



# Nachhaltigkeitsindex

## Deutsches Gesundheitssystem

Messung der Leistungsfähigkeit

# 2023



# Nachhaltigkeitsindex 2023

## 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, wurde durch die Entwicklung des Nachhaltigkeitsindex begegnet. Dieser trägt dazu bei, den komplexen Begriff der Nachhaltigkeit aufzuschlüsseln und thematisch zugänglich zu machen, sodass der Status quo der Nachhaltigkeit des deutschen Gesundheitssystems bewertet werden kann, aber auch Datenlücken und fehlende Nachhaltigkeitsziele besser verstanden werden können. Die konzeptionellen Ansätze, die zugrunde liegende Methodik und eine Übersicht der Ergebnisse des **Nachhaltigkeitsindex 2022** können unter folgendem Link bzw. QR-Code eingesehen werden:

<https://partnerschaft-zukunft-gesundheit.de/>

Der vorliegende Report zum **Nachhaltigkeitsindex 2023** baut auf der im Jahr 2022 geschaffenen Grundlage auf. Die somit grundsätzlich definierten Kennzahlen zur Aufarbeitung des Nachhaltigkeitskomplexes werden im Folgenden aktualisiert und weiterentwickelt. Im Ergebnis entsteht eine Datengrundlage, die für die Entwicklung von vertieften Nachhaltigkeitsbetrachtungen bzw. Deep Dives genutzt werden kann.



Die **Partnerschaft Zukunft Gesundheit** verfolgt das Ziel, die Nachhaltigkeit des deutschen Gesundheitssystems ganzheitlich und datenbasiert aufzuarbeiten. Dafür haben sich Experten und Expertinnen des Gesundheitswesens zusammengeschlossen, um gemeinsam relevante Herausforderungen hin zu mehr Nachhaltigkeit zu diskutieren und durch die Entwicklung von Handlungsoptionen weiterzuentwickeln. Wissenschaftlich wird die Partnerschaft durch Prof. Dr. Wolfgang Greiner von der Universität Bielefeld unterstützt.

### Von

Alena Zeitler, Dr. Julian Witte  
Vandage GmbH  
30.11.2023

### Im Auftrag von

**AstraZeneca** 

## Grußwort



**Prof. Dr. Wolfgang Greiner**

Lehrstuhlinhaber für  
Gesundheitsökonomie und  
Gesundheitsmanagement  
an der Universität Bielefeld

„Wie kann es gelingen, das Leistungsniveau im Gesundheitswesen langfristig zu erhalten oder sogar zu steigern?“

Investitionen in Nachhaltigkeit – sowohl in sozialer, ökologischer, ökonomischer als auch gesundheitlicher Hinsicht – und Krisensicherheit sind hierfür unabdingbar.

Dabei haben wir weniger ein Wissens- als ein Daten- und Umsetzungsproblem. Gefördert werden sollten deshalb

**Digitalisierung** und **Datenvernetzung** sowie die

**Definition von Nachhaltigkeitszielen** und

**deren Evaluation** als Bestandteil einer

**ganzheitlichen Nachhaltigkeitsstrategie**

**im Gesundheitswesen.**“

## 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 ist die Datenqualität zu bewerten?

Die Antworten auf diese Fragen werden durch folgende Tabelle zusammengefasst.

Dimensionen	Anzahl Indikatoren	Anteil Indikatoren (in %)	Datenverfügbarkeit (bzw. kein NN/NA) (in %)	Qualität der vorhandenen Daten (Punkt zwischen 0 und 6)	Zielverfügbarkeit (in %)	Kein Trend ableitbar (in %)	Positiver Trend (in %)	Neutraler Trend (in %)	Negativer Trend (in %)
Rahmenbedingungen	18	6	100	5,2	28	50	33	0	17
Sozial	10	3	50	3,4	20	50	10	10	30
Ökonomisch	44	15	98	4,7	0	98	0	0	2
Ökologisch	33	11	67	4,6	58	42	30	0	27
Gesundheitlich-organisatorisch	115	39	86	4,6	5	58	15	17	10
Gesundheitlich-epidemiologisch	72	25	76	4,1	38	49	22	4	25
<b>Gesamt</b>	<b>292</b>	<b>100 %</b>	<b>83 %</b>	<b>4,5</b>	<b>20 %</b>	<b>59 %</b>	<b>17 %</b>	<b>8 %</b>	<b>16 %</b>

# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Hintergrund .....</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>Entwicklung des Nachhaltigkeitsindex .....</b>	<b>2</b>
2.1	Begriffsbestimmung „Nachhaltigkeit“ .....	2
2.2	Internationale und nationale Nachhaltigkeitsziele .....	3
2.3	Nachhaltigkeit des Gesundheitssystems .....	4
2.4	Der „Nachhaltigkeitsindex 2023“ .....	5
2.4.1	Wie wurde der Nachhaltigkeitsindex entwickelt? .....	5
2.4.2	Wie ist der Nachhaltigkeitsindex aufgebaut? .....	6
<b>3</b>	<b>Ergebnisverwertung .....</b>	<b>9</b>
3.1	Datenlücken .....	9
3.2	Datenqualität .....	9
3.3	Trendanalyse .....	10
3.4	Zielvorgaben und Vergleichsdaten .....	10
<b>4</b>	<b>Ergebnisse .....</b>	<b>12</b>
4.1	Rahmenbedingungen .....	12
4.1.1	Demografie .....	12
4.1.2	Sozioökonomischer Hintergrund .....	19
4.2	Soziale Dimension .....	29
4.2.1	Responsiveness .....	29
4.2.2	Gerechtigkeit .....	34
4.3	Ökonomische Dimension .....	38
4.3.1	Gesundheitsausgaben .....	38
4.3.2	Krankheitskosten .....	46
4.3.3	Gesundheitseinnahmen .....	50
4.3.4	Einnahmenüberschuss bzw. GKV-Defizit .....	53
4.4	Ökologische Dimension .....	54
4.4.1	Ressourcenumgang .....	54
4.4.2	Gesundheitsrisiken durch Umgebung .....	63
4.4.3	Ökologisches Management .....	72
4.5	Gesundheitliche Dimension: Organisatorischer Teilbereich .....	75
4.5.1	Governance .....	75
4.5.2	Zugang .....	77
4.5.3	Institutionen .....	80
4.5.4	Beschäftigte im Gesundheitswesen (Workforce) .....	93
4.5.5	Produkte .....	114
4.5.6	Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen .....	122
4.5.7	Qualität der Leistungserbringung .....	150
4.5.8	Resilienz .....	156

4.6	Gesundheitliche Dimension: Epidemiologischer Teilbereich .....	160
4.6.1	Resilienz .....	160
4.6.2	Lebenserwartung .....	162
4.6.3	Mortalität .....	165
4.6.4	Morbidität .....	172
4.6.5	Sonstige Aspekte des Gesundheitszustandes .....	198
4.6.6	Risikofaktoren .....	200
<b>5</b>	<b>Diskussion .....</b>	<b>210</b>
5.1	Limitationen .....	210
5.2	Weiterentwicklungsbedarf .....	211
<b>6</b>	<b>Fazit .....</b>	<b>212</b>
	<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>I</b>

## 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 Programme
DNS	Deutsche Nachhaltigkeitsstrategie
EMAS	Eco-Management und Audit Scheme
FSME	Frühsommer-Meningoenzephalitis
GBE	Gesundheitsberichterstattung
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GRV	Gesetzliche Rentenversicherung
GUV	Gesetzliche Unfallversicherung
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
SDGs	Sustainability Development Goals
SGB	Sozialgesetzbuch
SPV	Soziale Pflegeversicherung
STIKO	Ständige Impfkommission
WHO	World Health Organization

# 1 Hintergrund

Angesichts strategischer Herausforderungen und ihrer 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. Der Index 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.

Ein Nutzen des Nachhaltigkeitsindex besteht darin, dass dieser möglichst ganzheitlich konzipiert ist und damit keinen Fokus auf einzelne Aspekte des Gesundheitswesens oder der Nachhaltigkeit legt. Daher können diverse Fragen zum Status quo der Nachhaltigkeit des deutschen Gesundheitswesens 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 Gesundheitswesens zu bewerten?
- Welche Nachhaltigkeitsziele werden gesetzt?
- Werden diese Ziele erreicht?
- In welchen Bereichen ist ein Trend hin zu „mehr“ oder „weniger“ Nachhaltigkeit erkennbar?

## 2 Entwicklung des Nachhaltigkeitsindex

### 2.1 Begriffsbestimmung „Nachhaltigkeit“

Trotz, aber auch aufgrund seiner vielfältigen Verwendung und Verbreitung existiert keine einheitliche Definition des Begriffs „**Nachhaltigkeit**“, die eine eindeutige Abgrenzung des Konzepts ermöglicht. Der Begriff der Nachhaltigkeit stammt ursprünglich aus der Forstwirtschaft. Einem nachhaltigen Verhalten liegt demnach der Gedanke zugrunde, dass nur so viele Ressourcen (der ursprünglichen Definition folgend, Waldfläche bzw. Holz) genutzt werden, wie auch nachkommen können. (Deutscher Bundestag, 1998) Dieses ressourcenökonomische Prinzip dient der Gewährleistung der Aufrechterhaltung der Funktionsfähigkeit von Systemen. (Pufé, 2017) Systeme kennzeichnen sich dadurch, dass eine Ganzheit durch eine Zusammensetzung von mehreren Einzelteilen gebildet wird. (Ropohl, 2012) Die Ziele der Nachhaltigkeit adressieren übergeordnet das Mensch-Umwelt-System. Nachhaltigkeit dient der Sicherstellung des menschlichen Lebens, dem Erhalt von ökologischen Ressourcen als Lebensgrundlage, der Aufrechterhaltung des Produktivpotenzials sowie der Gewährleistung der Existenzgrundlagen gegenwärtiger wie auch zukünftiger Generationen. (Pufé, 2017) Letzteres beschreibt das Prinzip der Generationengerechtigkeit. Durch den Brundtland-Bericht wurde 1987 dieses Prinzip beschrieben: „Dauerhafte Entwicklung ist eine Entwicklung, die die Bedürfnisse der Gegenwart befriedigt, ohne zu riskieren, dass künftige Generationen ihre eigenen Bedürfnisse nicht befriedigen können.“ (Hauff, 1987)

Im Jahr 1998 wurde durch die Enquete-Kommission „Schutz des Menschen und der Umwelt. Ziele und Rahmenbedingungen einer nachhaltig zukunftsverträglichen Entwicklung“ des deutschen Bundestages das „**Drei-Säulen-Modell**“ entwickelt (siehe Abb. 1). Das Modell beschreibt die Zusammensetzung des Begriffs Nachhaltigkeit aus den drei gleichwertigen und sich bedingenden Dimensionen der ökologischen, ökonomischen und sozialen Nachhaltigkeit. Soziale Nachhaltigkeit bezieht sich auf das gesellschaftliche Zusammenleben. Durch die ökonomische Nachhaltigkeit wird der wirtschaftliche Bereich adressiert (insb. unter dem Gesichtspunkt der Effektivität und Effizienz). Die ökologische Nachhaltigkeit bezieht sich auf die Umwelt, die natürlichen Lebensgrundlagen und die Ressourcenverbräuche. (Deutscher Bundestag, 1998)

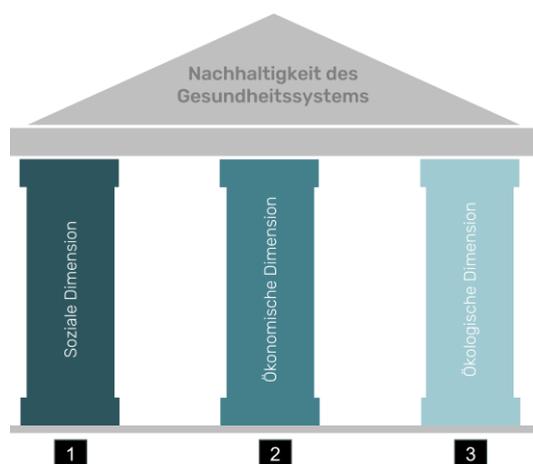


Abb. 1: Drei-Säulen-Modell der Nachhaltigkeit

Quelle: Eigene Darstellung, beruhend auf Deutscher Bundestag, 1998

Die ökologische Nachhaltigkeitsdimension ist dabei jene, welche sich am stärksten an dem ursprünglichen, forstwirtschaftlich geprägten Begriff der Nachhaltigkeit orientiert. So ist auch im Grundgesetz festgeschrieben, dass die natürlichen Lebensgrundlagen für zukünftige Generationen staatlich geschützt werden sollen. (Grundgesetz Art. 20a) Damit wird der Schutz der Umwelt im Grundgesetz

verankert, ohne dass der Begriff der Nachhaltigkeit im Grundgesetz Verwendung findet. Die zukünftige Sicherstellung des Umweltschutzes entspricht dem Gedanken der Nachhaltigkeit, wobei die Fokussierung auf Nachhaltigkeit als ökologisches Prinzip weit verbreitet ist. Die Omnipräsenz des Schlagwortes „Nachhaltigkeit“ deutet bereits an, dass eine ausschließliche Assoziation mit ökologischen Aspekten zu kurz greift, um den komplexen Begriff vollständig abzubilden. Deutlich wird damit, dass Nachhaltigkeit als ein Begriff verstanden werden muss, der viele Themenbereiche adressiert.

## 2.2 Internationale und nationale Nachhaltigkeitsziele

Der weltweite Diskurs zum Thema Nachhaltigkeit begann erst vor 36 Jahren, durch den Brundtland-Bericht der Weltkommission für Umwelt und Entwicklung. Fünf Jahre später (im Jahr 1992) wurde die **Agenda 21** der Vereinten Nationen (United Nations, UN) veröffentlicht, die Leitlinien für die nachhaltige Entwicklung im 21. Jahrhundert beinhaltet. Die damit verbundene Entwicklung von Zielvorgaben ist wichtig, um den Status quo der Nachhaltigkeit bewertbar zu machen. (Jürgen Graalman, 2022) Im Bereich „Schutz und Förderung der menschlichen Gesundheit“ bezieht sich die Agenda 21 auf folgende Bereiche: Bedürfnisdeckung der primären Gesundheitsversorgung (insb. in ländlichen Gebieten), Verbreitung übertragbarer Krankheiten unterbinden, schwächere Gesellschaftsgruppen schützen, einen Umgang mit städtischen Gesundheits Herausforderungen finden und Umweltverschmutzung sowie die daraus folgenden Risiken für die Gesundheit reduzieren. (Vereinte Nationen, 1992)

In Anlehnung daran wurde durch die World Health Organization (WHO) im Jahr 1998 die Strategie **„Gesundheit 21 – Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert“** veröffentlicht. Strategieziele sind die weltweite Gesundheitsförderung und der Gesundheitsschutz der Bevölkerung sowie die Inzidenzverringern von wichtigen Krankheiten. Was unter nachhaltiger Gesundheit zu verstehen ist, wird durch die Strategie nicht näher definiert. (Trojan & Süß, 2020)

Im Jahr 2012 wurde die Strategie **„Gesundheit 2020“** vorgestellt, die sich auf die europäische WHO-Region bezieht. Ziele dieser sind die Reduktion der vorzeitigen Mortalität, die Steigerung der Lebenserwartung, der Abbau von gesundheitlichen Ungleichheiten, die Förderung des Wohlergehens, die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung sowie die Entwicklung von nationalen Zielen. (Weltgesundheitsorganisation & Regionalbüro für Europa, 2012)

Die UN veröffentlichten Anfang des Jahres 2016 17 Ziele für eine nachhaltige Entwicklung („Sustainable Development Goals“, kurz SDGs), welche auch **„Agenda 2030“** genannt werden, da sie bis zum Jahr 2030 erreicht sein sollen. Die SDGs lösten die acht Millenniums-Entwicklungsziele (Millennium Development Goals, kurz MDGs) der UN ab. Das dritte Ziel der Agenda 2030 adressiert direkt den Gesundheitsbereich: „Ein gesundes Leben für alle Menschen jeden Alters gewährleisten und ihr Wohlergehen fördern“. Das Ziel wird durch 13 Unterziele näher beschrieben, wobei auch die anderen 16 Hauptziele indirekt die angestrebte Gewährleistung der Gesundheit unterstützen. (Vereinte Nationen, 2023)

In Deutschland wurden die internationalen SDGs zuerst im Jahr 2017 auf nationaler Ebene konkretisiert, indem die **„Deutsche Nachhaltigkeitsstrategie“** (DNS) veröffentlicht wurde. Die Strategie enthält ebenso 17 Ziele; auch hier bezieht sich das dritte Ziel auf den Bereich „Gesundheit und Wohlergehen“. Dieser Bereich wird über die Unterbereiche Gesundheit und Ernährung, Luftbelastung sowie Globale Gesundheit beschrieben und umfasst neun Indikatoren. Anhang 1 fasst die DNS zusammen. Deutlich wird, dass nicht alle SDGs Anwendung auf nationaler DNS-Ebene finden, da Deutschland in diesen Bereichen bereits nachhaltig aufgestellt ist (z. B. Ernährungssicherung, Trinkwasserqualität). (Bundesregierung, 2021)

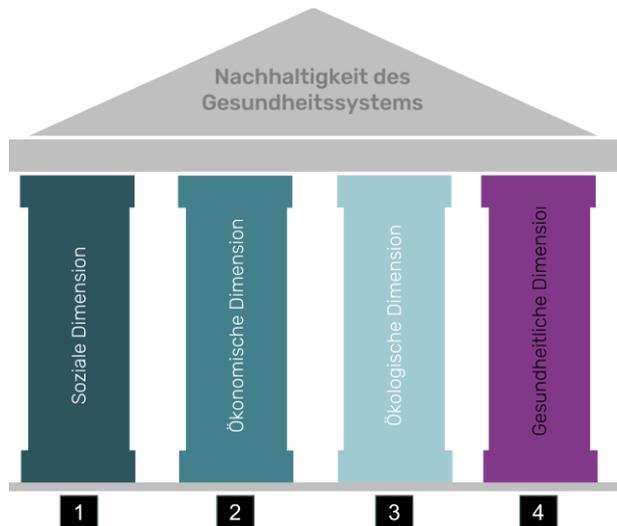
Die Europäische Kommission entwickelte 2019 den „**European Green Deal**“. Dieser hat zum Ziel, sicherzustellen, dass bis 2050 keine Treibhausgase mehr emittiert werden, dass das wirtschaftliche Wachstum vom Ressourceneinsatz entkoppelt wird und dass keine Person und kein Ort von diesen Entwicklungen ausgeschlossen werden. (Europäische Kommission, 2019)

## 2.3 Nachhaltigkeit des Gesundheitssystems

Das Konzept der Nachhaltigkeit fußt auf der Gleichwertigkeit der Sicherstellung der ökologischen, sozialen und ökonomischen Nachhaltigkeit. Die Aufrechterhaltung eines hohen Gesundheitsniveaus wird der sozialen Nachhaltigkeitsdimension zugeordnet. (Trojan & Süß, 2020) Da dieses Vorhaben auch dem Hauptziel der Aktivitäten des Gesundheitssystems entspricht, kann der inhaltliche Verantwortungsbereich des Gesundheitssystems dem sozialen Nachhaltigkeitsbereich zugeordnet werden. Allerdings ist das Gesundheitssystem nicht nur mit der Patientenversorgung beauftragt, sondern auch mit Themen wie bspw. der Forschung, der Finanzierung oder dem Ressourcenumgang. Berücksichtigt werden muss, dass das Gesundheitssystem komplex ist, wobei sich die Komplexität aus einer Vielzahl an Elementen (z. B. diverse Akteure und deren verschiedene Ziele) und deren Interdependenzen ergibt. Um die Nachhaltigkeit des Systems zu erfassen, müssen neben der sozialen Nachhaltigkeitsdimension auch die ökonomische und die ökologische Perspektive auf das Gesundheitssystem übertragen werden.

Zur Beschreibung der Nachhaltigkeit des Gesundheitssystems werden die drei beschriebenen Nachhaltigkeitsdimensionen auf das System übertragen. Durch den **sozialen** Bereich wird beschrieben, inwiefern Menschen einen gerechten Zugang zur Gesundheitsversorgung erhalten. Die **ökonomische** Bedürfnisdimension prüft, wieviel Gesundheit bei welchem Mitteleinsatz generiert werden kann. Die **ökologische** Dimension zeigt die Wechselwirkung zwischen dem (umweltschädlichen) Ressourcenumgang und der Gesundheit auf. (J. Graalmann, Rödiger, Blum & Kreßler, 2022)

Ein weiterer Ansatz erweitert die drei klassischen Nachhaltigkeitsdimensionen im sozialen, ökonomischen und ökologischen Bereich um die **gesundheitliche Nachhaltigkeitsdimension** (siehe Abb. 2). Begründet wird diese Erweiterung damit, dass durch die soziale Dimension nicht alle Bereiche von Gesundheit und dem umgebenden System zur Sicherstellung und Wiederherstellung von Gesundheit wiedergegeben werden können. Eine weitere Begründung des Aufbaus dieser vierten Nachhaltigkeitsdimension besteht darin, dass so die Wechselwirkungen zwischen den Themenbereichen verdeutlicht werden können, wobei Gesundheit die Grundvoraussetzung für das Handeln ist. (Scherenberg, 2011)



**Abb. 2: Vier-Säulen-Modell zur Nachhaltigkeit des Gesundheitssystems**

Quelle: Eigene Darstellung, beruhend auf Deutscher Bundestag, 1998; Scherenberg, 2011

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. Nach dem Verständnis der PHSSR werden durch „mehr“ Nachhaltigkeit die Bereitstellung von Leistungen und Ressourcen sowie 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. Nach PHSSR-Verständnis ist dabei auch Resilienz von großer Bedeutung, ein mit Nachhaltigkeit eng verwandter Begriff, der die Fähigkeit eines Systems beschreibt, auf Krisen oder 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 für die Bevölkerungsgesundheit sowie Störungen der Leistungsversorgung reduziert werden. (Partnership for Health System Sustainability and Resilience, 2021)

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.

## 2.4 Der „Nachhaltigkeitsindex 2023“

### 2.4.1 Wie wurde der Nachhaltigkeitsindex entwickelt?

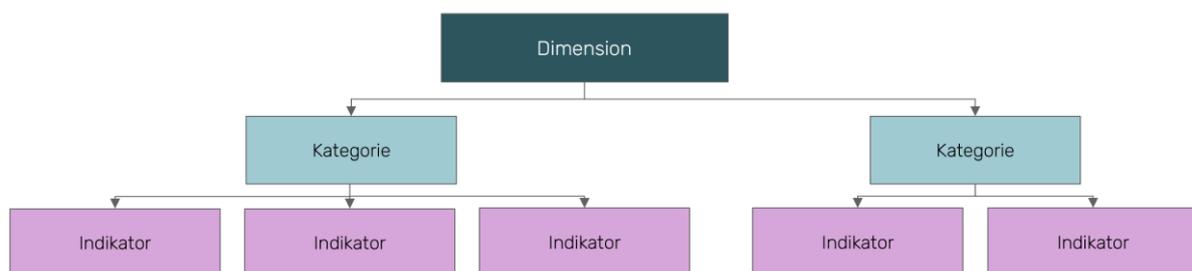
Der Konstruktion des Nachhaltigkeitsindex liegt das Bestreben zugrunde, Nachhaltigkeit des Gesundheitswesens möglichst **ganzheitlich** und **zahlenbasiert** abzubilden. Durch die damit verbundene Berücksichtigung von interdisziplinären Zusammenhängen, die über die klassischen Sektorengrenzen des Gesundheitswesens 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 Ge-

sundheitssysteme 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. Durch die Aufarbeitung der Literatur (s. „Nachhaltigkeitsindex 2022“ unter <https://partnerschaft-zukunft-gesundheit.de/>) 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. 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 3.2 erläutert. Die abschließende Diskussion und die Validierung des Index fanden über Interviews und vertiefende Diskussionsrunden mit **Expertinnen und Experten** aus dem Gesundheitswesen und damit verwandten Tätigkeitsfeldern statt.

## 2.4.2 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. Dargestellt ist die Taxonomie des Index durch Abb. 3. Übergeordnet erfolgt die Nachhaltigkeitsbetrachtung durch den Index mittels **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.

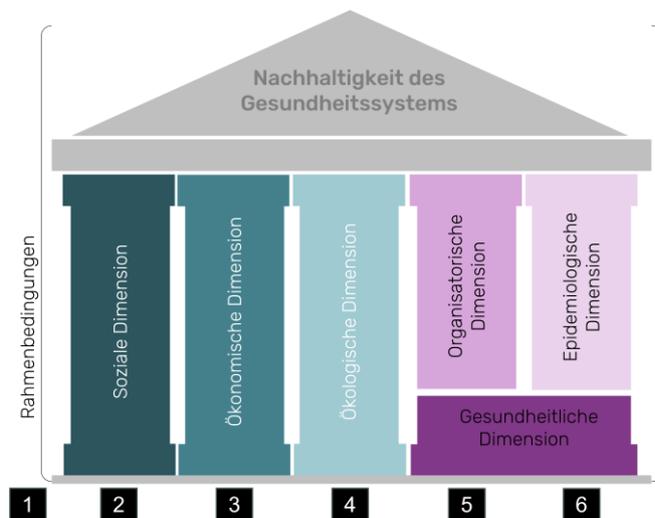


**Abb. 3: Taxonomie des Index**

Quelle: Eigene Darstellung

Die Aufarbeitung des Begriffs der Nachhaltigkeit verdeutlichte, dass drei der Dimensionen in der Abdeckung des sozialen, des ökologischen und des ökonomischen Bereichs bestehen. Durch die Aufnahme in den Nachhaltigkeitsindex werden sie auf das Gesundheitssystem bezogen. Die drei Dimensionen werden um eine weitere Dimension ergänzt, welche Gesundheit unter nachhaltigen Gesichtspunkten zugänglich macht. 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. Die nunmehr sechs Nachhaltigkeitsdimensionen im Kontext des Gesundheitssystems werden durch folgende Abbildung 4 zusammengefasst.



**Abb. 4: Sechs-Säulen-Modell zur Nachhaltigkeit des Gesundheitssystems**

Quelle: Eigene Darstellung

Der Nachhaltigkeitsindex dient der systematischen Bestandsaufnahme der Nachhaltigkeit und Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitssystems. Dafür wurden anhand einer breiten Literaturlaufarbeit Umsetzungsbereiche der Nachhaltigkeit bestimmt. Diese Kategorien wurden den beschriebenen einzelnen Nachhaltigkeitsdimensionen zugeordnet und lassen sich durch Indikatoren bzw. Kennzahlen weiter operationalisieren. Die **Daten**, welche in den Index einfließen, unterliegen der Voraussetzung, dass sie öffentlich zugänglich sind. Durch dieses Vorgehen lassen sich Datenlücken bestimmen. Die vorhandenen Daten werden hinsichtlich ihrer Qualität bewertet. Für diese Bewertung wurde ein Punktesystem entwickelt. Die Daten werden weiter für eine Trendbewertung genutzt. Die **Trendanalyse** hat zum Ziel, dass, basierend auf mindestens drei Datenpunkten und idealerweise allen jährlichen Datenpunkten zwischen 2000 bis heute, eine Aussage darüber gemacht wird, ob sich die Kennzahl steigend, gleichbleibend oder sinkend entwickelt. Für die Themenbereiche der Nachhaltigkeit werden **Ziele** recherchiert, sodass sich entweder ein Zielerreichungsgrad oder die Notwendigkeit einer Zielformulierung feststellen lässt.

Im Jahr 2023 wurden die bereits definierten Datenpunkte aktualisiert und um aktuelle Themen der Nachhaltigkeit erweitert. Der **Nachhaltigkeitsindex 2023** umfasst 24 Kategorien und 292 Indikatoren. Tabelle 1 fasst zusammen, wie sich diese Indikatoren und Kategorien auf die sechs Nachhaltigkeitsdimensionen verteilen. Die in den Index integrierten Umsetzungsbereiche einer nachhaltigen Gesundheitsversorgung wurden als Ausgangsbasis für die Erstellung eines **Themenschwerpunkts zur Chronischen Nierenerkrankung** (engl. „Chronic Kidney Disease“, CKD) genutzt.

Dimensionen	Kategorien	Anzahl Indikatoren
Rahmenbedingungen	Demografie	8
	Sozioökonomischer Hintergrund	10
Sozial	Responsiveness	5
	Gerechtigkeit	5
Ökonomisch	Gesundheitsausgaben	32
	Krankheitskosten	7
	Gesundheitseinnahmen	4
	Einnahmenüberschuss bzw. GKV-Defizit	1
Ökologisch	Ressourcenumgang	16
	Gesundheitsrisiken durch Umgebung	13
	Ökologisches Management	4
Gesundheitlich/ Organisatorisch	Governance	3
	Zugang	4
	Institutionen	20
	Beschäftigte	23
	Produkte	11
	Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen	38
	Qualität der Leistungserbringung	8
	Resilienz	8
Gesundheitlich/ Epidemiologisch	Lebenserwartung	3
	Mortalität	4
	Morbidität	11
	Sonstige Aspekte des Gesundheitszustandes	39
	Risikofaktoren	3
		12

**Tabelle 1: Schematisierung des Indexaufbaus und Anzahl enthaltener Indikatoren**

Quelle: Eigene Darstellung

## 3 Ergebnisverwertung

### 3.1 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 ab dem Jahr 2000 bis zum Jahr 2022 bzw. alternativ des aktuellen Datenjahres dargestellt.

Von den betrachteten Indikatoren können 83 % mit mindestens einem Datum bzw. Wert quantifiziert werden. Dem stehen 8 % der Indikatoren gegenüber, für die keinerlei Daten vorliegen (NN). Bei 10 % der definierten Indikatoren liegt nur ein einzelner Datenpunkt vor (NA). Die ausgeprägtesten Datenlücken betreffen die soziale Nachhaltigkeitsdimension (50 % der definierten Indikatoren weisen Lücken auf) und die ökologische Dimension (33 % der definierten Indikatoren weisen Lücken auf), gefolgt von der gesundheitlich-epidemiologischen Nachhaltigkeitsdimension (23 % der definierten Indikatoren weisen Lücken auf).

### 3.2 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 66 % der Daten zutrifft. Durch Werte zwischen 3 und 4 wird eine gute Datenqualität ausgedrückt (26 %); eine Bewertung zwischen 0 und 2 drückt eine mangelhafte Situation aus (8 %). 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 2020 liegen können. Im Gegensatz dazu werden null Punkte verteilt, wenn die Zeitreihe nur zwei Datenjahre oder weniger umfasst. Umfasst die Zeitreihe mindestens die Jahre 2020, 2021 und 2022, wird sie den Ansprüchen an eine hohe 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 mindestens ein in die Trendanalyse eingeschlossenes Datum aktueller als einschließlich 2018, so kann ein weiterer Punkt gegeben werden. Liegt das Datum vor 2018, wird kein Punkt vergeben.

Die Datenqualität sämtlicher bewerteter Indikatoren kann durchschnittlich als gut (4,5) eingestuft werden. Die soziale Dimension weist durchschnittlich die schlechteste Datenqualität auf (3,4), gefolgt von der gesundheitlich-epidemiologischen Dimension (4,1). Im Gegensatz dazu sind die Daten der Rahmenbedingungen sehr gut aufgearbeitet (5,2).

### 3.3 Trendanalyse

Die Trendanalyse hat zum Ziel, dass eine Aussage darüber gemacht wird, ob sich die Kennzahl steigend, gleichbleibend oder sinkend entwickelt. Das älteste Datenjahr der Zeitreihe ist idealerweise das Jahr 2000. Trends können dann nicht abgeleitet werden, wenn entweder keine Daten vorliegen oder nur eine einzelne Zahl existiert. Die Bewertung der Entwicklung der Indikatoren im Zeitverlauf ist idealerweise an Ziele geknüpft. Ist eine Zielerreichung gegeben oder absehbar, kann eine positive Trendbewertung stattfinden. Alternativ können die Trendentwicklungen als negativ (keine Zielerreichung absehbar) bewertet werden. Aufgrund der geringen Zielverfügbarkeit (s. Kapitel 3.4) werden einzelne Indikatoren auch unabhängig von einer Zielverfügbarkeit bewertet, beispielsweise durch Referenzdaten oder Prognosewerte. Dadurch können die Indikatoren hinsichtlich ihrer Entwicklung auch als neutral bewertet werden. Es 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 Kontakte mit Ärzten bzw. Ärztinnen). Dies mag erst in Kombination mit anderen Kennzahlen oder unter Hinzuziehung von Zielvorgaben sinnvoll sein. Insgesamt ist für 59 % der definierten Nachhaltigkeitsindikatoren keine Bewertung der Trendentwicklung möglich.

Von den 292 Nachhaltigkeitsindikatoren wurden 119 bzw. 41 % bislang als bewertbar eingestuft. Davon wurde die Entwicklung von 50 Indikatoren bzw. 42 % als positiv bewertet, jene von 46 Indikatoren bzw. 39 % wurde als negativ eingestuft und 23 Indikatoren bzw. 19 % haben sich im Beobachtungszeitraum eher gleichbleibend bzw. neutral entwickelt.

### 3.4 Zielvorgaben und Vergleichsdaten

Punktuell konnten 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 (SDGs) bereits vereinzelt Vorgaben gemacht, die auch auf das Gesundheitssystem übertragbar sind. Der Zeithorizont der DNS-Ziele variiert zwischen 2025, 2030 und 2050, wobei nicht immer ein konkreter Zeitbezug angegeben wird. Die SDGs beziehen sich wiederum auf das Jahr 2030. (Die Bundesregierung, 2021; United Nations, 2016) 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 %). Alternativ zu nicht vorhandenen Zielvorgaben können Prognosen hinzugezogen werden, welche Entwicklungstendenzen abschätzen. Als Alternative zur Herleitung von Zielwerten wird zudem 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.

Für 59 der 292 in den Index eingeschlossenen Indikatoren gibt es Zielvorgaben (20 %). Daneben wurden Prognosewerte und Referenzwerte identifiziert, sodass zu 122 Indikatoren (42 %) Vergleichsdaten vorliegen.

## 4 Ergebnisse

### 4.1 Rahmenbedingungen

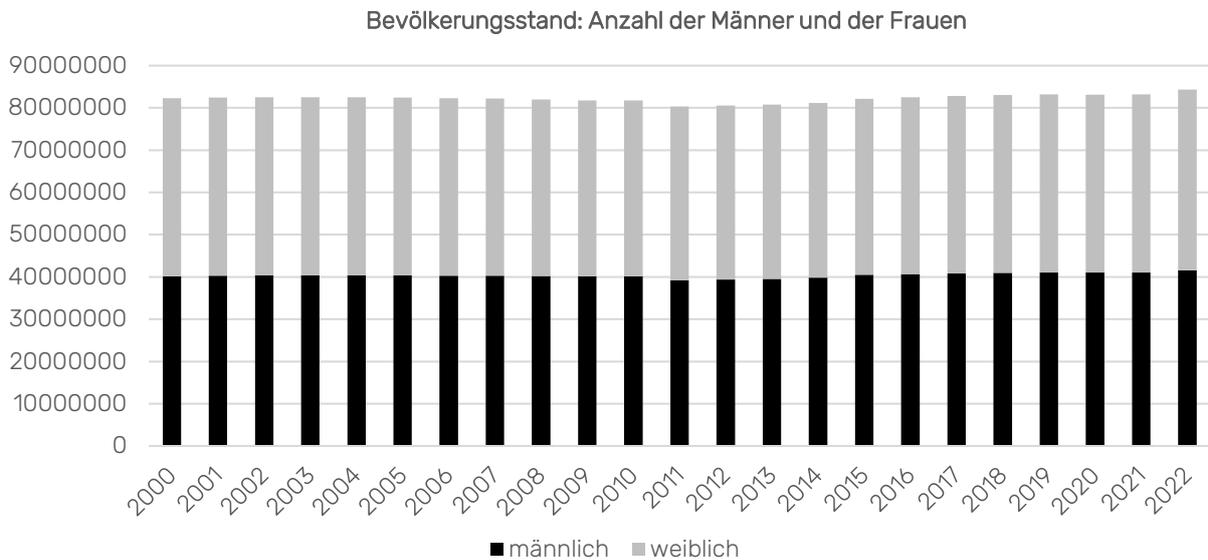
Im Folgenden werden die Ergebnisse der ersten betrachteten Nachhaltigkeitsdimension zusammengefasst. Es folgt eine Zusammenfassung der ersten Kategorie dieser Dimension, wobei anschließend die einzelnen Indikatoren vorgestellt werden. Dieser Aufbau der Ergebnisdarstellung wird auch bzgl. der folgenden Dimensionen wiederholt. Die Darstellung der Indikatoren folgt der Logik, dass deren Inhalt, Datenhöhe für die letzten drei Jahre, Trendentwicklung und Datenqualität angegeben wird, wobei diese Informationen bei Vorhandensein um Zielvorgaben sowie Prognose- und/oder Referenzwerte ergänzt werden. Zur Trendbewertung wird die Richtung der beobachteten Entwicklung sowohl quantitativ (Pfeilrichtung: „→“ gleichbleibender Trend, „↑“ steigender Trend, „↓“ sinkender Trend) als auch, wenn möglich, qualitativ (farbliche Hervorhebung der Pfeile: **neutral**, **positiv**, **negativ**) bewertet. Soweit möglich (es liegen genügend Datenpunkte ggf. i. V. m. Referenzdaten vor), visualisieren Grafiken zusätzlich die Indikatorenentwicklung, wobei maximal der Zeitraum 2000 bis 2022 abgebildet wird. Da mitunter mehrere Indikatoren durch eine Grafik zusammengefasst werden, zeigt folgendes Symbol in der Tabelle an, ob eine Grafik vorhanden ist: 

Die Dimension der Rahmenbedingungen wird durch die beiden Kategorien „Demografie“ und „Sozio-ökonomischer Hintergrund“ beschrieben, welche zum einen durch acht und zum anderen durch zehn 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 die Nachhaltigkeitsdimension durch 18 Indikatoren (entspricht 6 % aller Indikatoren) beschrieben wird. Alle definierten Indikatoren können mit Daten hinterlegt werden, sodass die Datenverfügbarkeit (kein NN/NA) bei 100 % liegt. 28 % der Indikatoren können mit Zielvorgaben kombiniert werden und für insgesamt 83 % liegen Vergleichsdaten vor. Die Hälfte der Indikatoren ist hinsichtlich ihrer Trendentwicklung nicht bewertbar. Von den bewertbaren Indikatoren können 67 % als positiv, 0 % als neutral und 33 % als negativ bewertet werden. Insgesamt kann die Datenqualität der Dimension mit 5,2 bewertet werden bzw. ist als sehr gut einzuschätzen.

#### 4.1.1 Demografie

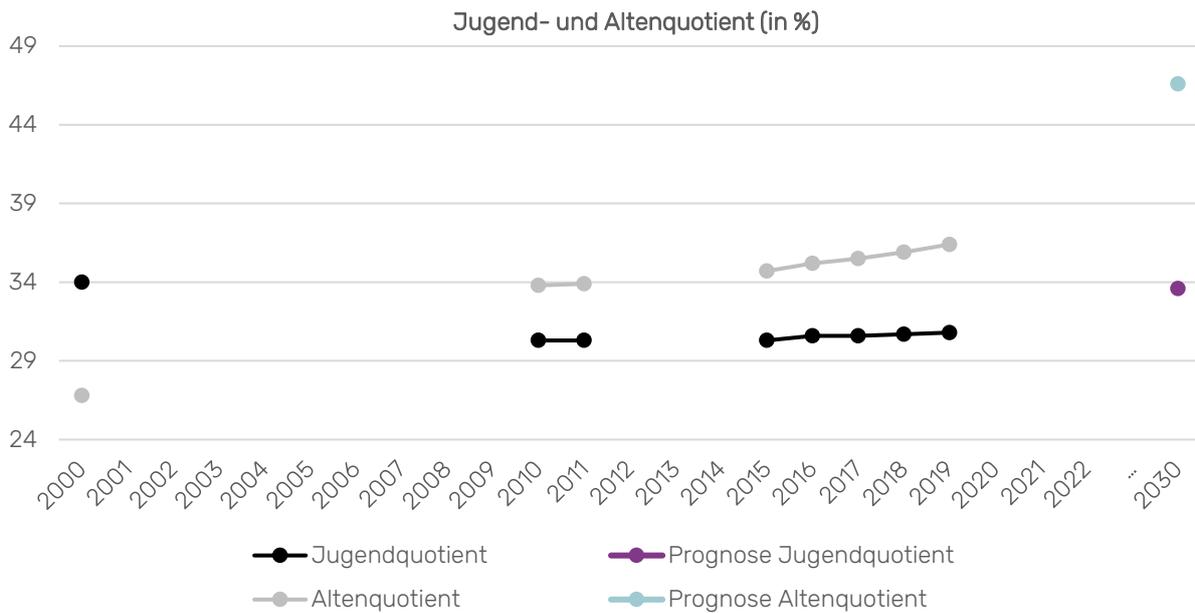
Durch die Kategorie der Demografie wird der Zustand der Bevölkerung beschrieben sowie deren Entwicklungen. Einzelne demografische Aspekte wie bspw. die Mortalität und die Lebenserwartung werden nicht an dieser Stelle, sondern durch die gesundheitliche Dimension der Nachhaltigkeitsbewertung aufgearbeitet. Größen zur Beschreibung der Migration werden auch im Rahmen der gesundheitlichen Dimension aufgegriffen, um die Gesundheitsberufe abzubilden. Die Nachhaltigkeitskategorie wird durch acht Indikatoren (entspricht 44 % aller Indikatoren der übergeordneten Nachhaltigkeitsdimension) beschrieben. Alle definierten Indikatoren können mit Daten hinterlegt werden, sodass die Datenverfügbarkeit bei 100 % liegt. Keiner der Indikatoren kann mit Zielvorgaben kombiniert werden. Für insgesamt 88 % liegen Vergleichsdaten vor. Es kann keine Trendbewertung vorgenommen werden. Insgesamt kann die Datenqualität der Dimension mit 5,5 bewertet werden bzw. ist als sehr gut einzuschätzen.

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	✓2020 ✓2021 ✓2022  In den Jahren 2019, 2020 und 2021 umfasste die deutsche Bevölkerung ca. 83,2 Mio. Menschen, im Jahr 2022 stieg die Zahl auf 84,4 Mio. Menschen. Seit 2000 liegt der Anteil der Frauen an der Gesamtbevölkerung bei 50,9 % und jener der Männer bei 49,1 %. Innerhalb des Datenzeitraums von 2000 bis 2022 erreichte die Bevölkerungszahl im Jahr 2022 einen neuen Höchststand. (Statistisches Bundesamt [Destatis], 2023b)	
Trend	→	
Datenqualität	Sehr gut (6/6)	
Prognose	Zwischen 2050 und 2060 wird ein Herabsinken auf einen Wert von 81,8 Mio. Personen prognostiziert. Die Verteilung zwischen den Geschlechtern bleibt dabei nahezu unverändert. (Eurostat, 2023b)	
Zielvorgabe	Nicht bekannt	
Referenzwert	Nicht relevant	

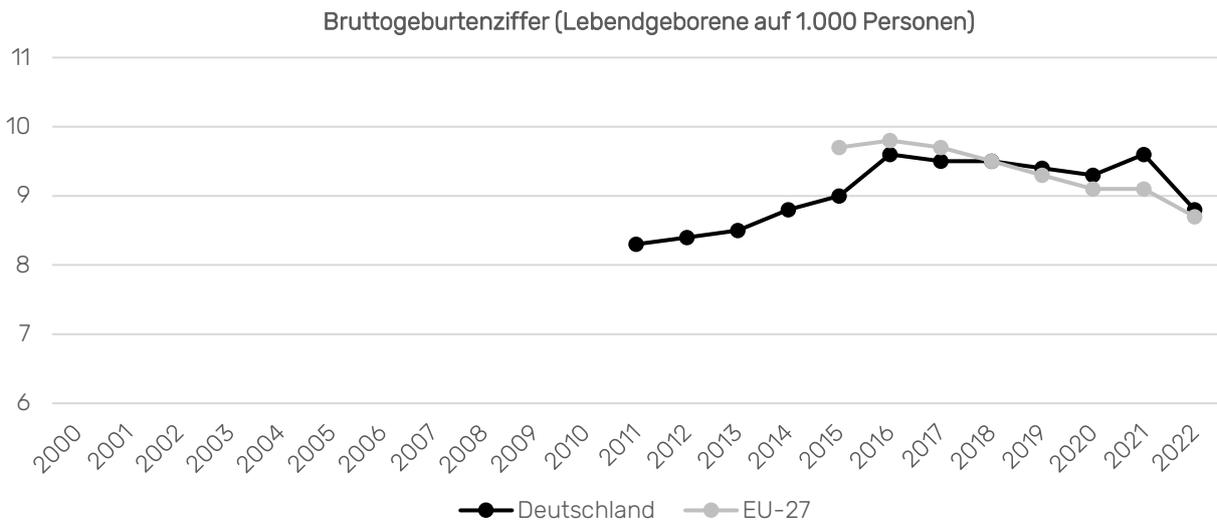


Indikator 4	Jugendquotient	
Inhalt	<p>Der Jugendquotient hat als Belastungsindikator Einfluss auf weitere Indikatoren des Nachhaltigkeitsindex, welche bspw. die Frage der GKV-Einnahmen oder der Verfügbarkeit von Personal adressieren. Der Jugendquotient gibt an, wie viele Personen unter 20 Jahren auf 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.</p>	
Daten	<p>✓2020 ✓2021 ✓2022</p> <p>Im Jahr 2019 lag der Quotient bei 30,8 %. Im Vorjahr lag der Jugendquotient bei 30,7 %. Für die Jahre 2020, 2021 und 2022 liegen keine aktuellen Daten vor. (Destatis, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung &amp; Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung, 2021)</p>	
Trend	→	
Datenqualität	Gut (4/6)	
Prognose	<p>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)</p>	
Zielvorgabe	Nicht bekannt	
Referenzwert	Nicht bekannt	

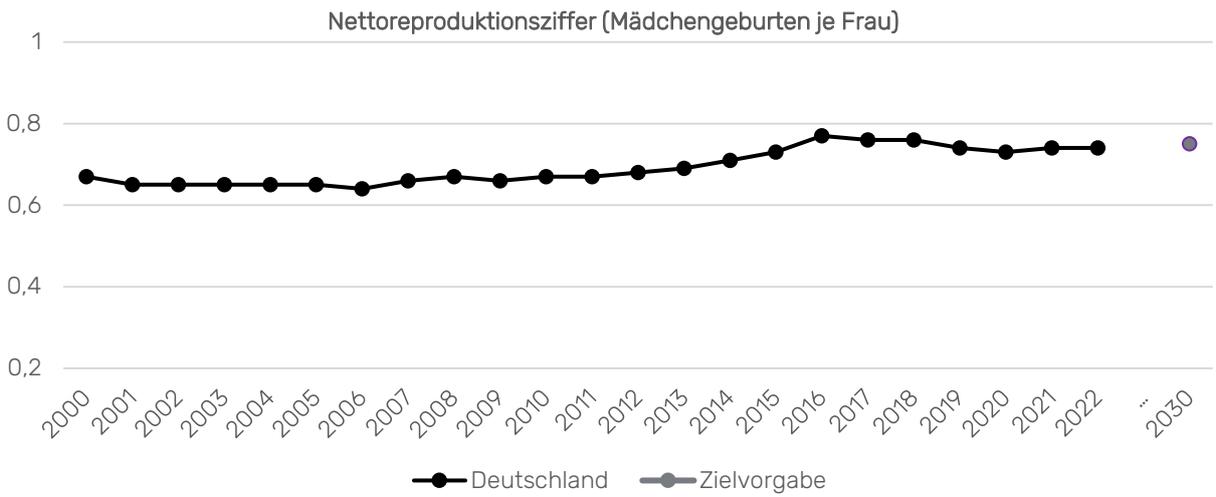
Indikator 5	Altenquotient	
Inhalt	Der Altenquotient bezieht sich auf Personen ab 65 Jahren, anteilig an der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter, und ist ebenso wie der Jugendquotient als ein Belastungsindikator zu verstehen.	
Daten	✓2020 ✓2021 ✓2022 Der Quotient lag 2019 bei 36,4 %, womit er im Vergleich zum Vorjahr um 0,5 % gestiegen ist. Anfang der Jahrtausendwende hat der Altenquotient den Jugendquotienten (vermutlich) dauerhaft überholt. Für die Jahre 2020, 2021 und 2022 liegen keine aktuellen Daten vor. (Destatis et al., 2021)	
Trend	↑	
Datenqualität	Gut (4/6)	
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	Der Altenquotient lag in den Ländern der EU-27 im Jahr 2022 durchschnittlich bei 33 %. Im Jahr 2021 lag er noch bei 32,6 %, im Jahr zuvor bei 32 %. (Eurostat, 2023m)	



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	✓2020 ✓2021 ✓2022 Die Ziffer lag im Jahr 2020 in Deutschland bei 9,3, stieg im Folgejahr um 0,3 und sank bis 2022 auf den Wert von 8,8 Lebendgeborene je 1.000 Personen, welcher zuletzt im Jahr 2014 erreicht wurde. (Eurostat, 2023j)	
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. Im Jahr 2022 lag die Bruttogeburtenziffer bei 8,7. (Eurostat, 2023j) Der EU-27-Wert und der Wert Deutschlands haben sich dabei angenähert.	



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	✓2020 ✓2021 ✓2022 Die Zahl lag sowohl im Jahr 2022 als auch 2021 und 2019 bei 0,74 Mädchen-geburten je Frau, nur im Jahr 2020 sank sie auf 0,73. (Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung [BiB], 2023)
Trend	→
Datenqualität	Sehr gut (6/6)
Prognose	Es wird prognostiziert, dass die Nettoreproduktionsziffer im Jahr 2030 bei 0,75 liegen wird. Bis 2050 soll sie auf 0,77 und bis 2060 auf 0,77 ansteigen. (United Nations, 2023)
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Der EU-27-Wert lag zuletzt 2022 bei 0,65 und in den beiden Jahren zuvor bei 0,66. (United Nations, 2023)



**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**

✓2020 ✓2021 ✓2022

Der Wanderungssaldo ist in den letzten Jahren gestiegen, was im Kontext des russischen Angriffskrieges auf die Ukraine zu bewerten ist. Nach einem Abfall der Zahlen im Jahr 2020 auf 220.251 Personen stieg das Wanderungssaldo im Jahr 2021 auf 329.163 und bis zum Jahr 2022 auf 653.724 Personen. (Destatis, 2023n)

**Trend**

↑

**Datenqualität**

Sehr gut (6/6)

**Prognose**

Zwar existieren Prognosen zu dem Wanderungssaldo, diese werden hier jedoch nicht berücksichtigt, da aktuelle Entwicklungen wie der Angriffskrieg Russlands auf die Ukraine zeigen, dass die Prognosen mit einer hohen Unsicherheit behaftet sind.

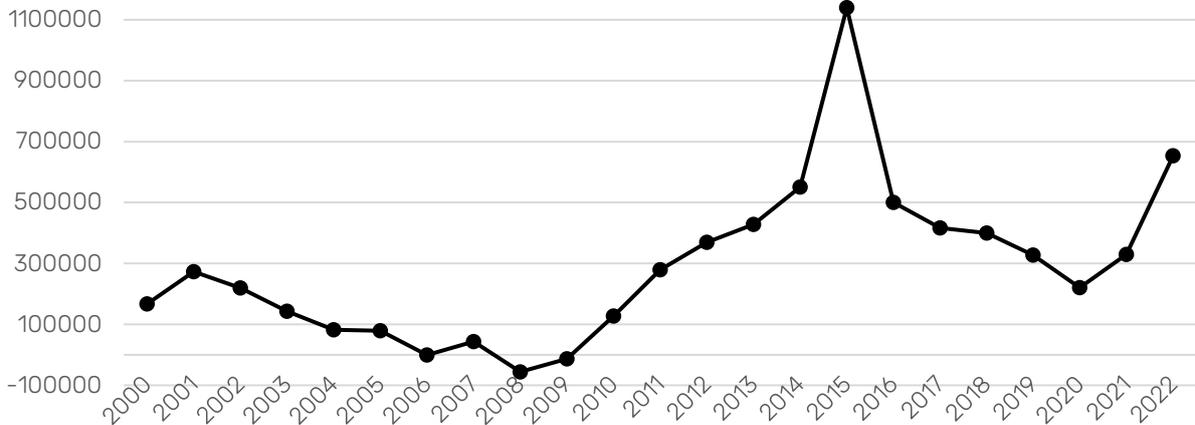
**Zielvorgabe**

Nicht bekannt

**Referenzwert**

Nicht bekannt

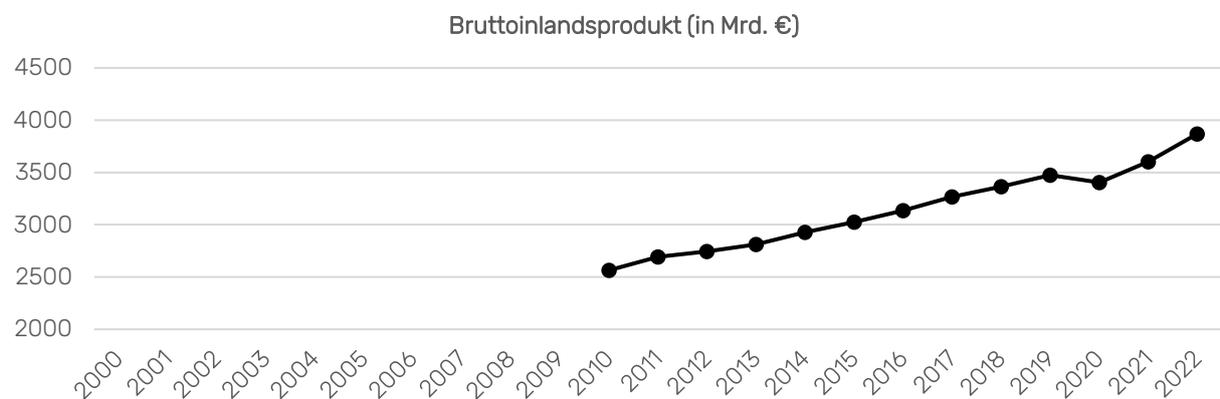
Wanderungssaldo zwischen Deutschland und dem Ausland



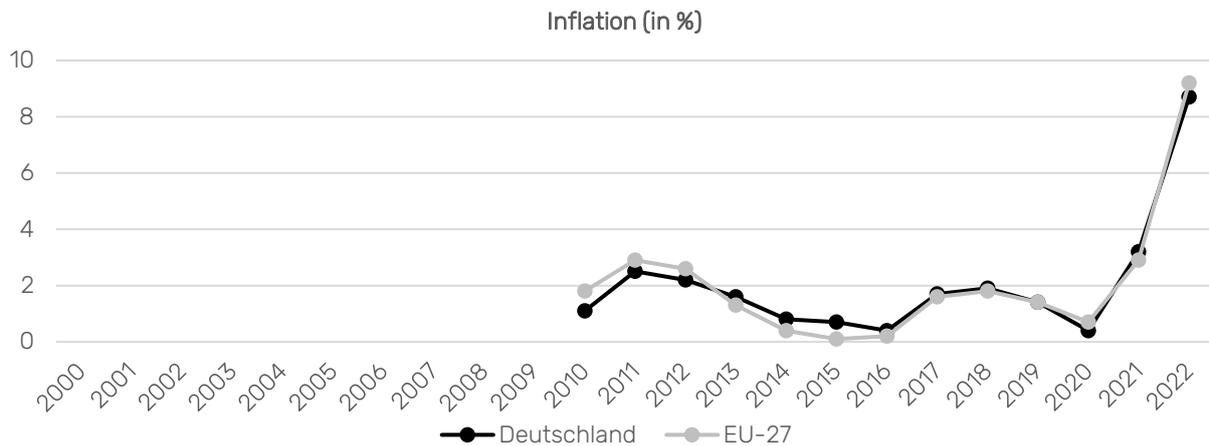
### 4.1.2 Sozioökonomischer Hintergrund

Neben demografischen Aspekten werden die Rahmenbedingungen über die Aufarbeitung des sozio-ökonomischen Hintergrundes der Bevölkerung beschrieben. Soziale Fragestellungen werden dabei mit ökonomischen in Verbindung gebracht und die Thematiken Arbeit und Ausbildung werden berücksichtigt. Die Nachhaltigkeitskategorie wird durch zehn Indikatoren (entspricht 56 % aller Indikatoren der übergeordneten Nachhaltigkeitsdimension) beschrieben. Alle definierten Indikatoren können mit Daten hinterlegt werden, sodass die Datenverfügbarkeit bei 100 % liegt. 50 % der Indikatoren können mit Zielvorgaben kombiniert werden. Für insgesamt 80 % liegen Vergleichsdaten vor. 10 % der Indikatoren sind hinsichtlich ihrer Trendentwicklung nicht bewertbar. Von den bewertbaren Indikatoren können 67 % als positiv, 0 % als neutral und 33 % als negativ bewertet werden. Insgesamt kann die Datenqualität der Dimension mit 5,0 bewertet werden bzw. ist als sehr gut einzuschätzen.

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	✓2020 ✓2021 ✓2022 Das BIP zu Marktpreisen ist seit 2010 kontinuierlich gestiegen, mit Ausnahme des Pandemiejahres 2020. Im Jahr 2022 wurde zuletzt ein neuer Höchststand erreicht, der bei 3.869,9 Mrd. € lag. (Eurostat, 2023c)	
Trend	↑	
Datenqualität	Sehr gut (5/6)	
Prognose	Das BIP-Wachstum wird pro Jahr mit 1,14 % prognostiziert. (Bundesministerium für Digitales und Verkehr [BMDV], 2022)	
Zielvorgabe	Die DNS gibt als Zielvorgabe ein „stetiges und angemessenes Wirtschaftswachstum“ an, wobei diese Vorgabe nicht näher spezifiziert wird. (Die Bundesregierung, 2021)	
Referenzwert	Nicht relevant	



Indikator 10	Inflationsrate	
Inhalt	Die Inflationsrate wird nach dem Harmonised Index of Consumer Prices (Harmonisierter Verbraucherpreisindex) abgebildet und gibt die Preissteigerung an.	
Daten	✓2020 ✓2021 ✓2022 Die Inflation lag im Jahr 2022 bei 8,7 %, womit sie gegenüber den Jahren 2020 (0,4 %) und 2021 (3,2 %) deutlich gestiegen ist. (Eurostat, 2023h)	
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 %, 2021 bei 2,9 % und 2022 bei 9,2 %. (Eurostat, 2023h)	



**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**

✓2020 ✓2021 ✓2022

Nach dem Inländerkonzept lagen die durchschnittlichen Bruttolöhne und -gehälter monatlich je Arbeitnehmer im Jahr 2020 bei ca. 3.098 €, 2021 bei knapp 3.201 € und 2022 bei über 3.333 €. (Destatis, 2023k)

**Trend**

↑

**Datenqualität**

Sehr gut (5/6)

**Prognose**

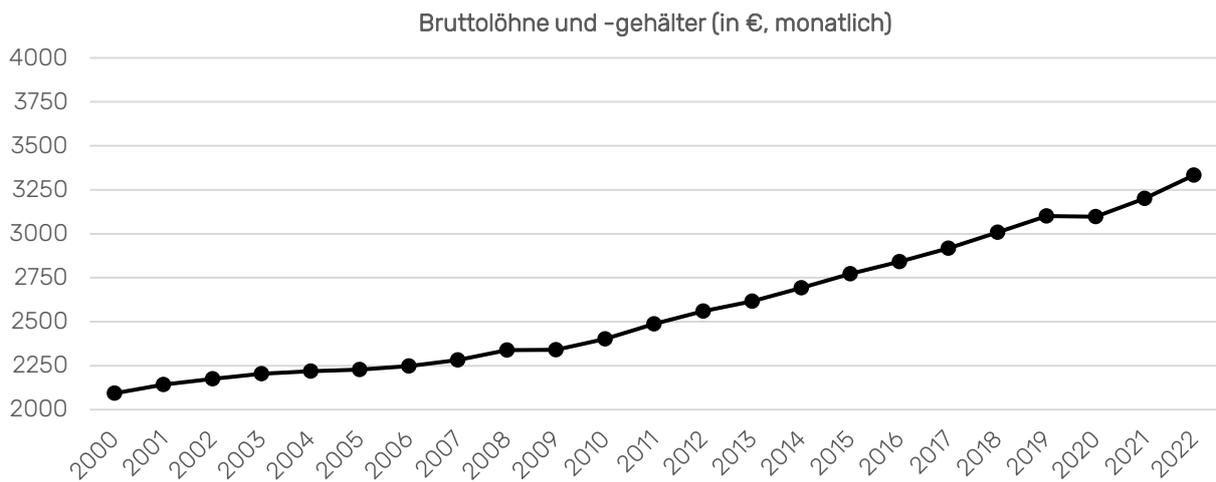
Nicht relevant

**Zielvorgabe**

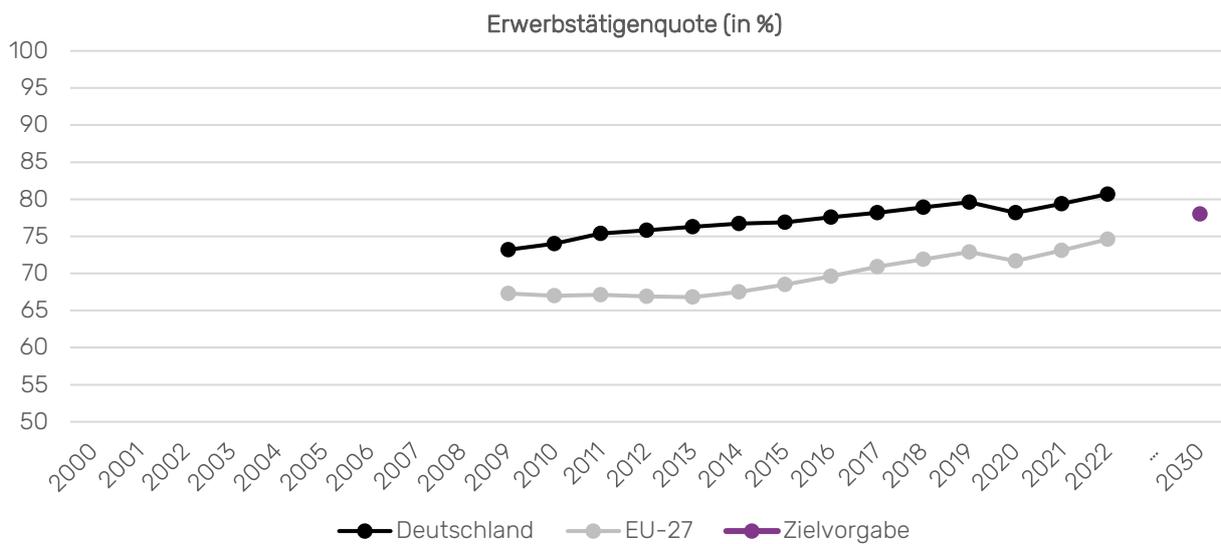
Nicht bekannt

**Referenzwert**

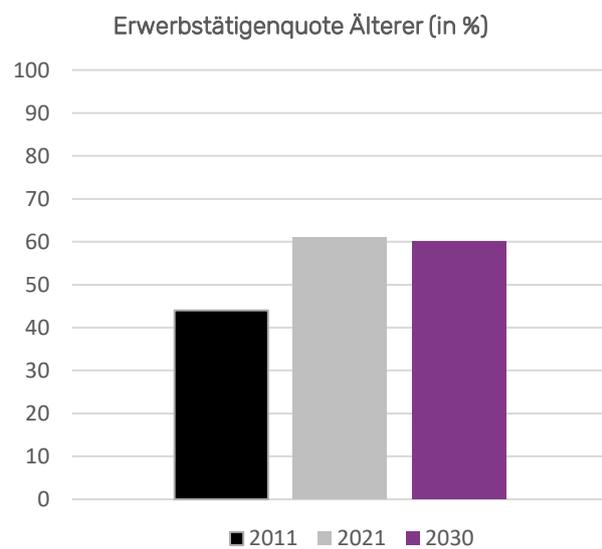
Nicht relevant



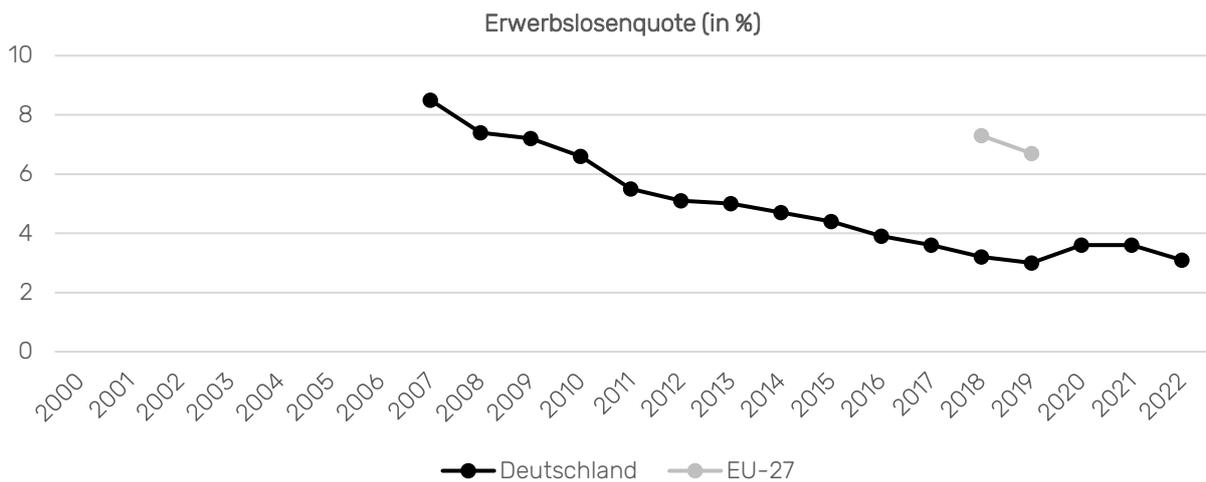
Indikator 12	Erwerbstätigenquote	
Inhalt	Die Erwerbstätigenquote informiert darüber, wie hoch der Anteil der erwerbstätigen Personen zwischen 20 und 64 Jahren an der gleichaltrigen Gesamtbevölkerung ist.	
Daten	✓2020 ✓2021 ✓2022 In Deutschland betrug sie im Jahr 2022 80,7 %, was einem neuen Höchststand entspricht. Im Jahr 2020 lag die Quote bei 78,2 % und 2021 bei 79,4 %. (Eurostat, 2023e)	
Trend	↑	
Datenqualität	Sehr gut (5/6)	
Prognose	Nicht relevant	
Zielvorgabe	Die DNS sieht eine Erhöhung bis 2030 auf 78 % vor. (Die 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 2020 71,7 %, 2021 73,1 % und 2022 74,6 % betrug. (Eurostat, 2023e)	



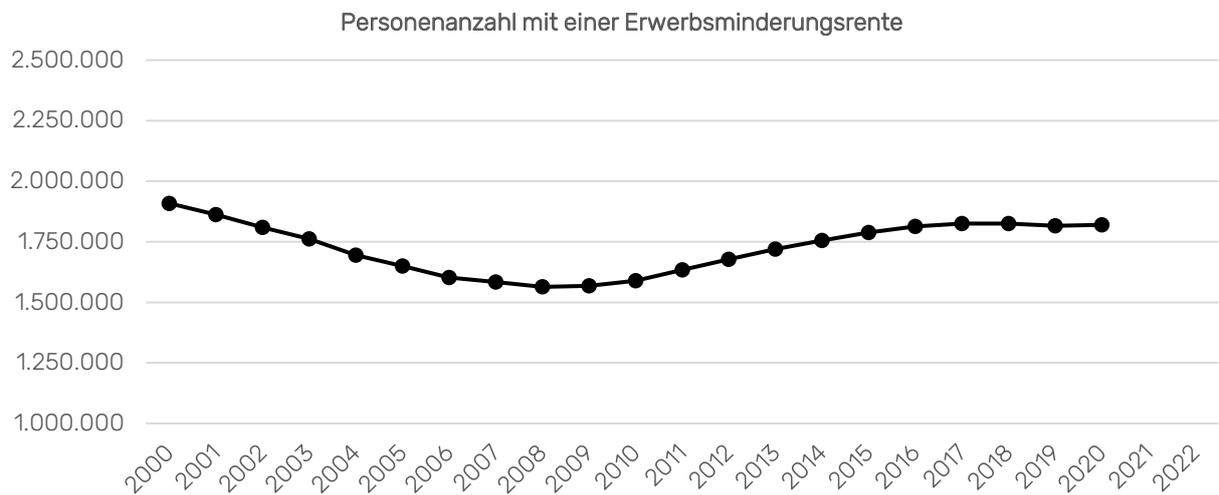
Indikator 13	Erwerbstätigenquote Älterer	
Inhalt	Die Erwerbstätigenquote älterer Menschen informiert darüber, wie hoch der Anteil der erwerbstätigen Personen zwischen 60 und 64 Jahren an der gleichaltrigen Gesamtbevölkerung ist.	
Daten	✓2020 ✓2021 ✓2022	
	In Deutschland betrug die Quote im Jahr 2021 61 % und lag somit 17 % über dem Wert aus dem Jahr 2011. (Destatis, 2023e)	
Trend	↑	
Datenqualität	Gut (3/6)	
Prognose	Nicht relevant	
Zielvorgabe	Die DNS sieht hier eine Erhöhung auf 60 % bis 2030 vor, wobei dieses Ziel bereits erreicht wurde. (Die 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	✓2020 ✓2021 ✓2022 Die Quote ist im Mittelwert in den Jahren 2020 und 2021 konstant bei 3,6 % geblieben, im Jahr 2022 lag sie bei 3,1 %. Seit 2007 ist die Quote zurückgegangen und stabilisiert sich aktuell auf einem niedrigen Niveau. (Destatis, 2023d)	
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 (3,0 %). (Eurostat, 2019)	



Indikator 15	Personen mit Erwerbsminderungsrente	
Inhalt	Durch diesen Indikator werden jene Personen erfasst, die eine Rente wegen einer teilweise- oder voll-vorliegenden Erwerbsminderung beziehen.	
Daten	✓2020 ✓2021 ✓2022 In den Jahren zwischen 2016 und 2020 bezogen jährlich zum Stichtag des 31. Dezembers 1,8 Mio. Menschen eine Erwerbsminderungsrente. (Gesundheitsberichterstattung des Bundes [GBE], 2021b)	
Trend	→	
Datenqualität	Sehr gut (5/6)	
Prognose	Nicht relevant	
Zielvorgabe	Nicht bekannt	
Referenzwert	Nicht bekannt	



**Indikator 16**

**Arbeits-Armutgefährdungsquote**



**Inhalt**

Die Arbeits-Armutgefährdungsquote gibt den Anteil der Personen an, die erwerbstätig sind und deren verfügbares Äquivalenzeinkommen unter 60 % des deutschlandweiten Median-Äquivalenzeinkommens liegt.

