

Karin Böhm

ist Diplom-Kauffrau und seit 1989 im Statistischen Bundesamt tätig. Seit September 2018 leitet sie die Gruppe Gesundheit, Soziales.

MÖGLICHKEITEN UND GRENZEN DER GESUNDHEITSTATISTIKEN IN DER CORONA-PANDEMIE

Karin Böhm

↳ **Schlüsselwörter:** Corona-Pandemie – Krankenhausstatistik – Todesursachenstatistik – Gesundheitsbezogene Rechensysteme – Aktualität

ZUSAMMENFASSUNG

Seit Beginn der Corona-Pandemie ist das Interesse an aktuellen Daten der Gesundheitsstatistiken deutlich gestiegen. Kurzfristig gab es wenig Spielraum, auf pandemiebedingte Bedarfe zu reagieren, denn die amtlichen Gesundheitsstatistiken werden überwiegend jährlich ermittelt. Zudem sind sie in dem, was sie abbilden, durch Gesetze und Verordnungen festgelegt. Jedoch hat das Statistische Bundesamt ein Bündel an Maßnahmen mit längerer Perspektive gestartet, die die Aktualität der Daten steigern und die abgebildeten Gesundheitsthemen erweitern sollen. Der Artikel informiert über diese Maßnahmen, zeigt aber auch bestehende Grenzen auf.

↳ **Keywords:** corona pandemic – hospital statistics – causes of death statistics – health-related accounting systems – timeliness

ABSTRACT

Interest in current health data has significantly increased since the start of the corona pandemic. At short notice, there was little scope to react to pandemic-related needs since the official health statistics are mostly determined annually. Apart from that, their content is governed by laws and regulations. With a longer perspective, however, the Federal Statistical Office has introduced a bundle of measures that are designed to increase the timeliness of the data and to expand the health topics shown. This article provides information about the measures but also outlines the existing limitations.

1

Einleitung

Das Statistische Bundesamt hat dem Bundesministerium für Gesundheit bereits wenige Wochen nach dem Beginn der Corona-Pandemie ein Konzept zur Optimierung der Gesundheitsstatistiken vorgelegt. Darin sind verschiedene Maßnahmen angelegt, die die Voraussetzungen für möglichst zeitnahe und aussagekräftige Gesundheitsdaten verbessern sollen. Eine Statistik über Sterbefälle aufgrund von Infektionskrankheiten gehört ebenso dazu wie ein regionalisiertes Gesundheitspersonalmonitoring. Die Maßnahmen prägen die gesundheitsstatistischen Entwicklungsarbeiten des Statistischen Bundesamtes seit Beginn der Pandemie. Im Zuge der Umsetzung konnten die Vorschläge verfeinert und teils neu ausgerichtet werden. Sie lassen neue Möglichkeiten für die Gesundheitsstatistiken erwarten, wie die folgenden Kapitel verdeutlichen:

Kapitel 2 behandelt die Todesursachenstatistik und deren Entwicklungspotenziale, Kapitel 3 die Krankenhausstatistik und ihre Ausbaumöglichkeiten. Den weiteren Aufbau und die Modernisierung der gesundheitsbezogenen Rechensysteme schildert Kapitel 4. Eine Abschätzung der künftigen Situation auf dem Pflegearbeitsmarkt (Kapitel 5) und ein Hinweis auf das Modul „Gesundheit“ im Dashboard Deutschland (Kapitel 6) runden den Beitrag ab. Er schließt mit einem Fazit im siebten Kapitel.

2

Entwicklungspotenziale der Todesursachenstatistik

Die Todesursachenstatistik ist eine jährliche Vollerhebung zu den Sterbefällen in Deutschland. Das Bevölkerungsstatistikgesetz regelt die Erhebung, die Bestattungsgesetze der Länder konkretisieren sie. Die Todesursachenstatistik steht im Dienst der Gesundheitspolitik, die Ergebnisse sind wichtige Grundlage beispielsweise für die Prävention. Bislang liegen bundes-

weite Angaben zu den Todesursachen Mitte August des Folgejahres für das sogenannte Grundleiden¹ vor.

↳ Exkurs

Die Veröffentlichung der Bundesergebnisse der Todesursachenstatistik 2020 zum Zieltermin Mitte August 2021 hängt in besonderer Weise von der termingerechten Aufbereitung aller Länderergebnisse ab. Denn vor der Aufbereitung des Bundesergebnisses muss ein sogenannter Länderaustausch von Angaben zu Sterbefällen stattfinden, deren Sterbeort in einem anderen Bundesland liegt als der Wohnort der verstorbenen Person.

Die Corona-Pandemie hat die Todesursachenstatistik vor neue Herausforderungen gestellt: Im Pandemiefall werden passgenaue und zeitnahe Informationen über diejenigen Sterbefälle benötigt, die im Zusammenhang mit der Infektionskrankheit stehen. Die bisherige Ergebnisbereitstellung verhindert dies. Abhilfe sollen die in den folgenden Abschnitten beschriebenen Maßnahmen schaffen.

