

Erläuterungen

Enthalten sind in der Berliner Gesundheitsberichterstattung vorkommende Begriffe (aus Berichten, Tabellen, Grafiken).

Ärztinnen/Ärzte

Mit/ohne Gebietsbezeichnung: Mit Gebietsbezeichnung: Ärztinnen/Ärzte mit abgeschlossener Fachausbildung, die auf einem anerkannten Fachgebiet tätig sind. Ohne Gebietsbezeichnung: Praktische Ärztinnen/Ärzte, Ärztinnen/Ärzte in der Weiterbildung zum Facharzt sowie Ärztinnen/Ärzte, deren Fachgebiet bisher nicht anerkannt ist.

Niedergelassene (freipraktizierende) bzw. ambulant tätige Ärztinnen/Ärzte: In freier Praxis Niedergelassene einschließlich denen mit nebenamtlicher Krankenhaustätigkeit (Belegärztinnen/-ärzte) und ärztliche Angestellte in Praxen und in Einrichtungen nach § 311 (ehemalige Polikliniken) oder § 95 (Medizinische Versorgungszentren) Sozialgesetzbuch (SGB) V.

Hausärztinnen/Hausärzte: An der hausärztlichen Versorgung nehmen Allgemeinärzte, Kinderärzte, Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung, die die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gewählt haben, Ärzte, die nach § 95a Abs. 4 und 5 Satz 1 in das Arztregister eingetragen sind und Ärzte, die am 31.12.2000 an der hausärztlichen Versorgung teilgenommen haben, teil (§ 73 SGB V). Bei der Ermittlung des allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrades zählen Kinderärzte nicht zu den Hausärzten, sondern Hausärzte mit Ausnahme der Kinderärzte werden jeweils als eigene Arztgruppe gewertet (§ 101 Abs. 5 SGB V).

Hauptamtlich im Krankenhaus: In einer Einrichtung festangestellte Ärztinnen/Ärzte (ohne Gast-, Konsiliar-, hospitierende und Belegärzte) (*siehe auch* Vollzeitäquivalente).

Leitende Ärztinnen/Ärzte: Hauptamtlich in der Einrichtung (Krankenhaus / Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung) Tätige mit Chefarztverträgen sowie Ärztinnen/Ärzte als Inhaber konzessionierter Privatkliniken.

Belegärztinnen/Belegärzte: Niedergelassene sowie andere nicht im Krankenhaus angestellte Ärztinnen/Ärzte, die berechtigt sind, ihre Patienten/Patientinnen unter Inanspruchnahme der hierfür bereitgestellten Dienste und Mittel stationär oder teilstationär zu behandeln, ohne hierfür vom Krankenhaus eine Vergütung zu erhalten.

Ärztinnen/Ärzte im Praktikum (AIPs): Die Ausbildungsphase „Arzt im Praktikum“ ist durch das Gesetz zur Änderung der Bundesärztereordnung und anderer Gesetze vom 21. Juli 2004 ab 1. Oktober 2004 für Studierende der Medizin weggefallen. Vor dem 1. Oktober 2004 waren AIPs Ärzte mit Berufserlaubnis, denen die Approbation erst erteilt wurde, wenn sie nach bestandem Examen 18 Monate lang berufspraktisch gearbeitet hatten. Mit der Neuregelung kann nach erfolgreicher Ablegung der Ärztlichen Prüfung die Approbation als Ärztin oder Arzt beantragt werden.

AIDS und HIV

Grundlage der Erfassung von *AIDS-Erkrankungen* (und gemeldeten Todesfällen) sind die Daten des zentralen AIDS-Fallregisters am Robert Koch-Institut Berlin. Seit 1982 werden dort die von den behandelnden Ärzten freiwillig und anonym gemeldeten Fallberichte ausgewertet. In die Auswertung kommen nur Erkrankte, die ihren Wohnsitz in Deutschland haben und die der geltenden Falldefinition für die epidemiologische Überwachung von AIDS genügen.

Bis zum 31.12.2000 waren in der Bundesrepublik Deutschland gemäß Laborberichtsverordnung (LabVo) Laborärzte verpflichtet, jeden positiv bestätigten *HIV-Antikörpertest* in Form eines anonymen Berichtes an das RKI zu melden. Seit dem 01.01.2001 gilt nach § 7 Abs. 3 Nr. 2 und § 10 Abs. 2 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) eine nicht namentliche Meldepflicht für den direkten oder indirekten (d. h. über Antikörper) Nachweis von HIV. Dieser muss innerhalb von zwei Wochen mittels eines Formblattes direkt an das RKI geschickt werden. Zur Meldung verpflichtet ist das Labor, welches den (positiven) Test durchgeführt hat.

Alleinerziehende

Mütter und Väter, die ohne Ehe- oder Lebenspartner/in mit ihren minder- oder volljährigen Kindern in einem Haushalt zusammenleben. Bis zum Jahr 2004 wurden zu den Alleinerziehenden auch die gezählt, in deren Haushalten noch weitere Personen lebten (z. B. der Partner einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft).

Ambulante Morbidität (zum Beitrag im Basisbericht 2010/2011)

Zur Datenanalyse, deren Ergebnisse in Kapitel 4.2 des Basisberichts 2010/2011 dargestellt werden, standen Abrechnungsdaten aus dem ADT (AbrechnungsDatenTransfer)-System der KV Berlin für das Jahr 2007 zur Verfügung, d. h. sämtliche Behandlungsfälle, die im Jahr 2007 im Rahmen der Original- und Sekundärinanspruchnahme durch Überweisungen, der belegärztlichen Behandlung und

der Notfall- und Vertreterbehandlung aus der GKV-Leistungsabrechnung der zugelassenen Ärztinnen/Ärzte (Niedergelassene und ermächtigte Krankenhausärztinnen/-ärzte) gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin geltend gemacht wurden.

Alle Abrechnungsscheine wurden anhand der Angaben zur Person, die in pseudonymisierter Form vorlagen, einzelnen Patienten bzw. Patientinnen zugeordnet. Im Ergebnis liegen Abrechnungsdaten zu insgesamt 2.762.226 Personen vor, die in mindestens einem Quartal des Jahres 2007 einen Wohnsitz in Berlin hatten und in der GKV versichert waren.

Abrechnungsdiagnosen

Auf den zur Abrechnung gebrachten Scheinen wurden zur Leistungsbegründung im Jahr 2007 91.487.301 Diagnosen (Mehrfachnennungen von gleichen Diagnosen enthalten) angegeben. Von diesen wiesen 87.263.909 Abrechnungsdiagnosen eine gültige Kodierung nach der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10-GM Version 2007) [Internationale Statistische Klassifikation von Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision - German Modification (ICD-10-GM) Version 2007. Hrsg. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI)] (*Siehe auch Erläuterung zu „Internationale Statistische Klassifikation ...“*) auf. Weitere 4.223.026 Einträge waren mit dem zu Abrechnungszwecken erlaubten Ersatzkode „UUU“ für Fälle, in denen keine Diagnosenstellung möglich ist und welcher nur für reine Befundpraxen von Laborärzten, Pathologen etc. zulässig ist, versehen.

Für die Analyse zur ambulanten Morbidität wurden nur Abrechnungsdiagnosen verwendet, die als gesichert gekennzeichnet waren. Dies betraf 89 % aller Abrechnungsdiagnosen. Jeder Person wurden alle Diagnosen ihrer Abrechnungsscheine zugeordnet. Dabei kommen Mehrfachnennungen sowohl verschiedener als auch gleicher Diagnosen vor. Für die Auswertungen wurden Mehrfachnennungen derselben Diagnose als eine Diagnose gezählt, da nicht ermittelt werden kann, ob es sich um den gleichen oder einen unterschiedlichen Behandlungsanlass handelt. Für Auswertungszwecke wurde unterschieden zwischen Dauerdiagnosen im Sinne der Verschlüsselung chronischer Erkrankungen und Tagesdiagnosen, die sich auf akute Erkrankungen und Anlässe der Inanspruchnahme wie beispielsweise Allgemeinuntersuchungen und Impfungen beziehen.

Zur Untersuchung des allgemeinen Morbiditätsgeschehens im ambulanten Bereich wurden die zu Abrechnungszwecken verschlüsselten Diagnosen nach ihrer Häufigkeit ausgewählt. Zusätzlich wurden Diagnosen in die Auswertung aufgenommen, die in die Berechnung des Sozialindex I für die Berliner Bezirke (vgl. Sozialstrukturatlas 2008 (Literaturangabe im Publikationsverzeichnis)) eingehen und deshalb als relevant zur Beschreibung der Sozialstruktur angesehen werden.

Auf der Grundlage von knapp 1.700 gültigen Schlüsselnummern (ICD-10-GM Version 2007, Dreisteller, nur gesicherte Diagnosen) wurden im ersten Schritt die 60 am häufigsten kodierten Schlüsselnummern (Einzeldiagnosen, ohne „UUU“, *siehe* oben) ausgewählt. Diese machten aufgrund der Anzahl ihrer Nennungen etwa 50 % der gesamten Diagnosenennungen aus.

Im zweiten Schritt wurden einzelne Schlüsselnummern zu Gruppen zusammengefasst. Dazu wurden zum einen bestehende häufige Schlüsselnummern kombiniert bzw. weitere Schlüsselnummern zu einer Diagnosegruppe gehörig aufgenommen. Bei der Kombination von Schlüsselnummern fand der Umstand Berücksichtigung, dass ein einheitliches und eindeutiges Kodierverhalten der abrechnenden Stelle nicht bei jedem Behandlungsanlass gewährleistet sein kann, weshalb in einigen Fällen sowohl die Einzeldiagnose oder Diagnosegruppe als auch die übergeordnete Diagnosegruppe betrachtet wurden (z. B. E11 Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ 2-Diabetes] und E10-E14 Diabetes mellitus oder K20-K22 Krankheiten des Ösophagus und K20-K31 Krankheiten des Ösophagus, des Magens und des Duodenums).

Im dritten Schritt wurden weitere (weniger häufige) Schlüsselnummern aufgenommen aufgrund ihres Bezugs zur Sozialstruktur und ihrer Bedeutung für die Bewertung der Gesundheitslage in der Bevölkerung. Dies betraf die häufigsten Krebslokalisationen (Lunge, Darm, Brust, Prostata) sowie Tuberkulose.

Anhand der ausgewählten Diagnosen wird deutlich, dass es sich bezogen auf die zugrunde liegende Bevölkerung zwar um besonders häufige Abrechnungsdiagnosen handelt, der dahinter stehende Krankheitswert jedoch erheblich variiert (z. B. Notwendigkeit der Impfung (Z23-Z27) vs. Ischämische Herzkrankheiten (I20-I25)). Des Weiteren ist anzumerken, dass es sich bei einigen Krankheiten bei der Inanspruchnahme einer vertragsärztlichen Leistung vorrangig um die Nachsorge einer Erkrankung handelt, da die Primärtherapie auf dem stationären Sektor erfolgt (z. B. Krebserkrankungen, Myokardinfarkt). Dies gilt es bei der Interpretation des ambulanten Morbiditätsspektrums zu berücksichtigen.

Die Tabelle „Ambulante Morbidität“ gibt Aufschluss über die Auswahl der Abrechnungsdiagnosen. Der Aufbau der Tabelle folgt dabei den Kapiteln der ICD-10-GM Version 2007.

Tabelle Ambulante Morbidität: Im Rahmen der Analyse der ambulanten Morbidität ausgewählte Diagnosen und Diagnosegruppen (Abrechnungsdaten der Berliner GKV-Bevölkerung) der ICD-10-GM Version 2007