**Daten**

✓2020 ✓2021 ✓2022

Die Zahl lag 2020 bei 8,6 % und 2021 bei 8,7 % und sank im Jahr 2022 auf 7,0 %. Im Zeitverlauf ist die Entwicklung des Indikators seit 2014 relativ stabil geblieben. (Eurostat, 2023a)

**Trend**

→

**Datenqualität**

Sehr gut (5/6)

**Prognose**

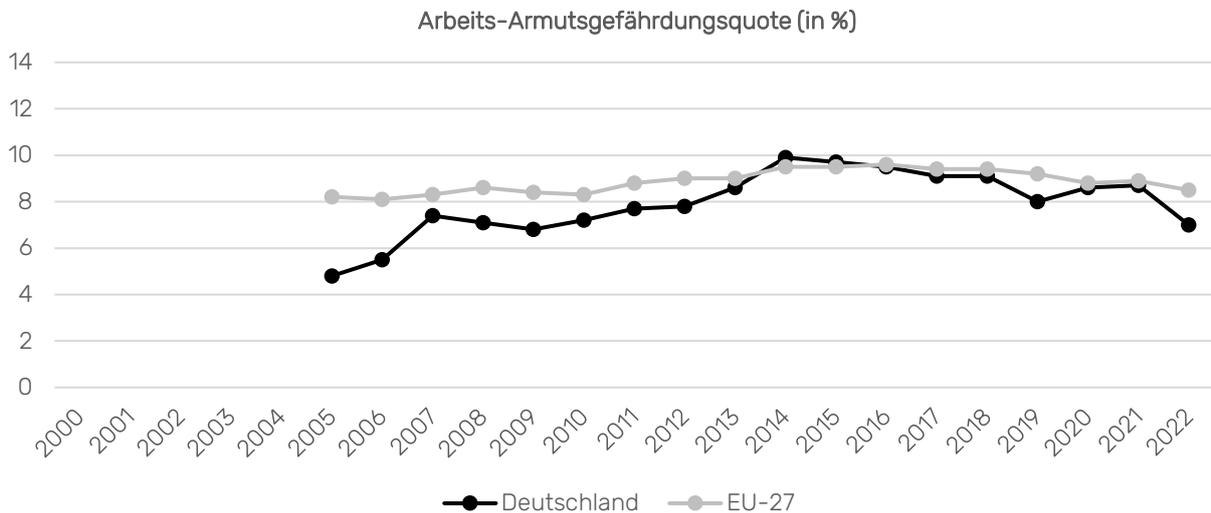
Nicht relevant

**Zielvorgabe**

Die DNS definiert als Zielentwicklung, dass der Anteil der (erheblich) materiell Deprivierten deutlich unter den EU-28-Wert sinken soll. (Die 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 dauerhafte Verringerung erreicht, auch wenn sich eine Verringerung andeutet. Die Trendentwicklung wird zum gegenwärtigen Zeitpunkt als negativ bewertet.

**Referenzwert**

Im Jahr 2020 lag der Vergleichswert der EU-27 bei 8,8 %, im Jahr 2021 bei 8,9 %, womit der EU-Schnitt über dem deutschen Wert liegt. (Eurostat, 2023a) Die deutschen Werte liegen allerdings seit 2013 nicht mehr deutlich unter dem EU-Schnitt, sondern haben sich diesem (mit Ausnahme des Jahres 2019) angenähert, wobei der deutsche Wert in den Jahren 2019 und 2022 unter den EU-Schnitt sinken konnte.



**Indikator 17**      **Höchster Bildungsabschluss: Bachelor, Master, Diplom oder Promotion**

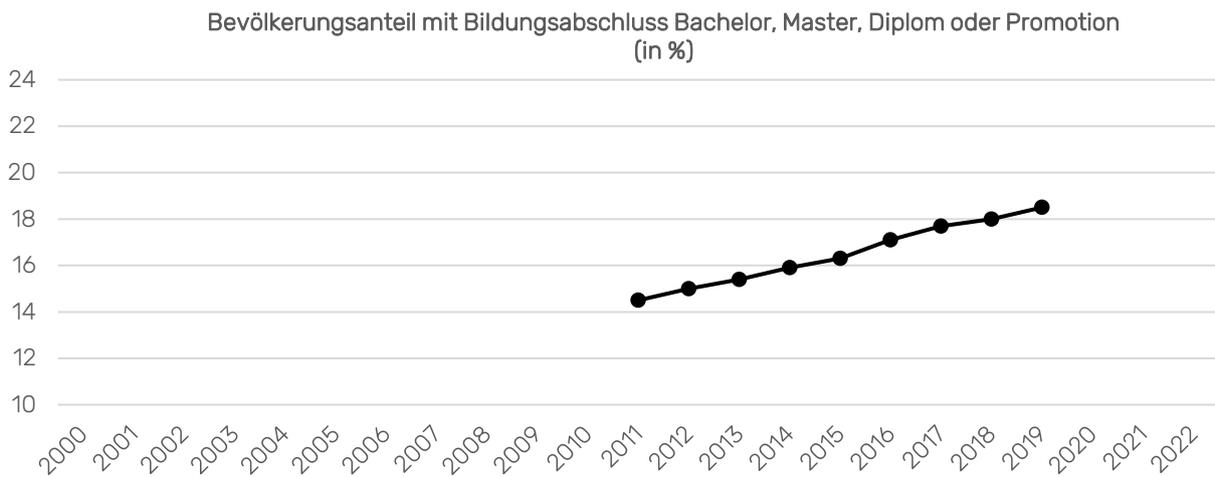


**Inhalt**      Erfasst wird durch diesen Indikator der Bevölkerungsanteil ab 15 Jahren, der über einen Bachelor-, Master-, Diplomabschluss oder eine Promotion verfügt.

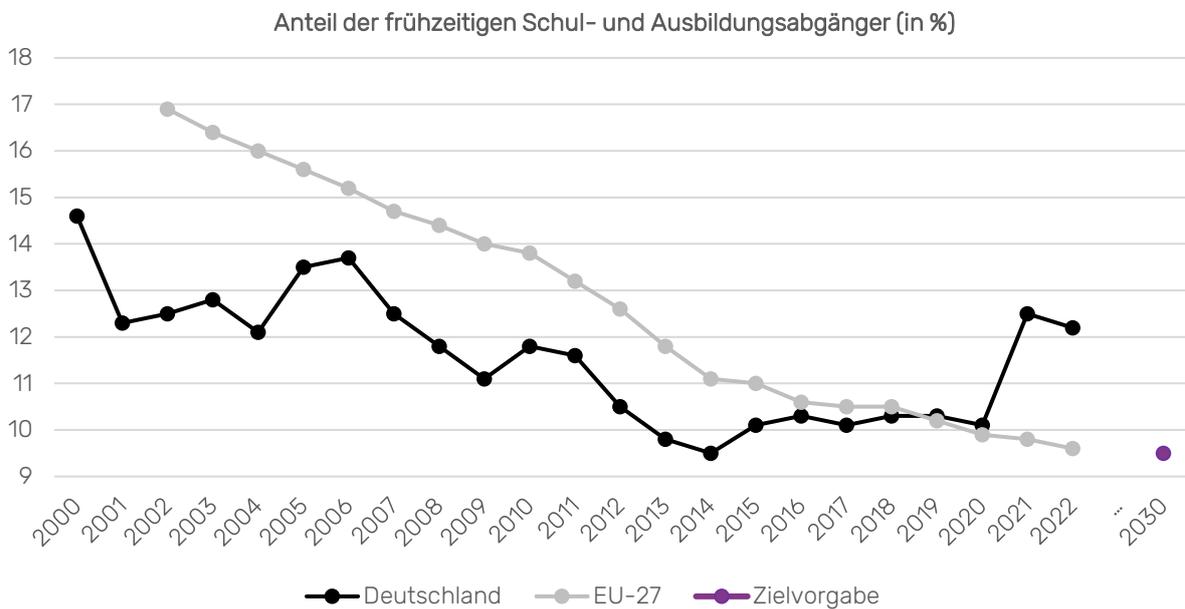
**Daten**      ✓2020 ✓2021 ✓2022

In Summe verfügten im Jahr 2019 18,5 % der deutschen Bevölkerung über einen der genannten Bildungsabschlüsse, wobei sich seit dem Jahr 2011 ein Wachstum des Bevölkerungsanteils mit einem Bachelor, Master, Diplom oder einer Promotion beobachten lässt. (Destatis, 2020) Die Trendentwicklung kann aufgrund von fehlenden Zielvorgaben, Prognose- und/oder Referenzwerten nicht bewertet werden.

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



Indikator 18	Frühzeitige Schul- und Ausbildungsabgänger*innen	
Inhalt	Der Anteil der frühzeitigen Schul- und Ausbildungsabgänger*innen 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	✓2020 ✓2021 ✓2022 Die Zahl lag 2022 bei 12,2 %, 2021 bei 12,5 % und 2020 bei 10,1 %. Erkennbar ist ein Anstieg im Jahr 2021 auf ein Niveau, welches zuletzt 2007 erreicht wurde. (Eurostat, 2023f).	
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. (Die Bundesregierung, 2021)	
Referenzwert	Im Jahr 2022 lag der Vergleichswert der EU-27 bei 9,6 %, 2021 bei 9,8 % und 2020 bei 9,9 %, womit die EU-27-Werte über die betrachteten Jahre hinweg eine positivere Entwicklung als die deutschen Werte genommen haben. (Eurostat, 2023f)	



## 4.2 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 aufgearbeitet. Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die Nachhaltigkeitsdimension durch zehn Indikatoren (entspricht 3 % aller Indikatoren) beschrieben wird. Von den definierten Indikatoren können 50 % nicht mit Daten hinterlegt werden, sodass die Datenverfügbarkeit ebenso bei 50 % liegt. 20 % der Indikatoren können mit Zielvorgaben kombiniert werden und für insgesamt 70 % liegen Vergleichsdaten vor. Die Hälfte der Indikatoren ist hinsichtlich ihrer Trendentwicklung nicht bewertbar. Von den bewertbaren Indikatoren können 20 % als positiv, 20 % als neutral und 60 % als negativ bewertet werden. Insgesamt kann die Datenqualität der Dimension mit 3,4 bewertet werden bzw. ist als gut einzuschätzen.

### 4.2.1 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 (entspricht 50 % aller Indikatoren der übergeordneten Nachhaltigkeitsdimension) gemessen. Die Datenverfügbarkeit liegt bei 60 %. Keiner der Indikatoren kann mit Zielvorgaben kombiniert werden. Für insgesamt 40 % liegen Vergleichsdaten vor. Es kann für 40 % keine Trendbewertung vorgenommen werden. 10 % der Indikatoren sind hinsichtlich ihrer Trendentwicklung nicht bewertbar. Von den bewertbaren Indikatoren können 33 % als positiv, 33 % als neutral und 33 % als negativ bewertet werden. Insgesamt kann die Datenqualität der Dimension mit 4,5 bewertet werden bzw. ist als gut einzuschätzen.

Indikator 19

Hohe Zufriedenheit von Versicherten bzw. Patienten bzw. Patientinnen 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

✓2020 ✓2021 ✓2022

Im Jahr 2022 gaben 51 % der 1.000 Befragten an, dass sie ihre Zufriedenheit mit der Versorgung in den Kliniken mit gut bis sehr gut bewerten. Damit liegt der Anteil auf dem Vorpandemieniveau des Jahres 2019. In den Jahren 2020 (72 %) und 2021 (63 %) lag der Anteil der zufriedenen bis sehr zufriedenen Personen höher als 2019 und 2022. (PricewaterhouseCoopers GmbH [PwC], 2022)

Trend

↓

Datenqualität

Sehr gut (5/6)

Prognose

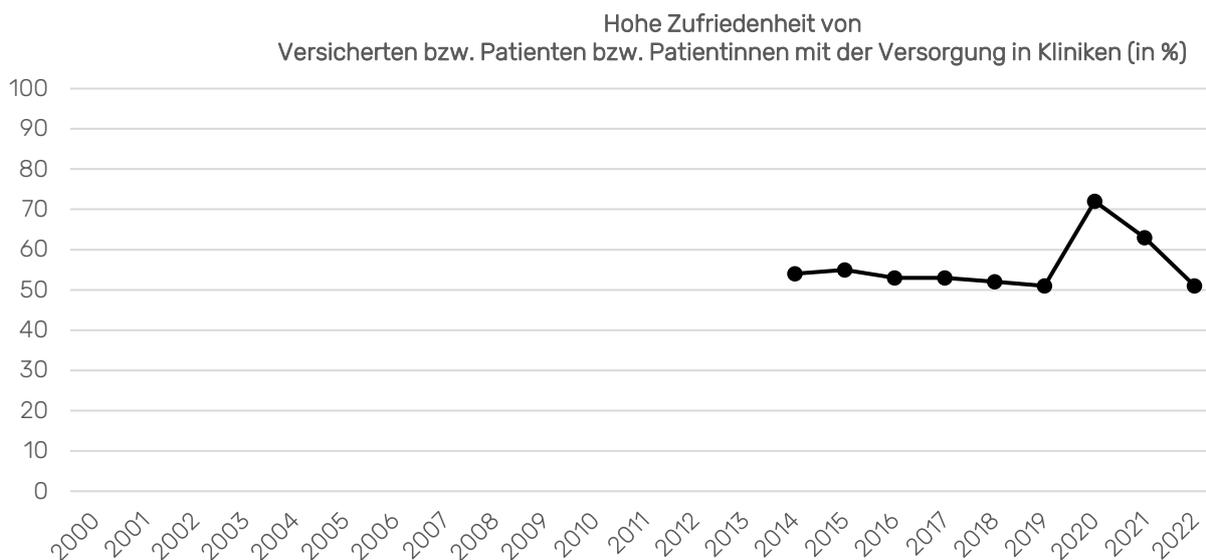
Nicht relevant

Zielvorgabe

Nicht bekannt

Referenzwert

Nicht relevant



Indikator 20

Hohe Zufriedenheit von Versicherten bzw. Patienten bzw. Patientinnen 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

✓2020 ✓2021 ✓2022

Im Jahr 2022 gaben 87 % der 1.000 Befragten an, dass sie den Indikator mit gut bis sehr gut bewerten. Gegenüber den Vorjahren ist damit kaum eine Veränderung zu beobachten, da in den Jahren 2019, 2020 und 2021 88 % der Befragten angaben, zufrieden bzw. sehr zufrieden mit der eigenen Krankenkasse zu sein. (PwC, 2022)

Trend

→

Datenqualität

Sehr gut (5/6)

Prognose

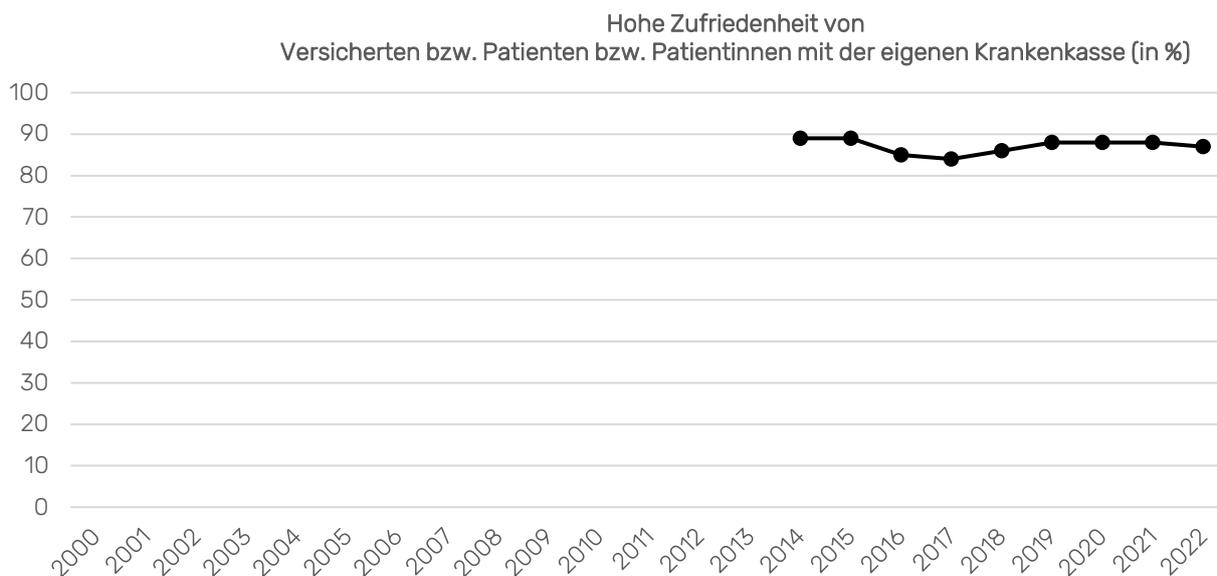
Nicht relevant

Zielvorgabe

Nicht bekannt

Referenzwert

Nicht relevant



**Indikator 21** Hohe Zufriedenheit der 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	✓2020 ✓2021 ✓2022 Im Jahr 2020 gaben 85 % der befragten Population an, dass der Indikator erfüllt ist. (Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD], 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. (OECD, 2021)

**Indikator 22** Anzahl der Case- und Care Manager\*innen

Inhalt	Aufgabe dieses Berufsfeldes ist es, den Patienten bzw. die Patientin ganzheitlich bzw. sektorenübergreifend zu begleiten und seine bzw. ihre 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 23**

**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**

✓2020 ✓2021 ✓2022

Der Personenanteil mit einem nicht erfüllten medizinischen Bedarf betrug 2020 und 2021 0,1 % und ist im Jahr 2022 leicht auf 0,3 % gestiegen. (Eurostat, 2023q) Der Indikator hat sich damit auf einem niedrigen Niveau relativ gleichbleibend entwickelt.

**Trend**

→

**Datenqualität**

Sehr gut (5/6)

**Prognose**

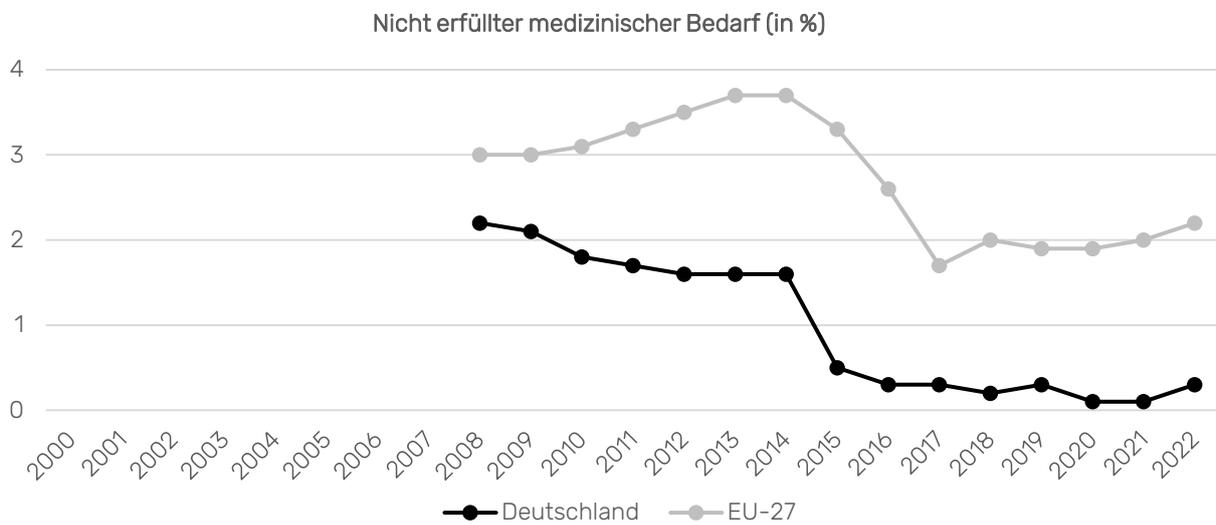
Bei der Entwicklung dieses Indikators sollte berücksichtigt werden, dass ein moderater Anstieg der Nachfrage nach ärztlicher Versorgung prognostiziert wird, wobei zeitgleich das ärztliche Angebot sinken wird. (Kassenärztliche Bundesvereinigung [KBV], 2023a)

**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, 2023q)



## 4.2.2 Gerechtigkeit

Die zweite Kategorie der sozialen Dimension adressiert unter Aspekten der Gerechtigkeit die Patienten bzw. Patientinnen und unter besonderer Berücksichtigung der Geschlechtergerechtigkeit die Leistungserbringer. Die Nachhaltigkeitskategorie wird durch fünf Indikatoren (entspricht 50 % aller Indikatoren der übergeordneten Nachhaltigkeitsdimension) beschrieben. Die Datenverfügbarkeit liegt bei 40 %. 40 % der Indikatoren können mit Zielvorgaben kombiniert werden. Für insgesamt 100 % liegen Vergleichsdaten vor. 60 % der Indikatoren sind hinsichtlich ihrer Trendentwicklung nicht bewertbar. Von den bewertbaren Indikatoren können 0 % als positiv, 0 % als neutral und 100 % als negativ bewertet werden. Insgesamt kann die Datenqualität der Dimension mit 2,6 bewertet werden bzw. ist als mangelhaft einzuschätzen.

Indikator 24	Bevölkerungsanteil, der in den letzten 12 Monaten keine*n Allgemeinmediziner*in konsultiert hat
Inhalt	Der Indikator gibt an, wie groß der Bevölkerungsanteil ist, welcher innerhalb des letzten Jahres <b>keinen</b> Kontakt mit einem/einer Allgemeinarzt/-ärztin hatte, wobei der Status der Beschäftigung der Bevölkerung berücksichtigt wird.
Daten	✓2020 ✓2021 ✓2022 Der Indikatorwert lag zuletzt im Jahr 2017 bei 10,7 %. (Eurostat, 2021a)
Trend	Zu wenige Datenpunkte für eine Trendbildung vorhanden (NA).
Datenqualität	Mangelhaft (2/6)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Der EU-27-Durchschnittswert lag im selben Jahr bei 23,6 %. (Eurostat, 2021a)

**Indikator 25**

**Erwerbstätigenanteil, der in den letzten 12 Monaten keine\*n Allgemeinmediziner\*in konsultiert hat**



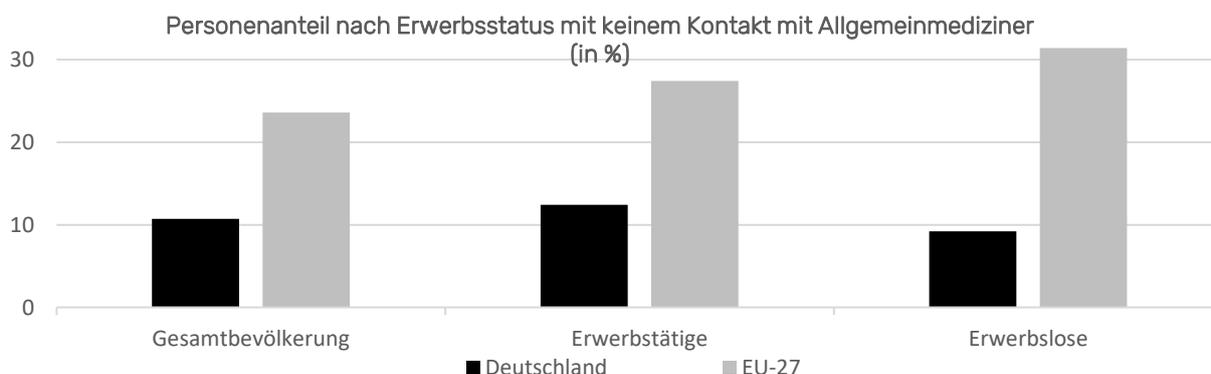
Inhalt	Der Indikator gibt an, wie groß der Erwerbstätigenanteil ist, welcher innerhalb des letzten Jahres <b>keinen</b> Kontakt mit einem/einer Allgemeinarzt/-ärztin hatte.
Daten	✓2020 ✓2021 ✓2022 Der Indikatorwert lag zuletzt im Jahr 2017 bei 12,4 %. (Eurostat, 2021a)
Trend	Zu wenige Datenpunkte für eine Trendbildung vorhanden (NA).
Datenqualität	Mangelhaft (2/6)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Der EU-27-Durchschnittswert lag im selben Jahr bei 27,4 %. (Eurostat, 2021a)

**Indikator 26**

**Erwerbslosenanteil, der in den letzten 12 Monaten keine\*n Allgemeinmediziner\*in konsultiert hat**



Inhalt	Der Indikator gibt an, wie groß der Erwerbslosenanteil ist, welcher innerhalb des letzten Jahres <b>keinen</b> Kontakt mit einem/einer Allgemeinarzt/-ärztin hatte.
Daten	✓2020 ✓2021 ✓2022 Der Indikatorwert lag zuletzt im Jahr 2017 bei 9,2 % (Eurostat, 2021a)
Trend	Zu wenige Datenpunkte für eine Trendbildung vorhanden. (NA).
Datenqualität	Mangelhaft (2/6)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Der EU-27-Durchschnittswert lag im selben Jahr bei 31,4 %. (Eurostat, 2021a)



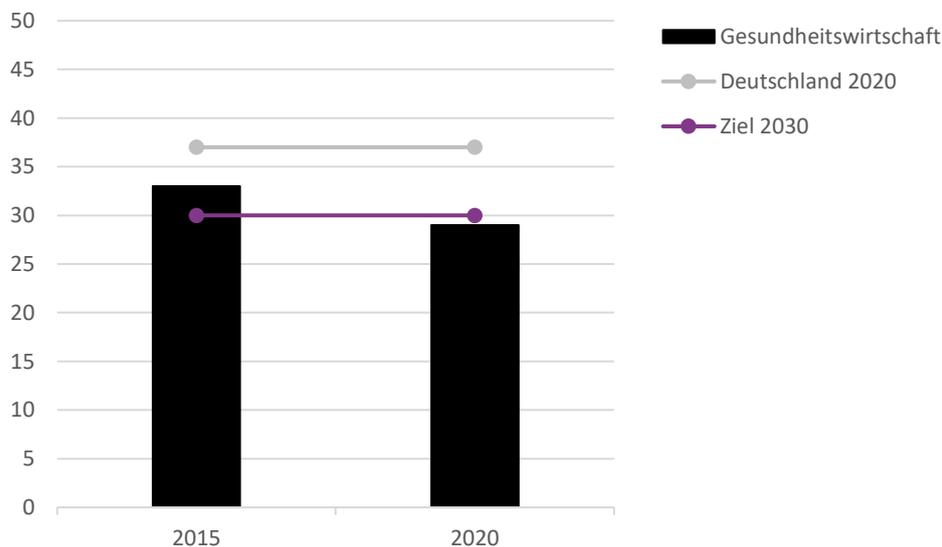
Indikator 27

**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 27) wird der geschlechtsspezifische Lohnunterschied (Indikator 28) aufgenommen.
Daten	✓2020 ✓2021 ✓2022 Der Anteil betrug spezifisch für das Gesundheitswesen im Jahr 2020 29 %, wobei er fünf Jahre zuvor noch bei 33 % lag. (PwC, 2020)
Trend	↓
Datenqualität	Mangelhaft (2/6)
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. (Die Bundesregierung, 2021) Fraglich ist, wie geeignet die Übertragung dieser Zielvorgabe auf die weiblich geprägte Gesundheitswirtschaft ist.
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, 2023r) Gegenüber dem Durchschnitt der Gesundheitsbranche ist der Anteil weiblicher Führungskräfte deutschlandweit dennoch erhöht.

Weibliche Führungskräfte in der Gesundheitswirtschaft (in %)



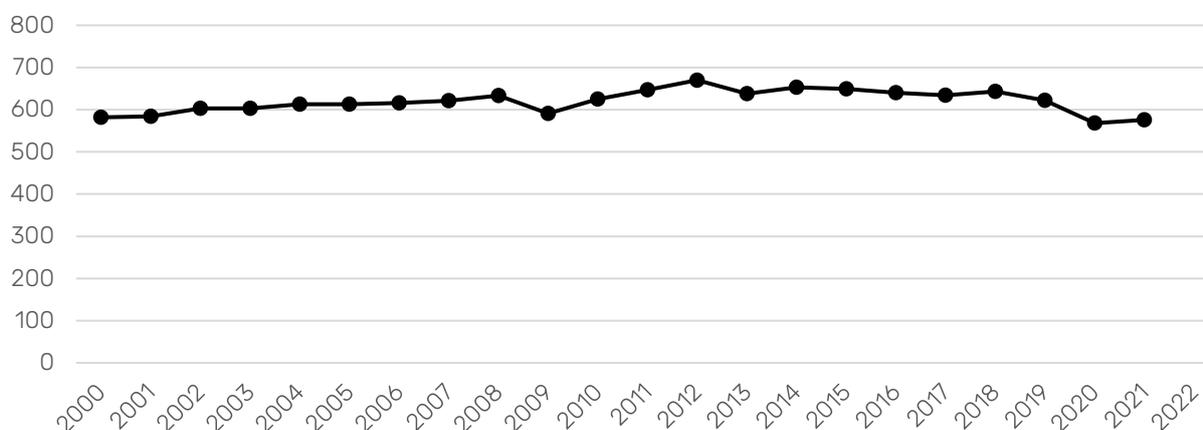
Indikator 28

Geschlechtergerechtigkeit: Geschlechtsspezifischer Lohnunterschied (Gender Pay Gap)



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 27) wird der geschlechtsspezifische (unbereinigte) Lohnunterschied (Indikator 28) aufgenommen.
Daten	✓2020 ✓2021 ✓2022 Die durchschnittliche Bruttomonatsdifferenz zwischen Männern und Frauen lag 2021 bei 576 € und 2020 bei 568 €. (Destatis, 2021b)
Trend	→
Datenqualität	Sehr gut (5/6)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Die Bundesregierung sieht eine allgemeine Verringerung des Gender Pay Gap auf 10 % bis 2020 und eine Beibehaltung bis 2030 vor. (Die Bundesregierung, 2021). Es zeigt sich, dass im Gesundheits- und Sozialwesen eine deutliche Verbesserung stattfinden muss, um den Zielwert zu erreichen.
Referenzwert	Im Jahr 2019 betrug der branchenunabhängige Durchschnitt in Deutschland 19,2 % und lag damit auch unter dem Durchschnitt des Gesundheits- und Sozialwesens. (Eurostat, 2023g)

Geschlechtsspezifischer Lohnunterschied (Gender Pay Gap) (in €)



## 4.3 Ökonomische Dimension

Die ökonomische Dimension bildet die Gesundheitsausgaben und -einnahmen sowie den Einnahmensaldo der GKV ab. Die Dimension wird durch 44 Indikatoren erfasst (entspricht 15 % aller Indikatoren), wobei sich 32 Indikatoren bzw. 73 % auf die Ausgabenseiten beziehen. Des Weiteren werden Krankheitskosten (anhand von bislang 7 Indikatoren) durch die ökonomische Dimension gebündelt. Die Einnahmenseite wird durch vier Indikatoren (9 %) abgebildet und der Einnahmenüberschuss bzw. das GKV-Defizit wird durch einen einzelnen Wert (3 %) zusammengefasst. Fast alle definierten Indikatoren können mit Daten hinterlegt werden, sodass die Datenverfügbarkeit bei 98 % liegt. Für keinen Indikator existiert bislang eine Zielvorgabe, die im Nachhaltigkeitsindex Anwendung finden könnte. Für 5 % der gebündelten Indikatoren können Vergleichsdaten hinzugezogen werden. 98 % der Indikatoren sind hinsichtlich ihrer Trendentwicklung nicht bewertbar. Auch hier wird wiederum nur die Kategorie bzw. der Indikator des GKV-Defizits (negativ) bewertet. Insgesamt kann die Datenqualität der Dimension mit 4,7 bewertet werden bzw. ist als gut einzuschätzen.

### 4.3.1 Gesundheitsausgaben

Die Gesundheitsausgaben werden über 32 Indikatoren (entspricht 73 % aller Indikatoren der übergeordneten Nachhaltigkeitsdimension) 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. Die Datenverfügbarkeit liegt bei 97 %. 0 % der Indikatoren können mit Zielvorgaben kombiniert werden. Für 0 % liegen Vergleichsdaten vor. 100 % der Indikatoren sind hinsichtlich ihrer Trendentwicklung nicht bewertbar. Insgesamt kann die Datenqualität der Dimension mit 4,9 bewertet werden bzw. ist als gut einzuschätzen.

Indikatoren  
29 - 31

Gesundheitsausgaben insgesamt, anteilig am BIP, je Einwohner



Daten

✓2020 ✓2021 ✓2022

Die Gesamtgesundheitsausgaben lagen 2020 bei knapp 441 Mrd. €, im Folgejahr betragen sie ca. 474 Mrd. €. Anteilig am BIP verursachten die Ausgaben für Gesundheit 13 % im Jahr 2020, ein Jahr später erhöhte sich der Anteil auf 13,2 %. Pro Einwohner betragen im Jahr 2020 die Gesundheitsausgaben ca. 5.298 €, 2021 waren es 5.699 €. Die Gesundheitsausgaben erreichten im Jahr 2021 einen neuen Höchststand. (GBE, 2023e)

Trend

↑

Datenqualität

Sehr gut (5/6)

Prognose

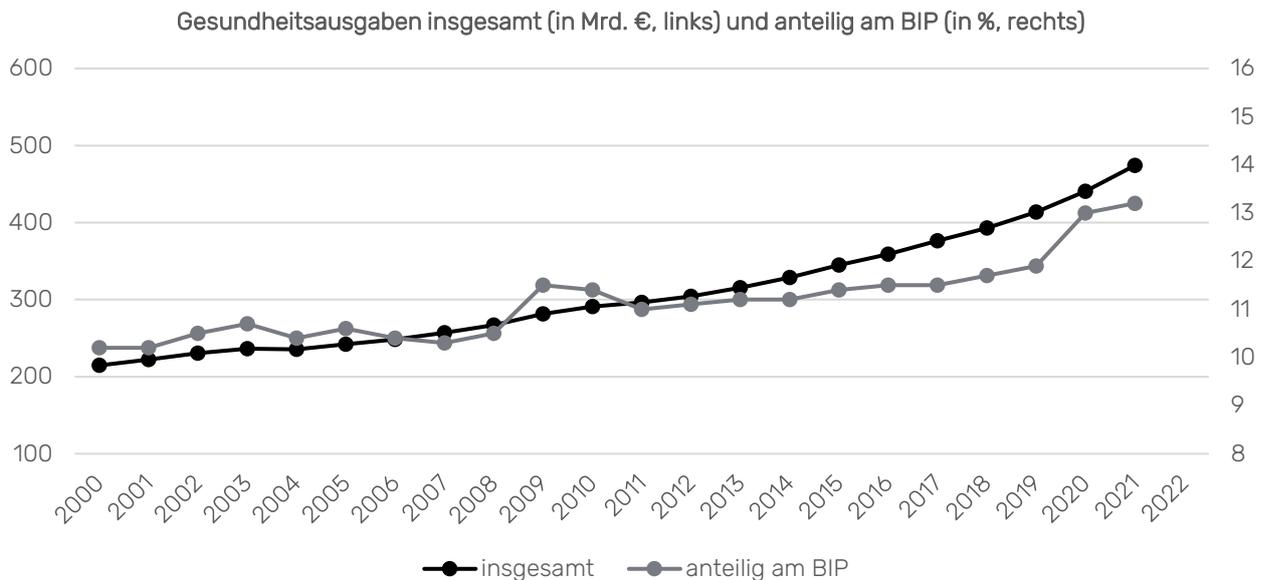
Nicht relevant

Zielvorgabe

Nicht bekannt

Referenzwert

Nicht relevant



Indikatoren  
32 - 39

Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträger



Daten

✓2020 ✓2021 ✓2022

Die Gesundheitsausgaben der öffentlichen Haushalte betragen 2021 ca. 40,9 Mrd. €, im Jahr 2022 betragen sie knapp 48,7 Mrd. €. Die Gesundheitsausgaben der GKV betragen 2021 ca. 255,2 Mrd. €, im Jahr 2022 betragen sie 265,6 Mrd. €. Die Gesundheitsausgaben der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) betragen 2021 ca. 51,7 Mrd. €, im Jahr 2022 betragen sie ca. 57,7 Mrd. €. Die Gesundheitsausgaben der Gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) betragen 2021 ca. 5,1 Mrd. €, im Jahr 2022 betragen sie ca. 5,2 Mrd. €. Die Gesundheitsausgaben der Gesetzlichen Unfallversicherung (GUV) betragen sowohl im Jahr 2021 als auch 2022 ca. 6,3 Mrd. €. Die Gesundheitsausgaben der Privaten Krankenversicherung (PKV) betragen 2021 ca. 36,7 Mrd. €, im Jahr 2022 betragen sie ca. 38,1 Mrd. €. Die Gesundheitsausgaben der Arbeitgeber betragen 2021 ca. 18,1 Mrd. €, im Jahr 2022 betragen sie knapp 18,5 Mrd. €. Die Gesundheitsausgaben der Privaten Haushalte und der Privaten Organisationen ohne Erwerbszweck betragen 2021 ca. 60,2 Mrd. €, im Jahr 2022 betragen sie knapp 58,1 Mrd. €. (GBE, 2023f)

Trend

↑ Öffentliche Haushalte, GKV, SPV, GRV, PKV, Arbeitgeber  
→ GUV, Private Haushalte/Private Organisationen ohne Erwerbszweck

Datenqualität

Sehr gut (5/6)

Prognose

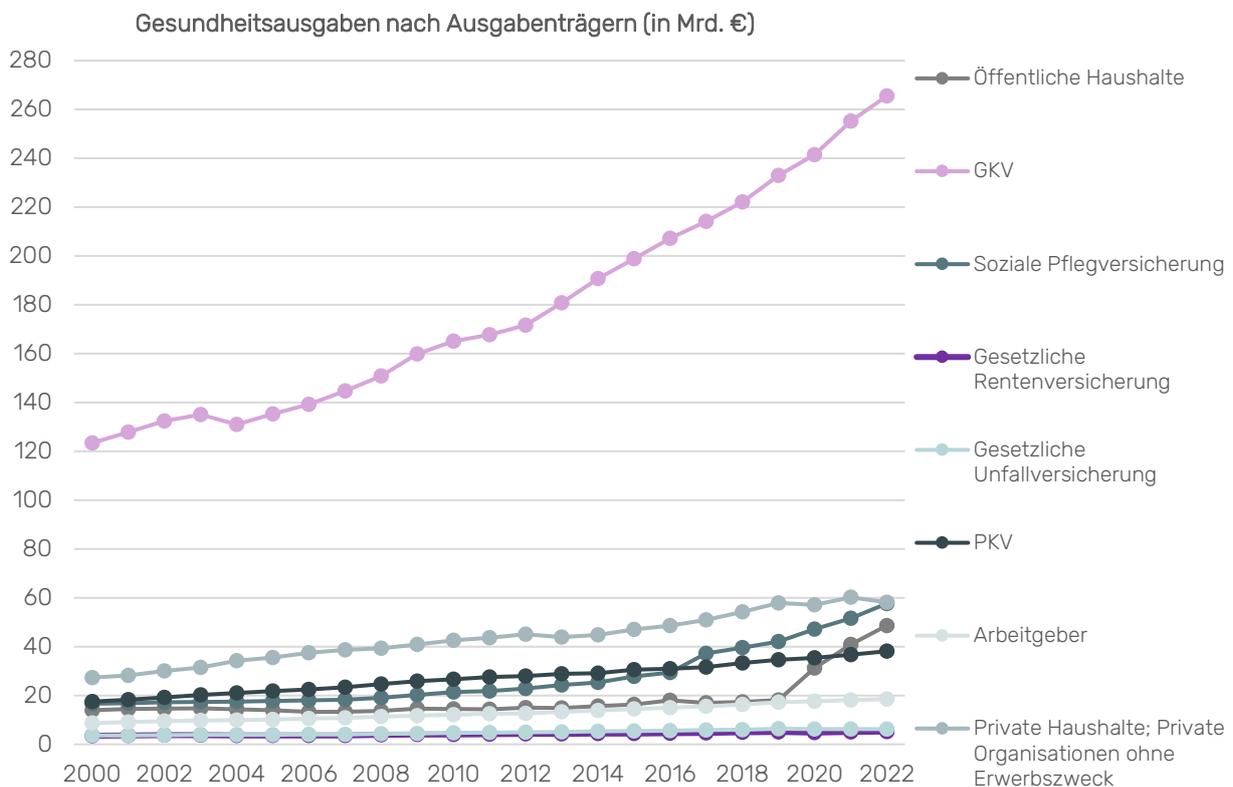
Nicht relevant

Zielvorgabe

Nicht bekannt

Referenzwert

Nicht relevant



Indikatoren  
40 - 47

Gesundheitsausgaben nach Leistungsart



Daten

✓2020 ✓2021 ✓2022

Die Gesundheitsausgaben für Investitionen betragen im Jahr 2020 ca. 8,8 Mrd. €, im Folgejahr lagen sie bei ca. 8,3 Mrd. €. Die Gesundheitsausgaben für Prävention und Gesundheitsschutz (laufende Gesundheitsausgaben) betragen im Jahr 2020 ca. 15,0 Mrd. €, im Folgejahr lagen sie bei ca. 30,7 Mrd. €. Die Gesundheitsausgaben für ärztliche Leistungen (laufende Gesundheitsausgaben) betragen im Jahr 2020 ca. 110,8 Mrd. €, im Folgejahr lagen sie bei ca. 112,4 Mrd. €. Die Gesundheitsausgaben für pflegerische und therapeutische Leistungen (laufende Gesundheitsausgaben) betragen im Jahr 2020 ca. 133,2 Mrd. €, im Folgejahr lagen sie bei ca. 139,7 Mrd. €. Die Gesundheitsausgaben für Unterkunft und Verpflegung (laufende Gesundheitsausgaben) betragen im Jahr 2020 ca. 30,3 Mrd. €, im Folgejahr lagen sie bei ca. 29,9 Mrd. €. Die Gesundheitsausgaben für Waren (laufende Gesundheitsausgaben) betragen im Jahr 2020 ca. 114,6 Mrd. €, im Folgejahr lagen sie bei ca. 123,6 Mrd. €. Die Gesundheitsausgaben für Transporte (laufende Gesundheitsausgaben) betragen im Jahr 2020 ca. 9,4 Mrd. €, im Folgejahr lagen sie bei ca. 9,9 Mrd. €. Die Gesundheitsausgaben für Verwaltungsleistungen (laufende Gesundheitsausgaben) betragen im Jahr 2020 ca. 19,0 Mrd. €, im Folgejahr lagen sie bei ca. 19,6 Mrd. €. (GBE, 2023f)

Trend

↑ Ärztliche Leistungen, Pflegerische/therapeutische Leistungen, Prävention/Gesundheitsschutz, Waren, Transporte, Verwaltungsleistungen  
→ Investitionen, Unterkunft/Verpflegung

Datenqualität

Sehr gut (5/6)

Prognose

Nicht relevant

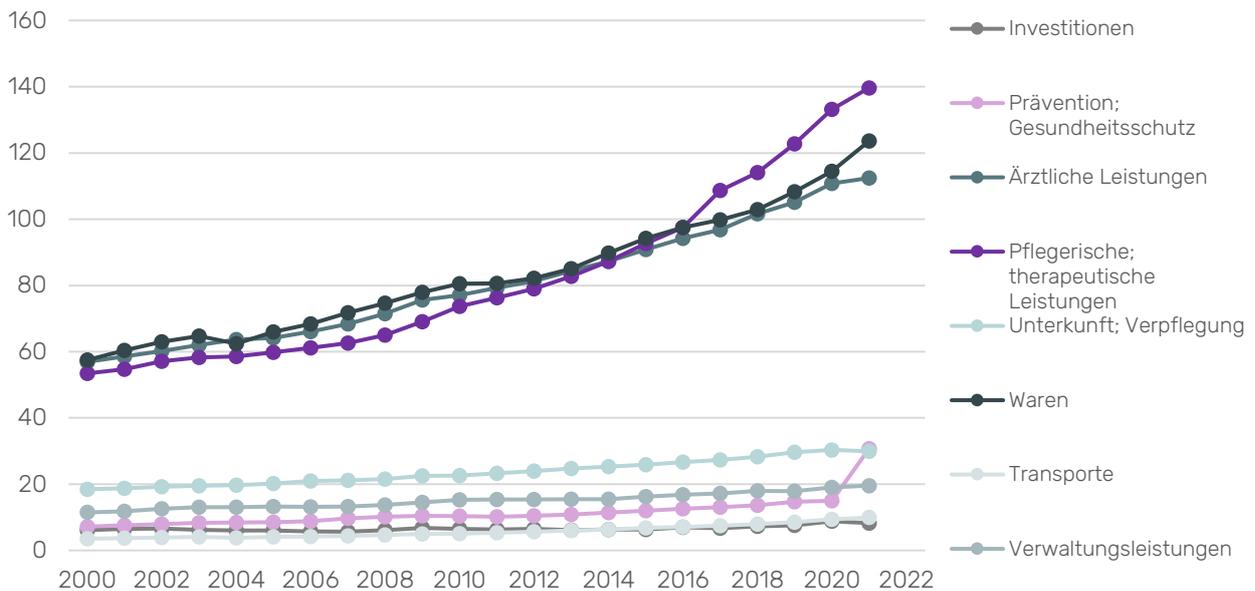
Zielvorgabe

Nicht bekannt

Referenzwert

Nicht relevant

Gesundheitsausgaben nach Leistungsart;  
laufende Gesundheitsausgaben (in Mrd. €)



Indikatoren  
48 - 54

Gesundheitsausgaben nach Einrichtungsart



Daten

✓2020 ✓2021 ✓2022

Die Gesundheitsausgaben für Gesundheitsschutz betragen im Jahr 2020 ca. 3,8 Mrd. €, im Folgejahr lagen sie bei ca. 15,2 Mrd. €. Die Gesundheitsausgaben für ambulante Einrichtungen betragen im Jahr 2020 ca. 213,7 Mrd. €, im Folgejahr lagen sie bei ca. 229,8 Mrd. €. Die Gesundheitsausgaben für (teil-)stationäre Einrichtungen betragen im Jahr 2020 ca. 165,0 Mrd. €, im Folgejahr lagen sie bei ca. 168,1 Mrd. €. Die Gesundheitsausgaben für den Rettungsdienst betragen im Jahr 2020 ca. 6,6 Mrd. €, im Folgejahr lagen sie bei ca. 7,0 Mrd. €. Die Gesundheitsausgaben für Verwaltung betragen im Jahr 2020 ca. 21,4 Mrd. €, im Folgejahr lagen sie bei ca. 21,9 Mrd. €. Die Gesundheitsausgaben für sonstige Einrichtungen und private Haushalte betragen im Jahr 2020 ca. 20,2 Mrd. €, im Folgejahr lagen sie bei ca. 22,2 Mrd. €. Die Gesundheitsausgaben, die dem Ausland zugeordnet werden, betragen im Jahr 2020 ca. 1,8 Mrd. €, im Folgejahr lagen sie bei ca. 1,6 Mrd. €. (GBE, 2023f)

Trend

↑ Gesundheitsschutz, Ambulante Einrichtungen, Teil-/Stationäre Einrichtungen, Rettungsdienste, Verwaltung, Sonstige Einrichtungen und private Haushalte  
↓ Ausland

Datenqualität

Sehr gut (5/6)

Prognose

Nicht relevant

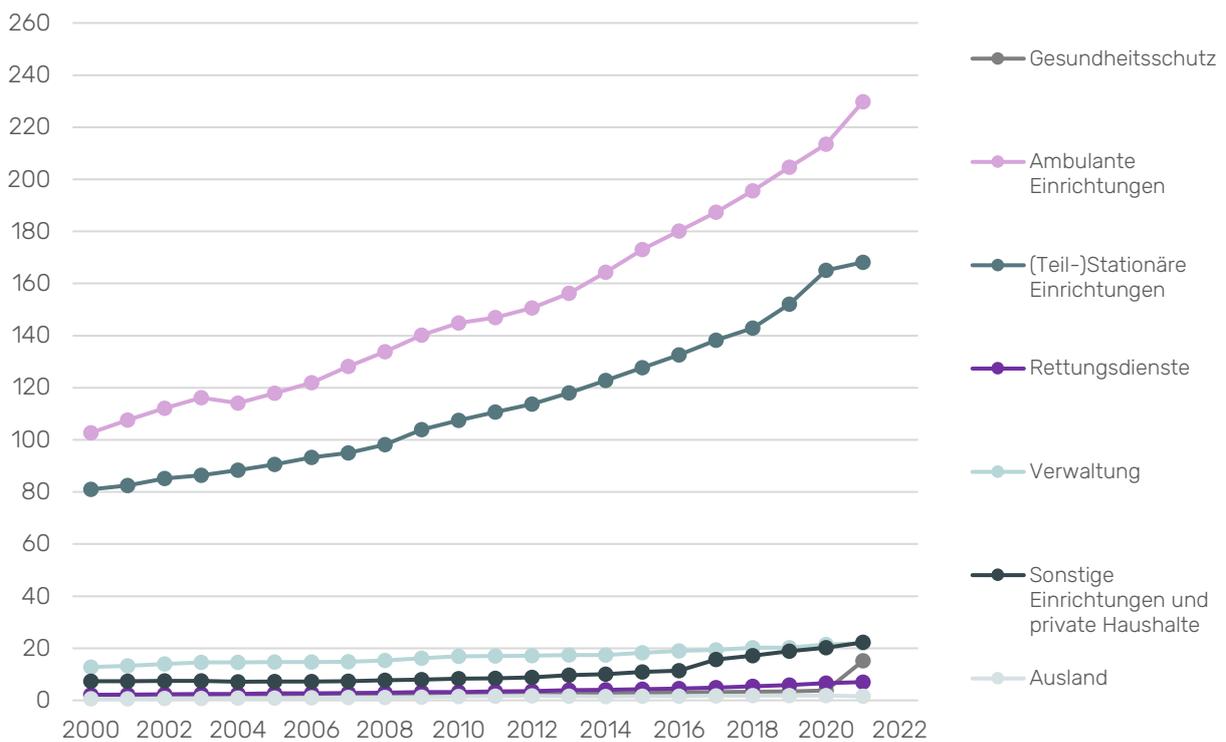
Zielvorgabe

Nicht bekannt

Referenzwert

Nicht relevant

Gesundheitsausgaben nach Einrichtungsart (in Mrd. €)



Indikatoren  
55 - 58

Gesundheitsausgaben Erweiterter Leistungsbereich

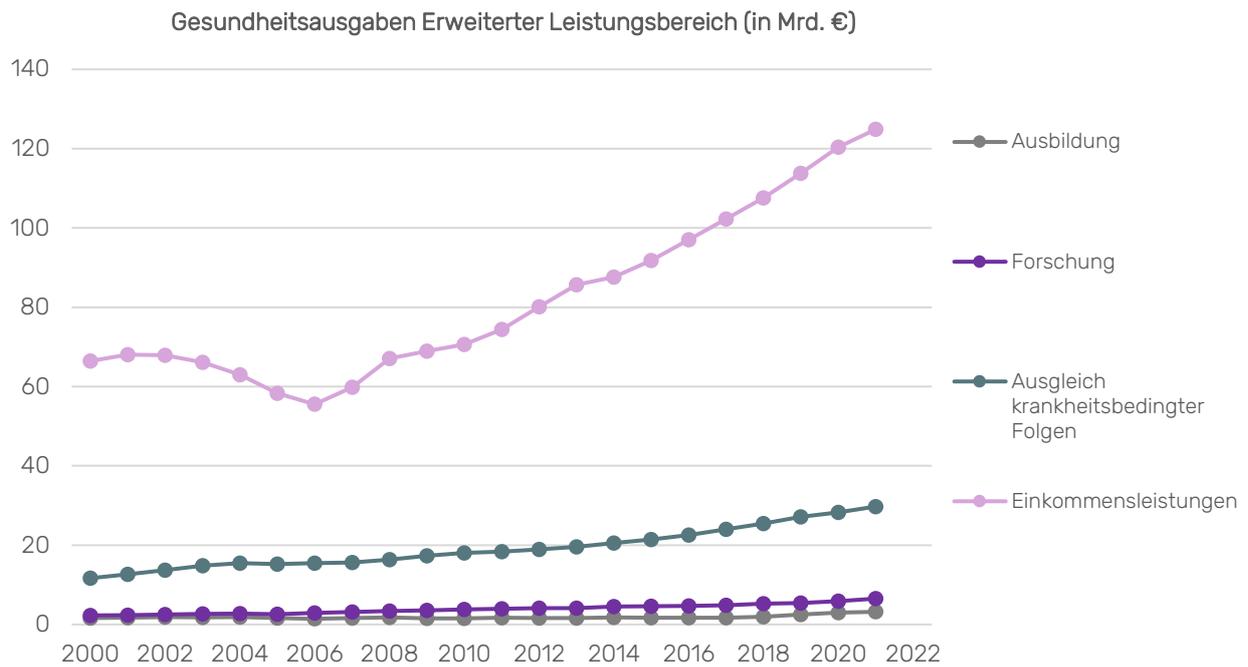


Daten

✓2020 ✓2021 ✓2022

Die Gesundheitsausgaben des erweiterten Leistungsbereichs für Ausbildung betragen im Jahr 2020 ca. 3,0 Mrd. €, im Folgejahr lagen sie bei ca. 3,2 Mrd. €. Die Gesundheitsausgaben des erweiterten Leistungsbereichs für Forschung betragen im Jahr 2020 ca. 5,9 Mrd. €, im Folgejahr lagen sie bei ca. 6,5 Mrd. €. Die Gesundheitsausgaben des erweiterten Leistungsbereichs für den Ausgleich krankheitsbedingter Folgen betragen im Jahr 2020 ca. 28,2 Mrd. €, im Folgejahr lagen sie bei ca. 29,7 Mrd. €. Die Gesundheitsausgaben des erweiterten Leistungsbereichs für Einkommensleistungen betragen im Jahr 2020 ca. 120,4 Mrd. €, im Folgejahr lagen sie bei ca. 124,9 Mrd. €. (GBE, 2023g)

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



**Indikator 59**

**Out-of-Pocket-Zahlungen (OOP)**



Inhalt

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

Daten

✓2020 ✓2021 ✓2022

Die OOP-Zahlungen lagen in Deutschland im Jahr 2020 bei 759 € (umgerechnet, ausgehend von 853 \$), 2021 bei 764 € (bzw. 906 \$) und 2022 bei 842 € (bzw. 883 \$) pro Kopf. (OECD, 2023b) Wird ein längerer Beobachtungszeitraum betrachtet, wird deutlich, dass sich die Zahlen steigend entwickelt haben.

Trend

↑

Datenqualität

Sehr gut (6/6)

Prognose

Nicht relevant

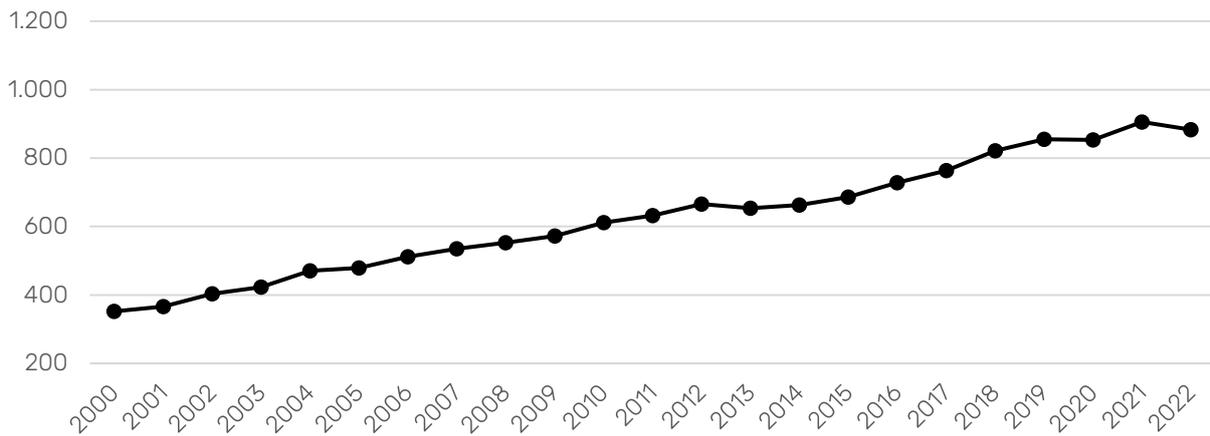
Zielvorgabe

Nicht bekannt

Referenzwert

Nicht relevant

Out-of-Pocket-Zahlungen (US-Dollar pro Kopf)



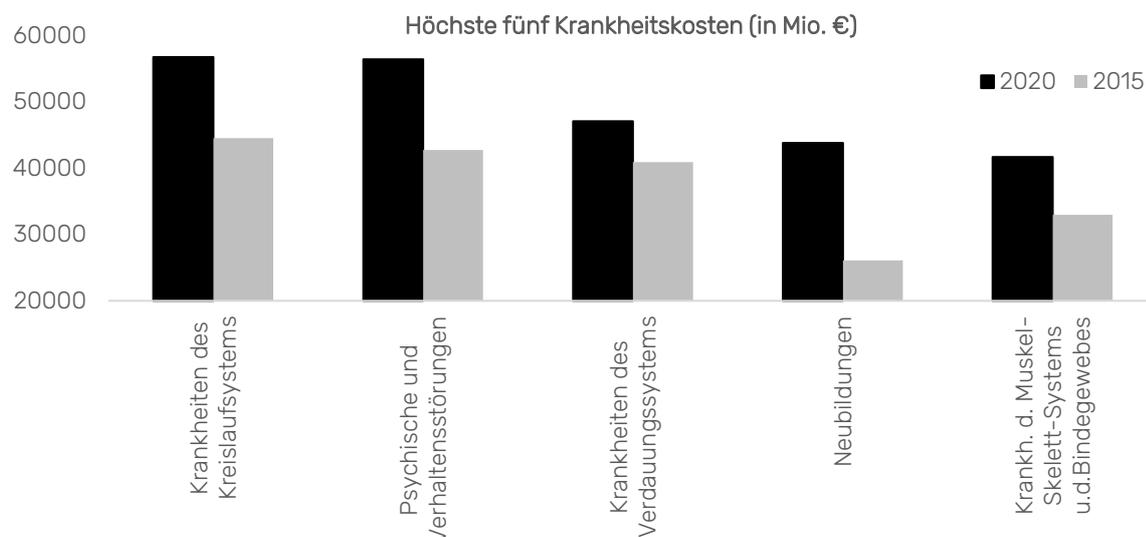
**Indikator 60**      **Versicherungsfremde Leistungen**

Inhalt	Versicherungsfremde Leistungen umfassen im Rahmen der GKV medizinische Leistungen, die durch familienpolitische oder gesamtgesellschaftliche Bedarfe ausgelöst werden (bspw. Mutterschaftsgeld, beitragsfreie Mitversicherung unter bestimmten Umständen von Ehegatten/Lebenspartnern und Kindern). (Bundesministerium für Gesundheit [BMG], 2023c)
Daten	<p>✓2020 ✓2021 ✓2022</p> <p>Die Höhe der versicherungsfremden Leistungen wurde für das Jahr 2011 mit 33,9 Mrd. € beziffert. Dazu kommen dann noch Punkte wie z. B. die Zuzahlungsfreiheit bei Medikamenten für Kinder, die ebenfalls eine versicherungsfremde Leistung ist, jedoch noch nicht mit einberechnet wurden. (GKV-Spitzenverband, 2013)</p>
Trend	Zu wenige Datenpunkte für eine Trendbildung vorhanden (NA).
Datenqualität	Mangelhaft (2/6)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Nicht relevant

### 4.3.2 Krankheitskosten

Die Krankheitskosten werden bislang über 7 Indikatoren (entspricht 16 % aller Indikatoren der übergeordneten Nachhaltigkeitsdimension) zahlenbasiert erfasst. Berücksichtigt werden zunächst die fünf teuersten Gruppen von Krankheiten. Diese werden um weitere Krankheitsgruppen erweitert, die in Bezug zu den in der epidemiologisch-gesundheitlicher Dimension definierten Erkrankungen stehen. Die Datenverfügbarkeit liegt bei 100 %. 0 % der Indikatoren können mit Zielvorgaben kombiniert werden. Für 0 % liegen Vergleichsdaten vor. 100 % der Indikatoren sind hinsichtlich ihrer Trendentwicklung nicht bewertbar. Insgesamt kann die Datenqualität der Dimension mit 3,0 bewertet werden bzw. ist als gut einzuschätzen.

Indikator 61	Gesamtkrankheitskosten: Krankheiten des Kreislaufsystems
Inhalt	Durch die Indikatoren 61 bis 65 werden die fünf teuersten Erkrankungen (Bezug: 2020) angegeben, welche in der folgenden Grafik abgebildet sind. Durch diesen Indikator werden die Gesamtkrankheitskosten der Krankheiten des Kreislaufsystems (s. für deren Definition Indikator 256) zusammengefasst.
Daten	✓2020 ✓2021 ✓2022 Die Gesamtkrankheitskosten, ausgelöst durch Krankheiten des Kreislaufsystems, lagen 2020 bei 56.727 Mio. € und fünf Jahre zuvor bei 44.533 Mio. €. (Destatis, 2023h) Da keine Daten zur Prävalenz vorliegen, kann der Trend der steigenden Kosten nicht bewertet werden.
Trend	↑
Datenqualität	Gut (3/6)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Nicht relevant



**Indikator 62 Gesamtkrankheitskosten: Psychische und Verhaltensstörungen**

Inhalt	Durch diesen Indikator werden die Gesamtkrankheitskosten der psychischen und Verhaltensstörungen (s. für deren Definition Indikator 261) zusammengefasst.
Daten	✓2020 ✓2021 ✓2022 Die Gesamtkrankheitskosten beliefen sich im Jahr 2020 auf 56.392 Mio. € und im Jahr 2015 auf 42.745 Mio. €. (Destatis, 2023h)
Trend	↑
Datenqualität	Gut (3/6)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Nicht relevant

**Indikator 63 Gesamtkrankheitskosten: Krankheiten des Verdauungssystems**

Inhalt	Durch diesen Indikator werden die Gesamtkrankheitskosten der Krankheiten des Verdauungssystems (s. für deren Definition Indikator 265) zusammengefasst.
Daten	✓2020 ✓2021 ✓2022 Die Gesamtkrankheitskosten betragen im Jahr 2015 ca. 41 Mrd. €, wobei der Wert bis 2020 auf 47 Mrd. € anstieg. (Destatis, 2023h)
Trend	↑
Datenqualität	Gut (3/6)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Nicht relevant

**Indikator 64 Gesamtkrankheitskosten: Neubildungen**

Inhalt	Durch diesen Indikator werden die Gesamtkrankheitskosten von Neubildungen (s. für deren Definition Indikator 266) zusammengefasst.
Daten	✓2020 ✓2021 ✓2022 Die Gesamtkrankheitskosten betragen im Jahr 2015 ca. 26 Mrd. €, wobei der Wert bis 2020 auf 44 Mrd. € anstieg. (Destatis, 2023h)
Trend	↑
Datenqualität	Gut (3/6)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Nicht relevant

**Indikator 65 Gesamtkrankheitskosten: Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes**

Inhalt	Durch diesen Indikator werden die Gesamtkrankheitskosten von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (s. für deren Definition Indikator 269) zusammengefasst.
Daten	✓2020 ✓2021 ✓2022 Die Gesamtkrankheitskosten betragen im Jahr 2015 knapp 33 Mrd. €, fünf Jahre später lag der Gesamtwert bei 42 Mrd. €. (Destatis, 2023h)
Trend	↑
Datenqualität	Gut (3/6)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Nicht relevant

**Indikator 66**      **Gesamtkrankheitskosten: Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten**

Inhalt	Durch diesen Indikator werden die Gesamtkrankheitskosten von Endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (s. für deren Definition Indikator 270) zusammengefasst.
Daten	✓2020 ✓2021 ✓2022 Die Gesamtkrankheitskosten betragen im Jahr 2015 14,2 Mrd. €, fünf Jahre später lag der Gesamtwert bei 17,4 Mrd. €. (Destatis, 2023h)
Trend	↑
Datenqualität	Gut (3/6)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Nicht relevant

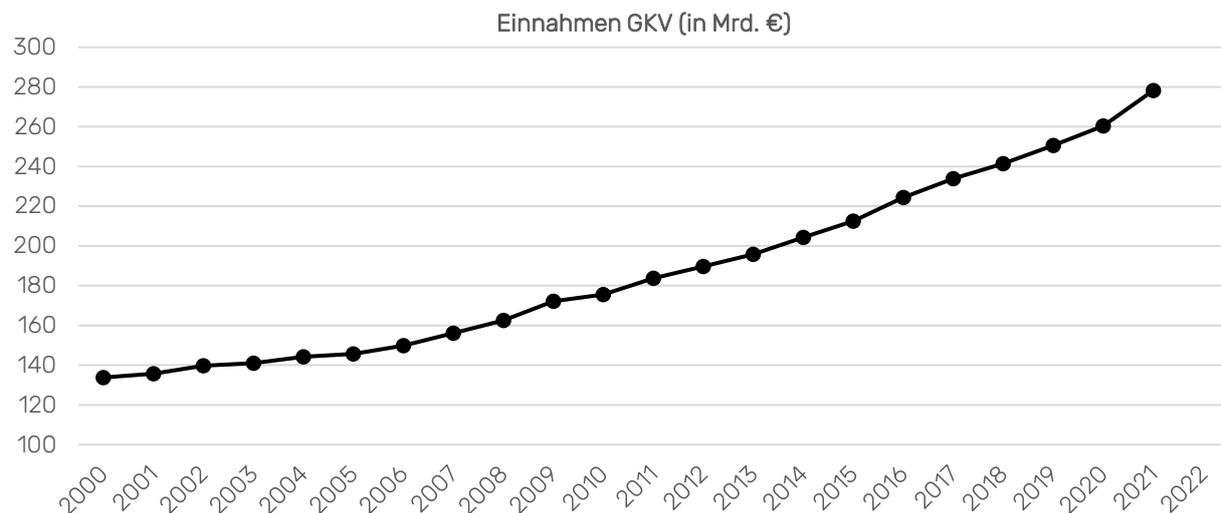
**Indikator 67**      **Gesamtkrankheitskosten: Krankheiten des Atmungssystems**

Inhalt	Durch diesen Indikator werden die Gesamtkrankheitskosten von Krankheiten des Atmungssystems (s. für deren Definition Indikator 273) zusammengefasst.
Daten	✓2020 ✓2021 ✓2022 Die Gesamtkrankheitskosten betragen im Jahr 2015 15,6 Mrd. €, fünf Jahre später lag der Gesamtwert bei 18,8 Mrd. €. (Destatis, 2023h)
Trend	↑
Datenqualität	Gut (3/6)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Nicht relevant

### 4.3.3 Gesundheitseinnahmen

Für eine vollständige Beschreibung der ökonomischen Dimension des Gesundheitssystems zur Bewertung von dessen Nachhaltigkeit werden den Gesundheitsausgaben die Gesundheitseinnahmen gegenübergestellt. Die Nachhaltigkeitskategorie wird durch vier Indikatoren (entspricht 9 % aller Indikatoren der übergeordneten Nachhaltigkeitsdimension) beschrieben. Die Datenverfügbarkeit liegt bei 100 %. 0 % der Indikatoren können mit Zielvorgaben kombiniert werden. Für insgesamt 0 % liegen Vergleichsdaten vor. 0 % der Indikatoren sind hinsichtlich ihrer Trendentwicklung nicht bewertbar. Insgesamt kann die Datenqualität der Dimension mit 5,8 bewertet werden bzw. ist als sehr gut einzuschätzen.