2.1 Monatliche Todesursachenstatistik

Das Bevölkerungsstatistikgesetz regelt in § 2 Absatz 6 die Datenlieferung der nach Landesrecht für den Empfang des Totenscheins zuständigen Stellen (das sind in der Regel die Gesundheitsämter) an die Statistischen Ämter der Länder. Die „mindestens monatliche“ Datenlieferung ermöglicht eine monatliche Berichterstattung ohne rechtliche Änderungen. In den statistischen Ämtern laufen daher Vorbereitungen, um die jährliche Todesursachenstatistik um eine monatliche Komponente zu ergänzen. Die Veröffentlichung von ausgewählten vorläufigen Ergebnissen² zu den Todesursachen für einen ersten Monat soll Mitte 2021 erfolgen; in einer der nächsten Ausgaben dieser Zeitschrift wird ein Artikel über die Methodik und erste Ergebnisse informieren. Die Ergebnisse der Todesursachenstatistik für Januar 2021 werden der Öffentlichkeit damit 14 Monate früher zur Verfügung stehen als die Ergebnisse der Todesursachenstatistik für das Jahr 2021.

- 1 Die als Grundleiden bezeichnete Ursache ist definiert als: a) die Krankheit oder Verletzung, die den Ablauf der direkt zum Tode führenden Krankheitszustände auslöste, oder b) die Umstände des Unfalls oder der Gewalteinwirkung, die den tödlichen Ausgang verursachten.
- 2 Vorläufig sind die Ergebnisse, da kein Länderaustausch von Angaben zu Personen stattfindet, die nicht in dem Bundesland ihres Wohnorts verstorben sind.

Die monatliche Berichterstattung ist als iterativer Prozess angelegt: Erster Schritt ist eine Übersicht über die Hauptkapitel der Internationalen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10) sowie einige wichtige Diagnosegruppen wie Suizid und COVID-19. Im nächsten Schritt wird geprüft, inwieweit die Daten beispielsweise nach Alter und Geschlecht weiter differenziert werden können.

Die Ergebnisse der monatlichen Todesursachenstatistik werden die vom Statistischen Bundesamt auf seiner Sonderseite [Corona-Statistiken](#) veröffentlichten vorläufigen Sterbefallzahlen mit Blick auf eine mögliche Übersterblichkeit infolge von COVID-19 ergänzen. Bisher werden für den Vergleich mit den allgemeinen Sterbefallzahlen die Daten der SARS-CoV-2-Meldestatistik des Robert Koch-Instituts herangezogen.

2.2 Pilotierung einer bundeseinheitlichen elektronischen Todesbescheinigung

Die weiteren Entwicklungsmöglichkeiten der Todesursachenstatistik hängen entscheidend davon ab, ob und wie schnell in Deutschland eine elektronische Todesbescheinigung eingeführt wird. Das derzeit von Ärztinnen und Ärzten für die Dokumentation der Leichenschau verwendete Werkzeug mutet wie „aus der Zeit gefallen“ an: ein Papierformular mit mehreren Durchschlägen, in das die Angaben händisch eingetragen werden.

Es ist ein komplexes Unterfangen, den Workflow der Todesbescheinigung zu digitalisieren. Vielfältige technische, rechtliche und anwenderorientierte Aspekte sind zu berücksichtigen. Die Leichenschau ist zudem in den Bestattungsgesetzen der Länder geregelt, was sich nicht zuletzt in landesspezifischen Todesbescheinigungen niederschlägt. Das Bundesministerium für Gesundheit hat das Statistische Bundesamt und das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (im Mai 2020 im Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte aufgegangen) deshalb beauftragt, eine bundeseinheitliche elektronische Todesbescheinigung zu pilotieren, und Fördermittel dafür zur Verfügung gestellt. Das Projekt wird bis 2022 durchgeführt. Nach dem erfolgreichen Abschluss des Pretests eines elektronischen Formulars läuft derzeit die Ausschreibung für die Entwicklung einer Anwendungssoftware für Ärztinnen und Ärzte, damit diese die Daten auf mobilen

Endgeräten erheben können. Die elektronische Kommunikation soll in drei Pilotregionen im Realbetrieb getestet werden. Derzeit wird auch das IT-Fachverfahren der teilnehmenden Gesundheitsämter weiterentwickelt, um eingehende elektronische Todesbescheinigungen nach ihrer Prüfung zeitnah an die Statistischen Ämter der Länder weiterleiten zu können. Die Pilotierung wird von unabhängigen Instituten wissenschaftlich begleitet und der Fachöffentlichkeit vorgestellt. Vom Erfolg der Pilotierung und dem politischen Willen insbesondere in den Ländern wird es abhängen, ob und wie schnell die elektronische Todesbescheinigung zum Einsatz kommen wird.

