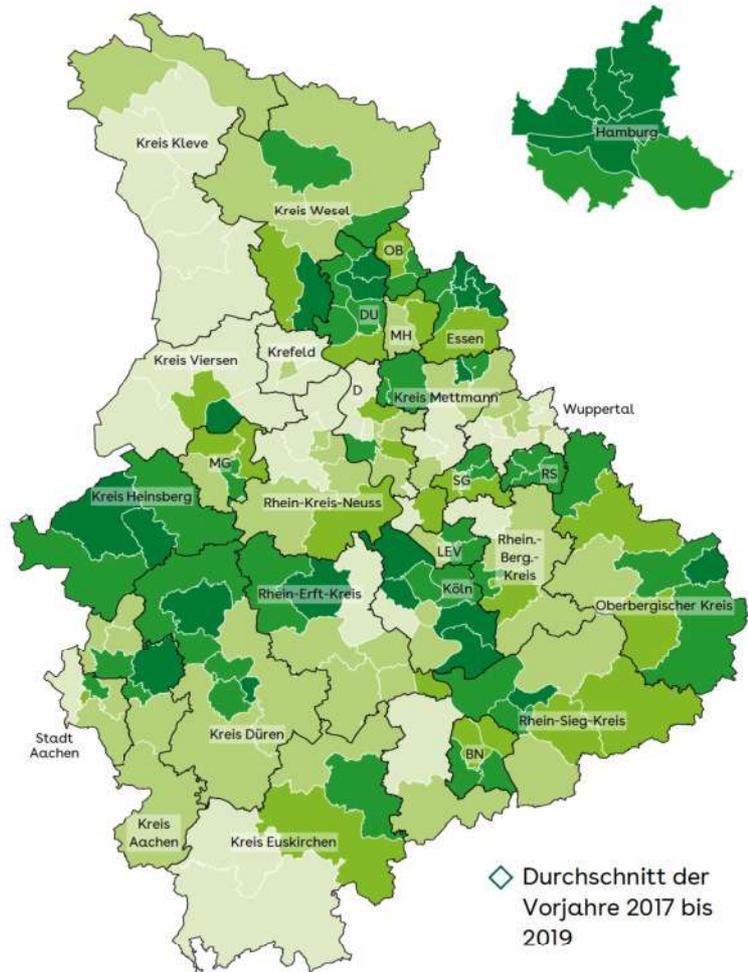
Die fett gedruckten Werte stellen den Durchschnitt der Jahre 2017 bis 2019 (Ausgangswert) dar. Die Werte an den Balken zeigen die Veränderung im Jahr 2020 im Vergleich zum Ausgangswert in Prozentpunkten (und in Prozent) an.



## Ambulante Notfälle

Fälle je 100 Versicherte, 2020

Hamburg	33,9	-8%
Essen	32,3	-27%
Kreis Heinsberg	31,0	-29%
Duisburg	30,8	-26%
Köln	30,6	-32%
Remscheid	30,0	-20%
Kreis Düren	29,9	-21%
Oberhausen	29,6	-32%
Kreis Wesel	28,6	-22%
Solingen	28,3	-23%
Oberbergischer Kreis	28,1	-25%
Rheinland/Hamburg	27,3	-25%
Leverkusen	26,7	-25%
Kreis Aachen	26,6	-29%
Bonn	26,6	-27%
Mönchengladbach	26,6	-24%
Rhein-Sieg-Kreis	26,2	-23%
Mülheim a. d. Ruhr	25,9	-33%
Rhein-Erft-Kreis	25,6	-29%
Kreis Mettmann	25,1	-24%
Aachen	24,6	-25%
Rheinisch-Berg. Kreis	24,3	-24%
Düsseldorf	24,1	-26%
Kreis Viersen	23,1	-25%
Kreis Euskirchen	23,1	-23%
Rhein-Kreis Neuss	22,8	-28%
Wuppertal	21,6	-25%
Kreis Kleve	20,9	-21%
Krefeld	20,8	-33%



### Was sind ambulante Notfälle?

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

Die Auswertung betrachtet die Anzahl der ambulanten Notfallbehandlungen je 100 Versicherte. Der Vergleichswert für die Jahre 2017 bis 2019 zeigt, inwiefern es während der Corona-Pandemie zu einer Veränderung der Fallzahlen gekommen ist.

#### Zeitraum

2017–2019 und 2020

#### Aufgreifkriterien

EBM-Ziffern: Abrechnung nach EBM-Kapitel 1.2

#### Standardisierung

keine

#### Datenquelle

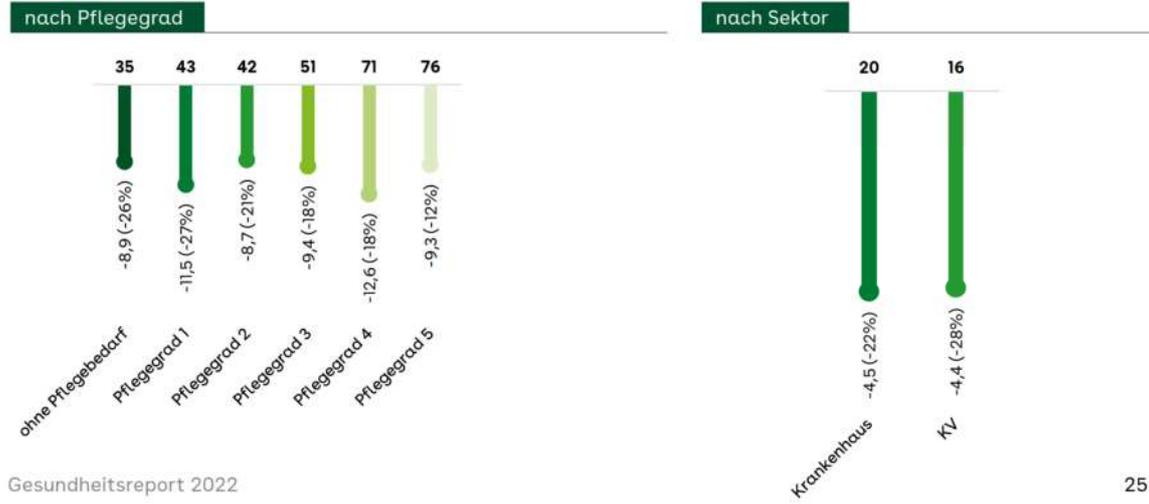
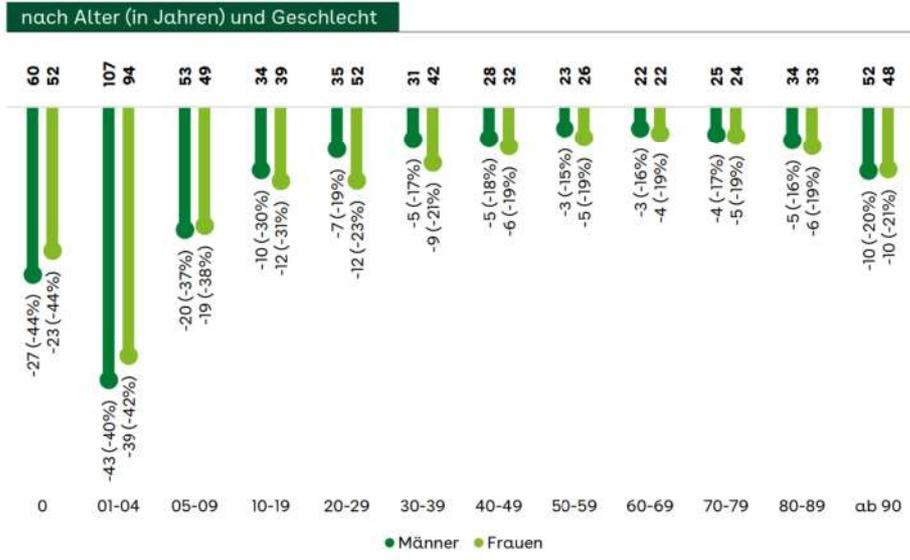
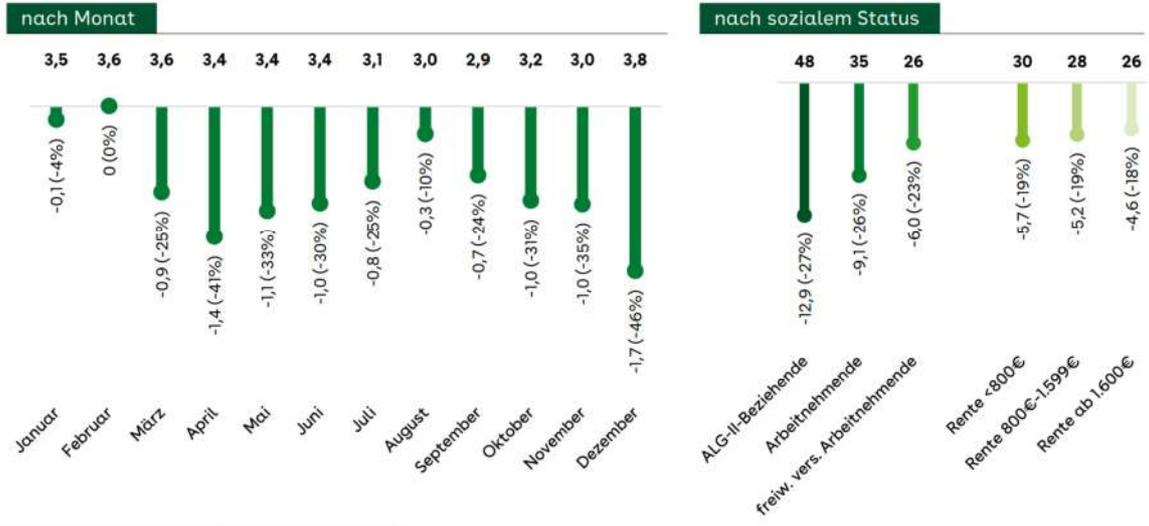
AOK Rheinland/Hamburg

#### Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

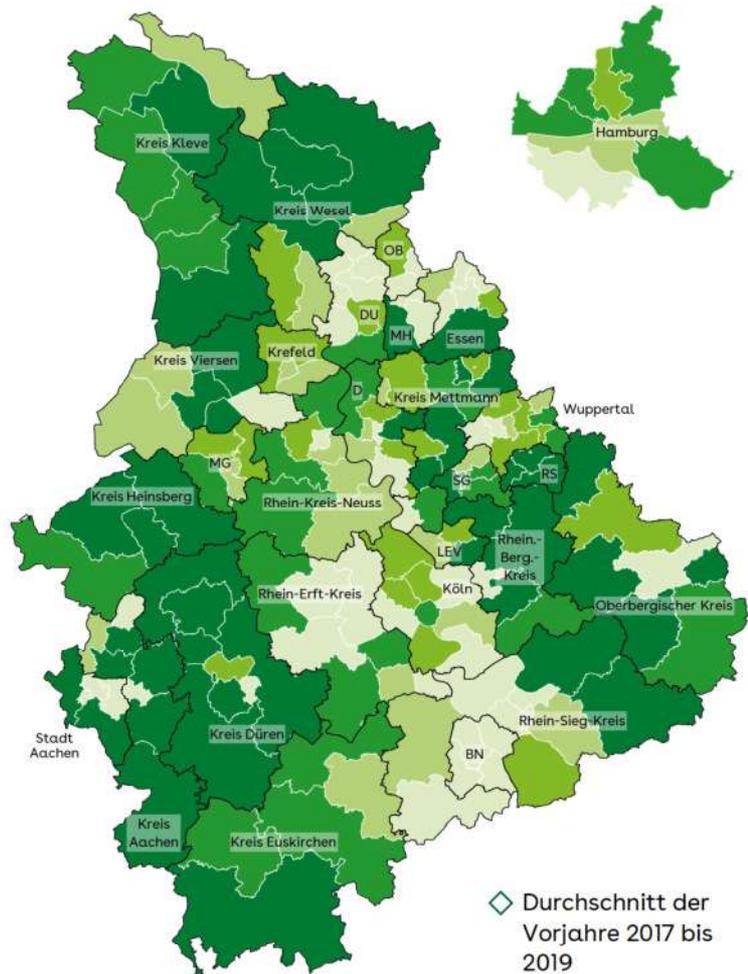
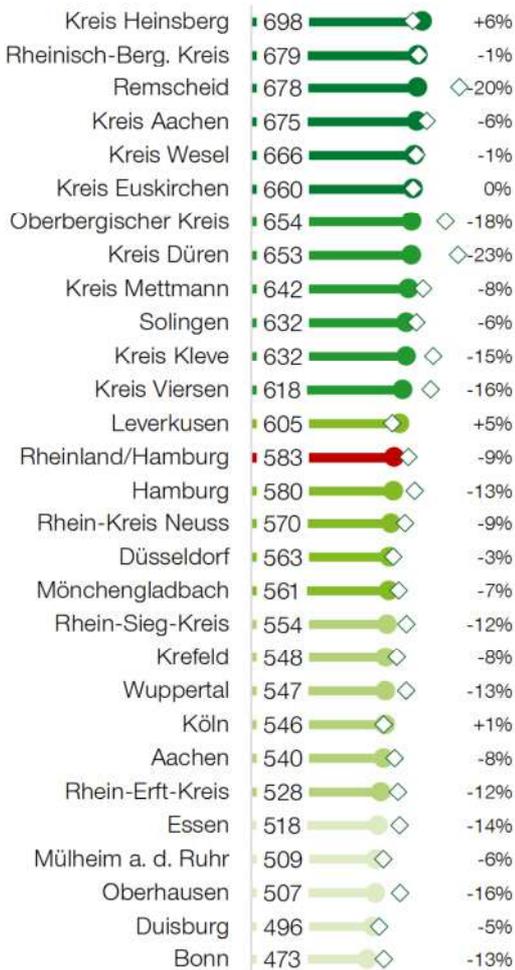
## Veränderung der Fallzahlen je 100 Versicherte

Die fett gedruckten Werte stellen den Durchschnitt der Jahre 2017 bis 2019 (Ausgangswert) dar. Die Werte an den Balken zeigen die Veränderung im Jahr 2020 im Vergleich zum Ausgangswert in Fällen (und in Prozent) an.



## Akutereignisse: Herzinfarkt und Schlaganfall

Fälle je 100.000 Versicherte, 2020



### Warum müssen Akutereignisse so schnell wie möglich behandelt werden?

Akutereignisse wie ein Herzinfarkt oder ein Schlaganfall sind medizinische Notfälle. Sie erfordern eine umgehende Behandlung. Beim Herzinfarkt sind die Herzkranzgefäße und beim ischämischen Schlaganfall ein Blutgefäß im Gehirn verschlossen – das dahinterliegende Gewebe wird nicht mehr ausreichend mit Sauerstoff versorgt. Wird der Verschluss nicht innerhalb kurzer Zeit geöffnet, sterben Teile des Herzmuskels bzw. des Gehirns ab. In der Folge kommt es zu irreparablen, schweren Schädigungen, oftmals mit Todesfolge.

Diese Auswertung betrachtet den Anteil der Versicherten, die im Jahr 2020 einen Herzinfarkt und/oder einen Schlaganfall hatten. Der Vergleichswert für die Jahre 2017 bis 2019 zeigt, inwiefern es während der Corona-Pandemie zu einer Veränderung bei diesen Akutereignissen gekommen ist.

#### Zeitraum

2017–2019 und 2020

#### Aufgreifkriterien

ICD-10-Codes: I21, I22, I60-I64

#### Standardisierung

keine

#### Datenquelle

AOK Rheinland/Hamburg

#### Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

## Veränderung der Fallzahlen je 100.000 Versicherte

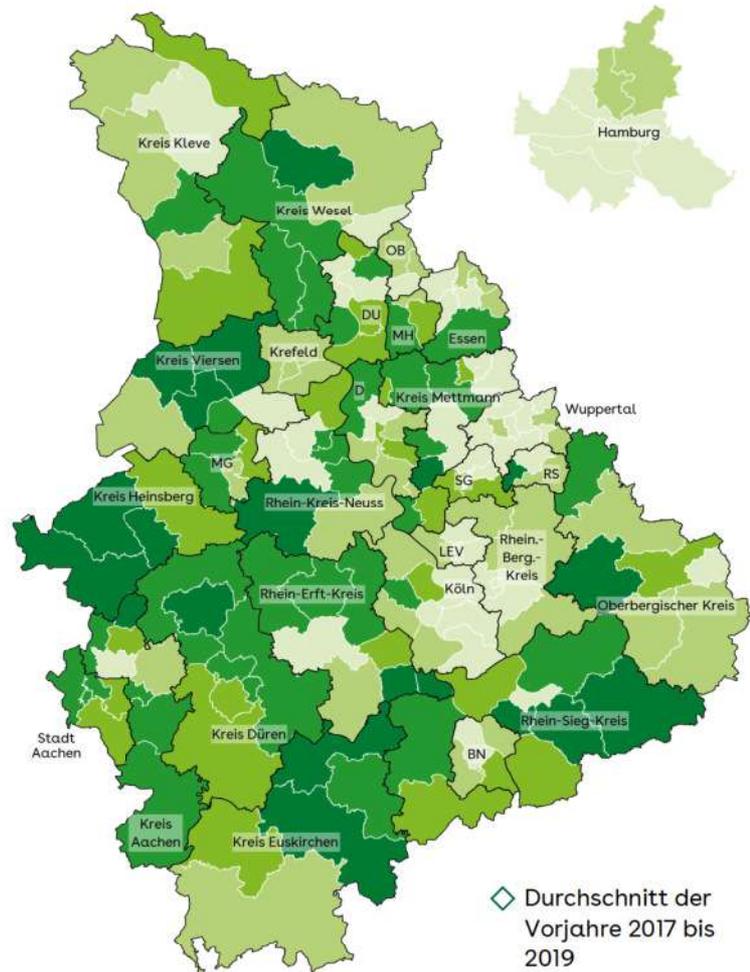
Die fett gedruckten Werte stellen den Durchschnitt der Jahre 2017 bis 2019 (Ausgangswert) dar. Die Werte an den Balken zeigen die Veränderung im Jahr 2020 im Vergleich zum Ausgangswert in Fällen (und in Prozent) an.



## Bauchchirurgische Operationen

Fälle je 100.000 Versicherte, 2020

Kreis Euskirchen	416	+5%
Kreis Heinsberg	411	+13%
Kreis Düren	371	-15%
Rhein-Sieg-Kreis	368	-3%
Kreis Viersen	361	-7%
Kreis Wesel	358	+4%
Rhein-Erft-Kreis	353	0%
Rhein-Kreis Neuss	346	-6%
Aachen	337	+8%
Kreis Aachen	332	-12%
Mönchengladbach	330	-5%
Kreis Mettmann	326	-7%
Mülheim a. d. Ruhr	326	-4%
Remscheid	325	0%
Oberbergischer Kreis	316	-17%
Duisburg	316	-5%
Rheinland/Hamburg	311	-6%
Kreis Kleve	303	-11%
Düsseldorf	299	-2%
Krefeld	289	+4%
Bonn	284	-6%
Essen	284	-4%
Solingen	282	-11%
Rheinisch-Berg. Kreis	273	-16%
Oberhausen	267	-24%
Köln	263	-11%
Leverkusen	263	-9%
Hamburg	250	-9%
Wuppertal	243	-13%



### Welche bauchchirurgischen Operationen werden betrachtet?

Unter den bauchchirurgischen Eingriffen werden in dieser Auswertung die Entfernung des Blinddarms (Appendektomie) und die Gallenblasenentfernung (Cholezystektomie) betrachtet. In Akutsituationen sollen diese Operationen umgehend nach Auftreten der Beschwerden durchgeführt werden. Aber auch bei unkomplizierten Beschwerden mit geringem Notfall-Risiko wird eine zeitnahe Operation empfohlen – nach gründlicher Abwägung kann in solchen Fällen zum Beispiel bei der Blinddarmentzündung alternativ ein konservativer Therapieansatz verfolgt werden.

Diese Auswertung betrachtet die Anzahl dieser bauchchirurgischen Eingriffe im Jahr 2020 je 100.000 Versicherte. Der Vergleichswert für die Jahre 2017 bis 2019 macht deutlich, inwiefern es während der Corona-Pandemie zu einer Veränderung bei diesen Operationen gekommen ist.

#### Zeitraum

2017–2019 und 2020

#### Aufgreifkriterien

OPS-Codes: 5-511.0-2, 5-470, 5-530

#### Standardisierung

keine

#### Datenquelle

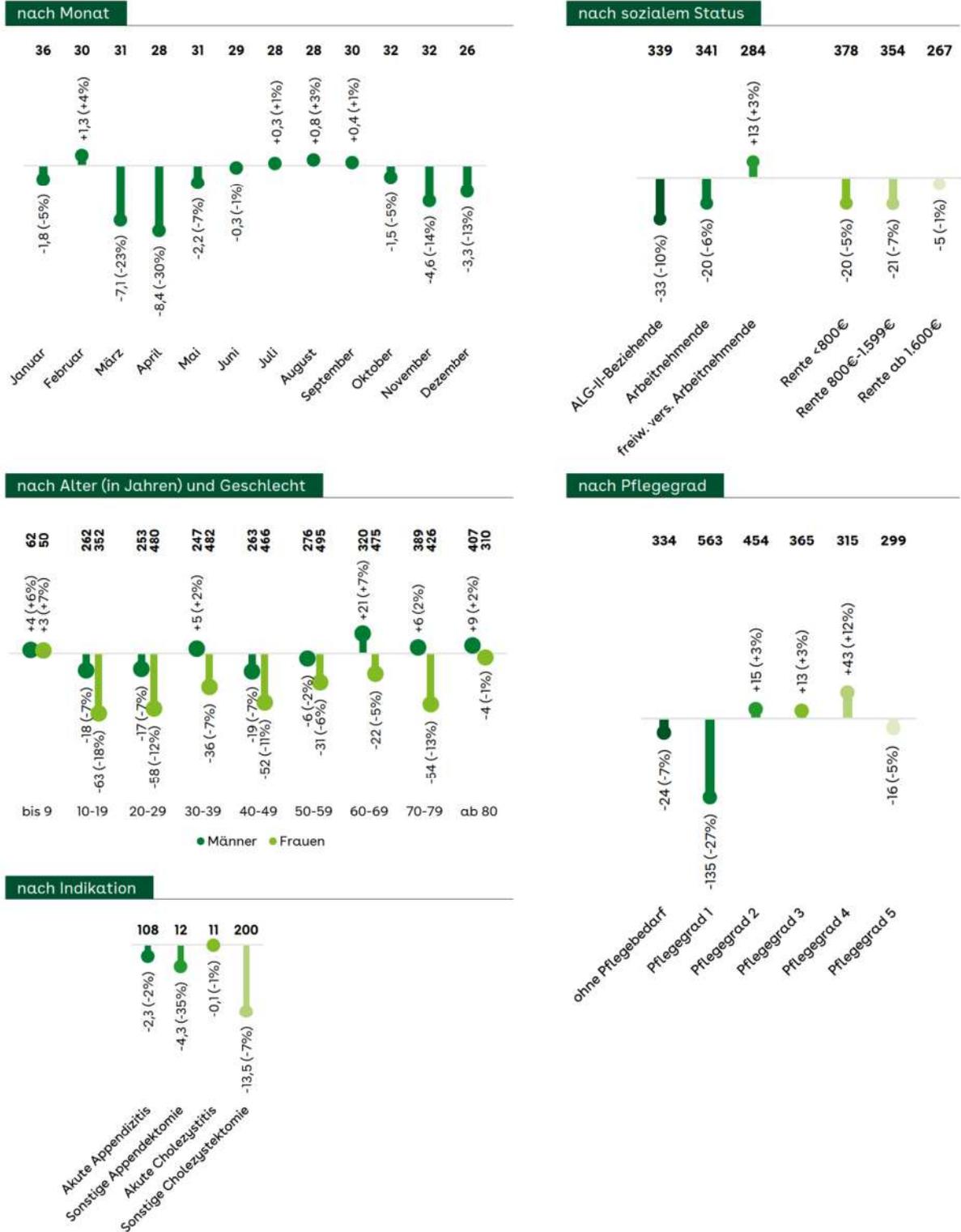
AOK Rheinland/Hamburg

#### Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

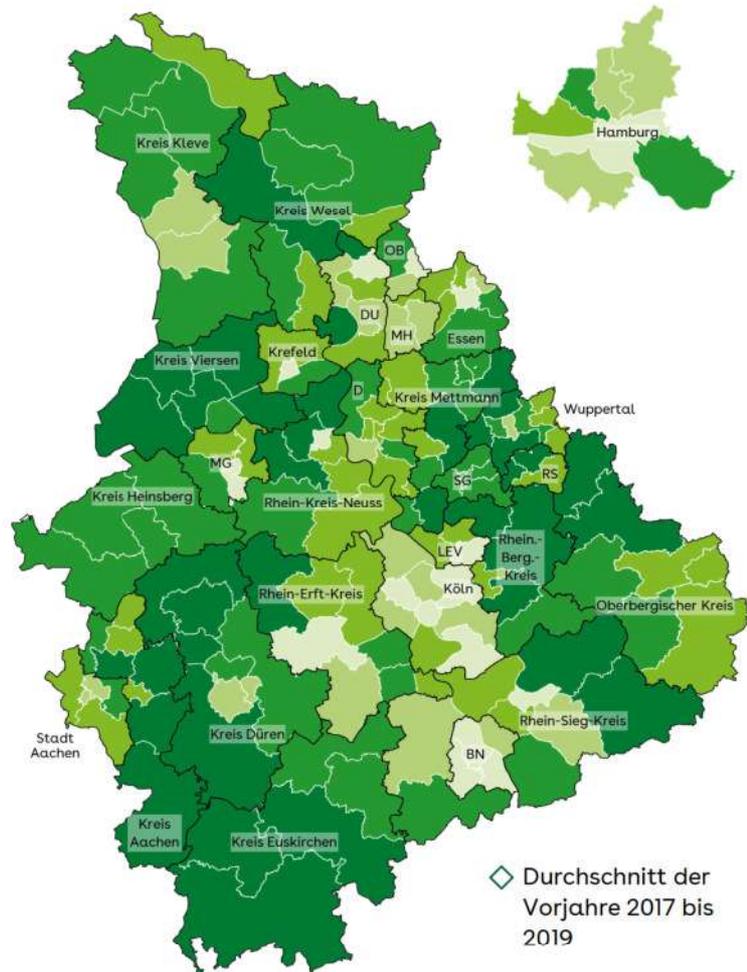
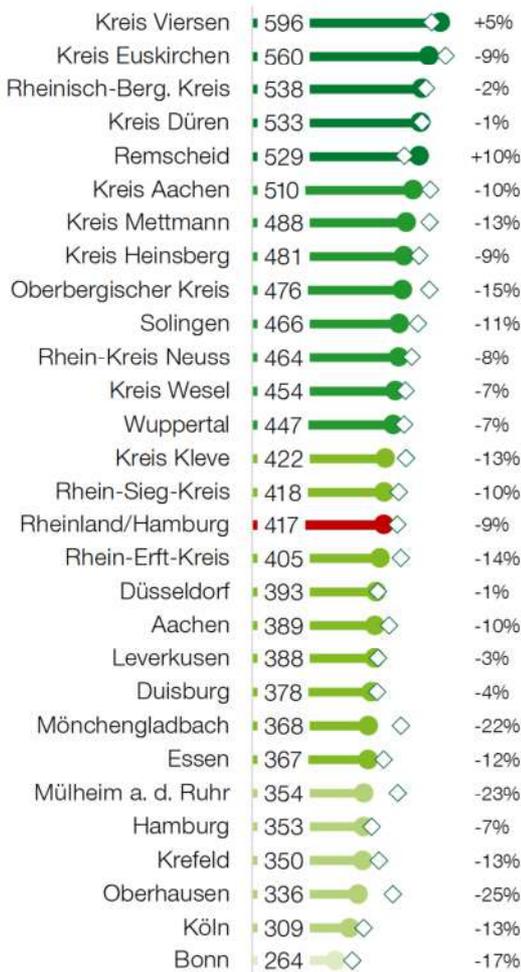
## Veränderung der Fallzahlen je 100.000 Versicherte

Die fett gedruckten Werte stellen den Durchschnitt der Jahre 2017 bis 2019 (Ausgangswert) dar. Die Werte an den Balken zeigen die Veränderung im Jahr 2020 im Vergleich zum Ausgangswert in Fällen (und in Prozent) an.



## Orthopädische Operationen

Fälle je 100.000 Versicherte, 2020



### Wann sollen orthopädische Operationen durchgeführt werden?

Der Einsatz eines künstlichen Knie- oder Hüftgelenks bei arthrosebedingten Schmerzen oder eine Wirbelsäulenoperation bei spezifischen Kreuzschmerzen sind in der Regel keine Notoperationen. Ein operativer Eingriff erfolgt zumeist nach andauernden Schmerzen. Er soll erst dann vorgenommen werden, wenn andere Therapiemaßnahmen keine nachhaltige Besserung bewirkt haben.

Diese Auswertung betrachtet die Anzahl dieser orthopädischen Eingriffe im Jahr 2020 je 100.000 Versicherte. Der Vergleichswert für die Jahre 2017 bis 2019 zeigt, inwiefern es während der Corona-Pandemie zu einer Veränderung bei diesen Operationen gekommen ist.

#### Zeitraum

2017–2019 und 2020

#### Aufgreifkriterien

OPS-Codes: 5-820, 5-822, 5-83 (ohne 5-83a)

#### Standardisierung

keine

#### Datenquelle

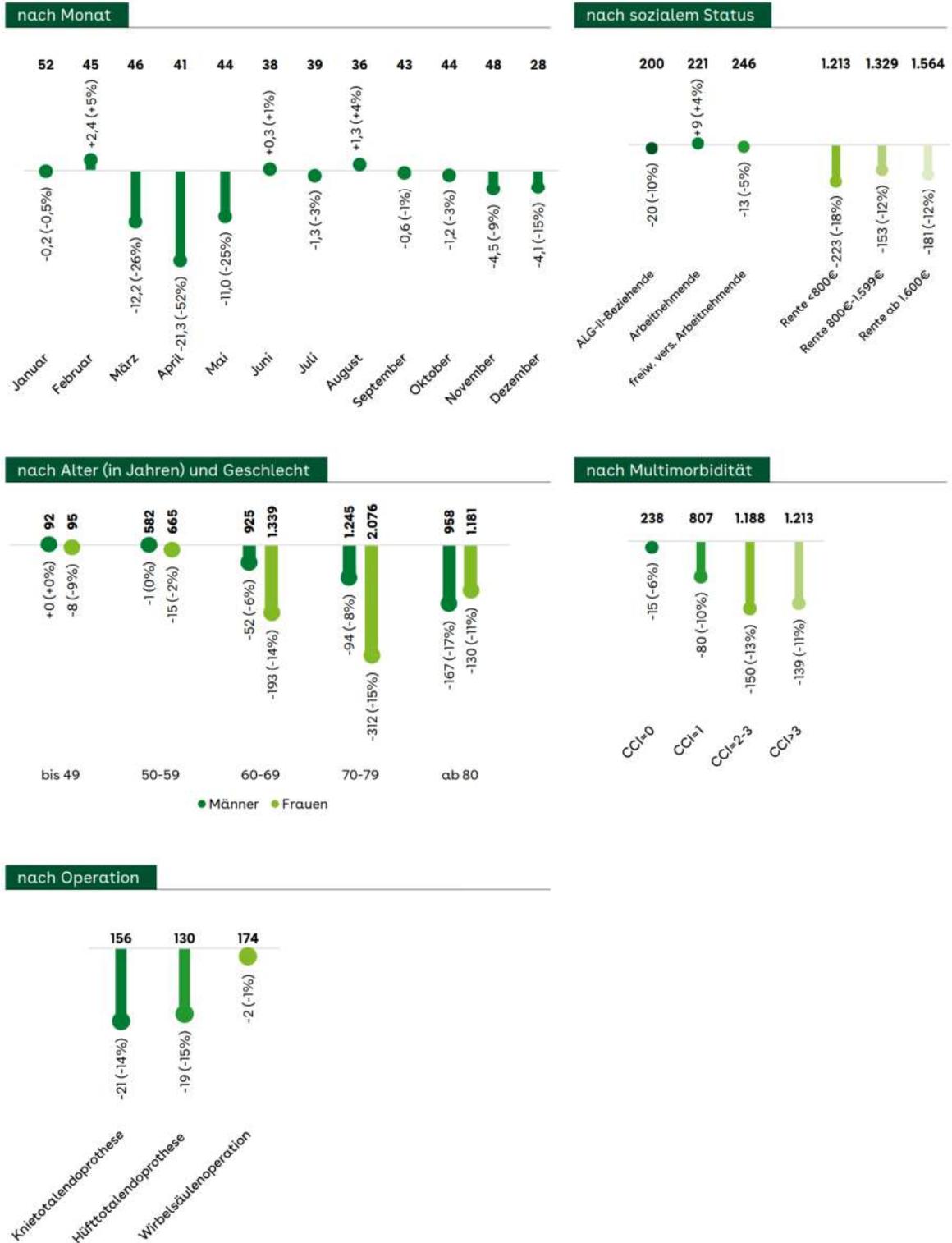
AOK Rheinland/Hamburg

#### Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

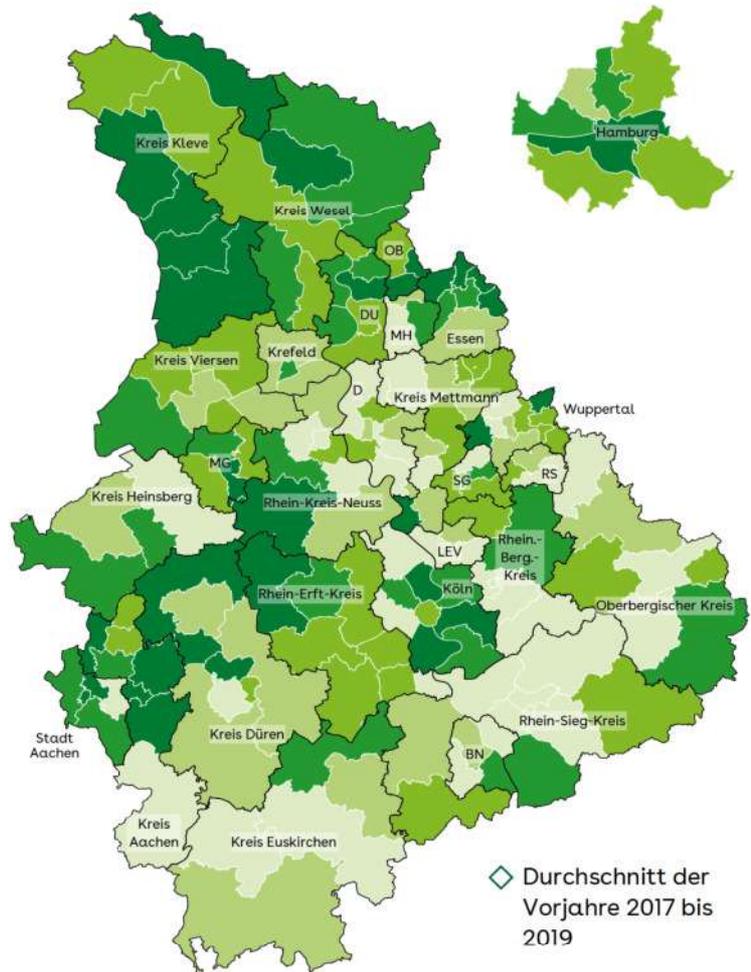
## Veränderung der Fallzahlen je 100.000 Versicherte

Die fett gedruckten Werte stellen den Durchschnitt der Jahre 2017 bis 2019 (Ausgangswert) dar. Die Werte an den Balken zeigen die Veränderung im Jahr 2020 im Vergleich zum Ausgangswert in Fällen (und in Prozent) an.



## Schmerzmittel bei Schmerzen

Tagesdosen (DDD) je Schmerzpatientin und -patient, 2020



### Welchem Ziel dient die Betrachtung der Schmerzmittelverordnungen im Jahr 2020?

Orthopädische Operationen werden in der Regel durchgeführt, weil starke, anhaltende Schmerzen bestehen. Werden planbare Operationen verschoben, bestehen die Schmerzen fort. Schmerzmittel können die Schmerzen reduzieren, bis die erforderliche Operation nachgeholt wird.

Die Auswertung auf Seite 30 zeigt einen Rückgang der orthopädischen Eingriffe im Jahr 2020. Mit dieser Auswertung wird geprüft, inwiefern Patientinnen und Patienten mit chronischen Knie-, Hüft- oder spezifischen Kreuzschmerzen im Jahr 2020 als Behandlungsalternative vermehrt Schmerzmittel verschrieben wurden. Als Vergleichswert dient der Durchschnitt der Jahre 2017 bis 2019. Betrachtet wurden gemäß der medizinischen Leitlinien nichtsteroidale Antirheumatika/Antiphlogistika, Cox-2-Hemmer, Metamizol-Natrium sowie Opiode.

#### Zeitraum

2017–2019 und 2020

#### Aufgreifkriterien

Vergleiche Gesundheitsreport 2021, S. 35, 39, 43, 49

#### Standardisierung

Alter und Geschlecht auf betrachteten Versichertenkreis

#### Datenquelle

AOK Rheinland/Hamburg

#### Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

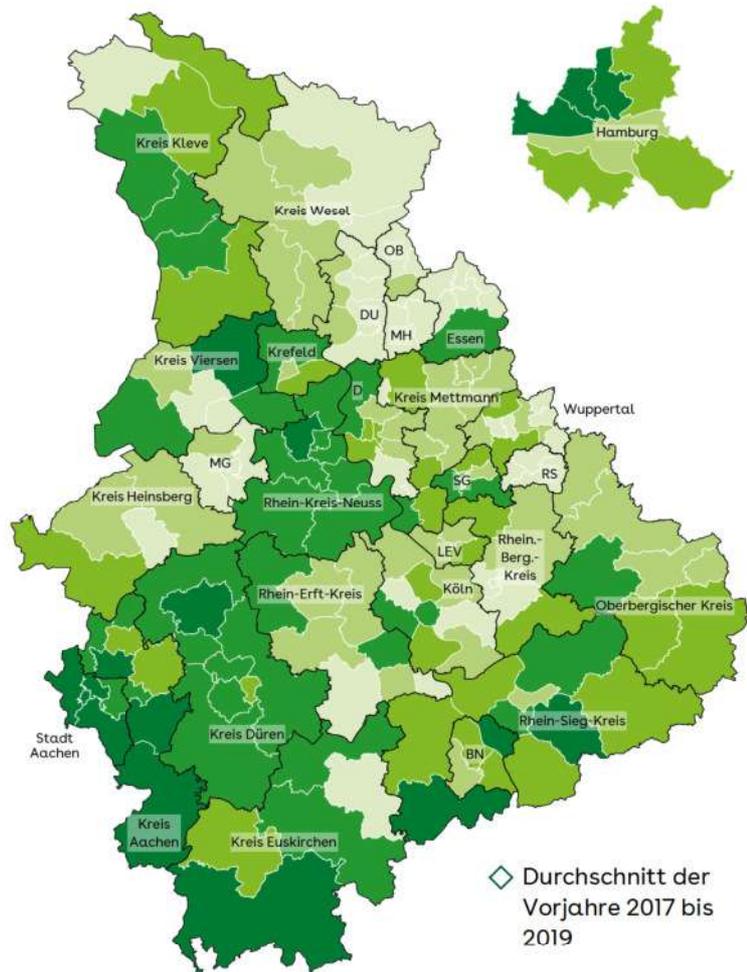
## Veränderung der Tagesdosen (DDD) je Schmerzpatientin und -patient

Die fett gedruckten Werte stellen den Durchschnitt der Jahre 2017 bis 2019 (Ausgangswert) dar. Die Werte an den Balken zeigen die Veränderung im Jahr 2020 im Vergleich zum Ausgangswert in Tagesdosen (DDD) (und in Prozent) an.



## Physiotherapie bei Schmerzen

Einheiten je 100 Schmerzpatientinnen und -patienten, 2020



### Warum kann eine Physiotherapie bei Schmerzen helfen?

Bewegung ist in den meisten Fällen das wirksamste Mittel gegen muskuloskeletale 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.

Diese Auswertung betrachtet die Anzahl der Therapieeinheiten je 100 Versicherte mit muskuloskeletalen Schmerzen. Der Vergleichswert für die Jahre 2017 bis 2019 macht deutlich, ob es durch die Corona-Pandemie zu Einschränkungen in der Behandlung gekommen ist.

#### Zeitraum

2017–2019 und 2020

#### Aufgreifkriterien

Vergleiche Gesundheitsreport 2021, S. 33, 35, 39 und entsprechende Heilmittelpositionen

#### Standardisierung

Alter und Geschlecht auf betrachteten Versichertenkreis

#### Datenquelle

AOK Rheinland/Hamburg

#### Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

## Veränderung der Einheiten je 100 Schmerzpatientinnen und -patienten

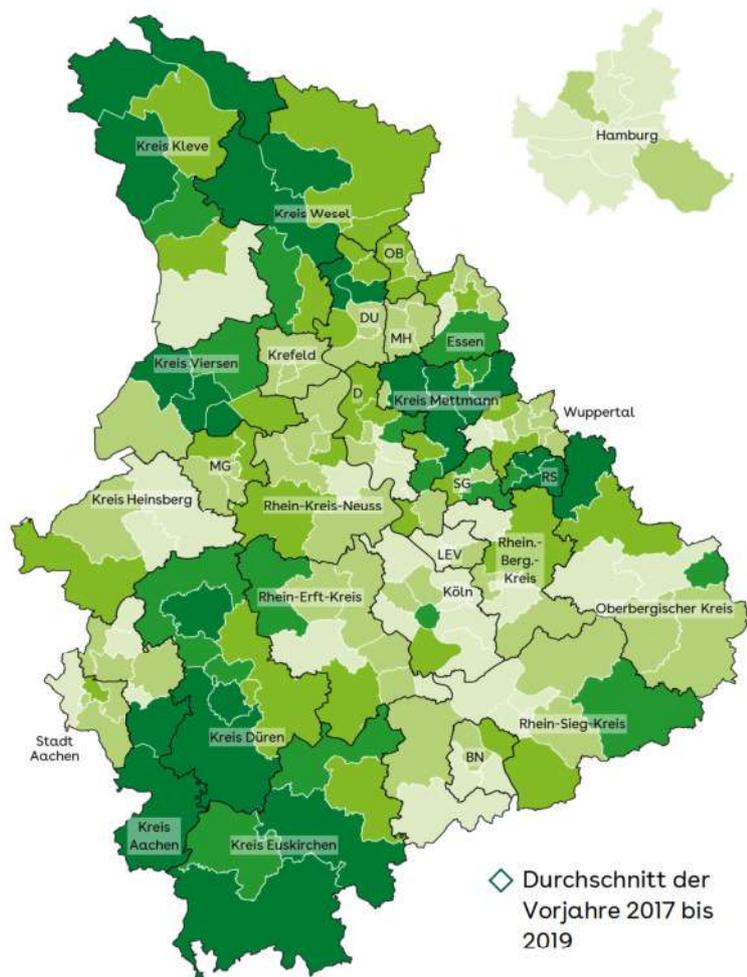
Die fett gedruckten Werte stellen den Durchschnitt der Jahre 2017 bis 2019 (Ausgangswert) dar. Die Werte an den Balken zeigen die Veränderung im Jahr 2020 im Vergleich zum Ausgangswert in Einheiten (und in Prozent) an.



## Potenziell vermeidbare Krankenhausfälle

Fälle je 100 Versicherte, 2020

Remscheid	7,3	◇ -25%
Kreis Euskirchen	7,2	◇ -19%
Kreis Viersen	7,0	◇ -19%
Kreis Düren	6,8	◇ -20%
Kreis Kleve	6,7	◇ -19%
Kreis Wesel	6,7	◇ -22%
Kreis Mettmann	6,5	◇ -20%
Duisburg	6,2	◇ -23%
Solingen	6,1	◇ -19%
Oberhausen	5,9	◇ -28%
Mönchengladbach	5,9	◇ -20%
Essen	5,8	◇ -21%
Rheinland/Hamburg	5,8	◇ -21%
Kreis Aachen	5,7	◇ -22%
Krefeld	5,7	◇ -22%
Oberbergischer Kreis	5,7	◇ -20%
Wuppertal	5,7	◇ -26%
Mülheim a. d. Ruhr	5,6	◇ -23%
Kreis Heinsberg	5,6	◇ -18%
Rhein-Kreis Neuss	5,6	◇ -19%
Aachen	5,5	◇ -22%
Rhein-Erft-Kreis	5,5	◇ -19%
Rheinisch-Berg. Kreis	5,5	◇ -24%
Düsseldorf	5,5	◇ -20%
Rhein-Sieg-Kreis	5,4	◇ -21%
Bonn	5,3	◇ -19%
Köln	5,1	◇ -21%
Leverkusen	5,0	◇ -20%
Hamburg	4,9	◇ -24%



### Warum gelten bestimmte Krankenhausfälle als potenziell vermeidbar?

Als potenziell vermeidbar gelten Krankenhausfälle, wenn es im Vorfeld gute Möglichkeiten gegeben hätte, einen schweren Krankheitsverlauf zu verhindern – sei es durch ein effektives Management chronischer Erkrankungen oder effektive Akutbehandlungen im ambulanten Sektor. Krankheiten, gegen die es Schutzimpfungen gibt, werden ebenfalls unter dem Indikator erfasst. Ein Schlüsselfaktor, um Krankenhausfälle zu vermeiden, ist eine qualitativ hochwertige ambulante Versorgung. Die Anzahl der vermeidbaren Krankenseinweisungen kann daher als Indikator für die Qualität der ambulanten Versorgung betrachtet werden.

Für die Auswertung verwenden wir die Definition der ambulant-sensitiven Diagnosen von Sundmacher aus dem Jahr 2015, wobei nur die wichtigsten Krankheiten berücksichtigt wurden („core list“).