Indikator 68	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	✓2020 ✓2021 ✓2022 Die GKV-Einnahmen betragen 2020 260,4 Mrd. € und stiegen im Folgejahr auf 278,3 Mrd. €. (GBE, 2023d)
Trend	↑
Datenqualität	Sehr gut (5/6)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Nicht relevant



Indikator 69	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	✓2020 ✓2021 ✓2022 Der einheitliche Beitragssatz ist in den Jahren 2020 bis 2022 unverändert bei 14,6 % geblieben. (G-BA, 2022)	
Trend	→	
Datenqualität	Sehr gut (6/6)	
Prognose	Nicht relevant	
Zielvorgabe	Nicht bekannt	
Referenzwert	Nicht relevant	

Indikator 70	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	✓2020 ✓2021 ✓2022 Der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz ist in den letzten Jahren von 1,1 % (2020) auf 1,3 % (2021 und 2022) gestiegen. (G-BA, 2022)	
Trend	↑	
Datenqualität	Sehr gut (6/6)	
Prognose	Nicht relevant	
Zielvorgabe	Nicht bekannt	
Referenzwert	Nicht relevant	

Indikator 71

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

✓2020 ✓2021 ✓2022

Der Bundeszuschuss ist in den letzten Jahren von 18,0 Mrd. € (2020), über 19,5 Mrd. € (2021) auf 28,5 Mrd. € (2022) gestiegen. (G-BA, 2022)

Trend

↑

Datenqualität

Sehr gut (6/6)

Prognose

Nicht relevant

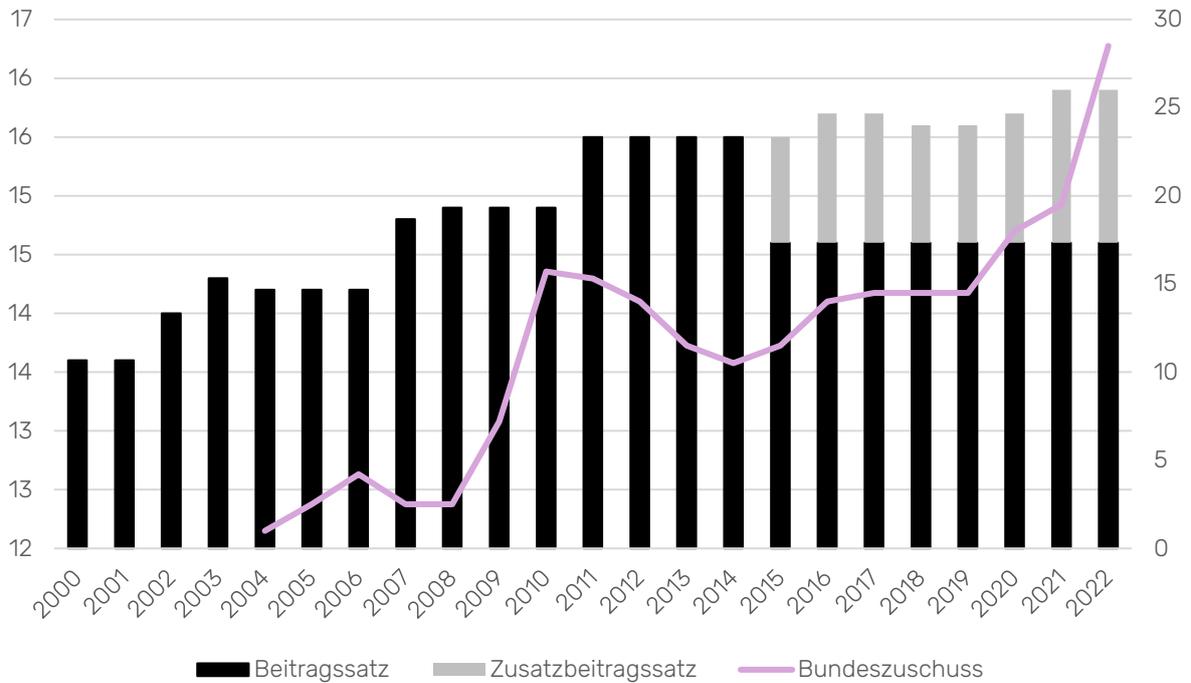
Zielvorgabe

Nicht bekannt

Referenzwert

Nicht relevant

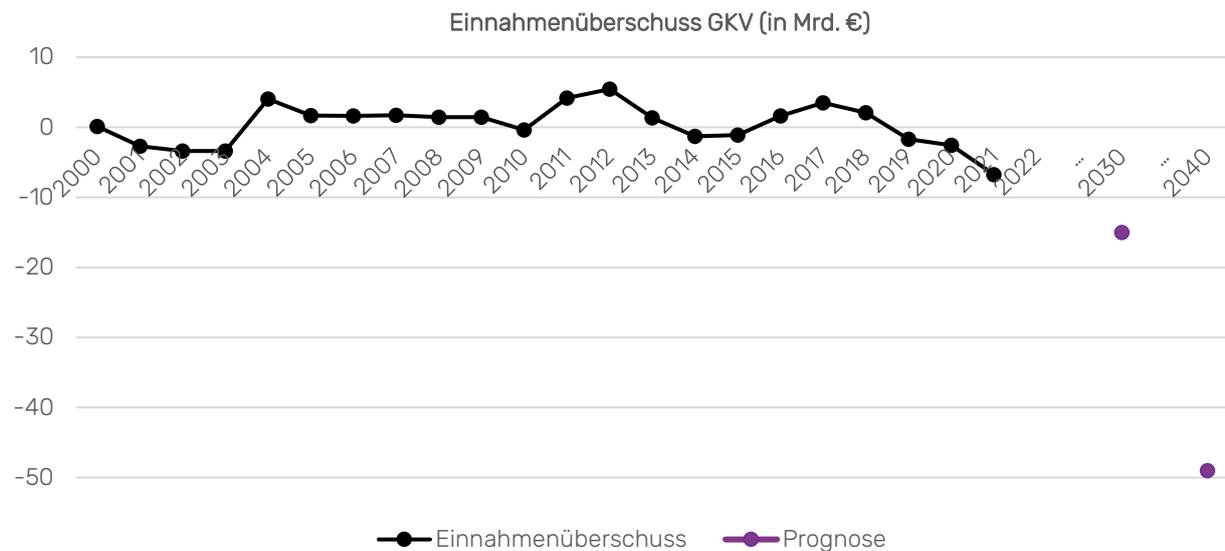
Entwicklung Beitragssatz (in %, links) und Bundeszuschuss (in Mrd. €, rechts)



### 4.3.4 Einnahmenüberschuss bzw. GKV-Defizit

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

Indikator 72	Einnahmenüberschuss	
Daten	✓2020 ✓2021 ✓2022 Der Einnahmenüberschuss ist in den letzten Jahren gesunken, was eine Vergrößerung des GKV-Defizits impliziert. Der Einnahmenüberschuss betrug 2020 -2,6 Mrd. € und 2021 ca. -6,7 Mrd. €. (G-BA, 2022) (GBE, 2023d)	
Trend	↓	
Datenqualität	Sehr gut (5/6)	
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	



## 4.4 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 sowie Akteurinnen und der Umwelt dargestellt. Die ökologische Dimension beinhaltet die Kategorien „Ressourcenumgang“ (16 Indikatoren bzw. 48 %), „Gesundheitsrisiken durch Umgebung“ (13 Indikatoren bzw. 39 %) und „Ökologisches Management“ (vier Indikatoren bzw. 12 %). Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die Nachhaltigkeitsdimension durch 33 Indikatoren (entspricht 11 % aller Indikatoren) beschrieben wird. Von den definierten Indikatoren können 67 % mit Daten hinterlegt werden. 58 % der Indikatoren können mit Zielvorgaben kombiniert werden und für insgesamt 64 % liegen Vergleichsdaten vor. 42 % der Indikatoren sind hinsichtlich ihrer Trendentwicklung nicht bewertbar. Von den bewertbaren Indikatoren können 53 % als positiv, 0 % als neutral und 47 % als negativ bewertet werden. Insgesamt kann die Datenqualität der Dimension mit 4,6 bewertet werden bzw. ist als gut einzuschätzen.

### 4.4.1 Ressourcenumgang

Ein schonender Umgang mit Umweltressourcen entspricht dem ursprünglichen Gedanken von Nachhaltigkeit. Die Nachhaltigkeitskategorie wird durch 16 Indikatoren (entspricht 48 % aller Indikatoren der übergeordneten Nachhaltigkeitsdimension) beschrieben. Die Datenverfügbarkeit liegt bei 69 %. 38 % der Indikatoren können mit Zielvorgaben kombiniert werden. Für insgesamt 44 % liegen Vergleichsdaten vor. 50 % der Indikatoren sind hinsichtlich ihrer Trendentwicklung nicht bewertbar. Von den bewertbaren Indikatoren können 25 % als positiv, 0 % als neutral und 75 % als negativ bewertet werden. Insgesamt kann die Datenqualität der Dimension mit 4,6 bewertet werden bzw. ist als gut einzuschätzen.

Indikator 73	Energieverbrauch: Dienstleistungen des Gesundheits- und Sozialwesens	
Inhalt	Für eine Beurteilung des Ressourcenverbrauchs wird durch Indikator 73 und 74 angegeben, wieviel Energie durch gesundheitsbezogene Produktionsbereiche verbraucht wird. Die Indikatoren 75 bis 80 ordnen anschließend ein, welche Energieträgerart anteilig am meisten bzw. wie viel verbraucht.	
Daten	✓2020 ✓2021 ✓2022 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. (Destatis, 2023c)	
Trend	↓	
Datenqualität	Sehr gut (5/6)	
Prognose	Nicht relevant	
Zielvorgabe	Nicht bekannt	
Referenzwert	Nicht relevant	

**Indikator 74**      **Energieverbrauch:  
Pharmazeutische Erzeugnisse**



Inhalt      Siehe Indikator 73.

Daten      ✓2020   ✓2021   ✓2022

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. (Destatis, 2023c)

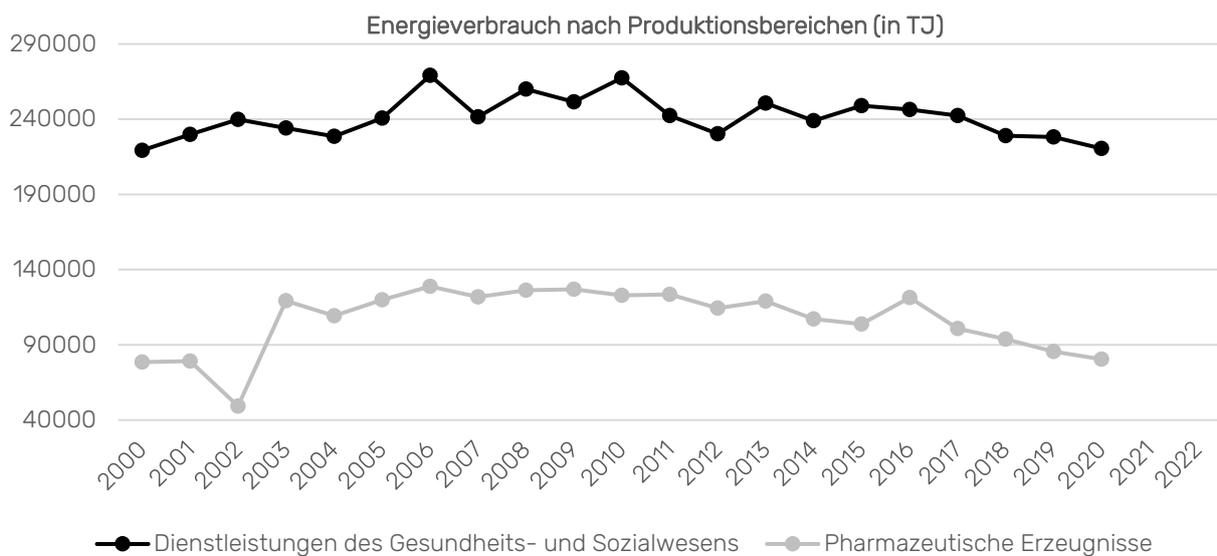
Trend      ↓

Datenqualität      Sehr gut (5/6)

Prognose      Nicht relevant

Zielvorgabe      Nicht bekannt

Referenzwert      Nicht relevant



Indikatoren

75 - 77

Wichtigste Art der Energieträger:

Dienstleistungen des Gesundheits- und Sozialwesens



Inhalt

Die am häufigsten genutzten Energieträger stellen Gase und elektrischer Strom sowie andere Energieträger dar. Wenn auch bislang zu einem geringeren Anteil, werden auch erneuerbare Energien berücksichtigt.

Daten

✓2020 ✓2021 ✓2022

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 wurde ein neuer Spitzenwert der Menge des Energiebezugs durch erneuerbare Energien mit 2.300 TJ festgestellt. (Destatis, 2023)

Trend

→ Gase, elektrischer Strom und andere Energieträger  
 ↑ Erneuerbare Energien

Datenqualität

Sehr gut (5/6)

Prognose

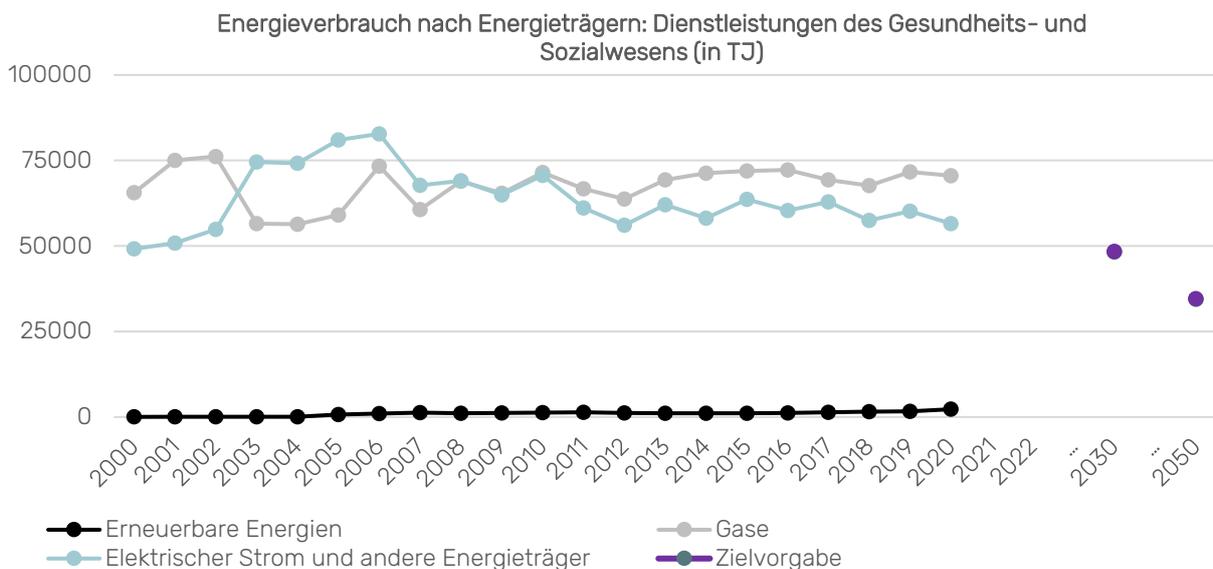
Nicht relevant

Zielvorgabe

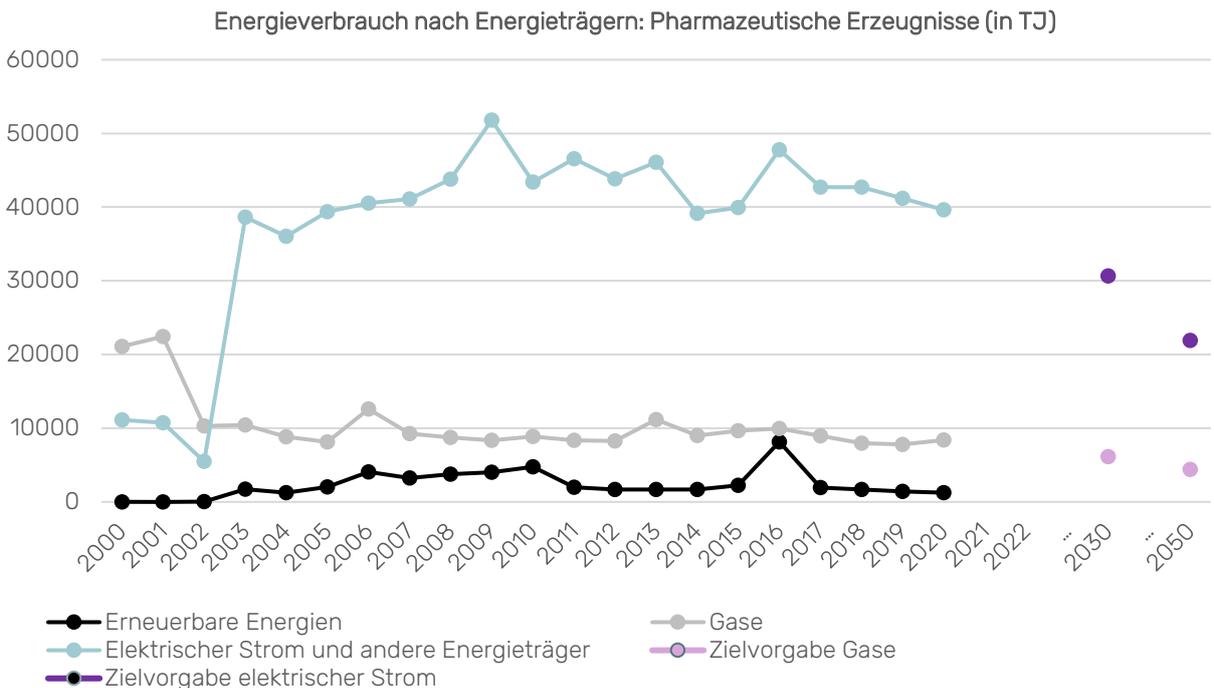
Die DNS sieht eine branchenunabhängige Verringerung des Primärenergieverbrauchs um 30 % vor, wobei das Basisjahr 2008 („2008 = 100 %“) ist. Die Menge der verwendeten Gase müsste damit auf 48.258 t sinken und jene des elektrischen Stroms auf 48.367 t. Bis 2050 soll eine Reduzierung zu 2008 um 50 % erreicht sein. Die Menge der verwendeten Gase müsste damit auf 34.470 t sinken und jene des elektrischen Stroms auf 34.548 t. Weiter gibt die DNS einen branchenunabhängigen Anstieg des Anteils von erneuerbaren Energien am Bruttoendenergieverbrauch auf mindestens 65 % bis zum Jahr 2030 vor. (Die Bundesregierung, 2021) Die deutschen Werte bleiben hinter diesen Zielvorgaben zurück und werden daher hinsichtlich ihrer Entwicklung negativ bewertet.

Referenzwert

Nicht relevant



<b>Indikatoren</b> 78 - 80	<b>Wichtigste Art der Energieträger:</b> Pharmazeutische Erzeugnisse	
<b>Inhalt</b>	Die am häufigsten genutzten Energieträger zur Erstellung pharmazeutischer Erzeugnisse stellen Gase und elektrischer Strom sowie andere Energieträger dar. Wenn auch bislang zu einem geringeren Anteil, werden auch erneuerbare Energien berücksichtigt.	
<b>Daten</b>	✓2020 ✓2021 ✓2022 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. (Destatis, 2023j)	
<b>Trend</b>	→	
<b>Datenqualität</b>	Sehr gut (5/6)	
<b>Prognose</b>	Nicht relevant	
<b>Zielvorgabe</b>	Die DNS sieht eine branchenunabhängige Verringerung des Primärenergieverbrauchs um 30 % vor, wobei das Basisjahr 2008 („2008 = 100 %“) ist. Die Menge der verwendeten Gase müsste damit auf 6.133 t sinken und jene des elektrischen Stroms auf 30.639 t. Bis 2050 soll eine Reduzierung zu 2008 um 50 % erreicht sein. Die Menge der verwendeten Gase müsste damit auf 4.481 t sinken und jene des elektrischen Stroms auf 21.885 t. Weiter gibt die DNS einen branchenunabhängigen Anstieg des Anteils von erneuerbaren Energien am Bruttoendenergieverbrauch auf mindestens 65 % bis zum Jahr 2030 vor. (Die Bundesregierung, 2021) Die deutschen Werte bleiben hinter diesen Zielvorgaben zurück und werden daher hinsichtlich ihrer Entwicklung negativ bewertet.	
<b>Referenzwert</b>	Nicht relevant	

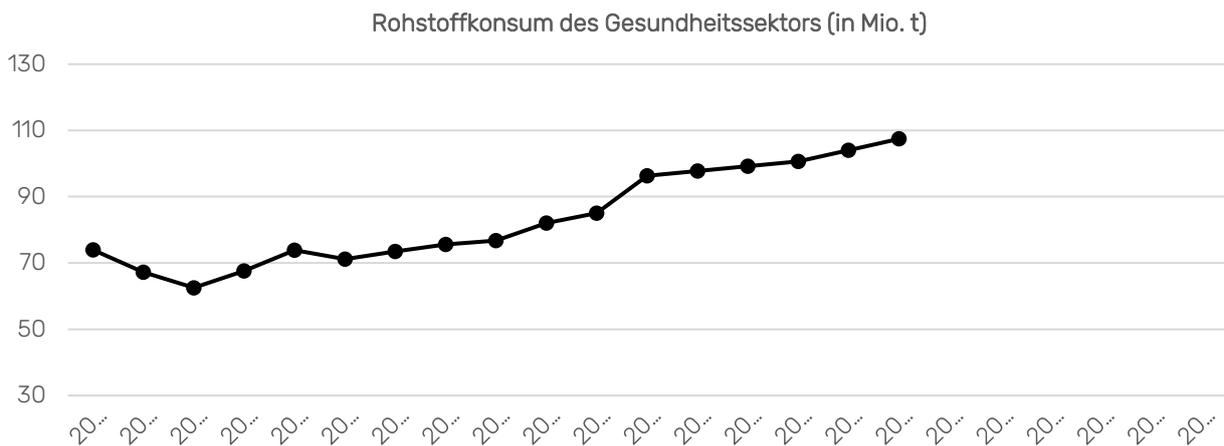


**Indikator 81 Anteiliger Verbrauch von natürlichen Ressourcen des Gesundheitssystems am Gesamtsystem - Insgesamt**

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; allerdings muss bei den erneuerbaren Ressourcen berücksichtigt werden, dass deren Nachwachsen mitunter eine lange Zeit beanspruchen kann. Entsprechend ist ein nachhaltiger Ressourcenumgang unerlässlich, da andernfalls für Folgegenerationen keine bzw. nicht mehr ausreichende natürliche Ressourcen 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 82** Anteil des Verbrauchs von natürlichen Ressourcen des Gesundheitssystems am Gesamtsystem: Rohstoffverbrauch 

Inhalt	Der Rohstoffkonsum des Gesundheitssektors setzt sich aus verschiedenen Rohstoffkategorien zusammen. Die häufigste Kategorie ist jene der nicht-metallischen Mineralien, gefolgt von Biomasse, fossilen Energieträgern und Metallerzen. (Umweltbundesamt [UBA], 2021d)
Daten	✓2020 ✓2021 ✓2022 Der Rohstoffverbrauch des Gesundheitssystems wurde zuletzt für das Jahr 2016 auf 107 Mio. Tonnen beziffert. (UBA, 2021d)
Trend	↑
Datenqualität	Mangelhaft (2/6)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Nicht relevant



**Indikator 83** Anteil des Verbrauchs von natürlichen Ressourcen des Gesundheitssystems am Gesamtsystem: Wasserverbrauch

Inhalt	Wasser kommt als natürlicher Ressource eine besondere Bedeutung 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	Die Nachfrage nach Wasser wird bis zum Jahr 2050 um 55 % steigen. Zwei Drittel der Weltbevölkerung werden dabei mindestens einen Monat pro Jahr schwerer Wasserknappheit ausgesetzt sein. (Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung [BMZ], 2017)
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Nicht relevant

**Indikator 84** Menge Abfälle: Gesundheits- und Sozialwesen

Inhalt	Die Abfallmenge ist ein Indikator für einen ressourcenschonenden Umgang.
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

<b>Indikator 85</b>	<b>Menge Abfälle: Pharmazeutische Erzeugnisse</b>
Inhalt	Die Abfallmenge ist ein Indikator für einen ressourcenschonenden Umgang.
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

<b>Indikator 86</b>	<b>Menge gefährlicher Abfälle: Gesundheits- und Sozialwesen</b>
Inhalt	Gefährliche Abfälle entstehen im Produktionsbereich des Gesundheits- und Sozialwesens insb. durch Bau- und Abbruchsabfälle, Abfälle aus medizinischer Versorgung sowie durch Siedlungsabfälle.
Daten	<p>✓2020 ✓2021 ✓2022</p> <p>Durch das Gesundheits- und Sozialwesen entstanden im Jahr 2020 63.000 Tonnen gefährlicher Abfälle, 2021 waren es 62.100 Tonnen. (Destatis, 2023a)</p>
Trend	↑
Datenqualität	Gut (4/6)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Nicht relevant

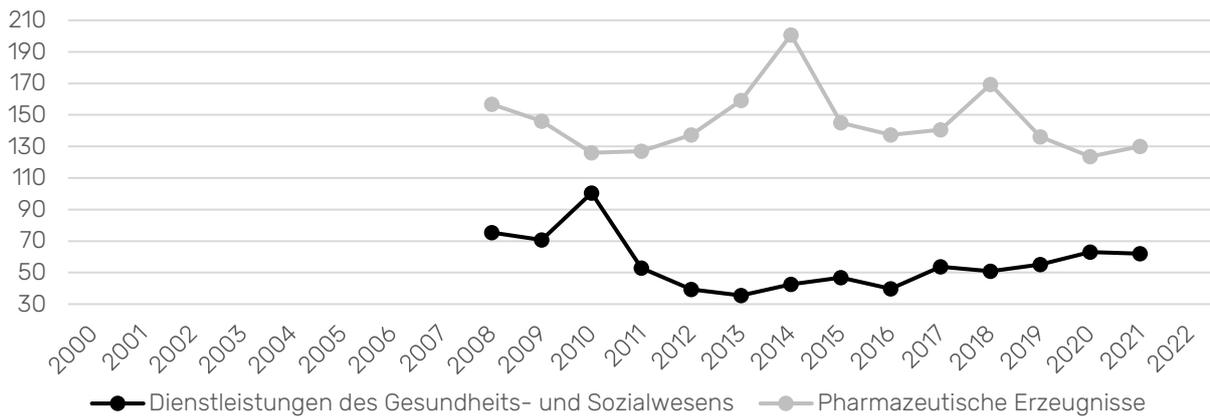
**Indikator 87**

**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	✓2020 ✓2021 ✓2022 Durch pharmazeutische Erzeugnisse entstanden im Jahr 2020 ca. 123.600 Tonnen gefährlicher Abfälle, 2021 waren es 130.100 Tonnen. (Destatis, 2023a)
Trend	→
Datenqualität	Gut (4/6)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Nicht relevant

Menge gefährlicher Abfälle nach Produktionsbereichen (in 1.000 t)



**Indikator 88**

**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

#### 4.4.2 Gesundheitsrisiken durch Umgebung

Die Auswirkungen des Klimawandels auf die menschliche Gesundheit beschreiben die Centers for Disease Control and Prevention (CDC) durch die vier Aspekte der steigenden Meeresspiegel, Temperaturen, Co<sub>2</sub>-Level und Extremwetterereignisse. Durch schlechte Wasserqualität können Erkrankungen wie Cholera oder Leptospirose gefördert werden, welche im Rahmen der epidemiologischen Dimension (s. Nachhaltigkeitskategorie der Morbidität) beschrieben werden. An der Stelle werden auch Erkrankungen aufgegriffen, die durch eine Zunahme von Allergenen wie auch durch Luftverschmutzung beeinflusst werden, ebenso wie auf 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. Die Nachhaltigkeitskategorie wird durch 13 Indikatoren (entspricht 39 % aller Indikatoren der übergeordneten Nachhaltigkeitsdimension) beschrieben. Die Datenverfügbarkeit liegt bei 85 %. 85 % der Indikatoren können mit Zielvorgaben kombiniert werden. Für insgesamt 92 % liegen Vergleichsdaten vor. 15 % der Indikatoren sind hinsichtlich ihrer Trendentwicklung nicht bewertbar. Von den bewertbaren Indikatoren können 73 % als positiv, 0 % als neutral und 27 % als negativ bewertet werden. Insgesamt kann die Datenqualität der Dimension mit 5,1 bewertet werden bzw. ist als sehr gut einzuschätzen.

Indikator 89	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	<p>✓2020 ✓2021 ✓2022</p> <p>Für das Jahr 2019 wurde eine anteilige Emission von Luftschadstoffen durch das Gesundheitswesen in Höhe von 5,2 % festgestellt. Der Report „Health care’s 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 [HCWH] &amp; Arup, 2019)</p>
Trend	Zu wenige Datenpunkte für eine Trendbildung vorhanden (NA).
Datenqualität	Mangelhaft (2/6)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	<p>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. (Die Bundesregierung, 2021)</p> <p>Die Bundesärztekammer formulierte das Ziel der Klimaneutralität des Gesundheitssektors bis 2030. (Bundesärztekammer [BÄK], 2021a)</p> <p>Das Bundes-Klimaschutzgesetz (KSG) legt fest, dass eine Reduktion der Emissionen um 65% (Bezug: 1990) bis 2030 erzielt werden soll und bis 2040 auf eine Verminderung um 88 % ausgeweitet werden soll.</p> <p>Diese konkreten Zielvorgaben stehen im Kontrast zu der lückenhaften Daten-situation.</p>
Referenzwert	Der anteilige Emissionsausstoß des Gesundheitswesens am nationalen ökologischen Fußabdruck beträgt EU-weit durchschnittlich 4,7 %. (HCWH & Arup, 2019)

**Indikatoren**  
90 – 91

**Luft: PM<sub>10</sub>-Feinstaubexposition;**  
**städtischer vs. ländlicher Raum**



Inhalt

Die PM<sub>10</sub>-Konzentration bezeichnet die Feinstaubbelastung der Partikelgröße 10, was einen Durchmesser von 10 Mikrometer oder weniger angibt.

Daten

✓2020 ✓2021 ✓2022

Die mittlere PM<sub>10</sub>-Konzentration betrug in den Jahren 2020 und 2021 14 µg/m<sup>3</sup> im städtischen Gebiet und 11 µg/m<sup>3</sup> im ländlichen Gebiet. Im Jahr 2022 betrug der Wert 15 µg/m<sup>3</sup> im städtischen Gebiet und 12 µg/m<sup>3</sup> im ländlichen Gebiet. (UBA, 2022a)

Trend

→

Datenqualität

Sehr gut (6/6)

Prognose

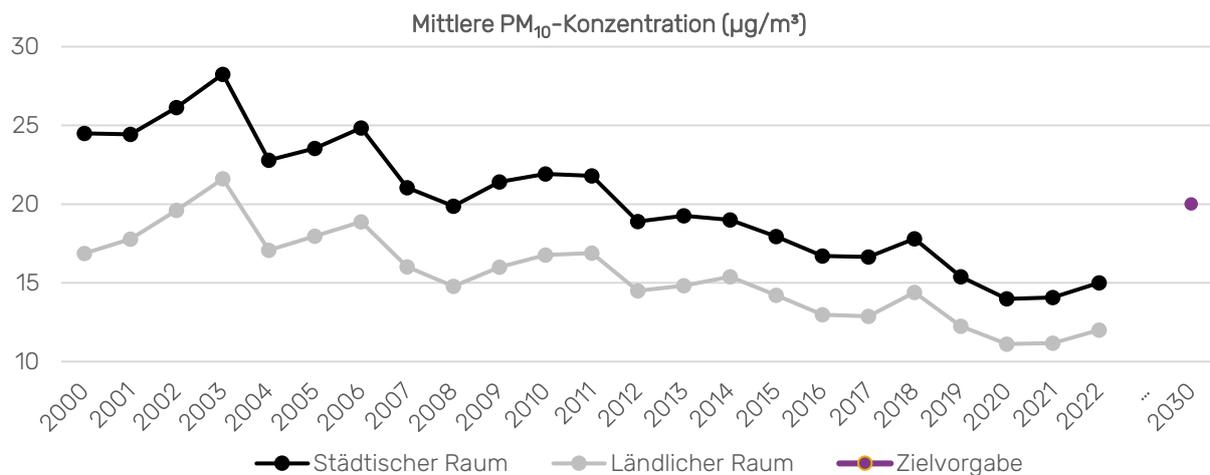
Nicht relevant

Zielvorgabe

Die DNS gibt vor, dass ab 2030 keine Belastung von mehr als 20 µg/m<sup>3</sup> für PM<sub>10</sub> im Jahresmittel möglichst flächendeckend vorhanden sein soll. (Die Bundesregierung, 2021) Da die aktuellen Werte bereits unter dieser Zielvorgabe liegen, wird die Indikatorentwicklung positiv bewertet.

Referenzwert

Nicht relevant



Indikatoren  
92 – 93

Luft: Bevölkerungsgewichtete PM<sub>10</sub>- und PM<sub>2,5</sub>-Belastung  
im Jahresdurchschnitt



**Inhalt** Durch diesen Indikator wird die bevölkerungsgewichtete Feinstaubbelastung der Partikelgröße 10 und 2,5 im Jahresdurchschnitt, als ergänzende Information zu den Indikatoren 83 und 84, erfasst.

**Daten** ✓2020 ✓2021 ✓2022  
Die bevölkerungsgewichtete PM<sub>10</sub>-Belastung liegt über der PM<sub>2,5</sub>-Belastung. Im Jahr 2020 betrug die PM<sub>10</sub>-Belastung im Jahresdurchschnitt 12,3 µg/m<sup>3</sup>, 2021 betrug sie 13,0 µg/m<sup>3</sup>. Die PM<sub>2,5</sub>-Belastung betrug im Jahr 2020 im Jahresdurchschnitt 8,8 µg/m<sup>3</sup>, 2021 betrug sie 9,3 µg/m<sup>3</sup>. (UBA, 2023)

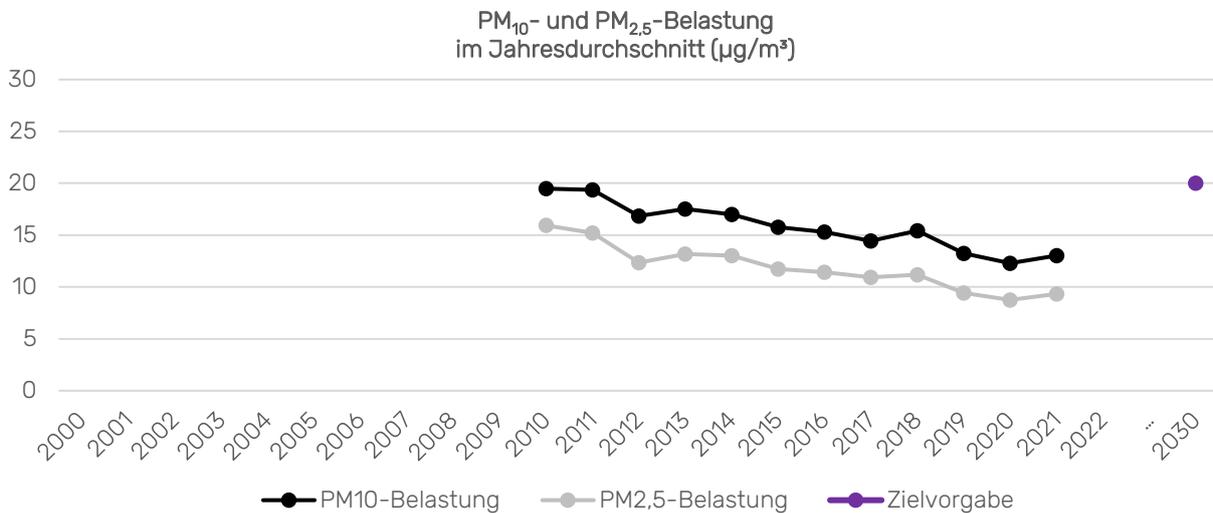
**Trend** →

**Datenqualität** Sehr gut (5/6)

**Prognose** Nicht relevant

**Zielvorgabe** Die DNS gibt vor, dass ab 2030 keine Belastung von mehr als 20 µg/m<sup>3</sup> für PM<sub>10</sub> im Jahresmittel möglichst flächendeckend vorhanden sein soll. (Die Bundesregierung, 2021) Da die aktuellen Werte bereits unter dieser Zielvorgabe liegen, wird die Indikatorenentwicklung positiv bewertet. In dem Indikatorenbericht des Statistischen Bundesamtes wird weiter als Zielvorgabe formuliert, dass Luftschadstoffe gegenüber dem Jahr 2005 um 45 % bzw. Feinstaub um 43 % reduziert werden sollen. (Destatis, 2021a)

**Referenzwert** Nicht relevant



Indikatoren  
94 – 95

Luft: Überschreitung Ozon-Zielwerte:  
städtischer vs. ländlicher Raum



Inhalt

Hohe Ozonkonzentrationen können Reizungen der Schleimhäute und Augen sowie Kopfschmerzen auslösen, wobei dauerhafte Entzündungen der Lunge entstehen können.

Daten

✓2020 ✓2021 ✓2022

Die Anzahl der Tage, an denen der 8-Stunden-Mittelwert größer als 120 Mikrogramm pro Kubikmeter ( $\mu\text{g}/\text{m}^3$ ) war, betrug 2020 im städtischen Raum 17, 2021 waren es sieben Tage. Im ländlichen Gebiet waren es 2020 18 Tage und 2021 sieben Tage. (UBA, 2021e)

Trend



Datenqualität

Sehr gut (5/6)

Prognose

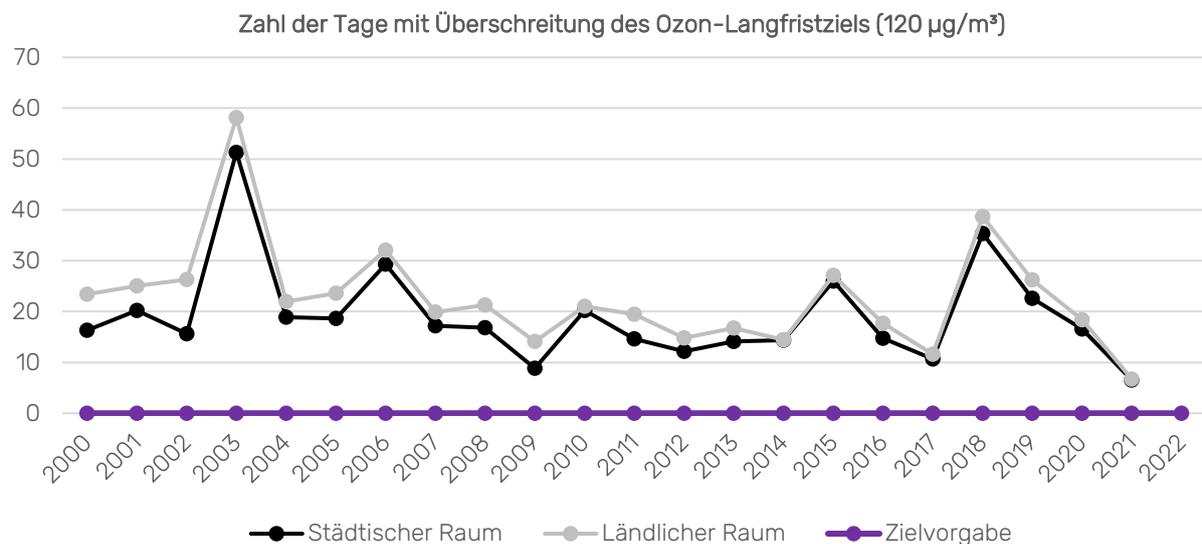
Nicht relevant

Zielvorgabe

Der 8-Stunden-Mittelwert sollte nicht größer als 120 Mikrogramm pro Kubikmeter ( $\mu\text{g}/\text{m}^3$ ) sein. (UBA, 2021e) Die folgende Abbildung zeigt jedoch, dass dieser Wert jedes Jahr mehrfach überschritten wird. Dabei nähert sich die Anzahl der Tage, an denen der genannte Zielwert überschritten wird, weiter dem Wert 0 an, sodass die Trendentwicklung positiv bewertet wird.

Referenzwert

Nicht relevant



Indikatoren  
96 – 97

Luft: Stickstoffdioxidexposition;  
städtischer vs. ländlicher Raum



Inhalt

Unter Stickstoffoxiden (NO<sub>x</sub>) werden gasförmige Verbindungen zusammengefasst. Die beiden wichtigsten Verbindungen sind Stickstoffmonoxid (NO) und Stickstoffdioxid (NO<sub>2</sub>), wobei Stickstoffdioxid bezüglich der negativen Auswirkungen auf Gesundheit von größerer Bedeutung ist. Stickstoffoxide entstehen durch Verbrennungsprozesse (z. B. durch Verbrennungsmotoren und Feuerungsanlagen). In Ballungsgebieten stellt der Straßenverkehr die bedeutendste Stickstoffoxid-Quelle dar. (UBA, 2021e)

Daten

✓2020 ✓2021 ✓2022

Die mittlere Stickstoffdioxidexposition ist sowohl im städtischen als auch im ländlichen Raum seit 2000 gesunken und verbleibt aktuell auf einem niedrigen Niveau. Im ländlichen Raum lag sie 2020 und 2021 bei 7 µg/m<sup>3</sup>, 2022 waren es 6 µg/m<sup>3</sup>. Im städtischen Raum lag die Stickstoffbelastung in den Jahren 2020, 2021 und 2022 bei 16 µg/m<sup>3</sup>. (UBA, 2022b)

Trend

↓

Datenqualität

Sehr gut (5/6)

Prognose

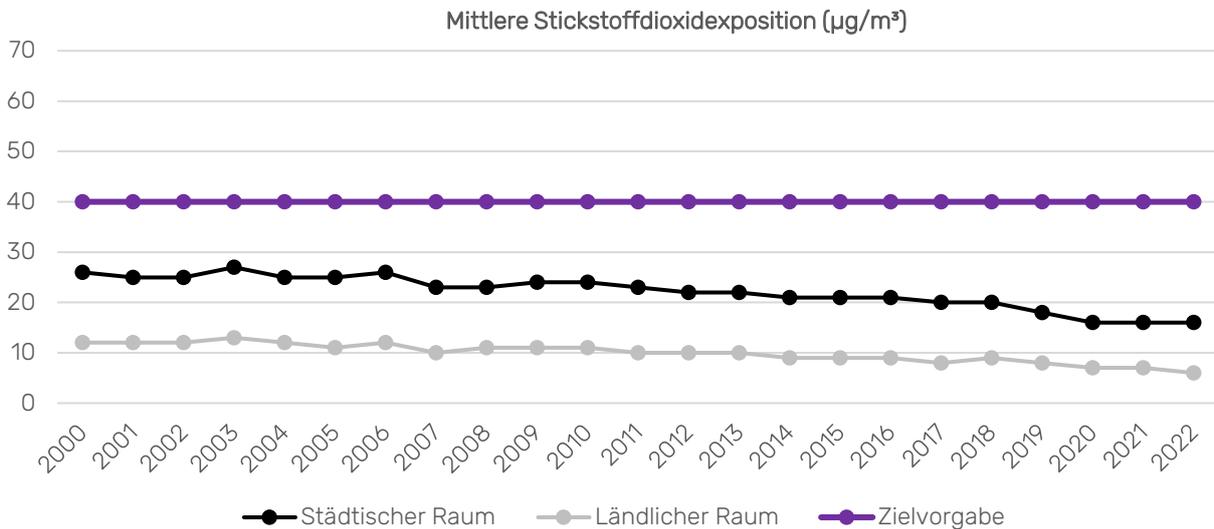
Nicht relevant

Zielvorgabe

Der Jahresgrenzwert von Stickstoffdioxid liegt bei 40 µg/m<sup>3</sup>. (UBA, 2022b) Die Werte in Deutschland liegen damit konstant unter dieser Zielvorgabe, wie die folgende Abbildung visualisiert, sodass die Trendentwicklung als positiv bewertet werden kann.

Referenzwert

Nicht relevant



**Indikator 98**

**Temperatur: Anzahl „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. (UBA, 2021a)

**Daten**

✓2020 ✓2021 ✓2022

Die Anzahl heißer Tage lag 2020 gerundet bei elf, 2021 bei fünf und 2022 bei 17. (UBA, 2021a) Durch die Abbildung wird deutlich, dass die Intensität des wiederkehrenden Rhythmus der heißen Tage zunimmt, sodass der Trend (vorläufig) als steigend bewertet wird.

**Trend**

↑

**Datenqualität**

Sehr gut (6/6)

**Prognose**

Nicht relevant

**Zielvorgabe**

Nicht bekannt

**Referenzwert**

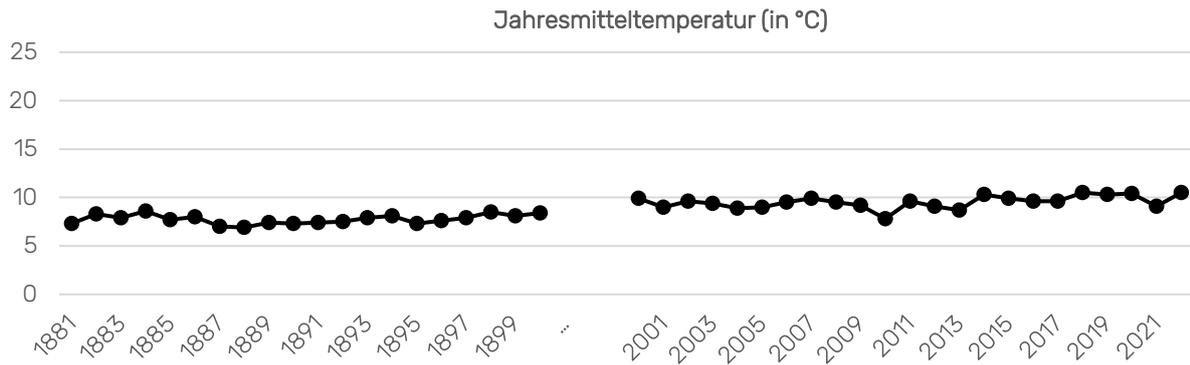
Nicht relevant

Zahl der Tage mit einem Lufttemperatur-Maximum über 30 Grad Celsius



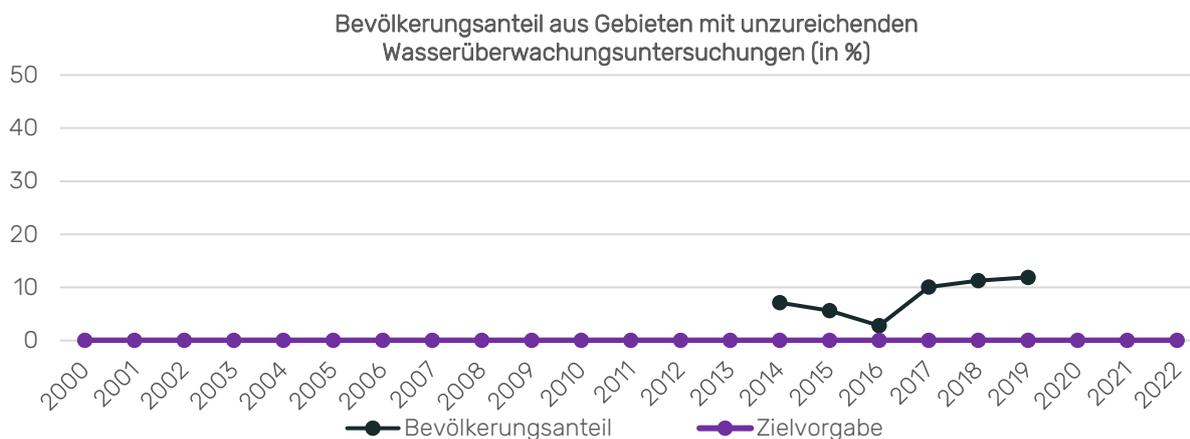
Indikator 99	Temperatur: Anzahl „Hitzewellen“
Inhalt	Von gesundheitlicher Bedeutung sind Perioden anhaltender Hitzebelastung (ugs. „Hitzewellen“), in denen über einen längeren Zeitraum heiße Tage in Kombination mit Tropennächten auftreten können. (UBA, 2021c)
Daten	Keine Daten verfügbar (NN)
Trend	Keine Trendbildung möglich (NN)
Datenqualität	Keine Bewertung der Datenqualität möglich (NN)
Prognose	Es wird prognostiziert, dass die mittlere Anzahl der Hitzewellentage auf 22 bis 23 zwischen 2021 und 2050 steigen wird. Ende des Jahrhunderts (bzw. zwischen den Jahren 2068 und 2097) wird ein Anstieg auf 31 bis 54 Hitzewellentage vorhergesagt. (UBA, 2021c)
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Nicht relevant

Indikator 100	Temperatur: Durchschnittstemperatur	
Inhalt	Temperatur kann ein Gesundheitsrisiko für die Bevölkerung darstellen, weshalb durch diesen Indikator die grundsätzliche Information zur Entwicklung der Durchschnittstemperatur in Deutschland erfasst wird.	
Daten	✓2020 ✓2021 ✓2022  Die Jahresdurchschnittstemperatur überschreitet seit 2018 nahezu jährlich die 10-Grad-Grenze. Im Jahr 2020 lag der Durchschnittswert bei 10,4 °C, 2021 bei 9,2 °C und 2022 bei 10,5 °C. (Deutscher Wetterdienst [DWD], 2023)	
Trend	↑	
Datenqualität	Sehr gut (6/6)	
Prognose	Es wird prognostiziert, dass die Temperatur in Deutschland gegenüber dem Zeitraum 1911 bis 2020 bis Ende des Jahrzehnts um 0,5 bis 1,0 °C ansteigen wird. Bis zum Jahr 2050 soll es gegenüber den Jahren 1850 bis 1900 zu einer Temperatursteigerung von 1,0 bis 5,7 °C kommen. (DWD, 2021; Umweltbundesamt, 2022)	
Zielvorgabe	Im Jahr 2015 fand die Weltklimakonferenz in Paris statt, bei der sich 197 Staaten dazu verpflichteten, dass der Temperaturanstieg der Erde auf deutlich unter 2 °C und dabei möglichst auf 1,5 °C beschränkt werden soll. (Die Bundesregierung, 2021) Eine Überschreitung dessen führt zu einer Auslösung von Kippunkten, die zu einer irreversiblen Kettenreaktion führen. Das 1,5-Grad-Ziel bezieht sich auf die Temperaturen der vorindustriellen Zeit bzw. der Jahre 1850 bis 1900. Da der Deutsche Wetterdienst ab 1881 bis 1900 die deutschen Durchschnittstemperaturen veröffentlicht hat, werden auch diese in der folgenden Grafik dargestellt. Im Durchschnitt betrug die Temperatur im dargestellten vorindustriellen Zeitabschnitt 7,8 °C. Der Durchschnitt des Zeitabschnitts 2000-2022 liegt bei 10,0 °C. (DWD, 2023)	
Referenzwert	Nicht relevant	



**Indikator 101 Wasser: Unzureichende Einhaltung der Überwachungsuntersuchungen zur Trinkwasserqualität**

Inhalt	Siehe Indikator 83.
Daten	✓2020 ✓2021 ✓2022 Der Anteil der Bevölkerung in Wasserversorgungsgebieten, in denen die Mindesthäufigkeit der routinemäßigen und umfassenden Überwachungsuntersuchungen unzureichend eingehalten wurde, betrug im Jahr 2019 11,9 %. (UBA, 2021b)
Trend	↑
Datenqualität	Sehr gut (5/6)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Ziel sollte die Einhaltung der Mindesthäufigkeit der routinemäßigen und umfassenden Überwachungsuntersuchungen sein. (UBA, 2021b) Die Wasserqualität soll durch eine Wiederaufarbeitung, gerechte Sanitätsversorgung sowie Hygiene erhalten werden. (Die Bundesregierung, 2021) Die Verschlechterung des Zustandes aller Oberflächengewässer soll verhindert werden, ebenso wie das Vorhandensein von Schadstoffen in Gewässern, zudem soll der Schutz aller Oberflächengewässer sichergestellt werden. (Europäisches Parlament & Europäischer Rat, 2014) Dabei handelt es sich allerdings um Zielformulierungen, die an keine konkreten Zahlen/Zielwerte geknüpft sind.
Referenzwert	Nicht relevant



### 4.4.3 Ökologisches Management

Die Führung von Institutionen des Gesundheitssystems unter ökologischen Aspekten ist für eine konsequente strategische und ressourcenschonende Ausrichtung des Gesamtsystems wesentlich. Die Nachhaltigkeitskategorie wird durch vier Indikatoren (entspricht 12 % aller Indikatoren der übergeordneten Nachhaltigkeitsdimension) beschrieben. Die Datenverfügbarkeit (also das Vorhandensein von mehr als einem Datum) liegt bei 0 %. 50 % der Indikatoren können mit Zielvorgaben kombiniert werden. Für insgesamt 50 % liegen Vergleichsdaten vor. 100 % der Indikatoren sind hinsichtlich ihrer Trendentwicklung nicht bewertbar. Insgesamt kann die Datenqualität der Dimension mit 3,0 bewertet werden bzw. ist als gut einzuschätzen.

Indikator 102	Anzahl Kliniken mit BUND-Gütesiegel „Energie sparendes Krankenhaus“
Inhalt	<p>Das Gütesiegel zeichnet Krankenhäuser und Reha-Kliniken aus, welche besondere Leistungen für den Klimaschutz erbracht haben.</p> <p>Zudem soll der Leitfaden, welcher resultierend aus dem Projekt „KLIK green“ (2019 bis 2022) Klimaschutzmaßnahmen für Krankenhäuser und Rehakliniken vorstellt, nicht unerwähnt bleiben. (Bund für Umwelt und Naturschutz Deutschland e.V. [BUND e.V.], 2016) Erwähnt werden soll auch das Förderprogramm „Klimaanpassung in sozialen Einrichtungen“, das neben Krankenhäusern auch Pflegestationen und Kindergärten im Zeitraum von 2020 bis 2023 mit einem Fördervolumen von 150 Mio. € bei der Umsetzung von Maßnahmen zur Klimaanpassung unterstützt. (Zukunft, Umwelt, Gesellschaft, 2023)</p>
Daten	<p>✓2020 ✓2021 ✓2022</p> <p>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", 2023)</p>
Trend	Zu wenige Datenpunkte für eine Trendbildung vorhanden (NA).
Datenqualität	Gut (3/6)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Nicht relevant

Indikator 103	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	<p>✓2020 ✓2021 ✓2022</p> <p>Im Jahr 2022 existieren im Gesundheitswesen 31 EMAS-zertifizierte Organisationen, wobei eine Mehrfachzuordnung (s. ökologischer Indikator 20) möglich ist. (Umwelt Gutachter Ausschuss, 2022)</p>
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. (Die 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 104	Anzahl EMAS-Organisationen: Pharmazeutische Erzeugnisse
Inhalt	Siehe Indikator 103.
Daten	<p>✓2020 ✓2021 ✓2022</p> <p>Im Jahr 2022 existieren bzgl. pharmazeutischer Erzeugnisse 18 EMAS-zertifizierte Organisationen, wobei eine Mehrfachzuordnung (s. ökologischer Indikator 19) möglich ist. (Umwelt Gutachter Ausschuss, 2022)</p>
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. (Die 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 105	Verbreitung Hitzeaktionspläne
Inhalt	Hitzeaktionspläne beinhalten Maßnahmen, die während akuter Hitzewellen, aber auch langfristig ergriffen werden sollten, um die Gesundheit zu schützen. Dafür stellte im Jahr 2018 die Bund-/Länder-Arbeitsgruppe „Gesundheitliche Anpassung an die Folgen des Klimawandels“ die „Handlungsempfehlungen für die Erstellung von Hitzeaktionsplänen 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

## 4.5 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 bzw. 3 %), „Zugang“ (vier Indikatoren bzw. 3 %), „Institutionen“ (20 Indikatoren bzw. 17 %), „Beschäftigte“ (23 Indikatoren bzw. 20 %), „Produkte“ (elf Indikatoren bzw. 10 %), „Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen“ (38 Indikatoren bzw. 33 %), „Qualität der Leistungserbringung“ (acht Indikatoren bzw. 7 %) und „Resilienz“ (acht Indikatoren bzw. 7 %) bei. Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die Nachhaltigkeitsdimension durch 115 Indikatoren (entspricht 39 % aller Indikatoren) beschrieben wird. Von den definierten Indikatoren können 86 % mit Daten hinterlegt werden. 5 % der Indikatoren können mit Zielvorgaben kombiniert werden und für insgesamt 27 % liegen Vergleichsdaten vor. 58 % der Indikatoren sind hinsichtlich ihrer Trendentwicklung nicht bewertbar. Von den bewertbaren Indikatoren können 35 % als positiv, 40 % als neutral und 25 % als negativ bewertet werden. Insgesamt kann die Datenqualität der Dimension mit 4,6 bewertet werden bzw. ist als gut einzuschätzen.

### 4.5.1 Governance

Unter der Kategorie „Governance“ werden alle Indikatoren gebündelt, durch welche die Steuerung bzw. Regelung des Gesundheitssystems ausgedrückt werden kann. Die Nachhaltigkeitskategorie wird durch drei Indikatoren (entspricht 3 % aller Indikatoren der übergeordneten Nachhaltigkeitsdimension) beschrieben. Die Datenverfügbarkeit liegt bei 100 %. 33 % der Indikatoren können mit Zielvorgaben kombiniert werden. Für insgesamt 33 % liegen Vergleichsdaten vor. 67 % der Indikatoren sind hinsichtlich ihrer Trendentwicklung nicht bewertbar. Von den bewertbaren Indikatoren können 0 % als positiv, 100 % als neutral und 0 % als negativ bewertet werden. Insgesamt kann die Datenqualität der Dimension mit 2,0 bewertet werden bzw. ist als mangelhaft einzuschätzen.

Indikator 106	Korruption im Gesundheitswesen
Inhalt	Korruption im Gesundheitswesen unterminiert das Vertrauen der Patienten und Patientinnen, 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. (Die 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, 2022)

Indikator 107	Bewertung, inwiefern Politik eine qualitativ hochwertige, inklusive und kosteneffiziente 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	<p>✓2020 ✓2021 ✓2022</p> <p>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)</p>
Trend	→
Datenqualität	Mangelhaft (2/6)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Nicht relevant
Indikator 108	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	<p>✓2020 ✓2021 ✓2022</p> <p>Die Empfehlungen der Ständigen Impfkommission wurden im Jahr 2020 mit 13 von 18 Punkten bewertet. (Leitlinienwatch.de, 2020)</p>
Trend	Zu wenige Datenpunkte für eine Trendbildung vorhanden (NA).
Datenqualität	Mangelhaft (2/6)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Nicht relevant

## 4.5.2 Zugang

Eng verbunden mit den bereits dargestellten Indikatoren der Gerechtigkeit der sozialen Dimension ist die Frage nach der Bewertbarkeit des Zugangs zum Gesundheitssystem und dessen Leistungen. Die Nachhaltigkeitskategorie wird durch vier Indikatoren (entspricht 3 % aller Indikatoren der übergeordneten Nachhaltigkeitsdimension) beschrieben. Die Datenverfügbarkeit liegt bei 100 %. 0 % der Indikatoren können mit Zielvorgaben kombiniert werden. Für insgesamt 0 % liegen Vergleichsdaten vor. 50 % der Indikatoren sind hinsichtlich ihrer Trendentwicklung nicht bewertbar. Von den bewertbaren Indikatoren können 0 % als positiv, 50 % als neutral und 50 % als negativ bewertet werden. Insgesamt kann die Datenqualität der Dimension mit 5,3 bewertet werden bzw. ist als sehr gut einzuschätzen.

Indikator 109	Zugang zur Versicherung: 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 existieren das Selbstverwaltungsprinzip, das Sachleistungsprinzip und das Wirtschaftlichkeitsgebot.	
Daten	✓2020 ✓2021 ✓2022 In den Jahren 2020 und 2021 waren ca. 88 % der deutschen Bevölkerung durch die gesetzliche Krankenversicherung versichert. (GBE, 2023k)	
Trend	→	
Datenqualität	Sehr gut (5/6)	
Prognose	Nicht relevant	
Zielvorgabe	Nicht bekannt	
Referenzwert	Nicht relevant	
Indikator 110	Zugang zur Versicherung: PKV-Versicherte	
Inhalt	In der PKV können Menschen versichert werden, die keiner GKV-Versicherungspflicht unterliegen (bspw. Selbstständige, Beamte). Neben dem Äquivalenzprinzip dominiert das Kostenerstattungsprinzip.	
Daten	✓2020 ✓2021 ✓2022 Der deutsche Bevölkerungsanteil, der in der PKV versichert war, betrug 2021 10,5 %, ebenso wie im Vorjahr. (GBE, 2023k)	
Trend	→	
Datenqualität	Sehr gut (5/6)	
Prognose	Nicht relevant	
Zielvorgabe	Nicht bekannt	
Referenzwert	Nicht relevant	

**Indikator 111**

**Zugang zur Versicherung:  
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**

✓2020 ✓2021 ✓2022

Der deutsche Bevölkerungsanteil, der durch keine gesetzliche oder private Krankenversicherung (s. Indikatoren 102 und 103) abgesichert war, betrug 2021 1,4 % und ist damit gegenüber dem Vorjahr um 0,1 % gesunken. (GBE, 2023k)

**Trend**

→

**Datenqualität**

Sehr gut (5/6)

**Prognose**

Nicht relevant

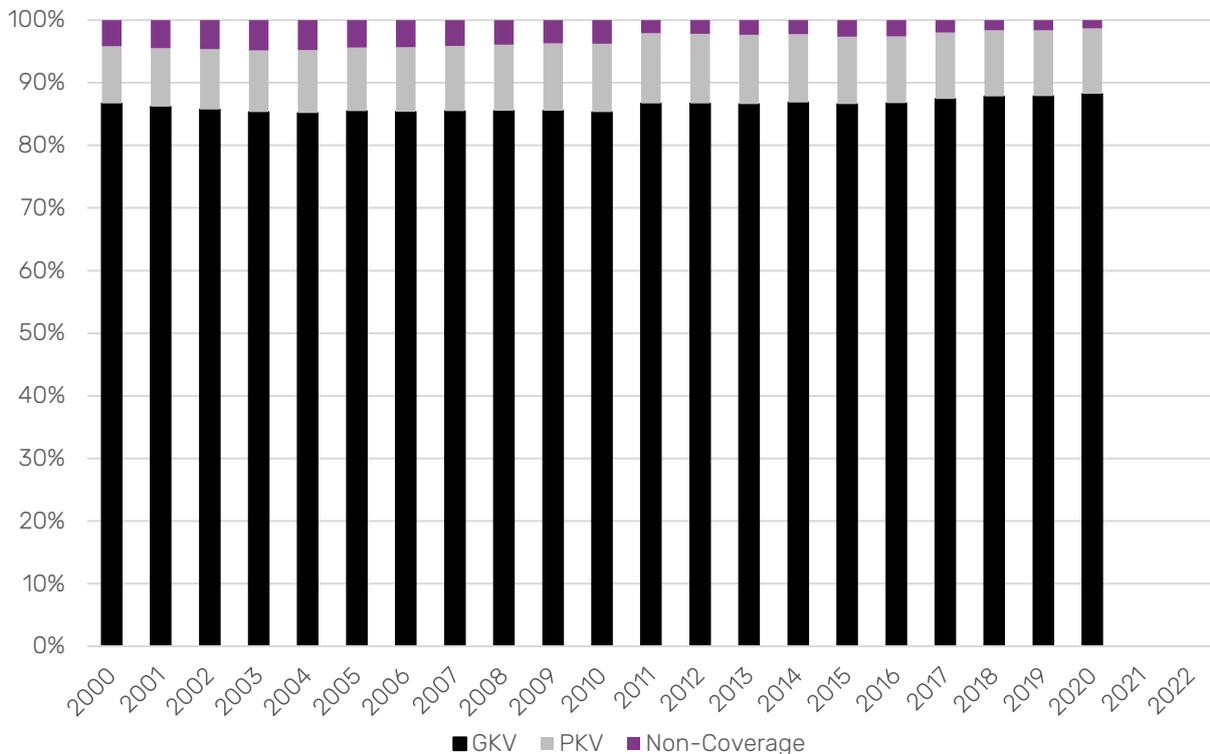
**Zielvorgabe**

Nicht bekannt

**Referenzwert**

Nicht relevant

Versicherungsabdeckung (in %)



**Indikator 112**

**Zugang zur Versorgung:  
Postmortale Organspender\*innenanzahl**



**Inhalt**

Durch eine postmortale Organspende werden Organe von verstorbenen Spendern und Spenderinnen an Personen bzw. Organempfänger\*innen gespendet. Damit die Transplantation erfolgen kann, müssen diverse Anforderungen erfüllt sein, bspw. muss eine Zustimmung der spendenden Person für die Organspende vorliegen (z. B. via Organspendeausweis).

