

Gesundheitspersonalrechnung



2017

Erscheinungsfolge: unregelmäßig
Erschienen am 18/12/2018

Ihr Kontakt zu uns:

www.destatis.de/kontakt

Telefon:+49 (0) 611/75-2405

© Statistisches Bundesamt (Destatis), 2018

Vervielfältigung und Verbreitung, auch auszugsweise, mit Quellenangabe gestattet.

Kurzfassung

- 1 Allgemeine Angaben zur Statistik** **Seite 3**
- *Geltungsbereich:* Gesundheitspersonalrechnung des Bundes (EVAS-Nr. 23621)
 - *Statistische Einheiten:* Beschäftigte und Vollzeitäquivalente (Vollkräfte) in 1 000
 - *Rechtsgrundlage:* Verordnung (EG) Nr. 1338/2008 zu Gemeinschaftsstatistiken über öffentliche Gesundheit und über Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz
 - *Periodizität:* jährlich
 - *Regionale Gliederung:* Deutschland
- 2 Inhalte und Nutzerbedarf** **Seite 4**
- *Inhalte der Statistik:* Beschäftigte im Gesundheitswesen in Deutschland nach Alter, Geschlecht, Berufen, Einrichtungen und Art der Beschäftigung (in Beschäftigungsverhältnissen); Beschäftigte im Gesundheitswesen in Deutschland nach Alter, Geschlecht, Berufen und Einrichtungen (in Vollzeitäquivalente)
 - *Nutzerbedarf:* Öffentlichkeit, Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE), Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Forschungsinstitute, Verbände, Universitäten, Statistisches Amt der Europäischen Union (Eurostat), Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD), Weltgesundheitsorganisation (WHO)
- 3 Methodik** **Seite 6**
- *Vorgehensweise bei der Datenberechnung:* Sekundärstatistik; Zusammenführung aller geeigneten amtlichen und nichtamtlichen Daten zu den Beschäftigten im Gesundheitswesen in Deutschland.
- 4 Genauigkeit und Zuverlässigkeit** **Seite 6**
- *Qualitative Gesamtbewertung der Genauigkeit:* Die Ergebnisqualität der Gesundheitspersonalrechnung hängt von der Qualität der Basisstatistiken ab. Ein Großteil der Basisstatistiken stellen Vollerhebungen dar, daher weisen die Ergebnisse der Gesundheitspersonalrechnung nur vereinzelt Zufallsfehler auf.
 - *Qualität der Datenquellen:* Um systematische Fehler in den Basisstatistiken zu erkennen werden die Ausgangsdaten vor der Eingabe in das Rechenwerk auf Plausibilität und Vollständigkeit geprüft.
- 5 Aktualität und Pünktlichkeit** **Seite 7**
- *Aktualität:* 11 Monate nach Ablauf des aktuellen Berichtsjahres
 - *Pünktlichkeit:* Veröffentlichung in der Regel im Dezember des Folgejahres
- 6 Vergleichbarkeit** **Seite 7**
- *Räumliche Vergleichbarkeit:* Ergebnisse für Deutschland; weitgehende internationale Vergleichbarkeit der Beschäftigten nach Berufen auf Grundlage der Klassifikation der Berufe "KldB 2010"; eingeschränkte internationale Vergleichbarkeit der Beschäftigten nach Einrichtungen des Gesundheitswesens in Anlehnung an das Systems of Health Accounts 2011 (SHA2011) der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD), der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und dem Statistischen Amt der Europäischen Union (Eurostat).
 - *Zeitliche Vergleichbarkeit:* Es liegen vergleichbare Ergebnisse ab dem Berichtsjahr 2000 nach den Dimensionen "Einrichtung und Geschlecht" vor. Nach den Dimensionen "Beruf", "Beschäftigungsart" und "Alter" stehen vergleichbare Ergebnisse ab dem Berichtsjahr 2012 zur Verfügung.
- 7 Kohärenz** **Seite 7**
- Enge Verzahnung mit der Gesundheitsausgaben- und Krankheitskostenrechnung des Statistischen Bundesamtes
- 8 Verbreitung und Kommunikation** **Seite 7**
- Detaillierte Daten zur Gesundheitspersonalrechnung sind über die Tabellen zur Gesundheitspersonalrechnung (23621) in der Datenbank GENESIS-Online des Statistischen Bundesamtes oder im Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes abrufbar.
- 9 Sonstige fachstatistische Hinweise** **Seite 8**
- Keine sonstigen fachstatistischen Hinweise.