#### Zeitraum

2017–2019 und 2020

#### Aufgreifkriterien

Core-List nach Sundmacher

#### Standardisierung

keine

#### Datenquelle

AOK Rheinland/Hamburg

#### Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

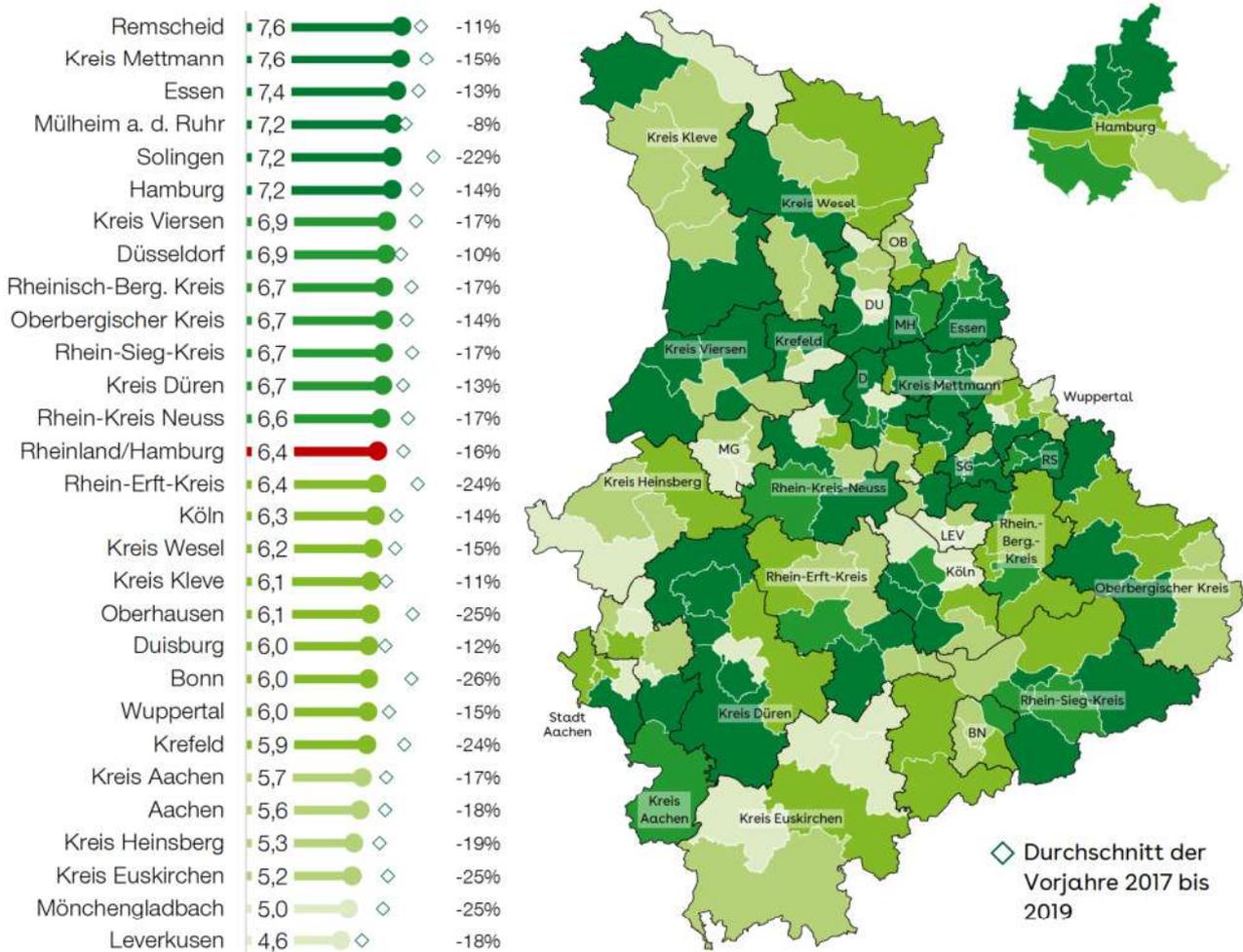
## Veränderung der Fallzahlen je 100 Versicherte

Die fett gedruckten Werte stellen den Durchschnitt der Jahre 2017 bis 2019 (Ausgangswert) dar. Die Werte an den Balken zeigen die Veränderung im Jahr 2020 im Vergleich zum Ausgangswert in Fällen (und in Prozent) an.



## Potenziell vermeidbare Krankenhausfälle aus der Pflege

Fälle je 100 pflegebedürftige Versicherte, 2020



### Welche Krankenhausfälle sind bei pflegebedürftigen Menschen oftmals vermeidbar?

Pflegebedürftige Personen sind stark in ihrer Selbstständigkeit und ihren Fähigkeiten eingeschränkt. Sie können ihren Alltag nicht allein bewältigen. Die Pflegepersonen (privat und/oder professionell) leisten Unterstützung im Alltag und übernehmen die Verantwortung, Gefährdungen der Gesundheit abzuwenden. Krankenhausaufenthalte aufgrund bestimmter Vorfälle können bei guter Pflege weitgehend vermieden werden. Dazu zählen bestimmte Frakturen, Wunden, Dekubitus, Ernährungsprobleme, Gelenkversteifungen, Harnwegsinfektionen, Vergiftungen durch Arzneimittel, Lungenentzündungen nach Eindringen von Nahrung und Erbrochenem in das Bronchialsystem, hypostatische Lungenentzündungen sowie Unter- und Überzuckerung. Die Auswertung betrachtet die Anzahl der potenziell vermeidbaren Krankenhausfälle aus der Pflege je 100 pflegebedürftige Versicherte ab Pflegegrad 2 im Jahr 2020.

#### Zeitraum

2017–2019 und 2020

#### Aufgreifkriterien

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

#### Standardisierung

keine

#### Datenquelle

AOK Rheinland/Hamburg

#### Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

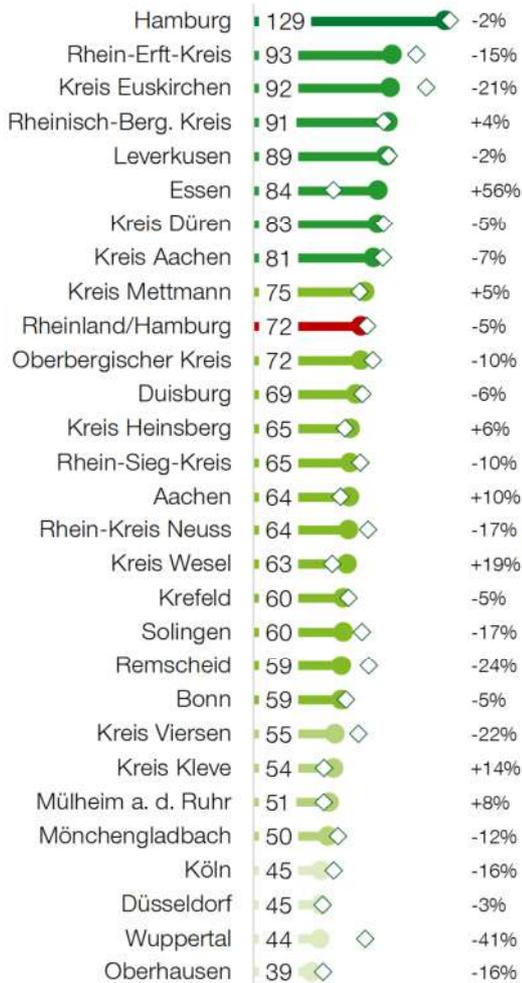
## Veränderung der Fallzahlen je 100 pflegebedürftige Versicherte

Die fett gedruckten Werte stellen den Durchschnitt der Jahre 2017 bis 2019 (Ausgangswert) dar. Die Werte an den Balken zeigen die Veränderung im Jahr 2020 im Vergleich zum Ausgangswert in Fällen (und in Prozent) an.



## Notfallfahrten aus Pflegeheimen

Notfallfahrten je 100 Bewohnerinnen und Bewohner (Ganzjahresäquivalente)



### Warum rufen Pflegeheime häufig einen Rettungswagen?

Pflegebedürftige Menschen in Pflegeheimen haben aufgrund ihrer gesundheitlichen Einschränkungen und ihres Alters ein erhöhtes Risiko für einen kritischen Gesundheitszustand. Wenn sich der Gesundheitszustand verschlechtert oder bei ungewöhnlichen Beschwerden, rufen viele Pflegeheime sofort einen Rettungsdienst, der die Bewohnerin oder den Bewohner ins Krankenhaus bringt. Viele dieser Notfallfahrten sind aus medizinischer Sicht nicht notwendig. Die Heimbewohnerinnen und -bewohner profitieren häufig nicht von den Krankenhausaufenthalten. Zur Bewertung der Ergebnisse gibt es keine Richtgrößen, der Kreisvergleich macht allerdings regionale Auffälligkeiten deutlich.

Die Auswertung betrachtet die Anzahl der Notfallfahrten je 100 Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner. Der Vergleichswert für die Jahre 2017 bis 2019 zeigt, inwiefern es während der Corona-Pandemie zu einer Veränderung der Fallzahlen gekommen ist.

#### Zeitraum

2017–2019 und 2020

#### Aufgreifkriterien

Notfallfahrt

#### Standardisierung

keine

#### Datenquelle

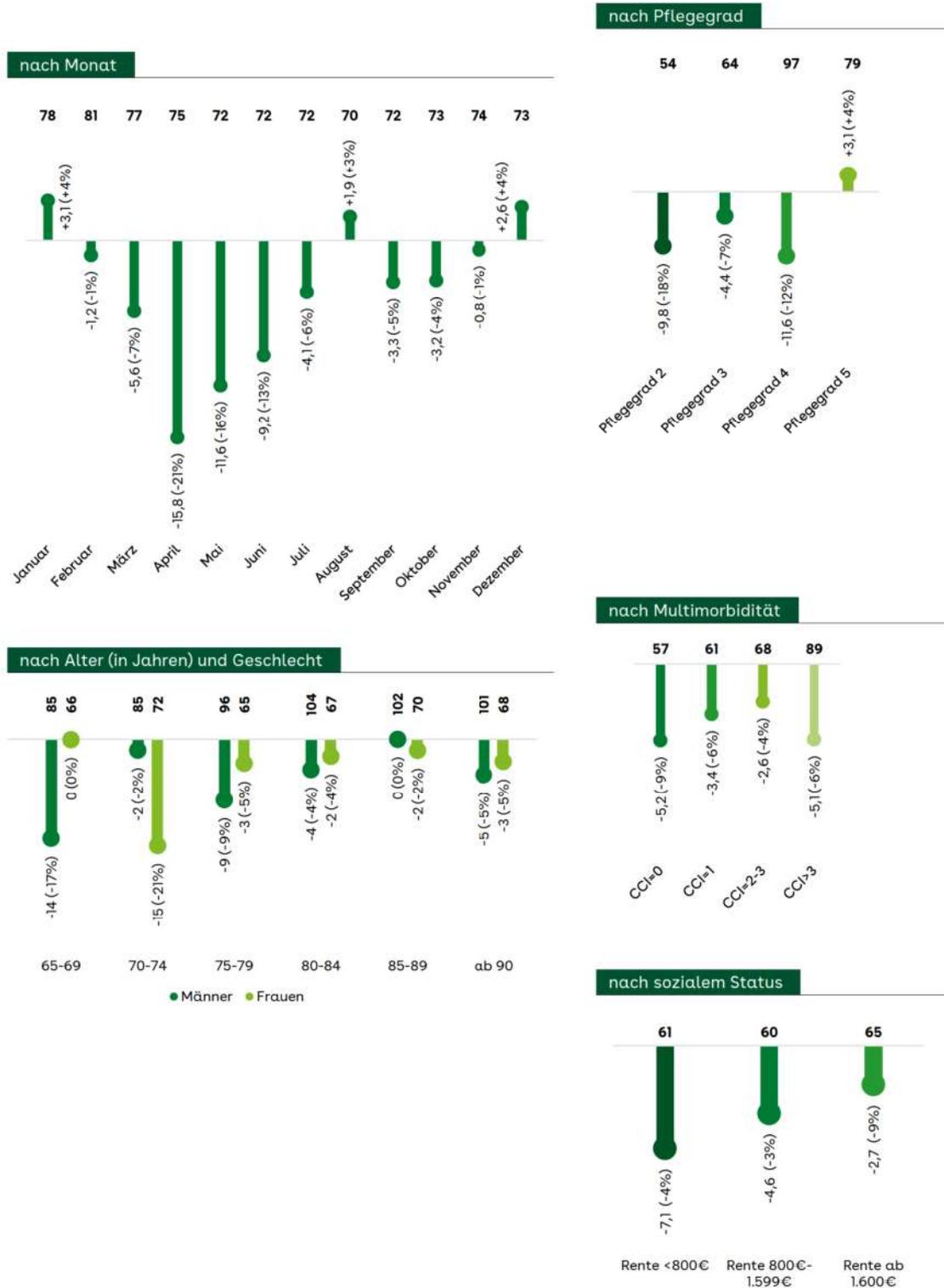
AOK Rheinland/Hamburg

#### Regionale Zuordnung

Sitz des Pflegeheimes

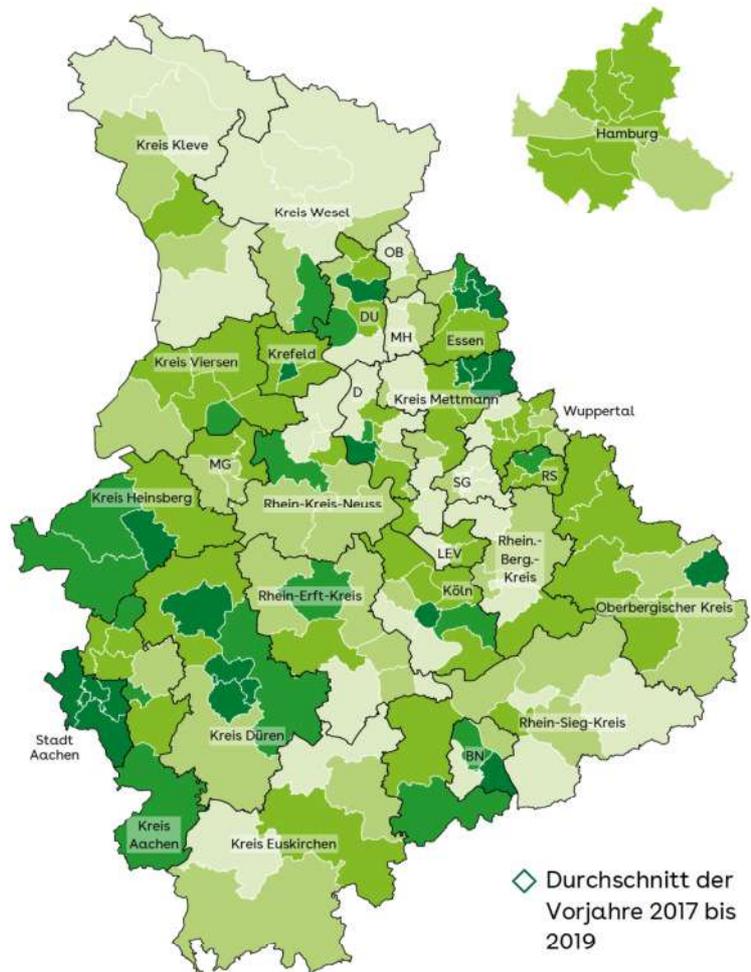
## Veränderung der Fallzahlen je 100 Bewohnerinnen und Bewohner (Ganzjahresäquivalente)

Die fett gedruckten Werte stellen den Durchschnitt der Jahre 2017 bis 2019 (Ausgangswert) dar. Die Werte an den Balken zeigen die Veränderung im Jahr 2020 im Vergleich zum Ausgangswert in Fällen (und in Prozent) an.



## Im Krankenhaus entwickelte Sepsis

Anteil an allen Krankenhausfällen mit Operation, 2020



### 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 Auswertung zeigt für das Jahr 2020 den Anteil der Krankenhausfälle, bei denen eine Sepsis aufgetreten ist, an allen Krankenhausfällen mit einer Operation, bei denen Sepsis nicht bereits als Einweisungs- oder Aufnahme diagnose kodiert war.

#### Zeitraum

2017–2019 und 2020

#### Aufgreifkriterien

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

#### Standardisierung

Alter und Geschlecht auf betrachteten Versichertenkreis

#### Datenquelle

AOK Rheinland/Hamburg

#### Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

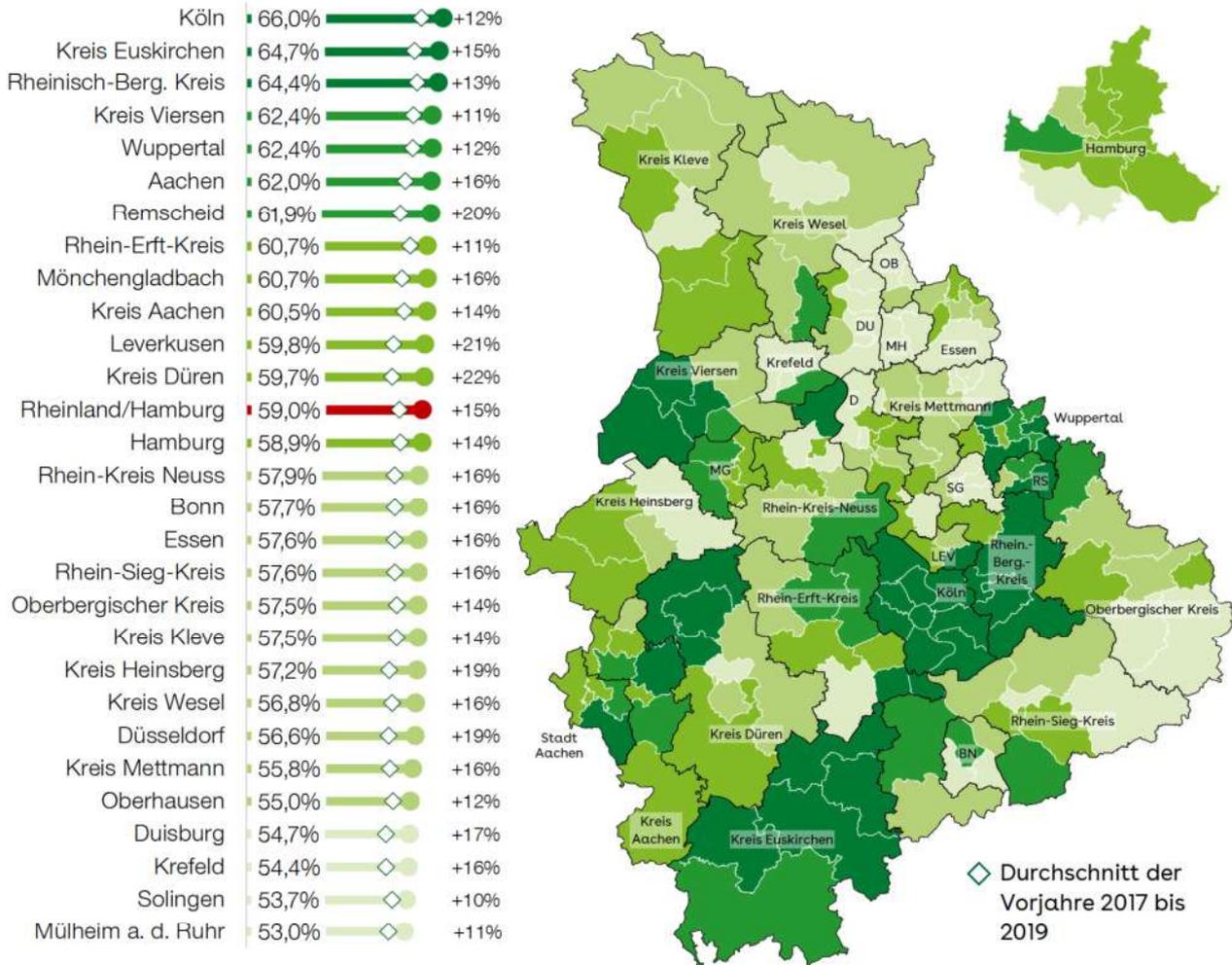
## Veränderung des Anteils an allen Krankenhausfällen mit Operation

Die fett gedruckten Werte stellen den Durchschnitt der Jahre 2017 bis 2019 (Ausgangswert) dar. Die Werte an den Balken zeigen die Veränderung im Jahr 2020 im Vergleich zum Ausgangswert in Prozentpunkten (und in Prozent) an.



## Ausreichende Arzneimittelversorgung bei Koronarer Herzkrankheit

Anteil an allen Versicherten mit KHK und Verordnung von Statinen, 2020



### Warum ist eine gute Arzneimittelversorgung bei Koronarer Herzkrankheit wichtig?

Bei der Koronaren Herzkrankheit sind die Herzkranzgefäße durch Fett- und Kalkablagerungen (Plaques) an den Innenwänden verengt. 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. Durch die Einnahme von Statinen lässt sich das Risiko für Folgeerkrankungen und Sterblichkeit signifikant reduzieren. In dieser Auswertung wird betrachtet, ob Versicherte mit einer Koronaren Herzkrankheit während der Corona-Pandemie im Jahr 2020 weiterhin ausreichend mit Statinen versorgt waren. Als ausreichend versorgt gelten nach gängigen internationalen Standards Personen, die für mindestens 80 Prozent des Jahres Medikamente verordnet bekommen haben. Als Vergleichswert dient der Durchschnitt der Jahre 2017 bis 2019.

#### Zeitraum

2017–2019 und 2020

#### Aufgreifkriterien

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

#### Standardisierung

Alter und Geschlecht auf betrachteten Versichertenkreis

#### Datenquelle

AOK Rheinland/Hamburg

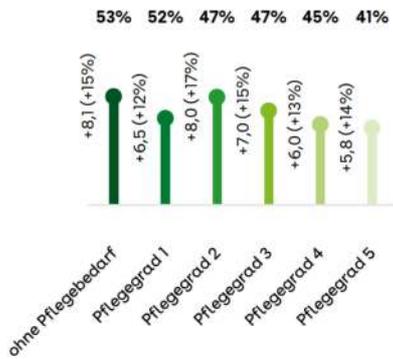
#### Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

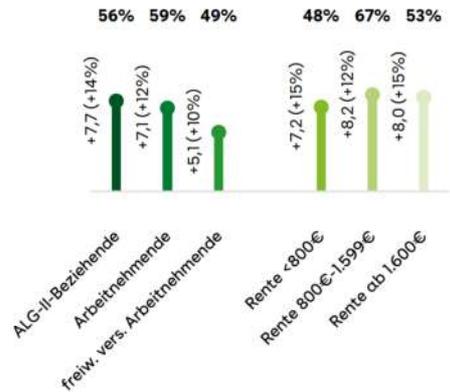
## Veränderung des Anteils der Versicherten mit ausreichender Versorgung

Die fett gedruckten Werte stellen den Durchschnitt der Jahre 2017 bis 2019 (Ausgangswert) dar. Die Werte an den Balken zeigen die Veränderung im Jahr 2020 im Vergleich zum Ausgangswert in Prozentpunkten (und in Prozent) an.

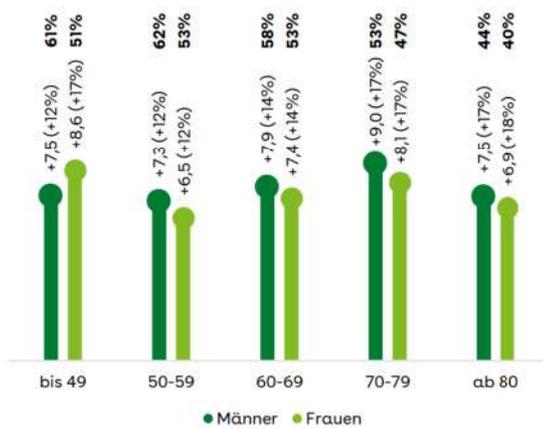
### nach Pflegegrad



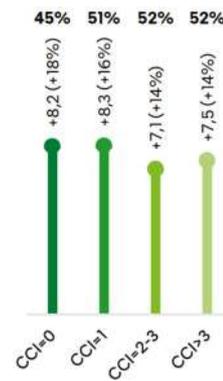
### nach sozialem Status



### nach Alter (in Jahren) und Geschlecht



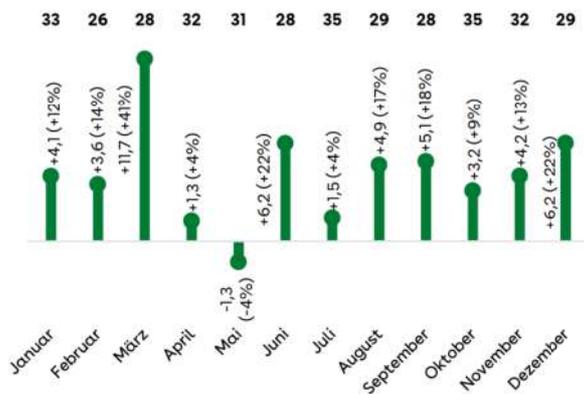
### nach Multimorbidität



## Veränderung der Tagesdosen (DDD) je Versicherten

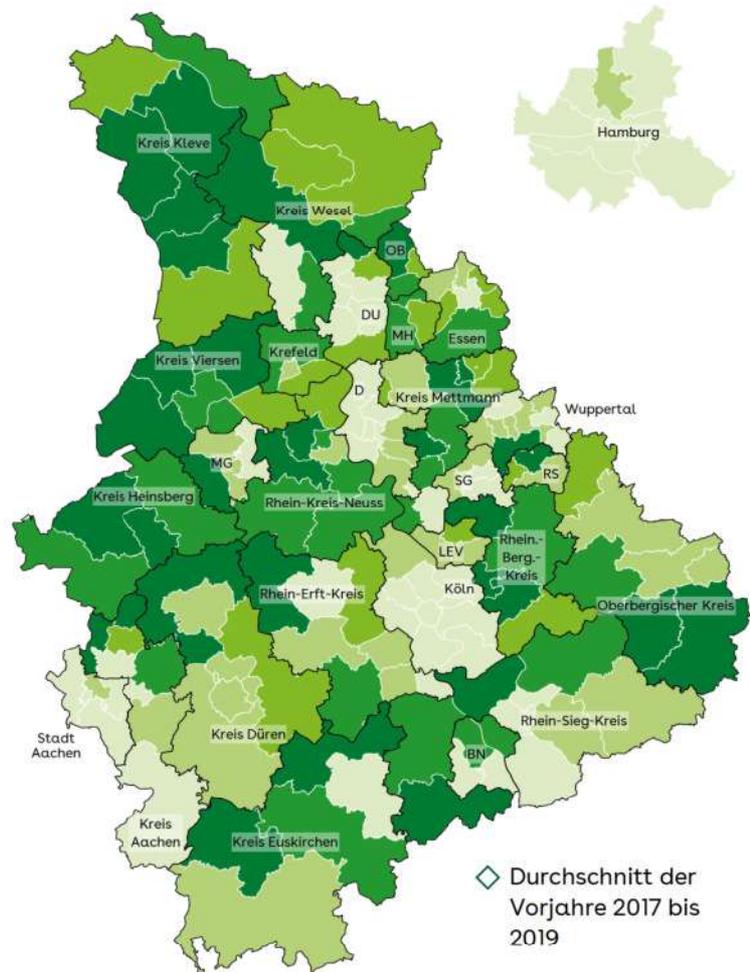
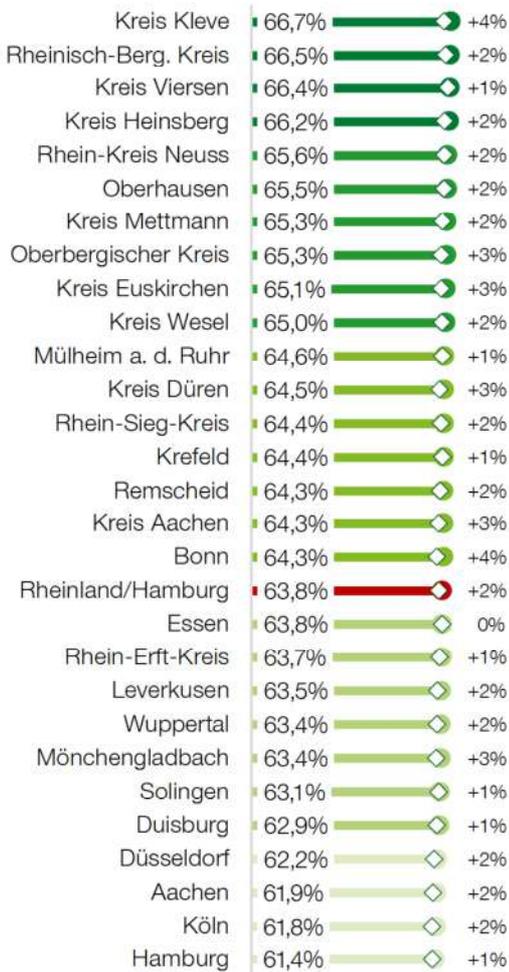
Die fett gedruckten Werte stellen den Durchschnitt der Jahre 2017 bis 2019 (Ausgangswert) dar. Die Werte an den Balken zeigen die Veränderung im Jahr 2020 im Vergleich zum Ausgangswert in Tagesdosen (DDD) (und in Prozent) an.

### nach Monat



## Ausreichende Arzneimittelversorgung bei Diabetes

Anteil an allen Versicherten mit Diabetes und Verordnung von Antidiabetika, 2020



### Warum ist eine gute Arzneimittelversorgung bei Diabetes wichtig?

Diabetes mellitus 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. Wenn die nicht-medikamentöse Basistherapie ausgeschöpft ist, soll eine medikamentöse Therapie Anwendung finden, um den Blutzuckerspiegel zu kontrollieren und Folgeschäden zu verhindern.

In dieser Auswertung wird betrachtet, ob Versicherte mit Diabetes während der Corona-Pandemie weiterhin ausreichend mit Antidiabetika versorgt waren. Als ausreichend versorgt gelten nach gängigen internationalen Standards Personen, die für mindestens 80 Prozent des Jahres Medikamente verordnet bekommen haben. Als Vergleichswert dient der Durchschnitt der Jahre 2017 bis 2019.

#### Zeitraum

2017–2019 und 2020

#### Aufgreifkriterien

ICD-10-Codes: E10-E14,  
ATC-Code (amtlich): A10

#### Standardisierung

Alter und Geschlecht  
auf betrachteten  
Versichertenkreis

#### Datenquelle

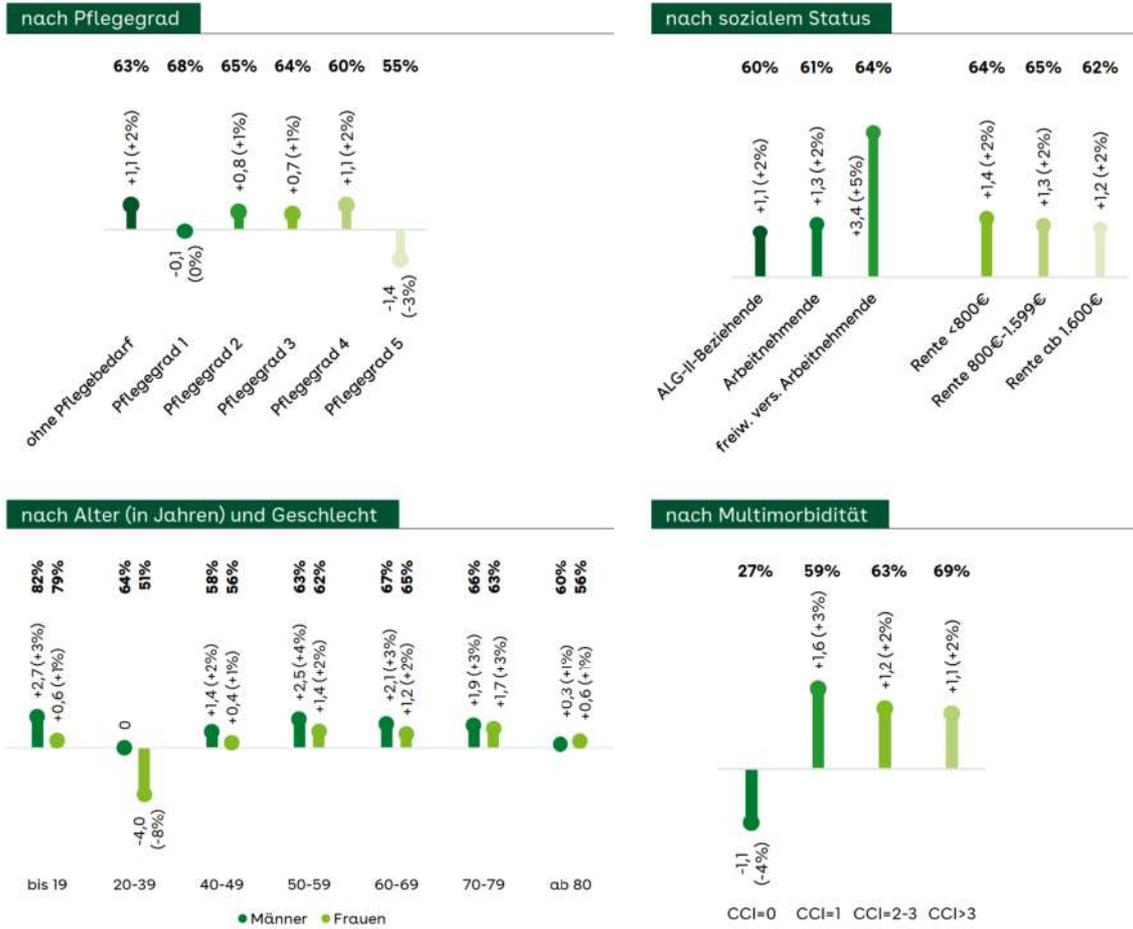
AOK Rheinland/Hamburg

#### Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

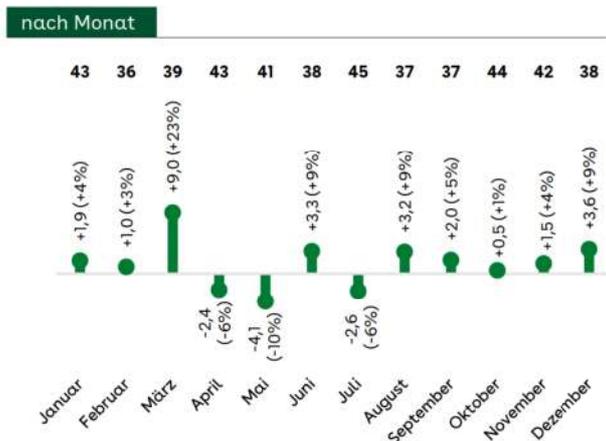
## Veränderung des Anteils der Versicherten mit ausreichender Versorgung

Die fett gedruckten Werte stellen den Durchschnitt der Jahre 2017 bis 2019 (Ausgangswert) dar. Die Werte an den Balken zeigen die Veränderung im Jahr 2020 im Vergleich zum Ausgangswert in Prozentpunkten (und in Prozent) an.



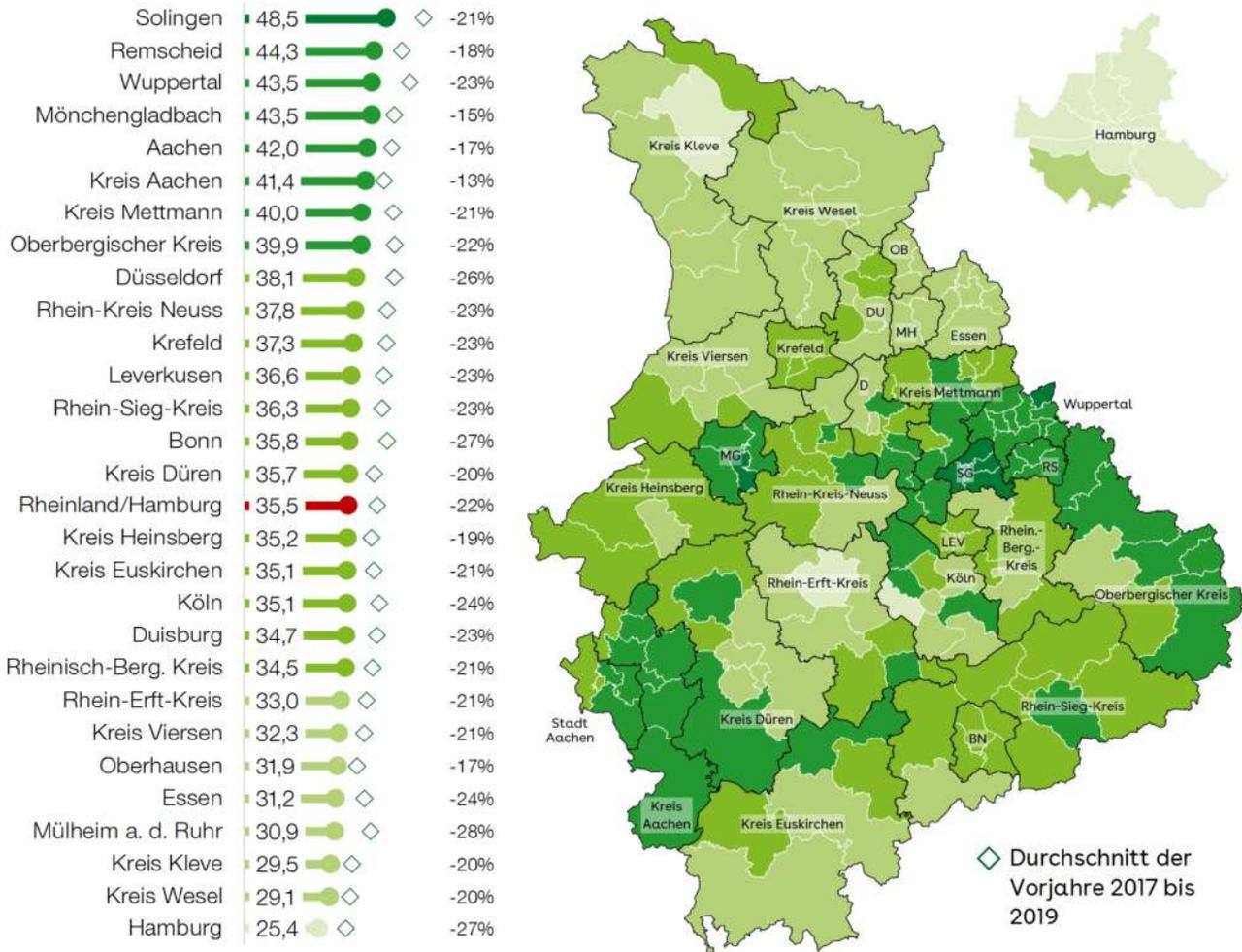
## Veränderung der Tagesdosen (DDD) je Versicherten

Die fett gedruckten Werte stellen den Durchschnitt der Jahre 2017 bis 2019 (Ausgangswert) dar. Die Werte an den Balken zeigen die Veränderung im Jahr 2020 im Vergleich zum Ausgangswert in Tagesdosen (DDD) (und in Prozent) an.



## Arbeitsunfähigkeitsfälle aufgrund von Atemwegserkrankungen

Fälle je 100 Versichertenjahre mit Anspruch auf Krankengeld, 2020



### Was zählt zu den Arbeitsunfähigkeitsfällen aufgrund von Atemwegserkrankungen?

Erwerbstätige, die ihre Tätigkeit aufgrund einer Krankheit oder eines Unfalls vorübergehend nicht ausüben können, können von einer Ärztin oder einem Arzt arbeitsunfähig geschrieben werden. 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 (AU) zugrunde. Kurze Fehlzeiten ohne Bescheinigung sind daher nicht berücksichtigt. Atemwegserkrankungen sind die häufigste Ursache für eine AU. Diese AU-Fälle gehen fast ausschließlich auf akute Infektionen zurück. Am häufigsten ist die Diagnose „Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege“ (J06), wozu auch der grippale Infekt zählt. Weitere Diagnosen sind Bronchitis, Erkältungsschnupfen, Nasennebenhöhlen- und Rachenentzündung. Der Vergleichswert für die Jahre 2017 bis 2019 zeigt, inwiefern es während der Corona-Pandemie zu einer Veränderung dieser AU-Fälle gekommen ist.

#### Zeitraum

2017–2019 und 2020

#### Aufgreifkriterien

AU-Bescheinigung

#### Standardisierung

Alter und Geschlecht auf Bundesbevölkerung

#### Datenquelle

AOK Rheinland/Hamburg

#### Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

## Veränderung der Fallzahlen je 100 Versichertenjahre mit Anspruch auf Krankengeld

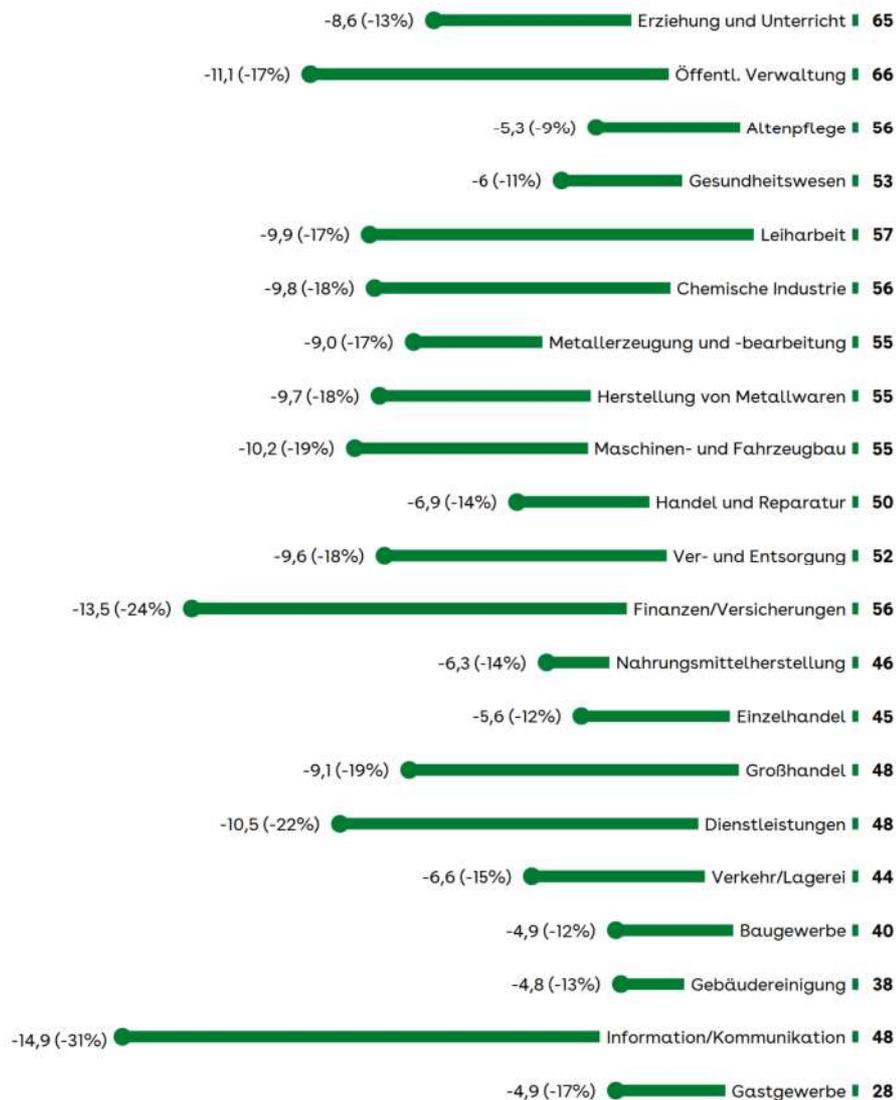
Die fett gedruckten Werte stellen den Durchschnitt der Jahre 2017 bis 2019 (Ausgangswert) dar. Die Werte an den Balken zeigen die Veränderung im Jahr 2020 im Vergleich zum Ausgangswert in Fällen (und in Prozent) an.



## Veränderung der Fallzahlen je 100 Versichertenjahre mit Anspruch auf Krankengeld

Die fett gedruckten Werte stellen den Durchschnitt der Jahre 2017 bis 2019 (Ausgangswert) dar. Die Werte an den Balken zeigen die Veränderung im Jahr 2020 im Vergleich zum Ausgangswert in Fällen (und in Prozent) an.

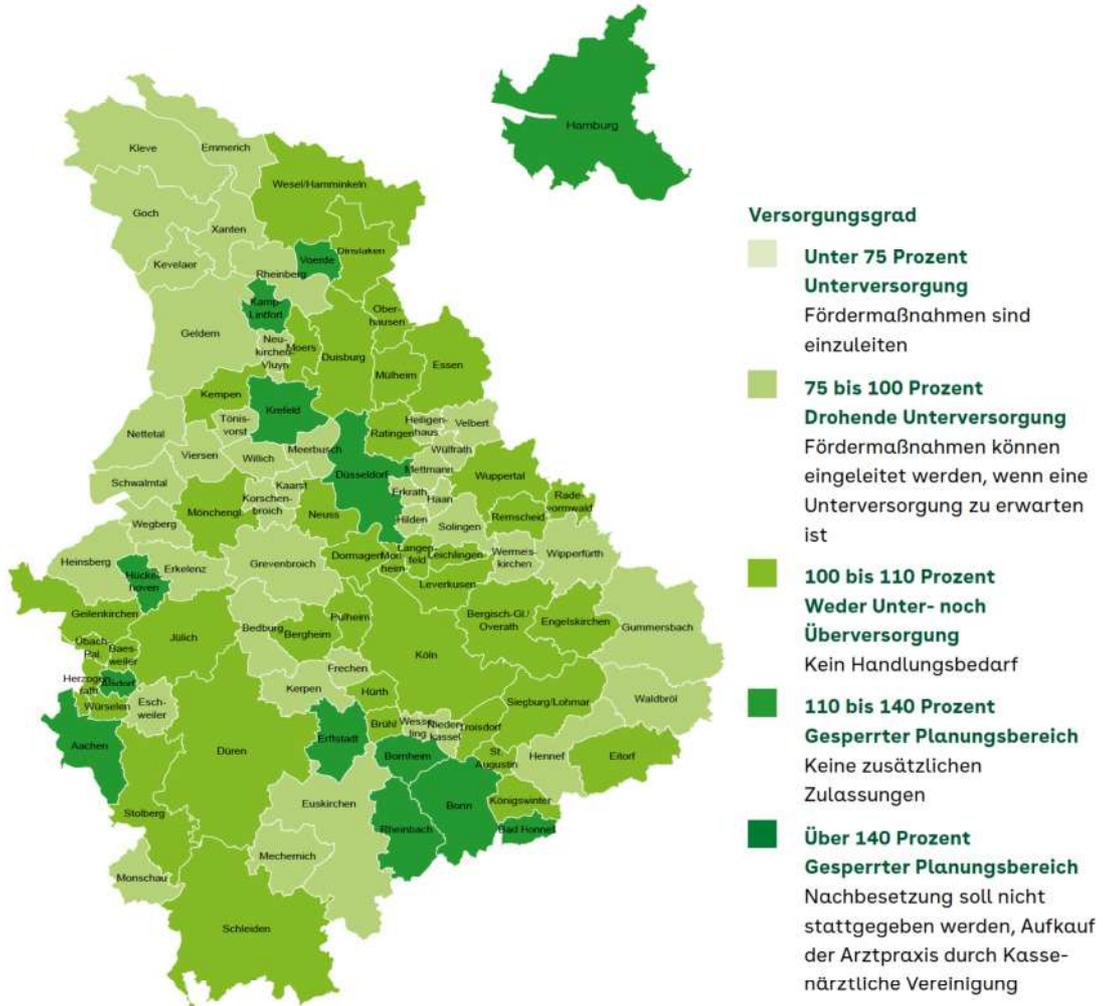
nach Branche





## Zugang zur Versorgung

## Hausärztliche Versorgung: Versorgungsgrad



### Was sagt der Versorgungsgrad aus?

Niedergelassene Ärzte unterliegen in Deutschland einer Bedarfsplanung. Sie dient der Sicherstellung einer flächendeckenden, wohnortnahen ambulanten Versorgung der Bevölkerung. Zur Bewertung der Versorgung in einer Region dient der Versorgungsgrad. Der Versorgungsgrad ist das Verhältnis der Anzahl der niedergelassenen Ärzte zu einer rechnerischen Sollzahl an Ärzten, die ein angemessenes Niveau beschreibt. Diese Verhältniszahl beschreibt das Niveau aufgeteilt nach Arztgruppen. Bei den Hausärzten liegt dieser Sollzahl ein Verhältnis von einem Hausarzt je 1.607 Einwohnern zugrunde. Die Planung erfolgt kleinräumig auf Ebene der sogenannten Mittelbereiche.

