



Nachhaltigkeitsindex

Deutsches Gesundheitssystem

Messung der Leistungsfähigkeit

2022

Nachhaltigkeitsindex 2022

Messung der Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitssystems

Um für zukünftige Herausforderungen wie den demografischen Wandel, Fachkräftemangel oder eine flächendeckende Digitalisierung besser gewappnet zu sein, gilt es, in eine nachhaltige und resiliente Organisation des Gesundheitssystems zu investieren. Hierzu bedarf es einer systematischen Bestandsaufnahme der Nachhaltigkeit und Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitssystems einerseits sowie einer Ableitung von Entwicklungszielen andererseits. Das ist ohne valide Datengrundlage nicht möglich. Daten werden im Gesundheitswesen jedoch nicht zentral gebündelt, sondern liegen in vielen Datensilos vor. Der Herausforderung, Datenanforderungen zur Messung der Nachhaltigkeit des Gesundheitswesens zu definieren, diese Daten zu suchen, zu sammeln und zu kompilieren, stellt sich dieser Report. Ziel ist die Entwicklung eines Nachhaltigkeitsindex, welcher dazu beiträgt, den Status quo der Nachhaltigkeit des deutschen Gesundheitssystems zu bewerten, aber auch Datenlücken und fehlende Nachhaltigkeitsziele besser zu verstehen. Die konzeptionellen Ansätze, die zugrunde liegende Methodik und eine Übersicht erster Ergebnisse des Nachhaltigkeitsindex 2022 sind Gegenstand dieses Reports.

Basis sind die Ergebnisse der „Partnership for Health System Sustainability and Resilience“ (PHSSR). Diese Partnerschaft beruht auf einer Initiative der London School of Economics, des World Economic Forum und AstraZeneca, welche mit Royal Philips, der WHO Foundation, dem Center for Asia-Pacific Resilience and Innovation sowie KPMG weitere Unterstützer fand. Die Herausforderungen der COVID-19-Pandemie zum Anlass nehmend, untersucht diese Partnerschaft seit 2020 diverse Gesundheitssysteme hinsichtlich ihrer Nachhaltigkeit und Resilienz. Neben dem deutschen Gesundheitssystem werden die Gesundheitssysteme von mehr als 20 weiteren Ländern überwiegend qualitativ bewertet. Aufbauend darauf, wird durch VANDAGE ein quantitativer Bewertungsansatz entwickelt, welcher, ebenso wie der qualitative PHSSR-Ansatz, wissenschaftlich durch Prof. Dr. Wolfgang Greiner von der Universität Bielefeld unterstützt wird.

Von

Alena Zeitler, Dr. Julian Witte
Vandage GmbH, 13.03.2023

Im Auftrag von

AstraZeneca 

Kernergebnisse

Kernergebnis des Nachhaltigkeitsindex ist, dass ein Weg zur Bewertung der Nachhaltigkeit des deutschen Gesundheitssystems aufgezeigt wird. Folgende Fragen können u. a. damit beantwortet werden: Über welche Themen kann die Nachhaltigkeit des deutschen Gesundheitssystems bewertet werden? Wie haben sich die Themen im Zeitverlauf entwickelt? Wo bestehen Datenlücken? Wo liegen keine Zielwerte vor? Wie kann die Datenqualität methodisch bewertet werden? Wie ist die Datenqualität zu bewerten? Die Antworten auf diese Fragen werden durch folgende Tabelle zusammengefasst.

Dimensionen	Anzahl Indikatoren	Anteil Indikatoren (in %)	Datenverfügbarkeit (in %)	Datenqualität (Punkt zwischen 0 und 6)	Zielverfügbarkeit (in %)	Kein Trend ableitbar (in %)	Positiver Trend (in %)	Neutraler Trend (in %)	Negativer Trend (in %)
Rahmenbedingungen	16	6	100	5,3	31	50	19	13	19
Soziale Dimension	10	4	40	3,4	20	60	10	20	10
Ökonomische Dimension	38	14	100	5,2	0	97	0	0	3
Ökologische Dimension	21	8	62	4,6	52	38	29	24	10
Gesundheitlich-organisatorisch	111	42	83	4,5	4	63	10	21	6
Gesundheitlich-epidemiologisch	71	27	83	3,7	14	37	10	27	27
Summe* bzw. Durchschnitt	267*	100*	83	4,4	12	59	11	19	12

Abkürzungen

BAG	Berufsausübungsgemeinschaft
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BMI	Body Mass Index
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CT	Computertomografie
DDD	Defined Daily Dose
DMP	Disease Management Programm
DNS	Deutsche Nachhaltigkeitsstrategie
EMAS	Eco-Management und Audit Scheme
FSME	Frühsommer-Meningoenzephalitis
GBE	Gesundheitsberichterstattung
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HIV	Humanes Immundefizienz-Virus
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
IfSG	Infektionsschutzgesetz
MRT	Magnetresonanztomografie

MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
NA	Sonderzeichen: <i>Nur einzelne Datenpunkte vorhanden</i>
NN	Sonderzeichen: <i>Keine Daten vorhanden</i>
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
OOP	Out-of-pocket-Zahlung
PET	Positronen-Emissions-Tomografie
PHSSR	Partnership for Health System Sustainability and Resilience
PKV	Private Krankenversicherung
RKI	Robert Koch-Institut
SDG	Sustainability Development Goals
SGB	Sozialgesetzbuch
STIKO	Ständige Impfkommission
WHO	World Health Organization

Inhaltsverzeichnis

1	Hintergrund.....	1
2	Messung von Nachhaltigkeit.....	2
2.1	Was ist Nachhaltigkeit?.....	2
2.2	Wie wurde Nachhaltigkeit bislang gemessen?	3
3	Konzeptualisierung des Nachhaltigkeitsindex.....	6
3.1	Wie wurde der Nachhaltigkeitsindex entwickelt?	6
3.2	Wie ist der Nachhaltigkeitsindex aufgebaut?.....	7
3.3	Worin bestehen methodische Limitationen des Nachhaltigkeitsindex?	11
4	Ergebnisverwertung	12
4.1	Datenlücken	12
4.2	Datenqualität	12
4.3	Trendanalyse.....	13
4.4	Zielvorgaben und Weiterentwicklung	14
5	Ergebnisse.....	16
5.1	Rahmenbedingungen	16
5.1.1	Demografie	17
5.1.2	Sozioökonomischer Hintergrund.....	23
5.2	Soziale Dimension	30
5.2.1	Responsiveness.....	30
5.2.2	Gerechtigkeit	35
5.3	Ökonomische Dimension	39
5.3.1	Gesundheitsausgaben	39
5.3.2	Gesundheitseinnahmen	45
5.3.3	Einnahmenüberschuss bzw. GKV-Defizit	48

5.4	Ökologische Dimension	50
5.4.1	Ressourcenumgang	50
5.4.2	Gesundheitsrisiken durch Umgebung	57
5.4.3	Ökologisches Management.....	62
5.5	Gesundheitliche Dimension: Organisatorischer Teilbereich.....	65
5.5.1	Governance.....	65
5.5.2	Zugang.....	67
5.5.3	Institutionen	70
5.5.4	Beschäftigte im Gesundheitswesen (Workforce).....	82
5.5.5	Produkte	103
5.5.6	Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen	111
5.5.7	Qualität der Leistungserbringung	138
5.5.8	Resilienz.....	143
5.6	Gesundheitliche Dimension: Epidemiologischer Teilbereich	148
5.6.1	Resilienz.....	148
5.6.2	Lebenserwartung.....	150
5.6.3	Mortalität	154
5.6.4	Morbidität	161
5.6.5	Sonstige Aspekte des Gesundheitszustandes	190
5.6.6	Risikofaktoren.....	192
6	Diskussion	201
6.1	Daten- und indexbezogene Limitationen.....	201
6.2	Inhaltliche Weiterentwicklung.....	202
6.3	Zusätzliche Weiterentwicklung.....	203
7	Fazit	205
Literaturverzeichnis.....		I
Anhang		XIII

1 Hintergrund

Angesichts strategischer Herausforderungen und derer Konsequenzen, welche das deutsche Gesundheitssystem sowohl in der Kurz- und Mittel- als auch in der Langfrist betreffen, ist eine Ausrichtung unter dem Gesichtspunkt der Nachhaltigkeit essenziell. Um für Herausforderungen wie den demografischen Wandel, Fachkräftemangel oder eine flächendeckende Digitalisierung besser gewappnet zu sein, gilt es, in eine nachhaltige und resiliente Organisation des Gesundheitswesens zu investieren. Hierzu bedarf es einer systematischen Bestandsaufnahme der Nachhaltigkeit und Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitswesens einerseits und einer Ableitung von Entwicklungszielen andererseits. Dies ist ohne valide Datengrundlage nicht möglich.

Daten werden im deutschen Gesundheitswesen jedoch nicht zentral gebündelt, sondern liegen in vielen Datensilos vor. Der Herausforderung, Datenanforderungen zur Messung der Nachhaltigkeit des Gesundheitswesens zu definieren, diese Daten zu suchen, zu sammeln und zu kompilieren, stellt sich dieser Nachhaltigkeitsindex. Dafür wird ein möglichst breites Verständnis von Nachhaltigkeit und dem deutschen Gesundheitssystem zugrunde gelegt, wobei die Konzepte und Daten, die in den Nachhaltigkeitsindex einfließen, keinen Anspruch auf Vollständigkeit

erheben können. Er ist vielmehr als ein flexibles Konstrukt zu verstehen, welches in Abhängigkeit von der relevanten Fragestellung erweitert oder reduziert werden kann.

Der Nachhaltigkeitsindex hat eine möglichst realitätsnahe Wiedergabe der Ist-Situation zum Ziel. Somit wird ein Werkzeug konstruiert, welches den gegenwärtigen Zustand erfasst, um den Aufbau einer Zeitreihe sowie die Ergänzung um weitere Nachhaltigkeitsaspekte zu ermöglichen.

Grundgedanke des Index ist, dass gebündelt wird, welche Themenbereiche für eine Bewertung der Nachhaltigkeit des deutschen Gesundheitssystems erfasst werden sollten, um davon ausgehend aufzuzeigen, inwiefern die definierten Kennzahlen messbar sind. Die Identifikation von Datenlücken ist damit ebenso Bestandteil der Zielsetzung der Indexentwicklung.

Durch eine Trendanalyse sowie die Bestimmung von Datenlücken soll eine zielorientierte Betrachtungsweise des Status quo unterstützt werden, aus welcher frühzeitiger Handlungsbedarf und Handlungsempfehlungen abgeleitet werden können.

2 Messung von Nachhaltigkeit

2.1 Was ist Nachhaltigkeit?

Nachhaltigkeit ist ein inzwischen fast omnipräsenter Begriff, der in seinem Verständnis individuell geprägt ist, sodass er in Abhängigkeit der verwendenden Person, Einrichtung oder des Bezugssystems unterschiedliche Bedeutungen haben kann. Nachhaltigkeit beschreibt einen maßvollen und verantwortungsbewussten Ressourcenumgang, wobei der Begriff ursprünglich aus der Forstwirtschaft stammt. Der Umgang mit nicht erneuerbaren wie auch mit erneuerbaren Ressourcen unterliegt einer langfristigen Denkweise, wodurch eine Ressourcenverfügbarkeit auch für die folgenden Generationen sichergestellt werden soll. (Schubert & Klein, 2021) Nachhaltigkeit wird weniger als klar abgrenzbare und erfassbare Begrifflichkeit definiert, sondern vielmehr als ein gesellschaftspolitisches bzw. normatives Leitbild. (Grunwald & Kopfmüller, 2022) Dieses Leitbild fokussiert auf die gleichwertigen und integrativ zu behandelnden Dimensionen Ökonomie, Ökologie und Soziales, welche in den 1990er-Jahren durch die **Enquete-Kommission „Schutz des Menschen und der Umwelt“** erarbeitet wurden (s. Abb. 1). (Deutscher Bundestag, 1998)

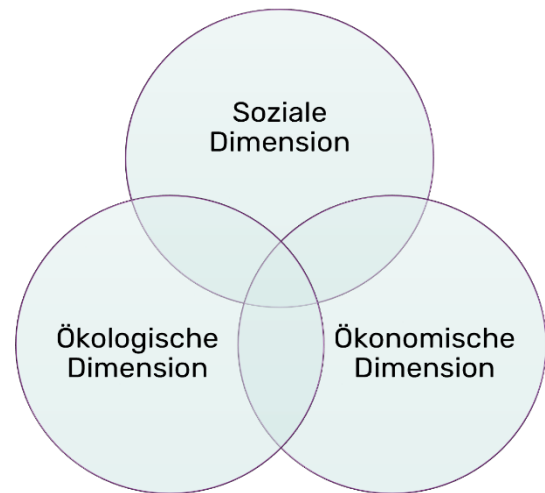


Abbildung 1: Dimensionen der Nachhaltigkeit

Die Anwendung des Nachhaltigkeitskonzepts auf ein Gesundheitswesen impliziert, dass mittels wie auch parallel zu der Sicherstellung der Ressourcenschonung und der Generationenverantwortung eine gegenwärtige und zukünftige Sicherstellung der Leistungsfähigkeit erreicht werden soll. Dafür muss eine Wahrung der Kernfunktionen von Gesundheitssystemen anvisiert werden, was der Nachhaltigkeitsdefinition der „Partnership for Health System Sustainability and Resilience“ (PHSSR) entspricht. (Partnership for Health System Sustainability and Resilience, 2021b) Nach dem Verständnis von PHSSR werden durch „mehr“ Nachhaltigkeit die Bereitstellung von Leistungen und Ressourcen, Finanzierung, Stewardship, Umsetzung von Prinzipien der fairen Finanzierung, Zugangsfairness und Versorgungseffizienz sichergestellt, wobei die Ziele der Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit, der Sensibilität gegenüber

den Bedürfnissen der Bevölkerung sowie der steten Weiterentwicklung verfolgt werden. (Partnership for Health System Sustainability and Resilience, 2021b) Eng verwandt mit dem Begriff Nachhaltigkeit ist auch der Begriff der Resilienz. Nach PHSSR-Verständnis wird mit ihm die Systemfähigkeit beschrieben, auf Krisen bzw. Schocks zu reagieren. Absorption und Adaption führen zu einem Lerneffekt, wodurch eine Erholung von der Krise erfolgen kann. Je resilienter ein Gesundheitssystem ist, umso eher können negative Krisenfolgen auf die Bevölkerungsgesundheit sowie Störungen der Leistungsverorgung reduziert werden. (Partnership for Health System Sustainability and Resilience, 2021b)

Nachhaltige Gesundheitssysteme, nach dem hier zugrunde gelegten Verständnis, zeichnen sich somit dadurch aus, dass ihre Leistungsfähigkeit sowohl während als auch vor bzw. nach Krisenzeiten aufrechterhalten bleibt.

2.2 Wie wurde Nachhaltigkeit bislang gemessen?

Deutlich wurde bereits, dass Nachhaltigkeit ein facettenreicher Begriff ist, der keiner einheitlichen wissenschaftlichen Definition unterliegt. Somit besteht auch keine Einigkeit über die Operationalisierung des Begriffs mittels Kennzahlen. Folglich existieren diverse und stark variierende

Ansätze zur Bewertung der Nachhaltigkeit von Gesundheitssystemen. Im Folgenden werden jene Ansätze vorgestellt, die maßgeblich in den Aufbau und die Konzeption des Nachhaltigkeitsindex eingeflossen sind.

Da die internationalen und deutschlandbezogenen Ergebnisse der PHSSR die Ausgangsbasis der Entwicklung dieses Index darstellen, werden diese hier zuerst vorgestellt. Im Folgenden werden Ansätze präsentiert, welche sich mit der Bewertung der Leistungsfähigkeit, der Resilienz und der Nachhaltigkeit von Gesundheitssystemen auseinandersetzen. Durch die **PHSSR** werden Nachhaltigkeit und Resilienz von Gesundheitssystemen weltweit unter qualitativen Aspekten beschrieben, wobei aktuell ein quantitativer Bewertungsansatz entwickelt wird. Auf internationaler Ebene wurden durch die PHSSR fünf Domänen definiert, die sich in weitere Aspekte aufteilen, wobei für deren Bewertung wiederum Beispiele für qualitative Indikatoren gegeben werden. Die Domänen bestehen aus Politiksteuerung („Governance“), Finanzierung („Financing“), Arbeitskräfte („Workforce“), Arzneimittel und Technologie („Medicines and Technology“) sowie Leistungserbringung („Service Delivery“). (Partnership for Health System Sustainability and Resilience, 2021a) Diese Domänen wurden auch auf die Deutschlandebene übertragen, wobei pro Domäne Indikatoren definiert wurden, welche zum

einen Nachhaltigkeit und zum anderen Resilienz erfassen sollen. Dabei wurden, wenn auch nicht durchgängig, zahlenorientierte Indikatoren zusammengetragen und daraus wurden Handlungsempfehlungen abgeleitet. (Grosser & Greiner, 2021)

Durch das **Health System Performance Assessment** wird zwar nicht unmittelbar die Bewertung von Nachhaltigkeit untersucht, allerdings wird die Bewertbarkeit der Leistungsfähigkeit von Gesundheitssystemen aufgearbeitet. Hierbei werden diverse Dimensionen (u. a. Versorgungszugang, Qualität der Versorgung, Kontext-Informationen) darauf geprüft, inwiefern sie Anwendung bei internationalen Rahmenwerken der World Health Organization (WHO), der Europäischen Kommission sowie der Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) finden. Bezogen auf Deutschland, wird die Leistungsfähigkeit über vier Dimensionen abgebildet: Zugang zum Gesundheitssystem und zur Versorgung, Bevölkerungsgesundheit, Responsiveness des Gesundheitssystems sowie Qualität und Sicherheit. Deutlich wurde hier, dass die Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems nur über eine Auswahl an Indikatoren beschreibbar ist und aufgrund der Komplexität kaum vollständig beschrieben werden kann. Eine Bewertung der quantitativen Indikatoren findet hier durch den Vergleich mit anderen Ländern statt. (Röttger,

Spranger, Eckhardt, Achstetter & Busse, 2018) **Germany: Health System Review** definiert auf drei Ebenen Ansätze zur Bewertung des Gesundheitssystems. Auf übergeordneter Ebene sind das die sechs Themenbereiche Governance, Zugang, finanzieller Schutz, Qualität der Gesundheitsversorgung, Outcomes und Effizienz. Mitunter wird hier auch der Vergleich zu anderen Ländern hergestellt. (Blümel, Spranger, Achstetter, Maresso & Busse, 2020)

Neben Ansätzen für die Bemessung der Leistungsfähigkeit wurden auch Ansätze für die Bemessung der Resilienz durch die **Länderprofile zur Gesundheit** der OECD und des European Observatory on Health Systems and Policies gebündelt. Neben der Betrachtung des Hintergrunds des Gesundheitssystems (u. a. Coverage, Gesundheitsausgaben, Personalanzahl) werden die Effektivität (z. B. vermeidbare Mortalität, Screening-Raten), der Zugang (z. B. Anteil öffentlicher Finanzierung, Anteil virtueller Konsultationen) und die Resilienz mit Fokus auf COVID-19 (u. a. Impf-rate, Download-Häufigkeit Corona-Warn-App) bewertet. (Organisation for Economic Co-operation and Development & European Observatory on Health Systems and Policies, 2021) Dabei zeigt sich in Bezug auf die Resilienz bereits die Herausforderung, dass diese spezifisch in Bezug auf COVID-19 abgebildet wird. Durch die nachhaltige langfristige

Betrachtungsperspektive sollte die Resilienzbewertung losgelöst von solchen konkreten Anwendungsfällen sein. Eine regelmäßige Überarbeitung von krisenbezogenen Empfehlungen ist unerlässlich, soweit diese Krisen noch aktuell sind, wie sich am Beispiel des Indikators der Download-Häufigkeit der Corona-Warn-App zeigt. Losgelöst von COVID-19 beschreibt die WHO in der Publikation **„Strengthening health systems resilience: key concepts and strategies“** Vorgehensweisen zur Resilienzstärkung durch vier Dimensionen (Governance, Finanzierung, Ressourcen, Leistungserbringung), welche sich in 13 Kategorien und diverse qualitative Indikatoren aufgliedern. (Thomas et al., 2020) Für die Sicherstellung der Resilienz wie auch der Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens während Krisenzeiten wurden durch die **Deutsche Akademie der Technikwissenschaften (acatech)** zudem die drei Dimensionen Information und Kommunikation, Versorgungsstruktur und strategische Reserven sowie das Zusammenspiel von beteiligten Institutionen bestimmt, aus denen Handlungsempfehlungen abgeleitet wurden. (Streibich & Lenarz, 2021)

Nachhaltigkeit wird explizit durch eine Publikation zur **Leistungsfähigkeit des österreichischen Gesundheitssystems** als eine Dimension benannt. Die Nachhaltigkeit wird dabei über die drei Indikatoren der Gesundheitsausgaben-Quote, der

durchschnittlichen jährlichen Steigerungsrate der Gesundheitsausgaben und der Ausgaben nach Sektoren beschrieben. Daneben werden vier Dimensionen [Gesundheitszustand („Health Outcome“), Nachhaltigkeit („Sustainability“), Zugänglichkeit und Effektivität („Responsiveness“), Effizienz/Einsatz/Produktivität, Sozialverträglichkeit („Equity“)] um die Beschreibung der Altersstruktur und der Einkommenssituation erweitert. (Leopold, Habl, Morak, Rosian-Schikuta & Vogler, 2008) Auch der **Sustainability Report 2021** von AstraZeneca konkretisiert drei Nachhaltigkeitsdimensionen, nämlich Umweltschutz, Zugang zur Gesundheitsversorgung sowie Ethik und Transparenz. (AstraZeneca, 2021) Die klassischen Nachhaltigkeitsdimensionen nach der Enquete-Kommission wurden durch einen weiteren Ansatz für eine **Betrachtung der Nachhaltigkeit in der Gesundheitsvorsorge** um eine gesundheitliche Dimension erweitert. (Scherenberg, 2011)

Durch die Aufarbeitung dieser Literatur wurde deutlich, dass bislang ein möglichst ganzheitlicher, flexibler und quantitativer Bewertungsansatz der Nachhaltigkeit des deutschen Gesundheitssystems fehlt. Diese Lücke soll durch den Nachhaltigkeitsindex geschlossen werden. Ein Überblick zu weiteren Indizes, welche Nachhaltigkeit zum Gegenstand haben, wird durch Anhang 1 bereitgestellt.

3 Konzeptualisierung des Nachhaltigkeitsindex

3.1 Wie wurde der Nachhaltigkeitsindex entwickelt?

Der Konstruktion des Nachhaltigkeitsindex liegt das Bestreben zugrunde, Nachhaltigkeit des Gesundheitswesens möglichst ganzheitlich abzubilden. Durch die damit verbundene Berücksichtigung von interdisziplinären Zusammenhängen, die über die klassischen Sektorengrenzen des Gesundheitswesens hinausgehen, wird ein systemtheoretischer Ansatz verwendet. Entsprechend werden durch den Index nicht gezielt Institutionen und deren gesundheitsbezogene Aktivitäten thematisch ausgespart, allerdings können aufgrund der Komplexität nicht alle Aspekte des Gesundheitssystems berücksichtigt werden. Ziel der Untersuchung ist es, aufzuzeigen, welche Indikatoren zur Messung der Nachhaltigkeit verwendet werden sollten. Dieser Ansatz ist nicht deckungsgleich mit der Beschreibung der Indikatoren, die gemessen werden können.

Damit der Nachhaltigkeitsindex einen möglichst aktuellen Wissensstand abbildet, wurden zunächst narrativ relevante Publikationen zur Definition, Messung und Bewertung von Nachhaltigkeit recherchiert, welche zudem eine möglichst quantitative Auseinandersetzung mit Nachhaltigkeit von Gesundheitssystemen zum Gegenstand haben. Ziel ist es,

relevante Themenbereiche zu bestimmen, durch welche Nachhaltigkeit operationalisiert werden kann. Alternativ wurde Literatur recherchiert, welche das Gesundheitssystem unter Gesichtspunkten der Resilienz oder der Leistungsfähigkeit bewertet. Nach der Konzeption des Index wurde dieser mit Daten angereichert. Da die Bewertung der Datenqualität bzw. Datenlage auch ein Ergebnis der Indexentwicklung darstellt, wird die Vorgehensweise dazu in Kapitel 4 erläutert.

Eine abschließende Diskussion und Validierung des Index fand über Interviews und vertiefende Diskussionsrunden mit Expertinnen und Experten aus dem Gesundheitswesen und damit verwandten Tätigkeitsfeldern statt.

3.2 Wie ist der Nachhaltigkeitsindex aufgebaut?

Der Nachhaltigkeitsindex soll zum einen den einfachen Überblick über ein komplexes Thema ermöglichen und zum anderen die umfangreiche Thematik in einer ausreichenden Detailtiefe abbilden. Dieser Zielkonflikt wird durch eine hierarchische Taxonomie gelöst, welche die Entwicklung eines differenzierten und erweiterbaren Kennzahlensystems ermöglicht.

Übergeordnet erfolgt die Nachhaltigkeitsbetrachtung durch Dimensionen. Diese fassen Themenbereiche mit einem gemeinsamen, größtmöglichen Nenner zusammen. Einzelne Dimensionen können in Kategorien differenziert werden. Die Zwischenebene der Kategorien dient der Strukturierung des Index, indem Klassen bzw. Gruppen gebildet werden. Die eigentliche Bewertung findet auf der niedrigsten bzw. feinsten Ebene des Index, jener der Indikatoren, durch welche Merkmale quantitativ bewertet werden, statt. Dieses Ordnungssystem wird in Abbildung 2 visualisiert.

Durch die Definition von Nachhaltigkeit wurde bereits deutlich, dass drei der Dimensionen in der Abdeckung des sozialen, des ökologischen und des ökonomischen Bereichs bestehen. Durch die Aufnahme in den Nachhaltigkeitsindex werden sie konkret auf das Gesundheitssystem bezogen. Die drei Dimensionen werden um eine weitere Dimension ergänzt, welche Gesundheit unter nachhaltigen Gesichtspunkten zugänglich macht. (Scherenberg, 2011) Die gesundheitliche Dimension wird durch einen organisatorischen und einen epidemiologischen Teilbereich aufgearbeitet. Gemäß dem systemtheoretischen Verständnis, das die Nachhaltigkeit des Gesundheitssystems holistisch betrachtet, werden zusätzliche Rahmenbedingungen berücksichtigt. Diese haben Einfluss auf die anderen Nachhaltigkeitsdimensionen und deren Indikatoren, haben im Gegensatz zu diesen allerdings nicht unmittelbar mit dem Gesundheitswesen Berührungspunkte. Dadurch wird der Gedanke von gleichwertigen und integrativen Dimensionen umgesetzt, was Abbildung 3 verdeutlicht.

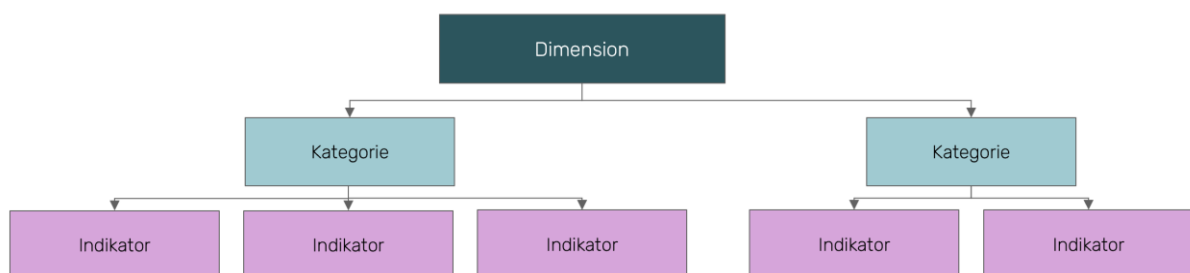


Abbildung 2: Taxonomie des Index

Durch die beschriebenen sechs Dimensionen werden 23 Kategorien erfasst, welche sich insgesamt über 267 Indikatoren messen lassen.

Die Dimension der Rahmenbedingungen wird durch die zwei Kategorien Demografie und sozioökonomischer Hintergrund abgebildet, welche insgesamt 16 Indikatoren (bzw. 6 % aller Indikatoren des Index) umfassen. Tabelle 1 fasst den Aufbau des Index zusammen.

Die soziale Dimension setzt sich aus den beiden Kategorien Responsiveness und Gerechtigkeit zusammen, wodurch zehn weitere Kennzahlen (4 % aller Indikatoren des Index) in dem Index Anwendung finden.

Die ökonomische Dimension wird durch die Gesundheitsausgaben, die Einnahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und den Einnahmenüberschuss bzw. das GKV-Defizit beschrieben. Durch diese drei Kategorien werden 38 weitere Indikatoren (14 % aller Indikatoren des Index) berücksichtigt.

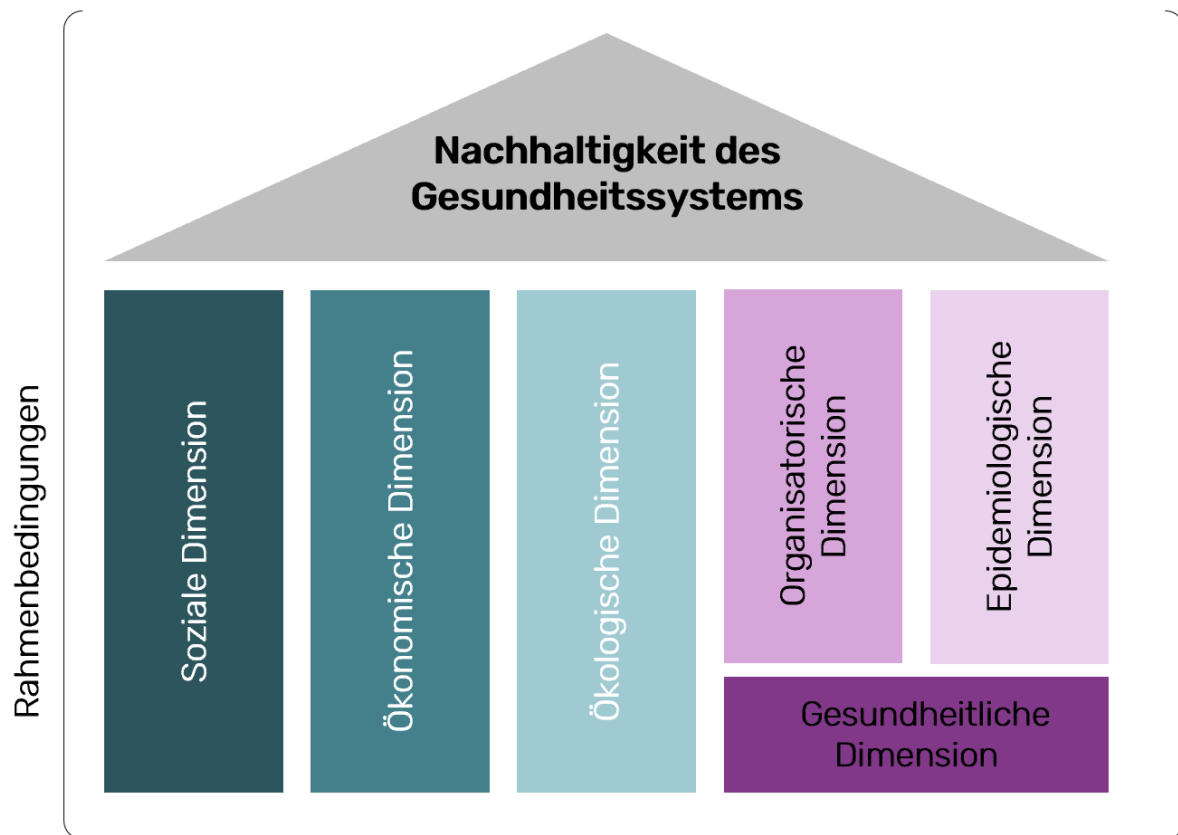


Abbildung 3: Erweiterte Dimensionen der Nachhaltigkeit

Die drei Kategorien Ressourcenumgang, Gesundheitsrisiken durch Umgebung und ökologisches Management machen die ökologische Dimension der Nachhaltigkeitsbewertung erfassbar. Darunter werden 21 Indikatoren (8 % aller Indikatoren des Index) gebündelt.

Da die gesundheitliche Dimension sehr umfangreich ist und insgesamt 182 Indikatoren umfasst, wird sie in zwei Bereiche unterteilt. Der organisatorische Teilbereich gliedert sich in die siebeneinhalb Kategorien Governance, Zugang, Institutionen, Beschäftigte, Produkte, Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, Qualität der Leistungserbringung und Resilienz, womit 111 Indikatoren (42 % aller Indikatoren des Index) berücksichtigt werden.

Die Kategorie der Resilienz wird häufig auch dem epidemiologischen Teilbereich der gesundheitlichen Dimension zugeordnet. Der epidemiologische Teilbereich umfasst in Summe fünfeinhalb Kategorien. Dabei kommen ergänzend zur Resilienz Lebenserwartung, Mortalität, Morbidität, sonstige Aspekte des Gesundheitszustandes und Risikofaktoren hinzu, womit 71 Indikatoren (27 % aller Indikatoren des Index) zusammengefasst werden.

Dimensionen	Kategorien	Anzahl Indikatoren
Rahmenbedingungen	Demografie	8
	Sozioökonomischer Hintergrund	8
Sozial	Responsiveness	5
	Gerechtigkeit	5
Ökonomisch	Gesundheitsausgaben	33
	Gesundheitseinnahmen	4
	Einnahmenüberschuss bzw. GKV-Defizit	1
Ökologisch	Ressourcenumgang	13
	Gesundheitsrisiken durch Umgebung	4
	Ökologisches Management	4
Gesundheitlich/ Organisatorisch	Governance	3
	Zugang	3
	Institutionen	19
	Beschäftigte	23
	Produkte	11
	Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen	38
	Qualität der Leistungserbringung	8
	Resilienz	6
Gesundheitlich/ Epidemiologisch	Lebenserwartung	4
	Mortalität	11
	Morbidität	41
	Sonstige Aspekte des Gesundheitszustandes	2
	Risikofaktoren	10

Tabelle 1: Schematisierung des Indexaufbaus und Anzahl enthaltener Indikatoren

3.3 Worin bestehen methodische Limitationen des Nachhaltigkeitsindex?

Die Daten des Nachhaltigkeitsindex aggregieren sich nicht zu einer zentralen „Nachhaltigkeitskennzahl“, welche ein vereinfachendes Urteil über den Nachhaltigkeitsgrad des deutschen Gesundheitssystems fällt. Prinzipiell könnte zwar zu jedem Indexparameter ein theoretisches Maximum (und ein Minimum, wenn dieses von 0 abweicht) gebildet bzw. definiert werden, wodurch die Abweichung bzw. Annäherung an eine simplifizierende Nachhaltigkeitskennzahl erreicht werden könnte. Allerdings kann die Realität dadurch nur sehr reduziert abgebildet werden. Zudem gehen durch die Zusammenfassung der Daten relevante Informationen verloren. Um dem zu begegnen, könnten einzelne Daten gewichtet werden, was wiederum einen Eingriff in eine möglichst wertungsfreie Realitätsabbildung bedeuten würde. Zudem müssten diese Vorgaben regelmäßig angepasst werden, da sich Rahmenbedingungen wie z. B. der Bevölkerungsstand oder die Erwerbstätigenquote verändern.

Ein Nutzen des Nachhaltigkeitsindex besteht vielmehr darin, dass dieser möglichst ganzheitlich konzipiert ist und damit keinen Fokus auf einzelne Aspekte des Gesundheitssystems oder der Nachhaltigkeit legt. Daher können diverse Fragen zum Status quo der Nachhaltigkeit des

deutschen Gesundheitssystems beantwortet werden:

- Über welche Indikatoren lassen sich die beschriebenen Nachhaltigkeitsdimensionen messen?
- Wie gut ist die Datenverfügbarkeit?
- Wo gibt es Wissenslücken zur Nachhaltigkeit?
- Wie ist die Datenqualität zur Beschreibung der Nachhaltigkeit des deutschen Gesundheitssystems zu bewerten?
- Welche Nachhaltigkeitsziele werden gesetzt?
- Werden diese Ziele erreicht?
- In welchen Bereichen ist ein Trend hin zu „mehr“ oder „weniger“ Nachhaltigkeit erkennbar?

4 Ergebnisverwertung

4.1 Datenlücken

Die Daten, welche in den Index einfließen, unterliegen der Voraussetzung, dass sie öffentlich zugänglich sind, damit der Index auch zukünftig (möglichst basierend auf den gleichen Datenquellen) fortgeschrieben werden kann. Um eine langfristige Abbildung von Nachhaltigkeit zu erreichen, werden nur Daten verwendet, die auf Jahresebene aggregiert vorliegen. Somit werden auch kurzfristige Schwankungen geglättet und die Daten durch einen einheitlichen Bezugszeitraum vergleichbarer gemacht. Daten, die nur auf Tages-, Wochen- oder Monatsebene vorliegen, können damit nicht berücksichtigt werden, was bspw. für Daten aus dem DIVI-Intensivregister gilt.

Durch den Index werden die Datenquelle (sowie ggf. der Datencode), der Turnus der Datendarstellung, das Jahr des ältesten verfügbaren Datenpunktes, die Dateneinheit sowie die Daten bzgl. der Jahre 2019, 2020 und 2021 bzw. alternativ des aktuellen Datenjahres dargestellt.

Von den betrachteten Indikatoren sind 17 bzw. 7 % nicht bewertbar, da keinerlei Daten vorliegen (NN). Bei 27 bzw. 11 % der definierten Indikatoren liegt nur ein einzelner Datenpunkt vor (NA). Damit liegen für 214 bzw. 83 % der hier relevanten Nachhaltigkeitsindikatoren Daten vor. Es zeigt sich allerdings auch, dass es für ein Sechstel

der Daten keine ausreichende Datengrundlage gibt. Im Folgeschritt werden die verfügbaren Daten hinsichtlich ihrer Qualität bewertet.

Aus dem Index: Datenlücken

Die ausgeprägtesten Datenlücken betreffen die soziale Nachhaltigkeitsdimension (50 % der definierten Indikatoren weisen Lücken auf) und die ökologische Dimension (38 %).

4.2 Datenqualität

Die Bewertung der Daten hinsichtlich ihrer Qualität kann als methodischer Schritt verstanden werden, ist zugleich aber auch Ergebnis der Entwicklung des Nachhaltigkeitsindex, da so die verfügbare Datenqualität themenbezogen bewertet werden kann. Für die Bewertung wurde ein Punktesystem entwickelt. Wird ein Punktwert zwischen 5 und 6 erreicht, kann die Datenlage als sehr gut bewertet werden, was auf 64 % der Daten zutrifft. Durch Werte zwischen 3 und 4 wird eine gute Datenqualität ausgedrückt (12 %); eine Bewertung zwischen 0 und 2 drückt eine mangelhafte Situation aus (17 %).

Ein Punkt wird hinsichtlich der Qualität des Datenhalters vergeben, so dieser eine öffentliche Institution ist. Private Einrichtungen bzw. Quellen, die der grauen Literatur zugeordnet werden, erhalten keinen Punkt. Für eine jährliche Datenfortschreibung bzw. eine Datenaktualisierung, die alle zwei Jahre stattfindet, wird ebenso ein Punkt gegeben. Alle Daten, die seltener als alle zwei Jahre bzw. unregelmäßig aktualisiert werden bzw. bei denen nur ein einzelner Datenpunkt vorliegt, werden mit Null bewertet. Weiter wird die Zuverlässigkeit der Daten eingeschätzt, wobei gesicherte Daten positiv bewertet werden. Daten, die geschätzt oder vorläufig sind oder bei denen ein Zeitreihenbruch in der Berechnungsgrundlage vorliegt, erhalten keine Positivbewertung. Durch die Prüfung der Historisierung wird die Qualität einer vorliegenden Zeitreihe bewertet bzw. deren Ermangelung gewichtet. Ein Punkt wird damit gegeben, wenn die Zeitreihe mindestens drei Datenjahre umfasst, welche auch vor 2019 liegen können. Im Gegensatz dazu werden null Punkte verteilt, wenn die Zeitreihe nur zwei Datenjahre oder weniger umfasst. Daten, welche die COVID-19-Pandemie abbilden, unterliegen diesen Anforderungen nicht und erhalten immer volle Punktzahl, da sie grundsätzlich erst ab 2020 vorliegen können. Umfasst die Zeitreihe mindestens die Jahre 2019, 2020 und 2021, wird sie den Ansprüchen an die Datenaktualität

gerecht und kann somit mit Eins bewertet werden, wohingegen bei Vorliegen von maximal zwei der interessierenden Datenjahre bzw. bei älteren Datenjahren kein Punkt vergeben wird. Ist das älteste in die Trendanalyse eingeschlossene Datum aktueller als einschließlich 2017, so kann ein sechster Punkt gegeben werden. Liegt das Datum vor 2017, wird kein Punkt vergeben.

Aus dem Index: Datenqualität

Die Datenqualität sämtlicher bewerteter Indikatoren kann durchschnittlich als gut (4,4) eingestuft werden. Die soziale Dimension weist durchschnittlich die schlechteste Datenqualität auf (3,4), gefolgt von der epidemiologischen Dimension (3,7). Im Gegensatz dazu sind die Daten der Rahmenbedingungen sehr gut aufgearbeitet (5,3), ebenso wie jene der ökonomischen Dimension (5,2).

4.3 Trendanalyse

Die Trendanalyse hat zum Ziel, dass, basierend auf mindestens drei Datenpunkten, eine Aussage darüber gemacht wird, ob sich die Kennzahl steigend, gleichbleibend oder sinkend entwickelt. Ist kein Trend erkennbar, da bspw. zwischen den ersten beiden Datenpunkten eine starke Steigung und zwischen den letzten beiden Datenpunkten ein schwacher Rückgang vorliegt, wird bei Unsicherheit der Betrachtungszeitraum, wenn möglich, erweitert. Das älteste Datenjahr der Zeitreihe

ist das Jahr 2000. Trends können dann nicht abgeleitet werden, wenn entweder keine Daten vorliegen oder nur eine einzelne Zahl existiert.

Aufbauend auf dieser Entwicklungstendenz, können die zeitbezogenen Trends einzelner Datenpunkte bereits als positiv oder negativ bewertet werden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass eine Steigerung im Zeitverlauf nicht automatisch bedeutet, dass eine positive Entwicklung vorliegt (bspw. Steigerung von Morbidität). Umgekehrt kann eine Zunahme auch eine positive Bewertung bedeuten (bspw. Teilnahme an Präventionsmaßnahmen). Das bedeutet, dass die Bewertung im Einzelfall erfolgen muss. Berücksichtigt werden sollte auch, dass nicht alle definierten Indikatoren für eine positive bzw. negative Bewertung in Betracht kommen (bspw. Bevölkerungsstand oder Anzahl Ärzt*innenkontakte). Dies mag erst in Kombination mit anderen Kennzahlen oder unter Hinzuziehung von Zielvorgaben sinnvoll sein.

Aus dem Index: Trendanalyse

Von den 267 Nachhaltigkeitsindikatoren wurden 112 bislang als bewertbar eingestuft. Davon wurden die Entwicklung von 28 Indikatoren bzw. 25 % als positiv bewertet, jene von 33 Indikatoren bzw. 30 % wurde als negativ eingestuft und 51 Indikatoren bzw. 45 % haben sich im Beobachtungszeitraum eher gleichbleibend bzw. neutral entwickelt.

4.4 Zielvorgaben und Weiterentwicklung

Teil der Ergebnisverwertung ist, dass die Weiterentwicklung des Index vorbereitet wird. Das bezieht sich insbesondere auf die zukünftige, möglichst jährliche Fortschreibung der Indexdaten. Je nach Fragestellung können die Indikatoren in Verbindung miteinander gebracht werden, wobei ergänzende Kennzahlen in den Index integriert werden können, sodass Schwerpunktthemen gebildet werden können.

Ferner ist eine systematische Recherche von Entwicklungszielen für die einzelnen Daten geplant. Durch eine Verbindung der so identifizierten Daten kann unter Bestimmung des Zielerreichungsgrades aufgezeigt werden, inwiefern sich die betrachteten Themenaspekte des deutschen Gesundheitssystems in eine nachhaltige Richtung entwickeln. Zudem werden auch hier Lücken bzgl. klarer

Entwicklungsziele aufgedeckt. Punktuell konnten bereits während der Konzeption des Nachhaltigkeitsindex Zielvorgaben identifiziert werden. So wurden etwa durch die Deutsche Nachhaltigkeitsstrategie (DNS) und die weltweite Agenda 2030 mit ihren Sustainability Development Goals (SDG) bereits vereinzelt Vorgaben gemacht. Der Zeithorizont der DNS-Ziele variiert zwischen 2025, 2030 und 2050, wobei nicht immer ein konkreter Zeitbezug angegeben wird. Die SDG beziehen sich wiederum auf das Jahr 2030. (Bundesregierung, 2021; United Nations, 2016)

Alternativ zu nicht vorhandenen Zielvorgaben können Prognosen hinzugezogen werden, welche Entwicklungstendenzen abschätzen. Als Alternative zur Herleitung von Zielwerten wird daher ein referenzierender Ansatz vorgeschlagen. Dabei können zum Benchmarking etwa die indikatorbezogenen Durchschnittswerte über Staatenzusammenschlüsse (bspw. EU-27, OECD) oder Werte von Spitzenreitern genutzt werden. Bei einigen gesundheitsbezogenen Daten kann außerdem der Vergleich zum bundesdeutschen Durchschnitt sinnvoll sein.

Basierend auf den Erkenntnissen bzgl. des Wissens und Nichtwissens um den Zustand der Nachhaltigkeit des deutschen Gesundheitssystems sowie der Bewertung der Datensituation soll im Jahr 2023 konzipiert werden, wie daraus

Handlungsbedarf abgeleitet werden kann und wie dieser optimale praktische Anwendung findet.

Aus dem Index: Zielvorgaben

Zielvorgaben müssen kritisch darauf geprüft werden, inwiefern sie sich auf dem Kontinuum zwischen zu hohen und zu geringen Ambitionen bewegen. Beispielsweise gibt die DNS für Deutschland bis 2030 einen Anstieg der erneuerbaren Energien auf mind. 65 % vor, wobei dieser Anteil 2019 bei 1 % im Bereich der Dienstleistungen des Gesundheits- und Sozialwesens lag. Ein anderes Beispiel ist, dass zum Zeitpunkt der DNS-Erstellung bzw. -Aktualisierung die Zielvorgabe für die Entwicklung der Erwerbstätigenquote (bspw. für 20- bis 64-Jährige eine Erhöhung auf 78 % bis 2030) bereits erreicht bzw. übertroffen war (2021: 80 %).

Für 32 der 258 in den Index eingeschlossenen Indikatoren gibt es Zielvorgaben (12 %). Daneben wurden bislang Prognosewerte und Referenzwerte identifiziert, sodass zu 83 Indikatoren (31 %) Vergleichsdaten vorliegen.

5 Ergebnisse

5.1 Rahmenbedingungen

Im Folgenden werden die Ergebnisse der ersten betrachteten Nachhaltigkeitsdimension zusammengefasst. Es folgt eine Zusammenfassung der ersten Kategorie dieser Dimension, wobei anschließend die einzelnen Indikatoren vorgestellt werden. Dieser Aufbau der Ergebnisdarstellung wird auch bzgl. der folgenden Dimensionen wiederholt. Die Darstellung der Indikatoren folgt dabei der Logik, dass deren Inhalt, Datenhöhe, Trendentwicklung und Datenqualität angegeben wird, wobei diese Informationen ggf. um Zielvorgaben, Prognose- und/oder Referenzwerte ergänzt werden. Zur Bewertung von Trends werden, soweit verfügbar, Daten der Jahre 2019, 2020 und 2021 herangezogen. Ziel ist, dass mindestens drei Datenpunkte für eine Trendableitung miteinander in Beziehung gestellt werden; bei Unsicherheit werden fünf Datenzeitpunkte genutzt. Zur Trendbewertung wird die Richtung der beobachteten Entwicklung sowohl quantitativ („→“ gleichbleibender Trend, „↑“ steigender Trend, „↓“ sinkender Trend) als auch ggf. qualitativ (farblich: **neutral**, **positiv**, **negativ**) bewertet. Soweit möglich (es liegen genügend Datenpunkte ggf. i. V. m. Referenzdaten vor), visualisieren Grafiken zusätzlich die Indikatorenentwicklung (wird durch Symbol  angezeigt), wobei maximal der Zeitraum 2000 bis 2021 abgebildet wird.

Die Dimension der Rahmenbedingungen wird durch die beiden Kategorien „Demografie“ und „Sozioökonomischer Hintergrund“ beschrieben, welche jeweils durch acht Indikatoren erfasst werden. Die Dimension der Rahmenbedingungen bezieht sich nicht unmittelbar auf das deutsche Gesundheitssystem und dessen Nachhaltigkeit. Allerdings werden hier Größen zusammengefasst, die eine Bewertung der weiteren Nachhaltigkeitsindikatoren erst ermöglichen bzw. ein Bezugssystem dafür liefern.

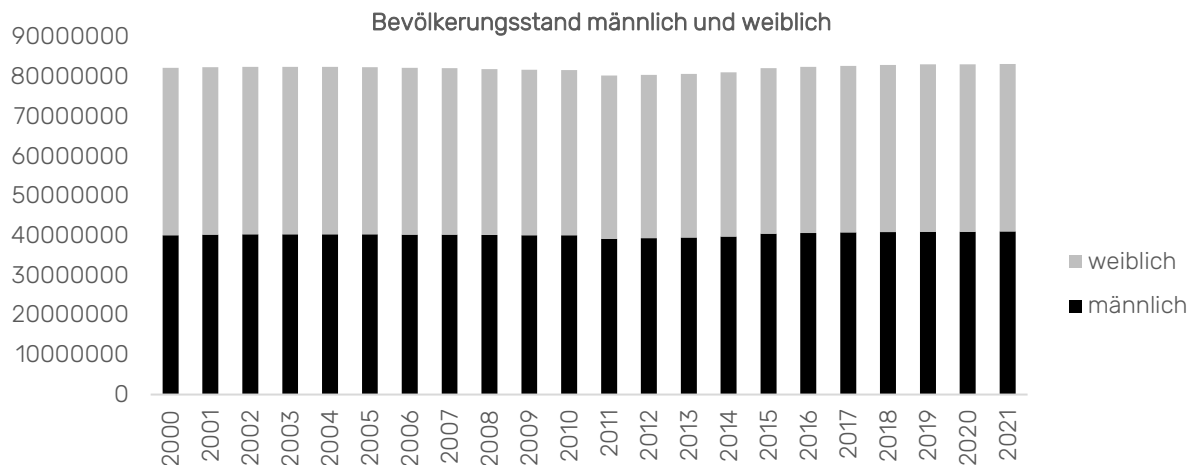
Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass von den 16 Indikatoren der Dimension der Rahmenbedingungen bislang nur die Trendentwicklung jener acht Indikatoren bewertet wurde, welche der Kategorie „Sozioökonomischer Hintergrund“ zugeordnet wurden. Eine solche Bewertung für die demografischen Indikatoren ergibt erst dann Sinn, wenn diese Indikatoren mit anderen Indikatoren verknüpft werden. Insgesamt ist die Datenqualität von 15 der 16 Indikatoren als sehr gut zu bewerten, nur Indikator 13 weist eine mangelhafte Datenqualität auf, sodass die Datenqualität der Dimension insgesamt bei 5,6 liegt. Für 13 von 16 Indikatoren gibt es Vergleichsdaten, ausgenommen sind die Indikatoren 7, 8 und 11. Für fünf der festgelegten Indikatoren existieren Zielvorgaben.

5.1.1 Demografie

Durch die Kategorie der Demografie wird der Zustand der Bevölkerung beschrieben sowie deren Entwicklungen. Einzelne demografische Aspekte wie bspw. die Mortalität und die Lebenserwartung werden nicht an dieser Stelle, sondern durch die gesundheitliche Dimension der Nachhaltigkeitsbewertung aufgearbeitet. Größen zur Beschreibung der Migration werden auch im Rahmen der gesundheitlichen Dimension aufgegriffen, um die Gesundheitsberufe abzubilden.

Die Kategorie der Demografie wird über acht Indikatoren quantifiziert. Die abgeleiteten Trendentwicklungen werden in der demografischen Kategorie nicht qualitativ bewertet, da diese qualitative Bewertung bzgl. der Kategorie keine sinnvolle Aussagekraft besitzt. Die Indikatoren 1 – 3 sowie 7 – 8 haben sich gleichbleibend entwickelt und 4 – 6 sind gestiegen. Sämtliche demografische Indikatoren weisen eine sehr gute Datenqualität auf (5,6). Zielvorgaben für die demografische Entwicklung existieren nicht, allerdings gibt es für fünf der acht Indikatoren Prognosewerte und für einen weiteren einen EU-Referenzwert, sodass daneben für zwei Indikatoren (Nettoreproduktionsziffer und Wanderungssaldo) keine relevanten Referenzwerte bestehen.

Indikatoren 1 – 3	Bevölkerungsstand: insgesamt, Männer, Frauen	
Inhalt	Der Bevölkerungsstand ist eine wichtige Bezugsgröße, welche viele der anderen Nachhaltigkeitsindikatoren erst verständlich macht, indem dadurch ein Maßstab definiert wird. Neben der Gesamtzahl wird angegeben wie viele Männern und Frauen es gibt, was bspw. relevant in Hinblick auf Geschlechtergerechtigkeit oder Morbiditätsverteilungen ist.	
Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 In den Jahren 2019, 2020 und 2021 umfasste die deutsche Bevölkerung ca. 83,2 Mio. Menschen, wovon ca. 49 % männlich und 51 % weiblich waren. (Statistisches Bundesamt, 2022a)	
Trend	→	
Datenqualität	Sehr gut (6/6)	
Prognose	Bis 2030 wird ein Bevölkerungswachstum auf 83,5 Mio. Menschen erwartet, 2040 sinkt die Bevölkerungsanzahl auf das jetzige Niveau und ab 2050 sinkt sie bis 2060 auf einen Wert von 81,8 Mio. Die Verteilung zwischen den Geschlechtern bleibt dabei nahezu unverändert. (Eurostat, 2021a)	
Zielvorgabe	Nicht bekannt	
Referenzwert	Nicht relevant	



Indikator 4

Jugendquotient



Inhalt

Der Jugendquotient hat als Belastungsindikator Einfluss auf weitere Indikatoren des Nachhaltigkeitsindex, welche bspw. die Frage der GKV-Einnahmen oder der Verfügbarkeit von Personal adressieren. Der Jugendquotient gibt an, wie viele Personen unter 20 Jahren auf 100 Personen im erwerbsfähigen Alter (zwischen 20 und unter 65 Jahren) kommen. Die Definition entspricht jener, die den folgenden Daten zugrunde gelegt wurde, sodass es sich um die gleiche Quelle handelt, welche an dieser Stelle nicht wiederholt wird. Gleiches gilt auch für die folgenden Indikatoren.

Daten

✓2019 ✓2020 ✓2021

Im Jahr 2019 lag der Quotient bei 30,8 %. Im Vorjahr lag der Jugendquotient bei 30,7 %. (Statistisches Bundesamt, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung & Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung, 2021)

Trend

↑

Datenqualität

Sehr gut (5/6)

Prognose

Es wird prognostiziert, dass der Jugendquotient in den nächsten Jahren ansteigen bzw. 2030 33,6 % erreicht haben wird und in den Jahren 2040 und 2060, nach einem kurzen Abfall, 32,3 % betragen wird. (Institut Arbeit und Qualifikation der Universität Duisburg-Essen, 2019)

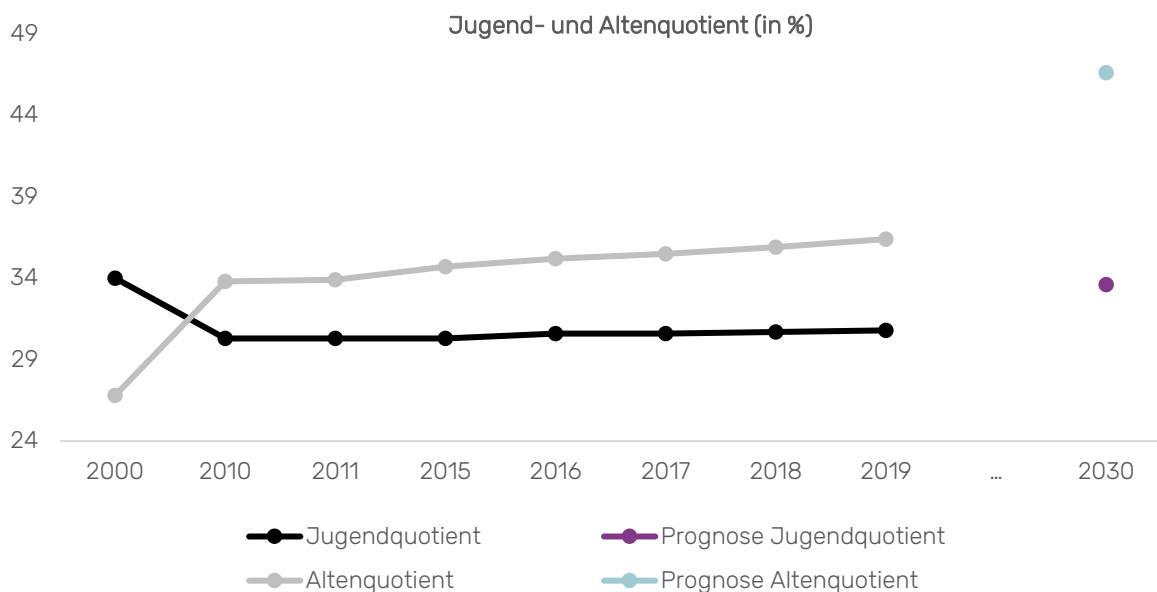
Zielvorgabe

Nicht bekannt

Referenzwert

Nicht relevant

Indikator 5	Altenquotient	
Inhalt	Der Altenquotient bezieht sich auf Personen ab 65 Jahren, anteilig an der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter, und ist ebenso wie der Jugendquotient als ein Belastungsindikator zu verstehen.	
Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 Der Quotient lag 2019 bei 36,4 %, womit er im Vergleich zum Vorjahr um 0,5 % gestiegen ist. Anfang der Jahrtausendwende hat der Altenquotient den Jugendquotienten (vermutlich) dauerhaft überholt. (Statistisches Bundesamt et al., 2021)	
Trend	↑	
Datenqualität	Sehr gut (5/6)	
Prognose	Es wird prognostiziert, dass der Wert in den kommenden Jahren steigen wird (2030: 46,6 %; 2060: 55,2 %). (Institut Arbeit und Qualifikation der Universität Duisburg-Essen, 2019)	
Zielvorgabe	Nicht bekannt	
Referenzwert	Nicht relevant	



Indikator 6
Bruttogeburtenziffer

Inhalt

Auch die Geburtenrate ist ein demografischer Indikator für eine nachhaltige gesellschaftliche Entwicklung, die relevant ist für das Gesundheitssystem (s. bspw. mögliche perspektivische Entwicklungstendenzen des Personalbestandes). Die Bruttogeburtenziffer wird als ein Verhältnis aus den Geburten p. a. und der durchschnittlichen Bevölkerung in dem Jahr gebildet.

Daten

✓2019 ✓2020 ✓2021

Die Ziffer lag im Jahr 2019 in Deutschland bei 9,4, sank im Folgejahr um 0,1 und stieg bis 2021 wieder auf 9,6 Lebendgeborene auf 1.000 Personen. (Eurostat, 2022m)

Trend

↑

Datenqualität

Sehr gut (6/6)

Prognose

Nicht relevant

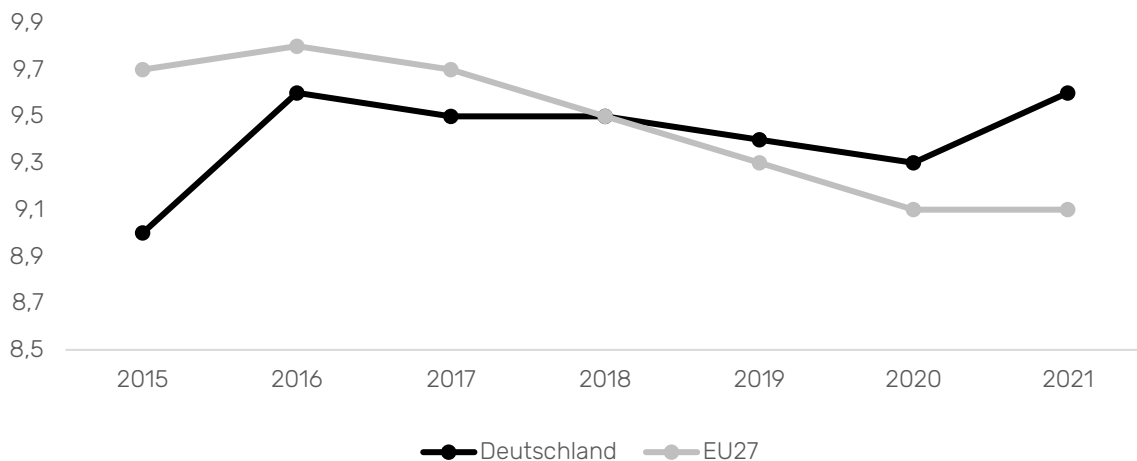
Zielvorgabe

Nicht bekannt

Referenzwert

Der EU-27-Wert lag sowohl 2020 als auch 2021 bei 9,1, womit die Bruttogeburtenziffer gegenüber 2019 um 0,2 gesunken ist. (Eurostat, 2022m)

Bruttogeburtenziffer (Lebendgeborene auf 1.000 Personen)



Indikator 7

Nettoreproduktionsziffer



Inhalt

Durch die Nettoreproduktionsziffer kann das bevölkerungsbezogene Reproduktionsverhalten quantifiziert werden. Die Zahl drückt aus, wie viele Töchter lebend von 1.000 Frauen, während derer gesamter Gebärfähigkeit, geboren werden.

Daten

✓2019 ✓2020 ✓2021

Die Zahl lag 2019 bei 0,74 Mädchengeburten je Frau, womit die Ziffer gegenüber dem Vorjahr um 0,02 niedriger ist. (Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung, 2022)

Trend

→

Datenqualität

Sehr gut (5/6)

Prognose

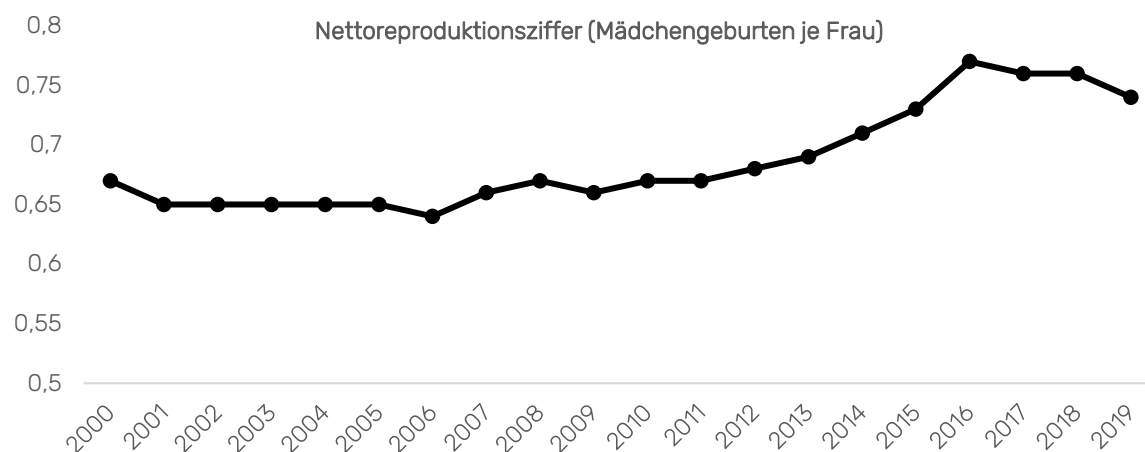
Nicht relevant

Zielvorgabe

Nicht bekannt

Referenzwert

Nicht relevant



Indikator 8
Wanderungssaldo zwischen Deutschland und dem Ausland

Inhalt

Wanderungen bzw. räumliche Bevölkerungsbewegungen geben die Mobilität der Bevölkerung wieder, wobei hier der Fokus auf die Außenwanderung bzw. Migration gelegt wird. Dieser Indikator kann auch die Attraktivität Deutschlands als Zuzugsland andeuten, was bspw. in Verbindung mit dem Fachkräftemangel eine relevante Information sein kann.

Daten

✓2019 ✓2020 ✓2021

Der Wanderungssaldo lag im Jahr 2021 bei ca. 329.000 Personen. Damit ist die Migration zwar im Vergleich zu 2019 (+2.000) und 2020 (+109.000) gestiegen und in den letzten Jahren positiv ausgefallen, allerdings ist sie während der letzten fünf Jahre tendenziell gesunken. (Statistisches Bundesamt, 2022f)

Trend

→

Datenqualität

Sehr gut (6/6)

Prognose

Nicht relevant

Zielvorgabe

Nicht bekannt

Referenzwert

Nicht relevant

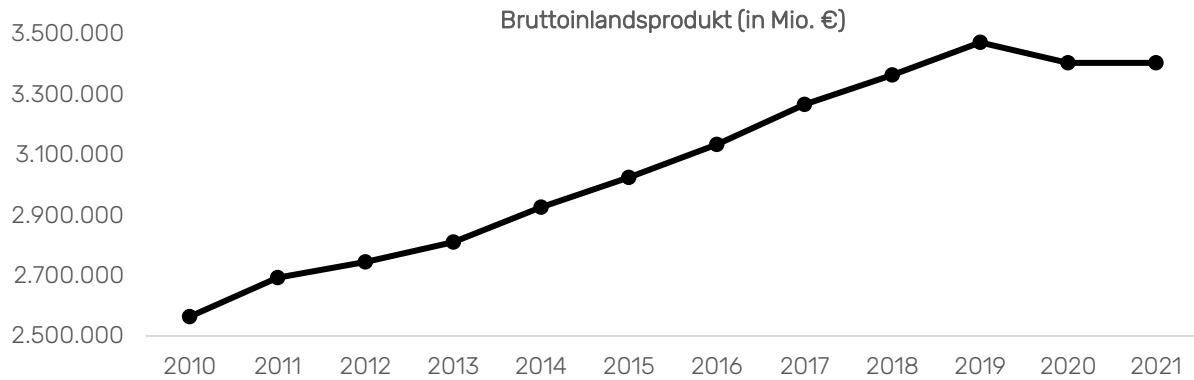


5.1.2 Sozioökonomischer Hintergrund

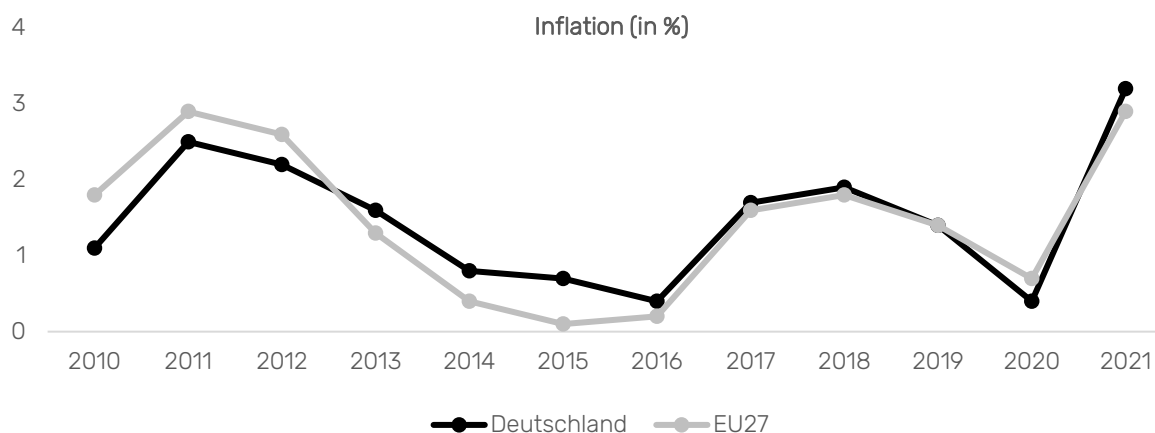
Neben demografischen Aspekten werden die Rahmenbedingungen über die Aufarbeitung des sozioökonomischen Hintergrundes der Bevölkerung beschrieben. Soziale Fragestellungen werden dabei mit ökonomischen in Verbindung gebracht und die Thematiken Arbeit und Ausbildung werden berücksichtigt.

Dafür werden acht Indikatoren genutzt, wovon sich in jüngster Zeit einerseits 37,5 % negativ (Indikator 10, 14, 16) und andererseits 37,5 % positiv entwickelt haben (Indikator 9, 11, 13). Ein Viertel der Indikatortrends wurde als neutral (Indikator 12 und 15) eingestuft. Diese tendenziell neutrale Gesamtentwicklungstendenz sollte zukünftig berücksichtigt werden, damit sie sich nicht in eine negative Richtung verkehrt. Die Daten (ausgenommen die des Indikators 13) liegen in einer sehr guten Datenqualität vor, sodass die Datenqualität der sozioökonomischen Kategorie insgesamt mit 4,9 bewertet werden kann. Außer für den Indikator 11 bzw. die Entwicklung der Bruttolöhne und -gehälter sind für alle Nachhaltigkeitsindikatoren entweder Zielvorgaben über die DNS definiert oder es existieren alternativ Referenzwerte der EU-27 (trifft jeweils auf fünf Indikatoren zu).

Indikator 9	Bruttoinlandsprodukt	
Inhalt	Das Bruttoinlandsprodukt (BIP) nimmt ebenfalls Einfluss auf die Indikatoren des Nachhaltigkeitsindex. Der Indikator bemisst den Wert der Leistung, die im Inland gefördert wurde.	
Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 Das BIP zu Marktpreisen betrug in den Jahren 2019 ca. 3,5, 2020 und 2021 je ca. 3,4 Billionen €. In den letzten zwei Jahren stagnierte die BIP-Entwicklung. Wird ein längerer Zeitraum betrachtet, zeigt sich eine Steigerung. (Eurostat, 2022c)	
Trend	↑	
Datenqualität	Sehr gut (5/6)	
Prognose	Nicht relevant	
Zielvorgabe	Die DNS gibt als Zielvorgabe ein „stetiges und angemessenes Wirtschaftswachstum“ an, wobei diese Vorgabe nicht näher spezifiziert wird. (Bundesregierung, 2021)	
Referenzwert	Nicht relevant	



Indikator 10	Inflation	
Inhalt	Die Inflationsrate wird nach dem Harmonised Index of Consumer Prices (Harmonisierter Verbraucherpreisindex) abgebildet und gibt die Preissteigerung an.	
Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 Die Inflation lag im Jahr 2021 bei 3,2 %, womit sie gegenüber den Jahren 2019 (1,4 %) und 2020 (0,4 %) gestiegen ist. (Eurostat, 2022l)	
Trend	↑	
Datenqualität	Sehr gut (6/6)	
Prognose	Nicht relevant	
Zielvorgabe	Nicht bekannt	
Referenzwert	Der EU-27-Schnitt lag in den Jahren 2019 bei 1,4 %, 2020 bei 0,7 % und 2021 bei 2,9 %. (Eurostat, 2022l)	



Indikator 11
Bruttolöhne und -gehälter

Inhalt

Die Entwicklung der Bruttolöhne und -gehälter kann als (Referenz-)Indikator für ein Ausschöpfen des Arbeitspotenzials hinzugezogen werden, was im Hinblick auf Gesundheitsberufe relevant ist, die von einem Fachkräftemangel bedroht sind.