1 Allgemeine Angaben zur Statistik

1.1 Geltungsbereich

Die Gesundheitspersonalrechnung erfasst alle im deutschen Gesundheitswesen tätigen Personen, unabhängig davon, welchen Beruf sie ausüben. Unter den Beschäftigten werden Beschäftigungsfälle nachgewiesen, so dass Personen mit mehreren Arbeitsverhältnissen in verschiedenen Einrichtungen auch mehrfach gezählt werden. Dies unterscheidet sich vom Erwerbstätigenkonzept, das in der Erwerbstätigenrechnung der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen des Bundes Anwendung findet.

1.2 Statistische Einheiten (Darstellungseinheiten)

Die Darstellung der Beschäftigten im Gesundheitswesen zum 31.12. des jeweiligen Berichtsjahres erfolgt in Beschäftigungsverhältnissen und Vollzeitäquivalenten in 1.000.

1.3 Räumliche Abdeckung

Deutschland

Die Arbeitsgruppe Gesundheitsökonomische Gesamtrechnungen der Länder (AG GGRdL) berechnet Angaben für alle Bundesländer auf Grundlage der Bundesergebnisse. Die Länderergebnisse sind weniger tief gegliedert als die Bundesergebnisse und werden ab dem Berichtsjahr 2008 veröffentlicht.

1.4 Berichtszeitraum/-zeitpunkt

Die Ergebnisse beziehen sich auf den 31.12. des jeweiligen Berichtsjahres.

1.5 Periodizität

Jährlich (ab Berichtsjahr 2000).

1.6 Rechtsgrundlagen und andere Vereinbarungen

Die Erfassung der Humanressourcen im Bereich der Gesundheitsversorgung sind in der Verordnung (EG) Nr. 1338/2008 zu Gemeinschaftsstatistiken über öffentliche Gesundheit und über Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz festgelegt.

Allgemeine Regelungen enthält das Bundesstatistikgesetz (BStatG) .

1.7 Geheimhaltung

1.7.1 Geheimhaltungsvorschriften

Die Gesundheitspersonalrechnung ist eine Sekundärstatistik, deren Datengrundlage ausschließlich aus Daten besteht, die bereits in anderen Statistiken veröffentlicht sind. Daneben ist durch die Darstellung der Ergebnisse in 1.000 die Gefahr einer Entschlüsselung persönlicher Daten einzelner Merkmalsträger ebenfalls nicht gegeben.

1.7.2 Geheimhaltungsverfahren

Darstellung der Ergebnisse in 1.000.

1.8 Qualitätsmanagement

1.8.1 Qualitätssicherung

Die Qualität der Gesundheitspersonalrechnung hängt entscheidend von den rund 30 verwendeten Basisstatistiken ab. Das Statistische Bundesamt stimmt sich mindestens jährlich im Rahmen der Datenakquisition mit den Datenhaltern der Basisstatistiken ab. Unplausible Fälle werden vor der Berechnung abgeklärt. Unschärfen treten insbesondere dann auf, wenn sie in den zugrundeliegenden Basisstatistiken bereits vorhanden sind. Eine Minimierung dieser (teilweise bekannten) Ungenauigkeiten wird im Einzelfall - je nach Einrichtung, Beruf und Datenquelle - auf unterschiedliche Weise erzielt, z.B. durch Zusammenführung unterschiedlicher Datenquellen, Hinzuschätzung ausgewählter Bereiche oder Direktzuordnungen. Hinzu kommen Plausibilitätsprüfungen sowie eine kontinuierliche Verbesserung der Datengrundlage und Berechnungsmethoden durch regelmäßige (rückwirkende) Revisionen der Gesundheitspersonalrechnung.