Das Bevölkerungsstatistikgesetz verweist bislang lediglich auf die Totenscheine der sechzehn Länder.³ Deshalb sollten insbesondere die Datenfelder einer elektronischen Todesbescheinigung, die für die Erstellung der Todesursachenstatistik erforderlich sind, zentral im Bevölkerungsstatistikgesetz benannt werden. Ferner sollten die nach Landesrecht für den Empfang des Totenscheins zuständigen Stellen den Auftrag erhalten, die erforderlichen Korrekturen vorzunehmen, falls fehlerhafte Angaben auf dem Totenschein nach der ersten Leichenschau oder eine nachfolgende Obduktion validere Todesursachen liefern. Eine frühzeitige Änderung des Bevölkerungsstatistikgesetzes könnte die Einführung einer elektronischen Todesbescheinigung deutlich beschleunigen.

2.3 Elektronisches Kodiersystem für Todesursachen

Mit dem elektronischen Kodiersystem Iris verfügen die statistischen Ämter über ein komfortables Instrument, um die Angaben zur Todesursachenstatistik elektronisch zu verarbeiten. Es wird seit mehreren Jahren erfolgreich eingesetzt (Eckert, 2017). Die meisten Statistischen Ämter der Länder nutzen Iris vollumfänglich, einigen Landesämtern dient Iris nur als Kodierhilfe für Signierkräfte, die die Todesursachen manuell kodieren.

3 § 2 Absatz 6 Bevölkerungsstatistikgesetz: Die nach Landesrecht für den Empfang des vertraulichen Teils der ärztlichen Bescheinigung über den Tod (Totenschein) zuständigen Stellen übermitteln den Statistischen Ämtern der Länder mindestens monatlich die mit der Registernummer des Sterbefalleintrags und dem zuständigen Standesamt gekennzeichneten Angaben zu den Todesursachen und den Umständen des Todes nach den Angaben auf dem Totenschein.

Der Einsatz von Iris ist für diejenigen statistischen Ämter erschwert, die die Angaben zur Todesursachenstatistik von den Gesundheitsämtern nach wie vor in Papierform erhalten. Denn Iris setzt zwingend eine vollständige multikausale Kodierung aller auf den Totenscheinen verzeichneten Zustände voraus (Eckert/Vogel, 2018). Die gesetzliche Pflicht für die Gesundheitsämter zur elektronischen Datenlieferung besteht durch §11a Bundesstatistikgesetz. Die Liefervereinbarung für die Todesursachenstatistik hat zudem die technischen Voraussetzungen für eine elektronische Datenlieferung geschaffen. Allerdings zeigen beispielsweise auch die Meldungen zu den Corona-Infektionszahlen an das Robert Koch-Institut, dass die Digitalisierung in manchen Gesundheitsämtern noch nicht im gewünschten Umfang fortgeschritten ist. Dabei könnten sie elektronisch erfasste Angaben für eigene Analyse Zwecke nutzen. Das Rückspielverbot statistischer Angaben schließt es aus, dass die statistischen Ämter Angaben zu den Todesursachen an Gesundheitsämter rückübermitteln.

Wird Iris nur als Kodierhilfe genutzt, bleiben wesentliche Vorteile der elektronischen Kodierung von Todesursachen ungenutzt, beispielsweise die sehr umfangreichen Kodierregeln der ICD-10 einheitlich anzuwenden oder die Angaben multikausal zu kodieren. Die Einführung einer bundeseinheitlichen elektronischen Todesbescheinigung wäre auch für den Einsatz von Iris hilfreich.

2.4 Multikausale Auswertung der Todesursachen

Um Todesursachen multikausal auswerten zu können, müssen die zu verarbeitenden Angaben von hoher Qualität sein. Durch den digitalen Workflow stehen Angaben zu den Todesursachen ohne Informationsverlust für Analyse Zwecke zur Verfügung. Dies trifft insbesondere auf Begleiterkrankungen (Multi-Morbidität) zu, die mit zunehmendem Alter der Verstorbenen eine immer größere Bedeutung erlangen. Erste Testauswertungen von Todesbescheinigungen zeigen, in welchem Ausmaß die bisherige unikausale Auswertung der Todesursachen gewisse Prävalenzen von Krankheiten wie Diabetes mellitus oder Hypertonie unterschätzt. Das Statistische Bundesamt entwickelt derzeit erste Auswertungskonzepte, um das über das Grundleiden hinausgehende Informationspotenzial zu erschließen. Eine multikausale Todesursachenstatistik wird beispielsweise ein vollstän-

digeres Bild über das Ausmaß von am Sterbegeschehen beteiligten Infektionskrankheiten geben. Die erweiterte Datenbasis kann Entscheidungen rund um den Gesundheitsschutz der Bevölkerung unterstützen.