**Daten**

✓2020 ✓2021 ✓2022

Die Zahl der postmortalen Organspender\*innen ist seit 2010 zurückgegangen. Im Jahr 2020 wurden in Deutschland 913 postmortale Organspender\*innen gezählt, 2021 waren es 933 und 2022 869. Pro Spender werden durchschnittlich 3,1 Organe entnommen, sodass insgesamt 2.662 Organe im Jahr 2022 in Deutschland postmortal gespendet werden konnten. Im gleichen Jahr stehen dem allerdings 8.826 benötigte Organe, die auf der Warteliste aufgeführt werden, entgegen, sodass die Entwicklung der Zahl der Organspender\*innen negativ bewertet wird. (GBE, 2023m)

**Trend**

→

**Datenqualität**

Sehr gut (6/6)

**Prognose**

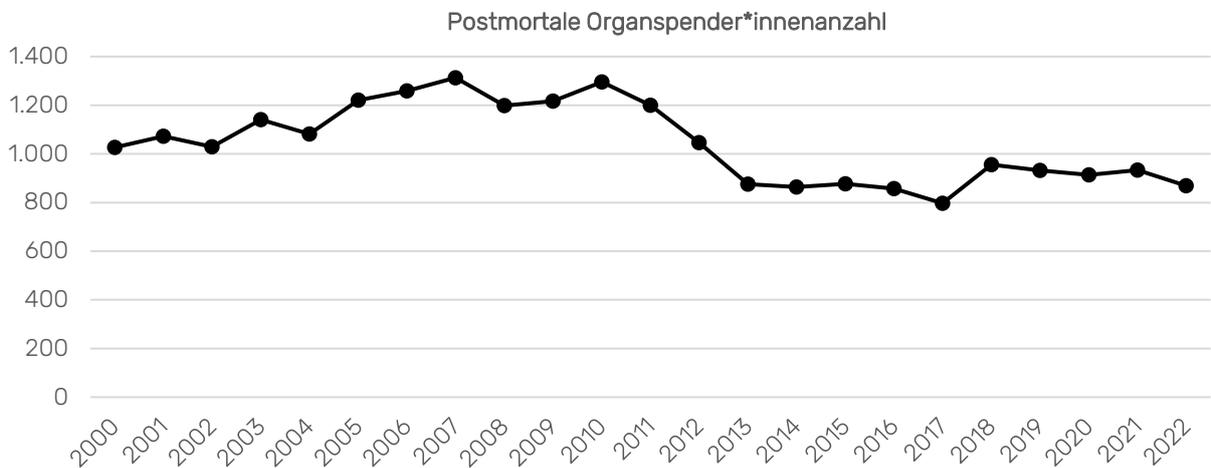
Nicht relevant

**Zielvorgabe**

Nicht bekannt

**Referenzwert**

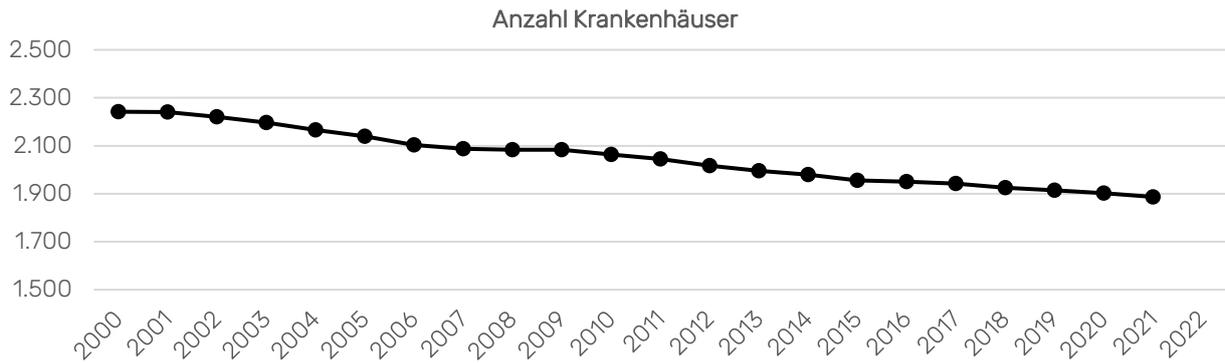
Nicht relevant



### 4.5.3 Institutionen

Durch die Erfassung der Institutionen, die maßgeblich im Gesundheitssystem wirken, wird die Bewertung der Leistungsfähigkeit des Systems zahlenbasiert zugänglich gemacht. Die Nachhaltigkeitskategorie wird durch 20 Indikatoren (entspricht 17 % aller Indikatoren der übergeordneten Nachhaltigkeitsdimension) beschrieben. Die Datenverfügbarkeit liegt bei 100 %. 0 % der Indikatoren können mit Zielvorgaben kombiniert werden. Für insgesamt 10 % liegen Vergleichsdaten vor. 90 % der Indikatoren sind hinsichtlich ihrer Trendentwicklung nicht bewertbar. Von den bewertbaren Indikatoren können 0 % als positiv, 0 % als neutral und 100 % als negativ bewertet werden. Insgesamt kann die Datenqualität der Dimension mit 5,5 bewertet werden bzw. ist als sehr gut einzuschätzen.

Indikatoren 113 - 116	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 Patienten bzw. Patientinnen 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	✓2020 ✓2021 ✓2022 Die Anzahl von Krankenhäusern in Deutschland betrug in Deutschland 2020 1.903, 2021 waren es 1.887. Dabei waren 2020 487.783 Krankenhausbetten verfügbar, im Jahr darauf waren es 483.606. Die durchschnittliche Verweildauer lag sowohl 2020 als auch 2021 bei 7,2 Tagen. Die durchschnittliche Bettenauslastung lag 2020 bei 67,3 %, im Folgejahr bei 68,0 %. (Deutsche Krankenhausgesellschaft [DKG], 2021)	
Trend	↓ Einrichtungsanzahl, Krankenhausbetten → Durchschnittliche Verweildauer, Durchschnittliche Bettenauslastung	
Datenqualität	Sehr gut (5/6)	
Prognose	Nicht relevant	
Zielvorgabe	Nicht bekannt	
Referenzwert	Nicht relevant	



**Indikator 117**

**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 Patienten bzw. Patientinnen 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**

✓2020 ✓2021 ✓2022

Die Zahl der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen lag 2021 bei 1.092 Einrichtungen und ist gegenüber dem Vorjahr damit um elf gesunken. (Destatis, 2023m)

**Trend**

↓

**Datenqualität**

Sehr gut (5/6)

**Prognose**

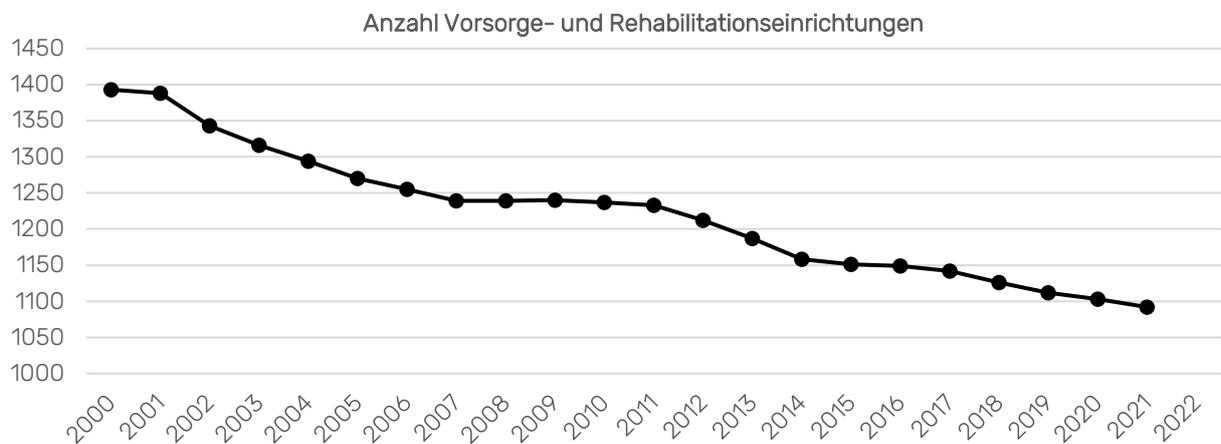
Nicht relevant

**Zielvorgabe**

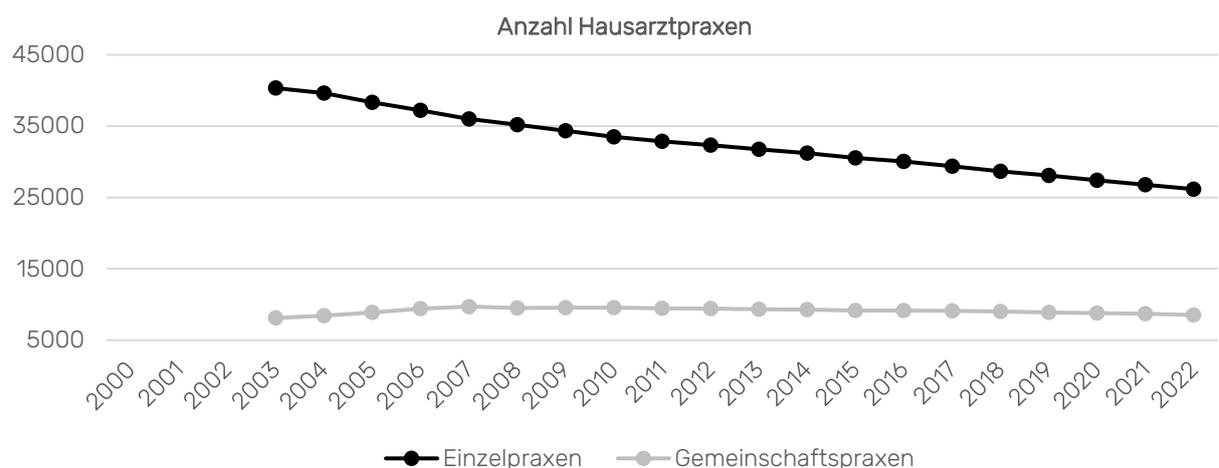
Nicht bekannt

**Referenzwert**

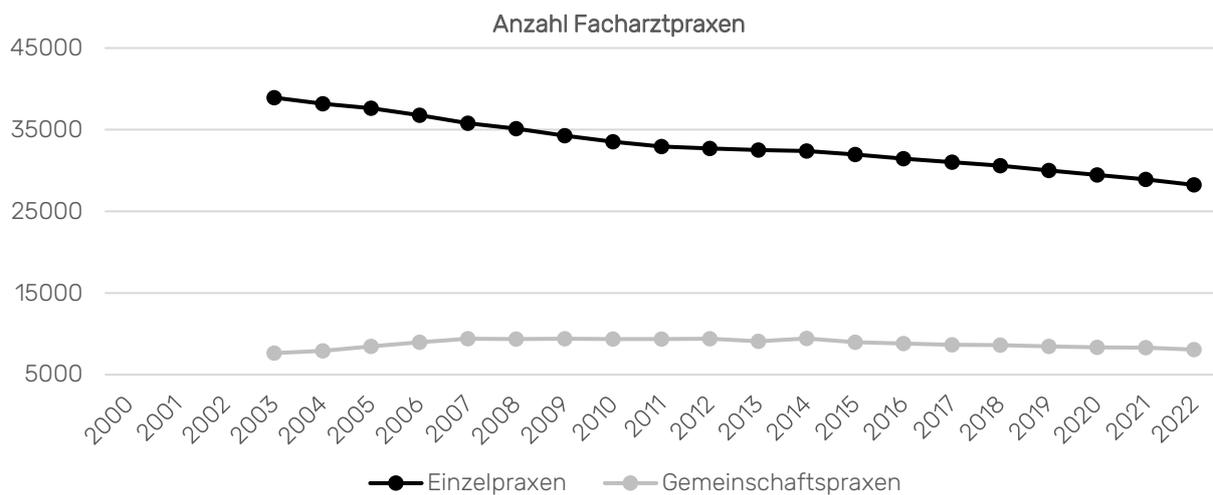
Nicht relevant



<b>Indikatoren</b>	<b>Hausärzte/-ärztinnen:</b>	
<b>118 - 119</b>	<b>Einzelpraxen, Gemeinschaftspraxen</b>	
Inhalt	<p>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. (KBV, 2023c)</p> <p>Die Gemeinschaftspraxis entspricht einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG), welche auch überörtlich erfolgen kann und dem Zusammenschluss von mehreren Ärzten/Ärztinnen als wirtschaftliche Einheit zur gemeinsamen Patienten- bzw. Patientinnenbehandlung und Abrechnung dient. (KBV, 2023b)</p>	
Daten	<p>✓2020 ✓2021 ✓2022</p> <p>2020 waren 27.430 Hausärzte/-ärztinnen in einer Einzelpraxis tätig, 2021 waren es 26.784 und 2022 26.175. Die Anzahl der Hausärzte/-ärztinnen, die in einer Gemeinschaftspraxis tätig waren, betrug 2020 8.819, 2021 8.699 und 2022 8.517. (GBE, 2023b)</p> <p>In Verbindung mit der Prognose der Entstehung einer Versorgungslücke durch einen Mangel an Hausärzten/-ärztinnen sind die Entwicklungstrends der Indikatoren negativ zu bewerten.</p>	
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 120 - 121	Fachärzte/-ärztinnen: Einzelpraxen, Gemeinschaftspraxen
Inhalt	Siehe Indikatoren 118 und 119.
Daten	✓2020 ✓2021 ✓2022 Im Jahr 2020 waren 29.452 Fachärzte/-ärztinnen in einer Einzelpraxis tätig, 2021 waren es 28.923 und 2022 28.233. Die Anzahl der Fachärzte/-ärztinnen, die in einer (fachgleichen ebenso wie einer fachübergreifenden) Gemeinschaftspraxis tätig waren, betrug 2020 8.350, 2021 8.296 und 2022 8.078. (GBE, 2023b)
Trend	↓
Datenqualität	Sehr gut (6/6)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Nicht relevant



**Indikator 122**

**Versorgungsbereichübergreifende Gemeinschaftspraxen**



Inhalt

In versorgungsbereichübergreifenden Gemeinschaftspraxen arbeiten Allgemein- und Fachärzte/-ärztinnen zusammen.

Daten

✓2020 ✓2021 ✓2022

Im Jahr 2020 zählte Deutschland 666 versorgungsbereichübergreifende Gemeinschaftspraxen, 2021 gab es 639 solcher Praxen und 2022 waren es 613. (GBE, 2023b)

Trend

↓

Datenqualität

Sehr gut (6/6)

Prognose

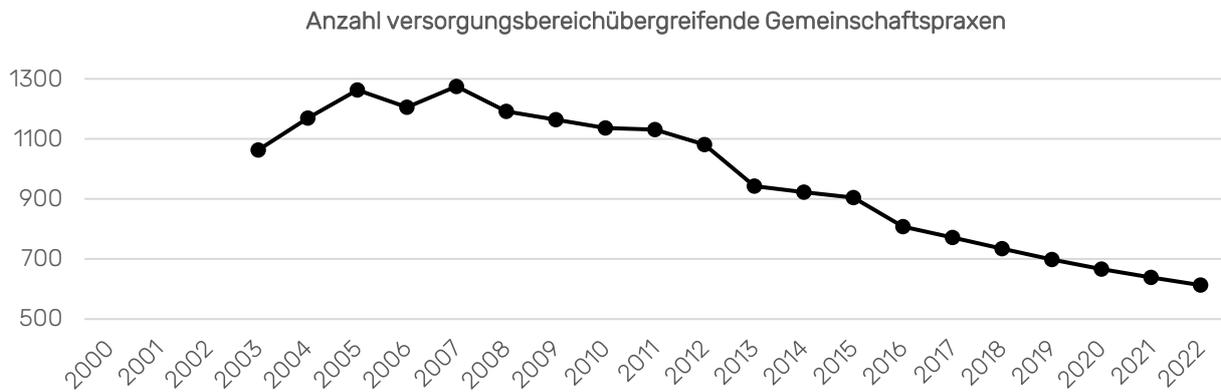
Nicht relevant

Zielvorgabe

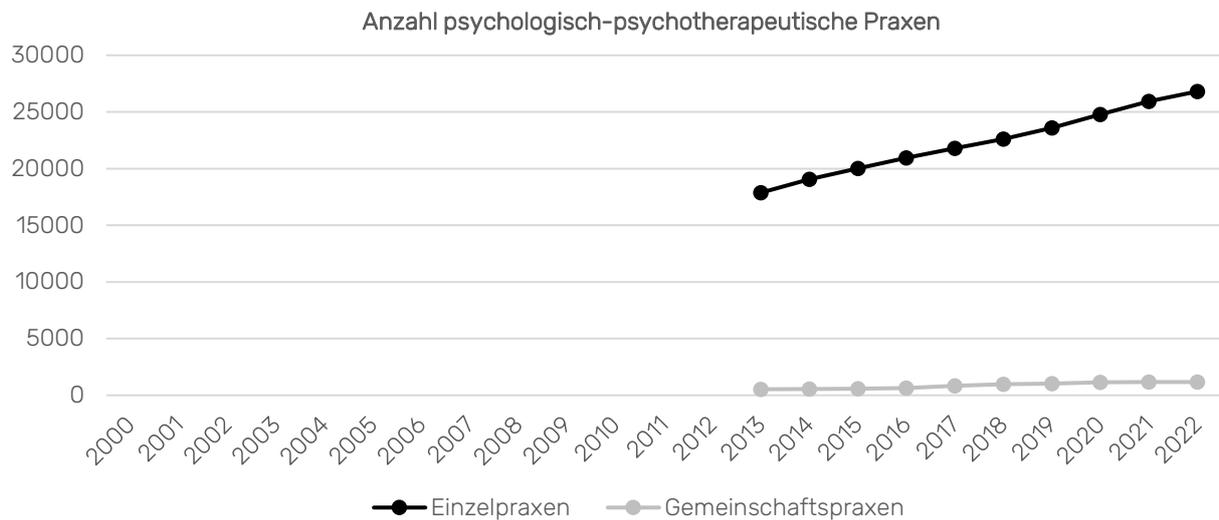
Nicht bekannt

Referenzwert

Nicht relevant



Indikatoren 123 - 124	Psychologisch-psychotherapeutische Praxen: Einzelpraxen, Gemeinschaftspraxen
Inhalt	Siehe Indikatoren 118 und 119, wobei hier der Fokus auf Psychologen bzw. Psychotherapeuten gelegt wird.
Daten	✓2020 ✓2021 ✓2022 Im Jahr 2020 existierten 24.777 psychologisch-psychotherapeutische Praxen in Form von Einzelpraxen, 2021 waren es 25.946 und 2022 26.809. Gemeinschaftspraxen gab es 2020 1.140, 2021 1.159 und 2022 1.168. (GBE, 2023b)
Trend	↑
Datenqualität	Sehr gut (6/6)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Nicht relevant



**Indikator 125**      **Gemischte ärztlich-psychologisch-psychotherapeutische  
Gemeinschaftspraxen**



**Inhalt**                      Siehe Indikator 119, wobei der Fokus auf Psychologen bzw. Psychotherapeuten i. V. m. Medizinerinnen bzw. einem Medizinstudium gelegt wird.

**Daten**                        ✓2020   ✓2021   ✓2022  
  
Im Jahr 2020 waren 59 gemischte ärztlich-psychologisch-psychotherapeutische Gemeinschaftspraxen in Deutschland vorhanden, im Folgejahr kamen vier und im Jahr darauf weitere zwei Gemeinschaftspraxen hinzu. (GBE, 2023b)

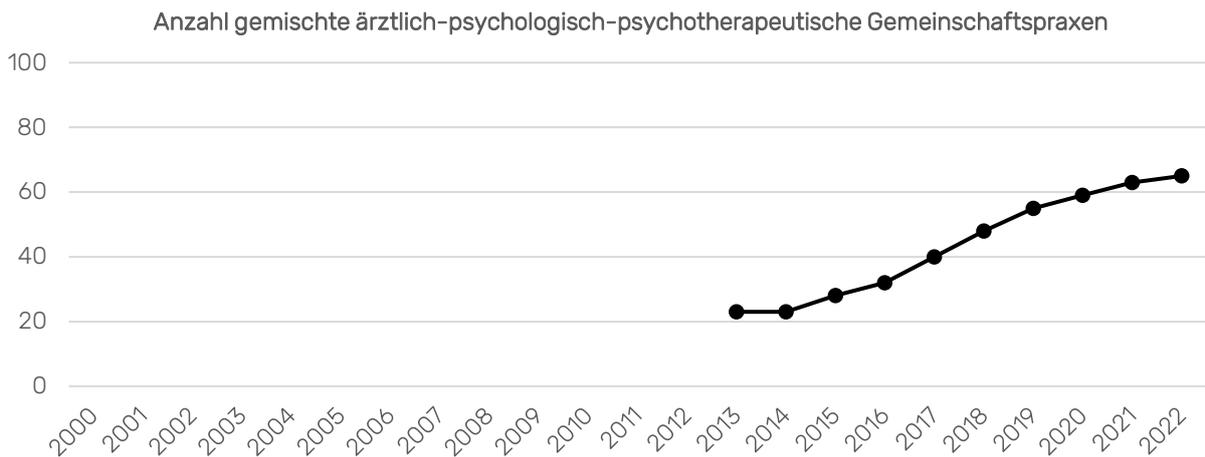
**Trend**                         ↑

**Datenqualität**              Sehr gut (6/6)

**Prognose**                    Nicht relevant

**Zielvorgabe**                 Nicht bekannt

**Referenzwert**                Nicht relevant



**Indikator 126**

**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

✓2020 ✓2021 ✓2022

Im Jahr 2020 bestand seit 16 Jahren die Möglichkeit, ein MVZ zu gründen. Im besagten Datenjahr gab es 3.846 MVZ, 2021 waren es 4.179 Zentren. (GBE, 2023b)

Trend

↑

Datenqualität

Sehr gut (5/6)

Prognose

Nicht relevant

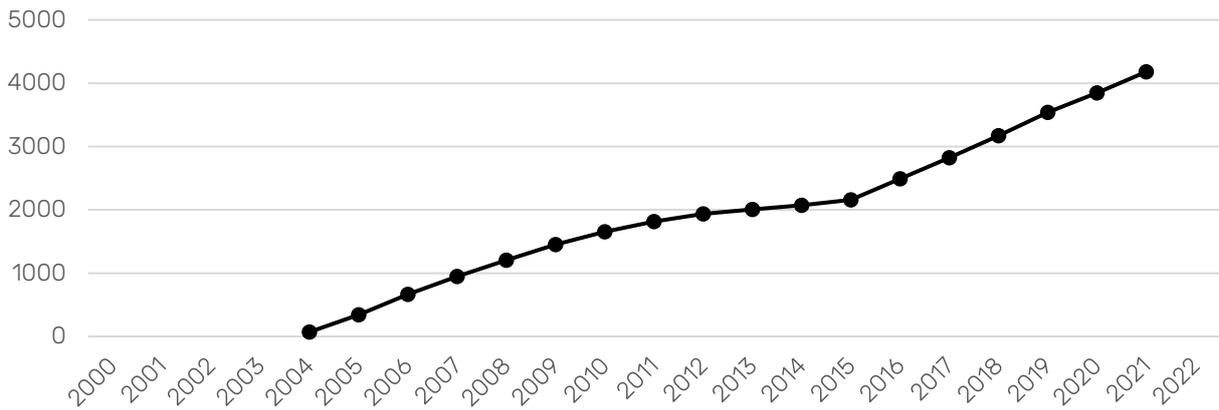
Zielvorgabe

Nicht bekannt

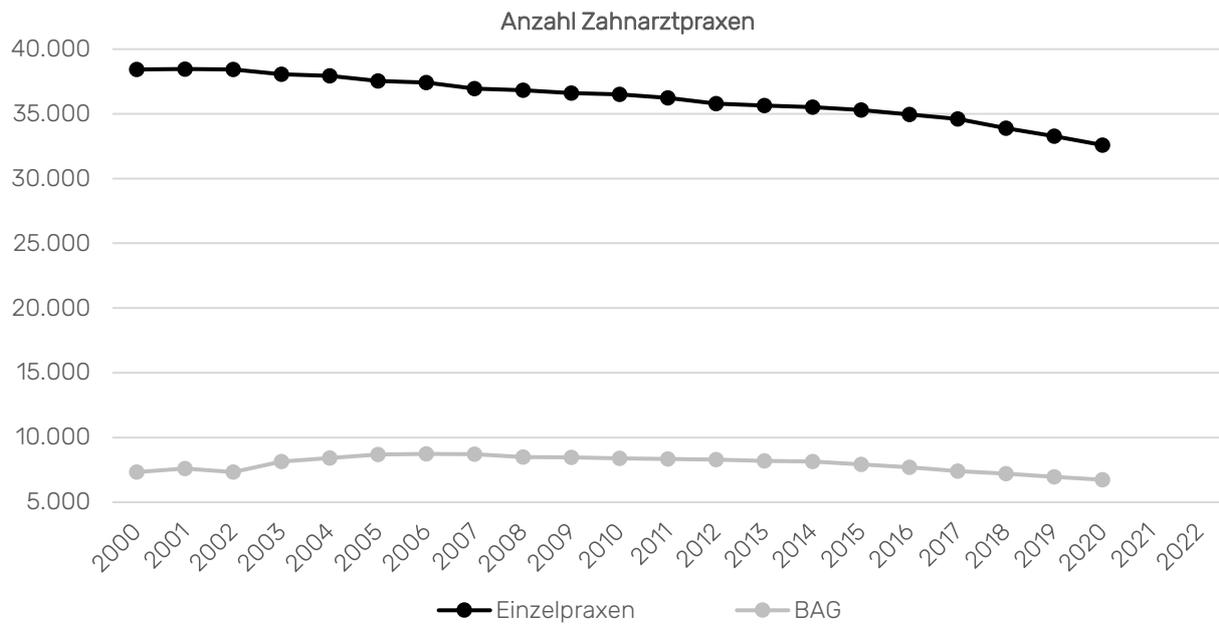
Referenzwert

Nicht relevant

Anzahl Medizinische Versorgungszentren



Indikatoren 127 - 128	Zahnärztliche Praxen: Einzelpraxen, Gemeinschaftspraxen	
Inhalt	Siehe Indikatoren 118 und 119.	
Daten	✓2020 ✓2021 ✓2022 Im Jahr 2020 gab es 32.589 Zahnarztpraxen als Einzelpraxen. Zahnärztliche Praxen können auch in Form einer BAG existieren, wobei es 2020 6.736 davon gab. (GBE, 2023r)	
Trend	→ Einzelpraxen ↓ BAG	
Datenqualität	Sehr gut (5/6)	
Prognose	Nicht relevant	
Zielvorgabe	Nicht bekannt	
Referenzwert	Nicht relevant	



**Indikator 129**

**Ambulante Pflege- und Betreuungsdienste**



Inhalt

Der Indikator der ambulant-tätigen Pflege- und Betreuungsdienste ist im Hinblick auf den demografischen Wandel besonders wichtig, da die Versorgung einer zunehmend älteren (und immobileren) Bevölkerung gewährleistet bleiben muss.

Daten

✓2020 ✓2021 ✓2022

Die Trägeranzahl von ambulanten Pflege- und Betreuungsdiensten wurde zuletzt 2019 festgestellt und betrug 14.688. Zwei Jahre zuvor hatte es 14.050 Träger in Deutschland gegeben. (GBE, 2023a)

Trend

↑

Datenqualität

Sehr gut (5/6)

Prognose

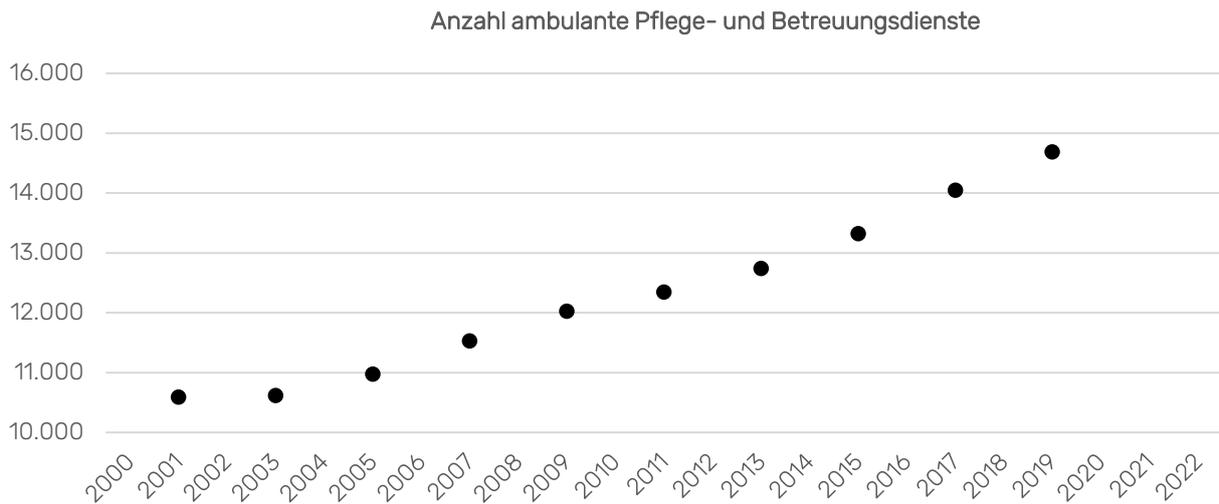
Nicht relevant

Zielvorgabe

Nicht bekannt

Referenzwert

Nicht relevant



**Indikator 130**      **Pflegeheime für ältere Menschen**



**Inhalt**      Siehe Indikator 129, nur dass hier der Schwerpunkt auf stationären Pflegeeinrichtungen speziell für ältere Menschen liegt.

**Daten**      ✓2020 ✓2021 ✓2022  
 Im Jahr 2019 gab es 14.494 Pflegeheimträger für ältere Menschen, 2017 waren es 13.633. (GBE, 2023o)

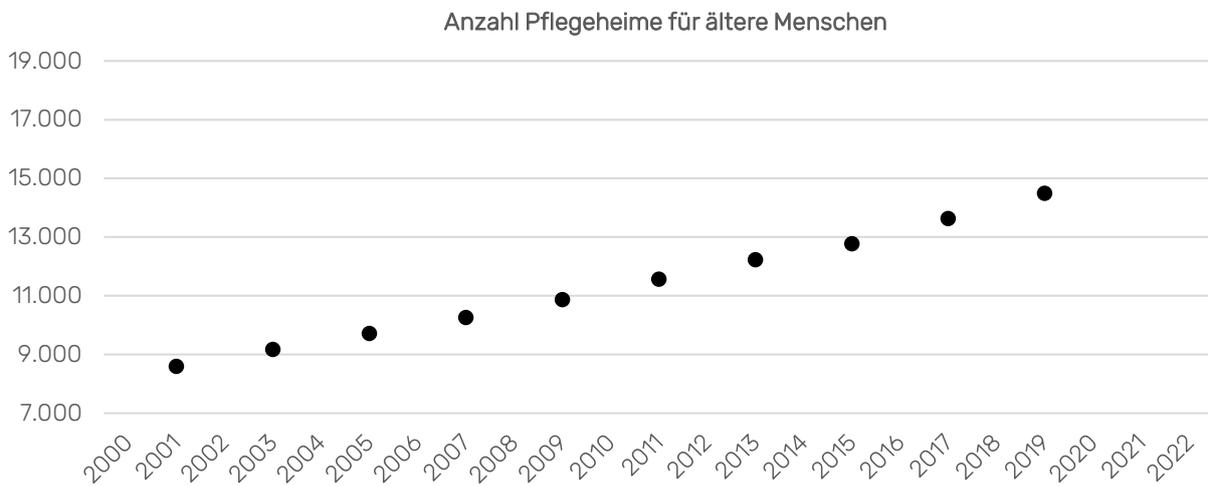
**Trend**      ↑

**Datenqualität**      Sehr gut (5/6)

**Prognose**      Nicht relevant

**Zielvorgabe**      Nicht bekannt

**Referenzwert**      Nicht relevant



**Indikator 131**

**Gesetzliche Krankenkassen**



Inhalt

Gesetzliche Krankenkassen sind als Körperschaften des öffentlichen Rechts organisiert und führen mittels ihres Selbstverwaltungsrechts staatlich zugewiesene Aufgaben eigenständig durch.

Daten

✓2020 ✓2021 ✓2022

Die Anzahl der gesetzlichen Krankenkassen hat stark abgenommen. Lag sie 1970 noch bei 1.815, gab es 2019 noch 109 Krankenkassen, 2020 105, 2021 103 und 2022 97. (GKV-Spitzenverband, 2023)

Trend

↓

Datenqualität

Sehr gut (6/6)

Prognose

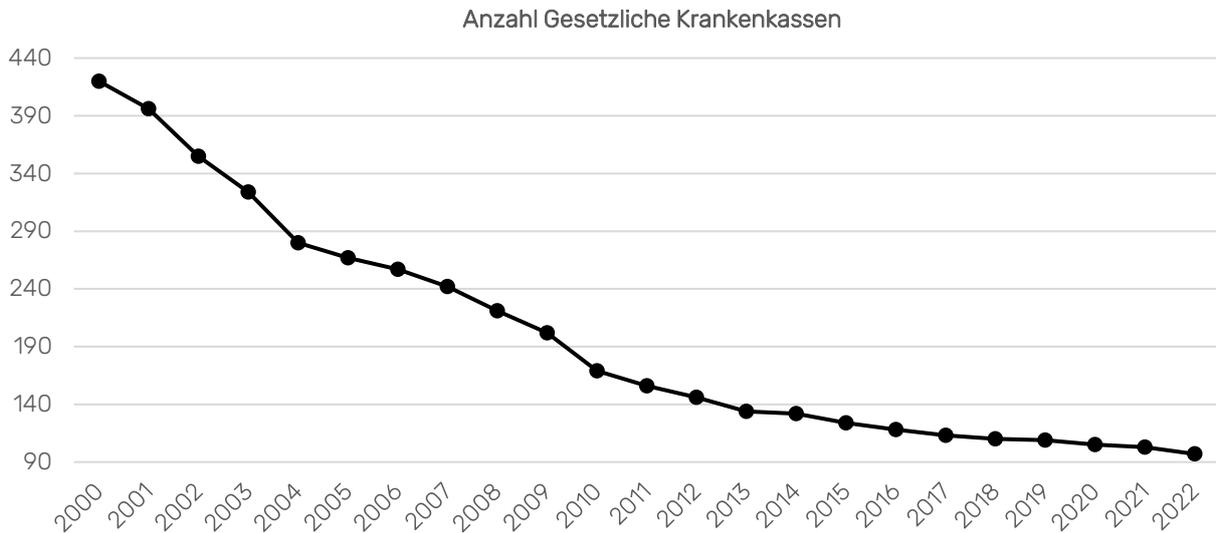
Nicht relevant

Zielvorgabe

Nicht bekannt

Referenzwert

Nicht relevant



**Indikator 132**

**Private Krankenversicherungen**



Inhalt

Die Absicherung gegen finanzielle Krankheitsrisiken kann auch durch privatwirtschaftliche Unternehmen in Deutschland angeboten werden.

Daten

✓2020 ✓2021 ✓2022

Die Anzahl der Anbieter privater Krankenversicherungen ist seit 2014 auf einem stabilen Niveau verblieben, wobei sich ein leichter Anstieg andeutet. In den Jahren 2020 und 2021 existierten 52 private Krankenversicherungen. (GBE, 2023p)

Trend

→

Datenqualität

Sehr gut (5/6)

Prognose

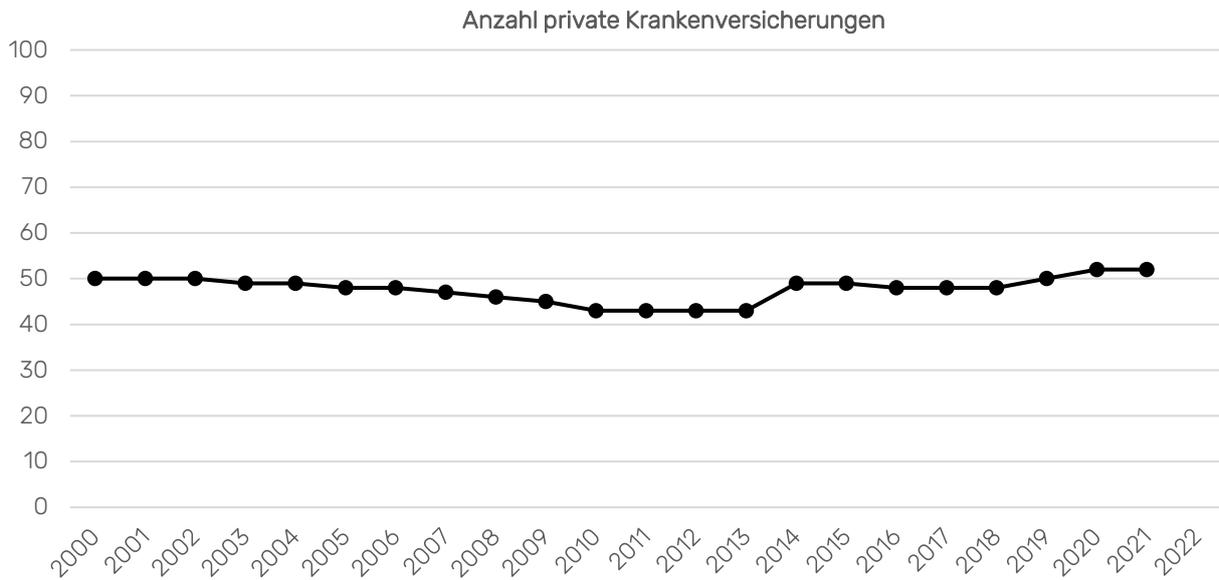
Nicht relevant

Zielvorgabe

Nicht bekannt

Referenzwert

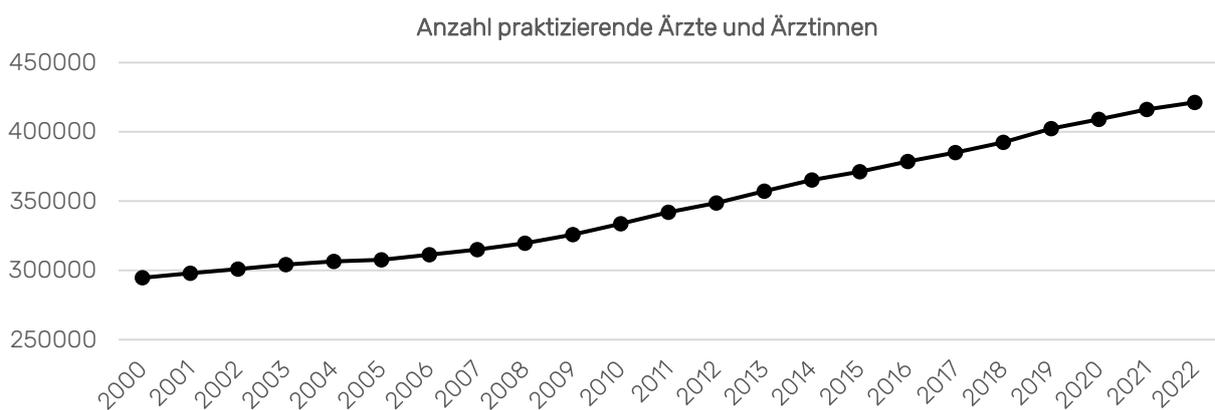
Nicht relevant



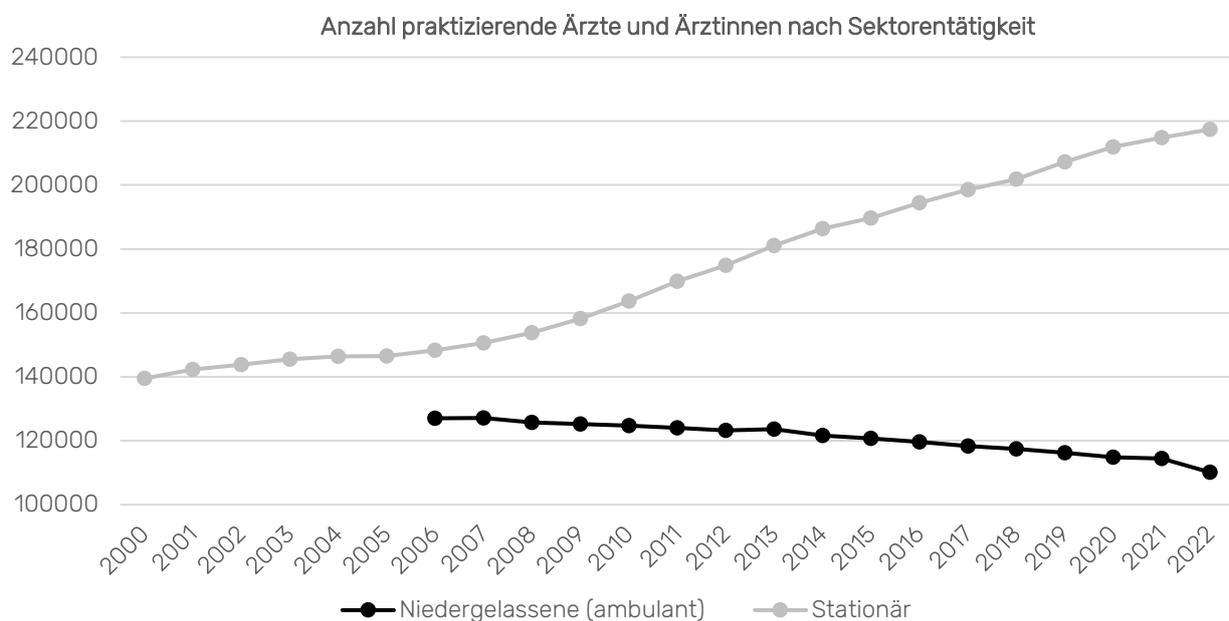
#### 4.5.4 Beschäftigte im Gesundheitswesen (Workforce)

Damit die Organisation des Gesundheitssystems nachhaltig erfolgen kann, ist die Verfügbarkeit von ausreichendem und qualifiziertem Personal notwendig. Die Nachhaltigkeitskategorie wird durch 23 Indikatoren (entspricht 20 % aller Indikatoren der übergeordneten Nachhaltigkeitsdimension) beschrieben. Die Datenverfügbarkeit liegt bei 96 %. 0 % der Indikatoren können mit Zielvorgaben kombiniert werden. Für insgesamt 30 % liegen Vergleichsdaten vor. 78 % der Indikatoren sind hinsichtlich ihrer Trendentwicklung nicht bewertbar. Von den bewertbaren Indikatoren können 80 % als positiv, 0 % als neutral und 20 % als negativ bewertet werden. Insgesamt kann die Datenqualität der Dimension mit 5,4 bewertet werden bzw. ist als sehr gut einzuschätzen.

Indikator 133	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 Patienten- bzw. Patientinnen-gesundheit. (BÄK, 2011)	
Daten	✓2020 ✓2021 ✓2022 Im Jahr 2020 gab es in Deutschland 409.121 praktizierende Ärzte und Ärztinnen, ein Jahr später waren es 416.120 und zwei Jahre später bzw. im Jahr 2022 421.303. (BÄK, 2020, 2021b, 2022)	
Trend	↑	
Datenqualität	Sehr gut (6/6)	
Prognose	Nicht relevant	
Zielvorgabe	Nicht bekannt	
Referenzwert	Nicht relevant	



Indikatoren 134 - 135	Praktizierende Ärzte und Ärztinnen: tätig im niedergelassenen Bereich 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, die stationäre Versorgung vorrangig in Krankenhäusern erfolgt.	
Daten	✓2020 ✓2021 ✓2022 Im Jahr 2020 waren 114.857 Ärzte/Ärztinnen als niedergelassene Ärzte/Ärztinnen tätig, 2021 114.459 und 2022 110.114. Im Hinblick auf die prognostizierte Versorgungslücke wird die Indikatorentwicklung negativ bewertet. Im stationären Sektor sind mehr praktizierende Ärzte und Ärztinnen angesiedelt als im ambulanten Sektor. Hier waren 2020 211.904 Ärzte und Ärztinnen, 2021 214.845 und 2022 217.399 tätig. (BÄK, 2020, 2021b, 2022)	
Trend	↓ niedergelassene Ärzte und Ärztinnen ↑ stationär tätige Ärzte und Ärztinnen	
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). (KBV, 2016)	
Zielvorgabe	Nicht bekannt	
Referenzwert	Nicht relevant	



**Indikator 136**

**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 für eine nachhaltige Entwicklung des Gesundheitswesens relevanten Berufsfelder 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**

✓2020 ✓2021 ✓2022

Über die betrachteten Jahre ist der Beschäftigungsanteil von praktizierenden Ärzten und Ärztinnen mit Migrationshintergrund angestiegen. Im Jahr 2020 lag er bei 56.107 Personen, 2021 bei 57.164 und 2022 bei 59.883. (BÄK, 2020, 2021b, 2022)

**Trend**

↑

**Datenqualität**

Sehr gut (6/6)

**Prognose**

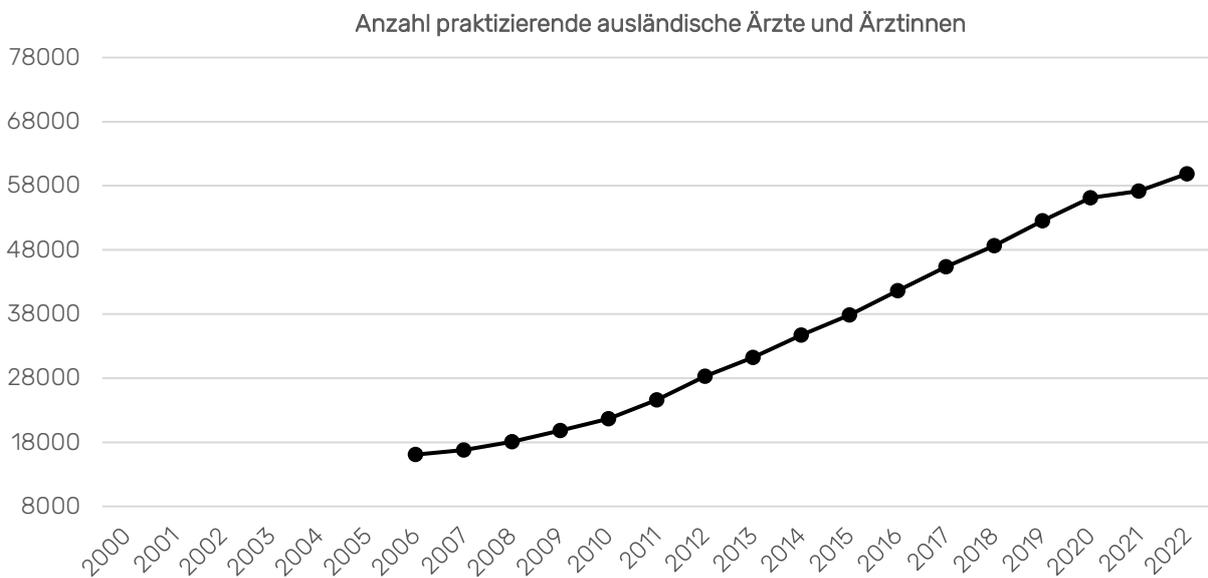
Nicht relevant

**Zielvorgabe**

Nicht bekannt

**Referenzwert**

Nicht relevant



**Indikator 137**

**Praktizierende Ärzte und Ärztinnen:  
Innere Medizin**



**Inhalt**

An ein abgeschlossenes Medizinstudium kann sich die ärztliche Weiterbildung anschließen, welche die Weiterbildung zu einem/-r Facharzt/-ärztin ermöglicht. In Abhängigkeit von der zuständigen Ärztekammer gibt es verschiedene angebotene Facharzttrichtungen: In Ostwestfalen-Lippen 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, 2020) Die Indikatoren 130 bis 134 stellen die Top 5 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**

✓2020 ✓2021 ✓2022

Die Anzahl der praktizierenden Ärzte und Ärztinnen, welche dem Gebiet der Inneren Medizin zugeordnet werden können, lag im Jahr 2020 bei 58.155, 2021 bei 59.576 und 2022 bei 60.546. (BÄK, 2020, 2021b, 2022)

**Trend**

↑

**Datenqualität**

Sehr gut (6/6)

**Prognose**

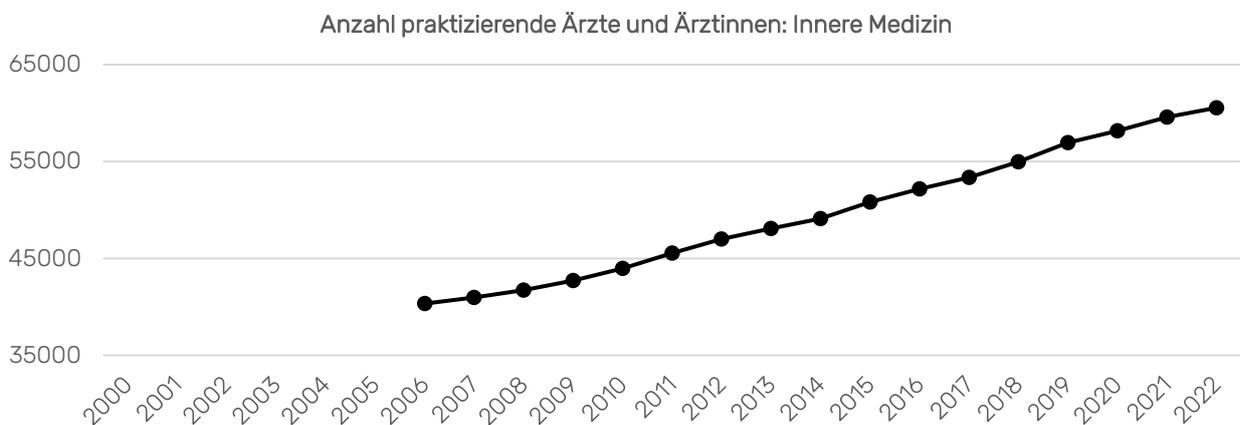
Es wird prognostiziert, dass für Fachinternisten bis zum Jahr 2030 gegenüber 2012 eine Mehrbeanspruchung i. H. v. 15 % entstehen wird. (G-BA, 2018)

**Zielvorgabe**

Nicht bekannt

**Referenzwert**

Nicht relevant



**Indikator 138**

**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**

✓2020 ✓2021 ✓2022

Die Zahl praktizierender Allgemeinmediziner blieb relativ konstant, wobei sie 2020 44.158, 2021 44.451 und 2022 44.612 betrug. (BÄK, 2020, 2021b, 2022)

**Trend**

→

**Datenqualität**

Sehr gut (6/6)

**Prognose**

Nicht relevant

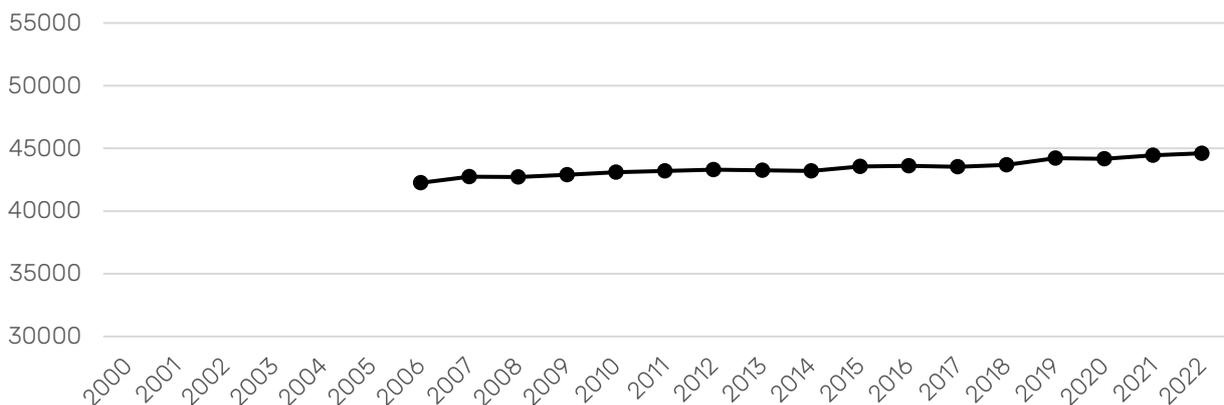
**Zielvorgabe**

Nicht bekannt

**Referenzwert**

Nicht relevant

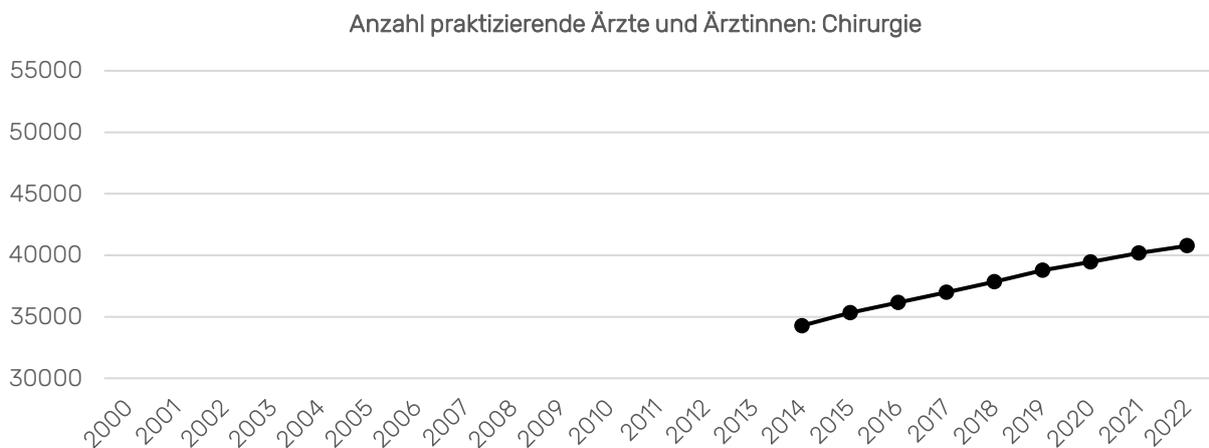
Anzahl praktizierende Ärzte und Ärztinnen: Allgemeinmedizin



**Indikator 139**      **Praktizierende Ärzte und Ärztinnen:  
Chirurgie**



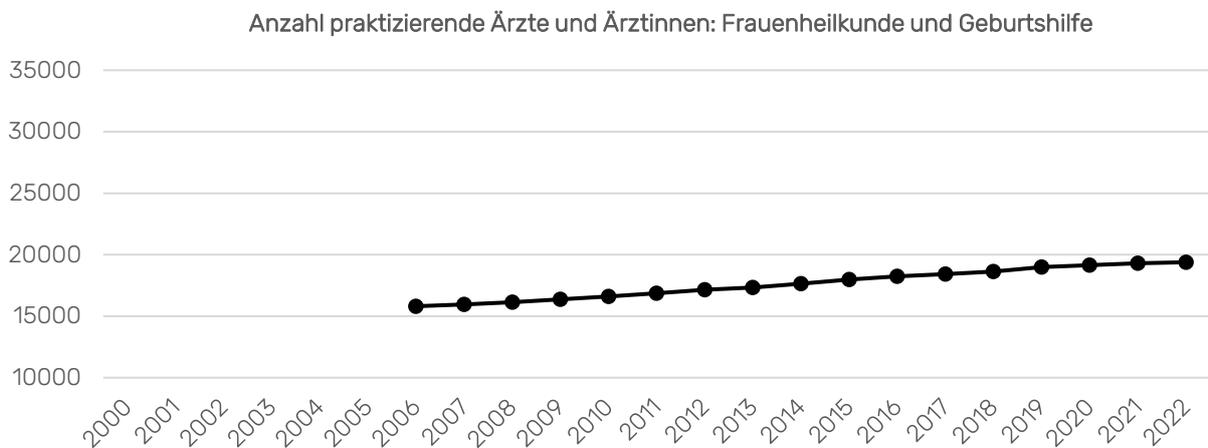
Inhalt	„Das Gebiet Chirurgie umfasst die Vorbeugung, Erkennung, konservative und operative Behandlung, Nachsorge und Rehabilitation von chirurgischen Erkrankungen, Verletzungen und Verletzungsfolgen sowie angeborenen und erworbenen Formveränderungen und Fehlbildungen der Gefäße, der inneren Organe einschließlich des Herzens, der Stütz- und Bewegungsorgane sowie die Wiederherstellungs- und Transplantationschirurgie.“ (Ärztekammer Westfalen-Lippe, 2019)
Daten	✓2020 ✓2021 ✓2022  Viele praktizierende Ärzte und Ärztinnen sind in der Chirurgie tätig: 2020 waren es 39.463, 2021 40.194 und 2022 40.766. (BÄK, 2020, 2021b, 2022) Im Zeitverlauf wird das Dachgebiet der Chirurgie erst ab dem Jahr 2014 dargestellt, da zu dem Zeitpunkt eine Zusammenfassung von Orthopädie und Unfallchirurgie stattgefunden hat.
Trend	↑
Datenqualität	Sehr gut (6/6)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Nicht relevant



**Indikator 140**      **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	✓2020 ✓2021 ✓2022  Die Anzahl von Ärzten/Ärztinnen, welche Frauenheilkunde und Geburtshilfe praktizieren, ist von 19.151 (2020) über 19.295 (2021) auf 19.388 (2022) gestiegen. (BÄK, 2020, 2021b, 2022)
Trend	↑
Datenqualität	Sehr gut (6/6)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Nicht relevant

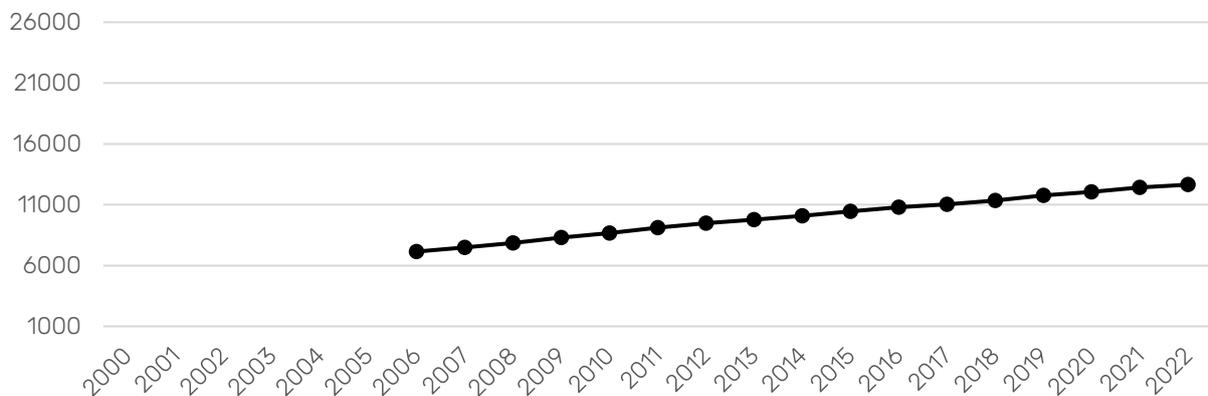


**Indikator 141**      **Praktizierende Ärzte und Ärztinnen:  
Psychiatrie und Psychotherapie**



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	✓2020 ✓2021 ✓2022  Unter den fünf häufigsten Facharztgebieten findet sich auch die Psychiatrie und Psychotherapie. Im Jahr 2020 gingen 12.053 praktizierende Ärzte und Ärztinnen ihrer Tätigkeit auf diesem Gebiet nach, 2021 waren es 12.428 und 2022 12.644. (BÄK, 2020, 2021b, 2022)
Trend	↑
Datenqualität	Sehr gut (6/6)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Nicht relevant

Anzahl praktizierende Ärzte und Ärztinnen: Psychiatrie und Psychotherapie



Indikator 142

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

✓2020 ✓2021 ✓2022

Im Jahr 2020 gingen 239 Ärzte und Ärztinnen ihrer Tätigkeit im Fachgebiet der Hygiene und Umweltmedizin nach, im Folgejahr waren es 248 und 2022 praktizierten 254 Ärzte und Ärztinnen auf diesem Gebiet. (BÄK, 2020, 2021b, 2022)

Trend

↑

Datenqualität

Sehr gut (6/6)

Prognose

Nicht relevant

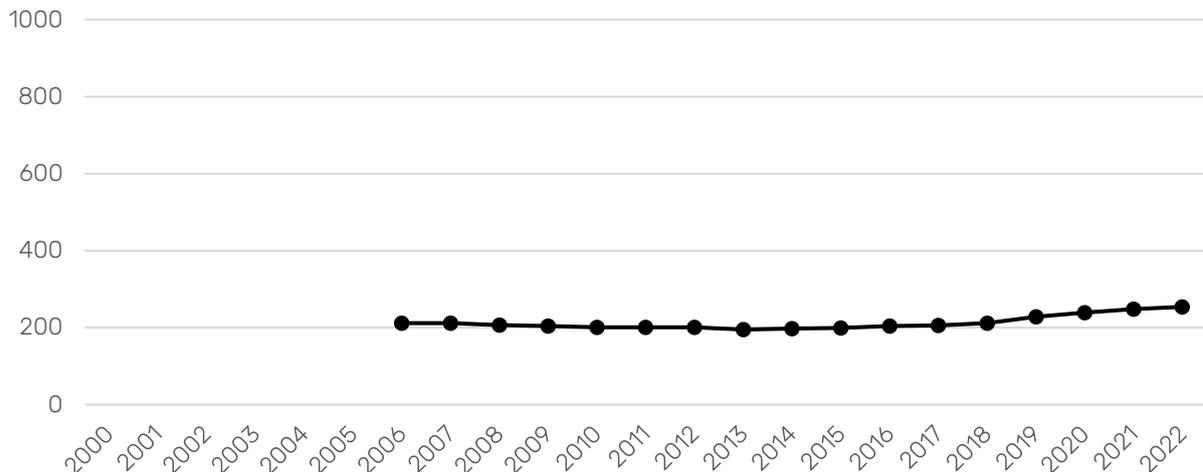
Zielvorgabe

Nicht bekannt

Referenzwert

Nicht relevant

Anzahl praktizierende Ärzte und Ärztinnen: Hygiene und Umweltmedizin



**Indikator 143**      **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**      ✓2020 ✓2021 ✓2022  
Die Zahl der Zahnärzte/-ärztinnen und Kieferorthopäden/-orthopädinnen ist im relevanten Beobachtungszeitraum konstant geblieben und lag 2020 bei 74.000 Personen und 2021 bei 75.000 Personen. (GBE, 2023)

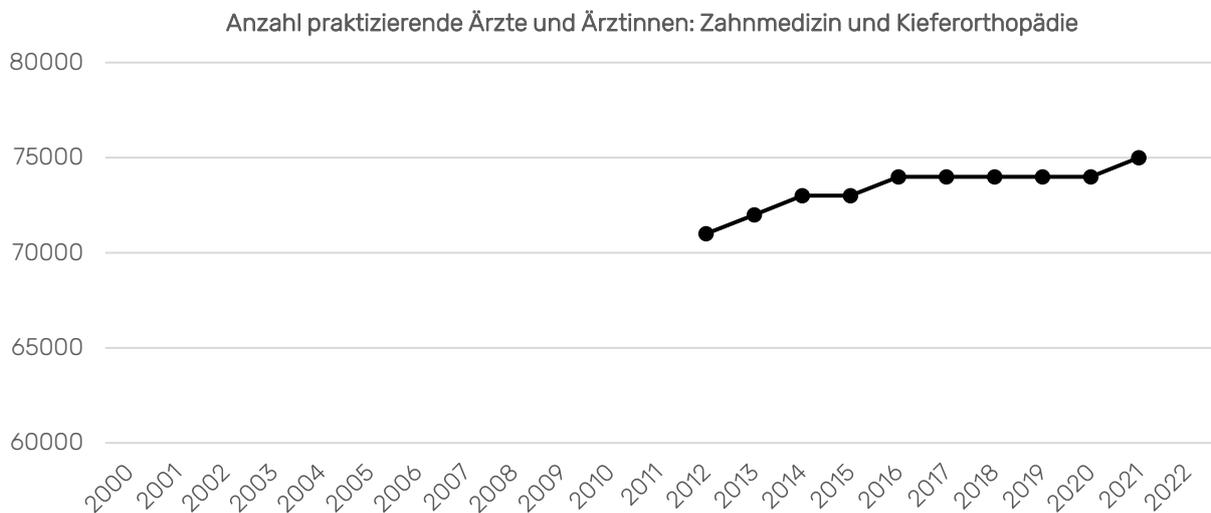
**Trend**      →

**Datenqualität**      Sehr gut (5/6)

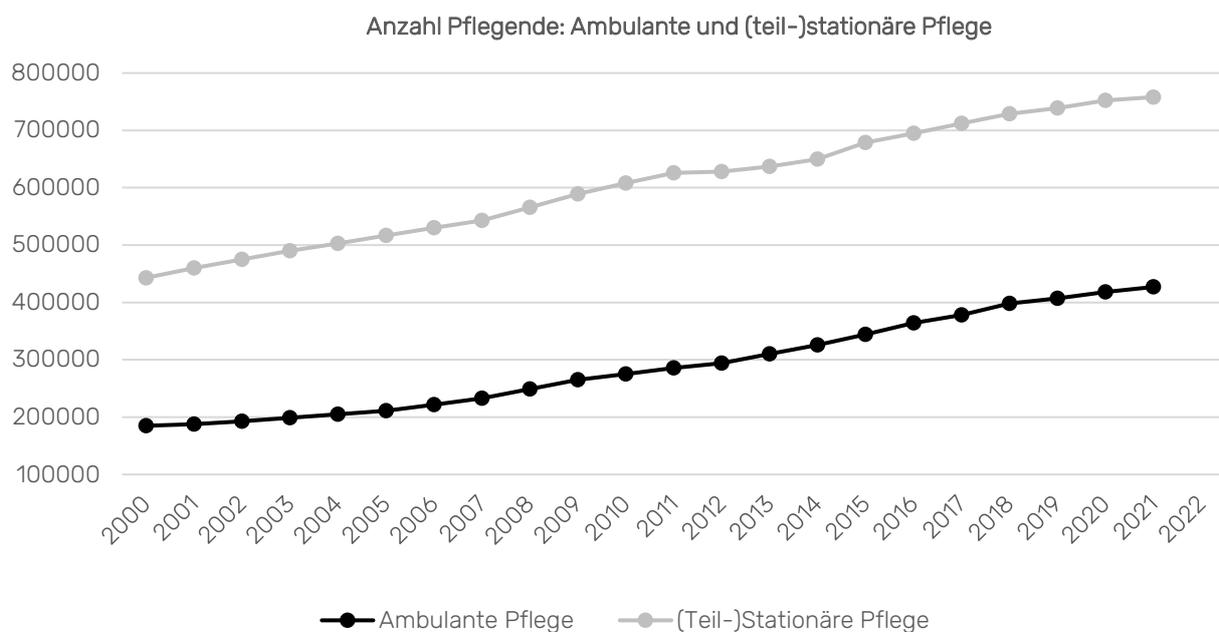
**Prognose**      Es wird prognostiziert, dass es bis zum Jahr 2030 ca. 61.300 Zahnärzte und Kieferorthopäden geben wird. (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung [KZBV], 2009)

**Zielvorgabe**      Nicht bekannt

**Referenzwert**      Nicht relevant



Indikatoren	Pfleger: Ambulante und (teil-)stationäre Pflege
144 – 145	
Inhalt	Einen wesentlichen Bestandteil der 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 Patienten bzw. Patientinnen einen Teil des Tages in einer stationären Einrichtung gepflegt, handelt es sich um eine teilstationäre Pflege.
Daten	<p>✓2020 ✓2021 ✓2022</p> <p>Im Jahr 2020 gingen 418.000 Personen einer ambulanten Pfl egetätigkeit nach, 2021 waren es 427.000 Personen.</p> <p>Im Bereich der (teil-)stationären Pflege waren 2020 752.000 Pfleger aktiv, im Folgejahr waren es 758.000. (Destatis, 2023g)</p> <p>In Hinblick auf die prognostizierte Versorgungslücke wird die Indikatorenentwicklung als positiv bewertet.</p>
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 bzw. knapp 25 % des Personalbedarfs prognostiziert. Für den (teil-)stationären Versorgungsbereich wird eine Personallücke i. H. v. 54.666 bis 328.899 Pflegenden bzw. ca. 33 % des Personalbedarfs vorhergesagt. (Bertelsmann Stiftung, 2012)
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Nicht relevant

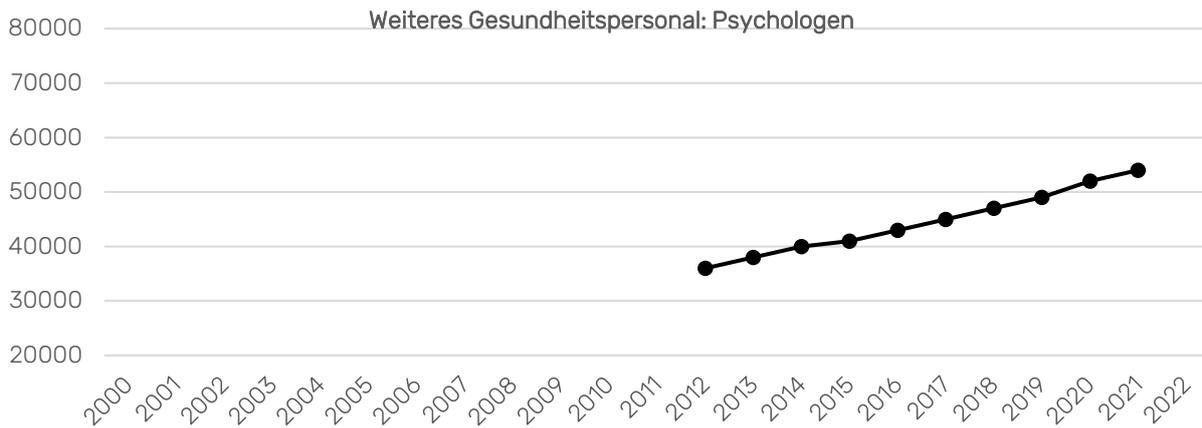


Indikator 146	Pflegende: Beschäftigungsanteil ausländischer Pfleger
Inhalt	Die Beschreibung des Migrationshintergrundes ist ursprünglich als ein demografischer Aspekt zu verstehen. Hier soll der Indikator für die Bevölkerungsentwicklung jedoch betont werden, indem er an die für eine nachhaltige Entwicklung des Gesundheitswesens relevanten Berufsfelder 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	✓2020 ✓2021 ✓2022 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 147**      **Weiteres Gesundheitspersonal:  
Psychologen**



Inhalt	Dieser Indikator setzt sich mit der Anzahl der Psychologen und Psychologinnen sowie der nichtärztlichen Psychotherapeuten und -therapeutinnen auseinander.
Daten	✓2020 ✓2021 ✓2022 Im Jahr 2021 gab es ca. 54.000 Psychologen in Deutschland, im Jahr zuvor waren es 52.000. (GBE, 2023h)
Trend	↑
Datenqualität	Sehr gut (5/6)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Nicht relevant



**Indikator 148**

**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 [NARK], 2009)

Daten

✓2020 ✓2021 ✓2022

Im Jahr 2020 waren 78.000 Menschen im Rettungsdienst tätig, im Folgejahr waren es 85.000. (GBE, 2023h)

Trend

↑

Datenqualität

Sehr gut (5/6)

Prognose

Nicht relevant

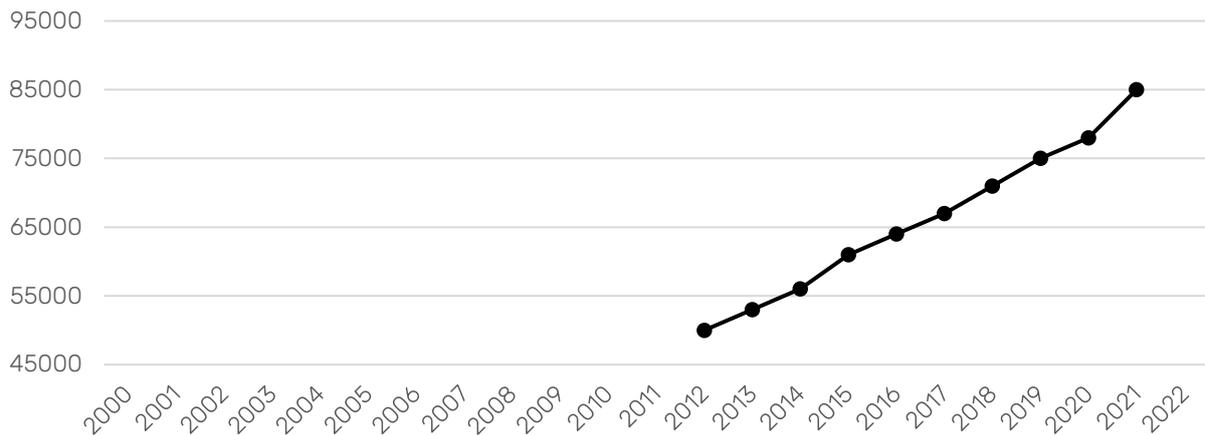
Zielvorgabe

Nicht bekannt

Referenzwert

Nicht relevant

Weiteres Gesundheitspersonal: Rettungsdienst



**Indikator 149**

**Weiteres Gesundheitspersonal:  
Pharmazeutische Industrie**



**Inhalt**

Die pharmazeutische Industrie ist hier als ein Teil der Vorleistungsindustrien des Gesundheitswesens zu verstehen. Alle Pharmaunternehmen zusammen bilden die pharmazeutische Industrie, welche über mehrere Verbände organisiert ist (bspw. Verband forschender Arzneimittelhersteller, Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie, Pro Generika e. V.). Schwerpunkt der Industrie ist die Herstellung von pharmazeutischen Grundstoffen sowie von Spezialitäten wie z. B. Arzneimitteln, Impfstoffen. (GBE, 2023h)

**Daten**

✓2020 ✓2021 ✓2022

Im Jahr 2020 waren 162.000 Menschen in Deutschland in der pharmazeutischen Industrie tätig, im Folgejahr waren es 164.000 Menschen. (GBE, 2023h)

**Trend**

↑

**Datenqualität**

Sehr gut (5/6)

**Prognose**

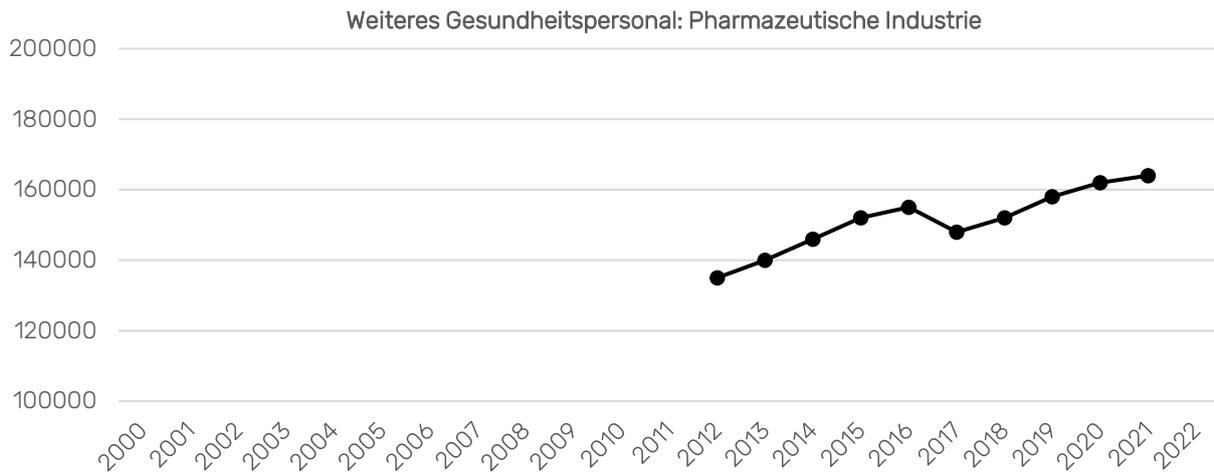
Nicht relevant

**Zielvorgabe**

Nicht bekannt

**Referenzwert**

Nicht relevant



**Indikator 150**

**Weiteres Gesundheitspersonal:  
Beschäftigte in Apotheken**



**Inhalt**

Pharmazeutische Tätigkeiten dürfen nur von pharmazeutischem Personal durchgeführt werden. Apothekenpersonal können neben Apotheker\*innen, pharmazeutisch-technischen Assistent\*innen, pharmazeutischen 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. (GBE, 2023h)

**Daten**

✓2020 ✓2021 ✓2022

Die Zahl der Beschäftigten in Apotheken betrug 2020 168.465 Personen, 2021 167.819 und 2022 167.605. (GBE, 2023c)

**Trend**

→

**Datenqualität**

Sehr gut (6/6)

**Prognose**

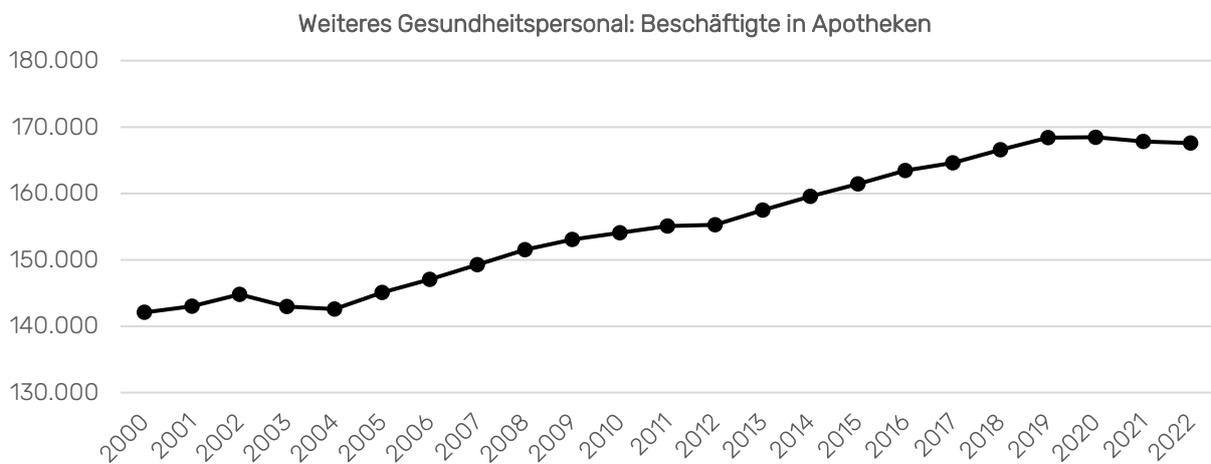
Nicht relevant

**Zielvorgabe**

Nicht bekannt

**Referenzwert**

Nicht relevant



**Indikator 151**

**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, 2023) Die Laboratorien können bspw. in Form von pathologischen Instituten, Blut- und Samenbanken, gewerblichen zahntechnischen Laboratorien, Laboratoriumsdiagnostik und Laboratorien für medizinische Untersuchungen bestehen.