Daten

✓2019 ✓2020 ✓2021

Nach dem Inländerkonzept lagen die durchschnittlichen Bruttolöhne und -gehälter monatlich je Arbeitnehmer in den Jahren 2019 und 2020 bei ca. 3.100 € und 2021 bei 3.200 €. (Statistisches Bundesamt, 2022e) Insbesondere i. V. m. der Entwicklung des BIP und der Inflation sind steigende Bruttolöhne und -gehälter als positiv zu bewerten.

Trend

↑

Datenqualität

Sehr gut (5/6)

Prognose

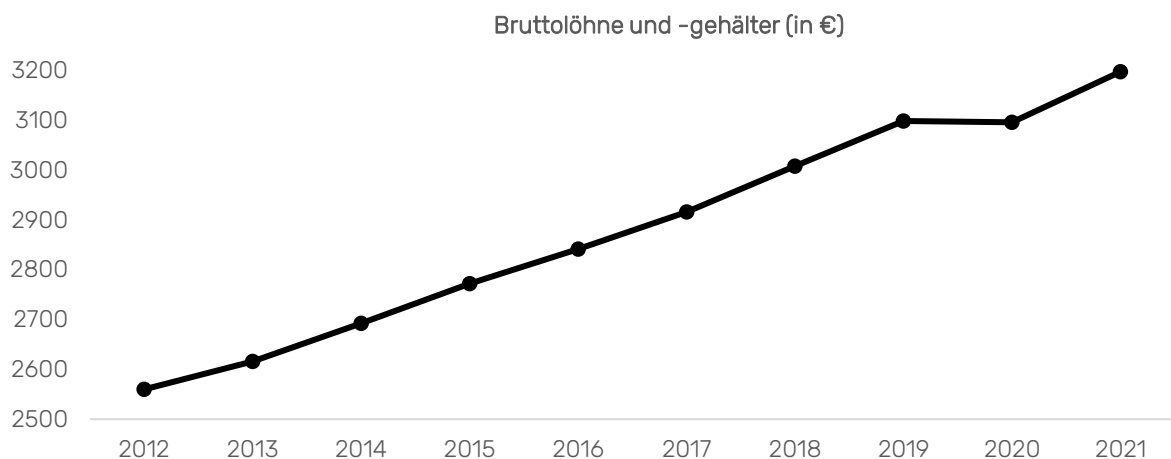
Nicht relevant

Zielvorgabe

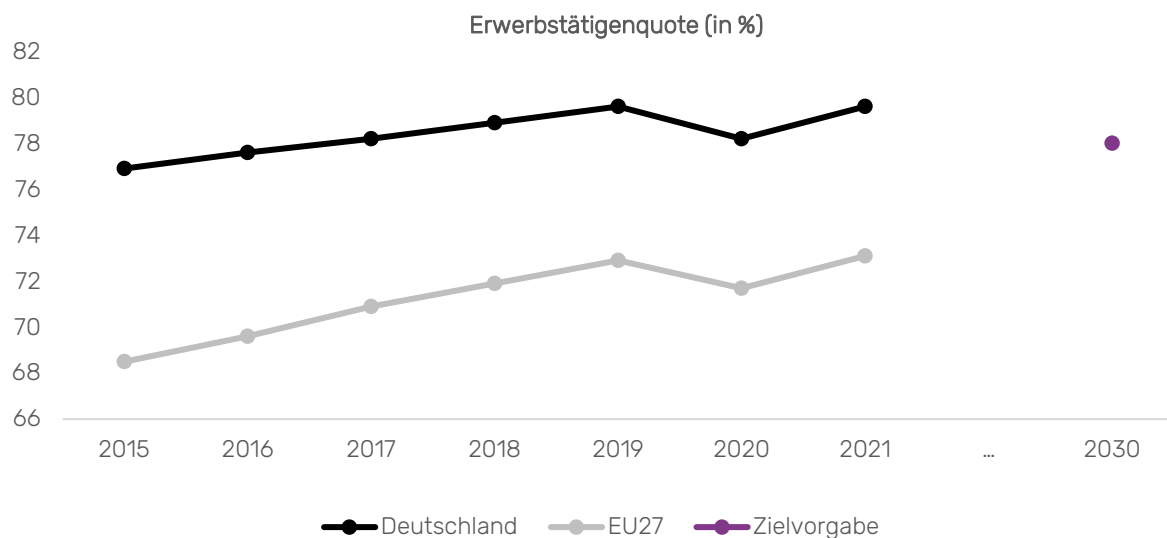
Nicht bekannt

Referenzwert

Nicht relevant

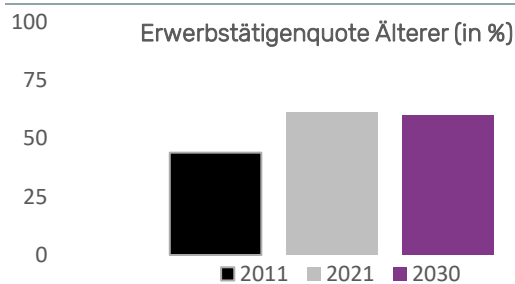


Indikator 12	Erwerbstätigenquote	
Inhalt	Die Erwerbstätigenquote informiert darüber, wie hoch der Anteil der erwerbstätigen Personen zwischen 20 und 64 Jahren an der gleichaltrigen Gesamtbevölkerung ist.	
Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 In Deutschland betrug sie im Jahr 2021 79,6 %. Das entspricht der Quote aus dem Jahr 2019, wobei der Wert zwischen den beiden Jahren auf 78,1 % abgefallen war. (Eurostat, 2022g)	
Trend	→	
Datenqualität	Sehr gut (5/6)	
Prognose	Nicht relevant	
Zielvorgabe	Die DNS sieht eine Erhöhung bis 2030 auf 78 % vor. (Bundesregierung, 2021) Es zeigt sich, dass das Ziel bereits erreicht ist.	
Referenzwert	Auch im Vergleich zum Durchschnittswert der EU-27 liegt Deutschland über dem Durchschnitt, da der EU-27-Wert in den Jahren 2019 72,7 %, 2020 71,7 % und 2021 73,1 % betrug. (Eurostat, 2022g)	



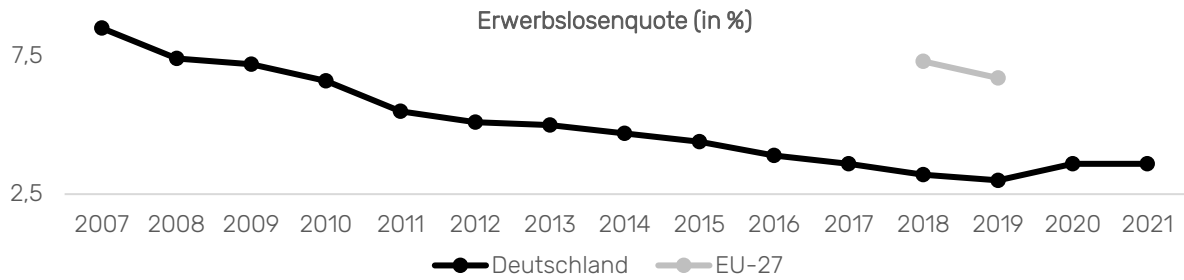
Indikator 13 **Erwerbstätigenquote Älterer**

Inhalt	Die Erwerbstätigenquote Älterer informiert darüber, wie hoch der Anteil der erwerbstätigen Personen zwischen 60 und 64 Jahren an der gleichaltrigen Gesamtbevölkerung ist.
Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 In Deutschland betrug sie im Jahr 2021 61 % und lag somit 17 % über dem Wert aus dem Jahr 2011. (Statistisches Bundesamt, 2022c)
Trend	↑
Datenqualität	Mangelhaft (2/6)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Die DNS sieht hier eine Erhöhung auf 60 % bis 2030 vor, wobei auch dieses Ziel bereits erreicht wurde. (Bundesregierung, 2021)
Referenzwert	Nicht bekannt

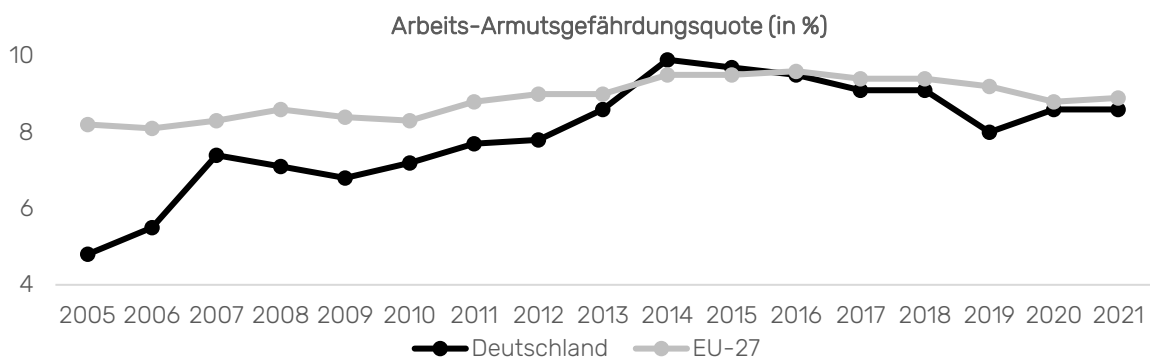


Indikator 14 **Erwerbslosenquote**

Inhalt	Die Erwerbslosenquote gibt den Anteil der Erwerbslosen an allen Erwerbspersonen an. Die Originalwerte werden durch das Statistische Bundesamt seit 2007 dokumentiert.
Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 Die Quote ist im Mittelwert 2020 und 2020 konstant bei 3,6 % geblieben, im Jahr 2019 lag sie bei 3,0 %. In den letzten Jahren hat sich damit ein Anstieg der Erwerbslosenquote angedeutet. (Statistisches Bundesamt, 2022b)
Trend	↑
Datenqualität	Sehr gut (6/6)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Der EU-27-Schnitt (6,7 %) lag im Jahr 2019 über dem deutschen Wert. (Eurostat, 2019)



Indikator 15	Arbeits-Armutsgefährdungsquote	
Inhalt	Die Arbeits-Armutsgefährdungsquote gibt den Anteil der Personen an, die erwerbstätig sind und deren verfügbares Äquivalenzeinkommen unter 60 % des deutschlandweiten Median-Äquivalenzeinkommens liegt.	
Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 Die Zahl lag 2020 und 2021 bei 8,6 % und ist damit um 0,6 % gegenüber 2019 gestiegen. Im Zeitverlauf ist die Entwicklung des Indikators seit 2014 relativ stabil geblieben. (Eurostat, 2022a)	
Trend	→	
Datenqualität	Sehr gut (5/6)	
Prognose	Nicht relevant	
Zielvorgabe	Die DNS definiert als Zielentwicklung, dass der Anteil der (erheblich) materiell Deprivierten deutlich unter den EU-28-Wert sinken soll. (Bundesregierung, 2021) Deutlich wird, dass hier bislang noch keine Aktualisierung auf den EU-27-Stand seit dem Austritt des Vereinigten Königreichs aus der EU stattgefunden hat. Ebenso wenig wurde bisher eine deutliche Verringerung erreicht.	
Referenzwert	Im Jahr 2020 lag der Vergleichswert der EU-27 bei 8,8 %, im Jahr 2019 bei 9 %, womit der EU-Schnitt über dem deutschen Wert liegt. (Eurostat, 2022a) Die deutschen Werte liegen allerdings seit 2013 nicht mehr deutlich unter dem EU-Schnitt, sondern haben sich diesem (mit Ausnahme des Jahres 2019) angenähert.	



Indikator 16
Anteil der frühzeitigen Schul- und Ausbildungsabgänger

Inhalt

Der Anteil der frühzeitigen Schul- und Ausbildungsabgänger wird an der 18- bis 24-jährigen Bevölkerung gemessen, die höchstens einen Sekundarstufe-I-Abschluss hat und an keiner Aus- bzw. Weiterbildung teilgenommen hat.

Daten

✓2019 ✓2020 ✓2021

Die Zahl lag 2021 bei 11,8 % und ist damit gegenüber dem Vorjahr um 1,7 % und gegenüber 2019 um 1,5 % gestiegen. (Eurostat, 2022i).

Trend

↑

Datenqualität

Sehr gut (5/6)

Prognose

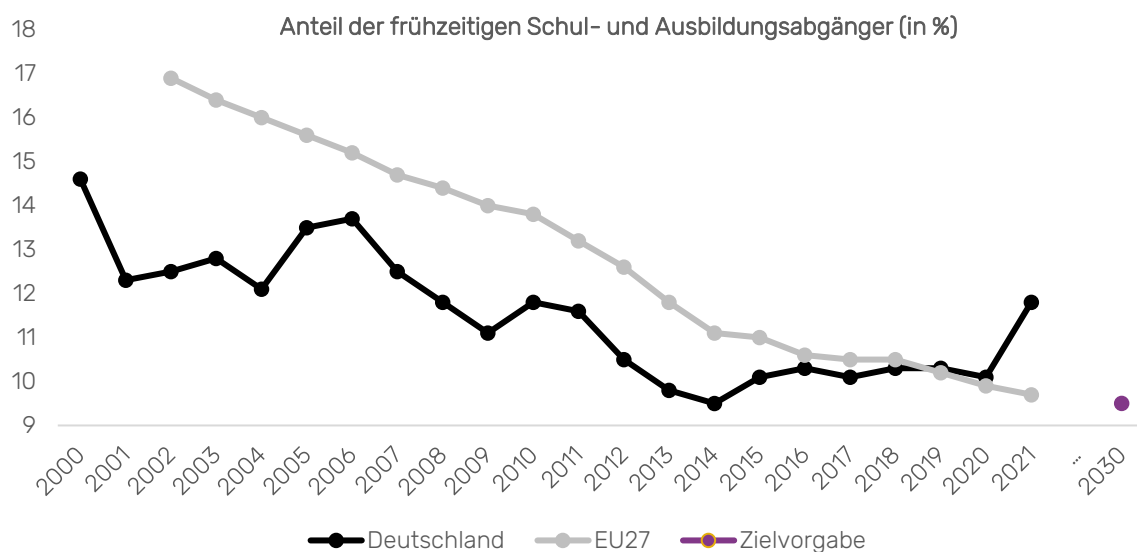
Nicht relevant

Zielvorgabe

Die DNS gibt vor, dass der Wert bis 2030 auf 9,5 % verringert werden soll. Im Jahr 2014 war diese Zielvorgabe in Deutschland erreicht, seitdem steigen die Werte wieder. (Bundesregierung, 2021)

Referenzwert

Im Jahr 2021 lag der Vergleichswert der EU-27 bei 9,7 %, 2020 bei 9,9 % und 2019 bei 10,2 %, womit die EU-27-Werte über die betrachteten Jahre hinweg eine positivere Entwicklung als die deutschen Werte genommen haben. (Eurostat, 2022i)



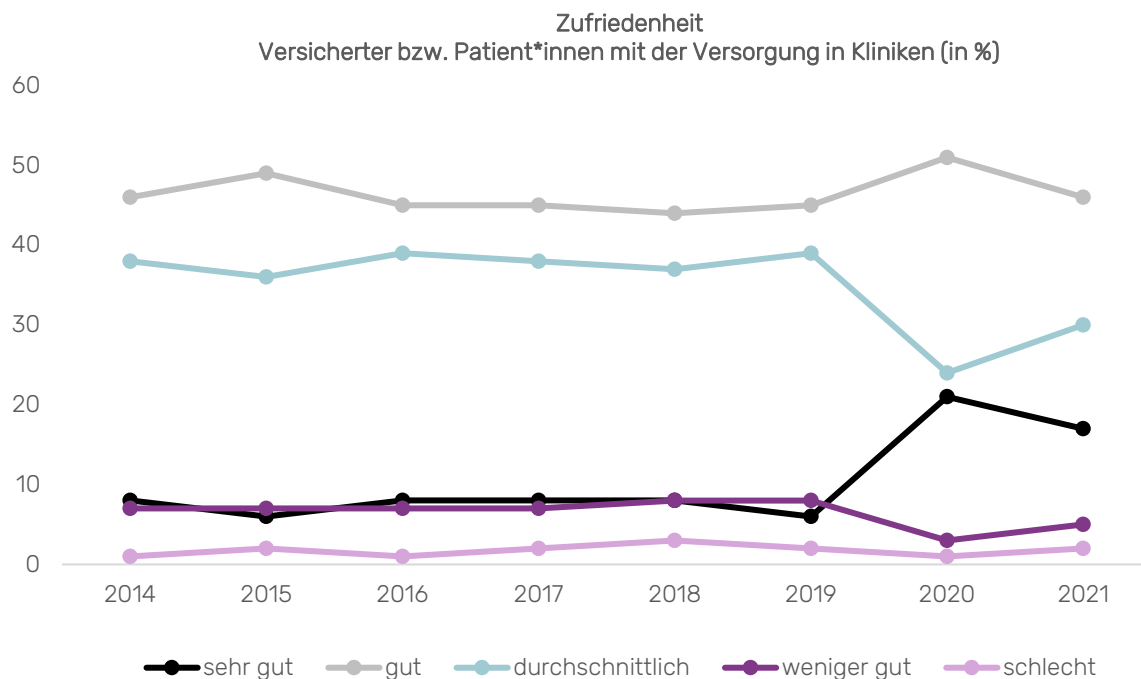
5.2 Soziale Dimension

Die soziale Nachhaltigkeitsdimension fokussiert die Menschen des Gesundheitssystems, sowohl Leistungserbringer als auch -inanspruchnehmer. Die Dimension wird durch die Kategorien der „Responsiveness“ und der „Gerechtigkeit“ beschrieben. Durch die beiden Kategorien werden jeweils fünf Indikatoren bzw. in Summe zehn Indikatoren aufgearbeitet. Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Trendentwicklung von 60 % der definierten sozialen Nachhaltigkeitsindikatoren nicht bewertet werden konnte, da die Daten nicht in ausreichender Zahl vorliegen. Demzufolge besteht hier ein größerer Datenbedarf. Von den bewertbaren Indikatoren weisen zwei einen neutralen Trend auf (Indikatoren 1 und 2), Indikator 9 hat sich negativ, Indikator 5 hat sich dagegen positiv entwickelt. Im Mittel kann die Datenqualität als gut (3,4) bewertet werden. Für zwei Indikatoren gibt es Zielvorgaben, für sieben konnten relevante Referenzwerte bestimmt werden, sodass insgesamt für sieben der Nachhaltigkeitsindikatoren der sozialen Dimension Vergleichsdaten vorliegen.

5.2.1 Responsiveness

Responsiveness bewertet, inwiefern auf die Bedürfnisse der Bevölkerung durch das Gesundheitssystem eingegangen wird. Dieser Gedanke der Ausrichtung an den Bevölkerungsbedürfnissen wird über fünf Indikatoren gemessen. Da es zu wenige Datenpunkte gibt, können weder die Trends der Zufriedenheit der Population mit der Verfügbarkeit einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung (Indikator 3) noch die Trends der Entwicklung der Anzahl der Case- und Caremanager (Indikator 4) abgebildet werden (40 %). Die drei übrigen Indikatoren (40 %) haben sich im Zeitverlauf in etwa auf dem gleichen Niveau entwickelt. Dabei ist dieser Verlauf bzgl. des Indikators 5 (nicht erfüllter medizinischer Bedarf) als positiv zu bewerten (20 %), da die Werte auf einem sehr geringen Niveau verbleiben. Die Datenqualität der Kategorie ist als gut (4,5) zu bewerten. Keinerlei Vergleichsdaten liegen bei 20 % der Indikatoren vor.

Indikator 1	Zufriedenheit Versicherter bzw. Patient*innen mit der Versorgung in Kliniken	
Inhalt	Um den Indikator zu erfassen, wurden ca. 1.000 Personen gefragt, wie sie die Versorgung in deutschen Krankenhäusern einschätzen. Gewählt werden konnte zwischen sehr gut, gut, durchschnittlich, weniger gut und schlecht.	
Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 Im Jahr 2021 gaben 63 % der 1.000 Befragten an, dass sie den Indikator mit gut bis sehr gut bewerten. Gegenüber dem Vorpandemiejahr 2019 ist die Zufriedenheit damit um 12 % gestiegen, gegenüber 2020 ist sie um 9 % gesunken. (PricewaterhouseCoopers, 2022)	
Trend	→	
Datenqualität	Sehr gut (5/6)	
Prognose	Nicht relevant	
Zielvorgabe	Nicht bekannt	
Referenzwert	Nicht relevant	



Indikator 2

Zufriedenheit

Versicherter bzw. Patient*innen mit der eigenen Krankenkasse



Inhalt

Um den Indikator zu erfassen, wurden ca. 1.000 Personen gefragt, wie zufrieden sie mit ihrer derzeitigen Krankenkasse sind. Gewählt werden konnte zwischen sehr zufrieden, zufrieden, leicht unzufrieden und sehr unzufrieden.

Daten

✓2019 ✓2020 ✓2021

Im Jahr 2021 gaben 88 % der 1.000 Befragten an, dass sie den Indikator mit gut bis sehr gut bewerten, wobei dieser Wert unverändert gegenüber den beiden Vorjahren ist. (PricewaterhouseCoopers, 2022)

Trend

→

Datenqualität

Sehr gut (5/6)

Prognose

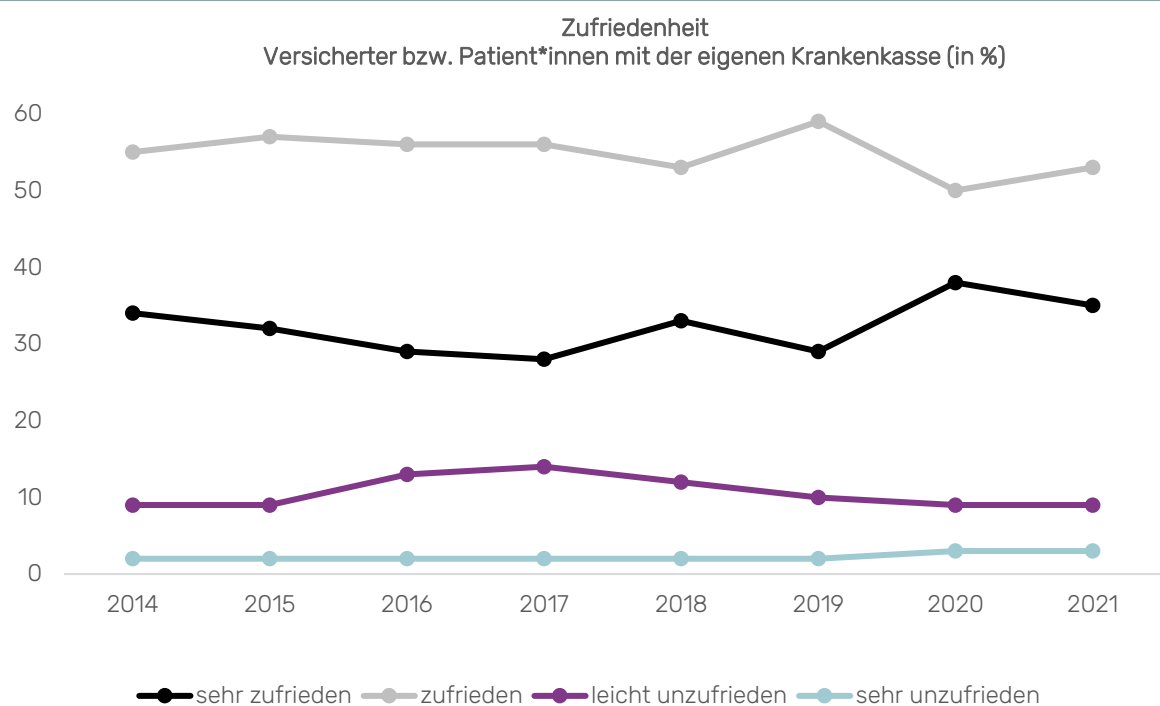
Nicht relevant

Zielvorgabe

Nicht bekannt

Referenzwert

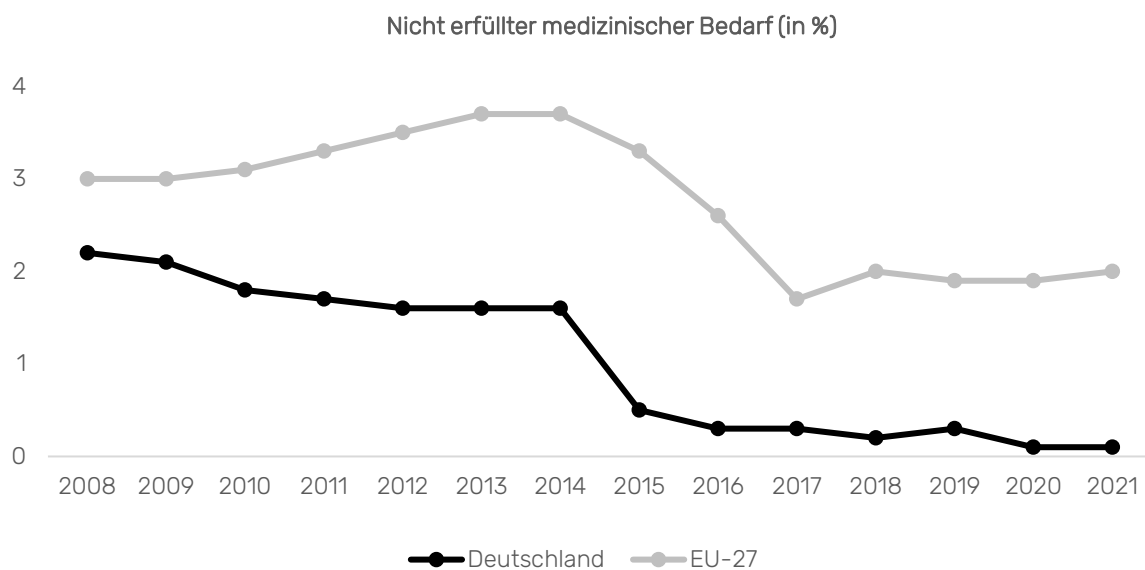
Nicht relevant



Indikator 3	Zufriedenheit Population mit der Verfügbarkeit einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung	
Inhalt	Die Zufriedenheit der Population mit der Verfügbarkeit einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung wird durch die OECD im Rahmen der Erfassung des Zugangs zur Versorgung erfasst.	
Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 Im Jahr 2020 gaben 85 % der befragten Population an, dass der Indikator erfüllt ist. (Organisation for Economic Co-operation and Development, 2021)	
Trend	Zu wenige Datenpunkte für eine Trendbildung vorhanden (NA).	
Datenqualität	Gut (3/6)	
Prognose	Nicht relevant	
Zielvorgabe	Nicht bekannt	
Referenzwert	71 % der Befragten gaben im OECD-Schnitt an, dass sie zufrieden mit der Gesundheitsversorgung sind, womit der deutsche Wert vergleichsweise erhöht ist. Die höchste anteilige Zufriedenheit wurde in Norwegen (93 %) festgestellt. (Organisation for Economic Co-operation and Development, 2021)	

Indikator 4	Anzahl der Case- und Caremanager
Inhalt	Aufgabe dieses Berufsfeldes ist es, den Patienten bzw. die Patientin ganzheitlich bzw. sektorenübergreifend zu begleiten und seine Versorgung möglichst zu unterstützen.
Daten	Keine Daten verfügbar (NN).
Trend	Keine Trendbildung möglich (NN).
Datenqualität	Keine Bewertung der Datenqualität möglich (NN).
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Nicht relevant

Indikator 5	Nicht erfüllter Bedarf an ärztlicher Untersuchung oder Behandlung	
Inhalt	Der Indikator wird in Bezug auf die Bevölkerung ab 16 Jahren erhoben, wobei als Gründe finanzielle Ursachen, Wartelisten oder zu lange Anfahrtswege genannt werden. Die Werte werden mittels eigener Angaben der Patienten erhoben.	
Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 Der Wert betrug 2020 und 2021 0,1 % und ist gegenüber 2019 um 0,2 % gesunken. (Eurostat, 2022x)	
Trend	→	
Datenqualität	Sehr gut (5/6)	
Prognose	Nicht relevant	
Zielvorgabe	Nicht bekannt	
Referenzwert	Der EU-27-Durchschnitt lag 2019 bei 1,7 % und 2020 bei 1,9 %, womit die Werte im Vergleich zu den deutschen Werten erhöht sind. (Eurostat, 2022x)	



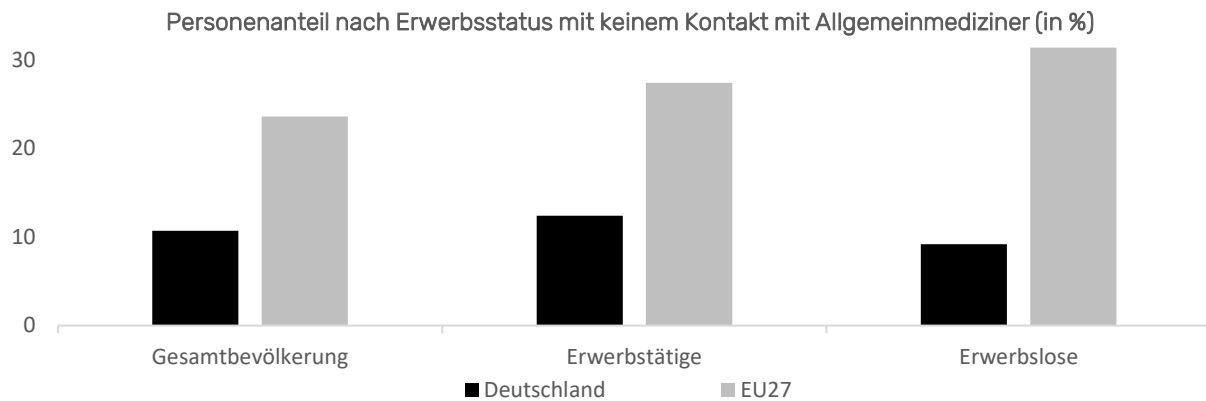
5.2.2 Gerechtigkeit

Die zweite Kategorie der sozialen Dimension adressiert unter Aspekten der Gerechtigkeit die Patient*innen und unter besonderer Berücksichtigung der Geschlechtergerechtigkeit die Leistungserbringer. Mit Ausnahme von Indikator 9 (Anteil weiblicher Führungskräfte in der Gesundheitswirtschaft) können für keinen der definierten Indikatoren Trends gebildet werden (80 %). Indikator 9 (20 %) hat sich negativ entwickelt, wobei berücksichtigt werden muss, dass die Datenqualität mangelhaft ist. Die Qualität der übrigen Datenpunkte wurde als gut bewertet, wobei sich im Mittel für die Kategorie eine mangelhafte Datenqualität (2,6) ergibt. Für alle Indikatoren wurden Referenzwerte recherchiert; für Indikator 9 und 10 (geschlechtsspezifischer Lohnunterschied im Gesundheits- und Sozialwesen) existieren zudem Zielvorgaben.

Indikator 6	Bevölkerungsanteil, der in den letzten 12 Monaten keinen Allgemeinmediziner konsultiert hat	
Inhalt	Der Indikator gibt an, wie groß der Bevölkerungsanteil ist, welcher innerhalb des letzten Jahres keinen Kontakt mit einem/einer Allgemeinarzt/-ärztin hatte, wobei der Status der Beschäftigung der Bevölkerung berücksichtigt wird.	
Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 Der Indikatorwert lag zuletzt im Jahr 2017 bei 10,7 %. (Eurostat, 2021a)	
Trend	Zu wenige Datenpunkte für eine Trendbildung vorhanden (NA).	
Datenqualität	Gut (3/6)	
Prognose	Nicht relevant	
Zielvorgabe	Nicht bekannt	
Referenzwert	Der EU-27-Durchschnittswert lag im selben Jahr bei 23,6 %. (Eurostat, 2021a)	

Indikator 7	Erwerbstätigenanteil, der in den letzten 12 Monaten keinen Allgemeinmediziner konsultiert hat	
Inhalt	Der Indikator gibt an, wie groß der Erwerbstätigenanteil ist, welcher innerhalb des letzten Jahres keinen Kontakt mit einem/einer Allgemein- arzt/-ärztin hatte.	
Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 Der Indikatorwert lag zuletzt im Jahr 2017 bei 12,4 %. (Eurostat, 2021a)	
Trend	Zu wenige Datenpunkte für eine Trendbildung vorhanden (NA).	
Datenqualität	Gut (3/6)	
Prognose	Nicht relevant	
Zielvorgabe	Nicht bekannt	
Referenzwert	Der EU-27-Durchschnittswert lag im selben Jahr bei 27,4 %. (Eurostat, 2021a)	

Indikator 8	Erwerbslosenanteil, der in den letzten 12 Monaten keinen Allgemeinmediziner konsultiert hat	
Inhalt	Der Indikator gibt an, wie groß der Erwerbslosenanteil ist, welcher innerhalb des letzten Jahres keinen Kontakt mit einem/einer Allgemein- arzt/-ärztin hatte.	
Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 Der Indikatorwert lag zuletzt im Jahr 2017 bei 9,2 % (Eurostat, 2021a)	
Trend	Zu wenige Datenpunkte für eine Trendbildung vorhanden. (NA).	
Datenqualität	Gut (3/6)	
Prognose	Nicht relevant	
Zielvorgabe	Nicht bekannt	
Referenzwert	Der EU-27-Durchschnittswert lag im selben Jahr bei 31,4 %. (Eurostat, 2021a)	


Indikator 9
**Geschlechtergerechtigkeit:
Anteil weiblicher Führungskräfte in der Gesundheitswirtschaft**

Inhalt

Durch die Erfassung der Geschlechtergerechtigkeit wird der Status quo hinsichtlich der Diskriminierung von Frauen bewertbar gemacht. Neben dem Anteil weiblicher Führungskräfte im Gesundheitswesen (Indikator 9) wird der geschlechtsspezifische Lohnunterschied (Indikator 10) aufgenommen.

Daten

✓2019 ✓2020 ✓2021

Der Anteil betrug spezifisch für das Gesundheitswesen im Jahr 2020 29 %, wobei er fünf Jahre zuvor noch bei 33 % lag. (PricewaterhouseCoopers, 2020)

Trend

Datenqualität

Mangelhaft (1/6)

Prognose

Nicht relevant

Zielvorgabe

Die Zielvorgabe der Bundesregierung im Hinblick auf den Anteil weiblicher Führungskräfte bezieht sich auf den Anteil weiblicher Aufsichtsratsmitglieder. Dieser soll bis 2030 auf 30 % erhöht werden. (Bundesregierung, 2021)

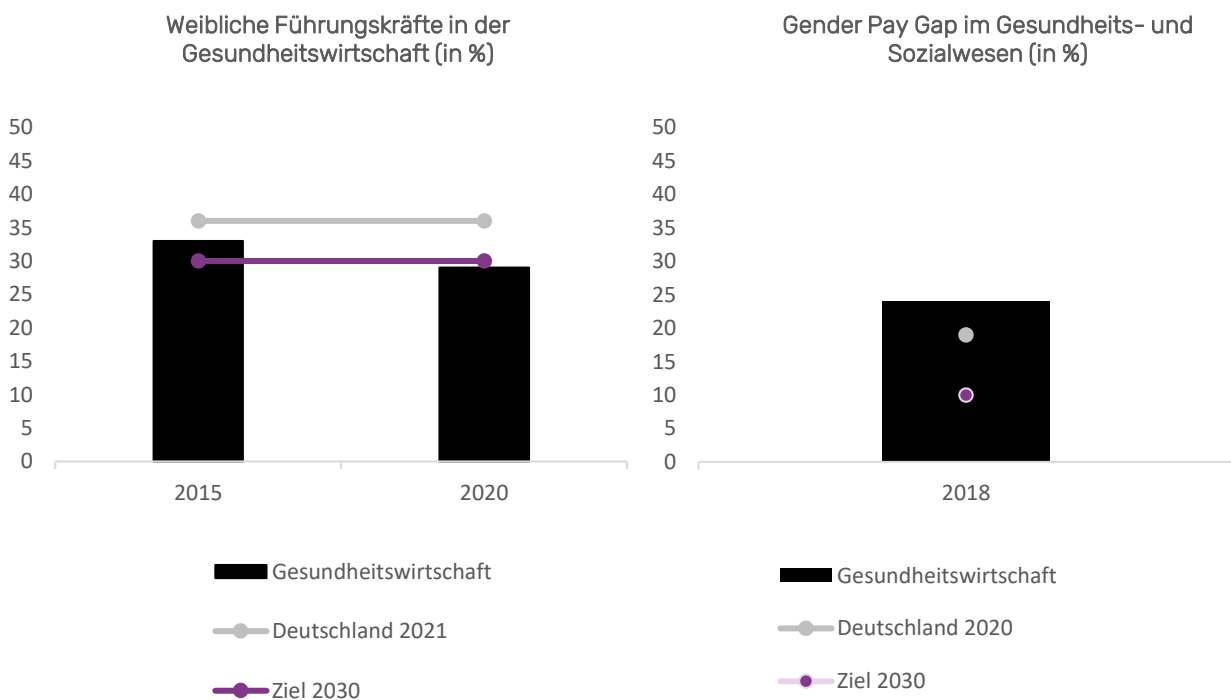
Referenzwert

Im Jahr 2020 betrug der branchenunabhängige Anteil in Deutschland 37,3 %. Damit hat er sich im Vergleich zum Vorjahr zwar um 1,7 % erhöht, sank aber bis 2021 wieder auf 36 %. (Eurostat, 2022ab) Gegenüber dem Durchschnitt der Gesundheitsbranche ist der Anteil weiblicher Führungskräfte deutschlandweit dennoch erhöht.

Indikator 10 Geschlechtergerechtigkeit: Geschlechtsspezifischer Lohnunterschied (Gender Pay Gap) im Gesundheits- und Sozialwesen



Inhalt	Durch die Erfassung der Geschlechtergerechtigkeit wird der Status quo hinsichtlich der Diskriminierung von Frauen bewertbar gemacht. Neben dem Anteil weiblicher Führungskräfte im Gesundheitswesen (Indikator 9) wird der geschlechtsspezifische (unbereinigte) Lohnunterschied (Indikator 10) aufgenommen.
Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 Der Indikator wurde im Jahr 2018 mit 24 % bzgl. des Gesundheits- und Sozialwesens bewertet. (Statistisches Bundesamt, 2021e)
Trend	Zu wenige Datenpunkte für eine Trendbildung vorhanden (NA).
Datenqualität	Gut (3/6)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Die Bundesregierung sieht eine allgemeine Verringerung auf 10 % bis 2020 und eine Beibehaltung bis 2030 vor. (Bundesregierung, 2021) Dabei deutet sich, basierend auf den Daten aus 2018 an, dass im Gesundheits- und Sozialwesen eine deutliche Verbesserung stattfinden muss, um den Zielwert zu erreichen.
Referenzwert	Im Jahr 2020 betrug der branchenunabhängige Durchschnitt in Deutschland 19,2 % und lag damit auch unter dem Durchschnitt des Gesundheits- und Sozialwesens. (Eurostat, 2022j)



5.3 Ökonomische Dimension

Die ökonomische Dimension bildet die Gesundheitsausgaben und -einnahmen sowie den Einnahmensaldo der GKV ab. Die Dimension wird durch 38 Indikatoren erfasst, wobei sich 33 Indikatoren bzw. 87 % auf die Ausgabenseiten beziehen. Die Einnahmenseite wird durch vier Indikatoren (rund 11 %) abgebildet und der Einnahmenüberschuss bzw. das GKV-Defizit wird durch einen einzelnen Wert (gerundet 3 %) zusammengefasst. Von den 38 Indikatoren haben sich im betrachteten Zeitraum alle steigend entwickelt, ausgenommen ist Indikator 35 (Einheitlicher Beitragssatz). Dabei wird die Trendentwicklung der Indikatoren nicht bewertet, da die Zahlenentwicklung erst in Kombination mit anderen Informationen bewertbar ist. Ausgenommen davon ist die negative Entwicklung von Indikator 38 (Einnahmenüberschuss bzw. GKV-Defizit). Die Qualität der Daten, welche die ökonomische Dimension der Nachhaltigkeit erfassbar machen sollen, liegt durchschnittlich bei 5,2 und somit auf einem sehr guten Niveau. Es existieren keine Zielvorgaben bzw. sinnvoll-vergleichbaren Referenzwerte für die Indikatoren dieser Dimension, ausgenommen von dem Prognosewert für Indikator 38.

5.3.1 Gesundheitsausgaben

Die Gesundheitsausgaben werden über 33 Indikatoren zahlenbasiert erfasst. Hintergrund dieser detaillierten Aufarbeitung ist, dass die Gesundheitsausgabenrechnung zugrunde gelegt wurde. Nachdem die Gesundheitsausgaben insgesamt dargestellt wurden, werden sie anhand der Ausgabenträger, Leistungsart und Einrichtungsart, ergänzt um den erweiterten Leistungsbereich und Out-of-pocket-Zahlungen, beschrieben. Durch diese detaillierte Strukturierung wird eine Grundlage für eine Beurteilung der ökonomischen Situation wie auch von anderen Indikatoren ermöglicht. Sämtliche Indikatoren, welche die Entwicklung der Gesundheitsausgaben abbilden, haben sich steigend entwickelt, wobei keine Bewertung vorgenommen wird. Referenzdaten wurden aufgrund der starken deutschlandbezogenen Detailorientierung der Indikatoren nicht hinzugezogen. Die Datenqualität ist als sehr gut (5,0) zu bewerten.

Indikatoren 1 – 3 📈

Daten ✓2019 ✓2020 ✓2021

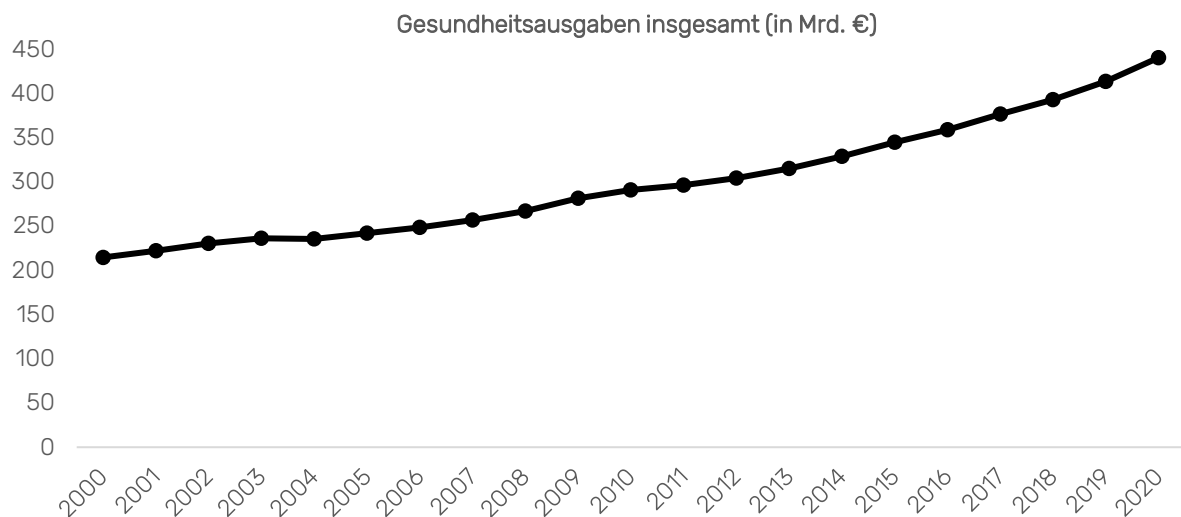
Die Gesamtgesundheitsausgaben lagen 2019 bei knapp 414 Mrd. €, im Folgejahr betrugen sie ca. 441 Mrd. €.

Anteilig am BIP verursachten die Ausgaben für Gesundheit knapp 12 % im Jahr 2019, ein Jahr später erhöhte sich der Anteil auf 13 %.

Pro Einwohner betrugen im Jahr 2019 die Gesundheitsausgaben 4.980 €, 2020 waren es 5.300 €.

(Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2022e)

Trend	↑
Datenqualität	Sehr gut (5/6)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Nicht relevant



**Indikatoren
4 – 11**
Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträger

Daten

✓2019 ✓2020 ✓2021

Die Gesundheitsausgaben der öffentlichen Haushalte betrugen 2019 ca. 17,7 Mrd. €, im Jahr 2021 betrugen sie knapp 30,8 Mrd. €.

Die Gesundheitsausgaben der GKV betrugen 2019 ca. 233 Mrd. €, im Jahr 2021 betrugen sie knapp 241,5 Mrd. €.

Die Gesundheitsausgaben der Sozialen Pflegeversicherung betrugen 2019 ca. 42,1 Mrd. €, im Jahr 2021 betrugen sie ca. 47,2 Mrd. €.

Die Gesundheitsausgaben der Gesetzlichen Rentenversicherung betrugen 2019 ca. 5 Mrd. €, im Jahr 2021 betrugen sie ca. 4,8 Mrd. €.

Die Gesundheitsausgaben der Gesetzlichen Unfallversicherung betrugen 2019 ca. 6,4 Mrd. €, im Jahr 2021 betrugen sie knapp 6,3 Mrd. €.

Die Gesundheitsausgaben der Privaten Krankenversicherung (PKV) betrugen 2019 ca. 34,6 Mrd. €, im Jahr 2021 betrugen sie ca. 35,4 Mrd. €.

Die Gesundheitsausgaben der Arbeitgeber betrugen 2019 ca. 17,2 Mrd. €, im Jahr 2021 betrugen sie knapp 17,6 Mrd. €.

Die Gesundheitsausgaben der Privaten Haushalte und der Privaten Organisationen ohne Erwerbszweck betrugen 2019 ca. 57,7 Mrd. €, im Jahr 2021 betrugen sie knapp 57,100 Mrd. €.

(Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2022f)

Trend

↑

Datenqualität

Sehr gut (5/6)

Prognose

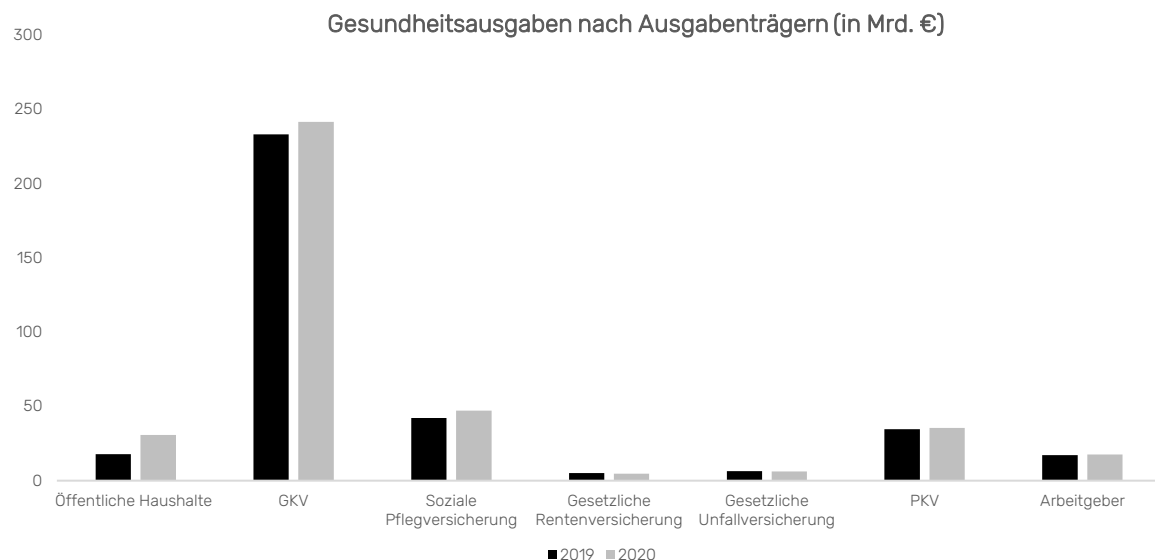
Nicht relevant

Zielvorgabe

Nicht bekannt

Referenzwert

Nicht relevant



Indikatoren
12 – 19

Gesundheitsausgaben nach Leistungsart



Daten

✓2019 ✓2020 ✓2021

Die Gesundheitsausgaben für Investitionen betrugen im Jahr 2019 ca. 7,6 Mrd. €, im Folgejahr lagen sie bei ca. 8,8 Mrd. €.

Die Gesundheitsausgaben für Prävention und Gesundheitsschutz (laufende Gesundheitsausgaben) betrugen im Jahr 2019 ca. 14,3 Mrd. €, im Folgejahr lagen sie bei ca. 14,6 Mrd. €.

Die Gesundheitsausgaben für ärztliche Leistungen (laufende Gesundheitsausgaben) betrugen im Jahr 2019 ca. 103,0 Mrd. €, im Folgejahr lagen sie bei ca. 108,4 Mrd. €.

Die Gesundheitsausgaben für pflegerische und therapeutische Leistungen (laufende Gesundheitsausgaben) betrugen im Jahr 2019 ca. 124,4 Mrd. €, im Folgejahr lagen sie bei ca. 135,5 Mrd. €.

Die Gesundheitsausgaben für Unterkunft und Verpflegung (laufende Gesundheitsausgaben) betrugen im Jahr 2019 ca. 29,6 Mrd. €, im Folgejahr lagen sie bei ca. 30,3 Mrd. €.

Die Gesundheitsausgaben für Waren (laufende Gesundheitsausgaben) betrugen im Jahr 2019 ca. 108,4 Mrd. €, im Folgejahr lagen sie bei ca. 114,6 Mrd. €.

Die Gesundheitsausgaben für Transporte (laufende Gesundheitsausgaben) betrugen im Jahr 2019 ca. 8,7 Mrd. €, im Folgejahr lagen sie bei ca. 9,4 Mrd. €.

Die Gesundheitsausgaben für Verwaltungsleistungen (laufende Gesundheitsausgaben) betrugen im Jahr 2019 ca. 17,9 Mrd. €, im Folgejahr lagen sie bei ca. 19,1 Mrd. €.

(Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2022f)

Trend

↑

Datenqualität

Sehr gut (5/6)

Prognose

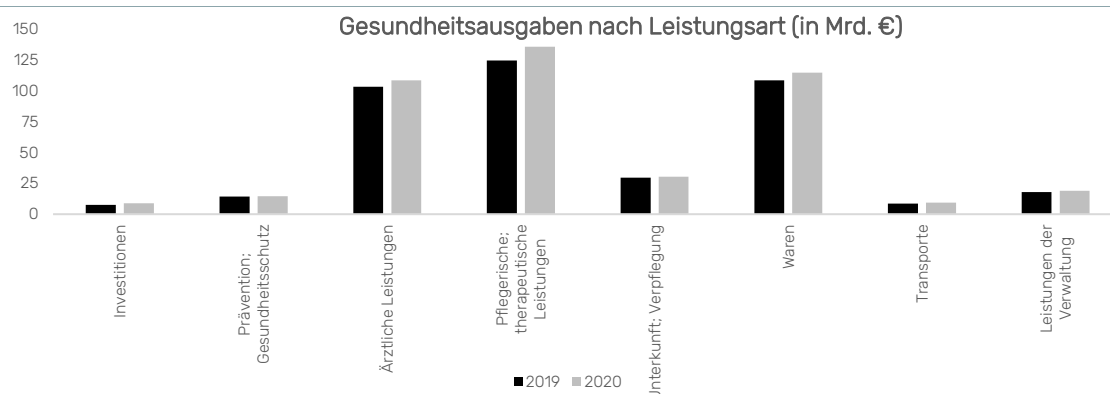
Nicht relevant

Zielvorgabe

Nicht bekannt

Referenzwert

Nicht relevant



Indikatoren
20 – 27

Gesundheitsausgaben nach Einrichtungsart



Daten

✓2019 ✓2020 ✓2021

Die Gesundheitsausgaben für Gesundheitsschutz betrugen im Jahr 2019 ca. 3,0 Mrd. €, im Folgejahr lagen sie bei ca. 3,4 Mrd. €.

Die Gesundheitsausgaben für ambulante Einrichtungen betrugen im Jahr 2019 ca. 204,5 Mrd. €, im Folgejahr lagen sie bei ca. 213,7 Mrd. €.

Die Gesundheitsausgaben für (teil-)stationäre Einrichtungen betrugen im Jahr 2019 ca. 152,0 Mrd. €, im Folgejahr lagen sie bei ca. 164,8 Mrd. €.

Die Gesundheitsausgaben für den Rettungsdienst betrugen im Jahr 2019 ca. 5,9 Mrd. €, im Folgejahr lagen sie bei ca. 6,5 Mrd. €.

Die Gesundheitsausgaben für Verwaltung betrugen im Jahr 2019 ca. 20,2 Mrd. €, im Folgejahr lagen sie bei ca. 21,5 Mrd. €.

Die Gesundheitsausgaben für sonstige Einrichtungen und private Haushalte betrugen im Jahr 2019 ca. 18,8 Mrd. €, im Folgejahr lagen sie bei ca. 20,2 Mrd. €.

Die Gesundheitsausgaben, die dem Ausland zugeordnet werden, betrugen im Jahr 2019 ca. 1,9 Mrd. €, im Folgejahr lagen sie bei ca. 1,8 Mrd. €.

Die Gesundheitsausgaben für Investitionen betrugen im Jahr 2019 ca. 7,6 Mrd. €, im Folgejahr lagen sie bei ca. 8,8 Mrd. €.

(Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2022f)

Trend

↑

Datenqualität

Sehr gut (5/6)

Prognose

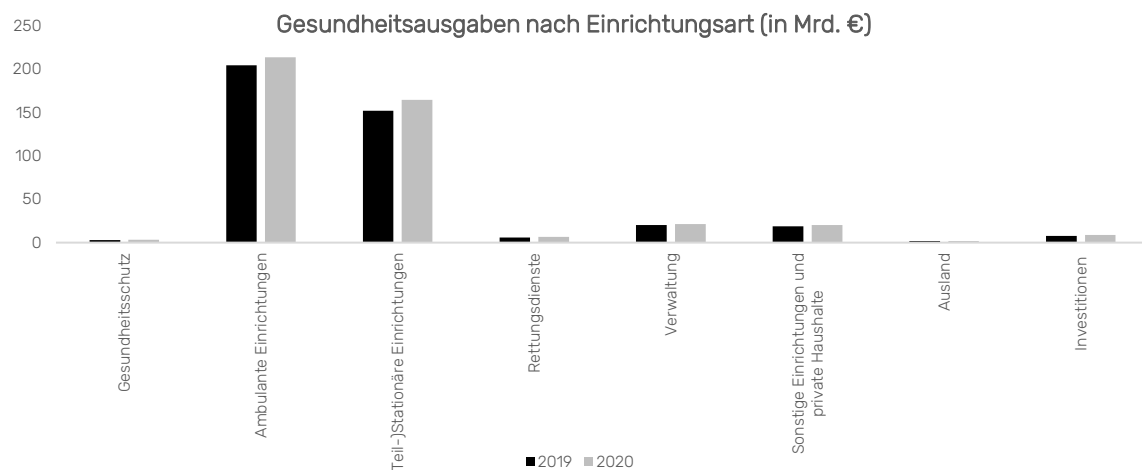
Nicht relevant

Zielvorgabe

Nicht bekannt

Referenzwert

Nicht relevant



Indikatoren
28 – 32

Gesundheitsausgaben Erweiterter Leistungsbereich



Daten

✓2019 ✓2020 ✓2021

Die Gesundheitsausgaben des erweiterten Leistungsbereichs für Investitionen betrugen im Jahr 2019 ca. 7,6 Mrd. €, im Folgejahr lagen sie bei ca. 8,8 Mrd. €.

Die Gesundheitsausgaben des erweiterten Leistungsbereichs für Ausbildung betrugen im Jahr 2019 ca. 2,5 Mrd. €, im Folgejahr lagen sie bei ca. 3,0 Mrd. €.

Die Gesundheitsausgaben des erweiterten Leistungsbereichs für Forschung betrugen im Jahr 2019 ca. 5,4 Mrd. €, im Folgejahr lagen sie bei ca. 5,9 Mrd. €.

Die Gesundheitsausgaben des erweiterten Leistungsbereichs für den Ausgleich krankheitsbedingter Folgen betrugen im Jahr 2019 ca. 27,1 Mrd. €, im Folgejahr lagen sie bei ca. 28,2 Mrd. €.

Die Gesundheitsausgaben des erweiterten Leistungsbereichs für Einkommensleistungen betrugen im Jahr 2019 ca. 113,9 Mrd. €, im Folgejahr lagen sie bei ca. 120,4 Mrd. €.

(Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2022g)

Trend

↑

Datenqualität

Sehr gut (5/6)

Prognose

Nicht relevant

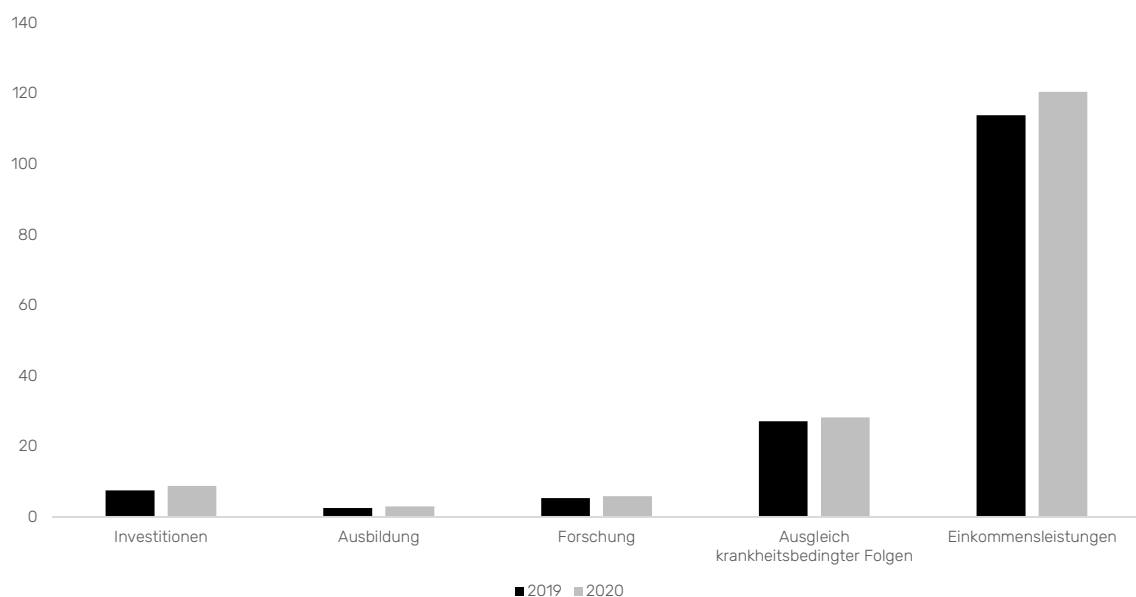
Zielvorgabe

Nicht bekannt

Referenzwert

Nicht relevant

Gesundheitsausgaben Erweiterter Leistungsbereich (in Mrd. €)



Indikator 33
Out-of-pocket-Zahlungen (OOP)

Inhalt

Out-of-pocket-Zahlungen werden im Kontext des Gesundheitssystems durch die Patient*innen bzw. Versicherten selbst geleistet bzw. „aus eigener Tasche“ bezahlt. Die Zahlungen können bspw. in Form von Selbstbehalten, Zuzahlungen oder Mitversicherungen auftreten.

Daten

✓2019 ✓2020 ✓2021

Die OOP-Zahlungen lagen im Jahr 2019 bei 856 \$, 2020 863 \$ und 2021 858 \$ pro Kopf. (Organisation for Economic Co-operation and Development, 2022) Im Beobachtungszeitraum sind die Zahlungen auf einem ähnlichen Niveau verblieben. Wird allerdings ein längerer Beobachtungszeitraum betrachtet, wird deutlich, dass sich die Zahlen steigend entwickelt haben.

Trend

↑

Datenqualität

Sehr gut (6/6)

Prognose

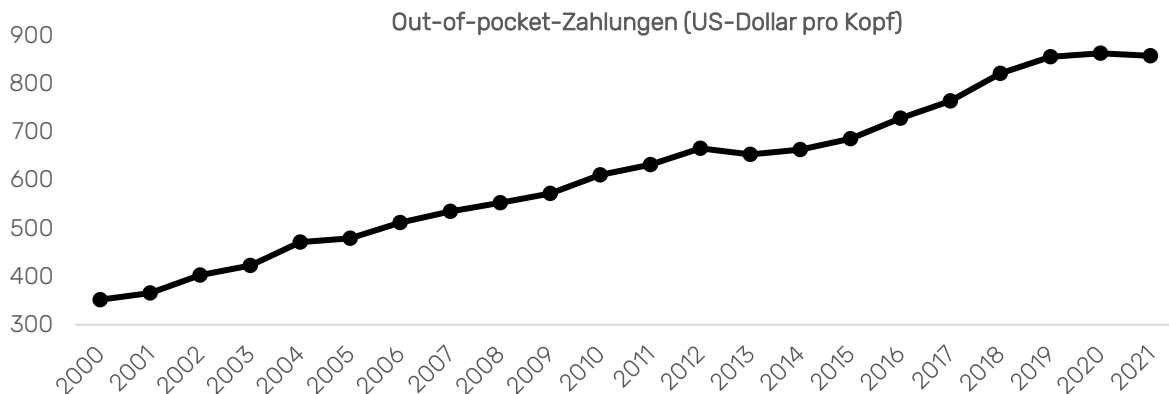
Nicht relevant

Zielvorgabe

Nicht bekannt

Referenzwert

Nicht relevant



5.3.2 Gesundheitseinnahmen

Für eine vollständige Beschreibung der ökonomischen Dimension des Gesundheitssystems zur Bewertung von dessen Nachhaltigkeit werden den Gesundheitsausgaben die Gesundheitseinnahmen gegenübergestellt. Dafür werden vier Indikatoren genutzt, welche alle eine sehr gute Datenqualität (6,0) aufweisen, wobei ihnen keine Referenzdaten bzw. Zielvorgaben beigelegt werden können. In Anbetracht der steigenden Gesundheitsausgaben sind auch die Gesundheitseinnahmen gestiegen. Ausgenommen ist die Entwicklung des einheitlichen Beitragssatzes, welcher in den letzten Jahren unverändert geblieben ist.

Indikator 34 Einnahmen GKV


Inhalt Die Einnahmen der GKV bestehen aus den Beiträgen (ihrer Mitglieder und deren Arbeitgeber bzw. der Rentenversicherungsträger), dem Bundeszuschuss und sonstigen Einnahmen.

Daten ✓2019 ✓2020 ✓2021
Die GKV-Einnahmen betrugen 2019 250,6 Mrd. € und stiegen in den Folgejahren auf 260,4 Mrd. € (2020) und 278,3 Mrd. € (2021). (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2022d)

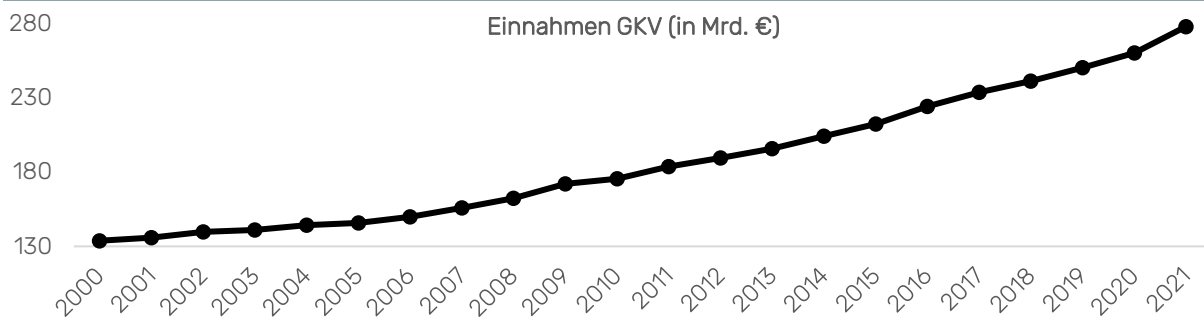
Trend ↑

Datenqualität Sehr gut (6/6)

Prognose Nicht relevant

Zielvorgabe Nicht bekannt

Referenzwert Nicht relevant


Indikator 35 Einheitlicher Beitragssatz


Inhalt Der allgemeine Beitragssatz wird hälftig von Arbeitnehmer und Arbeitgeber bezahlt und bezieht sich auf die beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder (bis zur Beitragsbemessungsgrenze).

Daten ✓2019 ✓2020 ✓2021
Der einheitliche Beitragssatz ist zwischen den Jahren 2019 und 2021 unverändert bei 14,6 % geblieben. (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2022)

Trend →

Datenqualität Sehr gut (6/6)

Prognose Nicht relevant

Zielvorgabe Nicht bekannt

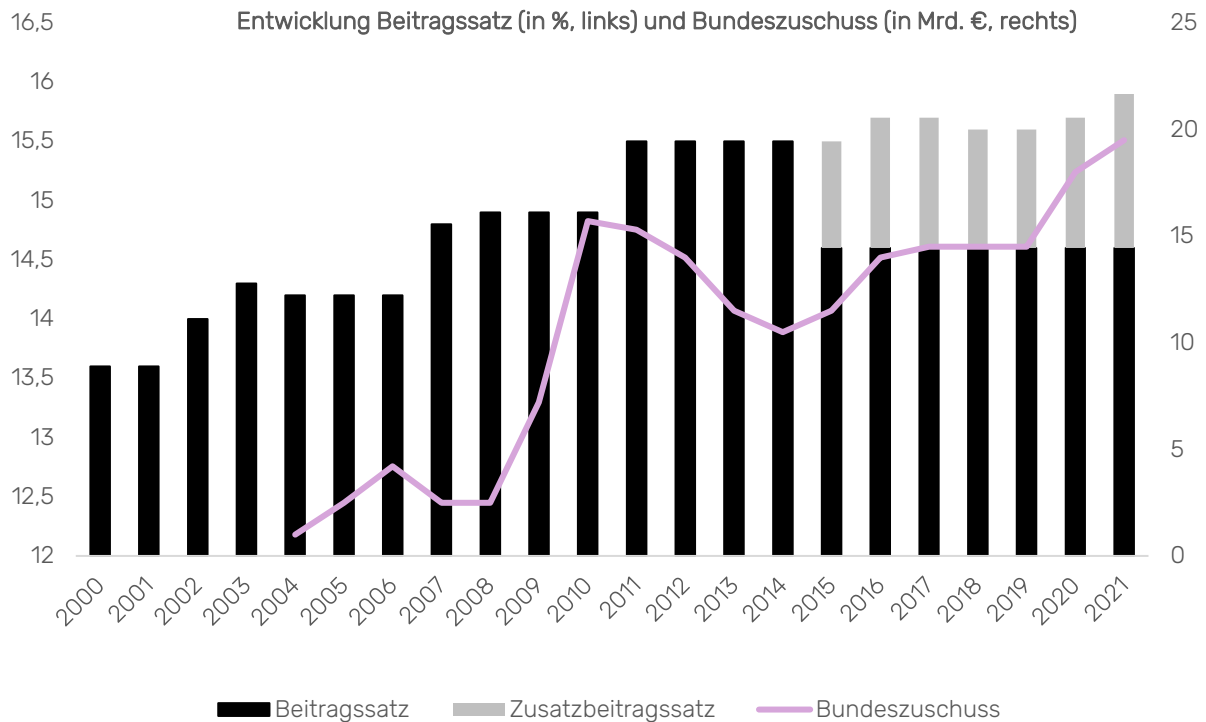
Referenzwert Nicht relevant

Indikator 36
Durchschnittlicher Zusatzbeitragssatz


Inhalt	Der Zusatzbeitragssatz wird ergänzend zum allgemeinen Beitragssatz erhoben, um eine Deckung der gesetzlichen Krankenkassen zu gewährleisten. Da er als Wettbewerbsfaktor zwischen den einzelnen gesetzlichen Krankenversicherungen variiert, wird hier der Durchschnittswert abgebildet.
Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 Der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz ist in den letzten Jahren von 1,0 % (2019) über 1,1 % (2020) auf 1,3 % (2021) gestiegen. (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2022)
Trend	↑
Datenqualität	Sehr gut (6/6)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Nicht relevant

Indikator 37
Bundeszuschuss


Inhalt	Der jährliche, steuerfinanzierte Bundeszuschuss dient der Finanzierung von versicherungsfremden Leistungen. Im Zuge der COVID-19-Pandemie und der dadurch ausgelösten Wirtschaftskrise wurde der Bundeszuschuss erhöht.
Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 Der Bundeszuschuss ist in den letzten Jahren von 14,5 Mrd. € (2019) über 18,0 Mrd. € (2020) auf 19,5 Mrd. € (2021) gestiegen. (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2022)
Trend	↑
Datenqualität	Sehr gut (6/6)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Nicht relevant



5.3.3 Einnahmenüberschuss bzw. GKV-Defizit

Aus der Darstellung der Ausgaben- und Einnahmenstruktur kann der Einnahmenüberschuss der GKV bzw. deren Defizit abgeleitet werden. Die Kategorie des Einnahmenüberschuss wird durch einen einzelnen Indikator abgebildet, weshalb an dieser Stelle auf eine Zusammenfassung der Kategorie verzichtet wird.

