

Statistische Analysen und Studien Nordrhein-Westfalen

Band 39

Impressum

Herausgeber :
Landesamt für Datenverarbeitung
und Statistik Nordrhein-Westfalen

Redaktion:
Bianca Oswald, Hans Lohmann

Preis der gedruckten Ausgabe: 2,50 EUR
Eine kostenlose PDF-Version dieser
Ausgabe finden Sie zum Download
im Webshop des LDS NRW.

Erscheinungsfolge: unregelmäßig

Bestellungen nehmen entgegen:

das Landesamt für Datenverarbeitung
und Statistik NRW,
Postfach 10 11 05,
40002 Düsseldorf,
Mauerstraße 51,
40476 Düsseldorf
Telefon: 0211 9449-2172/3516
Telefax: 0211 442006
Internet: <http://www.lds.nrw.de>
E-Mail: poststelle@lds.nrw.de

sowie der Buchhandel.

Pressestelle:
0211 9449-2521/2518

Zentraler Informationsdienst:
0211 9449-2495/2525

© Landesamt für Datenverarbeitung
und Statistik NRW, Düsseldorf, 2006

Vervielfältigung und Verbreitung,
auch auszugsweise, mit Quellenangabe
gestattet.

Bestell-Nr. Z 08 1 2006 63

ISSN 1619-506X

Inhalt

Gesundheit und Arztbesuche Erste Ergebnisse aus EU-SILC – LEBEN IN EUROPA 2005	3
Diplom-Sozialwissenschaftlerin Karin Habenicht	
Statistische Quellen mit Gesundheitsdaten für NRW	7
Diplom-Volkswirt Hans-Jürgen Treeck	
Index	21

Zeichenerklärung

(nach DIN 55 301)

- 0 weniger als die Hälfte von 1 in der letzten besetzten Stelle,
jedoch mehr als nichts
- nichts vorhanden (genau null)
- . Zahlenwert unbekannt oder geheim zu halten
- . . . Zahlenwert lag bei Redaktionsschluss noch nicht vor
- () Aussagewert eingeschränkt, da der Wert Fehler aufweisen kann
- / keine Angabe, da der Zahlenwert nicht sicher genug ist
- x Tabellenfach gesperrt, weil Aussage nicht sinnvoll
- p vorläufige Zahl
- r berichtigte Zahl

Abweichungen in den Summen erklären sich aus dem Runden der Einzelwerte.

Gesundheit und Arztbesuche

Erste Ergebnisse aus EU-SILC – LEBEN IN EUROPA 2005

Diplom-Sozialwissenschaftlerin Karin Habenicht

EU-SILC (*Statistics on Income and Living Conditions*) ist eine neue Europäische Gemeinschaftsstatistik über das Einkommen und die Lebensbedingungen privater Haushalte. Zielsetzung dieser Erhebung ist es, verlässliche und vergleichbare Daten über die Einkommenssituation und die Lebensverhältnisse der Bevölkerung in den Mitgliedstaaten der Europäischen Union zu gewinnen. In Deutschland wurde EU-SILC zum ersten Mal im Jahr 2005 durchgeführt, die Erhebung läuft hier unter dem eingängigeren Namen LEBEN IN EUROPA.

Den Schwerpunkt des Erhebungsprogramms von LEBEN IN EUROPA bilden Fragen zur Einkommenssituation und zum Auskommen mit dem Haushaltsnettoeinkommen, weitere behandelte Themenbereiche sind Bildung und Ausbildung, Erwerbstätigkeit, Wohnsituation und Wohnkosten, Kinderbetreuung und Gesundheit.

LEBEN IN EUROPA wird in Deutschland als schriftliche postalische Befragung durchgeführt, welche zwei Komponenten enthält: Die ausgewählten Haushalte erhalten jeweils einen Fragebogen zu Haushaltsmerkmalen und zusätzlich erhält jede Person, die am 31. Dezember des Vorjahres mindestens 16 Jahre alt war, einen Fragebogen zu personenbezogenen Merkmalen. Im Erhebungsjahr 2005 wurden bundesweit gut 13 100 Haushalte befragt, davon entfallen 2 759 auf das Land NRW.

Einleitung

Im Folgenden werden erste Ergebnisse zum Themenkomplex Gesundheit aus LEBEN IN EUROPA für Nordrhein-Westfalen vorgestellt. Dieser beschäftigt sich zum einen mit Fragen zum (subjektiven) Gesundheitszustand der Bevölkerung und zum anderen mit ihrem Zugang zum Gesundheitswesen. Alle Personen im Alter von 16 und mehr Jahren werden gefragt, wie sie ihren Gesundheitszustand beurteilen. Ob bei ihnen eine chronische Erkrankung vorliegt und ob bzw. inwieweit ihre alltägliche Lebensführung durch gesundheitliche Beschwerden eingeschränkt wird. Außerdem wird erfragt, ob sie in den vergangenen 12 Monaten auf mindestens einen Arzt- oder Zahnarztbesuch, der eigentlich aus gesundheitlichen Gründen notwendig gewesen wäre, verzichtet haben und wenn ja, welchen Hauptgrund dieser Verzicht hatte.

Bei allen Ergebnissen ist zu berücksichtigen, dass sie auf subjektiven Urteilen beruhen. So kann beispielsweise die Selbsteinschätzung des ei-

genen Gesundheitszustandes von einem ärztlich ermittelten Gesundheitszustand abweichen. Auch ist davon auszugehen, dass das Vorliegen einer chronischen Krankheit nicht allen Betroffenen bekannt ist. Trotzdem ist die subjektive Wahrnehmung der eigenen Gesundheit eine wichtige Grundlage für das Wohlbefinden und die Lebenszufriedenheit.

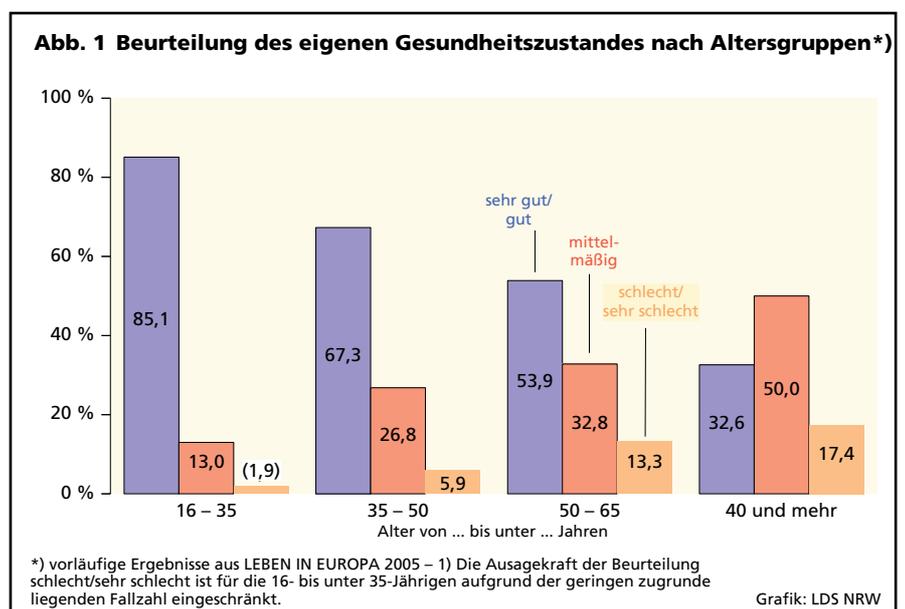
Die folgenden Auswertungen beziehen sich ausschließlich auf die nordrhein-westfälische Bevölkerung in privaten Haushalten im Alter von 16 und mehr Jahren und basieren auf vorläufigen Ergebnissen aus der Erhebung im Jahr 2005.

Beurteilung des eigenen Gesundheitszustandes

Den Einstieg in den Themenbereich Gesundheit in LEBEN IN EUROPA bildet die Frage nach der Einschätzung des eigenen allgemeinen Gesundheitszustandes.

Dieser wird von insgesamt 59,9 % aller Personen positiv beurteilt: 12,9 % schätzen ihren gesundheitlichen Zustand als sehr gut und 47,0 % als gut ein. Als mittelmäßig wird der eigene Gesundheitszustand von einem knappen Drittel (30,6 %) eingestuft. Zu einer negativen Bewertung kommen insgesamt 9,5 % aller Befragten: 7,8 % bezeichnen ihn als schlecht und 1,7 % sogar als sehr schlecht.

Da gesundheitliche Beeinträchtigungen mit steigendem Lebensalter tendenziell zunehmen, wird erwar-



tungsgemäß auch die Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes schlechter.

Während Personen in den Altersgruppen der unter 65-Jährigen ihren gesundheitlichen Zustand mehrheitlich positiv (gut oder sehr gut) beurteilen, sinkt dieser Anteil bei älteren Personen auf knapp ein Drittel. Die Hälfte der 65-Jährigen und Älteren beschreibt ihn immerhin noch als mittelmäßig, jede(r) Sechste von ihnen als schlecht oder sehr schlecht.

Zwischen Männern und Frauen besteht im Hinblick auf diese Frage insgesamt gesehen kein gravierender Unterschied. Der Anteil der Männer mit einer positiven Einschätzung ihres allgemeinen Gesundheitszustands liegt mit 61,5 % etwas höher als bei den Frauen mit 58,5 %. Bezieht man jedoch zusätzlich das Alter mit ein, zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern, und zwar in den Altersgruppen „16 bis unter 35 Jahre“ und „65 Jahre und älter“. Hier kommen Frauen zu einer deutlich schlechteren Bewertung als Männer. Bei weiblichen 16- bis unter 35-Jährigen liegt der Anteil derer, die ihre Gesundheit als gut oder sehr gut einschätzen, bei 82,1 %, bei den Männern der gleichen Altersgruppe bei 88,0 %. Die entsprechenden Prozentsätze für die 65-Jährigen und Älteren betragen 29,7 % bei den Frauen und 35,8 % bei den Männern. Bei den mittleren Altersgruppen sind die Unterschiede dagegen nur minimal.

Vorliegen einer chronischen Krankheit

Eine chronische Erkrankung¹⁾ liegt laut Selbstausskunft bei über einem Drittel (35,7 %) der Befragten vor. Auch hier spielt erwartungsgemäß das Alter eine Rolle: Der Anteil an Personen, die angeben, eine chronische Krankheit zu haben, steigt mit zunehmendem Alter kontinuierlich an. In der Altersgruppe 16 bis unter 35 Jahre liegt er noch bei unter ei-

nem Sechstel (15,9 %), bei den über 65-Jährigen und Älteren leidet bereits deutlich über die Hälfte (58,2 %) an einer chronischen Erkrankung.

Eine chronische Erkrankung geht nicht zwangsläufig mit einer schlechten Beurteilung des eigenen Gesundheitszustandes einher. Zwar kommen chronisch Erkrankte insgesamt gesehen zu einer deutlich schlechteren Einschätzung ihres gesundheitlichen Allgemeinzustandes als Personen ohne eine solche Erkrankung, jedoch schätzen immerhin noch 26,2 % der Betroffenen ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut ein, 49,8 % bewerten ihn als mittelmäßig und 24,1 % als schlecht bzw. sehr schlecht.

Einschränkungen der alltäglichen Lebensführung durch gesundheitliche Beschwerden

Problematisch werden gesundheitliche Beschwerden vor allem, wenn sie sich negativ auf die Teilnahme am alltäglichen Leben auswirken. Daher wird – unabhängig von dem Vorliegen einer chronischen Krankheit – gefragt, ob länger andauernde (über einen Zeitraum von mindestens sechs

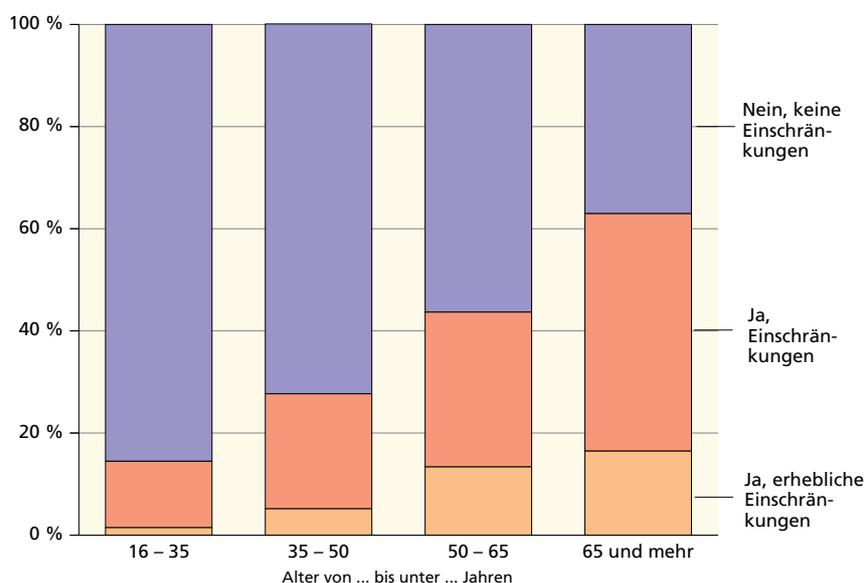
Monaten) Gesundheitsbeschwerden vorhanden sind, die Einschränkungen bzw. starke Einschränkungen der täglichen Aktivitäten zur Folge haben.

Bei über einem Drittel aller Personen ist dies der Fall, insgesamt 36,8 % geben an, seit mindestens sechs Monaten gesundheitliche Probleme zu haben, die ihren Alltag erschweren. 9,0 % aller Personen, und damit gut ein Viertel der von solchen Beeinträchtigungen Betroffenen, müssen aufgrund gesundheitlicher Probleme sogar starke Einschränkungen ihres alltäglichen Lebens in Kauf nehmen.

Der Anteil an Personen, die ihren Alltag nicht beschwerdefrei bewältigen können, nimmt mit steigendem Alter kontinuierlich zu. So berichten 14,5 % der 16- bis unter 35-Jährigen seit mindestens 6 Monaten unter gesundheitsbedingten Einschränkungen zu leiden, bei den Personen ab 65 Jahren sind es 63,0 %.

Personen mit chronischer Erkrankung sind mit einem Anteil von 73,0 % deutlich überdurchschnittlich durch gesundheitliche Beschwerden in ihrem Alltagsleben eingeschränkt, von einer starken Beeinträchtigung berichtet gut ein Fünftel (21,8 %) der chronisch Kranken.