Zudem werden im Prozess der Statistikerstellung vielfältige Maßnahmen durchgeführt, die zur Sicherung der Qualität der Daten beitragen. Die Maßnahmen zur Qualitätssicherung, die an einzelnen Punkten der Statistikerstellung ansetzen, werden bei Bedarf angepasst und um standardisierte Methoden der Qualitätsbewertung und -sicherung ergänzt. Zu diesen standardisierten Methoden zählt auch dieser Qualitätsbericht, in dem alle wichtigen Informationen zur Datenqualität zusammengetragen sind.

1.8.2 Qualitätsbewertung

Die stichprobenbedingten und nicht-stichprobenbedingten Fehler der rund 30 verwendeten Basisstatistiken können grundsätzlich auch in den Ergebnissen der Gesundheitspersonalrechnung enthalten sein; hinzu kommen mögliche Verzerrungen durch Schätzverfahren sowie die Fortschreibung von Zeitreihen. Es ist jedoch zu beachten, dass es sich bei den meisten Basisstatistiken um Vollerhebungen von hoher Qualität handelt und Schätzungen nur in Randbereichen vorgenommen werden, wo belastbare Daten fehlen. Eine Quantifizierung des Gesamtfehlers ist auf Grund dieser Sachlage nicht zweifelsfrei möglich. Insgesamt ist von einer guten Datenqualität auszugehen.

2 Inhalte und Nutzerbedarf

2.1 Inhalte der Statistik

2.1.1 Inhaltliche Schwerpunkte der Statistik

Die Gesundheitspersonalrechnung erfasst die Beschäftigten im Gesundheitswesen zum 31.12. des jeweiligen Berichtsjahres in Beschäftigungsverhältnissen nach Alter, Geschlecht, Berufen, Einrichtungen und Art der Beschäftigung sowie Vollzeitäquivalente nach Alter, Geschlecht, Berufen und Einrichtungen (jeweils in 1.000).

Zu den Beschäftigten rechnen im Einzelnen Selbständige, mithelfende Familienangehörige, Beamtinnen/Beamte, Angestellte, Arbeiterinnen/Arbeiter, Personen im Bundesfreiwilligendienst, Zivildienst oder freiwilligen sozialen Jahr sowie Praktikantinnen/Praktikanten. Den Beschäftigten werden auch zugeordnet: Erkrankte, Personen, die Übungen bei der Bundeswehr ableisten und alle sonstigen vorübergehend Abwesenden, Streikende und von Aussperrung betroffene Personen, solange das Arbeitsverhältnis nicht gelöst ist.

Nicht zu den Beschäftigten im Gesundheitswesen gezählt werden Personen in einem Ausbildungsverhältnis, ehrenamtlich Tätige sowie Beschäftigte, die als Beauftragte aus anderen Wirtschaftsbereichen (zum Beispiel Reinigungskräfte) in Einrichtungen des Gesundheitswesens tätig sind.

2.1.2 Klassifikationssysteme

Der Gliederung der Einrichtungen des Gesundheitswesens liegt die entsprechende Klassifikation der Gesundheitsrechnungssysteme des Statistischen Bundesamtes zugrunde. Sie ist für alle drei Rechen-systeme (Gesundheitsausgaben-, Krankheitskosten- und Gesundheitspersonalrechnung) weitgehend deckungsgleich.

Die Berufe der Gesundheitspersonalrechnung werden auf Grundlage der Klassifikation der Berufe "KldB 2010" ausgewiesen.