Indikator 38

Einnahmenüberschuss



Daten

✓2019 ✓2020 ✓2021

Der Einnahmenüberschuss ist in den letzten Jahren angestiegen, was eine Vergrößerung des GKV-Defizits impliziert. Der Einnahmenüberschuss betrug 2019 ca. -1,7 Mrd. €, 2020 lag der Wert bei -2,6 Mrd. € und 2021 bei ca. -6,7 Mrd. €. (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2022) (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2022d)

Trend

↑

Datenqualität

Sehr gut (6/6)

Prognose

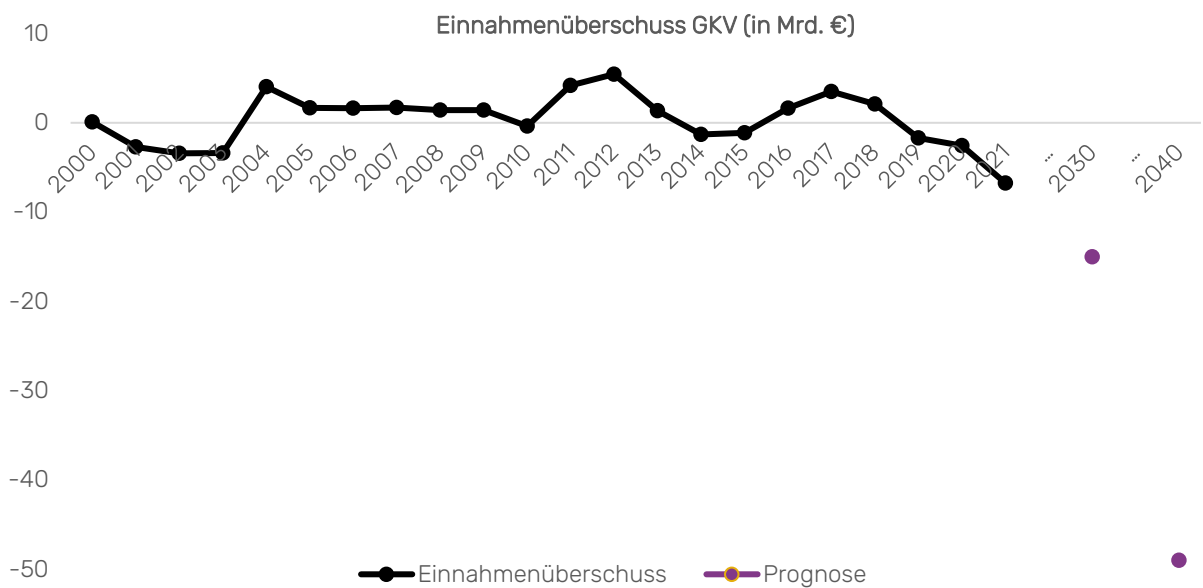
Es wird bis 2030 eine Vergrößerung des GKV-Defizits auf ca. 15 Mrd. € und bis 2040 auf ca. 49 Mrd. € prognostiziert. (Bertelsmann Stiftung, 2019)

Zielvorgabe

Nicht bekannt

Referenzwert

Nicht relevant



5.4 Ökologische Dimension

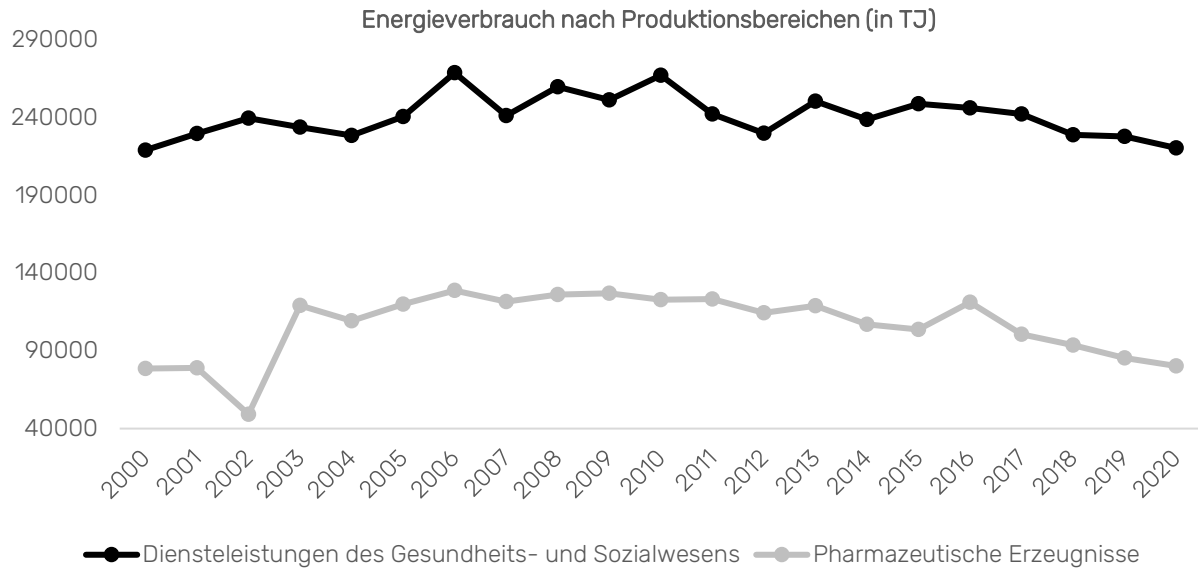
Die dritte ursprüngliche Dimension der Nachhaltigkeitsbetrachtung konzentriert sich auf die Verbindung des ökologischen Bereichs mit dem Gesundheitssystem. Damit wird die Beziehung zwischen dem Gesundheitssystem, der involvierten Akteure und der Umwelt dargestellt. Die ökologische Dimension setzt sich aus den Kategorien „Ressourcenumgang“ (13 Indikatoren bzw. 62 %), „Gesundheitsrisiken durch Umgebung“ (vier Indikatoren bzw. 19 %) und „Ökologisches Management“ (vier Indikatoren bzw. 19 %) zusammen. Von den insgesamt 21 Indikatoren können 38 % nicht bewertet werden. Wegen der vorliegenden Datenlücken konnte die Kategorie „Ökologisches Management“ nicht bewertet werden, was Handlungs- bzw. Informationsbedarf deutlich macht. Sechs Indikatoren haben sich positiv entwickelt, zwei negativ und fünf Indikatoren verzeichnen einen neutralen Entwicklungstrend. Die Datenqualität der ökologischen Dimension ist gerundet als sehr gut (4,6) zu bewerten. Für ca. 57 % der Daten wurden bislang keine Vergleichsdaten bestimmt: Drei Indikatoren (Indikator 14, 19 und 20) können in Bezug zu alternativen Referenzdaten gesetzt werden und für elf Indikatoren bzw. 52 % existieren konkrete Zielvorgaben.

5.4.1 Ressourcenumgang

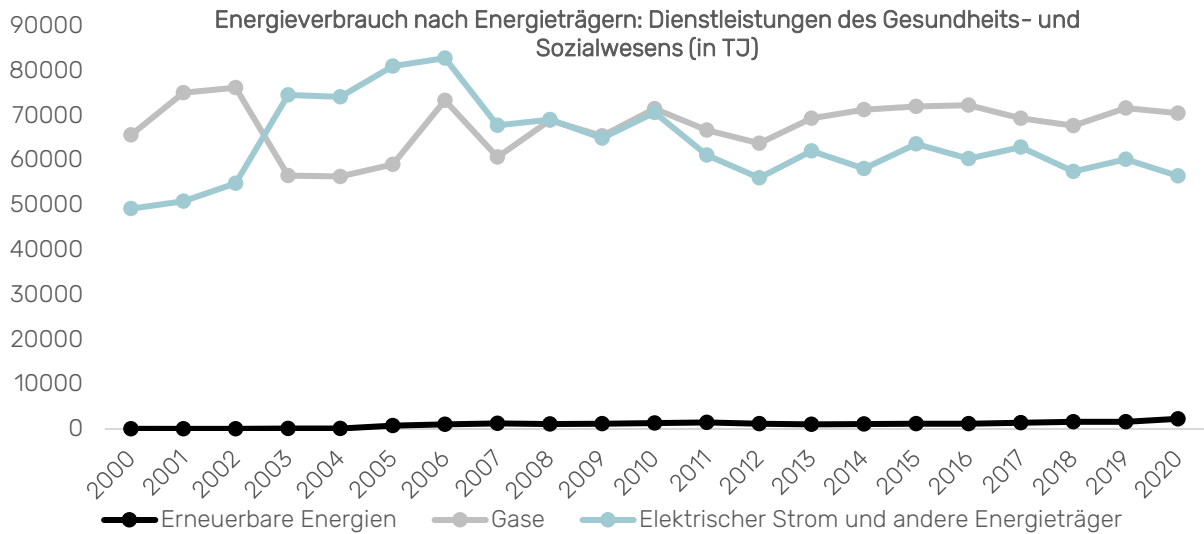
Ein schonender Umgang mit Umweltressourcen entspricht dem ursprünglichen Gedanken von Nachhaltigkeit. Von den 13 definierten Indikatoren, welche die Bewertung des Ressourcenumgangs zur Aufgabe haben, können drei bzw. 23 % nicht bewertet werden (Indikator 9, 10 und 13). 38 % der Indikatoren wurden hinsichtlich ihrer Entwicklung als neutral bewertet, 31 % haben sich positiv entwickelt und 8 % haben eine negative Entwicklung genommen. Die Datenqualität von allen bewertbaren Indikatoren ist sehr gut (5,0). Für die Indikatoren 3 bis 8 existieren Zielvorgaben, für 70 % der Indikatoren der Kategorie gibt es keine Vergleichsdaten.

Indikator 1	Energieverbrauch Dienstleistungen des Gesundheits- und Sozialwesens	
Inhalt	Für eine Beurteilung des Ressourcenverbrauchs wird durch Indikator 1 und 2 angegeben, wieviel Energie durch gesundheitsbezogene Produktionsbereiche verbraucht wird. Die Indikatoren 3 bis 8 ordnen anschließend ein, welche Energieträgerart anteilig am meisten verbraucht.	
Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 Daten, die den Energieverbrauch der Dienstleistungen des Gesundheits- und Sozialwesens quantifizieren, wurden zuletzt für das Jahr 2019 veröffentlicht. Der Energieverbrauch betrug im Jahr 2019 ca. 228.100 Terajoule (TJ), im Jahr 2020 waren es ca. 220.600. (Statistisches Bundesamt, 2020a)	
Trend	↓	
Datenqualität	Sehr gut (5/6)	
Prognose	Nicht relevant	
Zielvorgabe	Nicht bekannt	
Referenzwert	Nicht relevant	

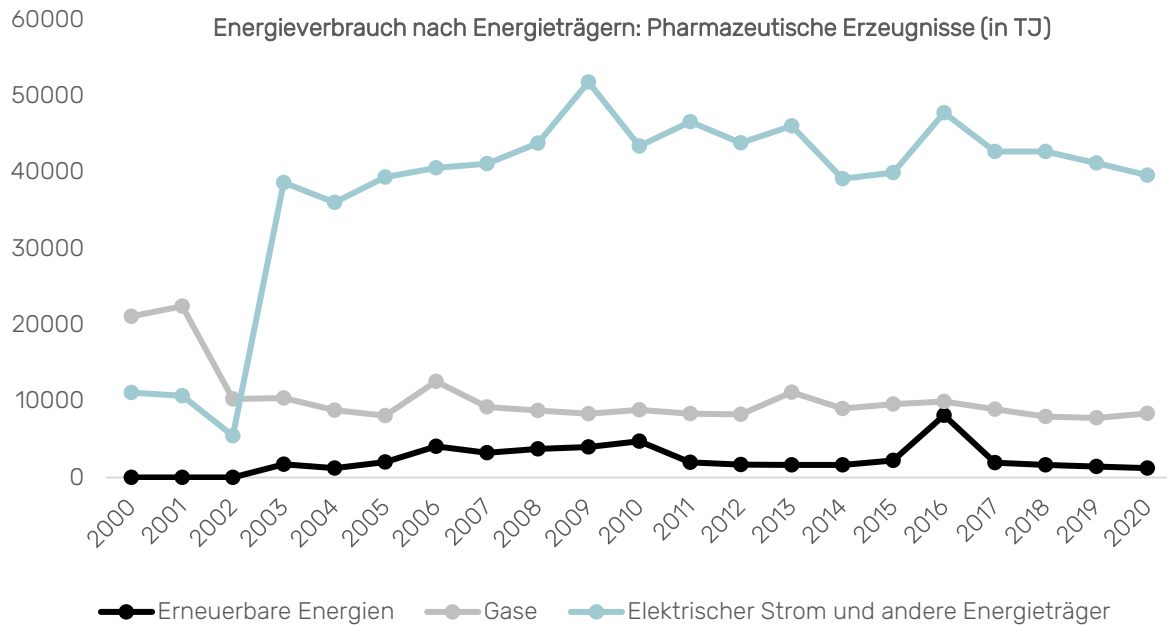
Indikator 2	Energieverbrauch Pharmazeutische Erzeugnisse	
Inhalt	Siehe Indikator 1.	
Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 Daten, die den Energieverbrauch von pharmazeutischen Erzeugnissen quantifizieren, wurden zuletzt für das Jahr 2019 veröffentlicht. Der Energieverbrauch betrug im Jahr 2019 ca. 85.500 Terajoule (TJ), im Jahr 2020 waren es ca. 80.400. (Statistisches Bundesamt, 2020a)	
Trend	↓	
Datenqualität	Sehr gut (5/6)	
Prognose	Nicht relevant	
Zielvorgabe	Nicht bekannt	
Referenzwert	Nicht relevant	



Indikatoren 3 – 5	Wichtigste Art der Energieträger: Dienstleistungen des Gesundheits- und Sozialwesens	
Inhalt	Die wichtigsten Energieträger stellen Gase und elektrischer Strom sowie andere Energieträger dar. Wenn auch bislang zu einem geringeren Anteil, werden auch erneuerbare Energien berücksichtigt.	
Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 Der Gasverbrauch lag 2019 bei 71.600 TJ, im Folgejahr waren es 70.500 TJ. Der Verbrauch von elektrischem Strom und anderen Energieträgern lag bzgl. Dienstleistungen des Gesundheits- und Sozialwesens 2019 bei 60.200 TJ und 2020 bei 56.500 TJ. Erneuerbare Energien verursachten im Jahr 2019 einen Verbrauch von 1.600 TJ, im Folgejahr lag der Verbrauch bei 2.300 TJ. (Statistisches Bundesamt, 2020c)	
Trend	→ → ↑	
Datenqualität	Sehr gut (5/6)	
Prognose	Nicht relevant	
Zielvorgabe	Die DNS sieht eine branchenunabhängige Verringerung des Primärenergieverbrauchs um 30 % vor, wobei das Basisjahr 2008 („2008=100“) ist. Bis 2050 soll eine Reduzierung zu 2008 um 50 % erreicht sein. Weiter gibt die DNS einen branchenunabhängigen Anstieg des Anteils von erneuerbaren Energien am Bruttoendenergieverbrauch auf mindestens 65 % bis zum Jahr 2030 vor. (Bundesregierung, 2021)	
Referenzwert	Nicht relevant	



Indikatoren 6 – 8	Wichtigste Art der Energieträger: Pharmazeutische Erzeugnisse	
Inhalt	Die wichtigsten Energieträger stellen Gase und elektrischer Strom sowie andere Energieträger dar. Wenn auch bislang zu einem geringeren Anteil, werden auch erneuerbare Energien berücksichtigt.	
Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 Der Gasverbrauch lag 2019 bei 7.800 TJ, im Folgejahr waren es 8.400 TJ. Der Verbrauch von elektrischem Strom und anderen Energieträgern lag bzgl. pharmazeutischer Erzeugnisse 2019 bei 41.200 TJ und 2020 bei 39.600 TJ. Erneuerbare Energien verursachten im Jahr 2019 einen Verbrauch i. H. v. 1.400 TJ, im Folgejahr lag der Verbrauch bei 1.300 TJ. (Statistisches Bundesamt, 2020c)	
Trend	→	
Datenqualität	Sehr gut (5/6)	
Prognose	Nicht relevant	
Zielvorgabe	Die DNS sieht eine branchenunabhängige Verringerung des Primärenergieverbrauchs um 30 % vor, wobei das Basisjahr 2008 („2008=100“) ist. Bis 2050 soll eine Reduzierung zu 2008 um 50 % erreicht sein. Weiter gibt die DNS einen branchenunabhängigen Anstieg des Anteils von erneuerbaren Energien am Bruttoendenergieverbrauch auf mindestens 65 % bis zum Jahr 2030 vor. (Bundesregierung, 2021)	
Referenzwert	Nicht relevant	


Indikator 9
Anteiliger Verbrauch von natürlichen Ressourcen des Gesundheitssystems am Gesamtsystem – Insgesamt
Inhalt

Natürliche Ressourcen kommen in der Natur vor und haben einen ökonomischen Nutzen, wie bspw. Rohstoffe, Wasser, Luft und Erdwärme. Sie können in erneuerbare und nichterneuerbare Ressourcen unterschieden werden, wobei bei den erneuerbaren Ressourcen berücksichtigt werden muss, dass deren Nachkommen mitunter eine lange Zeit beanspruchen kann. Entsprechend ist ein nachhaltiger Ressourcenumgang unerlässlich, da andernfalls für Folgegenerationen keine bzw. zu wenige natürliche Ressourcen mehr vorhanden sind.

Daten Keine Daten verfügbar (NN).

Trend Keine Trendbildung möglich (NN).

Datenqualität Keine Bewertung der Datenqualität möglich (NN).

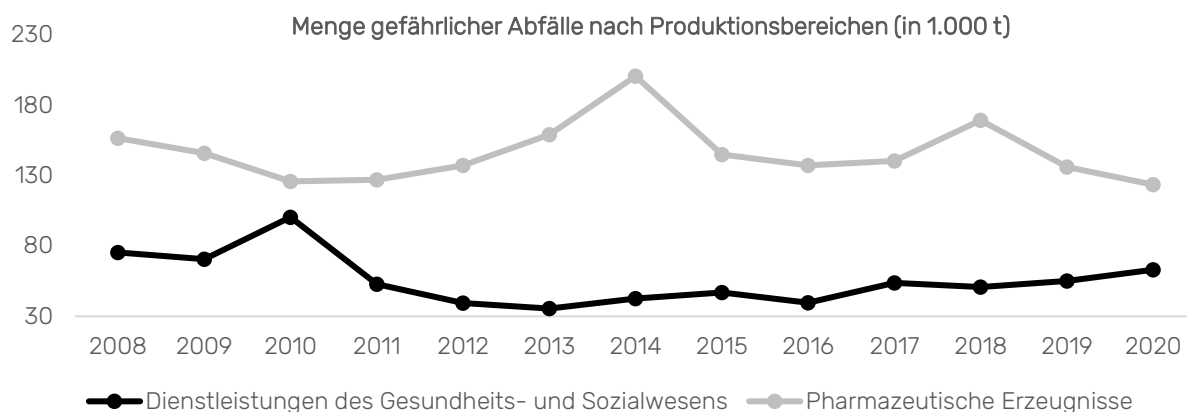
Prognose Nicht relevant

Zielvorgabe Nicht bekannt

Referenzwert Nicht relevant

Indikator 10	Anteiliger Verbrauch von natürlichen Ressourcen des Gesundheitssystems am Gesamtsystem – Anteiliger Wasserverbrauch
Inhalt	Wasser kommt als natürliche Ressource eine besondere Bedeutung auf zu, da es wesentlich für alles Leben ist.
Daten	Keine Daten verfügbar (NN).
Trend	Keine Trendbildung möglich (NN).
Datenqualität	Keine Bewertung der Datenqualität möglich (NN).
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Nicht relevant
Indikator 11	Menge gefährlicher Abfälle: Gesundheits- und Sozialwesens 
Inhalt	Gefährliche Abfälle entstehen im Produktionsbereich des Gesundheits- und Sozialwesens insb. durch Bau- und Abbruchsabfälle, Abfälle aus medizinischer Versorgung sowie durch Siedlungsabfälle.
Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 Durch das Gesundheits- und Sozialwesen entstanden im Jahr 2019 55.200 Tonnen gefährlicher Abfälle, 2020 waren es 63.000 Tonnen. (Statistisches Bundesamt, 2021a)
Trend	↑
Datenqualität	Sehr gut (5/6)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Nicht relevant

Indikator 12	Menge gefährlicher Abfälle: Pharmazeutische Erzeugnisse	
Inhalt	Gefährliche Abfälle entstehen im Produktionsbereich der pharmazeutischen Erzeugnisse insb. durch organisch-chemische Prozesse und Abfallbehandlungsanlagen sowie im Bau- und Abbruchsbereich.	
Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 Durch pharmazeutische Erzeugnisse entstanden im Jahr 2019 ca. 136.200 Tonnen gefährlicher Abfälle, 2020 waren es 123.600 Tonnen. (Statistisches Bundesamt, 2021a)	
Trend	↓	
Datenqualität	Sehr gut (5/6)	
Prognose	Nicht relevant	
Zielvorgabe	Nicht bekannt	
Referenzwert	Nicht relevant	



Indikator 13	Anteil Medical Remanufacturing
Inhalt	Der Begriff Medical Remanufacturing beschreibt die Aufbereitung eines gebrauchten Medizinprodukts, sodass dieses gänzlich oder teilweise unter maximaler Ausschöpfung von Wert und Leistung (Unterschied zum Recycling) wiederverwertet werden kann.
Daten	Keine Daten verfügbar (NN).
Trend	Keine Trendbildung möglich (NN).
Datenqualität	Keine Bewertung der Datenqualität möglich (NN).
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Nicht relevant

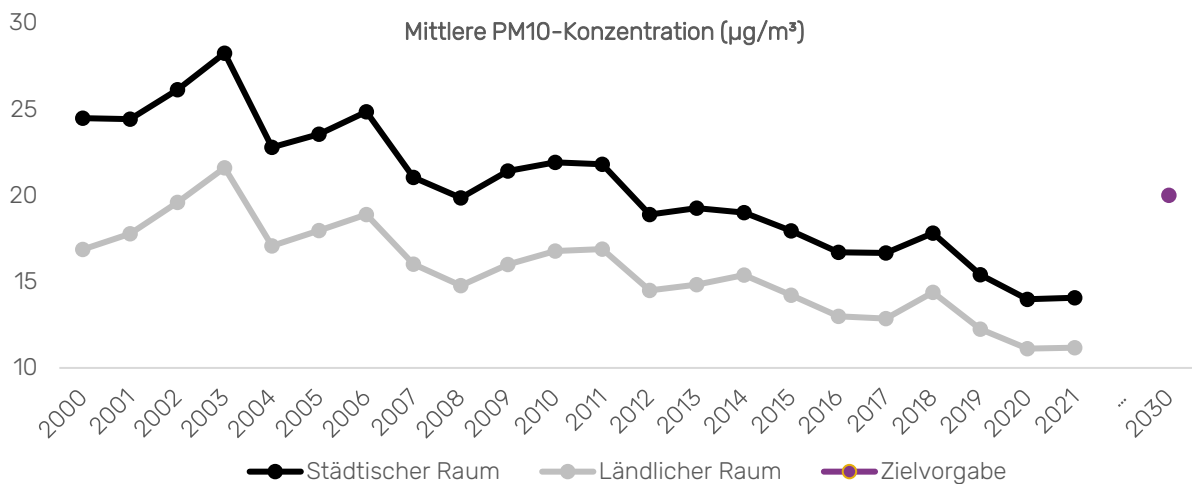
5.4.2 Gesundheitsrisiken durch Umgebung

Die Auswirkungen des Klimawandels auf die menschliche Gesundheit werden durch die Centers for Disease Control and Prevention (CDC) durch die vier Aspekte der steigenden Meeresspiegel, Temperaturen, CO₂-Level und Extremwetterereignisse beschrieben. Durch schlechte Wasserqualität können Erkrankungen wie Cholera oder Leptospirose gefördert werden, welche durch die epidemiologische Dimension (s. Morbidität) beschrieben werden. An der Stelle werden auch Erkrankungen aufgegriffen, die durch eine Zunahme von Allergenen wie auch durch Luftverschmutzung beeinflusst werden, ebenso wie Krankheitsüberträgern basierende Erkrankungen (bspw. Malaria, Dengue). Extreme Wettererscheinungen können zu Verletzungen, Todesfällen oder psychischen Gesundheitsimplikationen führen. Eine Degeneration der Umwelt kann zu einer erzwungenen Migration führen. (Centers for Disease Control and Prevention, 2022) Es zeigt sich andeutungsweise bereits, dass der Einfluss des Klimawandels komplexe Implikationen für die menschliche Gesundheit hat.

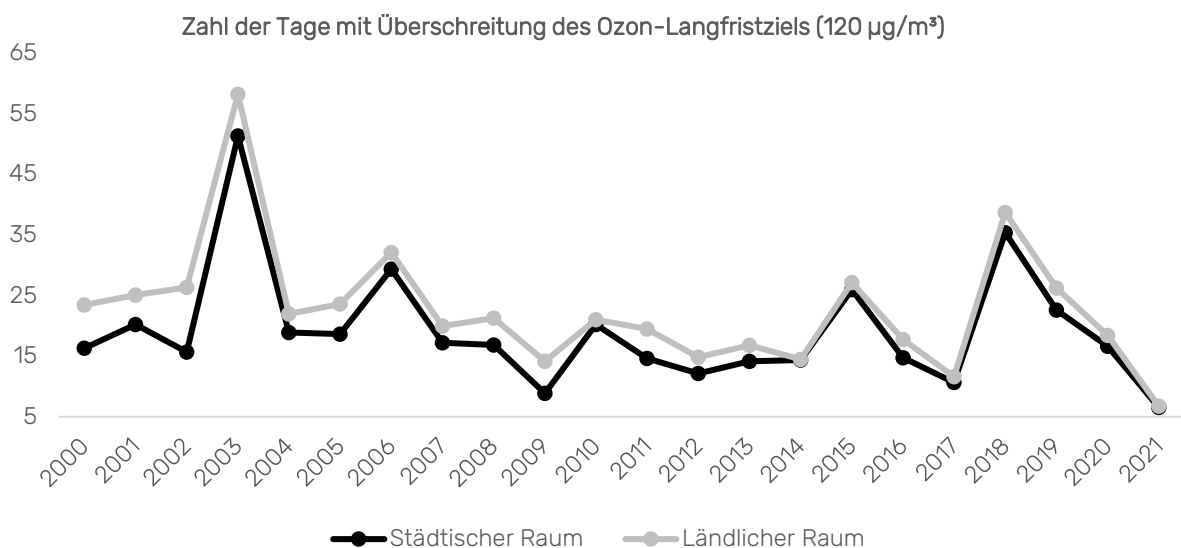
Im Folgenden werden zunächst drei luftbedingte Gesundheitsrisiken und ein Temperaturen verursachtes Risiko aufgegriffen. Ein Viertel, also einer der Indikatoren ist dabei hinsichtlich seiner Entwicklung nicht bewertbar (Indikator 14), die beiden übrigen Luft-assozierten Indikatoren haben sich positiv entwickelt, wohingegen der temperaturbedingte Indikator eine negative Entwicklung aufzeigt. Die Datenqualität der Kategorie ist als sehr gut (5,0) zu bewerten. Für die Luft-assozierten Indikatoren existieren Zielvorgaben und Referenzwerte, für den Temperatur-assozierten Indikator nicht.

Indikator 14	Luft: Anteil Gesundheitswesen an Emissionen von Luftschadstoffen (gesamt)
Inhalt	Luftschadstoffe können durch ihr Einwirken auf die Stratosphäre der Erde Hautschäden hervorrufen, die Entstehung von saurem Regen fördern, kurzfristige Reizungen der Augen oder Atemwege sowie chronische Erkrankungen (Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Atemwegserkrankungen) begünstigen.
Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 Für das Jahr 2019 wurde eine anteilige Emission von Luftschadstoffen durch das Gesundheitswesen in Höhe von 5,2 % festgestellt. Der Report „Health care climate footprint“ stuft Deutschland als ein Land ein, welches mit Emissionen zwischen 0,5 bis 1 Tonne pro Kopf zu den Hauptemittenten zählt. (Health Care Without Harm & ARUP, 2019)
Trend	Zu wenige Datenpunkte für eine Trendbildung vorhanden (NA).
Datenqualität	Mangelhaft (2/6)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Die DNS sieht eine branchenunabhängige Reduktion der Emissionen bis 2030 um 55 % vor, wobei sich der Wert auf das Jahr 1990 bezieht. Bis 2050 soll die Treibhausgasneutralität erreicht sein. (Bundesregierung, 2021)
Referenzwert	Der anteilige Emissionsausstoß des Gesundheitswesens am nationalen ökologischen Fußabdruck beträgt EU-weit durchschnittlich 4,7 %. (Health Care Without Harm & ARUP, 2019)

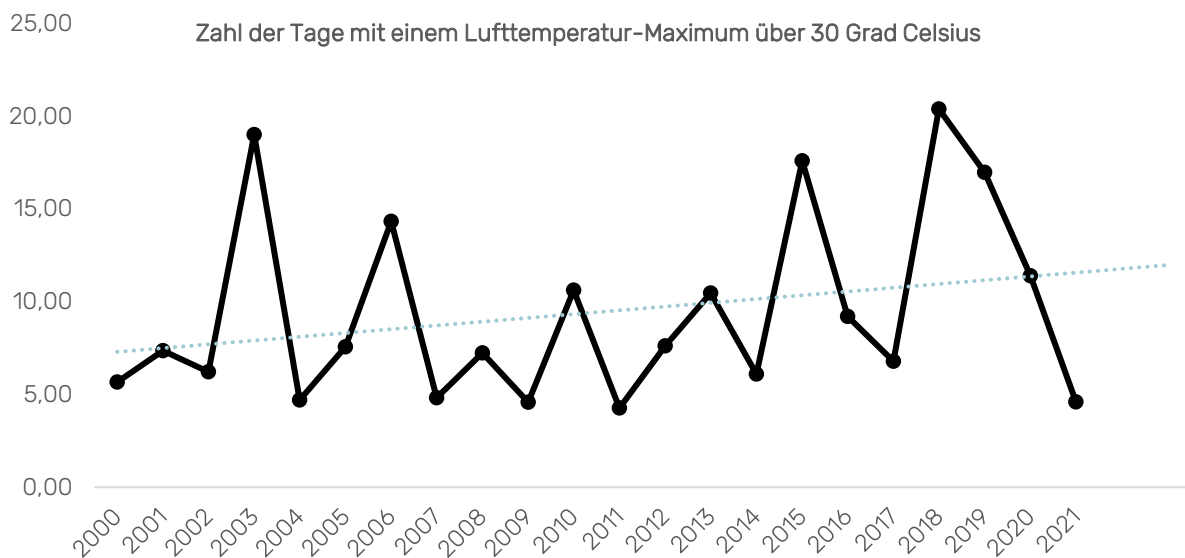
Indikator 15	Luft: PM10-Feinstaubexposition	
Inhalt	Die PM10-Konzentration bezeichnet die Feinstaubbelastung der Partikelgröße 10, was einen Durchmesser von 10 Mikrometer oder weniger angibt.	
Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 Die mittlere PM10-Konzentration betrug im Jahr 2019 15 µg/m³ im städtischen Gebiet (12 im ländlichen Gebiet). In den Jahren 2020 und 2021 betrug der Wert 14 µg/m³ im städtischen Gebiet (11 im ländlichen Gebiet). (Umweltbundesamt, 2021b)	
Trend	↓	
Datenqualität	Sehr gut (6/6)	
Prognose	Nicht relevant	
Zielvorgabe	Die DNS gibt vor, dass ab 2030 keine Belastung von mehr als 20 µg/m³ für PM10 im Jahresmittel möglichst flächendeckend vorhanden sein soll. (Bundesregierung, 2021)	
Referenzwert	Nicht relevant	



Indikator 16	Luft: Überschreitung Ozon-Zielwerte	
Inhalt	Hohe Ozonkonzentrationen können Reizungen der Schleimhäute und Augen sowie Kopfschmerzen auslösen, wobei dauerhafte Entzündungen der Lunge entstehen können.	
Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 Die Anzahl der Tage, an denen der 8-Stunden-Mittelwert größer als 120 Mikrogramm pro Kubikmeter ($\mu\text{g}/\text{m}^3$) war, betrug 2019 im ländlichen Raum 26 (23 im städtischen Raum), 2020 waren es 18 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ im ländlichen Gebiet (17 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ im städtischen) und 2021 sowohl 7 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ im städtischen als auch im ländlichen Raum. (Umweltbundesamt, 2021c)	
Trend	↓	
Datenqualität	Sehr gut (6/6)	
Prognose	Nicht relevant	
Zielvorgabe	Der 8-Stunden-Mittelwert sollte nicht größer als 120 Mikrogramm pro Kubikmeter ($\mu\text{g}/\text{m}^3$) sein. (Umweltbundesamt, 2021c)	
Referenzwert	Nicht relevant	



Indikator 17	Temperatur: Heiße Tage	
Inhalt	Als heißer Tag wird ein Tag definiert, an dem die Temperatur über 30 Grad Celsius beträgt. Extreme Hitze kann zu bestimmten Erkrankungen und Todesfällen führen, etwa Hitzeerschöpfung oder Hitzschlag. Daneben können bereits bestehende Erkrankungen (bspw. Herz-Kreislauf-Erkrankungen) verschlimmert werden. Ältere und chronisch kranke Menschen haben ein erhöhtes Risiko, Schaden durch Hitze zu nehmen. (Umweltbundesamt, 2021a)	
Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 Die Anzahl heißer Tage lag 2019 bei 17, 2020 bei 11 und 2021 bei 5. Extremereignisse haben in den letzten Jahren dabei zugenommen. Dadurch ist zwar der Temperaturdurchschnitt im Vorjahresvergleich niedriger, über einen längeren Zeitraum aber ist der Trend (gestrichelte Linie in der folgenden Grafik) als steigend zu bewerten. (Umweltbundesamt, 2021a)	
Trend	↑	
Datenqualität	Sehr gut (6/6)	
Prognose	Nicht relevant	
Zielvorgabe	Nicht bekannt	
Referenzwert	Nicht relevant	



5.4.3 Ökologisches Management

Die Führung von Institutionen des Gesundheitssystems unter ökologischen Aspekten ist für eine konsequente strategische und ressourcenschonende Ausrichtung des Gesamtsystems wesentlich. Zur Beschreibung der Indikatorenentwicklung können in Bezug auf die vier definierten Indikatoren keine Trends gebildet werden, da zu wenige Daten vorhanden sind. Indikator 18 weist eine mangelhafte Datenqualität auf, die Indikatoren 19 und 20 sind als gut zu bewerten und Indikator 21 verfügt über keinerlei Daten, sodass die Kategorie insgesamt mit einer mangelhaften Datenqualität (2,7) bewertet wird. Nur die Indikatoren 19 und 20 können in Bezug zu Referenzdaten und Zielvorgaben gesetzt werden.

Indikator 18	Anzahl Kliniken mit BUND-Gütesiegel „Energie sparendes Krankenhaus“
Inhalt	Das Gütesiegel zeichnet Krankenhäuser und Reha-Kliniken aus, welche besondere Leistungen für den Klimaschutz erbracht haben. Zudem soll der Leitfaden, welcher resultierend aus dem Projekt „KLIK green“ (2019 bis 2022) Klimaschutzmaßnahmen für Krankenhäuser und Rehakliniken vorstellt, nicht unerwähnt bleiben. (BUND Berlin, 2016) Erwähnt werden soll auch das Förderprogramm „Klimaanpassung in sozialen Einrichtungen“, das neben Krankenhäusern auch Pflegestationen und Kindergärten in dem Zeitraum von 2020 bis 2023 mit einem Fördervolumen von 150 Mio. € bei der Umsetzung von Maßnahmen zur Klimaanpassung unterstützt. (Zukunft, Umwelt, Gesellschaft, 2022)
Daten	Da der Indikator fortlaufend bewertet wird, kann er nur für das Jahr 2022 angegeben werden, wobei 47 Krankenhäuser und Reha-Kliniken ein entsprechendes Gütesiegel trugen. (BUND-Gütesiegel "Energie sparendes Krankenhaus", 2022)
Trend	Zu wenige Datenpunkte für eine Trendbildung vorhanden (NA).
Datenqualität	Mangelhaft (2/6)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Nicht relevant

Indikator 19	Anzahl EMAS-Organisationen: Gesundheitswesen
Inhalt	Ein weiterer ökologischer Indikator für die Nachhaltigkeit des Gesundheitswesens ist die Anzahl von Organisationen, die nach dem Eco-Management und Audit Scheme (EMAS) zertifiziert wurden. EMAS ist ein europäisches Umweltmanagementsystem, welches von der EU entwickelt wurde und auch als Öko-Audit bekannt ist.
Daten	Im Jahr 2022 existieren im Gesundheitswesen 31 EMAS-zertifizierte Organisationen, wobei eine Mehrfachzuordnung (s. ökologischer Indikator 20) möglich ist. (Umwelt Gutachter Ausschuss, 2022)
Trend	Zu wenige Datenpunkte für eine Trendbildung vorhanden (NA).
Datenqualität	Gut (3/6)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Die DNS gibt deutschlandweit ein Ziel von 5.000 EMAS-zertifizierten Organisationsstandorten bis 2030 vor. (Bundesregierung, 2021)
Referenzwert	In Deutschland waren 2019 2.228 Organisationsstandorte zertifiziert, 2020 2.234, 2021 2.344 und 2022 2.412. Das entspricht 1.150 Organisationen im Jahr 2019, 1.113 im Jahr 2020, 1.115 im Jahr 2021 und 1.122 Organisationen im Jahr 2022. (Umwelt Gutachter Ausschuss, 2022)

Indikator 20	Anzahl EMAS-Organisationen: Pharmazeutische Erzeugnisse
Inhalt	Siehe Indikator 19
Daten	Im Jahr 2022 existieren bzgl. pharmazeutischer Erzeugnisse 18 EMAS-zertifizierte Organisationen, wobei eine Mehrfachzuordnung (s. ökologischer Indikator 19) möglich ist. (Umwelt Gutachter Ausschuss, 2022)
Trend	Zu wenige Datenpunkte für eine Trendbildung vorhanden (NA).
Datenqualität	Gut (3/6)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Siehe Indikator 19
Referenzwert	Siehe Indikator 19

Indikator 21	Verbreitung Hitzeaktionspläne
Inhalt	Hitzeaktionspläne beinhalten Maßnahmen, die während akuter Hitze- wellen, aber auch langfristig ergriffen werden sollten, um die Gesund- heit zu schützen. Dafür stellte im Jahr 2018 die Bund-/Länder-Arbeits- gruppe „Gesundheitliche Anpassung an die Folgen des Klimawandels“ die „Handlungsempfehlungen für die Erstellung von Hitzeaktionsplä- nen zum Schutz der menschlichen Gesundheit“ auf. Es gibt aktuell keine Übersicht darüber, wie die Umsetzung der Hitzeaktionspläne in Deutschland unter Einbindung des Gesundheitssektors erfolgt. (Kaiser, Kind & Dudda, 2021)
Daten	Keine Daten verfügbar (NN).
Trend	Keine Trendbildung möglich (NN).
Datenqualität	Keine Bewertung der Datenqualität möglich (NN).
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Nicht relevant

5.5 Gesundheitliche Dimension: Organisatorischer Teilbereich

Die bisher betrachteten Nachhaltigkeitsdimensionen dienen nach dem ursprünglichen Verständnis des Begriffs „Nachhaltigkeit“ einer sehr breiten Abbildung des Begriffs, wobei sie hier konkret auf das Gesundheitssystem bezogen wurden. Die eigentlichen Kernbereiche des Gesundheitssystems konnten dadurch jedoch noch nicht abgebildet werden, weshalb die gesundheitliche Nachhaltigkeitsdimension kreiert wurde. Die Dimension wird in den organisatorischen und den epidemiologischen Teilbereich unterteilt. Zur Organisation von Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen tragen die Kategorien „Governance“ (drei Indikatoren), „Zugang“ (drei Indikatoren), „Institutionen“ (19 Indikatoren), „Beschäftigte“ (23 Indikatoren), „Produkte“ (elf Indikatoren), „Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen“ (38 Indikatoren bzw. als größte Kategorie 34 % der Dimension), „Qualität der Leistungserbringung“ (acht Indikatoren) und „Resilienz“ (sechs Indikatoren) bei. In Summe werden damit 111 Indikatoren erfasst. Zu 17 % der definierten Indikatoren gibt es keine ausreichenden Daten, sodass keine Aussage über die Daten an sich oder über deren Entwicklung gemacht werden kann. Stark betroffen sind die Kategorien „Governance“ (zwei von drei Indikatoren sind nicht vollständig bewertbar), „Qualität der Leistungserbringung“ (sechs von acht Indikatoren) und „Resilienz“ (sämtliche Indikatoren). Keine Aussage über die Trendentwicklung kann zu 70 Indikatoren gemacht werden, wobei sich die Indikatoren insb. auf die Kategorien „Institutionen“, „Beschäftigte“, „Produkte“ und „Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen“ beziehen. Von den restlichen Indikatoren haben sich elf positiv, sieben negativ und 23 neutral entwickelt. Im Schnitt ist die Datenqualität als gut (4,5) zu bewerten. 86 von den betrachteten 111 Indikatoren werden bislang ohne Vergleichsdaten berücksichtigt, wobei für vier Indikatoren Zielvorgaben bestimmt werden konnten.

5.5.1 Governance

Unter der Kategorie „Governance“ werden alle Indikatoren gebündelt, durch welche die Steuerung bzw. Regelung des Gesundheitssystems ausgedrückt werden kann. Von den drei dafür herangezogenen Indikatoren ist nur der Trend von Indikator 2 abbildbar, allerdings beruht dieser auf einer mangelhaften Datenlage. Auch Indikator 3 weist eine mangelhafte Datenqualität auf; der erste Indikator ist nicht bewertbar. Die Datenqualität der Kategorie ist demnach als mangelhaft (1,5) zu bewerten. Allerdings liegen nur für Indikator 1 Zielvorgaben und Referenzwerte vor.

Indikator 1 Korruption im Gesundheitswesen	
Inhalt	Korruption im Gesundheitswesen unterminiert das Patient*innenvertrauen, verzerrt den Wettbewerb und führt zu einer Verteuerung von medizinischen Leistungen.
Daten	Keine Daten verfügbar (NN).
Trend	Keine Trendbildung möglich (NN).
Datenqualität	Keine Bewertung der Datenqualität möglich (NN).
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Branchenunabhängige Verbesserung bis 2030 gegenüber 2012. (Bundesregierung, 2021)
Referenzwert	Deutschland schnitt sowohl im Jahr 2020 als auch in den folgenden beiden Jahren mit 80 von 100 möglichen Punkten ab, wobei der Wert 2012 bei 79 Punkten lag. (Transparency International, 2021)
Indikator 2 Bewertung, inwiefern Politik eine qualitativ hochwertige, inklusive und kosteneffizienten Gesundheitsversorgung bereitstellt	
Inhalt	Die Bereitstellung wird über folgende Bereiche erfasst: Gesundheitspolitik, Ausgaben Prävention, Lebenserwartung in Gesundheit, Säuglingssterblichkeit, wahrgenommener Gesundheitszustand, Ausgaben pro Haushalt und OOP-Leistungen, Ärzte-/Ärztinnendichte auf 1.000 Einwohner.
Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 Der Indikator wurde für das Jahr 2020 mit 7,3 von 10 Punkten bewertet, zuvor wurde er 2014 mit 7,2 Punkten bewertet. (Bertelsmann Stiftung, 2021)
Trend	→
Datenqualität	Mangelhaft (1/6)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Nicht relevant

Indikator 3	Transparenz und Unabhängigkeit der Empfehlungen der Ständigen Impfkommission
Inhalt	Behandlungsleitlinien werden durch Leitlinienwatch hinsichtlich ihrer Unabhängigkeit von der Pharmaindustrie bewertet. Eine Bewertung zwischen 11 und 18 Punkten gilt als gut, 6 – 10 signalisiert „Achtung“ und 0 – 5 Punkte weisen Reformbedarf aus.
Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 Die Empfehlungen der Ständigen Impfkommission wurden im Jahr 2020 mit 13 von 18 Punkten bewertet. (leitlinienwatch.de, 2020)
Trend	Zu wenige Datenpunkte für eine Trendbildung vorhanden (NA).
Datenqualität	Mangelhaft (2/6)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Nicht relevant

5.5.2 Zugang

Eng verbunden mit den bereits dargestellten Indikatoren der Gerechtigkeit der sozialen Dimension ist auch die hier gestellte Frage nach der Bewertbarkeit des Zugangs zum Gesundheitssystem und dessen Leistungen. Durch die Indikatoren 4 und 5 wird quantifiziert, wie viele Leute prinzipiell Anspruch auf die gesetzlichen Leistungen haben bzw. wie viele das aufgrund ihrer Privatversicherung nicht haben. Indikator 6 verdeutlicht, wie hoch der Anteil jener ist, die eine Versicherungsabdeckung haben. Die Datenqualität der Kategorie ist als sehr gut (5,0) zu bewerten, wobei keine Vergleichsdaten bestimmt werden konnten. Innerhalb der Kategorie „Zugang“ wurde ein Indikator bzgl. seiner Entwicklung positiv bewertet, im Hinblick auf die übrigen Indikatoren wurde auf eine Bewertung verzichtet.

Indikator 4	GKV-Versicherte	
Inhalt	Neben den Pflichtversicherten werden in der GKV auch Familienmitglieder sowie Freiwillige versichert. Die Pflichtmitglieder bestehen zum überwiegenden Teil aus Arbeitnehmenden, deren Bruttoeinkommen zwischen der Geringfügigkeitsgrenze und der Jahresarbeitsentgeltgrenze liegt. Neben dem Solidarprinzip existiert das Selbstverwaltungsprinzip, das Sachleistungsprinzip und das Wirtschaftlichkeitsgebot.	
Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 Die Anzahl der GKV-Versicherten wird für die jeweiligen Datenjahre durch einzelne Publikationen herausgegeben. Im Jahr 2019 waren demnach 73,1 Mio. Personen in der GKV versichert, in den Jahren 2020 und 2021 gleichbleibend 73,3 Mio. Menschen. (Vdek – die Ersatzkassen, 2021, 2022a, 2022b)	
Trend	↑	
Datenqualität	Sehr gut (5/6)	
Prognose	Nicht relevant	
Zielvorgabe	Nicht bekannt	
Referenzwert	Nicht relevant	

Indikator 5	PKV-Versicherte	
Inhalt	In der PKV können Menschen versichert werden, die keiner GKV-Versicherungspflicht unterliegen (bspw. Selbstständige, Beamte, Arbeitnehmer mit einem Einkommen über der Versicherungspflichtgrenze). Neben dem Äquivalenzprinzip dominiert das Kostenerstattungsprinzip.	
Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 Der deutsche Bevölkerungsanteil, der in der PKV versichert war, betrug 2020 10,5 %, ebenso wie im Vorjahr. (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2022k) Durch Betrachtung eines längeren Zeitfensters wird deutlich, dass der Versichertenanteil seit 2011 jedes Jahr geringfügig zurückgeht.	
Trend	↓	
Datenqualität	Sehr gut (5/6)	
Prognose	Nicht relevant	
Zielvorgabe	Nicht bekannt	
Referenzwert	Nicht relevant	

Indikator 6
Non-Coverage bzw. keine Versicherungsabdeckung

Inhalt

Gemäß der Erklärung der Menschenrechte der Vereinten Nationen hat jeder Mensch ein Recht auf Gesundheit. Das impliziert das Recht auf medizinische Versorgung, welche universell jedem Menschen zur Verfügung stehen sollte. Wichtig ist daher der Überblick darüber, wie viele Menschen in Deutschland wegen einer fehlenden Versicherungsabdeckung keinen unmittelbaren Zugang zum Gesundheitswesen bzw. einer sicheren Finanzierung der Leistungen haben.

Daten

✓2019 ✓2020 ✓2021

Der deutsche Bevölkerungsanteil, der durch keine Krankenversicherung abgesichert war, betrug 2020 1,3 % und ist damit gegenüber dem Vorjahr um 0,3 % gesunken.
(Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2022k)

Trend

Datenqualität

Sehr gut (5/6)

Prognose

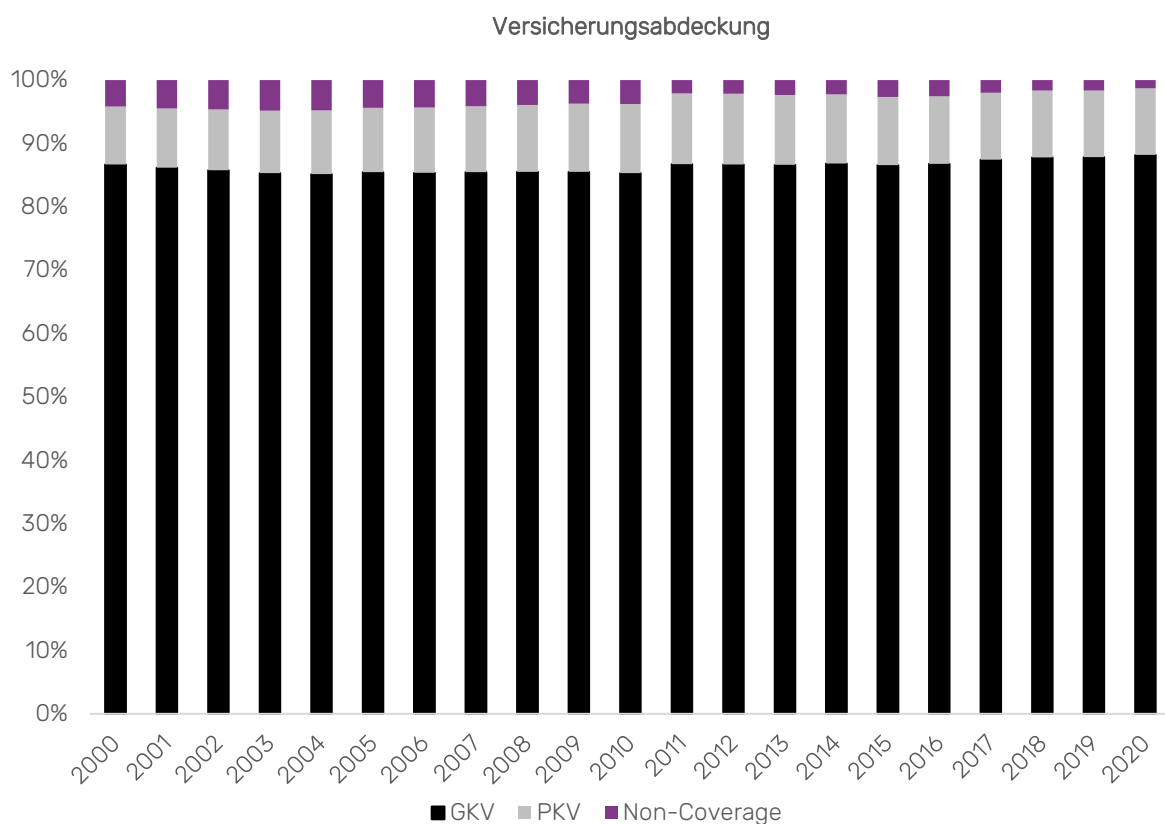
Nicht relevant

Zielvorgabe

Nicht bekannt

Referenzwert

Nicht relevant



5.5.3 Institutionen

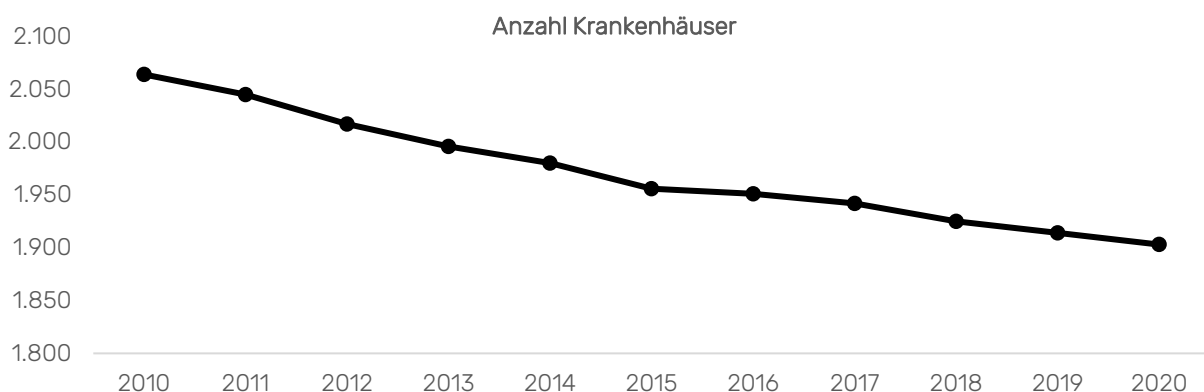
Durch die Erfassung der Institutionen, die maßgeblich im Gesundheitssystem wirken, wird die Bewertung der Leistungsfähigkeit des Systems zahlenbasiert zugänglich gemacht. Von den 19 bislang in den Nachhaltigkeitsindex integrierten Indikatoren wird die Entwicklung von zwei Indikatoren (11 %), welche der Beschreibung der Entwicklung der Hausärzte/-ärztinnen dienen, negativ bewertet. Der Grund für diese punktuelle Bewertung, ohne dass die anderen institutionellen Indikatoren hinsichtlich ihrer Entwicklung bewertet werden, ist, dass bzgl. der Hausärzte/-ärztinnen Prognosewerte vorliegen, welche eine Bewertung der Entwicklungsrichtung nicht nur ermöglichen, sondern fast zwingend machen. Die übrigen Indikatoren (89 %) wurden nicht bezüglich ihres Entwicklungsverlaufs bewertet. Die Datenqualität der Kategorie ist als sehr gut (5,5) einzustufen. Für 90 % der Indikatoren liegen keine Vergleichsdaten vor.

Indikatoren 7 – 10	Krankenhäuser: Einrichtungsanzahl, Krankenhausbetten, durchschnittliche Verweildauer, durchschnittliche Bettenauslastung	
-----------------------	---	---

Inhalt	Das fünfte Sozialgesetzbuch (SGB) definiert Krankenhäuser in § 107 wie folgt: Krankenhäuser sind Einrichtungen, die der Behandlung oder Geburtshilfe dienen, wobei Patient*innen in diesen Einrichtungen untergebracht und gepflegt werden können. Im Hinblick auf den fachlich-medizinischen Bereich stehen Krankenhäuser ständig unter ärztlicher Leitung. Entsprechend dem Versorgungsauftrag verfügen Krankenhäuser über adäquate Diagnose- und Therapiemöglichkeiten und arbeiten nach anerkannten wissenschaftlichen Methoden. Kernleistung besteht in der Erkennung, Heilung, Linderung und Vermeidung der Zustandsverschlechterung von Krankheiten sowie in der Geburtshilfe, wobei neben ärztlichem und pflegerisch-tätigem Personal auch Funktions- und medizinisch-technisches Personal in einem Krankenhaus verfügbar ist.
--------	--

Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 Die Anzahl von Krankenhäusern in Deutschland betrug in Deutschland 2019 1.914, 2020 waren es 1.903. Dabei waren 2019 494.326 Krankenhausbetten verfügbar, im Jahr darauf waren es 487.783. Die durchschnittliche Verweildauer lag sowohl 2019 als auch 2020 bei 7,2 Tagen. Die durchschnittliche Bettenauslastung lag 2019 bei 77,2 %, im Folgejahr bei 67,3 %. (Deutsche Krankenhausgesellschaft [DKG], 2021)
-------	--

Trend	↓
Datenqualität	Sehr gut (5/6)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Nicht relevant



Indikator 11
Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen

Inhalt

Das SGB V definiert Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in § 107 wie folgt:

Ebenso wie Krankenhäuser dienen auch Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen der stationären Behandlung, wobei Patient*innen untergebracht und gepflegt werden können. Der Vorsorgecharakter der Einrichtungen äußert sich insb. dadurch, dass eine Gesundheitsschwächung, welche eine Krankheitsentstehung zur Folge haben kann, beseitigt wird. Rehabilitation bezieht sich darauf, dass eine Heilung, Verschlimmerungsvermeidung oder Linderung von Krankheiten erzielt wird oder dass der Behandlungserfolg eines Krankenhausaufenthaltes durch eine anschließende Rehabilitationsmaßnahme gefestigt werden soll. Eine besondere Bedeutung kommt dabei der Verwendung von Heilmitteln (z. B. Sprachtherapie, Krankengymnastik) zu.

Daten

✓2019 ✓2020 ✓2021

Die Zahl der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen lag 2020 bei 1.103 Einrichtungen und ist gegenüber dem Vorjahr damit um neun gesunken. (Statistisches Bundesamt, 2021f)

Trend

↓

Datenqualität

Sehr gut (5/6)

Prognose

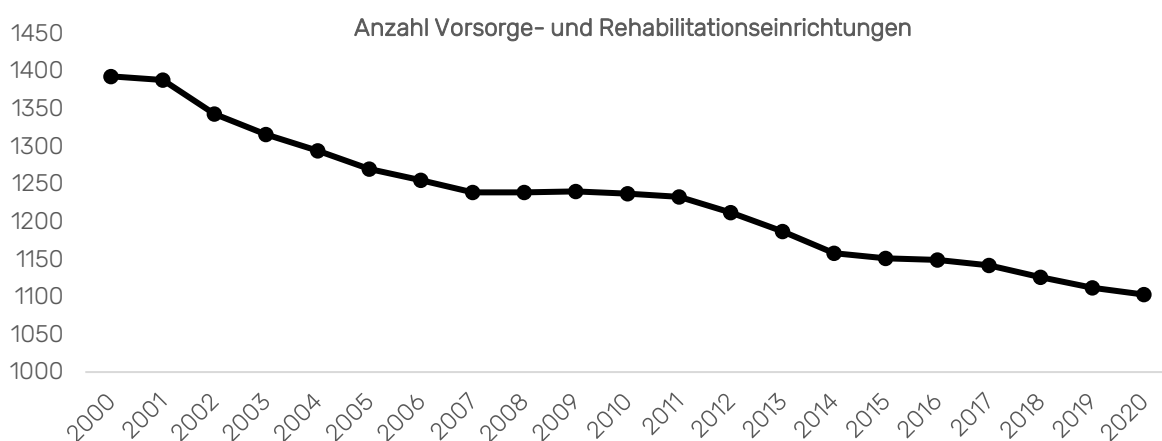
Nicht relevant

Zielvorgabe

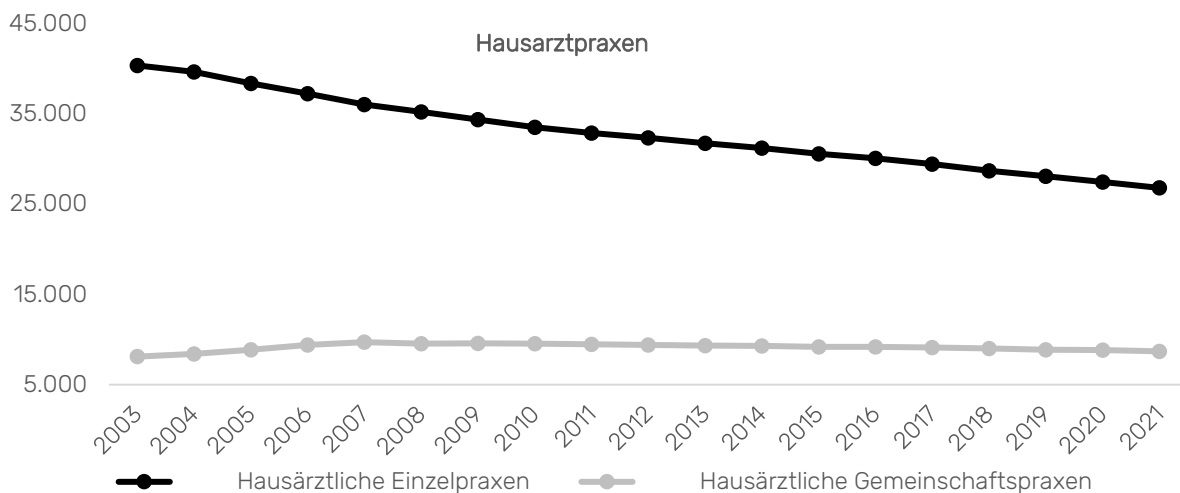
Nicht bekannt

Referenzwert

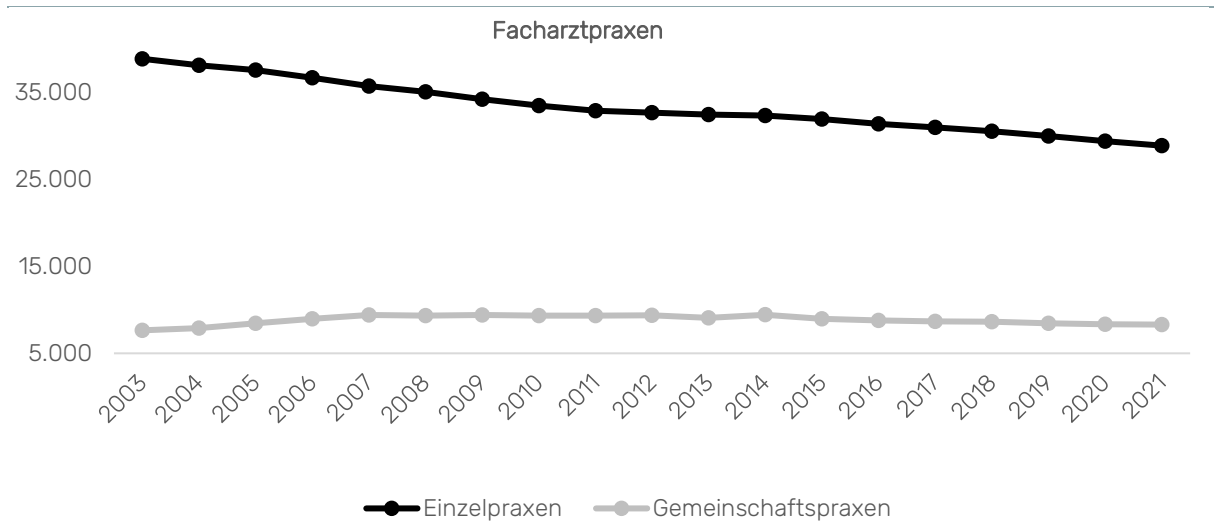
Nicht relevant



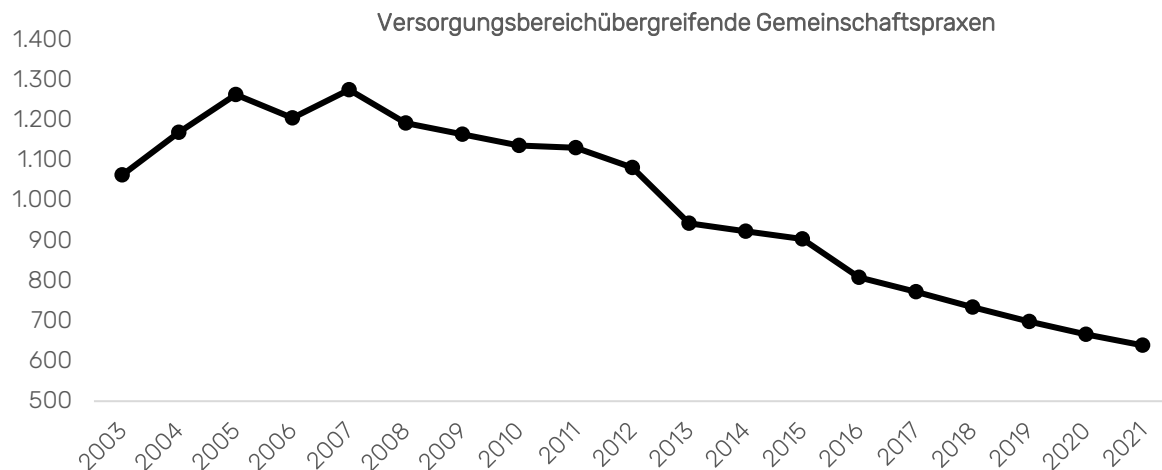
Indikatoren 12 – 13	Hausärzte/-ärztinnen: Einzelpraxen, Gemeinschaftspraxen	
Inhalt	Die Einzelpraxis ist die häufigste Form der Niederlassung. Durch diese Praxisform wird dem Leistungserbringer ein hohes Maß an Flexibilität ermöglicht, wobei zudem eine Kooperation mit Praxisgemeinschaften und Praxisnetzen möglich ist, ebenso wie eine Anstellung von weiteren Ärzten/Ärztinnen. (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2022b) Die Gemeinschaftspraxis entspricht einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG), welche auch überörtlich erfolgen kann und dem Zusammenschluss von mehreren Ärzten/Ärztinnen als wirtschaftliche Einheit zur gemeinsamen Patient*innenbehandlung und Abrechnung dient. (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2022a)	
Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 2019 waren 28.074 Hausärzte/-ärztinnen in einer Einzelpraxis tätig, 2020 waren es 27.430 und 2021 26.784. (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2022a) Die Anzahl der Hausärzte/-ärztinnen, die in einer Gemeinschaftspraxis tätig waren, betrug 2019 8.875, 2020 8.819 und 2021 8.699. (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2022a) In Verbindung mit der Prognose der Entstehung einer Versorgungslücke durch einen Mangel an Hausärzten/-ärztinnen sind die Entwicklungstrends der Indikatoren negativ zu bewerten.	
Trend	↓	
Datenqualität	Sehr gut (6/6)	
Prognose	Bis 2035 wird prognostiziert, dass ca. 11.000 Hausärzte/-ärztinnen fehlen werden. (Robert Bosch Stiftung, 2021) Der Prognosewert könnte auch der Kategorie „Beschäftigte“ zugeordnet werden, allerdings werden Hausärzte/-ärztinnen an dieser Stelle aufgegriffen.	
Zielvorgabe	Nicht bekannt	
Referenzwert	Nicht relevant	



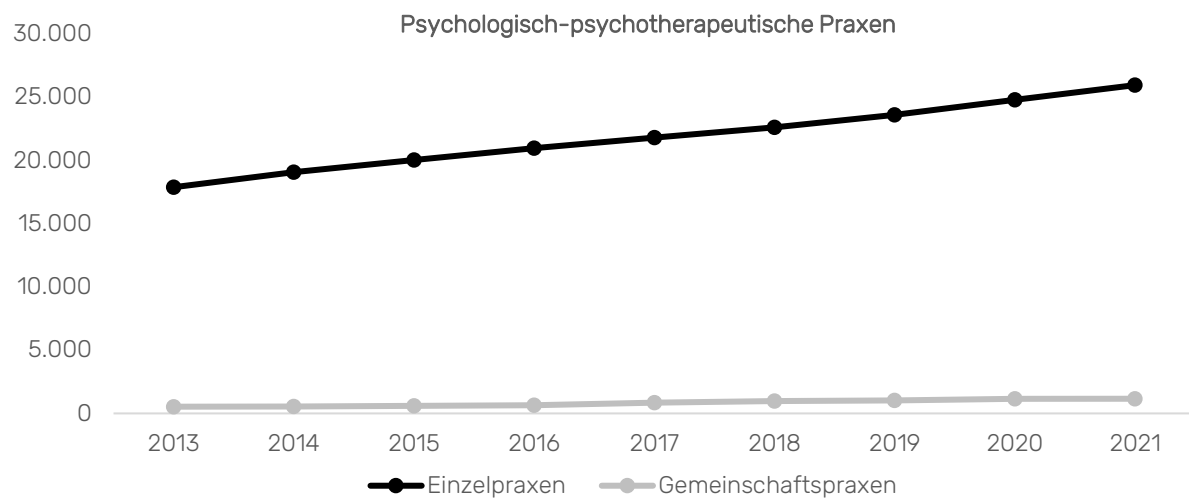
Indikatoren 14 – 15	Fachärzte/-ärztinnen: Einzelpraxen, Gemeinschaftspraxen	
Inhalt	Siehe Indikatoren 12 und 13.	
Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 2019 waren 30.025 Fachärzte/-ärztinnen in einer Einzelpraxis tätig, 2020 waren es 29.452 und 2021 28.923. Die Anzahl der Fachärzte/-ärztinnen, die in einer (fachgleichen ebenso wie einer fachübergreifenden) Gemeinschaftspraxis tätig waren, betrug 2019 8.455, 2020 8.350 und 2021 8.296. (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2022a)	
Trend	↓ →	
Datenqualität	Sehr gut (6/6)	
Prognose	Nicht relevant	
Zielvorgabe	Nicht bekannt	
Referenzwert	Nicht relevant	



Indikator 16	Versorgungsbereichübergreifende Gemeinschaftspraxen	
Inhalt	In versorgungsbereichübergreifenden Gemeinschaftspraxen arbeiten Allgemein- und Fachärzte/-ärztinnen zusammen.	
Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 Im Jahr 2019 zählte Deutschland 698 versorgungsbereichübergreifende Gemeinschaftspraxen, 2020 gab es 666 solcher Praxen und 2021 waren es 639. (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2022a)	
Trend	↓	
Datenqualität	Sehr gut (6/6)	
Prognose	Nicht relevant	
Zielvorgabe	Nicht bekannt	
Referenzwert	Nicht relevant	



Indikatoren 17 – 18	Psychologisch-psychotherapeutische Praxen: Einzelpraxen, Gemeinschaftspraxen	
Inhalt	Siehe Indikatoren 12 und 13, wobei hier der Fokus auf Psychologen bzw. Psychotherapeuten gelegt wird.	
Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 Im Jahr 2019 existierten 23.593 psychologisch-psychotherapeutische Praxen in Form von Einzelpraxen, 2020 waren es 24.777 und 2021 25.946. Gemeinschaftspraxen gab es 2019 1.024, 2020 1.140 und 2021 1.159. (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2022a)	
Trend	↑ →	
Datenqualität	Sehr gut (6/6)	
Prognose	Nicht relevant	
Zielvorgabe	Nicht bekannt	
Referenzwert	Nicht relevant	



Indikator 19	Gemischte ärztlich-psychologisch-psychotherapeutische Gemeinschaftspraxen	
Inhalt	Siehe Indikator 13, wobei hier der Fokus auf Psychologen bzw. Psychotherapeuten i. V. m. Medizinern bzw. einem Medizinstudium gelegt wird.	
Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 Im Jahr 2019 waren 55 gemischte ärztlich-psychologisch-psychotherapeutische Gemeinschaftspraxen in Deutschland vorhanden, im Folgejahr kamen vier Stück hinzu und im Jahr darauf kamen weitere vier Gemeinschaftspraxen hinzu. (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2022a)	
Trend	↑	
Datenqualität	Sehr gut (6/6)	
Prognose	Nicht relevant	
Zielvorgabe	Nicht bekannt	
Referenzwert	Nicht relevant	



Indikator 20 Medizinische Versorgungszentren


Inhalt Medizinische Versorgungszentren (MVZ) sind nach § 95 SGB V Einrichtungen, die ärztlich geleitet werden, wobei Ärzte/Ärztinnen als Vertragsärzte/-ärztinnen oder als Angestellte tätig werden können. Ein MVZ kann verschiedenartig gegründet werden, bspw. durch zugelassene Ärzte/Ärztinnen oder Krankenhäuser sowie durch Kommunen.

Daten ✓2019 ✓2020 ✓2021
Im Jahr 2019 bestand seit 15 Jahren die Möglichkeit, ein MVZ zu gründen. Im besagten Datenjahr gab es 3.539 MVZ, 2020 waren es 3.846 und 2021 4.179 Zentren.
(Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2022a)

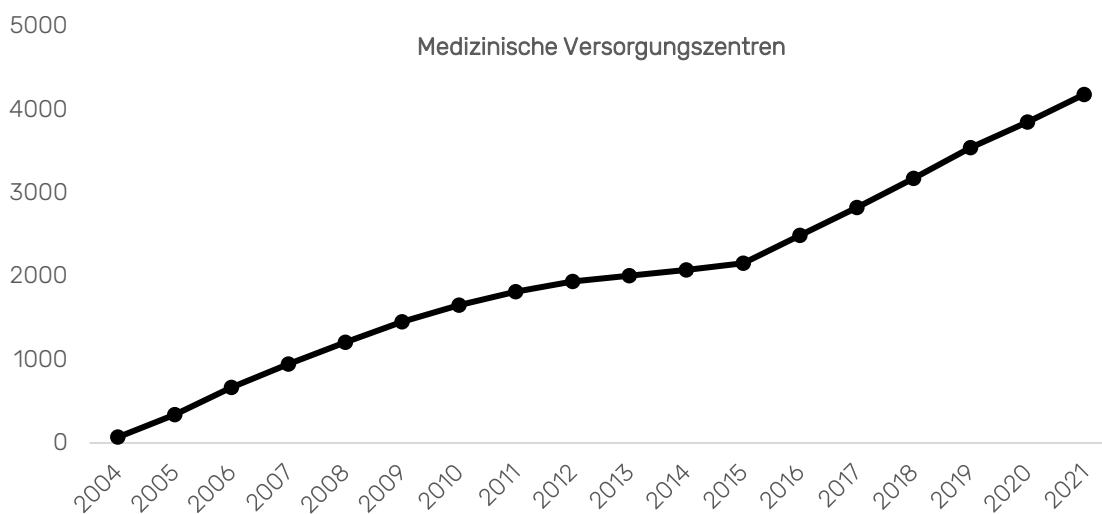
Trend ↑

Datenqualität Sehr gut (6/6)

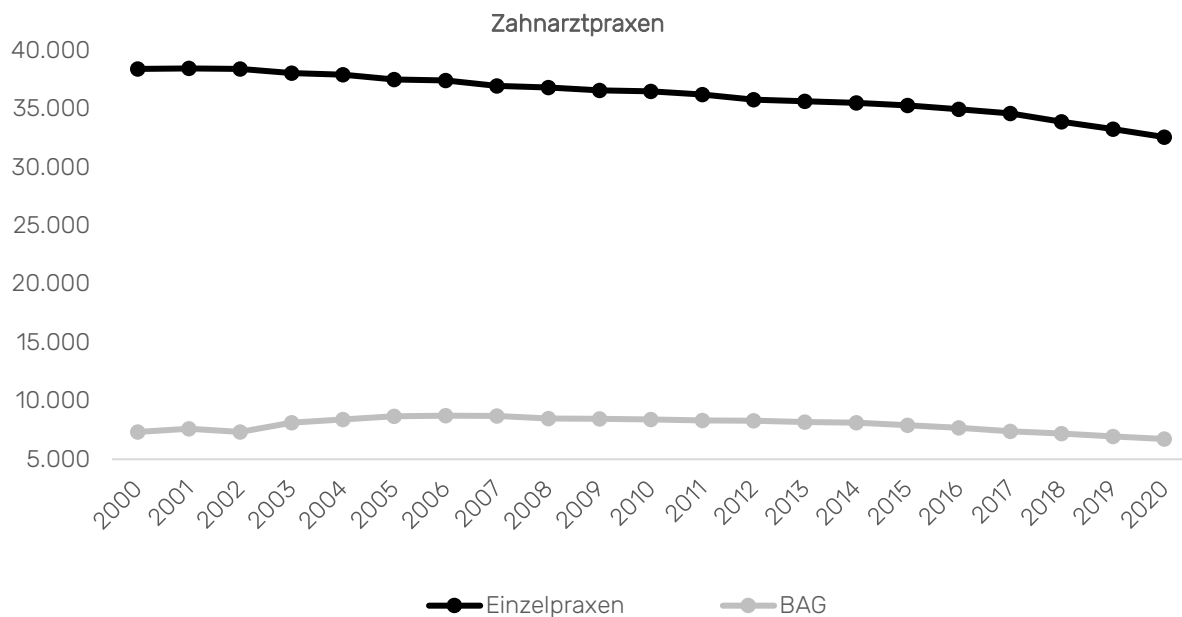
Prognose Nicht relevant

Zielvorgabe Nicht bekannt

Referenzwert Nicht relevant



Indikatoren 21 – 22	Zahnärztliche Praxen: Einzelpraxen, Berufsausübungsgemeinschaften	
Inhalt	Siehe Indikatoren 12 und 13.	
Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 Im Jahr 2019 gab es 33.276 Zahnarztpraxen als Einzelpraxen. Ein Jahr später waren es 32.589. Zahnärztlich Praxen können auch in Form einer BAG existieren, wobei es 2019 6.968 und 2020 6.736 davon gab. (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2021j)	
Trend	↓ →	
Datenqualität	Sehr gut (5/6)	
Prognose	Nicht relevant	
Zielvorgabe	Nicht bekannt	
Referenzwert	Nicht relevant	



Indikator 23 **Ambulante Pflege- und Betreuungsdienste**


Inhalt Der Indikator der ambulanttätigen Pflege- und Betreuungsdienste ist im Hinblick auf den demografischen Wandel besonders wichtig, damit die Versorgung einer zunehmend älteren (und immobileren) Bevölkerung gewährleistet bleibt.