Kapitel	Bezeichnung (ICD-10 Schlüsselnummer/n)	Kapitel	Bezeichnung (ICD-10 Schlüsselnummer/n)
A00-B99 Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	Diarrhoe und Gastroenteritis, verm. infektiösen Ursprungs (A09) Tuberkulose der Atmungsorgane, bakteriell gesichert (A15) Tuberkulose (A15-A19) Viruskrankheit n.n.b. Lokalisation (B34) Kandidose (B37)	J00-J99 Krankheiten des Atmungssystems	Akute Infektionen der oberen Atemwege (J00-J06) Sonst. akute Infektionen d. unteren Atemwege (J20-J22) Vasomotorische und allergische Rhinopathie (J30) Bronchitis, nicht als akut oder chron. bezeichnet (J40) Sonst. chronische obstruktive Lungenerkrankung (J44) Asthma (J45-J46)
C00-D48 Neubildungen	Bösartige Neubild. des Dick- und Enddarms (C18-C21) Bösartige Neubildungen der Bronchien und der Lunge (C33-C34) Bösartige Neubildung der Brustdrüse (C50) Bösartige Neubildung der Prostata (C61)	K00-K93 Krankheiten des Verdauungssystems	Krh. d. Ösophagus, d. Magens u. d. Duodenums (K20-K31) Krankheiten des Ösophagus (K20-K22) Ulcer-Krankheiten (K25-K28) Gastritis und Duodenitis (K29) Sonst. nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis (K52) Divertikulose des Darms (K57) Krankheiten der Leber (K70-K77)
E00-E90 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	Krankheiten der Schilddrüse (E00-E07) Hypothyreose (E02-E03) Nichttoxische und toxische Hyperthyreose (E04-E05) Diabetes mellitus (E10-E14) Typ-2-Diabetes (E11) Adipositas (E66) Störungen des Lipoprotein-Stoffwechsels und sonst. Lipidämien (E78) Störungen des Purin- und Pyrimidin-Stoffwechsels (E79)	L00-L99 Krh. der Haut u. der Unterhaut	Dermatitis und Ekzem (L20-L30) Atopisches Ekzem (L20) Sonst. Dermatitis (L30)
F00-F99 Psychische und Verhaltensstörungen	Psychische u. Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19) Psychische u. Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10) Psychische u. Verhaltensstörungen durch Tabak (F17) Depressionen (F32-F33) Phobische Störungen und andere Angststörungen (F40-F41) Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43) Somatoforme Störungen (F45)	M00-M99 Krankheiten des Muskel-Skelettsystems u. des Bindegewebes	Arthrose (M15-M19) Sonst. Gelenkkrankheiten a.n.k. (M25) Deformitäten d. Wirbelsäule u. d. Rückens (M41-M43) Spondylopathien (M45-M49) Spondylose (M47) Zervikale und sonst. Bandscheibenschäden (M50-M51) Sonst. Krh. d. Wirbelsäule u. d. Rückens a.n.k. (M53) Rückenschmerzen (M54) Sonst. Muskelkrankheiten (M62) Sonst. Enthesopathien und Krankheiten des Weichteilgewebes a.n.k. (M77-M79) Osteoporose mit und ohne Fraktur (M80-M81) Biomechanische Funktionsstörungen a.n.k. (M99)
G00-G99 Krankheiten des Nervensystems	Kopfschmerzsyndrome (G43-G44) Migräne (G43) Schlafstörungen (G47)	N00-N99 Krankheiten des Urogenitalsystems	Sonst. Krankheiten des Harnsystems (N39) Prostatahyperplasie (N40) Sonst. entzündliche Krankheit d. Vagina u. Vulva (N76) Sonst. nichtentzündliche Krankheiten der Vagina (N89) Zu starke, zu häufige oder unregelmäßige Menstruation (N92) Schmerz u. and. Zustände im Zusammenhang m. d. weibl. Genitalorganen u. d. Menstruationszyklus (N94) Klimakterische Störungen (N95)
H00-H59 Krankheiten des Auges und der Augenanhängegebilde	Affektionen des Tränenapparates (H04) Konjunktivitis (H10) Katarakte (H25-H26) Sonst. Affektionen der Netzhaut (H35) Glaukom (H40) Affektionen des Glaskörpers (H43) Sonst. Affektionen des N.opticus und der Sehbahn (H47) Sonstiger Strabismus (H50) Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler (H52) Sehstörungen (H53)	Q00-Q99¹⁾	Angeborene Deformitäten der Füße (Q66)
H60-H95 Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	Otitis externa (H60) Sonst. Krankheiten des äußeren Ohres (H61)	R00-R99 Symptome u. abnorme klin. u. Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	Husten (R05) Bauch- und Beckenschmerzen (R10) Übelkeit und Erbrechen (R11) Schwindel und Taumel (R42) Kopfschmerz (R51) Schmerz, a.n.k. (R52)
I00-I99 Krankheiten des Kreislaufsystems	Hypertonie (I10-I15) Essentielle Hypertonie (I10) Ischämische Herzkrankheiten (I20-I25) Herzinsuffizienz (I50) Herzrhythmusstörungen (I44-I49) Sonst. periphere Gefäßkrankheiten (I73) Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten a.n.k. (I80-I87) Hämorrhiden (I84) Hypotonie (I95)	S00-T98 Verletzungen, Vergiftungen u. best. andere Folgen äußerer Ursachen	Oberflächliche Verletzung und offene Wunde (S00-S01, S10-S11, ..., S90-S91) Fraktur (S02, S12, ..., S92) Luxation, Verstauchung und Zerrung (S03, S13, ..., S93) Verletzung an einer n.n.b. Körperregion (T14) Unerwünschte Nebenwirkungen, a.n.k. (T78)
		Z00-Z99 Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des²⁾	Allgemeinuntersuchung (Z00) Sonst. spezielle Untersuchungen (Z01) Spez. Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen (Z12) Notwendigkeit der Impfung (Immunisierung) (Z23-Z27) Kontrazeptive Maßnahmen (Z30) Vorhandensein von and. funktionellen Implantaten (Z96)

¹⁾ Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien.

²⁾ Gesundheitswesens führen.

Erstellung des aggregierten Datensatzes

Anhand der verschlüsselten Adressinformation der Patientinnen/Patienten, die unter Verwendung des regionalen Gliederungssystems der lebensweltlich orientierten Räume (LOR) [Jahn, Mack und Partner (2006): Vereinheitlichung von Planungsräumen. Gutachten im Auftrag der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung Berlin und des Statistischen Landesamtes Berlin] generiert wurde, stand

für jede Person des Arbeitsdatensatzes die Verortung im Raum Berlin zur Verfügung. Wies eine Person im Rahmen der Abrechnungsdaten über das Jahr 2007 verschiedene LOR-Kennungen (durch Umzüge) auf, so war die maximale LOR-Kennung aus dem letzten Quartal, für welches für diese Person eine gültige Berliner LOR-Kennung vorlag, maßgeblich für die Verortung.

Auf der Ebene der sogenannten Planungsräume (unterste Ebene des LOR-Systems mit durchschnittlich 7.500 Einwohnern pro Raum) wurden die Datensätze aggregiert. Somit wurden für 417 Planungsräume (vgl. Sozialstrukturatlas 2008) Häufigkeiten der oben genannten ausgewählten Diagnosen/Behandlungsanlässe auf die Bevölkerung im Planungsraum bezogen ausgegeben.

Standardisierte Morbiditätsraten (SMR)

Zur Auswertung der Diagnosehäufigkeiten in der räumlichen (aggregierten) Ebene wurde eine Altersstandardisierung der beobachteten Raten in den 417 Planungsräumen vorgenommen. Im vorliegenden Datenmaterial kam die indirekte Altersstandardisierung zur Anwendung, bei welcher die Gesamtberliner Bevölkerung die Standardbevölkerung (Einwohnerregister, Stand 12/2007) und die Bevölkerung des Planungsraumes die jeweilige Referenzbevölkerung bildete. Zur Schätzung der altersstandardisierten Raten (sogenannte (indirekt) standardisierte Morbiditätsraten, kurz: SMR) wurden 20 Altersgruppen (0 - <1, 1 - 4, 5 - 9, ..., 95 Jahre und älter) gebildet.

Die berechneten SMR bildeten die Datengrundlage für die Darstellung von Diagnosehäufigkeiten in der kleinräumigen Gliederung (vgl. Basisbericht 2010/2011, Abschnitt 4.2.3 Darstellung ausgewählter Diagnosen in der räumlichen Gliederung) sowie für die anschließende Faktorenanalyse mit dem Ergebnis der Morbiditätsmuster (vgl. unten und Basisbericht 2010/2011, Abschnitt 4.2.4 Morbiditätsindizes in der räumlichen Gliederung).

Bildung von Faktoren zur Beschreibung von Morbiditätsmustern

Ziel der Faktorenanalyse ist die Darstellung von so genannten Hintergrundfaktoren, die Räume bezüglich ihrer Raten zu bestimmten Diagnosen aufgrund gleichartiger Muster charakterisieren.

Obwohl mit den betrachteten Diagnosen schon eine Auswahl aus allen Abrechnungsdiagnosen vorgenommen wurde, steht noch eine Vielzahl an Einzelinformationen zu Behandlungsanlässen im Raum. Um zu einer weiteren Reduktion der betrachteten Dimensionen zu kommen, wurde auf die SMR der Abrechnungsdiagnosen eine Faktorenanalyse angewendet. Dabei wurde auf doppelt erfasste Diagnosen wie z. B. I10 Essentielle (primäre) Hypertonie und I10-I15 Hypertonie (Hochdruckkrankheit) und auf Diagnosen mit unsicherem Verhalten auf die Hintergrundfaktoren, z. B. unspezifische Diagnosen wie Z01 (sonstige spezielle Untersuchungen), verzichtet. Die Faktorenanalyse ergab vier Hintergrundfaktoren zur Charakterisierung typischer Morbiditätsmuster auf der Ebene der Planungsräume. Diese erklärten zusammen 61,5 % der Gesamtvarianz der eingehenden Diagnosen (1. Faktor 38,5 %, 2. Faktor 13,5 %, 3. Faktor 6,2 % und 4. Faktor 3,3 %).

Zur methodischen Betrachtung der Faktorenanalyse wird auf den entsprechenden Abriss im Sozialstrukturatlas Berlin 2008 verwiesen; eine inhaltliche Beschreibung der Hintergrundfaktoren ist im Ergebnisteil des Atlases unter Abschnitt 4.4.3 dargestellt. Die anschließende Korrelationsanalyse mit Sozialstrukturindizes gibt Aufschluss über die bestehenden Zusammenhänge zwischen Morbiditätsgeschehen und sozialstrukturellen Disparitäten im Raum.

Ambulante Operationen an Krankenhäusern

Nach §115 b SGB V sind Krankenhäuser zur Durchführung ambulanter Operationen und stationersetzender Eingriffe zugelassen, die in einem zwischen Krankenkassen, Krankenhausträgern und Kassenärztlichen Vereinigungen vereinbarten Katalog festgelegt sind. Eine ambulante Operation zeichnet sich dadurch aus, dass der Patient/die Patientin die Nacht vor und die Nacht nach der Operation nicht im Krankenhaus verbringt.

Ambulante Pflegedienst

Siehe Pflegeeinrichtungen.

Angeborene Fehlbildungen

Unter einer angeborenen Fehlbildung wird eine strukturelle oder irreversible funktionelle Normwidrigkeit pränatalen Ursprungs verstanden, die zum Zeitpunkt der Geburt vorhanden ist und während der Gravidität, zur Geburt, während des Lebens oder post mortem diagnostiziert werden kann.

Statistisch erfasst werden von dem geburtshilflich tätigen Personenkreis die, bei genauer Untersuchung des Neugeborenen, erkennbaren (einschließlich der nicht äußerlich erkennbaren) Fehlbildungen. In der Fehlbildungsstatistik sind auch Fehlbildungen enthalten, die noch während des Klinikaufenthaltes der Mutter und des Kindes festgestellt werden. Jede Fehlbildung wird für sich gezählt.

Approbation/Berufserlaubnis

Die Approbation ist die Berechtigung zur uneingeschränkten Berufsausübung in einem akademischen Gesundheitsberuf (Arzt/Ärztin, Apotheker/Apothekerin, Zahnarzt/Zahnärztin, Tierarzt/Tierärztin, Psychologische/r Psychotherapeut/in und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/in), die entsprechend der maßgeblichen Berufsgesetze (Bundesärzteordnung, Bundes-Apothekerordnung, Gesetz über die Ausübung der Zahnheilkunde, Bundestierärzteordnung, Psychotherapeutengesetz) erteilt wird. Nach diesen Berufsgesetzen können, bei Erfüllung bestimmter Voraussetzungen, auch Erlaubnisse zur vorübergehenden Ausübung des jeweiligen Gesundheitsberufes (Berufserlaubnis) erteilt werden.

Arbeitslose

Arbeitslos ist, wer keine Beschäftigung hat (weniger als 15 Wochenstunden), Arbeit sucht, dem Arbeitsmarkt zur Verfügung steht und bei einer Agentur für Arbeit oder einem Träger der Grundsicherung arbeitslos gemeldet ist.

Nicht als arbeitslos gelten:

- a) Beschäftigte, die mindestens 15 Stunden in der Woche arbeiten, aber wegen zu geringem Einkommen Arbeitslosengeld erhalten,
- b) erwerbsfähige hilfebedürftige Personen, die keine Arbeit aufnehmen können, weil sie Kinder erziehen oder Angehörige pflegen,
- c) Teilnehmer/innen in Maßnahmen aktiver Arbeitsmarktpolitik (z. B. beschäftigungsbegleitende und Beschäftigung schaffende Qualifizierungsmaßnahmen),
- d) 58-Jährige und Ältere, wenn sie dem Arbeitsmarkt nicht mehr voll zur Verfügung stehen.

Rechtskreis SGB II: Mit dem Zweiten Sozialgesetzbuch (SGB II) wurden im Zuge der so genannten „Hartz“-Reformen mit Wirkung vom 01.01.2005 an die frühere Arbeitslosenhilfe und die frühere laufende Hilfe zum Lebensunterhalt für Bedarfsgemeinschaften mit erwerbsfähigen Hilfebedürftigen zusammengelegt. Die Leistungen des SGB II bezwecken zum einen die Sicherung des Lebensunterhaltes durch das Arbeitslosengeld II (Alg II) für erwerbsfähige Hilfebedürftige, das Sozialgeld für nichterwerbsfähige Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft und die angemessenen Kosten für Unterkunft und Heizung sowie die Eingliederung in den Arbeitsmarkt über flankierende Maßnahmen. Arbeitslosengeld II kann auch ergänzend zum Erwerbseinkommen oder Arbeitslosengeld I bezogen werden.