2.1.3 Statistische Konzepte und Definitionen

Methodischer Ausgangspunkt für die Abgrenzung des Gesundheitspersonals ist die Definition des Gesundheitswesens im SHA2011, eines von OECD, WHO und Eurostat vorgelegten Referenzsystems, das vor allem für die nationalen Gesundheitsausgabenrechnungen einen einheitlichen Definitionsrahmen vorgibt und internationale Vergleiche erleichtert. Dem zufolge fließen Tätigkeiten aus dem Gesundheits-, Sozial- oder Umweltbereich in die Gesundheitspersonalrechnung ein, wenn sie primär der Sicherung, der Vorbeugung oder der Wiederherstellung von Gesundheit dienen. Außen vor bleiben somit jene Beschäftigte, die die Gesundheit im weiteren Sinne fördern. Dies sind zum Beispiel Beschäftigte in Altenwohnheimen, wo die Bewältigung oder Linderung von Gesundheitsproblemen nicht vornehmliches Ziel der Beschäftigung ist.

Die in der Gesundheitspersonalrechnung ausgewiesenen **Berufe** lassen sich anhand der KldB 2010 in die folgenden Berufsgruppen unterteilen. Innerhalb dieser Berufsgruppen werden Beschäftigtenzahlen nach Berufen von der Gesundheitspersonalrechnung auf der tiefsten Ebene der KldB 2010 (Fünfsteller) ausgewiesen:

624 Verkauf von drogerie- und apothekenüblichen Waren, Sanitäts- und Medizinbedarf

732 Verwaltung

733 Medien-, Dokumentations- und Informationsdienste

811 Arzt- und Praxishilfe

812 Medizinisches Laboratorium

813 Gesundheits- und Krankenpflege, Rettungsdienst und Geburtshilfe

814 Human- und Zahnmedizin

816 Psychologie und nichtärztliche Psychotherapie

817 Nichtärztliche Therapie und Heilkunde

818 Pharmazie

821 Altenpflege

822 Ernährungs- und Gesundheitsberatung, Wellness

825 Medizin-, Orthopädie- und Rehathechnik

831 Erziehung, Sozialarbeit, Heilerziehungspflege

In einer weiteren Berufsgruppe, den so genannten **anderen Berufen** im Gesundheitswesen, werden all diejenigen Berufe im Gesundheitswesen zusammengefasst, die nicht einer der bereits genannten Berufsgruppen zugeordnet werden können. Beispiele hierfür sind das Reinigungs- und Küchenpersonal in Krankenhäusern, Kurierdienste der Apotheken und Handwerkerinnen/Handwerker, deren Arbeitgeberinnen/Arbeitgeber Einrichtungen des Gesundheitswesens sind.

Neben der fachlichen Gliederung nach Berufsgruppen bzw. Berufen können die Beschäftigten im deutschen Gesundheitswesen auch nach der **Art der Einrichtung**, in der sie tätig sind, ausgewiesen werden. Auf einer aggregierten Ebene werden sieben Einrichtungen unterschieden: Gesundheitsschutz, ambulante Einrichtungen, stationäre und teilstationäre Einrichtungen, Rettungsdienste, Verwaltung, sonstige Einrichtungen und Vorleistungsindustrien.

Die Einrichtungen des **Gesundheitsschutzes** umfassen kommunale Einrichtungen wie Gesundheitsämter, Einrichtungen der Länder mit Aufgaben wie Wasserschutz, Lebensmittelkontrolle, Lebensmittelüberwachung, Kommunalhygiene und Umweltmedizin, Landesgesundheitsbehörden sowie Einrichtungen des Bundes wie beispielsweise die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin beziehungsweise die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Neben den Praxen der Ärztinnen/Ärzte, Zahnärztinnen/Zahnärzte sowie der sonstigen medizinischen Berufe sind es die Apotheken und der Einzelhandel, die die **ambulante Gesundheitsversorgung** der Bevölkerung sicherstellen. Des Weiteren gehören hierzu die Einrichtungen der ambulanten Pflege.

Unter den **Einrichtungen der stationären und teilstationären Gesundheitsversorgung** werden Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sowie Einrichtungen der (teil-)stationären Pflege subsumiert.