2.5 Vision für die Todesursachenstatistik in Zeiten einer Pandemie

Das Statistische Bundesamt will des Weiteren klären, wie mithilfe neuer Erhebungstechniken, beispielsweise einer App, die Daten einer elektronischen Todesbescheinigung zeitnah in hoher Qualität für befugte Stellen verfügbar gemacht werden können. Eine ausgefüllte elektronische Todesbescheinigung wird es grundsätzlich ermöglichen, nahezu in Echtzeit alle Informationen über Sterbefälle und ihre Ursachen verfügbar zu machen, die momentan länger auf sich warten lassen. Erkenntnisse beispielsweise über Vorerkrankungen der Verstorbenen lägen sofort vor und müssten nicht erst im Laufe der Zeit abgeleitet werden. Was visionär klingt, soll bereits ab Herbst 2021 in ein Konzept einfließen. Viele technische, organisatorische und rechtliche Fragen werden dafür zu klären sein. Das Vorhaben ist auf 24 Monate angelegt.

3

Entwicklungspotenziale der Krankenhausstatistik

Die Krankenhausstatistik ist eine jährliche Vollerhebung bei rund 1900 Krankenhäusern und rund 1100 Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland. Rechtliche Grundlage ist die Krankenhausstatistik-Verordnung. Die Krankenhausstatistik ist eine wesentliche Grundlage für gesundheitspolitische Planungen und Entscheidungen im Zusammenhang mit den von Krankenhäusern erbrachten Leistungen. [↘ Übersicht 1](#)

Die Krankenhausstatistik-Verordnung regelt zwei im Kontext der Möglichkeiten und Grenzen der Gesundheitsstatistiken wichtige Sachverhalte: die Erhebungsmerkmale und die Zeitpunkte, bis zu welchen die Einrichtungen ihre Angaben dem zuständigen Statistischen Landesamt melden müssen. Auf den Lieferterminen baut der Zeitplan der statistischen Ämter für die Aufbereitung und Veröffentlichung der statistischen Angaben auf.

Übersicht 1

Die verschiedenen Teile der Krankenhausstatistik

EVAS ¹	Statistik	Berichtsweg	Zieltermin für die erste Veröffentlichung der Daten 2020
23111	Grunddaten der Krankenhäuser	dezentral	30.08.2021
23112	Grunddaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen	dezentral	30.08.2021
23121	Kosten der Krankenhäuser	dezentral	12.11.2021
23131	Diagnosen der Krankenhauspatienten	dezentral	12.11.2021
23132	Diagnosen der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungspatienten (in Einrichtungen mit mehr als 100 Betten)	dezentral	12.11.2021
23141	Entgeltsysteme im Krankenhaus: DRG ² -Statistik und PEPP ³ -Statistik	zentral	01.09.2021

1 EVAS ist die Abkürzung für Einheitliches Verzeichnis aller Statistiken des Bundes und der Länder.

2 DRG steht für Diagnoses Related Groups (= Fallpauschalen).

3 PEPP: Pauschalierendes Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik.

Der Zeitplan verhindert, dass Entscheidungsträger in einer epidemischen Lage wie der Coronakrise auf der Grundlage möglichst aktueller Ergebnisse der Krankenhausstatistik entscheiden können. Auch wenn für bestimmte Strukturinformationen zu Krankenhäusern weniger ambitionierte Aktualitätsziele als ausreichend erachtet werden, besteht Handlungsbedarf in Bezug auf die Aktualität und Aussagekraft der Statistik.

3.1 Zeitliche Entwicklungsmöglichkeiten der Krankenhausstatistik

Vorrangiges Ziel der Statistischen Ämter von Bund und Ländern ist das Einhalten des Zeitplans 2020 in der laufenden zweiten Stufe einer umfassenden Reform der Krankenhausstatistik. Zusätzlich diskutieren sie mögliche Maßnahmen, wie die Aktualität der Krankenhausstatistik in den Folgejahren weiter zu steigern ist.

Ein Beispiel für diese Diskussionen sind Kompetenz- und/oder Kooperationszentren. Jedes Statistische Landesamt könnte Kernkompetenzen in bestimmten Bereichen oder für bestimmte Prozessschritte entwickeln und in den Statistischen Verbund⁴ einfließen lassen. Unter dem Stichwort „Einer für Alle“ wird die vollständige Übertragung der Bearbeitung einer ganzen Statistik in ein Landesamt diskutiert. Überlegt wird auch, ob die Termine der Grunddaten als die Grundlage für Strukturdaten im stationären Sektor vorgezogen werden können. Der Liefertermin für den Kostennachweis der Kranken-

häuser kann nicht vorverlegt werden, da die Einrichtungen den Nachweis zusammen mit der Bilanz erstellen, die für Ende März des Folgejahres terminiert ist. Eine weitere Möglichkeit, aktuellere Daten zu veröffentlichen, sind Angaben mit deutlich reduziertem Merkmalskranz. Ebenfalls in der Diskussion ist, fehlende Daten zu schätzen. Die Ergebnisse der Statistik zu den Diagnosen der Patientinnen und Patienten in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen sind seit längerem wenig nachgefragt. Ihr Erkenntnisgewinn ist aufgrund der Abschneidegrenze, durch die nur Angaben von Einrichtungen mit mehr als 100 Betten erhoben werden, ohnehin eingeschränkt. Hier wäre es möglich, die Auskunftspflichtigen durch Einstellen der Teilstatistik zu entlasten.