#### Zeitraum

Rheinland 28.10.2021,  
Hamburg 06.09.2021

#### Aufgreifkriterien

keine

#### Standardisierung

keine

#### Datenquelle

Bedarfsplanung der KV Nordrhein und der KV Hamburg

#### Regionale Zuordnung

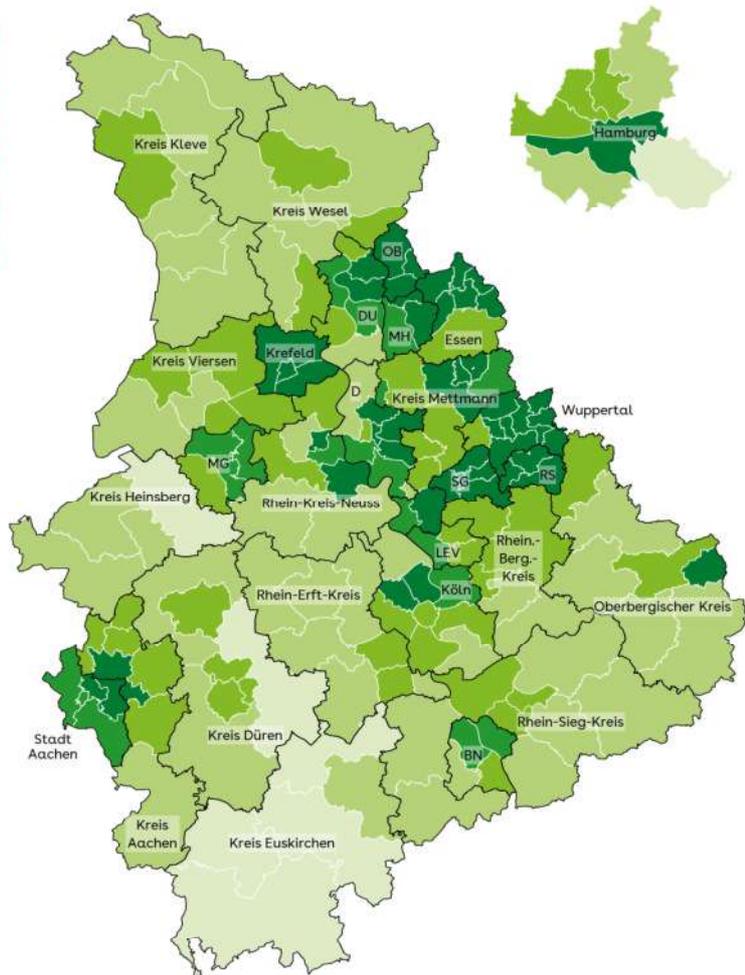
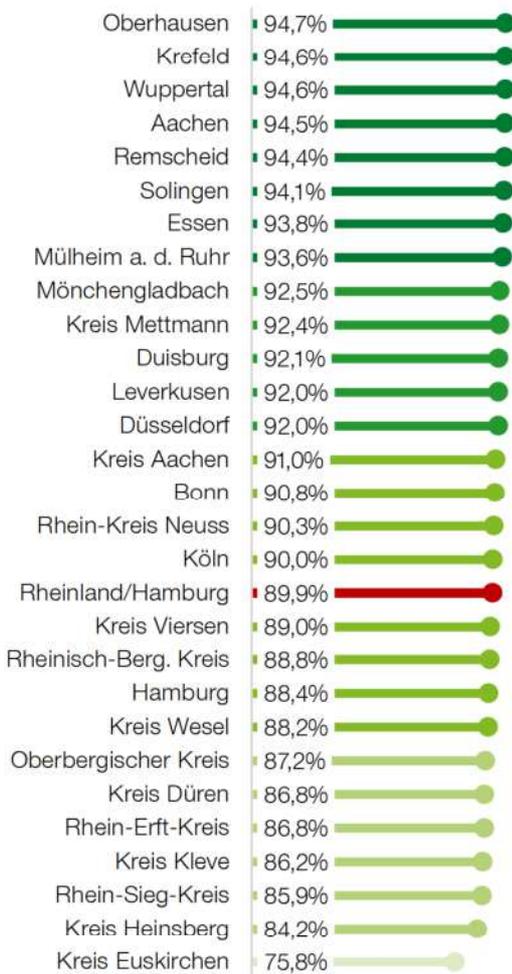
Sitz der Arztpraxis

## Hausärztliche Versorgung: Versorgungsgrad

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

## Hausärztliche Versorgung im 10-Kilometer-Umkreis

Anteil an allen Versicherten in hausärztlicher Behandlung, Durchschnitt der Jahre 2017 bis 2019



### Warum wird die hausärztliche Versorgung in einem Umkreis von zehn Kilometern betrachtet?

Hausärztinnen und Hausärzte sind die erste ärztliche Anlaufstelle in der Gesundheitsversorgung. Sie übernehmen Diagnostik und Therapie bei akuten Gesundheitsproblemen und in der Langzeitbehandlung bei anhaltenden Krankheiten. Die Versorgung soll wohnortnah gewährleistet sein. Die Auswertung betrachtet, wie viele Versicherte in hausärztlicher Behandlung von einer Arztpraxis versorgt wurden, die nicht weiter als zehn Kilometer von ihrem Wohnort entfernt ist. Eine Behandlung in einer weiter entfernten Arztpraxis kann dem geschuldet sein, dass keine nähere Behandlungsmöglichkeit bestand, oder aber, dass die Versicherten bewusst eine weiter entfernt liegende Praxis aufgesucht haben.

#### Zeitraum

2017–2019

#### Aufgreifkriterien

EMB-Ziffern: 03001–03005

#### Standardisierung

keine

#### Datenquelle

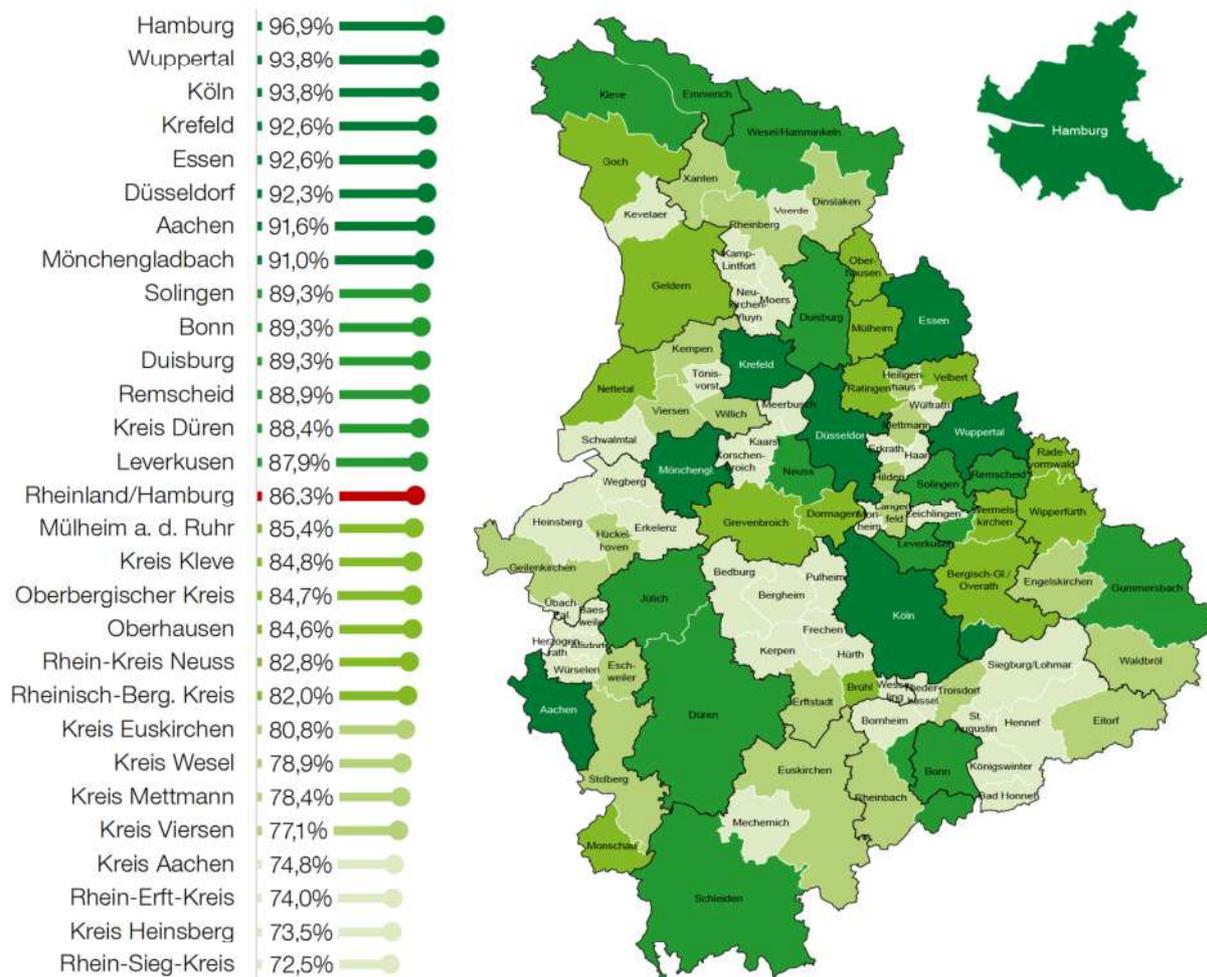
AOK Rheinland/Hamburg

#### Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

## Hausärztliche Versorgung im eigenen Mittelbereich

Anteil an allen Versicherten in hausärztlicher Behandlung,  
Durchschnitt der Jahre 2017 bis 2019



### Was sind die Mittelbereiche?

Hausärztinnen und Hausärzte sind die erste ärztliche Anlaufstelle in der Gesundheitsversorgung. Sie übernehmen Diagnostik und Therapie bei akuten Gesundheitsproblemen und in der Langzeitbehandlung bei anhaltenden Krankheiten. Die Versorgung soll wohnortnah gewährleistet sein. Die Bedarfsplanung erfolgt auf Ebene der sogenannten Mittelbereiche, einem Planungsgebiet unterhalb der Landkreisebene. Mittelbereiche bilden das zu erwartende Verhalten der Bevölkerung bei der Inanspruchnahme von Infrastrukturen und Einrichtungen der Daseinsvorsorge ab.

Die Auswertung überprüft, inwiefern die hausärztliche Versorgung tatsächlich innerhalb der Mittelbereiche erfolgt.

#### Zeitraum

2017–2019

#### Aufgreifkriterien

EMB-Ziffern: 03001–03005

#### Standardisierung

keine

#### Datenquelle

AOK Rheinland/Hamburg

#### Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

## Hausärztliche Versorgung – Mitversorgung

Anzahl der behandelten Fälle im Mittelbereich im Verhältnis zur Anzahl der Fälle in der Wohnbevölkerung, Durchschnitt der Jahre 2017 bis 2019



### Wie wird die Mitversorgung berechnet?

Im Rahmen der hausärztlichen Bedarfsplanung sind keine Mitversorger-effekte durch angrenzende Mittelbereiche vorgesehen. Die Patientinnen und Patienten können ihre Hausärztinnen und -ärzte aber unabhängig vom Mittelbereich frei wählen.

Die Auswertung untersucht, welche Mittelbereiche eine bereichsübergreifende, mitversorgende Rolle in der hausärztlichen Versorgung übernehmen und welche mitversorgt werden. Der Indikator berechnet sich als Verhältnis der Behandlungen durch Leistungserbringer in einem Kreis geteilt durch die Behandlungen der Wohnbevölkerung. Bei vollständiger Eigenversorgung der Wohnbevölkerung im Kreis wäre der Wert 100 Prozent, bei einer Netto-Mitversorgung des Umlands größer, bei einer Netto-Mitversorgung durch das Umland kleiner als 100 Prozent.

#### Zeitraum

2017–2019

#### Aufgreifkriterien

EMB-Ziffern: 03001–03005

#### Standardisierung

keine

#### Datenquelle

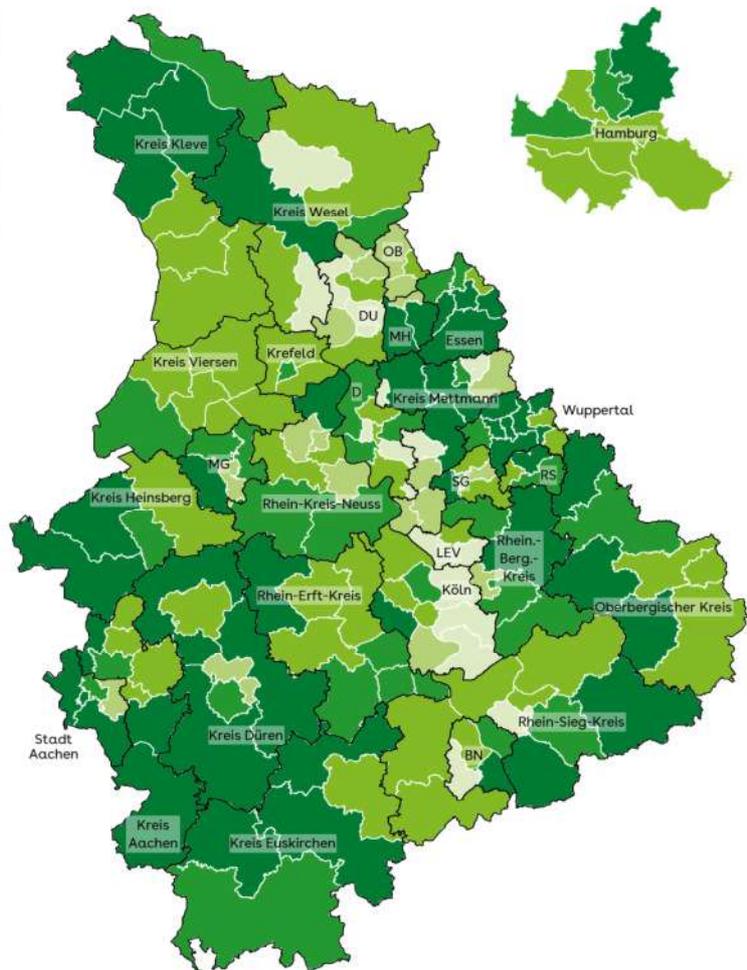
AOK Rheinland/Hamburg

#### Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

## Hausbesuche durch ärztliches Personal

Anteil an allen ambulant gepflegten Personen ab Pflegegrad 3, Durchschnitt der Jahre 2017 bis 2019



### Bei wem sollten Hausbesuche durchgeführt werden?

Patientinnen und Patienten, die aus gesundheitlichen Gründen kaum die Wohnstätte verlassen können, ist der Gang in die Arztpraxis zumeist weder zumutbar, noch möglich. Dies gilt zum Beispiel für Personen mit Pflegebedürftigkeit, starken Schmerzen oder hohem Fieber. Sie haben Anspruch auf eine ärztliche Untersuchung in der eigenen Häuslichkeit, sofern diese medizinisch erforderlich ist. Ärztinnen und Ärzte sind in diesen Fällen verpflichtet, bei Patientinnen und Patienten, die bei ihnen in Behandlung sind, einen Hausbesuch zu machen.

Für diese Untersuchung wurden ambulant gepflegte Personen mit mindestens Pflegegrad 3 betrachtet. Bei dieser Zielgruppe ist von einer stark eingeschränkten Mobilität auszugehen. Die Auswertung gibt an, wie viele Versicherte aus dieser Gruppe einen Hausbesuch erhalten haben.

#### Zeitraum

2017–2019

#### Aufgreifkriterien

EMB-Ziffern: 01410–01413

#### Standardisierung

keine

#### Datenquelle

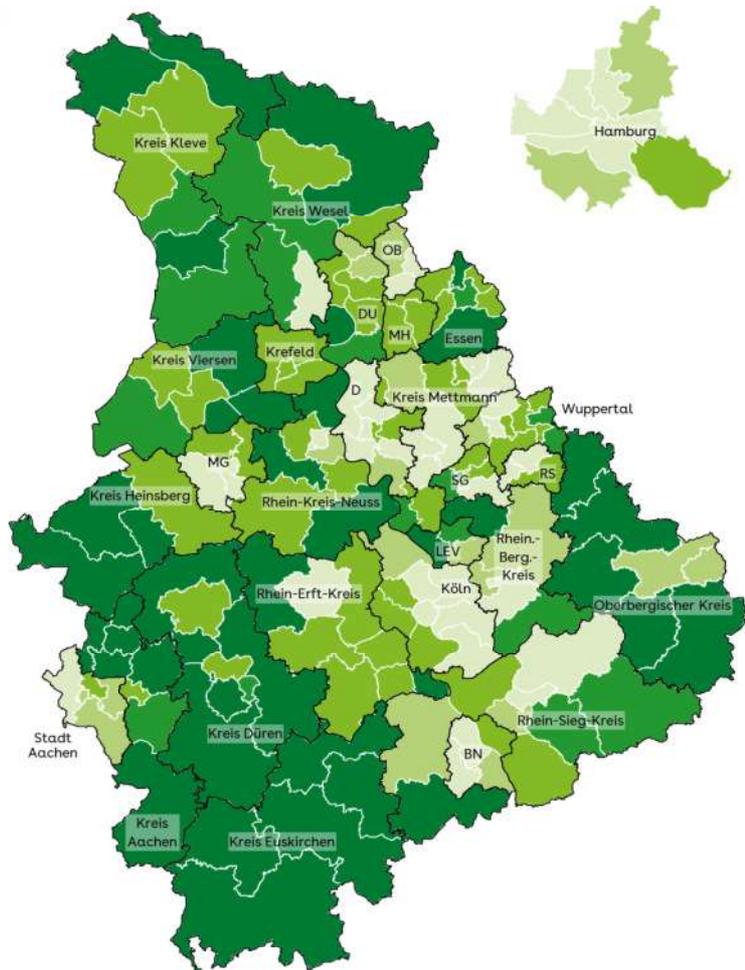
AOK Rheinland/Hamburg

#### Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

## Hausbesuche durch nicht-ärztliches Personal

Anteil an allen ambulant gepflegten Personen ab Pflegegrad 3, Durchschnitt der Jahre 2017 bis 2019



### Welche Aufgaben übernimmt nicht-ärztliches Personal?

Patientinnen und Patienten, die medizinisch in der eigenen Häuslichkeit versorgt werden, benötigen in der Begleitung und Kontrolle der Therapie nicht immer einen direkten Arztkontakt. Die Ärztin oder der Arzt kann bestimmte Aufgaben an nicht-ärztliche Praxisassistentinnen oder -assistenten, sogenannte NÄPAs, übertragen. NÄPAs übernehmen vor allem wiederkehrende Aufgaben bei der Behandlung chronisch kranker Patientinnen und Patienten. Sie messen zum Beispiel den Blutdruck und bestimmen die Zuckerwerte, kontrollieren Medikamente, versorgen Wunden oder unterstützen bei der Umsetzung der strukturierten Behandlungsprogramme (DMP).

Für diese Untersuchung wurden ambulant gepflegte Personen mit mindestens Pflegegrad 3 betrachtet. Bei dieser Zielgruppe ist von einer stark eingeschränkten Mobilität auszugehen. Die Auswertung gibt an, wie viele Versicherte aus dieser Gruppe einen Hausbesuch durch eine NÄPA erhalten haben.

#### Zeitraum

2017–2019

#### Aufgreifkriterien

EBM-Ziffern: 03062, 38100

#### Standardisierung

keine

#### Datenquelle

AOK Rheinland/Hamburg

#### Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

## Allgemeine Facharztversorgung: Versorgungsgrade

Planungsbereich	Augenheil- kunde	Chirurgie und Orthopädie	Gynäkologie	Dermatologie	HNO	Kinderheil- kunde	Neurologie	Psycho- therapie	Urologie
Aachen	116	156	159	154	119	152	125	169	119
Kreis Aachen	117	141	117	99	102	124	126	110	118
Bonn	146	158	132	147	158	119	153	255	146
Duisburg	116	124	123	122	130	110	115	115	136
Düsseldorf	132	151	123	118	123	115	128	146	129
Kreis Düren	129	150	135	109	138	116	123	118	160
Essen	123	164	146	177	145	123	124	123	131
Kreis Euskirchen	113	123	130	124	115	106	111	112	157
Hamburg	117	130	110	115	116	109	127	162	121
Kreis Heinsberg	112	139	133	116	110	111	104	122	135
Kreis Kleve	103	117	108	114	112	105	110	116	114
Köln	114	138	112	120	114	113	123	198	129
Krefeld	111	147	132	142	121	121	123	146	129
Leverkusen	112	148	116	126	117	114	136	192	126
Kreis Mettmann	108	155	134	148	146	133	117	116	122
Mönchengladbach	112	136	134	127	120	109	136	144	112
Mülheim an der Ruhr	119	156	141	161	131	119	110	121	115
Oberbergischer Kreis	121	141	149	90	131	109	105	130	117
Oberhausen	117	141	117	125	142	121	115	110	114
Remscheid	167	204	208	219	154	157	180	260	185
Rheinisch-Berg. Kreis	117	145	143	115	115	120	101	162	113
Rhein-Erft-Kreis	114	130	119	127	110	112	105	126	152
Rhein-Kreis Neuss	113	157	125	111	118	118	104	115	114
Rhein-Sieg-Kreis	113	145	136	131	137	114	106	128	119
Solingen	157	193	171	196	187	154	191	241	130
Kreis Viersen	112	118	116	115	114	116	110	120	111
Kreis Wesel	108	148	128	110	116	116	92	*	111
Wuppertal	112	148	119	123	127	114	136	146	125

\* Bei den Psychotherapeuten besteht für den Kreis Wesel eine kleinräumigere Planung auf der Ebene von vier Regionen. Region Dinstlaken (131,8), Region Moers (113,4), Region Rheinberg (112,1) und Region Wesel (108,7).

### Was sagt der Versorgungsgrad aus?

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

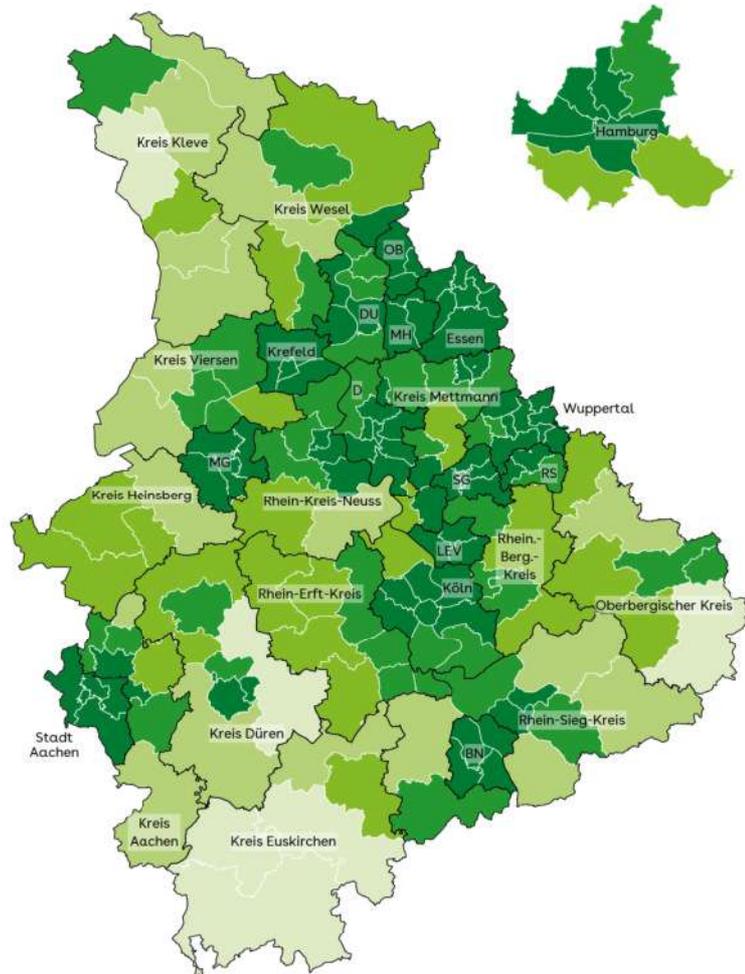
Zur Bewertung der Versorgung in einer Region dient der Versorgungsgrad. Der Versorgungsgrad ist das Verhältnis der Anzahl der niedergelassenen Ärzte zu einer rechnerischen Sollzahl an Ärzten, die ein angemessenes Niveau beschreibt. Da die allgemeine fachärztliche Versorgung von starken Mitversorgereffekten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

#### Versorgungsgrad

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

## Allgemeine Facharztversorgung im 10-Kilometer-Umkreis

Anteil an allen Versicherten in allgemein-fachärztlicher Behandlung, Durchschnitt der Jahre 2017 bis 2019



### Wie soll die allgemeine Facharztversorgung erreichbar sein?

Zur allgemeinen Facharztversorgung zählen die Gebiete der Augenheilkunde, Chirurgie und Orthopädie, Frauenheilkunde, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Neurologie, Psychotherapie, Urologie sowie Kinder- und Jugendmedizin. Die Arztsitze sollen für einen möglichst großen Teil der Bevölkerung gut erreichbar sein. Von einer kreisübergreifenden Mitversorgung durch angrenzende Städte wird in der Bedarfsplanung explizit ausgegangen. Die Auswertung betrachtet, wie viele Versicherte in allgemein-fachärztlicher Behandlung von einer Arztpraxis versorgt wurden, die nicht weiter als zehn Kilometer von ihrem Wohnort entfernt ist. Mögliche Gründe für eine Behandlung in einer weiter entfernten Arztpraxis können in fehlenden näheren Behandlungsmöglichkeiten oder dem bewussten Aufsuchen einer weiter entfernt liegenden Praxis durch die Versicherten liegen.

**Zeitraum**  
2017–2019

**Aufgreifkriterien**  
EBM-Ziffern: Grundpauschalen der Kapitel 4, 6, 8, 9, 10, 16, 18, 22, 23, 26

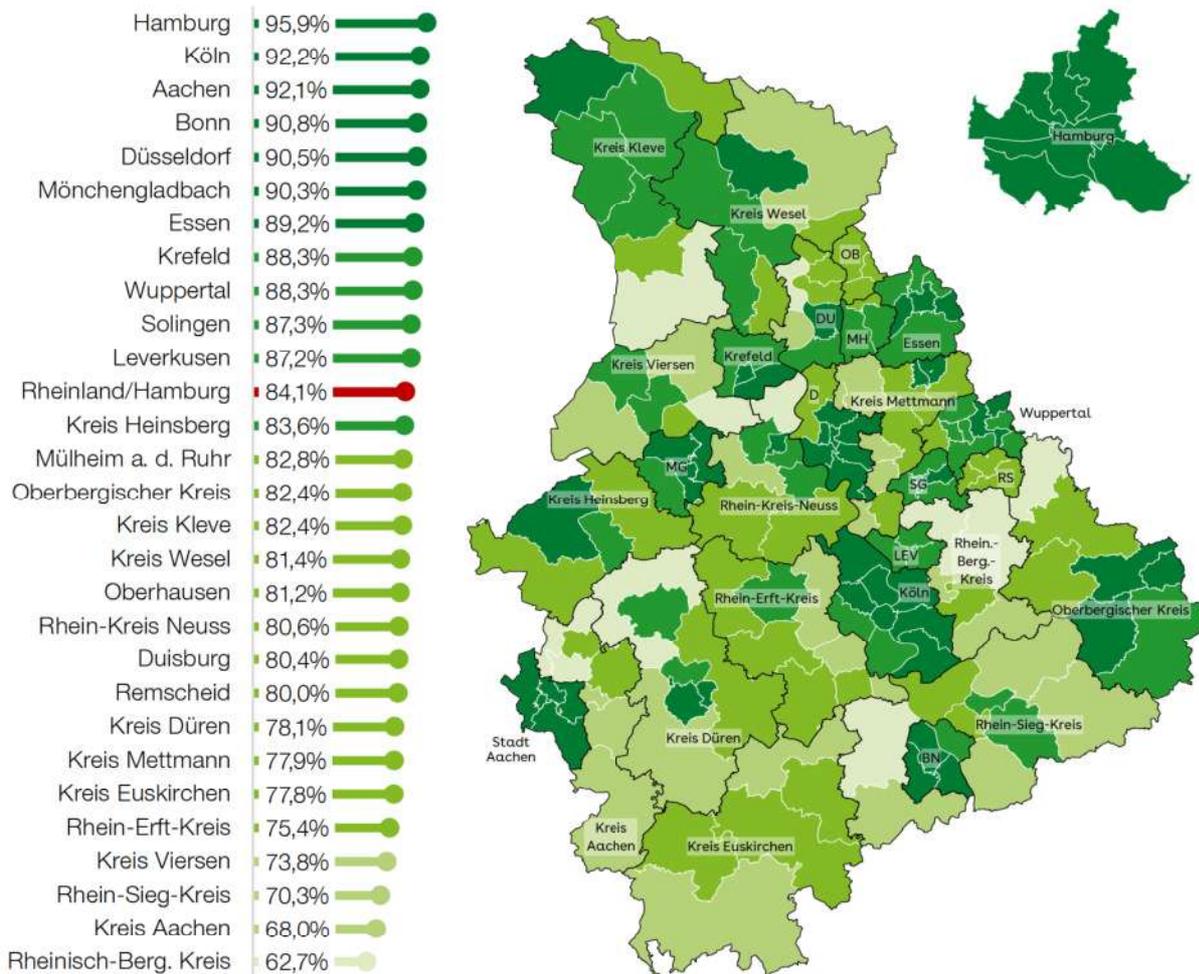
**Standardisierung**  
keine

**Datenquelle**  
AOK Rheinland/Hamburg

**Regionale Zuordnung**  
Wohnort der Versicherten

## Allgemeine Facharztversorgung im Wohnortkreis

Anteil an allen Versicherten in allgemein-fachärztlicher Behandlung, Durchschnitt der Jahre 2017 bis 2019



### Warum ist die allgemeinfachärztliche Versorgung im Wohnortkreis interessant?

Die Bedarfsplanung der allgemeinfachärztlichen Versorgung erfolgt auf Ebene der Kreise und kreisfreien Städte. Die Versorgung soll im Wohnortkreis möglich sein. Gleichzeitig geht die Bedarfsplanung explizit von einer kreisübergreifenden Mitversorgung durch angrenzende Ballungsräume aus. Sie unterstellt, dass sich ein Teil der Patientinnen und Patienten bewusst außerhalb des eigenen Kreises behandeln lässt.

Die Auswertung betrachtet, wie viele allgemeinfachärztliche Behandlungsfälle im eigenen Wohnortkreis erbracht wurden.

#### Zeitraum

2017–2019

#### Aufgreifkriterien

EBM-Ziffern: Grundpauschalen der Kapitel 4, 6, 8, 9, 10, 16, 18, 22, 23, 26

#### Standardisierung

keine

#### Datenquelle

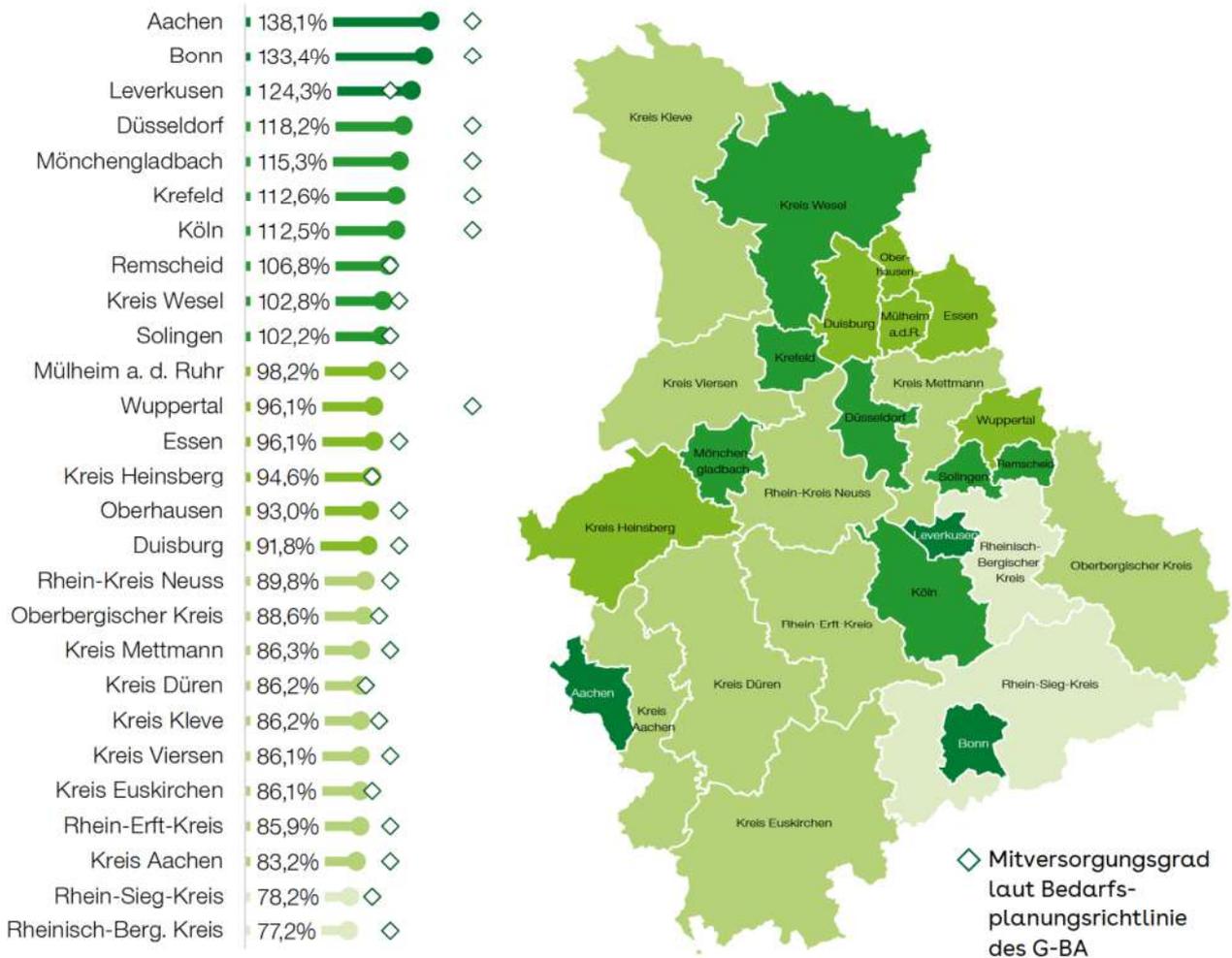
AOK Rheinland/Hamburg

#### Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

## Allgemeine Facharztversorgung: Mitversorgungseffekte

Anzahl der behandelten Fälle im Kreis im Verhältnis zur Anzahl der Fälle in der Wohnbevölkerung, Durchschnitt der Jahre 2017 bis 2019



### Was sagt die Mitversorgung aus?

Die Auswertung untersucht, welche Kreise oder kreisfreien Städte eine kreisübergreifende, mitversorgende Rolle in der ambulanten fachärztlichen Versorgung übernehmen und welche mitversorgt werden. Der Indikator berechnet sich als Verhältnis der Behandlungen durch Leistungserbringer in einem Kreis geteilt durch die Behandlungen an der Wohnbevölkerung. Bei vollständiger Eigenversorgung der Wohnbevölkerung im Kreis wäre der Wert 100 Prozent, bei einer Netto-Mitversorgung des Umlands größer, bei einer Netto-Mitversorgung durch das Umland kleiner als 100 Prozent. Die Bedarfsplanung berücksichtigt die Mitversorgung und teilt die Kreise in sechs Typen ein – von stark mitversorgend bis hin zu stark mitversorgt. Für jeden der sechs Typen wurde ein unterschiedliches Arzt-Einwohner-Verhältnis festgelegt, gemäß dem unterstellten Mitversorgungsgrad. Der Mitversorgungsgrad ist als Punkt zum Vergleich ausgewiesen. Für Hamburg können die Mitversorgungseffekte aus datentechnischen Gründen nicht dargestellt werden.

#### Zeitraum

2017–2019

#### Aufgreifkriterien

EBM-Ziffern: Grundpauschalen der Kapitel 4, 6, 8, 9, 10, 16, 18, 22, 23, 26

#### Standardisierung

keine

#### Datenquellen

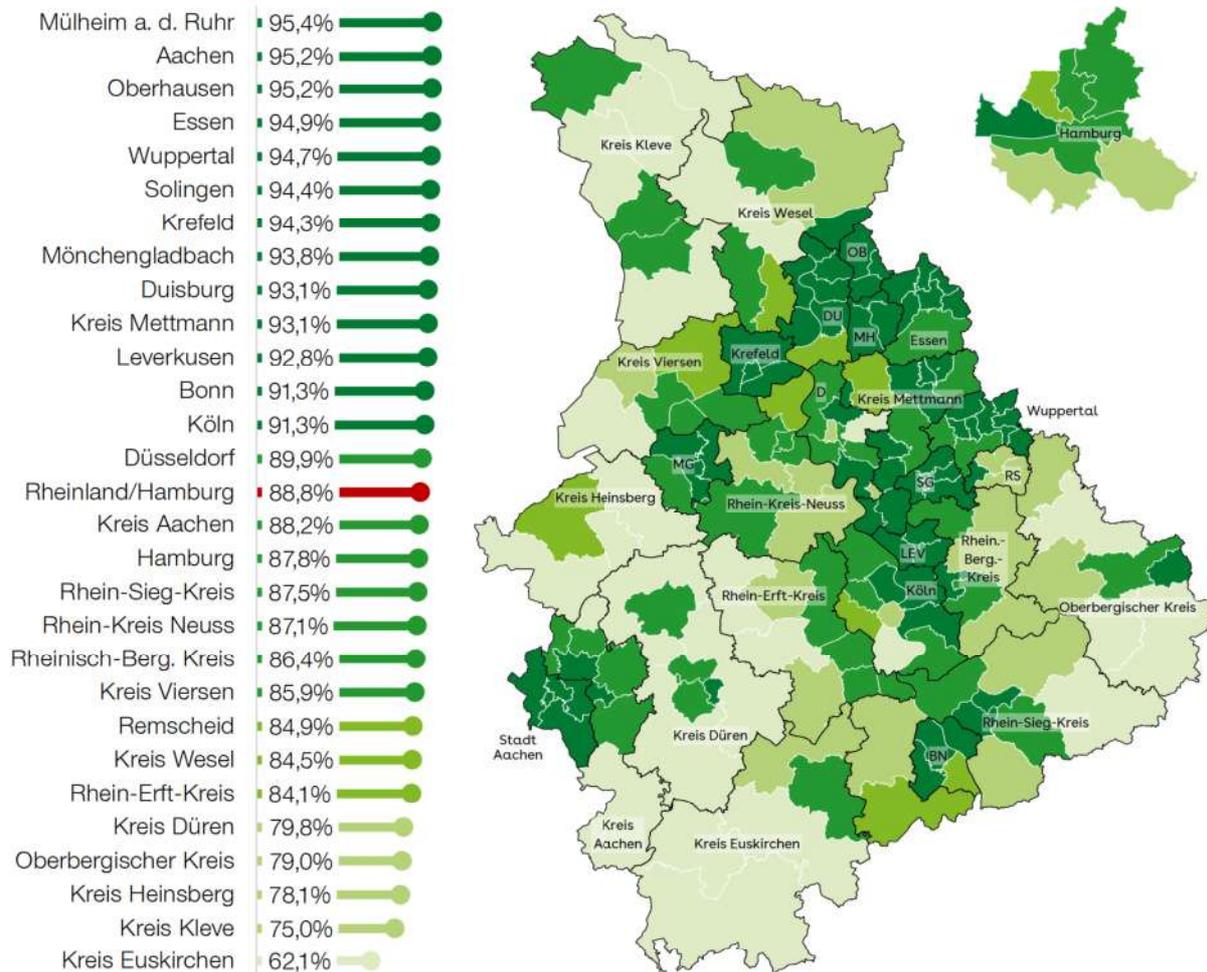
AOK Rheinland/Hamburg; Bedarfsplanungsrichtlinie des G-BA

#### Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

## Kinderärztliche Versorgung im 10-Kilometer-Umkreis

Anteil an allen Versicherten in kinderärztlicher Behandlung,  
Durchschnitt der Jahre 2017 bis 2019



### Welche Aufgaben übernehmen Kinderärztinnen und -ärzte?

Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte sind die erste ärztliche Anlaufstelle in der Gesundheitsversorgung für Kinder vom Säuglingsalter bis zum Alter von 18 Jahren. Ein Schwerpunkt ihrer Tätigkeit liegt auf der Prävention von Krankheiten. Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen sind von großer Bedeutung. Des Weiteren behandeln sie Kinder und Jugendliche bei akuten Krankheitssymptomen.

Die kinderärztliche Versorgung ist wohnortnah sicherzustellen. Die Auswertung betrachtet, wie viele Versicherte in kinderärztlicher Behandlung von einer Arztpraxis behandelt wurden, die nicht weiter als zehn Kilometer von ihrem Wohnort entfernt ist.

#### Zeitraum

2017–2019

#### Aufgreifkriterien

EBM: kinderärztliche Grundpauschalen

#### Standardisierung

keine

#### Datenquelle

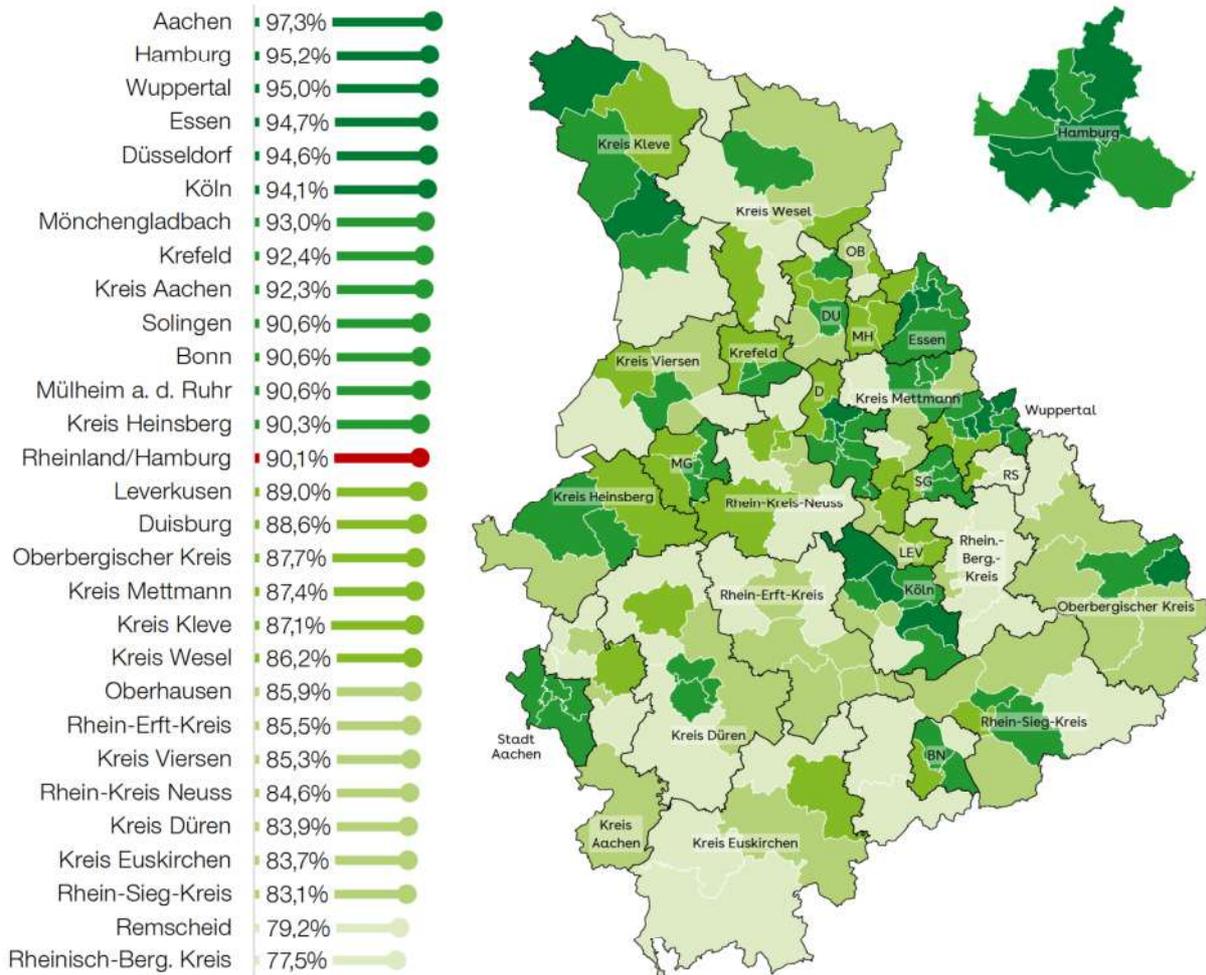
AOK Rheinland/Hamburg

#### Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

## Kinderärztliche Versorgung im Wohnortkreis

Anteil an allen Versicherten in kinderärztlicher Behandlung, Durchschnitt der Jahre 2017 bis 2019



### Warum ist die kinderärztliche Versorgung im Wohnortkreis interessant?

Die kinder- und jugendärztliche Versorgung soll wohnortnah erfolgen. Die Bedarfsplanung der Versorgung erfolgt auf Ebene der Kreise und kreisfreien Städte. Von einer kreisübergreifenden Mitversorgung durch angrenzende Ballungsräume wird in der Pädiatrie nur sehr eingeschränkt ausgegangen. Einzig Großstädte mit einem stark mitversorgenden Charakter verfügen im Verhältnis zur jugendlichen Bevölkerung über mehr Arztsitze. Allen übrigen Regionen steht die gleiche Anzahl an Ärztinnen und Ärzten zu. Hier soll ein Arztsitz 2.862 Kinder und Jugendliche versorgen. Die Auswertung betrachtet, wie viele kinder- und jugendärztliche Behandlungsfälle im eigenen Wohnortkreis erbracht wurden.