Daten ✓2019 ✓2020 ✓2021
Die Trägeranzahl von ambulanten Pflege- und Betreuungsdiensten betrug 2019 14.688. Zwei Jahre zuvor hatte es 14.050 Träger in Deutschland gegeben. (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2021a)

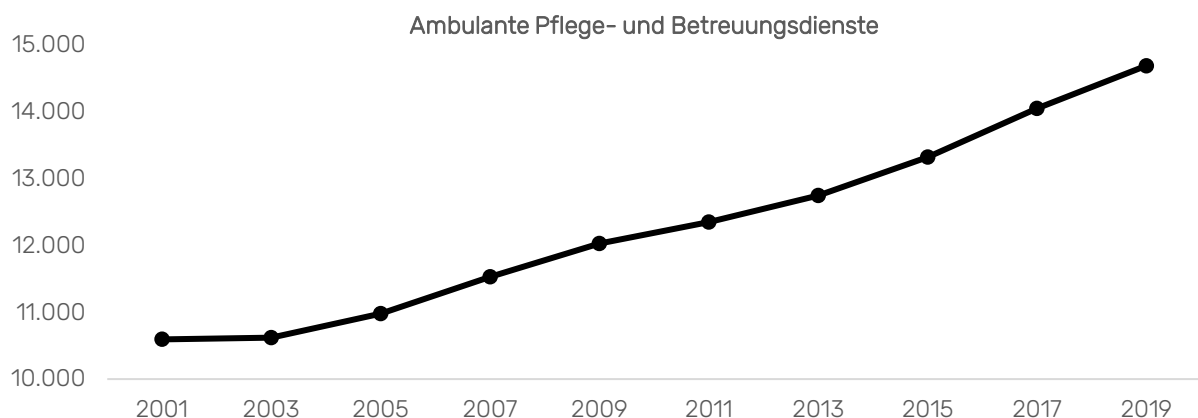
Trend ↑

Datenqualität Gut (4/6)

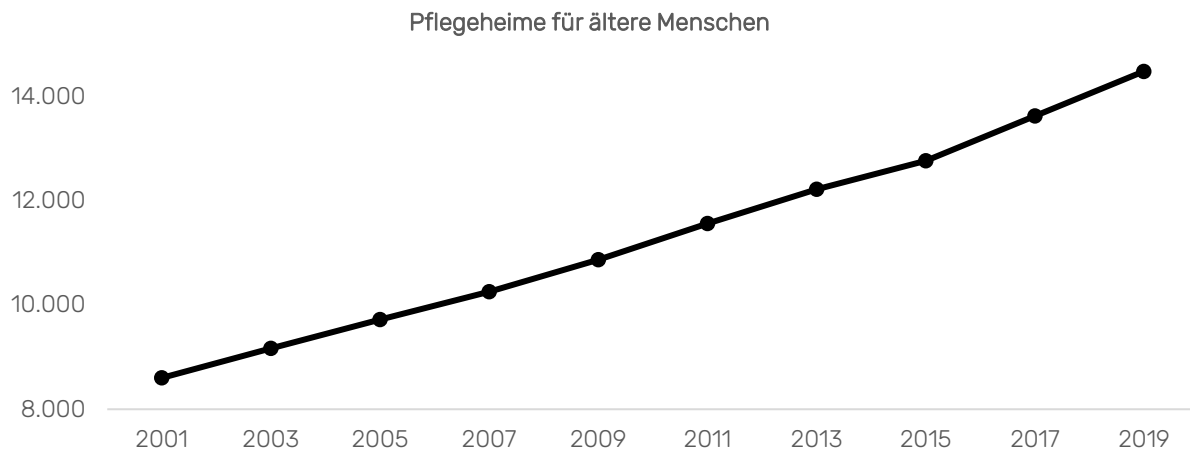
Prognose Nicht relevant

Zielvorgabe Nicht bekannt

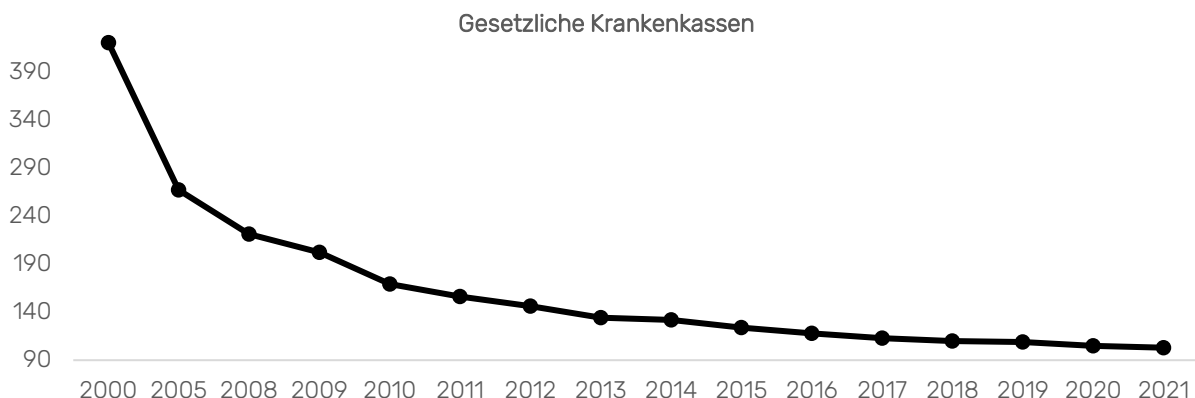
Referenzwert Nicht relevant



Indikator 24	Pflegeheime für ältere Menschen	
Inhalt	Siehe Indikator 23, nur dass hier der Schwerpunkt auf stationären Pflegeeinrichtungen speziell für ältere Menschen liegt.	
Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 Im Jahr 2019 gab es 14.494 Pflegeheimträger für ältere Menschen, 2017 waren es 13.633. (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2021e)	
Trend	↑	
Datenqualität	Gut (4/6)	
Prognose	Nicht relevant	
Zielvorgabe	Nicht bekannt	
Referenzwert	Nicht relevant	



Indikator 25	Gesetzliche Krankenkassen	
Inhalt	Gesetzliche Krankenkassen sind als Körperschaften des öffentlichen Rechts organisiert und führen mittels ihres Selbstverwaltungsrechts staatlich zugewiesene Aufgaben eigenständig durch.	
Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 Die Anzahl der gesetzlichen Krankenkassen hat stark abgenommen. Lag sie 1970 noch bei 1.815, gab es 2019 noch 109 Krankenkassen, 2020 105 und 2021 103. (GKV-Spitzenverband, 2022)	
Trend	↓	
Datenqualität	Sehr gut (6/6)	
Prognose	Nicht relevant	
Zielvorgabe	Nicht bekannt	
Referenzwert	Nicht relevant	



5.5.4 Beschäftigte im Gesundheitswesen (Workforce)

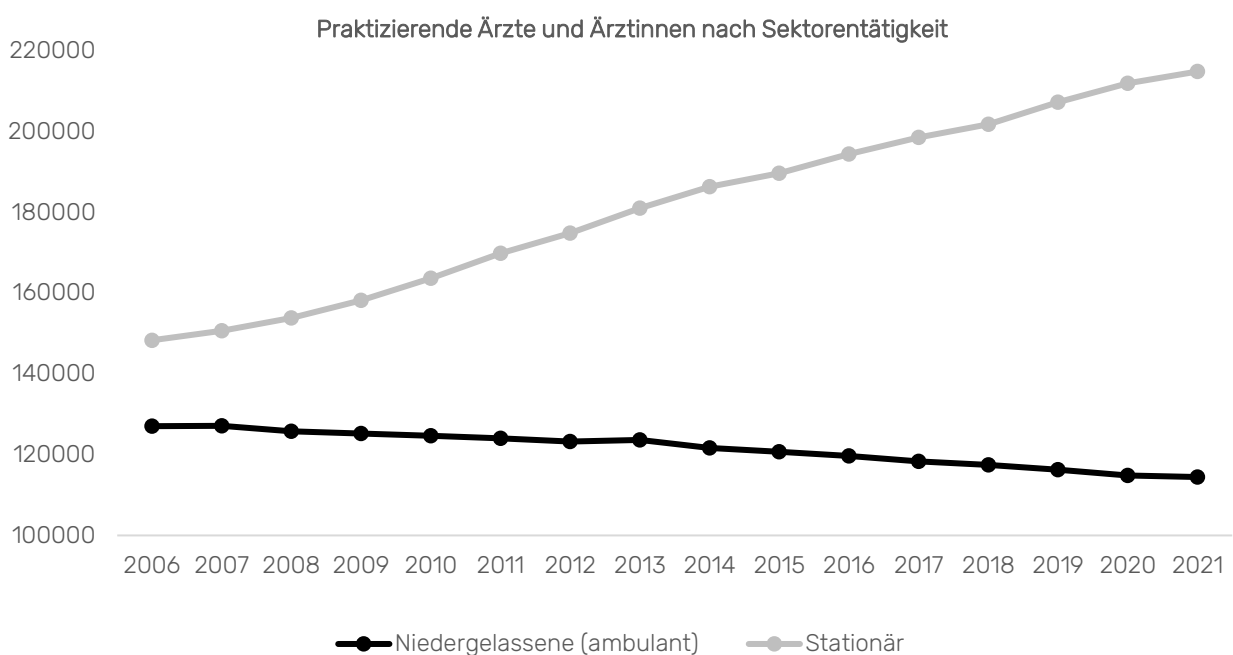
Damit die Organisation des Gesundheitssystems nachhaltig erfolgen kann, ist die Verfügbarkeit von ausreichendem und qualifiziertem Personal notwendig. Genutzt werden dafür 23 Indikatoren. Davon ist nur Indikator 39 (Pfleger; Beschäftigtenanteil mit Migrationshintergrund) nicht über eine Zeitreihe hinweg abbildbar. Die Daten, auf denen dieser Indikator basiert, weisen zudem die schlechteste Qualität (mangelhaft) auf, alle anderen Daten sind von sehr guter Qualität, sodass die Kategorie insgesamt eine sehr gute (5,4) Datenqualität aufweist. Da die Anzahl der Beschäftigten im Gesundheitswesen alleinstehend nicht aussagekräftig, sondern erst i. V. m. weiteren Kennzahlen sinnvoll ist (z. B. Prognosen von Personallücken, Anzahl Pflegebedürftiger), wird weitestgehend (78 %) auf eine Trendbewertung

verzichtet. Fünf Indikatoren wurden jedoch bewertet, vier davon positiv, einer negativ. Es liegen keine Zielvorgaben und für 83 % der Daten auch keine Prognose- oder Referenzwerte vor.

Indikator 26	Praktizierende Ärzte und Ärztinnen: Insgesamt	
Inhalt	Der ärztliche Heilberuf dient der Prävention, Diagnose, Therapie und Nachsorge bei Menschen, welche eine Erkrankung oder Beeinträchtigung haben. Oberstes Gebot des ärztlichen Handelns ist die Patient*innengesundheit. (Bundesärztekammer, 2011)	
Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 Im Jahr 2019 gab es in Deutschland insgesamt 402.453 praktizierende Ärzte und Ärztinnen, ein Jahr später waren es 409.121 und zwei Jahre später bzw. im Jahr 2021 416.120. Die Daten der beschriebenen Jahre werden in Bezug auf die Indikatoren 25 bis 34 über einzelne Publikationen der Bundesärztekammer zur Verfügung gestellt. (Bundesärztekammer, 2020, 2021, 2022)	
Trend	↑	
Datenqualität	Sehr gut (6/6)	
Prognose	Nicht relevant	
Zielvorgabe	Nicht bekannt	
Referenzwert	Nicht relevant	



Indikatoren 27 – 28	Praktizierende Ärzte und Ärztinnen: Tätig im ambulanten und im stationären Sektor	
Inhalt	Das deutsche Gesundheitswesen ist in den ambulanten und den stationären Sektor unterteilt, wobei die ambulante Versorgung schwerpunktmäßig durch niedergelassene Ärzte und Ärztinnen erfolgt, die stationäre Versorgung erfolgt vorrangig in Krankenhäusern.	
Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 Im Jahr 2019 waren 116.276 Ärzte/Ärztinnen als niedergelassene Ärzte/Ärztinnen tätig, 2020 114.857 und 2021 114.459. Im Hinblick auf die prognostizierte Versorgungslücke wird die Indikatorentwicklung als negativ bewertet. Im stationären Sektor sind mehr praktizierende Ärzte und Ärztinnen angesiedelt als im ambulanten Sektor. Hier praktizierten 2019 207.234 Ärzte und Ärztinnen, 2020 211.904 und 2021 214.845. Im Hinblick auf die prognostizierte Versorgungslücke wird die Indikatorentwicklung als positiv bewertet. (Bundesärztekammer, 2020, 2021, 2022)	
Trend	→ ↑	
Datenqualität	Sehr gut (6/6)	
Prognose	Bis zum Jahr 2030 wird eine Versorgungslücke in Höhe von 4.822 Ärzten und Ärztinnen im ambulanten Bereich prognostiziert, für den stationären Bereich wird das Fehlen von 1.536 Ärzten und Ärztinnen vorhergesagt (ohne psychologische Psychotherapeuten). (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2016)	
Zielvorgabe	Nicht bekannt	
Referenzwert	Nicht relevant	



Indikator 29
**Praktizierende Ärzte und Ärztinnen:
Beschäftigungsanteil ausländischer Ärzte und Ärztinnen**

Inhalt

Die Beschreibung des Migrationshintergrundes ist ursprünglich als ein demografischer Aspekt zu verstehen. Hier soll der Indikator für die Bevölkerungsentwicklung jedoch betont werden, indem er an die relevanten Berufsfelder für eine nachhaltige Entwicklung des Gesundheitswesens gekoppelt wird. Der Beschäftigungsanteil von Menschen mit Migrationshintergrund ist als ein Indikator zu verstehen, welcher ein Entgegenwirken zu dem demografischen Wandel und dem damit verbundenen Fachkräftemangel möglich macht.

Daten

✓2019 ✓2020 ✓2021

Über die betrachteten Jahre ist der Beschäftigungsanteil von praktizierenden Ärzten und Ärztinnen mit Migrationshintergrund angestiegen. Im Jahr 2019 lag er bei 52.522 Personen, 2020 bei 56.107 und 2021 bei 57.164. (Bundesärztekammer, 2020, 2021, 2022)

Trend

↑

Datenqualität

Sehr gut (6/6)

Prognose

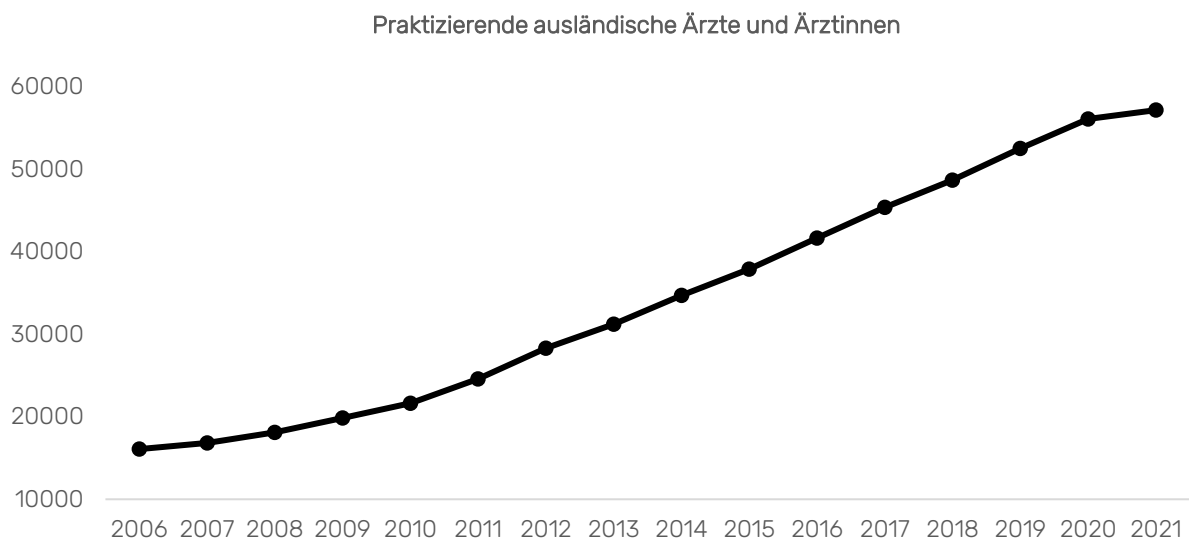
Nicht relevant

Zielvorgabe

Nicht bekannt

Referenzwert

Nicht relevant



Indikator 30
**Praktizierende Ärzte und Ärztinnen:
Innere Medizin**

Inhalt

An ein abgeschlossenes Medizinstudium kann sich die ärztliche Weiterbildung anschließen, welche die Weiterbildung zu einem Facharzt/-ärztin ermöglicht. In Abhängigkeit von der zuständigen Ärztekammer gibt es verschiedene angebotene Facharzttrichtungen: In Ostwestfalen-Lippe existieren bspw. aktuell 34 Facharztbezeichnungen in einem Fachgebiet bzw. Schwerpunktbezeichnungen eines Gebiets, in Bayern sind es aktuell 33, wobei hier das Fachgebiet Phoniatrie und Pädaudiologie im Gegensatz zu Ostwestfalen-Lippe nicht angeboten wird. (Ärztekammer Westfalen-Lippe, 2019; Bayerische Landesärztekammer) Die Indikatoren 29 bis 33 stellen die TOP fünf der häufigsten Facharzttrichtungen von praktizierenden Ärzten/Ärztinnen dar.

„Das Gebiet Innere Medizin umfasst die Vorbeugung, (Früh-)Erkennung, konservative und interventionelle Behandlung sowie Rehabilitation und Nachsorge der Gesundheitsstörungen einschließlich geriatrischer Krankheiten und Erkrankungen der Atmungsorgane, des Herzens und Kreislaufs, der Verdauungsorgane, der Nieren und ableitenden Harnwege, des Blutes und der blutbildenden Organe, des Gefäßsystems, des Stoffwechsels und der inneren Sekretion, des Immunsystems, des Stütz- und Bindegewebes, der Infektionskrankheiten und Vergiftungen sowie der soliden Tumore und der hämatologischen Neoplasien. Das Gebiet umfasst auch die Gesundheitsförderung und die Betreuung unter Berücksichtigung der somatischen, psychischen und sozialen Wechselwirkungen und die interdisziplinäre Koordination der an der gesundheitlichen Betreuung beteiligten Personen und Institutionen.“ (Ärztekammer Westfalen-Lippe, 2019)

Daten

✓2019 ✓2020 ✓2021

Die Anzahl der praktizierenden Ärzte und Ärztinnen, welche dem Gebiet der Inneren Medizin zugeordnet werden können, ist zwischen den Jahren 2019 und 2021 von ursprünglich 56.933 auf 59.576 angestiegen, wobei die Zahl zwischendurch im Jahr 2020 bei 58.155 lag. (Bundesärztekammer, 2020, 2021, 2022)

Trend

↑

Datenqualität

Sehr gut (6/6)

Prognose

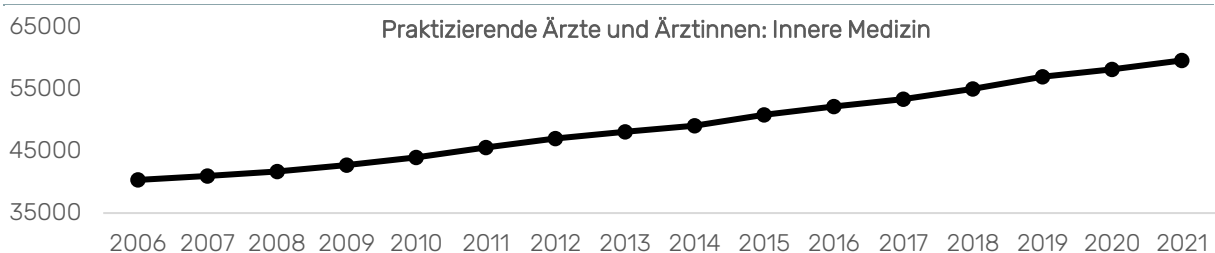
Nicht relevant

Zielvorgabe

Nicht bekannt

Referenzwert

Nicht relevant



Indikator 31 **Praktizierende Ärzte und Ärztinnen:**
Allgemeinmedizin

Inhalt

„Das Gebiet Allgemeinmedizin beinhaltet die medizinische Akut-, Langzeit- und Notfallversorgung von Patienten jeden Alters mit körperlichen und seelischen Gesundheitsstörungen sowie die Gesundheitsförderung, Prävention, Rehabilitation und die Versorgung in der Palliativsituation unter Berücksichtigung somatischer, psycho-sozialer, soziokultureller und ökologischer Aspekte. Das Gebiet hat zudem auch die besondere Funktion, als erste ärztliche Anlaufstelle bei allen Gesundheitsproblemen verfügbar zu sein sowie die sektorenübergreifende Versorgungskoordination und Integration mit anderen Arztgruppen und Fachberufen im Gesundheitswesen zu gewährleisten. Es umfasst die haus- und familienärztliche Funktion unter Berücksichtigung eines ganzheitlichen Fallverständnisses und der Multimorbidität im unausgelesenen Patientenkollektiv, insbesondere die Betreuung des Patienten im Kontext seiner Familie oder sozialen Gemeinschaft, auch im häuslichen Umfeld.“ (Ärztekammer Westfalen-Lippe, 2019)

Daten

✓2019 ✓2020 ✓2021

Die Zahl praktizierender Allgemeinmediziner blieb relativ konstant, wobei sie 2019 44.216, 2020 44.158 und 2021 44.451 betrug. (Bundesärztekammer, 2020, 2021, 2022)

Trend

→

Datenqualität

Sehr gut (6/6)

Prognose

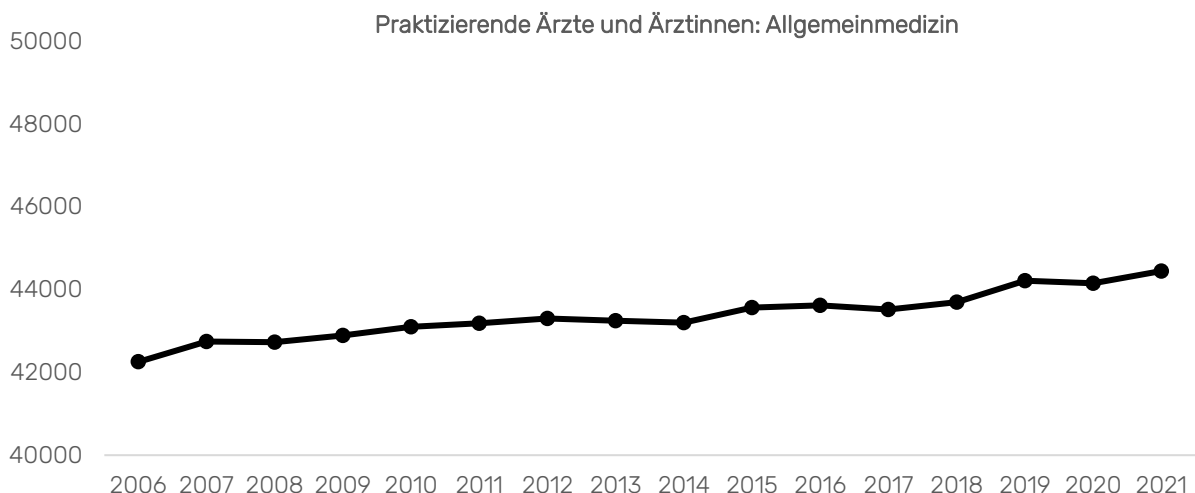
Nicht relevant

Zielvorgabe

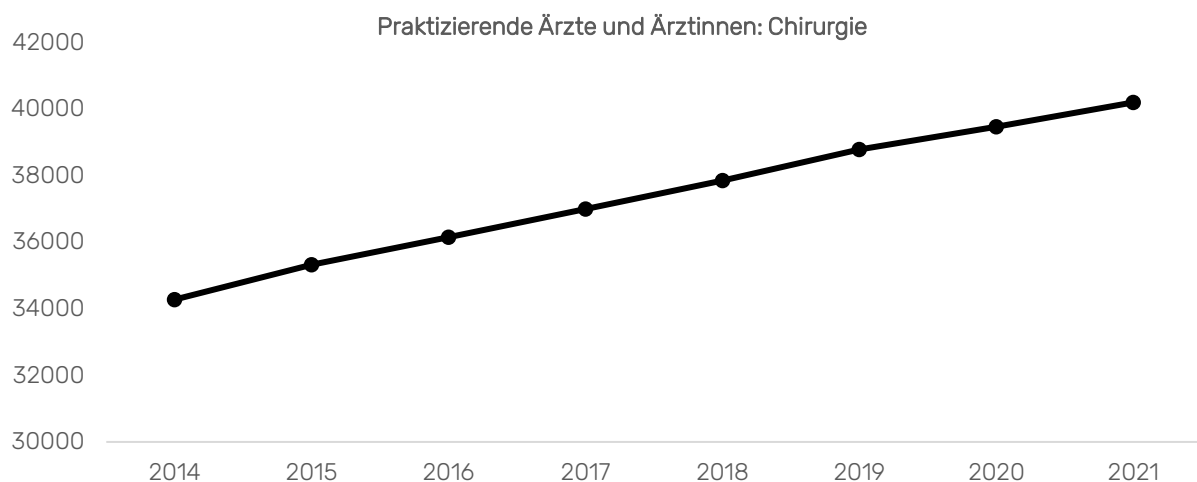
Nicht bekannt

Referenzwert

Nicht relevant



Indikator 32	Praktizierende Ärzte und Ärztinnen: Chirurgie	
Inhalt	„Das Gebiet Chirurgie umfasst die Vorbeugung, Erkennung, konservative und operative Behandlung, Nachsorge und Rehabilitation von chirurgischen Erkrankungen, Verletzungen und Verletzungsfolgen sowie angeborenen und erworbenen Formveränderungen und Fehlbildungen der Gefäße, der inneren Organe einschließlich des Herzens, der Stütz- und Bewegungsorgane sowie der Wiederherstellungs- und Transplantationschirurgie.“ (Ärzttekammer Westfalen-Lippe, 2019)	
Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 Viele praktizierende Ärzte und Ärztinnen sind in der Chirurgie tätig: 2019 waren es 38.781, 2020 39.463 und 2021 40.194. (Bundesärztekammer, 2020, 2021, 2022) Im Zeitverlauf wird das Dachgebiet der Chirurgie erst ab dem Jahr 2014 dargestellt, da zu dem Zeitpunkt eine Zusammenfassung der Orthopädie und Unfallchirurgie stattgefunden hat.	
Trend	↑	
Datenqualität	Sehr gut (6/6)	
Prognose	Nicht relevant	
Zielvorgabe	Nicht bekannt	
Referenzwert	Nicht relevant	



Indikator 33 **Praktizierende Ärzte und Ärztinnen:
Frauenheilkunde und Geburtshilfe**


Inhalt „Das Gebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe umfasst die Erkennung, Vorbeugung, konservative und operative Behandlung sowie Nachsorge von geschlechtsspezifischen Gesundheitsstörungen der Frau einschließlich plastisch-rekonstruktiver Eingriffe, der gynäkologischen Onkologie, Endokrinologie, Fortpflanzungsmedizin, Urogynäkologie, der Betreuung und Überwachung normaler und gestörter Schwangerschaften, Geburten und Wochenbettverläufe sowie der Prä- und Perinatalmedizin.“ (Ärztekammer Westfalen-Lippe, 2019)

Daten ✓2019 ✓2020 ✓2021
Die Anzahl von Ärzten/Ärztinnen, welche Frauenheilkunde und Geburtshilfe praktizieren, ist von 18.999 (2019) über 19.151 (2020) auf 19.295 (2021) gestiegen. (Bundesärztekammer, 2020, 2021, 2022)

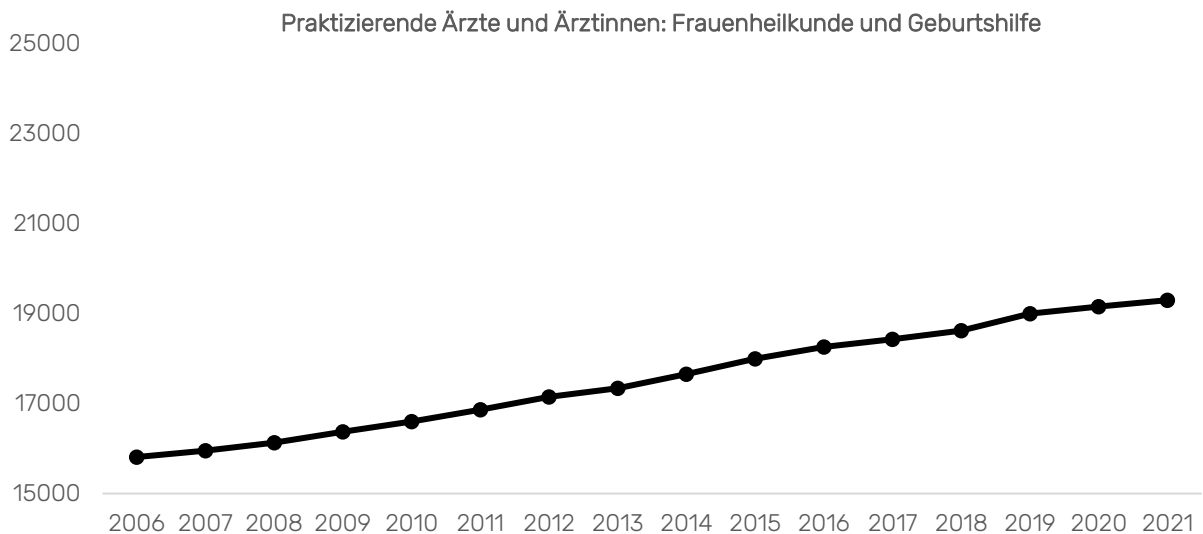
Trend ↑

Datenqualität Sehr gut (6/6)

Prognose Nicht relevant

Zielvorgabe Nicht bekannt

Referenzwert Nicht relevant



Indikator 34 **Praktizierende Ärzte und Ärztinnen:
Psychiatrie und Psychotherapie**

Inhalt

„Das Gebiet Psychiatrie und Psychotherapie umfasst die Vorbeugung, Erkennung und somatotherapeutische, psychotherapeutische sowie sozialpsychiatrische Behandlung und Rehabilitation von psychischen Erkrankungen und Störungen, die psychosomatischen bzw. somato-psychischen Wechselwirkungen und toxischen Schädigungen unter Berücksichtigung ihrer psychosozialen Anteile, psychosomatischen Bezüge und forensischen Aspekte.“ (Ärztekammer Westfalen-Lippe, 2019)

Daten

✓2019 ✓2020 ✓2021

Unter den fünf häufigsten Facharztgebieten findet sich auch die Psychiatrie und Psychotherapie. Im Jahr 2019 gingen 11.760 praktizierende Ärzte und Ärztinnen ihrer Tätigkeit auf diesem Gebiet nach, 2020 waren es 12.053 und 2021 12.428. (Bundesärztekammer, 2020, 2021, 2022)

Trend

↑

Datenqualität

Sehr gut (6/6)

Prognose

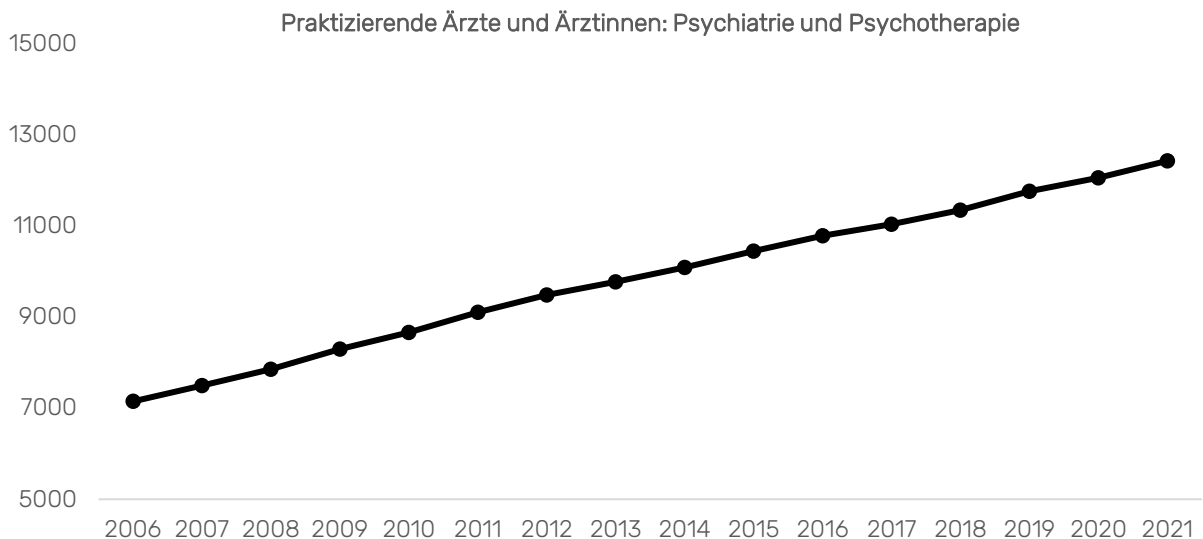
Nicht relevant

Zielvorgabe

Nicht bekannt

Referenzwert

Nicht relevant



Indikator 35
**Praktizierende Ärzte und Ärztinnen:
Hygiene und Umweltmedizin**

Inhalt

Ergänzend zu den fünf häufigsten Facharztgebieten wird auch die Entwicklung des Gebiets der Hygiene und Umweltmedizin aufgenommen. Durch seinen umweltbezogenen Gedanken wird das Facharztgebiet für eine nachhaltige Entwicklung angesichts ökologischer Herausforderungen besonders relevant.

„Das Gebiet Hygiene und Umweltmedizin umfasst die Erkennung, Erfassung, Bewertung sowie Vermeidung schädlicher endogener und exogener Faktoren, welche die Gesundheit des Einzelnen oder der Bevölkerung beeinflussen sowie die Entwicklung von Grundsätzen für den Gesundheitsschutz und der gesundheitsbezogenen Umwelthygiene. Das Gebiet umfasst auch die Unterstützung und Beratung von Ärzten/Ärztinnen und Institutionen insbesondere in der Krankenhaus- und Praxishygiene, Infektionsprävention sowie der Umwelthygiene und Umweltmedizin, der Individualhygiene sowie im gesundheitlichen Verbraucherschutz.“ (Ärztekammer Westfalen-Lippe, 2019)

Daten

✓2019 ✓2020 ✓2021

Im Jahr 2019 gingen 228 Ärzte und Ärztinnen ihrer Tätigkeit im Fachgebiet der Hygiene und Umweltmedizin nach, im Folgejahr waren es 239 und 2021 praktizierten 248 Ärzte und Ärztinnen auf diesem Gebiet. (Bundesärztekammer, 2020, 2021, 2022)

Trend

↑

Datenqualität

Sehr gut (6/6)

Prognose

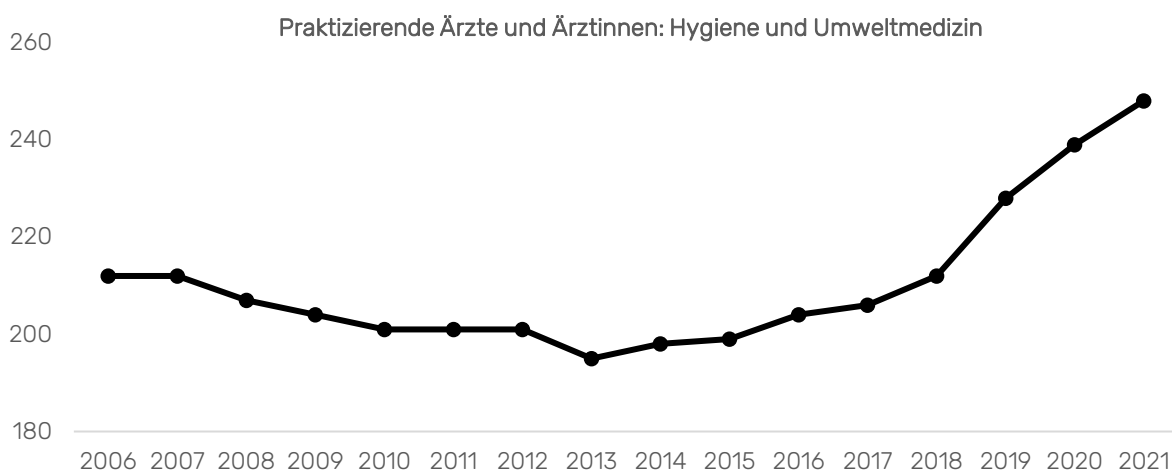
Nicht relevant

Zielvorgabe

Nicht bekannt

Referenzwert

Nicht relevant



Indikator 36 **Praktizierende Ärzte und Ärztinnen:
Zahnmedizin und Kieferorthopädie**


Inhalt Für eine möglichst ganzheitliche Darstellung der ärztlichen Berufsgruppen, welche einen starken Einfluss auf die Ausgestaltung der Nachhaltigkeit des Gesundheitswesens haben können, reicht eine Betrachtung der reinen Humanmedizin nicht aus. Daher wird auch die Zahnmedizin aufgearbeitet. Die Berufsgruppe der Zahnärzte/-ärztinnen setzt sich mit der Prävention, Diagnose, Therapie und Nachsorge von Zahn-, Kiefer- und Munderkrankungen auseinander.

Daten ✓2019 ✓2020 ✓2021

Die Zahl der Zahnärzte/-ärztinnen und Kieferorthopäden/-orthopädinnen ist im relevanten Beobachtungszeitraum konstant geblieben und lag sowohl 2019 als auch 2020 bei 74.000 Personen, wobei über das Jahr 2021 noch keine Aussage gemacht werden kann.
(Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2021b)

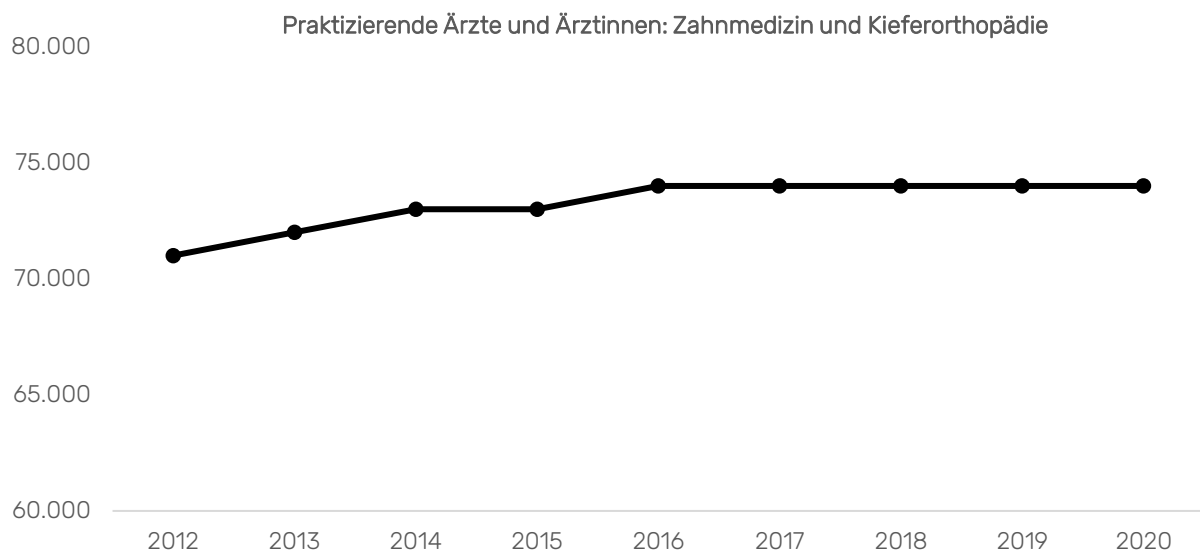
Trend →

Datenqualität Sehr gut (5/6)

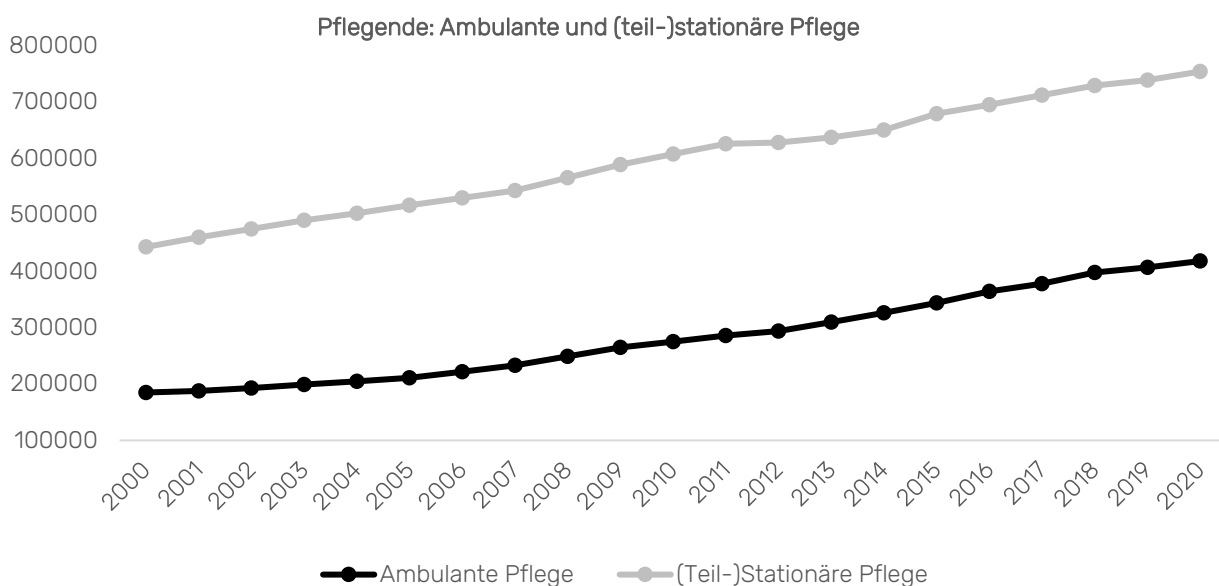
Prognose Nicht relevant

Zielvorgabe Nicht bekannt

Referenzwert Nicht relevant

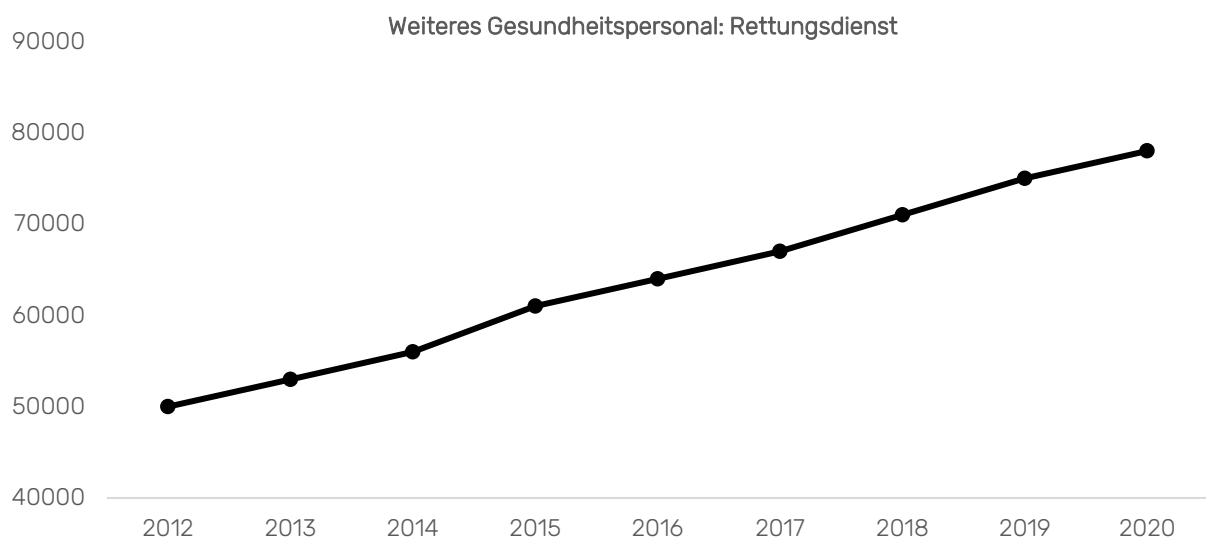


Indikatoren 37 – 38	Pflegende: Ambulante und (teil-)stationäre Pflege	
Inhalt	Einen wesentlichen Bestandteil für die Beschreibung der Beschäftigten im Gesundheitswesen bzw. der Workforce stellt die Gesundheits- und Krankenpflege dar. Pflege kann dabei über ambulante Dienste in der Häuslichkeit des Patienten bzw. der Patientin erfolgen oder über stationäre Pflegeeinrichtungen. Werden Patient*innen einen Teil des Tages in einer stationären Einrichtung gepflegt, handelt es sich um eine teilstationäre Pflege.	
Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 Im Jahr 2019 gingen 407.000 Personen einer ambulanten Pflege Tätigkeit nach, 2020 waren es 418.000 Personen. Im Bereich der (teil-)stationären Pflege waren 2019 739.000 Pflegenden aktiv, im Folgejahr waren es 754.000. In Hinblick auf die prognostizierte Versorgungslücke wird die Indikatorentwicklung als positiv bewertet. (Statistisches Bundesamt, 2021c)	
Trend	↑	
Datenqualität	Sehr gut (5/6)	
Prognose	Bis zum Jahr 2030 wird für den ambulanten Bereich eine Versorgungslücke i. H. v. 117.120 bis 208.249 Pflegenden prognostiziert. Für den (teil-)stationären Versorgungsbereich wird eine Personallücke i. H. v. 54.666 bis 328.899 Pflegenden vorhergesagt. (Bertelsmann Stiftung, 2012)	
Zielvorgabe	Nicht bekannt	
Referenzwert	Nicht relevant	



Indikator 39	Pfleger: Beschäftigungsanteil ausländischer Pfleger
Inhalt	Die Beschreibung des Migrationshintergrundes ist ursprünglich als ein demografischer Aspekt zu verstehen. Hier soll der Indikator für die Bevölkerungsentwicklung jedoch betont werden, indem er an die relevanten Berufsfelder für eine nachhaltige Entwicklung des Gesundheitswesens gekoppelt wird. Der Beschäftigungsanteil von Menschen mit Migrationshintergrund ist als ein Indikator zu verstehen, welcher es möglich macht, dem demografischen Wandel und dem damit verbundenen Fachkräftemangel entgegenzuwirken.
Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 Der Beschäftigtenanteil von ausländischen Gesundheits- und Krankenpflegenden sowie Altenpflegenden ist zuletzt für das Jahr 2014 quantifiziert worden, wobei festgestellt wurde, dass 267.000 Menschen, welche nicht aus Deutschland stammten, in dem Beruf tätig waren. (Kraemer, 2016)
Trend	Zu wenige Datenpunkte für eine Trendbewertung vorhanden (NA).
Datenqualität	Mangelhaft (1/6)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Nicht relevant

Indikator 40	Weiteres Gesundheitspersonal: Rettungsdienst	
Inhalt	Dem Rettungsdienst ist die öffentliche Aufgabe der Gesundheitsfürsorge und Gefahrenabwehr zugeschrieben, wobei er auch privat organisiert sein kann. Er ist in Notfallrettung und Krankentransport unterteilt. (Normenausschuss Rettungsdienst und Krankenhaus im DIN, 2009)	
Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 Im Jahr 2019 waren 75.000 Menschen im Rettungsdienst tätig, im Folgejahr waren es ca. 3.000 mehr. (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2022h)	
Trend	↑	
Datenqualität	Sehr gut (5/6)	
Prognose	Nicht relevant	
Zielvorgabe	Nicht bekannt	
Referenzwert	Nicht relevant	



Indikator 41
**Weiteres Gesundheitspersonal:
Pharmazeutische Industrie**

Inhalt

Die pharmazeutische Industrie ist hier als ein Teil der Vorleistungsin-
dustrien des Gesundheitswesens zu verstehen. Alle Pharmaunterneh-
men zusammen bilden die pharmazeutische Industrie, welche über
mehrere Verbände organisiert ist (bspw. Verband forschender Arznei-
mittelhersteller, Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie, Pro
Generika e. V.). Schwerpunkt der Industrie ist die Herstellung von phar-
mazeutischen Grundstoffen sowie von Spezialitäten wie z. B. Arznei-
mitteln, Impfstoffen. (Gesundheitsberichterstattung des Bundes,
2022h)

Daten

✓2019 ✓2020 ✓2021

Im Jahr 2020 waren 162.000 Menschen in Deutschland in der pharma-
zeutischen Industrie tätig, im Vorjahr waren es 158.000 Menschen. (Ge-
sundheitsberichterstattung des Bundes, 2022h)

Trend

↑

Datenqualität

Sehr gut (5/6)

Prognose

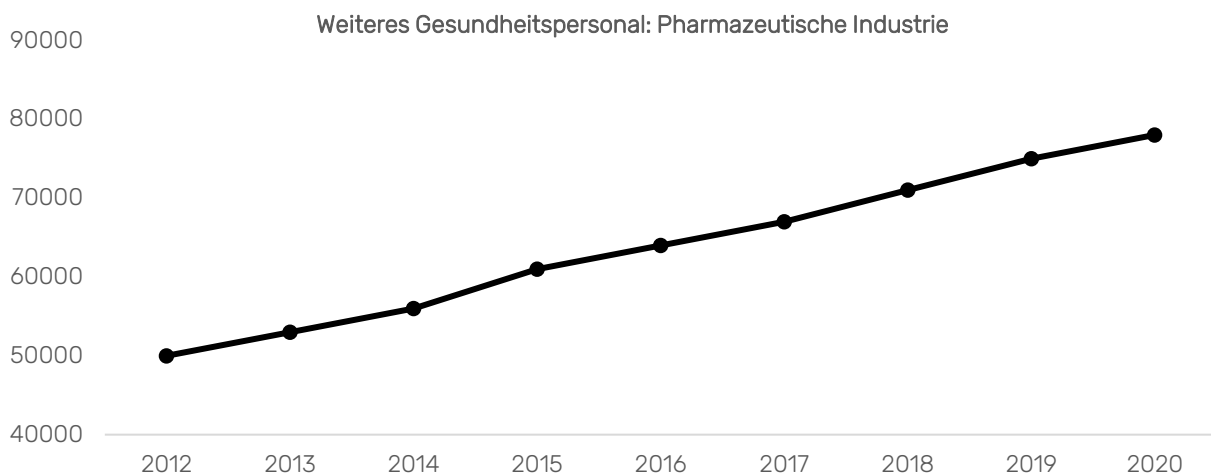
Nicht relevant

Zielvorgabe

Nicht bekannt

Referenzwert

Nicht relevant



Indikator 42
**Weiteres Gesundheitspersonal:
Beschäftigte in Apotheken**

Inhalt

Pharmazeutische Tätigkeiten dürfen nur von pharmazeutischem Personal durchgeführt werden. Apothekenpersonal können neben Apotheker*innen, pharmazeutisch-technische Assistent*innen, pharmazeutische Assistent*innen, Apothekenassistent*innen, -helfer*innen, -facharbeiter*innen sowie Personen, welche die Ausbildung zum/zur Apotheker*in oder zum/zur pharmazeutisch-technischen Assistent*in absolvieren, sein. (§ 3 Apothekenbetriebsordnung) An dieser Stelle werden durch die Gesundheitsausgabenrechnung nur die öffentlichen Apotheken (nicht die Krankenhausapotheken) erfasst. (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2022h)

Daten

✓2019 ✓2020 ✓2021

Die Zahl der Beschäftigten in Apotheken ist im Jahr 2020 gegenüber dem Vorjahr leicht angestiegen und ging 2021 wieder zurück. So betrug die Anzahl 2019 168.393 Personen, 2020 168.465 und 2021 167.819. (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2022b)

Trend

↑

Datenqualität

Sehr gut (6/6)

Prognose

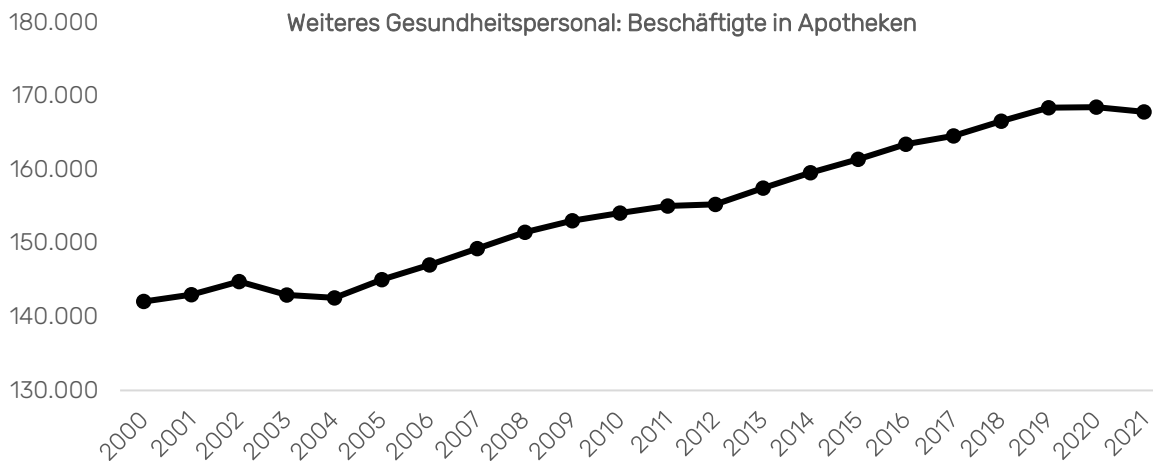
Nicht relevant

Zielvorgabe

Nicht bekannt

Referenzwert

Nicht relevant



Indikator 43
**Weiteres Gesundheitspersonal:
Medizinische und zahnmedizinische Laboratorien**

Inhalt

Medizinische und zahnmedizinische Laboratorien sind hier als ein Teil der Vorleistungsindustrien des Gesundheitswesens zu verstehen. Grundlage der Anerkennung der Laboratorien ist neben der DIN-Norm 15189 das Gesetz über Medizinprodukte i. V. m. Richtlinien des Rates, wobei die Zentralstelle der Länder für Gesundheitsschutz bei Arzneimitteln und Medizinprodukten weitere Informationen bereitstellt. (Zentralstelle der Länder für Gesundheitsschutz bei Arzneimitteln und Medizinprodukten, 2022) Die Laboratorien können bspw. in Form von pathologischen Instituten, Blut- und Samenbanken, gewerblichen zahntechnischen Laboratorien, Laboratoriumsdiagnostik und Laboratorien für medizinische Untersuchungen bestehen.

Daten

✓2019 ✓2020 ✓2021

Im Jahr 2019 existierten in Deutschland 95.000 (zahn-)medizinische Laboratorien, im Folgejahr sank die Zahl um 1.000. (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2022h)

Trend

→

Datenqualität

Sehr gut (5/6)

Prognose

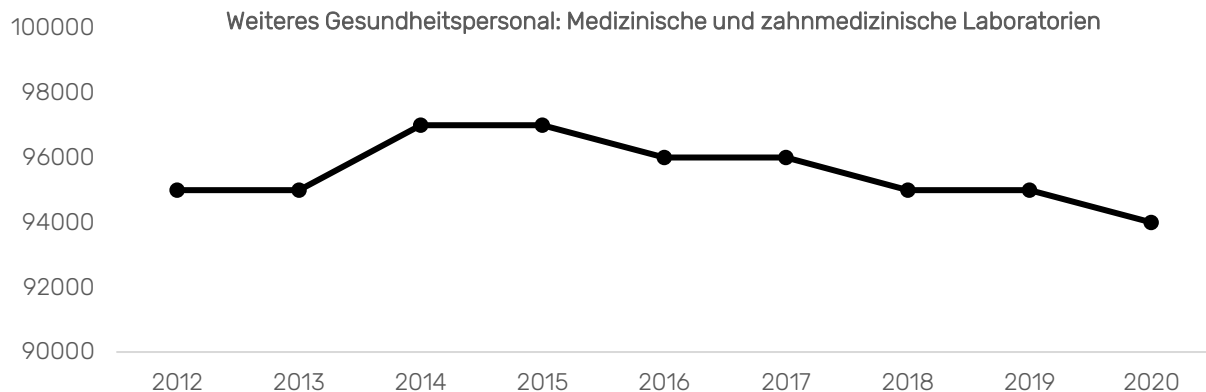
Nicht relevant

Zielvorgabe

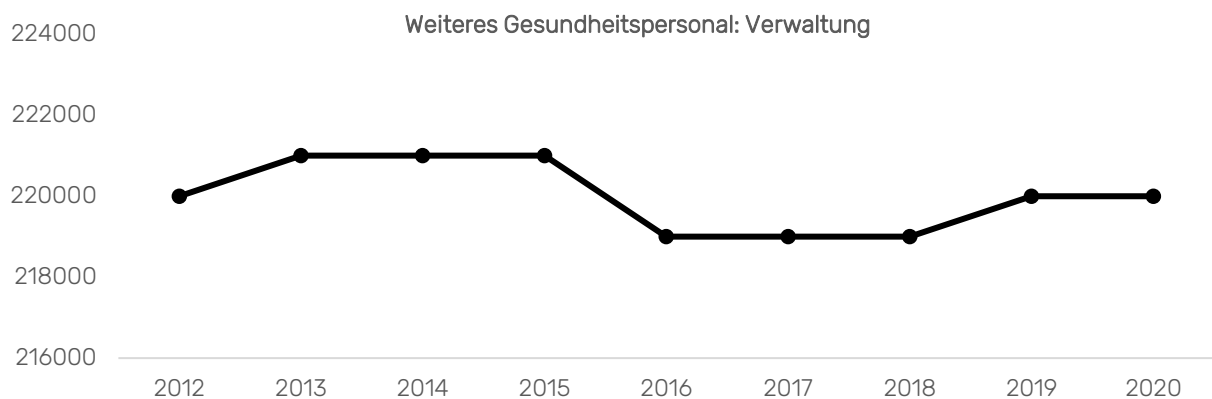
Nicht bekannt

Referenzwert

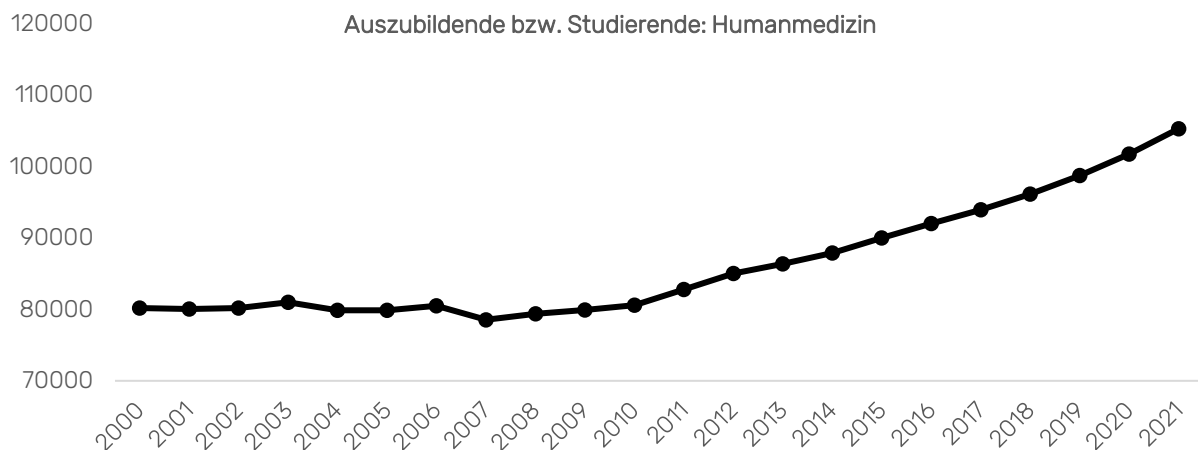
Nicht relevant



Indikator 44	Weiteres Gesundheitspersonal: Verwaltung	
Inhalt	Das Gesundheitspersonal, welches im Verwaltungsbereich tätig ist, kann über die Gesundheitspersonalrechnung ermittelt werden. Beispielsweise werden Beschäftigte des Medizinischen Dienstes und von Gesundheitsministerien der Verwaltung zugeordnet, ebenso Beschäftigte von Einrichtungen der GKV, PKV sowie der gesetzlichen Unfall-, Renten- und Pflegeversicherung. (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2022h)	
Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 Die Zahl der Beschäftigten in der Verwaltung des Gesundheitswesens ist von 2019 zu 2020 unverändert bei 220.000 geblieben. Wird allerdings ein längerer Betrachtungszeitraum zugrunde gelegt, zeigt sich, dass die Beschäftigtenzahl in den letzten Jahren gestiegen ist. (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2022h)	
Trend	→	
Datenqualität	Sehr gut (5/6)	
Prognose	Nicht relevant	
Zielvorgabe	Nicht bekannt	
Referenzwert	Nicht relevant	



Indikator 45	Auszubildende bzw. Studierende: Humanmedizin	
Inhalt	Studierende der Humanmedizin befinden sich in der wissenschaftlichen und praktischen Ausbildung zum Arzt bzw. Ärztin an einer Universität oder gleichgestellten Hochschule, mit einer Regelstudienzeit von sechs Jahren (die genaue Regelstudienzeit beträgt sechs Jahre und drei Monate). Die ärztliche Prüfung findet in drei Abschnitten statt. Das letzte Jahr des Studiums ist das praktische Jahr, zuvor werden das Physikum bzw. die Vorprüfung und anschließend der klinische Bereich absolviert. (§ 1 und 2 Approbationsordnung für Ärzte)	
Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 Zwischen 2019 und 2021 hat die Zahl der Studierenden der Humanmedizin zugenommen. Im Wintersemester 2019/2020 studierten 93.736 Personen das Fach, im folgenden Wintersemester waren es 101.712 Personen und 2021 105.275 Personen. (Statistisches Bundesamt, 2022d)	
Trend	↑	
Datenqualität	Sehr gut (6/6)	
Prognose	Nicht relevant	
Zielvorgabe	Nicht bekannt	
Referenzwert	Nicht relevant	



Indikator 46
**Auszubildende bzw. Studierende:
Zahnmedizin**

Inhalt

Studierende der Zahnmedizin werden durch ein fünfjähriges Studium (die genaue Regelstudienzeit beträgt fünf Jahre und sechs Monate) an einer Universität oder gleichgestellten Hochschule für die selbstständige und eigenverantwortliche Ausübung der Zahnheilkunde ausgebildet. Die zahnärztliche Prüfung gliedert sich in drei Abschnitte. (§ 1 und 2 Approbationsordnung für Zahnärzte und Zahnärztinnen)

Daten

✓2019 ✓2020 ✓2021

Für das Studium der Zahnmedizin waren 2019 15.396 Personen immatrikuliert, 2020 waren es 15.575 und 2021 15.492 Menschen. (Statistisches Bundesamt, 2022d)

Trend

→

Datenqualität

Sehr gut (6/6)

Prognose

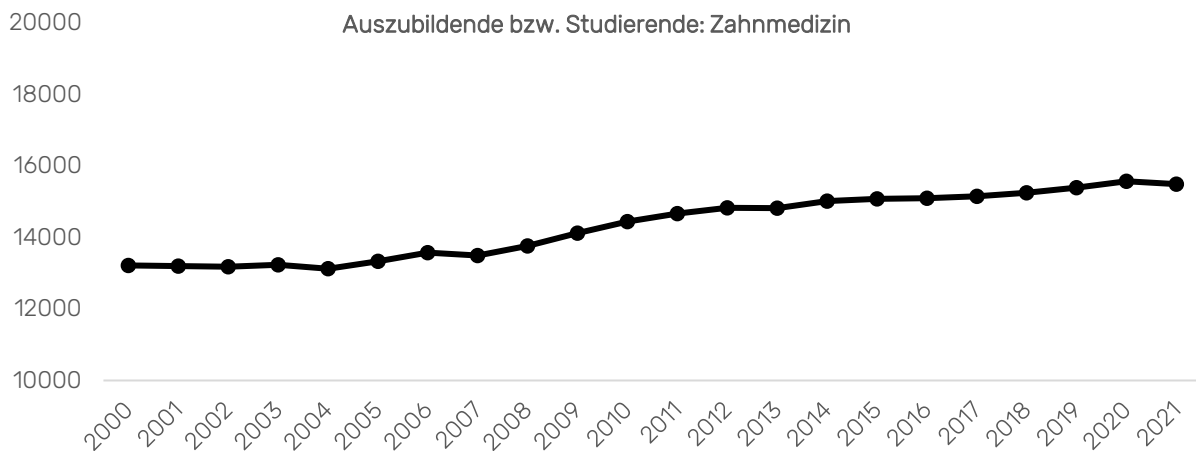
Nicht relevant

Zielvorgabe

Nicht bekannt

Referenzwert

Nicht relevant



Indikator 47	Auszubildende bzw. Studierende: Gesundheits- und Krankenpflege	
---------------------	---	---

Inhalt	Erfasst werden die Personen, die eine Ausbildung zum/zur Gesundheits- und Krankenpfleger*in an beruflichen Schulen absolvieren. Die Ausbildung zur Pflegefachfrau bzw. zum Pflegefachmann (integriert seit 2020 Gesundheits- und Krankenpfleger*in, Kinderkrankenpfleger*in, Altenpfleger*in) dauert drei Jahre (bzw. in Teilzeit fünf Jahre) und setzt sich aus einem theoretischen und einem praktischen Teil zusammen. Erlernt wird die Pflege von Menschen aller Altersgruppen und Versorgungsbereichen (akut-stationär, dauerhaft-stationär, ambulant). (§ 5 Pflegeberufegesetz)
---------------	---

Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 Im Jahr 2018 betrug die Zahl der Auszubildenden in der Gesundheits- und Krankenpflege 25.008, ein Jahr später waren es 1.620 Personen mehr. (Statistisches Bundesamt, 2020b)
--------------	---

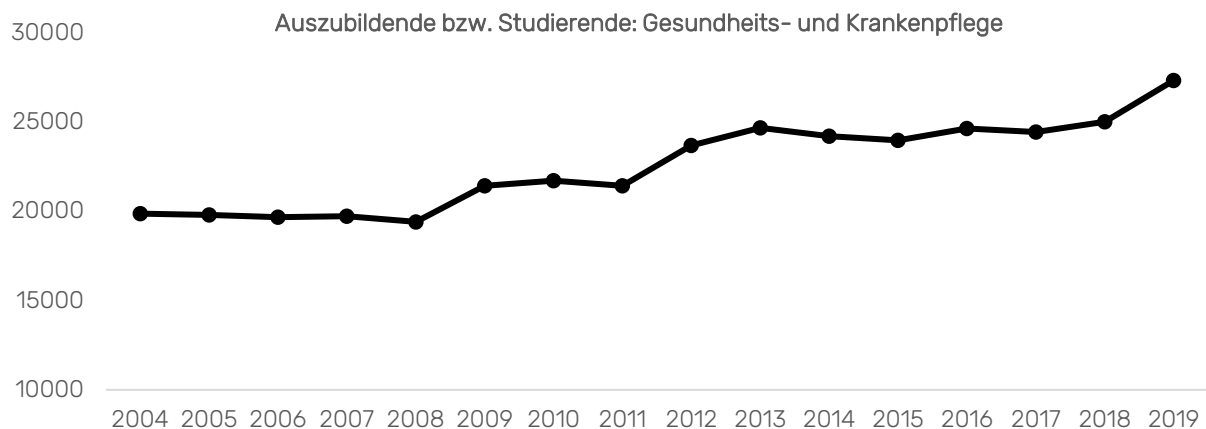
Trend	↑
--------------	---

Datenqualität	Sehr gut (6/6)
----------------------	----------------

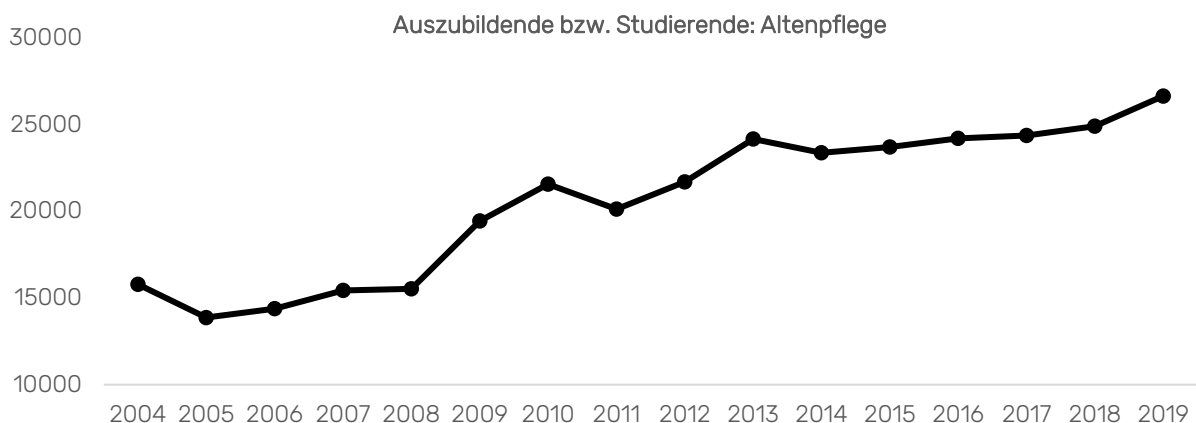
Prognose	Nicht relevant
-----------------	----------------

Zielvorgabe	Nicht bekannt
--------------------	---------------

Referenzwert	Nicht relevant
---------------------	----------------



Indikator 48	Auszubildende bzw. Studierende: Altenpflege	
Inhalt	Siehe Indikator 47. Vor Ende 2019 begonnene Ausbildungen in dem spezialisierten Bereich der Altenpflege können bis Ende 2024 beendet werden. Auch wenn die Ausbildung durch die Reform des Krankenpflegegesetzes in dem generalistischen Beruf des Pflegefachmanns bzw. der Pflegefachfrau aufgegangen ist, soll ihre Entwicklung vor dem Hintergrund des demografischen Wandels weiter im Blick behalten werden, weshalb der Indikator im Nachhaltigkeitsindex verbleibt.	
Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 Im Jahr 2018 betrug die Zahl der Auszubildenden in der Altenpflege 24.897, ein Jahr später waren es 2.412 Personen mehr. (Statistisches Bundesamt, 2020b)	
Trend	↑	
Datenqualität	Sehr gut (5/6)	
Prognose	Nicht relevant	
Zielvorgabe	Nicht bekannt	
Referenzwert	Nicht relevant	



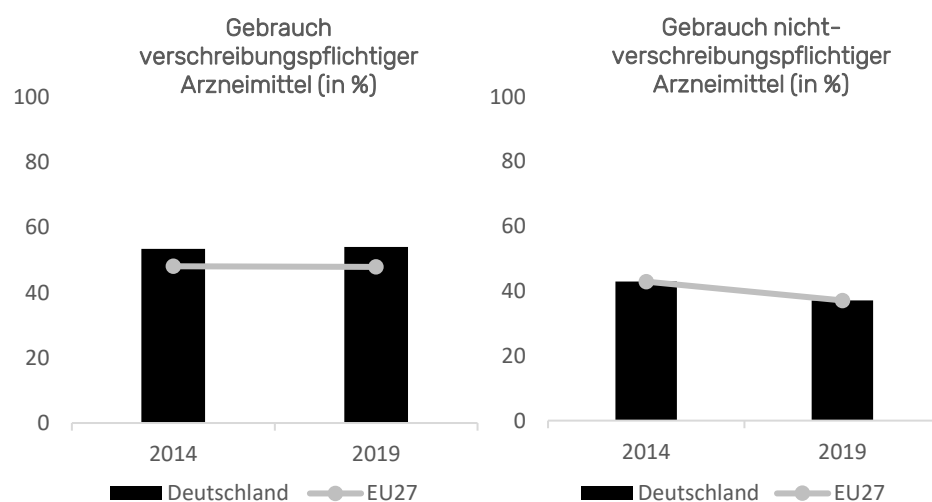
5.5.5 Produkte

Für die Gewährleistung der dauerhaften Aufrechterhaltung der Leistungsfähigkeit bzw. der nachhaltigen Ausgestaltung des deutschen Gesundheitssystems ist die Verfügbarkeit von Produkten wie Arzneimitteln und Technologien (bspw. MRT) notwendig. Diese Verfügbarkeit kann sich auch in der Darstellung von Lieferengpässen und Risikomeldungen niederschlagen. Bislang werden für die Darstellung der Kategorie „Produkte“ elf Indikatoren im Nachhaltigkeitsindex berücksichtigt. Deren Qualität wird mit „gut“ bewertet (3,7). Für die Kategorie konnten keine Zielvorgaben aufgefunden werden und für 55 % der Indikatoren liegen auch

keine weiteren Referenz- bzw. Prognosewerte vor. Für den größten Teil der Indikatoren (82 %) wurde keine Trendbewertung gebildet. Die Entwicklung von Indikator 55 (Lieferengpässe Impfstoffe) wurde positiv, jene von Indikator 56 (Risikomeldungen Medizinprodukte) negativ bewertet.