Abb. 2 Personen mit Einschränkungen der alltäglichen Lebensführung durch gesundheitliche Beschwerden seit mindestens 6 Monaten nach Altersgruppen*)



*) vorläufige Ergebnisse aus LEBEN IN EUROPA 2005

Grafik: LDS NRW

Gründe für die Vermeidung von notwendigen Arzt- und Zahnarztbesuchen

Eine wesentliche Voraussetzung zur Aufrechterhaltung der Gesundheit ist der Zugang der Bevölkerung zum Gesundheitswesen. Um herauszufinden, inwieweit notwendige Arztbesuche wahrgenommen werden bzw. wahrgenommen werden können, wird in der Erhebung LEBEN IN EUROPA gefragt, ob – und wenn ja aus welchem Grund – innerhalb der letzten 12 Monate notwendige Arzt- oder Zahnarztbesuche unterlassen wurden.

Arztbesuche

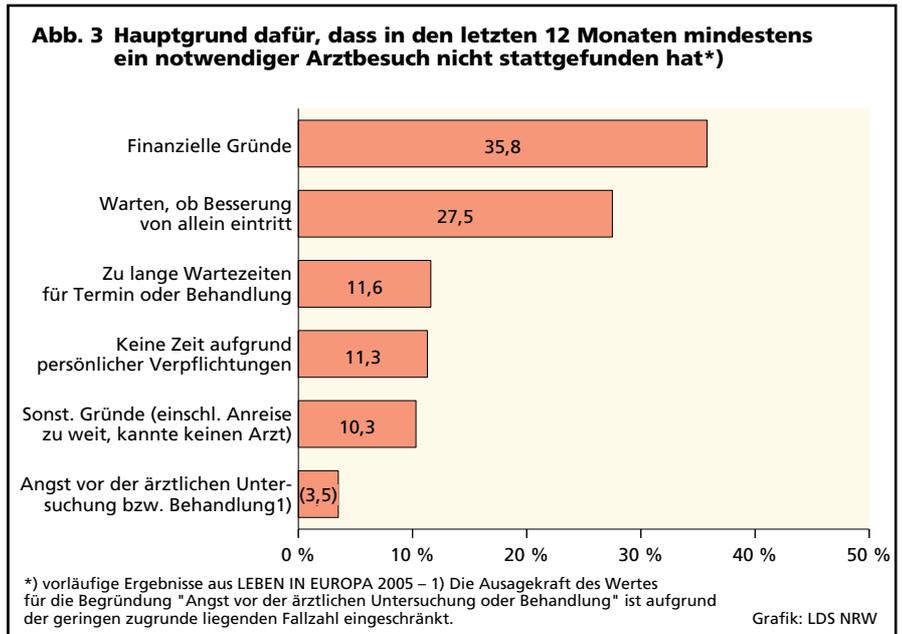
Knapp jede(r) Sechste aller Befragten (15,9 %) hatte in den letzten 12 Monaten vor der Erhebung mindestens einmal auf eine eigentlich aus gesundheitlichen Gründen notwendige ärztliche Untersuchung oder Behandlung verzichtet.

Personen mit Verzicht auf notwendige ärztliche Untersuchung oder Behandlung in den letzten 12 Monaten nach Altersgruppen und Geschlecht*)			
Alter von ... bis unter ... Jahren	Insgesamt	Männer	Frauen
	%		
16 – 35	16,8	14,4	19,3
35 – 50	21,5	22,0	21,2
50 – 65	14,6	14,7	14,5
65 und mehr	8,7	7,2	10,0
Insgesamt	15,9	15,2	16,6

*) vorläufige Ergebnisse aus LEBEN IN EUROPA 2005

Am höchsten liegt der Anteil derer, die einen erforderlichen Arztbesuch ausgelassen hatten, in der Gruppe der 35- bis unter 50-Jährigen. In dieser Altersgruppe betrifft dies etwa jede fünfte Person. Am seltensten verzichten ältere Menschen ab 65 Jahren auf notwendige ärztliche Untersuchungen oder Behandlungen. Bei ihnen liegt der entsprechende Anteil mit 8,7 % niedriger als bei allen jüngeren Altersgruppen.

Zwischen Männern und Frauen unterscheiden sich die Antworten vor allem bei den Jüngeren: Frauen in der Altersgruppe 16 bis unter 35 Jahre geben mit 19,3 % deutlich häufiger an, einen notwendigen Arztbesuch ausgelassen zu haben, als gleichaltrige Männer (14,4 %).



Die Frage nach dem Hauptgrund für das Vermeiden eines erforderlichen Arztbesuchs wird von den Betroffenen am häufigsten mit den zu erwartenden Kosten beantwortet. 35,8 % von ihnen hatten hauptsächlich aus finanziellen Gründen – we-

Viertel nennt zeitliche Gründe: Zu lange Wartezeiten für einen Termin bzw. eine Behandlung war für 11,6 %, Zeitmangel aufgrund persönlicher Verpflichtungen für 11,3 % der Auslöser, einen notwendigen Arztbesuch nicht wahrzunehmen. Angst vor der Untersuchung oder Behandlung spielt nur eine untergeordnete Rolle als Begründung für das Nichtaufsuchen eines Arztes bzw. einer Ärztin.

Zahnarztbesuche

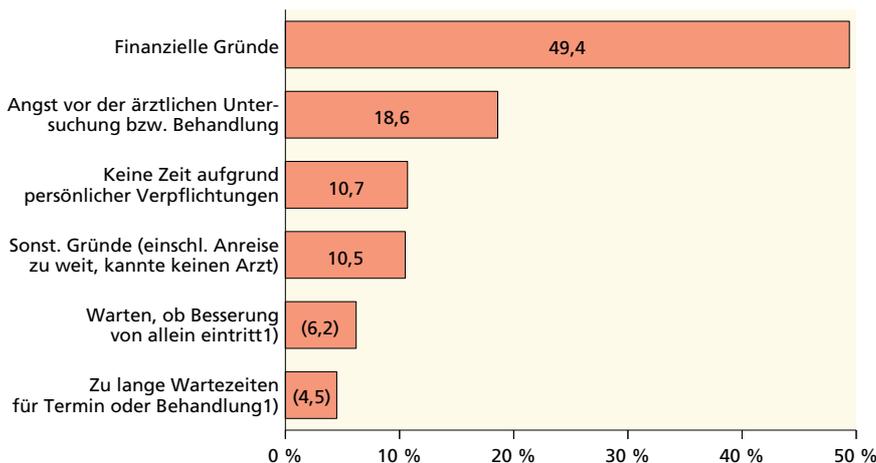
Die Frage, ob sie im Laufe des Jahres vor der Befragung mindestens einmal auf einen notwendigen Zahnarztbesuch verzichtet hatten, bejahen 12,7 % aller Personen.

Wie bei der entsprechenden Frage zu allgemeinen Arztbesuchen ist der Anteil derer, die eine eigentlich erforderliche zahnärztliche Untersuchung oder Behandlung ausließen, unter den 35- bis 49-Jährigen am höchsten und bei den Personen ab

Personen mit Verzicht auf notwendige zahnärztliche Untersuchung oder Behandlung in den letzten 12 Monaten nach Altersgruppen und Geschlecht*)			
Alter von ... bis unter ... Jahren	Insgesamt	Männer	Frauen
	%		
16 – 35	14,5	12,3	17,0
35 – 50	16,8	19,2	14,7
50 – 65	11,0	12,6	9,4
65 und mehr	7,2	6,7	7,7
Insgesamt	12,7	13,2	12,2

*) vorläufige Ergebnisse aus LEBEN IN EUROPA 2005

Abb. 4 Hauptgrund dafür, dass in den letzten 12 Monaten mindestens ein notwendiger Zahnarztbesuch nicht stattgefunden hat*)



*) vorläufige Ergebnisse aus LEBEN IN EUROPA 2005 – 1) Die Aussagekraft der Werte für die Begründungen "Warten, ob Besserung von allein eintritt" und "Zu lange Wartezeiten für Termin oder Behandlung" ist aufgrund der geringen zugrunde liegenden Fallzahlen eingeschränkt. Grafik: LDS NRW

65 Jahren mit Abstand am niedrigsten.

Die Unterschiede zwischen Männern und Frauen in Bezug auf diese Frage waren auch hier bei den jüngeren Personen am deutlichsten. Der Anteil der Frauen, die einen erforderlichen Zahnarztbesuch ausgelassen hatten, liegt bei den 16- bis unter 35-Jährigen mit 17,0 % deutlich höher als bei den gleichaltrigen Männern (12,3 %). In den beiden Altersgruppen von 35 bis unter 65 Jahren dagegen ist der Anteil derer, die auf einen Zahnarztbesuch verzichtet hatten, bei den Männern höher: Bei den 35- bis unter 50-jährigen Personen

liegt er um 4,5 und bei den 50- bis unter 65-Jährigen immerhin noch um 3,2 Prozentpunkte höher als bei den Frauen.

Auch für einen solchen nicht stattgefundenen Besuch eines Zahnarztes oder einer Zahnärztin werden von den betreffenden Personen am häufigsten finanzielle Gründe genannt. Hier ist es mit 49,4 % allerdings sogar annähernd die Hälfte, die aufgrund der damit verbundenen Kosten auf einen notwendigen Zahnarztbesuch verzichtet hatte. Im Falle von nicht stattgefundenen Zahnarztbesuchen werden über die anfallende Praxisgebühr für Versicherte ge-

setzlicher Krankenkassen hinaus vor allem die häufig nicht unerheblichen Eigenbeteiligungen eine Rolle spielen, die im Zusammenhang mit zahnärztlichen Behandlungen anfallen können.

An zweiter Stelle der Begründungen steht die Angst vor einem Zahnarztbesuch, annähernd jede fünfte Person (18,6 %) vermied das eigentlich notwendige Aufsuchen einer Zahnarztpraxis aus diesem Grund. Ebenso wie bei den allgemeinen Arztbesuchen wurde Zeitmangel aufgrund persönlicher Verpflichtungen von gut einem Zehntel (10,7 %) als Hauptgrund genannt.

Im Vergleich zur entsprechenden Frage zu allgemeinen Arztbesuchen spielt allerdings die Hoffnung, dass sich die Beschwerden von selbst bessern, nur eine geringe Rolle. Gründe hierfür können einerseits darin liegen, dass die Betroffenen nicht unter konkreten Beschwerden litten und eine nötige Vorsorgeuntersuchung nicht wahrgenommen haben oder aber darin, dass sich Beschwerden, derentwegen ein Besuch bei einem Zahnarzt oder einer Zahnärztin erforderlich ist, in der Regel nicht von selbst bessern. Auch zu lange Wartezeiten für einen Termin oder eine Behandlung nehmen in der Reihe der Begründungen einen vergleichsweise deutlich geringeren Stellenwert ein.

Statistische Quellen mit Gesundheitsdaten für NRW

Diplom-Volkswirt Hans-Jürgen Treeck

Die Quellen von Daten aus dem Gesundheitsbereich sind sehr heterogen. Oftmals fehlt den Konsumenten, die an Daten aus dem Gesundheitsbereich interessiert sind, der Überblick über das Datenangebot für diesen Bereich. Sie sehen sich mit einer Fülle von Ergebnissen aus den verschiedensten Datenquellen von den unterschiedlichsten Datenhaltern und -anbietern konfrontiert. Die folgenden Ausführungen sollen dazu beitragen, den Dateninteressenten die Orientierung zu erleichtern.

1 Einleitung

Für statistische Informationen aus dem gesamten Bereich des Gesundheitswesens stehen als Datenquellen zur Verfügung:

1. die amtliche Statistik

Sie liefert Daten zu bestimmten gesundheitsbezogenen Tatbeständen und beruht auf Gesetzen oder Rechtsverordnungen. Neben der Verwendung zur Information der Bevölkerung oder für wissenschaftliche Untersuchungen dienen sie vor allem auch zu Planungszwecken, z. B. für die Krankenhausplanung und -finanzierung.

2. Angaben von Organisationen und Institutionen des Gesundheitswesens

Es gibt eine Vielzahl von Einrichtungen, bei denen Geschäftsstatistiken im Zuge ihrer Aufgabenerledigung anfallen, z. B. bei Krankenkassen, Ärztekammern oder bei den Gesundheitsämtern. Diese Daten müssen dort bei Bedarf angefordert werden, oder können zum Teil den Veröffentlichungen der Einrichtungen entnommen werden. Hierauf soll im Einzelnen nicht näher eingegangen werden.

3. Gesundheitsberichterstattungen (GBE)

In den GBE werden alle verfügbaren Gesundheitsinformationen gesammelt und dokumentiert und dienen als Grundlage für Gesundheitsberichte zum Gesundheitszustand der Bevölkerung und deren Versorgung. GBE gibt es auf allen Ebenen der politischen Entscheidungsträger (Kom-

munen, Bundesländer, Bundesgebiet, Europäische Union, OECD, WHO). Die zugrunde gelegten Daten werden dort zwar nach Themenbereichen geordnet; es handelt sich dabei aber nicht um Gesamtsysteme, bei denen die Daten miteinander verknüpft sind. Ein großer Teil der in den GBE enthaltenen Daten kommt aus den amtlichen Statistiken.

2 Krankenhausstatistik

Die Krankenhausstatistik umfasst nicht nur Daten für die Krankenhäuser sondern auch für die Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen. Ergebnisse für den Krankenhausbereich gab es als koordinierte Landesstatistik bereits ab 1965. Aber erst mit der Krankenhausstatistikverordnung (KHStatV) vom

Statistische Quellen mit Gesundheitsdaten

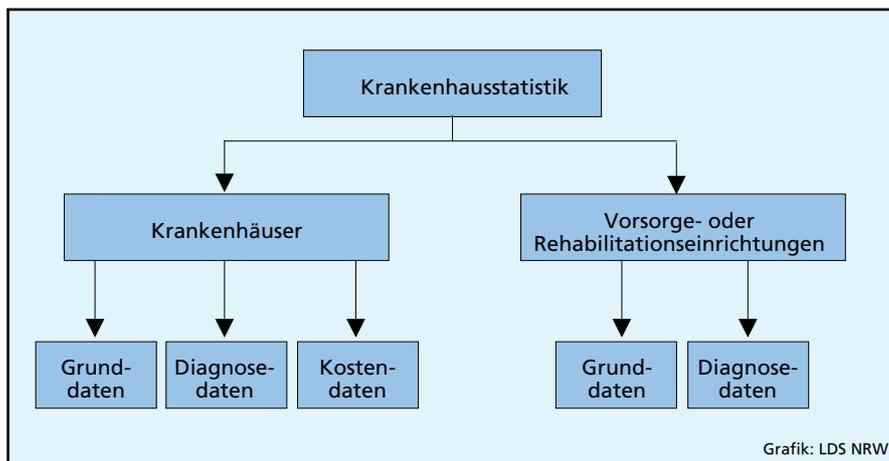
- Krankenhausstatistik
- Todesursachenstatistik
- Statistik der Schwangerschaftsabbrüche
- Statistik der meldepflichtigen Krankheiten, der Geschlechtskrankheiten und der Tuberkulose
- Statistiken der Schulen und Berufe des Gesundheitswesens
- Statistik der sozialen Pflegeversicherung
- Krankenversicherungsstatistik
- Statistik der schwerbehinderten Menschen
- Gesundheitsdaten innerhalb anderer Statistiken
- Gesundheitsberichterstattung

Im Folgenden werden zunächst die einzelnen amtlichen Gesundheitsstatistiken mit ihren Abgrenzungen, Besonderheiten und Kennzahlen dargestellt. Dabei umfasst der Begriff der Gesundheitsstatistiken auch die Pflegeversicherungsstatistik, die Krankenversicherungsstatistik und die Schwerbehindertensstatistik, weil sie sich auf gesundheits-/krankheitsbezogene Tatbestände beziehen. Diese Statistiken basieren auf Gesetzen des Sozialgesetzbuches und gehören damit gleichzeitig zu den Sozialstatistiken.