Rettungsdienste beinhalten die Leistungen des Krankentransportes und der Notfallrettung. Sie können sowohl öffentlich als auch privat organisiert sein. Die Aufgabe des Rettungsdienstes besteht in der Durchführung lebensrettender Maßnahmen bei lebensbedrohlich Verletzten oder Erkrankten am Einsatzort, der Herstellung der Transportfähigkeit dieser Personen und der fachgerechten Betreuung mit besonders ausgestatteten Rettungsmitteln zur Beförderung in eine für die weitere Versorgung geeignete Behandlungseinrichtung.

Zu den **Verwaltungseinrichtungen** zählen die Einrichtungen der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung, der Renten-, Unfall- und Pflegeversicherung sowie der Medizinische Dienst der Krankenkassen und die Gesundheitsministerien.

In den **sonstigen Einrichtungen** des Gesundheitswesens werden Beschäftigte ausgewiesen, die einen medizinischen Gesundheitsberuf (ohne Tiermedizin) ausüben oder einem Beruf in der Altenpflege oder in der Medizin-, Orthopädie- und Reha-technik nachgehen und nicht in einer der definierten Einrichtungen des Gesundheitswesens arbeiten.

In den **Vorleistungsindustrien** werden Vorleistungen ausschließlich für das Gesundheitswesen produziert. Ihm gehören die pharmazeutische, die medizintechnische und die augenoptische Industrie, der Großhandel und die Handelsvermittlung sowie die medizinischen und zahnmedizinischen Laboratorien an.

In der Gesundheitspersonalrechnung werden die Beschäftigten nach ihrer **Beschäftigungsart** ermittelt. Hierbei wird nach Vollzeit-, Teilzeit- und geringfügiger Beschäftigung unterschieden:

Der Begriff **Vollzeitbeschäftigte** bezeichnet Personen, deren regelmäßige Arbeitszeit die übliche volle Zahl von Wochenarbeitsstunden (z.B. 40 Stunden) beträgt. Beschäftigte, die weniger als die regelmäßige volle Wochenarbeitszeit eines Vollzeitbeschäftigten tätig sind, werden als **Teilzeitbeschäftigte** nachgewiesen. Eine **geringfügige Beschäftigung** üben all diejenigen Personen aus, die einem sogenannten 450-Euro-Job - auch Mini-Job - genannt oder einer kurzfristigen geringfügigen Beschäftigung nachgehen. Im Gesundheitswesen ist die Differenzierung nach der Art der Beschäftigung von besonderem Interesse, da deutliche Abweichungen zur Gesamtwirtschaft feststellbar sind.

Neben den drei Beschäftigungsarten (Vollzeit-, Teilzeit- und geringfügige Beschäftigung) werden auch die so genannten **Vollzeitäquivalente** ausgewiesen. Vollzeitäquivalente geben die Anzahl der auf die volle vertragliche Arbeitszeit umgerechneten Beschäftigten an. Eine Vollzeitäquivalente entspricht dabei einem Vollzeitbeschäftigten. Die Krankenhaus- und Pflegestatistik sowie die Personalstatistik für den öffentlichen Dienst weisen zusätzlich zu den Beschäftigtenzahlen auch die Vollzeitäquivalente aus. In diesen Fällen fand keine Eigenberechnung statt, die Angaben zu den Vollzeitäquivalenten wurden direkt übernommen. Ansonsten werden die Vollzeitäquivalente durch allgemeine Faktoren (Vollzeitbeschäftigte= Faktor "1", Teilzeitbeschäftigte=Faktor "0,5", geringfügig Beschäftigte= Faktor "0,2") ermittelt. Künftig werden die Vollzeitäquivalenten wieder auf Basis der aus dem Mikrozensus gewonnenen Informationen über die tatsächlich geleistete Arbeitszeit der Vollzeit-, Teilzeit- beziehungsweise geringfügig Beschäftigten berechnet, so wie es bereits vor der grundlegenden Revision der Gesundheitspersonalrechnung praktiziert wurde.