Indikatoren 49 – 50	Arzneimittel: DDD-Kosten Patentarzneimittel und Nicht-Patentarzneimittel
Inhalt	Die Defined Daily Dose (DDD) gibt als statistische (nicht therapeutische) Größe an, welche Medikamentendosis (in Abhängigkeit von einer konkreten Indikation) durchschnittlich pro Tag verordnet wird. Die folgende monetäre Bewertung der DDD stellt patentgeschützte (ein Patent gilt 20 Jahre) und nicht-patentgeschützte Arzneimittel gegenüber. Der Arzneiverordnungs-Report, auf welchem die folgenden Zahlen beruhen, erscheint zwar seit 2014, allerdings stehen nicht alle Daten frei zur Verfügung, sodass hier auf eine längere Zeitreihenentwicklung verzichtet wird.
Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 Die Kosten der definierten Tagesdosen bzw. die DDD-Kosten für Patentarzneimittel lagen 2018 bei 6,90 €, im Folgejahr lagen sie bei 7,30 €. Die DDD-Kosten für Nicht-Patentarzneimittel lagen 2018 bei 0,6 € und 2019 bei 1,10 €. (Schwabe, Paffrath, Ludwig & Klauber, 2019; Schwabe & Ludwig, 2020)
Trend	↑
Datenqualität	Sehr gut (5/6)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Nicht relevant

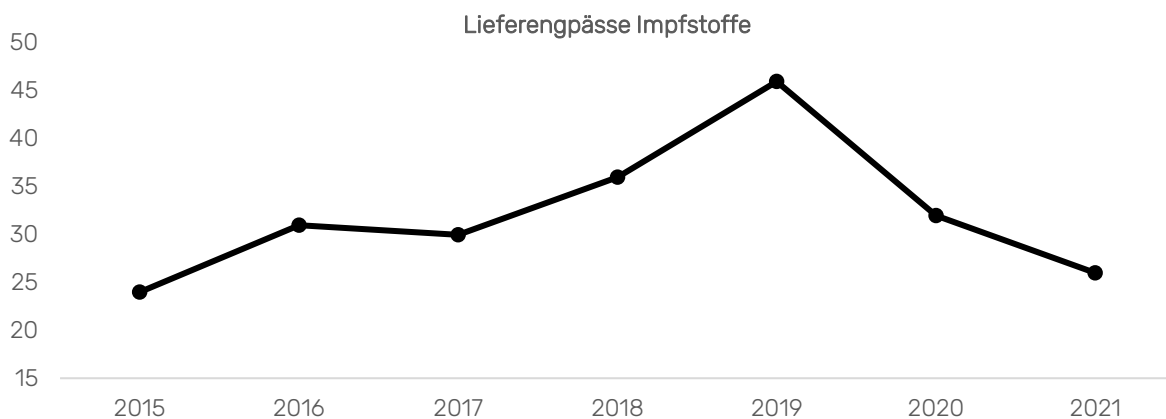
Indikatoren 51 – 52	Arzneimittel: Gebrauch verschreibungspflichtiger Arzneimittel und nicht- verschreibungspflichtiger Arzneimittel	
Inhalt	Verschreibungspflichtige Arzneimittel (auch Rx-Arzneimittel genannt) können aus Gründen der Pharmakovigilanz nur durch Verordnung des Arztes bzw. der Ärztin erlangt werden. Nicht-verschreibungspflichtige Arzneimittel (auch over-the-counter drug bzw. OTC-Arzneimittel genannt) können hingegen frei erworben werden. Man unterscheidet dabei zwischen freiverkäuflichen und apothekenpflichtigen Arzneimitteln.	
Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 Der selbstberichtete Gebrauch von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln lag 2019 bei 54 %. Fünf Jahre zuvor lag der Anteil bei 53,4 %, womit der Anteil nahezu unverändert geblieben ist. (Eurostat, 2022z) Der selbstberichtete Gebrauch von nicht-verschreibungspflichtigen Arzneimitteln lag 2019 bei 37,1 % und 2014 bei 42,9 %, womit der Anteil gesunken ist. (Eurostat, 2022y)	
Trend	→ ↓	
Datenqualität	Mangelhaft (2/6)	
Prognose	Nicht relevant	
Zielvorgabe	Nicht bekannt	
Referenzwert	Der EU-27-Durchschnittswert für den Gebrauch von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln lag sowohl 2019 (47,9 %) als auch 2014 (48,1 %) unter dem deutschen Wert. (Eurostat, 2022z) Auch im Hinblick auf den Gebrauch von nicht-verschreibungspflichtigen Arzneimitteln lag der EU-27-Referenzwert 2019 (32,5 %) und 2014 (33,6 %) unter dem deutschen Wert. (Eurostat, 2022y)	



Indikator 53	Arzneimittel: Durchschnittliche Zeit bis zur Verfügbarkeit
Inhalt	Die durchschnittliche Zeit bis zur Verfügbarkeit beschreibt die Anzahl der Tage zwischen der Erteilung der Marktzulassung und der Verfügbarkeit der Arzneimittel.
Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 Die durchschnittliche Zeit bis zur Arzneimittelverfügbarkeit betrug in Deutschland zwischen den Jahren 2016 und 2019 120 Tage. (IQVIA, 2021)
Trend	Zu wenige Datenpunkte für eine Trendbewertung vorhanden (NA).
Datenqualität	Mangelhaft (1/6)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Im Vergleich zu den anderen betrachteten europäischen Ländern weist Deutschland die kürzeste Zeit auf. (IQVIA, 2021)

Indikator 54	Arzneimittel: Lieferengpässe Humanarzneimittel
Inhalt	Als Lieferengpass von Humanarzneimitteln (ohne Impfstoffe) wird durch das BfArM eine Lieferunterbrechung des gängigen Umfangs bzw. eine gesteigerte Nachfrage, der nicht nachgekommen werden kann, angesehen, welche länger als zwei Wochen andauert. (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte [BfArM], 2022a)
Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 Zum 22.08.2022 existierten in Deutschland 255 Lieferengpässe für Humanarzneimittel, wobei nur eine fortlaufende Zahlenermittlung möglich ist. (BfArM, 2022a)
Trend	Zu wenige Datenpunkte für eine Trendbewertung vorhanden (NA).
Datenqualität	Mangelhaft (2/6)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Nicht relevant

Indikator 55	Lieferengpässe Impfstoffe	
Inhalt	Als Lieferengpass von Impfstoffen wird durch das Paul-Ehrlich-Institut eine Lieferunterbrechung des gängigen Umfangs bzw. eine gesteigerte Nachfrage, der nicht nachgekommen werden kann, angesehen, welche länger als zwei Wochen andauert. (Paul-Ehrlich-Institut, 2022)	
Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 Im Jahr 2019 gab es 46 Lieferengpässe von Impfstoffen, 2020 waren es 32 und 2021 26 Engpässe, wobei die Zahlen teilweise eigenständig zusammengezählt werden müssen. (Paul-Ehrlich-Institut, 2022)	
Trend	↓	
Datenqualität	Sehr gut (5/6)	
Prognose	Nicht relevant	
Zielvorgabe	Nicht bekannt	
Referenzwert	Nicht relevant	



Indikator 56 Risikomeldungen Medizinprodukte


Inhalt Medizinprodukte sind für die Anwendung am Menschen gedacht und weisen eine medizinische Zweckbestimmung auf, wobei sie vorrangig physikalisch (ungleich zu Arzneimitteln) wirken. Risikomeldungen beziehen sich auf Merkmalsveränderungen, Störungen oder Ausfälle von Medizinprodukten, welche zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes bzw. zu einer Todesfallverursachung führen können.

Daten ✓2019 ✓2020 ✓2021
Die Anzahl der Risikomeldungen bzgl. Medizinprodukte hat in den letzten Jahren zugenommen. Lag die Zahl 2019 noch bei 17.931, stieg sie im Folgejahr auf 23.120 und lag 2021 bei 32.145 Meldungen. (BfArM, 2022b)

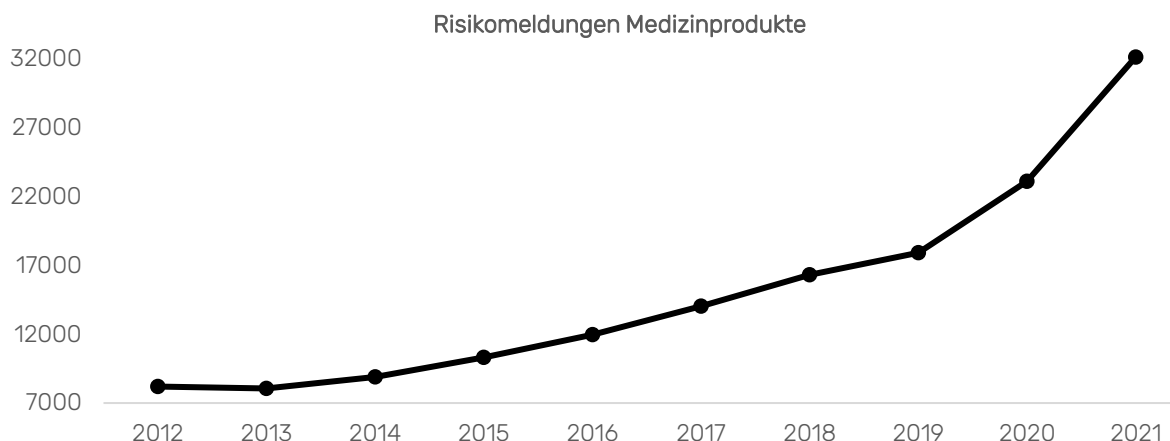
Trend ↑

Datenqualität Sehr gut (6/6)

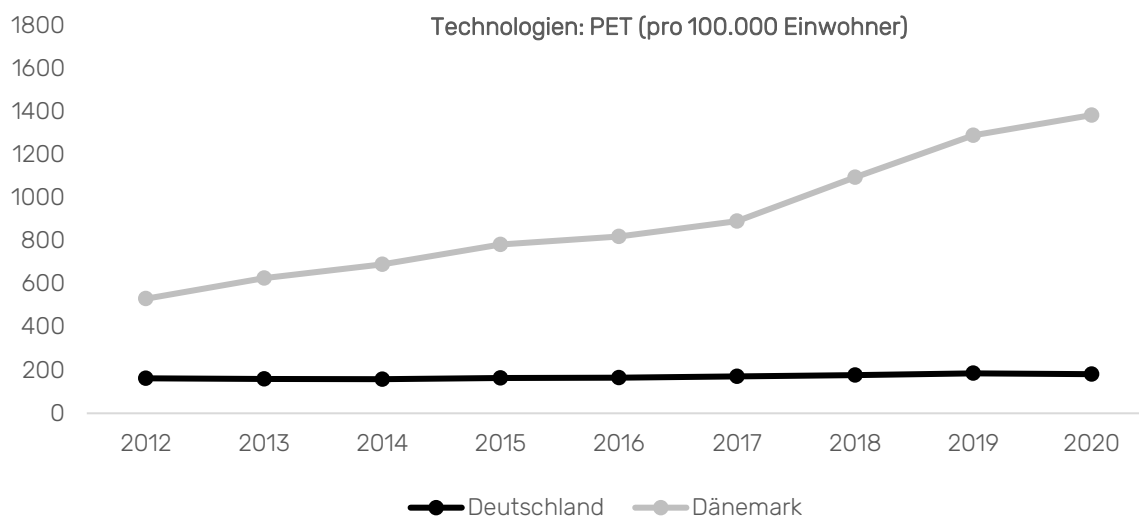
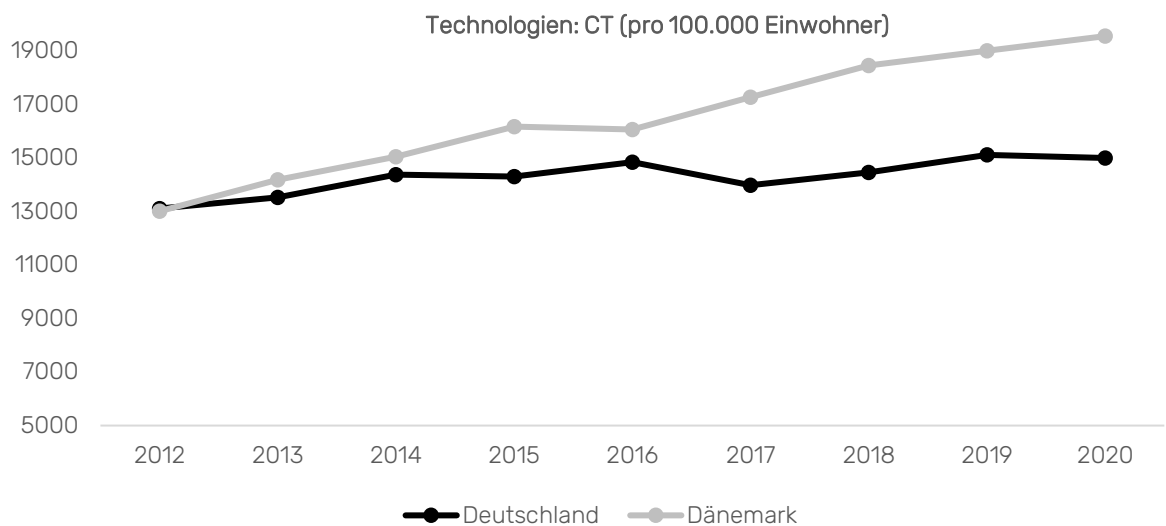
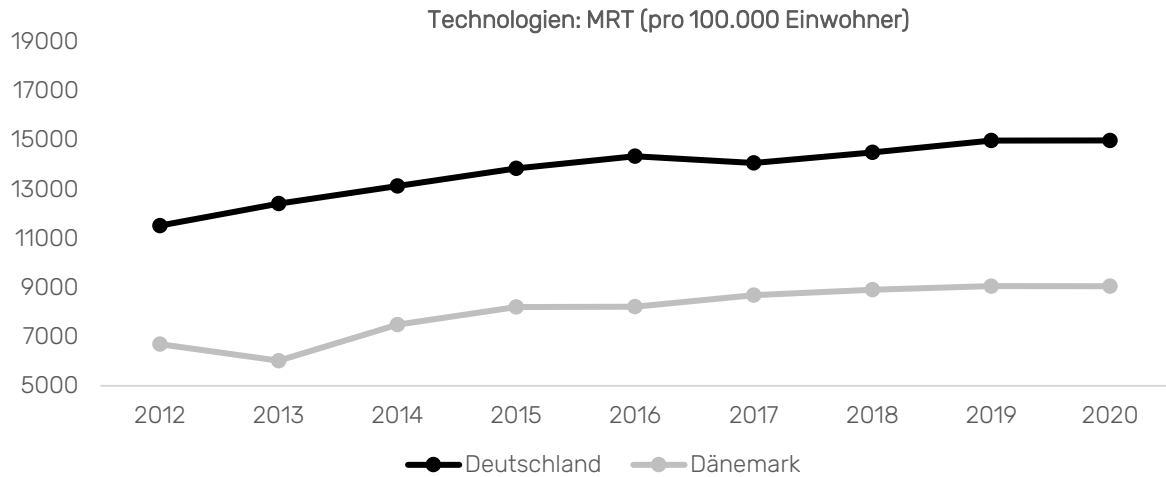
Prognose Nicht relevant

Zielvorgabe Nicht bekannt

Referenzwert Nicht relevant



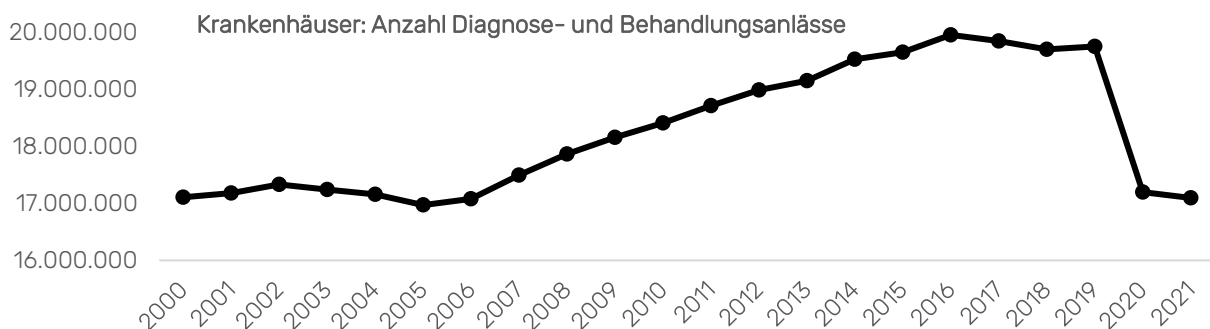
Indikatoren 57 – 59	Technologien: MRT, CT, PET	
Inhalt	Im Folgenden werden die drei bildgebenden Verfahren der Magnetresonanztomografie (MRT), der Computertomografie (CT) und der Positronen-Emissions-Tomografie (PET) vorgestellt.	
Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 Im Jahr 2019 entfielen auf 100.000 Einwohner 14.983 MRTs, im Folgejahr waren es 12 Geräte mehr. Auf 100.000 Einwohner kamen 2019 15.119 CT-Geräte, im Folgejahr waren es 14.999. 185 PET-Geräte je 100.000 Einwohner existierten 2019, 2020 waren es drei Geräte weniger. (Eurostat, 2022o)	
Trend	→	
Datenqualität	MRT: Gut (4/6), CT: Gut (4/6), PET: Sehr gut (5/6)	
Prognose	Nicht relevant	
Zielvorgabe	Nicht bekannt	
Referenzwert	Da kein europäischer Durchschnittswert besteht, wurde Dänemark als Referenzland hinzugezogen, da die Bewertung des dänischen Gesundheitssystems häufig Spitzenwerte erreicht und damit ein zielbildendes Bezugssystem zum deutschen Gesundheitswesen bilden kann. Auf 100.000 Einwohner kamen 2019 9.064 MRTs, 2020 waren es 9.063. Im Jahr 2019 entfielen 19.017 CTs und 1.289 PET-Geräte auf je 100.000 Einwohner, 2020 waren es 19.560 CTs und 1.383 PETs. 2021 hat sich die Gerätezahl auf 20.681 CTs und 1.554 PETs erhöht. (Eurostat, 2022o) Dabei zeigt sich, dass in Deutschland deutlich mehr MRT-Geräte auf 100.000 Einwohner entfallen. Die Zahl der CT- und PET-Geräte ist in Dänemark vergleichsweise erhöht.	



5.5.6 Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen

Durch die Kategorie „Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen“ wird überblicksartig zusammengetragen, wie intensiv bzw. häufig Kernleistungen genutzt werden, wobei Präventionsangebote wie Impfungen oder Früherkennungsuntersuchungen einen Schwerpunkt bilden. Somit werden 38 Indikatoren gebündelt, welche durchschnittlich auf einer guten Datenqualität (4,2) beruhen. Für die gesamte Kategorie konnte nur eine Zielvorgabe aufgefunden werden (Indikator 77: Anteil Bevölkerung mit allen Impfungen laut nationalem Programm). Insgesamt gibt es für 74 % der Indikatoren bislang keine Vergleichsdaten. 26 % der 38 Indikatoren konnten bislang nicht hinsichtlich ihrer Trendentwicklung bewertet werden. Die Hälfte der Indikatoren (53 %) wurde neutral bewertet, 13 % weisen eine positive Entwicklung auf und 8 % haben sich ungünstig bzw. negativ entwickelt.

Indikator 60	Krankenhäuser: Anzahl Diagnose- und Behandlungsanlässe	
Inhalt	Sämtliche Diagnose- und Behandlungsanlässe sind nach dem ICD-10-Schema gliederbar.	
Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 Die Anzahl der Diagnose- und Behandlungsanlässe in Krankenhäusern lag 2019 bei 19.758.486, 2020 bei 17.200.556 und 2021 bei 17.095.260 Fällen. (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2022c) Deutlich zeichnet sich ein Einbruch der Anlässe mit Beginn der COVID-19-Pandemie ab.	
Trend	↓	
Datenqualität	Sehr gut (6/6)	
Prognose	Nicht relevant	
Zielvorgabe	Nicht bekannt	
Referenzwert	Nicht relevant	



Indikator 61
**Medizinische Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe in der Gesetzlichen Rentenversicherung:
Anzahl Diagnose- und Behandlungsanlässe**

Inhalt

Die medizinische Rehabilitation dient der Wiederherstellung der Leistungs- bzw. Arbeitsfähigkeit von Menschen mit Erkrankungen oder Behinderung. Die hier dargestellten Leistungen beziehen sich nur auf abgeschlossene Leistungen.

Daten

✓2019 ✓2020 ✓2021

Die Anzahl der Diagnose- und Behandlungsanlässe bzgl. medizinischer Rehabilitation und sonstiger Leistungen zur Teilhabe in der Gesetzlichen Rentenversicherung lag 2019 bei 1.054.012 und 2020 bei 865.673 (altersstandardisiert). (Deutsche Rentenversicherung, 2022) In den letzten Jahren ist die Anzahl der abgeschlossenen Leistungen auf einem ähnlich hohen Niveau gewesen, im Jahr 2020 ist diese Entwicklung stark eingebrochen. Ähnlich wie bei Indikator 60 zeichnet sich ein Einbruch im Inanspruchnahmeverhalten mit Beginn der COVID-19-Pandemie ab.

Trend

↓

Datenqualität

Sehr gut (5/6)

Prognose

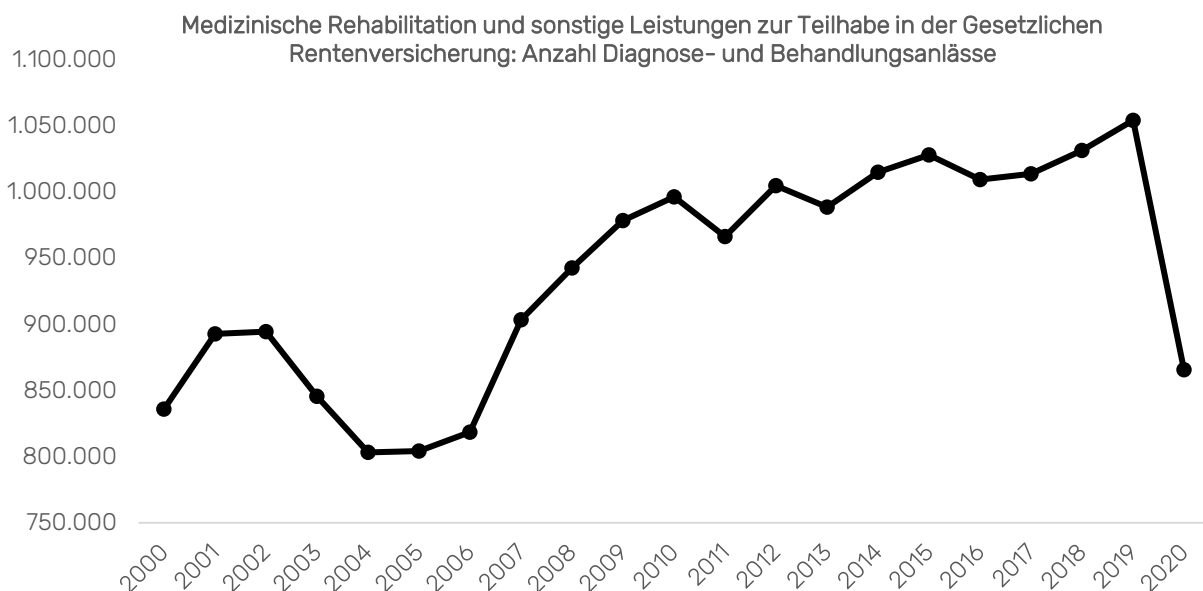
Nicht relevant

Zielvorgabe

Nicht bekannt

Referenzwert

Nicht relevant



Indikator 62	Bevölkerungsanteil mit Arzt- bzw. Ärztinnenkontakt	
Inhalt	Es wird der Anteil der Bevölkerung aufgenommen, der in Form von medizinischer Beratung, Prävention, Diagnostik oder Therapie selbstberichtet Kontakt zu einem Arzt oder einer Ärztin hatte.	
Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 Der Bevölkerungsanteil mit mindestens einem Arzt-/Ärztinnenkontakt betrug 2019 45,3 % und ist damit gegenüber dem letzten Messzeitpunkt im Jahr 2014 (53,1 %) gesunken. (Eurostat, 2022t)	
Trend	↓	
Datenqualität	Mangelhaft (2/6)	
Prognose	Nicht relevant	
Zielvorgabe	Nicht bekannt	
Referenzwert	Der EU-27-Wert lag sowohl im Jahr 2019 (39,1 %) als auch im Jahr 2014 (43,4 %) unter dem deutschen Wert. (Eurostat, 2022t)	

Indikator 63	Bevölkerungsanteil mit Physiotherapeutenkontakt	
Inhalt	Durch diesen Indikator wird der selbstberichtete Bevölkerungsanteil mit mindestens einem Physiotherapeutenkontakt beschrieben. Physiotherapeuten haben eine dreijährige praktische und theoretische Ausbildung durchlaufen. Im Speziellen werden sie in den Bereichen Prävention, Rehabilitation, kurative Medizin und Kurwesen ausgebildet, um bei der Wiederherstellung bzw. Sicherstellung von somatischen und psychischen Funktionen zu unterstützen. (§ 8 und 9 Masseur- und Physiotherapeutengesetz)	
Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 Der Bevölkerungsanteil mit mindestens einem Physiotherapeutenkontakt betrug 2019 25 % und ist damit gegenüber dem letzten Messzeitpunkt im Jahr 2014 (21,7 %) gestiegen. (Eurostat, 2022s)	
Trend	↑	
Datenqualität	Mangelhaft (2/6)	
Prognose	Nicht relevant	
Zielvorgabe	Nicht bekannt	
Referenzwert	Der EU-27-Wert lag sowohl im Jahr 2019 (19,6 %) wie auch im Jahr 2014 (15,5 %) unter dem deutschen Wert. (Eurostat, 2022s)	

Indikator 64 Bevölkerungsanteil mit Kontakt zu Psycholog*innen, Psychotherapeut*innen, Psychiater*innen

Inhalt Der hier angegebene selbstberichtete Bevölkerungsanteil hatte mindestens einen Kontakt im Jahr mit einem/einer Psycholog*in (abgeschlossenes Studium der Psychologie), Psychotherapeut*in (zzgl. zu einem Psychologiestudium eine Zusatzausbildung) oder Psychiater*in (Studium der Humanmedizin und Facharztweiterbildung für Psychiatrie und Psychotherapie).

Daten ✓2019 ✓2020 ✓2021
Der Bevölkerungsanteil mit mindestens einem Kontakt zu Psycholog*innen, Psychotherapeut*innen oder Psychiater*innen betrug 2019 10,9 % und ist damit gegenüber dem letzten Messzeitpunkt im Jahr 2014 (9,4 %) gestiegen. (Eurostat, 2022s)

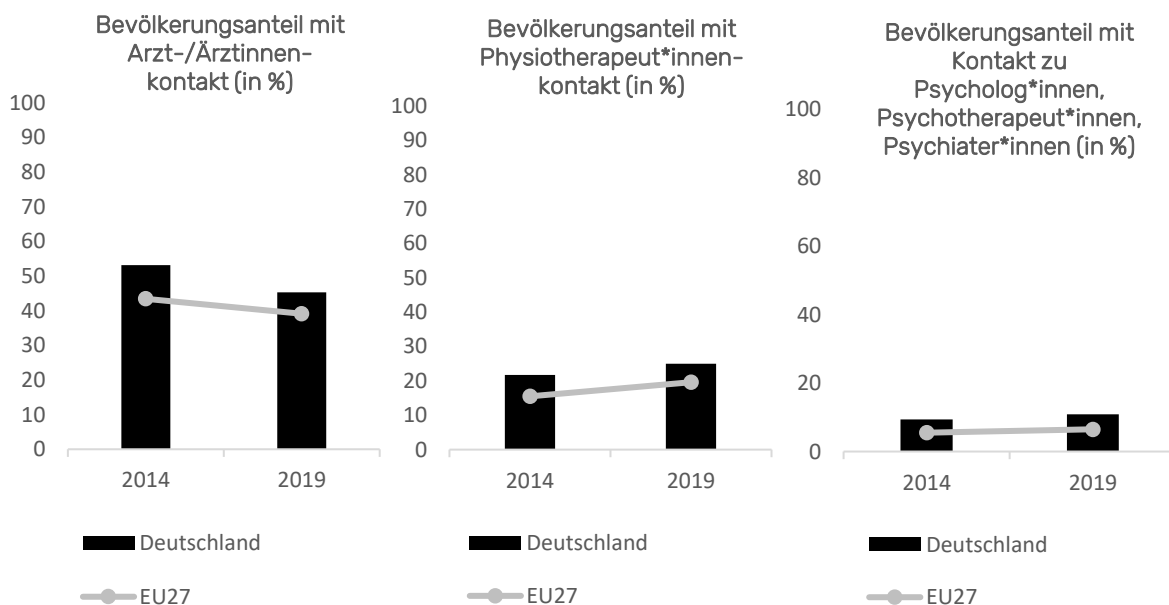
Trend ↑

Datenqualität Mangelhaft (2/6)

Prognose Nicht relevant

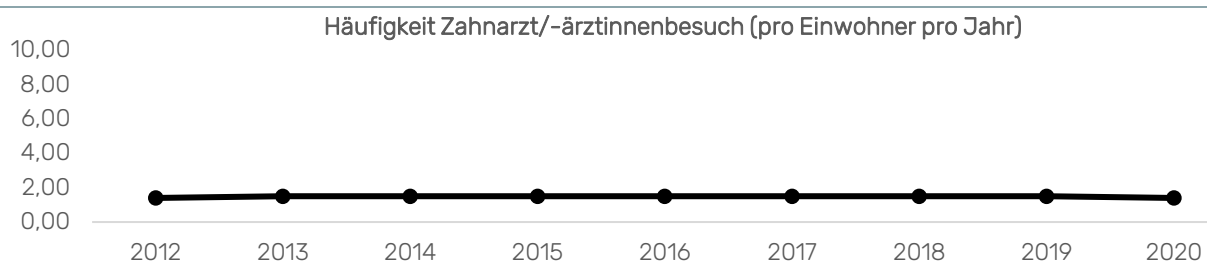
Zielvorgabe Nicht bekannt

Referenzwert Der EU-27-Wert lag sowohl im Jahr 2019 (6,5 %) wie auch im Jahr 2014 (5,5 %) unter dem deutschen Wert. (Eurostat, 2022s)

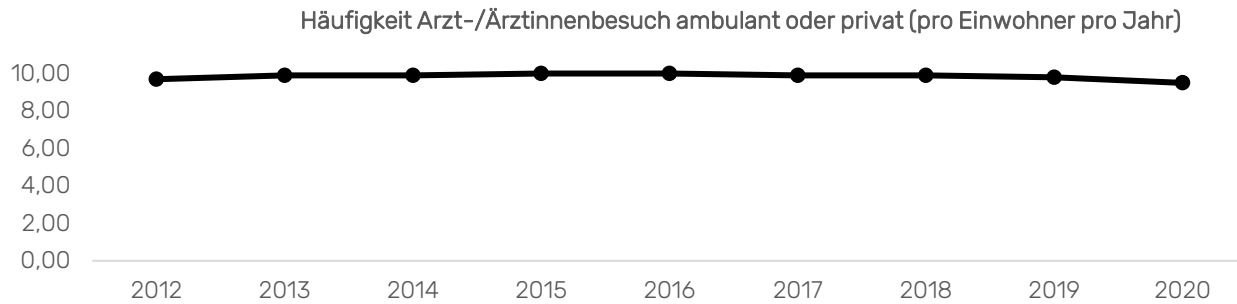


Indikator 65 **Häufigkeit Zahnarzt/-ärztinnenbesuch**


Inhalt	Durch diesen Indikator wird beschrieben, wie oft im Jahr ein Einwohner Deutschlands durchschnittlich eine/-n Zahnarzt/-ärztin aufsucht. Nicht berücksichtigt werden Kontaktaufnahmen via Telefon und E-Mail oder Kontakte, welche durch Labortests ausgelöst wurden.
Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 Durchschnittlich konsultierten die Einwohner eine/-n Zahnarzt/-ärztin 1,5-mal im Jahr 2019, 2020 lag die Zahl bei 1,4. (Eurostat, 2022d)
Trend	→
Datenqualität	Sehr gut (5/6)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Nicht relevant


Indikator 66 **Häufigkeit Arzt-/Ärztinnenbesuch ambulant oder privat**


Inhalt	Durch diesen Indikator wird beschrieben, wie oft im Jahr ein Einwohner Deutschlands durchschnittlich eine/-n niedergelassene/-n Arzt/Ärztin aufsucht. Nicht berücksichtigt werden Kontaktaufnahmen via Telefon und E-Mail oder Kontakte, welche durch Labortests ausgelöst wurden, ebenso wenig wie Kontakte mit Zahnärzten/-ärztinnen.
Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 Im Jahr 2019 suchten die Einwohner Deutschlands durchschnittlich 9,8-mal einen Arzt/Ärztin ambulant oder privat auf, im Folgejahr betrug die Zahl 9,5. (Eurostat, 2022e)
Trend	→
Datenqualität	Sehr gut (5/6)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Nicht relevant


Indikator 67
Nutzung von Versorgung in der Häuslichkeit bei einer vorhandenen bis schweren körperlichen Einschränkung

Inhalt

Die vorhandene bis schwere körperliche Einschränkung wird mittels Selbsteinschätzung der Patient*innen, basierend auf den Auswahlmöglichkeiten keine, sehr mild, mild, moderat, schwer oder sehr schwer erhoben.

Daten

✓2019 ✓2020 ✓2021

Die selbstberichtete Nutzung von Versorgung in der Häuslichkeit bei einer vorhandenen bis schweren körperlichen Einschränkung lag 2019 bei 11,2 % und im aktuellen Referenzjahr 2014 bei 7,3 %.

(Eurostat, 2021c)

Trend

↑

Datenqualität

Mangelhaft (2/6)

Prognose

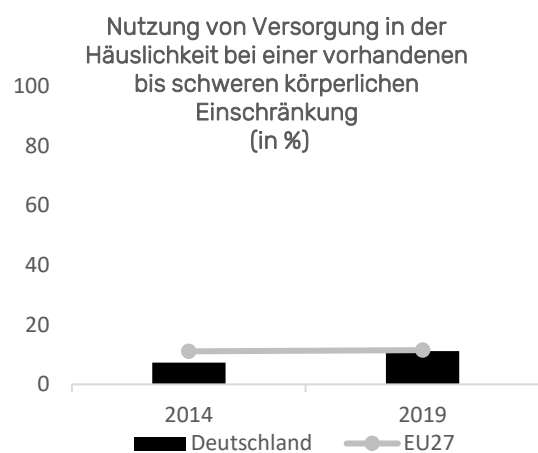
Nicht relevant

Zielvorgabe

Nicht bekannt

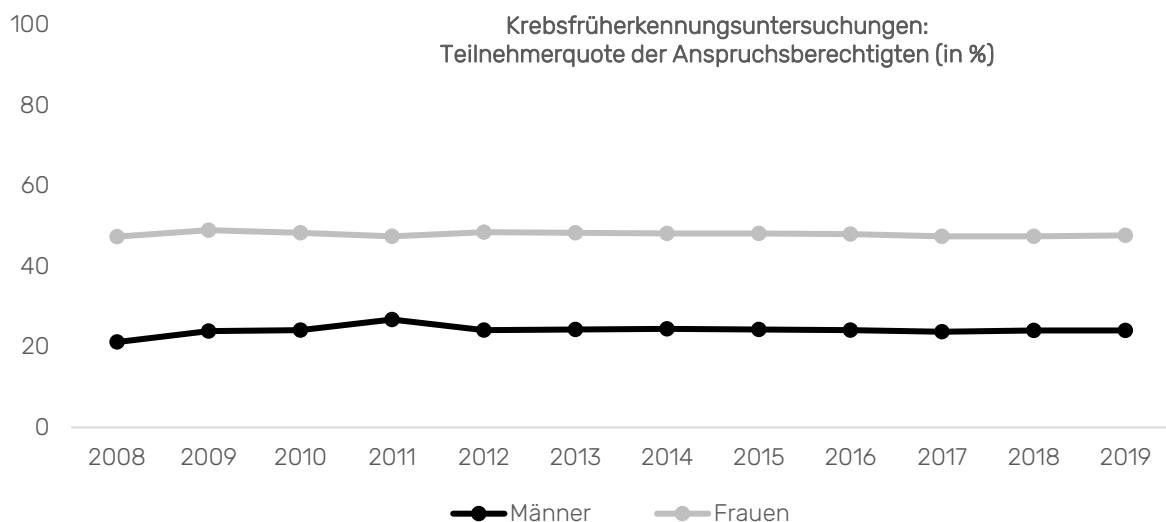
Referenzwert

Im Vergleich zu den deutschen Werten ist der EU-27-Wert erhöht: 2014 lag er bei 11,1 % und stieg bis 2019 auf 11,5 %. In diesem aktuellen Datenjahr liegt der deutsche Wert damit knapp über dem EU-Durchschnittswert. (Eurostat, 2021c)

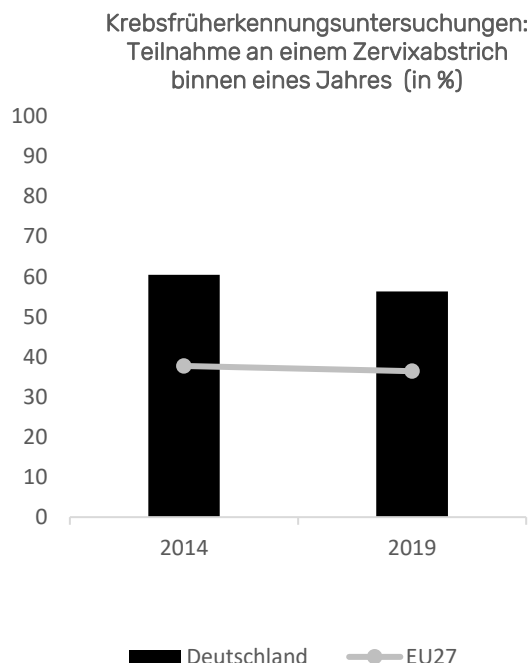


Indikator 68	Versicherte, die in einem (oder mehreren) Disease Management Programmen (DMP) eingeschrieben sind
Inhalt	Das Angebot von DMPs adressiert chronisch Kranke, deren Versorgung verbessert werden soll. Dafür werden sie Leistungserbringer-übergreifend koordiniert, wobei aktuell DMPs für sechs chronische Erkrankungen bestehen: Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2, Brustkrebs, koronare Herzkrankheit, Asthma bronchiale sowie chronisch obstruktive Lungenerkrankung.
Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 Die Daten bzgl. der Teilnahme an einem DMP werden fortlaufend beschrieben, sodass zum Stichtag 30.08.2022 7.839.145 Menschen in mindestens ein bzw. mehrere solcher Programme eingeschrieben waren. (Bundesamt für Soziale Sicherung, 2021)
Trend	Zu wenige Datenpunkte für eine Trendbewertung vorhanden (NA).
Datenqualität	Mangelhaft (2/6)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Nicht relevant

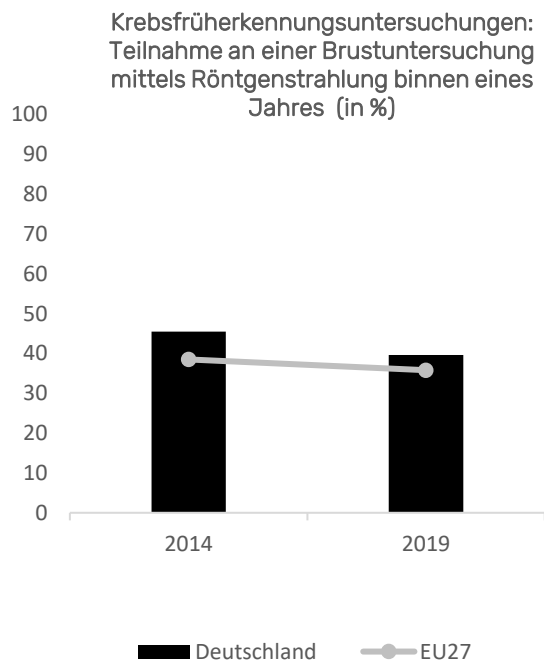
Indikatoren 69 – 70	Krebsfrüherkennungsuntersuchungen: Teilnehmerquote der anspruchsberechtigten Männer und Frauen	
Inhalt	Einen Anspruch auf Früherkennungsuntersuchung von Krebserkrankungen haben nach § 25 Abs. 3 SGB V GKV-Versicherte, welche das 18. Lebensjahr vollendet haben. Durch § 25a SGB V werden organisierte Früherkennungsprogramme konkretisiert.	
Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 Sowohl im Jahr 2018 als auch 2019 lag die Teilnehmerquote der anspruchsberechtigten Männer an der Krebsfrüherkennungsuntersuchung bei 24,1 %. Im Vergleich dazu ist die Teilnehmerquote der anspruchsberechtigten Frauen nahezu doppelt so hoch: 2018 lag die Quote bei 47,5 %, im Folgejahr bei 47,7 %. (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2021h)	
Trend	→	
Datenqualität	Sehr gut (5/6)	
Prognose	Nicht relevant	
Zielvorgabe	Nicht bekannt	
Referenzwert	Nicht relevant	



Indikator 71	Krebsfrüherkennungsuntersuchungen: Teilnahme an einem Zervixabstrich binnen eines Jahres	
Inhalt	Laut der Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme haben Frauen zwischen 20 und 34 Jahren einen jährlichen Anspruch auf ein zytologiebasiertes Zervixkarzinom-Screening (Screening auf Gebärmutterhalskrebs). Ab 35 Jahren kann alle drei Jahre eine Kombination aus diesem zytologiebasierten Screening und einem HPV-Test vorgenommen werden. (Bundesministerium für Gesundheit, 2022b)	
Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 Die selbstberichtete Teilnahme an einem Zervixabstrich binnen eines Jahres im Hinblick auf die weibliche Bevölkerung zwischen 20 und 69 Jahren lag 2019 bei 56,3 % und ist damit gegenüber dem letzten verfügbaren Datenjahr 2014 um 4,1 % gesunken. (Eurostat, 2022v)	
Trend	↓	
Datenqualität	Mangelhaft (2/6)	
Prognose	Nicht relevant	
Zielvorgabe	Nicht bekannt	
Referenzwert	Im Vergleich zum EU-27-Wert ist die Inanspruchnahme der Gesundheitsleistung deutlich erhöht: Durchschnittlich nahmen 2014 37,7 % aller Frauen zwischen 20 und 69 Jahren an einem Zervixabstrich teil, fünf Jahre später waren es 36,4 %. (Eurostat, 2022v)	



Indikator 72	Krebsfrüherkennungsuntersuchungen: Teilnahme an einer Brustuntersuchung mittels Röntgenstrahlung binnen eines Jahres	
Inhalt	Die Teilnahme am Mammographie-Screening zur Früherkennung von Brustkrebs wird Frauen zwischen 50 und 69 Jahren alle zwei Jahre angeboten. (Bundesministerium für Gesundheit, 2022b)	
Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 Die Erfassung der selbstberichteten Teilnahme an einer Brustuntersuchung mittels Röntgenstrahlung binnen eines Jahres bezieht sich auf die Bevölkerung zwischen 50 und 69. Im Jahr 2019 lag der Anteil bei 39,6 %, 2014 noch bei 45,5 %. (Eurostat, 2022u)	
Trend	↓	
Datenqualität	Mangelhaft (2/6)	
Prognose	Nicht relevant	
Zielvorgabe	Nicht bekannt	
Referenzwert	Die EU-27-Teilnehmerquoten in den Jahren 2014 (38,5 %) und 2019 (35,8 %) lagen jeweils unter den deutschen Werten. (Eurostat, 2022u)	



Indikator 73
Teilnehmerquote der Anspruchsberechtigten am Check-up

Inhalt

Die allgemeine Gesundheitsuntersuchung wird auch als Check-up bezeichnet. GKV-Versicherte haben ab Vollendung des 18. Lebensjahrs Anspruch auf eine einmalige allgemeine Gesundheitsuntersuchung. Ab Vollendung des 35. Lebensjahrs haben die Versicherten alle drei Jahre Anspruch auf eine solche Vorsorgeuntersuchung. Neben einer Anamnese und Beratung finden die Kontrolle des Impfstatus und des Ganzkörperstatus sowie einige Laboratoriumsuntersuchungen statt. (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2021)

Daten

✓2019 ✓2020 ✓2021

Die Teilnehmerquote der Anspruchsberechtigten am Check-up hat sich zwischen 2019 und 2020 deutlich rückläufig entwickelt: Die Quote lag 2019 noch bei 31,6 %, 2020 nur noch bei 20,3 %. (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2021g)

Trend

Datenqualität

Sehr gut (5/6)

Prognose

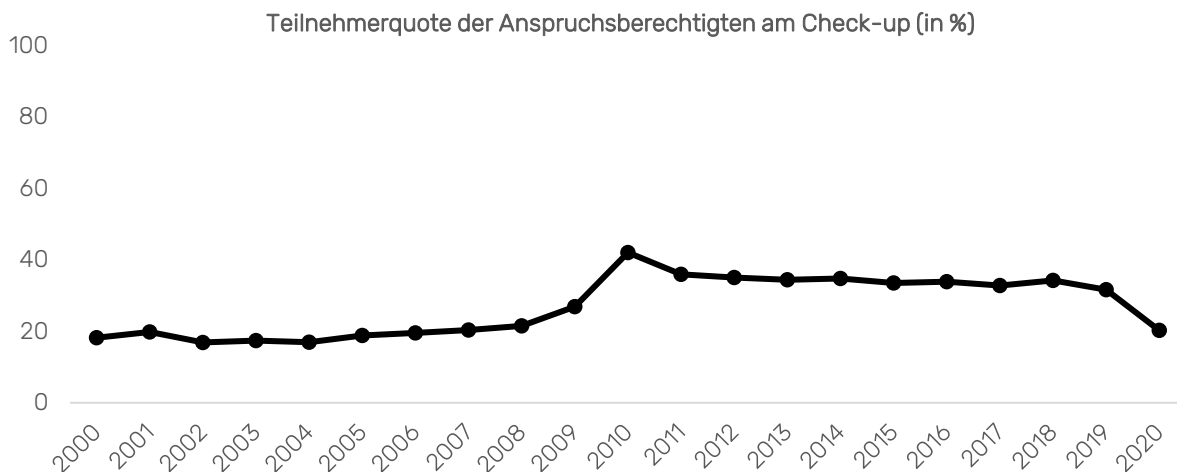
Nicht relevant

Zielvorgabe

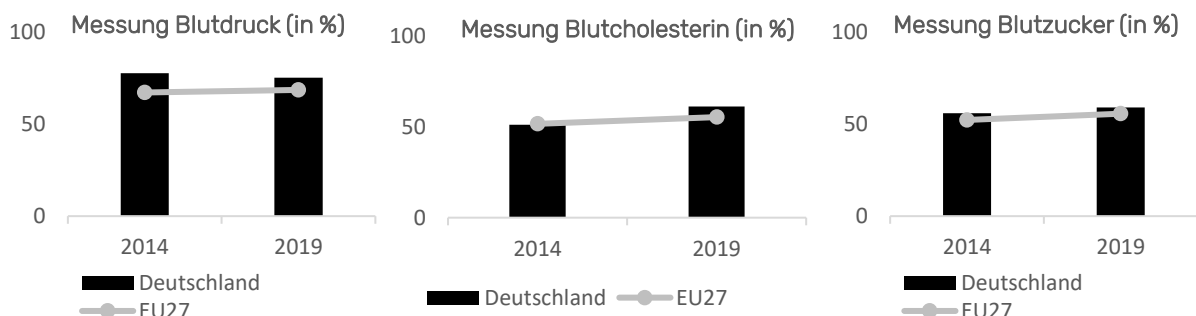
Nicht bekannt

Referenzwert

Nicht relevant



Indikatoren 74 – 76	Teilnahme an einem Screening auf kardiovaskuläre Erkrankungen und Diabetesrisiko: Messung Blutdruck, Blutholesterin und Blutzucker	
Inhalt	Blutdruck, Blutholesterin und Blutzucker stellen Risikofaktoren für kardiovaskuläre Erkrankungen sowie für Diabetes mellitus dar. In Deutschland werden diese Risikofaktoren vorrangig durch die allgemeine Gesundheitsuntersuchung kontrolliert (siehe Indikator 73).	
Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 Die selbstberichtete Teilnahme innerhalb des letzten Jahres an einem Screening auf kardiovaskuläre Erkrankungen und Diabetesrisiko wurde zuletzt im Jahr 2019 und davor im Jahr 2014 festgestellt. Die Teilnahme an einer Messung des Blutdrucks ist zwischen den Jahren tendenziell auf dem gleichen Niveau geblieben. So lag der Anteil 2014 bei 77,6 % und 2019 bei 75,1 %. Die Nutzung der Messung des Blutholesterins ist zwischen den beiden betrachteten Jahren um 10 % auf 61,1 % im Jahr 2019 gestiegen. Auch die Teilnahme an der Blutzuckermessung ist gestiegen, da sie 2014 bei 55,8 % und 2019 bei 58,9 % lag. (Eurostat, 2022w)	
Trend	→↑↑	
Datenqualität	Mangelhaft (2/6)	
Prognose	Nicht relevant	
Zielvorgabe	Nicht bekannt	
Referenzwert	Die Teilnahme an der Blutdruckmessung war in Deutschland im Vergleich zu den EU-27-Durchschnittswerten erhöht, da der Anteil 2014 bei 67,1 % und 2019 bei 68,5 % lag. Im Jahr 2014 lag der deutsche Wert der Inanspruchnahmequote der Blutholesterinmessung noch leicht unter dem internationalen Durchschnitt (51,6 %), 2019 hatte sich der deutsche Wert im Vergleich zum internationalen Durchschnittswert (55,3 %) erhöht. Sowohl 2014 (52,2 %) als auch 2019 (55,6 %) lag der EU-27-Wert im Hinblick auf die Blutzuckermessung leicht unter dem deutschen Wert. (Eurostat, 2022w)	



Indikator 77	Impfquoten Gesamtbevölkerung: Anteil Bevölkerung mit allen Impfungen laut nationalem Programm
Inhalt	Impfungen stellen eine der wichtigsten und wirksamsten Präventionsmaßnahmen dar. Neben dem Schutz vor der Krankheit soll durch hohe Durchimpfungsraten eine Elimination der Krankheitserreger erreicht werden. Letzteres ist ein erklärtes Ziel in Bezug auf Masern und Polio-myelitis. (Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden [AOLG], 2003) Das Epidemiologische Bulletin des Robert Koch-Instituts (RKI) veröffentlicht seit 2020 zu den für Erwachsenen empfohlenen Standard- und Indikationsimpfungen Daten, welche die Inanspruchnahme widerspiegeln. Zuvor wurden solche Daten nur punktuell für einzelne Bundesländer angegeben und immer noch fehlt eine Gesamtbewertung der Impfquote über alle empfohlenen Impfungen hinweg.
Daten	NN
Trend	NN
Datenqualität	NN
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Durch die SDG wird der Indikator als relevant für eine nachhaltige Entwicklung benannt, allerdings wird keine Operationalisierung vorgenommen. (United Nations, 2016)
Referenzwert	Nicht relevant

Indikatoren 78 – 79	Impfquoten Erwachsene: Influenza Standardimpfung und bei impfrelevanten Grunderkrankung
Inhalt	Die Ständige Impfkommission (STIKO) empfiehlt die Influenza-Impfung zum Schutz vor einer schweren Krankheitslast im Fall einer Grippeerkrankung vor allem Personen mit bestimmten Grunderkrankungen wie COPD. Personen über 60 Jahren, Personen mit beruflicher Gefährdung (bspw. medizinisches Personal) und Schwangeren ab dem ersten bzw. zweiten Schwangerschaftsdrittel wird ebenfalls eine Standardimpfung empfohlen. Anzumerken ist, dass die Influenza-Saison am Jahresende des Beobachtungsjahres beginnt und in das Folgejahr übergeht. (Robert Koch-Institut, 2018b)
Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 Die Standardimpfquote gegen Influenza betrug 2019 38,8 % und im Folgejahr 47,3 % (≥ 60-Jährige). In Bezug auf die erwachsene Bevölkerung mit impfrelevanten Grunderkrankungen betrug die Impfquote gegen Influenza im Jahr 2019 32,3 % und im Folgejahr 39,3 %. (Robert Koch-Institut, 2020a, 2021a)
Trend	→
Datenqualität	Sehr gut (5/6)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Nicht relevant

Indikatoren 80 – 81	Impfquoten Erwachsene: Pneumokokken Standardimpfung und bei impfrelevanter Grunderkrankung
Inhalt	Pneumokokken sammeln sich in dem Nasen-Rachen-Raum des Menschen an, wobei häufig keine Begleitsymptome auftreten. Sie können sich ausbreiten und Atemwegserkrankungen hervorrufen. Besonders gefährdet sind Kinder bis zwei Jahre, ältere Menschen und chronisch Kranke (z. B. mit Lungen- oder Herzkrankheiten). Die STIKO empfiehlt eine Impfung für Säuglinge ab dem zweiten Lebensmonat sowie Menschen ab 60 Jahren und für Menschen mit Vorerkrankungen (bspw. chronische Lungenkrankheiten). (Robert Koch-Institut, 2020e)
Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 Die Standardimpfung gegen Pneumokokken, welche die Bevölkerung zwischen 60 und 72 Jahren adressiert, wurde im Jahr 2019 durch 24,2 % der Bevölkerung in Anspruch genommen, 2020 waren es 22,5 %. Die Impfquote gegen Pneumokokken betrug in der Bevölkerungsgruppe der Erwachsenen mit impfrelevanten Grunderkrankungen im Jahr 2019 19 % und im Jahr 2020 17,6 %. (Robert Koch-Institut, 2020a, 2021a)
Trend	→
Datenqualität	Sehr gut (5/6)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Nicht relevant

Indikator 82	Impfquoten Erwachsene: Diphtherie
Inhalt	Diphtherie wird durch eine bakterielle Infektion verursacht, welche die Rachenschleimhaut oder die Haut betreffen kann. Die STIKO empfiehlt die Diphtherieimpfung als Standardimpfung für Säuglinge, Kinder, Jugendliche und Erwachsene. (Robert Koch-Institut, 2018a) Hier wird die Impfquote auf die Standardimpfung der Bevölkerung ≥ 18 Jahre bezogen.
Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 Die Standardimpfquote gegen Diphtherie betrug 2019 51,9 % und im Folgejahr 52,7 %. (Robert Koch-Institut, 2020a, 2021a)
Trend	→
Datenqualität	Sehr gut (5/6)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Nicht relevant

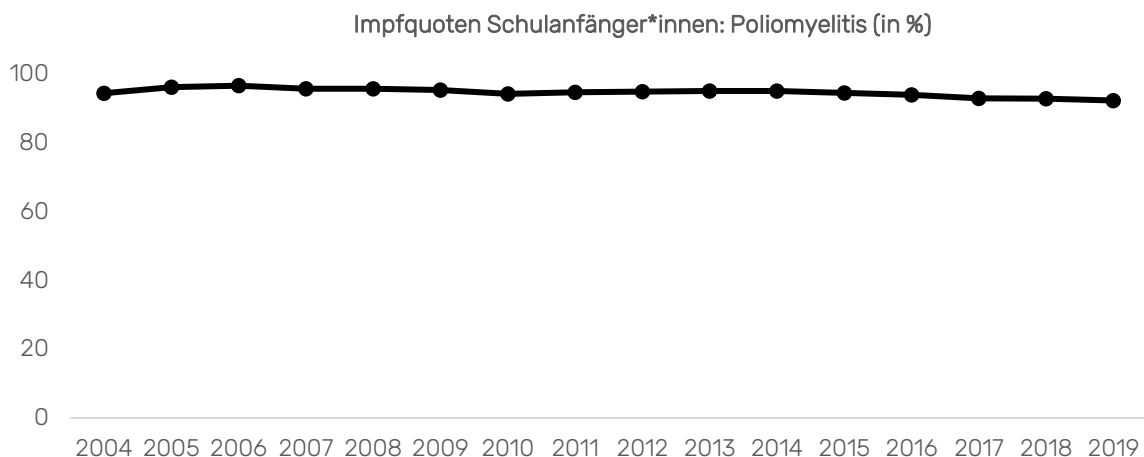
Indikator 83	Impfquoten Erwachsene: Tetanus
Inhalt	Eine Infektion mit Tetanus wird durch Verletzungen ermöglicht, da dadurch Fremdkörper (bspw. Holzsplitter) mit Sporen unter die Haut gelangen können. Die STIKO empfiehlt für Säuglinge nach Vollendung des zweiten Lebensmonats eine Impfung gegen Tetanus, welche nach Impfkalender vervollständigt wird, wobei die letzte (Auffrisch-) Impfung nicht länger als zehn Jahre zurückliegen sollte. (Robert Koch-Institut, 2018d) Hier wird die Impfquote auf die Standardimpfung der Bevölkerung ≥ 18 Jahre bezogen.
Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 Die Standardimpfquote gegen Tetanus betrug 2019 53,3 % und im Folgejahr 53,9 %. (Robert Koch-Institut, 2020a, 2021a)
Trend	→
Datenqualität	Sehr gut (5/6)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Nicht relevant

Indikator 84 Impfquoten Erwachsene: Pertussis	
Inhalt	Pertussis (auch Keuchhusten) wird als bakteriell-ausgelöste Infektionskrankheit der Atemwege über Tröpfcheninfektion übertragen. Die STIKO empfiehlt eine Grundimmunisierung von Säuglingen ab dem zweiten Lebensmonat. Erwachsene sollten einmalig eine Pertussis-Impfstoff-Kombination erhalten. Seit 2020 wird eine Impfung auch Schwangeren ab dem zweiten bzw. dritten Schwangerschaftsdrittel empfohlen. (Robert Koch-Institut, 2022d) Hier wird die Impfquote auf die Standardimpfung der Bevölkerung ≥ 18 Jahre bezogen.
Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 Die Standardimpfquote gegen Pertussis betrug 2019 41,9 % und im Folgejahr 43,7 %. (Robert Koch-Institut, 2020a, 2021a)
Trend	→
Datenqualität	Sehr gut (5/6)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Nicht relevant
Indikator 85 Impfquoten Erwachsene: Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME)	
Inhalt	FSME wird vorrangig durch Zeckenstiche übertragen. Die Impfung gegen FSME wird Menschen empfohlen, die in Risikogebieten (bspw. Bayern) leben oder durch Freizeitaktivitäten bzw. Beruf besonders exponiert sind. (Robert Koch-Institut, 2022c) Hier wird die Impfquote auf die Standardimpfung der Bevölkerung ≥ 18 Jahre bezogen.
Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 Die Standardimpfquote gegen FSME betrug 2019 17,0 % und im Folgejahr 18,4 %. (Robert Koch-Institut, 2020a, 2021a)
Trend	→
Datenqualität	Sehr gut (5/6)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Nicht relevant

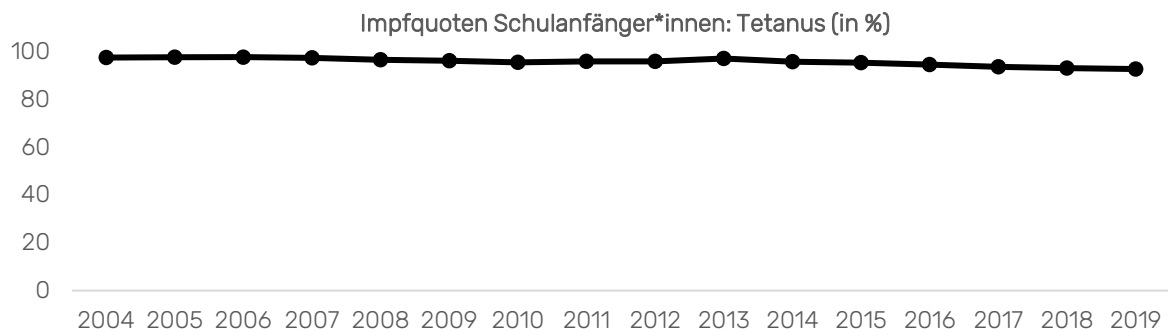
Indikatoren 86 – 87	Impfquoten Erwachsene: Herpes Zoster erste und zweite Standardimpfung
Inhalt	Herpes Zoster (auch Gürtelrose) wird durch das Varizella-Zoster-Virus, häufig im Kindesalter in Form von Varizellen (Windpocken) initial ausgelöst. Anschließend verbleibt das Virus lebenslang in den Nervenzellen und kann später als Herpes Zoster auftreten (Virus-Reaktivierung). Die STIKO empfiehlt die erste Dosis im Alter von elf Monaten und die zweite Dosis im Alter von 15 Monaten, außerdem bei Vorerkrankungen und seit 2018 Personen ab 60 Jahren. (Robert Koch-Institut, 2017)
Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 Die erste Herpes Zoster-Standardimpfung (≥ 60-Jährige) erfolgte 2019 bei 1,5 % und 2020 bei 5 % der Gesamtbevölkerung. Die zweite Standardimpfung gegen Herpes Zoster erfolgte 2019 bei 0,7 % und 2020 bei 3,3 % der Gesamtbevölkerung. (Robert Koch-Institut, 2020a, 2021a)
Trend	↑
Datenqualität	Sehr gut (5/6)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Nicht relevant

Indikator 88	Impfquote: Grundimmunisierte COVID-19
Inhalt	In Deutschland wird seit dem 26.12.2020 gegen COVID-19 geimpft. In Abhängigkeit davon, ob eine Infektion vorlag, ergibt sich der Impfabstand und die Impfhäufigkeit. (Robert Koch-Institut, 2022a) COVID-19 wird durch die Kategorie „Resilienz“ ausführlich aufgearbeitet.
Daten	✓ 2019 ✓2020 ✓2021 Die Zahl der COVID-19-Grundimmunisierten wird fortlaufend erhoben und betrug zum Stichtag 23.08.2022 63,4 Mio. Ende 2019 waren es 59,1 Mio. (Bundesministerium für Gesundheit, 2022c)
Trend	↑
Datenqualität	Gut (4/6)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Nicht relevant

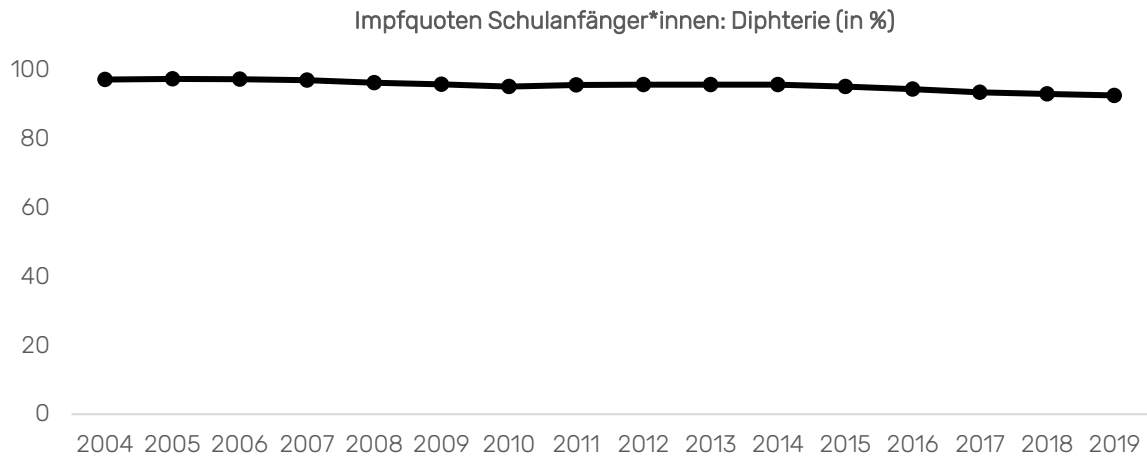
Indikator 89	Impfquoten Schulanfänger*innen: Poliomyelitis	
Inhalt	Die folgenden Indikatoren 89 bis 97 geben die Impfquoten von Kindern mit vorgelegtem Impfausweis bei der Einschulungsuntersuchung wieder. Über die betrachteten Jahre 2004 bis 2019 konnte im Schnitt von 92 % der untersuchten Kinder der Impfausweis eingesehen werden. Die Impfung gegen Poliomyelitis (auch Kinderlähmung) wird durch die STIKO bei Säuglingen, Kindern und Jugendlichen sowie die Auffrischung bei Jugendlichen und Erwachsenen empfohlen. Die durch Polio-Viren verursachte Infektionskrankheit führt zu Lähmungen, welche bei einem Befall der Atemmuskulatur tödlich sein können. (Robert Koch-Institut, 2021e)	
Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 Die Impfquote gegen Poliomyelitis lag bei den Schulanfänger*innen im Jahr 2019 bei 92,3 %, im Vorjahr bei 92,8 %. (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2022i)	
Trend	→	
Datenqualität	Sehr gut (5/6)	
Prognose	Nicht relevant	
Zielvorgabe	Nicht bekannt	
Referenzwert	Nicht relevant	



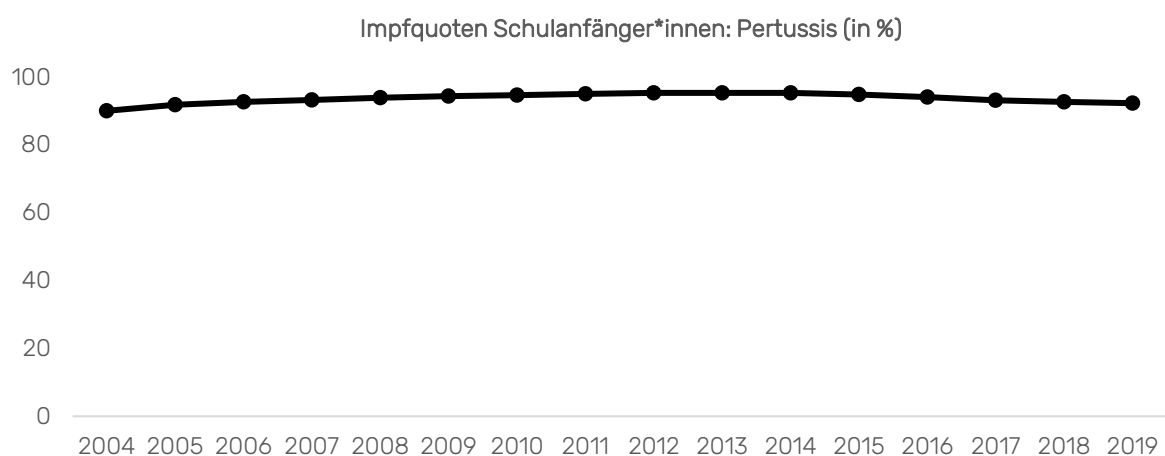
Indikator 90	Impfquoten Schulanfänger*innen: Tetanus	
Inhalt	Siehe Indikator 83.	
Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 Im Jahr 2019 waren 92,9 % der Schulanfänger*innen gegen Tetanus geimpft, 2018 waren es 93,3 %. (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2022i)	
Trend	→	
Datenqualität	Sehr gut (5/6)	
Prognose	Nicht relevant	
Zielvorgabe	Nicht bekannt	
Referenzwert	Nicht relevant	