Darüber hinaus werden nicht nur die aktuellen Statistiken behandelt, sondern auch diejenigen, die z. B.

10. April 1990 wurde die Statistik als Bundesstatistik auf eine neue Rechtsgrundlage mit einem erheblich erweiterten Frageprogramm gestellt. Die Krankenhausstatistik bietet umfassende Informationen zu den verschiedenen Aspekten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. Sie hat in erster Linie folgende Verwendungszwecke:

- Informationen für gesundheitspolitische Entscheidungen
- Planungsgrundlage für die Krankenhausfinanzierung
- Datenbasis für epidemiologische Untersuchungen
- Informationen für die Öffentlichkeit



Die Krankenhausstatistik ist eine Primärstatistik. D. h., es werden keine Daten aus Sekundärquellen, z. B. von den Krankenkassen, ausgewertet, sondern direkt die Träger der Einrichtungen befragt, die lt. KHStatV zur Auskunft verpflichtet sind. Die Träger geben die Meldungen für ihre Einrichtungen ab. Die Statistik wird jährlich als Totalerhebung durchgeführt.

Bei der Krankenhausstatistik werden drei Erhebungsteile unterschieden, die als Grunddaten, Diagnosedaten und Kostendaten bezeichnet werden. Die Grunddaten werden sowohl für die Krankenhäuser als auch für die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen ab Berichtsjahr 1991 erhoben, die Kostenangaben von diesem Zeitpunkt an nur für die Krankenhäuser. Ab Berichtsjahr 1993 melden die Krankenhäuser die Diagnosen der Patientinnen und Patienten, die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen sind erst ab 2003 zu den Diagnosen berichtspflichtig.

Die Krankenhäuser und die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen werden vollständig erfasst. Allein die Diagnosemeldungen beschränken sich zur Entlastung der kleineren Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen auf die größeren Häuser mit mehr als 100 Betten. Die Abgrenzung der Einrichtungen ist im Sozialgesetzbuch V (Gesetzliche Krankenversicherung) festgelegt. Strafvollzugs- und Polizeikrankenhäuser fallen nicht unter diese Statistik. Bundeswehrkrankenhäuser melden nur die Daten der zivil aufgenommenen Patienten.

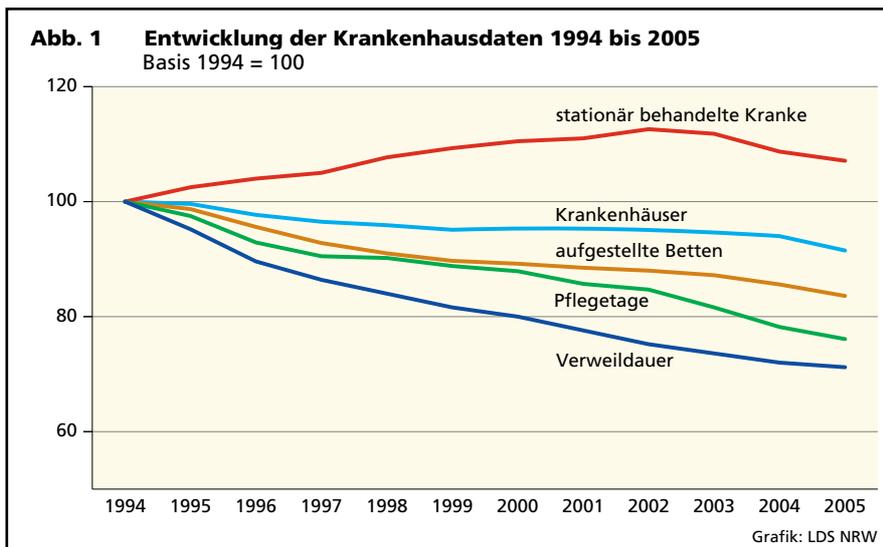
Zur Krankenhausstatistik melden die Einrichtungen immer nur die behandelten Fälle. Da eine Person innerhalb eines Jahres mehrmals in demselben oder auch in einem anderen Krankenhaus gewesen sein kann, bedeutet das, dass sie bei jedem Aufenthalt erfasst wird. Dies ist für den Datennutzer wichtig zu wissen, damit er die Fallzahlen – also die Anzahl der Krankenhausaufenthalte – nicht als Anzahl der innerhalb des Berichtsjahres behandelten Personen interpretiert. Die Gefahr einer Fehlinterpretation ist relativ groß, weil meist nicht von Fällen, sondern von Kranken oder Patient(inn)en gesprochen wird. Die Zahl der Krankenhausaufenthalte dürfte deutlich höher liegen als die nicht bekannte Zahl der Patient(inn)en. Ausschlaggebend für die Zuordnung einer Patientin bzw. eines Patienten zu einem Berichtsjahr ist der Zeitpunkt seiner Entlassung aus der vollstationären Behandlung des Krankenhauses. Zur Gesamtzahl der behandelten Fälle gehören auch die verstorbenen Personen, die bis zu ihrem Tode vollstationär behandelt worden waren. Nicht einbezogen sind die ambulanten Fälle.

2.1 Grunddaten

Durch den Erhebungsteil der Grunddaten sollen Grundinformationen über die Strukturen der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen bereitgestellt werden. Für die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen gilt ein eingeschränktes Frageprogramm. Schwerpunkte für beide Einrichtungsberei-

che sind zum einen die nach Fachabteilungen gegliederten Angaben über die aufgestellten Betten, die Behandlungstage, die Patientenzu- und -abgänge sowie die Ausstattung mit medizinisch technischen Großgeräten, zum anderen die Angaben über die Personalausstattung der Einrichtungen. Das ärztliche Personal ist dabei stark differenziert nach den medizinischen Gebieten, in denen sie schwerpunktmäßig tätig sind, und das nichtärztliche Personal nach dem Bereich ihrer Tätigkeit und Berufsgruppen. Dadurch, dass auch die Teilzeitbeschäftigung gemeldet werden muss, kann durch Umrechnung in sog. Vollzeitarbeitskräfte die tatsächliche Personalausstattung der Einrichtungen sichtbar gemacht werden. Ferner werden die vorhandenen Sondereinrichtungen und medizinisch-technischen Großgeräte (Computer-Tomografen, Dialysegeräte usw.) erhoben.

Aus den erhobenen Daten lassen sich verschiedene Kennzahlen ableiten. Zu den wichtigsten gehört die Krankenhaushäufigkeit. Sie gibt die Zahl der stationär behandelten Kranken (Krankenhausfälle) bezogen auf 1 000 Einwohner (mittlere Jahresbevölkerung) für ein Berichtsjahr an. Die Verweildauer zeigt an, wie viele Tage ein Krankenhausaufenthalt durchschnittlich gedauert hat. Zur Berechnung der Verweildauer wird bei den Grunddaten die Zahl der Behandlungstage durch die Zahl der stationär behandelten Kranken dividiert. Teilt man die Behandlungstage (multipliziert mit 100) durch die Zahl der – mit 365 multiplizierten – aufgestellten Betten, erhält man die durchschnittliche Bettennutzung der Einrichtungen. Die genannten Kennzahlen werden auch differenziert nach Fachrichtungen nachgewiesen. Darüber hinaus lassen sich auf der Basis der erfassten Merkmale eine Reihe anderer Kennzahlen bilden, indem man z. B. die Zahl der Ärzte oder das Pflegepersonal auf die Anzahl der Patienten – sog. Belastungskennzahlen – bezieht oder die Dialyseplätze auf die Einwohnerzahl.



2.2 Kostendaten

Kostenangaben werden nur für die Krankenhäuser erhoben. Durch die Differenzierung der Kosten nach Kostenarten sollen deren Strukturen und Entwicklungen abgebildet werden. Die Gliederung der Kosten richtet sich nach bestimmten, in der Krankenhaus-Buchführungsverordnung genannten Kontengruppen. Sie können in der Regel direkt übernommen werden. Neben den Personal- und Sachkosten zählen Zinsen, Steuern und die Kosten der Ausbildungsstätten zu den Gesamtkosten der Krankenhäuser. Um die Kosten zu ermitteln, die allein durch die stationäre Behandlung verursacht worden sind, werden die Gesamtkosten bereinigt. Hierzu werden die Aufwendungen für Ambulanz, wissenschaftliche Forschung und Lehre, für vor- und nachstationäre Behandlungen, wahlärztliche Leistungen usw. von den Gesamtkosten abgezogen. Auf diese Weise können die durchschnittlichen (bereinigten) Kosten je Behandlungstag errechnet werden.

2.3 Krankenhausmodul

Die Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen verfügen über Datenverarbeitungssysteme verschiedener Softwareunternehmen, in denen Kosten-, Patienten- und Personaldaten verarbeitet und gespeichert werden. Damit die statistischen Ämter die Grund-

und Kostendaten maschinell übernehmen können, hat die Deutsche Krankenhausgesellschaft ein sog. Krankenhausmodul entwickelt, das an die unterschiedlichen Softwareprogramme der Einrichtungen angekoppelt werden kann. Durch die gegenüber einer Erhebung über Fragebogen effizientere Bereitstellung der benötigten Daten werden gleichzeitig die auskunftspflichtigen Einrichtungen entlastet. So nutzen zurzeit ca. 90 Prozent der Einrichtungen dieses Modul. Die Erstellung eines entsprechenden Moduls für die Übermittlung der Diagnosedaten ist in Aussicht genommen.

2.4 Diagnosedaten

Bei den Grund- und Kostendaten machen die Auskunftspflichtigen jeweils Angaben für die gesamte Einrichtung. Bei den Diagnosedaten sind die Angaben für jeden einzelnen Behandlungsfall vorzunehmen, so dass bei der Aufbereitung der Ergebnisse für NRW ca. 5 Millionen Datensätze für die Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen zu verarbeiten sind. Erfragt werden für jede vollstationär entlassene Person und jeden Sterbefall das Geschlecht, das Geburtsdatum, Zu- und Abgangsdatum zur Ermittlung der Verweildauer, die Hauptdiagnose, eine evtl. Operation im Zusammenhang mit der Hauptdiagnose (nur für Krankenhäuser) und die Fachabteilung. Die Hauptdiagnose als wichtigstes Merk-

mal dieses Erhebungsteils ist die Diagnose, die den größten Anteil an den medizinischen Leistungen verursacht hat. Sie ist von den Einrichtungen nicht mit ihrer Bezeichnung zu melden sondern als Schlüssel. Für die Verschlüsselung ist die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD) zugrunde zu legen, die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) entwickelt worden ist. Änderungen und Ergänzungen werden etwa alle 10 Jahre vorgenommen. Ab dem Jahr 2000 gilt die ICD-10. Wegen der starken Überarbeitung sind ihre Positionen nur in sehr grober Gliederung mit denjenigen der ICD-9 vergleichbar.

Die Diagnosedaten können einmal nach dem Behandlungsort der Patienten aufbereitet werden, da der Sitz der Einrichtung, in der die Behandlung stattgefunden hat, bekannt ist; zum anderen nach dem Wohnsitz, da die Einrichtung zu jedem Diagnosefall auch Postleitzahl und Wohnort des Patienten anzugeben hat.

Liegen Wohn- und Behandlungsort eines Patienten in verschiedenen Bundesländern, müssen die betroffenen Statistischen Ämter der Länder die Angaben untereinander austauschen. So sendet das LDS NRW z. B. die Angaben einer in einem NRW-Krankenhaus behandelten Patientin bzw. eines Patienten aus Niedersachsen an das dortige Statistikamt, das diesen Fall in seine Ergebnisse nach dem Wohnsitz aufnimmt.

Beim Nachweis der Diagnoseergebnisse ist daher die Kennzeichnung für den Datenkonsumenten sehr wichtig, ob es sich um Daten nach dem Behandlungsort- oder nach dem Wohnsitzkonzept der Patienten handelt. Auf Landesebene fällt der Unterschied zwischen den beiden Konzepten weniger ins Gewicht, in kleinerer regionaler Gliederung kann er aber bedeutsam sein. Mit Hilfe der Ergebnisse nach dem Behandlungs- und Wohnort der Patienten kann eine Einzugsgebietsstatistik erstellt werden.

2.5 Altersstandardisierung

Will man die Entwicklung einer Krankheit über einen längeren Zeitraum verfolgen oder die Häufigkeit des Auftretens einer Krankheit zwischen verschiedenen Regionen vergleichen, können zwei Faktoren die Ergebnisse beeinflussen, die nichts mit dem Entstehen der Krankheit zu tun haben. So kann die Entwicklung der Fallzahlen einer bestimmten Krankheit davon abhängen, ob es sich um Frauen oder Männer handelt. Daher ist eine geschlechtsspezifische Differenzierung der Ergebnisse sinnvoll. Der andere Einflussfaktor hat damit zu tun, dass die Häufigkeit bestimmter Krankheiten vom Alter der Menschen abhängt (z. B. Erkrankungen des Kreislaufsystems). Nun kann der Fall eintreten, dass eine bestimmte Krankheit in einigen Regionen nur aus dem Grunde überdurchschnittlich häufig auftritt, weil dort der Anteil der älteren Menschen besonders hoch ist. Oder eine überdurchschnittliche Steigerung/Abnahme einer Krankheit kann allein dadurch entstehen, dass der Altersaufbau der Bevölkerung sich im Laufe der Zeit geändert hat.