**Zeitraum**  
2017–2019

**Aufgreifkriterien**  
EBM: kinderärztliche Grundpauschalen

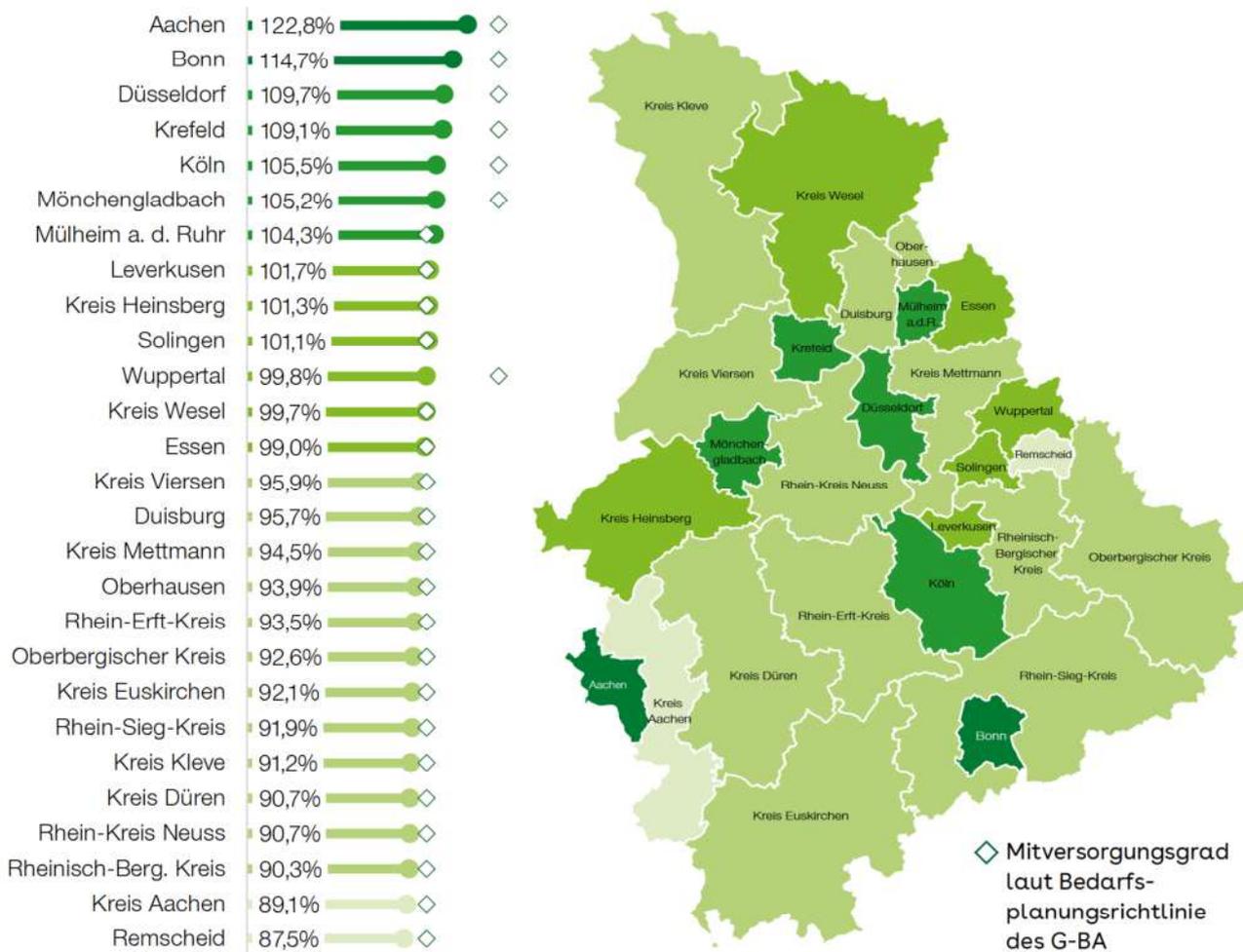
**Standardisierung**  
keine

**Datenquelle**  
AOK Rheinland/Hamburg

**Regionale Zuordnung**  
Wohnort der Versicherten

## Kinderärztliche Versorgung: Mitversorgungseffekte

Anzahl der behandelten Fälle im Kreis im Verhältnis zur Anzahl der Fälle in der Wohnbevölkerung, Durchschnitt der Jahre 2017 bis 2019



### Was sagt die Mitversorgung aus?

Die Auswertung untersucht, welche Kreise oder kreisfreien Städte eine kreisübergreifende, mitversorgende Rolle in der ambulanten pädiatrischen Versorgung übernehmen und welche mitversorgt werden. Der Indikator berechnet sich als Verhältnis der Behandlungen durch Leistungserbringer in einem Kreis geteilt durch die Behandlungen an der Wohnbevölkerung. Bei vollständiger Eigenversorgung der Wohnbevölkerung im Kreis wäre der Wert 100 Prozent, bei einer Netto-Mitversorgung des Umlands größer, bei einer Netto-Mitversorgung durch das Umland kleiner als 100 Prozent. Die Bedarfsplanung berücksichtigt die Mitversorgung und teilt die Kreise in sechs Typen ein – von stark mitversorgend bis hin zu stark mitversorgt. Für jeden der sechs Typen wurde ein unterschiedliches Arzt-Einwohner-Verhältnis festgelegt, gemäß dem unterstellten Mitversorgungsgrad. Dieser Mitversorgungsgrad ist als Punkt zum Vergleich ausgewiesen. Für Hamburg können die Mitversorgungseffekte aus datentechnischen Gründen nicht dargestellt werden.

#### Zeitraum

2017–2019

#### Aufgreifkriterien

EBM: kinderärztliche Grundpauschalen

#### Standardisierung

keine

#### Datenquellen

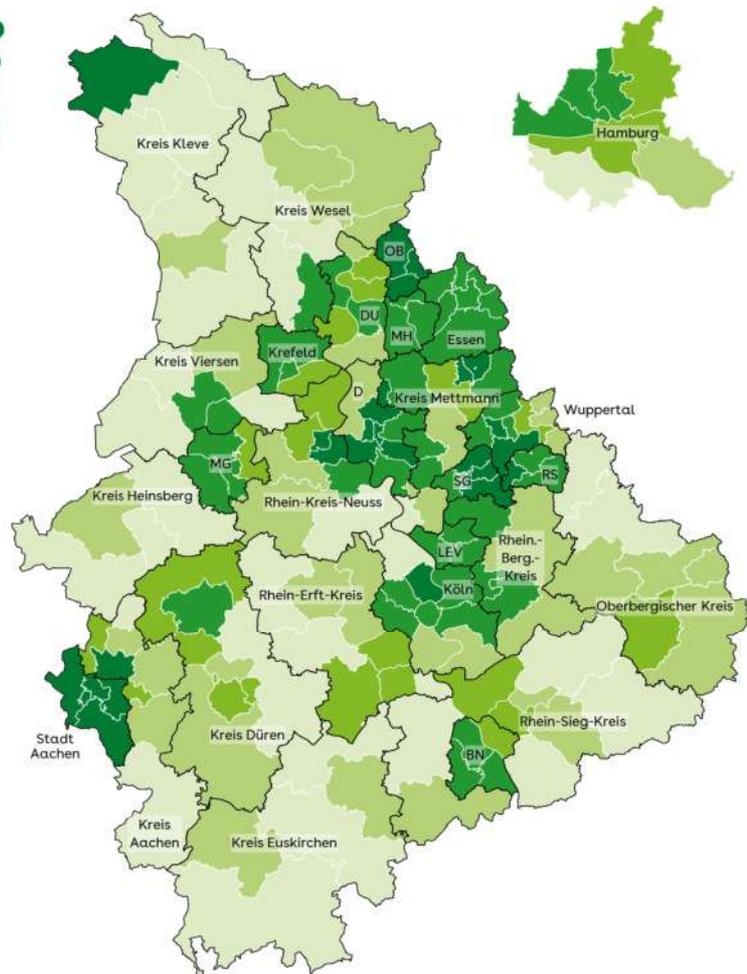
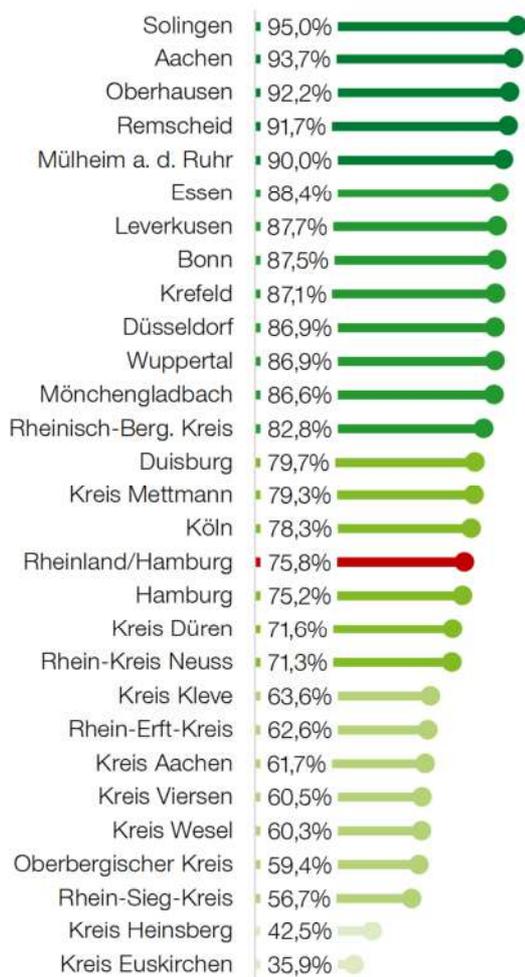
AOK Rheinland/Hamburg; Bedarfsplanungsrichtlinie des G-BA

#### Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

## Ambulante neurologische Versorgung im 10-Kilometer-Umkreis

Anteil an allen Versicherten in neurologischer Behandlung, Durchschnitt der Jahre 2017 bis 2019



### Welche Vorgaben gelten für die Erreichbarkeit der neurologischen Versorgung?

Die Neurologie beschäftigt sich mit Krankheiten des Nervensystems. Häufige Krankheitsbilder sind zum Beispiel Kopfschmerzen, neuropathische Schmerzen, Alzheimer und Parkinson, Epilepsien und Multiple Sklerose sowie Schlafstörungen. Die Neurologie zählt zu der allgemeinen Facharztversorgung. Die Arztstühle sollen für einen möglichst großen Teil der Bevölkerung gut erreichbar sein. Von einer kreisübergreifenden Mitversorgung durch angrenzende Städte wird in der Bedarfsplanung explizit ausgegangen.

Die Auswertung betrachtet, wie viele Versicherte in ambulanter neurologischer Behandlung von einer Arztpraxis versorgt wurden, die nicht weiter als zehn Kilometer von ihrem Wohnort entfernt ist. Mögliche Gründe für eine Behandlung in einer weiter entfernten Arztpraxis können in fehlenden näheren Behandlungsmöglichkeiten oder dem bewussten Aufsuchen einer weiter entfernt liegenden Praxis durch die Versicherten liegen.

**Zeitraum**  
2017–2019

**Aufgreifkriterien**  
EBM: neurologische Grundpauschalen

**Standardisierung**  
keine

**Datenquelle**  
AOK Rheinland/Hamburg

**Regionale Zuordnung**  
Wohnort der Versicherten



## Ambulante neurologische Versorgung: Mitversorgungseffekte

Anzahl der behandelten Fälle im Kreis im Verhältnis zur Anzahl der Fälle in der Wohnbevölkerung, Durchschnitt der Jahre 2017 bis 2019



### Was sagt die Mitversorgung aus?

Die Auswertung untersucht, welche Kreise oder kreisfreien Städte eine kreisübergreifende, mitversorgende Rolle in der ambulanten neurologischen Versorgung übernehmen und welche mitversorgt werden. Der Indikator berechnet sich als Verhältnis der Behandlungen durch Leistungserbringer in einem Kreis geteilt durch die Behandlungen an der Wohnbevölkerung. Bei vollständiger Eigenversorgung der Wohnbevölkerung im Kreis wäre der Wert 100 Prozent, bei einer Netto-Mitversorgung des Umlands größer, bei einer Netto-Mitversorgung durch das Umland kleiner als 100 Prozent. Die Bedarfsplanung berücksichtigt die Mitversorgung und teilt die Kreise in sechs Typen ein – von stark mitversorgend bis hin zu stark mitversorgt. Für jeden der sechs Typen wurde ein unterschiedliches Arzt-Einwohner-Verhältnis festgelegt, gemäß dem unterstellten Mitversorgungsgrad. Dieser Mitversorgungsgrad ist als Punkt zum Vergleich ausgewiesen. Für Hamburg können die Mitversorgungseffekte aus datentechnischen Gründen nicht dargestellt werden.

#### Zeitraum

2017–2019

#### Aufgreifkriterien

EBM: neurologische Grundpauschalen

#### Standardisierung

keine

#### Datenquellen

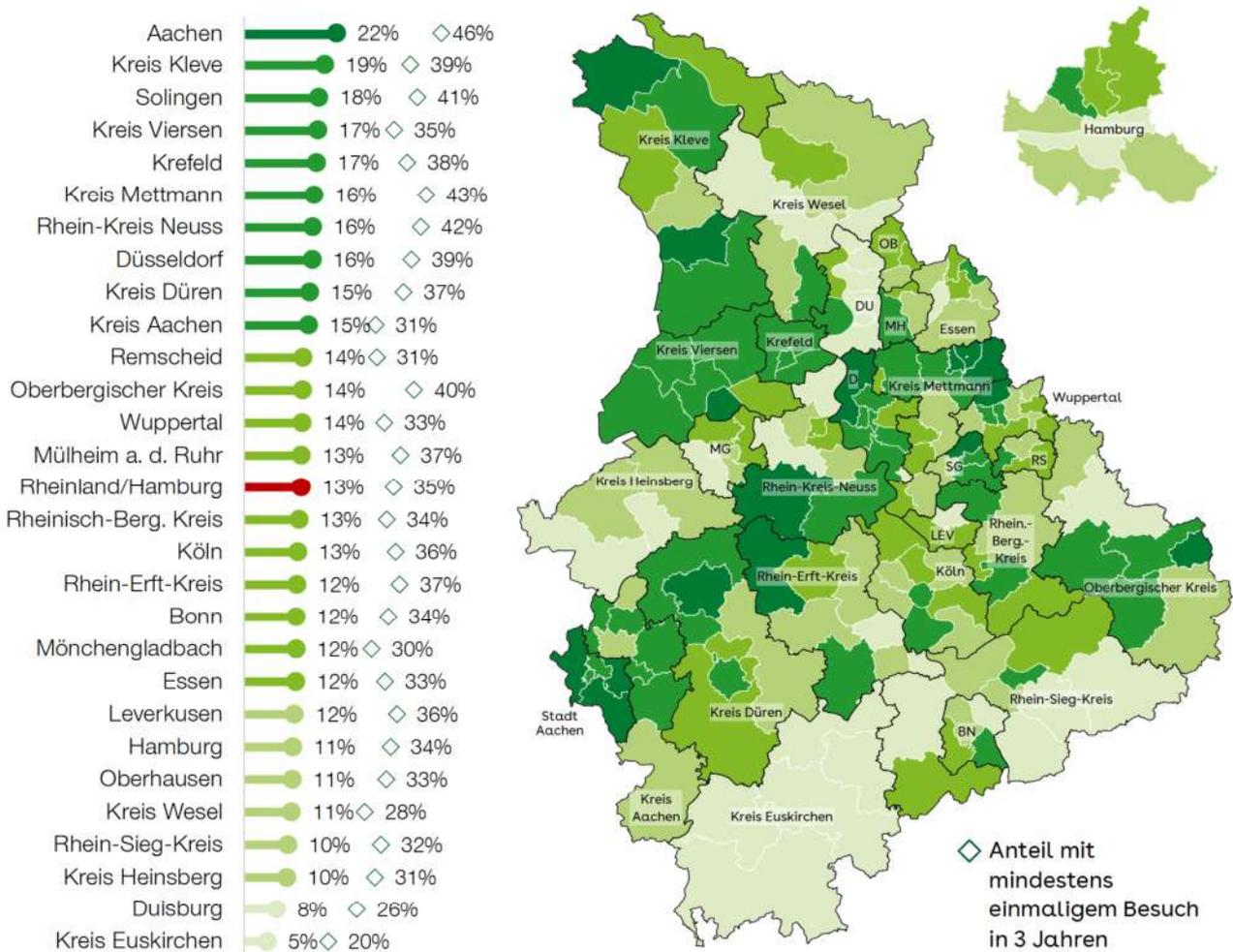
AOK Rheinland/Hamburg; Bedarfsplanungsrichtlinie des G-BA

#### Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

## Versicherte mit fachärztlicher Behandlung Neurologie/Schmerztherapie

Anteil an allen Versicherten mit neuropathischem Schmerz, 2017 bis 2019



### Warum kann bei Schmerz eine fachärztliche Behandlung sinnvoll sein?

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. Bei allen medikamentösen Therapieoptionen gibt es einen großen Anteil Patientinnen und Patienten, die nur unzureichend auf die Therapie ansprechen oder an nicht tolerierbaren Nebenwirkungen leiden. Angesichts dieser therapeutischen Herausforderungen ist es in vielen Fällen ratsam, eine Neurologin oder einen Neurologen einzubinden. Die Auswertung betrachtet, wie viele Patientinnen und Patienten mit langjähriger Schmerzkrankung in einem Dreijahreszeitraum jährlich bei einer Neurologin oder einem Neurologen waren. Zusätzlich ist im Balkendiagramm der Anteil mit mindestens einmaligem Facharztbesuch in den drei Jahren dargestellt.

#### Zeitraum

2017–2019

#### Aufgreifkriterien

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

#### Standardisierung

keine

#### Datenquelle

AOK Rheinland/Hamburg

#### Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

## Versicherte mit fachärztlicher Behandlung Neurologie

Anteil an allen Versicherten mit Schlaganfall,  
Durchschnitt der Jahre 2017 bis 2019



### Wann kann nach Schlaganfall eine neurologische Untersuchung von Vorteil sein?

Patientinnen und Patienten bedürfen nach einem Schlaganfall einer intensiven ärztlichen Kontrolle und Begleitung. Ärztinnen und Ärzte stellen fest, ob noch neurologische Defizite bestehen und verordnen bei Bedarf zum Beispiel Physiotherapie, Ergotherapie oder Logopädie. Insbesondere bei neuropathischen Schmerzen oder Hinweisen auf das Vorliegen einer Spastik ist die Einbindung einer Neurologin bzw. eines Neurologen ratsam. Aufgabe der Fachärztin oder des Facharztes ist es zudem, abzuklären, ob Engstellen an den Halsgefäßen vorliegen, von denen ein Risiko für einen erneuten Schlaganfall ausgehen kann.

Die Auswertung betrachtet, wie viele Patientinnen und Patienten innerhalb eines Jahres nach einem Schlaganfall von einer Neurologin oder einem Neurologen behandelt wurden.

#### Zeitraum

2017–2019

#### Aufgreifkriterien

ICD-10 Codes: 160-164

#### Standardisierung

keine

#### Datenquelle

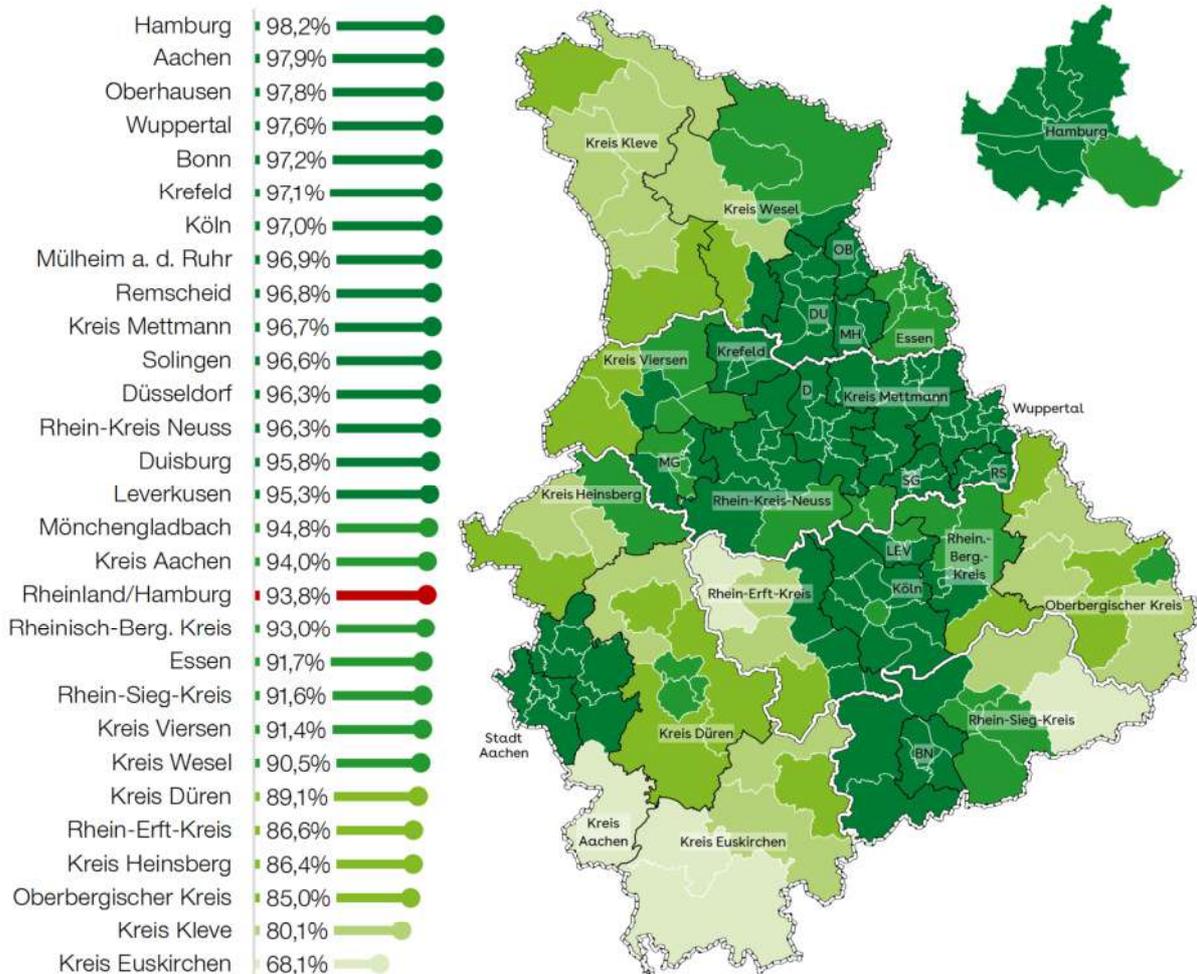
AOK Rheinland/Hamburg

#### Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

## Spezialisierte Facharztversorgung im 20-Kilometer-Umkreis

Anteil an allen Versicherten in spezialisierter fachärztlicher Behandlung,  
Durchschnitt der Jahre 2017 bis 2019



### Was gilt für die Erreichbarkeit der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung?

Zur spezialisierten Facharztversorgung zählen die Fachgebiete innerhalb der Inneren Medizin (Endokrinologie, Gastroenterologie, Hämatologie, Kardiologie, Nephrologie, Pneumologie und Rheumatologie), die Anästhesie, die Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie die Radiologie. Die Versorgung wird kreisübergreifend auf Ebene der sogenannten Raumordnungsregionen geplant. Die Erreichbarkeit ist nicht wohnortnah, sondern überregional zu gewährleisten.

Die Auswertung betrachtet, wie viele Versicherte in spezialisierter fachärztlicher Behandlung von einer Arztpraxis versorgt wurden, die nicht weiter als zwanzig Kilometer von ihrem Wohnort entfernt ist. Radiologische Behandlungsfälle wurden aus der Betrachtung ausgeschlossen, da ihnen eigene Auswertungen gewidmet sind (vergleiche Seite 77 bis 79). Die Raumordnungsregionen sind durch dickere weiße Linien gekennzeichnet.

#### Zeitraum

2017–2019

#### Aufgreifkriterien

EBM-Ziffern: Grundpauschalen der Kapitel 13, 14 und 21

#### Standardisierung

keine

#### Datenquelle

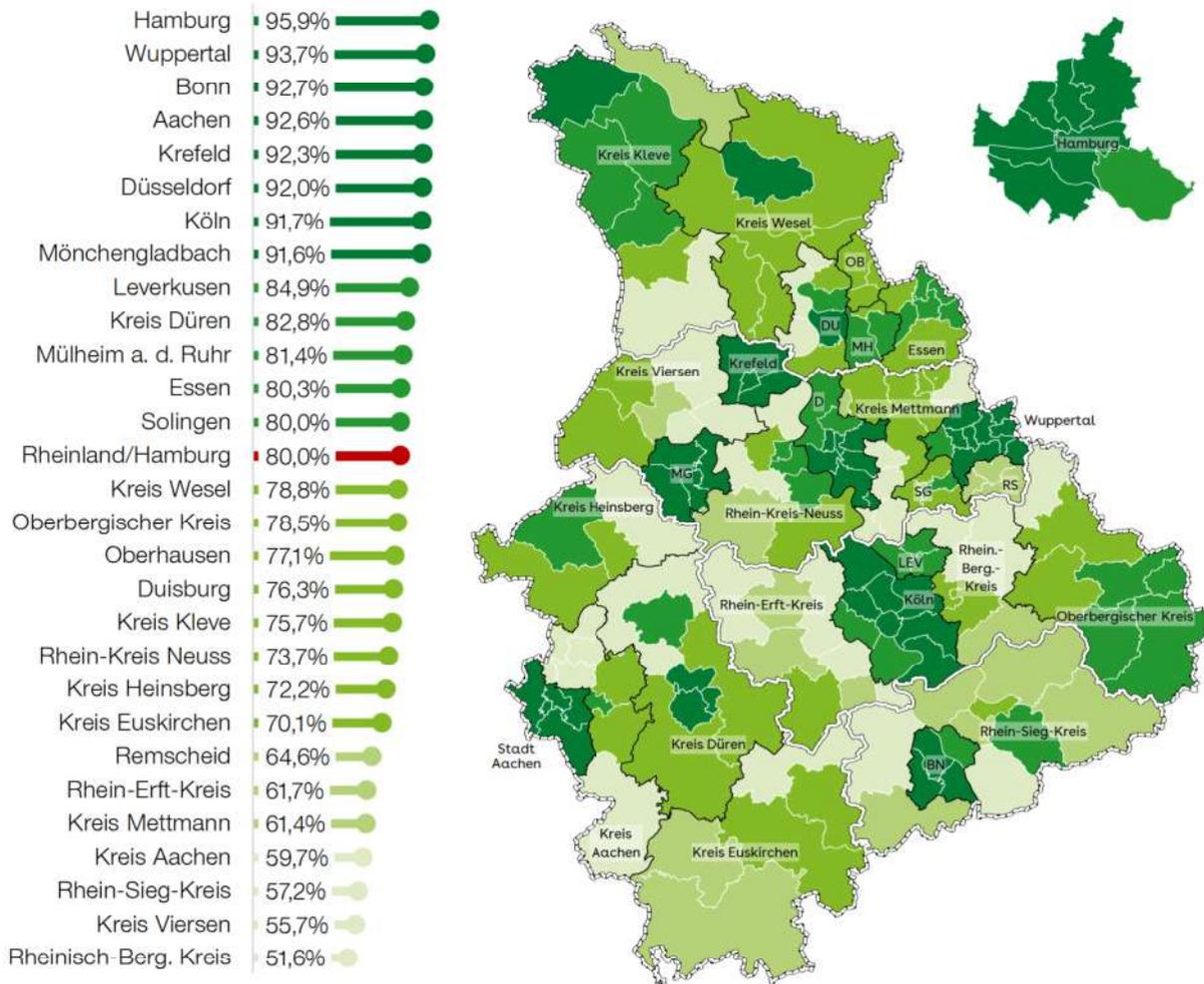
AOK Rheinland/Hamburg

#### Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

## Spezialisierte Facharztversorgung im Wohnortkreis

Anteil an allen Versicherten in spezialisierter fachärztlicher Behandlung, Durchschnitt der Jahre 2017 bis 2019



### Was sagt die Auswertung zur spezialfachärztlichen Versorgung im Wohnortkreis aus?

Die spezialfachärztliche Versorgung wird kreisübergreifend auf Ebene der sogenannten Raumordnungsregionen geplant. Das Rheinland ist unterteilt in fünf Raumordnungsregionen, Hamburg bildet eine eigene Region. Die Erreichbarkeit ist nicht wohnortnah, sondern überregional zu gewährleisten. Für die Facharztgruppen innerhalb der Inneren Medizin existiert keine eigene Bedarfsplanung – über Quotenregelungen wird versucht, die Fachdisziplinen zu steuern.

Die Auswertung betrachtet, wie viele spezialfachärztliche Behandlungsfälle im eigenen Wohnortkreis erbracht wurden. Die Auswertung lässt somit auch indirekt einen Rückschluss auf die uneinheitliche Verteilung der Behandlungskapazitäten zu. Radiologische Behandlungsfälle wurden aus der Betrachtung ausgeschlossen, da ihnen eigene Auswertungen gewidmet sind (vergleiche Seite 77 bis 79). Die Raumordnungsregionen sind durch dickere weiße Linien gekennzeichnet.

#### Zeitraum

2017–2019

#### Aufgreifkriterien

EBM-Ziffern: Grundpauschalen der Kapitel 13, 14 und 21

#### Standardisierung

keine

#### Datenquelle

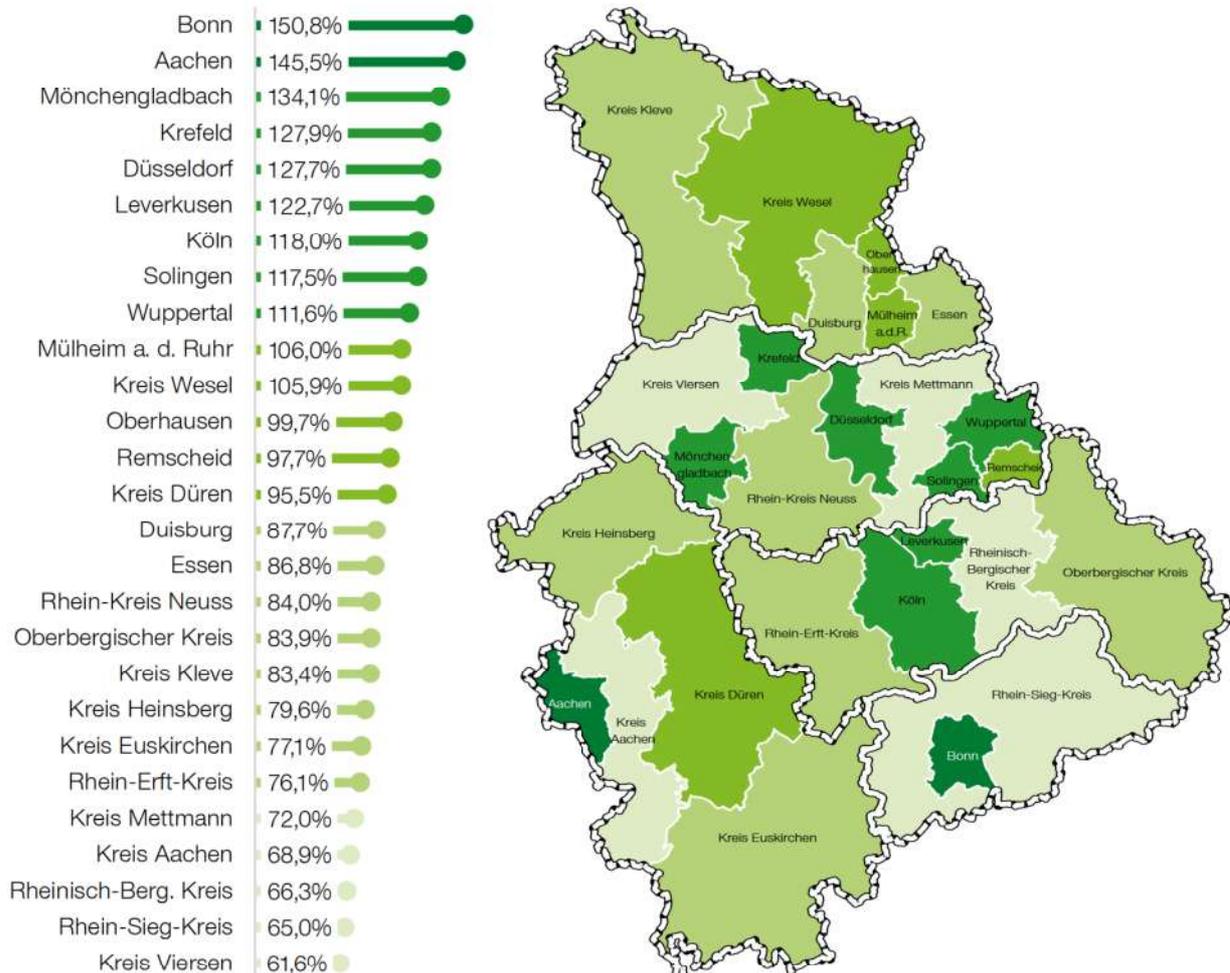
AOK Rheinland/Hamburg

#### Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

## Spezialisierte Facharztversorgung: Mitversorgungseffekte

Anzahl der behandelten Fälle im Kreis im Verhältnis zur Anzahl der Fälle in der Wohnbevölkerung, Durchschnitt der Jahre 2017 bis 2019



### Was sagt die Mitversorgung aus?

Die spezialfachärztliche Versorgung ist überregional zu gewährleisten. Eine Mitversorgung des Umlands durch Ballungszentren wird somit explizit gefördert und erwartet. Die Auswertung untersucht, welche Kreise oder kreisfreien Städte eine kreisübergreifende, mitversorgende Rolle in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung übernehmen und welche mitversorgt werden. Der Indikator berechnet sich als Verhältnis der Behandlungen durch Leistungserbringer in einem Kreis geteilt durch die Behandlungen an der Wohnbevölkerung. Bei vollständiger Eigenversorgung der Wohnbevölkerung im Kreis wäre der Wert 100 Prozent, bei einer Netto-Mitversorgung des Umlands größer, bei einer Netto-Mitversorgung durch das Umland kleiner als 100 Prozent. Radiologische Behandlungen wurden aus der Betrachtung ausgeschlossen, da ihnen eigene Auswertungen gewidmet sind (vgl. S. 77 - 79). Die Raumordnungsregionen sind durch dickere weiße Linien gekennzeichnet. Für Hamburg können die Mitversorgungseffekte aus datentechnischen Gründen nicht dargestellt werden.

#### Zeitraum

2017–2019

#### Aufgreifkriterien

EBM-Ziffern: Grundpauschalen der Kapitel 13, 14 und 21

#### Standardisierung

keine

#### Datenquelle

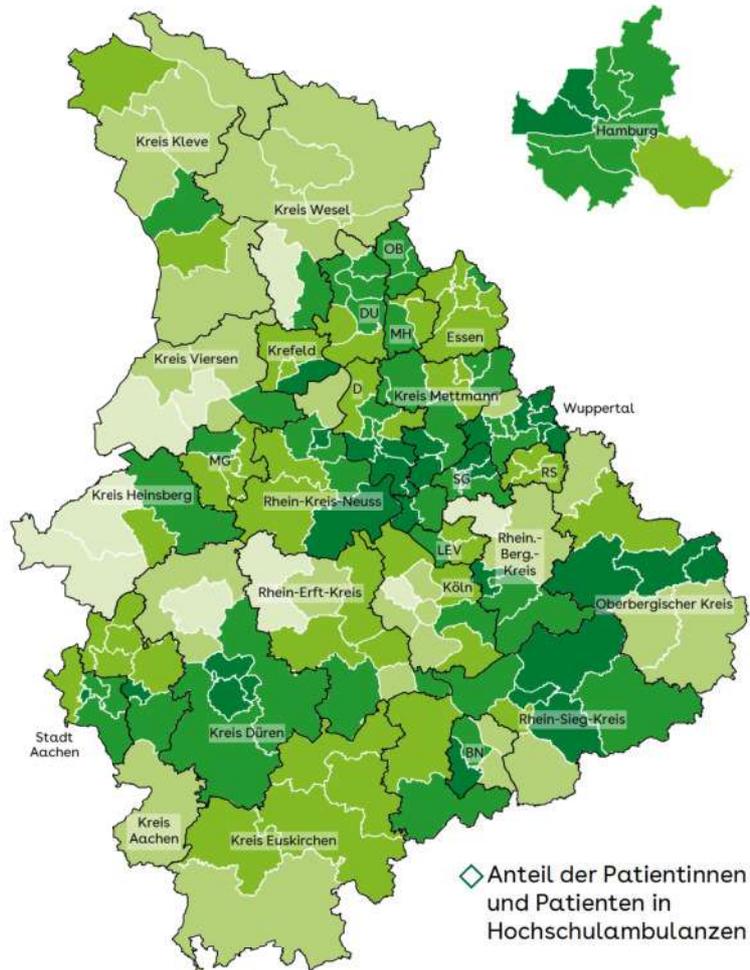
AOK Rheinland/Hamburg

#### Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

## Versicherte mit fachärztlicher Behandlung Pneumologie

Anteil an allen Versicherten mit einer schweren COPD, Durchschnitt der Jahre 2017 bis 2019



### Wann sollte eine COPD fachärztlich behandelt werden?

Bei der chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) besteht eine irreversible und zumeist fortschreitende Verengung der tiefen Atemwege. Die Betreuung der Patientinnen und Patienten sollte in der Regel durch den Hausarzt oder die Hausärztin erfolgen. Das strukturierte Behandlungsprogramm (DMP) COPD stellt eine evidenzgesicherte und wirksame Behandlung sicher. Bei einem schweren Krankheitsverlauf, insbesondere wenn eine Sauerstofftherapie indiziert ist, ist eine Blutgasanalyse erforderlich. Diese Untersuchung kann entweder von einer Pneumologin/einem Pneumologen oder in einer Hochschulambulanz durchgeführt werden. Die Auswertung betrachtet, wie viele Patientinnen und Patienten mit einer schweren COPD mindestens einmal im Jahr eine spezialfachärztliche Versorgung in Anspruch genommen haben. Welchen Anteil der Patientinnen und Patienten die Hochschulambulanzen dabei versorgen, ist zusätzlich kenntlich gemacht worden.

#### Zeitraum

2017–2019

#### Aufgreifkriterien

ICD-10-Codes: J44.00, J44.10, J44.80, J44.90

#### Standardisierung

keine

#### Datenquelle

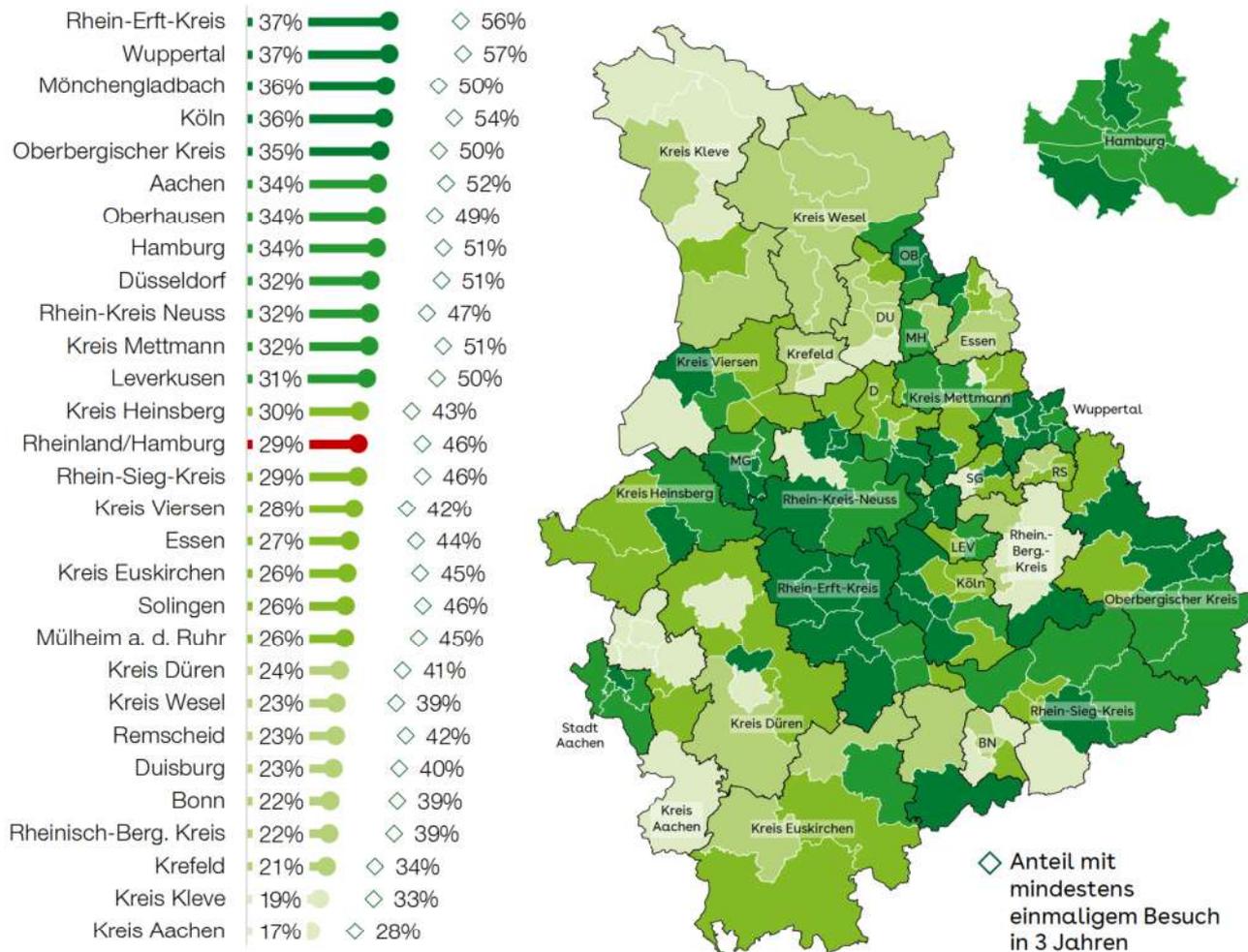
AOK Rheinland/Hamburg

#### Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

## Versicherte mit fachärztlicher Behandlung Nephrologie

Anteil an allen Versicherten mit fortgeschrittenem chronischen Nierenversagen, 2017 bis 2019



### Wann sollte ein Nierenversagen fachärztlich behandelt werden?

Bei chronischer Nierenschwäche nimmt die Nierenfunktion über einen längeren Zeitraum kontinuierlich ab bis zum vollständigen Ausfall der Nierenfunktion. Die Betreuung der Patientinnen und Patienten erfolgt in der Regel durch die Hausärztin oder den Hausarzt. Schreitet die Krankheit schnell voran oder bestehen Komplikationen, soll eine Abklärung durch eine Nephrologin bzw. einen Nephrologen erfolgen. Über eine kontinuierliche nephrologische Mitbetreuung soll individuell entschieden werden. Die Auswertung betrachtet, wie viele Patientinnen und Patienten mit langjährigem, fortgeschrittenem Nierenversagen in einem Dreijahreszeitraum jährlich bei einer Nierenärztin oder einem Nierenarzt waren. Zusätzlich ist im Balkendiagramm der Anteil mit mindestens einmaligem Facharztbesuch in den drei Jahren dargestellt.

#### Zeitraum

2017–2019

#### Aufgreifkriterien

ICD-10-Codes: N18.3-5

#### Standardisierung

keine

#### Datenquelle

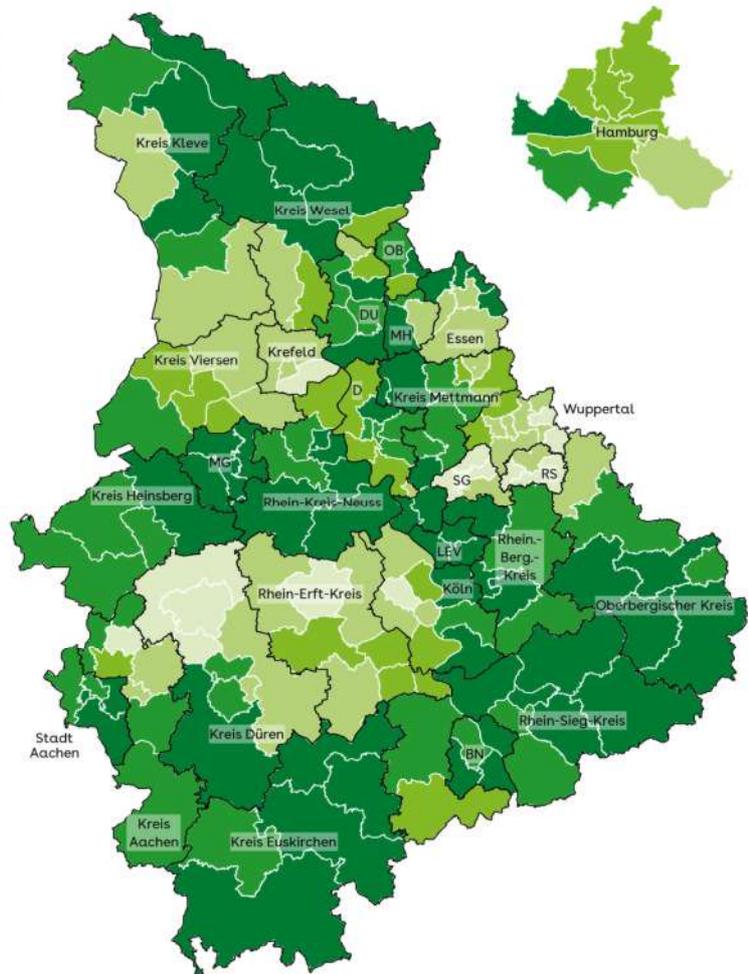
AOK Rheinland/Hamburg

#### Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

## Versicherte mit fachärztlicher Behandlung Rheumatologie

Anteil an allen Versicherten mit rheumatoider Arthritis und Biologikagabe, Durchschnitt der Jahre 2017 bis 2019



### Wann sollten rheumatologische Erkrankungen fachärztlich behandelt werden?

Rheumatische Erkrankungen umfassen eine Vielzahl an Beschwerden am Stütz- und Bewegungsapparat, das heißt an Gelenken, Knochen, Muskeln, Sehnen und Bindegewebe – auch Gefäßentzündungen zählen dazu. Die Krankheiten gehen mit schmerzenden und steifen Gelenken einher. Es kommt zu Einschränkungen bei alltäglichen Bewegungsabläufen. Die Einbeziehung einer Rheumatologin bzw. eines Rheumatologen ist insbesondere bei der richtigen Diagnosestellung sinnvoll und dann, wenn sogenannte Biologika als medikamentöse Therapie zum Einsatz kommen. Die Biologikagabe muss stets vom Facharzt kontrolliert werden. Die Auswertung betrachtet, wie viele Patientinnen und Patienten mit rheumatoider Arthritis und Biologikagabe mindestens einmal im Jahr von einer einer Rheumatologin oder einem Rheumatologen behandelt wurden. Dargestellt ist der Durchschnitt der Jahre 2017 bis 2019.