2.2 Nutzerbedarf

National: Öffentlichkeit, Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE), Bundesministerien, darunter insbesondere das Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Forschungsinstitute, Verbände, Universitäten, Medien und Unternehmen des Gesundheitswesens.

International: Eurostat - Unit of Health and Food Safety; OECD - Health Division; WHO - Health Information and Evidence Unit.

2.3 Nutzerkonsultation

Beratungen mit Nutzervertretern auf nationaler Ebene (u.a. Bundesministerium für Gesundheit) und internationaler Ebene (Eurostat, OECD und WHO); Nutzerkonferenzen, Symposien und Informationsveranstaltungen.

3 Methodik

3.1 Basisstatistiken

Für die Berechnung der Gesundheitspersonalrechnung werden Daten aus rund 30 Datenquellen zusammengefasst. Neben den jährlichen Statistiken für einzelne Einrichtungen des Gesundheitswesens (Krankenhäuser, Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, ambulante bzw. (teil-)stationäre Pflegeeinrichtungen etc.) zählen insbesondere die Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit über die sozialversicherungspflichtig und geringfügig Beschäftigten, die Ergebnisse des Mikrozensus sowie weitere Statistiken verschiedener Berufsverbände (Bundesärztekammer, Bundeszahnärztekammer etc.) zu den wichtigsten erwerbsstatistischen Quellen.

Das 3. Geschlecht wird in den Basisstatistiken nicht ausgewiesen und kann daher in der Gesundheitspersonalrechnung nicht veröffentlicht werden.

3.2 Vorgehensweise bei der Datenberechnung

Bei der Gesundheitspersonalrechnung handelt es sich um ein sekundärstatistisches Rechenwerk, das die im Bereich des Gesundheitswesens zum Berechnungszeitpunkt verfügbaren erwerbsstatistischen Datenquellen - wie Verwaltungsdaten, Stichprobenerhebungen, Geschäfts- und Jahresberichte - zur Ermittlung der Beschäftigten im Gesundheitswesen zusammenführt. Insgesamt fließen in die Gesundheitspersonalrechnung zurzeit etwa 30, auf unterschiedlichen Berichtswegen gewonnene, Statistiken ein. Datenlücken werden durch Schätzungen und den Einsatz mathematisch-statistischer Prognoseverfahren geschlossen.

Zusätzlich erfolgen zu jedem Veröffentlichungstermin Konsistenzprüfungen mit Ergebnissen der Erwerbstätigenrechnung der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen des Bundes.

3.3 Preis- und Saisonbereinigung; andere Analyseverfahren

keine

3.4 Beantwortungsaufwand

Da es sich bei der Gesundheitspersonalrechnung um ein Gesamtrechensystem handelt, in dem bereits vorliegende Ergebnisse von Primär-, Sekundärerhebungen oder administrativen Datenquellen weiterverarbeitet werden, findet keine zusätzliche Belastung der Auskunftgebenden statt. Eine zusätzliche Belastung kann im Rahmen der Datenakquisition für die Datenhalter der Basisstatistiken entstehen, die ihre Ergebnisse dem Statistischen Bundesamt freiwillig zur Verfügung stellen. Da die entsprechenden Daten nicht immer in der erforderlichen Form vorliegen, ist es in manchen Fällen unvermeidlich, Sonderauswertungen zu erstellen.

4 Genauigkeit und Zuverlässigkeit

4.1 Qualitative Gesamtbewertung der Genauigkeit

Die Qualität der Ergebnisse der Gesundheitspersonalrechnung hängt maßgeblich von der Qualität der Basisstatistiken ab. Ein Großteil der Statistiken, insbesondere im stationären Bereich, stellen Vollerhebungen dar. Daher weisen die Ergebnisse der Gesundheitspersonalrechnung nur vereinzelt Zufallsfehler auf. Zum Teil gehen Stichprobendaten aus dem Mikrozensus kombiniert mit Daten aus Vollerhebungen in die Gesundheitspersonalrechnung ein.