Um die Unterschiede in der Altersverteilung auszuschalten, wird das sog. Verfahren der Altersstandardisierung angewendet. Dazu wird eine Standardbevölkerung herangezogen. Für Kreisberechnungen der Krankheitshäufigkeiten kann man als übergeordnete Standardbevölkerung z. B. diejenige von NRW zugrunde legen. Die Berechnungen werden in der Regel nach 5-Jahres-Altersgruppen durchgeführt. Die standardisierte Krankheitshäufigkeit wird dann ermittelt, indem die Krankheitshäufigkeiten der einzelnen Altersgruppen in der beobachteten Bevölkerung mit den Bevölkerungsanteilen in den entsprechenden Altersgruppen der Standardbevölkerung gewichtet und anschließend aufsummiert werden (direkte Altersstandardisierung). Damit wird unterstellt, dass die Altersverteilung mit derjenigen der Standardbevölkerung identisch ist.

2.6 Fallpauschalengesetz

Zurzeit werden die Krankenhäuser auf ein neues Abrechnungssystem umgestellt, das auch Auswirkungen auf die Krankenhausstatistik hat. Um den Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern zu verstärken und Wirtschaftlichkeitsreserven auszuschöpfen, wird schrittweise das Fallpauschalensystem als neues Abrechnungssystem eingeführt, das vom 1. 1. 2008 an bundesweit gelten soll. Es löst die Abrechnung nach den in der Bundespflegesatzverordnung festgelegten „tagesgleichen Pflegesätzen“ (feste Beträge für jeden Tag) ab und geht auf diagnosebezogene Fallpauschalen für die einzelnen Behandlungsfälle über; ausgenommen sind die Psychiatrie und Psychosomatik. Zu diesem Zweck wurde eine Vielzahl (ca. 850) vergleichbarer Behandlungsfallgruppen (DRG = Diagnosis Related Groups) abgegrenzt und für jede Gruppe eine Fallpauschale festgelegt, die sich weitgehend nicht mehr an der Aufenthaltsdauer des Patienten im Krankenhaus orientiert. Da bei diesem System kurze Aufenthaltsdauern der Patienten für die Krankenhäuser von Vorteil sind, werden sie bestrebt sein, die Patienten schnellstmöglich zu entlassen. Dies macht sich beim Nachweis der Verweildauern in der Krankenhausstatistik bemerkbar und muss bei einem Vergleich der Ergebnisse mit den Jahren, in denen noch nach dem alten System abgerechnet worden ist, berücksichtigt werden.

3 Todesursachenstatistik

Diese Statistik stellt fundiertes Datenmaterial über die Todesursachen nach ihrer Art, ihrer Entwicklung und ihrer räumlichen Verteilung zur Verfügung. Sie kann damit Anhaltspunkte für die weitere Ursachenforschung liefern und Grundlage für Präventionsmaßnahmen sein. Die Todesursachenstatistik ist eine Sekundärstatistik, die jährliche Ergebnisse bereitstellt und veröffentlicht. Aber auch eine monatliche Auswertung der Todesursachenstatistik ist möglich. Die Todesursachenstatistik ist eng mit der Bevölkerungsstatistik verzahnt. Daher ist ihre Durchführung als Bundesstatistik auch im Bevölkerungsstatistik-Gesetz geregelt.

Die Ergebnisse der Todesursachenstatistik beruhen auf Auswertungen der Todesbescheinigungen, die von den Ärzten, die den Tod feststellen, ausgestellt worden sind. Der jeweilige Arzt händigt den zur Anzeige des Sterbefalls verpflichteten Personen die Blätter der Todesbescheinigung aus. Sie reichen diese Blätter beim Standesbeamten am Wohnort des Verstorbenen ein, der eine Sterbepflichtnummer und die Standesamtsbezeichnung darauf einträgt und die Blätter der für den Sterbeort bzw. Auffindeort der Leiche zuständigen unteren Gesundheitsbehörde (Gesundheitsamt) übersendet. Die Gesundheitsbehörde leitet einen Durchschlag (Blatt 4) zur Auswertung an das jeweilige Statistische Amt des Landes weiter. Monatlich gehen z. B. beim LDS NRW zwischen 15 000 und 18 000 Todesbescheinigungen ein. Auf die einzelnen

Wer macht was im Todesfall?	
Arzt ...	stellt den Tod fest und füllt die Todesbescheinigung aus
Bestatter/Angehöriger des Verstorbenen ...	erhält vom Arzt die Todesbescheinigung und geht damit zum Standesamt des Wohnsitzes des Verstorbenen
Standesamt ...	beurkundet den Todesfall und sendet die Todesbescheinigung an das Gesundheitsamt, in dessen Zuständigkeitsbereich die Person gestorben ist
Gesundheitsamt ...	übersendet einen Durchschlag der Todesbescheinigung an das jeweilige Statistische Amt des Landes
Statistisches Amt des Landes ...	ermittelt die Haupttodesursache, codiert sie und erstellt eine Statistik

Todesbescheinigungen hat der Arzt die direkt zum Tode führende Krankheit, wodurch sie bedingt ist sowie das Grundleiden einzutragen; darüber hinaus andere wesentliche Krankheiten, an denen der Gestorbene gelitten hat. Zusätzlich ist die zeitliche Abfolge der Krankheiten zu schätzen. Von den Todesbescheinigungen wird diejenige Krankheit übernommen, die ursächlich zum Tod geführt hat, das sog. „Grundleiden“. Im Unterschied zur Krankenhausstatistik ermitteln die Ärzte nicht die Codes der Krankheiten selbst, sondern notieren auf den Bescheinigungen die Bezeichnungen der Krankheiten.

Da auf den Todesbescheinigungen oft keine korrekten Angaben gemacht werden, müssen die Mitarbeiter des Statistischen Amtes eines Bundeslandes Kenntnisse über medizinische Zusammenhänge haben, aus den angegebenen Krankheiten das Grundleiden des Verstorbenen herausfiltern und den dazu passenden Code der ICD (s. Diagnosestatistik) ermitteln. Die ICD-10 wird in der Todesursachenstatistik bereits seit 1998 angewandt.

Die Bestimmung des Grundleidens orientiert sich dabei an Grundregeln der WHO. Danach ist eine Kausalkette der Krankheiten des Verstorbenen zu bilden, die vom unmittelbaren Todesanlass bis zum Grundleiden führt. Anschließend gibt der Codierer den Code in ein Datenbanksystem der Bevölkerungsstatistik ein, in dem u. a. jede von den Standesämtern gemeldete gestorbene Person enthalten ist. Anhand der Sterbebuchnummer sucht der Codierer den entsprechenden Fall auf und ergänzt den Datensatz der Person um den ICD-Code. Für die Auswertungen können die Krankheitsursachen mit den in den Datensätzen enthaltenen melde-relevanten Angaben, wie Geschlecht und Alter kombiniert werden.

Regional erfasst werden die Verstorbenen an ihrem bisherigen Wohnsitz, unabhängig davon, an welchem Ort sie gestorben sind. Für die Personen, die in einem anderen Bundes-

land als dem ihres Wohnsitzes gestorben sind, gibt es einen Länderaustausch zwischen den Statistischen Ämtern der Länder.

Bei der richtigen Bestimmung des Grundleidens gibt es verschiedene Fehlerquellen. Sie können an zwei Stellen auftreten

1. beim Arzt, der die Todesbescheinigung ausstellt, durch
 - unleserliche Schrift
 - Verwendung von nicht bekannten Abkürzungen
 - Verwendung von nicht medizinisch korrekten Krankheitsbezeichnungen
 - nicht korrektes formales Ausfüllen der Todesbescheinigung
 - falsche Diagnosen

Um hier eine Verbesserung herbeizuführen, hat das Statistische Bundesamt in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) eine Kurzanleitung erarbeitet, die Ärzten beim Ausfüllen des Totenscheins praktische Hilfestellung bietet. Die Anleitung ist als Flyer an die Ärzte verteilt worden und kann aus dem Internet¹⁾ herunter geladen werden.

2. beim Codierer, der aus den verschiedenen Krankheiten auf der Todesbescheinigung u. U. nicht die richtige Krankheit als Grundleiden herausarbeitet.

Hinsichtlich dieser Schwachstelle gibt es verschiedene Maßnahmen, die Qualität der Kodierungen zu verbessern.

- Teilnahme der Codierer an Schulungen, die vom Statistischen Bundesamt und dem DIMDI organisiert werden
- Teilnahme an der sog. „Ringcodierung“. Das DIMDI gibt jeden Monat die Krankheitsbilder einiger Todesfälle vor, die von den Bearbeitern in den beteiligten Landesämtern (u. a. LDS NRW) codiert werden. Anschließend werden die Codierungen der Landesämter mit den Musterlö-

1) <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/totenscheinanleitung.pdf>

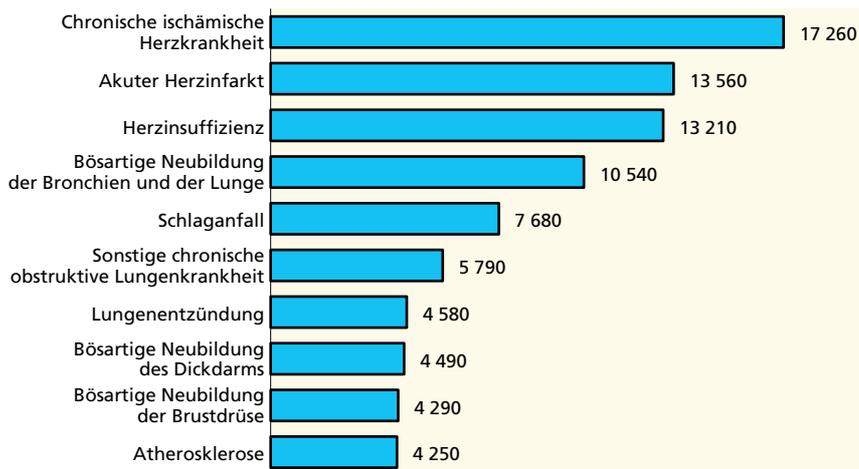
sungen des DIMDI verglichen. Die Teilnahme an diesen Testcodierungen ist freiwillig.

- Teilnahme an der sog. „Doppelcodierung“. Hierbei wird eine bestimmte Anzahl von Todesfällen gleichzeitig von einem deutschen Statistischen Amt eines Bundeslandes und dem österreichischen statistischen Zentralamt codiert. Die Lösungen der beiden Ämter werden dann – ohne Bewertung, ob richtig oder falsch – gegenübergestellt.

Zur Verbesserung und Erweiterung der Todesursachenstatistik ist ein elektronisches Codiersystem (ECS) in der Diskussion, das in allen Statistischen Ämtern der Länder angewendet werden soll. Dazu müssen alle auf der Todesbescheinigung stehenden Krankheiten elektronisch erfasst werden. Das System ordnet jeder Krankheit einen Code zu und bestimmt das Grundleiden. Dieses Verfahren gewährleistet, dass bei demselben Krankheitsbild in allen Statistischen Ämtern der Länder dasselbe Grundleiden ausgewählt wird, so dass die Vergleichbarkeit der Ergebnisse zwischen den Bundesländern erhöht wird. Darüber hinaus sollen durch die Erfassung aller Krankheiten einer Todesbescheinigung multikausale Analysen ermöglicht werden. Dies gewinnt angesichts der zunehmenden Alterung der Gesellschaft immer mehr an Bedeutung, da vor allem im Alter oft mehrere Krankheiten gleichzeitig auftreten. Da die Eingabe der Krankheitsbilder in den Statistischen Ämtern der Länder u. U. arbeitsaufwändiger sein könnte, als die bisherige direkte Codierung der Todesursachen durch die Codierer, soll das System zunächst getestet und eine Machbarkeitsstudie erstellt werden. Angestrebt wird eine elektronische Übermittlung der Krankheitstexte von der Todesbescheinigung durch die Gesundheitsämter, um die organisatorischen und kostenmäßigen Vorteile einer medienbruchfreien Verarbeitung der Angaben nutzen zu können.

Bei der Auswertung der Ergebnisse ist neben den absoluten Zahlen insbesondere die auf 100 000 (teilwei-

Abb. 2 Die 10 häufigsten Todesursachen 2004



Grafik: LDS NRW

se auch auf 1 000 oder 10 000) Einwohner bezogene Anzahl der Gestorbenen insgesamt wie auch ihre Differenzierung nach einzelnen Krankheits- und Altersgruppen von Interesse. Dieser Indikator wird als Sterbeziffer oder Sterberate bezeichnet. Bei der geschlechts- und altersspezifischen Sterberate beziehen sich Zähler- und Nennergröße auf Personen desselben Geschlechts und desselben Alters. Ebenso wie bei der Diagnosestatistik (s. o.) kann hier eine Altersstandardisierung vorgenommen werden (Summe der altersspezifischen Sterberaten, in den einzelnen Altersgruppen jeweils gewogen mit der Sterberate einer Standardbevölkerung). Wichtige Indikatoren sind auch „vermeidbare Sterbefälle“ und „verlorene Lebensjahre“.

Vermeidbare Sterbefälle beziehen sich auf ausgewählte Todesursachen- und Altersgruppen, bei denen die Sterblichkeit durch fachgerechte Behandlung und geeignete Präventionsmaßnahmen vermeidbar gewesen wäre, wie z. B. bei koronaren Herzkrankheiten oder chronischer Leberkrankheit und -zirrhose. Als vermeidbar gelten meist nicht alle Sterbefälle innerhalb einer Todesursachengruppe, sondern nur diejenigen in einer bestimmten Altersgruppe. Die Auswahl der Todesursachen und der jeweiligen Altersgruppen wird von einer EU-Arbeitsgruppe vorgenommen. Sie werden auf 100 000 Einwohner bezogen und altersstandardisiert.

Der Indikator verlorene Lebensjahre erfasst die vorzeitige Sterblichkeit in der Bevölkerung in Bezug auf gesundheitliches Risikoverhalten, Umweltfaktoren, chronische Krankheiten, Berufsunfälle usw. Zur Berechnung der verlorenen Lebensjahre wird zunächst eine Altersgrenze vorgegeben, meist 65 Jahre. Das Alter bis 1 Jahr wird dabei nicht einbezogen, weil dieser Lebensabschnitt von säuglingsspezifischen Todesursachen geprägt ist. Dann werden für alle innerhalb der Altersgrenzen Verstorbenen die nicht gelebten Jahre bis zum 65. Lebensjahr aufsummiert sowie als Rate je 100 000 Einwohner (auch altersstandardisiert) gebildet.