Rechtskreis SGB III: Das Dritte Sozialgesetzbuch (SGB III) regelt das Arbeitsförderungsrecht einschließlich der Arbeitslosenversicherung. Es ist Grundlage der Tätigkeit der Bundesanstalt für Arbeit, der Regionaldirektionen der Bundesagentur und der Agenturen für Arbeit. Es umfasst die Leistungen und Maßnahmen der Arbeitsförderung an Arbeitnehmer, Arbeitgeber und Träger der beruflichen Aus- und Weiterbildung. Im Unterschied zu den Bestimmungen des SGB II können Arbeitnehmer auf Grundlage des SGB III beim Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen das Arbeitslosengeld I (Alg I) erhalten, welches einkommens- und vermögensunabhängig gewährt wird. Darüber hinaus sind im SGB III verschiedene Leistungen und Maßnahmen zur Arbeitsvermittlung, beruflichen Eingliederung, Ausbildung u. ä. geregelt.

Arbeitslosenquote: Arbeitslose in Prozent der abhängigen zivilen Erwerbspersonen (sozialversicherungspflichtig und geringfügig Beschäftigte, Beamte, Arbeitslose) bzw. in Prozent aller zivilen Erwerbspersonen (abhängige zivile Erwerbspersonen, Selbständige, mithelfende Familienmitglieder) insgesamt oder in der jeweiligen Personengruppe (Männer, Frauen, Ausländer/innen, Jugendliche unter 20/unter 25 Jahre, Ältere ab 50/ab55 Jahre u. a.).

Arbeits- und Wegeunfälle

Arbeitsunfall: Nach der gesetzlichen Unfallversicherung in Deutschland: Ein Unfall, den eine versicherte Person infolge der Ausübung einer versicherten Tätigkeit innerhalb und außerhalb der Arbeitsstätte erleidet (vgl. § 8 Abs. 2 Nrn. 1 bis 4 SGB VII).

Wegeunfall: Nach der gesetzlichen Unfallversicherung in Deutschland: Ein Unfall, den eine versicherte Person auf dem Weg zum oder vom Ort der versicherten Tätigkeit erleidet. Dabei handelt es sich schwerpunktmäßig um Straßenverkehrsunfälle, diese stellen mehr als die Hälfte der Wegeunfälle. Wegeunfälle sind gemäß § 8 Abs. 2 Nrn. 1 bis 4 SGB VII den Arbeitsunfällen gleichgestellt.

Arzneimittelmenge - Tagesdosen

Die *definierte Tagesdosis* (*defined daily dose, DDD*) wird als Maß für die zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordneten Arzneimittel verwendet. Die DDD basiert auf der Menge eines Wirkstoffes bzw. eines Arzneimittels, die typischerweise auf die Hauptindikation bei Erwachsenen pro Tag angewendet wird. Bei Arzneimitteln, die primär Kindern verordnet werden, liegen durchschnittliche Kinderdosen zugrunde. Zu berücksichtigen ist, dass die DDD nicht die empfohlene oder tatsächlich verordnete Tagesdosis wiedergibt, sondern eine technische Maß- und Vergleichseinheit darstellt (nach Arzneimittelindex der gesetzlichen Krankenversicherung, Wissenschaftliches Institut der AOK).

Die verordnungstärksten Indikationsgruppen der Roten Liste werden zusätzlich nach dem anatomisch-therapeutisch-chemischen Klassifikationssystem (*ATC-System*) des Wissenschaftlichen Instituts der AOK dargestellt. Das ATC-System wurde bereits in der Anfangsphase der Projektarbeit für den GKV-Arzneimittelindex als international akzeptiertes Klassifikationssystem für Arzneimittel ausgewählt und im Laufe der Jahre für die spezifischen Belange des deutschen Arzneimittelmarktes erweitert. Dabei wurde die Kompatibilität mit dem vom WHO Collaborating Centre veröffentlichten Standard gewahrt (vgl. http://www.whocc.no/atc_ddd_index/, zuletzt aufgerufen am 22.03.2013).

Asylbewerberleistungsgesetz

Siehe Leistungen nach Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG).

Ausbildung in nichtakademischen Gesundheitsberufen

Die Ausbildung in den meisten zur Gruppe 85 der Klassifizierung der Berufe (Ausgabe 1992) zählenden nichtakademischen Gesundheitsberufe wie Krankenpflege, Physiotherapie, Medizinisch-technische Assistenz, Ergotherapie u. a. erfolgt an den *Ausbildungsstätten des Gesundheitswesens*. Diese sind in der Regel Krankenhäusern angegliedert (vgl. auch Ausbildungsstätten an Krankenhäusern) und unterstehen der Aufsicht der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales. Die *Ausbildung in der Altenpflege*, die erst seit 2003 den Gesundheitsfachberufen zugeordnet ist, erfolgt an Berufsfachschulen, die - ebenso wie die Schulen für Operationstechnische Assistenz - der Aufsicht der Senatsverwaltung für Bildung, Wissenschaft und Forschung unterstehen; die Zuständigkeit für die praktische Ausbildung liegt bei der Gesundheitsverwaltung.

Die Ausbildungsgänge sind überwiegend bundesrechtlich geregelt, zum Teil beruhen sie auf Landesrecht bzw. für die Operationstechnische Assistenz auf Empfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Die Ausbildung in der Kranken- und Altenpflege einschließlich der für Hebammen/Entbindungspfleger und Operationstechnische Assistenz ist *quasi-dual* organisiert, d. h. es wird ein Ausbildungsvertrag abgeschlossen und eine Ausbildungsvergütung gezahlt. Die Bildungsgänge enden mit einer staatlichen Prüfung (Ausnahme: Operationstechnische Assistenz).

Die *Ausbildung in einem nach Berufsbildungsgesetz anerkannten Beruf* wie Medizinische oder Zahnmedizinische Fachangestellte erfolgt *im dualen System*, d. h. mit betrieblichem Ausbildungsverhältnis und Unterricht an einer Berufsschule. Der berufliche Abschluss wird nicht mit der erfolgreichen Beendigung der Berufsschule im dualen System, sondern erst nach Bestehen der Abschlussprüfung vor der zuständigen Kammer erreicht.

Ausbildungsstätten an Krankenhäusern

Dabei handelt es sich um nach § 2 Nr. 1 a KHG mit dem Krankenhaus notwendigerweise verbundene Ausbildungsstätten, soweit das Krankenhaus Träger oder Mitträger ist.

Das *Personal der Ausbildungsstätten* umfasst Lehrkräfte - auch Ärztinnen/Ärzte, die für diese Tätigkeit einen Arbeits- oder Dienstvertrag haben.

Ausländerinnen/Ausländer

Alle Personen, die nicht Deutsche im Sinne des Artikels 116 Abs. 1 des Grundgesetzes sind. Dazu zählen auch die Staatenlosen und die Personen mit ungeklärter Staatsangehörigkeit. Deutsche, die zugleich eine fremde Staatsangehörigkeit besitzen, gehören nicht zu den Ausländern (vgl. auch „Migrationshintergrund“).

Basisversorgung

Der Begriff Basisversorgung wurde erstmals im Krankenhausplan 1999 verwendet. Unter Basisversorgung wird das Angebot an Behandlungskapazitäten der in den Berliner Krankenhäusern am häufigsten in Anspruch genommenen Fachgebiete (Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinderheilkunde, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Erwachsenenpsychiatrie) zu jeweils unterschiedlichen Anteilen verstanden. Insgesamt zählen etwa 65 % der Krankenhausbetten zur Basisversorgung.

Bedarfsorientierte Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung

Die bedarfsorientierte Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung sichert bei Bedürftigkeit den Lebensunterhalt von Menschen, die wegen Alters oder aufgrund voller Erwerbsminderung dauerhaft aus dem Erwerbsleben ausgeschieden sind. Vom 01.01.2003 bis zum 31.12.2004 war diese Leistung im Grundsicherungsgesetz (GSiG) festgeschrieben, seit 01.01.2005 sind die Vorschriften des Grundsicherungsgesetzes in das Zwölfte Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) überführt. Die Höhe der Leistungen entspricht der der Hilfe zum Lebensunterhalt. Einkommen oder Vermögen des Leistungsberechtigten, des Partners bzw. Ehegatten in einer Bedarfsgemeinschaft werden angerechnet. Gegenüber unterhaltsverpflichteten Kindern bzw. Eltern wird jedoch bei einem Jahreseinkommen unter 100.000 EUR kein Unterhaltsrückgriff vorgenommen.

Behandlungsfälle

Siehe Fallzahl.

Berechnungs- und Belegungstage

Mit der Novellierung der Krankenhausstatistik-Verordnung (*siehe* dort) wurde ab 2002 für die Krankenhäuser die Bezeichnung „Pflegetage“ in „Berechnungs- und Belegungstage“ geändert; im Bereich der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen bleibt die Bezeichnung „Pflegetage“ bestehen.

Als Berechnungs- und Belegungstage gelten die Aufnahmetage - auch bei Stundenfällen - sowie alle weiteren Tage des *vollstationären Krankenhausaufenthaltes*, Entlassungs- und Verlegungstage werden nicht gezählt (Berechnung laut KHStatV). Bei den bis 2001 ermittelten Pflegetagen (Summe der an den einzelnen Tagen des Berichtsjahres um 24.00 Uhr im Krankenhaus vollstationär untergebrachten Patientinnen/Patienten) blieben die Stundenfälle unberücksichtigt.

Berechnungstage für *teilstationäre Behandlung* (regelmäßige Verweildauer im Krankenhaus von weniger als 24 Stunden) sind in der Gesamtzahl nicht enthalten; seit 2002 werden sie in der Krankenhausstatistik (Teil I: Grunddaten) gesondert ausgewiesen.

Berufskrankheiten

Berufskrankheiten sind Krankheiten, die Versicherte infolge einer den Versicherungsschutz nach den §§ 2, 3 oder 6 des SGB VII begründenden Tätigkeit erleiden. Die *Meldungen von Berufskrankheiten* basieren auf der deutschen Berufskrankheiten-Verordnung (BKV) vom 31. Oktober 1997 (BGBl. I S. 2.623), zuletzt geändert am 11. Juni 2009 (BGBl. I S. 1.273). Sie ist eine Rechtsverordnung der Bundesregierung und enthält die *Liste der anerkannten Berufskrankheiten* und verpflichtet die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung, Maßnahmen dagegen zu ergreifen, dass bei versicherten Personen Berufskrankheiten entstehen, wiederaufleben oder sich verschlimmern. In die BKV wurden 73 Krankheiten aufgenommen (aktueller Stand: Juni 2011) (Berufskrankheiten-Liste verfügbar unter http://www.auva.at/mediaDB/MMDB128507_Berufskrankheitenliste.pdf, zuletzt aufgerufen am 22.03.2013).

Bettenauslastung

Gibt die im Berichtsjahr durchschnittliche prozentuale Auslastung der jeweiligen aufgestellten Betten in einem Krankenhaus an. Sie wird nach folgender Formel berechnet: $\text{Bettenauslastung} = (\text{Pflegetage} \times 100) / (\text{Aufgestellte Betten} \times \text{Kalendertage})$.

Bevölkerungsfortschreibung

Mit der Veröffentlichung der *Ergebnisse des Zensus vom 09.05.2011* am 31. Mai 2013 wurde die Fortschreibung des Bevölkerungsstandes ab dem Zensusstichtag auf eine neue Grundlage gestellt. Bei den vor dem 09.05.2011 bereitgestellten Bevölkerungszahlen für 2011 und 2012 handelte es sich um Fortschreibungsergebnisse auf Grundlage der Volkszählung von 1987 (im Westen) sowie des Auszugs aus dem zentralen Einwohnerregister der DDR vom 03. Oktober 1990 (im Osten). Diese Daten wurden aufgrund der Zensusergebnisse 2011 mit der anschließenden Neuberechnung der Bevölkerungszahlen für 2011 revidiert. Die Zensusergebnisse sind in einer zentralen Zensus-Auswertungsdatenbank abgelegt (www.zensus2011.de, zuletzt aufgerufen am 23.08.2013). Derzeit stehen jedoch noch nicht alle Ergebnisse in der für die Gesundheitsberichterstattung notwendigen Differenzierung zur Verfügung, beispielsweise werden Einzelaltersjahre erst im Frühjahr 2014 veröffentlicht.

Die *Bevölkerungsfortschreibung* wird seit dem Tag der Herstellung der Einheit Deutschlands, dem 03.10.1990, in beiden Stadtteilen Berlins nach bundeseinheitlichen Methoden durchgeführt.

Für die Bevölkerungsfortschreibung werden *natürliche Bevölkerungsbewegungen und Wanderungen* berücksichtigt. Lebendgeborene und Zuzüge gelten als Bevölkerungszugang, Gestorbene und Fortzüge als Bevölkerungsabgang. Darüber hinaus werden die Änderungen einer ausländischen in eine deutsche Staatsangehörigkeit einbezogen.

Nach dem Volkszählungsurteil des Bundesverfassungsgerichts aus dem Jahre 1983 ist ein Abgleich der auf diese Weise gewonnenen Daten mit den Angaben des Einwohnerregisters des Landesamtes für Bürger- und Ordnungsangelegenheiten (LABO) nicht zulässig. Die Bevölkerungsfortschreibung wird bundeseinheitlich am Ort der einzigen Wohnung des Einwohners, bei mehreren Wohnungen im Bundesgebiet am melderechtlichen „Ort der Hauptwohnung“ durchgeführt. Hauptwohnung ist die vorwiegend benutzte Wohnung des Einwohners. Hauptwohnung eines verheirateten Einwohners, der nicht dauernd von seiner Familie getrennt lebt, ist die vorwiegend benutzte Wohnung der Familie.