Um die Maßnahmen umsetzen zu können, sind teilweise rechtliche Änderungen der Krankenhausstatistik-Verordnung erforderlich. Der Erfolg der Maßnahmen ist daher auch von der Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit abhängig. Das Statistische Bundesamt will die wesentlichen Schritte der Maßnahmen bis Mitte 2022 voranbringen. Wie viel früher in der Folge die Ergebnisse der Krankenhausstatistik veröffentlicht werden können, ist derzeit noch nicht quantifizierbar.

4 Der Statistische Verbund wird gebildet von den 14 Statistischen Ämtern der Länder und dem Statistischen Bundesamt.

3.2 Krankenhausstatistik nach Standorten

Ab dem Berichtsjahr 2020 ist für die statistische Erfassung einer Einrichtung nicht mehr die Wirtschaftseinheit⁵ maßgeblich, vielmehr sind die meisten Erhebungsmerkmale nach den Standorten der Krankenhäuser zu erfassen.⁶ Ein Standort ist ein Krankenhaus oder Teil eines Krankenhauses und unter anderem als räumlich eindeutig beschreibbarer Ort definiert (GKV-Spitzenverband/Deutsche Krankenhausgesellschaft, 2017). Die eindeutige Abgrenzung von Versorgungseinheiten ist wichtig, da es vermehrt große Krankenhausträger gibt, die mehrere Krankenhäuser an verschiedenen Standorten in gemeinsamer Trägerschaft betreiben. Dazu haben die statistischen Ämter das bundesweite Verzeichnis der Standorte der Krankenhäuser⁷ in die Krankenhausstatistik integriert. Künftig fließen eindeutige Informationen über die regionale Verteilung der Einrichtungen und ihre Ausstattung in die Krankenhausstatistik ein. Für die Auswertung der Daten gelten die Grundsätze der statistischen Geheimhaltung unverändert. Die Erhebungsmerkmale nach Standorten schließen die zweite Stufe der Reform der Krankenhausstatistik ab, die im Berichtsjahr 2018 unter anderem mit der genaueren Erfassung ambulanter Leistungen und des Alters des Krankenhauspersonals gestartet ist.

4

Entwicklungspotenziale der gesundheitsbezogenen Rechensysteme

Die Rechensysteme zu den Gesundheitsausgaben, zu den Krankheitskosten und zum Gesundheitspersonal ermöglichen tiefgehende Analysen des Gesundheitswesens aus unterschiedlichen Blickwinkeln. Fragen zur Höhe und Entwicklung der Gesundheitsausgaben

5 Unter einer Wirtschaftseinheit wird jede organisatorische Einheit verstanden, die unter einheitlicher Verwaltung steht und für die auf Grundlage der kaufmännischen Buchführung ein Jahresabschluss erstellt wird.

6 Ausgenommen sind Ausbildungsplätze, Personal (Anzahl und Vollkräfte) und Kostennachweis.

7 Das bundesweite Verzeichnis der Standorte der Krankenhäuser wird vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft entsprechend dem Verzeichnis nach § 293 Absatz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch geführt.

und zu ihrer Finanzierung, zu den Konsequenzen von Krankheiten für die Volkswirtschaft und zur Struktur der Beschäftigten im Gesundheitswesen stehen dabei im Mittelpunkt. Das Statistische Bundesamt ermittelt mit Ausnahme der Krankheitskosten jährliche Ergebnisse zu den gesundheitsbezogenen Rechensystemen für Deutschland in tiefer fachlicher Gliederung.⁸ Ein Hauptverwendungszweck der Ergebnisse ist die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (www.gbe-bund.de). Die Ergebnisse dienen auch dazu, Lieferpflichten an die Europäische Union, die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung sowie die Weltgesundheitsorganisation zu erfüllen.

4.1 Rechtliche Absicherung der gesundheitsbezogenen Rechensysteme

Drei Säulen bilden die Datenbasis der Rechensysteme: Daten der statistischen Ämter, allgemein zugängliche Quellen sowie Erhebungen bei Institutionen, die über flächendeckende Daten zu den relevanten Sachverhalten verfügen. Beispiele für diese Institutionen sind unter anderem Bundesministerien, Verbände und Körperschaften der Selbstverwaltung der Leistungserbringer im Gesundheitswesen (zum Beispiel die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Kassenärztliche Bundesvereinigung) sowie Krankenkassen und private Krankenversicherer. Die Daten für die Rechensysteme erhält das Statistische Bundesamt von den Datenhaltern auf freiwilliger Basis und zweckgebunden. Über die Jahre hat sich eine vertrauensvolle Zusammenarbeit entwickelt. Grundsätzlicher Nachteil einer freiwilligen Datenlieferung ist jedoch, dass Entwicklungen eintreten können, die eine Abkehr von einer freiwilligen Datenlieferung bewirken, beispielsweise weil Mehrkosten entstanden sind.