**Daten**

✓2020 ✓2021 ✓2022

Im Jahr 2020 existierten in Deutschland 94.000 (zahn-)medizinische Laboratorien, im Folgejahr stieg die Zahl um 6.000. (GBE, 2023h)

**Trend**

→

**Datenqualität**

Sehr gut (5/6)

**Prognose**

Nicht relevant

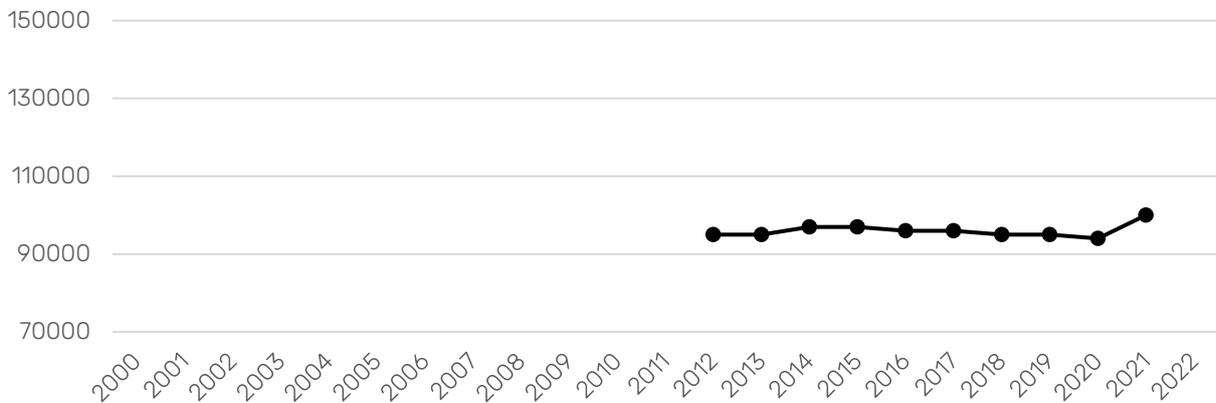
**Zielvorgabe**

Nicht bekannt

**Referenzwert**

Nicht relevant

Weiteres Gesundheitspersonal: medizinische und zahnmedizinische Laboratorien



**Indikator 152**

**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. (GBE, 2023h)

Daten

✓2020 ✓2021 ✓2022

Die Zahl der Beschäftigten in der Verwaltung des Gesundheitswesens lag 2020 bei 219.000, 2021 bei 221.000. (GBE, 2023h)

Trend

→

Datenqualität

Sehr gut (5/6)

Prognose

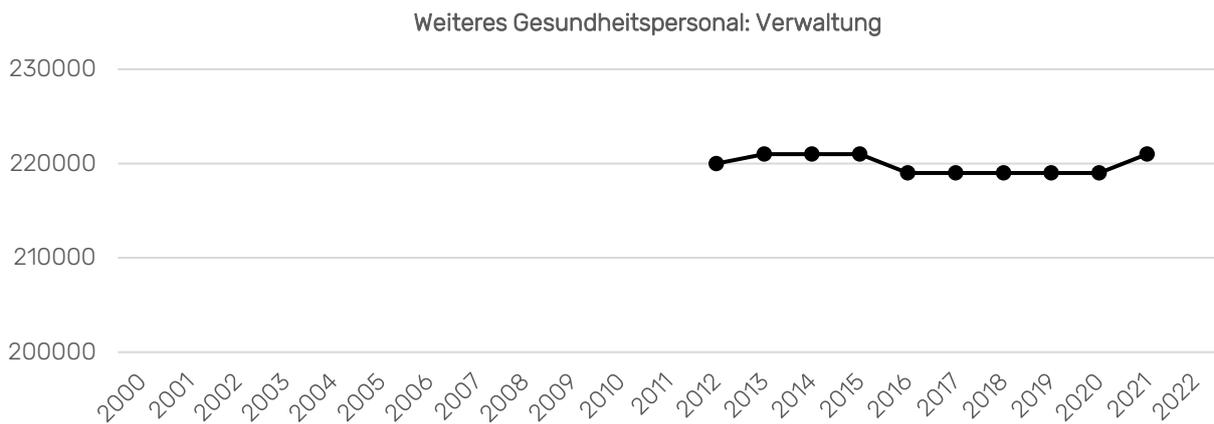
Nicht relevant

Zielvorgabe

Nicht bekannt

Referenzwert

Nicht relevant



**Indikator 153**

**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**

✓2020 ✓2021 ✓2022

Im Wintersemester 2020/2021 studierten 101.712 Personen das Fach, im folgenden Wintersemester waren es 105.275 Personen und 2022/2023 108.130 Personen. (Destatis, 2023i)

**Trend**

↑

**Datenqualität**

Sehr gut (6/6)

**Prognose**

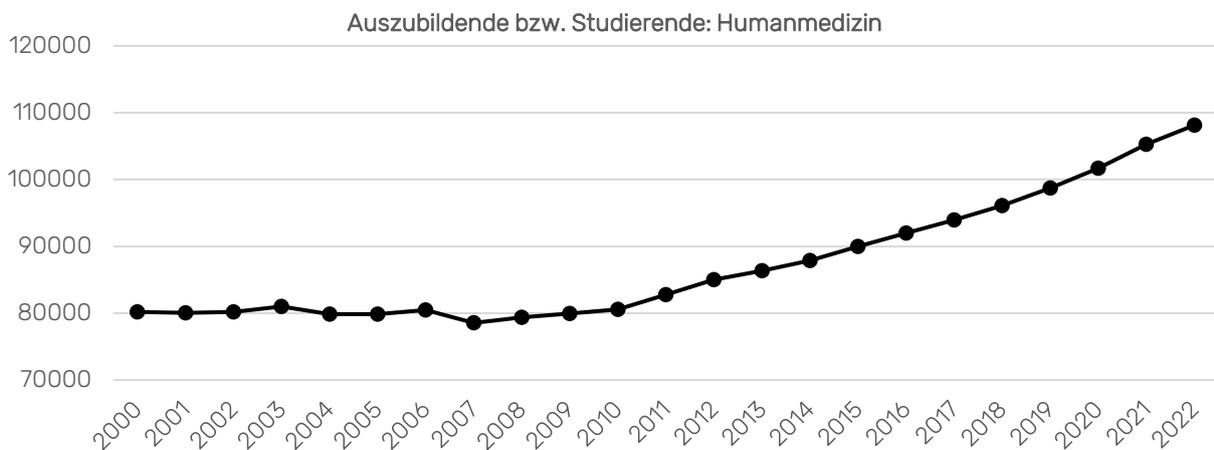
Nicht relevant

**Zielvorgabe**

Nicht bekannt

**Referenzwert**

Nicht relevant



**Indikator 154**

**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**

✓2020 ✓2021 ✓2022

Für das Studium der Zahnmedizin waren 2020 15.575 Personen immatrikuliert, 2021 waren es 15.492 und 2022 15.674 Menschen. (Destatis, 2023i)

**Trend**

↑

**Datenqualität**

Sehr gut (6/6)

**Prognose**

Nicht relevant

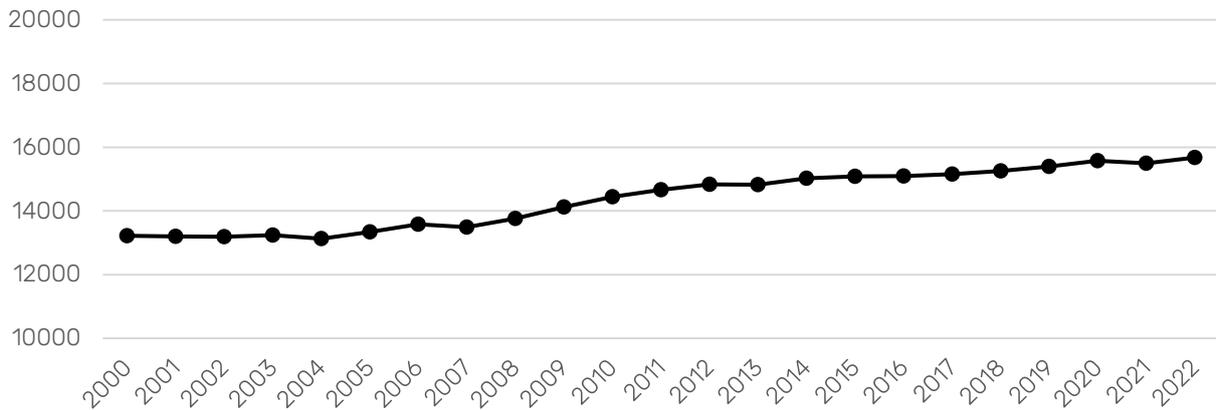
**Zielvorgabe**

Nicht bekannt

**Referenzwert**

Nicht relevant

Auszubildende bzw. Studierende: Zahnmedizin



**Indikator 155**      **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 Pflegeberufgesetz)

**Daten**      ✓2020 ✓2021 ✓2022  
Im Jahr 2020 betrug die addierte Zahl der Auszubildenden in der Gesundheits- und Krankenpflege, der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, der Krankenpflegehilfe sowie zum/zur Pflegefachmann/-frau knapp 78.800, ein Jahr später waren es ca. 81.000 Personen. (GBE, 2023)

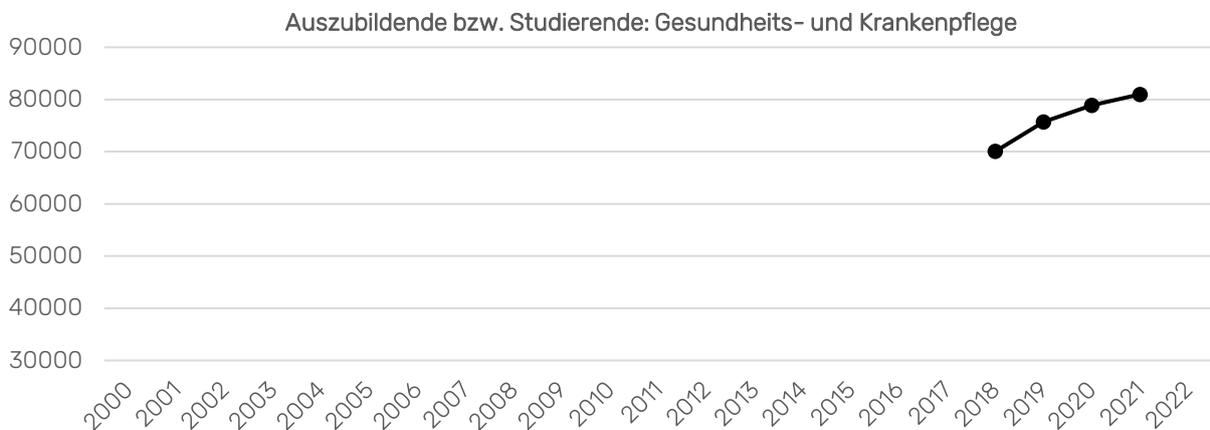
**Trend**      ↑

**Datenqualität**      Sehr gut (5/6)

**Prognose**      Es wird prognostiziert, dass bis zum Jahr 2030 ca. 500.000 Vollzeitkräfte fehlen werden. (Bertelsmann Stiftung, 2023)

**Zielvorgabe**      Nicht bekannt

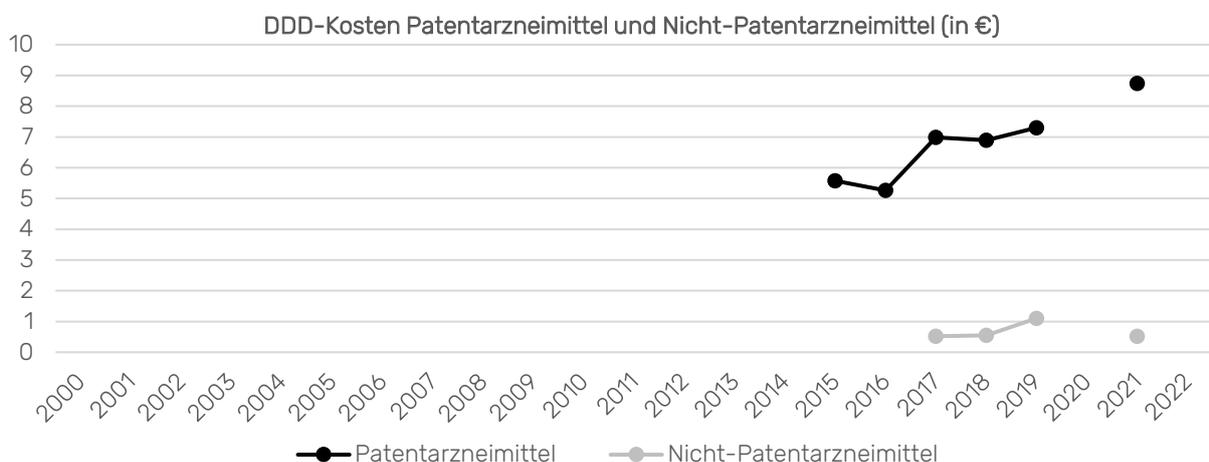
**Referenzwert**      Nicht relevant



### 4.5.5 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. Die Nachhaltigkeitskategorie wird durch 11 Indikatoren (entspricht 10 % aller Indikatoren der übergeordneten Nachhaltigkeitsdimension) beschrieben. Die Datenverfügbarkeit liegt bei 100 %. 0 % der Indikatoren können mit Zielvorgaben kombiniert werden. Für insgesamt 55 % liegen Vergleichsdaten vor. 64 % der Indikatoren sind hinsichtlich ihrer Trendentwicklung nicht bewertbar. Von den bewertbaren Indikatoren können 50 % als positiv, 0 % als neutral und 50 % als negativ bewertet werden. Insgesamt kann die Datenqualität der Dimension mit 4,5 bewertet werden bzw. ist als gut einzuschätzen.

Indikatoren	Arzneimittel:	
156 - 157	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.	
Daten	✓2020 ✓2021 ✓2022	
	Die Kosten der definierten Tagesdosen bzw. die DDD-Kosten für Patentarzneimittel lagen 2021 bei 8,74 €. Die DDD-Kosten für Nicht-Patentarzneimittel lagen 2021 bei 0,52 €. (Schwabe, Paffrath, Ludwig & Klauber, 2019; Schwabe & Ludwig, 2020)	
Trend	↑ Patentarzneimittel → Nicht-Patentarzneimittel	
Datenqualität	Gut (4/6)	
Prognose	Nicht relevant	
Zielvorgabe	Nicht bekannt	
Referenzwert	Nicht relevant	



Indikatoren  
158 - 159

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

✓2020 ✓2021 ✓2022

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, 2022l)

Der selbstberichtete Gebrauch von nicht-verschreibungspflichtigen Arzneimitteln lag 2019 bei 37,1 % und 2014 bei 42,9 %, womit der Anteil gesunken ist. (Eurostat, 2022k)

Trend

→ Gebrauch verschreibungspflichtiger Arzneimittel  
↓ Gebrauch nicht-verschreibungspflichtiger Arzneimittel

Datenqualität

Gut (3/6)

Prognose

Nicht relevant

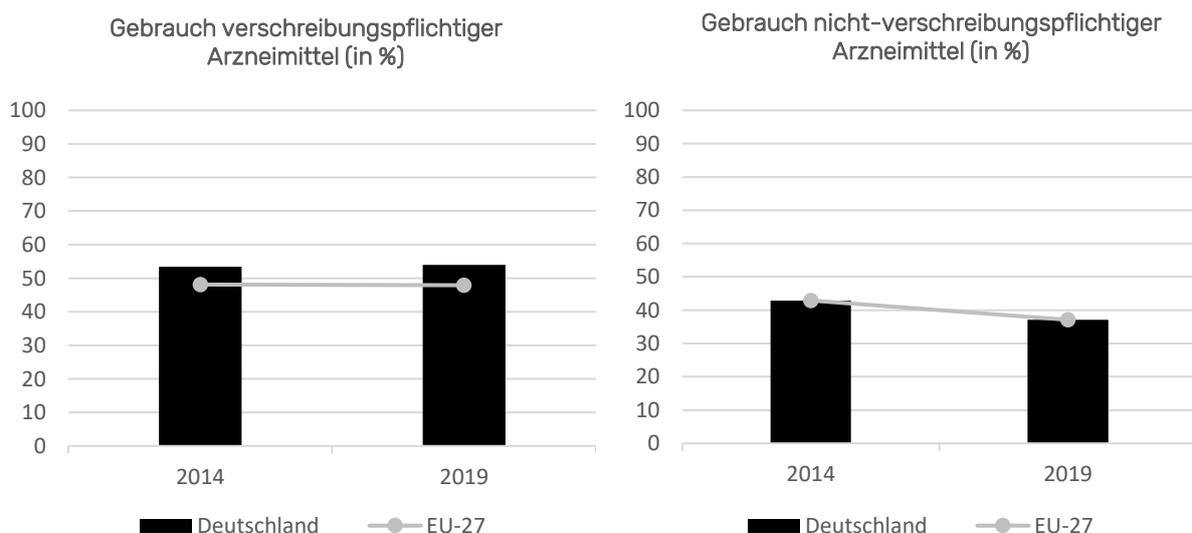
Zielvorgabe

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, 2022l)

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, 2022k)

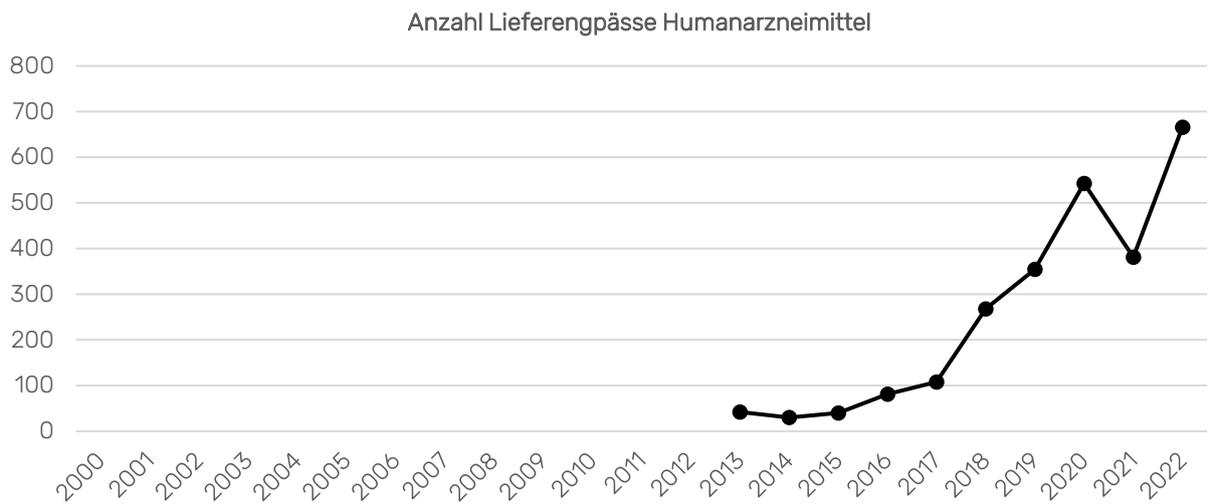


Indikator 160	Arzneimittel: Durchschnittliche Zeit bis zur Verfügbarkeit
Inhalt	Die durchschnittliche Zeit bis zur Verfügbarkeit beschreibt die Anzahl der Tage zwischen der Erteilung der Marktzulassung und der Verfügbarkeit der Arzneimittel.
Daten	<p>✓2020 ✓2021 ✓2022</p> <p>Die durchschnittliche Zeit bis zur Arzneimittelverfügbarkeit betrug in Deutschland im Jahr 2020 120 Tage, 2021 waren es 115 Tage. (IQVIA, 2021)</p>
Trend	↓
Datenqualität	Gut (3/6)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Im Vergleich zu den anderen betrachteten europäischen Ländern weist Deutschland die kürzeste Zeit auf. (IQVIA, 2021)

**Indikator 161**      **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], 2023a)
Daten	✓2020 ✓2021 ✓2022 Die Zahl der Lieferengpässe betrug 2020 543, sank 2021 auf 381 und stieg 2022 auf 666 an. (BfArM, 2023a)
Trend	↑
Datenqualität	Sehr gut (6/6)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Nicht relevant



**Indikator 162**

**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, 2023)

Daten

✓2020 ✓2021 ✓2022

Im Jahr 2020 gab es 32 Lieferengpässe von Impfstoffen, 2021 waren es 26 und 2022 17 Engpässe, wobei die Zahlen teilweise eigenständig zusammengezählt werden müssen. (Paul-Ehrlich-Institut, 2023)

Trend

↓

Datenqualität

Sehr gut (5/6)

Prognose

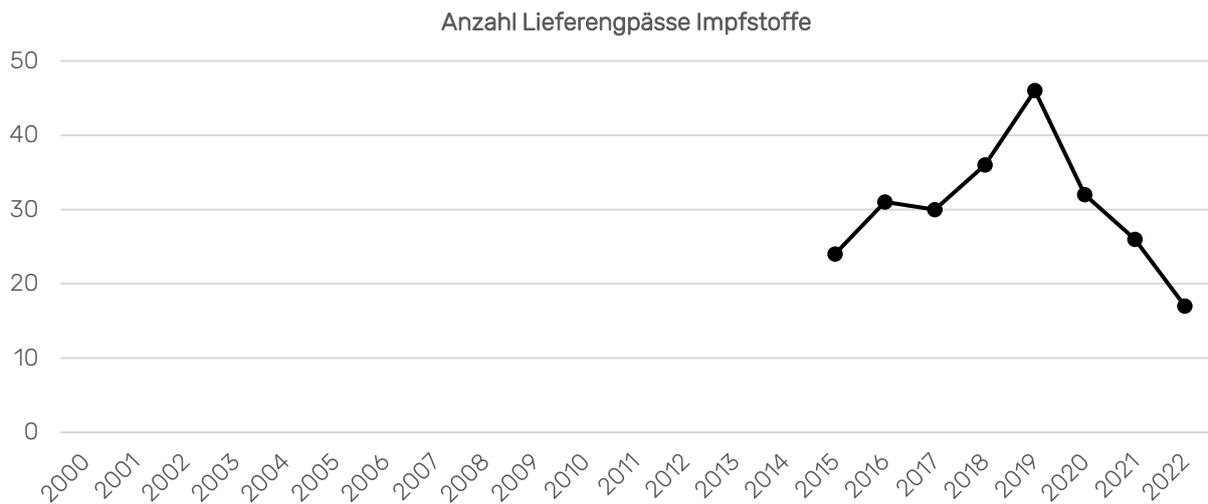
Nicht relevant

Zielvorgabe

Nicht bekannt

Referenzwert

Nicht relevant



**Indikator 163**

**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

✓2020 ✓2021 ✓2022

Die Anzahl der Risikomeldungen bzgl. Medizinprodukte hat in den letzten Jahren zugenommen. Lag die Zahl 2020 noch bei 23.120, stieg sie im Folgejahr auf 32.145 und lag 2021 bei 35.521 Meldungen. (BfArM, 2023b)

Trend

↑

Datenqualität

Sehr gut (6/6)

Prognose

Nicht relevant

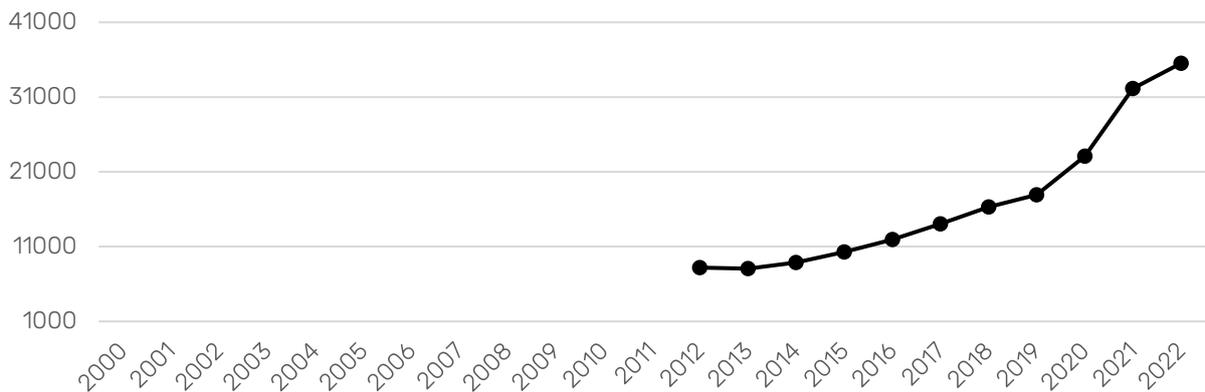
Zielvorgabe

Nicht bekannt

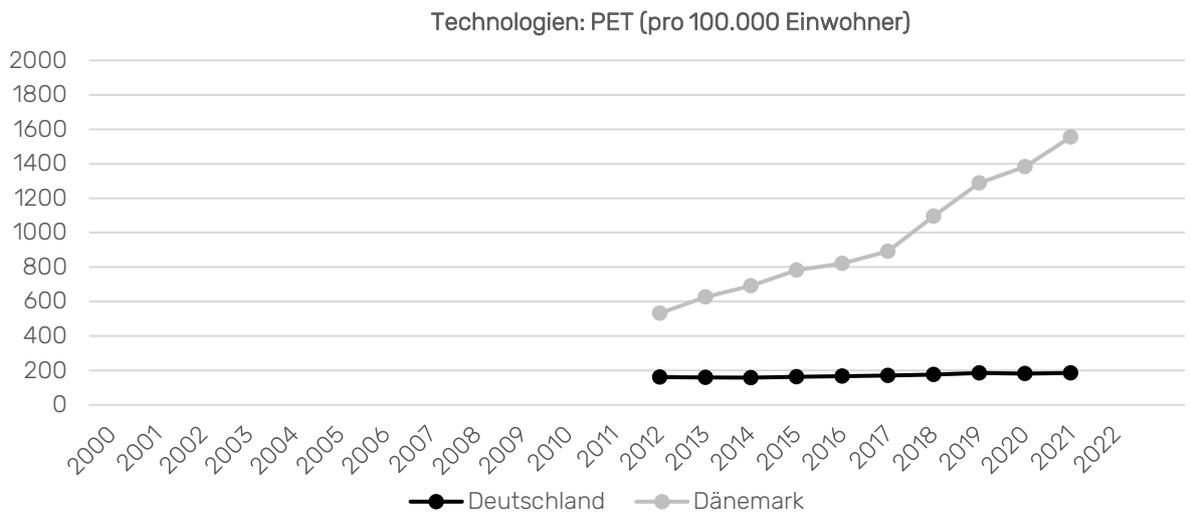
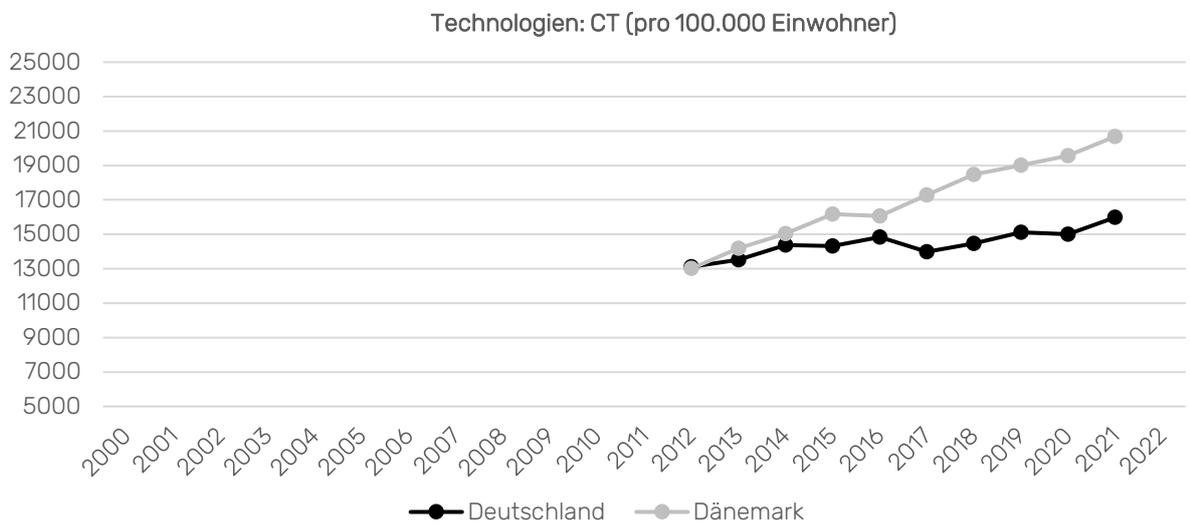
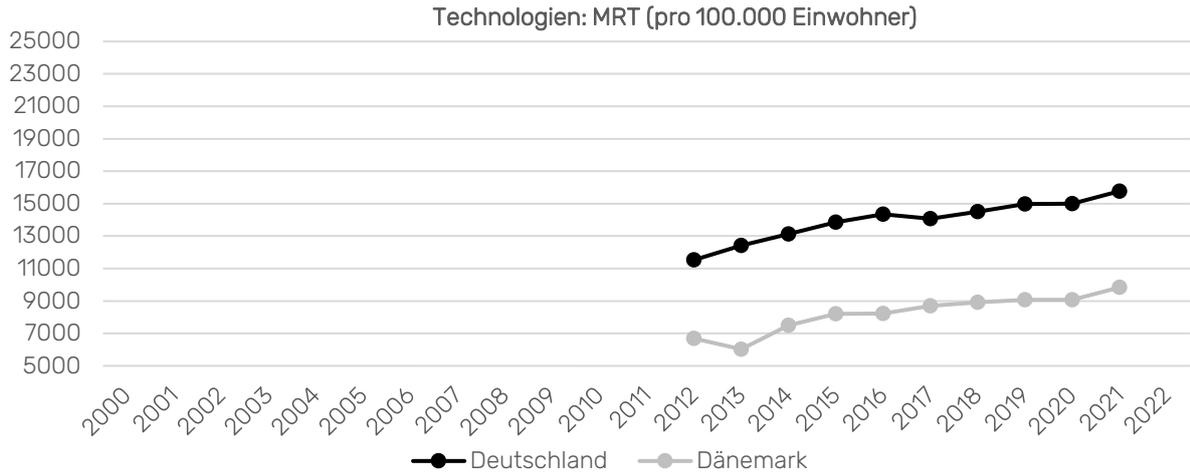
Referenzwert

Nicht relevant

Anzahl Risikomeldungen Medizinprodukte



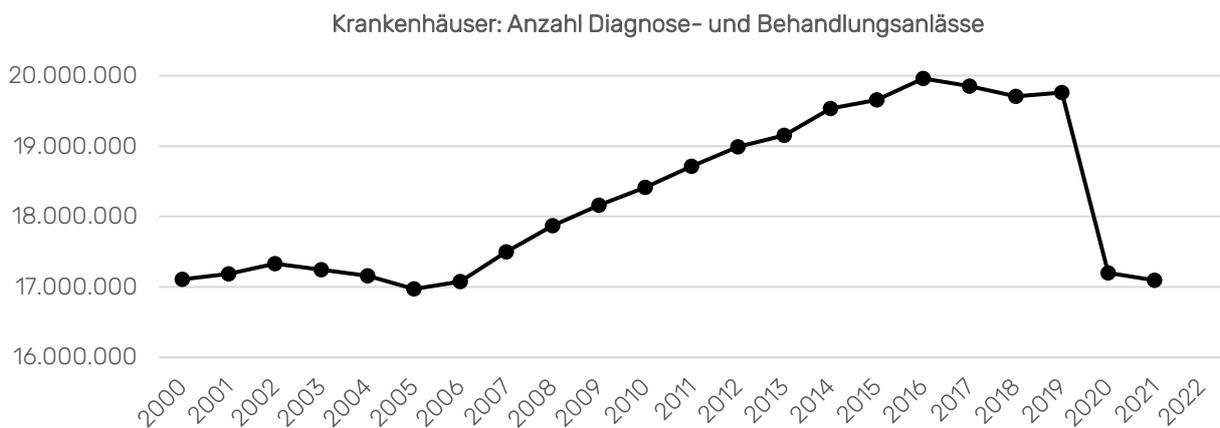
Indikatoren 164 - 166	Technologien: MRT, CT, PET
Inhalt	<p>Im Folgenden werden die drei bildgebenden Verfahren der Magnetresonanztomografie (MRT), der Computertomografie (CT) und der Positronen-Emissions-Tomografie (PET) vorgestellt.</p> <p>Die MRT, auch als Kernspintomografie bezeichnet, ist eine medizinische Untersuchung, die im medizinischen Fachgebiet der Radiologie eingesetzt wird. Das bildgebende Verfahren wird in der medizinischen Diagnostik zur Darstellung von Struktur und Funktion von Gewebe und Organen verwendet.</p> <p>Die Computertomographie ist ein bildgebendes Verfahren, das Querschnittsbilder des menschlichen Körpers anfertigt. Die Aufnahmen sind detaillierter als herkömmliche Röntgenaufnahmen und erleichtern zum Beispiel die Tumorfindung.</p> <p>Die Positronen-Emissions-Tomographie ist eine nuklearmedizinische Schnittbilduntersuchung, die vor allem in der Onkologie zur Krebsdiagnostik angewandt wird. Dabei werden Schnittbilder erzeugt, die die Stoffwechselaktivität des Körpers darstellen lassen, um zum Beispiel Tumore und Metastasen zu diagnostizieren. Die PET wird heute vorwiegend zusammen mit einer CT oder MRT als Hybridverfahren durchgeführt.</p>
Daten	<p>✓2020 ✓2021 ✓2022</p> <p>Im Jahr 2020 entfielen auf 100.000 Einwohner 14.995 MRTs, im Folgejahr waren es 15.769 Geräte je 100.000 Einwohner. Auf 100.000 Einwohner kamen 2020 14.999 CT-Geräte, im Folgejahr waren es 15.979 Geräte je 100.000 Einwohner. 182 PET-Geräte je 100.000 Einwohner existierten 2020, 2021 waren es drei Geräte mehr. (Eurostat, 2023)</p>
Trend	<p>↑ MRT, CT → PET</p>
Datenqualität	<p>Sehr gut (5/6)</p>
Prognose	<p>Nicht relevant</p>
Zielvorgabe	<p>Nicht bekannt</p>
Referenzwert	<p>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 sein kann.</p> <p>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, 2023)</p> <p>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.</p>



### 4.5.6 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. Die Nachhaltigkeitskategorie wird durch 38 Indikatoren (entspricht 33 % aller Indikatoren der übergeordneten Nachhaltigkeitsdimension) beschrieben. Die Datenverfügbarkeit liegt bei 97 %. 3 % der Indikatoren können mit Zielvorgaben kombiniert werden. Für insgesamt 26 % liegen Vergleichsdaten vor. 21 % der Indikatoren sind hinsichtlich ihrer Trendentwicklung nicht bewertbar. Von den bewertbaren Indikatoren können 30 % als positiv, 50 % als neutral und 20 % als negativ bewertet werden. Insgesamt kann die Datenqualität der Dimension mit 4,2 bewertet werden bzw. ist als gut einzuschätzen.

<b>Indikator 167</b>	<b>Krankenhäuser: Anzahl Diagnose- und Behandlungsanlässe</b>	
Inhalt	Durch diesen Indikator wird die Anzahl der Diagnose- und/oder Behandlungsanlässe in Krankenhäusern erfasst. Sämtliche Diagnose- und Behandlungsanlässe sind nach dem ICD-10-Schema gliederbar.	
Daten	✓2020 ✓2021 ✓2022 Die Anzahl der Diagnose- und Behandlungsanlässe in Krankenhäusern lag 2020 bei 17.200.539 und 2021 bei 17.095.256. (GBE, 2022a) Deutlich zeichnet sich ein Einbruch der Anlässe mit Beginn der COVID-19-Pandemie ab.	
Trend	↓	
Datenqualität	Sehr gut (5/6)	
Prognose	Nicht relevant	
Zielvorgabe	Nicht bekannt	
Referenzwert	Nicht relevant	



**Indikator 168**

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



**Inhalt**

Durch diesen Indikator wird die Anzahl der Diagnose- und/oder Behandlungsanlässe im Rahmen der medizinischen Rehabilitation und Erbringung von sonstigen Leistungen zur Teilhabe in der Gesetzlichen Rentenversicherung erfasst. 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**

✓2020 ✓2021 ✓2022

Die Anzahl der Diagnose- und Behandlungsanlässe bzgl. medizinischer Rehabilitation und sonstiger Leistungen zur Teilhabe in der Gesetzlichen Rentenversicherung lag 2020 bei 865.673 und 2021 bei 891.176 (altersstandardisiert). (Deutsche Rentenversicherung Bund [DRV], 2023) 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 160 zeichnet sich ein Einbruch im Inanspruchnahmeverhalten mit Beginn der COVID-19-Pandemie ab.

**Trend**

↓

**Datenqualität**

Sehr gut (5/6)

**Prognose**

Nicht relevant

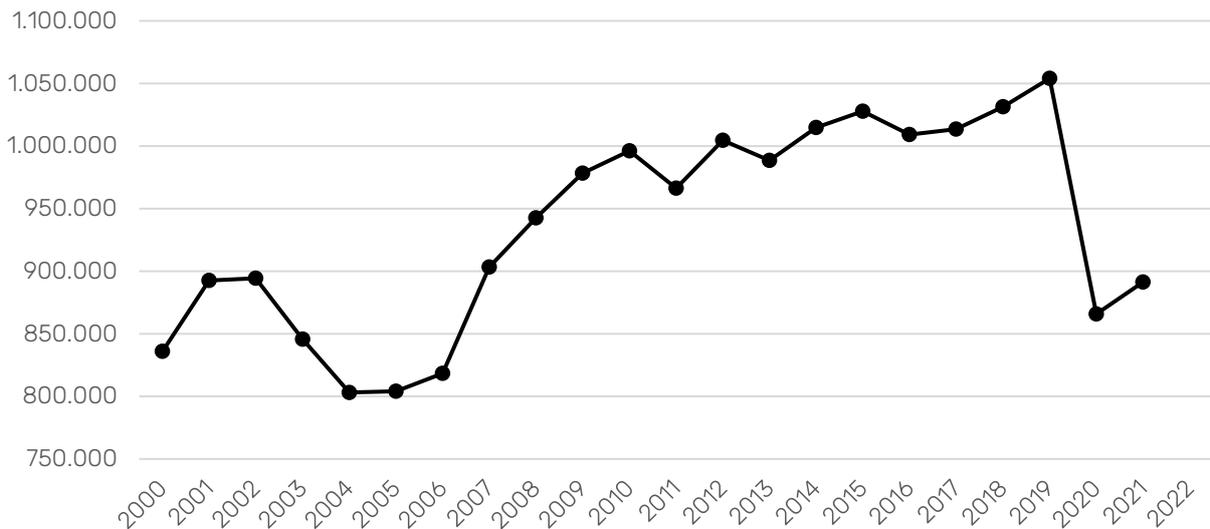
**Zielvorgabe**

Nicht bekannt

**Referenzwert**

Nicht relevant

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



Indikator 169	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	<p>✓2020 ✓2021 ✓2022</p> <p>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, 2022g)</p>	
Trend	↓	
Datenqualität	Gut (3/6)	
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, 2022g)	

Indikator 170	Bevölkerungsanteil mit Physiotherapeuten- bzw. Physiotherapeutinnenkontakt	
Inhalt	Durch diesen Indikator wird der selbstberichtete Bevölkerungsanteil mit mindestens einem Physiotherapeuten-/Physiotherapeutinnenkontakt beschrieben. Physiotherapeuten bzw. -therapeutinnen 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	<p>✓2020 ✓2021 ✓2022</p> <p>Der Bevölkerungsanteil mit mindestens einem Physiotherapeutenkontakt betrug 2019 25 % und ist damit gegenüber dem letzten Messzeitpunkt im Jahr 2014 (21,7 %) gestiegen. (Eurostat, 2022f)</p>	
Trend	↑	
Datenqualität	Gut (3/6)	
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, 2022f)	

**Indikator 171**

**Bevölkerungsanteil mit Kontakt zu Psychologe bzw. Psychologin, Psychotherapeuten bzw. Psychotherapeutin, Psychiater\*in**



**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**

✓2020 ✓2021 ✓2022

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, 2022f)

**Trend**

↑

**Datenqualität**

Gut (3/6)

**Prognose**

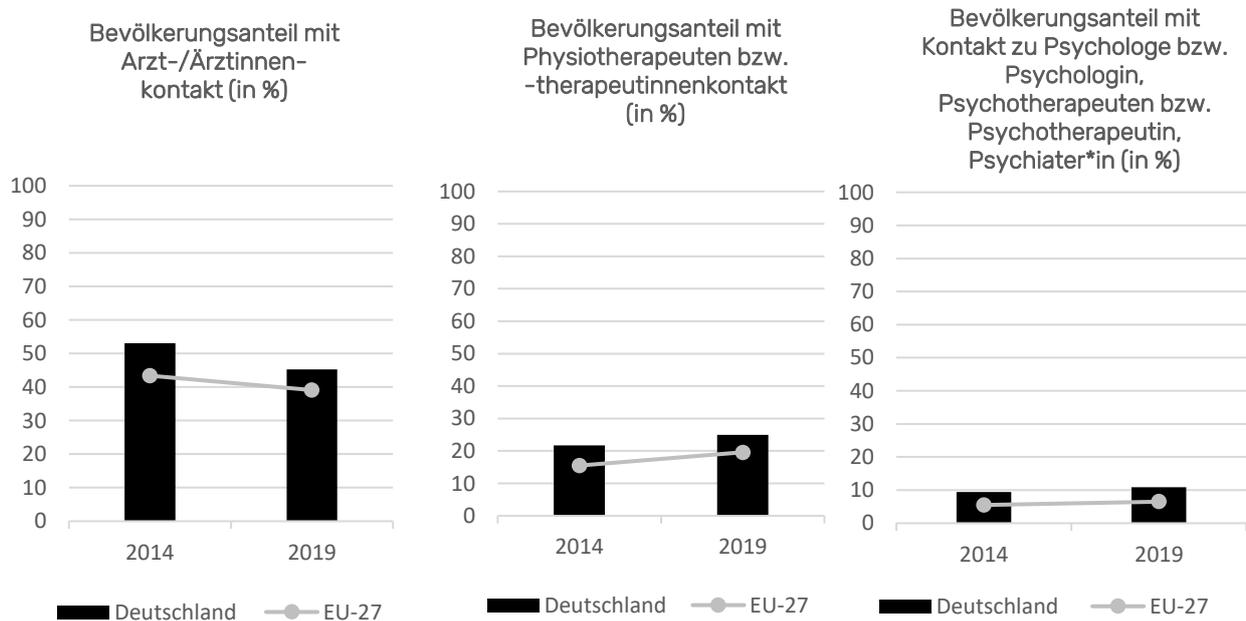
Nicht relevant

**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, 2022f)



**Indikator 172**      **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**      ✓2020 ✓2021 ✓2022  
 Durchschnittlich konsultierten die Einwohner eine/-n Zahnarzt/-ärztin 1,4-mal in den Jahren 2020 und 2021. (Eurostat, 2023d)

**Trend**      →

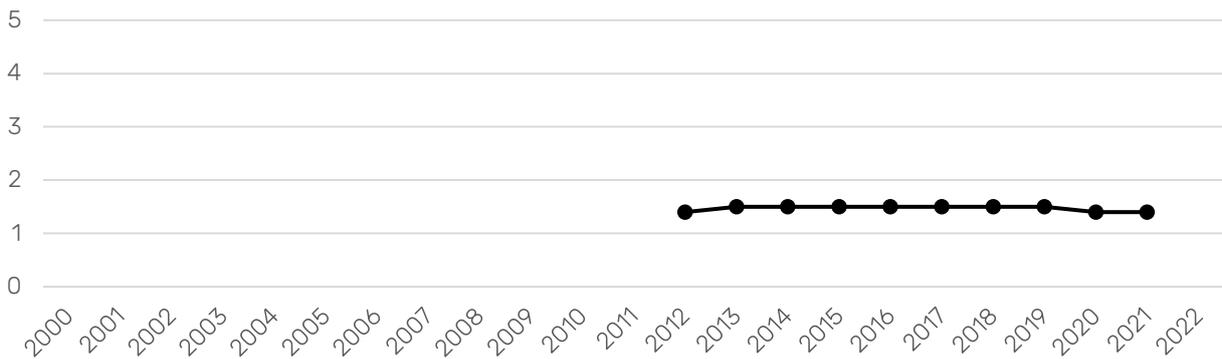
**Datenqualität**      Sehr gut (5/6)

**Prognose**      Nicht relevant

**Zielvorgabe**      Nicht bekannt

**Referenzwert**      Nicht relevant

Häufigkeit Zahnarzt/-ärztinnenbesuch (pro Einwohner pro Jahr)

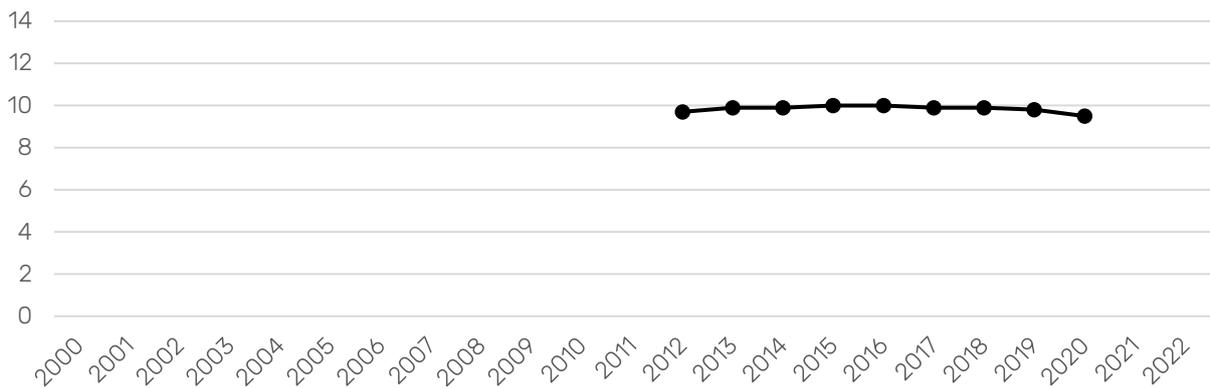


**Indikator 173**      **Häufigkeit Arzt-/Ärztinnenbesuch ambulant**



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	✓2020 ✓2021 ✓2022 Im Jahr 2020 suchten die Einwohner Deutschlands durchschnittlich 9,5-mal einen Arzt/Ärztin ambulant auf. (Eurostat, 2022b)
Trend	→
Datenqualität	Sehr gut (5/6)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Nicht relevant

Häufigkeit Arzt-/Ärztinnenbesuch ambulant (pro Einwohner pro Jahr)



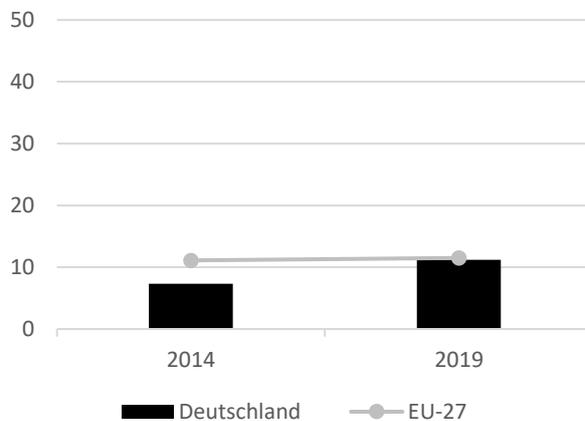
**Indikator 174**

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



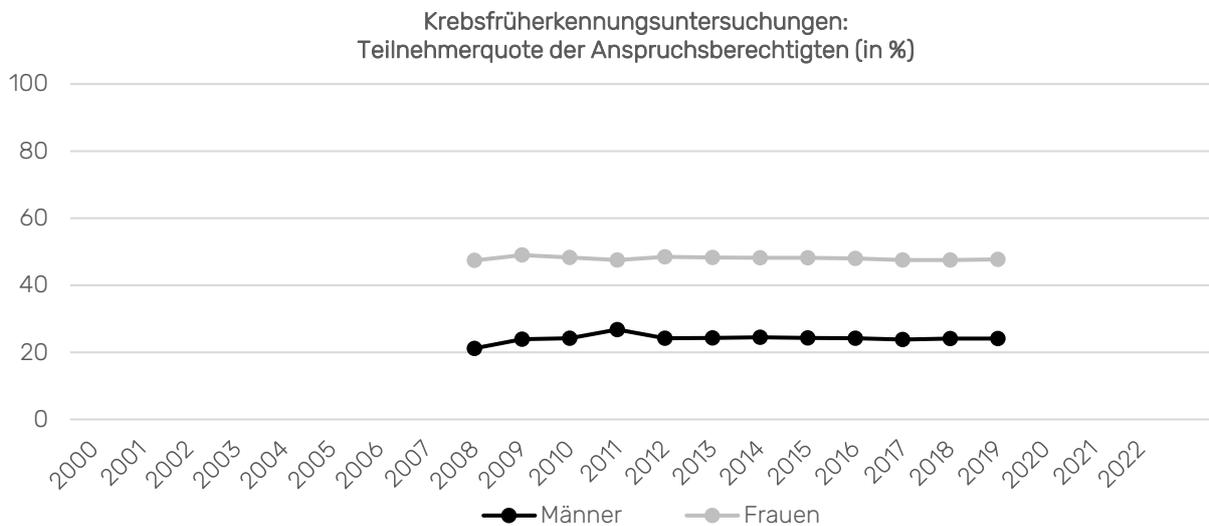
Inhalt	Die vorhandene bis schwere körperliche Einschränkung wird mittels Selbsteinschätzung der Patienten bzw. Patientinnen erhoben, basierend auf den Auswahlmöglichkeiten keine, sehr mild, mild, moderat, schwer oder sehr schwer.
Daten	✓2020 ✓2021 ✓2022 Die selbstberichtete Nutzung von Versorgung in 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	Gut (3/6)
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)

Nutzung von Versorgung in der Häuslichkeit bei einer vorhandenen bis schweren körperlichen Einschränkung (in %)



Indikator 175	Versicherte, die in einem (oder mehreren) Disease Management Programme(-s) (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 (COPD).
Daten	<p>✓2020 ✓2021 ✓2022</p> <p>Zum 31.12.2021 waren 7.839.145 Menschen in mindestens einem bzw. mehreren DMP(-s) eingeschrieben. Am 31.12.2022 waren es 7.213.316 Personen. (Bundesamt für Soziale Sicherung [BAS], 2021)</p>
Trend	↓
Datenqualität	Gut (4/6)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Nicht relevant

Indikatoren 176 - 177	Krebsfrüherkennungsuntersuchungen: Teilnehmerquote der anspruchsberechtigten Männer und Frauen	
Inhalt	Anspruch auf eine 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	✓2020 ✓2021 ✓2022 Sowohl im Jahr 2018 als auch 2019 lag die Teilnehmerquote der anspruchsberechtigten Männer an der Krebsfrüherkennungsuntersuchung bei 24,1 %. Die Teilnehmerquote der anspruchsberechtigten Frauen ist nahezu doppelt so hoch: 2018 lag die Quote bei 47,5 %, im Folgejahr bei 47,7 %. (GBE, 2021c) Der gleichbleibende Trend wird negativ bewertet, da nur ein Viertel bis die Hälfte der anspruchsberechtigten Personen die Leistung in Anspruch nimmt.	
Trend	→	
Datenqualität	Sehr gut (5/6)	
Prognose	Nicht relevant	
Zielvorgabe	Nicht bekannt	
Referenzwert	Nicht relevant	



**Indikator 178**

**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). Bei Frauen ab 35 Jahren kann alle drei Jahre eine Kombination aus diesem zytologiebasierten Screening und einem HPV-Test vorgenommen werden. (BMG, 2022)

**Daten** ✓2020 ✓2021 ✓2022  
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, 2022i)

**Trend** ↓

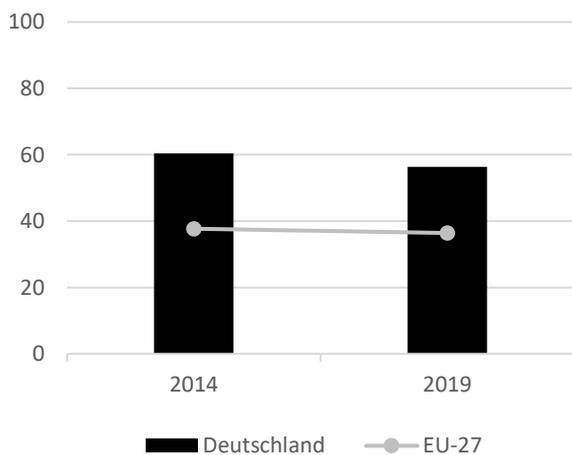
**Datenqualität** Gut (3/6)

**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, 2022i)

Krebsfrüherkennungsuntersuchungen:  
Teilnahme an einem Zervixabstrich  
binnen eines Jahres (in %)

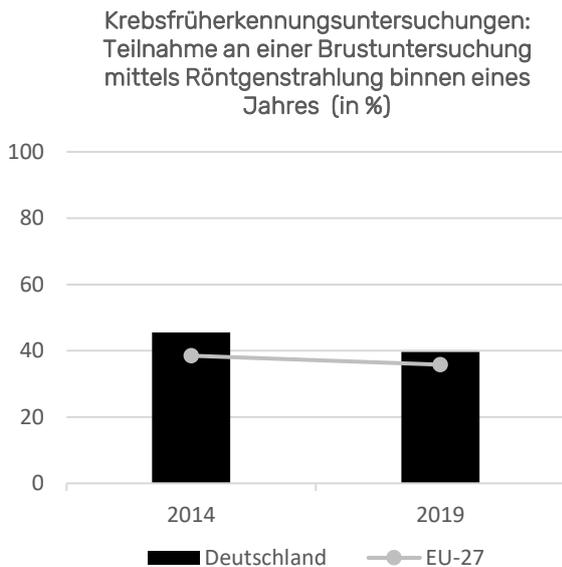


Indikator 179

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. (BMG, 2022)
Daten	✓2020 ✓2021 ✓2022 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, 2022h)
Trend	↓
Datenqualität	Gut (3/6)
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, 2022h)



**Indikator 180**

**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. (G-BA, 2021)

Daten

✓2020 ✓2021 ✓2022

Die Teilnehmerquote der Anspruchsberechtigten am Check-up hat sich zwischen 2019 und 2020 rückläufig entwickelt und lag 2020 bei 20 %, 2021 lag die Quote bei 28 %. (GBE, 2023q)

Trend

↑

Datenqualität

Sehr gut (5/6)

Prognose

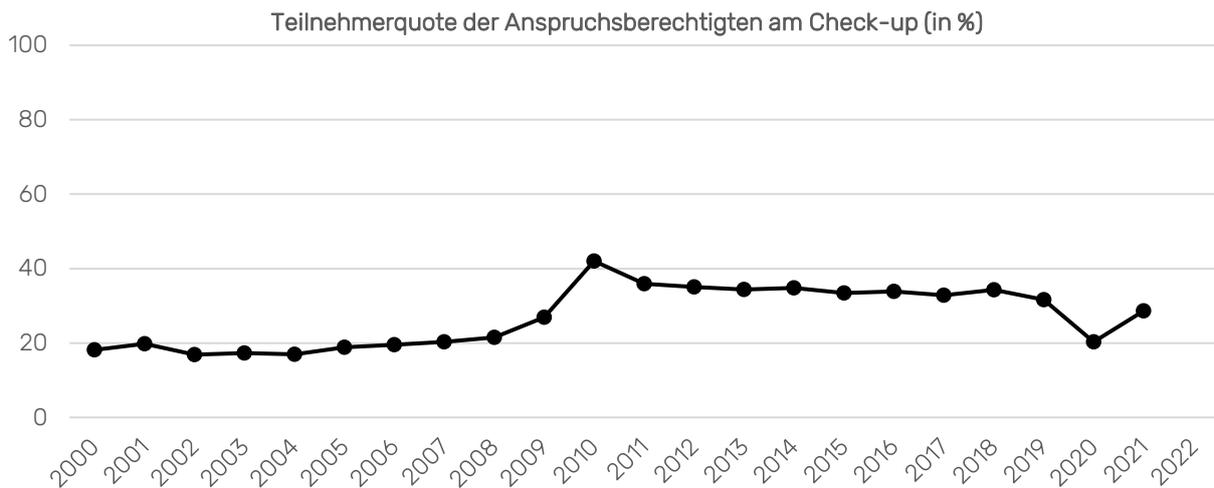
Nicht relevant

Zielvorgabe

Nicht bekannt

Referenzwert

Nicht relevant



**Indikatoren**  
181 - 183

**Teilnahme an einem Screening auf kardiovaskuläre Erkrankungen und Diabetesrisiko:  
Messung Blutdruck, Blutcholesterin und Blutzucker**



**Inhalt**

Zu hohe Blutdruck-, Blutcholesterin- und Blutzuckerwerte stellen Risikofaktoren für kardiovaskuläre Erkrankungen sowie für Diabetes mellitus dar. In Deutschland werden diese Risikofaktoren vorrangig durch die allgemeine Gesundheitsuntersuchung kontrolliert (siehe Indikator 180).