Zur Bevölkerung zählen auch die im Bundesgebiet gemeldeten *Ausländer* (*siehe* „Ausländerinnen/Ausländer“) (einschließlich der Staatenlosen). Nicht zur Bevölkerung zählen die Angehörigen der ausländischen Streitkräfte sowie die ausländischen diplomatischen und konsularischen Vertretungen mit ihren Familienangehörigen.

Siehe auch „Melderechtlich registrierte Einwohner/innen“ und „Mikrozensus“: Bevölkerung im Mikrozensus.

Bezirksstruktur in Berlin

Bis zum 31.12.2000 war Berlin in 23 Bezirke eingeteilt („*alte Struktur*“); das Gebietsreformgesetz vom 10.06.1998 (GVBl. S. 131) legte die seit dem 01.01.2001 gültige „*neue Struktur*“ auf 12 Bezirke fest:

<i>alte Struktur</i> bis 31.12.2000 23 Bezirke		<i>neue Struktur seit 01.01.2001</i>	
		12 Bezirke	
		<i>vorher:</i>	
1	Mitte	1	Mitte
2	Tiergarten	2	Friedrichshain-Kreuzberg
3	Wedding	3	Pankow
4	Prenzlauer Berg	4	Charlottenburg-Wilmersdorf
5	Friedrichshain	5	Spandau
6	Kreuzberg	6	Steglitz-Zehlendorf
7	Charlottenburg	7	Tempelhof-Schöneberg
8	Spandau	8	Neukölln
9	Wilmersdorf	9	Treptow-Köpenick
10	Zehlendorf	10	Marzahn-Hellersdorf
11	Schöneberg	11	Lichtenberg
12	Steglitz	12	Reinickendorf
13	Tempelhof		Mitte, Tiergarten, Wedding
14	Neukölln		Friedrichshain, Kreuzberg
15	Treptow		Prenzlauer Berg, Weißensee, Pankow
16	Köpenick		Charlottenurg, Wilmersdorf
17	Lichtenberg		Spandau
18	Weißensee		Steglitz, Zehlendorf
19	Pankow		Tempelhof, Schöneberg
20	Reinickendorf		Neukölln
21	Marzahn		Treptow, Köpenick
22	Hohenschönhausen		Marzahn, Hellersdorf
			Lichtenberg, Hohenschönhausen
			Reinickendorf

Body-Mass-Index (BMI)

Der Body-Mass-Index ist ein Maß zur Beurteilung des Körpergewichtes. Er berechnet sich nach der Formel:

$$\text{BMI} = \frac{\text{Körpergewicht [kg]}}{\text{Körpergröße [m]}^2}$$

Der BMI berechnet die Körpermasse, die in den meisten Fällen gut mit der Fettmasse korreliert. Ausnahme können z. B. Menschen mit einer großen Muskelmasse sein, bei denen der erhöhte BMI durch die Muskelmasse, jedoch nicht durch einen erhöhten Körperfettanteil hervorgerufen wird. Der BMI erlaubt somit lediglich eine indirekte Messung der Fettmasse.

Für die Beurteilung des BMI-Wertes im Kindes- und Jugendalter müssen alters- und geschlechtsspezifische Veränderungen des BMI berücksichtigt werden, sodass der BMI nicht direkt eine Einteilung in Unter-, Normal- und Übergewicht/Adipositas erlaubt. Die Referenzwerte werden in der Regel in Form von alters- und geschlechtsbezogenen Perzentilenkurven dargestellt. Es existieren international verschiedene Referenzsysteme für diese Altersgruppe. Für Deutschland wird nach der Empfehlung der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) das Referenzsystem nach Kromeyer-Hauschild verwendet.

Für Erwachsene gelten nach der International Obesity TaskForce (IOTF) folgende Definitionen:		Grenzwerte für Kinder und Jugendliche nach der AGA:	
Untergewicht	BMI < 18,5	Deutliches Untergewicht	BMI < 3. Perzentil
Normalgewicht	BMI 18,5 bis 24,9	Untergewicht	BMI 3. bis unter 10. Perzentil
Übergewicht	BMI 25 bis 29,9	Normalgewicht	BMI 10. bis 90. Perzentil
		Übergewicht	BMI > 90. Perzentil bis 97. Perzentil

DCO-Fälle (Death Certificate Only)

Werden von epidemiologischen Krebsregistern (z. B. im Gemeinsamen Krebsregister (GKR)) der neuen Bundesländer und Berlin) zur Erfassung von bösartigen Neuerkrankungen genutzt. Bei den DCO-Fällen handelt es sich um Fälle, die dem Krebsregister zunächst per Leichenschauchein bekannt werden und für die auch nachträglich keine weiteren klinischen Informationen eingeholt werden können.

Diagnosedaten der Krankenhauspatientinnen/-patienten

Laut Erhebungsprogramm - Teil II: Diagnosen - der Krankenhausstatistik (*siehe auch* Krankenhausstatistik-Verordnung - KHStatV) besteht gemäß § 6 der KHStatV in Verbindung mit § 15 BStatG seit 1993 für die Träger der Krankenhäuser eine jährliche Auskunftspflicht. Seit 2004 wird die Hauptdiagnose gemäß den Deutschen Kodierrichtlinien angegeben. Kodiert wird entsprechend der Internationalen Statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD) - German Modifikation - (*siehe dort*) in der jeweils aktuellen Version.

Der für jeden Fall zu erhebende Datensatz enthält folgende Merkmale:

Geschlecht

Geburtsmonat, Geburtsjahr

Zugangsdatum

Abgangsdatum

Hauptdiagnose (1993 bis 1999 ICD 9, seit 2000 ICD-10)

Operation in Zusammenhang mit der Hauptdiagnose (ja / nein)

Fachabteilung, in der der Patient am längsten lag

Wohnort des Patienten (Postleitzahl, Gemeindegemeinde, für Berlin: Bezirk).

Infolge von fehlerhaften oder nicht zuordenbaren Merkmalen (im Auswertungsjahr 2011 betraf das 18 Fälle, bei denen eine nach ICD-10-GM 2011 zuordenbare Hauptdiagnose fehlte, bei zwei Patienten wurde keine Zuordnung von Operationen in Zusammenhang mit der Hauptdiagnose verschlüsselt) kann es in den tabellarischen Auswertungen zu Differenzen zwischen den angegebenen Gesamtsummen und der Aufsummierung einzelner Spalten oder Zeilen kommen.

Diagnosis Related Groups (DRGs) und Psych-Entgeltssystem

Fallbezogene Zuordnung und Abrechnung der im Rahmen der stationären Krankenhausversorgung in Anspruch genommenen Leistungen (Fallpauschalen).

Die Gesundheitsreform 2000 enthielt die Vorgabe, für alle Krankenhäuser, für die die Bundespflegesatzverordnung (BPFV) gilt, ein leistungsorientiertes, pauschaliertes Vergütungssystem einzuführen, mit dem die Refinanzierung von Krankenhausleistungen nicht länger retrospektiv auf Art und Dauer der erfolgten Behandlung, sondern prospektiv auf Art und Schweregrad der diagnostizierten Erkrankung erfolgt. Die Umsetzung erfolgte mit dem Gesetz zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz - FPG) vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1.412), das wesentliche Teile des SGB V, des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und der BPFV ändert und neu das Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) enthält, und der Fallpauschalenverordnung. Auf dieser Grundlage werden seit 2004 die laufenden Betriebskosten der Krankenhäuser, die sich zuvor über tagesgleiche Pflegesätze finanzierten, nach dem Fallpauschalensystem abgerechnet. Nach einer Konvergenzphase, in der die krankenhausspezifische Vergütungshöhe schrittweise an ein landesweites Vergütungsniveau (einheitlicher Basisfallwert je Bundesland) angepasst wurde, erwirtschaften die Krankenhäuser seit 2010 ihr Betriebskostenbudget vollständig über landesweit einheitlich festgesetzte Preise auf der Grundlage des Landesbasisfallwerts.

Case Mix (CM): Die ökonomische Wertigkeit der DRGs untereinander wird durch die im Fallpauschalen-Katalog (nach § 9 Abs. 1 Nr. 3 KHEntgG) ausgewiesenen Bewertungsrelationen bestimmt. Die Addition aller Bewertungsrelationen wird als Case Mix („ökonomische Fallmischung“) bezeichnet und entspricht dem gesamten bewerteten Ressourceneinsatz innerhalb des DRG-Entgeltssystems.

Case Mix Index (CMI): Der Case Mix Index als Summe der abgerechneten Bewertungsrelationen dividiert durch die Zahl der behandelten Fälle beschreibt die durchschnittliche Schwere der Krankenhauffälle und den damit verbundenen relativen ökonomischen Ressourcenaufwand z. B. je Fachabteilung, Krankenhaus oder Region.

Die tatsächliche *Vergütungshöhe (Erlösvolumen)* ergibt sich aus der Multiplikation der Bewertungsrelation(en) mit dem Landesbasisfallwert.

Für die vom DRG-Entgeltsystem nicht erfassten *Leistungen der Psychiatrie und Psychosomatik* wird ein pauschalisiertes und tagesbezogenes Vergütungssystem entwickelt, das in mehreren Phasen eingeführt werden soll. Die Krankenhäuser können ab 2013 freiwillig in einer vierjährigen budgetneutralen Phase nach dem *Psych-Entgeltsystem* abrechnen. Ab 2015 müssen alle Einrichtungen nach dem neuen Psych-Entgeltsystem abrechnen. Ab 2017 wird die fünfjährige Konvergenzphase beginnen, in der stufenweise die Vergütung von den krankenhausindividuellen Basisfallwerten auf Landesbasisfallwerte umgestellt wird.

Dialyseplätze

Die Dialyse ist ein Blutreinigungsverfahren („Künstliche Niere“), das bei einem Nieren- oder Leberversagen zur Anwendung kommt. Sie ist neben der Nierentransplantation die wichtigste Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen und eine der Behandlungsmöglichkeiten bei akutem Nierenversagen.

Die vorliegenden Indikatoren enthalten Angaben zu stationären, teilstationären und ambulanten Dialyseplätzen sowie zur Zahl der Patientinnen und Patienten, die die Geräte in Anspruch genommenen haben. Seit 2006 stehen für diese Indikatoren keine Daten mehr zur Verfügung.

Disability-Free Life Expectancy (DFLE)

Siehe Lebenserwartung.

DMF-T-Index

Der DMF-T-Index dient der Ermittlung der Zahngesundheit einer Person oder Bevölkerungsgruppe anhand der Kariesprävalenz und des Kariesrisikos; er gibt an, wie viele bleibende Zähne (T = teeth) bei einer untersuchten Person akut kariös (D = decayed), wegen Karies extrahiert (M = missing / fehlend) oder gefüllt (F = filled) worden sind. Die Höchstzahl ergibt 28 (höchstens 28 Zähne im bleibenden Gebiss ohne Weisheitszähne können bewertet werden). Der Durchschnitt der ermittelten DMF-T-Indizes der untersuchten 12-jährigen Kinder ergibt den im Indikator 102 angegebenen DMF-T-Index, der nach Vorgaben der WHO (Präventionsziel bis zum Jahr 2020) für die europäische Region unter 1,5 liegen, nach den auf dieser Grundlage von der Bundeszahnärztekammer modifizierten Mundgesundheitszielen für Deutschland im Jahr 2020 einen Wert von unter 1 erreichen soll. Indexwerte, die ein hohes Kariesrisiko anzeigen, sind den Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Individualprophylaxe) in der Fassung vom 04. Juni 2003 zu entnehmen.

Durchschnittliche Bevölkerung

Arithmetisches Mittel aus den Durchschnitten der zwölf Monate des jeweiligen Jahres; die Durchschnitte werden aus dem Bevölkerungsstand am Anfang und Ende der Monate berechnet. Ausgewiesen wird die Durchschnittsbevölkerung nach der amtlichen Bevölkerungsfortschreibung. Abweichungen bei der Summierung von Teilmengen gegenüber der Gesamtsumme liegen in der Berechnungsmethode begründet.

Einschulungsuntersuchung / Einschülerinnen und Einschüler

Mit der für alle Kinder im Schulgesetz von Berlin (§ 55 a, Abs. 5) vorgeschriebenen Einschulungsuntersuchung (ESU), die der öffentliche Gesundheitsdienst durchführt, wird überprüft, ob gesundheitliche oder entwicklungsbezogene Einschränkungen bestehen, die für den Schulbesuch von Bedeutung sind und möglicherweise Förderbedarf begründen. Im Zusammenhang mit der Entwicklung der ESU zum Instrument der Gesundheitsberichterstattung (§ 5, Abs. 3 Gesundheitsdienstreformgesetz) werden darüber hinaus auch Merkmale einbezogen, die die Gesundheit der Kinder allgemein im Kontext wesentlicher sozialer, familiärer und persönlicher Einflussgrößen beschreiben.

Unter dem Begriff Einschülerinnen und Einschüler werden alle Kinder verstanden, die zum jeweiligen Schuljahr eingeschult wurden. Nicht darunter fallen demnach Vorschüler (bis 2004) und von der Schulpflicht befreite Kinder.