Rechtlich geregelt sind bislang die Gesundheitsausgaben- und die Finanzierungsrechnung, und zwar über die Verordnung (EU) 2015/359 der Kommission zur Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 1338/2008 des Europäischen Parlaments und des Rates in Bezug auf Statistiken über die Kosten der Gesundheitsversorgung und ihre Finanzierung. Für die Krankheitskostenrechnung und die Gesundheitspersonalrechnung fehlen entspre-

8 Die Arbeitsgruppe „Gesundheitsökonomische Gesamtrechnungen der Länder“ (www.ggrdl.de) veröffentlicht Ergebnisse für die Bundesländer.

chende Durchführungsverordnungen auf europäischer Ebene. Ohne solche rechtlichen Regelungen sind die Rechensysteme grundsätzlich anfälliger gegenüber Ressourcenbedarfen höher priorisierter Aufgaben als Aufgaben mit entsprechender rechtlicher Grundlage.

Der Entwurf des Gesundheitsausgaben- und -personalstatistikgesetzes sieht vor, statistische Erhebungen über die Gesundheitsausgaben und ihre Finanzierung, über die Krankheitskosten sowie über das bundesweit und regional zur Verfügung stehende Gesundheitspersonal als Bundesstatistiken mit Auskunftspflicht durchzuführen. Das Gesetz soll die regelmäßige Datenlieferung, die Qualität der statistischen Ergebnisse sowie eine aktuelle und zuverlässige Berichterstattung sicherstellen. Es soll Mitte Juni 2021 beschlossen werden und auch in Kraft treten. Die Regelungen des Gesetzes sind in entsprechenden Verordnungen zu konkretisieren. Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, erforderliche Regelungsinhalte der Statistiken nach § 8 Bundesstatistikgesetz sowie nähere Bestimmungen zu ihrer Durchführung durch Rechtsverordnungen zu klären. Die Rechtsverordnungen werden insbesondere den Berichtszeitraum, die Periodizität, die Konkretisierung der Erhebungsmerkmale sowie des Kreises der zu Befragenden und den Zeitpunkt der Datenübermittlung regeln. Die Verordnungsermächtigungen stellen sicher, dass die Statistiken entsprechend des aktuellen Datenbedarfs, der Datenverfügbarkeit und der Operationalisierbarkeit weiterentwickelt werden können.

Die auskunftspflichtigen Stellen werden auch nach Inkrafttreten des Gesundheitsausgaben- und -personalstatistikgesetzes die Datenlieferungen aus den ihnen vorliegenden Daten bedienen können. Das Statistische Bundesamt wird den Umfang und die Detailliertheit der Datenlieferungen – wie bisher – auf das für die jeweilige Statistik erforderliche Mindestmaß beschränken. Dies wird weiterhin dazu beitragen, dass die Datenlieferung zu den gesundheitsbezogenen Rechensystemen für die auskunftspflichtigen Stellen mit einer möglichst geringen Belastung verbunden ist. Die gesundheitsbezogenen Rechensysteme generieren einen Informationsmehrwert, indem sie die entsprechenden sekundärstatistischen Angaben systematisch zusammenführen und strukturiert aufbereiten. Das neue Gesundheitsausgaben- und -personalstatistikgesetz trägt zur hohen Verlässlichkeit der gesundheitsbezogenen Rechensysteme bei.

4.2 Erhebung zum Personal im Öffentlichen Gesundheitsdienst

Die Coronakrise hat die herausragende Bedeutung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes für einen wirksamen Schutz der Gesundheit der Bevölkerung nochmals unterstrichen. Allerdings gibt es bislang keine Statistik, die flächendeckende Angaben zum Personal im öffentlichen Gesundheitsdienst liefern kann. Das Bundesministerium für Gesundheit hat deshalb im Zuge des Pakts für den Öffentlichen Gesundheitsdienst beim Statistischen Bundesamt einen kurzfristigen Bedarf an entsprechenden Daten angemeldet. Für eine solche Erhebung gibt es in Deutschland derzeit keine eigene Rechtsgrundlage, daher führt das Statistische Bundesamt diese Erhebung nach § 7 Bundesstatistikgesetz durch.

Das Statistische Bundesamt wird die Personalausstattung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes zum 1. Februar 2020 (Beginn des Förderzeitraums des Bundes für die Länder) und zum 31. Dezember 2021 nach ausgewählten Merkmalen wie Alter, ausgeübtem Beruf und Art der Beschäftigung erheben. Ausgangs- und Vergleichsbestand werden als Datenbasis für das Monitoring der Personalaufwuchskonzepte der Länder benötigt. Die vorbereitenden Arbeiten für die vergleichsweise kurzfristige Erhebung sind angelaufen. Die Daten sollen über das [Erhebungsportal](#) der statistischen Ämter mit dem Online-Meldeverfahren [IDEV](#) übermittelt werden. Erste Ergebnisse der Erhebung zum Stichtag 1. Februar 2020 sollen bis Ende September 2021 vorliegen. Eine Verordnung zum Gesundheitsausgaben- und -personalstatistikgesetz soll die Details der regelmäßigen Erhebung zum Personal im Öffentlichen Gesundheitsdienst im Rahmen der Gesundheitspersonalrechnung regeln.