**Zeitraum**  
2017–2019

**Aufgreifkriterien**  
ICD-10-Codes: M05, M06 und Biologikagabe, ATC-Codes auf Anfrage

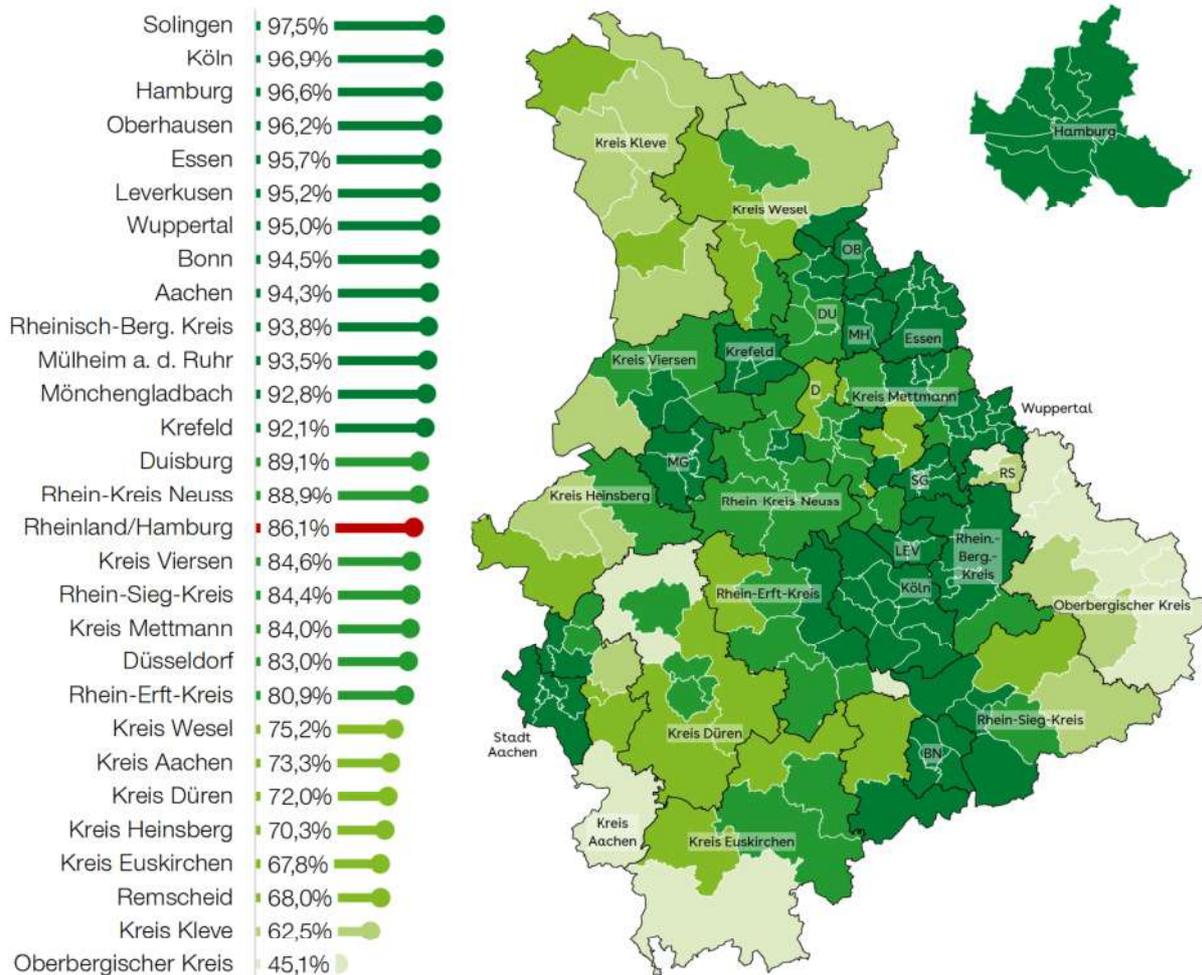
**Standardisierung**  
keine

**Datenquelle**  
AOK Rheinland/Hamburg

**Regionale Zuordnung**  
Wohnort der Versicherten

## Ambulante CT- oder MRT-Untersuchung im 20-Kilometer-Umkreis

Anteil an allen ambulanten CT- und MRT-Untersuchungen, Durchschnitt der Jahre 2017 bis 2019



### Welche Untersuchungen werden in dieser Auswertung betrachtet?

Die Kernspinn- (MRT) und die Computertomographie (CT) sind bildgebende Verfahren, die eine räumliche, überlagerungsfreie Darstellung des Körperinneren erlauben. Sie sind wichtige Untersuchungsmethoden zur weiterführenden Diagnostik von Krankheiten und Verletzungen. Die Untersuchungen werden in ambulanten radiologischen Praxen oder ambulant sowie stationär in Krankenhäusern durchgeführt. Da der Fokus hier auf elektiven Untersuchungen – in Abgrenzung zur Diagnostik im Rahmen von Notfällen – liegt, wurden ausschließlich ambulante Fälle berücksichtigt. Die Auswertung betrachtet, wie viele Versicherte mit ambulanter Bildgebung von einem Leistungserbringer untersucht wurden, der nicht weiter als zwanzig Kilometer von ihrem Wohnort entfernt ist. Mögliche Gründe für eine Untersuchung in einer weiter entfernten Arztpraxis können in fehlenden näheren Behandlungsmöglichkeiten oder dem bewussten Aufsuchen einer weiter entfernt liegenden Praxis durch die Versicherten liegen.

#### Zeitraum

2017–2019

#### Aufgreifkriterien

Abrechnung nach EBM-Kapitel 34.3 und 34.4 sowie OPS-Codes 3.2 und 3.8

#### Standardisierung

keine

#### Datenquelle

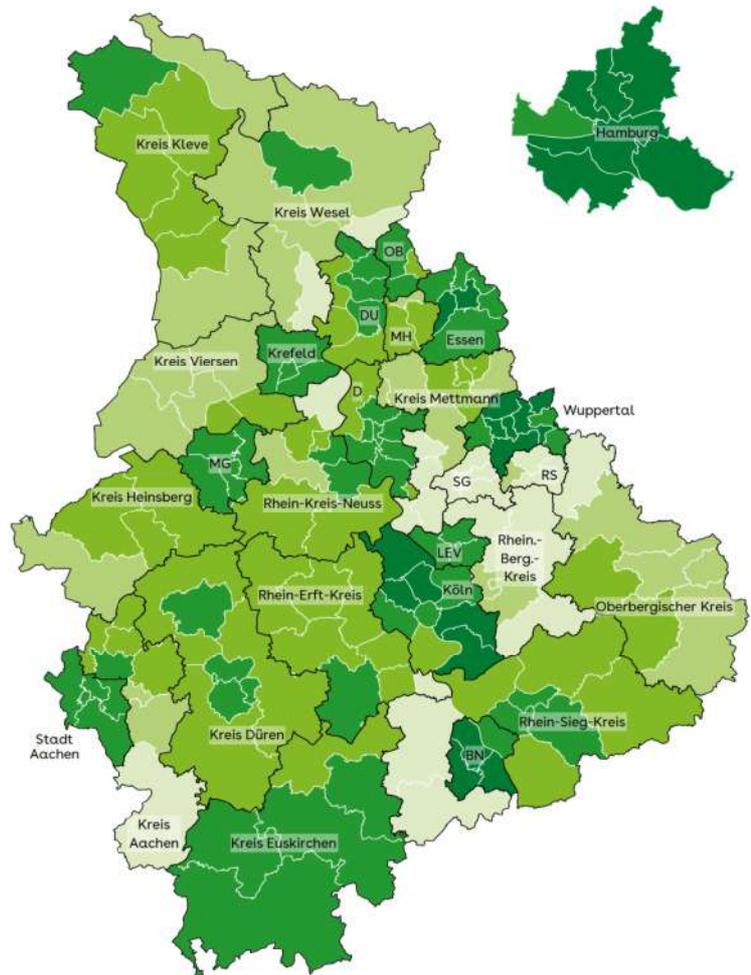
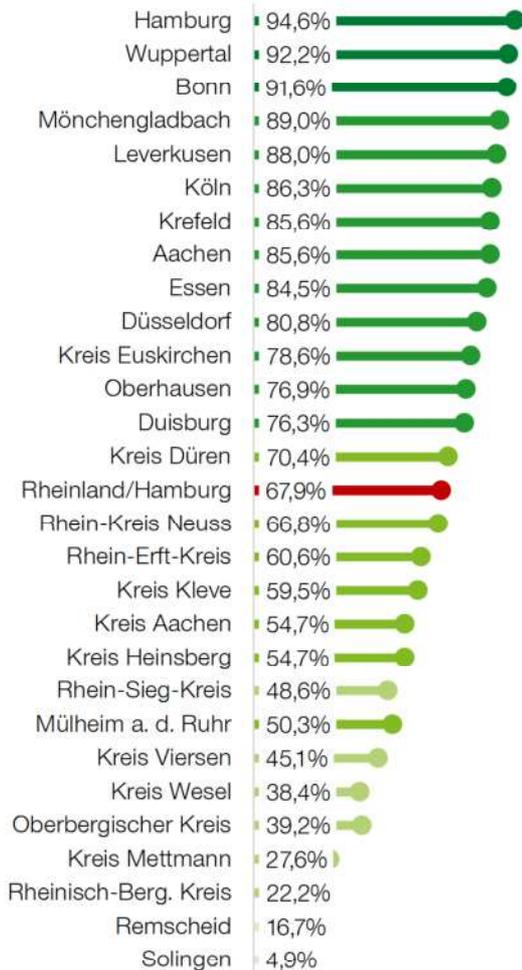
AOK Rheinland/Hamburg

#### Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

## Ambulante CT- oder MRT-Untersuchung im Wohnortkreis

Anteil an allen ambulanten CT- und MRT-Untersuchungen



### Welche Vorgaben gelten für die Erreichbarkeit bei radiologischen Untersuchungen?

Die Kernspin- (MRT) und die Computertomographie (CT) sind bildgebende Verfahren, die eine räumliche, überlagerungsfreie Darstellung des Körperinneren erlauben. Sie sind wichtige Untersuchungsmethoden zur weiterführenden Diagnostik von Krankheiten und Verletzungen. Die Untersuchungen werden in ambulanten radiologischen Praxen oder ambulant sowie stationär in Krankenhäusern durchgeführt. Die ambulante Bedarfsplanung im Bereich der Radiologie erfolgt kreisübergreifend auf Ebene der sogenannten Raumordnungsregionen. Die Erreichbarkeit ist nicht wohnortnah oder kreisbezogen, sondern überregional zu gewährleisten.

Die Auswertung betrachtet, wie viele Versicherte mit ambulanter CT- oder MRT-Diagnostik von einem Leistungserbringer aus demselben Kreis untersucht wurden.

#### Zeitraum

2017–2019

#### Aufgreifkriterien

Abrechnung nach EBM-Kapitel 34.3 und 34.4 sowie OPS-Codes 3.2 und 3.8

#### Standardisierung

keine

#### Datenquelle

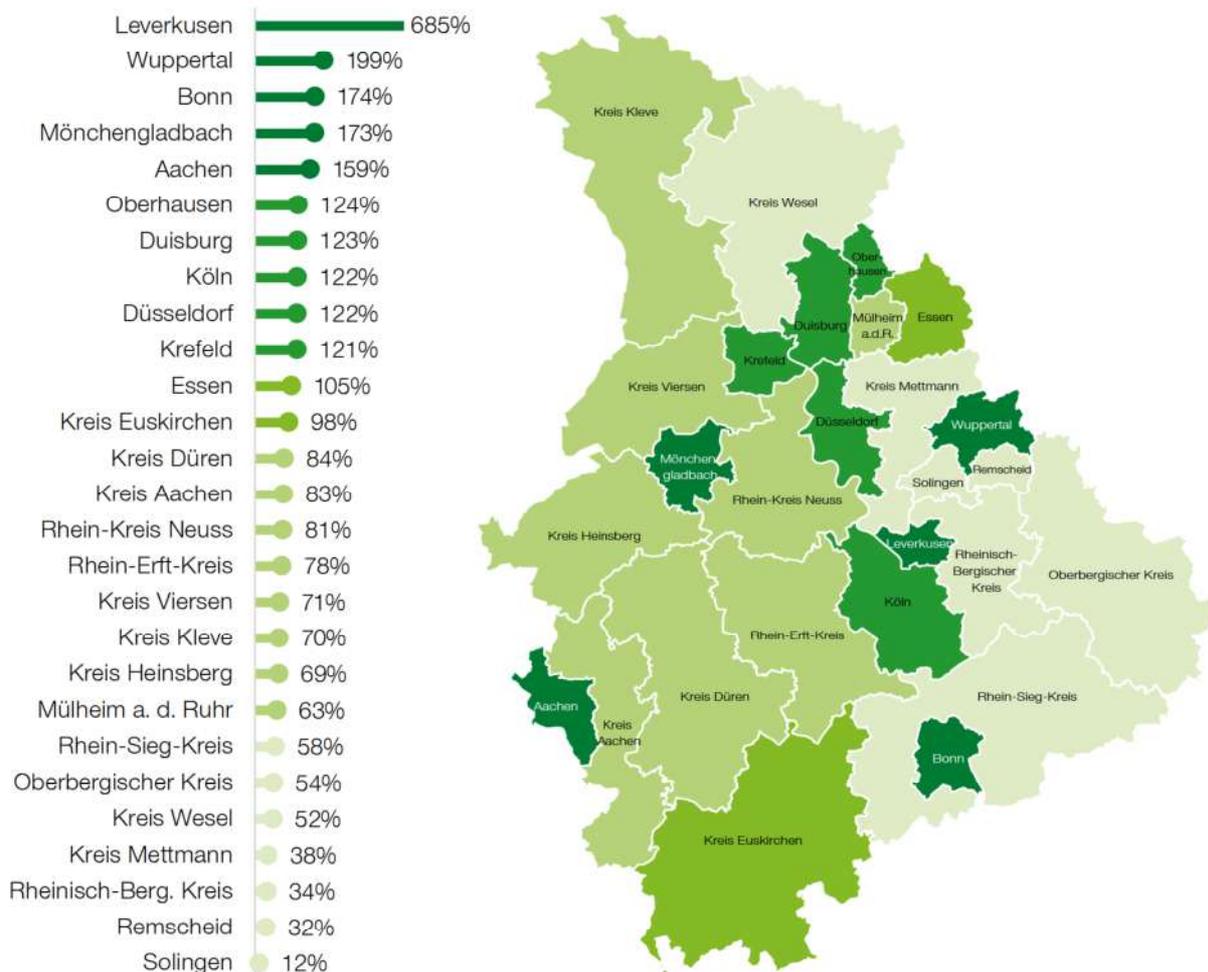
AOK Rheinland/Hamburg

#### Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

## Ambulante CT- oder MRT-Untersuchung: Mitversorgungseffekte

Anzahl der Fälle bei Leistungserbringern im Kreis im Verhältnis zur Anzahl der Fälle in der Wohnbevölkerung



### Was sagt die Mitversorgung aus?

Die Radiologie zählt zur spezialfachärztlichen Versorgung. Die Erreichbarkeit ist nicht wohnortnah, sondern überregional zu gewährleisten. Eine Mitversorgung des Umlands durch Ballungszentren wird somit explizit gefördert und erwartet.

Die Auswertung untersucht, welche Kreise oder kreisfreien Städte eine kreisübergreifende, mitversorgende Rolle in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung übernehmen und welche mitversorgt werden. Der Indikator berechnet sich als Verhältnis der Behandlungen durch Leistungserbringer in einem Kreis geteilt durch die Behandlungen an der Wohnbevölkerung. Bei vollständiger Eigenversorgung der Wohnbevölkerung im Kreis wäre der Wert 100 Prozent, bei einer Netto-Mitversorgung des Umlands größer, bei einer Netto-Mitversorgung durch das Umland kleiner als 100 Prozent. Für Hamburg können die Mitversorgungseffekte aus datentechnischen Gründen nicht dargestellt werden.

#### Zeitraum

2017–2019

#### Aufgreifkriterien

Abrechnung nach EBM-Kapitel 34.3 und 34.4 sowie OPS-Codes 3.2 und 3.8

#### Standardisierung

keine

#### Datenquelle

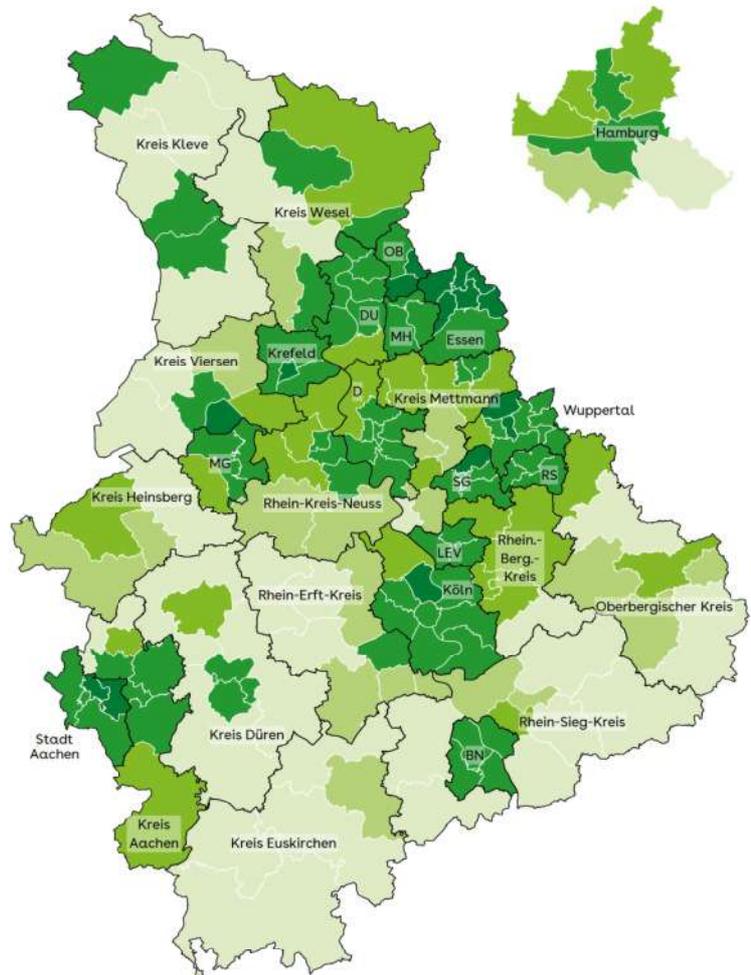
AOK Rheinland/Hamburg

#### Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

## Ambulante Notfallversorgung im 10-Kilometer-Umkreis

Anteil an allen ambulanten Notfällen, Durchschnitt der Jahre 2017 bis 2019



### Wie ist die ambulante Notfallversorgung organisiert?

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). Der kassenärztliche Notdienst erfolgt zum größten Teil in zentralen Notdienstpraxen, die in der Regel räumlich an Krankenhäusern eingerichtet sind. Aktuell existieren im Rheinland 60 allgemeinärztliche sowie 22 kinder- und jugendärztliche Notdienstpraxen, in Hamburg sind es 6 allgemeinärztliche sowie 4 kinder- und jugendärztliche Notdienstpraxen. Die Versorgung soll wohnortnah gesichert sein.

Die Auswertung betrachtet, wie viele Versicherte mit einem ambulanten Notfall in einem 10-Kilometer-Umkreis um ihren Wohnort behandelt wurden.

**Zeitraum**  
2017–2019

**Aufgreifkriterien**  
Abrechnung nach EBM-Kapitel 1.2

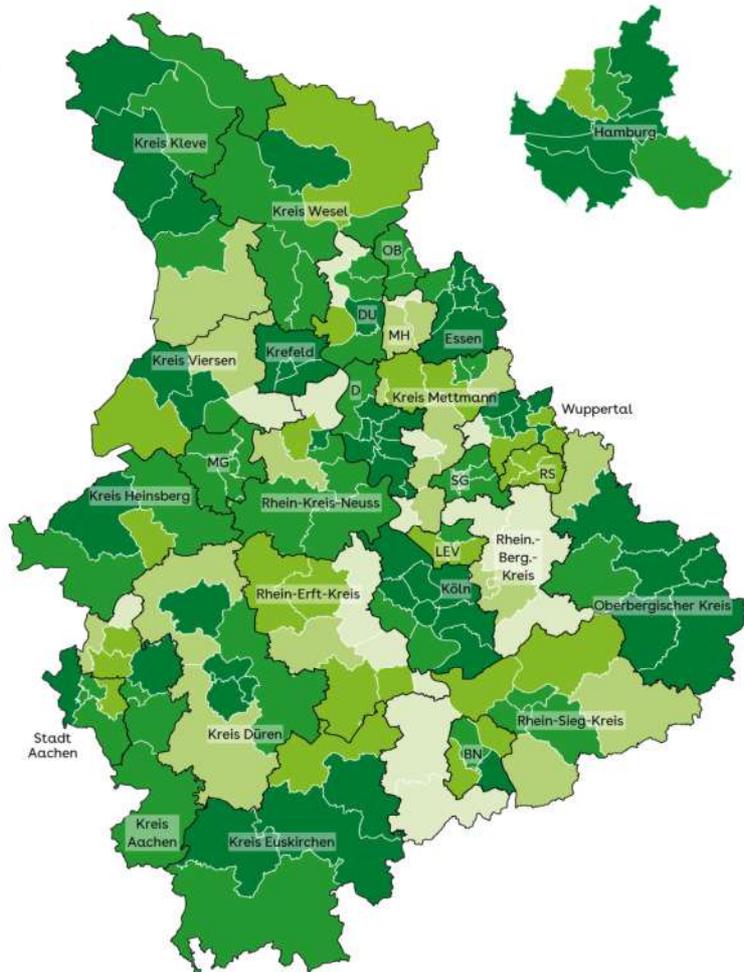
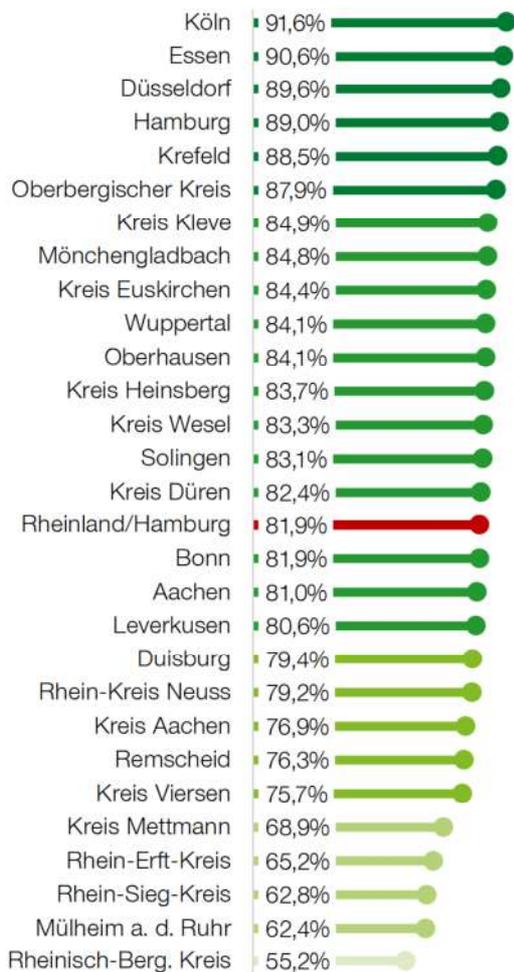
**Standardisierung**  
keine

**Datenquellen**  
AOK Rheinland/Hamburg

**Regionale Zuordnung**  
Wohnort der Versicherten

## Ambulante Notfallversorgung im Wohnortkreis

Anteil an allen ambulanten Notfällen, Durchschnitt der Jahre 2017 bis 2019



### Ist die ambulante Notfallversorgung in allen Kreisen möglich?

Die kassenärztliche Notfallversorgung wird flächendeckend und möglichst wohnortnah angeboten. In allen Kreisen und kreisfreien Städten sind eine oder mehrere zentrale Notdienstpraxen eingerichtet. Sie sind in der Regel bis 22 Uhr besetzt. Laut Aussage der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein erreichen 90 Prozent der Bevölkerung des Rheinlands innerhalb von etwa 15 Minuten Fahrtzeit mit dem PKW die nächstliegende Notdienstpraxis. Auch in den Notfallambulanzen der Krankenhäuser werden Notfälle ambulant behandelt.

Die Auswertung betrachtet, wie viele Versicherte mit einem ambulanten Notfall in ihrem Wohnortkreis behandelt wurden.

**Zeitraum**  
2017–2019

**Aufgreifkriterien**  
Abrechnung nach EBM-Kapitel 1.2

**Standardisierung**  
keine

**Datenquelle**  
AOK Rheinland/Hamburg

**Regionale Zuordnung**  
Wohnort der Versicherten

## Ambulante Notfallversorgung – Mitversorgungseffekte

Anzahl der behandelten Fälle im Kreis im Verhältnis zur Anzahl der Fälle von Personen der Wohnbevölkerung, Durchschnitt der Jahre 2017 bis 2019



### Was sagt die Mitversorgung aus?

Die ambulante Behandlung von Notfällen in den kassenärztlichen Notdienstpraxen und den Notfallambulanzen der Krankenhäuser ist in allen Kreisen möglich.

Die Auswertung untersucht, welche Kreise oder kreisfreien Städte eine kreisübergreifende, mitversorgende Rolle in der ambulanten Notfallversorgung übernehmen und welche mitversorgt werden. Der Indikator berechnet sich als Verhältnis der Behandlungen durch Leistungserbringer in einem Kreis geteilt durch die Behandlungen an der Wohnbevölkerung. Bei vollständiger Eigenversorgung der Wohnbevölkerung im Kreis wäre der Wert 100 Prozent, bei einer Netto-Mitversorgung des Umlands größer, bei einer Netto-Mitversorgung durch das Umland kleiner als 100 Prozent. Für Hamburg können die Mitversorgungseffekte aus datentechnischen Gründen nicht dargestellt werden.

#### Zeitraum

2017–2019

#### Aufgreifkriterien

Abrechnung nach EBM-Kapitel 1.2

#### Standardisierung

keine

#### Datenquelle

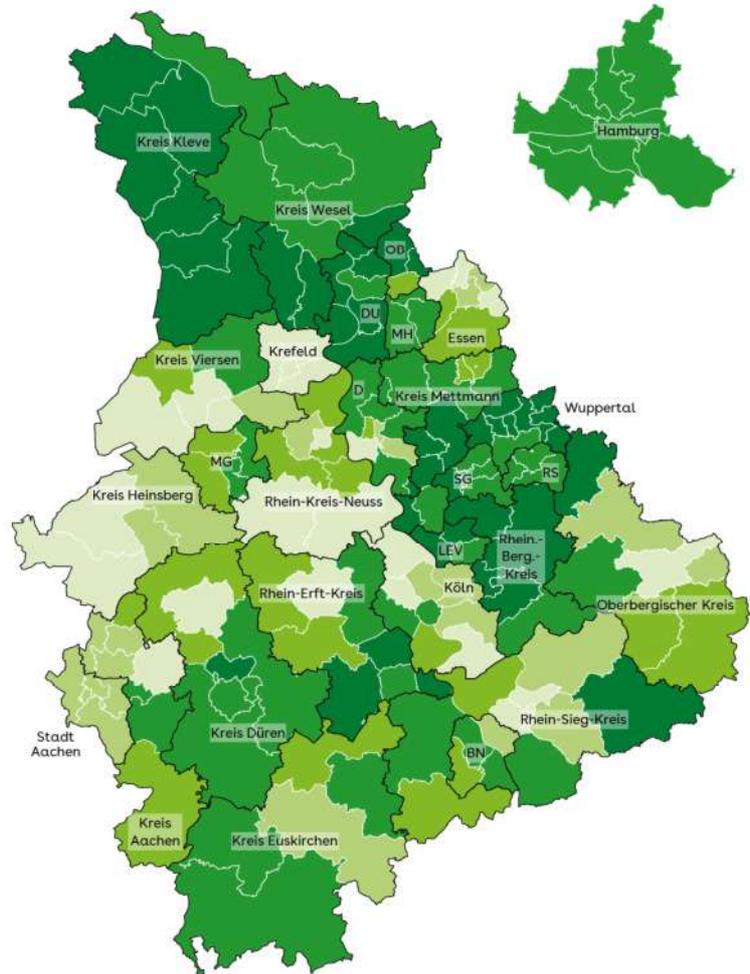
AOK Rheinland/Hamburg

#### Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

## Ambulante Notfallversorgung im Krankenhaus

Anteil an allen ambulanten Notfällen, Durchschnitt der Jahre 2017 bis 2019



### Welche Rolle spielen die Notfallambulanzen der Krankenhäuser?

Als ambulante Notfälle gelten alle Behandlungen, die innerhalb der ambulanten Notfallstrukturen erfolgen – unabhängig davon, ob eine unverzügliche Abklärung tatsächlich notwendig war. Dies umfasst die Behandlungen im Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigung (das heißt außerhalb der Öffnungszeiten der Arztpraxen) sowie in den Notfallambulanzen der Krankenhäuser (ganztätig). Patientinnen und Patienten, die infolge einer Untersuchung in der Notfallambulanz eines Krankenhauses stationär aufgenommen werden, sind hier nicht erfasst. Viele Notfälle können im Bereitschaftsdienst der KV versorgt werden. Ein Teil der ambulanten Notfälle benötigt 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

2017–2019

#### Aufgreifkriterien

Abrechnung nach EBM-Kapitel 1.2

#### Standardisierung

keine

#### Datenquelle

AOK Rheinland/Hamburg

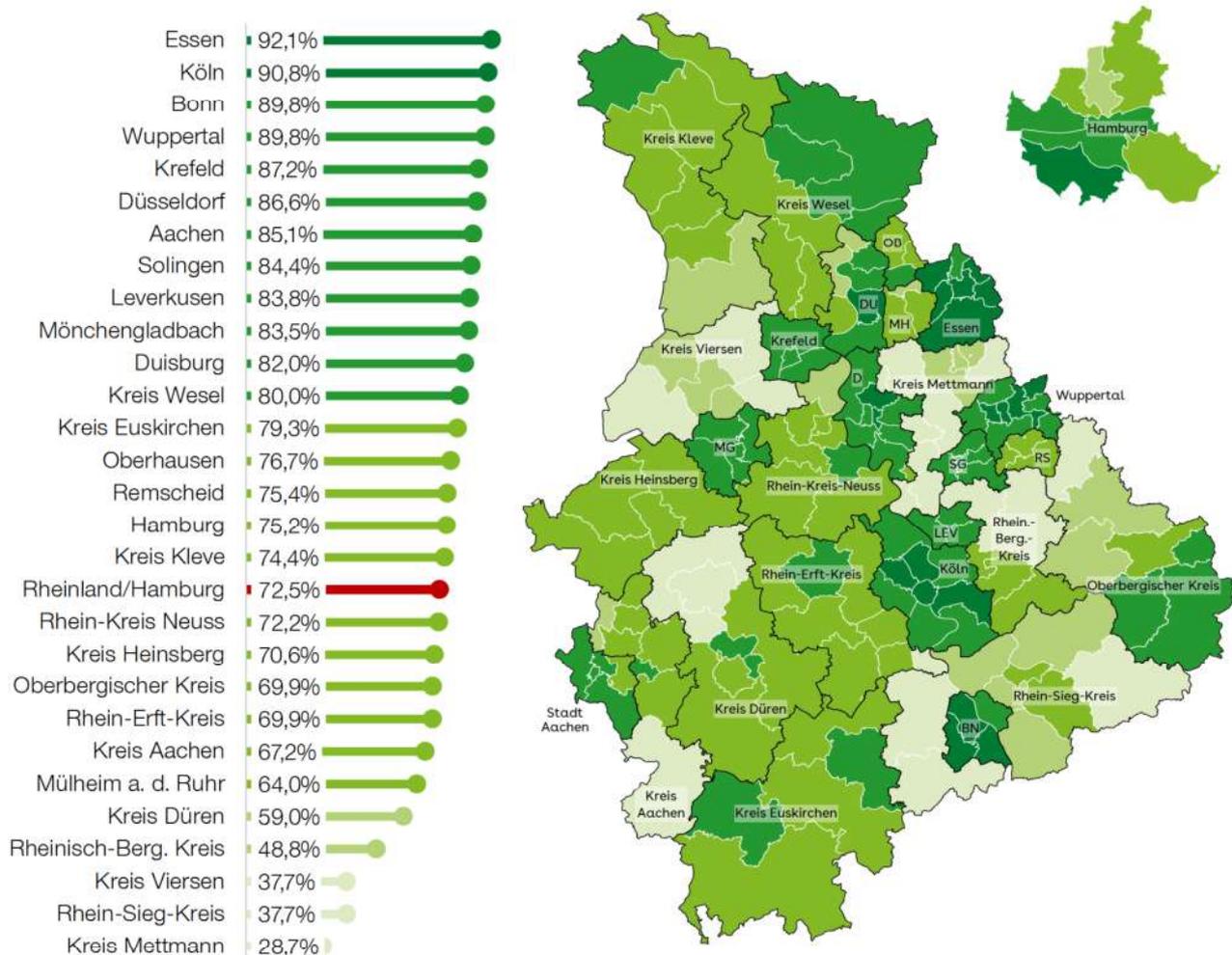
#### Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten



## Behandlung von Akutereignissen im Wohnortkreis

Anteil an allen Fällen mit Akutereignissen, Durchschnitt der Jahre 2017 bis 2019



### Sollte eine Behandlung von Akutereignissen im Wohnortkreis erfolgen?

Die Auswertung betrachtet, wie viele Versicherte mit einem Schlaganfall oder einem Herzinfarkt in einem Krankenhaus in ihrem Wohnortkreis versorgt wurden. Diese Betrachtung dient allein der Beschreibung des Versorgungsgeschehens. Akutereignisse wie ein Herzinfarkt oder ein Schlaganfall sollten in den nächstgelegenen, qualifizierten Kliniken behandelt werden. Eine Orientierung an administrativen Grenzen ist dabei weder medizinisch sinnvoll, noch rechtlich erforderlich.

#### Zeitraum

2017–2019

#### Aufgreifkriterien

ICD-10-Codes: I21, I22, I60-I64

#### Standardisierung

keine

#### Datenquelle

AOK Rheinland/Hamburg

#### Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

## Behandlung von Akutereignissen: Mitversorgungseffekte

Anzahl der behandelten Fälle im Kreis im Verhältnis zur Anzahl der Fälle der Wohnbevölkerung, Durchschnitt der Jahre 2017 bis 2019



### Was sagt die Mitversorgung aus?

Akutereignisse wie ein Herzinfarkt oder ein Schlaganfall sollten in den nächstgelegenen, qualifizierten Kliniken behandelt werden. Eine Orientierung an administrativen Grenzen ist dabei weder medizinisch sinnvoll, noch rechtlich erforderlich.

Die Auswertung untersucht, welche Kreise oder kreisfreien Städte eine kreisübergreifende, mitversorgende Rolle in der Notfallversorgung übernehmen und welche mitversorgt werden. Der Indikator berechnet sich als Verhältnis der Behandlungen durch Leistungserbringer in einem Kreis geteilt durch die Behandlungen an der Wohnbevölkerung. Bei vollständiger Eigenversorgung der Wohnbevölkerung im Kreis wäre der Wert 100 Prozent, bei einer Netto-Mitversorgung des Umlands größer, bei einer Netto-Mitversorgung durch das Umland kleiner als 100 Prozent. Für Hamburg können die Mitversorgungseffekte aus datentechnischen Gründen nicht dargestellt werden.

#### Zeitraum

2017–2019

#### Aufgreifkriterien

ICD-10-Codes: I21, I22, I60-I64

#### Standardisierung

keine

#### Datenquelle

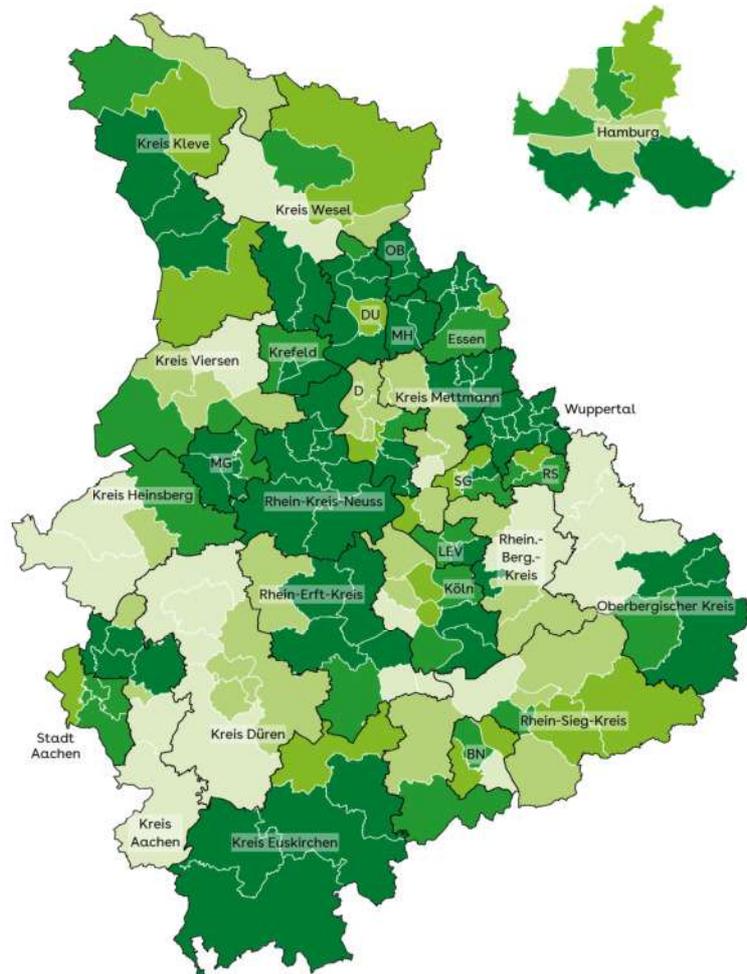
AOK Rheinland/Hamburg

#### Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

## Akutereignisse: Behandlung bei Herzinfarkt in Krankenhaus mit Linksherzkathetermessplatz

Anteil an allen Krankenhaufällen mit Herzinfarkt,  
Durchschnitt der Jahre 2017 bis 2019



### Warum ist bei Herzinfarkten ein Linksherzkathetermessplatz erforderlich?

Bei der Behandlung von Akutereignissen wie Herzinfarkt und Schlaganfall geht es oftmals um Leben und Tod. Daher ist es wichtig, dass die Patientinnen und Patienten in spezialisierten Einrichtungen behandelt werden. Patientinnen und Patienten mit einem akuten Herzinfarkt bietet ein Krankenhaus mit einem Linksherzkathetermessplatz (LHKM) die bestmögliche Versorgung. Mittels einer Herzkatheteruntersuchung kann die Stelle des Gefäßverschlusses bestimmt, aufgedehnt und durch einen Stent oder eine Bypass-Operation dauerhaft offengehalten werden.

Die Auswertung betrachtet, wie viele Patientinnen und Patienten mit einem Herzinfarkt in entsprechend spezialisierten Einrichtungen versorgt wurden.

#### Zeitraum

2017–2019

#### Aufgreifkriterien

ICD-10-Codes: I21, I22

#### Standardisierung

keine

#### Datenquelle

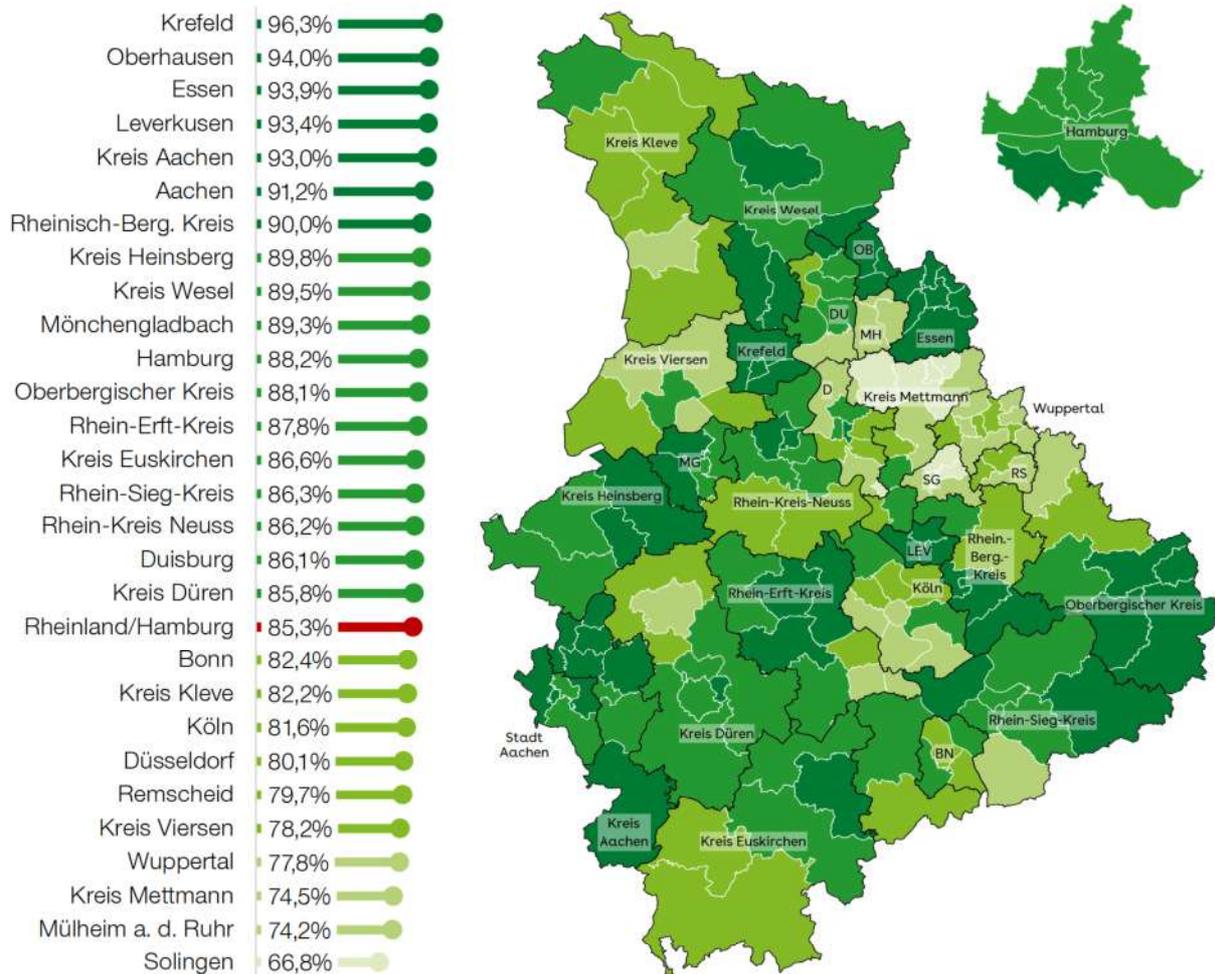
AOK Rheinland/Hamburg

#### Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

## Akutereignisse: Behandlung bei Schlaganfall in Stroke-Unit

Anteil an allen Krankenhausfällen mit Schlaganfall, Durchschnitt der Jahre 2017 bis 2019



### 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. Als Stroke-Units wurden bei der Auswertung nur Schlaganfalleinrichtungen gezählt, die gemäß der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft zertifiziert oder im Krankenhausplan NRW als Stroke-Unit geführt sind.

Bei der Auswertung wird betrachtet, ob die Rettungsdienste Patientinnen und Patienten mit einem Schlaganfall in geeignete Krankenhäuser einliefern. Die regionale Zuordnung findet über den Sitz des Rettungsdienstes statt.

#### Zeitraum

2017–2019

#### Aufgreifkriterien

ICD-10-Codes: I60-I64

#### Standardisierung

keine

#### Datenquelle

AOK Rheinland/Hamburg

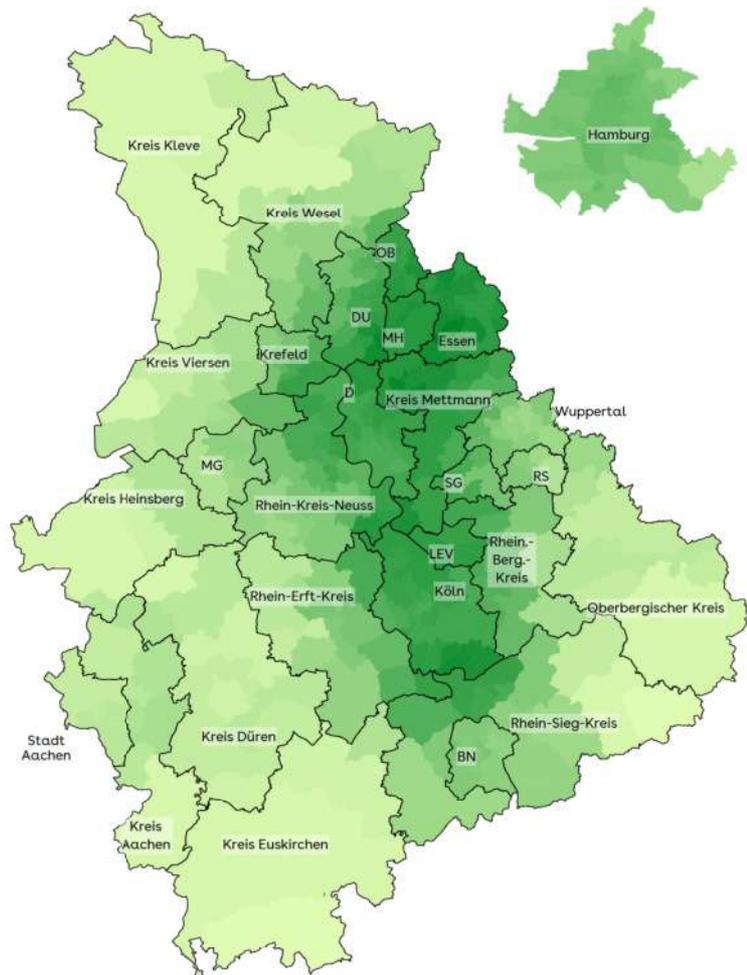
#### Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten



## Krankenhäuser mit Geburtshilfe

Standorte im 20-Kilometer-Umkreis je Postleitzahlgebiet



### Was ist auf der Karte dargestellt?

Über 98 Prozent aller Kinder werden im Rheinland und in Hamburg in einer Geburtsklinik entbunden. Geburtskliniken müssen flächendeckend und wohnortnah erreichbar sein. Der Großteil der Schwangerschaften und Entbindungen verläuft ohne Komplikationen. Diese Geburten können in der Regel problemlos in allen Geburtskliniken erfolgen.

Die Auswertung zeigt die Anzahl der Geburtskliniken für alle Postleitzahlgebiete in einem Umkreis von 20 Kilometern an. Die Werte für die Kreise berechnen sich als Durchschnitt über alle Postleitzahlgebiete des Kreises.

#### Zeitraum

2020

#### Aufgreifkriterien

Entbindung

#### Standardisierung

keine

#### Datenquelle

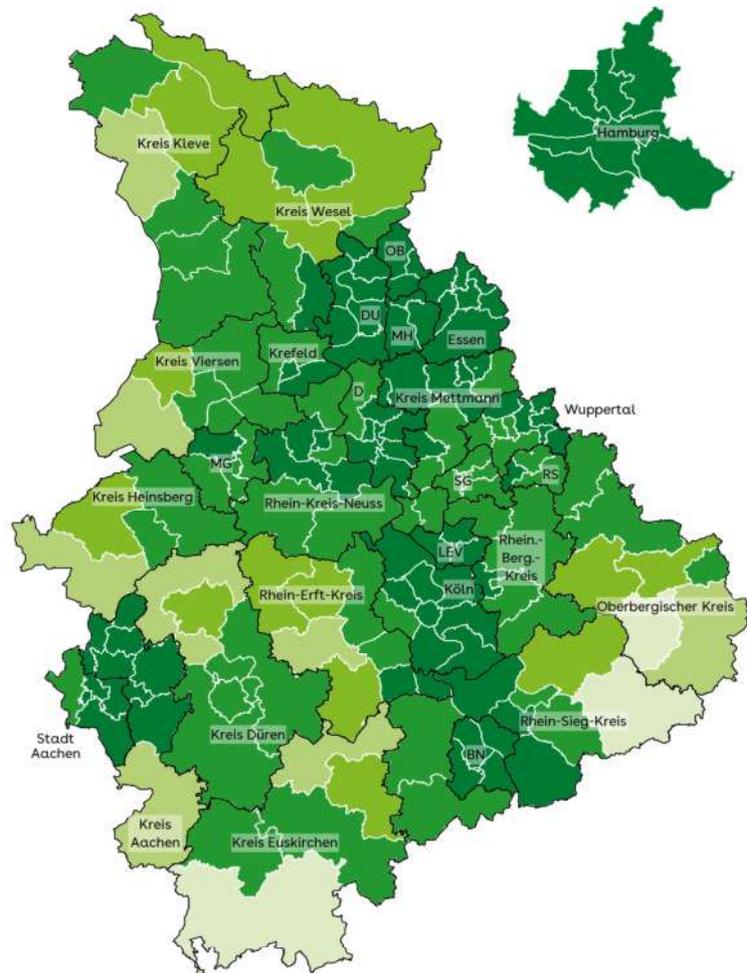
Strukturierte Qualitätsberichte

#### Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

## Geburten im 20-Kilometer-Umkreis

Anteil an allen Geburten im Krankenhaus, Durchschnitt der Jahre 2017 bis 2019



### Welche Vorgaben gibt es für die Erreichbarkeit von Geburtskliniken?

Geburtskliniken müssen flächendeckend und wohnortnah erreichbar sein. Der Abschlussbericht „Runder Tisch Geburtshilfe“ in Nordrhein-Westfalen fordert, dass jede Schwangere innerhalb eines Zeitraums von 20 bis maximal 45 Minuten eine geburtshilfliche Klinik erreichen kann. Die Wahl der Geburtsklinik ist für werdende Eltern eine wichtige Entscheidung, bei der neben der Erreichbarkeit noch weitere Faktoren Berücksichtigung finden, wie zum Beispiel Erfahrungsberichte, Qualität, besondere Angebote zur Entbindung und die medizinische Ausstattung.