Ergebnisse der Todesursachenstatistik werden auch dazu verwendet herauszufinden, ob in einer Region ein Zusammenhang zwischen einem dort bestehenden Umwelteinfluss, z. B. einem Sendemast, und dem Auftreten bestimmter Krankheiten, wie Leukämie, besteht. Bei dieser Fragestellung sind die aggregierten Zahlen mit Vorsicht zu interpretieren. Zum einen können sich bei der Abgrenzung kleiner Regionen kleine Fallzahlen ergeben, die nicht signifikant sind. Zum anderen kann der Wanderungsfaktor die Zahlen beeinflussen. D. h., der Verstorbene kann bereits an dem Grundleiden erkrankt sein, bevor er in die Region gezogen ist. Umgekehrt kann der Erkrankte schon aus der Region herausgezogen sein, bevor er verstorben ist.

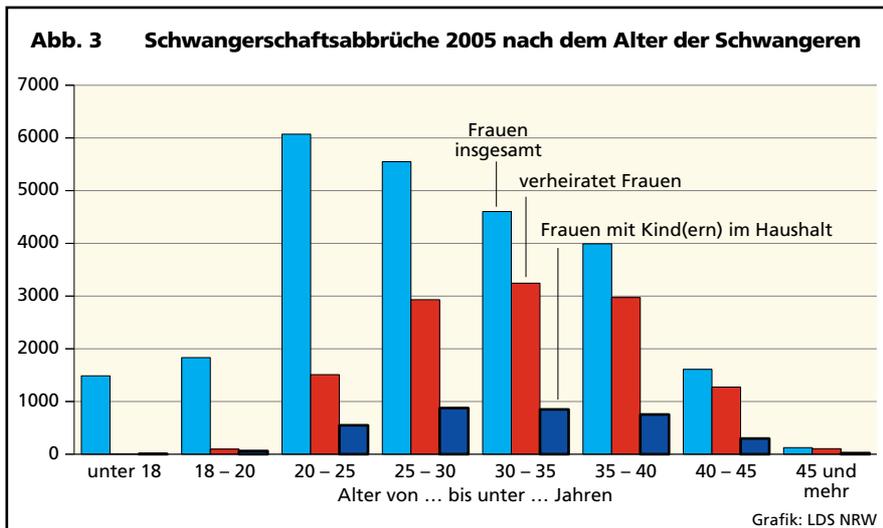
4 Statistik der Schwangerschaftsabbrüche

Die Statistik der Schwangerschaftsabbrüche ist in dem Gesetz zur Vermeidung und Bewältigung von Schwangerschaftskonflikten (Schwangerschaftskonfliktgesetz) vom August 1995 geregelt. Ziel der Statistik ist es, die Auswirkungen der gesetzlichen Regelungen auf die Entwicklung der Schwangerschaftsabbrüche sichtbar zu machen und dadurch den politischen Entscheidungsträgern Informationen für gesundheits- und sozialpolitische Maßnahmen über Hilfen für Schwangere und zum Schutz des ungeborenen Lebens zu liefern. Nach § 15 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes wird sie als Bundesstatistik vom Statistischen Bundesamt zentral erhoben und aufbereitet. Das Bundesamt stellt die vierteljährlich anfallenden Ergebnisse den Statistischen Ämtern der Länder in Tabellenform für weitere Auswertungen zur Verfügung.

Für die Erhebung besteht Auskunftspflicht. Auskunftspflichtig sind die Inhaber von Arztpraxen und die Leiter der Krankenhäuser, in denen innerhalb von zwei Jahren vor dem Quartalsende Schwangerschaftsabbrüche durchgeführt wurden.

Zum Schutz der Schwangeren dürfen die Auskunftspflichtigen nicht deren Namen melden, lediglich das Bundesland des Wohnortes der Schwangeren und dasjenige des Eingriffsorts. Hierdurch kann – ähnlich wie bei den Diagnosen der Krankenhausstatistik – eine Einzugsgebietsstatistik erstellt werden. Eine tiefere regionale Gliederung als das Bundesland ist bei der Schwangerschaftsabbruchstatistik lt. Gesetz nicht erlaubt. Sie wäre nach dem Eingriffsort möglich, weil die Auskunftspflichtigen verpflichtet sind, die Anschrift ihrer Praxis oder ihres Krankenhauses mitzuteilen.

Untergliedert nach dem Bundesland des Wohnortes der Schwangeren und dem des Eingriffsortes des Schwangerschaftsabbruchs gibt die Statistik im Einzelnen Auskunft über



- die Anzahl der Schwangerschaftsabbrüche
- das Alter der Schwangeren, ihren Familienstand und die Zahl ihrer Kinder
- die Begründung des Abbruchs (Beratungsregelung oder Indikationsstellung)
- die Art des Eingriffs (z. B. Vakuumaspiration oder Curettage)
- die Dauer der abgebrochenen Schwangerschaft
- den Ort des Eingriffs (Krankenhaus oder gynäkologische Praxis)

Für regionale, zeitliche und altersgruppenspezifische Vergleiche ist es sinnvoll, Kennzahlen heranzuziehen. Gebräuchlich ist vor allem der Bezug der Zahl der Schwangerschaftsabbrüche auf alle Frauen im gebärfähigen Alter von 15 bis unter 45 Jahren oder auf die Zahl der Geborenen (Lebend- und Totgeborene).

Hinsichtlich der vollständigen Erfassung der Schwangerschaftsabbrüche ist davon auszugehen, dass aufgrund des neuen Schwangerschaftskonfliktgesetzes von 1995 die Dunkelziffer geringer sein dürfte als früher, als es die Beratungsregelung noch nicht gab. Zum einen besteht aufgrund des liberalen Gesetzes für schwangere Frauen kein Zwang mehr, für den Schwangerschaftsabbruch in die Illegalität auszuweichen. Zum anderen werden durch die Meldepflicht der Ärzte und die Kontrollmöglichkeit anhand der Angabe der Anschrift der Praxis oder des Krankenhauses auf dem Erhebungsbogen die Meldungen weitgehend komplett und

wahrscheinlich sein. Diese Kontrollmöglichkeit gab es früher nicht, so dass die Ergebnisse vor dem Gesetz von 1995 nicht so zuverlässig waren. Vergleichbare Ergebnisse gibt es daher erst ab 1996. Schwangerschaftsabbrüche, die Frauen mit Wohnsitz in Deutschland im Ausland vornehmen lassen, werden von der amtlichen Statistik auch weiterhin nicht erfasst. Diese werden aber im Gegensatz zu früher zahlenmäßig kaum noch ins Gewicht fallen.

5 Statistiken der meldepflichtigen Krankheiten, der Geschlechtskrankheiten und der Tuberkulose

Nach dem Seuchengesetz müssen alle Personen, die an bestimmten im Gesetz aufgezählten Krankheiten (z. B. Salmonellenerkrankung, Tuberkulose oder Virushepatitis) leiden oder daran sterben, dem für den Aufenthaltsort zuständigen Gesundheitsamt unverzüglich, spätestens innerhalb von 24 Stunden nach erlangter Kenntnis, gemeldet werden. Mit der den Ärztinnen und Ärzten, Hebammen, Familienmitgliedern, usw. gesetzlich auferlegten Meldepflicht wird vor allem der Zweck verfolgt, den Gesundheitsbehörden zu einem möglichst frühen Zeitpunkt die unverzügliche Einleitung von Abwehrmaßnahmen zu ermöglichen. Außerdem sollen die Meldungen einen Überblick über die örtliche und zeitliche Häufung der Krankheitsfälle geben und damit ein Bild über die Verbreitung

der betreffenden Infektionskrankheiten vermitteln.

Aus diesem Grund erstatten die Gesundheitsämter wöchentlich Bericht über die in ihrem Bereich aufgetretenen Krankheits-, Todes- und Krankheitsverdachtsfälle an die zuständige Landesbehörde. Der kurze Zeitraum hat Nachteile hinsichtlich der vollständigen Erfassung und der richtigen zeitlichen Zuordnung der Krankheitsfälle. Diese Mängel werden aber in der endgültigen Jahreszusammenstellung durch nachträgliche Korrekturen beseitigt, so dass sie in der jährlichen Statistik keine Rolle mehr spielen. Darüber hinaus ist davon auszugehen, dass kurz dauernde oder leicht verlaufende Krankheiten unvollständiger erfasst werden als lang dauernde oder lebensbedrohliche Infektionen.

Die in Zusammenhang mit den meldepflichtigen Infektionskrankheiten vorliegenden Daten übermittelten die Gesundheitsämter – bereits in aggregierter Form – bis einschl. zum Berichtsjahr 2000 dem jeweiligen Statistischen Amt des Landes zur Veröffentlichung. Rechtsgrundlage war das Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten beim Menschen (Bundesseuchengesetz). Neben der Statistik der meldepflichtigen Krankheiten wurden die Tuberkulosedaten separat nachgewiesen, weil die Tuberkulose wegen der Eigenart ihres Auftretens und Verlaufs nicht in die Wochenanmeldungen einbezogen waren, sondern gesondert erfasst wurden. Eine eigene Bundesstatistik war seit 1970 auch die Statistik über Erkrankungen an ansteckungsfähigen Geschlechtskrankheiten. Mit ihrer Hilfe sollten epidemiologische Erkenntnisse als Voraussetzung zur Bekämpfung dieser Krankheiten gewonnen werden. Rechtlich abgesichert war die Statistik über das Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Im Jahr 2001 trat das Seuchenrechtsneuordnungsgesetz vom Juli 2000 und das darin enthaltene Infektionsschutzgesetz (Artikel 1) in Kraft. Mit diesem Gesetz ging die Erstellung der genannten Statistiken von den Statis-

tischen Ämtern der Länder auf das Robert-Koch-Institut über. In § 3 Infektionsschutzgesetz heißt es: „Das Robert-Koch-Institut fasst die nach diesem Gesetz übermittelten Meldungen zusammen, um sie infektionsepidemiologisch auszuwerten“. Es hat die Ergebnisse verschiedenen Institutionen, wie den Bundes- und Ländergesundheitsministerien und den Gesundheitsämtern zur Verfügung zu stellen und sie periodisch zu veröffentlichen.

Angaben über übertragbare Krankheiten gibt es in der amtlichen Statistik weiterhin noch innerhalb von zwei Statistiken. Sterbefälle werden in Zusammenhang mit der Todesursachenstatistik erfasst und die Behandlung der Infektionskrankheiten in der Krankenhausstatistik (Diagnoseteil). In letztgenannter Statistik umfassen die Zahlen auch die Verdachtsfälle.

6 Statistiken der Schulen und der Berufe des Gesundheitswesens

Die Statistik der Schulen des Gesundheitswesens gehört zu den Statistiken der beruflichen Schulen und wird daher nicht in Zusammenhang mit den anderen Gesundheitsstatistiken, sondern im Bildungsbereich des LDS NRW durchgeführt.

Die Ergebnisse dieser Statistik mit Angaben über die Ausbildung in nichtakademischen Gesundheitsberufen finden u. a. Eingang in die „Landesberichterstattung Gesundheitsberufe NRW“ des Landesgesundheitsministeriums.

Da der Schulbereich zum großen Teil Länderangelegenheit ist, ist die Statistik der Schulen des Gesundheitswesens eine Landesstatistik, die zwischen den Bundesländern koordiniert wird. Sie wird aufgrund eines Erlasses des Landesgesundheitsministeriums vom Mai 1999 jährlich durchgeführt. Im Schuljahr 2003/04 gab es in NRW 529 Schulen des Gesundheitswesens. Alle Schulen haben differenzierte Angaben über die Schule als Ganzes und bildungsgangbezogene Daten an das LDS NRW zu melden. Für die Schule werden der Schultyp (z. B. Schule/

Fachseminar für Krankenpflege, Logotherapie, Physiotherapie, Masseur/-innen, Hebammen, Diätassistenten), die Rechtsform und Angaben zur Qualifikation und Nationalität der Lehrkräfte erfragt, für den Bildungsgang die Zahl der Ausbildungsplätze, der Klassen und der Lehrkräfte, in erster Linie aber Angaben nach Ausbildungsjahren, Geburtsjahren, nach der allgemeinen Schulbildung, der beruflichen Vorbildung, Nationalität usw., darüber hinaus die Teilnahme an der staatlichen Abschlussprüfung und vorzeitig aufgelöste Ausbildungsverhältnisse.

Für regionale Untersuchungen werden die Ergebnisse bis auf die Ebene der kreisfreien Städte und Kreise nachgewiesen.

Die Statistik der Berufe des Gesundheitswesens wird nicht mehr durchgeführt. Sie war ebenfalls eine jährlich durchgeführte koordinierte Landesstatistik und umfasste die ärztlichen wie die nichtärztlichen Berufe. Letztmalig gab es Ergebnisse für das Berichtsjahr 1996. Ursache für das Auslaufen der Statistik war die Aufhebung ihrer Rechtsgrundlage durch § 31 des Gesetzes über den Öffentlichen Gesundheitsdienst vom Dezember 1997.

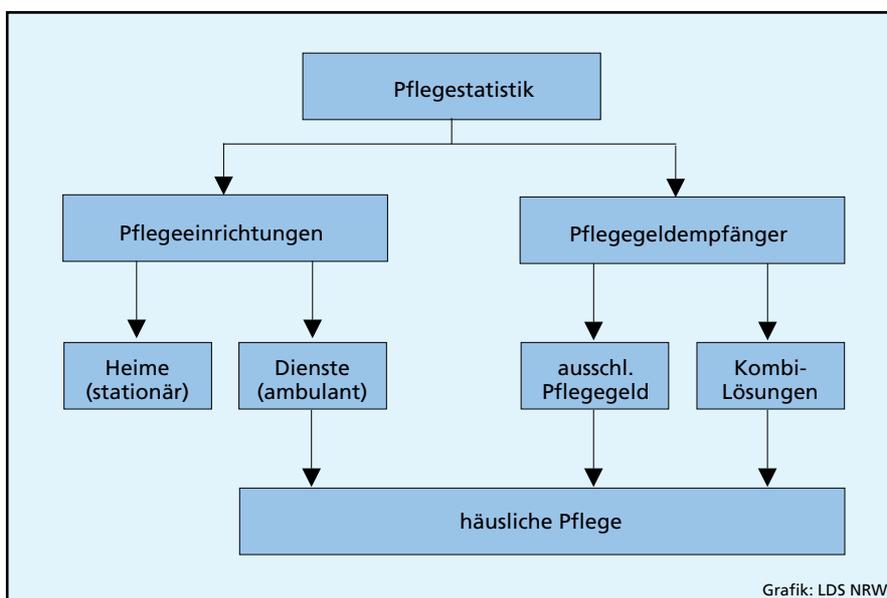
7 Statistik der sozialen Pflegeversicherung

Aufgabe der Pflege ist es, älteren Menschen dabei zu helfen, ihre körperliche, geistige und seelische Ge-

sundheit zu fördern, zu erhalten und wieder zu erlangen. Insofern rechnet die Pflegestatistik auch zu den Gesundheitsstatistiken. Merkmale dieser Statistik sind auch Bestandteil der Gesundheitsindikatoren der Gesundheitsberichterstattung.