4.3 Aufbau eines regionalen Gesundheitspersonalmonitorings

Der Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst benennt auch Pläne des Bundes, ein regionales Gesundheitspersonalmonitoring als Bundesstatistik zu etablieren. Das Monitoring soll das Angebot und die Nachfrage des Personals in bestimmten Einrichtungen des Gesundheitswesens abbilden, um darüber zu informieren, für welche Berufsgruppen ein regionalspezifischer Mangel oder Überschuss besteht beziehungsweise perspektivisch

bestehen kann. Ob die Bevölkerung in Deutschland flächendeckend durch qualifiziertes Gesundheitspersonal adäquat versorgt wird, lässt sich aus den Ergebnissen der Gesundheitspersonalrechnungen derzeit nicht ablesen, weil eine tiefe regionale Differenzierung der Daten fehlt. Ein regionales Gesundheitspersonalmonitoring könnte zudem wichtige Erkenntnisse liefern bei Fragen zur Einführung des Personalbemessungsverfahrens in Pflegeeinrichtungen oder für ein Monitoring des Prozesses der [Konzertierten Aktion Pflege](#).

Auch das regionale Gesundheitspersonalmonitoring soll im Gesundheitsausgaben- und -personalstatistikgesetz rechtlich geregelt werden. Es kann jedoch erst nach Beschluss einer entsprechenden Durchführungsverordnung bearbeitet werden, wenn die Ressourcen für den Aufbau des Monitorings zur Verfügung stehen. Der Aufbau wird im Statistischen Bundesamt schrittweise erfolgen und sich zunächst auf die versorgungsnahen Einrichtungen ambulante und (teil-)stationäre Pflegeeinrichtungen, Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen sowie den Öffentlichen Gesundheitsdienst beziehen.

4.4 Modernisierung der Krankheitskostenrechnung

Die Krankheitskostenrechnung befasst sich mit der Frage: Welche Krankheit verursacht bei wem und in welcher Einrichtung des Gesundheitswesens welche Kosten? Die Angaben werden nach Alter, Geschlecht, Einrichtungen und Diagnosen gegliedert. Aufgrund fehlender Ressourcen liegt die Krankheitskostenrechnung für Deutschland derzeit erst für das Berichtsjahr 2015 vor. In den nächsten Monaten wird das Statistische Bundesamt in einem Projekt den bisherigen methodischen Ansatz der Krankheitskostenrechnung weiterentwickeln. Ziel ist, Mitte 2022 die Krankheitskosten 2020 für Deutschland nach der neuen Methode berechnet zu veröffentlichen und die Krankheitskostenrechnung anschließend regelmäßig ermitteln zu können.

5

Abschätzung der künftigen Situation auf dem Pflegearbeitsmarkt

In den vergangenen Jahren hat das Statistische Bundesamt grundlegende Entwicklungsarbeiten unter anderem zu Projektionen des Personalbedarfs und -angebots in Pflegeberufen geleistet (Afentakis/Maier, 2010, 2013, 2014). An diese Arbeiten knüpft ein weiteres Projekt an: Das Statistische Bundesamt will eine Bestandsaufnahme der Situation auf dem Pflegearbeitsmarkt unmittelbar vor der Corona-Pandemie erstellen, die künftige Nachfrage nach Pflegepersonal und die Entwicklung des Pflegepersonalangebots abschätzen und daraus Aussagen zu möglichen künftigen Engpässen ableiten. Das Projekt zum Pflegearbeitsmarkt ist auf 24 Monate angelegt. Ergebnisse der Bestandsaufnahmen werden bis Mitte 2022 erwartet, Ergebnisse der Vorausberechnungen und Engpassbetrachtungen sollen voraussichtlich bis Ende 2023 vorliegen.


6

Gesundheitsdaten im Dashboard Deutschland

Das Statistische Bundesamt betreibt das Dashboard Deutschland (www.dashboard-deutschland.de) als webbasiertes Datenportal, das sowohl Entscheidungsträger aus Politik und Verwaltung als auch Interessierte der Gesellschaft, der Wirtschaft oder der Medien ansprechen soll. Neben Daten der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder bildet das Dashboard auch Daten verschiedener anderer Institutionen ab. Hierzu zählen unter anderem das Robert Koch-Institut, die Bundesagentur für Arbeit und die Deutsche Bundesbank. Das Modul „Gesundheit“ ist derzeit der meistaufgerufene Aspekt im Dashboard Deutschland; es soll mithilfe eines voraussichtlich im Herbst 2021 startenden Projekts über 24 Monate kontinuierlich fachlich weiterentwickelt und qualitätsgesichert werden.