Die Änderung des Berliner Schulgesetzes im Jahr 2005 mit einem um ein halbes Jahr vorgezogenen Stichtag, der Abschaffung der Vorschule und einer restriktiven Regelung zur Schulpflichtbefreiung hat daher folgende Auswirkungen auf die zugrunde liegende Datenbasis ab 2005: das mittlere Alter der Einschüler/innen zum Zeitpunkt der Untersuchung sinkt leicht, der Anteil der Kinder, die bei der Untersuchung noch keine 65 Monate alt sind und somit die Kinderfrüherkennungsuntersuchung U9 noch nicht wahrgenommen haben müssten, erhöht sich auf ca. 20 %, wodurch die Angaben zur Inanspruchnahme der U9 an Aussagekraft verlieren und deshalb nicht mehr ausgewiesen werden. Die Zahl der in die Analyse eingehenden Kinder steigt durch den Wegfall der Vorschüler deutlich an. Von der Schulpflicht befreite Kinder werden im Folgejahr erneut untersucht und gehen erst dann in die Auswertungen ein.

Einwohnerregister

Siehe Melderechtlich registrierte Einwohner/innen.

Entbindungen

Klinische Entbindung: Entbindung im Krankenhaus.

Ambulante Entbindung: Entbindungen im Krankenhaus werden „ambulante“ genannt, wenn die Frau innerhalb von 24 Stunden nach der Entbindung die Klinik wieder verlassen hat.

Außerklinische Entbindung: Entbindung unter Mitwirkung einer/s freiberuflich tätigen Hebamme/Entbindungspfleger in der Wohnung, in ärztlicher Praxis, im Geburtshaus, in der Hebammenpraxis oder an anderem Ort.

Ereignisprinzip

Erfassung nach dem Ort, an dem sich das Berichtete (z. B. Entbindung, Schwangerschaftsabbruch) ereignet hat (*siehe auch* Wohnortprinzip).

Erwerbsstatus (Definition im Mikrozensus)

Nach dem Mikrozensus gliedert sich die Bevölkerung nach ihrer Beteiligung am Erwerbsleben in Erwerbspersonen (Erwerbstätige und Erwerbslose) und Nichterwerbspersonen.

Erwerbspersonen: Personen, die eine unmittelbar oder mittelbar auf Erwerb gerichtete Tätigkeit ausüben oder suchen (Selbständige, mithelfende Familienangehörige, Abhängige). Sie setzen sich zusammen aus den Erwerbstätigen und den Erwerbslosen.

Erwerbstätige: Personen, die in einem oder mehreren Arbeitsverhältnissen stehen (einschließlich Soldaten und mithelfende Familienangehörige), selbständig ein Gewerbe oder eine Landwirtschaft betreiben oder einen freien Beruf ausüben. Abhängige Erwerbstätige sind Beamte, Angestellte, Arbeiter und Auszubildende.

Erwerbstätigenquote ist definiert als der Anteil der Erwerbstätigen im Alter von 15 bis unter 65 Jahren an der Bevölkerung in der gleichen Alters- und Geschlechtsgruppe.

Erwerbslose: Personen ohne Arbeitsverhältnis, die sich um eine Arbeitsstelle bemühen, unabhängig von einer Arbeitslosenmeldung beim Arbeitsamt. Der Begriff der Erwerbslosen ist daher umfassender als der der Arbeitslosen (*siehe auch* Arbeitslose).

Nichterwerbspersonen: Personen, die keinerlei auf Erwerb gerichtete Tätigkeit ausüben oder suchen.

Europäische Standardbevölkerung

Bevölkerung mit vorgegebener (Alters-)Struktur. Sie bildet die Basis für den Vergleich der Ziffern ungleich zusammengesetzter Bevölkerungen. In der vorliegenden Veröffentlichung wurde - in Anlehnung an die Festlegung im Indikatorensetz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder - die Europabevölkerung alt (1966/1976) verwendet:

Alter in Jahren																			insgesamt
0	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 u.m.	
1.600	6.400	7.000	7.000	7.000	7.000	7.000	7.000	7.000	7.000	7.000	7.000	6.000	5.000	4.000	3.000	2.000	1.000	1.000	100.000

Fachabteilungen in Krankenhäusern

Fachabteilungen sind organisatorisch abgrenzbare, von Ärzten/Ärztinnen ständig verantwortlich geleitete Abteilungen mit für den jeweiligen Fachbereich typischen Behandlungseinrichtungen. Die Fachabteilungsgliederung orientiert sich an den Gebiets- und Schwerpunktbezeichnungen der Ärztinnen/Ärzte. Ausnahmen hiervon stellen die Fachabteilungen Geriatrie und Sucht (Subdisziplin der Psychiatrie und Psychotherapie) dar.

Falldefinitio

Das Robert Koch-Institut (RKI) hat gemäß § 4 Abs. 2 Nr. 2 a Infektionsschutzgesetz (IfSG) die Aufgabe, Falldefinitionen zu erstellen. Die Falldefinitionen sind für die Gesundheitsämter bestimmt und legen fest, welche Meldungen der nach §§ 6 und 7 des IfSG meldepflichtigen Krankheiten (*siehe* meldepflichtige Infektionskrankheiten) und Erregernachweise an das RKI übermittelt werden. Es werden drei Evidenztypen unterschieden: Klinisches Bild, labordiagnostischer Nachweis sowie epidemiologische Bestätigung. Aus der Kombination dieser drei Evidenztypen ergeben sich fünf Falldefinitionskategorien: Klinisch diagnostizierte Erkrankung, klinisch-epidemiologisch bestätigte Erkrankung, klinisch-labordiagnostisch bestätigte Erkrankung, labordiagnostisch nachgewiesene Infektion bei nicht erfülltem Krankheitsbild und labordiagnostisch nachgewiesene Infektion bei unbekanntem klinischen Bild.

Siehe auch Referenzdefinition.

Fallpauschalen-Vergütungssystem

Siehe Diagnosis Related Groups (DRGs).

Fallzahl

Zahl der im Krankenhaus im Berichtsjahr *vollstationär behandelten Patientinnen/Patienten* (Fälle) einschließlich Stundenfälle (Berechnung nach Novellierung der Krankenhausstatistik-Verordnung (*siehe* dort). Bis 2001 wurden die Stundenfälle bei der Ermittlung der Fallzahl nicht mitgezählt. Die Fallzahlen der Jahre bis 2001 wurden nach der seit 2002 gültigen Methode neu berechnet. Teilstationär oder ambulant Behandelte bleiben wie gesunde Neugeborene unberücksichtigt. Die KHStatV berechnet die Fallzahl auf zwei unterschiedliche Arten:

Die Fallzahl gemäß KHStatV-Teil I: Grunddaten und Teil III: Kostennachweis errechnet sich aus Aufnahmen und Entlassungen (einschließlich Stundenfällen) sowie Sterbefällen (einrichtungsbezogene Fallzahl). Bei der fachabteilungsbezogenen Fallzahl werden zusätzlich die internen Verlegungen berücksichtigt.

Die Fallzahl gemäß KHStatV-Teil II: Diagnosen bezieht sich auf die aus dem Krankenhaus entlassenen vollstationären Behandlungsfälle einschließlich Sterbefälle und Stundenfälle (*siehe auch* Diagnosedaten der Krankenhauspatienten).

Die aus vor-, nach- oder teilstationärer Behandlung entlassenen Fälle werden gesondert erfasst. Die *vor- und nachstationäre Behandlung* wird vom Krankenhaus in ambulanter Form erbracht, also ohne Unterkunft und Verpflegung. Eine vorstationäre Behandlung ist auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der vollstationären Behandlung begrenzt, eine nachstationäre Behandlung darf in der Regel sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung der vollstationären Behandlung nicht überschreiten (vgl. § 115 a Abs. 2 SGB V). *Teilstationäre Patientinnen/Patienten*, die Leistungen nach § 13 Abs. 1 BPflV erhalten, verbringen regelmäßig einen Tagesabschnitt zur ärztlichen Behandlung im Krankenhaus (z. B. wöchentlich mehrmalige Dialysebehandlung).

Familien (Definition im Mikrozensus)

Als Familien gelten alle *Eltern-Kind-Gemeinschaften im Haushalt*: Ehepaare, nichteheliche und gleichgeschlechtliche Lebenspartnerschaften sowie alleinerziehende Mütter und Väter mit ledigen Kindern (ohne Altersbegrenzung) im befragten Haushalt. Damit besteht eine statistische Familie immer aus zwei Generationen (Zwei-Generationen-Regel): Eltern/-teile und im Haushalt lebende ledige Kinder. Die Definition entspricht dem mit dem Berichtsjahr 2005 im Mikrozensus eingeführten Lebensformenkonzept, es löst das vorherige traditionelle Familienkonzept ab.

Fehlgeburten

Abbruch der Schwangerschaft durch natürliche Ursache ohne aktives Eingreifen der Schwangeren oder dritter Personen weder durch medikamentöse, chirurgische oder andere Maßnahmen.

Hat sich nach der Trennung der Leibesfrucht vom Mutterleib keines der drei Lebenszeichen (Herzschlag, Nabelschnurpulsation, natürliche Lungenatmung) gezeigt und beträgt das Gewicht der Leibesfrucht weniger als 500 g (vor dem 01.04.1994: weniger als 1.000 g), so ist die Frucht eine Fehlgeburt. Sie wird in den Personenstandsbüchern nicht beurkundet.

Ehemaliges Gebiet der DDR (inkl. Berlin-Ost) bis zum 02.10.1990: Leibesfrucht mit einem Gewicht von unter 1.000 g, bei der nach vollständigem Verlassen des Mutterleibes von den Lebenszeichen Herztätigkeit und Lungenatmung beide nicht oder nur eines vorhanden waren.

Fruchtbarkeitsziffer (Fertilitätsrate)

Die allgemeine Fruchtbarkeitsziffer ist definiert als die Anzahl der in einem Jahr Lebendgeborenen je 1.000 Frauen im Alter von 15 bis unter 45 Jahren der durchschnittlichen Bevölkerung.

Fruchtbarkeitsziffer *deutscher Frauen*: Anzahl der Lebendgeborenen, deren Mütter die deutsche Staatsangehörigkeit haben, je 1.000 15- bis unter 45-jährige Frauen der deutschen durchschnittlichen Bevölkerung.

Fruchtbarkeitsziffer von *Ausländerinnen*: Anzahl der Lebendgeborenen, deren Mütter eine ausländische Staatsangehörigkeit haben, je 1.000 15- bis unter 45-jährige Frauen der ausländischen durchschnittlichen Bevölkerung.

Früherkennungsuntersuchungen/Vorsorgeuntersuchungen

Wer in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist, hat nach Erreichen bestimmter Altersgrenzen Anspruch auf regelmäßige Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen. Grundlage für diese Maßnahmen in der vertragsärztlichen Versorgung sind die § 92

Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 sowie § 23 Abs. 1 Nr. 3, § 25 und § 26 des fünften Sozialgesetzbuches (SGB V). Im Erwachsenenalter zählen dazu die allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen (Gesundheits-Check-up), die Krebsfrüherkennungsuntersuchungen (synonym: Krebsvorsorgeuntersuchungen) [<http://www.kvberlin.de/30patienten/30vorsorge/10erwachsene/index.html>, zuletzt aufgerufen am 22.03.2013] sowie spezielle Vorsorgemaßnahmen wie die Schwangerenvorsorge [<http://www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/frueherkennung/schwangerschaftsvorsorge/>, zuletzt aufgerufen am 22.03.2013].

Darüber hinaus haben Kinder bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres sowie einmalig nach Vollendung des 10. Lebensjahres Anspruch auf „Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die ihre körperliche oder geistige Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden“ (§ 26 (1) SGB V). Einen Überblick über die Zeitpunkte der Früherkennungsuntersuchungen (oft auch als Vorsorgeuntersuchungen oder U-Untersuchungen bezeichnet) gibt die nachfolgende Darstellung (Quelle: Gemeinsamer Bundesausschuss):

Untersuchungsstufe	Zeitgrenze	Toleranzgrenze	Untersuchungsstufe	Zeitgrenze	Toleranzgrenze
U1	nach der Geburt		U6	10. - 12. Lebensmonat	09. - 13. Lebensmonat
U2	03. - 10. Lebenstag	03. - 14. Lebenstag	U7	21. - 24. Lebensmonat	20. - 27. Lebensmonat
U3	04. - 06. Lebenswoche	03. - 08. Lebenswoche	U8	43. - 48. Lebensmonat	43. - 50. Lebensmonat
U4	03. - 04. Lebensmonat	02. - 04 ½. Lebensmonat	U9	60. - 64. Lebensmonat	58. - 66. Lebensmonat
U5	06. - 07. Lebensmonat	05. - 08. Lebensmonat	J1	13. - 14. Lebensjahr	12. - 15. Lebensjahr

Geborene

Die Unterscheidung zwischen *ehelich* und *nichtehelich* Geborenen richtet sich nach den Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB). Ein Kind, das nach Eingehen der Ehe oder bis zu 302 Tagen nach Auflösung der Ehe geboren wird, galt, unbeschadet der Möglichkeit einer späteren Anfechtung, als ehelich. Mit dem Kindschaftsrechtsreformgesetz vom 16. Dezember 1997 kam es zu einer neuen Regelung, die zum 1. Juli 1998 in Kraft trat. Als *Kind miteinander verheirateter Eltern* gilt seit dem ein Kind von Eltern, die zum Zeitpunkt der Geburt miteinander verheiratet sind oder das bis 300 Tage nach Auflösung der Ehe durch Tod geboren wird. Ein Kind, das nach Auflösung der Ehe durch Scheidung geboren wird, gilt - unabhängig vom Abstand zwischen Scheidung und Geburt - als *Kind nicht miteinander verheirateter Eltern*.