Die soziale Pflegeversicherung wurde im Jahre 1994 als elftes Buch des Sozialgesetzbuches (SGB XI) eingeführt, um die gesamte Bevölkerung gegen das Pflegerisiko abzusichern. Pflegebedürftige erhielten ab April 1995 (häusliche Pflege), bzw. ab Juli 1996 (stationäre Pflege) Leistungen aus der Pflegeversicherung. Als pflegebedürftig gilt nach dem SGB XI, wer wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens auf Dauer (mindestens sechs Monate) der Hilfe bedarf.

Die soziale Pflegeversicherung ist organisatorisch an die Krankenversicherung angebunden. Daher sind in der gesetzlichen Pflegeversicherung die Personen versichert, die der gesetzlichen Krankenversicherung angehören, sowie in der privaten Pflegeversicherung diejenigen, die einem privaten Versicherungsunternehmen angehören. Beide sind Pflichtversicherungen. Die Leistungen in der privaten Pflegeversicherung entsprechen denen in der gesetzlichen Krankenversicherung. Sie werden als Sachleistungen bei ambu-

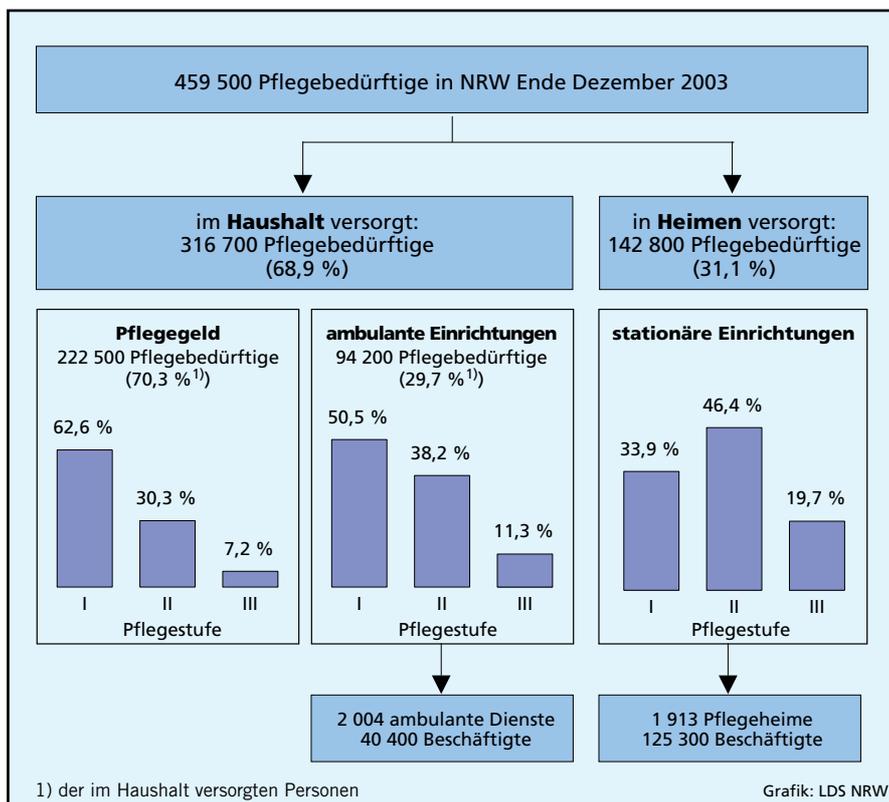


lanter und stationärer Pflege sowie als Pflegegeld gewährt. Je nach Schweregrad der Pflegebedürftigkeit werden die Pflegebedürftigen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) in die Pflegestufen I bis III eingestuft. Die Höhe der finanziellen Leistungen hängt von der Pflegestufe ab, wie auch davon, ob die Person stationäre oder ambulante Hilfe oder Pflegegeld erhält. Die jeweiligen Beträge sind im SGB XI festgelegt. Dort sind auch die Voraussetzungen für die Einstufung in eine bestimmte Pflegestufe geregelt, z. B. ist Voraussetzung für die Einstufung in Pflegestufe II, dass bei der Körperpflege, Ernährung oder Mobilität ein mindestens dreimal täglicher Hilfebedarf zu verschiedenen Tageszeiten erforderlich ist und bei der hauswirtschaftlichen Versorgung ein Hilfebedarf mehrfach in der Woche.

Weil in Zusammenhang mit der zunehmenden Alterung der Gesellschaft Zahlen über den Stand und die Entwicklung der pflegerischen Versorgung immer wichtiger werden und die Landesregierung und die kreisfreien Städte und Kreise Informationen als Entscheidungsgrundlage für ihre Planungen der pflegerischen Infrastruktur und für die Investitionskostenförderung im Pflegebereich benötigen, wurde im November 1999 die Pflegestatistikverordnung in Verbindung mit dem Sozialgesetzbuch XI erlassen.

Die Pflegestatistik ist als Bundesstatistik angeordnet und gliedert sich in zwei Erhebungsbereiche, und zwar in die Statistik der Pflegeeinrichtungen und in die Statistik der Pflegegeldempfänger.

In der Statistik der Pflegeeinrichtungen liegt die Auskunftspflicht bei den Trägern der Pflegeheime und der ambulanten Dienste. Diese Erhebung führen die Statistischen Ämter der Länder zweijährlich seit dem Berichtsjahr 1999 zum Ende des jeweiligen Berichtsjahres bei allen Einrichtungen durch, die einen Versorgungsvertrag mit den Pflegekassen abgeschlossen haben (zugelassene Einrichtungen). Ergebnisse gibt es bis auf Gemeindeebene.



In der Erhebung erfasst werden differenzierte Angaben über die Einrichtungen selbst, die Pflegebedürftigen sowie über das in den Einrichtungen tätige Personal. Für die Pflegeeinrichtungen sind Angaben über die Art des Trägers (freigemeinnützige, private, öffentliche Träger) zu machen, über die Art des Pflegeheims, die Zahl der verfügbaren Plätze (Betten) in Pflegeheimen nach Dauer- und Kurzzeitpflege und über die Vergütung, d. h., über die Pflegesätze nach Pflegeklassen und die Sätze für Unterkunft und Verpflegung. Für die nach SGB XI versorgten Pflegebedürftigen und die Beschäftigten, die zumindest einen Teil ihrer Arbeitszeit Leistungen nach dem SGB XI erbringen, müssen die Pflegeeinrichtungen für jede einzelne Person eine Meldung abgeben. Von den Beschäftigten werden das Geschlecht, das Beschäftigungsverhältnis, der Arbeitsanteil nach SGB XI, der Berufsabschluss entsprechend einer vom Statistischen Amt des Landes vorgegebenen Gliederung und der überwiegende Tätigkeitsbereich (z. B. Pflege und Betreuung, Verwaltung) erfragt, für die Pflegebedürftigen das Geschlecht, das Geburtsjahr, die Pflegestufe und die Art der Pflege-

leistung, wie vollstationäre Dauerpflege oder Kurzzeitpflege.

Anstelle der Sachleistungen in Form von ambulanter und stationärer Pflege kann der Pflegebedürftige Pflegegeld in Anspruch nehmen. In diesem Falle muss er für seine Pflege selbst sorgen, d. h. aber, dass die Pflegeperson ihn in seiner häuslichen Umgebung nicht erwerbsmäßig versorgen darf. In der Regel sind es Angehörige oder Nachbarn. Pflegegeld und Pflegesachleistungen können auch kombiniert gewährt werden. Auch beim Pflegegeld werden die Empfänger durch den MDK nach Kriterien, die im SGB XI festgelegt sind, in eine bestimmte Pflegestufe eingestuft.

Durch Einbeziehung der Pflegegeldempfänger in die Statistik geben die Daten zusammen mit den Angaben der ambulanten Dienste einen Überblick über die Gesamtnachfrage nach häuslichen Pflegeleistungen. Dies ist vor dem Hintergrund zu sehen, dass nach dem SGB XI den Bedürfnissen und Wünschen der Pflegebedürftigen entsprechend, die häusliche Pflege Vorrang vor der stationären Pflege hat. Der Vorrang der häuslichen Pflege spiegelt sich in den Zahlen wider. So wurden im Berichtsjahr

2003 von den ca. 460 000 Pflegebedürftigen in NRW etwas mehr als zwei Drittel zu Hause versorgt. Erst in hohem Alter, wenn der Schweregrad der Pflegebedürftigkeit zugenommen hat und/oder keine Angehörigen mehr für die Pflege zur Verfügung stehen, gehen viele Pflegebedürftige – dies trifft vor allem Frauen – in ein Pflegeheim. Dies zeigt sich auch daran, dass der Anteil der Pflegebedürftigen der Pflegestufen II und III an allen drei Pflegestufen in Heimen bei 66 Prozent liegt, bei der häuslichen Pflege dagegen nur bei 41 Prozent.

Bei der Pflegegeldstatistik ist der Berichtsweg ein anderer als bei der Statistik der Pflegeeinrichtungen. Hier liefern die Spitzenverbände der gesetzlichen Pflegekassen sowie der Verband der privaten Krankenversicherung die in der Pflegestatistikverordnung geforderten Daten für die einzelnen Pflegegeldempfänger nach der Postleitzahl ihres Wohnorts. Da die Daten für die einzelnen Pflegegeldempfänger bereits an zentralen Stellen vorhanden sind, werden sie aus Gründen einer rationelleren Abwicklung der Statistik direkt an das Statistische Bundesamt gesandt, das die Daten dort aufbereitet und den Statistischen Ämtern der Länder zur Verfügung stellt.

Die Pflegegeldstatistik ist wegen der angesprochenen Zusammenführung der Angaben aller Pflegebedürftigen auf die Einrichtungsstatistik abgestimmt. Dies gilt hinsichtlich der Periodizität, weitgehend für den Erhebungstichtag (Pflegegeldstatistik: 31. Dezember, Einrichtungsstatistik: 15. Dezember) und für die Erhebungsmerkmale Geschlecht, Alter und Pflegestufe.

8 Krankenversicherungsstatistik

Bis Ende 2002 wurde im LDS NRW die Statistik der gesetzlichen Krankenversicherung durchgeführt. Sie war eine Landesstatistik und wurde aufgrund eines Erlasses von 1976 des damaligen Arbeits- und Sozialministeriums und in Verbindung mit der Allgemei-

nen Verwaltungsvorschrift über die Statistik in der gesetzlichen Krankenversicherung (KSVwV) erstellt. Die gesetzliche Krankenversicherung ist im Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) geregelt.

Die Statistik beruhte auf Angaben der Ortskrankenkassen, der Betriebskrankenkassen, der Innungskrankenkassen, der landwirtschaftlichen Krankenkassen, der Bundesknappschaft und der Ersatzkassen für Angestellte und Arbeiter/-innen. Die privaten Krankenversicherungen waren nicht einbezogen. Auswertungsmerkmale waren die Mitgliederzahlen nach Größenklassen der Kassen und nach dem Versicherungsverhältnis, die durchschnittlichen Beitragssätze der Orts- und Innungskrankenkassen, die Leistungsfälle sowie die untergliederten Einnahmen und Ausgaben der einzelnen gesetzlichen Krankenkassen (ohne Ersatzkassen). Zu den Ausgaben zählen z. B. die Kosten für die ambulante und stationäre Behandlung und Zahnarztbehandlung, Krankengeld und Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft. Bei den Einnahmen sind die Beiträge der Versicherten der größte Posten. Die Ergebnisse wurden auf Landesebene dargestellt.

Der ständige Umbruch in der Krankenkassenlandschaft durch die vielen Fusionen machte es immer schwieriger, solide Landesergebnisse aufzubereiten. Da die meisten Daten von länderübergreifenden Krankenkassen für deren gesamtes Zuständigkeitsgebiet geliefert wurden, konnte die Abgrenzung auf NRW zum Teil nur behelfsweise mit den Bevölkerungszahlen vorgenommen werden. Aufgrund der genannten Probleme und der darüber hinaus geringen Nachfrage nach diesen Zahlen war es ein Gebot der Wirtschaftlichkeit, die Statistik bis auf Weiteres einzustellen. Bis auf zwei Ausnahmen führen die statistischen Ämter der anderen Bundesländer diese Statistik ebenfalls nicht mehr durch bzw. sie haben die Statistik nie durchgeführt. Umfangreiches statistisches Datenmaterial über die gesetzliche Krankenversicherung veröffentlicht das Bundesgesundheitsministerium, das

die Zahlen von den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. über ihre Spitzenverbände erhält. Das Statistische Bundesamt verwendet die Daten für seine Gesundheitsberichterstattung.

9 Statistik der schwerbehinderten Menschen

Seit dem Jahr 1979 wird alle zwei Jahre zum 31. Dezember eine Bundesstatistik über schwerbehinderte Menschen durchgeführt. Von 1979 bis 1985 wurden auch die leichter behinderten Menschen einbezogen. Seit 2001 ist die Statistik im neunten Buch des Sozialgesetzbuches (SGB IX) „Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“ geregelt (§ 131). Sie ist damit wie die Pflegeversicherungs- und die Krankenversicherungstatistik zugleich Gesundheits- wie Sozialstatistik.

Nach dem SGB IX sind Menschen behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie gelten als schwerbehindert, wenn bei ihnen ein Grad der Behinderung von wenigstens 50 (in der Behinderungsskala von 20 bis 100) vorliegt. Auf Antrag des behinderten Menschen stellen die für die Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes zuständigen Behörden das Vorliegen einer Behinderung und den Grad der Behinderung fest. Ebenfalls auf Antrag des behinderten Menschen stellen die zuständigen Behörden einen Ausweis über die Eigenschaft als schwerbehinderter Mensch und den Grad der Behinderung aus. Der Ausweis dient als Legitimation, Leistungen und sonstige Hilfen in Anspruch nehmen zu können. Er gilt in der Regel fünf Jahre lang. Nach Ablauf der Zeit wird der Behinderungsgrad erneut überprüft.