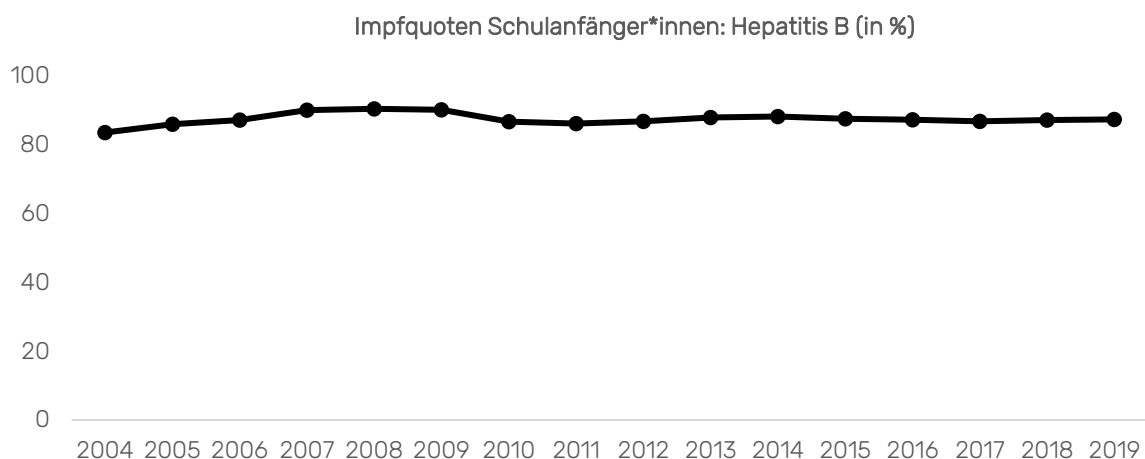
Indikator 91	Impfquoten Schulanfänger*innen: Diphtherie	
Inhalt	Siehe Indikator 82.	
Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 Im Jahr 2019 waren 92,7 % der Schulanfänger*innen gegen Diphtherie geimpft, 2018 waren es 93,1 %. (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2022i)	
Trend	→	
Datenqualität	Sehr gut (5/6)	
Prognose	Nicht relevant	
Zielvorgabe	Nicht bekannt	
Referenzwert	Nicht relevant	



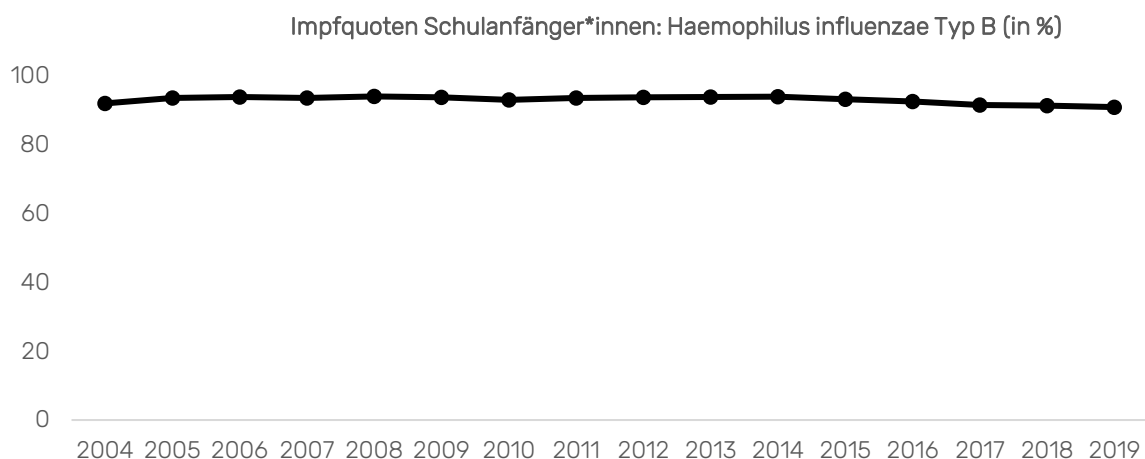
Indikator 92	Impfquoten Schulanfänger*innen: Pertussis	
Inhalt	Siehe Indikator 84.	
Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 Im Jahr 2019 waren 92,4 % der Schulanfänger*innen gegen Pertussis geimpft, 2018 waren es 92,7 %. (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2022i)	
Trend	→	
Datenqualität	Sehr gut (5/6)	
Prognose	Nicht relevant	
Zielvorgabe	Nicht bekannt	
Referenzwert	Nicht relevant	



Indikator 93	Impfquoten Schulanfänger*innen: Hepatitis B	
Inhalt	Die STIKO empfiehlt eine Impfung gegen Hepatitis B sowohl im Säuglings- und Kleinkindalter als auch im Erwachsenenalter für gefährdete Personengruppen. Die Virusinfektion kann zu akuten wie chronischen Schädigungen der Leber (bspw. Leberkarzinom, -zirrhose) führen. (Robert Koch-Institut, 2016)	
Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 Im Jahr 2019 waren 87,4 % der Schulanfänger*innen gegen Hepatitis B geimpft, 2018 waren es 87,2 %. (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2022i)	
Trend	→	
Datenqualität	Sehr gut (5/6)	
Prognose	Nicht relevant	
Zielvorgabe	Nicht bekannt	
Referenzwert	Nicht relevant	



Indikator 94	Impfquoten Schulanfänger*innen: Haemophilus influenzae Typ B	
Inhalt	Als präventive Maßnahme wird durch die STIKO eine Impfung im Säuglings- und Kleinkindalter empfohlen. Die bakterielle Infektion lagert sich insb. auf den Schleimhäuten der oberen Atemwege ab, wobei Menschen in ihren ersten fünf Lebensjahren besonders häufig betroffen sind. (Robert Koch-Institut, 2020b)	
Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 Im Jahr 2019 waren 91,0 % der Schulanfänger*innen gegen Haemophilus influenzae Typ B geimpft, 2018 waren es 91,4 %. (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2022i)	
Trend	→	
Datenqualität	Sehr gut (5/6)	
Prognose	Nicht relevant	
Zielvorgabe	Nicht bekannt	
Referenzwert	Nicht relevant	



Indikator 95
**Impfquoten Schulanfänger*innen:
Masern**

Inhalt

Die STIKO empfiehlt eine Masernimpfung bei Kindern, welche zwei Impfstoffdosen umfasst. Im Folgenden wird die Impfquote nach Gabe der zweiten Dosis dargestellt. Erwachsenen wird außerdem eine Impfung bzw. deren Nachholen empfohlen, eine zweimalige Impfung wird für bestimmte Tätigkeitsgebiete empfohlen. Masern sind eine hochansteckende Infektionskrankheit, welche Kinder besonders häufig betrifft und in schweren Fällen lebensbedrohliche Lungen- und Hirnentzündungen verursachen kann. Seit 2020 besteht in Deutschland eine Impfpflicht gegen Masern, welche Kinder und Personal in bestimmten Berufen betrifft. (Robert Koch-Institut, 2021c)

Daten

✓2019 ✓2020 ✓2021

Im Jahr 2019 hatten 92,7 % der Schulanfänger*innen die zweite Impfung gegen Masern erhalten, 2018 waren es 93,1 %. (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2022i)

Trend

→

Datenqualität

Sehr gut (5/6)

Prognose

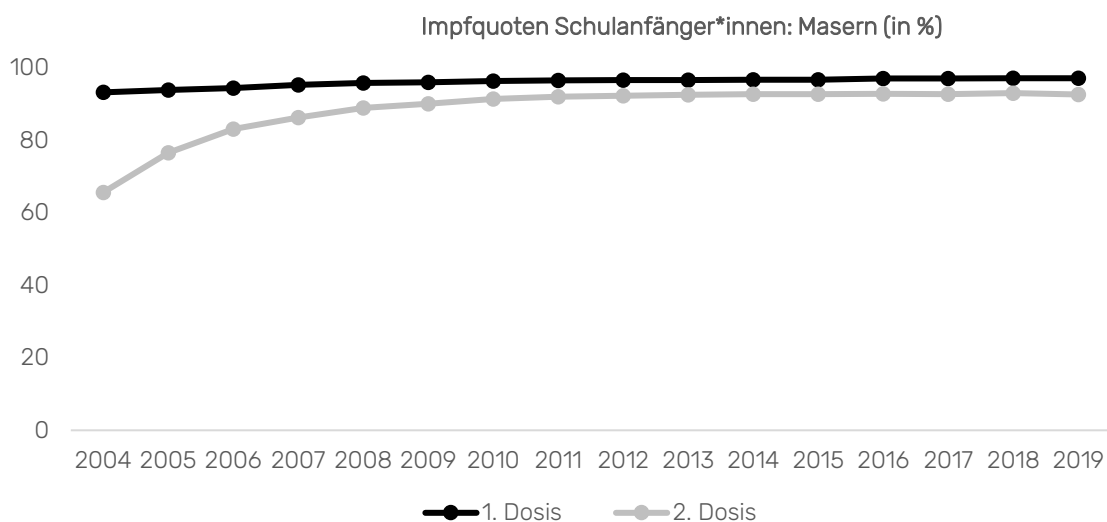
Nicht relevant

Zielvorgabe

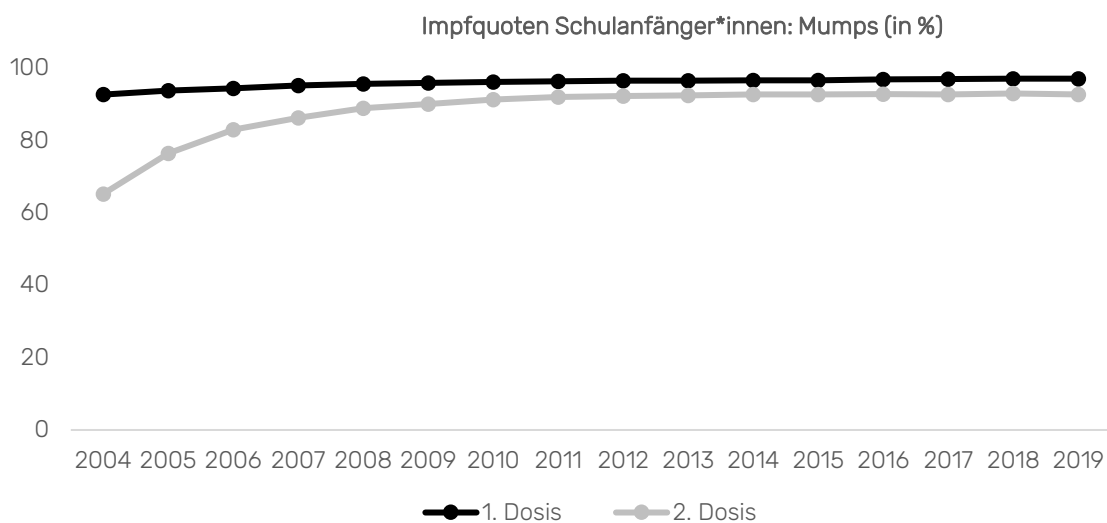
Nicht bekannt

Referenzwert

Nicht relevant



Indikator 96	Impfquoten Schulanfänger*innen: Mumps	
Inhalt	Die STIKO empfiehlt eine Impfung mit zwei Dosen im Kindesalter, wobei im Folgenden die Impfquote nach Gabe der zweiten Dosis dargestellt wird. Für bestimmte Berufe wird im Erwachsenenalter zudem ein Nachholen bzw. Vervollständigen der Impfung empfohlen. (Robert Koch-Institut, 2021d)	
Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 Im Jahr 2019 hatten 92,6 % der Schulanfänger*innen die zweite Impfung gegen Mumps erhalten, 2018 waren es 92,9 %. Durch Betrachtung eines längeren Zeitraums wird deutlich, dass die Impfquoten nahezu konstant geblieben sind. (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2022i)	
Trend	→	
Datenqualität	Sehr gut (5/6)	
Prognose	Nicht relevant	
Zielvorgabe	Nicht bekannt	
Referenzwert	Nicht relevant	



Indikator 97
**Impfquoten Schulanfänger*innen:
Röteln**

Inhalt

Die STIKO empfiehlt eine Impfung mit zwei Dosen im Kindesalter, wobei im Folgenden die Impfquote nach Gabe der zweiten Dosis dargestellt wird. In Bezug auf die erwachsene Bevölkerung wird eine zweite Impfung Frauen im gebärfähigen Alter sowie bei beruflicher Risikoexposition empfohlen. In letzterem Fall wird Männern eine einzelne Impfung empfohlen. (Robert Koch-Institut, 2021f)

Daten

✓2019 ✓2020 ✓2021

Im Jahr 2019 hatten 92,6 % der Schulanfänger*innen die zweite Impfung gegen Röteln erhalten, 2018 waren es 92,9 %. Durch Betrachtung eines längeren Zeitraums wird deutlich, dass die Impfquoten nahezu konstant geblieben sind.
(Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2022i)

Trend

→

Datenqualität

Sehr gut (5/6)

Prognose

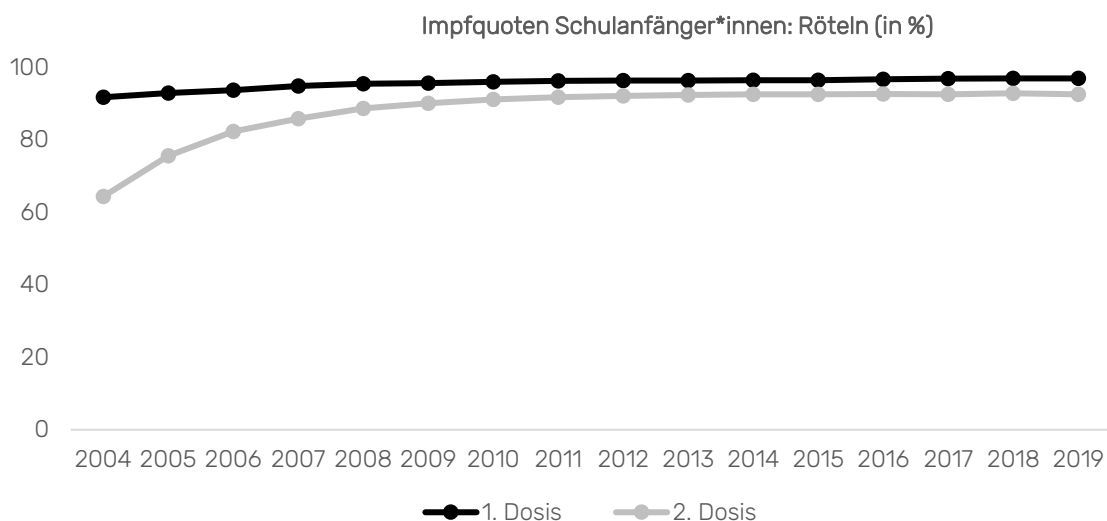
Nicht relevant

Zielvorgabe

Nicht bekannt

Referenzwert

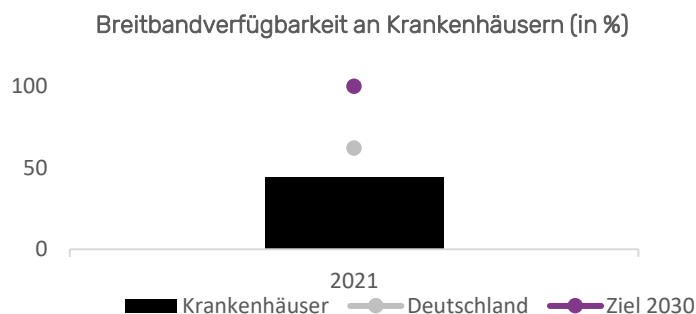
Nicht relevant



5.5.7 Qualität der Leistungserbringung

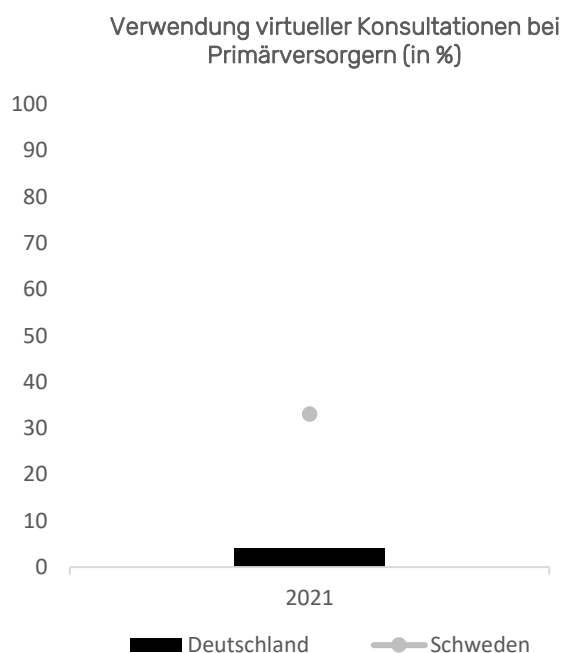
Die Qualität der Leistungserbringung wird mittels acht Indikatoren erfasst, welche sich auf die Themenbereiche der Schilderung der modernen Infrastruktur und der Abbildung von Prozesszeiten beziehen. Es sind im Vergleich zu den anderen Kategorien wenige Daten (in einer Zeitreihe) vorhanden (25 %), wobei die Datenqualität mangelhaft (2,7) ist. Nur für Indikator 98 (Breitbandverfügbarkeit an Krankenhäusern) liegt eine Zielvorgabe vor, für 75 % der Indikatoren konnten bislang keine Vergleichswerte aufgefunden werden. Ebenso wurden 75 % der Indikatoren bislang nicht mit Blick auf ihre Werteentwicklung bewertet. Die Entwicklung des übrigen Viertels wurde als neutral bewertet.

Indikator 98	Moderne Infrastruktur: Breitbandverfügbarkeit an Krankenhäusern	
Inhalt	Die folgenden Daten berücksichtigen öffentlich wie auch privat getragene Krankenhäuser.	
Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 Die Breitbandverfügbarkeit (≥ 1.000 Mbits/s) an Krankenhäusern lag im Jahr 2021 bei 44,3 %. (Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur, 2021)	
Trend	Zu wenige Datenpunkte für eine Trendbewertung vorhanden (NA).	
Datenqualität	Gut (3/6)	
Prognose	Nicht relevant	
Zielvorgabe	Gemäß der DNS soll branchenunabhängig eine Erhöhung auf 100 % stattfinden. (Bundesregierung, 2021)	
Referenzwert	Die deutschlandweite Breitbandverfügbarkeit [≥ 1.000 Mbits/s für reine Glasfasernetze (FTTB/H), CATV (Kabel) und alle leitungsgebundenen Technologien] lag 2019 bei 43,2 %, 2020 bei 59,2 % und 2021 bei 62,1 %. (Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur, 2021)	



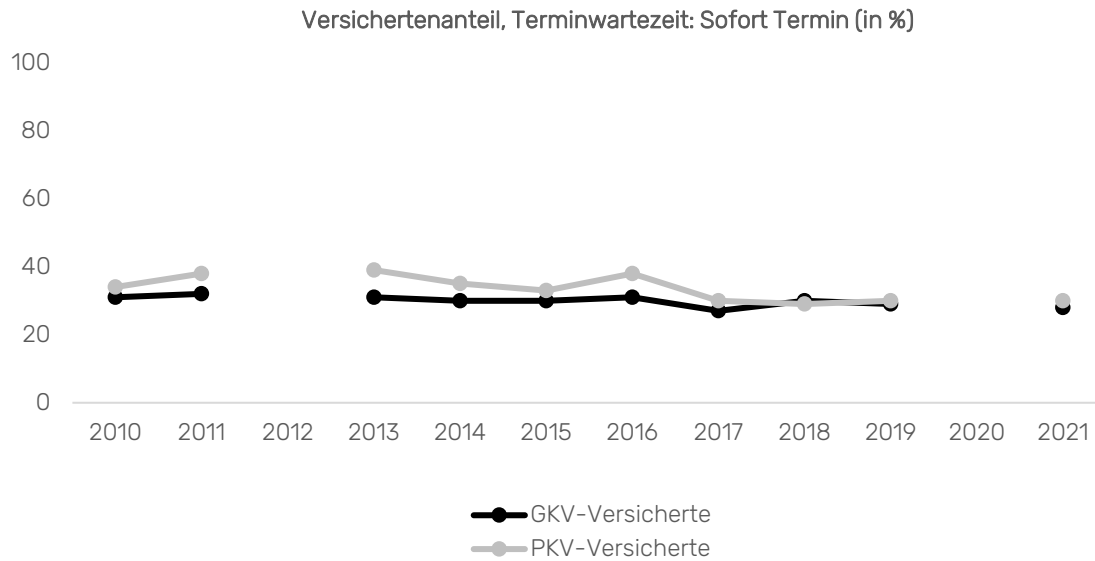
Indikator 99	Moderne Infrastruktur: Digitalisierungsgrad
Inhalt	Der Digital Health Index bewertet den Digitalisierungsgrad einzelner Länder anhand folgender drei Dimensionen: Policy-Aktivität und Strategie (besteht aus den Ebenen „Digital-Health-Strategien“ und „Institutionelle Verankerung von Digital Health Policy, Finanzierung und rechtlichen Rahmenbedingungen“), Technische Implementierung und Readiness für Vernetzung und Datennutzung (besteht aus den Ebenen „Implementierung: Infrastruktur und Administration“, „Reifegrad von Digital-Health-Anwendungen und -Diensten“ und „Readiness für Datennutzung und -austausch: Technische und semantische Interoperabilität“) sowie Tatsächliche Nutzung von Daten.
Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 Gemessen durch den Digital Health Index, belegte Deutschland im Jahr 2018 den 16. Rangplatz von insgesamt 17 bewerteten Ländern (30 Punkte, wobei der Mittelwert bei 59 Punkten liegt). (Bertelsmann Stiftung, 2018)
Trend	Zu wenige Datenpunkte für eine Trendbewertung vorhanden (NA).
Datenqualität	Mangelhaft (2/6)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Nicht relevant

Indikator 100	Moderne Infrastruktur: Verwendung virtueller Konsultationen bei Primärversorgern	
Inhalt	Die Verwendung von virtuellen bzw. Video-basierten Konsultationen wird als Indikator für eine moderne Infrastruktur verstanden. Deren Nachfrage ist insbesondere in Pandemiezeiten gestiegen, um persönlichen, potenziell infektiösen Kontakt zu umgehen. Zudem kann die Verwendung der Technologie als eine Möglichkeit angesehen werden, um Wege und Zeit (und damit verbundene Kosten) zu sparen.	
Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 Virtuelle Konsultationen wurden durch Primärversorger im Jahr 2019 in 4,0 % der Fälle eingesetzt. (The Commonwealth Fund, 2019)	
Trend	Zu wenige Datenpunkte für eine Trendbewertung vorhanden (NA).	
Datenqualität	Mangelhaft (2/6)	
Prognose	Nicht relevant	
Zielvorgabe	Nicht bekannt	
Referenzwert	Im Vergleich zu den deutschen Werten ist Schweden mit 33 % Spitzenreiter. (The Commonwealth Fund, 2019)	



Indikator 101	Moderne Infrastruktur: Anteil E-Rezepte an allen Rezepten
Inhalt	Seit dem 01.09.2022 findet die erste Stufe des Rollouts des Elektronischen Rezepts (E-Rezept) in Deutschland statt. Die bislang papierbasierte Verschreibung von Arznei- und Heilmitteln soll damit auf elektronischem Weg stattfinden und Zeit und Wege sparen. (Bundesministerium für Gesundheit, 2022a)
Daten	Keine Daten verfügbar (NN)
Trend	Keine Trendbildung möglich (NN).
Datenqualität	Keine Bewertung der Datenqualität möglich (NN).
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Nicht relevant

Indikatoren 102 - 103	Prozesszeiten: Durchschnittliche Wartezeit GKV und PKV	
Inhalt	Für die Darstellung der Wartezeiten auf einen Termin bei einem/einer Haus- oder Facharzt/-ärztin werden Versicherte durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung jährlich telefonisch befragt. Für die Jahre 2012 und 2020 liegen keine Daten vor.	
Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 Der GKV-Versichertenanteil, der sofort einen Termin erhielt, lag 2019 bei 29,0 % und 2021 bei 28,0 %. Der PKV-Versichertenanteil, der sofort einen Termin erhielt, lag 2019 bei 30,0 % und 2021 bei 30,0 %. (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), 2022)	
Trend	→	
Datenqualität	Gut (4/6)	
Prognose	Nicht relevant	
Zielvorgabe	Nicht bekannt	
Referenzwert	Nicht relevant	


Indikator 104
**Prozesszeiten:
Durchschnittliche Überschreitung der Hilfsfrist**
Inhalt

Der Indikator gibt die Prozesszeiten von Feuerwehr und Rettungsdienst bzw. als Qualitätsmerkmal die Überschreitung der Zeitvorgabe wieder. Berücksichtigt werden muss, dass die Hilfsfrist auf Bundeslandebene festgelegt wird. Dadurch entsteht zwischen Notrufeingang bei der Leitstelle und Ankunft des Rettungsmittels am Einsatzort ein Intervall zwischen fünf und 20 Minuten.
(Schehadat, Groneberg, Bauer & Bendels, 2017)

Daten

Keine Daten verfügbar (NN)

Trend

Keine Trendbildung möglich (NN).

Datenqualität

Keine Bewertung der Datenqualität möglich (NN).

Prognose

Nicht relevant

Zielvorgabe

Nicht bekannt

Referenzwert

Nicht relevant

Indikator 105	Prozesszeiten: Einsparpotenzial durch ambulant-sensitive Krankenhausfälle
Inhalt	Durch den Indikator werden jene Hospitalisierungen quantifiziert, welche alternativ durch verfügbare und hochwertige ambulante Maßnahmen hätten bereitgestellt werden können. (Kurte & Blankart, 2019) Für das Einsparpotential wird insb. die Morbidität (bspw. Prävention von Bluthochdruck), aber auch eine höhere Ärzte-/Ärztinnendichte ursächlich benannt.
Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 Das maximale Einsparpotenzial durch ambulant-sensitive Krankenhausfälle lag im zuletzt bemessenen Jahr 2011 bei 10,68 € pro Kopf. (IGES Institut GmbH, 2015)
Trend	Zu wenige Datenpunkte für eine Trendbewertung vorhanden (NA).
Datenqualität	Mangelhaft (1/6)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Nicht relevant

5.5.8 Resilienz

Die Kategorie der Resilienz kann sowohl dem organisatorischen Teilbereich der gesundheitlichen Dimension als auch dem epidemiologischen Teilbereich, auf den im anschließenden Teilkapitel ausführlich eingegangen wird, zugeordnet werden. Diese Kategorie ist stark von dem Gedanken geprägt, dass die im Nachhaltigkeitsindex definierten Dimensionen und Kategorien nicht als trennscharf zueinander betrachtet werden dürfen. Resilienz beschreibt die Fähigkeit eines Gesundheitssystems, auf akute und chronische Schocks bzw. Krisen zu reagieren, sich von ihnen zu erholen bzw. sie zu vermeiden, um so ihre negativen Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung und Störungen der Leistungserbringung zu reduzieren. Als Schocks werden plötzliche und extreme Veränderungen bezeichnet. Schocks sind dynamisch, sodass eine langfristige Schwächung möglich ist, aber auch die Auslösung eines weiteren Schocks. Beispiele für Schocks sind Pandemien, Klimawandel sowie wirtschaftliche und technologische Schocks. (Partnership for Health System Sustainability and Resilience, 2021b) Zum aktuellen Zeitpunkt werden schwerpunktmäßig die Datenjahre 2019 bis 2021 betrachtet, womit die Resilienz des Gesundheitssystems auf das in dem Zeitraum dominierende Thema der COVID-19-Pandemie bezogen wird. In der gesundheitlich-organisatorischen Dimension werden sechs Indikatoren definiert, allerdings liegen für sie keine

ausreichenden Daten vor, sodass keine Trendbildung bzw. -bewertung stattfinden kann. Nur für Indikator 109 (Beitrag Deutschlands zur globalen Pandemieprävention und -reaktion) wurde eine Zielvorgabe aufgefunden. An dieser Stelle sei bereits erwähnt, dass zukünftig weitere Krisen in die Resilienzbewertung eingeschlossen werden.

Indikator 106	COVID-19-Pandemie: Vorhandensein von aktuellen / belastungsgeprüften Notfallprotokollen und Bereitschaftsplänen
Inhalt	Die Verfügbarkeit von belastungsgeprüften und aktuellen Notfallprotokollen und Bereitschaftsplänen ist essenziell für eine effektive und effiziente Krisensteuerung. (Partnership for Health System Sustainability and Resilience, 2021a)
Daten	Keine Daten verfügbar (NN)
Trend	Keine Trendbildung möglich (NN).
Datenqualität	Keine Bewertung der Datenqualität möglich (NN).
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Nicht relevant

Indikator 107	COVID-19-Pandemie: Vorhandensein von sensitiven Frühwarnsystemen
Inhalt	Damit frühestmöglich auf Krisen reagiert werden kann, benötigt es sensitive Frühwarnsysteme. (Partnership for Health System Sustainability and Resilience, 2021a) Die Frühwarnsysteme sollten möglichst global vernetzt sein. (Streibich & Lenarz, 2021)
Daten	Keine Daten verfügbar (NN)
Trend	Keine Trendbildung möglich (NN).
Datenqualität	Keine Bewertung der Datenqualität möglich (NN).
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Nicht relevant

Indikator 108	COVID-19-Pandemie: Höhe der verursachten Nachhaltigkeitslücke
Inhalt	Die Höhe der verursachten Nachhaltigkeitslücke basiert auf dem BIP, wobei die Entwicklungen durch die Corona-Pandemie inkludiert sind. Ausgangspunkt bildet die Generationenbilanzierung. Die Nachhaltigkeitslücke quantifiziert damit die Höhe der notwendigen Mittel, mit denen das aktuelle Leistungsniveau auch zukünftig finanzierbar bleiben würde. Grundsätzlich ist anzumerken, dass eine Trendentwicklung im Zeitverlauf für die COVID-19-bezogenen Indikatoren nicht abgebildet wird, da die Datenreihe bzgl. Deutschland nur die Jahre 2020 und 2021 abbilden kann und damit eine Visualisierung zu kurz greifen würde.
Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 Im Jahr 2020 betrug die Nachhaltigkeitslücke 345 % des BIP, wobei 109,3 % des BIP durch die COVID-19-Pandemie verursacht wurden. (Ifo Schnelldienst, 2020)
Trend	Zu wenige Datenpunkte für eine Trendbewertung vorhanden (NA).
Datenqualität	Mangelhaft (2/6)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Nicht relevant

Indikator 109	COVID-19-Pandemie: Beitrag Deutschlands zur globalen Pandemieprävention und -reaktion
Inhalt	Der Gedanke dieses Nachhaltigkeitsindikators entstammt der DNS, wobei diese den Beitrag Deutschlands zur globalen Pandemieprävention explizit nicht auf Eindämmungsmaßnahmen der COVID-19-Pandemie bezieht. (Bundesregierung, 2021)
Daten	Keine Daten verfügbar (NN)
Trend	Keine Trendbildung möglich (NN).
Datenqualität	Keine Bewertung der Datenqualität möglich (NN).
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Die DNS gibt vor, dass die Ausgaben bis 2030 gegenüber 2019 gesteigert werden sollen, ohne dabei die Höhe der Ausgabensteigerung zu quantifizieren. (Bundesregierung, 2021)
Referenzwert	Nicht relevant
Indikator 110	COVID-19-Pandemie: Fähigkeit, Kapazität der Akutversorgung zu erhöhen, wobei essenzielle Leistungen erhalten bleiben
Inhalt	Die Fähigkeit, Kapazität der Akutversorgung zu erhöhen, wobei essenzielle Leistungen erhalten bleiben, wird durch die PHSSR als eine Stabilisierungsleistung während der Krise benannt. (Partnership for Health System Sustainability and Resilience, 2021a)
Daten	Keine Daten verfügbar (NN)
Trend	Keine Trendbildung möglich (NN).
Datenqualität	Keine Bewertung der Datenqualität möglich (NN).
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Nicht relevant

Indikator 111	COVID-19-Pandemie: Teilnahme an Forschungsnetzwerken
Inhalt	Eine Vernetzung der Forschung dient der verbesserten Information und Kommunikation, welche zu einem resilienteren und leistungsfähigeren Gesundheitssystem beitragen. (Streibich & Lenarz, 2021)
Daten	Keine Daten verfügbar (NN)
Trend	Keine Trendbildung möglich (NN).
Datenqualität	Keine Bewertung der Datenqualität möglich (NN).
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Nicht relevant

5.6 Gesundheitliche Dimension: Epidemiologischer Teilbereich

Um die Lage der Gesundheit vollständig zu beschreiben, muss neben der Betrachtung der organisatorischen Umsetzung und Nutzung der Gesundheitsversorgung auch eine Erfassung der Gesundheit unter epidemiologischen Aspekten erfolgen. Dadurch werden gesundheitsbezogene Zustände sowie deren Entwicklung erfasst und nachvollziehbar gemacht. Die Dimension beschreibt damit sowohl den aktuellen Ausgangspunkt der Überlegung zur Messung von Nachhaltigkeit als auch deren Ergebnis. Der epidemiologische Teilbereich der gesundheitlichen Dimension umfasst 71 Indikatoren. Davon entfallen drei auf die Kategorie „Resilienz“ (ca. 4 %), vier auf „Lebenserwartung bei Geburt“ (ca. 6 %), elf auf „Mortalität“ (ca. 15 %), 41 auf „Morbidität“ (ca. 58 %), zwei auf „Sonstige Aspekte des Gesundheitszustandes“ (ca. 3 %) und zehn auf „Risikofaktoren“ (ca. 14 %). Zu zwölf der Indikatoren (17 %) liegt kein vollständiger Datensatz vor, sodass keine Trendbewertung stattfinden kann, bei 14 Indikatoren wurde eine Bewertung als nicht sinnvoll erachtet (z. B. Gesamtkrankheitskosten). Eine positive Bewertung des Entwicklungstrends konnte bei sieben der definierten Indikatoren festgestellt werden, 19 Indikatoren haben sich tendenziell negativ entwickelt und weitere 19 verbleiben auf demselben Niveau. Die Datenqualität der Dimension ist als gut (3,7) zu bewerten. Für 28 der 71 definierten Indikatoren liegen Vergleichsdaten vor (20 Referenzdaten, zwei Prognosewerte und zehn Zielvorgaben).

5.6.1 Resilienz

Neben dem bereits dargestellten organisatorischen Teilbereich erfolgt die Erfassung der Resilienz auch in der epidemiologischen Dimension des Nachhaltigkeitsindex. Die drei festgelegten Indikatoren sind vollständig bewertbar und liegen in sehr guter Qualität (5,0) vor. Vergleichswerte existieren bislang nicht. Die Entwicklung der COVID-19-Prävalenz wird als negativ eingestuft, die übrigen Indikatoren werden hinsichtlich ihrer Entwicklung nicht bewertet. Hinzuzufügen zu diesen ganzjahresbezogenen Indikatoren ist, dass das Pandemieradar des RKI arbeitstäglich Kennzahlen (bspw. Entwicklung der 7-Tage-Inzidenz oder der Kapazität der Intensivstationen) zum COVID-19-Geschehen in Deutschland zusammenfasst, welche ergänzend hinzugezogen werden können. (Robert Koch-Institut, 2022e)

Indikator 1	COVID-19-Pandemie: Summe positive Fälle Bevölkerung
Inhalt	Um die kumulierte Fallzahl zu ermitteln, werden Testzahlen aus Forschungseinrichtungen, Universitätskliniken sowie klinischen und ambulanten Laboren genutzt.
Daten	✓ 2019 ✓2020 ✓2021 Die Summe der positiven COVID-19-Fälle betrug im Jahr 2020 1,7 Mio., im Folgejahr waren es 7,2 Mio. Fälle. (Robert Koch-Institut, 2022b)
Trend	↑
Datenqualität	Sehr gut (5/6)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Nicht relevant

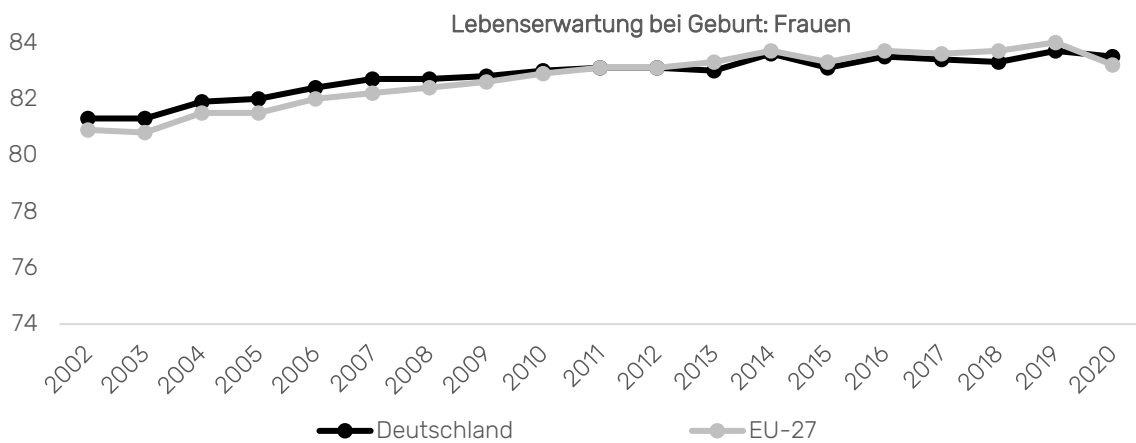
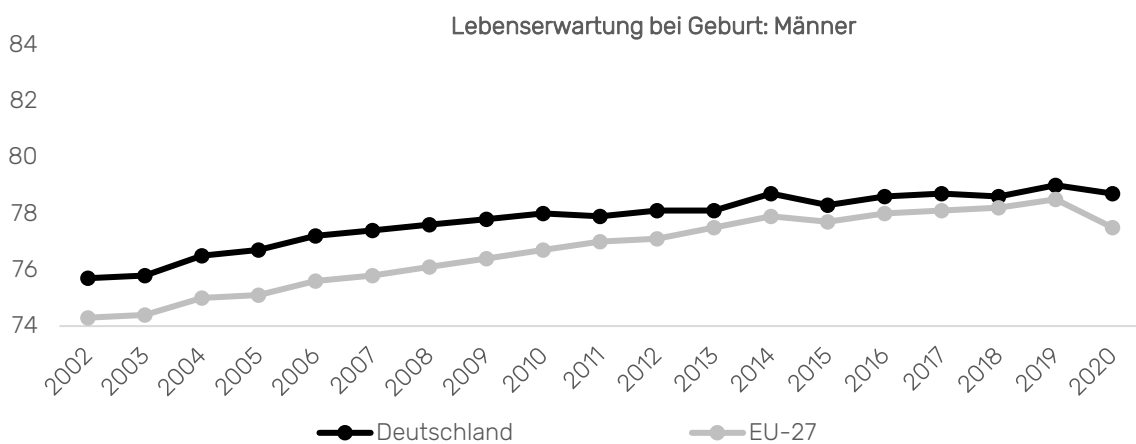
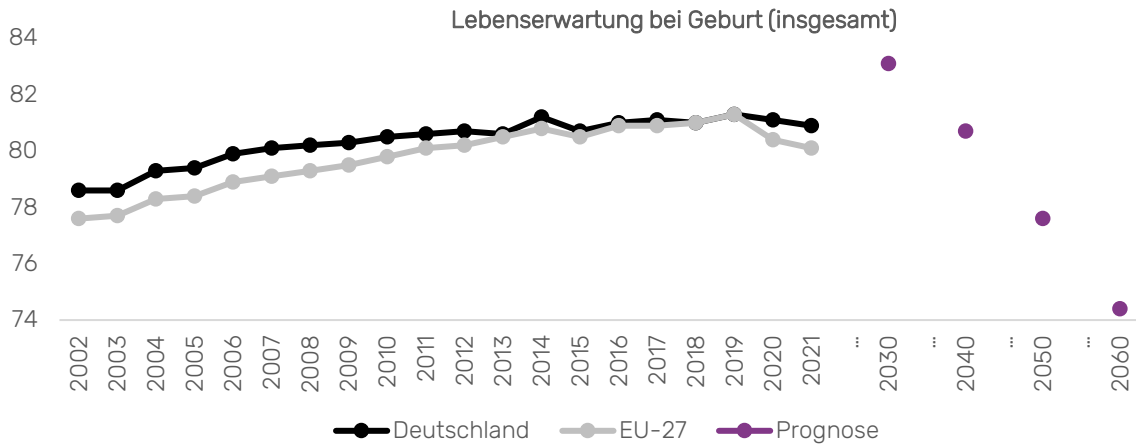
Indikator 2	COVID-19-Pandemie: Prävalenz infektiöser und parasitärer Krankheiten
Inhalt	Der vorherige Indikator hat die kumulierte Prävalenz der COVID-19-Fälle zusammengefasst, an dieser Stelle wird die Prävalenz alternativ in der Einheit „Fälle je 100.000 Einwohner“ präsentiert. Erfasst werden die Verdachts- und Erkrankungsfälle ebenso wie hospitalisierte und verstorbene Menschen, welche gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG) an das Gesundheitsamt gemeldet wurden.
Daten	✓ 2019 ✓2020 ✓2021 Im Zuge der Erfassung der Prävalenz infektiöser und parasitärer Krankheiten (siehe Indikatoren 19 ff.) wird auch die Prävalenz von COVID-19 (U07.1) ermittelt. Für 2020 wird diese mit 2.147,2 je 100.000 Einwohner beziffert. (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2021c)
Trend	↑
Datenqualität	Sehr gut (5/6)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Nicht relevant

Indikator 3	COVID-19-Pandemie: Todesfälle
Inhalt	Ausgedrückt wird durch diesen Indikator die Anzahl der Menschen, welche verstarben und zugleich den SARS-CoV-2-Erreger von COVID-19 aufwiesen. Es kann nicht danach differenziert werden, inwiefern die Menschen „an“ oder „mit“ der Infektion gestorben sind.
Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 Die Höhe der mit COVID-19 assoziierten Todesfälle wird für das Jahr 2020 mit 33.000 und für das Folgejahr mit 112.000 angegeben. (Robert Koch-Institut, 2022b)
Trend	↑
Datenqualität	Sehr gut (5/6)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Nicht relevant

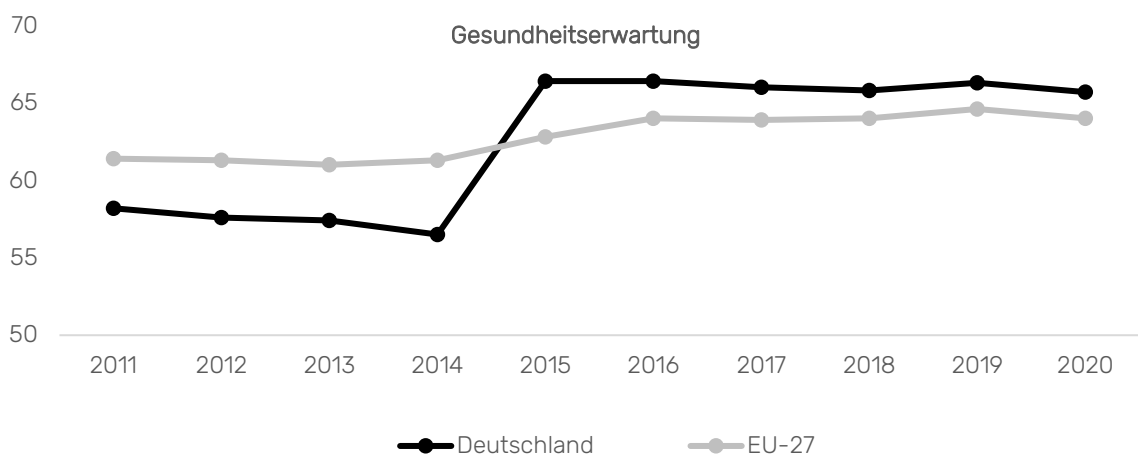
5.6.2 Lebenserwartung

Die Lebenserwartung in Deutschland wird durch vier Indikatoren beschrieben, welche alle gut (Datenqualität: 4,5) in den letzten Jahren dokumentiert wurden. Vergleichsdaten liegen für sämtliche Indikatoren vor. Nur Indikator 7 (die Gesundheitserwartung) wurde (neutral) bewertet.

Indikatoren 4 – 6	Lebenserwartung bei Geburt: Insgesamt, Männer, Frauen	
Inhalt	Die Lebenserwartung kann zu verschiedenen Zeitpunkten angegeben werden. Die fernere Lebenserwartung bezieht sich auf ein bestimmtes Alter, hier wird allerdings die Lebenserwartung zum Zeitpunkt der Geburt angegeben, was auch als die mittlere Lebenserwartung bezeichnet wird. Angegeben wird damit, wie viele Jahre ein Mensch (bei unveränderten Sterberisiken) durchschnittlich leben wird, was ein Hinweis auf die Leistungsfähigkeit der gesundheitlichen Versorgung ist. Da zwischen Männern und Frauen deutliche Unterschiede hinsichtlich der Lebenserwartung bestehen, wird diese zudem geschlechtsspezifisch angegeben. (AOLG, 2003)	
Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 Die Lebenserwartung bei Geburt betrug in Deutschland im Jahr 2019 81,3 Jahre, 2020 81,1 Jahre und 2021 80,9 Jahre. Die Lebenserwartung von Männern liegt dabei unter dem Bundesdurchschnitt und betrug 2019 79,0 Jahre und 2020 78,7 Jahre. Die Lebenserwartung von Frauen liegt über dem Bundesdurchschnitt und betrug 2019 83,7 Jahre und 2020 83,5 Jahre. (Eurostat, 2022n)	
Trend	↓	
Datenqualität	Gut (4/6), Sehr gut (5/6), Sehr gut (5/6)	
Prognose	Es wird prognostiziert, dass die durchschnittliche Lebenserwartung der Bevölkerung bis 2030 auf 83,1 Jahre ansteigen wird (2040 soll sie bei 80,7 liegen, 2050 bei 77,6 und 2060 bei 74,4). (Statistisches Bundesamt, 2018)	
Zielvorgabe	Nicht bekannt	
Referenzwert	Die durchschnittliche Lebenserwartung lag 2019 in Deutschland auf dem gleichen Niveau wie der EU-27-Durchschnittswert (81,3 Jahre). In den Jahren 2020 (80,4 Jahre) und 2021 (80,1 Jahre) war der deutsche Wert vergleichsweise erhöht. Die Lebenserwartung von deutschen Männern lag 2019 (78,5) und 2020 (77,5) über dem EU-27-Wert. Lag die Lebenserwartung von Frauen durchschnittlich in den EU-27 2019 noch bei 84 Jahren, sank sie bis 2020 auf 83,2, womit auch der deutsche Wert unter den internationalen Durchschnitt fällt. (Eurostat, 2022n)	



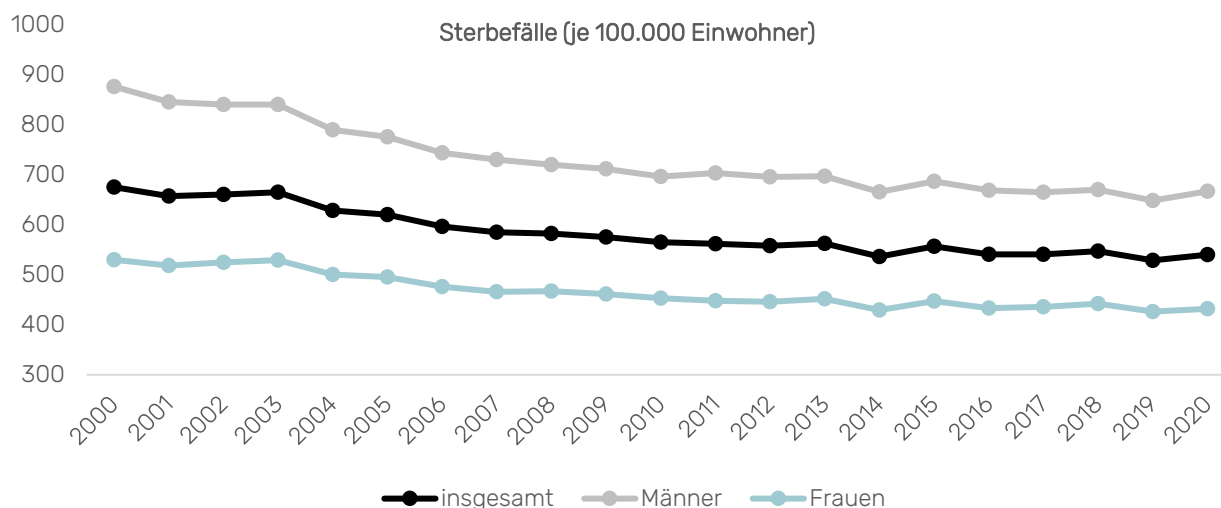
Indikator 7	Gesundheitserwartung	
Inhalt	Die durchschnittliche Gesundheitserwartung (auch Health Expectancy) kann ebenso wie die Lebenserwartung zu verschiedenen Zeitpunkten angegeben werden, wobei hier die Angabe zum Zeitpunkt der Geburt erfolgt. Die Gesundheitserwartung gibt die Zahl der Jahre an, welche eine Person erwarten kann, ohne moderate bis starke Gesundheitseinschränkungen zu leben (bzw. anders ausgedrückt, die Zahl der Lebensjahre in guter Gesundheit). Erfasst wird der Indikator durch Selbstangaben, wobei Einschränkungen von mindestens sechs Monaten berücksichtigt wurden.	
Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 Die Gesundheitserwartung betrug 2019 66,3 Jahre und im Folgejahr 65,7 Jahre. (Eurostat, 2022k)	
Trend	→	
Datenqualität	Gut (4/6)	
Prognose	Nicht relevant	
Zielvorgabe	Nicht bekannt	
Referenzwert	Die deutschen Werte lagen über dem EU-27-Wert sowohl im Jahr 2019 (64,6 Jahre) als auch im Jahr 2020 (64,0 Jahre). (Eurostat, 2022k)	



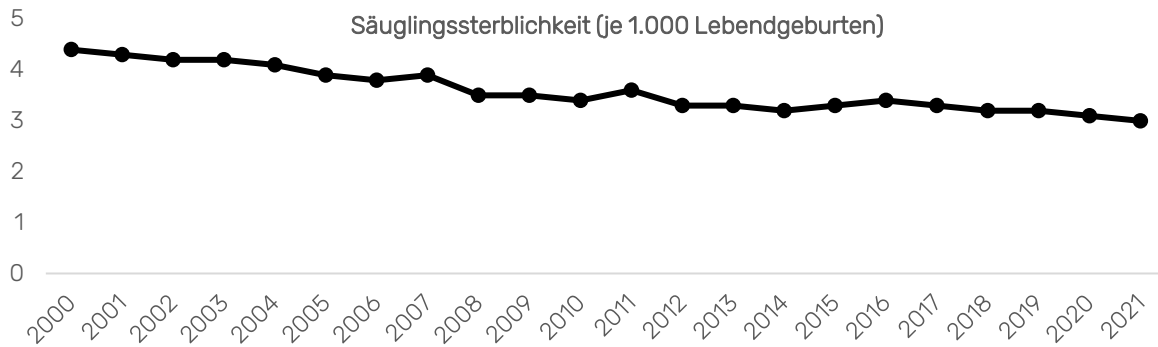
5.6.3 Mortalität

Die Mortalität bzw. Sterblichkeit gibt die Todesfallanzahl bzgl. einer bestimmten Individuenzahl bzw. Population in Bezug auf einen konkreten Zeitraum an. Neben der Angabe von Sterbefällen, die sich insb. auf verschiedene Geschlechter und Altersgruppen beziehen, wird auch die vorzeitige und die umweltbedingte Sterblichkeit erfasst, sodass für die Beschreibung der Kategorie insgesamt elf Indikatoren hinzugezogen werden. Davon sind zehn quantifizierbar, wobei durchschnittlich eine gute Datenqualität (4,7) gegeben ist. Für 45 % der Indikatoren wurden bereits Vorgaben zu einer Zielentwicklung gemacht. 36 % der Indikatoren wurden bislang nicht bzgl. ihrer Entwicklungstendenz bewertet, weitere 36 % haben sich tendenziell negativ entwickelt, 18 % haben eine positive Entwicklung vorgenommen und 9 % der definierten Indikatoren wurden neutral bewertet.

Indikatoren 8 - 10	Sterbefälle: Insgesamt, Männer, Frauen	
Inhalt	Die Sterbefälle, also die Anzahl der Verstorbenen p. a., werden altersstandardisiert angegeben, damit eine Vergleichbarkeit zwischen den Jahren gegeben ist. Somit werden altersspezifische Mortalitätsraten gemäß der Altersstruktur einer Standardbevölkerung gewichtet, wobei geschlechtsspezifische Sterbefälle zusätzlich berücksichtigt werden. Totgeburten, gerichtliche Todesfälle, nachträglich beurkundete Kriegsterbefälle oder Todesfälle von Angehörigen oder Kindern ausländischer Streitkräfte werden in der dargestellten Mortalität nicht berücksichtigt.	
Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 Insgesamt kamen auf 100.000 Einwohner im Jahr 2019 529,1 Sterbefälle und im Jahr 2020 540,5 Sterbefälle (altersstandardisiert). Bezogen auf Männer, kamen auf 100.000 Einwohner im Jahr 2019 648,9 Sterbefälle und im Jahr 2020 667,2 Sterbefälle (altersstandardisiert). Bezogen auf Frauen, kamen auf 100.000 Einwohner im Jahr 2019 426,4 Sterbefälle und im Jahr 2020 432,3 Sterbefälle (altersstandardisiert). (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2021f)	
Trend	→	
Datenqualität	Sehr gut (5/6)	
Prognose	Nicht relevant	
Zielvorgabe	Nicht bekannt	
Referenzwert	Nicht relevant	



Indikator 11	Sterbefälle: Säuglingssterblichkeit	
Inhalt	Je geringer die Säuglingssterblichkeit ist, desto höher sind i. d. R. der Wohlstand, die Lebensverhältnisse sowie die Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems eines Landes zu bewerten. Die Säuglingssterblichkeit bezieht sich auf Todesfälle von lebend geborenen Kindern im ersten Lebensjahr (damit werden Totgeburten nicht berücksichtigt).	
Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 Auf 1.000 Lebendgeburten kam im Jahr 2019 eine Säuglingssterblichkeit i. H. v. 3,2, 2020 lag sie bei 3,1 und 2021 3,0. (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2022!) Der Indikatorwert ist zwar nur leicht gesunken, im Hinblick auf die Zielvorgabe ist der Trend jedoch positiv zu bewerten.	
Trend	↓	
Datenqualität	Sehr gut (6/6)	
Prognose	Nicht relevant	
Zielvorgabe	Die SDG definiert das Ziel, die Säuglingssterblichkeit weltweit auf zwölf pro 1.000 Lebendgeburten zu senken, wobei Deutschland dieses Ziel schon deutlich erfüllt hat. (United Nations, 2016)	
Referenzwert	Nicht relevant	


Indikator 12
**Sterbefälle:
Perinatalsterblichkeit**

Inhalt

Die Perinatalsterblichkeit drückt die Sterbefallzahl in den ersten sieben Lebenstagen (inkl. Totgeburten) an. Die Entwicklung der perinatalen Sterbefälle ist als ein Indikator der Lebensverhältnisse eines Landes und des medizinischen Betreuungsniveaus zu verstehen.

Daten

✓2019 ✓2020 ✓2021

Die Perinatalsterblichkeit lag 2019 bei 5,9 und 2020 bei 5,8 je 1.000 Lebend- und Totgeburten (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2022j). Der Indikatorwert ist zwar fast unverändert geblieben, im Hinblick auf die Zielvorgabe ist der Trend jedoch positiv zu bewerten.

Trend

→

Datenqualität

Sehr gut (5/6)

Prognose

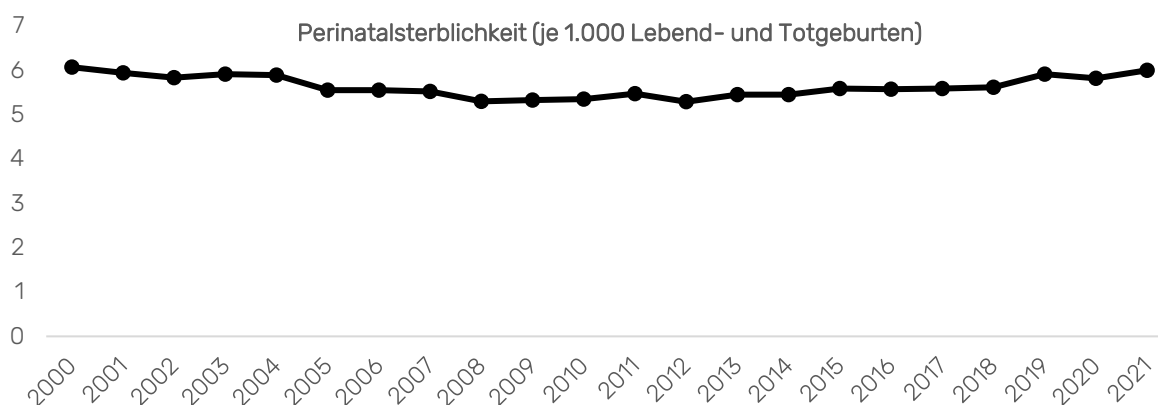
Nicht relevant

Zielvorgabe

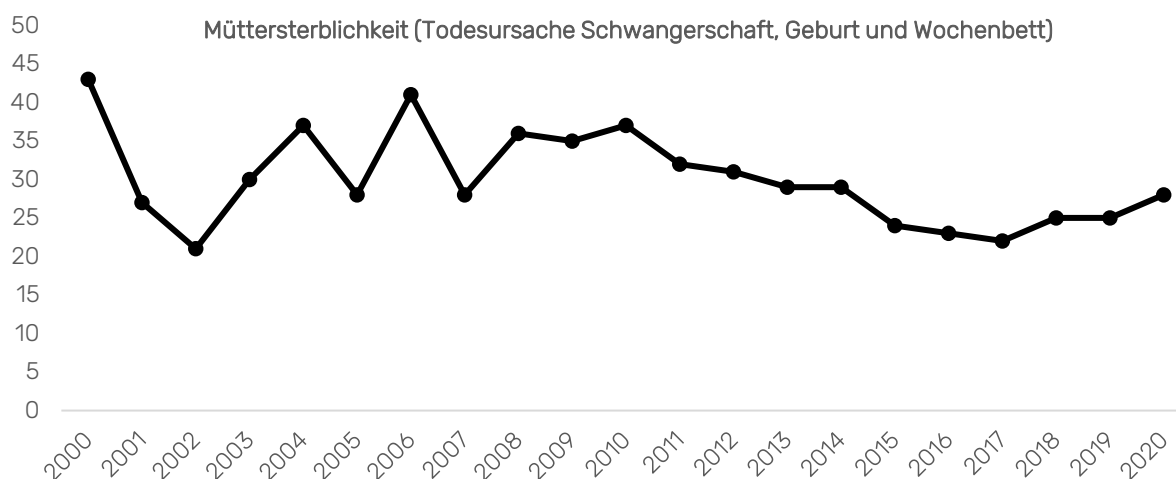
Die SDG definiert das Ziel, die Perinatalsterblichkeit weltweit auf 25 pro 1.000 Lebendgeburten zu senken, wobei Deutschland dieses Ziel schon deutlich erfüllt hat. (United Nations, 2016)

Referenzwert

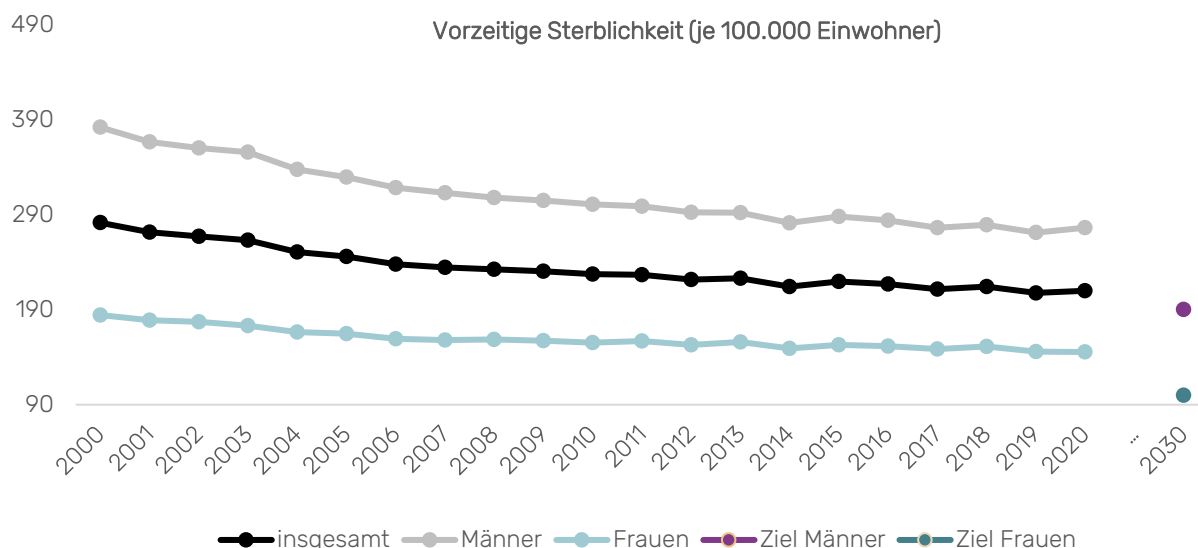
Nicht relevant



Indikator 13	Sterbefälle: Müttersterblichkeit	
Inhalt	Müttersterblichkeit bzw. Sterbefälle während der Gestation bezeichnen die Mortalität während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (bis zu 42 Tage nach dem Schwangerschaftsende). Angegeben werden hier nur die gestationsbedingten Sterbefälle, womit die nicht gestationsbedingten Sterbefälle (ausgelöst durch zufällige Ereignisse oder äußere Gewalt wie bspw. Unfälle) nicht berücksichtigt werden. (Schneider, Husslein & Schneider, 2016)	
Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 Die Müttersterblichkeit lag in Deutschland im Jahr 2019 bei 25 und im Folgejahr bei 28. (Statistisches Bundesamt, 2021b) Zwar ist die Zielvorgabe damit erreicht, dennoch wird der Trend negativ bewertet, da sich die Werte in den letzten Jahren leicht erhöht haben.	
Trend	↑	
Datenqualität	Sehr gut (5/6)	
Prognose	Nicht relevant	
Zielvorgabe	Die SDG definiert das Ziel, die Müttersterblichkeit weltweit auf 70 pro 100.000 Lebendgeburten zu senken. (United Nations, 2016)	
Referenzwert	Nicht relevant	



Indikatoren 14 – 16	Vorzeitige Sterblichkeit: Insgesamt, Männer, Frauen	
Inhalt	Todesfälle bis zu einem Alter von 65 Jahren gelten als vorzeitig (da sie unter der durchschnittlichen Lebenserwartung liegen) und damit oftmals als vermeidbar. Eine erhöhte vorzeitige Sterblichkeit zeigt erhöhte Gesundheitsrisiken an. Die Altersgrenze kann auch bei 70 Jahren gezogen werden, wobei diese Altersgrenze hier für eine langfristige Trendfortschreibung unter Berücksichtigung eines zu erwartenden medizinisch-technischen Fortschritts gewählt wurde. Die vorzeitige Sterblichkeit (standardisiert nach der alten Europastandardbevölkerung) bezieht hier nicht die unter Einjährigen ein (wobei die Säuglings- und die Perinatalsterblichkeit prinzipiell auch zu den vermeidbaren Sterbefällen zählen). (AOLG, 2003)	
Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 Insgesamt lag die vorzeitige Sterblichkeit in Deutschland im Jahr 2019 bei 208 je 100.000 Einwohner, im Folgejahr betrug sie 210. Bei Männern ist die vorzeitige Sterblichkeit im Vergleich zu Frauen erhöht. 2019 lag sie für Männer bei 271 und für Frauen bei 146 je 100.000 Einwohner. 2020 lag die Ziffer für Männer bei 276 und für Frauen bei 145. Der Trend wird negativ bewertet, da die Entwicklungen von den Zielvorgaben der DNS abweichen. (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2021i)	
Trend	→	
Datenqualität	Sehr gut (5/6)	
Prognose	Nicht relevant	
Zielvorgabe	Die DNS gibt vor, dass die vorzeitige Sterblichkeit bzgl. Männer auf 190 Todesfälle je 100.000 Männer gesenkt werden soll, bzgl. Frauen soll die Ziffer auf 100 gesenkt werden. Die Zahlen beziehen sich dabei auf Personen unter 70 Jahren und schließen die unter Einjährigen aus, wobei sich die Zahlen auf die alte Europastandardbevölkerung beziehen. (Bundesregierung, 2021)	
Referenzwert	Nicht relevant	


Indikator 17
**Umweltbedingte Sterblichkeit:
Todesfälle durch Feinstaubbelastung der Umgebung**
Inhalt

Die OECD prognostiziert, dass Luftverschmutzung zur wichtigsten umweltbedingten vorzeitigen Todesursache bis 2050 wird. Städtische Ballungszentren werden als gefährdet betrachtet, wobei Kinder und ältere Menschen dem Risiko besonders ausgesetzt sind. Verkehrsbelastungen sowie private Kohle- und Holzöfen werden vorrangig für die Luftverschmutzung verantwortlich gemacht (siehe auch Indikator 14 der ökologischen Dimension).
(Organisation for Economic Co-operation and Development, o. J.)

Daten

✓2019 ✓2020 ✓2021

Die Anzahl der Todesfälle, verursacht durch Feinstaubbelastung der Umgebung, kann für das Jahr 2019 mit 32 Fällen auf 100.000 Personen quantifiziert werden.
(Organisation for Economic Co-operation and Development, 2021)

Trend

Zu wenige Datenpunkte für eine Trendbewertung vorhanden (NA).

Datenqualität

Gut (3/6)

Prognose

Nicht relevant

Zielvorgabe

Nicht bekannt

Referenzwert

Im Folgejahr 2020 lag der Wert, bezogen auf den OECD-Durchschnitt, bei 29 Fällen je 100.000 Personen. (Organisation for Economic Co-operation and Development, 2021)

Indikator 18
**Umweltbedingte Sterblichkeit:
Hitzebedingte Todesfälle**

Inhalt

Diese spezifische Mortalität tritt immer i. V. m. Hitzeereignissen auf, so dass jene Todesfälle angegeben werden, welche auf Hitze zurückzuführen sind. Die folgenden Zahlen wurden bestimmt, indem alters-, region- und jahrzehntbezogene Schwellenwerte definiert wurden, ab denen Temperatur Einfluss auf die Mortalität nimmt (siehe auch Indikator 17 der ökologischen Dimension).
(Winklmayr, Muthers, Niemann, Mücke & Heiden, 2022)

Daten

✓2019 ✓2020 ✓2021

Die Anzahl der hitzebedingten Todesfälle wird für 2019 mit 6.900 angegeben, für 2020 mit 3.700 und für 2021 mit 1.700. (Winklmayr et al., 2022) Die gestrichelte Linie in der folgenden Grafik deutet an, dass die Zahl der hitzebedingten Todesfälle tendenziell ansteigt.

Trend

Datenqualität

Gut (3/6)

Prognose

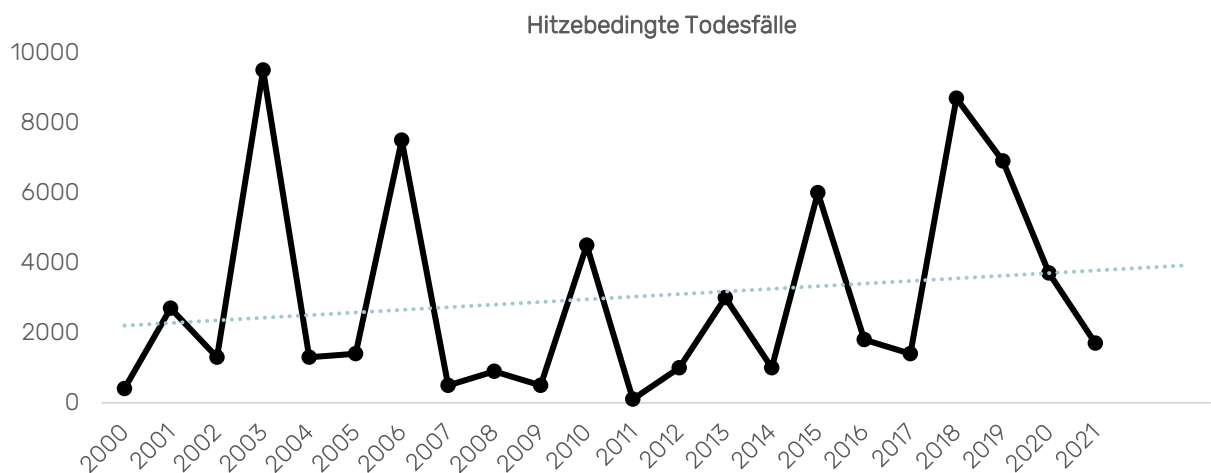
Nicht relevant

Zielvorgabe

Nicht bekannt

Referenzwert

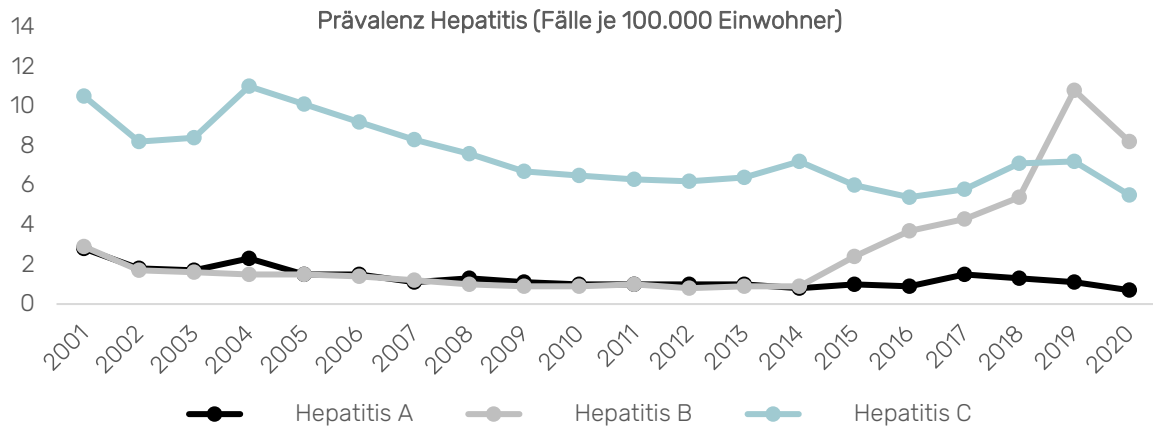
Nicht relevant



5.6.4 Morbidität

Durch die Kategorie der Morbidität wird das Krankheitsgeschehen zahlenmäßig erfassbar gemacht. Die Abfolge der Darstellung ist an das Schema der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten (ICD) angelehnt. Es wird auf die Prävalenz von infektiösen und parasitären, meldepflichtigen Erkrankungen eingegangen, wobei schwerpunktmäßig auf eine Beeinflussung durch den Klimawandel oder durch steigende Wasserspiegel bzw. Wasserverschmutzung fokussiert wird. Zudem werden die sechs teuersten Erkrankungen (Stand: 2020) erfasst. Die Kategorie umspannt damit bislang 41 Indikatoren, von denen 80 % bei einer guten Datenqualität (3,5) bewertbar sind. Es existiert nur ein Zielwert (Indikator 25) bzw. für 81 % der Indikatoren wurden bislang keine Vergleichsdaten bestimmt. 34 % der Indikatoren wurden nicht im Zeitverlauf bewertet, der Trend von 37 % wurde als neutral bewertet, 22 % haben sich negativ entwickelt und 7 % positiv.