Lebendgeborene sind Kinder, bei denen entweder das Herz geschlagen, die Nabelschnur pulsiert oder die natürliche Lungenatmung eingesetzt hat.

Berlin-Ost bis 02.10.1990: Als Lebendgeborene wurden alle Kinder gezählt, bei denen nach dem vollständigen Verlassen des Mutterleibes, unabhängig von der Durchtrennung der Nabelschnur oder von der Ausstoßung der Plazenta, Herztätigkeit und Lungenatmung vorhanden waren.

Totgeborene sind seit Änderung des Personenstandsgesetzes (PStG) zum 01.04.1994 Geborene, bei denen die oben genannten Merkmale nicht zutreffen und deren Geburtsgewicht mindestens 500 g beträgt (davor seit dem 01.07.1979 mindestens 1.000 g, vorher mindestens 35 cm Körperlänge).

Fehlgeburten [siehe](#) dort.

Geburtenziffer

Die allgemeine Geburtenziffer ist definiert als Anzahl der in einem Jahr Lebendgeborenen je 1.000 Einwohner der durchschnittlichen Bevölkerung.

Geburtsgewicht

Das Geburtsgewicht stellt einen international üblichen Gesundheitsindikator dar, der vergleichsweise exakt bestimmt wird. Der Bereich von unterhalb 2.000 Gramm wird in 500 g-Gewichtsklassen dargestellt, weil diese den Versorgungsbedarf (z. B. neonatologische Intensivmedizin) genauer abbildet. Als extrem untergewichtig gelten Neugeborene mit einem Geburtsgewicht von unter 1.000 Gramm.

Geringfügig Beschäftigte

Bei der geringfügigen Beschäftigung unterscheidet man zwischen geringfügig entlohnter Beschäftigung und kurzfristiger Beschäftigung. Eine geringfügig entlohnte Beschäftigung liegt vor, wenn das Arbeitsentgelt aus dieser Beschäftigung regelmäßig im Monat 400 Euro nicht übersteigt. Der Arbeitnehmer/die Arbeitnehmerin ist bis zu dieser Grenze von der Sozialversicherung befreit, obwohl der Arbeitgeber Pauschalabgaben leisten muss. Als kurzfristige Beschäftigung zählt, wenn die Beschäftigung von vorneherein zeitlich begrenzt ist auf maximal zwei Monate oder 50 Arbeitstage innerhalb eines Kalenderjahres. Es sind keine Sozialabgaben zu

leisten, jedoch das Arbeitsentgelt ist zu versteuern entweder pauschal über den Arbeitgeber oder entsprechend der Angaben auf der Lohnsteuerkarte an das Finanzamt abzuführen. Für geringfügig beschäftigte Arbeitnehmer/innen werden grundsätzlich die gleichen Meldungen zur Sozialversicherung erstattet, die auch für versicherungspflichtige Arbeitnehmer in Betracht kommen. Ausnahmen bestehen lediglich für kurzfristige Beschäftigungen. Aus diesem Grunde ist eine genaue statistische Berichterstattung in diesem Bereich nicht möglich. Werden von einer Person mehrere geringfügige Beschäftigungen (geringfügig entlohnte oder kurzfristige Beschäftigungen) oder geringfügig entlohnte Beschäftigungen und nicht geringfügige Beschäftigungen ausgeübt, so werden sie grundsätzlich zusammengerechnet. Allerdings bleibt eine geringfügig entlohnte Beschäftigung, die neben einer nicht geringfügigen ausgeübt wird, bei der Zusammenrechnung unberücksichtigt. Damit gehen in die Erwerbstätigenrechnung ausschließlich geringfügig entlohnte Beschäftigte ein, da die Nebenjobber bereits bei ihrer Hauptbeschäftigung gezählt werden. Die Bundesagentur für Arbeit publizierte 2007 die Broschüren „Geringfügig entlohnte Beschäftigte in Deutschland - Zeitreihen ab Juni 1999“ sowie „Beschäftigte nach Ländern in wirtschaftlicher Gliederung, Juni 2007“. In beiden Heften befinden sich Daten zu geringfügig entlohnenden Beschäftigten nach ausgewählten Merkmalen. Die Arbeitsagentur unterteilt die geringfügig entlohnenden Beschäftigten in die ausschließlich und in die im Nebenjob geringfügig entlohnenden Beschäftigten.

Neben der Bundesagentur für Arbeit veröffentlicht auch die Minijob-Zentrale der Bundesknappschaft Bahn-See als zentrale Meldestelle für geringfügige Beschäftigung Zahlen zu dieser Beschäftigungsform. Die Angaben weichen zum Teil voneinander ab, was vor allem durch die verschiedenen Wartezeiten zwischen Stichtag und Auswertung begründet ist. Während die Minijobzentrale sehr kurzfristig Daten vorlegt, werden die Daten der Bundesagentur erst nach einer 6-monatigen Wartezeit aufbereitet.

Gestorbene

Die jährlich, unabhängig vom Sterbeort am Wohnort der Gestorbenen registrierten, gestorbenen Personen werden in der amtlichen Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung erfasst. Nicht berücksichtigt werden Totgeborene, nachträglich beurkundete Kriegsterbefälle und gerichtliche Todeserklärungen. *Siehe auch* Todesursachenspezifische Sterblichkeit.

Gesundheitsförderung

Umfasst Maßnahmen und Aktivitäten, mit denen die Stärkung der Gesundheitsressourcen und -potenziale der Menschen erreicht werden soll. Gesundheitsförderung ist der Prozess der Befähigung von Menschen, ihre Kontrolle über Determinanten der Gesundheit zu erhöhen. Dabei werden nicht nur das Verhalten des Einzelnen, seine Kenntnisse und Fertigkeiten in den Blick genommen, sondern auch soziale, ökonomische und Umweltbedingungen. Gesundheit wird dabei in einer ganzheitlichen Sichtweise als körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden definiert, das durch individuelle, soziale und gesellschaftliche Hintergründe beeinflusst wird.

Gesundheitsindikatoren

Parameter, die Rückschlüsse zulassen über die Gesundheit der Bevölkerung bzw. von Teilpopulationen, über die Gesundheitsversorgung und verfügbare Ressourcen. Bei mehrmaligen Erhebungen gestatten sie die Verfolgung von Prozessen und die Erreichung von Zielen wie: die Verbesserung der Gesundheit, die Verminderung von Morbidität oder eine ausreichende Versorgung von Zielgruppen.

Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung

Siehe „Bedarfsorientierte Grundsicherung ...“.

Haushalte (Definition im Mikrozensus)

Als (Privat-)Haushalt zählt jede zusammen wohnende und eine wirtschaftliche Einheit bildende Personengemeinschaft (Mehrpersonenhaushalte) sowie Personen, die allein wohnen und wirtschaften (Einpersonenhaushalte). Zum Haushalt können verwandte und familienfremde Personen gehören. Gemeinschafts- und Anstaltsunterkünfte gelten nicht als Privathaushalte.

Ab dem Mikrozensus 2005 wird die gesamte Einheit „Haushalt“ stellvertretend durch die Erhebungsmerkmale (z. B. Alter, Geschlecht, Familienstand) des Haupteinkommensbeziehers/der Haupteinkommensbezieherin (Person mit dem höchsten monatlichen Nettoeinkommen) des Haushalts statistisch nachgewiesen. Dabei wird davon ausgegangen, dass diese Person in der Regel auch diejenige ist, die den sozialen Status und die Lebensverhältnisse des Haushalts bzw. der Haushaltsmitglieder bestimmt und sich daher als Bezugsperson für die sozioökonomische Zuordnung der Haushalte eignet.

Hilfe zum Lebensunterhalt

Leistungen an Empfänger/innen in und außerhalb von Einrichtungen gemäß zwölftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII). Mit der Ablösung des BSHG durch das SGB XII zum 01.01.2005 bei gleichzeitiger Einführung der Regelungen des SGB II hat sich der Empfängerkreis von Hilfe zum Lebensunterhalt deutlich verkleinert. Aus diesem Grund sind die Ergebnisse der neugefassten Statistik nicht mehr mit den bis 2004 vorliegenden Daten vergleichbar.

HIV

Siehe AIDS und HIV.

Hospizversorgung

Ganzheitliche Begleitung unheilbar Kranker und Sterbender, die Schmerztherapie, Symptomkontrolle sowie psychosoziale und seelsorgerliche Begleitung einschließt. Sie erfolgt in stationärer Versorgung oder - als vorrangiges Ziel der Hospizarbeit - in der Wohnung der Betroffenen.

Gemäß § 39a Abs. 2 SGB V sind *ambulante Hospizdienste* Einrichtungen, die für Menschen, die keiner Krankenhausbehandlung und keiner Versorgung in einem stationären Hospiz bedürfen, qualifizierte ehrenamtliche Sterbebegleitung in deren Haushalt oder der Familie erbringen. Dazu müssen sie mit palliativ-medizinisch erfahrenen Pflegediensten und Ärzten zusammenarbeiten und unter der fachlichen Verantwortung einer qualifizierten Pflegefachkraft stehen. Neben der Gewinnung, Schulung, Koordination und Unterstützung der ehrenamtlich tätigen Personen müssen sie palliativ-pflegerische Beratung durch entsprechend ausgebildete Fachkräfte erbringen.

Stationäre Hospize sind gemäß § 39a Abs. 1 SGB V selbständige Einrichtungen mit dem eigenständigen Versorgungsauftrag, für Patienten mit unheilbaren Krankheiten in der letzten Lebensphase palliativ-medizinische Behandlung zu erbringen. Sie sind kleine Einrichtungen mit maximal 16 Plätzen, die in ihrer räumlichen Gestaltung und besonderen Ausstattung auf die besonderen Bedürfnisse schwerkranker und sterbender Menschen ausgerichtet sind und eine palliativ-medizinische, palliativ-pflegerische, soziale sowie geistig-seelische Versorgung gewährleisten. (Stand Basisbericht 2008).

Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10)

Die „Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“ (ICD-10) wurde von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) erstellt und im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit vom DIMDI ins Deutsche übertragen und herausgegeben. Die Abkürzung ICD steht für „International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems“, die Ziffer 10 bezeichnet die 10. Revision der Klassifikation. Die ICD-10 ist Teil der Familie der internationalen gesundheitsrelevanten Klassifikationen.

In der Bundesrepublik Deutschland gibt es für die ICD-10 zwei wesentliche Einsatzbereiche:

1. Verschlüsselung von Todesursachen. Die ICD-10 wird seit dem 01.01.1998 für die Verschlüsselung von Todesursachen eingesetzt und ist die Grundlage der amtlichen Todesursachenstatistik. Für diesen Zweck wird die ICD-10-WHO, die deutschsprachige WHO-Ausgabe der ICD-10 (zuletzt in der Version von 2006), verwendet.
2. Verschlüsselung von Diagnosen in der ambulanten und stationären Versorgung. Die ICD-10 wird seit dem 01.01.2000 zur Verschlüsselung von Diagnosen in der ambulanten und stationären Versorgung (§§ 295 und 301 SGB V) eingesetzt, insbesondere für die Zwecke des pauschalierenden Entgeltsystems G-DRG (German Diagnosis Related Groups). Für diese Zwecke wird die ICD-10-GM in der jeweils vom DIMDI aktualisierten Version (zuletzt 2011) verwendet, die bis zum Jahr 2003 als ICD-10-SGB-V bezeichnet wurde. GM bedeutet „German Modification“, SGB V steht für „Sozialgesetzbuch V“. Diese spezielle Ausgabe der ICD-10 beruht auf der deutschsprachigen ICD-10-WHO-Ausgabe, wurde jedoch für die Zwecke des Sozialgesetzbuches V deutlich verändert.

Inzidenz

Epidemiologische Maßzahl und damit Fachausdruck aus der medizinischen Statistik. Sie gibt die Anzahl der Neuerkrankungen an einer bestimmten Krankheit in einer Bevölkerungsgruppe definierter Größe, üblicherweise je 100.000, während einer bestimmten Zeit, üblicherweise in einem Jahr, an.

Berechnungsmethoden *siehe* Mortalitätsraten.

Koordinierungsstellen für ambulante Rehabilitation älterer Menschen

Es entspricht dem Wunsch der meisten älteren Menschen, so lange wie möglich selbständig in der angestammten Wohnung und im vertrauten Wohnumfeld zu leben. Aufgabe der Koordinierungsstellen ist es, sie hierbei mit Information und Beratung zu Leistungsansprüchen und Leistungsangeboten sowie ggf. Koordinierungshilfen zu unterstützen. Seit Ende 1999 steht in jedem der 12 Berliner Bezirke ein entsprechendes Beratungsangebot „Rund ums Alter“ zur Verfügung. Die Koordinierungsstellen sind Einrichtungen der Sozialarbeit. Die dort tätigen Fachkräfte verfügen über fundierte Kenntnisse im Sozialrecht und im methodischen Arbeiten. Ein Spezifikum ist die Anwendung der Methode des Case Managements. Die Koordinierungsstellen haben zur Unterstützung ihrer Arbeit eine umfangreiche Datenbank („Hilfelotse“) aufgebaut. Mit dem Erlass der Allgemeinverfügung zur Errichtung von Pflegestützpunkten vom 10. Januar 2009, der einen Pflegestützpunkt pro 95.000 Einwohner vorsieht, wurden die 12 Koordinierungsstellen zu Pflegestützpunkten weiterentwickelt (Stand Basisbericht 2009).