Die Auswertung betrachtet, wie viele Mütter zur Entbindung in einem Krankenhaus waren, das nicht weiter als zwanzig Kilometer von ihrem Wohnort entfernt ist.

#### Zeitraum

2017–2019

#### Aufgreifkriterien

Entbindung im Krankenhaus

#### Standardisierung

keine

#### Datenquelle

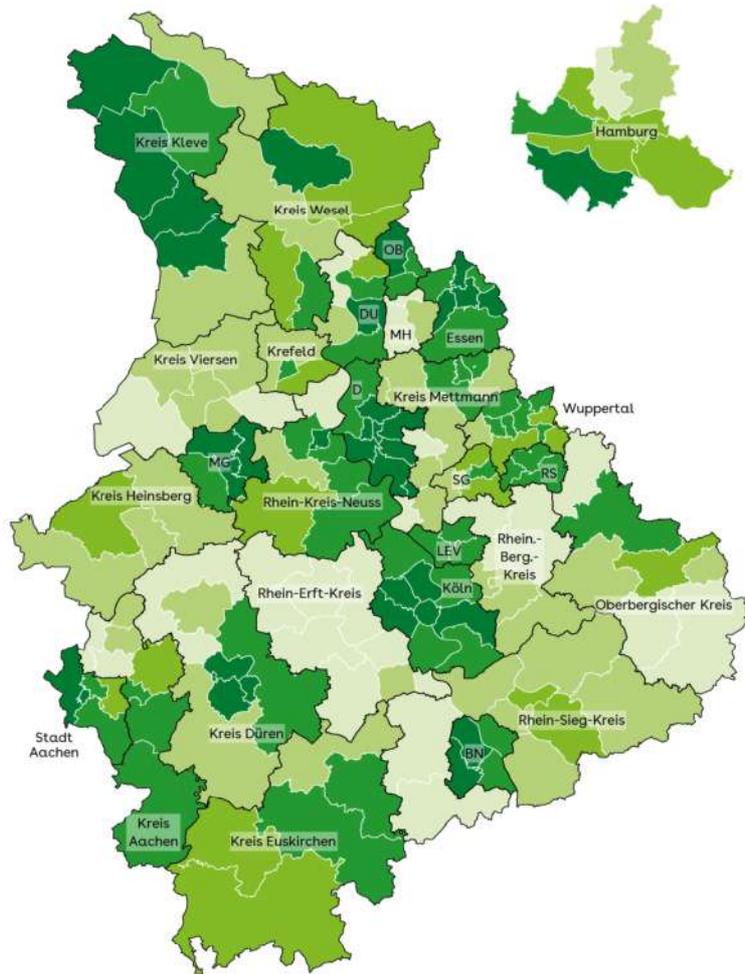
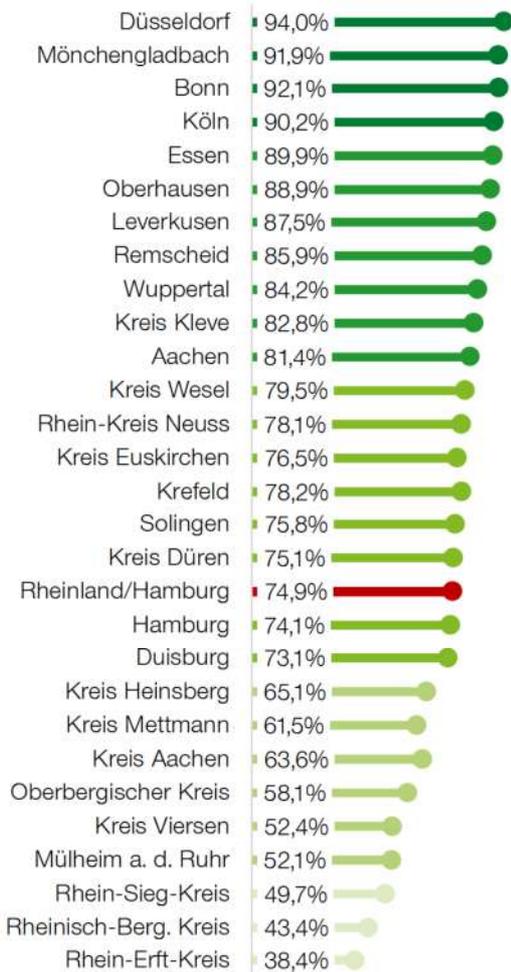
AOK Rheinland/Hamburg

#### Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

## Geburten im Wohnortkreis

Anteil an allen Geburten im Krankenhaus, Durchschnitt der Jahre 2017 bis 2019



### Welche Rolle spielt die Kreisebene in der Geburtshilfe?

Schwangere wünschen sich bei der Geburt die bestmögliche Versorgung für sich und das Kind. Die Wahl der Geburtsklinik ist für werdende Eltern eine wichtige Entscheidung, die sich nicht vorrangig an administrativen Grenzen orientiert.

Die Auswertung betrachtet, wie viele Entbindungen in einer Geburtsklinik im Wohnortkreis erfolgten. Die Ergebnisse dienen der Darstellung des Versorgungsgeschehens.

#### Zeitraum

2017–2019

#### Aufgreifkriterien

Entbindung im Krankenhaus

#### Standardisierung

keine

#### Datenquelle

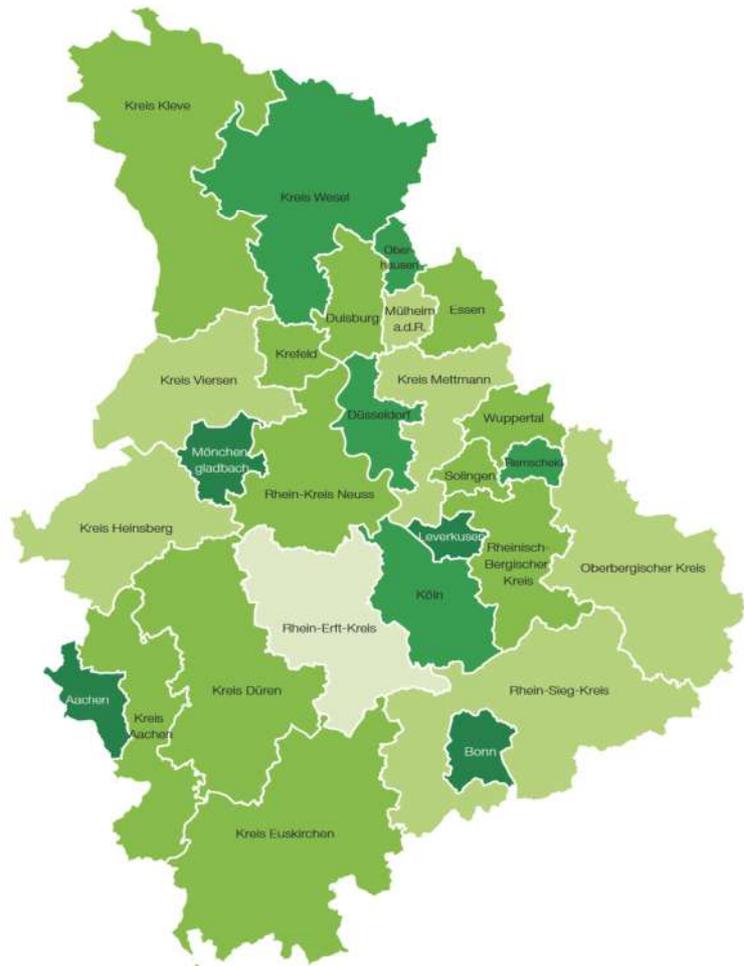
Strukturierte Qualitätsberichte

#### Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

## Geburten – Mitversorgungseffekte

Anzahl der Geburten in Krankenhäusern des Kreises im Verhältnis zur Anzahl der Geburten der Wohnbevölkerung, Durchschnitt der Jahre 2017 bis 2019



### Was sagt die Mitversorgung aus?

Schwangere wünschen sich bei Geburt die bestmögliche Versorgung für sich und das Kind. Die Wahl der Geburtsklinik ist für werdende Eltern eine wichtige Entscheidung, die sich nicht vorrangig an administrativen Grenzen orientiert.

Die Auswertung betrachtet, welche kreisfreien Städte und Kreise eine kreisübergreifende, mitversorgende Rolle in der Versorgung übernehmen. Grafisch dargestellt ist die Netto-Versorgung der Geburtskliniken der Kreise. Sie berechnet sich als Verhältnis der Anzahl der Geburten in allen Kliniken des Kreises zu der Anzahl der Entbindungen durch Mütter mit Wohnsitz in dem Kreis. Bei vollständiger Eigenversorgung der Wohnbevölkerung im Kreis wäre der Wert 100 Prozent, bei einer Netto-Mitversorgung des Umlands größer, bei einer Netto-Mitversorgung durch das Umland kleiner als 100 Prozent. Für Hamburg können die Mitversorgungseffekte aus datentechnischen Gründen nicht dargestellt werden.

#### Zeitraum

2017–2019

#### Aufgreifkriterien

Entbindung im Krankenhaus

#### Standardisierung

keine

#### Datenquelle

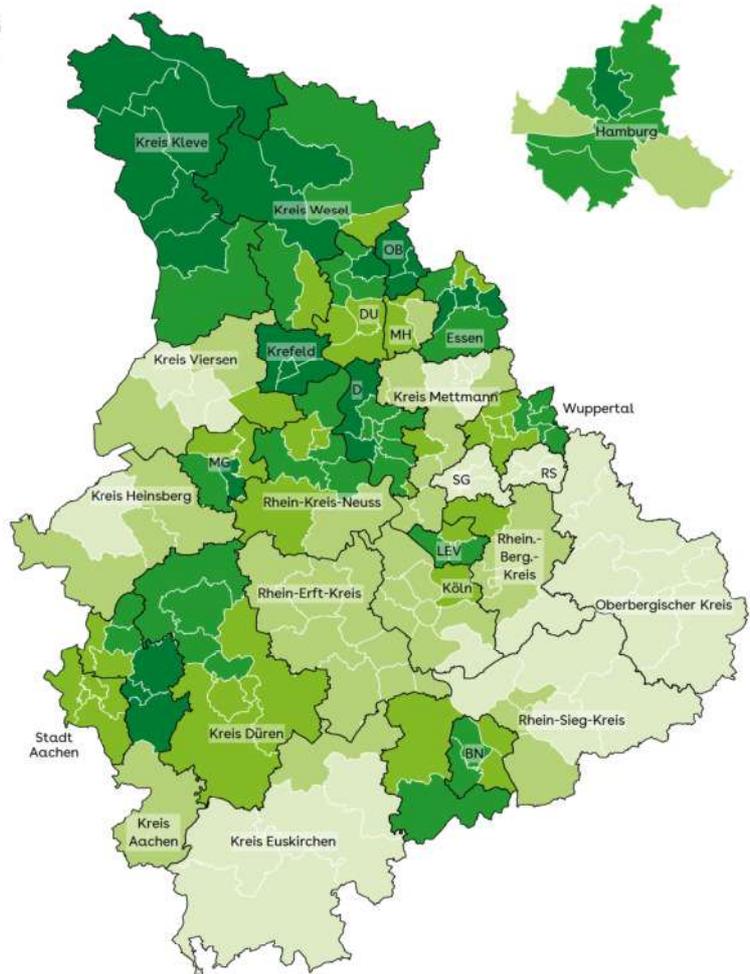
AOK Rheinland/Hamburg

#### Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

## Geburten in Perinatalzentren

Anteil an allen Geburten im Krankenhaus, Durchschnitt der Jahre 2017 bis 2019



### In welchen Fällen sollten Geburten in Perinatalzentren erfolgen?

Für die geburtshilfliche Betreuung von Schwangeren besteht eine gestufte Versorgungsstruktur. Der Großteil der Schwangerschaften und Entbindungen verläuft ohne Komplikationen. Die Versorgung kann in der Regel in gewöhnlichen Geburtskliniken vorgenommen werden. Geburten, die aufgrund des Risikoprofils der Schwangeren oder des ungeborenen Kindes ein erhöhtes Komplikationsrisiko bergen, sollen in spezialisierten Strukturen erfolgen. Diese sogenannten Perinatalzentren haben eine angeschlossene Kinderklinik und verfügen über die Ausstattung und die Erfahrung, auch Frühgeburten und Risikoschwangerschaften zu betreuen. Auch bei unkomplizierten Schwangerschaften wählen viele Eltern die größere medizinische Sicherheit der spezialisierten Krankenhäuser. Die Auswertung betrachtet, welcher Anteil der Geburten in Perinatalzentren der Stufen 1 und 2 durchgeführt wurde.

#### Zeitraum

2017–2019

#### Aufgreifkriterien

Entbindung im Krankenhaus

#### Standardisierung

keine

#### Datenquelle

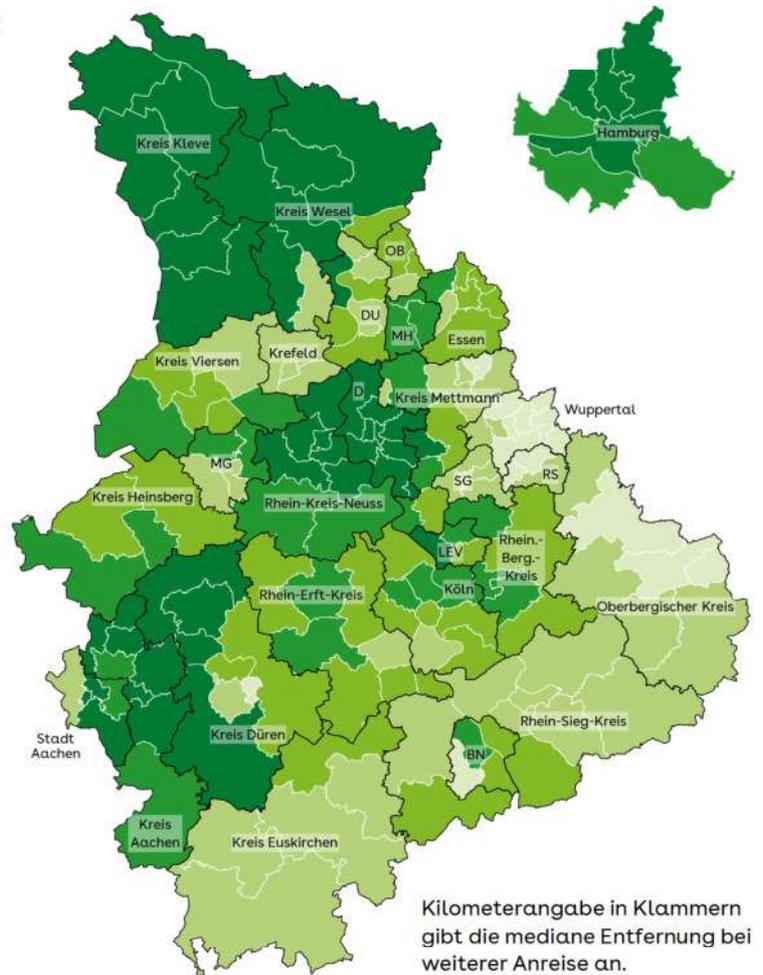
AOK Rheinland/Hamburg

#### Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

## Weitere Anreise zur Entbindung in einem Perinatalzentrum

Anteil an allen Geburten im Krankenhaus, Durchschnitt der Jahre 2017 bis 2019



### Was sagt diese Auswertung aus?

Die Auswertung soll Hinweise geben, inwieweit sich die Mütter bei der Krankenhauswahl vom Status eines Perinatalzentrums leiten lassen. Dem Indikator liegt die Annahme zugrunde, dass sich die Eltern in der Regel entweder aufgrund der Wohnortnähe oder aufgrund der medizinischen Sicherheit für ein Krankenhaus entscheiden. Wenn die Nähe der ausschlaggebende Entscheidungsfaktor wäre, sollte die Behandlung in einem der drei nächstgelegenen Krankenhäuser erfolgen. Bei einer medizinisch orientierten Entscheidung sollte die Behandlung in einem Perinatalzentrum erfolgen. Dieser Indikator betrachtet nun den Anteil der Entbindungen in einem weiter entfernten Perinatalzentrum. Versicherte, die in einem nahegelegenen Perinatalzentrum behandelt wurden, wurden aus der Auswertung ausgeschlossen. Bei ihnen ist unklar, ob die Wohnortnähe oder die medizinische Sicherheit der ausschlaggebende Grund für die Krankenhauswahl war.

#### Zeitraum

2017–2019

#### Aufgreifkriterien

Entbindung im Krankenhaus

#### Standardisierung

keine

#### Datenquelle

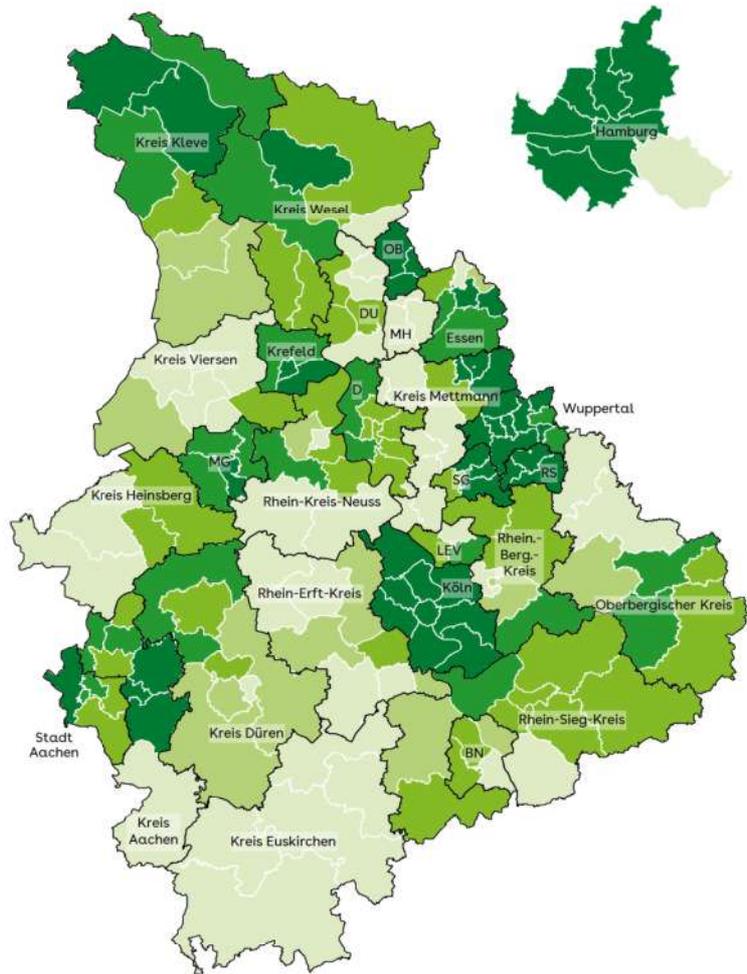
AOK Rheinland/Hamburg

#### Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

## Geburten in Kliniken mit mehr als 1.000 Geburten pro Jahr

Anteil an allen Geburten im Krankenhaus, Durchschnitt der Jahre 2017 bis 2019



### Welchen Einfluss hat die Fallzahl in der Geburtshilfe?

Insbesondere im Rheinland gibt es viele Geburtskliniken mit verhältnismäßig wenigen Entbindungen pro Jahr. Nur etwa die Hälfte aller Kliniken hat mehr als 1.000 Geburten im Jahr, in jeder vierten Klinik finden weniger als 650 Geburten statt. Studien aus mehreren OECD-Ländern zeigen, dass sich eine Zentralisierung der Geburtshilfe positiv auf die Versorgungsqualität auswirkt. Die perinatale Sterblichkeit und Erkrankungsrisiken sind in großen Geburtskliniken signifikant niedriger als in kleinen Häusern. Dies gilt auch für Niedrigrisikogeburten. Die Auswertung betrachtet, wie viele Geburten in Kliniken mit weniger als 1.000 Geburten im Jahr erfolgten.

#### Zeitraum

2017–2019

#### Aufgreifkriterien

Entbindung im Krankenhaus

#### Standardisierung

keine

#### Datenquelle

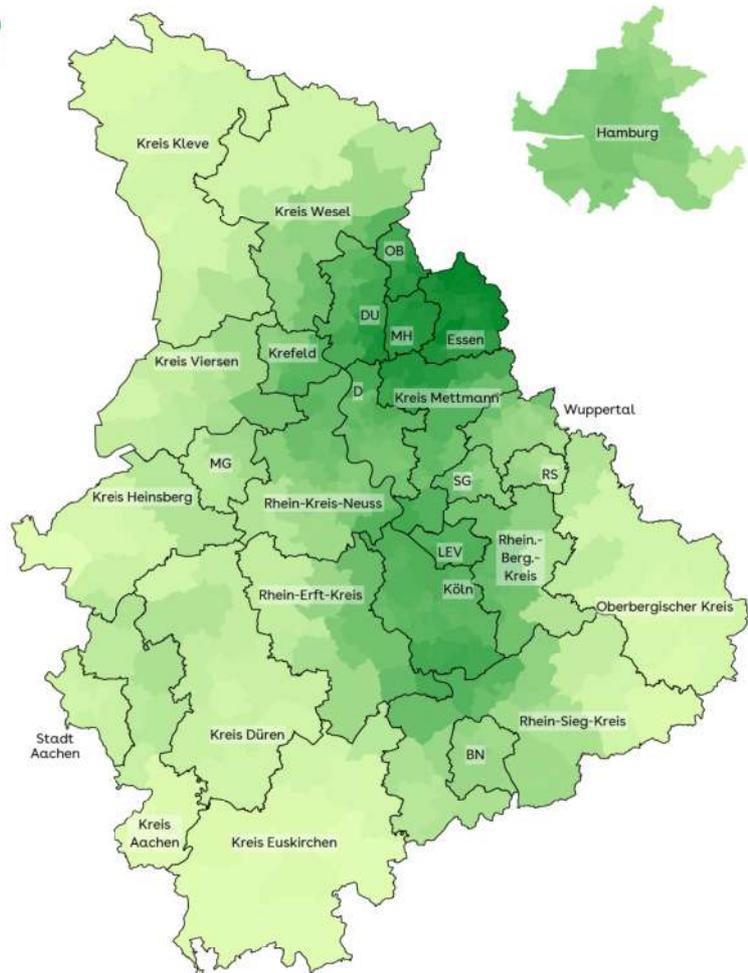
AOK Rheinland/Hamburg

#### Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

## Standorte mit bauchchirurgischen Operationen

Standorte im 20-Kilometer-Umkreis je Postleitzahlgebiet



### Was ist auf der Karte dargestellt?

Unter den bauchchirurgischen Eingriffen werden die Entfernung des Blinddarms und die Gallenblasenentfernung bei Gallensteinen zusammengefasst. Hierbei handelt es sich um häufige Eingriffe, die in Deutschland jeweils jährlich über 100.000-mal durchgeführt werden. Über 150 Krankenhausstandorte im Rheinland und in Hamburg führen entsprechende Operationen durch.

Die Auswertung zeigt für alle Postleitzahlgebiete die Anzahl der Krankenhäuser in einem Umkreis von 20 Kilometern an, die bauchchirurgische Operationen durchführen. Dafür wurde ein ungewichteter Durchschnitt über die zwei betrachteten Indikationen gebildet. Die Werte für die Kreise berechnen sich als Durchschnitt über alle Postleitzahlgebiete des Kreises.

#### Zeitraum

2020

#### Aufgreifkriterien

OPS-Codes: 5-470, 5-511.0/1/2/3/x/y

#### Standardisierung

keine

#### Datenquelle

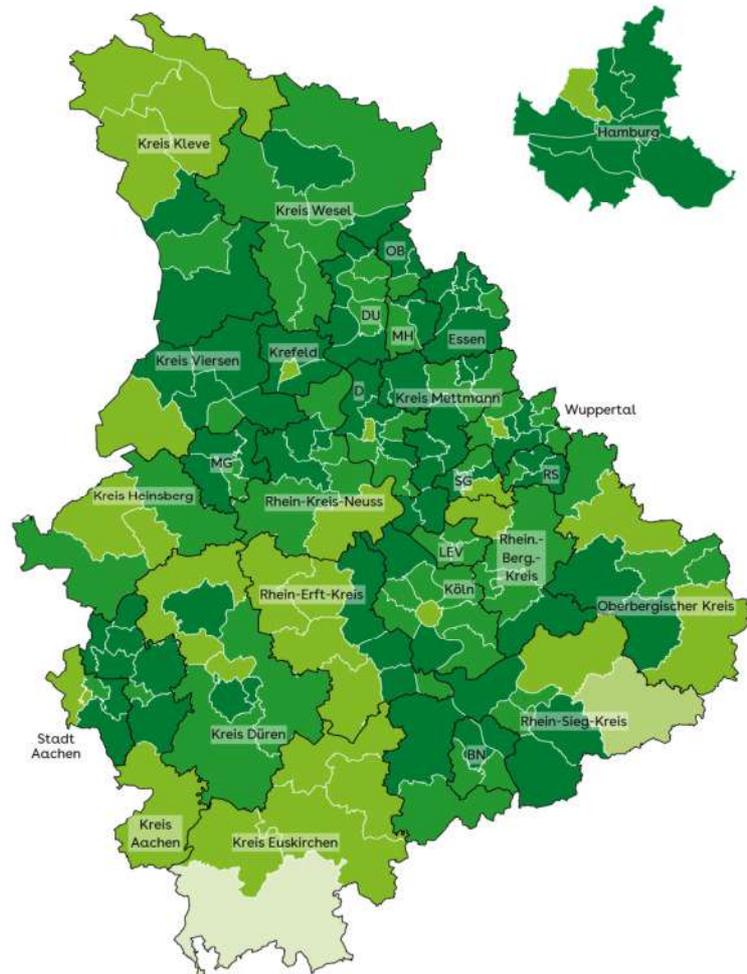
AOK Rheinland/Hamburg

#### Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

## Bauchchirurgische Operationen im 20-Kilometer-Umkreis

Anteil an allen bauchchirurgischen Operationen,  
Durchschnitt der Jahre 2017 bis 2019



### Wie wichtig ist eine schnelle Erreichbarkeit der Kliniken?

In Akutsituationen sollen diese Operationen umgehend nach Auftreten der Beschwerden durchgeführt werden. Bei der akuten Blinddarmentzündung ist ein Zeitfenster für die Operation innerhalb der ersten zwölf bzw. 24 Stunden nach Diagnosestellung empfohlen. Eine Entzündung der Gallenblase sollte innerhalb von 24 bis 72 Stunden nach stationärer Aufnahme operiert werden. Bei elektiven Eingriffen ist der Zeitpunkt der Operation individuell zu planen. Bauchchirurgische Operationen sollten daher in der Regel wohnortnah durchgeführt werden. Da viele Krankenhäuser entsprechende Eingriffe vornehmen, können auch weitere Faktoren, wie zum Beispiel Qualitätsaspekte, bei der Krankenhauswahl Berücksichtigung finden.

Die Auswertung betrachtet, wie viele Patientinnen und Patienten in einem Krankenhaus operiert wurden, das nicht weiter als zwanzig Kilometer von ihrem Wohnort entfernt ist.

#### Zeitraum

2017–2019

#### Aufgreifkriterien

OPS-Codes: 5-470,  
5-511.0/1/2/3/x/y

#### Standardisierung

keine

#### Datenquelle

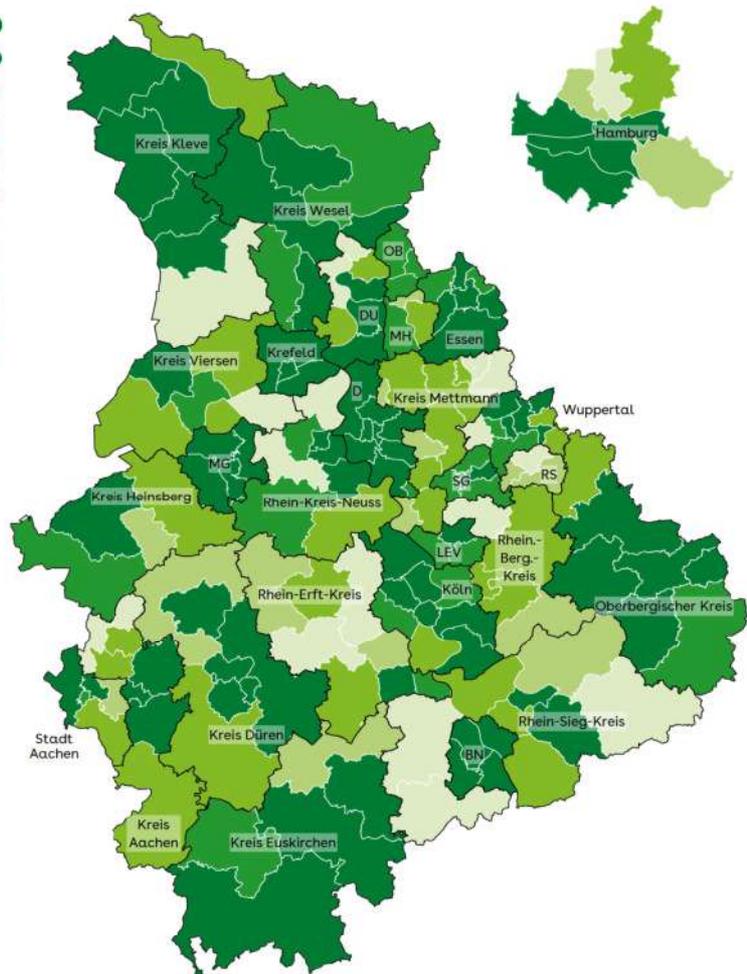
AOK Rheinland/Hamburg

#### Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

## Bauchchirurgische Operationen im Wohnortkreis

Anteil an allen bauchchirurgischen Operationen,  
Durchschnitt der Jahre 2017 bis 2019



### Sollten bauchchirurgische Operationen im Wohnortkreis stattfinden?

Die Auswertung betrachtet, wie häufig eine Entfernung des Blinddarms oder Gallenblasenentfernung in einem Krankenhaus im Wohnortkreis der Versicherten erfolgen. Diese Betrachtung dient allein der Beschreibung des Versorgungsgeschehens. Analysen im Rahmen des QSR-Verfahrens der AOK zeigen deutliche Unterschiede in der Behandlungsqualität. Neben der Erreichbarkeit sollten bei der Krankenhauswahl auch Qualitätsaspekte betrachtet werden. Eine Orientierung an administrativen Grenzen ist dabei weder medizinisch sinnvoll noch rechtlich erforderlich.

#### Zeitraum

2017–2019

#### Aufgreifkriterien

OPS-Codes: 5-470,  
5-511.0/1/2/3/x/y

#### Standardisierung

keine

#### Datenquelle

AOK Rheinland/Hamburg

#### Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

## Bauchchirurgische Operationen – Mitversorgungseffekte

Anzahl der durchgeführten Operationen im Kreis im Verhältnis zur Anzahl der Operationen an der Wohnbevölkerung, Durchschnitt der Jahre 2017 bis 2019



### Was sagt die Mitversorgung aus?

Die Erreichbarkeit von Krankenhäusern im Rheinland und in Hamburg, die bauchchirurgische Operationen durchführen, ist gut. Neben dieser sollten bei der Krankenhauswahl auch Qualitätsaspekte betrachtet werden. Eine Orientierung an administrativen Grenzen ist dabei weder medizinisch sinnvoll noch rechtlich erforderlich. Diese Auswertung untersucht, welche Kreise oder kreisfreien Städte eine kreisübergreifende, mitversorgende Rolle in der Bauchchirurgie übernehmen und welche mitversorgt werden. Der Indikator berechnet sich als Verhältnis der Behandlungen durch Leistungserbringer in einem Kreis geteilt durch die Behandlungen an der Wohnbevölkerung. Bei vollständiger Eigenversorgung der Wohnbevölkerung im Kreis wäre der Wert 100 Prozent, bei einer Netto-Mitversorgung durch das Umland kleiner als 100 Prozent. Für Hamburg können die Mitversorgungseffekte aus datentechnischen Gründen nicht dargestellt werden.

#### Zeitraum

2017–2019

#### Aufgreifkriterien

OPS-Codes: 5-470, 5-511.0/1/2/3/x/y

#### Standardisierung

keine

#### Datenquelle

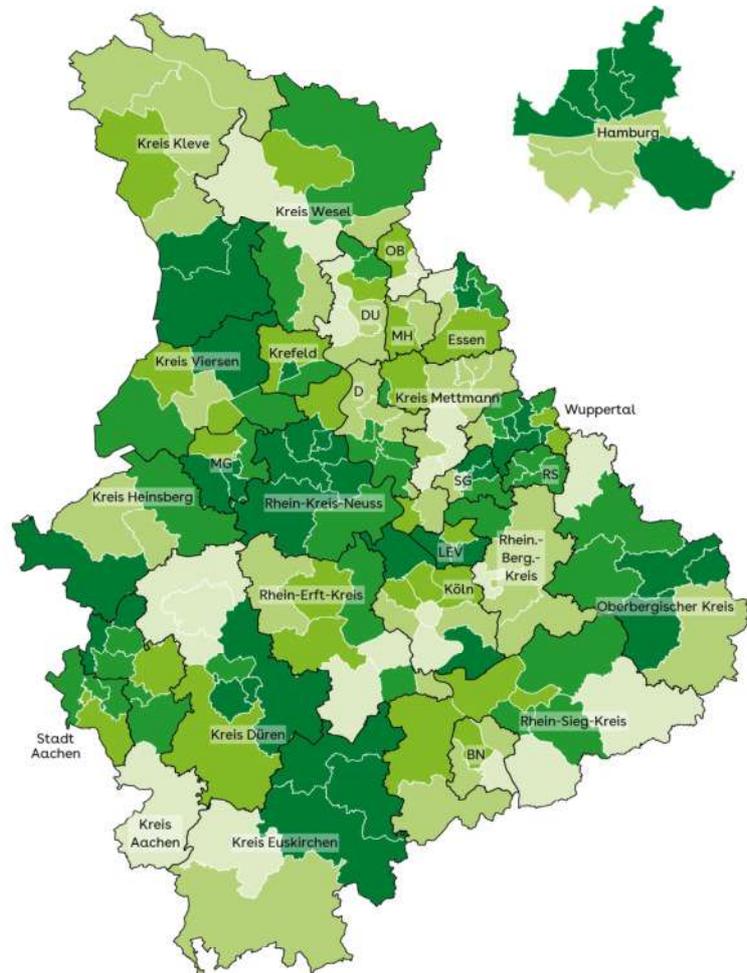
AOK Rheinland/Hamburg

#### Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

## Bauchchirurgische Operationen in Krankenhäusern mit überdurchschnittlicher Routine

Anteil an allen bauchchirurgischen Operationen, Durchschnitt der Jahre 2017 bis 2019



### Warum ist die Behandlungsroutine bei Operationen wichtig?

Bauchchirurgische Operationen wie die Entfernung des Blinddarms und die Gallenblasenentfernung werden an über 150 Krankenhausstandorten im Rheinland und in Hamburg erbracht. Die Behandlungsroutine bei den jeweiligen Operationen unterscheidet sich jedoch deutlich zwischen den Krankenhäusern. Während einige Krankenhäuser die entsprechenden Operationen täglich durchführen, sind es in anderen Kliniken nur wenige Eingriffe pro Monat.

Die Auswertung zeigt den Anteil der bauchchirurgischen Eingriffe, die in Krankenhäusern mit überdurchschnittlicher Routine erbracht wurden. Diese wurde definiert als durchschnittlich mindestens zehn Operationen pro Monat.

#### Zeitraum

2017–2019

#### Aufgreifkriterien

OPS-Codes: 5-470, 5-511.0/1/2/3/x/y

#### Standardisierung

keine

#### Datenquelle

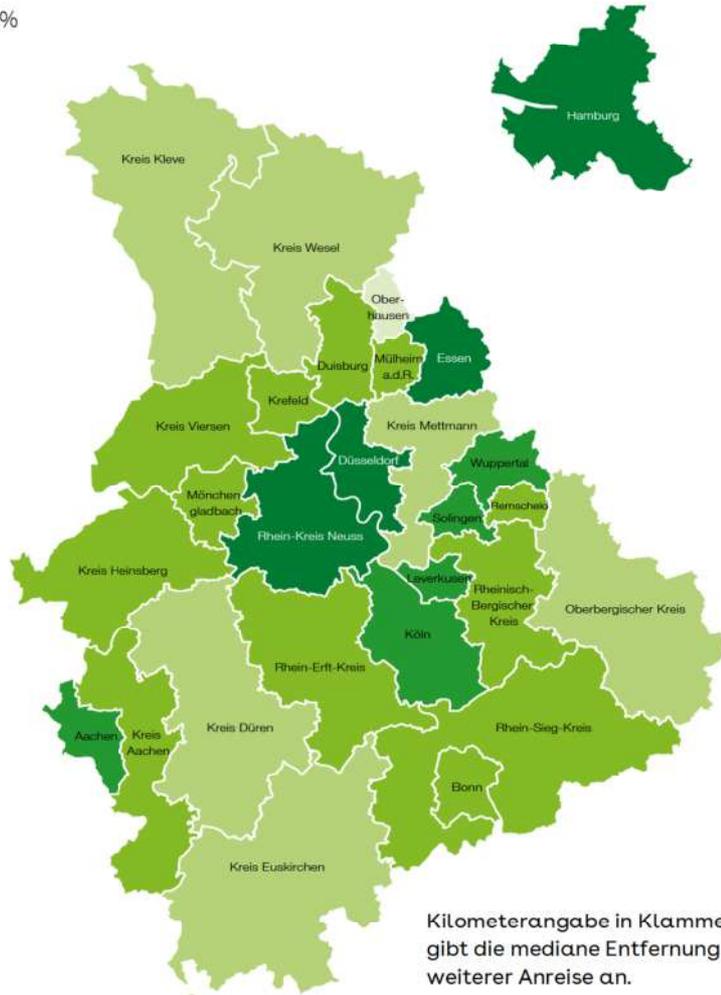
AOK Rheinland/Hamburg

#### Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

## Weitere Anreise zur Operation in Krankenhäusern mit überdurchschnittlicher Routine

Anteil an allen bauchchirurgischen Operationen, Durchschnitt der Jahre 2017 bis 2019



Kilometerangabe in Klammern gibt die mediane Entfernung bei weiterer Anreise an.

### Was sagt diese Auswertung aus?

Die Auswertung soll Hinweise geben, inwieweit sich die Patientinnen und Patienten bei der Krankenhauswahl von Qualitätsgesichtspunkten leiten lassen. Dem Indikator liegt die Annahme zugrunde, dass sich Patientinnen und Patienten in der Regel entweder aufgrund der Wohnortnähe oder aufgrund von Qualitätsaspekten für ein Krankenhaus entscheiden. Wenn die Nähe der ausschlaggebende Entscheidungsfaktor wäre, sollte die Behandlung in einem der drei nächstgelegenen Krankenhäuser erfolgen. Bei einer qualitätsorientierten Entscheidung sollte die Behandlung in einer Klinik mit hoher Fallzahl erfolgen. Dieser Indikator betrachtet nun den Anteil der bauchchirurgischen Operationen in einem weiter entfernten Krankenhaus mit hoher Fallzahl. Versicherte, die in einem nahegelegenen und zertifizierten Krankenhaus behandelt wurden, wurden aus der Auswertung ausgeschlossen. Bei ihnen ist unklar, ob die Wohnortnähe oder die Qualität ausschlaggebend für die Krankenhauswahl war.

#### Zeitraum

2017–2019

#### Aufgreifkriterien

OPS-Codes: 5-470, 5-511.0/1/2/3/x/y

#### Standardisierung

keine

#### Datenquelle

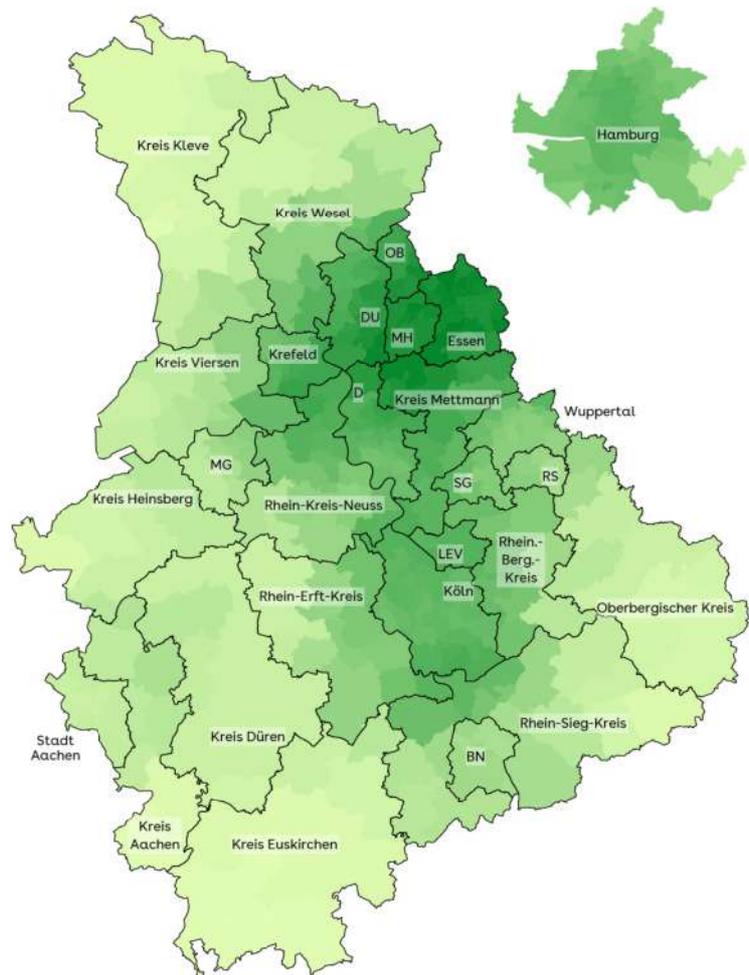
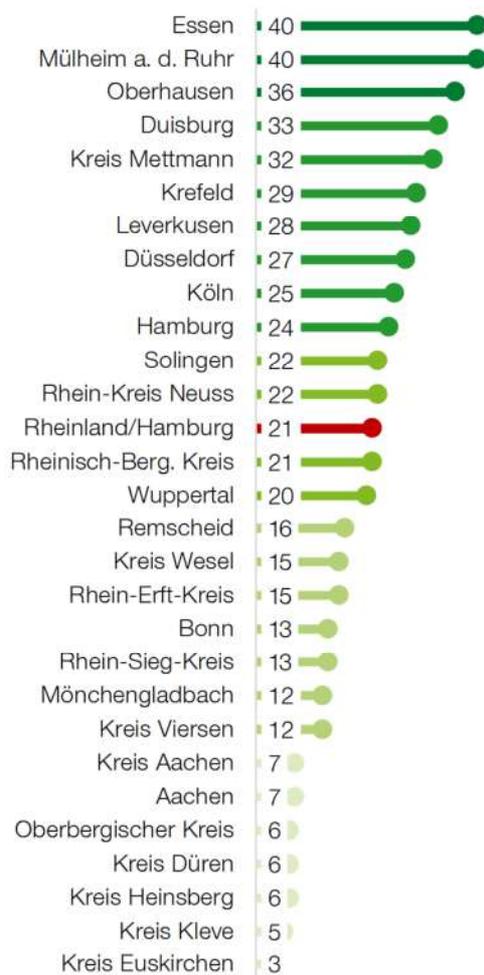
AOK Rheinland/Hamburg

#### Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

## Krankenhäuser mit orthopädischen Operationen

Standorte im 20-Kilometer-Umkreis je Postleitzahlgebiet, 2020



### Was ist auf der Karte dargestellt?

Der Einsatz eines künstlichen Knie- oder Hüftgelenks bei arthrosebedingten Schmerzen oder eine Wirbelsäulenoperation bei spezifischen Kreuzschmerzen sind planbare Eingriffe. Im Rheinland und in Hamburg setzen 169 Kliniken neue Hüften und 132 Kliniken neue Knie ein, 123 Krankenhäuser operieren an der Wirbelsäule. Eine wohnortnahe Behandlung ist fast überall möglich. Das Gutachten zur Krankenhauslandschaft im Auftrag des nordrhein-westfälischen Gesundheitsministeriums stellt für das Rheinland eine deutliche Überversorgung in der elektiven Endoprothetik fest. Die Auswertung zeigt die Anzahl der Krankenhäuser für alle Postleitzahlgebiete in einem Umkreis von 20 Kilometern an, die orthopädische Operationen durchführen. Dafür wurde ein ungewichteter Durchschnitt über die drei betrachteten Indikationen gebildet. Die Werte für die Kreise berechnen sich als Durchschnitt über alle Postleitzahlgebiete des Kreises.