4.2 Qualität der Datenquellen

Für die Berechnung des Gesundheitspersonals werden grundsätzlich alle bekannten und infrage kommenden Datenquellen mit Ergebnissen zum Thema berücksichtigt.

Ein wichtiger Teil der Basisstatistiken (zum Beispiel Krankenhausstatistik, Pflegestatistik) unterliegt den Qualitätskriterien der amtlichen Statistik, Methodenbeschreibungen dazu sind den jeweiligen Qualitätsberichten zu entnehmen. Die anderen Statistiken werden i.d.R. durch die entsprechenden Datenhalter intern validiert.

Um systematische Fehler in den Basisstatistiken zu erkennen und ggf. zu korrigieren werden die Ausgangsdaten vor der Eingabe in das Rechenwerk umfassend auf Vollständigkeit und Plausibilität geprüft. Bei Unstimmigkeiten wird Kontakt mit dem Datenhalter aufgenommen.

4.3 Revisionen

4.3.1 Revisionsgrundsätze

Unter einer Revision versteht man die Überarbeitung der Ergebnisse zum Beispiel durch die Berücksichtigung neuer Daten, neuer Statistiken und/oder verbesserter Methoden in das Rechenwerk. Um methodische Brüche zu vermeiden, wird bei Revisionen der Gesundheitspersonalrechnung dem Zeitreihenvergleich Priorität eingeräumt, das heißt neue Datenquellen werden in der Regel nur dann einbezogen, wenn sie auch für zurückliegende Berichtsjahre verfügbar sind.

Eine Ausnahme bildet die Revision im Jahr 2015, in der die Berechnung und Veröffentlichung der Beschäftigtenzahlen nach Berufen auf die Berufsklassifikation "KldB 2010" umgestellt wurde. Tief gegliederte Daten nach allen Dimensionen der Gesundheitspersonalrechnung wurden ausschließlich für die Berichtsjahre 2012 und 2013 aus der Beschäftigungsstatistik von der Bundesagentur für Arbeit zur Verfügung gestellt. Daher erfolgte die letzte Revision der

Gesundheitspersonalrechnung im Jahr 2015 rückwirkend bis zum Berichtsjahr 2000 ausschließlich nach den Dimensionen "Einrichtung und Geschlecht".

4.3.2 Revisionsverfahren

Unter einer Revision versteht man die Überarbeitung der Ergebnisse zum Beispiel durch die Berücksichtigung neuer Daten, neuer Statistiken und/oder verbesserter Methoden in das Rechenwerk.

Kleinere Revisionen werden jährlich durchgeführt, um die Ergebnisse der Gesundheitspersonalrechnung zu aktualisieren. Große Revisionen verfolgen meist das Ziel einer methodischen und/oder inhaltlichen Weiterentwicklung des Rechensystems.

Gründe für Revisionen sind zum Beispiel

- die Implementierung neuer Konzepte, Definitionen, Klassifikationen und ähnliches in das Rechenwerk;
- der Einbezug neuer Datenquellen;
- die Einführung neuer, bislang nicht verwendeter statistischer Berechnungsgrundlagen;
- die Anwendung neuer Berechnungsmethoden;
- die Erhöhung der internationalen Vergleichbarkeit.

4.3.3 Revisionsanalysen

Bei Revisionen wird die Abweichung zwischen bislang berechneten Werten, einer ersten revisionsbedingten Schätzung und dem endgültigen Ergebnis untersucht. Bevor neue Datenquellen in die Gesundheitspersonalrechnung aufgenommen werden, wird eine Analyse der Datenquellen über die gesamte Zeitreihe durchgeführt. Hierbei wird die Entwicklung der neuen Datenquelle über alle Veröffentlichungsjahre mit bereits vorliegenden Datenquellen verglichen.

5 Aktualität und Pünktlichkeit

5.1 Aktualität

Die Veröffentlichung der Ergebnisse erfolgt etwa 11 Monate nach Ablauf des aktuellen Berichtsjahres.