Kosten der Krankenhäuser

Werden im Teil III: Kostennachweis der Krankenhäuser (*siehe* Krankenhausstatistik-Verordnung - KHStatV) erfasst. Sie werden auf der Grundlage der Krankenhaus-Buchführungsverordnung (KHBV) in der Fassung der Bekanntmachung vom 24. März 1987 (BGBl. I S. 1.045), zuletzt geändert durch Artikel 1 der Verordnung vom 9. Juni 2011 (BGBl. I S. 1.041) angegeben und enthalten mit der Änderung der KHStatV vom 13. August 2001 ab 2002 alle Aufwendungen des Krankenhauses des abgelaufenen Geschäftsjahres einschließlich der Aufwendungen für Leistungen, die nicht zu den allgemeinen voll- und teilstationären Krankenhausleistungen gehören (Brutto-Gesamtkosten). 1996 - 2001 wurden die Kosten nach dem sogenannten Nettoprinzip der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) angegeben, nach der eine Vielzahl nichtstationärer Kosten unberücksichtigt blieb. Aus diesem Grund sind ab 2002 die nach Kostenarten gegliederten Daten nicht mehr mit den Ergebnissen der Jahre 1996 - 2001 vergleichbar. Lediglich auf der Ebene der bereinigten Kosten ist eine Vergleichbarkeit gegeben.

Die *Brutto-Gesamtkosten* errechnen sich aus der Summe der Kosten des Krankenhauses (Personalkosten (*siehe auch* Personalkosten der Krankenhäuser) und Sachkosten einschließlich der Zinsen und ähnlicher Aufwendungen sowie der Steuern) und der Kosten der Ausbildungsstätten (Personal- und Sachkosten sowie die Aufwendungen aus der Ausbildungsstätten-Umlage nach § 9 Abs. 3 BpflV). In den einzelnen Kostenarten sind auch *nichtpflegesatzfähige Kosten* enthalten; sie sind definiert nach § 17 Abs. 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) sowie § 7 Abs. 2 BpflV (Kosten für wissenschaftliche Forschung und Lehre, Ambulanz, vor- und nachstationäre Behandlung, ärztliche und nichtärztliche Wahlleistungen, belegärztliche Leistungen, ambulantes Operieren u. a.). Bei den *bereinigten Kosten* handelt es sich um die *pflegesatzfähigen Kosten*. Sie ergeben sich aus den Brutto-Gesamtkosten abzüglich der nichtpflegesatzfähigen Kosten (*Abzüge*).

Kosten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen

werden nach der Krankenhausstatistik-Verordnung (*siehe* dort) nicht erhoben.

Krankenhaus

Begriffsbestimmung:

Im Sinne von § 3 des *Landeskrankenhausgesetzes* (LKG von Berlin) in der Fassung vom 1. März 2001, zuletzt geändert durch Gesetz vom 17. Dezember 2003 (GVBl. S. 608), sind Krankenhäuser Einrichtungen, in denen durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistungen Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festgestellt, geheilt oder gelindert werden sollen, Geburtshilfe geleistet wird oder weitere medizinische Leistungen für Personen, die der stationären Behandlung bedürfen, erbracht werden und in denen die zu versorgenden Personen untergebracht und gepflegt werden können.

Gemäß § 1 Abs. 3 Nr. 1 der *Krankenhausstatistik-Verordnung* (KHStatV) vom 10. April 1990 (BGBl. I S. 730) sind Krankenhäuser solche nach § 2 Nr. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) einschließlich der in den §§ 3 und 5 des KHG genannten Einrichtungen, soweit sie zu den Krankenhäusern nach § 107 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) gehören.

Laut § 2 Nr. 1 KHG sind Krankenhäuser Einrichtungen, in denen durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festgestellt, geheilt oder gelindert werden sollen oder Geburtshilfe geleistet wird und in denen die zu versorgenden Personen untergebracht und gepflegt werden können.

Nach § 107 Abs. 1 SGB V sind Krankenhäuser Einrichtungen, die

1. der Krankenhausbehandlung oder Geburtshilfe dienen,

2. fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende, ihrem Versorgungsauftrag entsprechende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und nach wissenschaftlich anerkannten Methoden arbeiten,
3. mit Hilfe von jederzeit verfügbarem ärztlichen, Pflege-, Funktions- und medizinisch-technischen Personal darauf eingerichtet sind, vorwiegend durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten der Patienten zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, Krankheitsbeschwerden zu lindern oder Geburtshilfe zu leisten, und in denen
4. die Patienten untergebracht und gepflegt werden können.

Die Erhebungen zur Krankenhausstatistik erstrecken sich gemäß § 1 Abs. 2 KHStatV nicht auf *Krankenhäuser im Straf- oder Maßregelvollzug* und *Polizeikrankenhäuser*. Bundeswehrkrankenhäuser haben einen Erhebungsvordruck auszufüllen.

Krankenhäuser werden laut § 3 Nr. 1 und 2 KHStatV *folgenden Kategorien* zugeordnet:

Krankenhausart:

Allgemeine Krankenhäuser sind Krankenhäuser mit Fachabteilungen der medizinischen Grundversorgung. Krankenhäuser mit ausschließlich psychiatrischen, psychotherapeutischen oder psychiatrischen, psychotherapeutischen und neurologischen Fachabteilungen sowie Tages- und Nachtkliniken zählen nicht zu den allgemeinen Krankenhäusern.

Sonstige Krankenhäuser sind solche mit ausschließlich psychiatrischen, psychotherapeutischen oder psychiatrischen, psychotherapeutischen und neurologischen Betten. Zu den sonstigen Krankenhäusern zählen außerdem *reine Tages- oder Nachtkliniken*, in denen ausschließlich teilstationäre Behandlungen durchgeführt werden und in denen Patienten nur eine begrenzte Zeit des Tages oder der Nacht untergebracht sind.

Zulassung nach § 108 SGB V:

Hochschulkliniken im Sinne des Hochschulbauförderungsgesetzes (HBFüG).

Plankrankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind (nach der Definition in § 108 SGB V werden Hochschulkliniken nicht den Plankrankenhäusern zugeordnet).

Krankenhäuser, die einen *Versorgungsvertrag* mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossen haben.

Krankenhäuser ohne Zulassung, die nicht in die oben genannten Kategorien und somit nicht zu den zugelassenen Krankenhäusern gemäß § 108 SGB V gehören.

Trägerschaft:

Öffentliche Krankenhäuser, die von Gebietskörperschaften oder von Zusammenschlüssen solcher Körperschaften oder von Trägern der Sozialversicherung betrieben oder unterhalten werden. Träger in rechtlich selbständiger Form (z. B. als GmbH) gehören zu den öffentlichen Trägern, wenn Gebietskörperschaften oder Zusammenschlüsse solcher Körperschaften unmittelbar oder mittelbar mit mehr als 50 vom Hundert des Nennkapitals oder des Stimmrechts beteiligt sind.

Freigemeinnützige Krankenhäuser, die von Trägern der kirchlichen oder freien Wohlfahrtspflege, Kirchengemeinden, Stiftungen oder Vereinen unterhalten werden.

Private Krankenhäuser, die als gewerbliche Unternehmen einer Konzession gemäß § 30 Gewerbeordnung (GewO) bedürfen.

Krankenhäuser mit unterschiedlichen Trägern sind dem Träger zugeordnet, der überwiegend beteiligt ist oder überwiegend Geldlasten trägt.

Belegkrankenhäuser:

Krankenhäuser, die ausschließlich über Belegbetten verfügen, d. h. über Betten, die niedergelassene Ärztinnen/Ärzten für die stationäre Behandlung ihrer Patientinnen/Patienten nutzen.

Krankenhausbett

Einheit, nach der die Kapazität eines Krankenhauses oder einer klinischen Fachabteilung berechnet wird. Die Bettenzahl wird zu bestimmten Stichtagen von der zuständigen Behörde festgesetzt und umfasst vollstationäre und teilstationäre Kapazitäten. *Aufgestellte Betten* umfassen alle Betten, die im Krankenhaus betriebsbereit aufgestellt sind, unabhängig von der Förderung und der Aufnahme in den Krankenhausplan eines Landes, ausgenommen Betten in Untersuchungs- und Funktionsräumen sowie Betten für gesunde Neugeborene. Bei der gemäß Krankenhausstatistik-Verordnung (*siehe* dort) angegebenen Bettenzahl handelt es sich um die

im Jahresdurchschnitt aufgestellten vollstationären Betten; Betten zur teilstationären Unterbringung von Patientinnen/Patienten bleiben unberücksichtigt (siehe Tages- und Nachtambulanzplätze).

Die KHStatV unterscheidet nach:

Betten, für die Fördermittel nach § 8 Abs. 1 *Krankenhausfinanzierungsgesetz* (KHG) bewilligt und gewährt werden,

Betten, für die Fördermittel nach § 1 *Hochschulbauförderungsgesetz* (HBFÜG) bewilligt und gewährt werden,

Vertragsbetten, die nicht gefördert werden und für die Verträge mit den Krankenkassen über die Gewährung von Krankenhausbehandlungen nach § 108 Nr. 3 SGB V vorliegen,

sonstigen Betten, die weder im Krankenhausplan aufgeführt noch gefördert werden und für die auch keine Verträge nach § 108 Nr. 3 SGB V abgeschlossen worden sind.

Krankenhauspersonal (nichtärztlich)

Funktionsdienst: Dazu gehören u. a. das Krankenpflegepersonal für den Operationsdienst, für die Anästhesie, für die Ambulanz und Poliklinik, Hebammen und Entbindungspfleger, Ergotherapeutinnen/-therapeuten und der Krankentransportdienst.

Klinisches Hauspersonal: Haus- und Reinigungspersonal der Krankenhäuser und Stationen.

Medizinisch-technischer Dienst: Dazu gehört z. B. das Personal in Apotheken, Laboratorien, Röntgen-, EKG-, EEG-, EMG-, Grundumsatzabteilungen, Bäder- und Massageabteilungen, elektrophysikalische Abteilungen, Sehschulen, Sprachschulen, Körperprüfabteilungen.

Pflegedienst: Der Pflegedienst umfasst das Pflege- und Pflegehilfspersonal im stationären Bereich (Dienst am Krankenbett). Dazu gehören auch Pflegekräfte in Intensivpflege- und -behandlungseinrichtungen sowie Dialysestationen.

Technischer Dienst: Betriebsingenieure, Personal für Einrichtungen zur Versorgung mit Heizwärme, Warm- und Kaltwasser, Frischluft, medizinischen Gasen und Strom sowie für die Instandhaltung.

Verwaltungsdienst: Personal der engeren und weiteren Verwaltung, der Registratur, der technischen Verwaltung (sofern nicht beim Wirtschafts- und Versorgungsdienst erfasst).

Wirtschafts- und Versorgungsdienst: Küchen- und Diätküchenpersonal, Personal der Wirtschaftsbetriebe (Metzgerei, Gärtnerei u. ä.), Personal in Wäschereien und Nähstuben, zentrale Bettenaufbereitung u. a.

Siehe auch Vollzeitäquivalente.

Krankenhausstatistik-Verordnung (KHStatV)

Verordnung über die Bundesstatistik für Krankenhäuser (Krankenhausstatistik-Verordnung - KHStatV) vom 10. April 1990 (BGBl. I S. 730), die zuletzt durch Art. 4 b KrankenhausfinanzierungsreformG vom 17.03.2009 (BGBl. I S. 534) geändert worden ist. Die KHStatV ist die Rechtsgrundlage für die Berichterstattung über Ausstattung und Inanspruchnahme des stationären Versorgungsangebotes. Die Erhebungen zur Krankenhausstatistik erstrecken sich gemäß § 1 Abs. 2 KHStatV nicht auf *Krankenhäuser im Straf- oder Maßregelvollzug* und *Polizei-Krankenhäuser*.

Die gemäß KHStatV jährlich bundesweit erhobenen Daten zu personeller und sachlicher Ausstattung sowie Kosten, den in Anspruch genommenen stationären und ambulanten Leistungen sowie allgemeinen Angaben über die Patienten und ihre Erkrankungen der Krankenhäuser und - mit einem eingeschränkten Merkmalskatalog der Grunddaten - der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen sind untergliedert in *Teil I: Grunddaten*, *Teil II: Diagnosen* (siehe auch Diagnosedaten der Krankenhauspatienten) und *Teil III: Kostennachweis*.