#### Zeitraum

2020

#### Aufgreifkriterien

OPS-Codes: 5-820, 5-822, 5-83 (ohne 5-83a)

#### Standardisierung

keine

#### Datenquelle

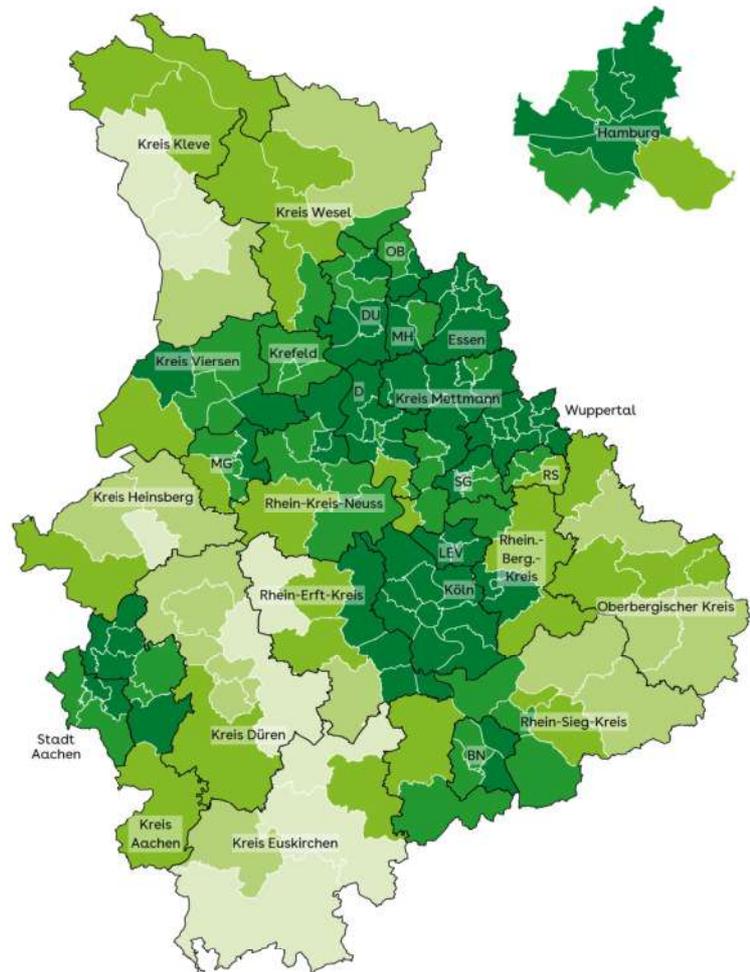
AOK Rheinland/Hamburg

#### Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

## Orthopädische Operationen im 20-Kilometer-Umkreis

Anteil an allen orthopädischen Operationen, Durchschnitt der Jahre 2017 bis 2019



### Wie wichtig ist eine schnelle Erreichbarkeit der Kliniken bei orthopädischen Operationen?

Der Einsatz eines künstlichen Knie- oder Hüftgelenks bei arthrosebedingten Schmerzen oder eine Wirbelsäulenoperation bei spezifischen Kreuzschmerzen sind planbare Eingriffe. Eine dezentralisierte Versorgung in unmittelbarer Wohnortnähe ist aus medizinischer Sicht weder erforderlich noch sinnvoll. Wissenschaftliche Studien zeigen einen deutlichen Zusammenhang zwischen der Anzahl der Eingriffe in einem Krankenhaus und der Behandlungsqualität. In Kliniken, in denen seltener künstliche Gelenke eingesetzt werden bzw. am Rücken operiert wird, besteht für Patientinnen und Patienten ein signifikant höheres Komplikationsrisiko.

#### Zeitraum

2017–2019

#### Aufgreifkriterien

OPS-Codes: 5-820, 5-822, 5-83 (ohne 5-83a)

#### Standardisierung

keine

#### Datenquelle

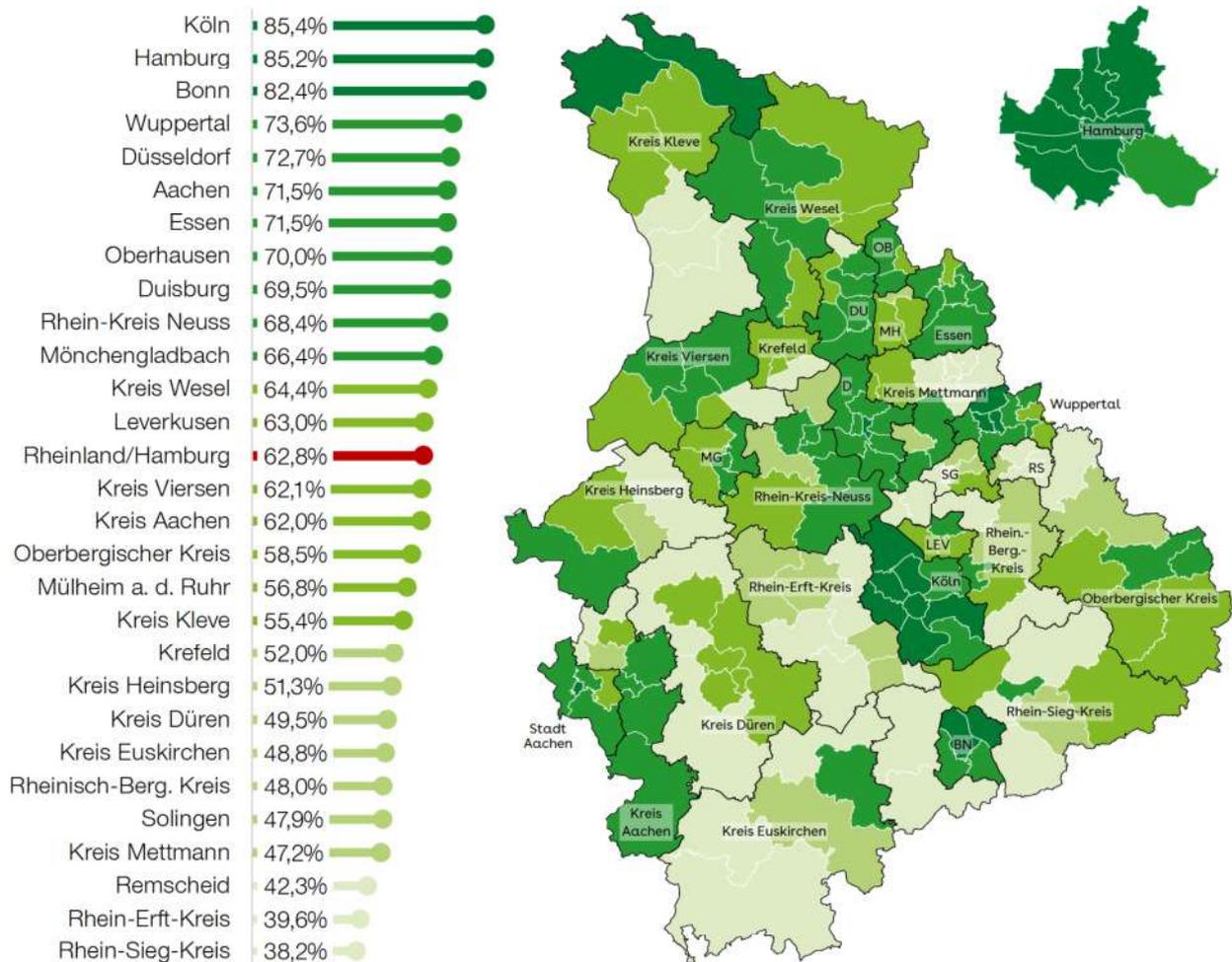
AOK Rheinland/Hamburg

#### Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

## Orthopädische Operationen im Wohnortkreis

Anteil an allen orthopädischen Operationen, Durchschnitt der Jahre 2017 bis 2019



### Sollten orthopädische Operationen im Wohnortkreis stattfinden?

Die Auswertung betrachtet, wie häufig die Implantationen von künstlichen Knie- oder Hüftgelenken oder Wirbelsäulenoperationen in einem Krankenhaus im Wohnortkreis der Versicherten erfolgen. Diese Betrachtung dient allein der Beschreibung des Versorgungsgeschehens. Analysen im Rahmen des QSR-Verfahrens der AOK zeigen deutliche Unterschiede in der Behandlungsqualität zwischen Krankenhäusern. Qualitätsaspekte sollten bei der Krankenhauswahl eine entscheidende Rolle spielen. Eine Orientierung an administrativen Grenzen ist dabei weder medizinisch sinnvoll noch rechtlich erforderlich.

#### Zeitraum

2017–2019

#### Aufgreifkriterien

OPS-Codes: 5-820, 5-822, 5-83 (ohne 5-83a)

#### Standardisierung

keine

#### Datenquelle

AOK Rheinland/Hamburg

#### Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

## Orthopädische Operationen – Mitversorgungseffekte

Anzahl der durchgeführten Operationen im Kreis im Verhältnis zur Anzahl der Operationen an der Wohnbevölkerung, Durchschnitt der Jahre 2017 bis 2019



### Was sagt die Mitversorgung aus?

Der Einsatz eines künstlichen Knie- oder Hüftgelenks bei arthrosebedingten Schmerzen oder eine Wirbelsäulenoperation bei spezifischen Kreuzschmerzen sind planbare Eingriffe. Die Wahl des Behandlungsortes sollte unter vorrangiger Berücksichtigung von Qualitätsaspekten erfolgen. Eine Orientierung an administrativen Grenzen ist dabei weder medizinisch sinnvoll noch rechtlich erforderlich.

Die Auswertung untersucht, welche Kreise oder kreisfreien Städte eine kreisübergreifende, mitversorgende Rolle in der Orthopädie übernehmen und welche mitversorgt werden. Der Indikator berechnet sich als Verhältnis der Behandlungen durch Leistungserbringer in einem Kreis geteilt durch die Behandlungen an der Wohnbevölkerung. Bei vollständiger Eigenversorgung der Wohnbevölkerung im Kreis wäre der Wert 100 Prozent, bei einer Netto-Mitversorgung des Umlands größer, bei einer Netto-Mitversorgung durch das Umland kleiner als 100 Prozent. Für Hamburg können die Mitversorgungseffekte aus datentechnischen Gründen nicht dargestellt werden.

#### Zeitraum

2017–2019

#### Aufgreifkriterien

OPS-Codes: 5-820, 5-822, 5-83 (ohne 5-83a)

#### Standardisierung

keine

#### Datenquelle

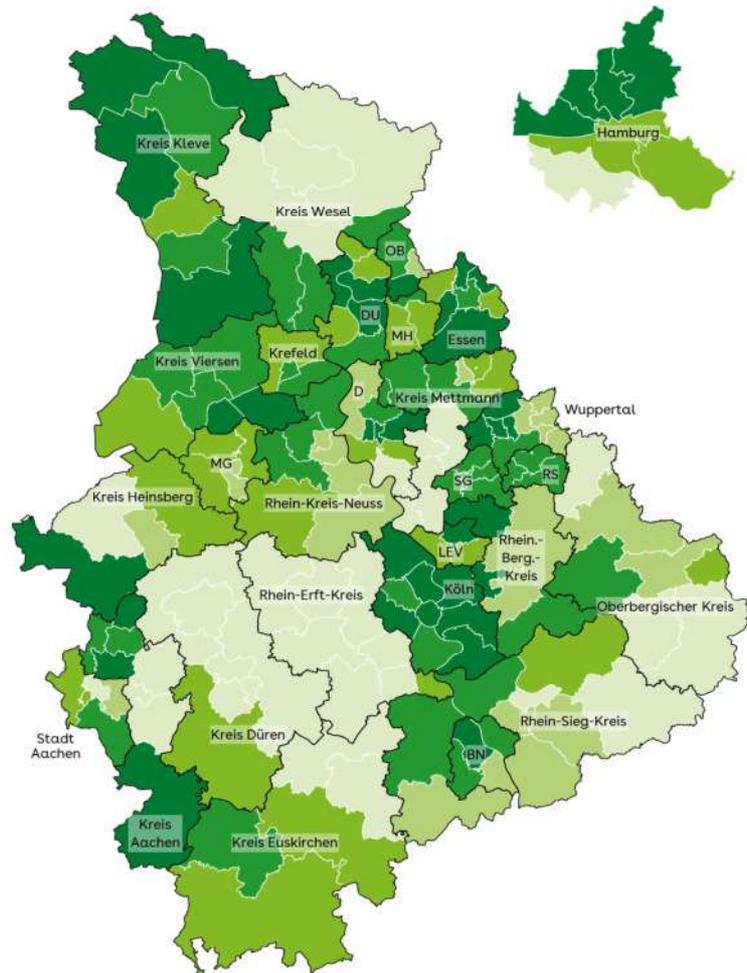
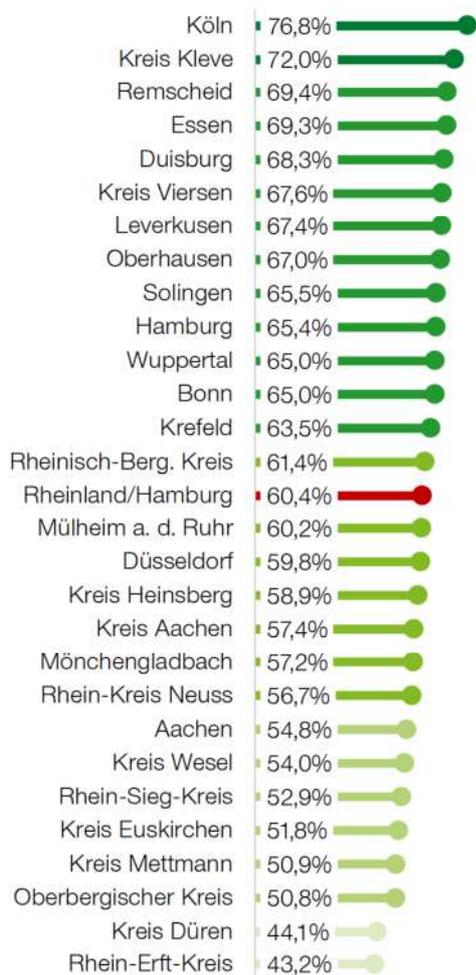
AOK Rheinland/Hamburg

#### Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

## Orthopädische Operationen in Krankenhäusern mit überdurchschnittlicher Routine

Anteil an allen orthopädischen Operationen, Durchschnitt der Jahre 2017 bis 2019



### Warum ist die Behandlungsroutine bei Operationen wichtig?

Während einige Krankenhäuser die betrachteten orthopädischen Operationen im Schnitt mehrmals pro Tag durchführen, sind es in anderen Kliniken nur wenige Eingriffe pro Monat. Wissenschaftliche Studien zeigen einen deutlichen Zusammenhang zwischen der Anzahl der Eingriffe in einem Krankenhaus und der Behandlungsqualität. In Kliniken, in denen seltener künstliche Gelenke eingesetzt werden bzw. am Rücken operiert wird, besteht für Patientinnen und Patienten ein signifikant höheres Komplikationsrisiko.

Die Auswertung zeigt den Anteil der orthopädischen Eingriffe, die in Krankenhäusern mit überdurchschnittlicher Routine erbracht wurden. Bei den künstlichen Knie- bzw. Hüftgelenken lag die Grenze bei zehn Operationen pro Monat, bei den Wirbelsäulenoperationen bei 1.000 Prozeduren pro Jahr. Während einer Wirbelsäulenoperation können mehrere Prozeduren vorgenommen werden.

#### Zeitraum

2017–2019

#### Aufgreifkriterien

OPS-Codes: 5-820, 5-822, 5-83 (ohne 5-83a)

#### Standardisierung

keine

#### Datenquelle

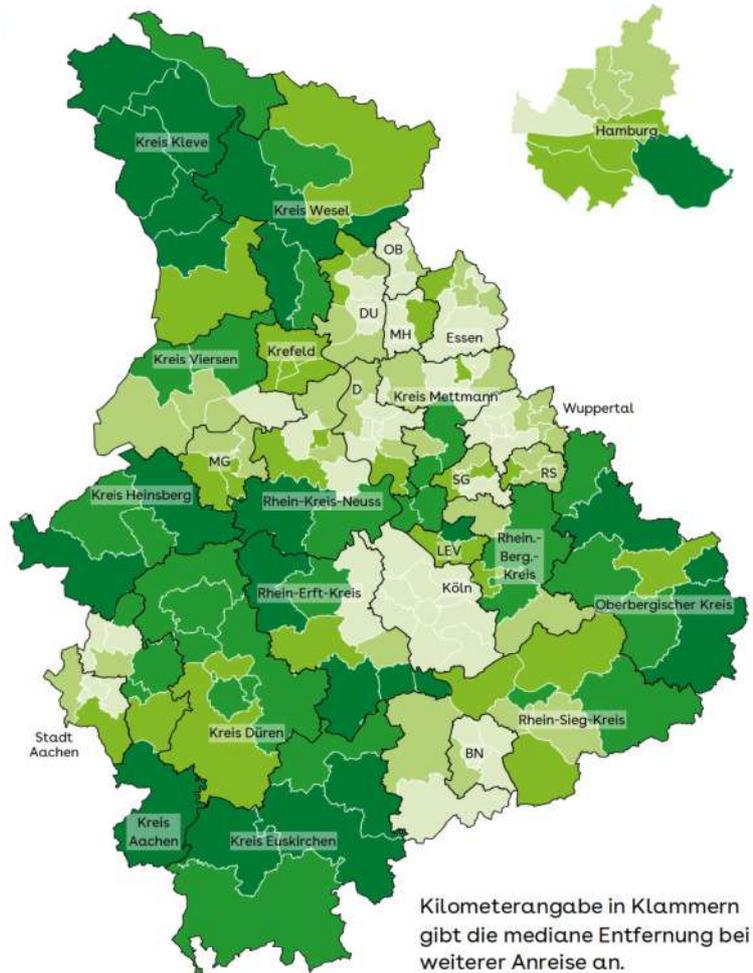
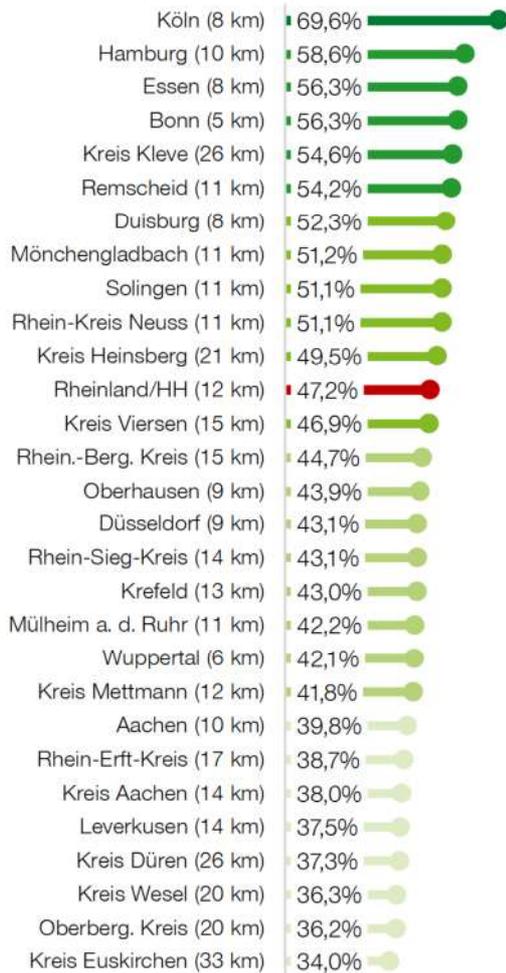
AOK Rheinland/Hamburg

#### Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

## Weitere Anreise zur Operation in Krankenhäusern mit überdurchschnittlicher Routine

Anteil an allen orthopädischen Operationen, Durchschnitt der Jahre 2017 bis 2019



### Was sagt diese Auswertung aus?

Die Auswertung soll Hinweise geben, inwieweit sich die Patientinnen und Patienten bei der Krankenhauswahl von Qualitätsaspekten leiten lassen. Dem Indikator liegt die Annahme zugrunde, dass sich Patientinnen und Patienten in der Regel entweder aufgrund der Wohnortnähe oder aufgrund der Qualität für ein Krankenhaus entscheiden. Wenn die Nähe der ausschlaggebende Entscheidungsfaktor wäre, sollte die Behandlung in einem der drei nächstgelegenen Krankenhäuser erfolgen. Bei einer qualitätsorientierten Entscheidung sollte die Behandlung in einer Klinik mit hoher Fallzahl erfolgen. Dieser Indikator betrachtet nun den Anteil der orthopädischen Operationen in einem weiter entfernten Krankenhaus mit hoher Fallzahl. Versicherte, die in einem nahegelegenen und zertifizierten Krankenhaus behandelt wurden, wurden aus der Auswertung ausgeschlossen. Bei ihnen ist unklar, ob die Wohnortnähe oder die Qualität der ausschlaggebende Grund für die Krankenhauswahl war.

#### Zeitraum

2017–2019

#### Aufgreifkriterien

OPS-Codes: 5-820, 5-822, 5-83 (ohne 5-83a)

#### Standardisierung

keine

#### Datenquelle

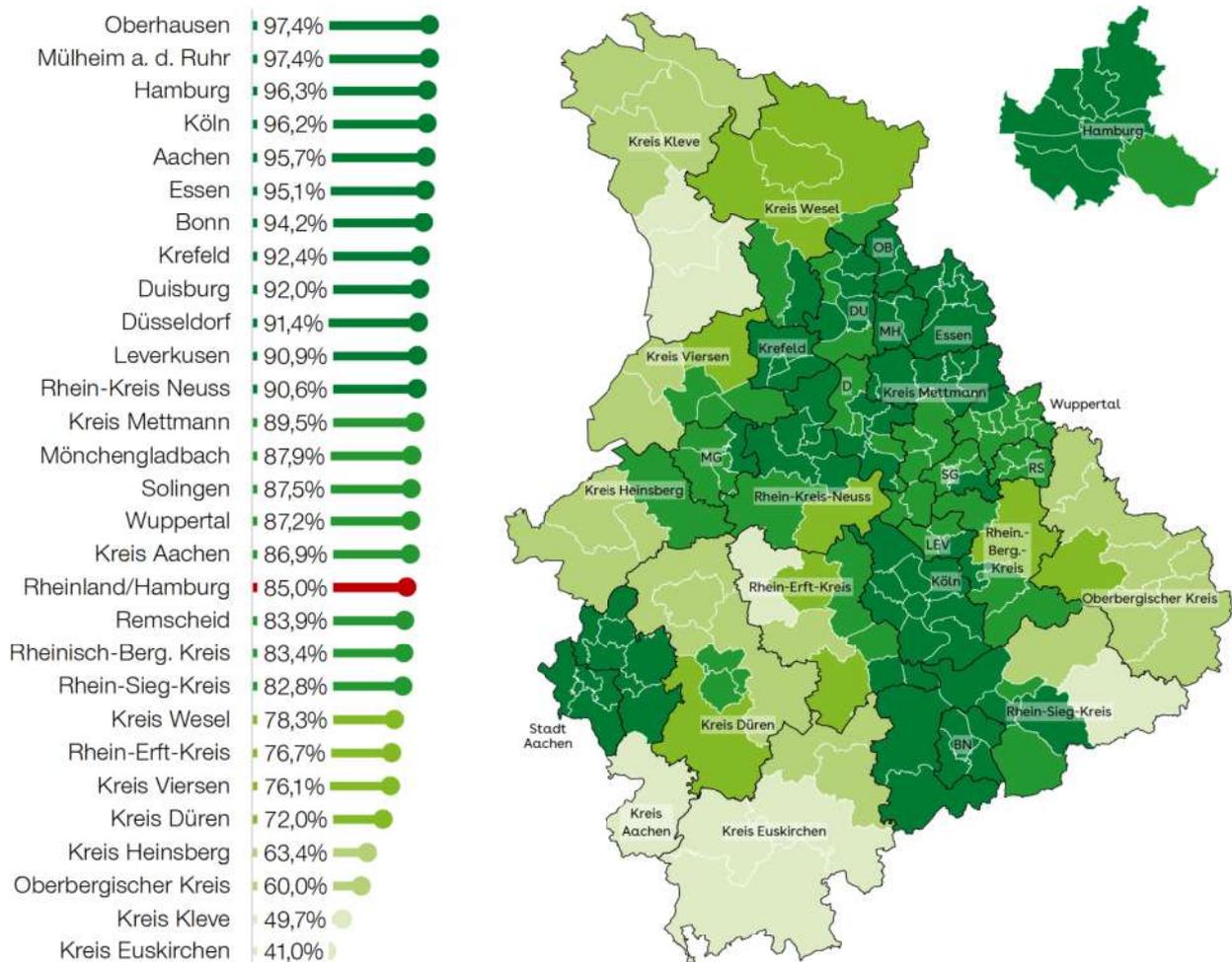
AOK Rheinland/Hamburg

#### Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

## Onkologische Operationen im 20-Kilometer-Umkreis

Anteil an allen onkologischen Operationen, Durchschnitt der Jahre 2017 bis 2019



### Wie wichtig ist eine schnelle Erreichbarkeit der Kliniken bei onkologischen Operationen?

Das Ziel einer flächendeckenden, qualitativ hochwertigen onkologischen Versorgung leitet sich aus dem Nationalen Krebsplan ab. Der Onkologie-Report 2021 der AOK Rheinland/Hamburg belegt, dass dieses Ziel im Rheinland und in Hamburg erreicht wird. Die durchschnittliche Erreichbarkeit des nächstgelegenen zertifizierten Zentrums lag für die behandelten Krebspatientinnen und -patienten der AOK im Jahr 2019 – in Abhängigkeit der Krebsart – bei 15 bis 35 Minuten.

Die Auswertung betrachtet die Entfernung bei der tatsächlichen Inanspruchnahme. Sie zeigt den Anteil der Krebspatientinnen und -patienten, die in einem Krankenhaus behandelt wurden, das nicht weiter als 20 Kilometer von ihrem Wohnort entfernt ist.

#### Zeitraum

2017–2019

#### Aufgreifkriterien

OPS-Codes gemäß  
Onkologie-Report 2021

#### Standardisierung

keine

#### Datenquelle

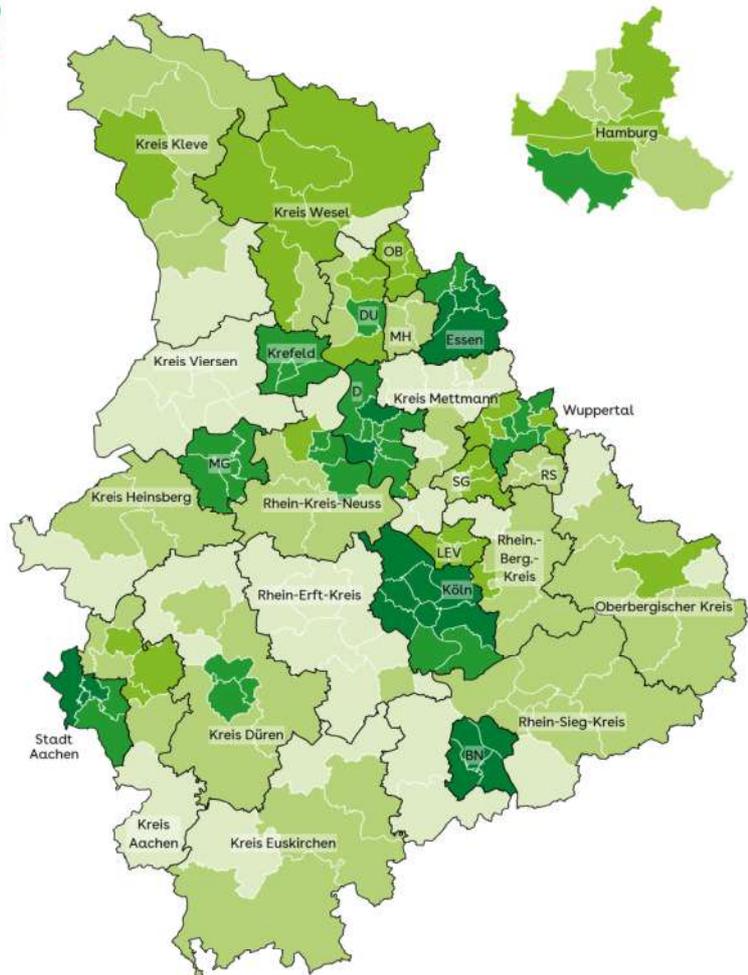
AOK Rheinland/Hamburg

#### Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

## Onkologische Operationen im Wohnortkreis

Anteil an allen onkologischen Operationen,  
Durchschnitt der Jahre 2017 bis 2019



### Sollten onkologische Operationen im Wohnortkreis stattfinden?

Für die meisten Krebspatientinnen und -patienten besteht die Möglichkeit, sich im eigenen Kreis behandeln zu lassen. Insbesondere bei den häufigen Krebsarten wie Brust- und Darmkrebs ist eine medizinische Versorgung in nahegelegenen Krankenhäusern möglich. Oberstes Entscheidungskriterium bei der Krankenhauswahl sollte aber die zu erwartende Behandlungsqualität sein. Eine Orientierung an administrativen Grenzen ist weder medizinisch sinnvoll noch rechtlich erforderlich. Die Auswertung zeigt den Anteil der stationär behandelten Krebspatientinnen und -patienten mit einer Therapie in einem Krankenhaus in ihrem Wohnortkreis über alle Krebsarten hinweg.

#### Zeitraum

2017–2019

#### Aufgreifkriterien

OPS-Codes gemäß  
Onkologie-Report 2021

#### Standardisierung

keine

#### Datenquelle

AOK Rheinland/Hamburg

#### Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

## Onkologische Operationen – Mitversorgungseffekte

Anzahl der durchgeführten Operationen im Kreis im Verhältnis zur Anzahl der Operationen an der Wohnbevölkerung, Durchschnitt der Jahre 2017 bis 2019



### Was sagt die Mitversorgung aus?

Für die meisten Krebspatientinnen und -patienten besteht die Möglichkeit, sich im eigenen Kreis behandeln zu lassen. Fortschritte in der Krebsmedizin haben die Behandlung deutlich komplexer gemacht. Sie erfordern ein hohes Maß an Spezialisierung der Kliniken. Eine Orientierung an administrativen Grenzen ist bei der Krankenhauswahl medizinisch nicht sinnvoll. Die Auswertung untersucht, welche Kreise oder kreisfreien Städte eine kreisübergreifende, mitversorgende Rolle in der Onkologie übernehmen und welche mitversorgt werden. Der Indikator berechnet sich als Verhältnis der Behandlungen durch Leistungserbringer in einem Kreis geteilt durch die Behandlungen an der Wohnbevölkerung. Bei vollständiger Eigenversorgung der Wohnbevölkerung im Kreis wäre der Wert 100 Prozent, bei einer Netto-Mitversorgung des Umlands größer, bei einer Netto-Mitversorgung durch das Umland kleiner als 100 Prozent. Für Hamburg können die Mitversorgungseffekte aus datentechnischen Gründen nicht dargestellt werden.

#### Zeitraum

2017–2019

#### Aufgreifkriterien

OPS-Codes gemäß  
Onkologie-Report 2021

#### Standardisierung

keine

#### Datenquelle

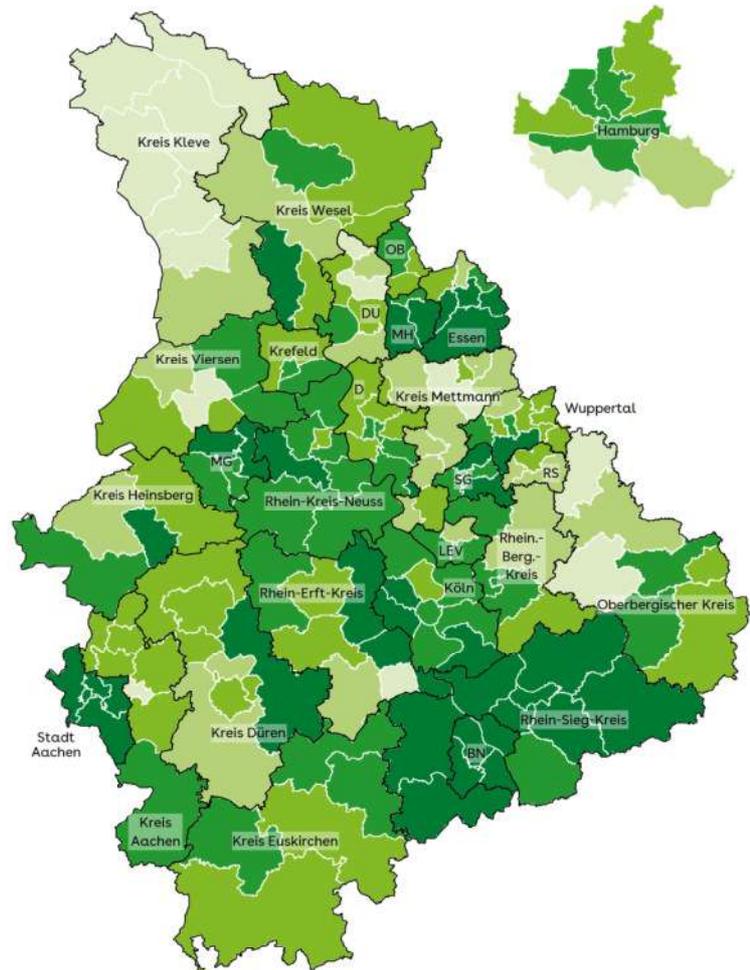
AOK Rheinland/Hamburg

#### Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

## Onkologische Operationen in zertifizierten Zentren

Anteil an allen onkologischen Operationen, Durchschnitt der Jahre 2017 bis 2019



### Warum ist eine Behandlung in einem zertifizierten Zentrum vorteilhaft?

Fortschritte in der Krebsmedizin ermöglichen immer bessere Therapieerfolge, sie haben die Behandlung jedoch auch deutlich komplexer gemacht. Dies stellt hohe Anforderungen an die behandelnden Einrichtungen. Die Behandlung sollte leitlinienorientiert und unter Einbeziehung von erfahrenen Spezialistinnen und Spezialisten aus verschiedenen Fachbereichen erfolgen. Eine Orientierung, welche Kliniken diese anerkannten Qualitätsvoraussetzungen erfüllen, bietet die Zertifizierung von Krebszentren. Die Zertifizierung ist der beste objektive Anhaltspunkt für eine hochwertige Versorgung. Sie garantiert onkologischen Patientinnen und Patienten eine Behandlung gemäß aktuellen Qualitätsstandards. Die Auswertung betrachtet den Anteil der stationär behandelten Krebspatientinnen und -patienten mit einer Therapie in einem zertifizierten Zentrum über alle Krebsarten hinweg.

#### Zeitraum

2017–2019

#### Aufgreifkriterien

OPS-Codes gemäß  
Onkologie-Report 2021

#### Standardisierung

keine

#### Datenquelle

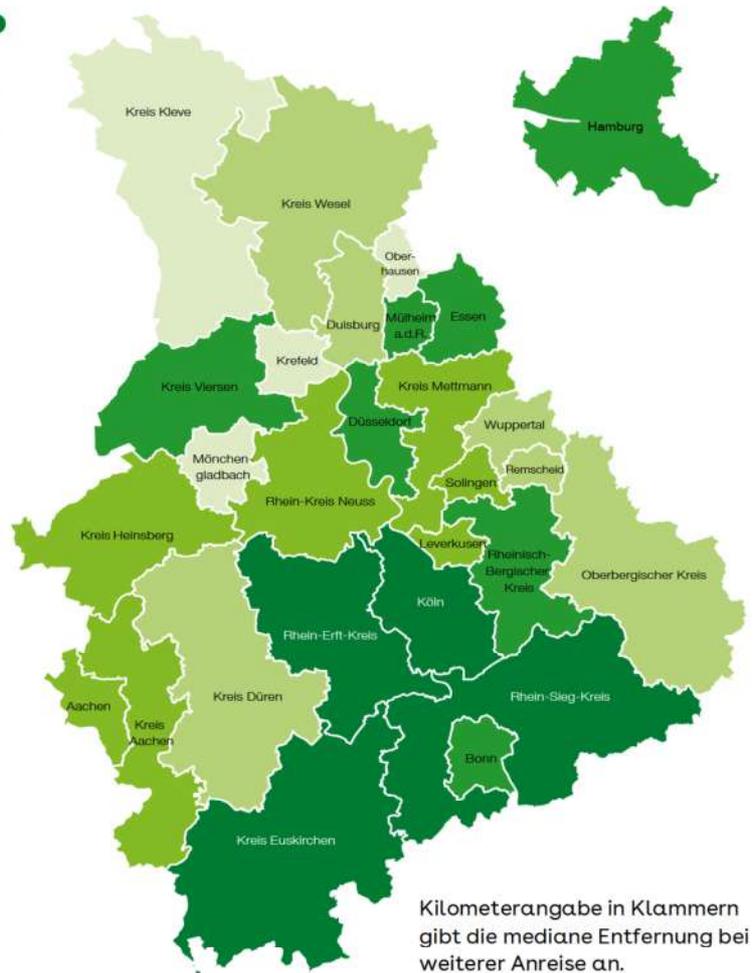
AOK Rheinland/Hamburg

#### Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

## Weitere Anreise zur Behandlung in zertifizierten Zentren

Anteil an allen onkologischen Operationen, Durchschnitt der Jahre 2017 bis 2019



### Was sagt diese Auswertung aus?

Die Auswertung soll Hinweise geben, inwieweit sich die Patientinnen und Patienten bei der Krankenhauswahl von Zertifikaten leiten lassen. Dem Indikator liegt die Annahme zugrunde, dass sich Patientinnen und Patienten in der Regel entweder aufgrund der Wohnortnähe oder aufgrund von Qualitätsaspekten für ein Krankenhaus entscheiden. Wenn die Nähe der ausschlaggebende Entscheidungsfaktor wäre, sollte die Behandlung in einem der drei nächstgelegenen Krankenhäuser erfolgen. Bei einer qualitätsorientierten Entscheidung sollte die Behandlung in einem zertifizierten Zentrum erfolgen. Dieser Indikator betrachtet nun den Anteil der stationär behandelten Krebspatientinnen und -patienten mit einer Therapie in einem weiter entfernten zertifizierten Zentrum. Versicherte, die in einem nahegelegenen und zertifizierten Krankenhaus behandelt wurden, wurden aus der Auswertung ausgeschlossen. Bei ihnen ist unklar, ob die Wohnortnähe oder die Qualität der ausschlaggebende Grund für die Krankenhauswahl war.

#### Zeitraum

2017–2019

#### Aufgreifkriterien

OPS-Codes gemäß  
Onkologie-Report 2021

#### Standardisierung

keine

#### Datenquelle

AOK Rheinland/Hamburg

#### Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

## Physiotherapeuten

Anzahl je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner, 2020



### Warum ist eine wohnortnahe physiotherapeutische Versorgung wichtig?

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

Diese Karte zeigt die Anzahl der zugelassenen ambulanten Physiotherapie-Praxen je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner.

#### Zeitraum

2020

#### Aufgreifkriterien

entsprechende Heilmittelpositionen, IK: 44\*

#### Standardisierung

keine

#### Datenquelle

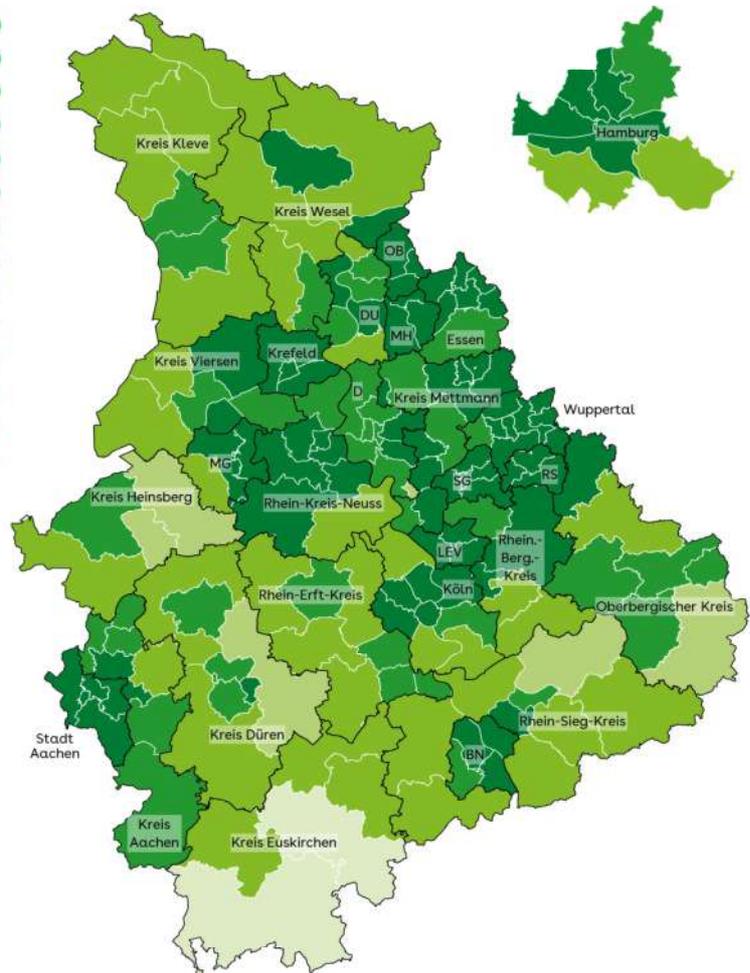
AOK Rheinland/Hamburg, IT.NRW, Destatis

#### Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

## Physiotherapie im 10-Kilometer-Umkreis

Anteil an allen Versicherten mit Physiotherapie,  
Durchschnitt der Jahre 2017 bis 2019



### Warum ist eine wohnortnahe physiotherapeutische Versorgung wichtig?

Die Physiotherapie dient dem Ziel, die eingeschränkte Beweglichkeit und Funktionsfähigkeit des Körpers zu verbessern oder wiederherzustellen. Sie umfasst die physiotherapeutischen Verfahren der Bewegungstherapie, bei Bedarf ergänzt durch den Einsatz physikalischer Therapien wie Massage-, Hydro-, Thermo- oder Elektrotherapie. Eine physiotherapeutische Behandlung erfolgt in mehreren Einheiten. Die Einheiten sollten – in Abhängigkeit zur medizinischen Erfordernis – ein- bis dreimal die Woche durchgeführt werden. Die Patientinnen und Patienten müssen regelmäßig anreisen. Die Versorgung sollte daher möglichst wohnortnah erfolgen. Die Auswertung betrachtet den Anteil der Versicherten, die eine Physiotherapie in einem Umkreis von zehn Kilometern von ihrem Wohnort erhalten haben.

#### Zeitraum

2017–2019

#### Aufgreifkriterien

entsprechende  
Heilmittelpositionen

#### Standardisierung

keine

#### Datenquelle

AOK Rheinland/Hamburg

#### Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

## Physiotherapie: Mitversorgungseffekte

Anzahl der behandelten Fälle im Kreis im Verhältnis zur Anzahl der Fälle in der Wohnbevölkerung, Durchschnitt der Jahre 2017 bis 2019



### Was sagt die Mitversorgung aus?

Die physiotherapeutische Versorgung sollte möglichst wohnortnah erfolgen. Die Auswertung untersucht, welche Kreise oder kreisfreien Städte eine kreisübergreifende, mitversorgende Rolle in der physiotherapeutischen Versorgung übernehmen und welche mitversorgt werden. Der Indikator berechnet sich als Verhältnis der Behandlungen durch Leistungserbringer in einem Kreis geteilt durch die Behandlungen an der Wohnbevölkerung. Bei vollständiger Eigenversorgung der Wohnbevölkerung im Kreis wäre der Wert 100 Prozent, bei einer Netto-Mitversorgung des Umlands größer, bei einer Netto-Mitversorgung durch das Umland kleiner als 100 Prozent. Für Hamburg können die Mitversorgungseffekte aus datentechnischen Gründen nicht dargestellt werden.

#### Zeitraum

2017–2019

#### Aufgreifkriterien

entsprechende Heilmittelpositionen

#### Standardisierung

keine

#### Datenquelle

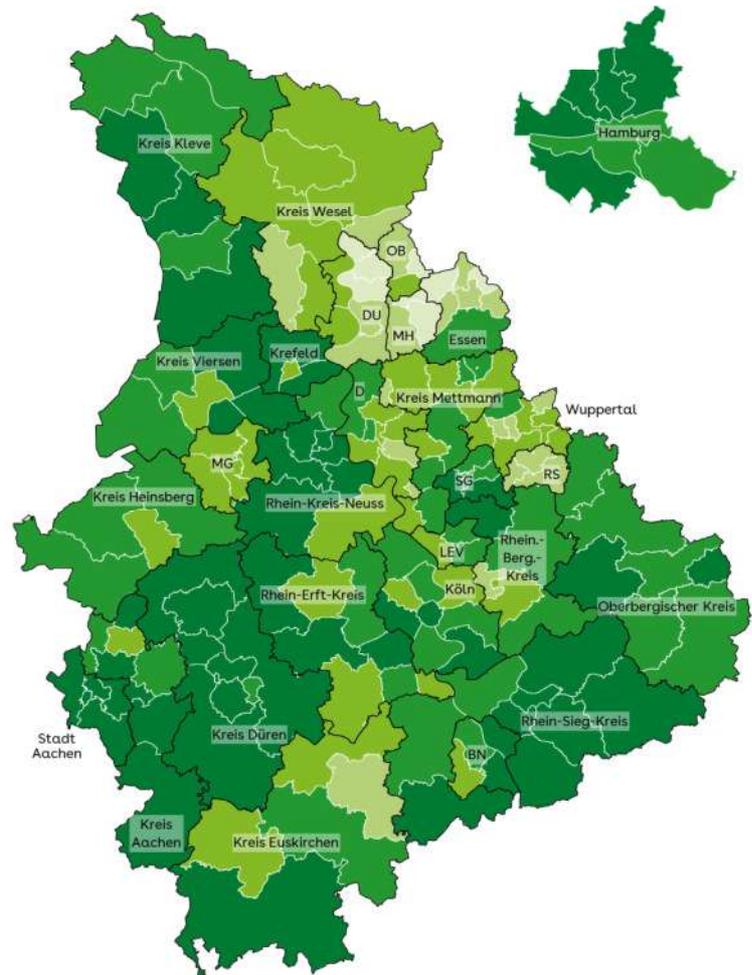
AOK Rheinland/Hamburg

#### Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

## Physiotherapie bei chronischen Schmerzen

Anteil an allen Versicherten mit chronischen muskuloskelettalen Schmerzen, Durchschnitt der Jahre 2017 bis 2019



### Warum ist eine Physiotherapie bei muskuloskelettalen Schmerzen empfohlen?

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 es, die Muskulatur zu kräftigen und generell die körperliche Leistungsfähigkeit zu steigern.

Die Auswertung betrachtet, wie viele Patientinnen und Patienten mit muskuloskelettalen Schmerzen Physiotherapie erhalten haben.

#### Zeitraum

2017–2019

#### Aufgreifkriterien

Vergleiche Gesundheitsreport 2021, S. 33,35,39 und entsprechende Heilmittelpositionen

#### Standardisierung

Alter und Geschlecht auf betrachteten Versichertenkreis

#### Datenquelle

AOK Rheinland/Hamburg

#### Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

## Ambulant tätige Hebammen

Ambulant tätige Hebammen je 1.000 Geburten, 2019 bis 2021



### Wie wird die Anzahl der Hebammen gemessen?

Schwangerschaft, Geburt und die ersten Lebensmonate mit einem Kind sind für die Eltern eine aufregende Zeit: voller Freude, aber auch verbunden mit Momenten und Phasen der Unsicherheit. In dieser Situation können sie von einer individuellen Begleitung und Unterstützung durch eine Hebamme profitieren. Hebammen sind an keine Bedarfsplanung gebunden und können sich frei niederlassen.

Die Anzahl der ambulant tätigen Hebammen wurde bestimmt, indem alle Hebammen gezählt wurden, die innerhalb der letzten drei Jahre Leistungen mit der AOK Rheinland/Hamburg abgerechnet haben.

Bei der Bewertung dieser Zahlen ist wichtig, dass sie keinen Aufschluss über den Umfang der ambulanten Tätigkeit von Hebammen geben. Es ist nicht selten, dass Hebammen einer Teilzeitbeschäftigung im Krankenhaus nachgehen und zusätzlich die Betreuung von einigen Müttern und Neugeborenen in der Vor- und Nachsorge übernehmen.