**Daten**

✓2020 ✓2021 ✓2022

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 Blutcholesterins 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, 2022j)

**Trend**

↓ Messung Blutdruck  
↑ Messung Blutcholesterin und Blutzucker

**Datenqualität**

Gut (3/6)

**Prognose**

Nicht relevant

**Zielvorgabe**

Nicht bekannt

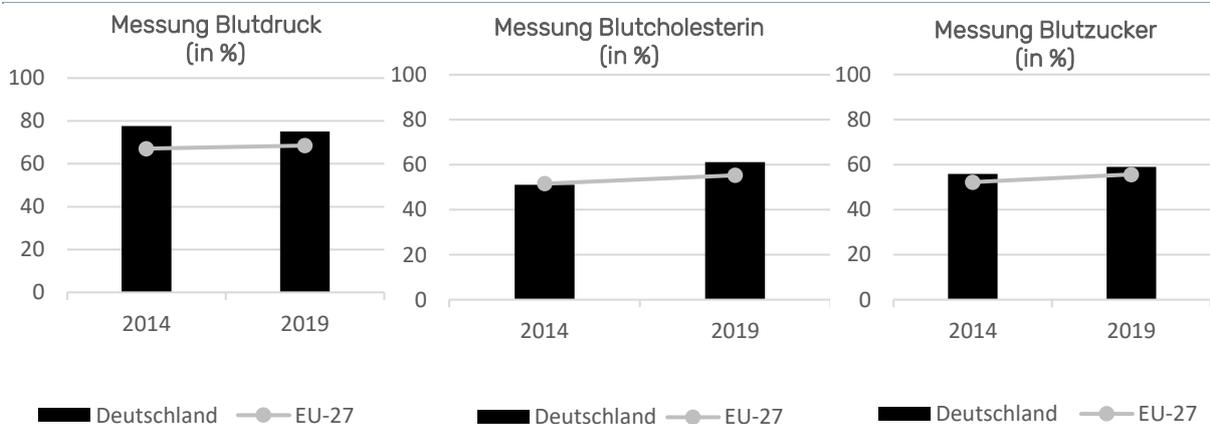
**Referenzwert**

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 Blutcholesterinmessung 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, 2022j)



**Indikator 184**      **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 Poliomyelitis. (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 SDGs wird der Indikator als relevant für eine nachhaltige Entwicklung benannt, allerdings wird keine Operationalisierung vorgenommen. (United Nations, 2016)
Referenzwert	Nicht relevant

Indikatoren	Impfquoten Erwachsene:
185 - 186	Influenza Standardimpfung und bei impfrelevanter 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 [RKI], 2018b)
Daten	✓2020 ✓2021 ✓2022 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 %. (RKI, 2020a, 2021a)
Trend	↑
Datenqualität	Gut (4/6)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Nicht relevant

Indikatoren	Impfquoten Erwachsene:
187 - 188	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). (RKI, 2023d)
Daten	<p>✓2020 ✓2021 ✓2022</p> <p>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 %. (RKI, 2020a, 2021a)</p>
Trend	→
Datenqualität	Gut (4/6)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Nicht relevant

Indikator 189	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. (RKI, 2018a) Hier wird die Impfquote auf die Standardimpfung der Bevölkerung ≥ 18 Jahre bezogen.
Daten	<p>✓2020 ✓2021 ✓2022</p> <p>Die Standardimpfquote gegen Diphtherie betrug 2019 51,9 % und im Folgejahr 52,7 %. (RKI, 2020a, 2021a)</p>
Trend	→
Datenqualität	Gut (4/6)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Nicht relevant

Indikator 190	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. (RKI, 2018d) Hier wird die Impfquote auf die Standardimpfung der Bevölkerung $\geq 18$ Jahre bezogen.
Daten	✓2020 ✓2021 ✓2022 Die Standardimpfquote gegen Tetanus betrug 2019 53,3 % und im Folgejahr 53,9 %. (RKI, 2020a, 2021a)
Trend	→
Datenqualität	Gut (4/6)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Nicht relevant

Indikator 191	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. (RKI, 2022d) Hier wird die Impfquote auf die Standardimpfung der Bevölkerung $\geq 18$ Jahre bezogen.
Daten	✓2020 ✓2021 ✓2022 Die Standardimpfquote gegen Pertussis betrug 2019 41,9 % und im Folgejahr 43,7 %. (RKI, 2020a, 2021a)
Trend	→
Datenqualität	Gut (4/6)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Nicht relevant

Indikator 192	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. (RKI, 2022c) Hier wird die Impfquote auf die Standardimpfung der Bevölkerung $\geq 18$ Jahre bezogen.
Daten	✓2020 ✓2021 ✓2022 Die Standardimpfquote gegen FSME betrug 2019 17,0 % und im Folgejahr 18,4 %. (RKI, 2020a, 2021a)
Trend	→
Datenqualität	Gut (4/6)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Nicht relevant

Indikatoren 193 - 194	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. (RKI, 2017)
Daten	✓2020 ✓2021 ✓2022 Die erste Herpes Zoster-Standardimpfung ( $\geq 60$ -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. (RKI, 2020a, 2021a)
Trend	↑
Datenqualität	Gut (4/6)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Nicht relevant

Indikator 195	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. (RKI, 2022a) COVID-19 wird durch die Kategorie „Resilienz“ ausführlich aufgearbeitet.
Daten	<del>✓2020</del> ✓2021 ✓2022 Der Anteil der COVID-19-Grundimmunisierten betrug zum 30.06.2021 37,4 % der Bevölkerung und Mitte 2022 waren es 75,1 %. (BMG, 2023b)
Trend	↑
Datenqualität	Gut (4/6)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Nicht relevant

**Indikator 196**

**Impfquoten Schulanfänger\*innen:  
Poliomyelitis**



**Inhalt**

Über die betrachteten Jahre 2004 bis 2019 konnte im Schnitt von 92 % der untersuchten Kinder der Impfausweis eingesehen werden. Die durch Polio-Viren verursachte Infektionskrankheit führt zu Lähmungen, welche bei einem Befall der Atemmuskulatur tödlich sein können. Die Impfung gegen Poliomyelitis (auch Kinderlähmung) wird durch die STIKO bei Säuglingen, Kindern und Jugendlichen sowie die Auffrischung bei Jugendlichen und Erwachsenen empfohlen. Durch diesen Indikator wird die Impfquote von Schulanfänger\*innen gegen Poliomyelitis erfasst. (RKI, 2021d)

**Daten**

✓2020 ✓2021 ✓2022

Die Impfquote gegen Poliomyelitis lag bei den Schulanfängern und Schulanfängerinnen im Jahr 2019 bei 92,3 %, im Vorjahr bei 92,8 %. (GBE, 2022b)

**Trend**

→

**Datenqualität**

Sehr gut (5/6)

**Prognose**

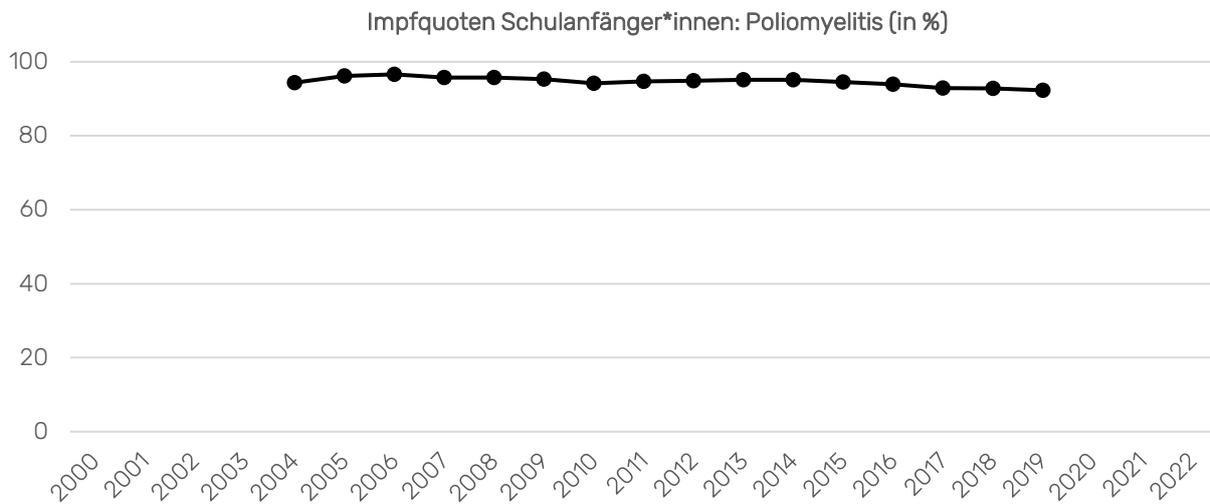
Nicht relevant

**Zielvorgabe**

Nicht bekannt

**Referenzwert**

Nicht relevant



**Indikator 197**

**Impfquoten Schulanfänger\*innen:  
Tetanus**



**Inhalt**

Über die betrachteten Jahre 2004 bis 2019 konnte im Schnitt von 92 % der untersuchten Kinder der Impfausweis eingesehen werden. Tetanus bzw. Wundstarrkrampf ist eine potentiell tödliche Infektionskrankheit, die durch eine Wundinfektion mit dem Erreger Clostridium tetani hervorgerufen wird. Folgen können spastischen Lähmung der Muskulatur sein. Alle Säuglinge, Kinder, Jugendliche und Erwachsene sollten entsprechend dem Impfkalendar der Ständigen Impfkommission einen vollständigen Impfschutz gegen Tetanus aufweisen. Personen mit unvollständiger Grundimmunisierung sollten unverzüglich einen vollständigen Impfschutz erhalten. Fehlende Auffrischimpfungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen sollten nachgeholt werden. Durch diesen Indikator wird die Impfquote von Schulanfänger\*innen gegen Tetanus erfasst. (RKI, 2021d)

**Daten**

✓2020 ✓2021 ✓2022

Im Jahr 2019 waren 92,9 % der Schulanfänger\*innen gegen Tetanus geimpft, 2018 waren es 93,3 %. (GBE, 2022b)

**Trend**

→

**Datenqualität**

Sehr gut (5/6)

**Prognose**

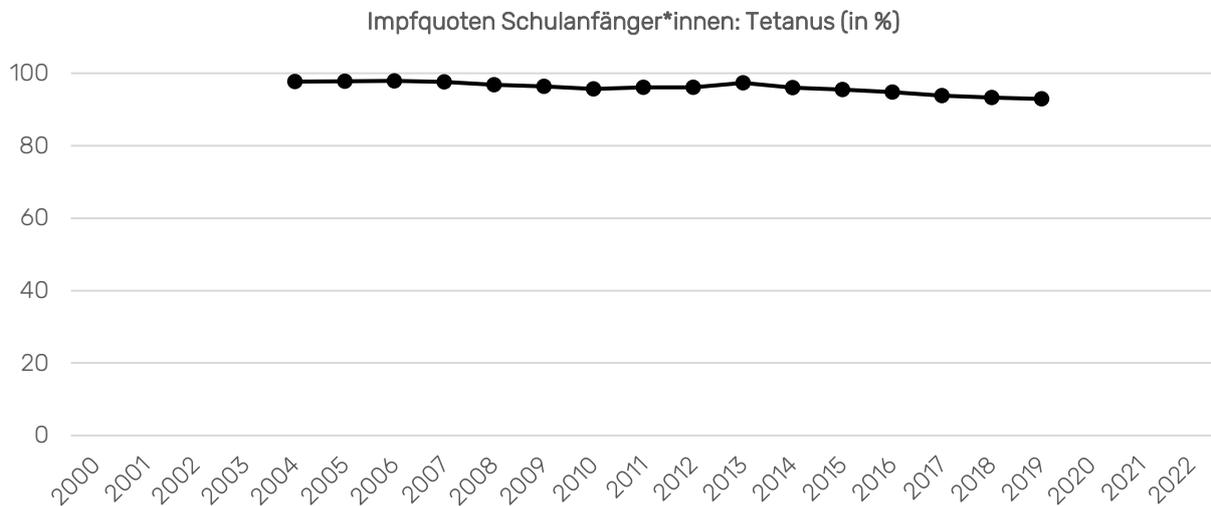
Nicht relevant

**Zielvorgabe**

Nicht bekannt

**Referenzwert**

Nicht relevant



**Indikator 198**

**Impfquoten Schulanfänger\*innen:  
Diphtherie**



**Inhalt**

Über die betrachteten Jahre 2004 bis 2019 konnte im Schnitt von 92 % der untersuchten Kinder der Impfausweis eingesehen werden. Diphtherie ist eine bakterielle Infektion, die bei Befall der Rachenschleimhäute die charakteristischen klinischen Symptome Halsschmerzen und festanhaftende Belege im Rachen hervorruft. Die STIKO empfiehlt die Diphtherie-Impfung als Standardimpfung allen Säuglingen, Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Durch diesen Indikator wird die Impfquote von Schulanfänger\*innen gegen Diphtherie erfasst. (RKI, 2021d)

**Daten**

✓2020 ✓2021 ✓2022

Im Jahr 2019 waren 92,7 % der Schulanfänger\*innen gegen Diphtherie geimpft, 2018 waren es 93,1 %. (GBE, 2022b)

**Trend**

→

**Datenqualität**

Sehr gut (5/6)

**Prognose**

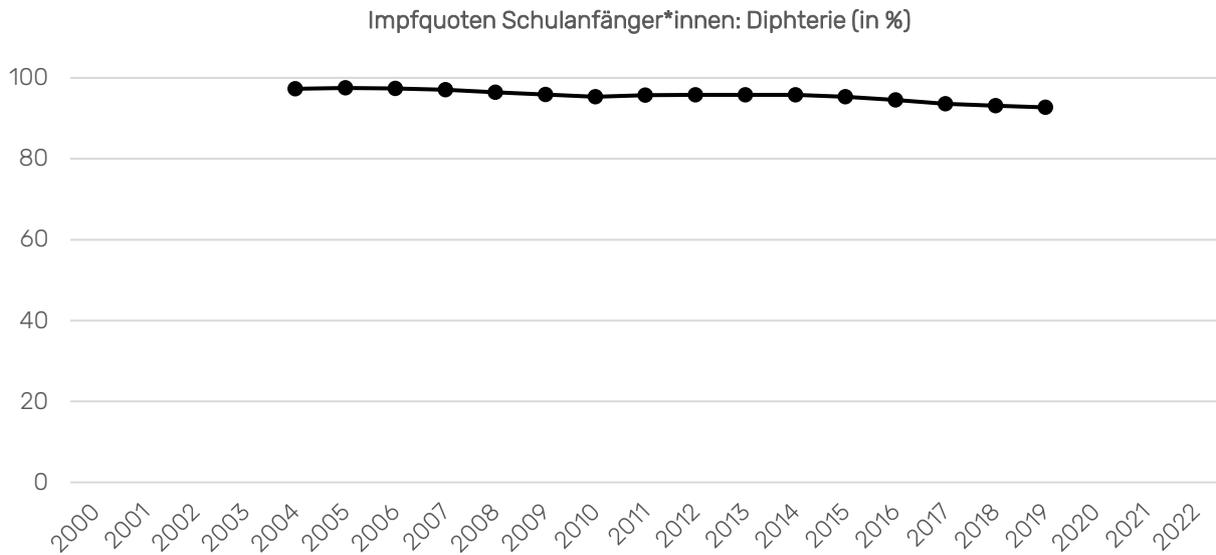
Nicht relevant

**Zielvorgabe**

Nicht bekannt

**Referenzwert**

Nicht relevant



Indikator 199

Impfquoten Schulanfänger\*innen:  
Pertussis



Inhalt

Über die betrachteten Jahre 2004 bis 2019 konnte im Schnitt von 92 % der untersuchten Kinder der Impfausweis eingesehen werden. Pertussis bzw. Keuchhusten ist eine hoch ansteckende Infektionskrankheit, die meist durch das Bakterium Bordetella pertussis ausgelöst wird. Die Pertussis-Impfung ist für alle Säuglinge und Kleinkinder wie in den aktuellen STIKO-Empfehlungen erläutert empfohlen. Durch diesen Indikator wird die Impfquote von Schulanfänger\*innen gegen Pertussis erfasst. (RKI, 2021d)

Daten

✓2020 ✓2021 ✓2022

Im Jahr 2019 waren 92,4 % der Schulanfänger\*innen gegen Pertussis geimpft, 2018 waren es 92,7 %. (GBE, 2022b)

Trend

→

Datenqualität

Sehr gut (5/6)

Prognose

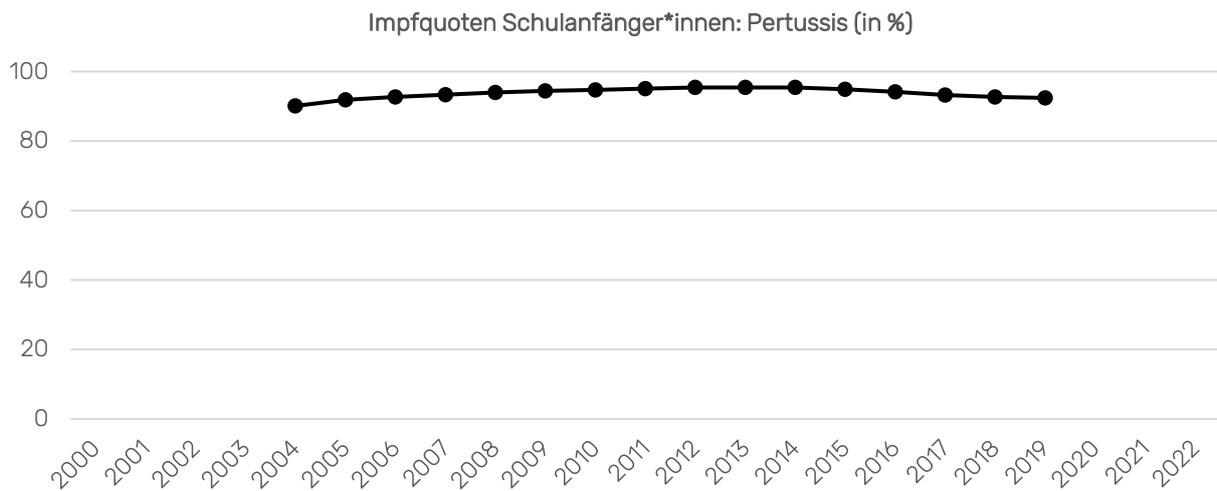
Nicht relevant

Zielvorgabe

Nicht bekannt

Referenzwert

Nicht relevant



**Indikator 200**

**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. (RKI, 2016b)

Daten

✓2020 ✓2021 ✓2022

Im Jahr 2019 waren 87,4 % der Schulanfänger\*innen gegen Hepatitis B geimpft, 2018 waren es 87,2 %. (GBE, 2022b)

Trend

→

Datenqualität

Sehr gut (5/6)

Prognose

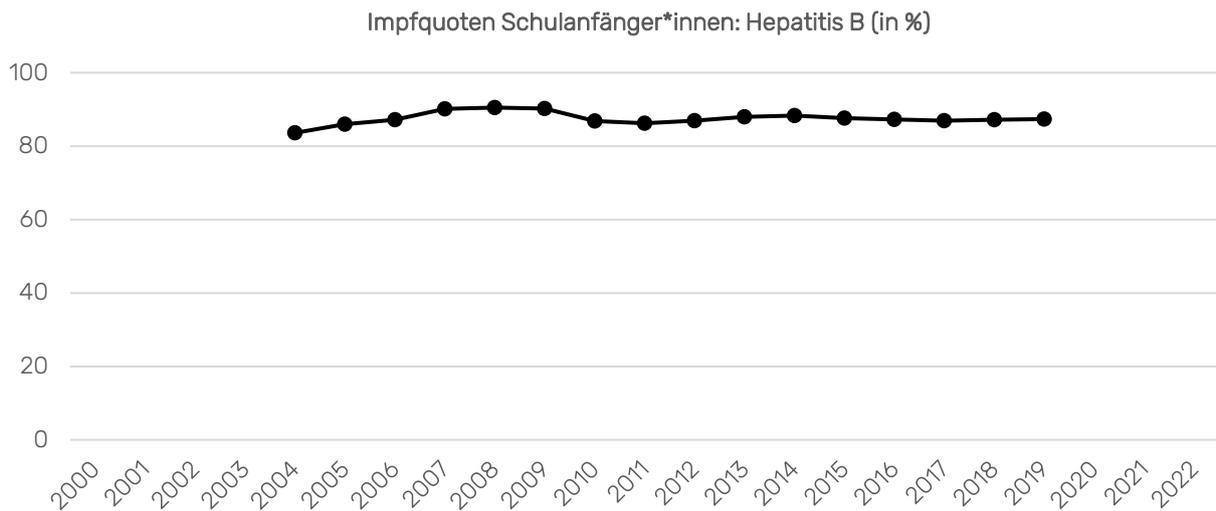
Nicht relevant

Zielvorgabe

Nicht bekannt

Referenzwert

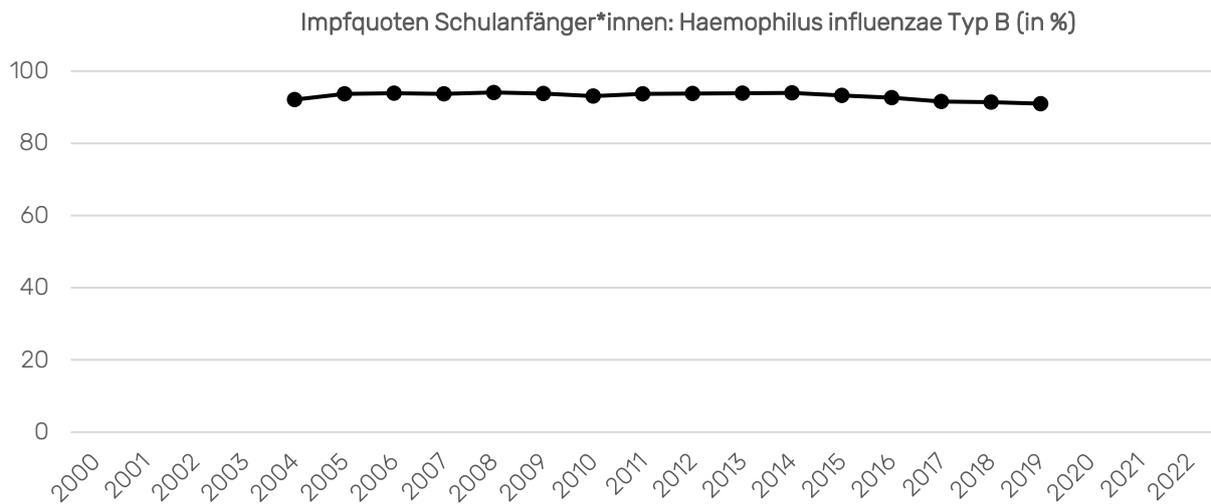
Nicht relevant



**Indikator 201**      **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. (RKI, 2020b)
Daten	✓2020 ✓2021 ✓2022 Im Jahr 2019 waren 91,0 % der Schulanfänger*innen gegen Haemophilus influenzae Typ B geimpft, 2018 waren es 91,4 %. (GBE, 2022b)
Trend	→
Datenqualität	Sehr gut (5/6)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Nicht relevant



Indikator 202

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. (RKI, 2021c)

Daten

✓2020 ✓2021 ✓2022

Im Jahr 2019 hatten 92,7 % der Schulanfänger\*innen die zweite Impfung gegen Masern erhalten, 2018 waren es 93,1 %. (GBE, 2022b)

Trend

→

Datenqualität

Sehr gut (5/6)

Prognose

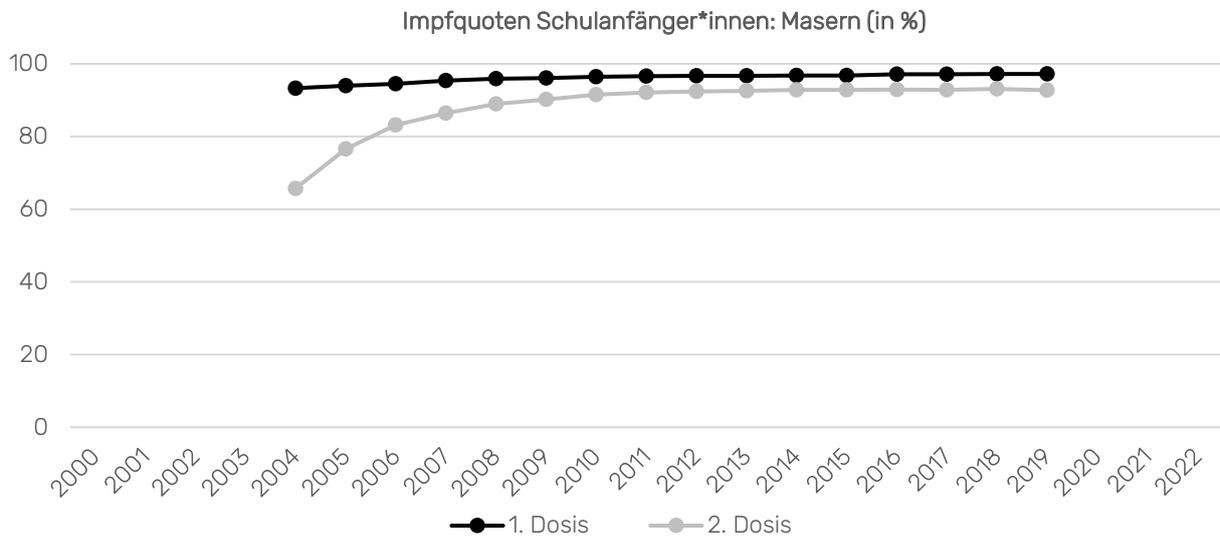
Nicht relevant

Zielvorgabe

Nicht bekannt

Referenzwert

Nicht relevant



**Indikator 203**

**Impfquoten Schulanfänger\*innen:  
Mumps**



Inhalt

Mumps ist eine akute, generalisierte Virusinfektion, die in erster Linie die Speicheldrüsen befällt und eine lebenslange Immunität hinterlässt. 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. (RKI, 2023c)

Daten

✓2020 ✓2021 ✓2022

Im Jahr 2019 hatten 92,6 % der Schulanfänger\*innen die zweite Impfung gegen Mumps erhalten, 2018 waren es 92,9 %. (GBE, 2022b)

Trend

→

Datenqualität

Sehr gut (5/6)

Prognose

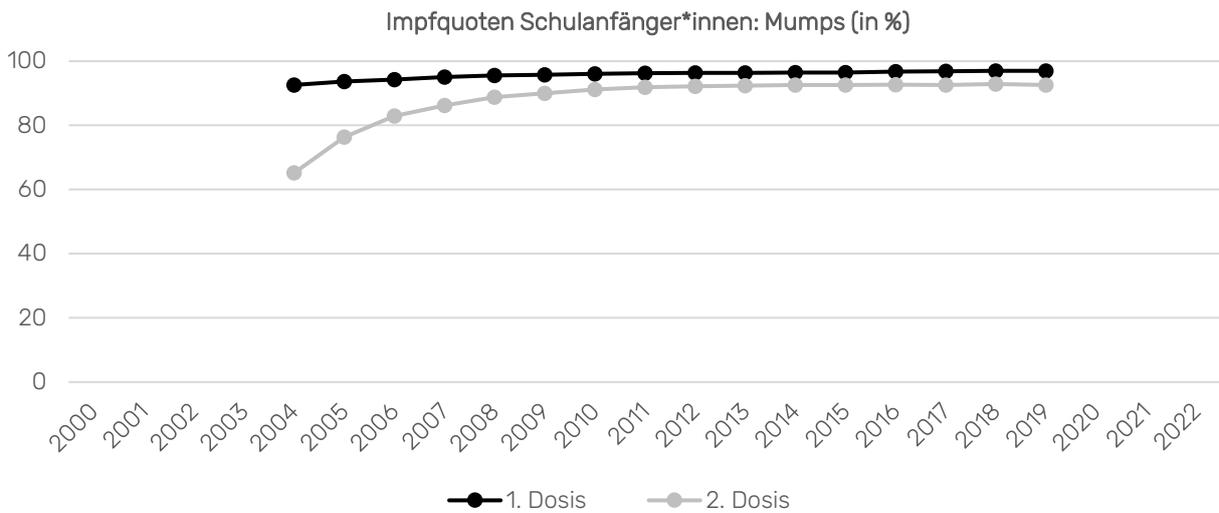
Nicht relevant

Zielvorgabe

Nicht bekannt

Referenzwert

Nicht relevant



**Indikator 204**

**Impfquoten Schulanfänger\*innen:  
Röteln**



**Inhalt**

Röteln sind eine durch das Röteln-Virus ausgelöste, in der Regel leicht verlaufende Virusinfektion mit Hautexanthem, die eine lebenslange Immunität hinterlässt. 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. (RKI, 2021e)

**Daten**

✓2020 ✓2021 ✓2022

Im Jahr 2019 hatten 92,6 % der Schulanfänger\*innen die zweite Impfung gegen Röteln erhalten, 2018 waren es 92,9 %. (GBE, 2022b)

**Trend**

→

**Datenqualität**

Sehr gut (5/6)

**Prognose**

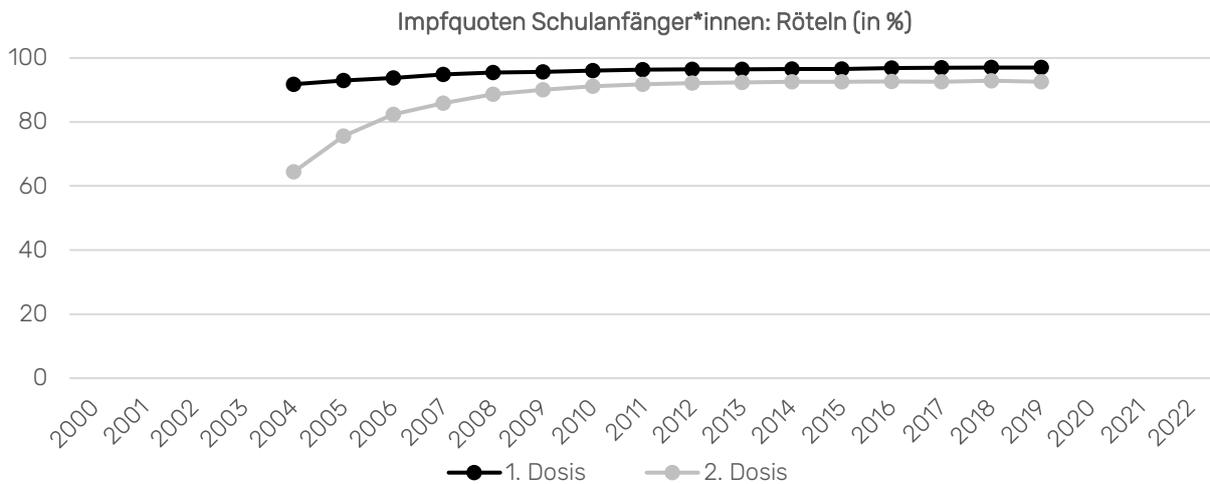
Nicht relevant

**Zielvorgabe**

Nicht bekannt

**Referenzwert**

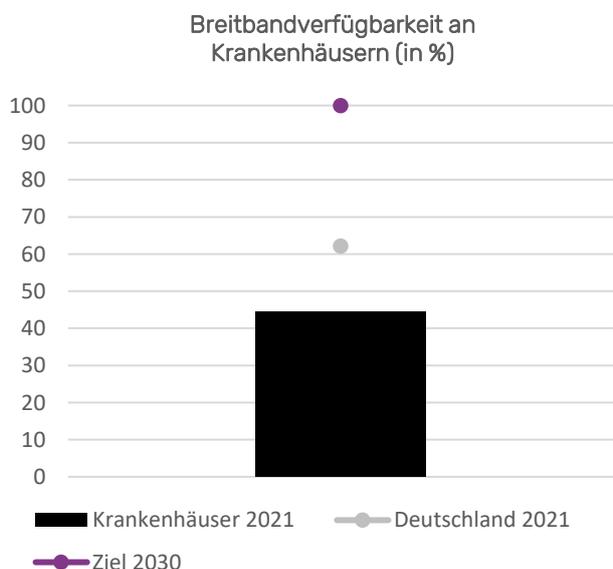
Nicht relevant



### 4.5.7 Qualität der Leistungserbringung

Die Qualität der Leistungserbringung wird mittels acht Indikatoren (entspricht 7 % aller Indikatoren der übergeordneten Nachhaltigkeitsdimension) erfasst, welche sich auf die Themenbereiche der Schil- derung der modernen Infrastruktur und der Abbildung von Prozesszeiten beziehen. Die Datenverfüg- barkeit liegt bei 25 %. 13 % der Indikatoren können mit Zielvorgaben kombiniert werden. Für insgesamt 25 % liegen Vergleichsdaten vor. 75 % der Indikatoren sind hinsichtlich ihrer Trendentwicklung nicht bewertbar. Von den bewertbaren Indikatoren können 0 % als positiv, 100 % als neutral und 0 % als negativ bewertet werden. Insgesamt kann die Datenqualität der Dimension mit 2,7 bewertet werden bzw. ist als mangelhaft einzuschätzen.

Indikator 205	Moderne Infrastruktur: Breitbandverfügbarkeit an Krankenhäusern
Inhalt	Dieser Indikator bildet die Breitbandverfügbarkeit ( $\geq 1.000$ Mbits/s) an öffent- lich wie auch privat getragenen Krankenhäusern ab.
Daten	✓2020 ✓2021 ✓2022 Die Breitbandverfügbarkeit ( $\geq 1.000$ Mbits/s) an Krankenhäusern lag im Jahr 2021 bei 44,3 %. (Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur [BMDV], 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 % stattfin- den. (Die Bundesregierung, 2021)
Referenzwert	Die deutschlandweite Breitbandverfügbarkeit [ $\geq 1.000$ Mbits/s für reine Glasfa- sernetze (FTTB/H), CATV (Kabel) und alle leitungsgebundenen Technologien] lag 2019 bei 43,2 %, 2020 bei 59,2 % und 2021 bei 62,1 %. (BMDV, 2021)



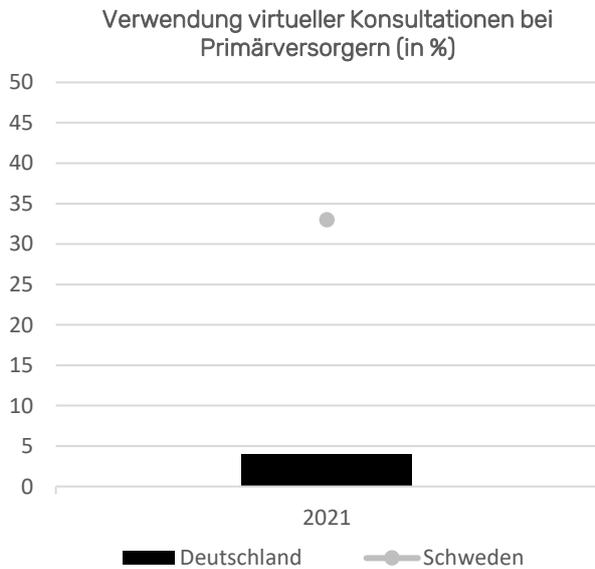
Indikator 206	Moderne Infrastruktur: Digitalisierungsgrad
Inhalt	Der Digital Health Index bewertet den Digitalisierungsgrad einzelner Länder anhand folgender drei Dimensionen: Policy-Aktivität und Strategie (besteht aus den Ebenen „Digital Health-Strategien“ und „Institutionelle Verankerung von Digital 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	<p>✓2020 ✓2021 ✓2022</p> <p>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)</p>
Trend	Zu wenige Datenpunkte für eine Trendbewertung vorhanden (NA).
Datenqualität	Mangelhaft (2/6)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Nicht relevant

**Indikator 207**

**Moderne Infrastruktur:  
Verwendung virtueller Konsultationen bei Primärversorgern**

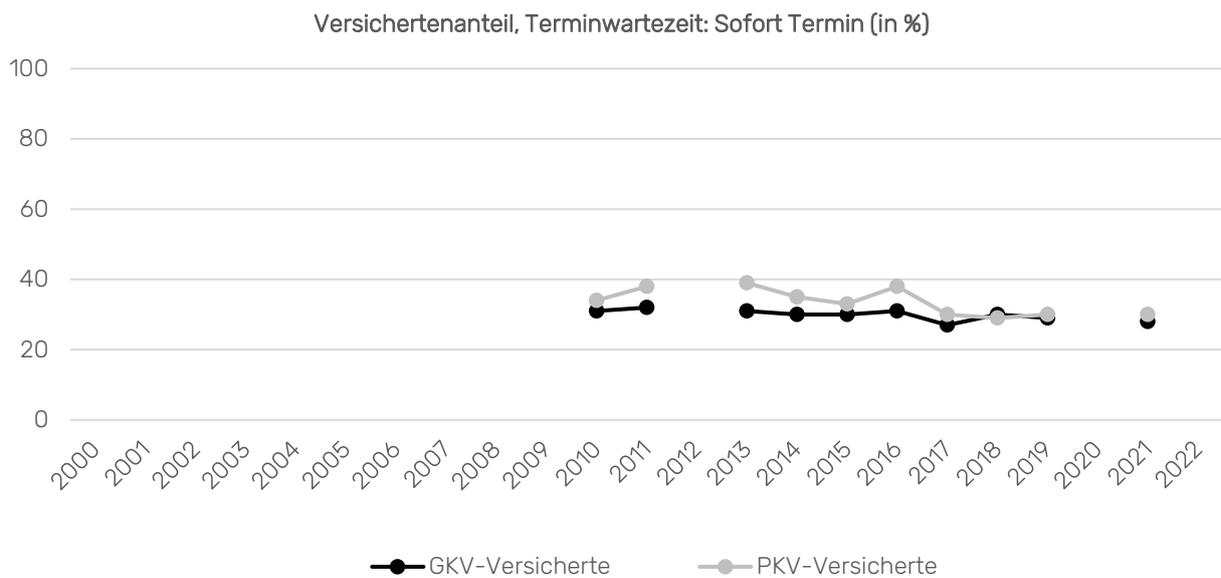


Inhalt	Die Verwendung von virtuellen bzw. Video-basierten Konsultationen wird als Indikator für eine moderne Infrastruktur verstanden. Deren Nachfrage ist insbesondere in Pandemiezeiten gestiegen, um persönlichen, potenziell infektiösen Kontakt zu umgehen. Zudem kann die Verwendung der Technologie als eine Möglichkeit angesehen werden, um Wege und Zeit (und damit verbundene Kosten) zu sparen.
Daten	✓2020 ✓2021 ✓2022 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 208	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. Ab dem 01.01.2024 müssen alle Vertragsärzte/-ärztinnen verpflichtend auf E-Rezepte umgestellt haben. (BMG, 2023a)
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

<b>Indikatoren</b> 209 - 210	<b>Prozesszeiten:</b> 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	✓2020 ✓2021 ✓2022 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 %. (KBV, 2023d)	
Trend	→	
Datenqualität	Gut (4/6)	
Prognose	Nicht relevant	
Zielvorgabe	Nicht bekannt	
Referenzwert	Nicht relevant	



Indikator 211	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 212	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 Einsparpotenzial wird insb. die Morbidität (bspw. Prävention von Bluthochdruck), aber auch eine höhere Ärzte-/Ärztinnendichte ursächlich benannt.
Daten	<p>✓2020 ✓2021 ✓2022</p> <p>Das maximale Einsparpotenzial durch ambulant-sensitive Krankenhausfälle lag im zuletzt bemessenen Jahr 2011 bei 10,68 € pro Kopf. (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland [Zi] &amp; IGES Institut GmbH, 2015)</p>
Trend	Zu wenige Datenpunkte für eine Trendbewertung vorhanden (NA).
Datenqualität	Mangelhaft (1/6)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Nicht relevant

### 4.5.8 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 [PHSSR], 2021) Zum aktuellen Zeitpunkt werden schwerpunktmäßig die Datenjahre 2020 bis 2022 betrachtet, womit die Resilienz des Gesundheitssystems auf das in dem Zeitraum dominierende Thema der COVID-19-Pandemie bezogen wird. Die Nachhaltigkeitskategorie wird in diesem ersten Teil durch acht Indikatoren (entspricht 7 % aller Indikatoren der übergeordneten Nachhaltigkeitsdimension) beschrieben. Die Datenverfügbarkeit liegt bei 25 %. 38 % der Indikatoren können mit Zielvorgaben kombiniert werden. Für insgesamt 38 % liegen Vergleichsdaten vor. 75 % der Indikatoren sind hinsichtlich ihrer Trendentwicklung nicht bewertbar. Von den bewertbaren Indikatoren können 100 % als positiv, 0 % als neutral und 0 % als negativ bewertet werden. Insgesamt kann die Datenqualität der Dimension mit 2,8 bewertet werden bzw. ist als mangelhaft einzuschätzen.

Indikator 213	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. (PHSSR, 2023)
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

<b>Indikator 214</b>	<b>Vorhandensein von sensitiven Frühwarnsystemen</b>
Inhalt	Damit frühestmöglich auf Krisen reagiert werden kann, bedarf es sensitiver Frühwarnsysteme. (PHSSR, 2023) 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
<b>Indikatoren 215 – 216</b>	<b>Höhe der verursachten Nachhaltigkeitslücke: insgesamt und verursacht durch die Corona-Pandemie</b>
Inhalt	<p>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.</p> <p>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.</p>
Daten	<p>✓2020 ✓2021 ✓2022</p> <p>Im Jahr 2020 betrug die Nachhaltigkeitslücke 345 % des BIP, wobei 109,3 % des BIP durch die COVID-19-Pandemie verursacht wurden. (Bahnsen, Kohlstruck, Raffelhüschen, Seuffert &amp; Wimmesberger, 2020)</p>
Trend	Zu wenige Datenpunkte für eine Trendbewertung vorhanden (NA).
Datenqualität	Mangelhaft (2/6)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Nicht relevant

<b>Indikatoren</b> <b>217 - 218</b>	<b>Beitrag Deutschlands zur WHO:</b> <b>Pflichtbeitrag und freiwilliger Beitrag</b>
Inhalt	Die von der Bundesrepublik Deutschland zu leistenden Beiträge an die WHO sind im Bundeshaushalt veranschlagt. Die finanziellen Leistungen untergliedern sich in Pflichtbeiträge und freiwillige Leistungen. (Deutscher Bundestag, 2020)
Daten	Der Pflichtbeitrag Deutschlands zur WHO betrug 2020 27 Mio. €. (Deutscher Bundestag, 2020) 2021 lag der Beitrag (umgerechnet aus US-Dollar) bei 25,6 Mio. € und 2022 bei 55,5 Mio. €. (Deutsche Gesellschaft für die Vereinten Nationen e.V. [DGVN], 2023) Der freiwillige Beitrag ist deutlich gestiegen: 2018 und 2019 lag er noch bei 83 Mio. €. (Deutscher Bundestag, 2020) 2021 stieg er auf knapp 495 Mio. € und 2022 auf 765 Mio. €. (DGVN, 2023)
Trend	↑
Datenqualität	Gut (4/6) Pflichtbeitrag Gut (3/6) Freiwilliger Beitrag
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Die DNS gibt vor, dass die Ausgaben des Beitrags Deutschlands zur globalen Pandemieprävention und -reaktion bis 2030 gegenüber 2019 gesteigert werden sollen, ohne dabei die Höhe der Ausgabensteigerung zu quantifizieren. (Die Bundesregierung, 2021)
Referenzwert	Nicht relevant

<b>Indikator 219</b>	<b>Fähigkeit, Kapazität der Akutversorgung zu erhöhen, wobei essenzielle Leistungen erhalten bleiben</b>
Inhalt	Die Fähigkeit, die Kapazität der Akutversorgung zu erhöhen, wobei essenzielle Leistungen erhalten bleiben, stellt eine Stabilisierungsleistung während einer Krise dar. (PHSSR, 2023)
Daten	Keine Daten verfügbar (NN)
Trend	Keine Trendbildung möglich (NN)
Datenqualität	Keine Bewertung der Datenqualität möglich (NN)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Die Deutsche Nachhaltigkeitsstrategie formuliert zudem, dass die Kapazitäten zur Stärkung globaler Gesundheitsstrukturen (gegen zukünftige Pandemien) ausgebaut werden sollen. Das Ziel wird allerdings nicht quantifiziert bzw. mit Zielwerten hinterlegt. (Die Bundesregierung, 2021)
Referenzwert	Nicht relevant

Indikator 220	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

## 4.6 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 72 Indikatoren (entspricht 25 % aller Indikatoren). Davon entfallen drei auf die Kategorie „Resilienz“ (4 %), vier auf „Lebenserwartung bei Geburt“ (6 %), elf auf „Mortalität“ (15 %), 39 auf „Morbidität“ (54 %), drei auf „Sonstige Aspekte des Gesundheitszustandes“ (4 %) und zwölf auf „Risikofaktoren“ (17 %). Von den definierten Indikatoren können 76 % mit Daten hinterlegt werden. 38 % der Indikatoren können mit Zielvorgaben kombiniert werden und für insgesamt 64 % liegen Vergleichsdaten vor. 49 % der Indikatoren sind hinsichtlich ihrer Trendentwicklung nicht bewertbar. Von den bewertbaren Indikatoren können 43 % als positiv, 8 % als neutral und 49 % als negativ bewertet werden. Insgesamt kann die Datenqualität der Dimension mit 4,1 bewertet werden bzw. ist als gut einzuschätzen.

### 4.6.1 Resilienz

Neben dem bereits dargestellten organisatorischen Teilbereich erfolgt die Erfassung der Resilienz auch in der epidemiologischen Dimension des Nachhaltigkeitsindex. Der zweite Teil dieser geteilten Nachhaltigkeitskategorie wird durch drei Indikatoren (entspricht 4 % aller Indikatoren der übergeordneten Nachhaltigkeitsdimension) beschrieben. Die Datenverfügbarkeit liegt bei 33 %. 0 % der Indikatoren können mit Zielvorgaben kombiniert werden. Für insgesamt 0 % liegen Vergleichsdaten vor. 0 % der Indikatoren sind hinsichtlich ihrer Trendentwicklung nicht bewertbar. Von den bewertbaren Indikatoren können 33 % als positiv, 0 % als neutral und 67 % als negativ bewertet werden. Insgesamt kann die Datenqualität der Dimension mit 6,0 bewertet werden bzw. ist als sehr gut einzuschätzen.

Indikator 221	Resilienzbezug: COVID-19-Pandemie: Summe positive Fälle Bevölkerung
Inhalt	Um die kumulierte Fallzahl der positiven Corona-Fälle zu ermitteln, werden Testzahlen aus Forschungseinrichtungen, Universitätskliniken sowie klinischen und ambulanten Laboren genutzt.
Daten	✓2020 ✓2021 ✓2022 Die Summe der positiven COVID-19-Fälle betrug im Jahr 2020 1,7 Mio., im Folgejahr waren es 5,4 Mio. Fälle und 2022 waren es 30,2 Mio. Fälle. (RKI, 2023e)
Trend	↑
Datenqualität	Sehr gut (6/6)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Nicht relevant

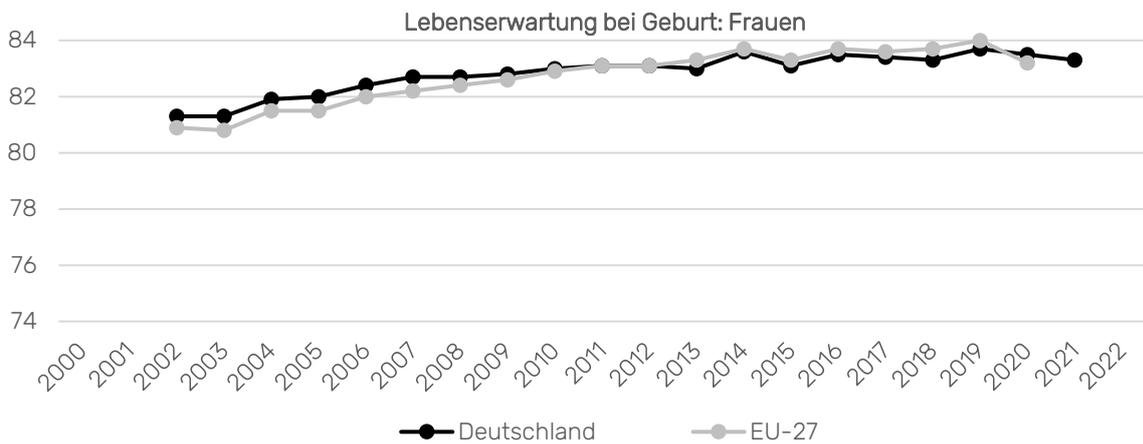
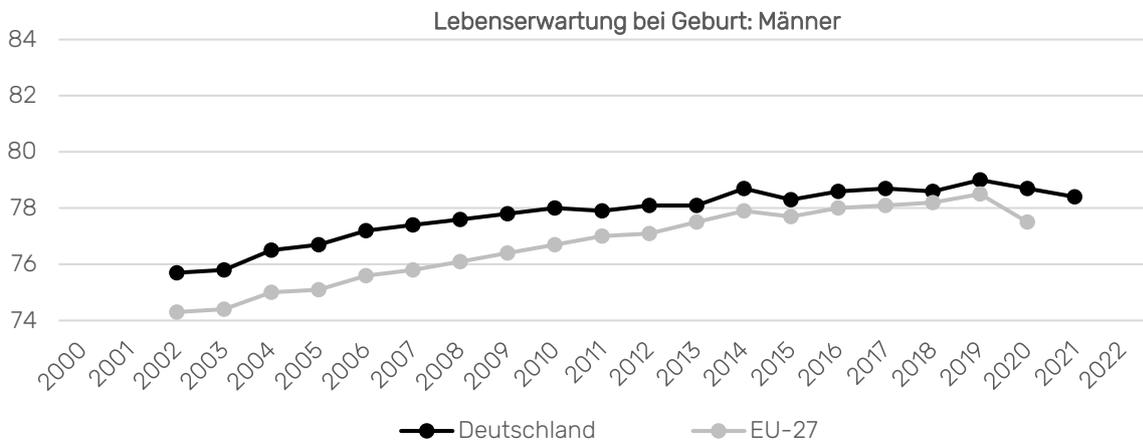
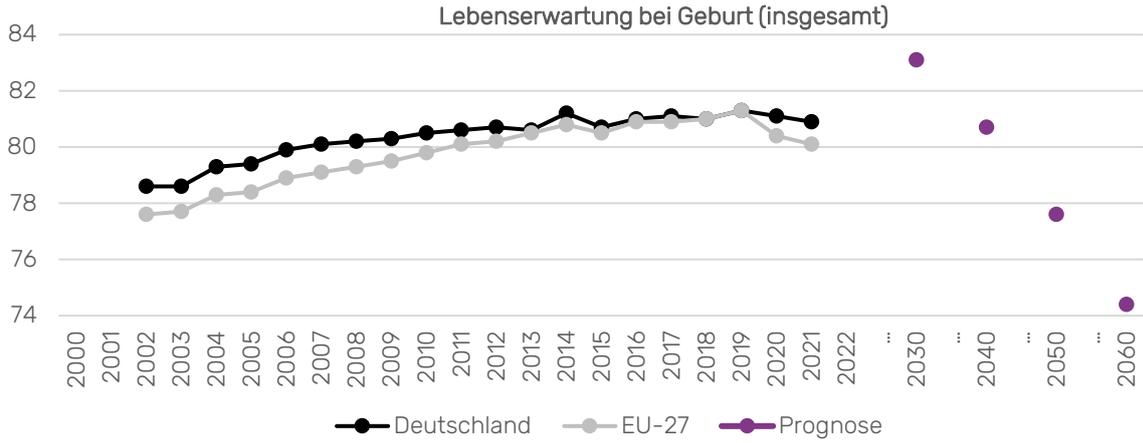
Indikator 222	Resilienzbezug: COVID-19-Pandemie: Inzidenz Coronavirus
Inhalt	Durch diesen Indikator wird die Inzidenz der Corona-Fälle dokumentiert. Erfasst werden die Verdachts- und Erkrankungsfälle ebenso wie hospitalisierte und verstorbene Menschen, welche gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG) an das Gesundheitsamt gemeldet wurden.
Daten	✓2020 ✓2021 ✓2022 Die Zahl der Neuerkrankten lag 2020 bei ca. 2.144 je 100.000 Einwohner, 2021 bei 6.535 und 2022 bei 36.248 je 100.000 Einwohner. (RKI, 2023e)
Trend	↑
Datenqualität	Sehr gut (6/6)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Nicht relevant

Indikator 223	Resilienzbezug: 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	✓2020 ✓2021 ✓2022 Die Höhe der mit COVID-19 assoziierten Todesfälle wird für das Jahr 2020 mit 44.243, für 2021 mit 71.298 und für das Folgejahr mit 48.512 angegeben. (RKI, 2022b)
Trend	↓
Datenqualität	Sehr gut (6/6)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Nicht relevant

## 4.6.2 Lebenserwartung

Die Lebenserwartung in Deutschland wird durch vier Indikatoren (entspricht 6 % aller Indikatoren der übergeordneten Nachhaltigkeitsdimension) beschrieben. Die Datenverfügbarkeit liegt bei 100 %. 0 % der Indikatoren können mit Zielvorgaben kombiniert werden. Für insgesamt 100 % liegen Vergleichsdaten vor. 75 % der Indikatoren sind hinsichtlich ihrer Trendentwicklung nicht bewertbar. Von den bewertbaren Indikatoren können 0 % als positiv, 100 % als neutral und 0 % als negativ bewertet werden. Insgesamt kann die Datenqualität der Dimension mit 4,8 bewertet werden bzw. ist als gut einzuschätzen.

Indikatoren 224 – 226	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	✓2020 ✓2021 ✓2022 Die Lebenserwartung bei Geburt betrug in Deutschland im Jahr 2019 81,3 Jahre, 2020 81,1 Jahre und 2021 80,8 Jahre. Die Lebenserwartung von Männern liegt dabei unter dem Bundesdurchschnitt und betrug 2019 79,0 Jahre und 2020 78,4 Jahre. Die Lebenserwartung von Frauen liegt über dem Bundesdurchschnitt und betrug 2019 83,7 Jahre und 2020 83,3 Jahre. (Eurostat, 2023k)	
Trend	→	
Datenqualität	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). (Destatis, 2023l)	
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, 2023k)	



**Indikator 227**

**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**

✓2020 ✓2021 ✓2022

Die Gesundheitserwartung betrug 2020 65,7 Jahre und im Folgejahr 65,6 Jahre. (Eurostat, 2023i)

**Trend**

→

**Datenqualität**

Gut (4/6)

**Prognose**

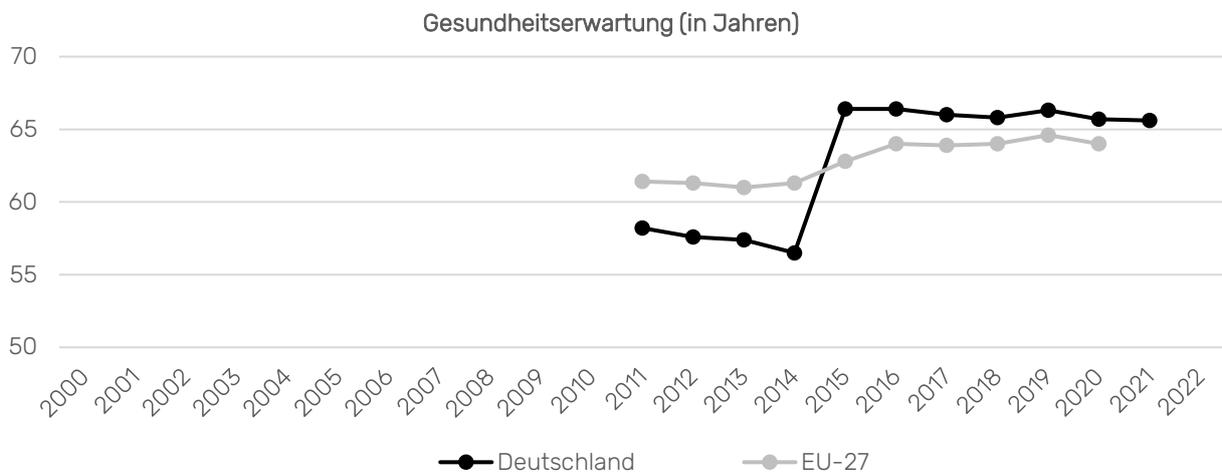
Nicht relevant

**Zielvorgabe**

Nicht bekannt

**Referenzwert**

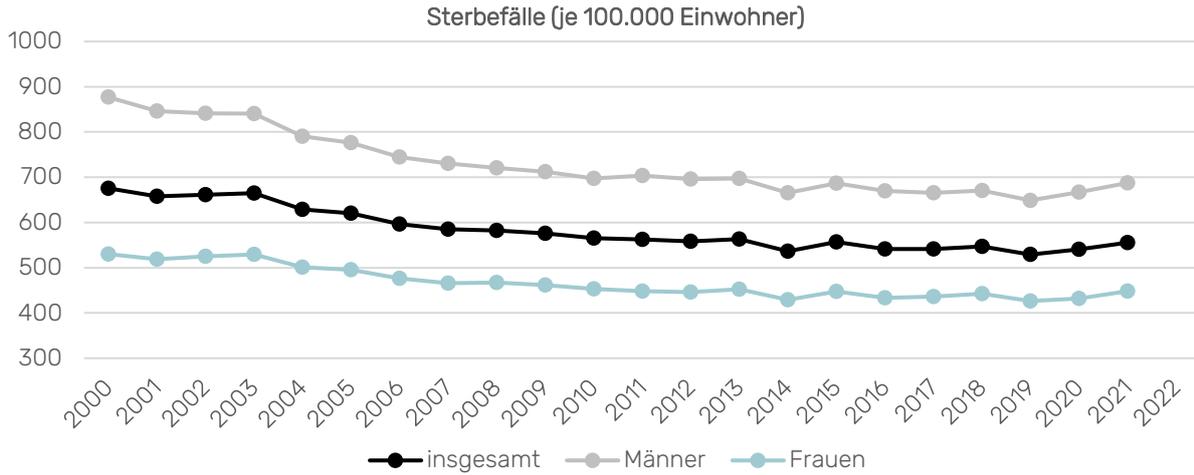
Die deutschen Werte lagen über dem EU-27-Wert sowohl im Jahr 2019 (64,6 Jahre) als auch im Jahr 2020 (64,0 Jahre). (Eurostat, 2023i)



### 4.6.3 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 (entspricht 15 % aller Indikatoren der übergeordneten Nachhaltigkeitsdimension). Die Datenverfügbarkeit liegt bei 91 %. 82 % der Indikatoren können mit Zielvorgaben kombiniert werden. Für insgesamt 82 % liegen Vergleichsdaten vor. 45 % der Indikatoren sind hinsichtlich ihrer Trendentwicklung nicht bewertbar. Von den bewertbaren Indikatoren können 50 % als positiv, 0 % als neutral und 50 % als negativ bewertet werden. Insgesamt kann die Datenqualität der Dimension mit 4,7 bewertet werden bzw. ist als gut einzuschätzen.

Indikatoren	Sterbefälle:	
228 - 230	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 Kriegssterbefälle oder Todesfälle von Angehörigen oder Kindern ausländischer Streitkräfte werden in der dargestellten Mortalität nicht berücksichtigt.	
Daten	✓2020 ✓2021 ✓2022	
	Insgesamt kamen auf 100.000 Einwohner im Jahr 2020 540,5 Sterbefälle und im Jahr 2021 555,4 Sterbefälle (altersstandardisiert). Bezogen auf Männer, kamen auf 100.000 Einwohner im Jahr 2020 667,2 Sterbefälle und im Jahr 2021 687,6 Sterbefälle (altersstandardisiert). Bezogen auf Frauen, kamen auf 100.000 Einwohner im Jahr 2020 432,3 Sterbefälle und im Jahr 2021 447,9 Sterbefälle (altersstandardisiert). (GBE, 2022d)	
Trend	→	
Datenqualität	Sehr gut (5/6)	
Prognose	Nicht relevant	
Zielvorgabe	Die Agenda 2030 gibt vor, dass die Sterblichkeit von nichtübertragbaren Krankheiten um ein Drittel gesenkt werden soll. (United Nations, 2016)	
Referenzwert	Nicht relevant	



**Indikator 231**

**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**

✓2020 ✓2021 ✓2022

Auf 1.000 Lebendgeburten kam im Jahr 2020 eine Säuglingssterblichkeit i. H. v. 3,1. Im Jahr 2021 lag sie bei 3,0. (GBE, 2022c) 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**

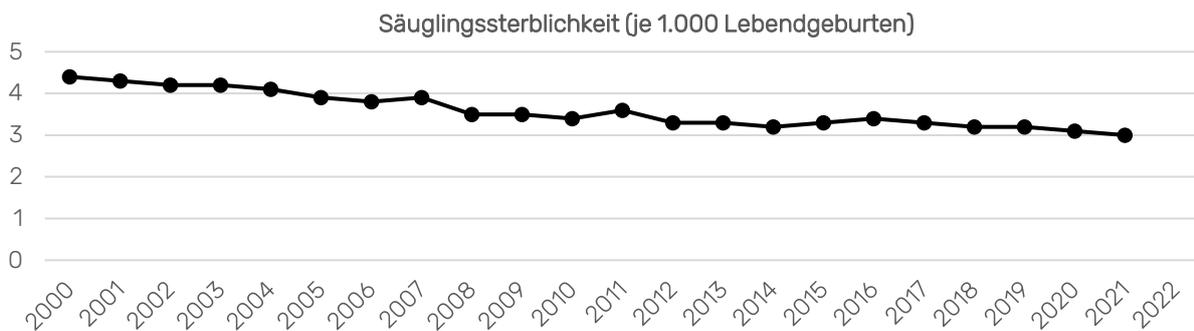
Nicht relevant

**Zielvorgabe**

Die SDGs definieren 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**

Der EU-27-Wert der Säuglingssterblichkeit lag 2020 bei 3,3 und 2021 bei 3,2. (Eurostat, 2023o)



**Indikator 232**

**Sterbefälle: Perinatalsterblichkeit**



**Inhalt**

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

**Daten**

✓2020 ✓2021 ✓2022

Die Perinatalsterblichkeit lag 2020 bei 5,8 je 1.000 Lebend- und Totgeburten und im Folgejahr bei 6,0 (GBE, 2023j) 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**

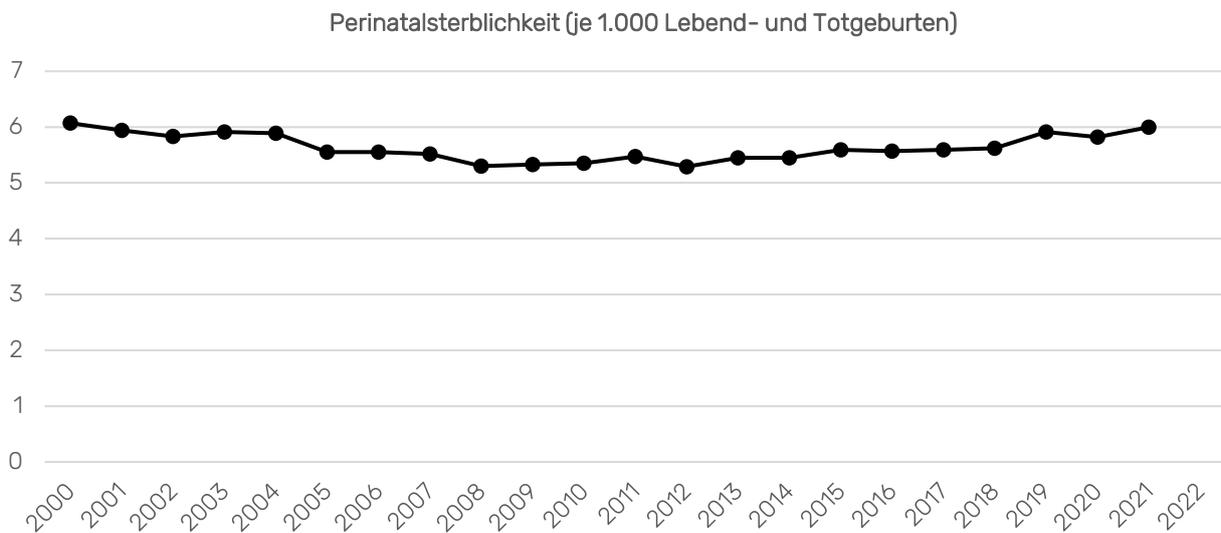
Nicht relevant

**Zielvorgabe**

Die SDGs definieren 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 233**

**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**

✓2020 ✓2021 ✓2022

Die Müttersterblichkeit lag in Deutschland im Jahr 2020 bei 28, ebenso wie im Folgejahr. (Destatis, 2023f) Zwar ist die Zielvorgabe damit erreicht, dennoch wird der Trend negativ bewertet, da sich die Werte in den letzten Jahren erhöht haben.

**Trend**

↑

**Datenqualität**

Sehr gut (5/6)

**Prognose**

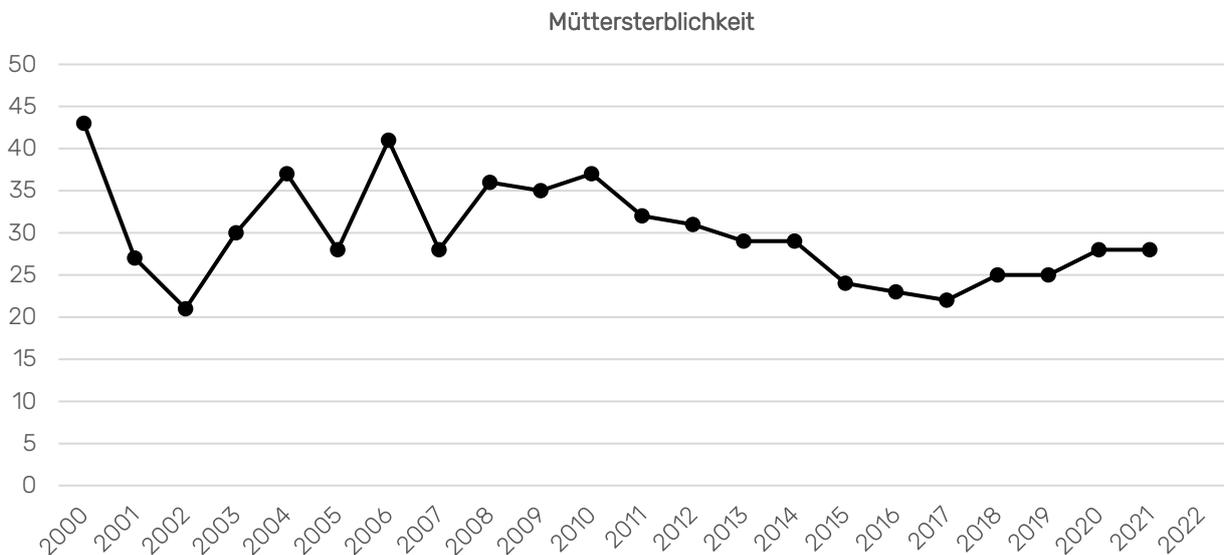
Nicht relevant

**Zielvorgabe**

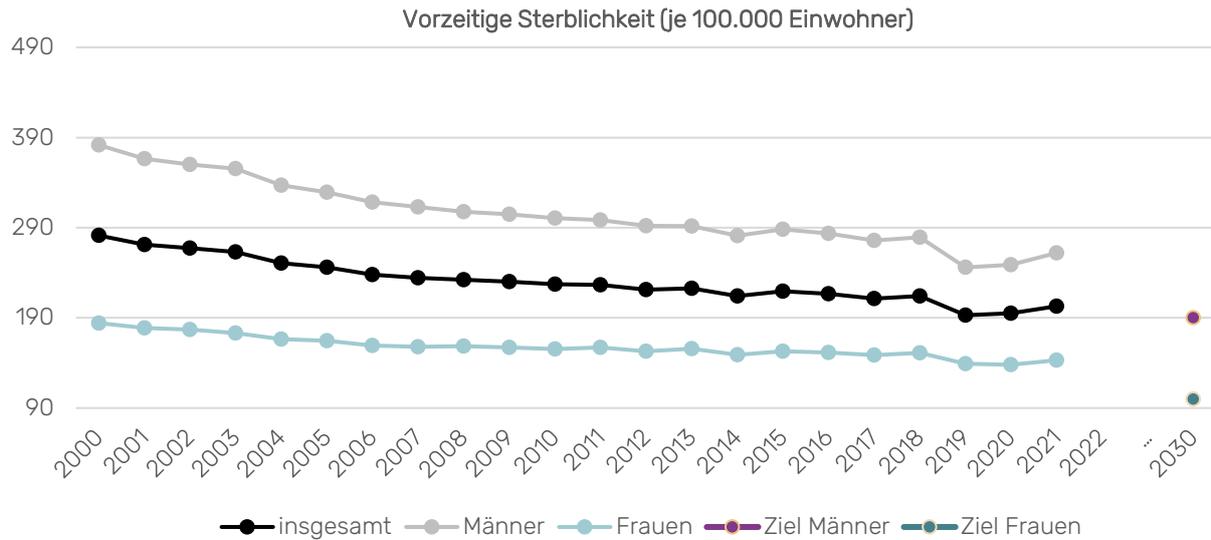
Die SDGs definieren das Ziel, die Müttersterblichkeit weltweit auf 70 pro 100.000 Lebendgeburten zu senken. (United Nations, 2016)

**Referenzwert**

Nicht relevant



Indikatoren 234 - 236	Vorzeitige Sterblichkeit: insgesamt, Männer, Frauen	
Inhalt	<p>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 Euro-pastandardbevölkerung) bezieht hier nicht die unter Einjährigen ein (wobei die Säuglings- und die Perinatalsterblichkeit prinzipiell auch zu den vermeidbaren Sterbefällen zählen). (AOLG, 2003)</p>	
Daten	<p>✓2020 ✓2021 ✓2022</p> <p>Insgesamt lag die vorzeitige Sterblichkeit in Deutschland im Jahr 2020 bei 195 je 100.000 Einwohner, im Folgejahr betrug sie 203 je 100.000 Einwohner.</p> <p>Bei Männern ist die vorzeitige Sterblichkeit im Vergleich zu Frauen erhöht. 2020 lag sie für Männern bei 249 und für Frauen bei 138 je 100.000 Einwohner. 2021 lag die Ziffer für Männer bei 262 und für Frauen bei 143 je 100.000 Einwohner. Der Trend wird negativ bewertet, da die Entwicklungen von den Zielvorgaben der DNS abweichen. (GBE, 2022e)</p>	
Trend	<p>→ Vorzeitige Sterblichkeit Männer, Frauen</p>	
Datenqualität	<p>Sehr gut (5/6)</p>	
Prognose	<p>Nicht relevant</p>	
Zielvorgabe	<p>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 Euro-pastandardbevölkerung beziehen. (Die Bundesregierung, 2021)</p> <p>Weltweit soll laut den SDGs die Zahl der Todesfälle, die durch nichtübertragbare Erkrankungen ausgelöst werden, um ein Drittel (gegenüber 2015) gesenkt werden. (United Nations, 2016)</p>	
Referenzwert	<p>Nicht relevant</p>	



**Indikator 237**

**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. (OECD, 2023a)

**Daten**

✓2020 ✓2021 ✓2022

Die Anzahl der Todesfälle, verursacht durch Feinstaubbelastung der Umgebung, kann für das Jahr 2019 mit 32 Fällen auf 100.000 Personen quantifiziert werden. (OECD, 2021)

**Trend**

Zu wenige Datenpunkte für eine Trendbewertung vorhanden (NA).