Indikatoren 19 – 21	Prävalenz infektiöser und parasitärer Krankheiten: Hepatitis A, B und C	
Inhalt	Im Folgenden wird die Prävalenz infektiöser und parasitärer Krankheiten (A00-B99) angegeben, wobei alle dargestellten Infektionskrankheiten meldepflichtig nach IfSG sind. Ursächlich für die Meldepflicht ist, dass sich Infektionskrankheiten schnell ausbreiten können und die Gesundheit sowie das Versorgungssystem gefährden können. (AOLG, 2003) Eine Infektion mit Hepatitis A führt zu einer akuten Leberentzündung, wobei anschließend eine lebenslange Immunität entsteht. Hepatitis-B-Viren und Hepatitis-C-Viren führen ebenso zu einer Leberentzündung, die sich chronifizieren und zu einer Leberzirrhose oder einem Leberkarzinom führen kann. (Robert Koch-Institut, 2020c) Hepatitis B wurde bereits kurz durch Indikator 93 der gesundheitlich-organisatorischen Dimension thematisch angerissen. Deutlich wurde, dass für Hepatitis B ein Impfstoff existiert, ebenso wie für Hepatitis A, wobei die Impfquote aktuell aufgrund der hier dargestellten geringen Fallzahl nicht berücksichtigt wurde. Eine Impfung gegen die übrigen Hepatitisformen ist zum aktuellen Zeitpunkt nicht möglich, für Hepatitis C existiert eine antivirale Therapie. (Robert Koch-Institut, 2020c)	
Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 Die Prävalenz von Hepatitis A (B15, B15.0, B15.9) lag 2019 bei 1,1 je 100.000 Einwohner und 2020 bei 0,7 je 100.000 Einwohner. Die Prävalenz von Hepatitis B (B16, B16.0, B16.1, B16.2, B16.9) lag 2019 bei 10,8 je 100.000 Einwohner und 2020 bei 8,2 je 100.000 Einwohner. Dabei ist die Prävalenz bis 2019 deutlich angestiegen. Die Prävalenz von Hepatitis C (B17.1, B18.2, B19.0, B19.9) lag 2019 bei 7,2 je 100.000 Einwohner und 2020 bei 5,5 je 100.000 Einwohner. (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2021c)	
Trend	→↑→	
Datenqualität	Sehr gut (5/6)	
Prognose	Nicht relevant	
Zielvorgabe	Nicht bekannt	
Referenzwert	Nicht relevant	


Indikator 22
**Prävalenz infektiöser und parasitärer Krankheiten:
HIV-Infektion**

Inhalt

Durch eine Infektion mit dem Humanen Immundefizienz-Virus (HIV) entsteht ein Verlust der Immunabwehr, sofern die Infektion unbehandelt bleibt. Um das Fortschreiten der Erkrankung bzw. eine Infektion mit dieser zu unterdrücken, wird eine antiretrovirale Therapie eingesetzt. (Robert Koch-Institut, 2020c) Die Datenreihe der Gesundheitsberichterstattung (GBE) weist im Jahr 2016 eine Lücke auf.

Daten

✓2019 ✓2020 ✓2021

Die Prävalenz von HIV-Infektionen (B20-B24) lag 2019 bei 3,7 je 100.000 Einwohner und 2020 bei 3,0 je 100.000 Einwohner. (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2021c)

Trend

Datenqualität

Gut (4/6)

Prognose

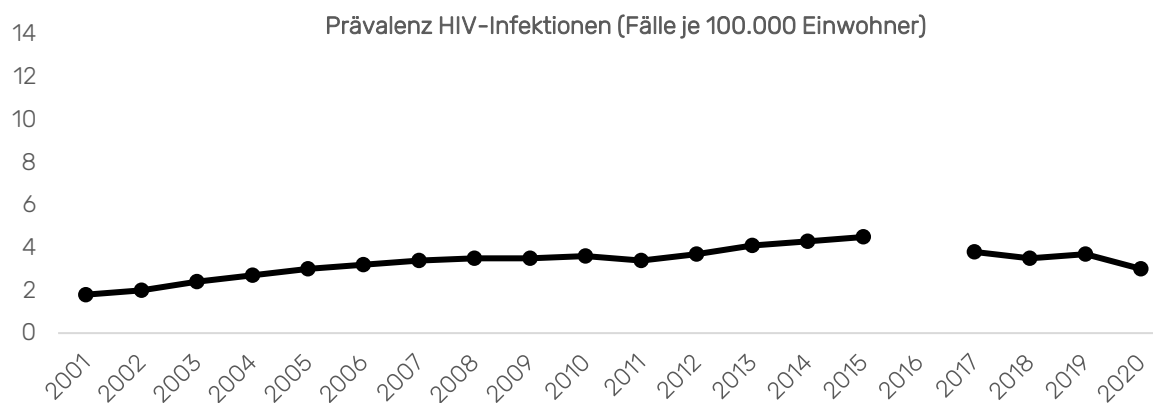
Nicht relevant

Zielvorgabe

Nicht bekannt

Referenzwert

Nicht relevant



Indikator 23
**Prävalenz infektiöser und parasitärer Krankheiten:
Tuberkulose**

Inhalt

Der Erreger des Mycobacterium tuberculosis-Komplexes verursacht Tuberkulose, wobei sich diese zu einer infektiösen offenen Lungentuberkulose entwickeln kann. Betroffen sind häufig junge Erwachsene zwischen 20 und 29 Jahren. Tuberkulose kann medikamentös behandelt werden. (Robert Koch-Institut, 2020c)

Daten

✓2019 ✓2020 ✓2021

Die Prävalenz von Tuberkulose (A15-A19, P37.0) lag 2019 bei 5,8 je 100.000 Einwohner und 2020 bei 5,0 je 100.000 Einwohner. (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2021c) Im Zeitverlauf zeichnet sich ein abnehmender Trend ab (gestrichelte Linie in der Grafik).

Trend

Datenqualität

Sehr gut (5/6)

Prognose

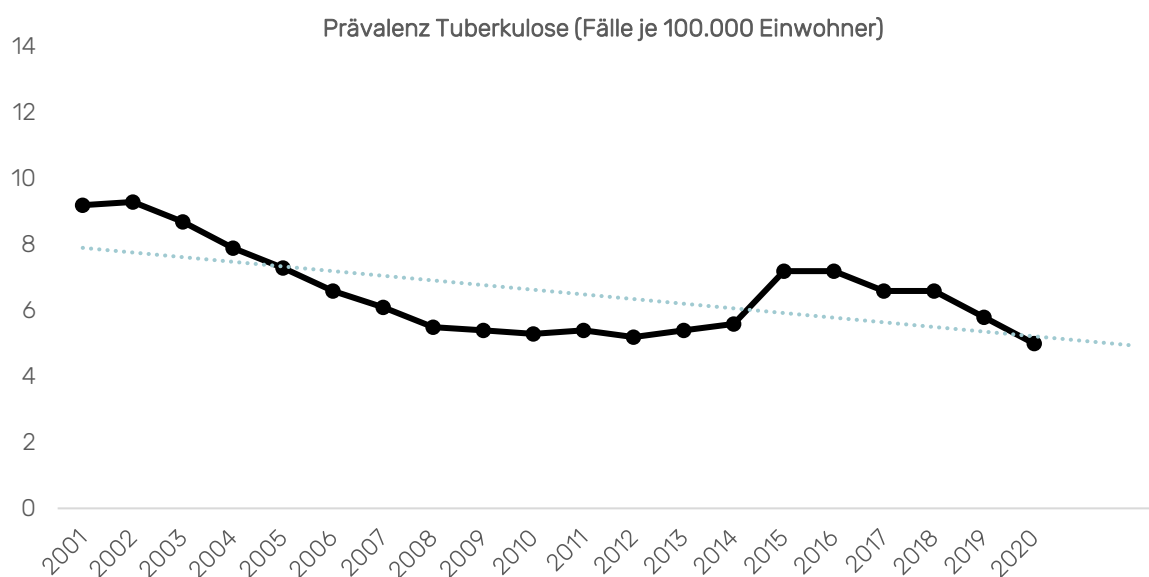
Nicht relevant

Zielvorgabe

Nicht bekannt

Referenzwert

Nicht relevant



Indikator 24
**Prävalenz infektiöser und parasitärer Krankheiten:
Influenza**

Inhalt

Die saisonale Influenza wird durch eine Infektion mit dem Influenza-Virus ausgelöst. Besonders oft sind Kinder bis vier Jahren betroffen, besonders schwer sind ältere Menschen sowie Menschen mit chronischen Grunderkrankungen betroffen. Die Stärke der Grippewelle schwankt jährlich und beginnt meist im Januar oder Februar (siehe Indikatoren 78 und 79 der gesundheitlich-organisatorischen Dimension). (Robert Koch-Institut, 2020c)

Daten

✓2019 ✓2020 ✓2021

Die Prävalenz von Influenza (J09, J10, J10.0, J10.1, J10.8, J11) lag 2019 bei 233 je 100.000 Einwohner und 2020 bei 234 je 100.000 Einwohner. (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2021c)

Trend

Datenqualität

Sehr gut (5/6)

Prognose

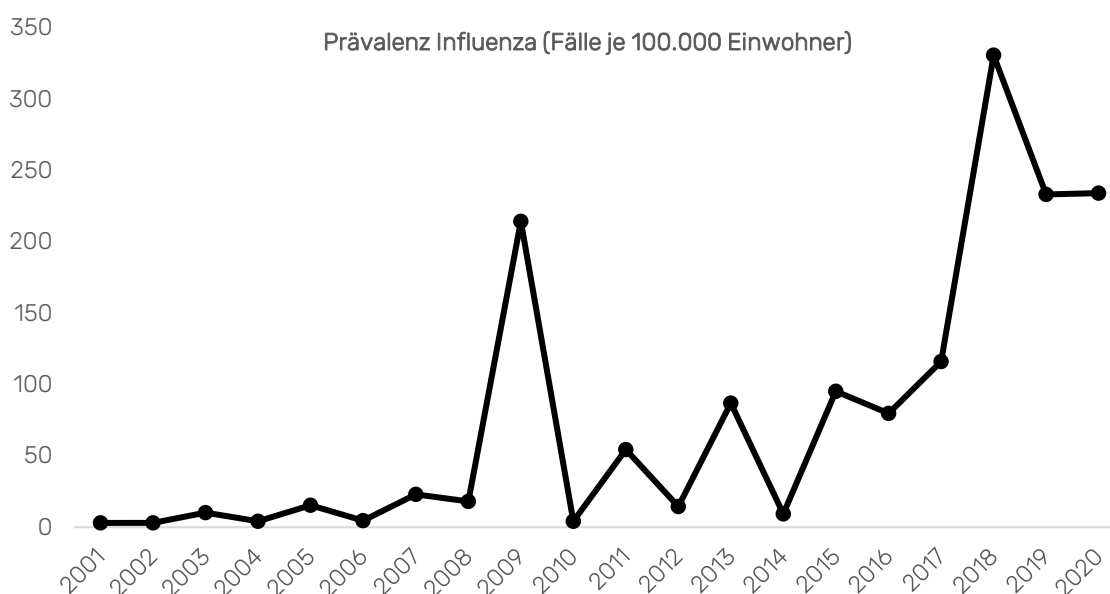
Nicht relevant

Zielvorgabe

Nicht bekannt

Referenzwert

Nicht relevant



Indikator 25	Prävalenz infektiöser und parasitärer Krankheiten beeinflussbar durch Klimawandel: Zikavirus-Erkrankungen
Inhalt	Übertragen wird das Zikavirus insb. in tropischen und subtropischen Gebieten durch die Ägyptische Tigermücke (<i>Aedes aegypti</i>). Erst seit 2017 wird die Prävalenz der Zikavirus-Verbreitung in Deutschland durch die GBE erfasst. Präventionsmaßnahmen konzentrieren sich insb. auf Schwangere, ein Impfstoff ist bislang nicht existent. (Robert Koch-Institut, 2020c) Da die Verbreitung der Wirte durch den Klimawandel gefördert wird, findet die Beschreibung der Entwicklung der Prävalenz dieser Erkrankungen Anwendung in der Beschreibung der Nachhaltigkeit des Gesundheitssystems (gilt für die Indikatoren 25 bis 35). Aufgrund der Fallzahl auf sehr geringem Niveau findet bislang keine Abbildung der Prävalenzentwicklung statt (gilt auch für die folgenden Indikatoren).
Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 Die Prävalenz der Zikavirus-Erkrankung (A92.5, P35.4) lag 2019 bei 0 je 100.000 Einwohner und 2020 bei 0 je 100.000 Einwohner. (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2021c)
Trend	→
Datenqualität	Sehr gut (5/6)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Die SDG gibt vor, dass weltweit der Behandlungsbedarf bzgl. vernachlässigter Tropenerkrankungen beseitigt werden soll. (United Nations, 2016) Die Vorgabe gilt auch für die folgenden Erkrankungen, bezieht sich aber nicht konkret auf eine davon, weshalb die Zielvorgabe nur an dieser Stelle genannt wird.
Referenzwert	Nicht relevant

Indikator 26	Prävalenz infektiöser und parasitärer Krankheiten beeinflussbar durch Klimawandel: Dengue-Virus
Inhalt	Vorwiegend in tropischen und subtropischen Ländern findet die Übertragung des Dengue-Virus durch Stechmücken statt. Kinder sind von schweren Verläufen (in Form von diffusen Blutungen oder Kreislaufversagen) häufiger betroffen. Die meisten Infektionen wurden im Ausland (insb. Thailand) erworben. (Robert Koch-Institut, 2020c)
Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 Die Prävalenz des Dengue-Virus (A90, A91) lag 2019 bei 1,4 je 100.000 Einwohner und 2020 bei 0,2 je 100.000 Einwohner. (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2021c)
Trend	→
Datenqualität	Sehr gut (5/6)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Nicht relevant
Indikator 27	Prävalenz infektiöser und parasitärer Krankheiten beeinflussbar durch Klimawandel: Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME)
Inhalt	FSME wird als Zoonose durch Zecken als Wirtstiere des Tick-borne-encephalitis-Virus übertragen, wobei mit FSME konkret der europäische Virussubtyp gemeint ist (siehe Indikator 85 der gesundheitlich-organisatorischen Dimension). (Robert Koch-Institut, 2020c)
Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 Die Prävalenz der Frühsommer-Meningoenzephalitis (A84.1) lag 2019 bei 0,5 je 100.000 Einwohner und 2020 bei 0,8 je 100.000 Einwohner. (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2021c)
Trend	→
Datenqualität	Sehr gut (5/6)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Nicht relevant

Indikator 28	Prävalenz infektiöser und parasitärer Krankheiten beeinflussbar durch Klimawandel: Malaria
Inhalt	Malaria wird durch parasitäre Einzeller in Form von befallenen Mücken übertragen. Der Großteil der Infektionen in Deutschland wurde in Afrika erworben. Typischerweise tritt Fieber auf, wobei Malaria unbehandelt zum Tod führen kann. (Robert Koch-Institut, 2020c)
Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 Die Prävalenz der Malaria (B50-B54) lag 2019 bei 1,2 je 100.000 Einwohner und 2020 bei 0,4 je 100.000 Einwohner. (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2021c)
Trend	→
Datenqualität	Sehr gut (5/6)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Nicht relevant

Indikator 29	Prävalenz infektiöser und parasitärer Krankheiten beeinflussbar durch Klimawandel: Hantavirus-Erkrankung
Inhalt	Die Hantaviren werden in Deutschland über die Röteldmaus oder über die Gelbhalsmaus übertragen. Menschen infizieren sich, indem sie von den Tieren gebissen werden, kontaminierte Aerosole einatmen oder durch den Kontakt von kontaminiertem Staub mit Hautverletzungen. Es können variierende, schwere Symptome (bspw. Blutungsneigung) entstehen. (Robert Koch-Institut, 2020c)
Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 Die Prävalenz der Hantavirus-Erkrankung (A98.5) lag 2019 bei 1,8 je 100.000 Einwohner und 2020 bei 0,3 je 100.000 Einwohner. (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2021c)
Trend	→
Datenqualität	Sehr gut (5/6)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Nicht relevant

Indikator 30	Prävalenz infektiöser und parasitärer Krankheiten beeinflussbar durch Klimawandel: Chikungunya-Fieber
Inhalt	Affen und Nagetiere sind das Reservoir des Chikungunya-Virus, auf den Menschen wird es durch Steckmücken übertragen. Leitsymptome der Erkrankung sind Fieber sowie Muskel-, Kopf- und Gelenkschmerzen, wobei die Krankheit häufig ohne therapeutische Maßnahmen endet. (Robert Koch-Institut, 2020c) Seit 2014 ist die Prävalenz durch die GBE für Deutschland dokumentiert.
Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 Die Prävalenz des Chikungunya-Fiebers (A92.0) lag 2019 bei 0,1 je 100.000 Einwohner und 2020 bei 0 je 100.000 Einwohner. (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2021c)
Trend	→
Datenqualität	Sehr gut (5/6)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Nicht relevant

Indikator 31
**Prävalenz infektiöser und parasitärer Krankheiten,
beeinflussbar durch Klimawandel:
Lyme-Borreliose**

Inhalt

Lyme-Borreliose wird durch die Bakteriengattung der *Borrelia* übertragen, deren hauptsächliches Reservoir Vögel und Mäuse sind. Auf den Menschen wird der Erreger durch Zecken übertragen, wobei starke regionale Unterschiede hinsichtlich der Verbreitung der (infizierten) Zecken besteht. Es existiert keine bundesweite Meldepflicht einer Erkrankung an Lyme-Borreliose, in einzelnen Bundesländern ist eine Meldepflicht jedoch über ergänzende Landesverordnungen gegeben.

Daten

✓2019 ✓2020 ✓2021

Die Prävalenz der Lyme-Borreliose (A69.2) lag 2019 bei 429 je 100.000 Einwohner und im Vorjahr bei 433 je 100.000 Einwohner. (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland [Zi], 2021) Im Zeitverlauf zeichnet sich der Trend einer Zunahme ab (s. gestrichelte Linie in der Grafik).

Trend

↑

Datenqualität

Gut (4/6)

Prognose

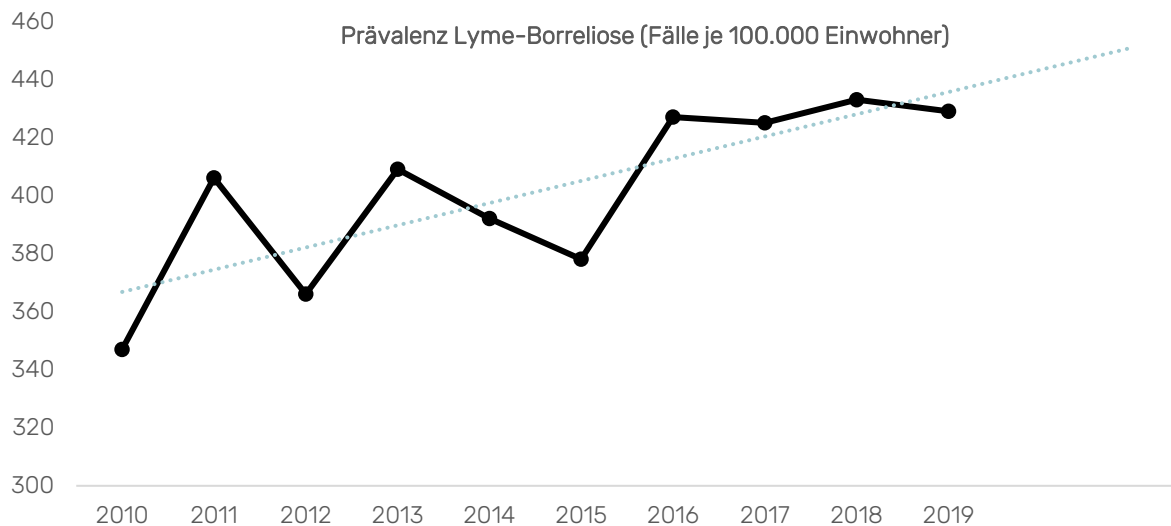
Nicht relevant

Zielvorgabe

Nicht bekannt

Referenzwert

Nicht relevant



Indikator 32	Prävalenz infektiöser und parasitärer Krankheiten, beeinflussbar durch steigende Wasserspiegel bzw. -verschmutzung: Cholera
Inhalt	Das Bakterium <i>Vibrio cholerae</i> verursacht Cholera; übermittelt wird es durch verunreinigtes Wasser oder verunreinigte Nahrung. Ausgelöst wird eine schwere Durchfallerkrankung, welche einen lebensbedrohlichen Flüssigkeitsverlust nach sich ziehen kann. (Robert Koch-Institut, 2020c)
Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 Die Prävalenz von Cholera (A00, A00.0, A00.1, A00.9) lag 2019 bei 0 je 100.000 Einwohner, ebenso wie im Jahr 2020. (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2021c)
Trend	→
Datenqualität	Sehr gut (5/6)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Nicht relevant

Indikator 33	Prävalenz infektiöser und parasitärer Krankheiten, beeinflussbar durch steigende Wasserspiegel bzw. -verschmutzung: Kryptosporidiose
Inhalt	Kryptosporidiose betrifft häufig (Klein-)Kinder. Übertragen wird fäkal-oral ein Parasit von Menschen untereinander oder auf den Menschen durch Tiere (bspw. Hunde, Rinder, Katzen). Die so entstehenden Bauchschmerzen und Durchfälle verschwinden in den meisten Fällen wieder, insb. bei abwehrgeschwächten Menschen kann es zu schweren Verläufen kommen. (Robert Koch-Institut, 2020c)
Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 Die Prävalenz von Kryptosporidiose (A07.2) lag 2019 bei 2,4 je 100.000 Einwohner und 2020 bei 1,4 je 100.000 Einwohner. (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2021c)
Trend	→
Datenqualität	Sehr gut (5/6)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Nicht relevant

Indikator 34 **Prävalenz infektiöser und parasitärer Krankheiten, beeinflussbar durch steigende Wasserspiegel bzw. -verschmutzung: Campylobacter-Enteritis**


Inhalt Die Darminfektion wird durch Bakterien der Gattung Campylobacter verursacht und löst Bauchschmerzen und Durchfall aus, in schweren Fällen können auch Gelenkentzündungen oder Lähmungserscheinungen auftreten. Kleinkinder und junge Erwachsene weisen die höchsten Inzidenzen auf. (Robert Koch-Institut, 2020c)

Daten ✓2019 ✓2020 ✓2021
Die Prävalenz von Campylobacter-Enteritis (A04.5) lag 2019 bei 74,1 je 100.000 Einwohner und 2020 bei 55,9 je 100.000 Einwohner. (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2021c)

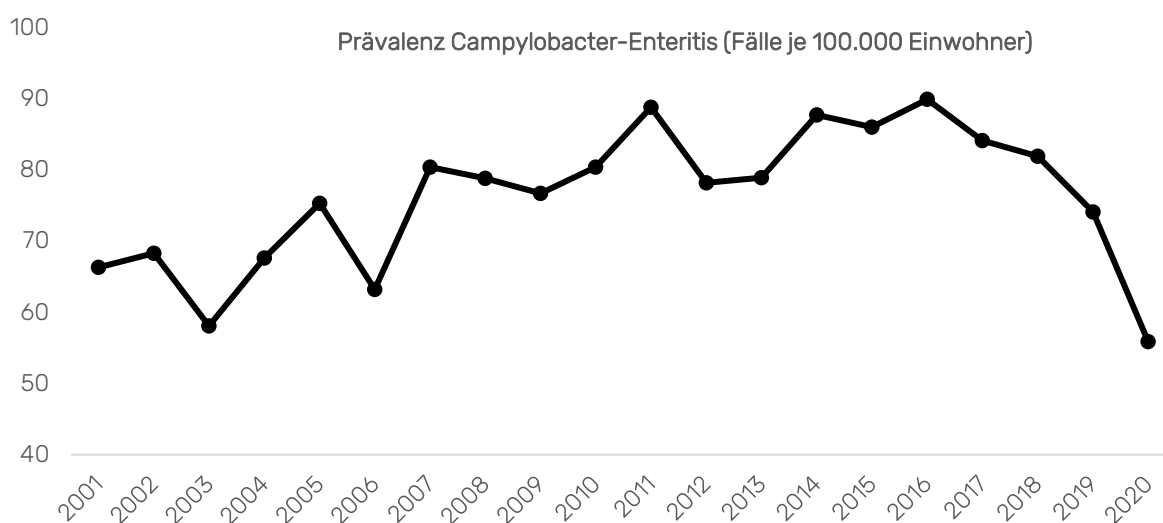
Trend ↓

Datenqualität Sehr gut (5/6)

Prognose Nicht relevant

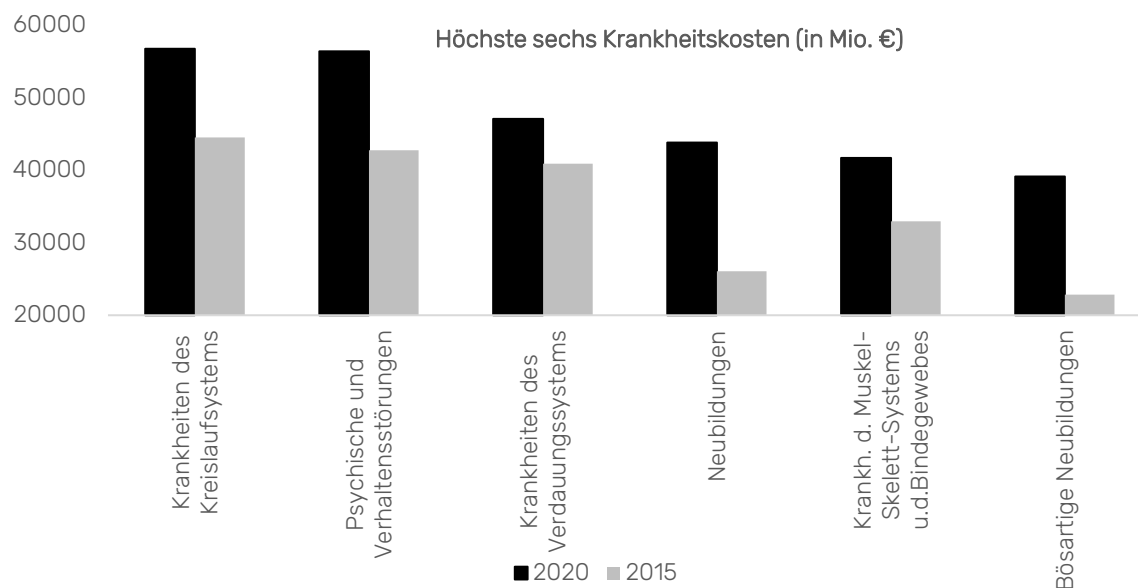
Zielvorgabe Nicht bekannt

Referenzwert Nicht relevant



Indikator 35	Prävalenz infektiöser und parasitärer Krankheiten, beeinflussbar durch steigende Wasserspiegel bzw. -verschmutzung: Leptospirose
Inhalt	Leptospirose wird durch Bakterien der Gattung Leptospira ausgelöst. Durch die Verunreinigung von Wasser oder Nahrung durch infizierte Ratten und Mäuse sowie durch einen direkten Kontakt mit den kontaminierten Tieren findet die Übertragung auf den Menschen statt. Die höchste Inzidenz ist bei Männern im Alter zwischen 25 und 39 Jahren feststellbar. Leptospirose verursacht grippeähnliche Symptome, kann aber auch in schweren Verläufen (bspw. Leber- oder Nierenversagen) vorliegen. (Robert Koch-Institut, 2020c)
Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 Die Prävalenz von Leptospirose (A27, A27.0, A27.8, A27.9) lag 2019 bei 0,2 je 100.000 Einwohner und 2020 bei 0,1 je 100.000 Einwohner. (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2021c)
Trend	→
Datenqualität	Sehr gut (5/6)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Nicht relevant

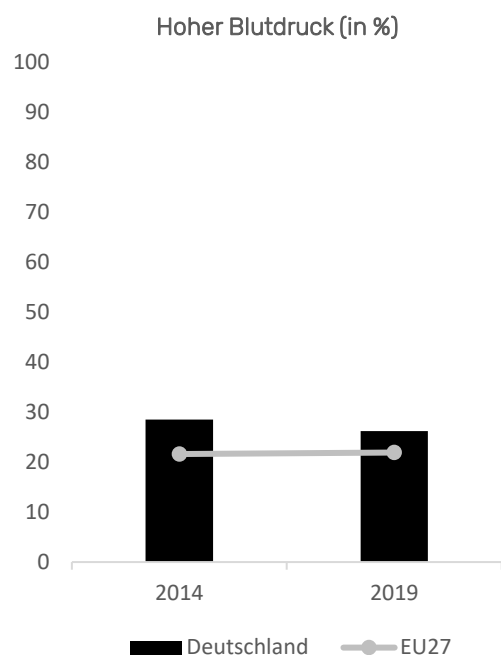
Indikatoren 36 – 37	Krankheiten des Kreislaufsystems: Gesamtprävalenz, Gesamtkrankheitskosten	
Inhalt	Durch die Indikatoren 36 bis 56 werden die sechs teuersten Erkrankungen (Bezug: 2020) angegeben, welche in der folgenden Grafik abgebildet sind. Ergänzend zur Prävalenz werden die Gesamtkrankheitskosten angegeben. Diese können auch der ökonomischen Dimension zugeordnet werden, sollen jedoch durch die Zuordnung zur gesundheitlichen Dimension bei der Beurteilung der nachhaltigen Entwicklung besser unterstützen. Krankheiten des Kreislaufsystems werden durch die ICD 100-199 abgebildet und umfassen folgende Krankheiten: Akutes rheumatisches Fieber; Chronische rheumatische Herzkrankheiten; Hypertonie; Ischämische Herzkrankheiten; Pulmonale Herzkrankheit und Krankheiten des Lungenkreislaufes; Sonstige Formen der Herzkrankheit; Zerebrovaskuläre Krankheiten; Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren; Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten; Sonstige und nicht näher bezeichnete Krankheiten des Kreislaufsystems.	
Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 Bezüglich der Gesamtprävalenz von Krankheiten des Kreislaufsystems liegen aktuell keine Daten vor (NN). Die Gesamtkrankheitskosten lagen 2020 bei 56.727 Mio. € und fünf Jahre zuvor bei 44.533 Mio. €. (Statistisches Bundesamt, 2021d)	
Trend	Keine Trendbildung möglich (NN). (Bezug: Prävalenz) ↑ (Bezug: Kosten)	
Datenqualität	Keine Bewertung der Datenqualität möglich (NN). (Bezug: Prävalenz) Mangelhaft (2/6) (Bezug: Kosten)	
Prognose	Nicht relevant	
Zielvorgabe	Nicht bekannt	
Referenzwert	Nicht relevant	



Indikator 38 Krankheiten des Kreislaufsystems: Hoher Blutdruck



Inhalt	Durch den Indikator wird die Prävalenz von (essenzieller, arterieller, primärer, systemischer) Hypertonie bzw. Bluthochdruck (ICD: I10) angegeben.
Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 Die Prävalenz von hohem Blutdruck lag 2019 bei 26,2 % und 2014 bei 28,5 %. (Eurostat, 2021b)
Trend	→
Datenqualität	Mangelhaft (2/6)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Im Vergleich zu den deutschen Werten ist der EU-27-Schnitt niedriger: 2019 lag er bei 21,9 % und 2014 bei 21,6 %. (Eurostat, 2021b)


Indikator 39
**Krankheiten des Kreislaufsystems:
Ischämische Herzkrankheit**
Inhalt

Ischämische Herzkrankheiten werden durch den ICD-Code I20-I25 erfasst. Berücksichtigt werden damit die Ausprägung von Angina pectoris, akutem Myokardinfarkt, rezidivierendem Myokardinfarkt, bestimmten akuten Komplikationen nach akutem Myokardinfarkt sowie sonstige akute ischämische Herzkrankheiten.

Daten

✓2019 ✓2020 ✓2021

Die Prävalenz von ischämischen Herzkrankheiten lag 2018 bei 6,1 % und 2017 bei 6,2 %. (Zi, 2020)

Trend

→

Datenqualität

Gut (3/6)

Prognose

Nicht relevant

Zielvorgabe

Nicht bekannt

Referenzwert

Nicht relevant

Indikatoren 40 – 41	Krankheiten des Kreislaufsystems: Schlaganfall 12-Monats-Prävalenz Männer und Frauen
Inhalt	Schlaganfall wird als Krankheit des Kreislaufsystems den zerebrovas- kulären Krankheiten zugeordnet und über die ICD-Codes I63-I64 er- fasst. Damit werden Hirninfarkt und Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet, berücksichtigt.
Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 Die 12-Monats-Prävalenz von Schlaganfällen lag 2019 für Männern bei 2,3 % und für Frauen bei 2,1 %. (Robert Koch-Institut, 2021b)
Trend	Zu wenige Datenpunkte für eine Trendbewertung vorhanden (NA).
Datenqualität	Gut (3/6)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Nicht relevant

Indikatoren 42 – 43	Psychische und Verhaltensstörungen: Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit, Gesamtkrankheitskosten
Inhalt	Psychische und Verhaltensstörungen werden durch ICD F00-F99 erfasst und umfassen folgende Krankheitsgruppen: Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen; Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen; Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen; Affektive Störungen; Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen; Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren; Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen; Intelligenzstörung; Entwicklungsstörungen; Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend; Nicht näher bezeichnete psychische Störungen.
Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 Eine unterdurchschnittliche bis erhebliche Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit wurde zuletzt im Jahr 2010 bei 38,1 % der Bevölkerung festgestellt. (Robert Koch-Institut, 2012) Die Gesamtkrankheitskosten beliefen sich im Jahr 2020 auf 56.392 Mio. € und im Jahr 2015 auf 42.745 Mio. €. (Statistisches Bundesamt, 2021d)
Trend	Zu wenige Datenpunkte für eine Trendbewertung der Prävalenz vorhanden (NA). ↑ (Bezug: Kosten)
Datenqualität	Mangelhaft (2/6)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Nicht relevant

Indikator 44
**Psychische und Verhaltensstörungen:
Chronische Depression**

Inhalt

Depressionen zählen als psychische und Verhaltensstörungen zu den affektiven Störungen. Es wird zwischen der depressiven Episode (ICD: F32) und der rezidivierenden Depression als chronischer Form (ICD: F33) unterschieden. Der Fokus liegt hier auf der F33-Diagnose.

Daten

✓2019 ✓2020 ✓2021

Die Prävalenz von chronischen Depressionen lag 2019 bei 11,6 % und 2014 bei 10,6 %. (Eurostat, 2021b) Damit hat sich der Indikatorwert relativ konstant entwickelt, mit Blick auf den Referenzwert wird die Trendentwicklung allerdings negativ bewertet.

Trend

→

Datenqualität

Mangelhaft (2/6)

Prognose

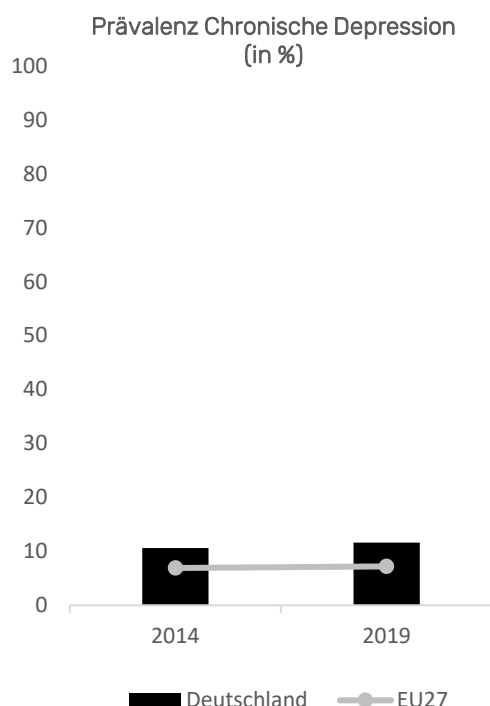
Nicht relevant

Zielvorgabe

Nicht bekannt

Referenzwert

Die Prävalenz lag im EU-27-Schnitt bei 7,2 % im Jahr 2019 und bei 6,9 % im Jahr 2014 und damit jeweils über den deutschen Werten. (Eurostat, 2021b)



Indikator 45	Psychische und Verhaltensstörungen: Demenz
Inhalt	Demenz wird den organischen, einschließlich symptomatischen psychischen Störungen zugeordnet. Erfasst werden über die ICD-Codes F00-F03 neben der Demenz bei Alzheimer-Krankheit und der vaskulären Demenz auch die Demenz bei anderenorts klassifizierten Krankheiten sowie die nicht näher bezeichnete Demenz.
Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 Die Prävalenz von Demenz wurde für das Jahr 2021 auf ca. 1,8 Mio. Menschen geschätzt. (Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V., 2022)
Trend	Zu wenige Datenpunkte für eine Trendbewertung vorhanden (NA).
Datenqualität	Mangelhaft (2/6)
Prognose	Es wird prognostiziert, dass bis 2030 etwa 1,9 bis 2,0 Mio. Menschen mit Demenz in Deutschland leben werden. Weiter wird ein kontinuierliches Wachstum angenommen, sodass sich die Zahlen bis 2040 auf 2,2 - 2,4 Mio. und bis 2050 auf 2,4 - 2,8 Mio. erhöhen könnten. (Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V., 2022)
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Nicht relevant

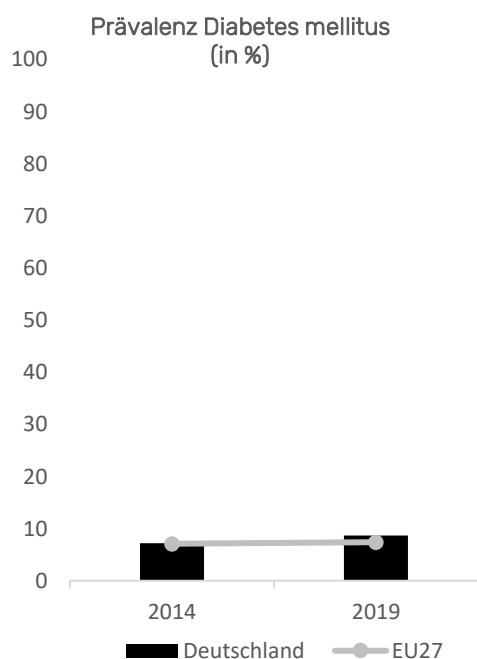
Indikatoren 46 – 47	Krankheiten des Verdauungssystems: Gesamtprävalenz, Gesamtkrankheitskosten
Inhalt	Krankheiten des Verdauungssystems umfassen ICD K00-K93 und damit folgende Krankheitsgruppen: Krankheiten der Mundhöhle, der Speicheldrüsen und der Kiefer; Krankheiten des Ösophagus, des Magens und des Duodenums; Krankheiten des Appendix; Hernien; Nichtinfektiöse Enteritis und Kolitis; Sonstige Krankheiten des Darmes; Krankheiten des Peritoneums; Krankheiten der Leber; Krankheiten der Gallenblase, der Gallenwege und des Pankreas; Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems.
Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 Die Gesamtprävalenz von Krankheiten des Verdauungssystems ist nicht offiziell durch Zahlen belegt (NN). Die Gesamtkrankheitskosten betrugen im Jahr 2015 ca. 41 Mrd. €, wobei der Wert bis 2020 auf 47 Mrd. € anstieg. (Statistisches Bundesamt, 2021d)
Trend	Keine Trendbildung möglich (NN). (Bezug: Prävalenz) ↑ (Bezug: Kosten)
Datenqualität	Keine Bewertung der Datenqualität möglich (NN). (Bezug: Prävalenz) Mangelhaft (2/6) (Bezug: Kosten)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Nicht relevant

Indikatoren 48 – 49	Neubildungen
Inhalt	Neubildungen werden durch ICD C00–D48 erfasst und umfassen folgende Krankheitsgruppen: Bösartige Neubildungen; In-situ-Neubildungen; Gutartige Neubildungen; Neubildungen unsicheren oder unbekannten Verhaltens.
Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 Die Gesamtprävalenz von Neubildungen ist nicht offiziell durch Zahlen belegt (NN). Die Gesamtkrankheitskosten betrugen im Jahr 2015 ca. 26 Mrd. €, wobei der Wert bis 2020 auf 44 Mrd. € anstieg. (Statistisches Bundesamt, 2021d)
Trend	Keine Trendbildung möglich (NN). (Bezug: Prävalenz) ↑ (Bezug: Kosten)
Datenqualität	Keine Bewertung der Datenqualität möglich (NN). (Bezug: Prävalenz) Mangelhaft (2/6) (Bezug: Kosten)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Nicht relevant

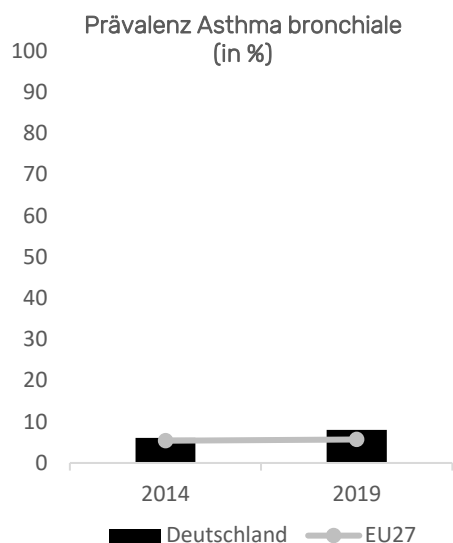
Indikatoren 50 – 51	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes: Gesamtprävalenz, Gesamtkrankheitskosten
Inhalt	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes umfassen ICD M00-M99 und damit folgende Krankheitsgruppen: Arthropathien; Systemkrankheiten des Bindegewebes; Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens; Krankheiten der Weichteilgewebe; Osteopathien und Chondropathien; Sonstige Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes.
Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 Für die Bemessung der Gesamtprävalenz von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes wurden bislang keine offiziellen Zahlen publiziert (NN). Die Gesamtkrankheitskosten betrugen im Jahr 2015 knapp 33 Mrd. €, fünf Jahre später lag der Gesamtwert bei 42 Mrd. €. (Statistisches Bundesamt, 2021d)
Trend	Keine Trendbildung möglich (NN). (Bezug: Prävalenz) ↑ (Bezug: Kosten)
Datenqualität	Keine Bewertung der Datenqualität möglich (NN). (Bezug: Prävalenz) Mangelhaft (2/6) (Bezug: Kosten)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Nicht relevant

Indikatoren 52 – 54	Bösartige Neubildungen: 5-Jahres-Prävalenz Männer und Frauen, Gesamtkrankheitskosten
Inhalt	Bösartige Neubildungen werden durch ICD C00-C97 (ohne C44 bzw. Sonstige bösartige Neubildungen der Haut) erfasst, gehören damit den Neubildungen an und umfassen folgende Unterkrankheitsgruppen: Bösartige Neubildungen an genau bezeichneten Lokalisationen, als primär festgestellt oder vermutet, ausgenommen lymphatisches, blutbildendes und verwandtes Gewebe; Bösartige Neubildungen ungenau bezeichneter, sekundärer und nicht näher bezeichneter Lokalisationen; Bösartige Neubildungen des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes, als primär festgestellt oder vermutet; Bösartige Neubildungen als Primärtumoren an mehreren Lokalisationen.
Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 Die 5-Jahres-Prävalenz kann nur für die Jahre 2017 und 2018 angegeben werden. Im Jahr 2017 waren 796.700 Männer und 779.300 Frauen betroffen. Im Jahr 2018 stiegen die Zahlen bei den Männern auf 1.344.700 und bei den Frauen auf 1.356.900. (Robert Koch-Institut, 2019) Die Gesamtkrankheitskosten (C00-C97) werden nur punktuell festgestellt; sie betrugen im Jahr 2015 22,8 Mrd. € und im Jahr 2020 43,8 Mrd. €. (Statistisches Bundesamt, 2021d)
Trend	↑
Datenqualität	Gut (3/6), Gut (3/6), Mangelhaft (2/6)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Nicht relevant

Indikator 55	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten: Diabetes mellitus	
Inhalt	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten umfassen die ICD-Gruppen E00-E90 und damit folgende Krankheitsgruppen: Krankheiten der Schilddrüse; Diabetes mellitus; Sonstige Störungen der Blutglukose-Regulation und der inneren Sekretion des Pankreas; Krankheiten sonstiger endokriner Drüsen; Mangelernährung; Sonstige alimentäre Mangelzustände; Adipositas und sonstige Überernährung; Stoffwechselstörungen. Diabetes mellitus (ICD E10-E14) fasst Typ 1 und Typ 2 sowie Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung und Sonstige näher bezeichneten sowie nicht näher bezeichneten Diabetes mellitus zusammen.	
Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 Die Prävalenz von Diabetes mellitus lag im Jahr 2019 bei 8,7 %, im Jahr 2014 bei 7,2 %. (Eurostat, 2021b) Es deutet sich ein Anstieg im Trend an, i. V. m. dem Referenzwert wird der Trend in Deutschland negativ bewertet.	
Trend	→	
Datenqualität	Mangelhaft (2/6)	
Prognose	Nicht relevant	
Zielvorgabe	Nicht bekannt	
Referenzwert	Der EU-27-Wert lag im Jahr 2019 bei 7,4 % und 2014 bei 7,1 %. (Eurostat, 2021b)	



Indikator 56	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten: Diabetes mellitus bei Kindern und Jugendlichen
Inhalt	Siehe Indikator 55, hier mit Fokus auf die Minderjährigen.
Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 Die Prävalenz von Diabetes mellitus Typ 2 bei Kindern und Jugendlichen lag im Jahr 2019 bei 13,5 % und 2014 bei 12,3 %. (Robert Koch-Institut, 2020d)
Trend	→
Datenqualität	Mangelhaft (2/6)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Nicht relevant
Indikator 57	Krankheiten des Atmungssystems: Asthma bronchiale
Inhalt	Die Entwicklung von Krankheiten des Atmungssystems (ICD J00–J99) hat in Zusammenhang mit bereits vorgestellten Nachhaltigkeitsthemen wie der Verbreitung von Allergenen oder der Verschlechterung der Luftqualität eine hohe Relevanz für die Beschreibung der Nachhaltigkeitsentwicklung. Asthma bronchiale (ICD: J45) ist eine chronische Krankheit der unteren Atemwege.
Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 Die Prävalenz von Asthma bronchiale lag 2019 bei 8,0 %. Die aktuellen Vergleichsdaten stammen aus dem Jahr 2014, in dem die Prävalenz 6,1 % betrug. (Eurostat, 2021b) Es deutet sich ein Anstieg im Trend an, i. V. m. dem Referenzwert wird der Trend in Deutschland negativ bewertet.
Trend	→
Datenqualität	Mangelhaft (2/6)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Die deutschen Werte liegen sowohl im Jahr 2019 (5,7 %) wie auch im Jahr 2014 (5,4 %) über dem EU-27-Schnitt. (Eurostat, 2021b)


Indikator 58
**Krankheiten des Atmungssystems:
Chronische respiratorische Erkrankungen der unteren Atemwege**

Inhalt

Chronische Erkrankungen der unteren Atemwege werden als Teil der Krankheiten des Atmungssystems über die ICD-Gruppen J40-J47 erfasst und inkludieren damit auch die zuvor vorgestellte Erkrankung Asthma bronchiale. Daneben werden folgende Erkrankungen erfasst: Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet; Einfache und schleimig-eitrige chronische Bronchitis; Nicht näher bezeichnete chronische Bronchitis; Emphysem; Sonstige chronische obstruktive Lungenerkrankung; Status asthmaticus; Bronchiektasen.

Daten

✓2019 ✓2020 ✓2021

Die Prävalenz von chronischen respiratorischen Erkrankungen der unteren Atemwege betrug im Jahr 2019 5,9 % und im Folgejahr 6,1 %. Im Jahr 2014 lag der Wert bei 5,3 %. (Eurostat, 2021b) Es deutet sich ein Anstieg im Trend an, i. V. m. dem Referenzwert wird der Trend in Deutschland negativ bewertet.

Trend

Datenqualität

Gut (3/6)

Prognose

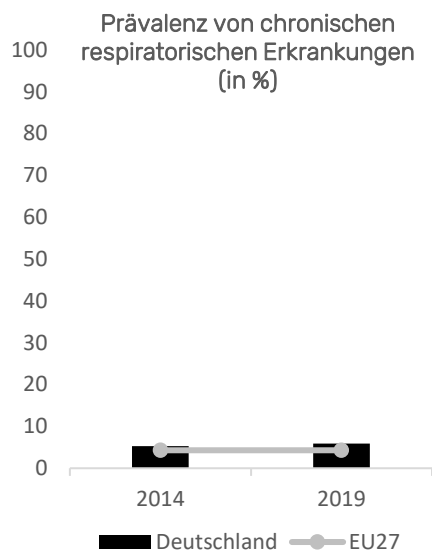
Nicht relevant

Zielvorgabe

Nicht bekannt

Referenzwert

Die Durchschnittswerte der EU-27 liegen unter jenen Deutschlands: Die Prävalenz betrug 2019 ebenso wie 2014 4,3 %. (Eurostat, 2021b)


Indikator 59
Karies
Inhalt

Durch mangelhafte Ernährung und durch zuckerreiche Ernährung wird eine Kariesbildung, also eine Zerstörung der Zahnschubstanz durch Bakterien, gefördert.

Durch den DMFT-Wert (decayed / missing / filled teeth) kann bewertet werden, wie stark die Zähne von Karies befallen sind. Der DMFT-Index bildet die Summe von kariösen, fehlenden und gefüllten Zähnen ab. Der ermittelte Indexwert kann zwischen 0 und 28 liegen.

Daten

✓2019 ✓2020 ✓2021

Der DMFT-Index bei 12-Jährigen lag im Jahr 2014 bei 0,5, zu Beginn der Bemessung im Jahr 1983 noch bei 10,8. (Bundeszahnärztekammer und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, 2022)

Trend

Datenqualität

Mangelhaft (2/6)

Prognose

Nicht relevant

Zielvorgabe

Nicht bekannt

Referenzwert

Im Vergleich zu Dänemark war der deutsche DMFT-Indexwert im Jahr 2014 um 0,1 erhöht. (Bundeszahnärztekammer und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, 2022)

5.6.5 Sonstige Aspekte des Gesundheitszustandes

Die Anzahl der Pflegebedürftigen und die selbstwahrgenommene Gesundheit bilden die Kategorie der sonstigen Aspekte des Gesundheitszustandes. Die beiden Indikatoren basieren auf einer guten Datenqualität (4,0). Es liegen keine definierten Entwicklungsziele vor, zur Bewertung der selbstwahrgenommenen Gesundheit können allerdings Referenzdaten hinzugezogen werden. Beide Indikatoren haben sich zuletzt negativ entwickelt.

Indikator 60	Anzahl Pflegebedürftige
Inhalt	„Erfasst werden Personen, die Leistungen nach dem SGB XI erhalten. Generelle Voraussetzung für die Erfassung als Pflegebedürftiger ist die Entscheidung der Pflegekasse bzw. des privaten Versicherungsunternehmens über das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit und die Zuordnung der Pflegebedürftigen zu den Pflegegraden 1 bis 5. Pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in § 15 festgelegten Schwere bestehen.“ (§ 14 Abs. 1 SGB XI)
Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 Die Anzahl der Pflegebedürftigen wird altersstandardisiert und über alle Altersgruppen, Geschlechter und Pflegegrade ermittelt. Auf 100.000 Einwohner kamen damit im Jahr 2019 knapp 2.600 Pflegebedürftige, im Jahr 2017 waren es noch knapp 2.200. (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2021d)
Trend	↑
Datenqualität	Gut (3/6)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Nicht relevant

Indikator 61
Selbstwahrgenommene Gesundheit

Inhalt

Um die selbstwahrgenommene Gesundheit zu erfassen, wurde die Bevölkerung (älter als 16 Jahre) gefragt, ob sie ihre Gesundheit als sehr gut, gut, in Ordnung, schlecht oder sehr schlecht einschätzen.

Daten

✓2019 ✓2020 ✓2021

Die selbstwahrgenommene Gesundheit wurde im Jahr 2021 von 63,1 % der Deutschen als sehr gut bis gut bewertet (von 9,5 % wurde sie als schlecht bewertet). Die sehr gute bis gute Wahrnehmung der eigenen Gesundheit ist gegenüber den Jahren 2020 (63,8 %) und 2019 (65,5 %) gesunken. Zudem ist der Anteil jener Personen gestiegen, die ihre Gesundheit schlecht bewerten, wobei der entsprechende Wert 2020 bei 9,1 % und 2019 bei 7,0 % lag. (Eurostat, 2022r)

Trend

↓ (↑)

Datenqualität

Sehr gut (5/6)

Prognose

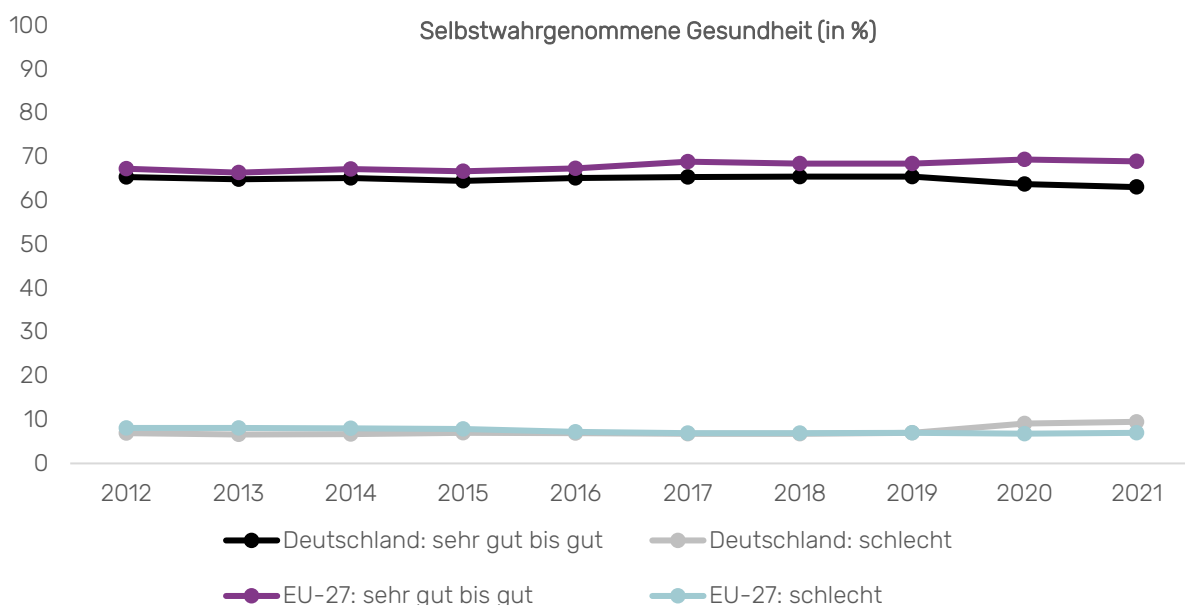
Nicht relevant

Zielvorgabe

Nicht bekannt

Referenzwert

Im EU-27-Durchschnitt wurde im Vergleich zu den deutschen Werten die eigene Gesundheit durch einen größeren Bevölkerungsanteil als sehr gut bis gut wahrgenommen. Die Zahlen entwickeln sich dabei steigend, sodass im Schnitt 68,5 % im Jahr 2019 und 69,4 % im Jahr 2020 die selbstwahrgenommene Gesundheit positiv bewerteten. Positiv ist auch, dass der Anteil der Personen zurückgegangen ist, welche ihre Gesundheit eher schlecht wahrnehmen: 2019 lag der EU-27-Wert bei 7,0, 2020 bei 6,8. Die Referenzwerte beziehen sich nur auf die Jahre 2019 und 2020, da für 2021 noch keine Zahlen vorliegen. (Eurostat, 2022r)

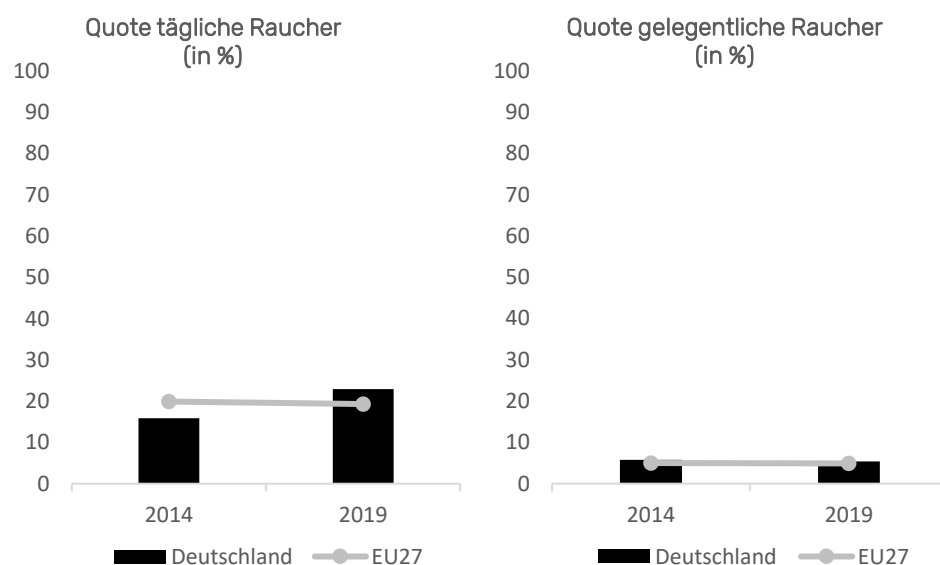


5.6.6 Risikofaktoren

Die gesundheitlich-epidemiologische Dimension wird durch die Kategorie der Risikofaktoren vervollständigt. Risikofaktoren können in stark variierender Form vorliegen, bspw. können bereits erwähnte Indikatoren wie die Feinstaubexposition (Indikator 15, ökologische Dimension) oder der sozioökonomische Hintergrund prinzipiell auch den Risikofaktoren zugeordnet werden. Im Folgenden werden schwerpunktmäßig Risikofaktoren thematisiert, welche die gesundheitsrelevante Verhaltensweise abbilden. Von den zehn definierten Indikatoren sind sieben bei einer mangelhaften Datenqualität (2,3) bewertbar. Für vier Indikatoren existieren Zielvorgaben; Vergleichsdaten liegen für insgesamt 90 % der Indikatoren vor. Von 30 % wurde keine Trendbewertung vorgenommen, bei weiteren 30 % wurde eine negative Entwicklungstendenz festgestellt. Daneben wurden 20 % positiv und weitere 20 % neutral bewertet.

Indikator 62	Raucher: Quote Kinder/Jugendliche
Inhalt	Eine verminderte Raucherquote soll vor einer vorzeitigen Sterblichkeit schützen, da Rauchen diverse Gesundheitsschäden, bspw. Lungen- und Luftröhrenkrebs, hervorrufen kann. Die Raucherquote bzgl. Kinder und Jugendlicher bezieht sich auf die Altersgruppe zwischen elf und 17 Jahren. Dabei werden solche Minderjährige erfasst, welche gelegentlich bis regelmäßig rauchen.
Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 Die Quote lag im Jahr 2018 bei 7,2 %. (Robert Koch-Institut, 2018c)
Trend	Zu wenige Datenpunkte für eine Trendbewertung vorhanden (NA).
Datenqualität	Gut (3/6)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Die DNS gibt bis 2030 vor, dass die Raucherquote von 12- bis 17-Jährigen auf 7 % gesenkt werden soll, wobei dieses Ziel 2018 bereits erreicht war. (Bundesregierung, 2021)
Referenzwert	Nicht relevant

Indikatoren 63 – 64	Rauchen: Quote tägliches und gelegentliches Rauchen	
Inhalt	Siehe Indikator 62, wobei hier Erwachsene erfasst werden, die entweder täglich oder gelegentlich rauchen.	
Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 Die Quote des täglichen Rauchens bei Erwachsenen lag 2019 bei knapp 23 %, 2014 waren es knapp 16 %. Im Vergleich dazu ist die Quote des gelegentlichen Rauchens auf einem ähnlichen Niveau verblieben: 2019 lag der Anteil bei 5,4 %; 2014 bei 5,8 %. Der Trend wird negativ bewertet, da die aktuellen Zahlen über den Referenzwerten liegen. (Eurostat, 2022aa)	
Trend	↑ →	
Datenqualität	Mangelhaft (2/6)	
Prognose	Nicht relevant	
Zielvorgabe	Die DNS sieht vor, dass bis 2030 eine Reduzierung des Raucheranteils der erwachsenen Bevölkerung auf 19 % erreicht wird. (Bundesregierung, 2021) Als „erwachsen“ werden dabei alle Personen ab 15 Jahren definiert. Auch diese Ziele waren sowohl 2014 wie auch 2019 bereits erreicht.	
Referenzwert	Im aktuellen Datenjahr 2019 war der Anteil der täglichen Raucher in Deutschland im Vergleich zum EU-27-Schnitt (19 %) erhöht. Auch auf die gelegentlichen Raucher traf dies zu (EU-27: 5 %). (Eurostat, 2022aa)	



Indikator 65	Alkohol: Regelmäßiges Rauschtrinken Kinder/Jugendliche
Inhalt	Die Feststellung des regelmäßigen Rauschtrinkens (sog. Binge Drinking) bezieht sich auf Kinder und Jugendliche im Alter zwischen elf und 17 Jahren.
Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 Im Jahr 2018 konnte bei 7 % der Kinder und Jugendlichen ein regelmäßiges Binge Drinking festgestellt werden. (Robert Koch-Institut, 2018c)
Trend	Zu wenige Datenpunkte für eine Trendbewertung vorhanden (NA).
Datenqualität	Gut (3/6)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Nicht relevant

Indikator 66
**Alkohol:
Täglicher Konsum Erwachsene**

Inhalt

Die reine Betrachtung des Alkoholkonsums in Abhängigkeit von der Fragestellung, ob dieser täglich oder nicht-täglich konsumiert wird, greift zu kurz, damit noch nicht die Frage nach der durchschnittlichen konsumierten Menge an Alkohol beantwortet werden kann. Zum aktuellen Entwicklungsstand des Nachhaltigkeitsindex ist jedoch wichtig, dass Alkohol als Risikofaktor Anklang in der Bewertung von Nachhaltigkeit findet.

Daten

✓2019 ✓2020 ✓2021

Der tägliche Alkoholkonsum von Erwachsenen lag 2019 bei 7,5 % der deutschen Bevölkerung, 2014 waren es 9,3 %. (Eurostat, 2022h) Aufgrund der sich andeutenden Entwicklungstendenz wie auch aufgrund der Referenzdaten wird die Entwicklung positiv bewertet.

Trend

Datenqualität

Mangelhaft (2/6)

Prognose

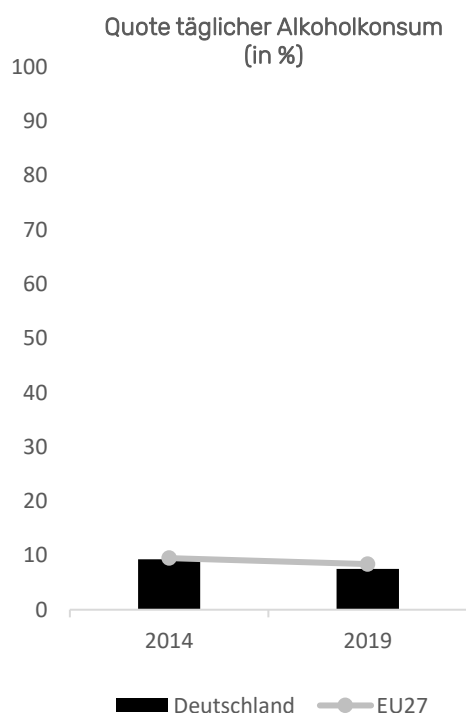
Nicht relevant

Zielvorgabe

Nicht bekannt

Referenzwert

Im Vergleich zu den Werten Deutschlands sind die EU-27-Durchschnittswerte sowohl im betrachteten Datenjahr 2019 (8,4 %) wie auch 2014 (9,5 %) erhöht. (Eurostat, 2022h)



Indikator 67
Täglicher Obst- und Gemüsekonsum

Inhalt

Ein täglicher Obst- und Gemüsekonsum ist eng verbunden mit der grundsätzlichen Frage nach dem Ernährungsverhalten. Zukünftig könnte durch den Nachhaltigkeitsindex auch der Bevölkerungsanteil abgebildet werden, welcher sich vegetarisch oder vegan ernährt.

Daten

✓2019 ✓2020 ✓2021

Im Jahr 2019 konsumierten täglich knapp 11 % der Bevölkerung mindestens fünf Obst- und Gemüseportionen, 2014 waren es knapp 10 %. (Eurostat, 2022f) Aufgrund der konstanten Entwicklungstendenz wie auch aufgrund der Ähnlichkeit der Referenzdaten wird die Entwicklung neutral bewertet.

Trend

Datenqualität

Mangelhaft (2/6)

Prognose

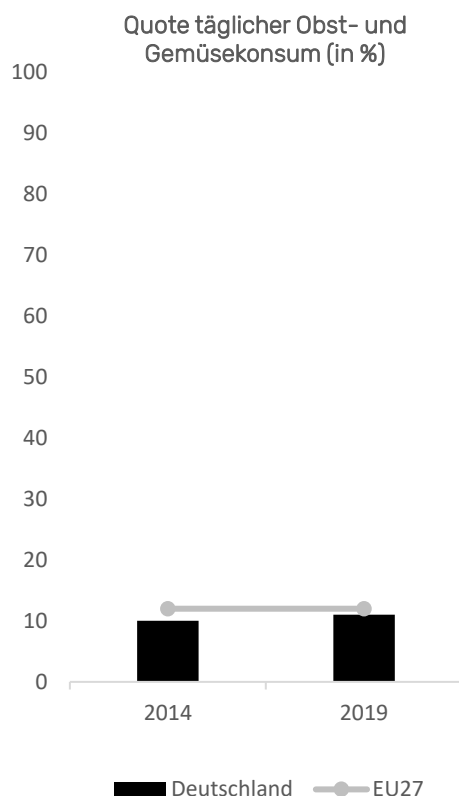
Nicht relevant

Zielvorgabe

Nicht bekannt

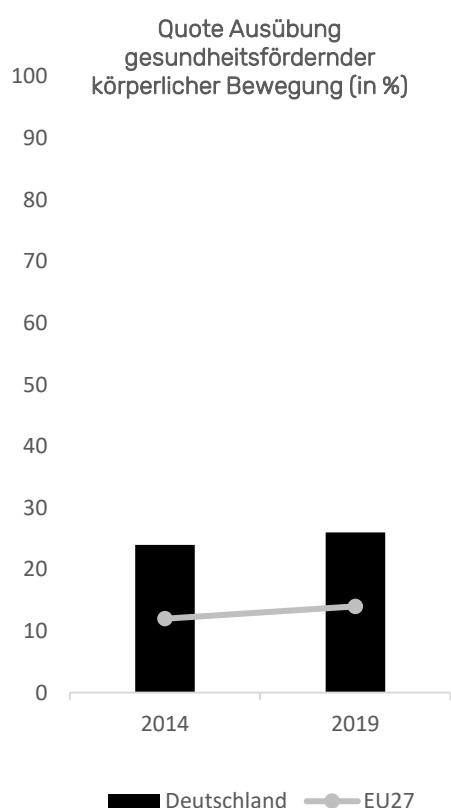
Referenzwert

Die deutsche Bevölkerung verzehrt im Vergleich zum EU-27-Schnitt weniger Obst und Gemüse. Der EU-27-Wert lag 2019 bei 12 %, ebenso wie 2014. (Eurostat, 2022f)



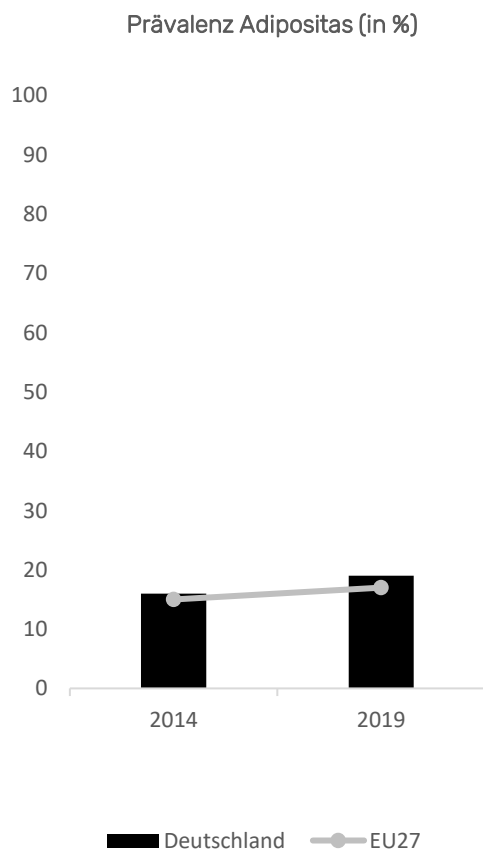
Indikator 68
Ausübung gesundheitsfördernder körperlicher Aktivität


Inhalt	Die Ausübung gesundheitsfördernder körperlicher Bewegung findet mindestens einmal pro Woche statt und umfasst Fitness und muskel- aufbauende Aktivitäten.
Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 Im Jahr 2019 übten ca. 26 % der deutschen Bevölkerung gesundheits- fördernde körperliche Bewegung aus, 2014 waren es 24 %. (Eurostat, 2022q) Aufgrund der sich andeutenden Entwicklungstendenz wie auch aufgrund der Referenzdaten wird die Entwicklung positiv bewertet.
Trend	↑
Datenqualität	Mangelhaft (2/6)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Im Vergleich zu den anderen 26 EU-Ländern schneidet Deutschland bei der Bewertung dieses Indikators besser ab: Der EU-27-Wert lag 2019 bei 14 % und 2014 bei 12 %. (Eurostat, 2022q)



Indikator 69	Erhöhter Body Mass Index: Erwachsene Bevölkerung mit Übergewichtigkeit
Inhalt	Als „übergewichtig“ wird der Bevölkerungsanteil mit einem Body Mass Index (BMI) größer gleich 25 bezeichnet. Der BMI setzt das Körpergewicht in ein Verhältnis zur Körpergröße im Quadrat. Die folgenden Daten beziehen sich auf die Bevölkerung ab 15 Jahren.
Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 Übergewicht wurde im Jahr 2020 bei 60 % der deutschen Bevölkerung festgestellt. (Organisation for Economic Co-operation and Development, 2021)
Trend	Zu wenige Datenpunkte für eine Trendbewertung vorhanden (NA).
Datenqualität	Gut (3/6)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Auch im EU-27-Schnitt ist mehr als die Hälfte der Bevölkerung übergewichtig, konkret waren es im Jahr 2020 56 %. (Organisation for Economic Co-operation and Development, 2021)

Indikator 70	Erhöhter Body Mass Index: Erwachsene Bevölkerung mit Adipositas	
Inhalt	Als „adipös“ wird der Bevölkerungsanteil mit einem BMI größer gleich 30 bezeichnet. Der BMI setzt das Körpergewicht in ein Verhältnis zur Körpergröße im Quadrat.	
Daten	✓2019 ✓2020 ✓2021 Durch Eurostat wurde festgestellt, dass im Jahr 2019 19 % der Bevölkerung Adipositas aufwiesen, 2014 waren es ca. 16 %. (Eurostat, 2022b) Dieser Anstieg in Kombination mit den Referenzdaten führt zu einer negativen Trendbewertung.	
Trend	↑	
Datenqualität	Mangelhaft (2/6)	
Prognose	Nicht relevant	
Zielvorgabe	Die DNS gibt als Ziel vor, dass die steigende Adipositas-Entwicklung dauerhaft gestoppt werden soll. (Bundesregierung, 2021)	
Referenzwert	Im EU-Kontext sind die deutschen Werte gegenüber den EU-27-Durchschnittswerten sowohl im Jahr 2019 (17 %) wie auch 2014 (15 %) erhöht (Bezug zu Indikator 66). (Eurostat, 2022b)	



Indikator 71
Wahrgenommene geringe soziale Unterstützung

Inhalt

Die wahrgenommene soziale Unterstützung bildet die soziale Umgebung ab, welche auch als Risikofaktor für die menschliche Gesundheit zu verstehen ist. Die soziale Unterstützung tangiert die Fragen, ob nahestehende Menschen vorhanden sind, die Unterstützung leisten, ob durch Mitmenschen Besorgnis geäußert wird, und ob bei Bedarf praktische Nachbarschaftshilfe geleistet werden würde.

Daten

✓2019 ✓2020 ✓2021

Die wahrgenommene soziale Unterstützung wurde durch 15 % der deutschen Bevölkerung im Jahr 2019 als gering bewertet. Fünf Jahre zuvor waren es 17 %. (Eurostat, 2022p) Aufgrund der konstanten Entwicklungstendenz wie auch aufgrund der Ähnlichkeit der Referenzdaten wird die Entwicklung neutral bewertet.