#### Zeitraum

2019–2021

#### Aufgreifkriterien

hebammenspezifische  
Positionsnummern

#### Standardisierung

keine

#### Datenquelle

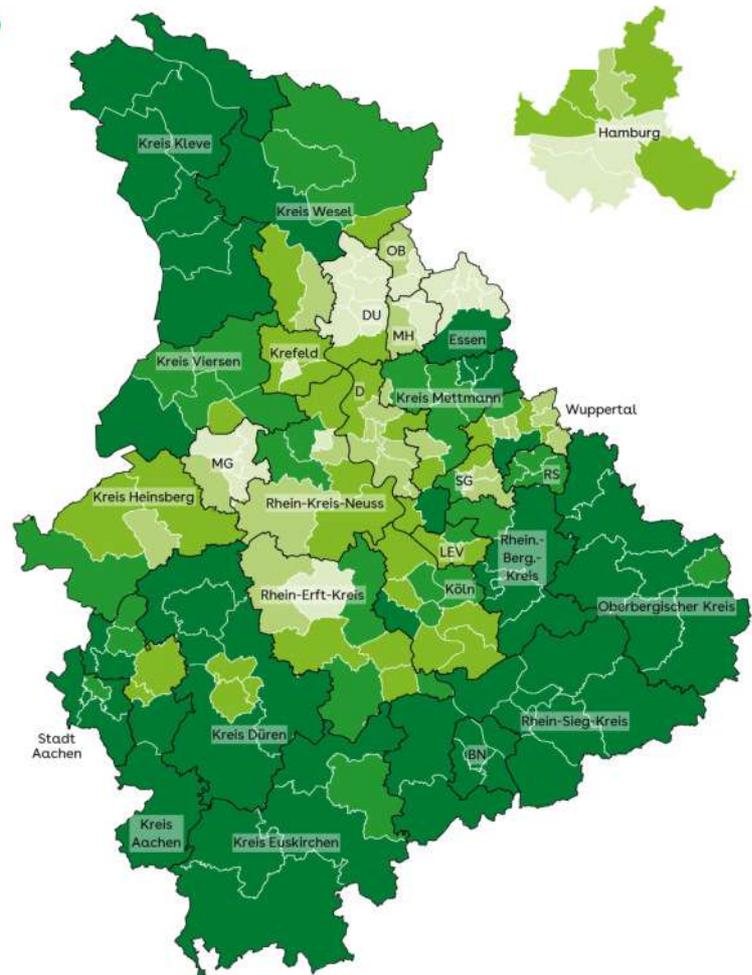
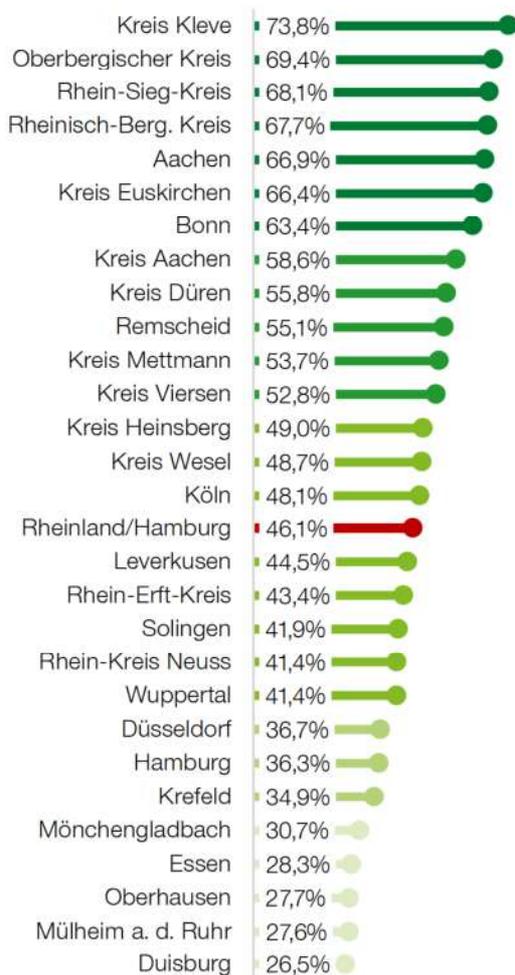
AOK Rheinland/Hamburg,  
IT.NRW, Statistikamt Nord

#### Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

## Wochenbettbetreuung durch Hebammen

Anteil an allen Frauen, die in den Jahren 2017–2019 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 Mutter und der Neugeborenen 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

2017–2019

#### Aufgreifkriterien

Positionsnummern: 1800, 1810

#### Standardisierung

keine

#### Datenquelle

AOK Rheinland/Hamburg

#### Regionale Zuordnung

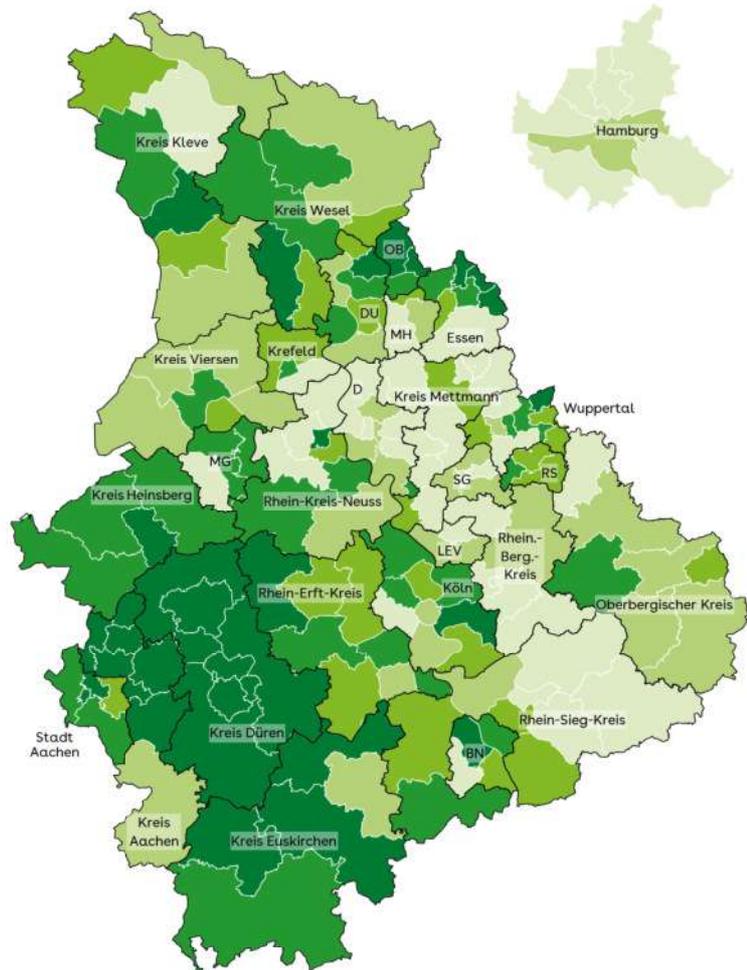
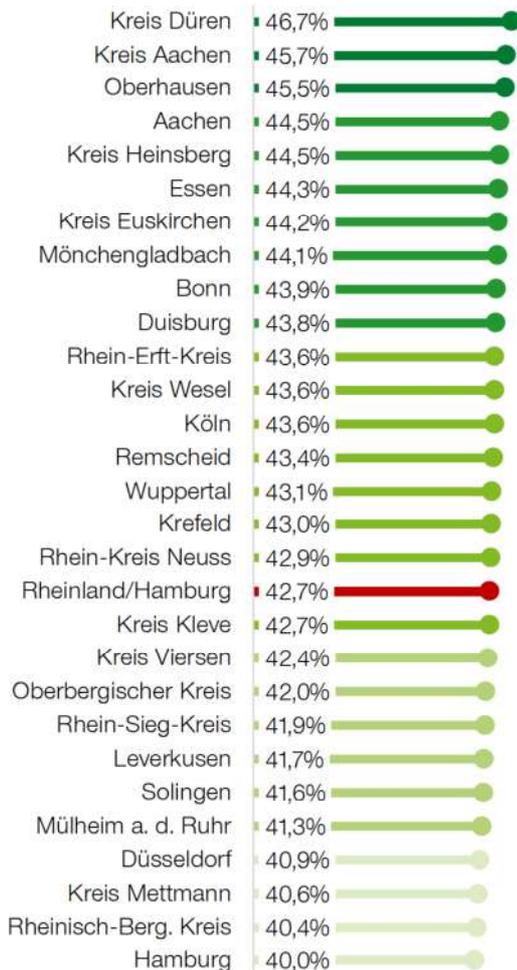
Wohnort der Versicherten



# **Arzneimittelneben- und -wechselwirkungen**

## Polypharmazie

Anteil an allen Versicherten ab 65 Jahren, Quartalsdurchschnitte der Jahre 2017 bis 2019



### 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 Quartale des betrachteten Zeitraums aus.

#### Zeitraum

2017–2019

#### Aufgreifkriterien

ATC-Codes: fünf Wirkstoffe und mehr

#### Standardisierung

Alter und Geschlecht auf Bundesbevölkerung

#### Datenquelle

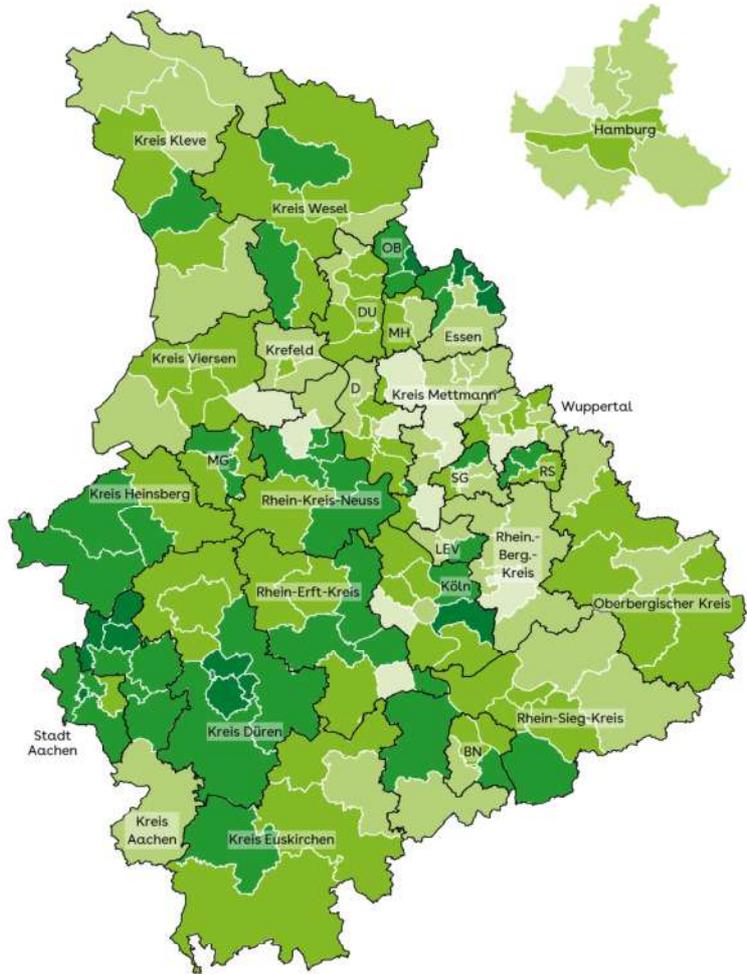
AOK Rheinland/Hamburg

#### Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

## Polypharmazie nach Krankenhausaufenthalt

Anteil an allen Versicherten ab 65 Jahren ohne vorherige Polypharmazie, Durchschnitt der Jahre 2017 bis 2019



### Wie beeinflussen Krankenhausaufenthalte die Medikation?

Eine stationäre Aufnahme im Krankenhaus erfolgt in der Regel zur besonderen diagnostischen Abklärung, um einen kritischen Gesundheitszustand zu überwachen oder zur Durchführung einer Operation. In der Folge ist nicht selten eine Anpassung der medikamentösen Therapie erforderlich. Zumeist werden weitere Medikamente verschrieben. Ärztinnen und Ärzte sollten die Wechselwirkungen der unterschiedlichen Arzneien genau im Blick haben. Nicht mehr erforderliche Medikamente sind wieder abzusetzen.

Diese Auswertung betrachtet, wie viele Versicherte ab 65 Jahren ohne vorherige Polymedikation im ersten Quartal nach einem Krankenhausaufenthalt mehr als fünf Wirkstoffe erhalten.

#### Zeitraum

2017–2019

#### Aufgreifkriterien

ATC-Codes: fünf Wirkstoffe und mehr

#### Standardisierung

Alter und Geschlecht auf Bundesbevölkerung

#### Datenquelle

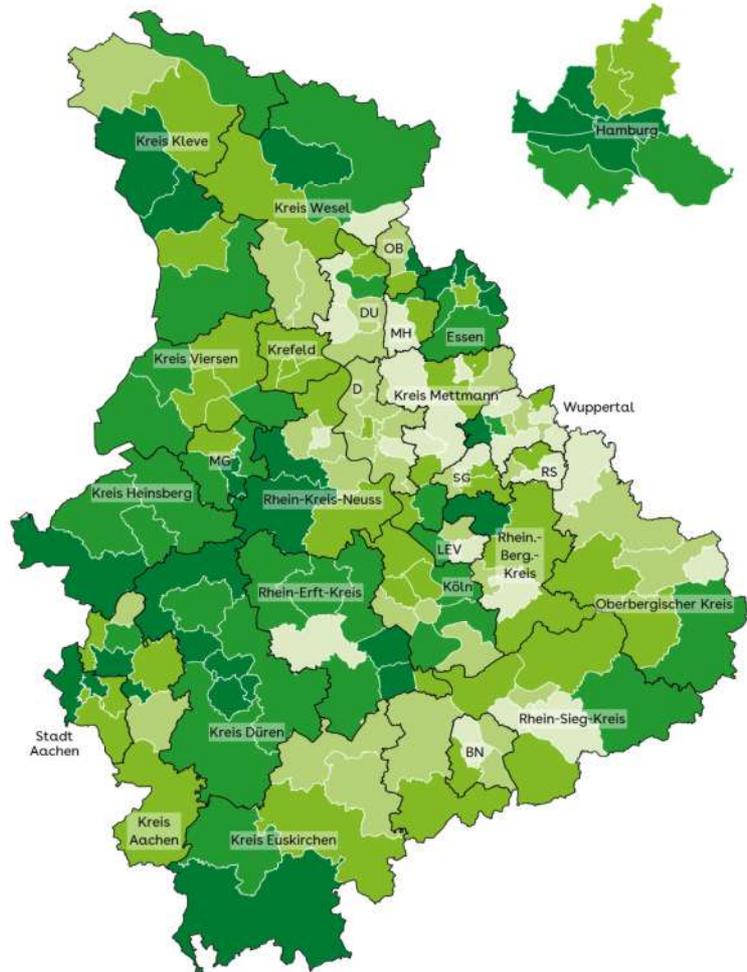
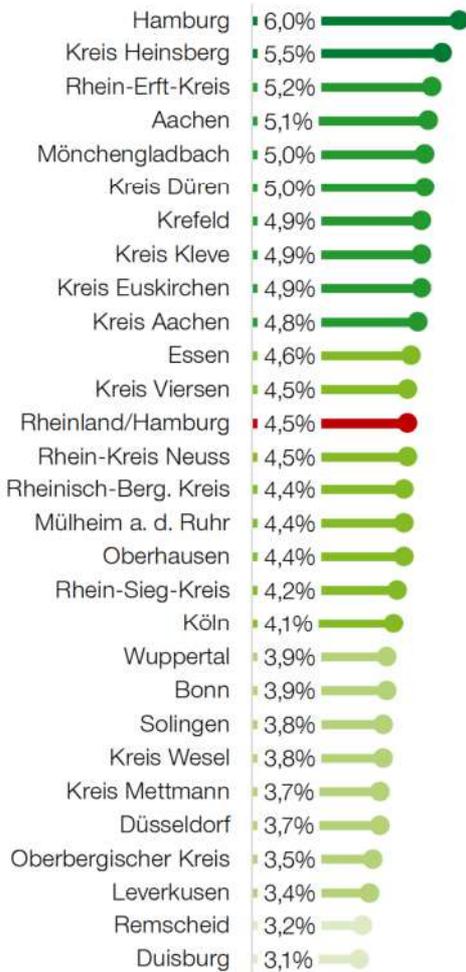
AOK Rheinland/Hamburg

#### Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

## Arzneimittelkombination mit potenziell schwerwiegenden Interaktionen

Versicherte ab 65 Jahren mit Verordnung einer Arzneimittelkombination in einem Behandlungsfall, Durchschnitt der Jahre 2017 bis 2019



### Was sind unerwünschte Arzneimittelinteraktionen?

Nehmen Patientinnen und Patienten mehrere Medikamente gleichzeitig ein, steigt die Wahrscheinlichkeit von Arzneimittelinteraktionen mit unerwünschten Effekten. Durch den wechselseitigen Einfluss kann der therapeutische Nutzen sinken. Unerwünschte Arzneimittelinteraktionen stellen zudem ein erhebliches Gesundheitsrisiko dar, das nicht selten zu schweren Krankheitsverläufen führt. In der Folge kommt es zu vielen vermeidbaren Krankenhausaufenthalten, nicht selten mit Todesfolge. Die Auswertung beleuchtet das Thema beispielhaft anhand von verschiedenen potenziell schwerwiegenden Interaktionen. Sie gibt den Anteil der Versicherten an, denen innerhalb eines Jahres mindestens eine der betrachteten Arzneimittelkombinationen verordnet wurde. Die Beispiele entstammen der Initiative „Klug entscheiden“ der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin.

#### Zeitraum

2017–2019

#### Aufgreifkriterien

ATC-Codes: auf Anfrage

#### Standardisierung

Alter und Geschlecht auf Bundesbevölkerung

#### Datenquelle

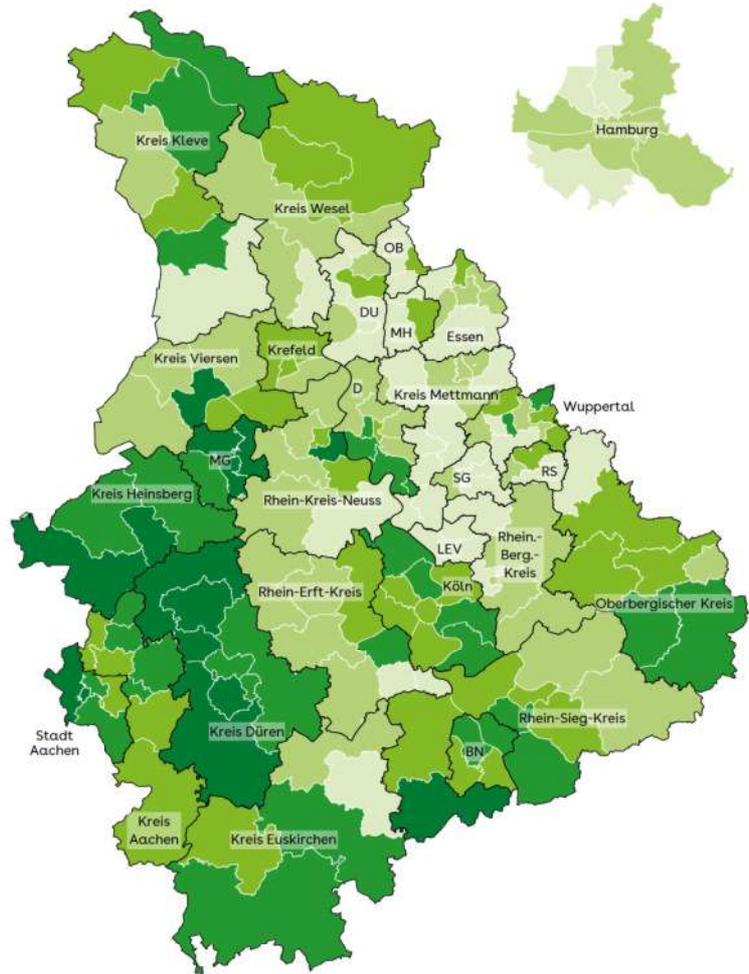
AOK Rheinland/Hamburg

#### Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

## Potenziell ungeeignete Arzneimittel bei älteren Menschen

Anteil an allen Versicherten ab 65 Jahren, Durchschnitt der Jahre 2017 bis 2019



### 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 einmal im Jahr mindestens ein Medikament der Priscus-Liste erhalten haben.

#### Zeitraum

2017–2019

#### Aufgreifkriterien

Medikamente der Priscus-Liste

#### Standardisierung

Alter und Geschlecht auf Bundesbevölkerung

#### Datenquelle

AOK Rheinland/Hamburg

#### Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

## Medikamente, die das Sturzrisiko erhöhen

Verordnungsanteil an allen Versicherten ab 65 Jahren mit Krankenhausaufenthalt aufgrund von Frakturen, Durchschnitt der Jahre 2017 bis 2019



### Welche Medikamente erhöhen das Sturzrisiko?

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

Zeitraum 2017–2019

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

**Standardisierung** Alter und Geschlecht auf Bundesbevölkerung

**Datenquellen**

AOK Rheinland/Hamburg, Hart L. A. et al., Use of Fall Risk-Increasing Drugs Around a Fall-Related Injury in Older Adults: A Systematic Review, Am Geriatr Soc, 2020; 68(6): 1334–1343

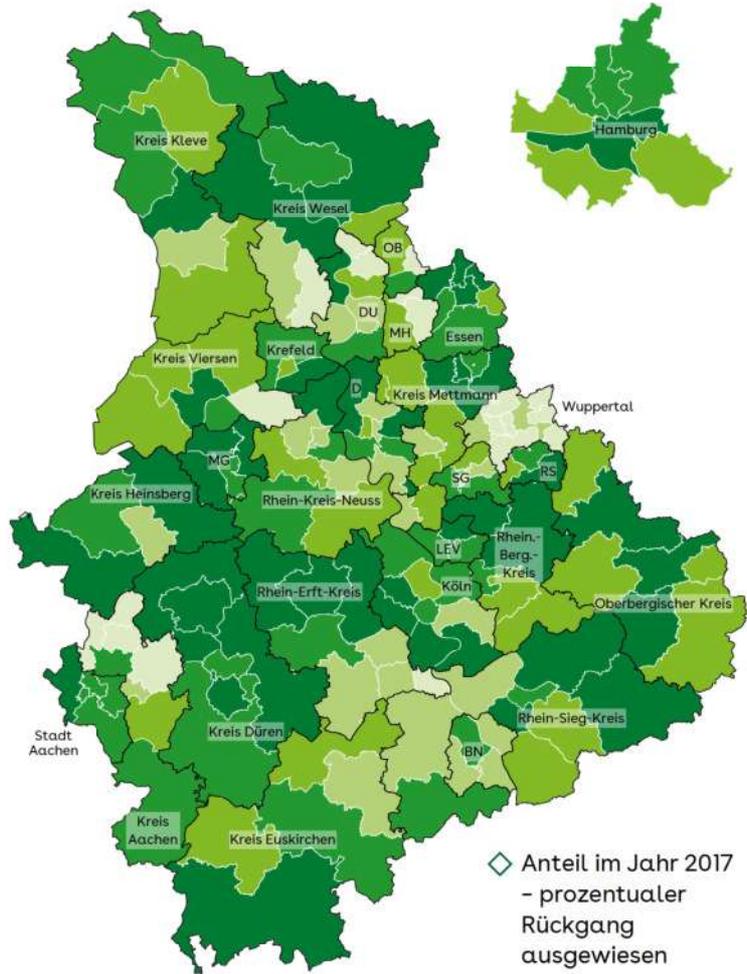
**Regionale Zuordnung**

Wohnort der Versicherten

## Fluorchinolone

Anteil an allen Fällen mit Antibiotika-Verordnung und Kontraindikation für Fluorchinolone, 2020

Kreis Düren	9,0%	◇ -30%
Kreis Heinsberg	8,9%	◇ -39%
Leverkusen	8,9%	◇ -35%
Essen	8,8%	◇ -31%
Rheinisch-Berg. Kreis	8,7%	◇ -42%
Mönchengladbach	8,6%	◇ -41%
Oberbergischer Kreis	8,3%	◇ -42%
Krefeld	8,2%	◇ -45%
Aachen	8,2%	◇ -31%
Kreis Mettmann	8,1%	◇ -41%
Rhein-Erft-Kreis	8,0%	◇ -38%
Remscheid	8,0%	◇ -20%
Hamburg	8,0%	◇ -33%
Kreis Kleve	7,9%	◇ -44%
Köln	7,9%	◇ -38%
Kreis Wesel	7,8%	◇ -42%
Kreis Viersen	7,7%	◇ -49%
Düsseldorf	7,7%	◇ -42%
Rheinland/Hamburg	7,7%	◇ -41%
Rhein-Sieg-Kreis	7,7%	◇ -48%
Rhein-Kreis Neuss	7,4%	◇ -48%
Oberhausen	7,4%	◇ -28%
Solingen	7,3%	◇ -54%
Kreis Euskirchen	7,3%	◇ -43%
Bonn	7,2%	◇ -49%
Duisburg	6,5%	◇ -28%
Kreis Aachen	6,3%	◇ -54%
Mülheim a. d. Ruhr	6,0%	◇ -43%
Wuppertal	5,4%	◇ -45%



### Warum sollten Fluorchinolone restriktiv eingesetzt werden?

Fluorchinolone sind Antibiotika mit einem breiten Wirkspektrum. Sie können schwerwiegende, lebensbedrohliche Infektionen heilen, wurden in der Vergangenheit aber auch bei unkomplizierten Harn- oder Atemwegsinfekten eingesetzt. In seltenen Fällen verursachen sie schwerwiegende Nebenwirkungen wie Sehnenrisse, Gefäßschädigungen der Hauptschlagader sowie psychische Störungen. Im April 2019 hat das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte in Abstimmung mit der Europäischen Arzneimittel-Agentur einen Warnhinweis herausgegeben. Fluorchinolone sollen bei der Behandlung von nichtbakteriellen, selbstlimitierenden Infektionen sowie von leichten bis mittelschweren Infektionen nicht mehr angewendet werden. Die Auswertung überprüft, welchen Anteil die Fluorchinolone an den Antibiotika-Verordnungen bei entsprechenden Infektionen ausmachen. Im Balkendiagramm ist zum Vergleich der Wert aus dem Jahr 2017 angeführt.

#### Zeitraum

2017 und 2020

#### Aufgreifkriterien

ATC-Code (amtlich): J01MA

ICD-10-Codes: Liste auf Anfrage erhältlich

#### Standardisierung

keine

#### Datenquelle

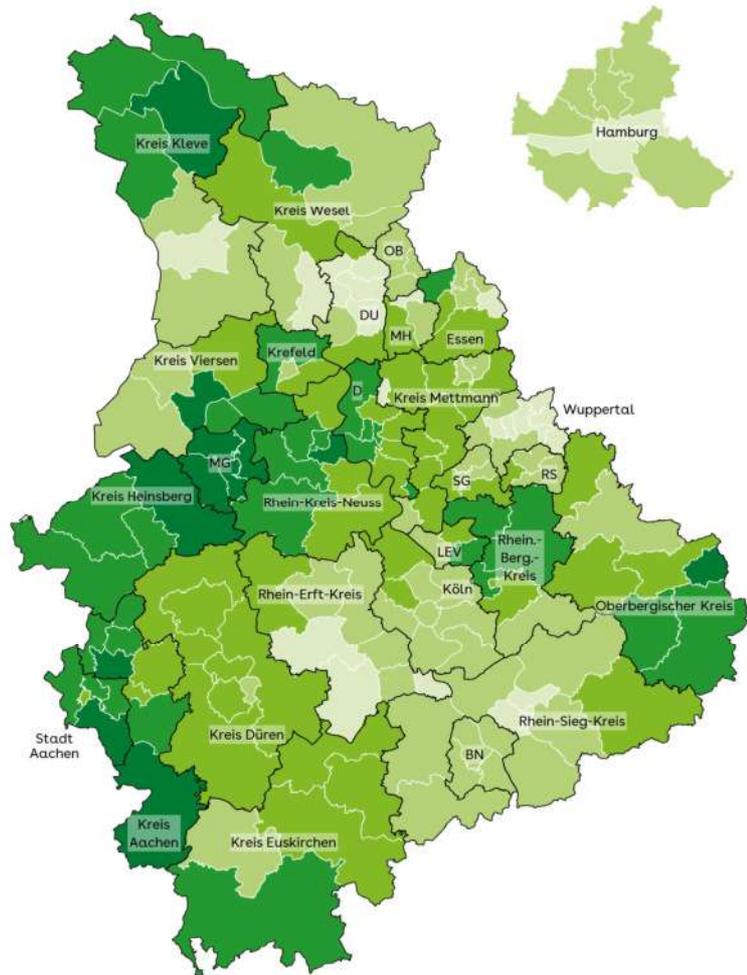
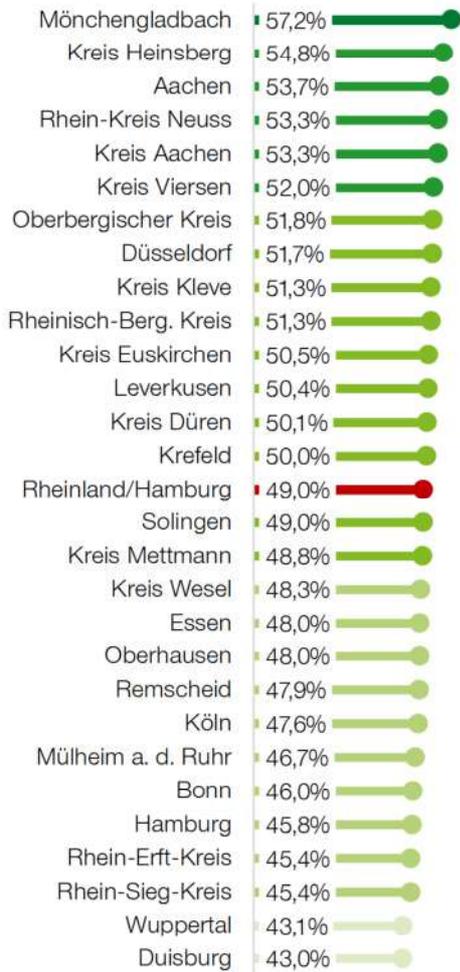
AOK Rheinland/Hamburg

#### Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

## Reserveantibiotika

Anteil an allen Antibiotika-Verordnungen, 2019



### Warum sollten Reserveantibiotika umsichtig eingesetzt werden?

Antibiotika sind wichtige Medikamente zur Behandlung von Infektionskrankheiten. Auch aufgrund wachsender Antibiotikaresistenzen sollten sie umsichtig eingenommen werden. Damit für die Behandlung von schweren Infektionen auch in Zukunft wirksame Medikamente zur Verfügung stehen, sollen Antibiotika zielgerichtet eingesetzt werden. Bestimmte Antibiotika sollen nur bei Infektionen, die durch multiresistente bakterielle Krankheitserreger verursacht sind und für die nur eingeschränkte alternative Therapiemöglichkeiten zur Verfügung stehen, eingesetzt werden. Diese Präparate werden als Reserveantibiotika bezeichnet.

Die Auswertung betrachtet den Anteil der Reserveantibiotika an allen Antibiotikaverordnungen.

**Zeitraum**  
2019

**Aufgreifkriterien**  
ATC-Code (amtlich): J01  
(Code-Liste der Reserveantibiotika auf Anfrage)

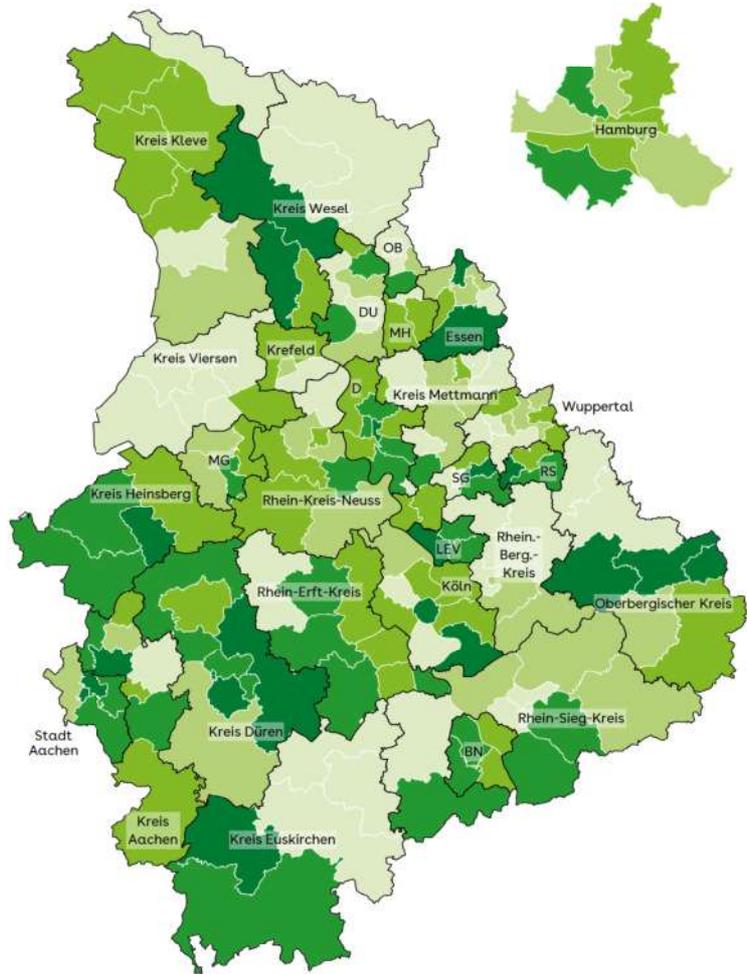
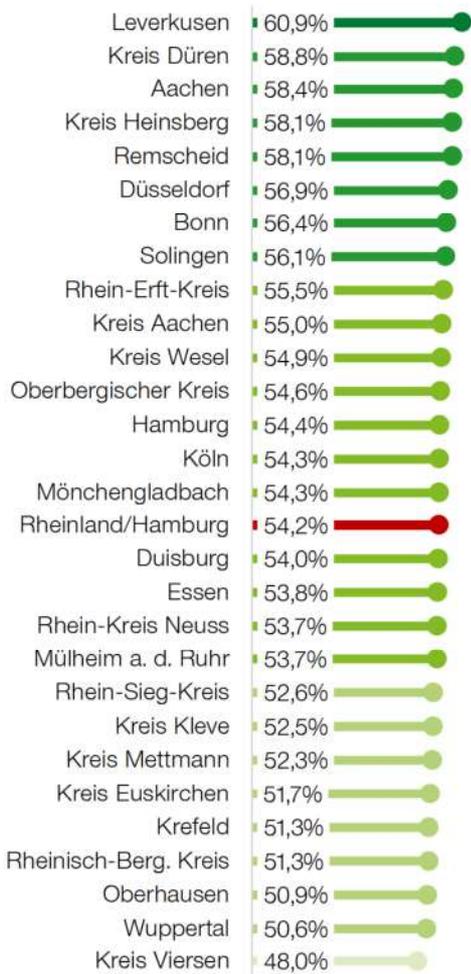
**Standardisierung**  
keine

**Datenquelle**  
AOK Rheinland/Hamburg

**Regionale Zuordnung**  
Wohnort der Versicherten

## Orale Kontrazeptiva („Pille“) mit erhöhtem Thromboserisiko

Anteil an allen Frauen mit Verordnung von oralen Kontrazeptiva, Durchschnitt der Jahre 2017 bis 2019



### Welches Risiko geht von der Pille aus?

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

#### Zeitraum

2017–2019

#### Aufgreifkriterien

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

#### Standardisierung

keine

#### Datenquelle

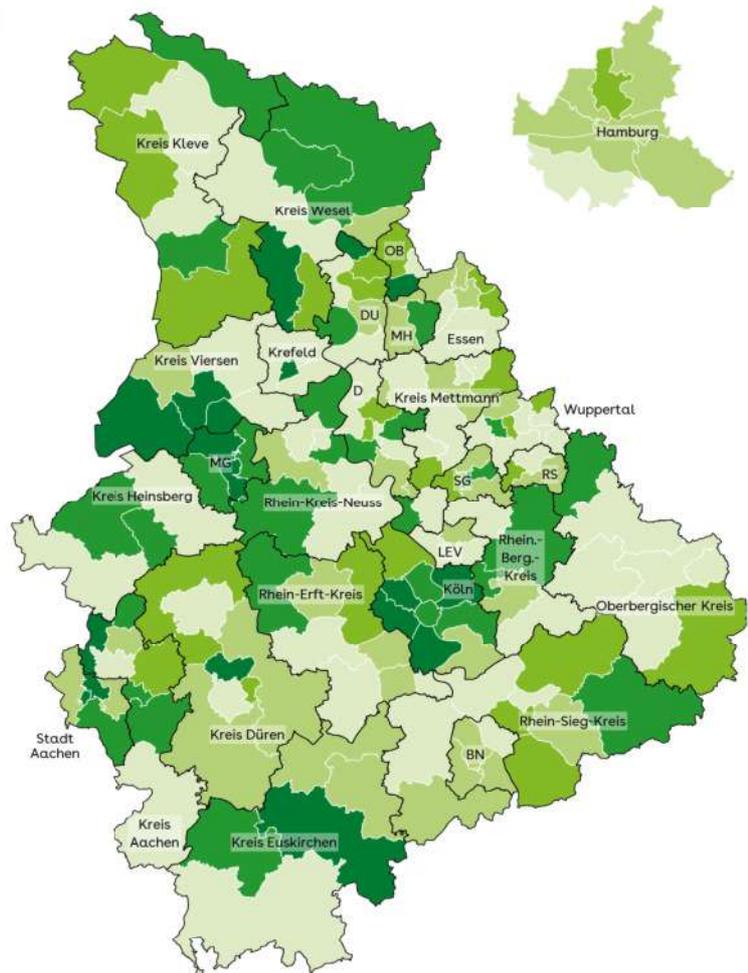
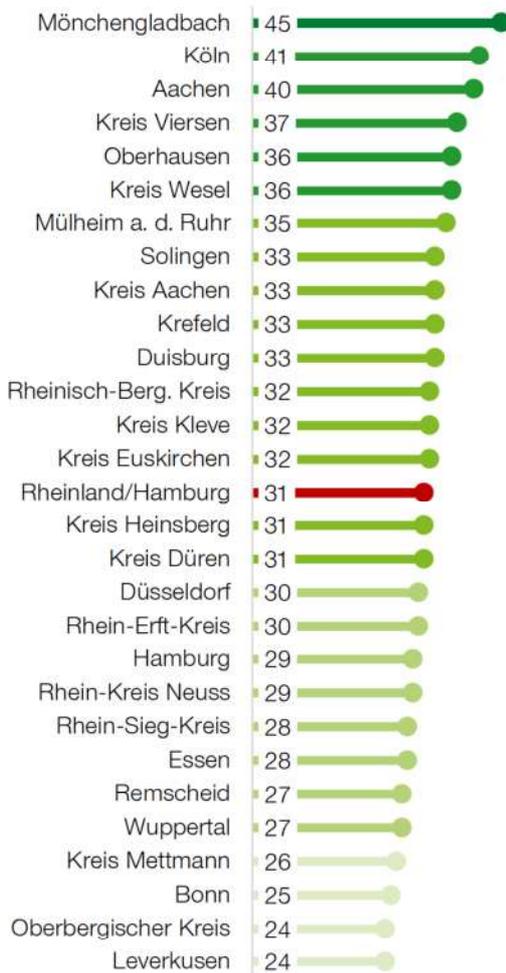
AOK Rheinland/Hamburg

#### Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

## Arzneimittelmissbrauch

Personen mit überhöhter Anzahl an Verordnungen von Medikamenten mit hohem Abhängigkeitspotential je 10.000 Versicherte, Durchschnitt der Jahre 2017 bis 2019



### Wie lässt sich Arzneimittelmissbrauch in den Daten erfassen?

Arzneimittel wirken, indem sie die Abläufe und Körperfunktionen des menschlichen Organismus beeinflussen. Bei bestimmten Substanzen, die Einfluss auf die Psyche nehmen, besteht die Gefahr, dass sich der Körper an die Wirkung des Medikaments gewöhnt. Zu den Arzneimitteln mit besonderem Abhängigkeitspotenzial gehören vor allem Schlaf- und Schmerzmittel. Kennzeichen der Sucht ist ein Kontrollverlust hinsichtlich des Konsums und eine Gewöhnung an immer höhere Dosen.

Diese Auswertung betrachtet beispielhaft den Arzneimittelmissbrauch bei Benzodiazepinen/Z-Drugs (Schlafmittel), Opioiden, Psychostimulanzien sowie Clonazepam und Pregabalin (Drogensubstitution). Von einem missbräuchlichen Konsum ist auszugehen, wenn die verordnete Menge im Jahr oberhalb der medizinisch vertretbaren Höchstgrenze liegt.

#### Zeitraum

2017–2019

#### Aufgreifkriterien

ATC-Codes (amtlich):  
N02AA01/05 /08/55,  
N02AB02/03, N02AD01, N02AX,  
N03AE01, N03AX16, N05BA,  
N05CD, N05CF, N06BA R05DA

#### Standardisierung

Alter und Geschlecht auf Bundesbevölkerung

#### Datenquelle

AOK Rheinland/Hamburg

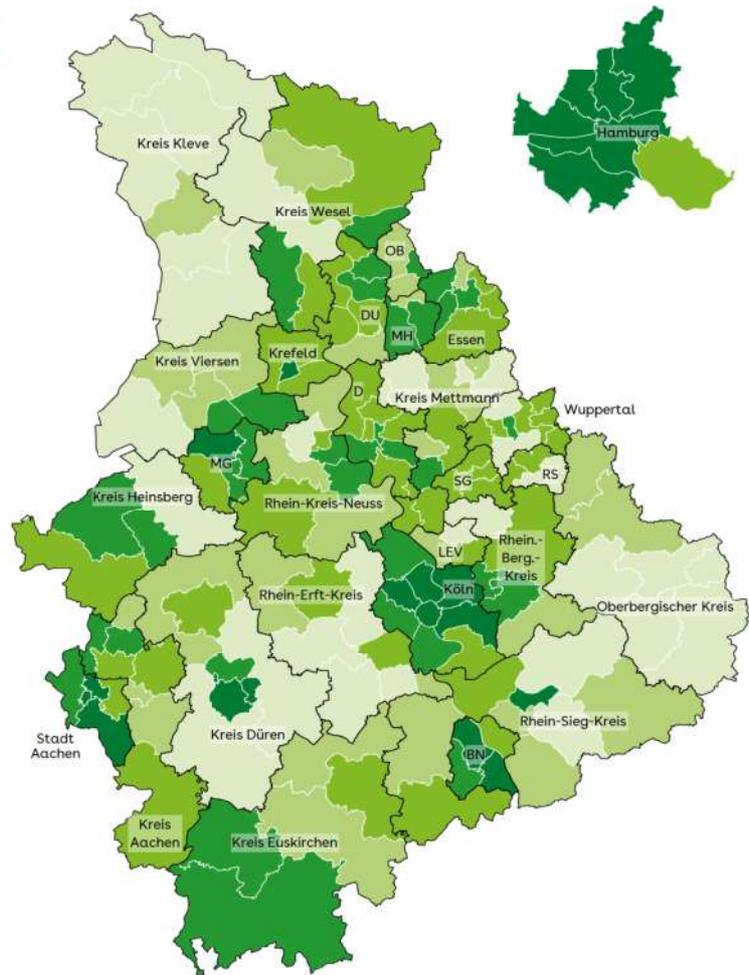
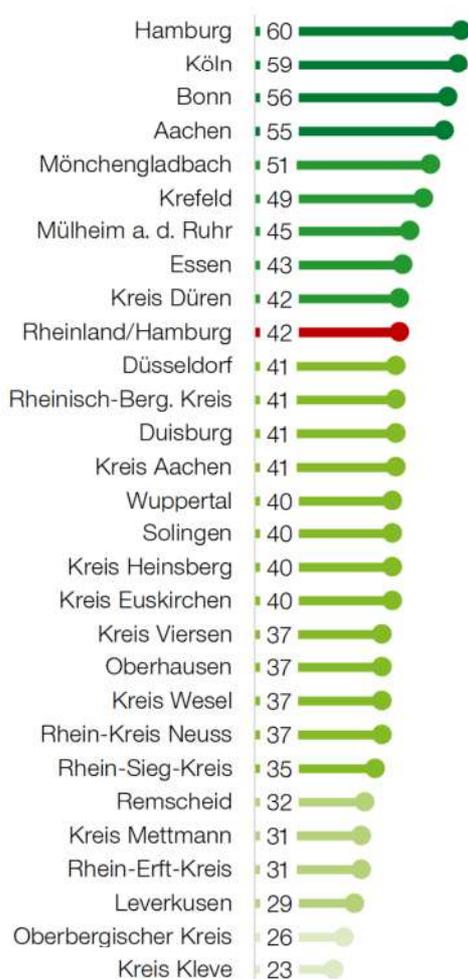
#### Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten

Gesundheitsreport 2022

## Arzneimittelmissbrauch

Versicherte je 10.000 Versicherte mit ärztlich diagnostiziertem Missbrauch, Durchschnitt der Jahre 2017 bis 2019



### Welche Arzneimittel werden missbräuchlich verwendet?

Der Missbrauch von Arzneimitteln bezeichnet die unsachgemäße Einnahme von Medikamenten. Eine solche liegt zum Beispiel vor, wenn Medikamente zu lange, zu häufig, in zu hoher Dosierung oder ohne medizinische Erfordernis eingesetzt werden. Bei bestimmten psychotropen Substanzen, wie beispielsweise Opioiden oder Schlafmitteln, besteht ein besonderes Abhängigkeitspotenzial. Auch andere Substanzen können missbräuchlich verwendet werden und zu starkem Verlangen führen, ohne dass sich Abhängigkeit bzw. Entzugssyndrome entwickeln. Zu diesen Arzneimitteln gehören in erster Linie Antidepressiva, Abführmittel oder Nasenspray. Diese Auswertung betrachtet den ärztlich diagnostizierten Missbrauch bei Hypnotika und Sedativa und nicht psychotropen Substanzen. Opiode wurden nicht berücksichtigt, da der ärztliche Diagnosecode auch die Opioidsucht aufgrund von Drogenkonsum umfasst.

#### Zeitraum

2017–2019

#### Aufgreifkriterien

ICD-10-Codes: F13.1, F13.2, F55

#### Standardisierung

Alter und Geschlecht auf Bundesbevölkerung

#### Datenquelle

AOK Rheinland/Hamburg

#### Regionale Zuordnung

Wohnort der Versicherten





# **Anmerkungen zur Datenauswertung**

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

**Routinedaten als Datenquelle:** Die meisten Auswertungen basieren auf den Routinedaten der AOK Rheinland/Hamburg. Rechnet ein Leistungserbringer seine Leistungen mit der Krankenkasse ab, übermittelt er im Gegenzug eine Vielzahl an abrechnungsrelevanten Informationen, wie zum Beispiel die behandelten Krankheiten und die erbrachten Leistungen. Diese Angaben können 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.

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

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

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

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

**Entfernungsberechnungen:** Die Entfernungen wurden als durchschnittliche Entfernung vom geographischen Mittelpunkt der Postleitzahlgebiete berechnet.

**Versichertenjahre:** „Versichertenjahre“ ist eine statistische Normierungsgröße. Damit werden unterschiedliche Versicherungszeiten von Personen ausgeglichen. Man kann „Versichertenjahre“ wie „ganzjährig Versicherte“ lesen.

**Charlson-Komorbidityindex (CCI):** Der Charlson-Komorbidityindex, kurz CCI, ist ein Score, der neben dem Alter der Versicherten neunzehn relevante Begleiterkrankungen mit unterschiedlicher Gewichtung in Summe berücksichtigt. Er dient der ungefähren Beurteilung der Mortalität von Versicherten. Je höher der CCI-Wert, desto morbider (kranker) ist eine Person und desto höher ist ihre theoretische 1-Jahres-Mortalitätsrate. Die CCI-Grenzen wurden so gewählt, dass die Klassen gleich stark besetzt sind.