**Datenqualität**

Gut (3/6)

**Prognose**

Nicht relevant

**Zielvorgabe**

Bis zum Jahr 2030 soll die Sterblichkeit reduziert werden. (United Nations, 2016) Allerdings wird in dem Zusammenhang kein Zielwert formuliert.

**Referenzwert**

Im Folgejahr 2020 lag der Wert, bezogen auf den OECD-Durchschnitt, bei 29 Fällen je 100.000 Personen. (OECD, 2021)

**Indikator 238**

**Umweltbedingte Sterblichkeit:  
Hitzebedingte Todesfälle**



**Inhalt**

Diese spezifische Mortalität tritt immer i. V. m. Hitzeereignissen auf, sodass 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. (Winklmayr, Muthers, Niemann, Mücke & Heiden, 2022)

**Daten**

✓2020 ✓2021 ✓2022

Die Anzahl der hitzebedingten Todesfälle wird für 2020 mit 3.700 und für 2021 mit 1.700 angegeben. (Winklmayr et al., 2022) Seit 2018 nimmt die Zahl der hitzebedingten Todesfälle in Deutschland wieder ab. Erwartbar ist gemäß der wiederkehrenden Verlaufsform der Mortalität (s. Grafik) jedoch demnächst ein Anstieg der Todesfälle.

**Trend**

↓

**Datenqualität**

Gut (3/6)

**Prognose**

Es wird prognostiziert, dass bis Ende des Jahrhunderts bundesweit jährlich bis zu 8.500 zusätzliche hitzebedingte Todesfälle auftreten werden. (Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit [BMUV], 2017)

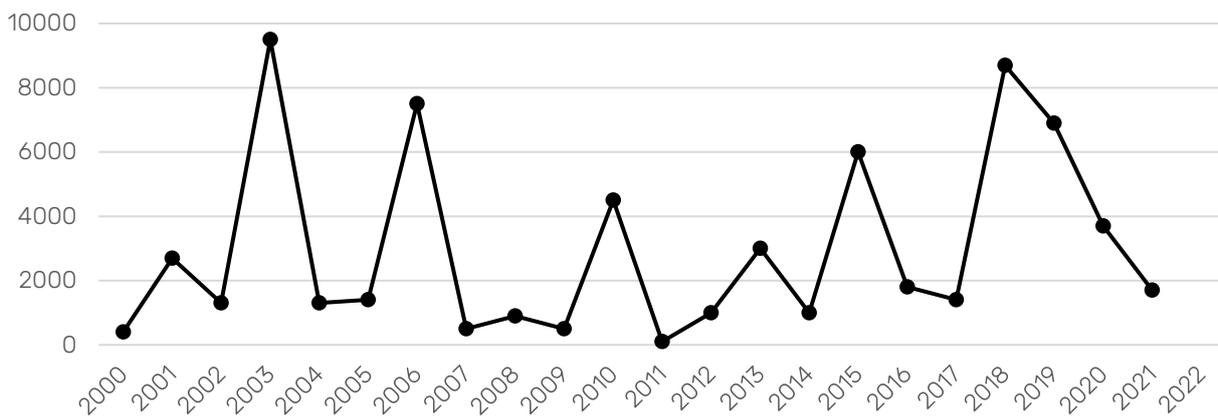
**Zielvorgabe**

Die Zahl der Todesfälle, die mit Hitzeperioden assoziiert sind, soll reduziert werden. (United Nations, 2016) Allerdings wird in dem Zusammenhang kein Zielwert formuliert.

**Referenzwert**

Nicht relevant

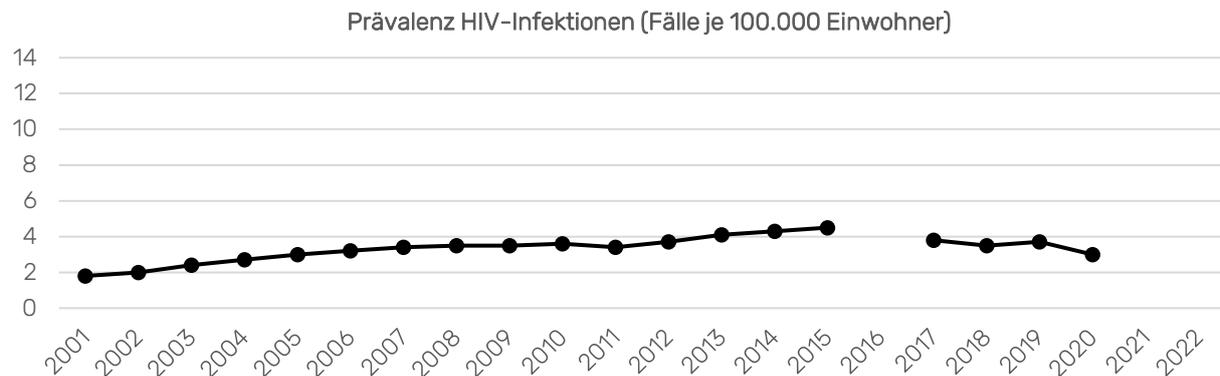
Hitzebedingte Todesfälle



#### 4.6.4 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 Nachhaltigkeitskategorie wird durch 39 Indikatoren (entspricht 54 % aller Indikatoren der übergeordneten Nachhaltigkeitsdimension) beschrieben. Die Datenverfügbarkeit liegt bei 69 %. 36 % der Indikatoren können mit Zielvorgaben kombiniert werden. Für insgesamt 54 % liegen Vergleichsdaten vor. 56 % der Indikatoren sind hinsichtlich ihrer Trendentwicklung nicht bewertbar. Von den bewertbaren Indikatoren können 53 % als positiv, 6 % als neutral und 41 % als negativ bewertet werden. Insgesamt kann die Datenqualität der Dimension mit 4,4 bewertet werden bzw. ist als gut einzuschätzen.

Indikator 239	Prävalenz infektiöser und parasitärer Krankheiten: HIV-Infektionen	
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. (RKI, 2020c)	
Daten	✓2020 ✓2021 ✓2022 Die Prävalenz von HIV-Infektionen (ICD-10-Code: B20-B24) lag 2019 bei 3,7 je 100.000 Einwohner und 2020 bei 3,0 je 100.000 Einwohner. (GBE, 2021a) Die Datenreihe der Gesundheitsberichterstattung (GBE) weist im Jahr 2016 eine Lücke auf.	
Trend	→	
Datenqualität	Gut (4/6)	
Prognose	Nicht relevant	
Zielvorgabe	Die Inzidenz soll, ausgehend von dem Jahr 2016, um 75 % bis zum Jahr 2030 weltweit gesenkt werden. (United Nations, 2016)	
Referenzwert	Nicht relevant	



Indikatoren  
240 - 242

Inzidenz infektiöser und parasitärer Krankheiten:  
Hepatitis A, B und C



Inhalt

Im Folgenden wird die Inzidenz infektiöser und parasitärer Krankheiten (ICD-10-Code: 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. (RKI, 2020c) Hepatitis B wurde bereits durch Indikator 193 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 gegenwärtig nicht möglich, für Hepatitis C existiert eine antivirale Therapie. (RKI, 2020c)

Daten

✓2020 ✓2021 ✓2022

Die Inzidenz von Hepatitis A (B15, B15.0, B15.9) lag 2020 und 2021 bei 0,7 je 100.000 Einwohner und 2022 bei 0,9 je 100.000 Einwohner. Die Inzidenz von Hepatitis B (B16, B16.0, B16.1, B16.2, B16.9) lag 2020 bei 8,5 je 100.000 Einwohner, 2021 bei 10,4 und 2022 bei 20,0 je 100.000 Einwohner. Die Inzidenz von Hepatitis C (B17.1, B18.2, B19.0, B19.9) lag 2020 bei 5,5 je 100.000 Einwohner, 2021 bei 5,7 und 2022 bei 9,6 je 100.000 Einwohner. (RKI, 2023e)

Trend

→ Hepatitis A  
↑ Hepatitis B, Hepatitis C

Datenqualität

Sehr gut (5/6)

Prognose

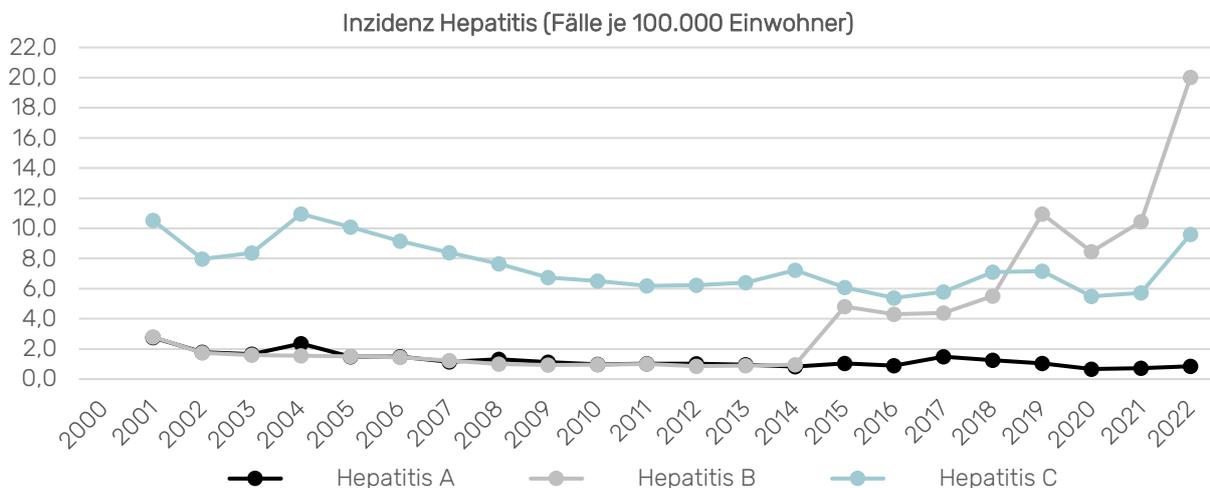
Nicht relevant

Zielvorgabe

Nicht bekannt

Referenzwert

Nicht relevant



**Indikator 243**

**Inzidenz 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. (RKI, 2020c)

**Daten**

✓2020 ✓2021 ✓2022

Die Inzidenz von Tuberkulose (ICD-10-Code: A15-A19, P37.0) lag 2020 bei 5,0 je 100.000 Einwohner, 2020 bei 4,8 und 2022 erneut bei 5,0 je 100.000 Einwohner. (GBE, 2021a)

**Trend**



**Datenqualität**

Sehr gut (5/6)

**Prognose**

Nicht relevant

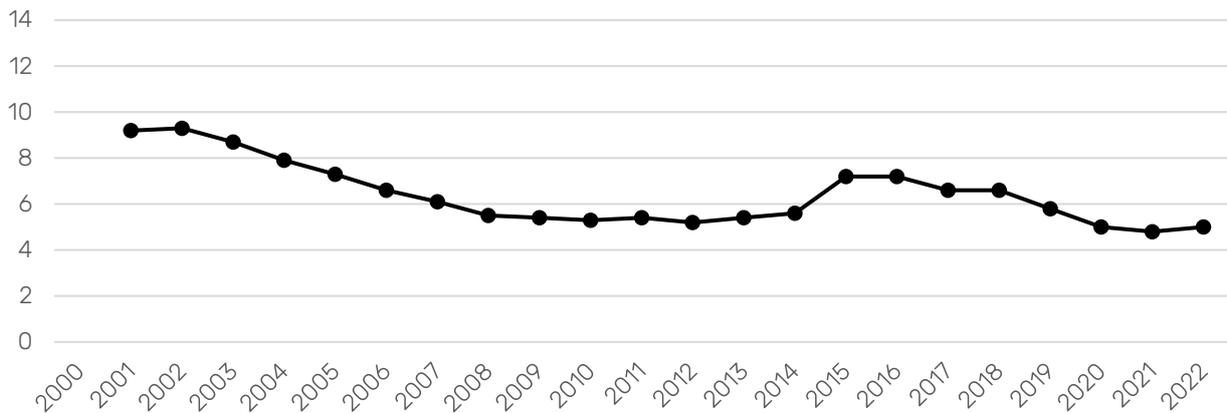
**Zielvorgabe**

Die Inzidenz soll, ausgehend von dem Jahr 2016, um 80 % bis zum Jahr 2030 weltweit gesenkt werden. (United Nations, 2016)

**Referenzwert**

Nicht relevant

Inzidenz Tuberkulose (Fälle je 100.000 Einwohner)



Indikator 244	Inzidenz 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 Inzidenz der Zikavirus-Verbreitung in Deutschland durch die GBE erfasst. Präventionsmaßnahmen konzentrieren sich insb. auf Schwangere, ein Impfstoff ist bislang nicht existent. (RKI, 2020c)
Daten	<p>✓2020 ✓2021 ✓2022</p> <p>Die Inzidenz der Zikavirus-Erkrankung (ICD-10-Code: A92.5, P35.4) lag in den letzten drei Jahren bei einer Fallzahl von 0 Fällen je 100.000 Einwohner. (RKI, 2023e) Der gleichbleibende Trend ist bei dieser ideal-niedrigen Fallzahl als positiv zu bewerten. Aufgrund der Fallzahl auf sehr geringem Niveau findet bislang keine Abbildung der Inzidenzentwicklung statt (gilt auch für die folgenden Indikatoren).</p>
Trend	→
Datenqualität	Sehr gut (6/6)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Die SDGs geben vor, dass weltweit der Behandlungsbedarf bzgl. vernachlässigter Tropenerkrankungen beseitigt werden soll. (United Nations, 2016) Dabei wird nicht quantifiziert, ab wann der Behandlungsbedarf als gestillt gelten kann bzw. ab welcher Fallzahl der Tropenerkrankung diese Zielformulierung gelten sollte. 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, zumal der Begriff der „Tropenkrankheiten“ nicht einheitlich definiert ist.
Referenzwert	Nicht relevant

<b>Indikator 245</b>	<b>Inzidenz infektiöser und parasitärer Krankheiten, beeinflussbar durch Klimawandel: Dengue-Virus</b>
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. (RKI, 2020c)
Daten	✓2020 ✓2021 ✓2022 Die Inzidenz des Dengue-Virus (ICD-10-Code: A90, A91) lag 2020 bei 0,2 je 100.000 Einwohner, 2021 bei 0,1 und 2022 bei 0,5 je 100.000 Einwohner. (RKI, 2023e) Der gleichbleibende Trend ist bei dieser niedrigen Fallzahl als positiv zu bewerten.
Trend	→
Datenqualität	Sehr gut (6/6)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Nicht relevant

<b>Indikator 246</b>	<b>Inzidenz infektiöser und parasitärer Krankheiten, beeinflussbar durch Klimawandel: Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME)</b>
Inhalt	FSME wird als Zoonose durch Zecken als Wirtstiere des Tick-borne-encephalitis-Virus übertragen, wobei mit FSME konkret der europäische Virussubtyp gemeint ist. (RKI, 2020c)
Daten	✓2020 ✓2021 ✓2022 Die Inzidenz der Frühsommer-Meningoenzephalitis (ICD-10-Code: A84.1) lag 2019 bei 0,5 je 100.000 Einwohner und 2020 bei 0,8 je 100.000 Einwohner. (GBE, 2021a) Der gleichbleibende Trend ist bei dieser niedrigen Fallzahl als positiv zu bewerten.
Trend	→
Datenqualität	Sehr gut (5/6)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Nicht relevant

**Indikator 247**      **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 bestehen. Es existiert keine bundesweite Meldepflicht einer Erkrankung an Lyme-Borreliose, in einzelnen Bundesländern ist eine Meldepflicht jedoch über ergänzende Landesverordnungen gegeben.

**Daten**      ✓2020 ✓2021 ✓2022

Die Prävalenz der Lyme-Borreliose (ICD-10-Code: A69.2) lag 2019 bei 429 je 100.000 Einwohner und im Vorjahr bei 433 je 100.000 Einwohner. (Zi, 2021) Es zeichnet sich eine Stabilisierung der Fallzahl auf einem erhöhten Niveau ab.

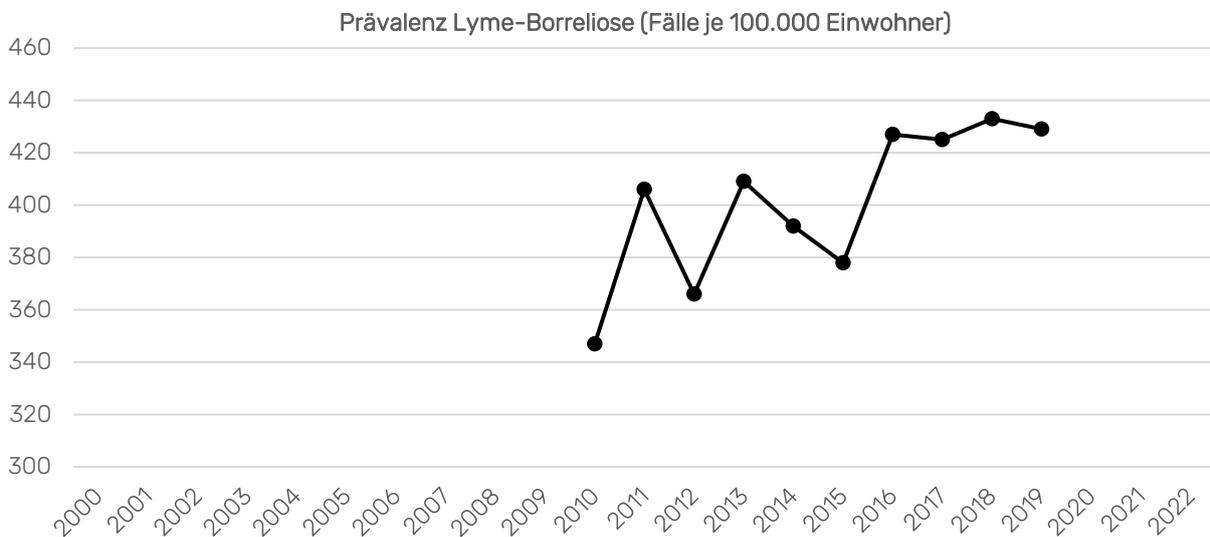
**Trend**      →

**Datenqualität**      Sehr gut (5/6)

**Prognose**      Nicht relevant

**Zielvorgabe**      Nicht bekannt

**Referenzwert**      Nicht relevant



Indikator 248	Inzidenz 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. (RKI, 2020c)
Daten	✓2020 ✓2021 ✓2022 Die Inzidenz der Malaria (ICD-10-Code: B50-B54) lag 2019 bei 1,2 je 100.000 Einwohner und 2020 bei 0,4 je 100.000 Einwohner. (GBE, 2021a) Der gleichbleibende Trend ist bei dieser ideal-niedrigen Fallzahl als positiv zu bewerten.
Trend	→
Datenqualität	Sehr gut (5/6)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Die Inzidenz soll, ausgehend von dem Jahr 2016, um 90 % bis zum Jahr 2030 weltweit gesenkt werden. (United Nations, 2016)
Referenzwert	Nicht relevant

**Indikator 249** Inzidenz infektiöser und parasitärer Krankheiten, beeinflussbar durch Klimawandel: Hantavirus-Erkrankung 

**Inhalt** Die Hantaviren werden in Deutschland über die Rötelmaus 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. (RKI, 2020c)

**Daten** ✓2020 ✓2021 ✓2022  
 Die Inzidenz der Hantavirus-Erkrankung (ICD-10-Code: A98.5) lag 2020 bei 0,3 je 100.000 Einwohner, 2021 bei 2,1 und 2022 bei 0,2 je 100.000 Einwohner. Der Trend ist bei dieser ideal-niedrigen Fallzahl als positiv zu bewerten. (RKI, 2023e) Auffällig ist, dass die Inzidenz der Erkrankung in etwa einem Zweijahresrhythmus steigt und sinkt.

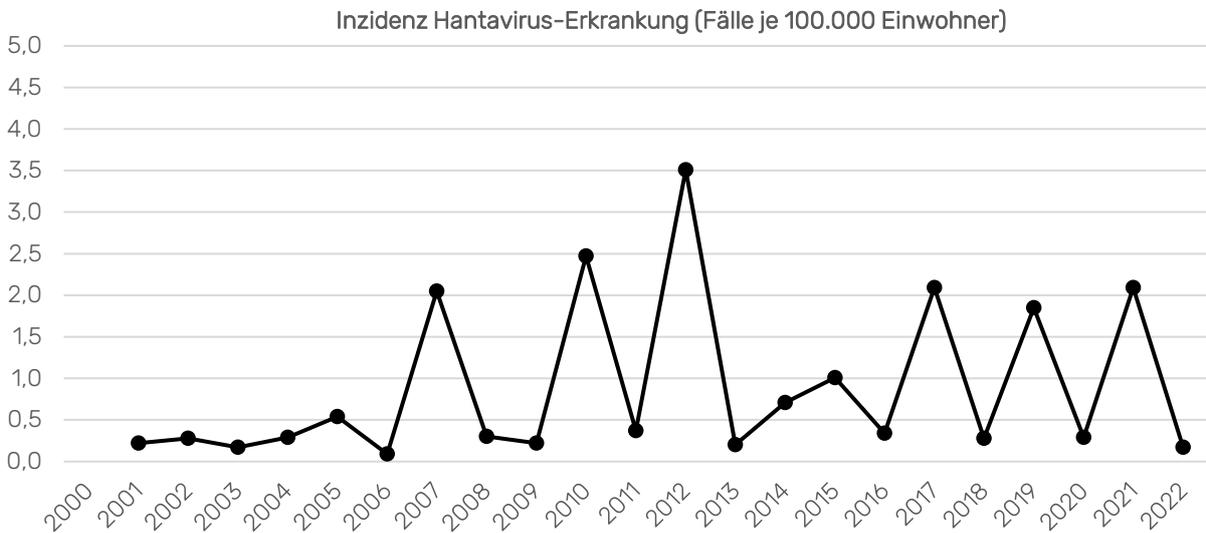
**Trend** →

**Datenqualität** Sehr gut (6/6)

**Prognose** Nicht relevant

**Zielvorgabe** Nicht bekannt

**Referenzwert** Nicht relevant



<b>Indikator 250</b>	<b>Inzidenz infektiöser und parasitärer Krankheiten, beeinflussbar durch Klimawandel: Chikungunya-Fieber</b>
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. (RKI, 2020c) Seit 2014 ist die Inzidenz durch die GBE für Deutschland dokumentiert.
Daten	✓2020 ✓2021 ✓2022 Die Inzidenz des Chikungunya-Fiebers (ICD-10-Code: A92.0) lag 2020, 2021 und 2022 bei durchschnittlich 0 Fällen je 100.000 Einwohner. (RKI, 2023e) Der gleichbleibende Trend ist bei dieser niedrigen Fallzahl als positiv zu bewerten.
Trend	→
Datenqualität	Sehr gut (6/6)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Nicht relevant

<b>Indikator 251</b>	<b>Prävalenz infektiöser und parasitärer Krankheiten, beeinflussbar durch Klimawandel: West-Nil-Virus-Infektion</b>
Inhalt	Die Übertragung des West-Nil-Virus kann durch Vögel, Mücken sowie durch Pferde erfolgen. Eine Infektion mit den Flaviviren hat meist eine Symptomatik zur Folge, die der Grippe ähnelt. (RKI, 2023f)
Daten	✓2020 ✓2021 ✓2022 Die Prävalenz von West-Nil-Virus-Infektionen stieg zuletzt in einem zweijährigen Rhythmus an, um zwischenzeitlich wieder zu sinken. 2019 lag die Prävalenz so bei 1,9 Fällen je 100.000 Einwohner, 2020 bei 0,3, 2021 bei 2,1 und 2022 wiederum bei 0,2 Fällen je 100.000 Einwohner. (RKI, 2023a)
Trend	→
Datenqualität	Sehr gut (6/6)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Nicht relevant

<b>Indikator 252</b>	<b>Inzidenz infektiöser und parasitärer Krankheiten, beeinflussbar durch steigende Wasserspiegel bzw. -verschmutzung: Cholera</b>
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. (RKI, 2020c)
Daten	✓2020 ✓2021 ✓2022 Die Inzidenz von Cholera (ICD-10-Code: A00, A00.0, A00.1, A00.9) lag 2020 und 2022 bei 0 je 100.000 Einwohner. (RKI, 2023e) Der gleichbleibende Trend ist bei dieser niedrigen Fallzahl als positiv zu bewerten.
Trend	→
Datenqualität	Sehr gut (5/6)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Nicht relevant

<b>Indikator 253</b>	<b>Inzidenz infektiöser und parasitärer Krankheiten, beeinflussbar durch steigende Wasserspiegel bzw. -verschmutzung: Kryptosporidiose</b>
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. (RKI, 2020c)
Daten	✓2020 ✓2021 ✓2022 Die Inzidenz von Kryptosporidiose (ICD-10-Code: A07.2) lag 2020 bei 1,4 je 100.000 Einwohner, 2021 bei 1,8 und 2022 bei 2,4 je 100.000 Einwohner. (RKI, 2023e)
Trend	↑
Datenqualität	Sehr gut (6/6)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Nicht relevant

**Indikator 254** Inzidenz 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. (RKI, 2020c)

**Daten** ✓2020 ✓2021 ✓2022  
Die Inzidenz von Campylobacter-Enteritis (ICD-10-Code: A04.5) lag 2020 bei 56,1 je 100.000 Einwohner, 2021 bei 57,9 und 2022 bei 52,4 je 100.000 Einwohner. (RKI, 2023e)

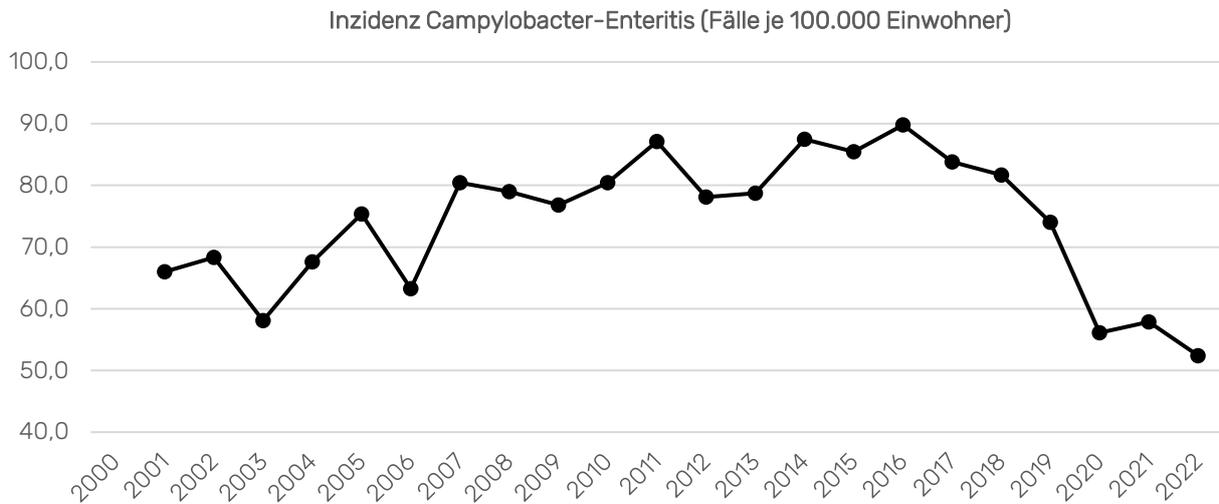
**Trend** ↓

**Datenqualität** Sehr gut (6/6)

**Prognose** Nicht relevant

**Zielvorgabe** Nicht bekannt

**Referenzwert** Nicht relevant



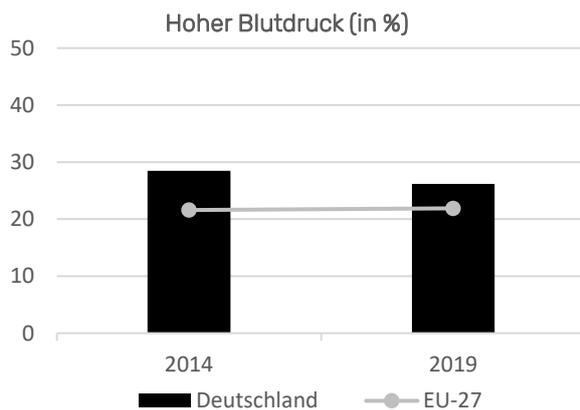
<b>Indikator 255</b>	<b>Inzidenz infektiöser und parasitärer Krankheiten, beeinflussbar durch steigende Wasserspiegel bzw. -verschmutzung: Leptospirose</b>
Inhalt	Leptospirose wird durch Bakterien der Gattung <i>Leptospira</i> ausgelöst. Durch die Verunreinigung von Wasser oder Nahrung durch infizierte 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. (RKI, 2020c)
Daten	✓2020 ✓2021 ✓2022 Die Inzidenz von Leptospirose (ICD-10-Code: A27, A27.0, A27.8, A27.9) lag 2020 bei 0,1 je 100.000 Einwohner und 2021 sowie 2022 bei 0,2 je 100.000 Einwohner. (RKI, 2023e) Der gleichbleibende Trend ist bei dieser ideal-niedrigen Fallzahl als positiv zu bewerten.
Trend	→
Datenqualität	Sehr gut (6/6)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Nicht relevant

<b>Indikator 256</b>	<b>Gesamtprävalenz: Krankheiten des Kreislaufsystems</b>
Inhalt	Krankheiten des Kreislaufsystems werden durch die ICD I00-I99 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	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 257**      **Krankheiten des Kreislaufsystems:**  
**Hoher Blutdruck: Prävalenz**



Inhalt	Durch den Indikator wird die Prävalenz von (essenzieller, arterieller, primärer, systemischer) Hypertonie bzw. Bluthochdruck (ICD-10-Code: I10) angegeben.
Daten	✓2020 ✓2021 ✓2022 Die Prävalenz von hohem Blutdruck lag 2019 bei 26,2 % und 2014 bei 28,5 %. (Eurostat, 2021b)
Trend	→
Datenqualität	Gut (3/6)
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)

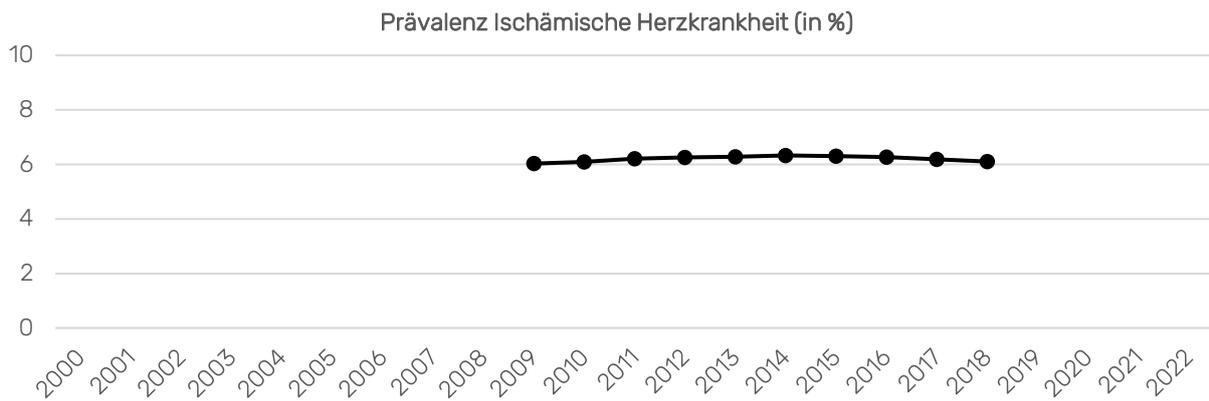


**Indikator 258**

**Krankheiten des Kreislaufsystems:  
Ischämische Herzkrankheit: Prävalenz**



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 Myokard-infarkt sowie sonstige akute ischämische Herzkrankheiten.
Daten	✓2020 ✓2021 ✓2022 Die Prävalenz von ischämischen Herzkrankheiten lag 2018 bei 6,1 % und 2017 bei 6,2 %. (Zi, 2020)
Trend	→
Datenqualität	Sehr gut (5/6)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Nicht relevant



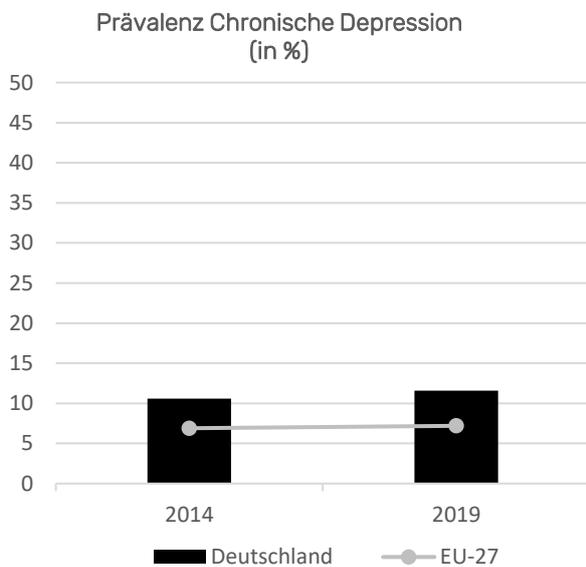
<b>Indikatoren</b> <b>259 - 260</b>	<b>Krankheiten des Kreislaufsystems:</b> <b>Schlaganfall Männer und Frauen: 12-Monats-Prävalenz</b>
Inhalt	Schlaganfall wird als Krankheit des Kreislaufsystems den zerebrovaskulären Krankheiten zugeordnet und über die ICD-Codes I63-I64 erfasst. Damit werden Hirninfarkt und Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet, berücksichtigt.
Daten	✓2020 ✓2021 ✓2022 Die 12-Monats-Prävalenz von Schlaganfällen lag 2019 für Männern bei 2,3 % und für Frauen bei 2,1 %. (RKI, 2021b)
Trend	Zu wenige Datenpunkte für eine Trendbewertung vorhanden (NA).
Datenqualität	Gut (3/6)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Nicht relevant

<b>Indikator 261</b>	<b>Gesamtprävalenz:</b> <b>Psychische und Verhaltensstörungen</b>
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	✓2020 ✓2021 ✓2022 Eine unterdurchschnittliche bis erhebliche Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit wurde zuletzt im Jahr 2010 bei 38,1 % der Bevölkerung festgestellt. (RKI, 2012)
Trend	Zu wenige Datenpunkte für eine Trendbewertung vorhanden (NA).
Datenqualität	Mangelhaft (2/6)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Nicht relevant

**Indikator 262**      **Psychische und Verhaltensstörungen:**  
**Chronische Depression: Prävalenz**



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	✓2020 ✓2021 ✓2022 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	Gut (3/6)
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)



<b>Indikator 263</b>	<b>Psychische und Verhaltensstörungen: Angststörung: Prävalenz</b>
Inhalt	Die „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS1) und ihr Zusatzmodul „Psychische Gesundheit“ (DEGS1-MH) erlauben Abschätzungen zu Morbidität, Einschränkungprofilen und Inanspruchnahmeverhalten der deutschen Erwachsenen.
Daten	✓2020 ✓2021 ✓2022 Im Jahr 2010 betrug die Prävalenz der Angststörungen 15,3 %. (Jacobi et al., 2014)
Trend	→
Datenqualität	Mangelhaft (2/6)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Nicht relevant

<b>Indikator 264</b>	<b>Psychische und Verhaltensstörungen: Demenz: Prävalenz</b>
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	✓2020 ✓2021 ✓2022 Die Prävalenz von Demenz wurde für das Jahr 2021 auf ca. 1,8 Mio. Menschen bzw. 2.162 je 100.000 Einwohner geschätzt. (Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V., 2023)
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., 2023)
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Nicht relevant

<b>Indikator 265</b>	<b>Gesamtprävalenz: Krankheiten des Verdauungssystems</b>
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	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

<b>Indikator 266</b>	<b>Gesamtprävalenz: Neubildungen</b>
Inhalt	Neubildungen werden durch ICD C00-D48 erfasst und umfassen folgende Krankheitsgruppen: Bösartige Neubildungen; In-situ-Neubildungen; Gutartige Neubildungen; Neubildungen unsicheren oder unbekanntes Verhaltens.
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	Neubildungen:
<b>267 - 268</b>	<b>Bösartige Neubildungen Männer und Frauen: Prävalenz</b>
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	<p>✓2020 ✓2021 ✓2022</p> <p>Die 5-Jahres-Prävalenz betrug 2018 bei Männern 1.958 und 2019 1.959 Fälle je 100.000 Einwohnern. Bei den Frauen waren es 1.875 und 2019 1.855 Fälle je 100.000 Einwohnern. (RKI, 2021f)</p>
Trend	→
Datenqualität	Sehr gut (5/6)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Nicht relevant
<b>Indikator 269</b>	
<b>Gesamtprävalenz:</b>	
<b>Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes</b>	
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	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

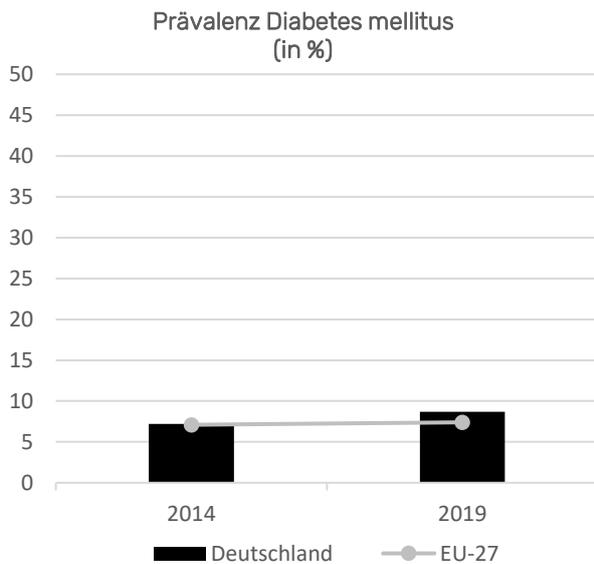
Indikator 270	Gesamtprävalenz: Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
Inhalt	Die ICD-Codes E00 bis E90 umfassen die Endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten. Das Kapitel gliedert sich in die Gruppen Krankheiten der Schilddrüse, Diabetes mellitus, sonstige Störungen der Blutglukose-Regulation und der inneren Sekretion des Pankreas, Krankheiten sonstiger endokriner Drüsen, Mangelernährung, sonstige alimentäre Mangelzustände, Adipositas und sonstige Überernährung sowie Stoffwechselstörungen.
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 271

Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten:  
Diabetes mellitus: Prävalenz



Inhalt	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	✓2020 ✓2021 ✓2022 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	Gut (3/6)
Prognose	Es wird prognostiziert, dass die Patientenzahl bis zum Jahr 2030 um etwa 22 % (bzw. auf 6,5 Mio. Personen) steigen wird. (G-BA, 2018)
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Der EU-27-Wert lag im Jahr 2019 bei 7,4 % und 2014 bei 7,1 %. (Eurostat, 2021b)



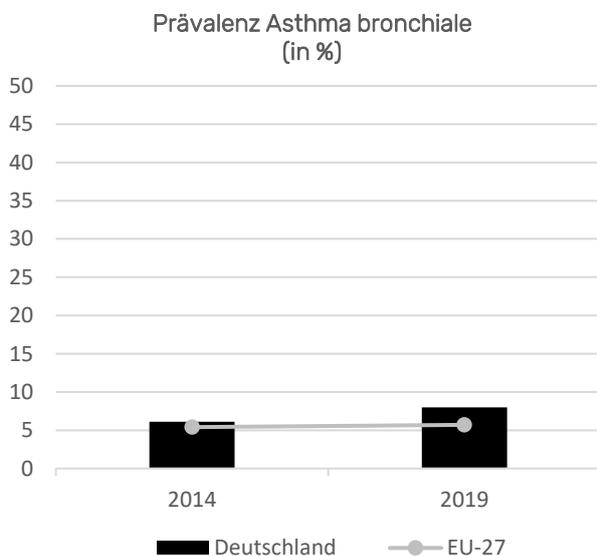
<b>Indikator 272</b>	<b>Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten: Diabetes mellitus Typ 2 bei Kindern und Jugendlichen: Prävalenz</b>
Inhalt	Durch diesen Indikator wird die Prävalenz von Diabetes mellitus Typ 2 (ICD E11) bei Kindern und Jugendlichen erfasst.
Daten	✓2020 ✓2021 ✓2022 Die Prävalenz von Diabetes mellitus Typ 2 bei Kindern und Jugendlichen lag im Jahr 2019 bei 13,5 % und 2014 bei 12,3 %. (RKI, 2023b)
Trend	→
Datenqualität	Gut (3/6)
Prognose	Nicht bekannt
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Nicht relevant

<b>Indikator 273</b>	<b>Gesamtprävalenz: Krankheiten des Atmungssystems</b>
Inhalt	Krankheiten des Atmungssystems werden im zehnten ICD-Kapitel durch die Codes J00 bis J99 aufgearbeitet und umfassen folgende Gruppen: Akute Infektionen der oberen Atemwege, Grippe und Pneumonie, sonstige akute Infektionen der unteren Atemwege, sonstige Krankheiten der oberen Atemwege, chronische Krankheiten der unteren Atemwege, Lungenkrankheiten durch exogene Substanzen, sonstige Krankheiten der Atmungsorgane (insb. das Interstitium betreffend), purulente und nekrotisierende Krankheitszustände der unteren Atemwege, sonstige Krankheiten der Pleura, sonstige Krankheiten des Atmungssystems.
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 274**      **Krankheiten des Atmungssystems:**  
**Asthma bronchiale: Prävalenz**



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	✓2020 ✓2021 ✓2022 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	Gut (3/6)
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 275**

**Krankheiten des Atmungssystems: Prävalenz der chronischen respiratorischen 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**

✓2020 ✓2021 ✓2022

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 (4/6)

**Prognose**

Nicht relevant

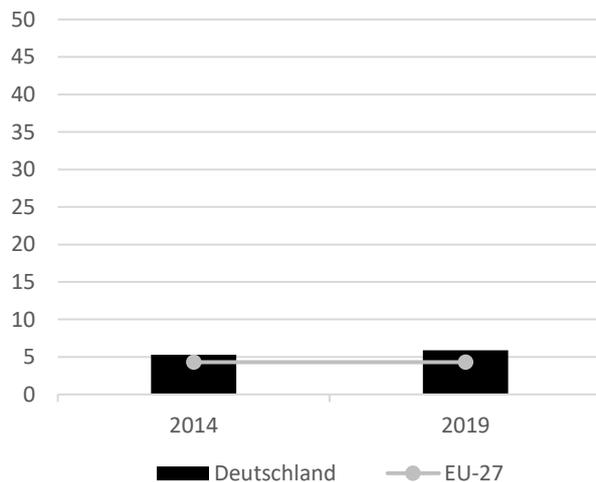
**Zielvorgabe**

Nicht bekannt

**Referenzwert**

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

Prävalenz von chronischen respiratorischen Erkrankungen (in %)



**Indikator 276**

**Krankheiten des Atmungssystems:  
Influenza: Prävalenz**



**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. (RKI, 2020c)

**Daten**

✓2020 ✓2021 ✓2022

Die Prävalenz von Influenza (ICD-10-Code: J09, J10, J10.0, J10.1, J10.8, J11) lag 2020 bei 234,3 je 100.000 Einwohner, 2021 bei 1,4 und 2022 bei 325,3 je 100.000 Einwohner. (RKI, 2023e)

**Trend**

↑

**Datenqualität**

Sehr gut (6/6)

**Prognose**

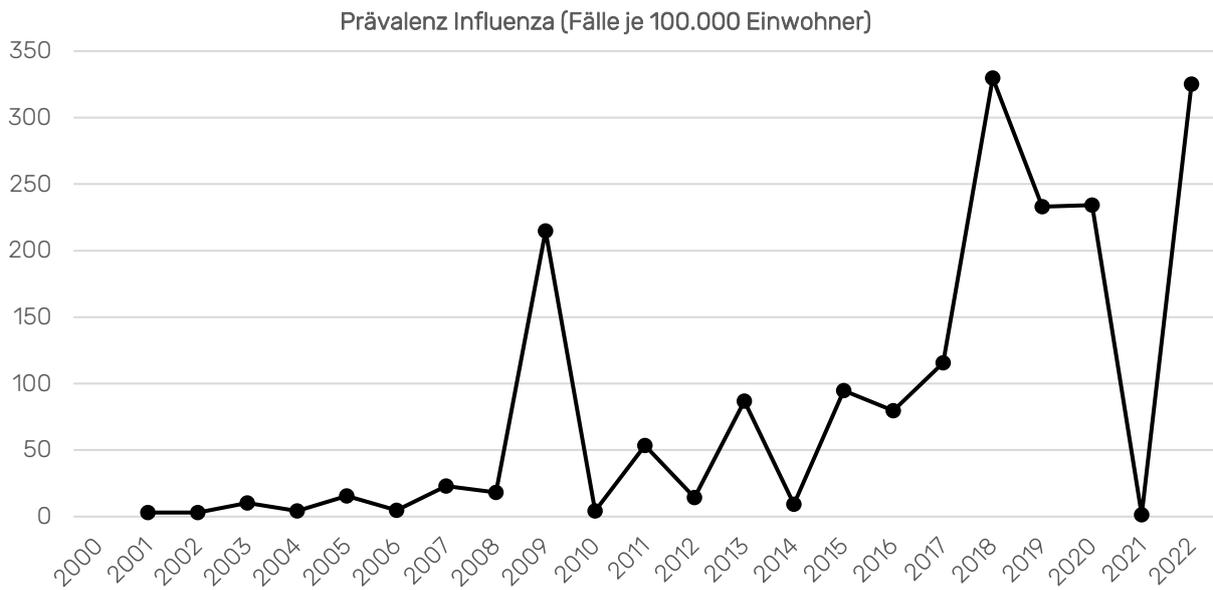
Nicht relevant

**Zielvorgabe**

Nicht bekannt

**Referenzwert**

Nicht relevant



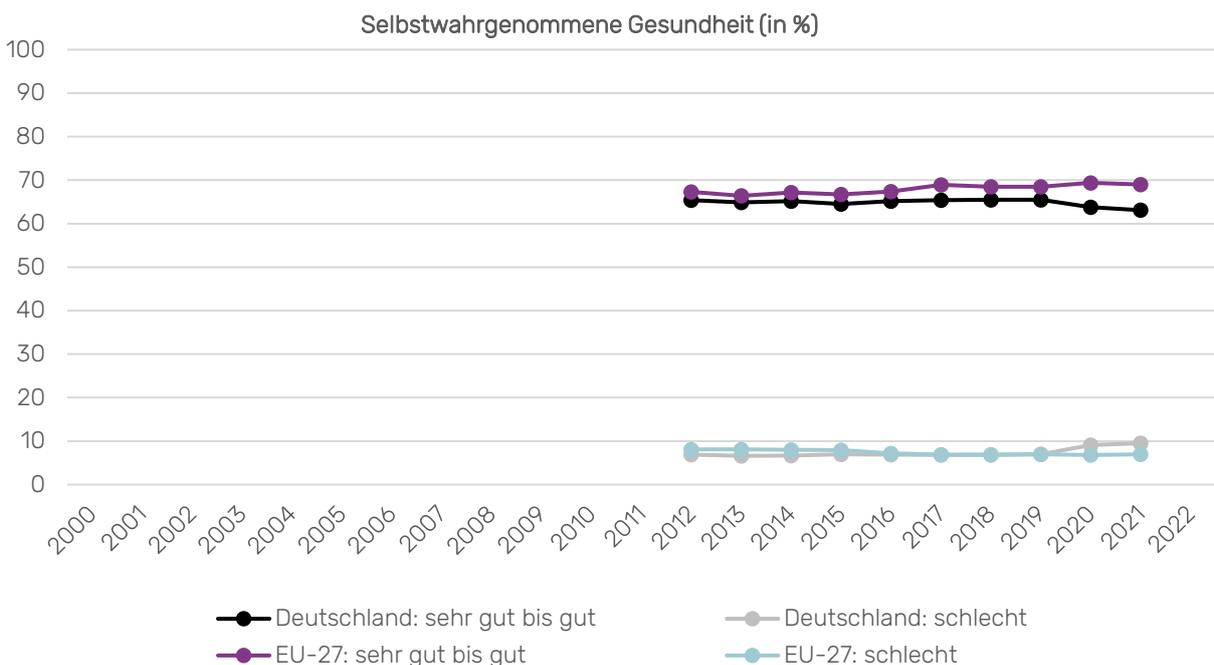
Indikator 277	Karies: DMFT-Index bei 12-Jährigen
Inhalt	Durch mangelhafte Ernährung und durch zuckerreiche Ernährung wird eine Kariesbildung, also eine Zerstörung der Zahnschicht durch Bakterien, gefördert. Durch den DMFT-Wert (decayed / missing / filled teeth) kann bewertet werden, wie stark die Zähne 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	✓2020 ✓2021 ✓2022 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 [KZBV], 2022)
Trend	Zu wenige (aktuelle) Datenpunkte für eine Trendbildung vorhanden (NA)
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. (KZBV, 2022)

### 4.6.5 Sonstige Aspekte des Gesundheitszustandes

Die Anzahl der Pflegebedürftigen und die selbstwahrgenommene Gesundheit bilden die Kategorie der sonstigen Aspekte des Gesundheitszustandes. Die Nachhaltigkeitskategorie wird durch drei Indikatoren (entspricht 4 % aller Indikatoren der übergeordneten Nachhaltigkeitsdimension) beschrieben. Die Datenverfügbarkeit liegt bei 100 %. 0 % der Indikatoren können mit Zielvorgaben kombiniert werden. Für insgesamt 100 % liegen Vergleichsdaten vor. 33 % der Indikatoren sind hinsichtlich ihrer Trendentwicklung nicht bewertbar. Von den bewertbaren Indikatoren können 0 % als positiv, 0 % als neutral und 100 % als negativ bewertet werden. Insgesamt kann die Datenqualität der Dimension mit 4,3 bewertet werden bzw. ist als gut einzuschätzen.

Indikator 278	Anzahl Pflegebedürftige
Inhalt	<p>„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.</p> <p>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)</p>
Daten	<p>✓2020 ✓2021 ✓2022</p> <p>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. (GBE, 2023n)</p>
Trend	↑
Datenqualität	Gut (3/6)
Prognose	Es wird prognostiziert, dass die Anzahl der Pflegebedürftigen bis zum Jahr 2030 auf 3,4 Mio. Personen steigen wird, was gegenüber dem Jahr 2009 einen Zuwachs von +48 % bedeutet. Bis zum Jahr 2050 soll die Zahl weiter auf 4,5 Mio. Personen steigen. (Bertelsmann Stiftung, 2023)
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Nicht relevant

<b>Indikatoren</b> 279 - 280	<b>Selbstwahrgenommene Gesundheit:</b> sehr gut, schlecht	
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	✓2020 ✓2021 ✓2022 Die selbstwahrgenommene Gesundheit wurde im Jahr 2021 von 63,1% der Deutschen als sehr gut bis gut bewertet, 2022 waren es 64,3 %. Von 9,5% wurde die eigene Gesundheit im Jahr 2021 als schlecht bewertet, im Folgejahr waren es 8,7 %. (Eurostat, 2023p) Die Bewertung der Gesundheit als sehr gut bis gut ist im Zeitverlauf relativ stabil geblieben, eine schlechte Gesundheitsbewertung tritt seit 2020 häufiger auf.	
Trend	→ sehr gut bis gut ↑ schlecht	
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 leicht 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, 2023p)	

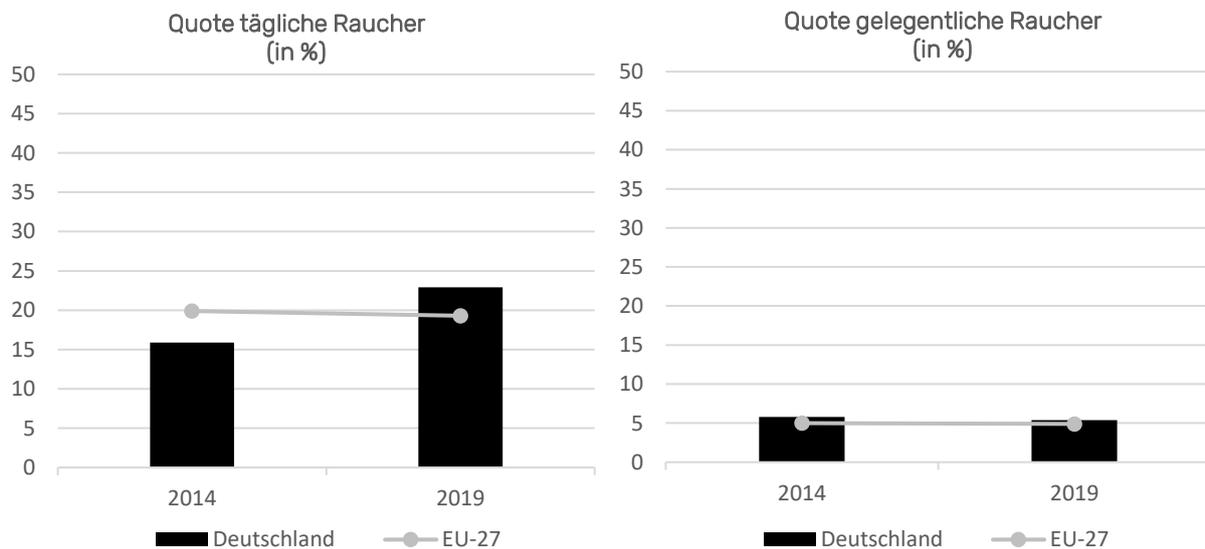


### 4.6.6 Risikofaktoren

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 oder der sozioökonomische Hintergrund prinzipiell auch den Risikofaktoren zugeordnet werden. Im Folgenden werden schwerpunktmäßig Risikofaktoren thematisiert, welche die gesundheitsrelevante Verhaltensweise abbilden. Die Nachhaltigkeitskategorie wird durch 12 Indikatoren (entspricht 17 % aller Indikatoren der übergeordneten Nachhaltigkeitsdimension) beschrieben. Die Datenverfügbarkeit liegt bei 67 %. 33 % der Indikatoren können mit Zielvorgaben kombiniert werden. Für insgesamt 75 % liegen Vergleichsdaten vor. 33 % der Indikatoren sind hinsichtlich ihrer Trendentwicklung nicht bewertbar. Von den bewertbaren Indikatoren können 38 % als positiv, 13 % als neutral und 50 % als negativ bewertet werden. Insgesamt kann die Datenqualität der Dimension mit 2,8 bewertet werden bzw. ist als mangelhaft einzuschätzen.

Indikatoren 281 – 282	Gebrechlichkeit/Frailty: Männer und Frauen
Inhalt	Körperliche Gebrechlichkeit (engl. „Frailty“) kennzeichnet sich durch die kritische Einschränkung von körperlichen Funktionsreserven älterer Menschen, wodurch Stürze, Pflegebedarf, Krankenhausaufenthalte sowie Versterben wahrscheinlicher werden. (Fuchs, Busch & Scheidt-Nave, 2017)
Daten	Die Prävalenz von Gebrechlichkeit zwischen 65 und 79 Jahren betrug bei Männern im Jahr 2011 2,3 % und bei Frauen 2,8 %. (RKI, 2016a)
Trend	Keine Trendbildung möglich (NN)
Datenqualität	Mangelhaft (2/6)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Nicht relevant

Indikatoren 283 - 284	Rauchen: Quote tägliches und gelegentliches Rauchen	
Inhalt	Eine verminderte Raucherquote soll vor einer vorzeitigen Sterblichkeit schützen, da Rauchen diverse Gesundheitsschäden, bspw. Lungen- und Luftröhrenkrebs, hervorrufen kann.	
Daten	✓2020 ✓2021 ✓2022 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, 2022m)	
Trend	↑ tägliches Rauchen → gelegentliches Rauchen	
Datenqualität	Gut (3/6)	
Prognose	Nicht relevant	
Zielvorgabe	Die DNS sieht vor, dass bis 2030 eine Reduzierung des Raucheranteils der erwachsenen Bevölkerung auf 19 % erreicht wird. (Die Bundesregierung, 2021) Als „erwachsen“ werden dabei alle Personen ab 15 Jahren definiert. 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 285	Raucher: Quote Kinder/Jugendliche
Inhalt	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	✓2020 ✓2021 ✓2022 Die Quote lag im Jahr 2018 bei 7,2 %. (RKI, 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 erreicht war. (Die Bundesregierung, 2021)
Referenzwert	Nicht relevant

**Indikator 286**

**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, da damit noch nicht die Frage nach der durchschnittlichen konsumierten Menge an Alkohol beantwortet werden kann. Zum aktuellen Entwicklungsstand des Nachhaltigkeitsindex ist es jedoch wichtig, dass Alkohol als Risikofaktor Anklang in der Bewertung von Nachhaltigkeit findet.

**Daten** ✓2020 ✓2021 ✓2022  
Der tägliche Alkoholkonsum von Erwachsenen lag 2019 bei 7,5 % der deutschen Bevölkerung, 2014 waren es 9,3 %. (Eurostat, 2022d) Aufgrund der sich andeutenden Entwicklungstendenz wie auch aufgrund der Referenzdaten wird die Entwicklung positiv bewertet.

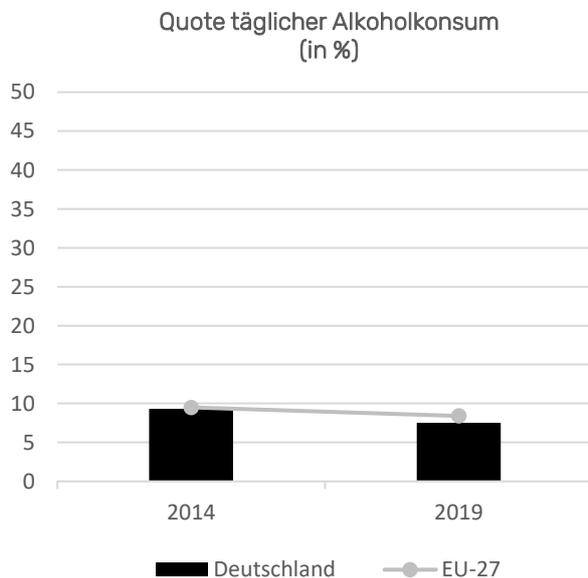
**Trend** ↓

**Datenqualität** Gut (3/6)

**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, 2022d)



Indikator 287	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	✓2020 ✓2021 ✓2022 Im Jahr 2018 konnte bei 7 % der Kinder und Jugendlichen ein regelmäßiges Binge Drinking festgestellt werden. (RKI, 2018c)
Trend	Zu wenige Datenpunkte für eine Trendbewertung vorhanden (NA).
Datenqualität	Gut (3/6)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Nicht bekannt
Referenzwert	Nicht relevant

**Indikator 288**      **Täglicher Obst- und Gemüsekonsum von mindestens fünf Portionen**



**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**      ✓2020 ✓2021 ✓2022  
 Im Jahr 2019 konsumierten täglich knapp 11 % der Bevölkerung mindestens fünf Obst- und Gemüseportionen, 2014 waren es knapp 10 %. (Eurostat, 2022c) Im Vergleich zu den Referenzdaten wird die Entwicklung negativ bewertet.

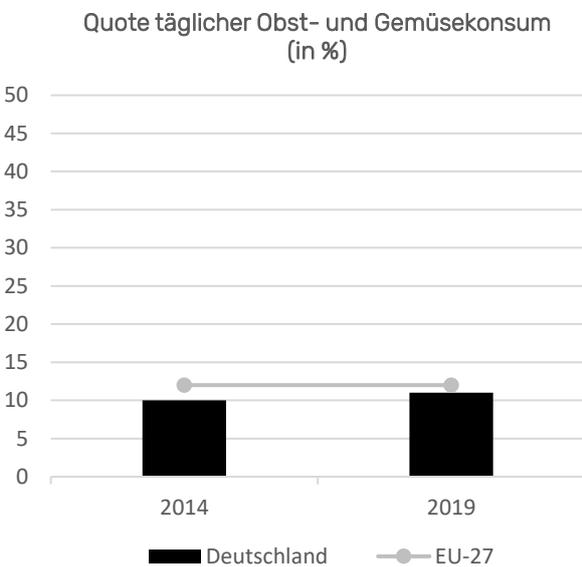
**Trend**      →

**Datenqualität**      Gut (3/6)

**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, 2022c)



**Indikator 289**

**Ausübung gesundheitsfördernder körperlicher Aktivität**



Inhalt

Die Ausübung gesundheitsfördernder körperlicher Bewegung findet mindestens einmal pro Woche statt und umfasst Fitness und muskelaufbauende Aktivitäten.

Daten

✓2020 ✓2021 ✓2022

Im Jahr 2019 übten ca. 26 % der deutschen Bevölkerung gesundheitsfördernde körperliche Bewegung aus, 2014 waren es 24 %. (Eurostat, 2023n) Aufgrund der sich andeutenden Entwicklungstendenz wie auch aufgrund der Referenzdaten wird die Entwicklung positiv bewertet.

Trend

↑

Datenqualität

Gut (3/6)

Prognose

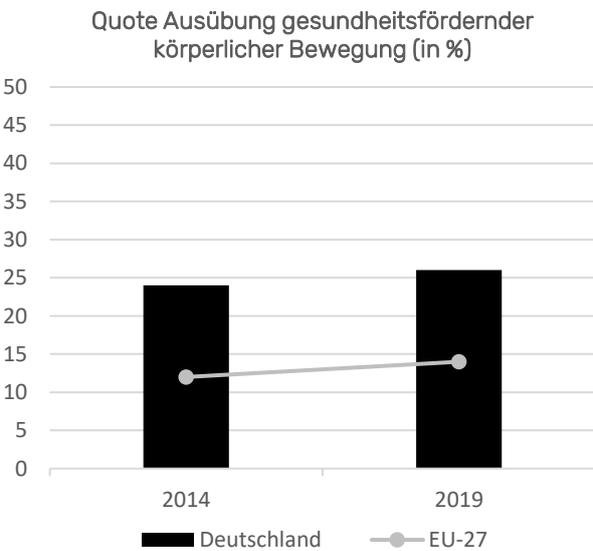
Nicht relevant

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, 2023n)



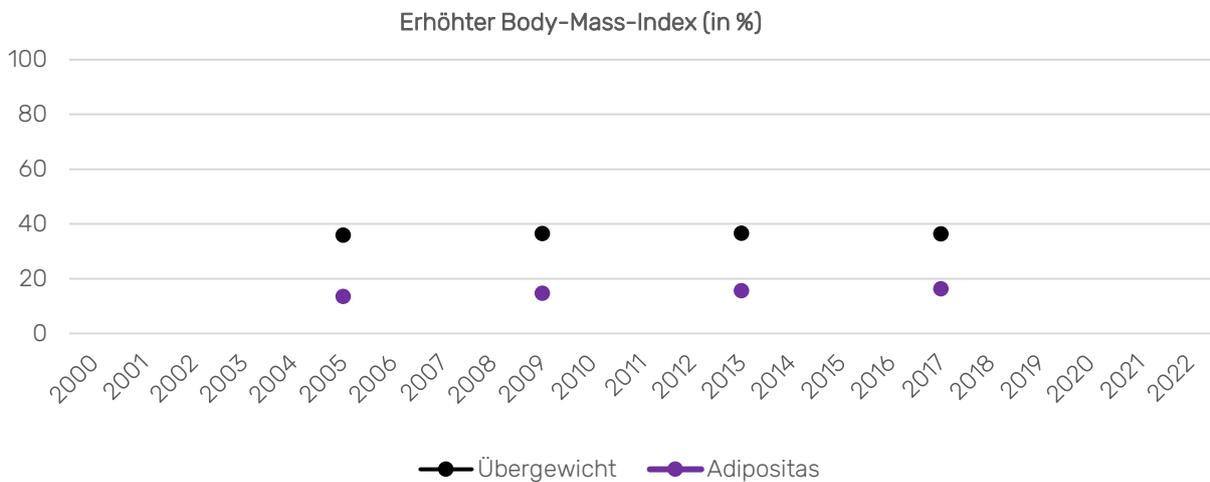
Indikator 290	Erhöhter Body Mass Index: Erwachsene Bevölkerung mit Übergewichtigkeit	
Inhalt	Als „übergewichtig“ wird der Bevölkerungsanteil mit einem Body Mass Index (BMI) größer gleich 25 bis 30 bezeichnet. Der BMI setzt das Körpergewicht in ein Verhältnis zur Körpergröße im Quadrat.	
Daten	✓2020 ✓2021 ✓2022 Übergewicht wurde zuletzt im Jahr 2017 bei 36,4 % der deutschen Bevölkerung festgestellt. Der höchste Anteil Übergewichtiger ist in der Altersgruppe der 70- bis 75-Jährigen zu finden. (Statistisches Bundesamt, 2023)	
Trend	→	
Datenqualität	Gut (3/6)	
Prognose	Nicht relevant	
Zielvorgabe	Nicht bekannt	
Referenzwert	Im EU-27-Schnitt ist mehr als die Hälfte der Bevölkerung übergewichtig, konkret waren es im Jahr 2020 56 %. (OECD, 2021)	

**Indikator 291**

**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	<p>✓2020 ✓2021 ✓2022</p> <p>Der Anteil der Bevölkerung mit Adipositas lag im Jahr 2005 bei 13,6 %, im Jahr 2017 bei 16,3 %. Der höchste Anteil adipöser Personen ist 2017 in der Altersgruppe der 65- bis 70-Jährigen zu finden. (Statistisches Bundesamt, 2023) Dieser Anstieg in Kombination mit den Zielvorgaben und Referenzdaten führt zu einer negativen Trendbewertung.</p>
Trend	↑
Datenqualität	Gut (3/6)
Prognose	Nicht relevant
Zielvorgabe	Die DNS gibt als Ziel vor, dass die steigende Adipositas-Entwicklung dauerhaft gestoppt werden soll. (Die 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. (Eurostat, 2022a)



**Indikator 292**

**Wahrgenommene 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**

✓2020 ✓2021 ✓2022

Die wahrgenommene soziale Unterstützung wurde durch 15 % der deutschen Bevölkerung im Jahr 2019 als gering bewertet. Fünf Jahre zuvor waren es 17 %. (Eurostat, 2022e)

**Trend**

↓

**Datenqualität**

Gut (3/6)

**Prognose**

Nicht relevant

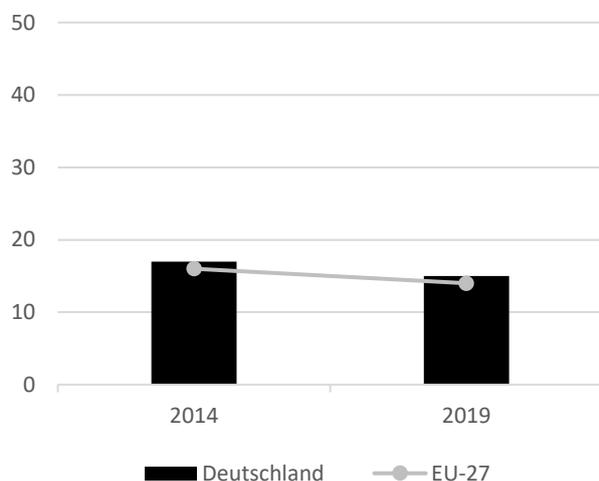
**Zielvorgabe**

Nicht bekannt

**Referenzwert**

Die deutschen Werte liegen leicht über jenen der EU-27. Im Jahr 2019 gaben im EU-27-Schnitt 14 % an, dass die soziale Unterstützung als gering zu bewerten ist, 2014 waren es 16 %. (Eurostat, 2022e)

Wahrgenommene geringe soziale Unterstützung (in %)



## 5 Diskussion

### 5.1 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.

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.