7

Fazit

So verschieden die beschriebenen Maßnahmen auch sind, sie zielen allesamt darauf, die Erkenntnisse aus der statistischen Arbeit vor und in der Corona-Pandemie zielgerichtet für die Modernisierung der Gesundheitsstatistiken zu nutzen. Die erfolgreiche Umsetzung wird entscheidend von den zur Verfügung stehenden Ressourcen abhängen. Die jährlich beim Statistischen Bundesamt anfallenden Haushaltsausgaben für das regionale Gesundheitspersonalmonitoring sollen im Haushaltsplan des Bundesministeriums für Gesundheit aufgefangen werden. Das Bundesministerium für Gesundheit fördert das Statistische Bundesamt außerdem finanziell bei der Erhebung zum Personal im öffentlichen Gesundheitsdienst. Es ist wichtig, die im Zuge der Entwicklungsarbeiten gewonnenen Erkenntnisse dauerhaft für die Zwecke der Gesundheitsstatistiken zu sichern. 

LITERATURVERZEICHNIS

Afentakis, Anja/Maier, Tobias. [Projektionen des Personalbedarfs und -angebots in Pflegeberufen bis 2025](#). In: Wirtschaft und Statistik. Ausgabe 11/2010, Seite 990 ff.

Afentakis, Anja/Maier, Tobias. *Sind Pflegekräfte aus dem Ausland ein Lösungsansatz, um den wachsenden Pflegebedarf decken zu können?* In: Bundesgesundheitsblatt. Band 56. Ausgabe 8/2013, Seite 1072 ff.

Afentakis, Anja/Maier, Tobias. [Können Pflegekräfte aus dem Ausland den wachsenden Pflegebedarf decken? – Analysen zur Arbeitsmigration in Pflegeberufen im Jahr 2010](#). In: Wirtschaft und Statistik. Ausgabe 3/2014, Seite 173 ff.

Eckert, Olaf. [Verbesserte Qualität der nationalen und internationalen Todesursachenstatistik durch den Kodierkern MUSE](#). In: WISTA Wirtschaft und Statistik. Ausgabe 4/2017, Seite 118 ff.

Eckert, Olaf/Vogel, Ulrich. *Todesursachenstatistik und ICD, quo vadis?* In: Bundesgesundheitsblatt. Band 61. Ausgabe 7/2018, Seite 796 ff.

GKV-Spitzenverband/Deutsche Krankenhausgesellschaft. *Vereinbarung über die Definition von Standorten der Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen gemäß § 2a Abs. 1 KHG*. Berlin 2017. [Zugriff am 30. April 2021]. Verfügbar unter: www.dkgev.de

RECHTSGRUNDLAGEN

Entwurf eines Gesetzes über die Statistiken zu Gesundheitsausgaben und ihrer Finanzierung, zu Krankheitskosten sowie zum Personal im Gesundheitswesen (Gesundheitsausgaben- und -personalstatistikgesetz – GAPStatG), geplant als Artikel 15 des Entwurfs des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG). Bundestags-Drucksache 19/26822 vom 19. Februar 2021. [Zugriff am 3. Mai 2021]. Verfügbar unter: www.bundesgesundheitsministerium.de

Gesetz über die Statistik der Bevölkerungsbewegung und die Fortschreibung des Bevölkerungsstandes (Bevölkerungstatistikgesetz – BevStatG) vom 20. April 2013 (BGBl. I Seite 826), das zuletzt durch Artikel 9 des Gesetzes vom 18. Dezember 2018 (BGBl. I Seite 2639) geändert worden ist.

Gesetz über die Statistik für Bundeszwecke (Bundesstatistikgesetz – BStatG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 20. Oktober 2016 (BGBl. I Seite 2394), das zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 22. Februar 2021 (BGBl. I Seite 266) geändert worden ist.

Verordnung (EU) 2015/359 der Kommission vom 4. März 2015 zur Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 1338/2008 des Europäischen Parlaments und des Rates in Bezug auf Statistiken über die Kosten der Gesundheitsversorgung und ihre Finanzierung (Amtsblatt der EU Nr. L 62, Seite 6).

Verordnung über die Bundesstatistik für Krankenhäuser (Krankenhausstatistik-Verordnung – KHStatV) vom 10. April 1990 (BGBl. I Seite 730), die zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 10. Juli 2017 (BGBl. I Seite 2300) geändert worden ist.

Herausgeber
Statistisches Bundesamt (Destatis), Wiesbaden

Schriftleitung
Dr. Daniel Vorgrimler
Redaktion: Ellen Römer

Ihr Kontakt zu uns
www.destatis.de/kontakt

Erscheinungsfolge
zweimonatlich, erschienen im Juni 2021
Ältere Ausgaben finden Sie unter www.destatis.de sowie in der [Statistischen Bibliothek](#).

Artikelnummer: 1010200-21003-4, ISSN 1619-2907

© Statistisches Bundesamt (Destatis), 2021
Vervielfältigung und Verbreitung, auch auszugsweise, mit Quellenangabe gestattet.