Die Statistik der schwerbehinderten Menschen umfasst nur Angaben für

Schwerbehinderte Menschen am 31. 12. 2005 nach Art der Behinderung		
Art der Behinderung	Schwerbehinderte Menschen	
	Anzahl	%
Verlust oder Teilverlust von Gliedmaßen	11 239	0,7
Funktionseinschränkungen von Gliedmaßen	208 884	12,8
Funktionseinschränkung der Wirbelsäule und des Rumpfes, Deformierung des Brustkorbs	209 976	12,8
Blindheit und Sehbehinderung	69 119	4,2
Sprach- oder Sprechstörungen, Taubheit, Schwerhörigkeit, Gleichgewichtsstörungen	59 750	3,6
Verlust einer oder beider Brüste, Entstellungen u. a.	37 825	2,3
Beeinträchtigung der Funktion von inneren Organen bzw. Organsystemen	376 043	23,0
Querschnittslähmung, zerebrale Störungen, geistig-seelische Behinderungen, Suchtkrankheiten	248 343	15,2
Sonstige ungenügend bezeichnete Behinderungen	416 471	25,4
Insgesamt	1 637 650	100

schwerbehinderte Menschen mit Ausweis. Da der schwerbehinderte Mensch innerhalb der Gültigkeitsdauer des Ausweises verstorben oder gestorben sein kann, hängt die Qualität der Statistik demnach davon ab, inwieweit die Zahl der schwerbehinderten Menschen richtig erfasst wird. Hier sind die auskunftspflichtigen Stellen gefordert, ihre Register auf dem neuesten Stand zu halten, damit nicht überhöhte Schwerbehindertenzahlen nachgewiesen werden.

In der Statistik werden neben der Anzahl der schwerbehinderten Menschen Angaben dargestellt über deren persönliche Merkmale, wie Alter, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, Wohnort und über behinderungsbezogene Merkmale, wie Art, Ursache und Grad der Behinderung (in Zehnergraden). Die Art der Behinderung wird differenziert nach 55 Positionen erfasst und bezieht sich vor allem auf körperliche Behinderungen als Hauptbehinderungsart. Aber auch zerebrale Störungen und geistige und seelische Behinderungen sind von relativ großer Bedeutung. Verursacht werden die Behinderungen in den allermeisten Fällen durch Krankheiten. Daneben spielen angeborene Behinderungen, Behinderungen durch Unfälle und anerkannte Kriegs-, Wehrdienst- oder Zivildienstbeschädigungen eine Rolle.

Auskunftspflichtig sind in Nordrhein-Westfalen die 11 Versorgungämter. Da die Angaben der behinderten Menschen in den Ämtern in Registern

und Dateien elektronisch geführt werden, werden sie auf maschinellen Datenträgern an das LDS NRW übermittelt, das dann die Daten einer Plausibilitätsprüfung unterzieht und aufbereitet. Die Ergebnisse werden bis auf Kreisebene nachgewiesen.

10 Gesundheitsdaten innerhalb anderer Statistiken

Neben den dargestellten Gesundheitsstatistiken gibt es andere amtliche Erhebungen, die nicht primär Angaben aus dem Gesundheitsbereich erfassen, in deren Erhebungsprogramm aber Fragen zu diesem Bereich enthalten sind.

Die wichtigste Quelle für Gesundheitsdaten innerhalb anderer Statistiken ist der Mikrozensus. Er vermittelt jährlich als 1-Prozent-Stichprobe (ab 2005 auch vierteljährlich mit 0,25 Prozent Auswahlsatz) ein repräsentatives Bild der Bevölkerung und des Arbeitsmarktes, wobei die Stichprobenergebnisse auf die Gesamtheit der Bevölkerung hochgerechnet werden. Im Rahmen der Fragen zur Erwerbstätigkeit sind auch Angaben zum Wirtschaftszweig, in dem die Befragten tätig sind, sowie zu deren Beruf zu machen. Daraus lässt sich die Anzahl der Erwerbstätigen für den Gesamtbereich „Gesundheitswesen“ und für die ärztlichen und nichtärztlichen Gesundheitsberufe extrahieren.

Über das laufende Programm hinaus wird der Mikrozensus in mehrjährli-

chem Rhythmus um ein Zusatzprogramm erweitert. Die Beantwortung dieser zusätzlichen Fragen ist freiwillig. Der Auswahlsatz beträgt ab Berichtsjahr 2005 ein Prozent der Bevölkerung. Daher kann eine Hochrechnung der Ergebnisse erstmalig bis auf Kreisebene vorgenommen werden. Das Zusatzprogramm umfasst u. a. eine Reihe von Fragen zum Gesundheitszustand und -verhalten, zu Krankheitsrisiken, zu Pflegebedürftigkeit und Behinderungen. Im Einzelnen sind Angaben verfügbar über:

- Rauchverhalten
- Körpermaße – Aus den Angaben über Größe und Gewicht wird der „Body-Mass-Index“ berechnet
- Krankheiten und Unfallverletzungen
- Pflegebedürftigkeit (Hilfebedarf, Pflegestufe usw.)
- Behinderungen (z. B. Grad der Behinderung, einschl. leichter Behinderung bis 50, überwiegender Lebensunterhalt)

Der Mikrozensus hat den großen Vorteil, dass er zusätzlich zu den gesundheitspezifischen Angaben der befragten Haushalte viele weitere Personen- und Haushaltsdaten, wie Alter, Geschlecht, Familienstand, Staatsangehörigkeit, Wohnort, Unterhalts- und Einkommenssituation, Haushaltsgröße, Haushaltstyp, liefern kann.

Durch die Kombination der Gesundheitsdaten mit dem sozialen Hintergrund der Personen und Haushalte lassen sich aufschlussreiche Auswertungen durchführen, die mit den reinen Gesundheitsstatistiken nicht möglich wären. Allerdings ist beim Mikrozensus zu berücksichtigen, dass den Analysen aufgrund des geringen Auswahlsatzes in der fachlichen und regionalen Differenzierung relativ enge Grenzen gesetzt sind.

Darüber hinaus fallen Daten für den Gesundheitsbereich in den Statistiken an, die alle Wirtschaftsbereiche umfassen, z. B. in der Beschäftigtenstatistik der Bundesagentur für Arbeit, der Erwerbstätigenrechnung, der Umsatzsteuerstatistik und in den Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen (VGR). Bei diesen Statistiken

ist der Bereich Gesundheitswesen nicht weiter untergliedert. Die Ergebnisse der Umsatzsteuerstatistik sind zudem wenig aussagekräftig, weil z. B. die Ärzte und die Krankenhäuser zum großen Teil umsatzsteuerbefreit sind. Bei den VGR wird die Bruttowertschöpfung aufgrund ungenügender Ausgangsdaten nur für den zusammengefassten Bereich „Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen“ freigegeben.

Ferner lassen sich Daten in Verbindung mit dem Gesundheitsbereich aus einzelnen Fachstatistiken gewinnen, wie aus der Produktionsstatistik über die Produktion von medizinischen Geräten oder aus der Einzelhandelsstatistik über den Einzelhandel mit medizinischen und orthopädischen Artikeln.

11 Gesundheitsberichterstattung

Bis zum Jahre 1990 gab es in NRW Jahresgesundheitsberichte des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales, die vom LDS NRW bearbeitet und herausgegeben wurden. Sie beinhalten keine Untersuchungen und Analysen, sondern hauptsächlich Tabellen: „Seine Tabellen sollen sich weitgehend von selbst erklären und Erläuterungen sollen sich überwiegend nur aus Definitionen zusammensetzen.“²⁾ Der zugrunde liegende Merkmalskatalog war von der Arbeitsgruppe Statistik der Arbeitsgemeinschaft der leitenden Medizinalbeamten der Länder erarbeitet worden. Er umfasste neben Angaben aus der Todesursachenstatistik, der Statistik der meldepflichtigen Krankheiten und der Statistik der Berufe des Gesundheitswesens Ergebnisse aus den Lebensmitteluntersuchungsämtern und vor allem aus den Geschäftsstatistiken der Gesundheitsämter, wie Vorsorgeuntersuchungen von Schülern, Jugendzahngesundheitspflege, Behindertenhilfe, Überwachung von Einrichtungen und Anlagen, Gutachtertätigkeit.

Im Jahre 1998 trat dann das Landesgesetz über den öffentlichen Ge-

sundheitsdienst (ÖGDG) in Kraft, dass die Gesundheitsberichterstattung des Landes NRW und der Kommunen regelt. Danach werden zum einen die unteren Gesundheitsbehörden – das sind die Gesundheitsämter in den kreisfreien Städten und Kreisen – verpflichtet, unter Beteiligung der kommunalen Gesundheitskonferenzen zur Erfüllung ihrer Aufgaben Gesundheitsberichte zu erstellen.

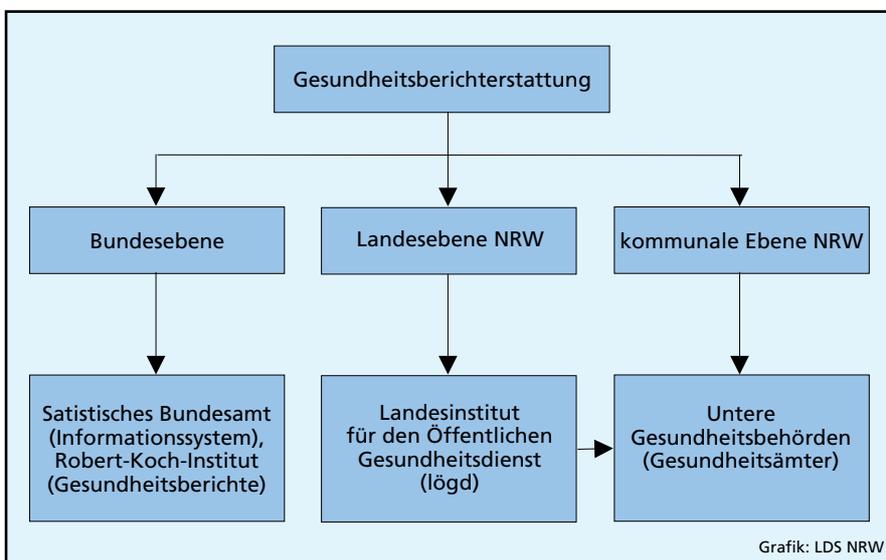
Zum anderen hat das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium regelmäßig Gesundheitsberichte als Grundlage gesundheitspolitischer Planungen (Landesgesundheitsberichterstattung) zu erarbeiten und dem Landtag zuzuleiten. Unterstützt wird das Gesundheitsministerium dabei von dem Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (lögD), einer Einrichtung dieses Ministeriums. Das lögD hat als fachliche Leitstelle für den öffentlichen Gesundheitsdienst neben anderen Aufgaben die Landesgesundheitsberichte vorzubereiten. Zur Erstellung dieser Berichte und für gesundheitspolitische Entscheidungen hält das lögD Daten für Gesundheitsindikatoren und Auswertungsprogramme bereit.

Eine Gesundheitsberichterstattung gibt es nicht nur in NRW. Auch in anderen Bundesländern wird eine solche Berichterstattung als Basis für gesundheitspolitisches Handeln als unentbehrlich angesehen. Daher hat die Arbeitsgemeinschaft der obersten Landesgesundheitsbehörden

(AOLG) ein gemeinsames, unter den Ländern vergleichbares System von Gesundheitsindikatoren, den sog. „Indikatorensetz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder“ entwickelt.

Unter „Indikatorensetz“ wird eine Sammlung von gesundheitsbezogenen Merkmalen und ihre Ausprägungen aus allen zur Verfügung stehenden Datenquellen verstanden, einschl. der daraus gebildeten Kenngrößen. Die Indikatoren sind nach 11 Themenfeldern gegliedert. Die Themenfelder reichen von den demografischen Rahmenbedingungen über den Gesundheitszustand der Bevölkerung (Morbidität, Pflegebedürftigkeit, Mortalität), gesundheitsrelevantes Verhalten (z. B. Ernährung, Tabak- und Alkoholkonsum), die Einrichtungen, Beschäftigten und die Ausbildung im Gesundheitswesen bis hin zu den Gesundheitsausgaben und -kosten. Die einzelnen Gesundheitsindikatoren sind im Indikatorensetz der Länder in Form von Tabellenrahmen dokumentiert. Außerdem enthält der Indikatorensetz eine Metadatenbeschreibung, in der u. a. auch auf die Vergleichbarkeit mit EU-, OECD- und WHO-Indikatoren sowie auf die Validität der zugrunde liegenden Daten eingegangen wird.

Da die Datenlage in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich ist, gibt es innerhalb des Indikatorensetzes eine Auswahl von sog. „Kernindikatoren“, die für alle Länder vergleichbar sind.



²⁾ Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW (Hrsg.): Jahresgesundheitsbericht Nordrhein-Westfalen 1990, S. 5

Der Indikatorenatz für NRW umfasst mittlerweile mehr als 300 Indikatoren in Form von weit über 500 Tabellen, die auf der Internetseite des Iögd abgerufen werden können³⁾. Für eine Reihe von Indikatoren liegen keine Landeswerte vor. In diesen Fällen werden nur Bundeswerte nachgewiesen. Datenquelle für die Indikatoren ist zu einem wesentlichen Teil die amtliche Statistik.

Das LDS NRW ist dabei ein wichtiger Lieferant, nicht nur um den Indikatorenatz mit Daten zu füllen. Zusätzlich liefert es für die Landesberichterstattung Gesundheitsberufe NRW Beschäftigtergebnisse aus der Krankenhausstatistik, der Pflegestatistik, der Beschäftigtenstatistik und der Arbeitslosenstatistik sowie Daten über Auszubildende aus der Statistik der Schulen des Gesundheitswesens und Angaben zu den Approbationen und Berufserlaubnissen für Ärzte.

Über die Daten der amtlichen Statistik hinaus werden die o. a. Indikatoren aus vielen anderen Quellen gespeist, z. B. Apotheker-, Ärzte- und Zahnärztekammern, Psychotherapeutenkammern, Institut für das Entgeltssystem im Krankenhaus, Verbände der Berufsgenossenschaften, Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, kassenärztliche und kassenzahnärztliche Vereinigungen, epidemiologisches Krebsregister, Umweltbehörden der Länder und des Bundes, Arbeitsschutzbehörden, Landesinstitut für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, oberste Landesgesundheitsbehörden.