Trend

Datenqualität

Mangelhaft (2/6)

Prognose

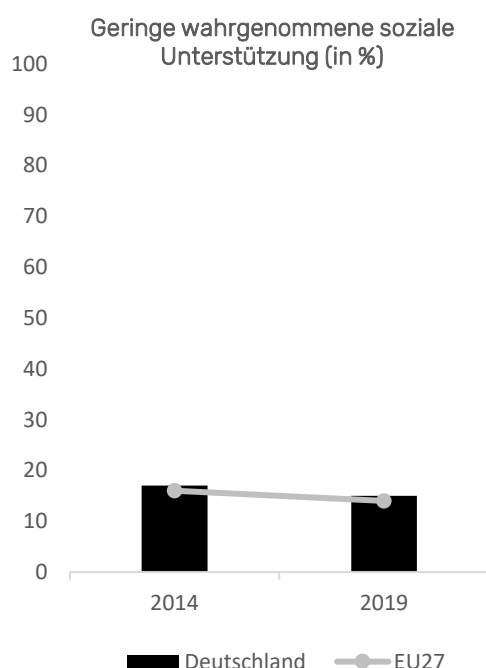
Nicht relevant

Zielvorgabe

Nicht bekannt

Referenzwert

Die deutschen Werte liegen über jenen der EU-27, was im Hinblick auf die Entwicklungen in Deutschland Verbesserungspotenzial deutlich macht. Im Jahr 2019 gaben im EU-27-Schnitt 14 % an, dass die soziale Unterstützung als gering zu bewerten ist, 2014 waren es 16 %. (Eurostat, 2022p)



6 Diskussion

6.1 Daten- und indexbezogene Limitationen

Wie dargestellt wurde, setzt sich der Nachhaltigkeitsindex aus diversen veränderbaren und fortschreibbaren Teilen zusammen. Dieser Komplexität ist auch geschuldet, dass der Index limitiert ist, sodass im Folgenden ergänzend zu den bereits vorgestellten methodischen Limitationen die daten- und indexbezogenen Limitationen aufgezeigt werden.

Eine datenbezogene Limitation besteht darin, dass die Daten, welche notwendig für die Befüllung des Nachhaltigkeitsindex mit Informationen sind, in unterschiedlicher Datenqualität bei verschiedenen Datenhaltern vorliegen. Dadurch ist die Vergleichbarkeit der Daten bzw. die Möglichkeit, diese in Beziehung zueinander zu stellen, mitunter eingeschränkt. Berücksichtigt werden sollte auch, dass es sich um Durchschnittswerte handelt, wodurch die Performance der einzelnen Bundesländer abweichen kann. Häufig liegen die Daten nur punktuell und in stark veralteter Form vor. Limitierend ist, dass sich viele Daten auf GKV-Versicherte beziehen und bspw. im Rahmen der Darstellung der Morbidität PKV-Versicherte nicht berücksichtigt wurden. Bei der Verwendung von Kennzahlen, die in Verbindung mit der Bevölkerungszahl stehen, muss berücksichtigt werden, dass diese Bevölkerungszahl durch eine Bevölkerungsfortschreibung,

basierend auf den Daten des letzten Zensus, beruht. Dieser stammt aus dem Jahr 2011 und ist damit veraltet. Die erneute Zensusdurchführung wurden vom Jahr 2021 in das Jahr 2022 verschoben, wobei die Ergebnisse Ende 2023 veröffentlicht werden bzw. Anfang 2024 vollständig an das Statistische Amt der Europäischen Union (Eurostat) übermittelt werden. (Statistisches Bundesamt, 2022g)

Eine Limitation des entwickelten Index besteht darin, dass durch die Konkretisierung der Dimensionen eine Zuordnung von Indikatoren erfolgt. Die Zuordnung dieser zu den Dimensionen und Kategorien kann in einigen Fällen auch auf alternative Weise vorgenommen werden (bspw. kann die Anzahl heißer Tage oder die mittlere Konzentration der PM10-Feinstaubexposition anstatt der ökologischen Dimension auch den Rahmenbedingungen zugeordnet werden). Eine weitere Limitation ist, dass der Nachhaltigkeitsindex stetig aktualisiert und an gesellschaftspolitische sowie rechtliche Veränderungen angepasst werden muss. Das flexible und breite Konstrukt des Index ermöglicht auch eine Integration von Änderungen des Gesundheitssystems (bspw. eine mögliche Abkehr von der dualistischen Finanzierung der Krankenhäuser wieder hin zu einer Monistik oder bspw. die geplante Einführung von Gesundheitskiosken). Anzumerken ist, dass die entwickelte Struktur des Nachhaltigkeitsindex nicht ohne Anpassung

auf weitere Länder übertragbar ist, da besondere Spezifika des deutschen Gesundheitssystems (bspw. hinsichtlich der Finanzierung) in den Index eingearbeitet wurden.

6.2 Inhaltliche Weiterentwicklung

Im Folgenden werden Ideen für die Weiterentwicklung des Nachhaltigkeitsindex zusammengefasst, wobei diese nach den Dimensionen des Nachhaltigkeitsindex strukturiert sind. In diese erste Version des Nachhaltigkeitsindex wurden die folgenden Themen aus Kapazitätsgründen noch nicht aufgenommen.

Da der Gedanke von Nachhaltigkeit keinen Halt vor Landesgrenzen macht, sollten internationale Beziehungen sowie gemeinsame Handlungsbedarfe und Handlungspotenziale stärker thematisiert werden, sodass die Gesundheitssysteme der einzelnen Länder nicht ausschließlich isoliert betrachtet werden.

Eine Abbildung der sozialen Mobilität bzw. Durchlässigkeit wäre in den Rahmenbedingungen bzw. mit Gesundheitsbezug in der sozialen Dimension sinnvoll.

Ergänzend zu den vorgestellten ökologischen Herausforderungen können zukünftig Themen wie UV-Strahlung, Pollenflug sowie Verfügbarkeit von Essen/Trinken in den Index aufgenommen werden.

Im Rahmen der gesundheitlich-organisatorischen Dimension sollte ergänzend zu den Beschäftigten des Gesundheitswesens auch deren jeweiliges durchschnittliches Einkommen aufgenommen werden. Eine Nachhaltigkeitsbewertung könnte zukünftig stattfinden, indem parallel die Entwicklung des sozioökonomischen Hintergrundes betrachtet wird. Zudem könnte auch die Fluktuation der Beschäftigten im Gesundheitswesen (bspw. als Indikator für die Zufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen) aufgenommen werden. Krankenhäuser könnten zukünftig stärker ausdifferenziert werden (bspw. nach Versorgungsstufe oder nach Bettenanzahl). Die Impfquote von Hepatitis A kann zukünftig in den Index aufgenommen werden. Die Entwicklung von Branchenstandards für die Entwicklung und Kontrolle von nachhaltigen, emissionsarmen Lieferketten sollte zukünftig stärker in den Fokus genommen werden, um Nachhaltigkeit konsequent umzusetzen. Die Anzahl von Stroke Units (Schlaganfall-Stationen) kann relevant für die Bildung eines Schwerpunktthemas (bspw. zur Bewertung der Versorgung von zerebrovaskulären Erkrankungen) sein. Eine Fortschreibung der Anzahl und Auslastung von Intensivbetten auf Jahresebene wäre sinnvoll. Bislang wurde im Rahmen der Resilienzbewertung der Fokus auf die COVID-19-Pandemie gelegt. Krisen wie die Klimakatastrophe, der Fachkräftemangel oder

die Finanzlage der GKV sind implizit in den Index integriert. Explizit sollte zukünftig die Resilienzbewertung im Hinblick auf den Krieg in der Ukraine und die Energiekrise umgesetzt werden. Im Zusammenhang mit der Kategorie der Resilienz oder alternativ im Zusammenhang mit der Kategorie der Institutionen könnte der Verbreitungsgrad von Berichtssystemen zu kritischen Vorkommnissen (Critical Incident Reporting System, CIRS) abgebildet werden.

Innerhalb der Darstellung der gesundheitlich-epidemiologischen Dimension wurden bislang die sechs teuersten Krankheiten zusammen mit den verursachten Krankheitskosten vorgestellt. Zukünftig könnten die Kosten für alle genannten Krankheiten berichtet werden. Die Prävalenz von Allergien sollte auch in den Index aufgenommen werden, obwohl bislang keine belastbaren Daten existieren. Als weitere meldepflichtige Infektionskrankheiten mit einer vergleichsweise hohen Fallzahl könnten Norovirus, Rotavirus, Salmonellen, Syphilis und Windpocken berücksichtigt werden. Die Prävalenzentwicklung des West-Nil-Virus (ICD: A92.3) sowie des Rifttalfiebers (ICD: A92.4) können als klimawandelbedingte Erkrankungen aufgenommen werden. Mit Blick auf die Urologie könnten das erhöhte Nierensteinrisiko sowie eine Schädigung der Spermienqualität als hitzebedingte Morbiditätsentwicklungen angeführt werden.

(Oxon, Mezger & Thöne, 2020) Das Forschungsinstitut für pflanzenbasierte Ernährung in Gießen setzt sich mit den gesundheitlichen und ökologischen Konsequenzen von vegetarischer und veganer Ernährung auseinander. (Forschungsinstitut für pflanzenbasierte Ernährung, 2022) Die Integration dieser Themenfelder in den Index wird, wie im Zusammenhang mit dem Indikator „Obst- und Gemüsekonsum“ bereits erwähnt wurde, als sinnvoll erachtet. Für eine kontinuierliche Erhebung der dafür notwendigen Daten wäre eine Integration in die Fragen zur Gesundheit des Mikrozensus sinnvoll.

6.3 Zusätzliche Weiterentwicklung

Neben der inhaltlichen Weiterentwicklung des Nachhaltigkeitsindex sollte auch die Formulierung von Zielvorgaben vorangetrieben werden. Für einzelne Indikatoren liegt eine Zielformulierung auf der Hand. Bspw. sollte die Zufriedenheit, welche im Rahmen der sozialen Dimension erwähnt wurde, 100 % betragen oder der nicht erfüllte medizinische Bedarf bei Null liegen. Für andere Indikatoren ist eine Zielvorgabenentwicklung anspruchsvoller und soll daher gemeinsam mit Expert*innen aus dem Gesundheitswesen erarbeitet werden. Die Zielvorgaben sollen smart formuliert, also spezifisch, messbar, erreichbar, angemessen bzw. ambitioniert, realistisch

und mit einem Zeitbezug formuliert sein. Die DNS lässt eine solche Zielformulierung häufig vermissen. Sie gibt bspw. ein „stetiges und angemessenes Wirtschaftswachstum“ vor, wobei diese Vorgabe nicht näher spezifiziert wird. Ein weiteres Beispiel ist, dass die Vorgabe der DNS bzgl. der Erhöhung der Erwerbstätigenquote sowie der Erwerbstätigenquote Älterer bis 2030 zum letzten Aktualisierungszeitpunkt der DNS (2021) bereits erreicht ist. (Bundesregierung, 2021)

Eine zukünftige Integration der Bewertung des geltenden rechtlichen Rahmenwerkes des deutschen Gesundheitssystems in den Nachhaltigkeitsindex wird für sinnvoll erachtet. Beispielsweise sieht das geplante Krankenhausentlastungsgesetz vor, dass häufiger ambulant als stationär behandelt wird. Der Nachhaltigkeitsindex könnte hier zum einen Zahlen darüber liefern, inwiefern das geplante Gesetz zukünftig dieses Ziel erreicht. Zum anderen stellt der Nachhaltigkeitsindex eine Diskussionsgrundlage darüber, welche weiteren Aspekte des Gesundheitssystems ggf. durch das Gesetz tangiert werden und inwiefern die ausgelösten Veränderungen dem Anspruch an ein nachhaltiges Gesundheitssystem gerecht werden. Der Nachhaltigkeitsindex ist auch als Diskussionsgrundlage für die Ableitung von Handlungsbedarfen geeignet.

7 Fazit

Durch den Bericht wurde zusammengefasst, wie der Nachhaltigkeitsindex entwickelt wurde und über welche Themenbereiche die Nachhaltigkeit des deutschen Gesundheitssystems quantifiziert werden kann. Für diese Zwecke wurden 267 Indikatoren bestimmt. Die meisten davon entfallen auf die Erfassung der gesundheitlich-organisatorischen Nachhaltigkeitsdimension (42 %), gefolgt von der gesundheitlich-epidemiologischen Dimension (27 %). Die ökonomische Dimension wird aktuell durch 14 % der Indikatoren beschrieben, die ökologische Dimension durch 8 %, die Rahmenbedingungen durch 6 %. 4 % der Indikatoren dienen der Beschreibung der sozialen Dimension.

Deutlich wurde, dass diese hochgradig relevante Thematik messbar ist. Insgesamt liegt die Datenverfügbarkeit bzw. die Belegbarkeit der Indikatoren über mehrere Datenpunkte bei 83 %. Sämtliche definierte Indikatoren der ökonomischen Dimension sowie der Rahmenbedingungen konnten durch mehrere Datenpunkte belegt werden. Innerhalb der beiden gesundheitlichen Dimensionen lag die Datenverfügbarkeit bei 83 %, die ökologische Dimension weist einen Wert i. H. v. 62 % auf. Von den Indikatoren der sozialen Dimension wiesen nur 40 % eine ausreichende Datenverfügbarkeit auf.

Die durchschnittliche Qualität der einbezogenen Daten kann nur im Hinblick auf die Indikatoren der Rahmenbedingungen und der ökonomischen Dimension als sehr gut bewertet werden. Die übrigen vier Dimensionen zeigen im Schnitt eine gute Datenqualität. Insgesamt weisen 65 % der Indikatoren eine sehr gute Datenqualität auf, 12 % sind als gut zu bewerten und 17 % als mangelhaft.

Der überwiegende Teil der Indikatoren zur Bemessung der Nachhaltigkeit des deutschen Gesundheitswesens kann nicht hinsichtlich seiner Trendentwicklung bewertet werden (58 %). Neben den Datenlücken (17 %) ist ein Mangel an Zielvorgaben als Orientierungswert ursächlich dafür. 88 % der Nachhaltigkeitsindikatoren weisen keine Verfügbarkeit von Zielen auf. Die meisten Ziele liegen in der ökologischen Dimension vor (52 %), die wenigsten in der ökonomischen Dimension (0 %). Auch bei alternativer Nutzung von Prognosen oder Referenzwerten existieren für 69 % der Indikatoren keine Vergleichsdaten.

Von den bewertbaren Indikatoren haben sich 10 % positiv entwickelt, 12 % haben eine negative Entwicklung erfahren und 19 % der Indikatoren sind auf dem gleichen Niveau verblieben. Die anteilig meisten positiven Trendentwicklungen sind in der ökologischen Dimension zu beobachten (29 %), die meisten negativen

Trendentwicklungen können in der gesundheitlich-epidemiologischen Dimension gefunden werden (27 %).

Zukünftig wird der Nachhaltigkeitsindex weiterentwickelt, indem zum einen die definierten Indikatoren fortgeschrieben und ergänzt werden. Zum anderen soll eine Themenschwerpunktsetzung, welche in den Index integriert ist, ermöglicht werden. Denkbar ist bspw., dass der Fokus auf die Bewertung von juristischen Bestrebungen und Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen oder auf Krankheitskomplexe gelegt wird. Wesentlich ist die Entwicklung von Zielvorgaben, um die Bewertbarkeit der Nachhaltigkeit des deutschen Gesundheitssystems zu komplementieren und um eine vollständige Diskussionsgrundlage für Handlungsbedarf zur Nachhaltigkeitssteuerung zu bilden.

Literaturverzeichnis

Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden. (2003). *Indikatorenatz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder*. Zugriff am 08.12.2022. Verfügbar unter: https://www.gbe-bund.de/pdf/indikatorenatz_der_laender_2003.pdf#PAGE=91

Ärzttekammer Westfalen-Lippe. (2019). *Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Westfalen-Lippe vom 21. September 2019*, Ärztekammer Westfalen-Lippe. Zugriff am 02.11.2022. Verfügbar unter: https://www.aekwl.de/fileadmin/user_upload/aekwl/weiterbildung/WO_%C3%84KWL_01.07.2020_inkl._Richtzahlen.pdf

AstraZeneca. (2021). *Sustainability Report 2021*. Zugriff am 29.09.2022. Verfügbar unter: https://www.astrazeneca.com/content/dam/az/Sustainability/2022/pdf/Sustainability_Report_2021.pdf

Bayerische Landesärztekammer. Weiterbildungsordnung für die Ärzte Bayerns - Bekanntmachung vom 24. April 2004 i. d. F. der Änderungsbeschlüsse vom 10. Oktober 2020. Zugriff am 02.11.2022. Verfügbar unter: <https://api.blaek.de/content/13-kammerrecht/16-nwfs1ddjgj1532091956xi1qqoxqc73/23-7w4hxruxlx16075950397ezs6mqxvo39/weiterbildungsordn.pdf>

Bertelsmann Stiftung. (2012). *Themenreport „Pflege 2030“. Was ist zu erwarten – was ist zu tun?* Zugriff am 08.09.2022. Verfügbar unter: https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/GP_Themenreport_Pflege_2030.pdf

Bertelsmann Stiftung. (2018). *Digital-Health-Index. SmartHealthSystems Digitalisierungsstrategien im internationalen Vergleich*. Zugriff am 08.09.2022. Verfügbar unter: https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/Projekte/Der_digitale_Patient/VV_SHS-Gesamtstudie_dt.pdf

Bertelsmann Stiftung. (2019). *Zukünftige Entwicklung der GKV-Finanzierung*. Zugriff am 06.09.2022. Verfügbar unter: https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/VV_Entwicklung_GKV_Finanzierung.pdf

Bertelsmann Stiftung. (2021). *Sustainable Governance Indicators (SGI) Sustainable Policies | Social Policies | Health*. Zugriff am 07.09.2022. Verfügbar unter: https://www.sgi-network.org/2020/Sustainable_Policies/Social_Policies/Health

Blümel, M., Spranger, A., Achstetter, K., Maresso, A. & Busse, R. (2020). Germany. Health system review. *Health Systems in Transition*, 22(6), i-273.

BUND Berlin. (2016). *Leitfaden. Klimaschutz in Kliniken verankern. Impulse geben und Potenziale nutzen*. Zugriff am 04.10.2022. Verfügbar unter: https://www.klik-krankenhaus.de/fileadmin/user_upload/Leitfaden/KLIK_Leitfaden.pdf

Bundesamt für Soziale Sicherung. (2021). *Disease Management Programme (DMP). Zulassung der strukturierten Behandlungsprogramme (Disease Management Programme - DMP) durch das Bundesamt für Soziale Sicherung*. Zugriff am 30.08.2022. Verfügbar unter: <https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/disease-management-programme/dmp-grundlegende-informationen/>

Bundesärztekammer. (2011). *(Muster-) Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte (MBO-Ä)*. Zugriff am 02.11.2022. Verfügbar unter: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/MBO_08_20112.pdf

Bundesärztekammer. (2020). *Ärztestatistik zum 31. Dezember 2019*. Zugriff am 07.09.2022. Verfügbar unter: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/pdf-Ordner/Statistik2019/WEBStatistik_2019_k.pdf

Bundesärztekammer. (2021). *Ärztestatistik zum 31. Dezember 2020*. Zugriff am 07.09.2022. Verfügbar unter: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/pdf-Ordner/Statistik_2020/2020-Statistik.pdf

Bundesärztekammer. (2022). *Ärztestatistik zum 31. Dezember 2021*. Zugriff am 07.09.2022. Verfügbar unter: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Ueber_uns/Statistik/Statistik_2021/2021_Statistik.pdf

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. (2022a). *Lieferengpassmeldungen*. Zugriff am 08.09.2022. Verfügbar unter: <https://anwendungen.pharmnet-bund.de/lieferengpassmeldungen/faces/public/meldungen.xhtml>

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. (2022b). *Statistiken Medizinprodukte*. Zugriff am 08.09.2022. Verfügbar unter: https://www.bfarm.de/DE/Aktuelles/Statistiken/Medizinprodukte/_node.html

- Eurostat. (2021a). *Personen, die in den letzten 12 Monaten einen Arzt konsultierten, nach medizinischer Fachrichtung, Anzahl der Besuche, häufigstem Erwerbsstatus, Verstdterungsgrad und Einkommensgruppe, ILC_HCH04*. Zugriff am 06.09.2022. Verfügbar unter: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/ILC_HCH04__custom_3164265/default/table?lang=de
- Eurostat. (2021b). *Persons reporting a chronic disease, by disease, sex, age and educational attainment level, HLTH_EHIS_CD1E*. Zugriff am 09.09.2022. Verfügbar unter: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_ehis_cd1e/default/table?lang=en
- Eurostat. (2021c). *Self-reported use of home care services by sex, age and level of activity limitation, HLTH_EHIS_AM7D*. Zugriff am 08.09.2022. Verfügbar unter: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_ehis_am7d/default/table?lang=en
- Eurostat. (2022a). *Arbeits-Armutsgefährdungsquote nach Geschlecht, TESOV110*. Zugriff am 06.09.2022. Verfügbar unter: <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tesov110/default/table?lang=de>
- Eurostat. (2022b). *Body mass index (BMI) by sex, age and educational attainment level, HLTH_EHIS_BM1E*. Zugriff am 09.09.2022. Verfügbar unter: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_ehis_bm1e/default/table?lang=en
- Eurostat. (2022c). *Bruttoinlandsprodukt zu Marktpreisen, TEC00001*. Zugriff am 05.09.2022. Verfügbar unter: <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tec00001/default/table?lang=de>
- Eurostat. (2022d). *Consultation of a dentist per inhabitant, HLTH_HC_DENT*. Zugriff am 08.09.2022. Verfügbar unter: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_hc_dent/default/table?lang=en
- Eurostat. (2022e). *Consultation of a medical doctor (in private practice or as outpatient) per inhabitant, HLTH_HC_PHYS*. Zugriff am 08.09.2022. Verfügbar unter: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_hc_phys/default/table?lang=en
- Eurostat. (2022f). *Daily consumption of fruit and vegetables by sex, age and educational attainment level, HLTH_EHIS_FV3E*. Zugriff am 09.09.2022. Verfügbar unter: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_ehis_fv3e/default/table?lang=de
- Eurostat. (2022g). *Erwerbstätigenquote nach Geschlecht, TESEM010*. Zugriff am 06.09.2022. Verfügbar unter: <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/te-sem010/default/table?lang=de>
- Eurostat. (2022h). *Frequency of alcohol consumption by sex, age and educational attainment level, HLTH_EHIS_AL1E*. Zugriff am 09.09.2022. Verfügbar unter: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH_EHIS_AL1E__custom_3340350/default/table?lang=en
- Eurostat. (2022i). *Frühzeitige Schul- und Ausbildungsabgänger nach Geschlecht, SDG_04_10*. Zugriff am 06.09.2022. Verfügbar unter: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/sdg_04_10/default/table?lang=de
- Eurostat. (2022j). *Geschlechtsspezifischer Lohnunterschied ohne Anpassungen, TESEM180*. Zugriff am 06.09.2022. Verfügbar unter: <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/te-sem180/default/table?lang=de>
- Eurostat. (2022k). *Healthy life years by sex (from 2004 onwards), HLTH_HLYE*. Zugriff am 08.09.2022. Verfügbar unter: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_hlye/default/table?lang=en
- Eurostat. (2022l). *HICP - inflation rate, TEC00118*. Zugriff am 05.09.2022. Verfügbar unter: <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tec00118/default/table?lang=en>
- Eurostat. (2022m). *Lebendgeburten und Bruttogeburtenziffer, TPS00204*. Zugriff am 05.09.2022. Verfügbar unter: <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00204/default/table?lang=de>
- Eurostat. (2022n). *Lebenserwartung bei der Geburt nach Geschlecht, SDG_03_10*. Zugriff am 08.09.2022. Verfügbar unter: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/SDG_03_10__custom_3141697/default/table?lang=de
- Eurostat. (2022o). *Medical technologies - examinations by medical imaging techniques (CT, MRI and PET), HLTH_CO_EXAM*. Zugriff am 08.09.2022. Verfügbar unter: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_co_exam/default/table?lang=en
- Eurostat. (2022p). *Overall perceived social support by sex, age and educational attainment level, HLTH_EHIS_SS1E*. Zugriff am 09.09.2022. Verfügbar unter: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_ehis_ss1e/default/table?lang=en

- Eurostat. (2022q). *Performing health-enhancing physical activity by sex, age and educational attainment level, HLTH_EHIS_PE9E*. Zugriff am 09.09.2022. Verfügbar unter: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_ehis_pe9e/default/table?lang=en
- Eurostat. (2022r). *Self-perceived health by sex, age and labour status, HLTH_SILC_01*. Zugriff am 09.09.2022. Verfügbar unter: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_silc_01/default/table?lang=en
- Eurostat. (2022s). *Self-reported consultation of mental healthcare or rehabilitative care professionals by sex, age and educational attainment level, HLTH_EHIS_AM6E*. Zugriff am 08.09.2022. Verfügbar unter: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_ehis_am6e/default/table?lang=en
- Eurostat. (2022t). *Self-reported consultations of a medical professional by sex, age and educational attainment level, HLTH_EHIS_AM2E*. Zugriff am 08.09.2022. Verfügbar unter: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_ehis_am2e/default/table?lang=en
- Eurostat. (2022u). *Self-reported last breast examination by X-ray among women by age and educational attainment level, HLTH_EHIS_PA7E*. Zugriff am 08.09.2022. Verfügbar unter: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH_EHIS_PA7E__custom_3201183/default/table?lang=en
- Eurostat. (2022v). *Self-reported last cervical smear test among women by age and educational attainment level, HLTH_EHIS_PA8E*. Zugriff am 08.09.2022. Verfügbar unter: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH_EHIS_PA8E__custom_3201165/default/table?lang=en
- Eurostat. (2022w). *Self-reported screening of cardiovascular diseases and diabetes risks by sex, age and educational attainment level, HLTH_EHIS_PA2E*. Zugriff am 08.09.2022. Verfügbar unter: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH_EHIS_PA2E__custom_3201045/default/table?lang=en
- Eurostat. (2022x). *Self-reported unmet need for medical care by sex, TESPm110*. Zugriff am 06.09.2022. Verfügbar unter: <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tespm110/default/table?lang=en>
- Eurostat. (2022y). *Self-reported use of non-prescribed medicines by sex, age and educational attainment level, HLTH_EHIS_MD2E*. Zugriff am 08.09.2022. Verfügbar unter: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_ehis_md2e/default/table?lang=en
- Eurostat. (2022z). *Self-reported use of prescribed medicines by sex, age and educational attainment level, HLTH_EHIS_MD1E*. Zugriff am 08.09.2022. Verfügbar unter: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_ehis_md1e/default/table?lang=en
- Eurostat. (2022aa). *Smoking of tobacco products by sex, age and educational attainment level, HLTH_EHIS_SK1E*. Zugriff am 09.09.2022. Verfügbar unter: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_ehis_sk1e/default/table?lang=en
- Eurostat. (2022ab). *Von Frauen besetzte Führungspositionen, SDG_05_60*. Zugriff am 06.09.2022. Verfügbar unter: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/sdg_05_60/default/table?lang=de
- Forschungsinstitut für pflanzenbasierte Ernährung. (2022). *Ernährung mit Zukunft*. Zugriff am 04.10.2022. Verfügbar unter: <https://ifpe-giessen.de/>
- FREOPP. (2022). *World Index of Healthcare Innovation*. Zugriff am 29.09.2022. Verfügbar unter: <https://freopp.org/wihi/home>
- Gemeinsamer Bundesausschuss. (2021). *Richtlinie über die Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten*. Zugriff am 06.12.2022. Verfügbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2383/GU-RL_2020-11-20_iK-2021-02-12.pdf
- Gemeinsamer Bundesausschuss. (2022). *Pressekonferenz Arbeitsprogramm G-BA 2022*. Zugriff am 30.08.2022. Verfügbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-5265/2022-02-23-PK-Arbeitsprogramm-G-BA_JH_Anlage.pdf
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes. (2021a). *Ambulante Pflege- und Betreuungsdienste und von ambulanten Pflege- und Betreuungsdiensten betreute Pflegebedürftige (Anzahl und Dichte). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Träger*. Zugriff am 07.09.2022. Verfügbar unter: https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg_olap_tables.prc_set_hierlevel?p_uid=gast&p_aid=37006872&p_sprache=D&p_help=2&p_indnr=571&p_an-snr=34422520&p_version=4&p_dim=D.100&p_dw=10102&p_direction=drill

Gesundheitsberichterstattung des Bundes. (2021b). *Gesundheitspersonal in 1.000. Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Geschlecht, Einrichtung, Beruf*. Zugriff am 07.09.2022. Verfügbar unter: https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg_is-gbe5.prc_menu_olap?p_uid=gast&p_aid=51924731&p_sprache=D&p_help=2&p_indnr=89&p_in-dsp=762&p_ityp=H&p_fid=

Gesundheitsberichterstattung des Bundes. (2021c). *Meldepflichtige Krankheiten absolut und je 100.000 Einwohner. Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Alter, Geschlecht*. Zugriff am 08.09.2022. Verfügbar unter: https://www.gbe-bund.de/gbe/lpkg_olap_tables.prc_set_page?p_uid=gast&p_aid=47377221&p_sprache=D&p_help=2&p_indnr=179&p_an-snr=78274317&p_version=6&D.001=1000001&D.002=1000002&D.003=1000004&D.100=10102

Gesundheitsberichterstattung des Bundes. (2021d). *Pflegebedürftige (absolut, je 100.000 Einwohner, in Prozent). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Alter, Geschlecht, Pflegegrad, Art der Betreuung*. Zugriff am 09.09.2022. Verfügbar unter: https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg_is-gbe5.prc_menu_olap?p_uid=gast&p_aid=24921853&p_sprache=D&p_help=2&p_indnr=107&p_in-dsp=4127&p_ityp=H&p_fid=

Gesundheitsberichterstattung des Bundes. (2021e). *Pflegeheime und verfügbare Plätze in Pflegeheimen. Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Art der Einrichtungen/Plätze, Träger*. Zugriff am 07.09.2022. Verfügbar unter: https://www.gbe-bund.de/gbe/lpkg_olap_tables.prc_set_page?p_uid=gast&p_aid=80487494&p_sprache=D&p_help=2&p_indnr=570&p_an-snr=55029230&p_version=2&D.000=3739&D.001=1000001

Gesundheitsberichterstattung des Bundes. (2021f). *Sterbefälle, Sterbeziffern (je 100.000 Einwohner, altersstandardisiert) (ab 1998). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Alter, Geschlecht, Nationalität, ICD-10, Art der Standardisierung*. Zugriff am 08.09.2022. Verfügbar unter: https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg_is-gbe5.prc_menu_olap?p_uid=gast&p_aid=78032022&p_sprache=D&p_help=2&p_indnr=6&p_in-dsp=653&p_ityp=H&p_fid=

Gesundheitsberichterstattung des Bundes. (2021g). *Teilnahme am gesetzlichen Gesundheits-Check-up (Anzahl der Anspruchsberechtigten und Inanspruchnahme in Prozent). Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland*. Zugriff am 08.09.2022. Verfügbar unter: https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg_olap_tables.prc_sort_time?p_uid=gast&p_aid=20067375&p_sprache=D&p_help=2&p_indnr=796&p_an-snr=39190832&p_version=2&p_sortorder=d

Gesundheitsberichterstattung des Bundes. (2021h). *Teilnahme an gesetzlichen Krebsfrüherkennungsuntersuchungen. Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Alter, Geschlecht*. Zugriff am 08.09.2022. Verfügbar unter: https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg_is-gbe5.prc_menu_olap?p_uid=gast&p_aid=20067375&p_sprache=D&p_help=2&p_indnr=778&p_in-dsp=787&p_ityp=H&p_fid=

Gesundheitsberichterstattung des Bundes. (2021i). *Vorzeitige Sterblichkeit (Anzahl, je 100.000 Einwohner, verlorene Lebensjahre - mit/ohne Altersstandardisierung, Tod unter 65/70 Jahren - ab 1998). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Geschlecht, ICD-10, Art der Standardisierung*. Zugriff am 08.09.2022. Verfügbar unter: https://www.gbe-bund.de/gbe/lpkg_olap_tables.prc_set_orientation?p_uid=gast&p_aid=24715866&p_sprache=D&p_help=2&p_indnr=562&p_an-snr=26517166&p_version=4&D.000=2&D.003=1&D.001=3&D.100=1&D.946=3&D.022=3&D.024=3&D.011=3

Gesundheitsberichterstattung des Bundes. (2021j). *Zahnarztpraxen und Praxisinhaber/Praxisinhaberinnen. Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Praxisform*. Zugriff am 07.09.2022. Verfügbar unter: https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg_is-gbe5.prc_menu_olap?p_uid=gast&p_aid=49649675&p_sprache=D&p_help=2&p_indnr=586&p_in-dsp=786&p_ityp=H&p_fid=

Gesundheitsberichterstattung des Bundes. (2022a). *Ärztliche bzw. psychotherapeutisch geleitete ambulante Gesundheitseinrichtungen. Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Art der Praxis*. Zugriff am 07.09.2022. Verfügbar unter: https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg_olap_tables.prc_sort_time?p_uid=gast&p_aid=79246783&p_sprache=D&p_help=2&p_indnr=861&p_an-snr=21681135&p_version=2&p_sortorder=d

Gesundheitsberichterstattung des Bundes. (2022b). *Beschäftigte in Apotheken (Anzahl). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Geschlecht, Berufsbezeichnung, Art der Apotheke*. Zugriff am 08.09.2022. Verfügbar unter: https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg_olap_tables.prc_set_hierlevel?p_uid=gast&p_aid=72941972&p_sprache=D&p_help=2&p_indnr=82&p_an-snr=66867304&p_version=2&p_dim=D.000&p_dw=1&p_direction=drill

Gesundheitsberichterstattung des Bundes. (2022c). *Diagnosedaten der Krankenhäuser ab 2000 (Fälle, Sterbefälle, Fälle je 100000 Einwohner (altersstandardisiert), Berechnungs- und Belegungstage, durchschnittliche Verweildauer). Gliederungsmerkmale: Jahre, Wohnsitz, Alter, Geschlecht, Verweildauer, ICD10-3-Steller, Art der Standardisierung*. Zugriff am 08.09.2022. Verfügbar unter: https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg_is-gbe5.prc_menu_olap?p_uid=gast&p_aid=61991673&p_sprache=D&p_help=2&p_indnr=594&p_in-dsp=676&p_ityp=H&p_fid=

Gesundheitsberichterstattung des Bundes. (2022d). *Einnahmen und Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (insgesamt in Mrd. €, je Mitglied in € und je Versicherten in €). Gliederungsmerkmale: Jahre, Bundesgebiete*. Zugriff am 06.09.2022. Verfügbar unter: https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg_olap_tables.prc_set_hierlevel?p_uid=gast&p_aid=19233137&p_sprache=D&p_help=2&p_indnr=627&p_an-snr=44962443&p_version=2&p_dim=D.000&p_dw=3737&p_direction=drill

Gesundheitsberichterstattung des Bundes. (2022e). *Gesundheitsausgaben in Deutschland als Anteil am BIP und in Mio. € (absolut und je Einwohner). Gliederungsmerkmale: Jahre*. Zugriff am 06.09.2022. Verfügbar unter: https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg_is-gbe5.prc_menu_olap?p_uid=gast&p_aid=40902187&p_sprache=D&p_help=3&p_indnr=522&p_in-dsp=&p_ityp=H&p_fid=

Gesundheitsberichterstattung des Bundes. (2022f). *Gesundheitsausgaben in Deutschland in Mio. €. Gliederungsmerkmale: Jahre, Art der Einrichtung, Art der Leistung, Ausgabenträger*. Zugriff am 06.09.2022. Verfügbar unter: https://www.gbe-bund.de/gbe/lpkg_olap_tables.prc_set_orientation?p_uid=gast&p_aid=65885674&p_sprache=D&p_help=2&p_indnr=322&p_an-snr=25764409&p_version=6&D.000=1&D.734=2&D.733=2&D.732=2

Gesundheitsberichterstattung des Bundes. (2022g). *Gesundheitsausgaben in Deutschland, erweiterter Leistungsbereich des Gesundheitswesens in Mio. €. Gliederungsmerkmale: Jahre, Leistungsbereich, Ausgabenträger*. Zugriff am 06.09.2022. Verfügbar unter: https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg_is-gbe5.prc_menu_olap?p_uid=gast&p_aid=57306525&p_sprache=D&p_help=0&p_indnr=616&p_in-dsp=&p_ityp=H&p_fid=

Gesundheitsberichterstattung des Bundes. (2022h). *Gesundheitspersonal in 1.000. Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Alter, Geschlecht, Beschäftigungsart, Einrichtung*. Zugriff am 08.09.2022. Verfügbar unter: https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg_olap_tables.prc_set_hierlevel?p_uid=gast&p_aid=39996406&p_sprache=D&p_help=2&p_indnr=93&p_an-snr=62243540&p_version=2&p_dim=D.734&p_dw=4450&p_direction=drill

Gesundheitsberichterstattung des Bundes. (2022i). *Impfquote der Kinder mit vorgelegtem Impfausweis bei Einschulungsuntersuchungen. Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Impfungen*. Zugriff am 08.09.2022. Verfügbar unter: https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg_olap_tables.prc_sort_time?p_uid=gast&p_aid=20067375&p_sprache=D&p_help=2&p_indnr=831&p_an-snr=21136990&p_version=2&p_sortorder=d

Gesundheitsberichterstattung des Bundes. (2022j). *Indikator 12 der ECHI shortlist: Perinatalsterblichkeit, je 1.000 Lebend- und Totgeburten*. Zugriff am 08.09.2022. Verfügbar unter: https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg_is-gbe5.prc_menu_olap?p_uid=gast&p_aid=32692173&p_sprache=D&p_help=2&p_indnr=819&p_in-dsp=0&p_ityp=H&p_fid=

- Gesundheitsberichterstattung des Bundes. (2022k). *Indikator 76 der ECHI shortlist: Versicherungsabdeckung – Der Anteil der Bevölkerung, der von einer Krankenversicherung abgedeckt wird, berücksichtigt werden sowohl gesetzliche als auch private Krankenversicherungen*. Zugriff am 07.09.2022. Verfügbar unter: https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg_olap_tab-les.prc_set_hierle-vel?p_uid=gast&p_aid=32692173&p_sprache=D&p_help=2&p_indnr=814&p_an-snr=95953955&p_version=2&p_dim=D.000&p_dw=3737&p_direction=drill
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes. (2021). *Säuglingssterbefälle, Säuglingssterbefälle je 1.000 Lebendgeborene und durchschnittliches Sterbealter. Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Geschlecht*. Zugriff am 08.09.2022. Verfügbar unter: https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg_is-gbe5.prc_menu_olap?p_uid=gast&p_aid=32692173&p_sprache=D&p_help=2&p_indnr=525&p_in-dsp=4005&p_ityp=H&p_fid=
- GKV-Spitzenverband. (2022). *Alle gesetzlichen Krankenkassen – GKV-Spitzenverband*. Zugriff am 30.08.2022. Verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/kv_grundprinzipien/alle_gesetzlichen_krankenkassen/alle_gesetzlichen_krankenkassen.jsp
- Global Burden of Disease Study. (2015). *Healthcare Access and Quality Index*. Zugriff am 29.09.2022. Verfügbar unter: <https://ourworldindata.org/grapher/healthcare-access-and-quality-index?time=earliest>
- Grosser, J. & Greiner, W. (2021). *Sustainability and Resilience in the German Health System*. Zugriff am 29.09.2022. Verfügbar unter: https://www3.weforum.org/docs/WEF_PHSSR_Germany_Report.pdf
- Grunwald, A. & Kopfmüller, J. (2022). *Nachhaltigkeit* (Studium, 3., aktualisierte und erweiterte Auflage). Frankfurt, New York: Campus Verlag. Verfügbar unter: http://www.content-select.com/index.php?id=bib_view&ean=9783593447063
- Health Care Without Harm & ARUP. (2019). *Health Care's Climate Footprint*. Zugriff am 06.09.2022. Verfügbar unter: https://noharm-global.org/sites/default/files/documents-files/5961/HealthCaresClimateFootprint_092319.pdf
- Hickel, J. (2020). The sustainable development index: Measuring the ecological efficiency of human development in the anthropocene. *Ecological Economics*, 167. <https://doi.org/10.1016/j.ecolecon.2019.05.011>
- Ifo Schnelldienst. (2020). *Fiskalische und intergenerative Auswirkungen der Corona-Pandemie*. Zugriff am 08.09.2022. Verfügbar unter: <https://www.ifo.de/publikationen/2020/aufsatz-zeitschrift/fiskalische-und-intergenerative-auswirkungen-der-corona>
- IGES Institut GmbH, Albrecht, M. & Sander, M. (Mitarbeiter). (2015). *Maximum Einsparpotential durch ambulant-sensitive Krankenhausfälle (ASK). Regionale Auswertungen der fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik für das Jahr 2011*. Zugriff am 30.08.2022. Verfügbar unter: https://www.iges.com/sites/igesgroup/iges.de/myzms/content/e6/e1621/e10211/e10849/e11870/e11874/e11876/attr_objs13054/VA-15-08_Kurzbericht-ASK_V2final_ger.pdf
- Institut Arbeit und Qualifikation der Universität Duisburg-Essen. (2019). *Demografische Quotienten: Alten-, Jugend- und Gesamtquotient 1960 – 2060*. Zugriff am 05.09.2022. Verfügbar unter: https://www.sozialpolitik-aktuell.de/files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Bevoelkerung/Datensammlung/PDF-Dateien/abbVII99.pdf
- Institute for Sustainability. (2022). *AICHe Sustainability Index*. Zugriff am 29.09.2022. Verfügbar unter: <https://www.aiche.org/ifs/resources/sustainability-index>
- IQVIA. (2021). *EFPIA Patients W.A.I.T. Indicator 2020 Survey. EFPIA Patients W.A.I.T. Indicator 2020*. Zugriff am 31.08.2022. Verfügbar unter: <https://www.efpia.eu/media/602652/efpia-patient-wait-indicator-final-250521.pdf>
- Kaiser, T., Kind, C. & Dudda, L. (2021). Bund/Länder-Handlungsempfehlungen zur Erarbeitung von Hitzeaktionsplänen: Bekanntheit und Rezeption in Bundesländern und Kommunen. *umid*, 1, 17–25. Zugriff am 06.09.2022. Verfügbar unter: https://www.umweltbundesamt.de/sites/default/files/medien/4031/publikationen/umid_01-2021-beitrag_2_hitze.pdf
- Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2016). *Deutschlandweite Projektion 2030 – Arztzahlentwicklung in Deutschland*. Zugriff am 07.09.2022. Verfügbar unter: https://www.kbv.de/media/sp/2016_10_05_Projektion_2030_Arztzahlentwicklung.pdf
- Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2022a). *BAG, Kassenärztliche Bundesvereinigung*. Zugriff am 22.11.2022. Verfügbar unter: <https://www.kbv.de/html/berufsausuebungsgemeinschaften.php>

- Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2022b). *Einzelpraxis*. Zugriff am 22.11.2022. Verfügbar unter: <https://www.kbv.de/html/14365.php>
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). (2022, 30. August). *Wartezeiten*. Zugriff am 30.08.2022. Verfügbar unter: <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/24045.php>
- Kraemer, L. (2016). *Ausländische Beschäftigte im Gesundheitswesen nach Herkunftsländern. Kurzstudie*. Zugriff am 08.09.2022. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/A/Auslaendische_Beschaeftigte/Bericht_Auslaendische_Fachkraefte_Gesundheitswesen.pdf
- Kurte, M. S. & Blankart, K. (2019). Ambulant-sensitive Krankenhausfälle in Deutschland – Abgrenzung, Prävalenz und Kosten. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement*, 24(06), 277–291. <https://doi.org/10.1055/a-0890-9600>
- Leitlinienwatch.de. (2020). *Empfehlungen der Ständigen Impfkommision*. Zugriff am 30.08.2022. Verfügbar unter: <https://www.leitlinienwatch.de/empfehlungen-der-staendigen-impfkommision-2/>
- Leopold, C., Habl, C., Morak, S., Rosian-Schikuta, I. & Vogler, S. (2008). *Leistungsfähigkeit des österreichischen Gesundheitssystems im Vergleich*. Zugriff am 29.09.2022. Verfügbar unter: https://ppri.goeg.at/sites/ppri.goeg.at/files/inline-files/Leistungsfaeigkeit_Oesterreich_08_2.pdf
- Normenausschuss Rettungsdienst und Krankenhaus im DIN. (2009). *DIN 13050*. Zugriff am 06.12.2022. Verfügbar unter: https://www.drk-lano.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/HelFuehLeit/Download_Zugfuehrer_Teil_1/5-01_DIN-Norm_13050_2009-02-01.pdf
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (o. J.). *Better Life Index*. Zugriff am 08.12.2022. Verfügbar unter: <https://www.oecdbetterlifeindex.org/de/topics/environment-de/>
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2021). *Health at a Glance 2021*. Zugriff am 06.09.2022. Verfügbar unter: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/ae3016b9-en.pdf?expires=1662453848&id=id&accname=guest&checksum=17F2754DF3195CBD F9162DFDED6449AE>
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2022). *Health resources – Health spending – OECD Data*. Zugriff am 30.08.2022. Verfügbar unter: <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>
- Organisation for Economic Co-operation and Development & European Observatory on Health Systems and Policies. (2021). *Deutschland: Länderprofil Gesundheit 2021. State of Health in the EU*. Paris. <https://doi.org/10.1787/33663583-de>
- Oxon, C., Mezger, N. & Thöne, M. (2020). *Hintergrundinformationen zum Fragebogen „Klimaschutz in Praxen“*. Zugriff am 25.11.2022. Verfügbar unter: <https://www.klimawandel-gesundheit.de/wp-content/uploads/2020/09/20200928-Hintergrundinformationen-Fragebogen.pdf>
- Partnership for Health System Sustainability and Resilience. (2021a). *Building Sustainable And Resilient Health Systems In A Post-covid World*. Zugriff am 29.09.2022. Verfügbar unter: <https://www.weforum.org/videos/1-building-sustainable-and-resilient-health-systems-in-a-post-covid-world-broadcast>
- Partnership for Health System Sustainability and Resilience. (2021b). *Interim Report of the Pilot Phase. July 2020 – March 2021* (PHSSR, Hrsg.). Zugriff am 27.09.2022. Verfügbar unter: https://www3.weforum.org/docs/WEF_PHSSR_Interim_Report_of_the_Pilot_Phase.pdf
- Paul-Ehrlich-Institut. (2022). *Archiv Lieferengpässe Impfstoffe*. Zugriff am 08.09.2022. Verfügbar unter: <https://www.pei.de/DE/arzneimittel/impfstoffe/lieferengpaesse/archiv-lieferengpaesse-humanimpfstoffe/jahresarchiv/archiv-node.html>
- PricewaterhouseCoopers. (2020). *Frauen in der Gesundheitswirtschaft 2020*. Zugriff am 06.09.2022. Verfügbar unter: <https://www.pwc.de/de/gesundheitswesen-und-pharma/pwc-frauen-in-der-gesundheitswirtschaft-2020.pdf>
- PricewaterhouseCoopers. (2022). *Healthcare Barometer. Teil 1*. Verfügbar unter: <https://www.pwc.de/de/gesundheitswesen-und-pharma/healthcare-barometer.html>
- Robert Bosch Stiftung. (2021). *Gesundheitszentren für Deutschland*. Zugriff am 26.10.2022. Verfügbar unter: https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf/2021-05/Studie_Primaerversorgung_Gesundheitszentren-fuer-Deutschland.pdf

- Robert Koch-Institut (Hrsg.). (2012). *Daten und Fakten. Ergebnisse der Studie "Gesundheit in Deutschland aktuell 2010"* (Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes). Berlin. Zugriff am 08.09.2022. Verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/GEDA2010.pdf?__blob=publicationFile
- Robert Koch-Institut. (2016). *Hepatitis B und D*. Zugriff am 07.12.2022. Verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Epi-dBull/Merkblaetter/Ratgeber_HepatitisB.html#doc2390050bodyText14
- Robert Koch-Institut. (2017). *Windpocken (Varizellen), Gürtelrose (Herpes zoster)*. Zugriff am 06.12.2022. Verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Epi-dBull/Merkblaetter/Ratgeber_Varizellen.html#doc2374554bodyText14
- Robert Koch-Institut. (2018a). *Diphtherie*. Zugriff am 06.12.2022. Verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Epi-dBull/Merkblaetter/Ratgeber_Diphtherie.html#doc2374528bodyText7
- Robert Koch-Institut. (2018b). *Influenza*. Zugriff am 06.12.2022. Verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Epi-dBull/Merkblaetter/Ratgeber_Influenza_saisonal.html#doc2382022bodyText14
- Robert Koch-Institut. (2018c). *Tabak- und Alkoholkonsum bei 11- bis 17-Jährigen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends*. Zugriff am 09.09.2022. Verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/Focus/JoHM_02_2018_Tabak_Alkoholkonsum_KiGGS-Welle2.pdf?__blob=publicationFile
- Robert Koch-Institut. (2018d). *Tetanus*. Zugriff am 06.12.2022. Verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Epi-dBull/Merkblaetter/Ratgeber_Tetanus.html
- Robert Koch-Institut. (2019). *Zentrum für Krebsregisterdaten. Krebs in Deutschland für 2017/2018*. Zugriff am 08.09.2022. Verfügbar unter: https://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Content/Publikationen/Krebs_in_Deutschland/kid_2021/krebs_in_deutschland_2021.pdf;jsessionid=E64B61360DF9820077B96D40DF616C82.inter-net072?__blob=publicationFile
- Robert Koch-Institut. (2020a). *Epidemiologisches Bulletin*. Zugriff am 30.08.2022. Verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Epi-dBull/Archiv/2020/Ausgaben/47_20.pdf?__blob=publicationFile
- Robert Koch-Institut. (2020b). *Haemophilus influenzae, invasive Infektion*. Zugriff am 07.12.2022. Verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Epi-dBull/Merkblaetter/Ratgeber_Haemophilusinfluenzae.html#doc15215936bodyText14
- Robert Koch-Institut. (2020c). *Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten für 2020*. Zugriff am 08.12.2022. Verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Jahrbuch/Jahrbuch_2020.pdf?__blob=publicationFile
- Robert Koch-Institut. (2020d). *Kinder und Jugendliche – Prävalenz Typ-2-Diabetes*. Zugriff am 08.09.2022.
- Robert Koch-Institut. (2020e). *Pneumokokken*. Zugriff am 06.12.2022. Verfügbar unter: https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/Impfen/Pneumokokken/FAQ-Liste_Pneumokokken_Impfen.html;jsessionid=5FAE2D7E830CC1666ED423CC0A02E4A9.inter-net062?nn=2398112
- Robert Koch-Institut. (2021a). *Epidemiologisches Bulletin*. Zugriff am 30.08.2022. Verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Epi-dBull/Archiv/2021/Ausgaben/50_21.pdf?__blob=publicationFile
- Robert Koch-Institut, Robert Koch-Institut (Mitarbeiter). (2021b). *Gesundheitliche Lage von Erwachsenen in Deutschland – Ergebnisse zu ausgewählten Indikatoren der Studie GEDA 2019/2020-EHIS*. Zugriff am 09.09.2022. Verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/Focus/JoHM_03_2021_GEDA_Gesundheitliche_Lage.pdf?__blob=publicationFile
- Robert Koch-Institut. (2021c). *Masern*. Zugriff am 07.12.2022. Verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Epi-dBull/Merkblaetter/Ratgeber_Masern.html#doc2374536bodyText12
- Robert Koch-Institut. (2021d). *Mumps*. Zugriff am 07.12.2022. Verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Epi-dBull/Merkblaetter/Ratgeber_Mumps.html#doc13018560bodyText14

- Robert Koch-Institut. (2021e). *Poliomyelitis*. Zugriff am 07.12.2022. Verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Epi-dBull/Merkblaetter/Ratgeber_Poliomyelitis.html
- Robert Koch-Institut. (2021f). *Röteln*. Zugriff am 07.12.2022. Verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Epi-dBull/Merkblaetter/Ratgeber_Roeteln.html#doc2394074bodyText16
- Robert Koch-Institut. (2022a). *Epidemiologisches Bulletin*. Zugriff am 06.12.2022. Verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2022/Ausgaben/46_22.pdf?__blob=publicationFile
- Robert Koch-Institut. (2022b). *Fallzahlen Gesamtübersicht*. Zugriff am 08.09.2022. Verfügbar unter: https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fwww.rki.de%2FDE%2FContent%2FInfAZ%2FN%2FNeuartiges_Coronavirus%2FDaten%2FFallzahlen_Gesamtuebersicht.xlsx%3F__blob%3Dpublication-File&wdOrigin=BROWSELINK
- Robert Koch-Institut. (2022c). *Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME)*. Zugriff am 06.12.2022. Verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Epi-dBull/Merkblaetter/Ratgeber_FSME.html
- Robert Koch-Institut. (2022d). *Keuchhusten (Pertussis)*. Zugriff am 06.12.2022. Verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Epi-dBull/Merkblaetter/Ratgeber_Pertussis.html#doc2374534bodyText12
- Robert Koch-Institut. (2022e). *Pandemieradar*. Zugriff am 04.10.2022. Verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/COVID-19-Trends/COVID-19-Trends.html?__blob=publicationFile#/home
- Roche & Copenhagen Institute For Future Studies. (2022). *Sustainability Index. Germany*. Zugriff am 29.09.2022. Verfügbar unter: <https://www.future-proofinghealthcare.com/en/germany-sustainability-index#resilience>
- Röttger, J., Spranger, A., Eckhardt, H., Achstetter, K. & Busse, R. (2018). *Ergebnisbericht der Machbarkeitsstudie zur Messung der Leistungsfähigkeit ("Health System Performance Assessment") des deutschen Gesundheitssystems*. Zugriff am 29.09.2022. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Berichte/HSPA-Abschlussbericht.pdf
- Schehadat, M. S., Groneberg, D. A., Bauer, J. & Bends, M. H. K. (2017). Hilfsfristen des Rettungsdienstes in den deutschen Bundesländern. *Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Ergonomie*, 67(5), 255–260. <https://doi.org/10.1007/s40664-017-0203-3>
- Scherenberg, V. (2011). *Nachhaltigkeit in der Gesundheitsvorsorge. Wie Krankenkassen Marketing und Prävention erfolgreich verbinden* (1. Aufl.). Zugl.: Bremen, Univ., Diss., 2011. Wiesbaden: Gabler. Verfügbar unter: <http://www.socialnet.de/rezensionen/isbn.php?isbn=978-3-8349-2869-6>
- Schneider, H., Husslein, P. & Schneider, K.-T. M. (Hrsg.). (2016). *Die Geburtshilfe* (Springer Reference Medizin, 5. Aufl. 2016). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. Verfügbar unter: <http://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:bsz:31-epflicht-1512096>
- Schubert, K. & Klein, M. (2021). *Das Politiklexikon. Begriffe, Fakten, Zusammenhänge* (8., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage). Bonn: Dietz.
- Schwabe, U. & Ludwig, W.-D. (Hrsg.). (2020). *Arzneiverordnungs-Report 2020. Aktuelle Daten, Kosten, Trends und Kommentare* (Springer eBook Collection, 1st ed. 2020). Berlin: Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-62168-4>
- Schwabe, U., Paffrath, D., Ludwig, W.-D. & Klauber, J. (Hrsg.). (2019). *Arzneiverordnungs-Report 2019. Aktuelle Daten, Kosten, Trends und Kommentare*. Berlin: Springer Berlin. Zugriff am 08.09.2022. Verfügbar unter: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/978-3-662-59046-1.pdf>
- SOLABILITY. (2021). *The Global Sustainable Competitiveness Index*. Zugriff am 29.09.2022. Verfügbar unter: <https://solability.com/the-global-sustainable-competitiveness-index/the-index>
- Statistisches Bundesamt. (2018). *Vorausberechneter Bevölkerungsstand: Deutschland, Stichtag, Varianten der Bevölkerungsvorausberechnung*. Zugriff am 31.08.2022. Verfügbar unter: Ergebnis 12421-0001
- Statistisches Bundesamt. (2020a). *Energieverbrauch: Deutschland, Jahre, Produktionsbereiche*. Zugriff am 06.09.2022. Verfügbar unter: Ergebnis 85131-0001
- Statistisches Bundesamt. (2020b). *Gestiegenes Interesse an Pflegeberufen: 71 300 Menschen haben 2019 eine Ausbildung begonnen*. Zugriff am 08.09.2022. Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2020/10/PD20_N070_212.html

- Statistisches Bundesamt. (2020c). *Verwendung von Energie: Deutschland, Jahre, Produktionsbereiche, Energieträger*. Zugriff am 06.09.2022. Verfügbar unter: Ergebnis 85131-0002
- Statistisches Bundesamt. (2021a). *Abfallerzeuger, Abfallmengen (gefährliche Abfälle): Deutschland, Jahre, Wirtschaftszweige, Abfallarten (EAV 2-Steller)*. Zugriff am 06.09.2022. Verfügbar unter: Ergebnis 32151-0001
- Statistisches Bundesamt. (2021b). *Gestorbene: Deutschland, Jahre, Todesursachen*. Zugriff am 08.09.2022. Verfügbar unter: Ergebnis 23211-0001
- Statistisches Bundesamt. (2021c). *Gesundheitspersonal: Deutschland, Jahre, Einrichtungen, Geschlecht*. Zugriff am 08.09.2022. Verfügbar unter: Ergebnis 23621-0001
- Statistisches Bundesamt. (2021d). *Krankheitskosten: Deutschland, Jahre, Krankheitsdiagnosen (ICD-10), Geschlecht, Einrichtungen*. Zugriff am 08.09.2022. Verfügbar unter: Ergebnis 23631-0004
- Statistisches Bundesamt, Mischler, F. (Mitarbeiter). (2021e). *Verdienstunterschiede zwischen Männern und Frauen*. Zugriff am 06.09.2022. Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Methoden/WISTA-Wirtschaft-und-Statistik/2021/04/verdienstunterschiede-042021.pdf?__blob=publicationFile
- Statistisches Bundesamt. (2021f). *Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, Betten, Patienten, Pflegtage: Deutschland, Jahre*. Zugriff am 07.09.2022. Verfügbar unter: Ergebnis 23112-0001
- Statistisches Bundesamt. (2022a). *Bevölkerung: Deutschland, Stichtag, Geschlecht*. Zugriff am 05.09.2022. Verfügbar unter: Ergebnis 12411-0003
- Statistisches Bundesamt. (2022b). *Erwerbslosenquote: Deutschland, Monate, Geschlecht, Altersgruppen, Original- und bereinigte Daten*. Zugriff am 06.09.2022. Verfügbar unter: Ergebnis 13231-0003
- Statistisches Bundesamt. (2022c). *Erwerbstätigkeit älterer Menschen*. Zugriff am 06.09.2022. Verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/Aeltere-Menschen/erwerbstaetigkeit.html>
- Statistisches Bundesamt. (2022d). *Studierende: Deutschland, Semester, Nationalität, Geschlecht, Studienfach*. Zugriff am 30.08.2022. Verfügbar unter: Ergebnis 21311-0003
- Statistisches Bundesamt. (2022e). *VGR des Bundes - Arbeitnehmerentgelt, Löhne und Gehälter (Inländerkonzept): Deutschland, Jahr*. Zugriff am 06.09.2022. Verfügbar unter: Ergebnis 81000-0007
- Statistisches Bundesamt. (2022f). *Wanderungen zwischen Deutschland und dem Ausland: Deutschland, Jahre, Nationalität, Geschlecht, Altersjahre*. Zugriff am 30.08.2022. Verfügbar unter: Ergebnis 12711-0006
- Statistisches Bundesamt. (2022g). *Zensus Newsletter*. 06. Zugriff am 30.09.2022. Verfügbar unter: https://www.zensus2022.de/DE/Newsletter/newsletter-10.pdf?__blob=publicationFile&v=3
- Statistisches Bundesamt, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung & Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (Statistisches Bundesamt (Destatis), Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (BiB), Hrsg.). (2021). *Datenreport 2021. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland*, Bundeszentrale für Politische Bildung; Deutschland; Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung; Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung. Verfügbar unter: <http://www.gbv.de/dms/maecenata/1750939096.pdf>
- Streibich, K.-H. & Lenarz, T. (2021). *Resilienz und Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens in Krisenzeiten*. Verfügbar unter: <https://www.acatech.de/publikation/resilienz-und-leistungsfaeahigkeit-des-gesundheitswesens-in-krisenzeiten/>
- Subramanian, L., Alexiou, C., Nellis, J. G., Steele, P. & Tolani, F. (2020). Developing a sustainability index for public health supply chains. *Sustainable Futures*, 2. Sustainable Development Solutions Network. (2022). *Sustainable Development Report 2022. Rankings. Germany*. Zugriff am 29.09.2022. Verfügbar unter: <https://dashboards.sdindex.org/rankings>
- Sustainable Health Index. (2022). *Sustainable Health Index*. Zugriff am 29.09.2022. Verfügbar unter: <https://startshi.com/home>
- Thomas, S., Sagan, A., Larkin, J., Cylus, J., Figueras, J. & Karanikolos, M. (2020). *Strengthening health systems resilience: key concepts and strategies*. Zugriff am 29.09.2022. Verfügbar unter: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332441/Policy-brief%2036-1997-8073-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Transparency International. (2021). *Corruption Perception Index*. Zugriff am 07.09.2022. Verfügbar unter: <https://www.transparency.org/en/cpi/2021/>
- Umwelt Gutachter Ausschuss. (2022). *EMAS Statistiken*. Zugriff am 06.09.2022. Verfügbar unter: https://www.emas.de/fileadmin/user_upload/4-daten-stat/EMAS-TN-Anzahl-Bundeslaender-DIHK.pdf

- Umweltbundesamt. (2021a). *Anzahl der Tage mit einem Lufttemperatur-Maximum über 30 Grad Celsius*. Zugriff am 06.09.2022. Verfügbar unter: <https://www.umweltbundesamt.de/bild/anzahl-der-tage-einem-lufttemperatur-maximum-ueber>
- Umweltbundesamt. (2021b). *Feinstaub-Belastung*. Zugriff am 06.09.2022. Verfügbar unter: <https://www.umweltbundesamt.de/daten/luft/feinstaub-belastung#feinstaubkonzentrationen-in-deutschland>
- Umweltbundesamt. (2021c). *Zahl der Tage mit Überschreitung des Ozon-Langfristziels (120 µg/m³) zum Schutz der menschlichen Gesundheit, Mittelwert über ausgewählte Stationen*. Zugriff am 06.09.2022. Verfügbar unter: https://www.umweltbundesamt.de/sites/default/files/medien/3630/bilder/dateien/5_abb_ozon-ueberschreitung-120_2021-10-22.pdf
- United Nations. (2016). *The 2030 Agenda for Sustainable Development*. Zugriff am 06.09.2022. Verfügbar unter: <https://sdgs.un.org/sites/default/files/publications/21252030%20Agenda%20for%20Sustainable%20Development%20web.pdf>
- Vdek – die Ersatzkassen. (2021). *vdek-Basisdaten des Gesundheitswesens in Deutschland*. Zugriff am 31.08.2022. Verfügbar unter: https://www.vdek.com/presse/daten/_jcr_content/par/download_1915146120/file.res/VDEK_Basisdaten2021_210x280_RZ_web.pdf
- Vdek – die Ersatzkassen. (2022a). *Daten zum Gesundheitswesen: Versicherte. GKV – Verteilung der Versicherten auf die Kassenarten*. Zugriff am 31.08.2022. Verfügbar unter: https://www.vdek.com/presse/daten/b_versicherte.html
- Vdek – die Ersatzkassen. (2022b). *vdek-Basisdaten des Gesundheitswesens in Deutschland*. Zugriff am 31.08.2022. Verfügbar unter: https://www.vdek.com/presse/daten/_jcr_content/par/download_389525538/file.res/VDEK_Basisdaten2022_210x280_RZ-X4_ohne_Schnittmarken.pdf
- Winklmayr, C., Muthers, S., Niemann, H., Mücke, H.-G. & Heiden, M. A. d. (2022). Heat-Related Mortality in Germany From 1992 to 2021. *Deutsches Arzteblatt International*, 119(26), 451–457. <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2022.0202>
- Wolf, M., Emerson, J., Esty, D., Sherbinin, A. & Wendling, Z. (Yale Center for Environmental Law & Policy, Hrsg.). (2022). *Environmental Performance Index*. Zugriff am 05.09.2022. Verfügbar unter: <https://epi.yale.edu/downloads/epi2022report06062022.pdf>
- Yoke Consultancy. (2022). *Human Sustainability Index (HSI)*. Zugriff am 29.09.2022. Verfügbar unter: <https://humansustainabilityindex.com/hsi-assessment/>
- Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland. (2020). *Versorgungsatlas. Die ischämische Herzerkrankung in der vertragsärztlichen Versorgung Deutschlands – Zeitliche Trends und regionale Variationen*. Zugriff am 09.09.2022. Verfügbar unter: https://www.versorgungsatlas.de/fileadmin/ziva_docs/109/VA_Bericht_20-04_Ischaem-Herzerkrankung_2020-08-12.pdf
- Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland. (2021). *Versorgungsatlas. Bundesweite und kleinräumige Kennzahlen zur Morbidität von Lyme-Borreliose in Deutschland anhand vertragsärztlicher Abrechnungsdaten, 2010 bis 2019*. Zugriff am 08.09.2022. Verfügbar unter: https://www.versorgungsatlas.de/fileadmin/ziva_docs/115/VA_21-06_Bericht_Borreliose_2021-06-24.pdf
- Zentralstelle der Länder für Gesundheitsschutz bei Arzneimitteln und Medizinprodukten. (2022). *Anerkennung von Medizinischen Laboratorien*. Zugriff am 06.12.2022. Verfügbar unter: <https://www.zlg.de/medizinprodukte/laboratorien/medizinischen-laboratorien/>
- Zukunft, Umwelt, Gesellschaft. (2022). *Klimaanpassung in sozialen Einrichtungen*. Zugriff am 04.10.2022. Verfügbar unter: <https://www.z-u-g.org/aufgaben/klimaanpassung-in-sozialen-einrichtungen/>

Anhang

Überblick Indizes zur Bewertung von Nachhaltigkeit bzw. Aspekten der Nachhaltigkeit (Auswahl)

Name Index	Herausgeber	Thematischer Bezug	Endergebnis	Ausdruck der Nachhaltigkeit	Anwender	Betrachteter Zeitraum	Ältester Wert, Deutschland [Jahr]	Aktuellster Wert, Deutschland [Jahr]	Quelle
Sustainable Development Report (SDG)	Sustainable Development Solutions Network	Nachhaltigkeit	Ein Wert pro Land von 0 bis 100	17 Nachhaltigkeitsziele	193 UN-Mitgliedsstaaten	2000 – 2015	75,4 [2000]	82,2 [2015]	(Sustainable Development Solutions Network, 2022)
Sustainability index for public health supply chains (SCSI)	Subramanian, L. et al.	Nachhaltige Versorgungsketten Public Health	Ein Wert zwischen 0 und 1	• Economic Outcome • Social Outcome • Environmental Outcome • Quality Outcome • Stakeholder Outcome • Health Outcome	-	-	-	-	(Subramanian, Alexiou, Nellis, Steele & Tolani, 2020)
Environmental Performance Index (EPI)	Yale Center for Environmental Law & Policy	• Environmental Health • Vitality of Ecosystem • Climate Change	Ein Wert pro Land zwischen 0 und 100	Environmental Health (20 %) • Air Quality • Sanitation and Drinking Water • Heavy Metals • Waste Vitality of Ecosystem (42 %) • Biodiversity & Habitat • Ecosystem Services • Fisheries • Acid Rain • Water Resources • Agriculture Climate Change (38 %)	180 Länder	2012, 2022	60,2 [2012]	62,4 [2022]	(Wolf, Emerson, Esty, Sherbinin & Wendling, 2022)

Name Index	Herausgeber	Thematischer Bezug	Endergebnis	Ausdruck der Nachhaltigkeit	Anwender	Betrachteter Zeitraum	Ältester Wert, Deutschland [Jahr]	Aktuellster Wert, Deutschland [Jahr]	Quelle
Healthcare Access and Quality (HAQ) Index	Global Burden of Disease Study	Gesundheitsversorgung	Ein Wert pro Land von 0 bis 100	Vermeidbare Sterblichkeit, basierend auf 32 Krankheiten und Verletzungen	195 Länder und Gebiete	1990 – 2015	73,1 [1990]	86,4 [2015]	(Global Burden of Disease Study, 2015)
Sustainable Development Index (SDI)	Hickel, Jason	Ökologische Effizienz	Ein Wert pro Land von 0 bis 1	• Lebenserwartung • Bildung • Einkommen • Ökologischer Overshoot (CO₂-Emissionen; materieller Fußabdruck)	165 Länder	1990 – 2019	0,63 [1990]	0,35 [2019]	(Hickel, 2020)
Global Sustainability Index	Earth.Org	Nachhaltigkeit	Internationales Ranking	• Policy (33) • Pollution (13) • Climate Change (23) • Oceans (6) • Biodiversity (170) • Energy (8)	Mind. 211 Länder bzw. Regionen (nicht genau angegeben)	jährlich	-	6 [2019]	(Earth.Org, 2019)
Sustainability Index	Roche; Copenhagen Institute For Future Studies	Nachhaltigkeit	Ein Wert pro Land von 0 bis 100	• Access (79) • Health Status (82) • Innovation (65) • Quality (76) • Resilience (50)	Länder aus Afrika und Europa	2022	-	70 [2022]	(Roche & Copenhagen Institute For Future Studies, 2022)
World Index of Healthcare Innovation	FREOPP – Foundation for Research on Equal Opportunity	Innovation	Ein Wert pro Land von 0 bis 100	• Quality • Choice • Science & Technology • Fiscal Sustainability	31 Länder	2020 – 2021	-	59,8 [2022]	(FREOPP, 2022)
Global Sustainable Competitiveness Index (GSCI)	Solability	Nachhaltige Wettbewerbsfähigkeit	Ein Wert pro Land von 0 bis 100	• Governance • Intellectual Capital • Natural Capital • Social Capital • Resource Efficiency	Global	2012	-	56,6 [2021]	(SOLABILITY, 2021)

Name Index	Herausgeber	Thematischer Bezug	Endergebnis	Ausdruck der Nachhaltigkeit	Anwender	Betrachteter Zeitraum	Ältester Wert, Deutschland [Jahr]	Aktuellster Wert, Deutschland [Jahr]	Quelle
Sustainable Health Index (SHI)	Sustainable Health Index	Gesundheit	Heat map	• Disease Risk • Fitness • Movement • Nutrition • Stress	Community bzw. Unternehmen	-	-	-	(Sustainable Health Index, 2022)
AIChE Sustainability Index	Institute for Sustainability	Nachhaltigkeit	Punkte von 0 bis 7 pro Dimension	• Strategic Commitment • Safety Performance • Social Responsibility • Value Chain Management • Sustainability Innovation • Product Stewardship • Environmental Performance	Unternehmen	-	-	-	(Institute for Sustainability, 2022)
Human Sustainability Index (HSI)	Yoke Consultancy	Nachhaltigkeit	Ein Wert von 0 bis 100	• Meaning & Purpose • Mental Health • Emotional Health • Physical Health • Competency & Action • Relationships • Community • Financial Health	• Individuen • Teams • Unternehmen	-	-	-	(Yoke Consultancy, 2022)

Vandage GmbH

März 2023

Copyright © Vandage GmbH

Korrespondierender Autor:

Alena Zeitler

alena.zeitler@vandage.de

Detmolder Straße 30, 33604 Bielefeld