5.2 Pünktlichkeit

Die Ergebnisse der Gesundheitspersonalrechnung für ein bestimmtes Berichtsjahr werden in der Regel im Dezember des Folgejahres veröffentlicht. Revisionsbedingt kann der Veröffentlichungstermin verlegt werden.

6 Vergleichbarkeit

6.1 Räumliche Vergleichbarkeit

Inhaltlich orientiert sich die Gesundheitspersonalrechnung bei der Abgrenzung des Gesundheitspersonals nach Einrichtungen an dem SHA2011. Länderübergreifende Vergleiche des Gesundheitspersonals nach Einrichtungen sind daher je nach Art der Einrichtung uneingeschränkt oder mit gewissen Einschränkungen möglich.

Die Gesundheitspersonalrechnung weist die Beschäftigten nach Berufen nach der Klassifikation der Berufe "KldB 2010" aus. Die KldB 2010 ist weitgehend mit der ISCO-08 Klassifikation (International Standard Classification of Occupations) der Internationalen Arbeitsorganisation (ILO) harmonisiert. Hierdurch können die Beschäftigtenzahlen nach Berufen länderübergreifend miteinander verglichen werden.

6.2 Zeitliche Vergleichbarkeit

Zeitlich vergleichbare Daten zu den Beschäftigten im Gesundheitswesen liegen seit dem Berichtsjahr 2000 nach den Dimensionen „Einrichtung und Geschlecht“ vor. Tief gegliederte Daten nach den Merkmalen „Beruf“, „Alter“ und „Beschäftigungsart“ stehen ab dem Berichtsjahr 2012 zur Verfügung.

7 Kohärenz

Bei der Entwicklung der drei Gesundheitsrechensysteme (Gesundheitsausgaben-, Krankheitskosten- und Gesundheitspersonalrechnung) wurde ausdrücklich Wert auf ihre inhaltliche Verzahnung über die Einrichtungsebene gelegt; die Klassifikation der Einrichtungen des Gesundheitswesens ist in allen drei Rechensystemen weitgehend deckungsgleich.

8 Verbreitung und Kommunikation

8.1 Verbreitungswege

Pressemitteilungen

Entfällt.

Veröffentlichungen

In unregelmäßigen Abständen erfolgen anlassbezogene Pressemitteilungen sowie themenbezogene Aufsätze in Wirtschaft und Statistik.

Online-Datenbank

Online Datenbank: Daten zur Gesundheitspersonalrechnung sind über die Tabellen zur Gesundheitspersonalrechnung (23621) in der Datenbank GENESIS-Online abrufbar. Detaillierte Tabellen zur Gesundheitspersonalrechnung finden sich auch im Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes unter der Adresse www.gbe-bund.de (Suchbegriff: Gesundheitspersonal).

Zugang zu Mikrodaten

Kein Zugang zu Mikrodaten.

Sonstige Verbreitungswege

Weitere Informationen zur Gesundheitspersonalrechnung, wie beispielsweise die aktuellen Daten, Pressemitteilungen, Unterlagen zu Pressekonferenzen und zur Methodik, sind auf der Themenseite "Gesundheitswesen" im Internet auf der Homepage des Statistischen Bundesamtes und unter dem Stichwort "Gesundheitspersonalrechnung" im Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes verfügbar.

8.2 Methodenpapiere/Dokumentation der Methodik

Eine Methodendokumentation zur revidierten Gesundheitspersonalrechnung wird vom Statistischen Bundesamt noch erstellt.

8.3 Richtlinien der Verbreitung

Veröffentlichungskalender

Die Gesundheitspersonalrechnung wird nicht im Veröffentlichungskalender nachgewiesen.

Zugriff auf den Veröffentlichungskalender

Entfällt.

Zugangsmöglichkeiten der Nutzer/-innen

Die Ergebnisse stehen allen Nutzerinnen und Nutzern zeitgleich zur Verfügung.

9 Sonstige fachstatistische Hinweise

Keine sonstigen fachstatistischen Hinweise.