Das Iögd hat nach dem Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst nicht nur die Aufgabe, die Landesregierung zu beraten und zu unterstützen, sondern auch die Gesundheitsämter in ihrer Zuständigkeit für die kommunale Gesundheitsberichterstattung. Als wichtige Datengrundlage bietet das Iögd den Gesundheitsämtern Ergebnisse für Kreise und kreisfreie Städte an, die für einen Teil der Merkmale im Indikato-

rensatz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder enthalten sind. Daneben werden für die kommunale Gesundheitsberichterstattung die in den Gesundheitsämtern vorliegenden Daten, wie z. B. über schulärztliche Untersuchungen oder Schutzimpfungen, und Daten anderer Einrichtungen (z. B. Stadtverwaltung, Selbsthilfegruppen, Krankenkassen) verwendet.

Eine kommunale Gesundheitsberichterstattung ist zwar lt. Gesetz für alle Gesundheitsämter vorgeschrieben, jedoch ist sie bisher hauptsächlich von den großen Städten eingerichtet worden.

Auf Bundesebene liegt die Gesundheitsberichterstattung in den Händen des Statistischen Bundesamtes und des Robert Koch-Instituts. Hier stützen sich – wie bei der Landesberichterstattung – die Indikatoren der GBE auf vorliegende Daten und sind nach Themenbereichen gegliedert, die alle Bereiche des Gesundheitswesens abdecken. Sie sind zum Teil mit denjenigen des Landes vergleichbar. Die Indikatoren bzw. die entsprechenden Daten sind Teil des Informationssystems der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, das durch das Statistische Bundesamt geführt wird und über das Internet genutzt werden kann. Das Informationssystem umfasst vielfältige gesundheitsrelevante Informationen in Form von Tabellen, Grafiken, Texten, Publikationen und Dokumentationen aus über 100 Datenquellen. Ca. 60 Prozent der Daten stammen aus Erhebungen, die nicht von den statistischen Ämtern des Bundes und der Länder durchgeführt werden.

Die Gesundheitsberichte selbst werden als Themenhefte zum Gesundheitszustand der Bevölkerung und zum Gesundheitssystem sowie als Schwerpunktberichte zu speziellen gesundheitlichen Themen durch das Robert-Koch-Institut erstellt.

Die Indikatoren sind zwar nach Themenbereichen zusammengestellt, stehen aber unverbunden nebeneinander. Das Statistische Bundesamt hat komplexe Rechen- und Schätz-

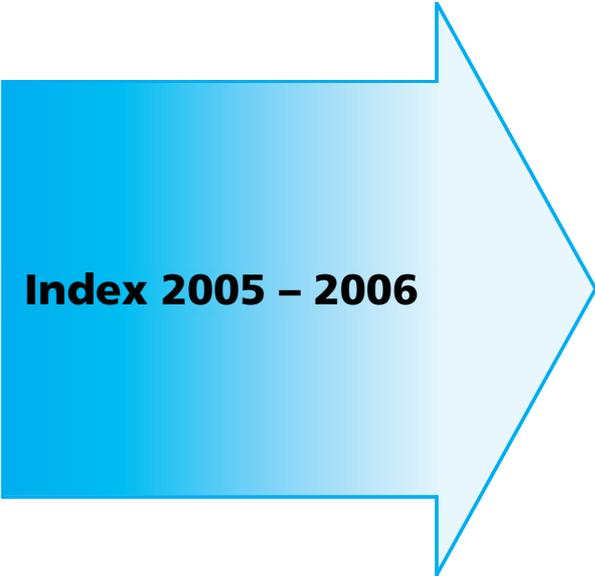
systeme entwickelt, die die Gesundheitsdaten unter bestimmten Gesichtspunkten in einen systematischen Zusammenhang bringen. Grundlage für diese Berechnungen – einschl. der Abgrenzung des Gesundheitsbereichs – sind Empfehlungen der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD). Es wird dabei nach Gesundheitsausgabenrechnung, Krankenkostenrechnung und Gesundheitspersonalrechnung unterschieden.

Alle drei Systeme sind hinsichtlich der Einrichtungen des Gesundheitswesens aufeinander abgestimmt. Einrichtungen sind der Gesundheitsschutz, die ambulante und stationäre Versorgung, die Rettungsdienste, die Verwaltung, sonstige Einrichtungen, Vorleistungsindustrien (nur Personalrechnungen), private Haushalte und das Ausland. Die genannten Rechnungen sollen als Satellitensysteme mit den Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen verknüpft werden.

12 Fazit

So vielschichtig wie das Gesundheitswesen ist, ist auch die Datenlage für diesen Bereich. Wenn auch versucht wird, mit den Gesundheitsberichterstattungen und den Gesundheitsgesamtrechnungen des Statistischen Bundesamtes alle verfügbaren Gesundheitsdaten zu systematisieren, fehlt doch ein in sich konsistentes System von amtlichen Gesundheitsstatistiken, das alle Gesundheitsbereiche abdeckt. So macht zwar die amtliche Statistik mit der Krankenhausstatistik die stationäre Versorgung der Kranken und deren Diagnosen transparent, über die ambulante Krankenversorgung aber gibt es keine Statistik. Darüber hinaus beschränken sich die Gesundheitsstatistiken auf Informationen über die gesundheits-/krankheitsrelevanten Tatbestände. Der soziale Hintergrund der kranken Personen, der wichtige Aufschlüsse über Krankheitszusammenhänge geben könnte, wird in diesen Statistiken nicht erfasst. Allein der Mikrozensus liefert Ansatzpunkte dazu.

³⁾ Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (Hrsg.): Gesundheitsindikatoren, Indikatorenatz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder, Dritte neu bearbeitete Fassung, Heft 21/2006



Index 2005 - 2006

Ausgaben des Jahres 2006

- Band 39**
Z 08 1 2006 63
2,50 EUR
- Gesundheit und Arztbesuche – Erste Ergebnisse aus EU-SILC – LEBEN IN EUROPA 2005**
Diplom-Sozialwissenschaftlerin Karin Habenicht
- Statistische Quellen mit Gesundheitsdaten für NRW**
Diplom-Volkswirt Hans-Jürgen Treeck
- Band 38**
Z 08 1 2006 62
8,50 EUR
- Auswirkungen des demografischen Wandels – Aktualisierte Ergebnisse der Modellrechnungen für die Bereiche Haushalte, Erwerbspersonen und Pflegebedürftigkeit**
Diplom-Soziologin Kerstin Schmidtke, MPH; Diplom-Mathematiker Paul Berke
- Band 37**
Z 08 1 2006 61
2,50 EUR
- Wie Ausländer und Deutsche Unternehmen in NRW gründen wollen**
Diplom-Volkswirtin Doris Blechinger
- Verbesserung der Ergebnisqualität bei der Fortschreibung des Bruttoinlandsprodukts**
Dr. Marco Scharmer
- Band 36**
Z 08 1 2006 60
7,00 EUR
- Auswirkungen des demografischen Wandels – Teil II**
Diplom-Soziologin Kerstin Schmidtke, MPH; Diplom-Statistikerin Diana Andrä
- Band 35**
Z 08 1 2006 59
2,50 EUR
- Zur Möglichkeit der Regionalisierung privater Einkommen auf die Gemeinden Nordrhein-Westfalens**
Dr. Marco Scharmer
- Einkommensverteilung und Armutsrisikoquoten im Bund-Länder-Vergleich – Analysen mit dem Mikrozensus 2003**
Diplom-Sozialwissenschaftlerin Karin Habenicht, Diplom-Sozialwissenschaftler Alfred Hullmann, Yvonne Bergmann
- Band 34**
Z 08 1 2006 58
2,50 EUR
- Strukturinformationen zum Arbeitsmarkt 3. Quartal 2005**
Erwerbsverhalten älterer Menschen
Diplom-Sozialwissenschaftlerin Karin Habenicht
- Band 33**
Z 08 1 2006 57
2,50 EUR
- Auswirkungen des demografischen Wandels – Kurzfassung – Teil II**
Diplom-Soziologin Kerstin Schmidtke, MPH
- Band 32**
Z 08 1 2006 56
3,00 EUR
- Bildungsreport NRW 2006:**
Informationen zu ausgewählten Bildungsbereichen
Bettina Lander M. A.
- Die Arbeitsmarktintegration von jungen Erwachsenen 2004**
Dr. Wolfgang Seifert
- Band 31**
Z 08 1 2006 55
3,00 EUR
- Vorausberechnung der Bevölkerung in den kreisfreien Städten und Kreisen Nordrhein-Westfalens 2005 bis 2025/2050**
Dr. Kerstin Ströker
- Band 30**
Z 08 1 2006 54
3,00 EUR
- Bedeutung der Türkei für den Außenhandel des Landes Nordrhein-Westfalen**
Diplom-Volkswirt Nils Radmacher-Nottelmann
- Band 29**
Z 08 1 2006 53
3,00 EUR
- Datenangebot und Datenzugang im Forschungsdatenzentrum der Statistischen Landesämter**
Dr. Sylvia Zühlke, Diplom-Sozialwissenschaftlerin Helga Christians
- Das Studienkontenmodell an den Hochschulen in Nordrhein-Westfalen: Auswirkungen auf die Studierendenzahlen**
Birgit Kempf, Anne Schopp, Anja Gehrcken
- Nachfrage nach Dienstleistungen 2003**
Heike Schrankel, Diplom-Statistikerin Katharina Götz
- Die Arbeitsmarktintegration von jungen Erwachsenen mit Migrationshintergrund in NRW**
Dr. Wolfgang Seifert

noch: **Ausgaben des Jahres 2006**

- Band 28**
Z 08 1 2006 52
3,00 EUR
- Gründungen und Schließungen in Deutschland
– Ein Konzept zur demografischen Auswertung des Unternehmensregisters**
Diplom-Kauffrau Ingrid Kaack
- Strukturelle Entwicklung der Landwirtschaft von 1971 bis 2003**
Diplom-Volkswirt Hartmut Kopmeier
- Wirtschaftliche Aspekte der Studierenden 1996 und 2004**
Lars Kuhlmeier, Dr. Wolfgang Seifert
- Verwendung von Verwaltungsdaten für konjunkturstatistische Zwecke**
Diplom-Kauffrau Ingrid Kaack
- Personal und Finanzen der öffentlich bestimmten Fonds, Einrichtungen,
Betriebe und Unternehmen (FEU) in privater Rechtsform im Jahr 2003**
Diplom-Volkswirt Peter Emmerich

- Band 27**
Z 08 1 2006 51
3,00 EUR
- Der Weg zu einem ersten registrierten Zensus
in Deutschland im Jahre 2011**
Diplom-Volkswirt Helmut Eppmann, Diplom-Statistiker Josef Schäfer
- Ergänzende Strukturmerkmale zur Erwerbstätigenrechnung
– Unterscheidung nach „Vollzeit-“ und „Nicht-Vollzeiterwerbstätigen“**
Diplom-Ingenieur Hans Menge, Miriam Sperl
- Wirtschaftskraft und Wirtschaftsentwicklung
in den kreisfreien Städten und Kreisen Nordrhein-Westfalens**
Dr. Marco Scharmer

Ausgaben des Jahres 2005

- Band 26**
Z 08 1 2005 58
2,50 EUR
- Strukturinformationen zum Arbeitsmarkt 2. Quartal 2005
Flexible Arbeit – Arbeitszeiten in NRW**
Diplom-Soziologin Eva Munz
- Band 25**
Z 08 1 2005 57
11,00 EUR
- Auswirkungen des demografischen Wandels – Teil I**
Diplom-Soziologin Kerstin Schmidtke, MPH; Diplom-Mathematiker Paul Berke
- Band 24**
Z 08 1 2005 56
3,00 EUR
- Bildungsmobilität:
Wie weit fällt der Apfel vom Stamm?**
Dr. Wolfgang Seifert
- Räumliche Mobilität und Übergänge von Erwerbslosigkeit in Erwerbstätigkeit**
Katja Möhring, Dr. Sylvia Zühlke
- Zeitverwendung der privaten Haushalte
– Vergleich der Zeitbudgeterhebungen 2001/02 gegenüber 1991/92**
Heike Schrankel
- Band 23**
Z 08 1 2005 55
2,50 EUR
- Ein sachgebietsübergreifendes Berichtskreismanagement bei den Fonds, Einrichtungen
und wirtschaftlichen Unternehmen in den Finanz- und Personalstatistiken**
Diplom-Volkswirt Heinz-Peter Emmerich
- Erstmalige Verarbeitung der Dateien der Industrie- und Handelskammern
im nordrhein-westfälischen Unternehmensregister**
Diplom-Soziologe Matthias Wieckmann
- Ausmaß und Folgen unbeobachteter Übergänge
im Rahmen des Mikrozensus-Panels
Ergebnisse empirischer Analysen**
Diplom-Soziologe Michael Konold
- Band 22**
Z 08 1 2005 54
3,00 EUR
- Indikatoren der Erwerbstätigkeit
Ergänzung der Erwerbstätigen-„Kopfzahlen“ durch „Vollzeit-Äquivalente“
und „Standard-Arbeitsvolumen“ – Modellrechnungen für die Kreise in NRW**
Diplom-Ingenieur Hans Menge

noch: **Ausgaben des Jahres 2005**

Noch: **Band 22**
Z 08 1 2005 54
3,00 EUR

**Pendlerverflechtungen in Nordrhein-Westfalen
– Analyse der revidierten Ergebnisse**
Dr. Marco Scharmer

Band 21
Z 08 1 2005 53
2,50 EUR

Auswirkungen des demografischen Wandels – Kurzfassung – Teil I
Diplom-Soziologin Kerstin Schmidtke, MPH

Band 20
Z 08 1 2005 52
2,50 EUR

**Nordrhein-westfälisches Unternehmensregister im Einsatz
Eine Methodenbeschreibung mit ersten Auswertungsergebnissen**
Diplom-Volkswirtin Doris Blechinger

Datenqualität bei Online-Erhebungen in privaten Haushalten
Diplom-Soziologin Anke Gerhardt

Band 19
Z 08 1 2005 51
3,40 EUR

**Umweltökonomische Gesamtrechnungen (UGR) Nordrhein-Westfalens
– Basisdatenanalyse –**
Dr. Leontine von Kulmiz

Geheimhaltung mit Makrodaten – Das Beispiel der Beherbergungsstatistik
Diplom-Volkswirt Nils Radmacher-Nottelmann

**Die erste Online-Erhebung der amtlichen Statistik bei Privathaushalten
– ein Projektbericht**
Diplom-Soziologin Anke Gerhardt

Arbeitsplatz- und Berufswechsel
Dr. Wolfgang Seifert