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 Zahl auf einer Bevölkerungsfortschreibung beruht, die sich auf die Daten des im Jahr 2011 durchgeführten Zensus bezieht. Dieser ist somit veraltet. Die erneute Zensusdurchführung wurde vom Jahr 2021 in das Jahr 2022 verschoben; die Ergebnisse werden Ende 2023 veröffentlicht bzw. Anfang 2024 vollständig an das Statistische Amt der Europäischen Union (Eurostat) übermittelt. (Destatis, 2022)

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 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.

## 5.2 Weiterentwicklungsbedarf

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, angemessen bzw. ambitioniert, realistisch und terminiert bzw. 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. (Die Bundesregierung, 2021)

## 6 Fazit

Durch den vorliegenden Report wurde zusammengefasst, wie der Nachhaltigkeitsindex entwickelt wurde und über welche Themenbereiche die Nachhaltigkeit des deutschen Gesundheitssystems quantifiziert werden kann. Für diese Zwecke wurden 292 Indikatoren bestimmt. Die meisten davon entfallen auf die Erfassung der gesundheitlich-organisatorischen Nachhaltigkeitsdimension (39 %), gefolgt von der gesundheitlich-epidemiologischen Dimension (25 %). Die ökonomische Dimension wird aktuell durch 15 % der Indikatoren beschrieben, die ökologische Dimension durch 11 %, die der Rahmenbedingungen durch 6 %. 3 % 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 Rahmenbedingungen konnten durch mehrere Datenpunkte belegt werden. Innerhalb der sozialen Dimensionen lag die Datenverfügbarkeit bei 50 %, die ökonomische Dimension weist einen Wert i. H. v. 98 % auf. Die Datenverfügbarkeit der ökologischen Dimension beträgt 67 %, jene der gesundheitlich-organisatorischen Dimension 88 % und jene der gesundheitlich-epidemiologischen Dimension 76 %.

Die durchschnittliche Qualität der einbezogenen Daten kann nur im Hinblick auf die Dimension der Rahmenbedingungen als sehr gut bewertet werden. Die übrigen vier Dimensionen zeigen im Schnitt eine gute Datenqualität. Insgesamt weisen 66 % der Indikatoren eine sehr gute Datenqualität auf, 26 % sind als gut zu bewerten und 8 % als mangelhaft.

Der überwiegende Teil der Indikatoren zur Bemessung der Nachhaltigkeit des deutschen Gesundheitswesens kann nicht hinsichtlich seiner Trendentwicklung bewertet werden (59 %). Neben den Datenlücken (17 %) ist ein Mangel an Zielvorgaben als Orientierungswert ursächlich dafür. 80 % der Nachhaltigkeitsindikatoren weisen keine Verfügbarkeit von Zielen auf. Die meisten Ziele liegen in der ökologischen Dimension vor (58 %). Auch bei alternativer Nutzung von Prognosen oder Referenzwerten existieren für 58 % der Indikatoren keine Vergleichsdaten.

Von den bewertbaren Indikatoren haben sich 42 % positiv entwickelt, 19 % haben eine negative Entwicklung erfahren und 39 % der Indikatoren sind auf dem gleichen Niveau verblieben (bitte beachten, dass sich diese Zahlen auf die Trendentwicklung bzgl. aller Indikatoren, sowohl bewertbar als auch nicht-bewertbar, beziehen). Die anteilig an allen verfügbaren Indikatoren (innerhalb einer Dimension) gemessenen häufigsten positiven Trendentwicklungen sind in der Dimension der Rahmenbedingungen (33 %), gefolgt von der ökologischen Dimension (30 %) und der gesundheitlich-epidemiologischen Dimension (22 %) zu beobachten. Die meisten negativen Trendentwicklungen (anteilig an allen Indikatoren) können in der sozialen Dimension (30 %), gefolgt von der ökologischen Dimension (27 %) und der gesundheitlich-epidemiologischen Dimension (25 %) gefunden werden.

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. 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*. Verfügbar unter: [https://www.gbe-bund.de/pdf/indikatorenatz\\_der\\_laender\\_2003.pdf#PAGE=91](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. Verfügbar unter: [https://www.aekwl.de/fileadmin/user\\_upload/aekwl/weiterbildung/WO\\_%C3%84KWL\\_01.07.2020\\_inkl.\\_Richtzahlen.pdf](https://www.aekwl.de/fileadmin/user_upload/aekwl/weiterbildung/WO_%C3%84KWL_01.07.2020_inkl._Richtzahlen.pdf)
- Bahnsen, L., Kohlstruck, T., Raffelhüschen, B., Seuffert, S. & Wimmesberger, F. (2020). Fiskalische und intergenerative Auswirkungen der Corona-Pandemie. *ifo Schnelldienst*, 73(09), 59–65. Verfügbar unter: <https://www.ifo.de/publikationen/2020/aufsatz-zeitschrift/fiskalische-und-intergenerative-auswirkungen-der-corona>
- Bayerische Landesärztekammer. (2020). *Weiterbildungsordnung für die Ärzte Bayerns - Bekanntmachung vom 24. April 2004 i. d. F. der Änderungsbeschlüsse vom 10. Oktober 2020*. Verfügbar unter: <https://api.blaek.de/content/13-kammerrecht/16-nwfs1ddjg1532091956xi1qqoqc73/23-7w4hxruvlx16075950397ezs6mqxvo39/weiterbildungsordn.pdf>
- Bertelsmann Stiftung. (2012). *Themenreport „Pflege 2030“. Was ist zu erwarten – was ist zu tun*. Verfügbar unter: [https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/GP\\_Themenreport\\_Pflege\\_2030.pdf](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*. Verfügbar unter: [https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/Projekte/Der\\_digitale\\_Patient/VV\\_SHS-Gesamtstudie\\_dt.pdf](https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/Projekte/Der_digitale_Patient/VV_SHS-Gesamtstudie_dt.pdf)
- Bertelsmann Stiftung. (2019). *Zukünftige Entwicklung der GKV-Finanzierung*. Verfügbar unter: [https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/VV\\_Entwicklung\\_GKV\\_Finanzierung.pdf](https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/VV_Entwicklung_GKV_Finanzierung.pdf)
- Bertelsmann Stiftung. (2021). *Sustainable Governance Indicators (SGI). Do policies provide high-quality, inclusive and cost-efficient health care?* Verfügbar unter: [https://www.sgi-network.org/2020/Sustainable\\_Policies/Social\\_Policies/Health](https://www.sgi-network.org/2020/Sustainable_Policies/Social_Policies/Health)
- Bertelsmann Stiftung. (2023). *Pflegereport 2030 – Bertelsmann Stiftung*. Verfügbar unter: <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/unsere-projekte/abgeschlossene-projekte/pflege-vor-ort/projektthemen/pflegereport-2030>
- Bund für Umwelt und Naturschutz Deutschland e.V. (2016). *Leitfaden. Klimaschutz in Kliniken verankern. Impulse geben und Potenziale nutzen*. Verfügbar unter: [https://www.klik-krankenhaus.de/fileadmin/user\\_upload/Leitfaden/KLIK\\_Leitfaden.pdf](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*. 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)*. Verfügbar unter: [https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/\\_old-files/downloads/MBO\\_08\\_20112.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/MBO_08_20112.pdf)
- Bundesärztekammer. (2020). *Ärzttestatistik zum 31. Dezember 2019*. Verfügbar unter: [https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/\\_old-files/downloads/pdf-Ordner/Statistik2019/WEBStatistik\\_2019\\_k.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/pdf-Ordner/Statistik2019/WEBStatistik_2019_k.pdf)
- Bundesärztekammer. (2021a). *125. Deutscher Ärztetag. Beschlussprotokoll*. Verfügbar unter: [https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/BAEK/Aerztetag/125.DAET/pdf/Beschlussprotokoll\\_125DAET2021\\_Stand\\_24112021.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Aerztetag/125.DAET/pdf/Beschlussprotokoll_125DAET2021_Stand_24112021.pdf)
- Bundesärztekammer. (2021b). *Ärzttestatistik zum 31. Dezember 2020. Bundesgebiet gesamt*. Verfügbar unter: [https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/\\_old-files/downloads/pdf-Ordner/Statistik\\_2020/2020-Statistik.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/pdf-Ordner/Statistik_2020/2020-Statistik.pdf)
- Bundesärztekammer. (2022). *Ärzttestatistik zum 31. Dezember 2021. Bundesgebiet gesamt*. Verfügbar unter: [https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/BAEK/Ueber\\_uns/Statistik/2021/2021\\_Statistik.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Ueber_uns/Statistik/2021/2021_Statistik.pdf)
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. (2023a). *Lieferengpässe*. Verfügbar unter: [https://www.bfarm.de/DE/Aktuelles/Schwerpunktthemen/Lieferengpaesse/\\_node.html](https://www.bfarm.de/DE/Aktuelles/Schwerpunktthemen/Lieferengpaesse/_node.html)
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. (2023b). *Statistische Auswertungen zu Medizinprodukten*. Verfügbar unter: [https://www.bfarm.de/DE/Aktuelles/Statistiken/Medizinprodukte/\\_node.html](https://www.bfarm.de/DE/Aktuelles/Statistiken/Medizinprodukte/_node.html)
- Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung. (2023). *Nettoreproduktionsziffer im Früheren Bundesgebiet, der DDR und Deutschland (1950–2019)*. Verfügbar unter: <https://www.bib.bund.de/DE/Fakten/Fakt/F10-Nettoreproduktionsziffer-Deutschland-West-Ost-ab-1950.html?nn=1215476>
- Bundesministerium für Digitales und Verkehr. (2022). *Strukturdatenprognose 2030*. Verfügbar unter: <https://bmdv.bund.de/SharedDocs/DE/Artikel/G/strukturdatenprognose-2030.html>
- Bundesministerium für Gesundheit (Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Hrsg.). (2022). *Krebsfrüherkennung. Früherkennungsuntersuchungen, die von den gesetzlichen Kassen erstattet werden*. Verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/krebsfrueherkennung.html>
- Bundesministerium für Gesundheit (Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Hrsg.). (2023a). *Elektronisches Rezept (E-Rezept)*. Verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/e-rezept.html>
- Bundesministerium für Gesundheit (Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Hrsg.). (2023b). *Übersicht zum Impfsstatus. COVID-19-Impfung in Deutschland bis zum 8. April 2023*. Verfügbar unter: <https://impfdashboard.de/>
- Bundesministerium für Gesundheit. (2023c). *Versicherungsfremde Leistungen*. Verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/v/versicherungsfremde-leistungen.html>
- Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit. (2017). *Handlungsempfehlungen für die Erstellung von Hitzeaktionsplänen zum Schutz der menschlichen Gesundheit*. Verfügbar unter: [https://www.bmu.de/fileadmin/Daten\\_BMU/Download\\_PDF/Klimaschutz/hap\\_handlungsempfehlungen\\_bf.pdf](https://www.bmu.de/fileadmin/Daten_BMU/Download_PDF/Klimaschutz/hap_handlungsempfehlungen_bf.pdf)
- Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur. (2021). *Aktuelle Breitbandverfügbarkeit in Deutschland (Stand Mitte 2021). Erhebung der atene KOM im Auftrag des BMVI*. Verfügbar unter: [https://www.bmvi.de/SharedDocs/DE/Publikationen/DG/breitband-verfuegbarkeit-mitte-2021.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.bmvi.de/SharedDocs/DE/Publikationen/DG/breitband-verfuegbarkeit-mitte-2021.pdf?__blob=publicationFile)
- Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung. (2017). *BMZ Wasserstrategie – Schlüssel zur Umsetzung der Agenda 2030 und des Klimaabkommens*. Verfügbar unter: <https://www.bmz.de/resource/blob/23546/strategiepapier404-06-2017.pdf>
- Bundesregierung. (2021). *Deutsche Nachhaltigkeitsstrategie*. Verfügbar unter: <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/998006/1873556/8448988dbe49b615d8ba50039097a3aa/2021-05-12-dns-2021-kurzfassung-final-barrierefrei-data.pdf?download=1>

Die Bundesregierung. (2021). *Deutsche Nachhaltigkeitsstrategie. Weiterentwicklung 2021*. Verfügbar unter: <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/998194/1875176/3d3b15cd92d0261e7a0bcdc8f43b7839/deutsche-nachhaltigkeitsstrategie-2021-langfassung-download-bpa-data.pdf>

Bundeszahnärztekammer und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung. (2022). *Zahnärztliche Versorgung. Daten und Fakten 2022*. Verfügbar unter: <https://www.kzbv.de/kzbv-bzaek-daten-fakten-2022-media.d9b39aeaf76b333eb8a57274b3262c0f.pdf>

BUND-Gütesiegel "Energie sparendes Krankenhaus". (2023). *Praxisbeispiele*. Verfügbar unter: <https://energiesparendes-krankenhaus.de/praxisbeispiele/>

Centers for Disease Control and Prevention (Centers for Disease Control and Prevention, Hrsg.). (2022). *Climate Effects on Health*. Verfügbar unter: <https://www.cdc.gov/climateandhealth/effects/default.htm>

The Commonwealth Fund. (2019). *2019 Commonwealth Fund International Health Policy Survey of Primary Care Physicians – Chartpack*. Verfügbar unter: [https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/2019-12/PDF\\_2019\\_intl\\_hlt\\_policy\\_survey\\_primary\\_care\\_phys\\_CHARTPACK\\_12-10-2019.pdf](https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/2019-12/PDF_2019_intl_hlt_policy_survey_primary_care_phys_CHARTPACK_12-10-2019.pdf)

Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. (2023). *Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen*. Verfügbar unter: [https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/Alz/pdf/factsheets/infoblatt1\\_haeufigkeit\\_demenzerkrankungen\\_dalzg.pdf](https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/Alz/pdf/factsheets/infoblatt1_haeufigkeit_demenzerkrankungen_dalzg.pdf)

Deutsche Gesellschaft für die Vereinten Nationen e.V. (2023). *Die Gesundheit der Weltbevölkerung*. Verfügbar unter: <https://dgvn.de/finanzierung-der-un/wohin-fliesen-die-gelder/die-who-und-ihre-finanzierung>

Deutsche Krankenhausgesellschaft (Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), Hrsg.). (2021). *Eckdaten der Krankenhausstatistik*. Verfügbar unter: [https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/3\\_Service/3.2\\_Zahlen-Fakten/Eckdaten\\_Krankenhausstatistik.pdf](https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/3_Service/3.2_Zahlen-Fakten/Eckdaten_Krankenhausstatistik.pdf)

Deutsche Rentenversicherung Bund. (2023). *Rehabilitation Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe – Gesamtüberblick*. Verfügbar unter: [https://statistik-rente.de/SASWebReportStudio/openR-VUrl.do?rsRID=SBIP%3A%2F%2FMETASERVER%2F20\\_SY0520%2F10\\_BI\\_Extern%2F10\\_Global%2F30\\_Rehabilitation%2F20\\_Berichte%2FLeistungen+zur+medizinischen+Rehabilitation+-+Gesamt.srx%28Report%29](https://statistik-rente.de/SASWebReportStudio/openR-VUrl.do?rsRID=SBIP%3A%2F%2FMETASERVER%2F20_SY0520%2F10_BI_Extern%2F10_Global%2F30_Rehabilitation%2F20_Berichte%2FLeistungen+zur+medizinischen+Rehabilitation+-+Gesamt.srx%28Report%29)

Deutscher Bundestag. (1998). *Abschlußbericht der Enquete-Kommission „Schutz des Menschen und der Umwelt – Ziele und Rahmenbedingungen einer nachhaltig zukunftsverträglichen Entwicklung“. Konzept Nachhaltigkeit. Vom Leitbild zur Umsetzung. 13. Wahlperiode. Drucksache 12/11200*. Verfügbar unter: <https://dserver.bundestag.de/btd/13/112/1311200.pdf>

Deutscher Bundestag. (2020). *Deutsche Beiträge für die WHO*. Verfügbar unter: <https://www.bundestag.de/resource/blob/707034/4631eaa268eeca113a29609bb861d63/WD-4-059-20-pdf-data.pdf>

Deutscher Wetterdienst. (2021). Broschüre Klimavorhersagen und -projektionen. Verfügbar unter: [https://www.dwd.de/SharedDocs/broschueren/DE/klima/broschuere\\_klimaforschung.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=5](https://www.dwd.de/SharedDocs/broschueren/DE/klima/broschuere_klimaforschung.pdf?__blob=publicationFile&v=5)

Deutscher Wetterdienst (Deutscher Wetterdienst (DWD), Hrsg.). (2023). *Zeitreihen und Trends*. Verfügbar unter: <https://www.dwd.de/DE/leistungen/zeitreihen/zeitreihen.html#buehneTop>

Europäische Kommission. (2019). *The European Green Deal*. Verfügbar unter: [https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/ip\\_19\\_6691](https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/ip_19_6691)

Europäisches Parlament & Europäischer Rat. (2014). *Richtlinie 2000/60/EG des Europäischen Parlaments und des Rates zur Schaffung eines Ordnungsrahmens für Maßnahmen der Gemeinschaft im Bereich der Wasserpolitik*. Verfügbar unter: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/PDF/?uri=CELEX:02000L0060-20141120&from=DE>

Eurostat. (2019). *Erwerbslosigkeit in den Regionen der EU im Jahr 2018. Erwerbslosenquoten in den Regionen der EU reichen von 1,3% bis 35,1%*. Verfügbar unter: <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/9746867/1-29042019-BP-DE.pdf/c13b932d-9278-4235-b6b1-38e632598600>

Eurostat. (2021a). *Personen, die in den letzten 12 Monaten einen Arzt konsultierten, nach medizinischer Fachrichtung, Anzahl der Besuche, häufigstem Erwerbsstatus, Verstädterungsgrad und Einkommensgruppe. ILC\_HCH04*. Verfügbar unter: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/main/data/database>

Eurostat (Eurostat, Hrsg.). (2021b). *Persons reporting a chronic disease, by disease, sex, age and educational attainment level. HLTH\_EHIS\_CD1E*. Verfügbar unter: [https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth\\_ehis\\_cd1e/default/table?lang=en](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_ehis_cd1e/default/table?lang=en)

Eurostat (Eurostat, Hrsg.). (2021c). *Self-reported use of home care services by sex, age and level of activity limitation. HLTH\_EHIS\_AM7D*. Verfügbar unter: [https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth\\_ehis\\_am7d/default/table?lang=en](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_ehis_am7d/default/table?lang=en)

Eurostat (Eurostat, Hrsg.). (2022a). *Body mass index (BMI) by sex, age and educational attainment level. HLTH\_EHIS\_BM1E*. Verfügbar unter: [https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth\\_ehis\\_bm1e/default/table?lang=en](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_ehis_bm1e/default/table?lang=en)

Eurostat (Eurostat, Hrsg.). (2022b). *Consultation of a medical doctor (in private practice or as outpatient) per inhabitant. HLTH\_HC\_PHYS*. Verfügbar unter: [https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth\\_hc\\_phys/default/table?lang=en](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_hc_phys/default/table?lang=en)

Eurostat (Eurostat, Hrsg.). (2022c). *Daily consumption of fruit and vegetables by sex, age and educational attainment level. HLTH\_EHIS\_FV3E*. Verfügbar unter: [https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth\\_ehis\\_fv3e/default/table?lang=en](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_ehis_fv3e/default/table?lang=en)

Eurostat (Eurostat, Hrsg.). (2022d). *Frequency of alcohol consumption by sex, age and educational attainment level. HLTH\_EHIS\_AL1E*. Verfügbar unter: [https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH\\_EHIS\\_AL1E\\_\\_custom\\_3340350/default/table?lang=en](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH_EHIS_AL1E__custom_3340350/default/table?lang=en)

Eurostat (Eurostat, Hrsg.). (2022e). *Overall perceived social support by sex, age and educational attainment level. HLTH\_EHIS\_SS1E*. Verfügbar unter: [https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth\\_ehis\\_ss1e/default/table?lang=en](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_ehis_ss1e/default/table?lang=en)

Eurostat (Eurostat, Hrsg.). (2022f). *Self-reported consultation of mental healthcare or rehabilitative care professionals by sex, age and educational attainment level. HLTH\_EHIS\_AM6E*. Verfügbar unter: [https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth\\_ehis\\_am6e/default/table?lang=en](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_ehis_am6e/default/table?lang=en)

Eurostat. (2022g). *Self-reported consultations of a medical professional by sex, age and educational attainment level. HLTH\_EHIS\_AM2E*. Verfügbar unter: [https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth\\_ehis\\_am2e/default/table?lang=en](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_ehis_am2e/default/table?lang=en)

Eurostat. (2022h). *Self-reported last breast examination by X-ray among women by age and educational attainment level. HLTH\_EHIS\_PA7E*. Verfügbar unter: [https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH\\_EHIS\\_PA7E\\_\\_custom\\_3201183/default/table?lang=en](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH_EHIS_PA7E__custom_3201183/default/table?lang=en)

Eurostat (Eurostat, Hrsg.). (2022i). *Self-reported last cervical smear test among women by age and educational attainment level. HLTH\_EHIS\_PA8E*. Verfügbar unter: [https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH\\_EHIS\\_PA8E\\_\\_custom\\_3201165/default/table?lang=en](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH_EHIS_PA8E__custom_3201165/default/table?lang=en)

Eurostat (Eurostat, Hrsg.). (2022j). *Self-reported screening of cardiovascular diseases and diabetes risks by sex, age and educational attainment level. HLTH\_EHIS\_PA2E*. Verfügbar unter: [https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH\\_EHIS\\_PA2E\\_\\_custom\\_3201045/default/table?lang=en](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH_EHIS_PA2E__custom_3201045/default/table?lang=en)

Eurostat (Eurostat, Hrsg.). (2022k). *Self-reported use of non-prescribed medicines by sex, age and educational attainment level. HLTH\_EHIS\_MD2E*. Verfügbar unter: [https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth\\_ehis\\_md2e/default/table?lang=en](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_ehis_md2e/default/table?lang=en)

Eurostat (Eurostat, Hrsg.). (2022l). *Self-reported use of prescribed medicines by sex, age and educational attainment level. HLTH\_EHIS\_MD1E*. Verfügbar unter: [https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth\\_ehis\\_md1e/default/table?lang=en](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_ehis_md1e/default/table?lang=en)

Eurostat (Eurostat, Hrsg.). (2022m). *Smoking of tobacco products by sex, age and educational attainment level. HLTH\_EHIS\_SK1E*. Verfügbar unter: [https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth\\_ehis\\_sk1e/default/table?lang=en](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_ehis_sk1e/default/table?lang=en)

Eurostat (Eurostat, Hrsg.). (2023a). *Arbeits-Armutsgefährdungsquote nach Geschlecht. TESOVI10*, Eurostat. Verfügbar unter: <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tesovi10/default/table?lang=de>

Eurostat (Eurostat, Hrsg.). (2023b). *Bevölkerungsvorausschätzungen. TPS00002*. Verfügbar unter: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/main/data/database>

Eurostat (Eurostat, Hrsg.). (2023c). *Bruttoinlandsprodukt zu Marktpreisen. TEC00001*. Verfügbar unter: <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tec00001/default/table?lang=de>

Eurostat. (2023d). *Consultation of a dentist per inhabitant. HLTH\_HC\_DENT*. Verfügbar unter: [https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth\\_hc\\_dent/default/table?lang=en](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_hc_dent/default/table?lang=en)

Eurostat. (2023e). *Erwerbstätigenquote nach Geschlecht. TESEM010*. Verfügbar unter: <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tesem010/default/table?lang=de>

Eurostat. (2023f). *Frühzeitige Schul- und Ausbildungsabgänger nach Geschlecht. SDG\_04\_10*. Verfügbar unter: [https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/sdg\\_04\\_10/default/table?lang=de](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/sdg_04_10/default/table?lang=de)

Eurostat. (2023g). *Geschlechtsspezifischer Lohnunterschied ohne Anpassungen. TESEM180*. Verfügbar unter: <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tesem180/default/table?lang=de>

Eurostat. (2023h). *Harmonisierte Verbraucherpreisindizes - Inflationsrate. TEC00118*. Verfügbar unter: <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tec00118/default/table?lang=en>

Eurostat. (2023i). *Healthy life years by sex (from 2004 onwards). HLTH\_HLYE*. Verfügbar unter: [https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth\\_hlye/default/table?lang=en](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_hlye/default/table?lang=en)

Eurostat. (2023j). *Lebendgeburten und Bruttogeburtenziffer. TPS00204*. Verfügbar unter: <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00204/default/table?lang=de>

Eurostat. (2023k). *Lebenserwartung bei der Geburt nach Geschlecht. SDG\_03\_10*. Verfügbar unter: [https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/SDG\\_03\\_10\\_\\_custom\\_3141697/default/table?lang=de](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/SDG_03_10__custom_3141697/default/table?lang=de)

Eurostat. (2023l). *Medical technologies - examinations by medical imaging techniques (CT, MRI and PET). HLTH\_CO\_EXAM*. Verfügbar unter: [https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth\\_co\\_exam/default/table?lang=en](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_co_exam/default/table?lang=en)

Eurostat. (2023m). *Old-age-dependency ratio*. Verfügbar unter: <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00198/default/table?lang=en>

Eurostat. (2023n). *Performing health-enhancing physical activity by sex, age and educational attainment level. HLTH\_EHIS\_PE9E*. Verfügbar unter: [https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth\\_ehis\\_pe9e/default/table?lang=en](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_ehis_pe9e/default/table?lang=en)

Eurostat. (2023o). *Säuglingssterblichkeit. TPS00027*. Verfügbar unter: <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00027/default/table>

Eurostat. (2023p). *Self-perceived health by sex, age and labour status. HLTH\_SILC\_01*. Verfügbar unter: [https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth\\_silc\\_01/default/table?lang=en](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_silc_01/default/table?lang=en)

Eurostat. (2023q). *Self-reported unmet need for medical care by sex. TESPM110*. Verfügbar unter: <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tespm110/default/table?lang=en>

Eurostat. (2023r). *Von Frauen besetzte Führungspositionen. SDG\_05\_60*. Verfügbar unter: [https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/sdg\\_05\\_60/default/table?lang=de](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/sdg_05_60/default/table?lang=de)

Fuchs, J., Busch, M. A. [Markus A.] & Scheidt-Nave, C. (2017). *Frailty: Prävalenz bei 70- bis 79-Jährigen in Deutschland (populationsbasierter Ansatz)*. 11-12.

Gemeinsamer Bundesausschuss. (2018). *Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Abnahme des Endberichts „Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung i.S.d. §§ 99 ff. SGB V zur Sicherung der vertragsärztlichen Versorgung“*. Verfügbar unter: [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3493/2018-09-20\\_Endbericht-Gutachten-Weiterentwicklung-Bedarfsplanung.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3493/2018-09-20_Endbericht-Gutachten-Weiterentwicklung-Bedarfsplanung.pdf)

Gemeinsamer Bundesausschuss. (2021). *Richtlinie über die Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten*. Verfügbar unter: [https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2383/GU-RL\\_2020-11-20\\_iK-2021-02-12.pdf](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*. Verfügbar unter: [https://www.g-ba.de/downloads/17-98-5265/2022-02-23-PK-Arbeitsprogramm-G-BA\\_JH\\_Anlage.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/17-98-5265/2022-02-23-PK-Arbeitsprogramm-G-BA_JH_Anlage.pdf)

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE), Hrsg.). (2021a). *Meldepflichtige Krankheiten absolut und je 100.000 Einwohner. Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Alter, Geschlecht*. Verfügbar unter: [https://www.gbe-bund.de/gbe/!pkg\\_olap\\_tables.prc\\_set\\_\\_page?p\\_uid=gast&p\\_aid=47377221&p\\_sprache=D&p\\_help=2&p\\_indnr=179&p\\_ansnr=78274317&p\\_version=6&D.001=1000001&D.002=1000002&D.003=1000004&D.100=10102](https://www.gbe-bund.de/gbe/!pkg_olap_tables.prc_set__page?p_uid=gast&p_aid=47377221&p_sprache=D&p_help=2&p_indnr=179&p_ansnr=78274317&p_version=6&D.001=1000001&D.002=1000002&D.003=1000004&D.100=10102)

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE), Hrsg.). (2021b). *Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in der Gesetzlichen Rentenversicherung am Stichtag 31. Dezember (Anzahl)*. Verfügbar unter: [https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg\\_olap\\_tables.prc\\_set\\_\\_hierlevel?p\\_uid=gast&p\\_aid=12464481&p\\_sprache=D&p\\_help=2&p\\_indnr=369&p\\_ansnr=83378179&p\\_version=2&p\\_dim=D.002&p\\_dw=1000002&p\\_direction=rollup](https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg_olap_tables.prc_set__hierlevel?p_uid=gast&p_aid=12464481&p_sprache=D&p_help=2&p_indnr=369&p_ansnr=83378179&p_version=2&p_dim=D.002&p_dw=1000002&p_direction=rollup)

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE), Hrsg.). (2021c). *Teilnahme an gesetzlichen Krebsfrüherkennungsuntersuchungen. Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Alter, Geschlecht*. Verfügbar unter: [https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg\\_olap\\_tables.prc\\_set\\_\\_menu\\_olap?p\\_uid=gast&p\\_aid=20067375&p\\_sprache=D&p\\_help=2&p\\_indnr=778&p\\_indsp=787&p\\_ityp=H&p\\_fid=](https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg_olap_tables.prc_set__menu_olap?p_uid=gast&p_aid=20067375&p_sprache=D&p_help=2&p_indnr=778&p_indsp=787&p_ityp=H&p_fid=)

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE), Hrsg.). (2022a). *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. 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\\_indsp=676&p\\_i-tyt=H&p\\_fid=](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_indsp=676&p_i-tyt=H&p_fid=)
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE), Hrsg.). (2022b). *Impfquote der Kinder mit vorgelegtem Impfausweis bei Einschulungsuntersuchungen. Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Impfungen.* 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\\_ansnr=21136990&p\\_version=2&p\\_sortorder=d](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_ansnr=21136990&p_version=2&p_sortorder=d)
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE), Hrsg.). (2022c). *Säuglingssterbefälle, Säuglingssterbefälle je 1.000 Lebendgeborene und durchschnittliches Sterbealter. Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Geschlecht.* 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\\_indsp=4005&p\\_i-tyt=H&p\\_fid=](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_indsp=4005&p_i-tyt=H&p_fid=)
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes. (2022d). *Sterbefälle, Sterbeziffern (je 100.000 Einwohner, altersstandardisiert) (ab 1998). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Alter, Geschlecht, Nationalität, ICD-10, Art der Standardisierung.* Verfügbar unter: [https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg\\_isgbe5.prc\\_menu\\_olap?p\\_uid=gast&p\\_aid=78032022&p\\_sprache=D&p\\_help=2&p\\_indnr=6&p\\_indsp=653&p\\_ityp=H&p\\_fid=](https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg_isgbe5.prc_menu_olap?p_uid=gast&p_aid=78032022&p_sprache=D&p_help=2&p_indnr=6&p_indsp=653&p_ityp=H&p_fid=)
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes. (2022e). *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.* 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\\_ansnr=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](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_ansnr=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. (2023a). *Ambulante Pflege- und Betreuungsdienste und von ambulanten Pflege- und Betreuungsdiensten betreute Pflegebedürftige (Anzahl und Dichte). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Träger.* 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\\_ansnr=34422520&p\\_version=4&p\\_dim=D.100&p\\_dw=10102&p\\_direction=drill](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_ansnr=34422520&p_version=4&p_dim=D.100&p_dw=10102&p_direction=drill)
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes. (2023b). *Ärztliche bzw. psychotherapeutisch geleitete ambulante Gesundheitseinrichtungen. Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Art der Praxis.* 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\\_ansnr=21681135&p\\_version=2&p\\_sortorder=d](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_ansnr=21681135&p_version=2&p_sortorder=d)
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes. (2023c). *Beschäftigte in Apotheken (Anzahl). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Geschlecht, Berufsbezeichnung, Art der Apotheke.* 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\\_ansnr=66867304&p\\_version=2&p\\_dim=D.000&p\\_dw=1&p\\_direction=drill](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_ansnr=66867304&p_version=2&p_dim=D.000&p_dw=1&p_direction=drill)
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes. (2023d). *Einnahmen und Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (insgesamt in Mrd. €, je Mitglied in € und je Versicherten in €). Gliederungsmerkmale: Jahre, Bundesgebiete.* 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\\_ansnr=44962443&p\\_version=2&p\\_dim=D.000&p\\_dw=3737&p\\_direction=drill](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_ansnr=44962443&p_version=2&p_dim=D.000&p_dw=3737&p_direction=drill)
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes. (2023e). *Gesundheitsausgaben in Deutschland als Anteil am BIP und in Mio. € (absolut und je Einwohner). Gliederungsmerkmale: Jahre.* 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\\_indsp=&p\\_i-tyt=H&p\\_fid=](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_indsp=&p_i-tyt=H&p_fid=)
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes. (2023f). *Gesundheitsausgaben in Deutschland in Mio. €. Gliederungsmerkmale: Jahre, Art der Einrichtung, Art der Leistung, Ausgabenträger.* 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\\_ansnr=25764409&p\\_version=6&D.000=1&D.734=2&D.733=2&D.732=2](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_ansnr=25764409&p_version=6&D.000=1&D.734=2&D.733=2&D.732=2)
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes. (2023g). *Gesundheitsausgaben in Deutschland, erweiterter Leistungsbereich des Gesundheitswesens in Mio. €. Gliederungsmerkmale: Jahre, Leistungsbereich, Ausgabenträger.* Verfügbar unter: [https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg\\_isgbe5.prc\\_menu\\_olap?p\\_uid=gast&p\\_aid=57306525&p\\_sprache=D&p\\_help=0&p\\_indnr=616&p\\_indsp=&p\\_ityp=H&p\\_fid=](https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg_isgbe5.prc_menu_olap?p_uid=gast&p_aid=57306525&p_sprache=D&p_help=0&p_indnr=616&p_indsp=&p_ityp=H&p_fid=)
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes. (2023h). *Gesundheitspersonal in 1.000. Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Alter, Geschlecht, Beschäftigungsart, Einrichtung.* 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\\_ansnr=62243540&p\\_version=2&p\\_dim=D.734&p\\_dw=4450&p\\_direction=drill](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_ansnr=62243540&p_version=2&p_dim=D.734&p_dw=4450&p_direction=drill)
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes. (2023i). *Gesundheitspersonal in 1.000. Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Geschlecht, Einrichtung, Beruf.* 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\\_indsp=762&p\\_i-tyt=H&p\\_fid=](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_indsp=762&p_i-tyt=H&p_fid=)
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes. (2023j). *Indikator 12 der ECHI shortlist: Perinatalsterblichkeit, je 1.000 Lebend- und Totgeburten.* 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\\_indsp=0&p\\_i-tyt=H&p\\_fid=](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_indsp=0&p_i-tyt=H&p_fid=)
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes. (2023k). *Indikator 76 der ECHI shortlist: Versicherungsabdeckung - Der Anteil der Bevölkerung, der von einer Krankenversicherung abgedeckt wird, berücksichtigt werden sowohl gesetzliche als auch private Krankenversicherungen.* Verfügbar unter: [https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg\\_olap\\_tables.prc\\_set\\_hierlevel?p\\_uid=gast&p\\_aid=32692173&p\\_sprache=D&p\\_help=2&p\\_indnr=814&p\\_ansnr=95953955&p\\_version=2&p\\_dim=D.000&p\\_dw=3737&p\\_direction=drill](https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg_olap_tables.prc_set_hierlevel?p_uid=gast&p_aid=32692173&p_sprache=D&p_help=2&p_indnr=814&p_ansnr=95953955&p_version=2&p_dim=D.000&p_dw=3737&p_direction=drill)
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE), Hrsg.). (2023l). *Nichtärztliches Personal am 31.12. (Kopfzahl) in Krankenhäusern. Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Berufsbezeichnung, Funktionsbereich.* Verfügbar unter: [https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg\\_olap\\_tables.prc\\_reset\\_ind?p\\_uid=gast&p\\_aid=10609225&p\\_indnr=938&p\\_sprache=D](https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg_olap_tables.prc_reset_ind?p_uid=gast&p_aid=10609225&p_indnr=938&p_sprache=D)
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE), Hrsg.). (2023m). *Organspender (ohne Lebenspender). Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Alter.* 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\\_indsp=676&p\\_i-tyt=H&p\\_fid=](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_indsp=676&p_i-tyt=H&p_fid=)

- bund.de/gbe/pkg\_olap\_tables.prc\_set\_hierlevel?p\_uid=gast&p\_aid=88747900&p\_sprache=D&p\_help=2&p\_indnr=420&p\_ansnr=59400405&p\_version=3&p\_dim=D.002&p\_dw=1000002&p\_direction=rollup
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes. (2023n). *Pflegebedürftige (absolut, je 100.000 Einwohner, in Prozent). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Alter, Geschlecht, Pflegegrad, Art der Betreuung*. Verfügbar unter: [https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg\\_isgbe5.prc\\_menu\\_olap?p\\_uid=gast&p\\_aid=24921853&p\\_sprache=D&p\\_help=2&p\\_indnr=107&p\\_indsp=4127&p\\_ityp=H&p\\_fid=](https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg_isgbe5.prc_menu_olap?p_uid=gast&p_aid=24921853&p_sprache=D&p_help=2&p_indnr=107&p_indsp=4127&p_ityp=H&p_fid=)
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes. (2023o). *Pflegeheime und verfügbare Plätze in Pflegeheimen. Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Art der Einrichtungen/Plätze, Träger*. 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\\_ansnr=55029230&p\\_version=2&D.000=3739&D.001=1000001](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_ansnr=55029230&p_version=2&D.000=3739&D.001=1000001)
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE), Hrsg.). (2023p). *Private Krankenversicherung, Anzahl der Unternehmen ab 2001. Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Unternehmensgröße (Beitragseinnahmen)*. Verfügbar unter: [https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg\\_olap\\_tables.prc\\_set\\_hierlevel?p\\_uid=gast&p\\_aid=86866872&p\\_sprache=D&p\\_help=2&p\\_indnr=172&p\\_ansnr=69822236&p\\_version=4&p\\_dim=D.000&p\\_dw=3723&p\\_direction=drill](https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg_olap_tables.prc_set_hierlevel?p_uid=gast&p_aid=86866872&p_sprache=D&p_help=2&p_indnr=172&p_ansnr=69822236&p_version=4&p_dim=D.000&p_dw=3723&p_direction=drill)
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes. (2023q). *Teilnahme am gesetzlichen Gesundheits-Check-up (Anzahl der Anspruchsberechtigten und Inanspruchnahme in Prozent). Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland*. 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\\_ansnr=39190832&p\\_version=2&p\\_sortorder=d](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_ansnr=39190832&p_version=2&p_sortorder=d)
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes. (2023r). *Zahnarztpraxen und Praxisinhaber/Praxisinhaberinnen. Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Praxisform*. Verfügbar unter: [https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg\\_isgbe5.prc\\_menu\\_olap?p\\_uid=gast&p\\_aid=49649675&p\\_sprache=D&p\\_help=2&p\\_indnr=586&p\\_indsp=786&p\\_ityp=H&p\\_fid=](https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg_isgbe5.prc_menu_olap?p_uid=gast&p_aid=49649675&p_sprache=D&p_help=2&p_indnr=586&p_indsp=786&p_ityp=H&p_fid=)
- GKV-Spitzenverband. (2013). *Faktenblatt. Thema: Ausgaben für versicherungsfremde Leistungen*. Verfügbar unter: [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/pressemitteilungen/2013/Faktenblatt\\_Ausgaben\\_versicherungsfremde\\_Leistungen\\_\\_2013-03-04.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/pressemitteilungen/2013/Faktenblatt_Ausgaben_versicherungsfremde_Leistungen__2013-03-04.pdf)
- GKV-Spitzenverband. (2023). *Die gesetzlichen Krankenkassen*. Verfügbar unter: [https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/kv\\_grundprinzipien/alle\\_gesetzlichen\\_krankenkassen/alle\\_gesetzlichen\\_krankenkassen.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/kv_grundprinzipien/alle_gesetzlichen_krankenkassen/alle_gesetzlichen_krankenkassen.jsp)
- Graalman, J. [J.], Rödiger, T., Blum, K. & Krebler, F. (2022). *Das Nachhaltigkeitsdilemma im deutschen Gesundheitswesen - Jetzt oder nie - Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen*. Verfügbar unter: <https://www.mwv-landingpages.de/jetzt-oder-nie-nachhaltigkeit-im-gesundheitswesen/das-nachhaltigkeitsdilemma-im-deutschen-gesundheitswesen/>
- Graalman, J. [Jürgen]. (2022). *Jetzt oder nie. Ökologisch. Ökonomisch. Menschlich. Digital. Mit einem Geleitwort von Karl Lauterbach* (1. Auflage). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. Verfügbar unter: <https://livivo.idm.oclc.org/login?url=https://ebookcentral.proquest.com/lib/zbmed-ebooks/detail.action?docID=7142414>
- Hauff, V. (1987). *Unsere gemeinsame Zukunft*. Greven [Federal Republic of Germany]: Eggenkamp Verlag.
- Health Care Without Harm & Arup. (2019). *Health Care's Climate Footprint*. Verfügbar unter: [https://noharm-global.org/sites/default/files/documents-files/5961/HealthCaresClimateFootprint\\_092319.pdf](https://noharm-global.org/sites/default/files/documents-files/5961/HealthCaresClimateFootprint_092319.pdf)
- Institut Arbeit und Qualifikation der Universität Duisburg-Essen. (2019). *Demografische Quotienten: Alten-, Jugend- und Gesamtquotient 1960 – 2060*. Verfügbar unter: [https://www.sozialpolitik-aktuell.de/files/sozialpolitik-aktuell/\\_Politikfelder/Bevoelkerung/Datensammlung/PDF-Dateien/abbVII99.pdf](https://www.sozialpolitik-aktuell.de/files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Bevoelkerung/Datensammlung/PDF-Dateien/abbVII99.pdf)
- IQVIA. (2021). *EFPIA Patients W.A.I.T. Indicator 2020 Survey, EFPIA Patients W.A.I.T. Indicator 2020*. Verfügbar unter: <https://www.efpia.eu/media/602652/efpia-patient-wait-indicator-final-250521.pdf>
- Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L. et al. (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). *Der Nervenarzt* [Mental disorders in the general population : Study on the health of adults in Germany and the additional module mental health (DEGS1-MH)], 85(1), 77–87. <https://doi.org/10.1007/s00115-013-3961-y>
- Kaiser, T., Kind, C. & Dudda, L. (2021). *Bund/Länder-Handlungsempfehlungen zur Erarbeitung von Hitzeaktionsplänen: Bekanntheit und Rezeption in Bundesländern und Kommunen*. Verfügbar unter: [https://www.umweltbundesamt.de/sites/default/files/medien/4031/publikationen/umid\\_01-2021-beitrag\\_2\\_hitze.pdf](https://www.umweltbundesamt.de/sites/default/files/medien/4031/publikationen/umid_01-2021-beitrag_2_hitze.pdf)
- Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2016). *Deutschlandweite Projektion 2030 – Arztlageentwicklung in Deutschland*. Verfügbar unter: [https://www.kbv.de/media/sp/2016\\_10\\_05\\_Projektion\\_2030\\_Arztzahlentwicklung.pdf](https://www.kbv.de/media/sp/2016_10_05_Projektion_2030_Arztzahlentwicklung.pdf)
- Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2023a). *Ärztmangel*. Verfügbar unter: [https://www.kbv.de/html/themen\\_1076.php](https://www.kbv.de/html/themen_1076.php)
- Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2023b). *Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)*. Verfügbar unter: <https://www.kbv.de/html/berufsausuebungsgemeinschaften.php>
- Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2023c). *Einzelpraxis*. Verfügbar unter: <https://www.kbv.de/html/14365.php>
- Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2023d). *Wartezeiten*. Verfügbar unter: <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/24045.php>
- Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung. (2009). *Prognose der Zahnärztezahl und des Bedarfs an zahnärztlichen Leistungen bis zum Jahr 2030*. Verfügbar unter: [https://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/idz/IDZ-Info\\_0109.pdf](https://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/idz/IDZ-Info_0109.pdf)
- Kraemer, L. (2016). *Ausländische Beschäftigte im Gesundheitswesen nach Herkunftsländern. Kurzstudie*. Verfügbar unter: [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/A/Auslaendische\\_Beschaeftigte/Bericht\\_Auslaendische\\_Fachkraefte\\_Gesundheitswesen.pdf](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 Impfkommission*. Verfügbar unter: <https://www.leitlinienwatch.de/empfehlungen-der-staendigen-impfkommission-2/>
- Normenausschuss Rettungsdienst und Krankenhaus. (2009). *DIN 13050*. Verfügbar unter: [https://www.drk-lano.de/fileadmin/user\\_upload/Dokumente/HelfFuehLeit/Download\\_Zugfuehrer\\_Teil\\_1/5-01\\_DIN-Norm\\_13050\\_2009-02-01.pdf](https://www.drk-lano.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/HelfFuehLeit/Download_Zugfuehrer_Teil_1/5-01_DIN-Norm_13050_2009-02-01.pdf)
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2021). *Health at a Glance 2021*. Verfügbar unter: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/ae3016b9-en.pdf?expires=1662453848&id=id&accname=guest&checksum=17F2754DF3195CBDF9162DFDED6449AE>
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2023a). *Better Life Index*. Verfügbar unter: <https://www.oecd-betterlifeindex.org/de/topics/environment-de/>
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2023b). *Health resources - Health spending - OECD Data*. Verfügbar unter: <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>

Partnership for Health System Sustainability and Resilience. (2021). *Interim Report of the Pilot Phase*. Verfügbar unter: [https://www3.weforum.org/docs/WEF\\_PHSSR\\_Interim\\_Report\\_of\\_the\\_Pilot\\_Phase.pdf](https://www3.weforum.org/docs/WEF_PHSSR_Interim_Report_of_the_Pilot_Phase.pdf)

Partnership for Health System Sustainability and Resilience, Wharton, G.; Gocke, D.; McGuire, A. & Sturm, T. (Mitarbeiter). (2021). *Interim Report of the Pilot Phase. July 2020 – March 2021*. Verfügbar unter: [https://www3.weforum.org/docs/WEF\\_PHSSR\\_Interim\\_Report\\_of\\_the\\_Pilot\\_Phase.pdf](https://www3.weforum.org/docs/WEF_PHSSR_Interim_Report_of_the_Pilot_Phase.pdf)

Partnership for Health System Sustainability and Resilience. (2023). *Building Sustainable And Resilient Health Systems In A Post-covid World*. Verfügbar unter: <https://www.weforum.org/videos/1-building-sustainable-and-resilient-health-systems-in-a-post-covid-world-broadcast>

Paul-Ehrlich-Institut. (2023). *Archiv Lieferengpässe Impfstoffe*. Verfügbar unter: [https://www.pei.de/DE/arzneimittel/impfstoffe/lieferengpaesse/archiv-lieferengpaesse-humanimpfstoffe/archiv-node.html?cms\\_tabcounter=3](https://www.pei.de/DE/arzneimittel/impfstoffe/lieferengpaesse/archiv-lieferengpaesse-humanimpfstoffe/archiv-node.html?cms_tabcounter=3)

PricewaterhouseCoopers GmbH. (2020). *Frauen in der Gesundheitswirtschaft 2020*. Verfügbar unter: <https://www.pwc.de/de/gesundheitswesen-und-pharma/pwc-frauen-in-der-gesundheitswirtschaft-2020.pdf>

PricewaterhouseCoopers GmbH. (2022). *Healthcare Barometer. Teil 1*. Verfügbar unter: <https://www.pwc.de/de/gesundheitswesen-und-pharma/healthcare-barometer.html>

Pufé, I. (2017). *Nachhaltigkeit* (utb-studi-e-book. Bd. 8705, 3., überarbeitete und erweiterte Auflage). UTB GmbH: UVK Verlagsgesellschaft mbH; UVK Lucius. <https://doi.org/10.36198/9783838587059>

Robert Bosch Stiftung. (2021). *Gesundheitszentren für Deutschland*. Verfügbar unter: [https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf/2021-05/Studie\\_Primaerversorgung\\_Gesundheitszentren-fuer-Deutschland.pdf](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. Verfügbar unter: [https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/GEDA2010.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/GEDA2010.pdf?__blob=publicationFile)

Robert Koch-Institut. (2016a). *Faktenblatt zu DEGS1. Prävalenz von körperlicher Gebrechlichkeit (Frailty)*. Verfügbar unter: <https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/3255/23k7CGpirxek.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Robert Koch-Institut. (2016b). *Hepatitis B und D*. Verfügbar unter: [https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber\\_HepatitisB.html#doc2390050bodyText14](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_HepatitisB.html#doc2390050bodyText14)

Robert Koch-Institut. (2017). *Windpocken (Varizellen), Gürtelrose (Herpes zoster)*. Verfügbar unter: [https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber\\_Varizellen.html#doc2374554bodyText14](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_Varizellen.html#doc2374554bodyText14)

Robert Koch-Institut. (2018a). *Diphtherie*. Verfügbar unter: [https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber\\_Diphtherie.html#doc2374528bodyText7](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_Diphtherie.html#doc2374528bodyText7)

Robert Koch-Institut. (2018b). *Influenza*. Verfügbar unter: [https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber\\_Influenza\\_saisonal.html#doc2382022bodyText14](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/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*. Verfügbar unter: [https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/Focus/JoHM\\_02\\_2018\\_Tabak\\_Alkoholkonsum\\_KiGGS-Welle2.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](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*. Verfügbar unter: [https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber\\_Tetanus.html](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_Tetanus.html)

Robert Koch-Institut. (2020a). *Epidemiologisches Bulletin*. Verfügbar unter: [https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2020/Ausgaben/47\\_20.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2020/Ausgaben/47_20.pdf?__blob=publicationFile)

Robert Koch-Institut. (2020b). *Haemophilus influenzae, invasive Infektion*. Verfügbar unter: [https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber\\_HaemophilusInfluenzae.html#doc15215936bodyText14](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_HaemophilusInfluenzae.html#doc15215936bodyText14)

Robert Koch-Institut. (2020c). *Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten für 2020*. Verfügbar unter: [https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Jahrbuch/Jahrbuch\\_2020.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Jahrbuch/Jahrbuch_2020.pdf?__blob=publicationFile)

Robert Koch-Institut. (2021a). *Epidemiologisches Bulletin*. Verfügbar unter: [https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2021/Ausgaben/50\\_21.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2021/Ausgaben/50_21.pdf?__blob=publicationFile)

Robert Koch-Institut, Robert Koch-Institut (RKI) (Mitarbeiter). (2021b). *Gesundheitliche Lage von Erwachsenen in Deutschland – Ergebnisse zu ausgewählten Indikatoren der Studie GEDA 2019/2020-EHIS*. Verfügbar unter: [https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/Focus/JoHM\\_03\\_2021\\_GEDA\\_Gesundheitliche\\_Lage.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/Focus/JoHM_03_2021_GEDA_Gesundheitliche_Lage.pdf?__blob=publicationFile)

Robert Koch-Institut. (2021c). *Masern*. Verfügbar unter: [https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber\\_Masern.html#doc2374536bodyText12](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_Masern.html#doc2374536bodyText12)

Robert Koch-Institut. (2021d). *Poliomyelitis*. Verfügbar unter: [https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber\\_Poliomyelitis.html](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_Poliomyelitis.html)

Robert Koch-Institut. (2021e). *Röteln*. Verfügbar unter: [https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber\\_Roeteln.html#doc2394074bodyText16](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_Roeteln.html#doc2394074bodyText16)

Robert Koch-Institut. (2021f). *Zentrum für Krebsregisterdaten. Krebs in Deutschland für 2017/2018*. Verfügbar unter: [https://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Content/Publikationen/Krebs\\_in\\_Deutschland/kid\\_2021/krebs\\_in\\_deutschland\\_2021.pdf;jsessionid=E64B61360DF9820077B96D40DF616C82.internet072?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Content/Publikationen/Krebs_in_Deutschland/kid_2021/krebs_in_deutschland_2021.pdf;jsessionid=E64B61360DF9820077B96D40DF616C82.internet072?__blob=publicationFile)

Robert Koch-Institut. (2022a). *Epidemiologisches Bulletin*. Verfügbar unter: [https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2022/Ausgaben/46\\_22.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2022/Ausgaben/46_22.pdf?__blob=publicationFile)

Robert Koch-Institut. (2022b). *Fallzahlen Gesamtübersicht*. 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%3DpublicationFile&wdOrigin=BROWSELINK](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%3DpublicationFile&wdOrigin=BROWSELINK)

Robert Koch-Institut. (2022c). *Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME)*. Verfügbar unter: [https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber\\_FSME.html](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_FSME.html)

Robert Koch-Institut. (2022d). *Keuchhusten (Pertussis)*. Verfügbar unter: [https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber\\_Pertussis.html#doc2374534bodyText12](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_Pertussis.html#doc2374534bodyText12)

Robert Koch-Institut. (2023a). *Epidemiologisches Bulletin 22/2023 (22)*. Verfügbar unter: [https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2023/Ausgaben/22\\_23.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2023/Ausgaben/22_23.pdf?__blob=publicationFile)

Robert Koch-Institut. (2023b). *Kinder und Jugendliche – Prävalenz Typ-2-Diabetes*.

Robert Koch-Institut. (2023c). *Mumps*. Verfügbar unter: [https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber\\_Mumps.html#doc13018560bodyText14](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_Mumps.html#doc13018560bodyText14)

- Robert Koch-Institut. (2023d). *Pneumokokken*. Verfügbar unter: [https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/Impfen/Pneumokokken/FAQ-Liste\\_Pneumokokken\\_Impfen.html;jsessionid=5FAE2D7E830CC1666ED423CC0A02E4A9.inter-net062?nn=2398112](https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/Impfen/Pneumokokken/FAQ-Liste_Pneumokokken_Impfen.html;jsessionid=5FAE2D7E830CC1666ED423CC0A02E4A9.inter-net062?nn=2398112)
- Robert Koch-Institut. (2023e). *SURVSTAT@RKI 2.0. Web-basierte Abfrage der Meldedaten gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG)*. Verfügbar unter: <https://survstat.rki.de/>
- Robert Koch-Institut. (2023f). *West-Nil-Fieber im Überblick*. Verfügbar unter: [https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/W/West-NilFieber/West-Nil-Fieber\\_Ueberblick.html](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/W/West-NilFieber/West-Nil-Fieber_Ueberblick.html)
- Ropohl, G. (2012). *Allgemeine Systemtheorie. Einführung in transdisziplinäres Denken* (1. Auflage). Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG. Verfügbar unter: <http://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:bsz:31-epflicht-1188472>
- Schehadat, M. S., Groneberg, D. A., Bauer, J. & Bendels, 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>
- 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. Verfügbar unter: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/978-3-662-59046-1.pdf>
- Statistisches Bundesamt. (2020). *Bildungsstand. Bevölkerung im Alter von 15 Jahren und mehr nach allgemeinen und beruflichen Bildungsabschlüssen nach Jahren*, Statistisches Bundesamt. Verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bildung-Forschung-Kultur/Bildungsstand/Tabellen/bildungsabschluss.html>
- Statistisches Bundesamt. (2021a). *Nachhaltige Entwicklung in Deutschland – Indikatorenbericht 2021*. Verfügbar unter: [https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Nachhaltigkeitsindikatoren/Publikationen/Downloads-Nachhaltigkeit/indikatoren-0230001219004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Nachhaltigkeitsindikatoren/Publikationen/Downloads-Nachhaltigkeit/indikatoren-0230001219004.pdf?__blob=publicationFile)
- Statistisches Bundesamt, Mischler, F. (Mitarbeiter). (2021b). *Verdienstunterschiede zwischen Männern und Frauen*. Verfügbar unter: [https://www.destatis.de/DE/Methoden/WISTA-Wirtschaft-und-Statistik/2021/04/verdienstunterschiede-042021.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Methoden/WISTA-Wirtschaft-und-Statistik/2021/04/verdienstunterschiede-042021.pdf?__blob=publicationFile)
- Statistisches Bundesamt. (2022). *Zensus Newsletter*. 06. Verfügbar unter: [https://www.zensus2022.de/DE/Newsletter/newsletter-10.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=3](https://www.zensus2022.de/DE/Newsletter/newsletter-10.pdf?__blob=publicationFile&v=3)
- Statistisches Bundesamt. (2023a). *Abfallerzeuger, Abfallmengen (gefährliche Abfälle): Deutschland, Jahre, Wirtschaftszweige, Abfallarten (EAV 2-Steller)*. Verfügbar unter: Ergebnis 32151-0001
- Statistisches Bundesamt. (2023b). *Bevölkerung: Deutschland, Stichtag, Geschlecht*. Verfügbar unter: Ergebnis 12411-0003
- Statistisches Bundesamt. (2023). *Body-Mass-Index: Deutschland, Jahre (bis 2017), Gewichtsklassifikation, Geschlecht, Familienstand, Altersgruppen. Ergebnis 12211-9019*. Verfügbar unter: <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?operation=abrufabelleBearbeiten&levelindex=1&levelid=1697617500671&auswahloperation=abrufabelleAuspraegungAuswaehlen&auswahlverzeichnis=ordnungsstruktur&auswahlziel=werteabruf&code=12211-9019&auswahltext=&werteabruf=Werteabruf#abreadcrumb>
- Statistisches Bundesamt. (2023c). *Energieverbrauch: Deutschland, Jahre, Produktionsbereiche*. Verfügbar unter: Ergebnis 85131-0001
- Statistisches Bundesamt. (2023d). *Erwerbslosenquote: Deutschland, Monate, Geschlecht, Altersgruppen, Original- und bereinigte Daten*. Verfügbar unter: Ergebnis 13231-0003
- Statistisches Bundesamt. (2023e). *Erwerbstätigkeit älterer Menschen*. Verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/Aeltere-Menschen/erwerbstaetigkeit.html>
- Statistisches Bundesamt. (2023f). *Gestorbene: Deutschland, Jahre, Todesursachen*. Verfügbar unter: Ergebnis 23211-0001
- Statistisches Bundesamt. (2023g). *Gesundheitspersonal: Deutschland, Jahre, Einrichtungen, Geschlecht*. Verfügbar unter: Ergebnis 23621-0001
- Statistisches Bundesamt. (2023h). *Krankheitskosten: Deutschland, Jahre, Krankheitsdiagnosen (ICD-10), Geschlecht, Einrichtungen*. Verfügbar unter: Ergebnis 23631-0004
- Statistisches Bundesamt. (2023i). *Studierende: Deutschland, Semester, Nationalität, Geschlecht, Studienfach*. Verfügbar unter: Ergebnis 21311-0003
- Statistisches Bundesamt. (2023j). *Verwendung von Energie: Deutschland, Jahre, Produktionsbereiche, Energieträger*. Verfügbar unter: Ergebnis 85131-0002
- Statistisches Bundesamt. (2023k). *VGR des Bundes – Arbeitnehmerentgelt, Löhne und Gehälter (Inländerkonzept): Deutschland, Jahr*. Verfügbar unter: Ergebnis 81000-0007
- Statistisches Bundesamt. (2023l). *Vorausberechneter Bevölkerungsstand: Deutschland, Stichtag, Varianten der Bevölkerungsvorausberechnung*. Verfügbar unter: Ergebnis 12421-0001
- Statistisches Bundesamt. (2023m). *Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, Betten, Patienten, Pfl egetage: Deutschland, Jahre*. Verfügbar unter: Ergebnis 23112-0001
- Statistisches Bundesamt. (2023n). *Wanderungen zwischen Deutschland und dem Ausland: Deutschland, Jahre, Nationalität, Geschlecht, Altersjahre*. Verfügbar unter: Ergebnis 12711-0006
- 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-leistungsfaeigkeit-des-gesundheitswesens-in-krisenzeiten/>
- Transparency International. (2022). *Corruption Perception Index*. Verfügbar unter: <https://www.transparency.org/en/cpi/2021/>

- Trojan, A. & Süß, W. (2020). *Nachhaltigkeit und nachhaltige Gesundheitsförderung*. Verfügbar unter: <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/nachhaltigkeit-und-nachhaltige-gesundheitsfoerderung/>
- Umwelt Gutachter Ausschuss. (2022). *EMAS Statistiken*. Verfügbar unter: [https://www.emas.de/fileadmin/user\\_upload/4-daten-stat/EMAS-TN-Anzahl-Bundeslaender-DIHK.pdf](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*. Verfügbar unter: <https://www.umweltbundesamt.de/bild/anzahl-der-tage-einem-lufttemperatur-maximum-ueber>
- Umweltbundesamt. (2021b). *Bericht des Bundesministerium für Gesundheit und des Umweltbundesamtes an die Verbraucherinnen und Verbraucher über die Qualität vom Wasser für den menschlichen Gebrauch (Trinkwasser) in Deutschland 2017-2019*. Verfügbar unter: [https://www.umweltbundesamt.de/sites/default/files/medien/5750/publikationen/2021-04-06\\_uug\\_01-2021\\_trinkwasserqualitaet\\_0.pdf](https://www.umweltbundesamt.de/sites/default/files/medien/5750/publikationen/2021-04-06_uug_01-2021_trinkwasserqualitaet_0.pdf)
- Umweltbundesamt. (2021c). Einfluss des Klimawandels auf die Morbidität und Mortalität von Atemwegserkrankungen. Verfügbar unter: [https://www.bmu.de/fileadmin/Daten\\_BMU/Pool/Forschungsdatenbank/fkz\\_3717482140\\_einfluss\\_klimawandel\\_auf\\_mortalitaet\\_und\\_morbiditaet\\_aufgrund\\_von\\_atemwegserkrankungen\\_bf.pdf](https://www.bmu.de/fileadmin/Daten_BMU/Pool/Forschungsdatenbank/fkz_3717482140_einfluss_klimawandel_auf_mortalitaet_und_morbiditaet_aufgrund_von_atemwegserkrankungen_bf.pdf)
- Umweltbundesamt. (2021d). *Ressourcenschonung im Gesundheitswesen. Erschließung von Synergien zwischen den Politikfeldern Ressourcenschonung und Gesundheit*. Berechnungen des Frauenhofer ISI basierend auf EXIOBASE v.3.3, Lutter et al. (2018) und Destatis (2020c). Verfügbar unter: [https://www.umweltbundesamt.de/sites/default/files/medien/5750/publikationen/2021-01-25\\_texte\\_15-2021\\_ressourcenschonung\\_gesundheitssektor.pdf](https://www.umweltbundesamt.de/sites/default/files/medien/5750/publikationen/2021-01-25_texte_15-2021_ressourcenschonung_gesundheitssektor.pdf)
- Umweltbundesamt. (2021e). *Zahl der Tage mit Überschreitung des Ozon-Langfristziels (120 µg/m³) zum Schutz der menschlichen Gesundheit, Mittelwert über ausgewählte Stationen*. Verfügbar unter: [https://www.umweltbundesamt.de/sites/default/files/medien/3630/bilder/dateien/5\\_abb\\_ozon-ueberschreitung-120\\_2021-10-22.pdf](https://www.umweltbundesamt.de/sites/default/files/medien/3630/bilder/dateien/5_abb_ozon-ueberschreitung-120_2021-10-22.pdf)
- Umweltbundesamt. (2022). *Beobachtete und künftig zu erwartende globale Klimaänderungen*. Verfügbar unter: <https://www.umweltbundesamt.de/daten/klima/beobachtete-kuenftig-zu-erwartende-globale#zu-erwartende-globale-klimaänderungen>
- Umweltbundesamt. (2022a). *Feinstaub-Belastung*. Verfügbar unter: <https://www.umweltbundesamt.de/daten/luft/feinstaub-belastung#feinstaubkonzentrationen-in-deutschland>
- Umweltbundesamt. (2022b). *Stickstoffdioxid-Belastung*. Verfügbar unter: <https://www.umweltbundesamt.de/daten/luft/stickstoffdioxid-belastung#belastung-durch-stickstoffdioxid>
- Umweltbundesamt. (2023). *Indikator: Bevölkerungsgewichtete Feinstaubbelastung (PM10)*. Verfügbar unter: <https://www.umweltbundesamt.de/indikator-bevoelkerungsgewichtete-0#die-wichtigsten-fakten>
- United Nations. (2016). *The 2030 Agenda for Sustainable Development*. Verfügbar unter: <https://sdgs.un.org/sites/default/files/publications/21252030%20Agenda%20for%20Sustainable%20Development%20web.pdf>
- United Nations. (2023). *Net Reproduction Rate*. Verfügbar unter: <https://population.un.org/dataportal/data/indicators/56/locations/276/start/2000/end/2060/table/pivotbylocation>
- Vereinte Nationen. (1992). *Agenda 21*. Verfügbar unter: [https://www.un.org/Depts/german/conf/agenda21/agenda\\_21.pdf](https://www.un.org/Depts/german/conf/agenda21/agenda_21.pdf)
- Vereinte Nationen. (2023). *THE 17 GOALS*. Verfügbar unter: <https://sdgs.un.org/goals>
- Weltgesundheitsorganisation & Regionalbüro für Europa. (2012). *Gesundheit 2020*. Verfügbar unter: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/344857/9789289000413-ger.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 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>
- Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland. (2020). *Versorgungsatlas. Die ischämische Herzerkrankung in der vertragsärztlichen Versorgung Deutschlands – Zeitliche Trends und regionale Variationen*. Verfügbar unter: [https://www.versorgungsatlas.de/fileadmin/ziva\\_docs/109/VA\\_Bericht\\_20-04\\_IschaemHerzerkrankung\\_2020-08-12.pdf](https://www.versorgungsatlas.de/fileadmin/ziva_docs/109/VA_Bericht_20-04_IschaemHerzerkrankung_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*. Verfügbar unter: [https://www.versorgungsatlas.de/fileadmin/ziva\\_docs/115/VA\\_21-06\\_Bericht\\_Borreliose\\_2021-06-24.pdf](https://www.versorgungsatlas.de/fileadmin/ziva_docs/115/VA_21-06_Bericht_Borreliose_2021-06-24.pdf)
- Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland & 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*. 15. Verfügbar unter: [https://www.iges.com/sites/iges-group/iges.de/myzms/content/e6/e1621/e10211/e10849/e11870/e11874/e11876/attr\\_objjs13054/VA-15-08\\_Kurzbericht-ASK\\_V2final\\_ger.pdf](https://www.iges.com/sites/iges-group/iges.de/myzms/content/e6/e1621/e10211/e10849/e11870/e11874/e11876/attr_objjs13054/VA-15-08_Kurzbericht-ASK_V2final_ger.pdf)
- Zentralstelle der Länder für Gesundheitsschutz bei Arzneimitteln und Medizinprodukten. (2023). *Anerkennung von Medizinischen Laboratorien*. Verfügbar unter: [https://www.zlg.de/medizinprodukte/laboratorien/medizinischen-laboratorien/Zukunft\\_Umwelt\\_Gesellschaft. \(2023\).](https://www.zlg.de/medizinprodukte/laboratorien/medizinischen-laboratorien/Zukunft_Umwelt_Gesellschaft. (2023).)
- Zukunft, Umwelt, Gesellschaft. (2023). *Klimaanpassung in sozialen Einrichtungen*. Verfügbar unter: <https://www.z-ug.org/aufgaben/klimaanpassung-in-sozialen-einrichtungen/>

Vandage GmbH

November 2023

Copyright © Vandage GmbH

---

**Korrespondierender Autor:**

Alena Zeitler

[alena.zeitler@vandage.de](mailto:alena.zeitler@vandage.de)

Detmolder Straße 30, 33604 Bielefeld