Krankheitskosten

Die *Krankheitskostenrechnung* des Statistischen Bundesamtes (Erhebung zweijährlich, erstmalig 2002, aktuell (August 2013) verfügbar: Daten 2008) liefert Angaben darüber, wie stark die deutsche Volkswirtschaft durch bestimmte Krankheiten und deren Folgen belastet wird. Die Krankheitskosten werden dabei zusätzlich nach Geschlecht, Alter und den an der Versorgung beteiligten Einrichtungen des Gesundheitswesens dargestellt. Krankheitskostenrechnungen unterscheiden im Allgemeinen zwischen direkten und indirekten Kostenkomponenten. Die *direkten Kosten* beschreiben den unmittelbar mit einer medizinischen Heilbehandlung, einer Präventions-, Rehabilitations- oder Pflegemaßnahme verbundenen monetären Ressourcenverbrauch im Gesundheitswesen. Hierzu zählen auch die Verwaltungskosten der Leistungserbringer und sämtlicher öffentlicher und privater Einrichtungen, die in Deutschland Gesundheitsleistungen finanzieren. Alle nichtmedizinischen Kosten, beispielsweise private Arztfahrten oder die unentgeltliche Pflege von Ange-

hörigen, werden in der Krankheitskostenrechnung nicht berücksichtigt. *Indirekte Krankheitskosten* messen den mittelbar mit einer Erkrankung im Zusammenhang stehenden Ressourcenverlust. Dabei handelt es sich in erster Linie um die durch Arbeitsunfähigkeit, Invalidität und vorzeitigem Tod der erwerbstätigen Bevölkerung hervorgerufenen potenziellen volkswirtschaftlichen Verluste; sie werden in Form von verlorenen Erwerbstätigkeitsjahren nachgewiesen. Zu den indirekten Kosten sind auch die so genannten intangiblen Kosten zu rechnen. Sie bilden die aus einer Erkrankung resultierenden Einschränkungen wie z. B. Schmerz, Depressionen oder ganz allgemein den Verlust an Lebensqualität ab (vgl. Statistisches Bundesamt: Fachserie 12, Reihe 7.2 <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankheitskosten/Krankheitskosten.html>, zuletzt aufgerufen am 20.08.2013).

Krebsregister

Das *Gemeinsame Krebsregister der Länder Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und der Freistaaten Sachsen und Thüringen* (GKR, <http://www.berlin.de/gkr/>, zuletzt aufgerufen am 22.03.2013) hat seinen Sitz in Berlin und wird als nachgeordnete Einrichtung bei der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin geführt. Das GKR ist eine nichtrechtsfähige Anstalt des öffentlichen Rechts und arbeitet seit dem 01.01.1995 auf der Basis des Gesetzes über Krebsregister (Krebsregistergesetz - KRG) vom 04.11.1994 in Verbindung mit dem Staatsvertrag über das GKR vom 20./24.11.1997 sowie den entsprechenden Ausführungsgesetzen der beteiligten Länder. Es ist das einzige bevölkerungsbezogene Krebsregister Deutschlands, dessen Einzugsgebiet aus mehreren Bundesländern besteht. Gemäß Staatsvertrag nehmen die beteiligten Länder an der Führung des GKR durch einen Verwaltungsausschuss (VA) teil.

In allen am GKR beteiligten Bundesländern gibt es mittlerweile eine *Meldepflicht* für Krebserkrankungen. In Berlin wurde sie 2004 eingeführt (Sachsen 1993, Mecklenburg-Vorpommern 1998, Sachsen-Anhalt 2000, Thüringen 2003, Brandenburg 2006).

Aktuelle Auswertungen (Stand: 31.12.2012) des GKR erstrecken sich derzeit bis zum Diagnosejahr 2010, da vereinbarungsgemäß in Absprache mit dem VA ein *Diagnosejahr frühestens 2 Jahre nach dessen Abschluss ausgewertet* wird. Daten zum Diagnosejahr 2011 werden dementsprechend ab Januar 2014 zur Verfügung stehen.

Das Robert Koch-Institut (RKI) stellt den epidemiologischen Krebsregistern Deutschlands periodisch Schätzungen zu erwarteten Fallzahlen (nach log-linearen Modellen) zur Verfügung, an Hand derer die Krebsregister ihre *Vollzähligkeit* ermitteln. Der Vollzähligkeitsgrad ergibt sich aus dem Anteil ärztlicher Meldungen an den erwarteten Fallzahlen. Hinzugerechnet werden DCO-Fälle (*siehe auch* dort), d. h. die Fälle, die dem GKR nur vom Leichenschauschein bekannt sind, für die also keine ärztliche Meldung zu Lebzeiten vorlag. Für repräsentative Auswertungen zur Krebsinzidenz ist eine Vollzähligkeit von mindestens 90 % ärztlicher Meldungen bei gleichzeitig höchstens 10 % DCO-Anteil notwendig. Dieses Ziel ist in Berlin trotz steigendem Trend beim ärztlichen Meldeaufkommen noch nicht erreicht.

Krebserkrankungen im Kindesalter (0 bis unter 15 Jahre) werden von den Ärztinnen/Ärzten außerdem an das *Kinderkrebsregister Mainz* (KKR, <http://www.kinderkrebsregister.de>, zuletzt aufgerufen am 20.08.2013) gemeldet, mit dem ein regelmäßiger Abgleich erfolgt, um in beiden Einrichtungen (GKR und KKR) eine möglichst vollzählige Registrierung der Kinderkrebserkrankungen zu gewährleisten.

Kurzzeitpfleg

Siehe Pflegebedürftige.

Lärmwirkungen

Extraaurale (außerhalb des Ohres) Lärmwirkungen können physiologische und biochemische Regelungsvorgänge und Körperfunktionen im gesamten Organismus betreffen und unterliegen keiner unmittelbaren, sondern einer chronisch verlaufenden Pathogenese. Die Art und das Ausmaß möglicher gesundheitlicher Reaktionen auf Umweltlärm hängen im Wesentlichen ab von der Einwirkungszeit des Lärms, der Höhe des Lärmpegels, insbesondere des Maximalpegels, dem Frequenzbereich des Schallreizes und nicht zuletzt von der Dauer der Erholungsphase in lärmfreier Zeit.

Die psychische und physische Verarbeitung von Geräuschen durch den Betroffenen ist zudem sehr subjektiv geprägt. Als Risikogruppen gelten vor allem Schwangere, Kinder, alte Menschen, Kranke, wobei Hypertoniker überdurchschnittlich gefährdet sind.

Langzeitpfleg

Siehe Pflegebedürftige.

Lastenquotient

Jugend- und Altenquotient: Kennziffern, bei denen die Zahl von Personen, die sich noch nicht bzw. nicht mehr im erwerbsfähigen Alter befinden (Kinder/Jugendliche bzw. ältere Menschen), der Zahl der Personen im erwerbsfähigen Alter (je 100) gegenübergestellt wird. Die Altersgrenzen werden unterschiedlich festgelegt, z. B. unter 18-Jährige bzw. Personen im Alter von 65 und mehr Jahren je 100 18- bis unter 65-Jährige.

Lebendgeborene

Siehe Geborene.

Lebenserwartung

Die Kennziffer Lebenserwartung gibt an, wie viele Jahre ein Mensch in einem definierten Alter bei unveränderten gegenwärtigen Sterberisiken im Durchschnitt noch leben würde. Die fernere Lebenserwartung der Nulljährigen wird hierbei auch als *mittlere Lebenserwartung* bezeichnet. Berechnungsgrundlage für die Lebenserwartung ist die sogenannte Sterbetafel, die modellhaft anhand der alters- und geschlechtsspezifischen Sterberaten des untersuchten Kalenderzeitraums (ein Jahr oder mehrere zusammengefasste Jahre) berechnet wird. Im Prinzip entspricht die so berechnete Lebenserwartung der (bezüglich der Altersstruktur) bereinigten Sterblichkeit und ist somit besonders geeignet für Zeitreihenanalysen und regionale Vergleiche. Die Berechnung der Lebenserwartung durch die Statistischen Landesbehörden erfolgt nach einer vom Statistischen Bundesamt entwickelten Methode (Periodensterbetafeln für Deutschland). Die Lebenserwartungsberechnung der Berliner Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz erfolgt nach einem modifizierten Verfahren, das analog zum Verfahren des Statistischen Bundesamtes durchgeführt wird (vgl. dazu die jährlichen Veröffentlichungen der Periodensterbetafeln, aktuelle Publikation: „Methodische Erläuterungen zur Berechnung von Periodensterbetafeln für Deutschland 2009/2011“, im Internet verfügbar unter <http://www.destatis.de> über den Pfad Publikationen / Thematische Veröffentlichungen / Bevölkerung: Veröffentlichungen für die Bereiche „Bevölkerungsbewegung“, zuletzt aufgerufen am 23.08.2013).

Disability-Free Life Expectancy (DFLE)

Erwartete durchschnittliche Anzahl von Jahren, die eine Person ohne schwere gesundheitliche Beschwerden lebt. Dient in der Gesundheitsberichterstattung der Berechnung der Lebenserwartung ohne Behinderung bzw. ohne Pflegebedürftigkeit. Mit dem Konzept wird der Aspekt der Lebensqualität (Gesundheit) in die Betrachtung der Lebenserwartung eingebunden. Ausgangspunkt des Indikators ist die Frage, ob die höhere Lebenserwartung mit mehr gesunden Lebensjahren einhergeht oder ob die höhere Lebenserwartung durch eine Verlängerung des Zeitabstandes zwischen Erkrankungs- bzw. Pflegebedarfsbeginn und Sterbezeitpunkt erkauft wird. Die Indikatoren werden auf Basis von Sterbetafeln berechnet. Für die DFLE ohne Behinderung bzw. ohne Pflegebedürftigkeit ist die Berechnung auf Basis der Sullivan-Methode vorgesehen [vgl. <http://imai.princeton.edu/research/files/life.pdf>, zuletzt aufgerufen am 22.03.2013].

Die Berechnung der durchschnittlichen Lebenserwartung bei guter Gesundheit erfolgte in Berlin unter Verwendung der Daten der Pflegestatistik. Dafür wurde die Methode der Berechnung der mittleren und ferneren Lebenserwartung um die modifizierten Sterbetafeln nach Sullivan erweitert. Die Ergebnisse zeigen die verbleibenden Jahre, die in einem bestimmten Alter mit und ohne Pflegebedürftigkeit erwartet werden können.

Lebensformen (Definition im Mikrozensus)

Grundlage für die Bestimmung einer Lebensform sind die Beziehungen zwischen den Mitgliedern eines Haushalts. Zu den Lebensformen gehören Paare (Ehepaare und Lebensgemeinschaften) mit ledigen Kindern und ohne ledige Kinder, alleinerziehende Elternteile mit ledigen Kindern im Haushalt sowie alleinstehende Personen.

Lebensgemeinschaften (Definition im Mikrozensus)

Lebenspartnerschaft, bei der zwei gemischt- oder gleichgeschlechtliche Lebenspartner ohne Trauschein bzw. zwei gleichgeschlechtliche Lebenspartner mit Trauschein oder notarieller Beglaubigung in einem Haushalt zusammen leben und gemeinsam wirtschaften.

Leistungen nach Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)

Asylbewerber und abgelehnte Bewerber, die zur Ausreise verpflichtet sind, sowie geduldete Ausländer erhalten seit dem 01.11.1993 anstelle von Sozialhilfe Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz. Zur Deckung des täglichen Bedarfs an Ernährung, Klei-

dung, Unterkunft usw. werden den Leistungsberechtigten Regelleistungen in Form von Grundleistungen oder in besonderen Fällen Leistungen analog zum zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) gewährt.

Letalität

Tödlichkeit. Die *Letalitätsrate* bezeichnet die Zahl der an einer bestimmten Krankheit Gestorbenen bezogen auf 100 / 1.000 / 10.000 oder 100.000 an derselben Krankheit Erkrankte.

Berechnungsmethoden *siehe* Mortalitätsraten.

Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)

Ein Medizinisches Versorgungszentrum ist nach der Definition des § 95 Sozialgesetzbuch V (SGB V) eine in Deutschland zur *vertragsärztlichen Versorgung zugelassene, fachübergreifende Behandlungseinrichtung* unter ärztlicher Leitung, in der im Arztregister eingetragene Ärzte als Inhaber (Vertragsärzte) oder Angestellte tätig sein können. Wie die Ärzte einer Gemeinschaftspraxis arbeiten Ärzte in einem Medizinischen Versorgungszentrum an einem gemeinsamen Praxissitz. Im Unterschied zur Gemeinschaftspraxis sind die im MVZ tätigen Ärzte nicht einzeln, sondern gemeinsam zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Ein MVZ kann in Form einer GmbH, Aktiengesellschaft (AG) oder BGB-Gesellschaft betrieben werden. Gesellschafter eines MVZ können alle nach dem SGB V zugelassenen Leistungserbringer sein, also auch Krankenhäuser, Heilmittelerbringer oder andere.

Meldepflichtige Infektionskrankheiten

Bei meldepflichtigen Krankheiten handelt es sich um bestimmte übertragbare Infektionen, die nach deutschem Recht gemeldet werden müssen. Die Angaben über meldepflichtige Krankheiten erfolgten bis zum 31.12.2000 nach dem Bundes-Seuchengesetz (BSeuchG) und wurden durch die Gesundheitsämter an das Statistische Landesamt gemeldet. Anfang 2001 trat bundesweit das *Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen* (Infektionsschutzgesetz - IfSG) in Kraft. Die Meldungen erfolgen seit dem 01.01.2001 durch die Gesundheitsämter an das Robert Koch-Institut (RKI). Zu melden sind je nach Infektionskrankheit Erregernachweis, Infektionsverdacht, Erkrankung oder Tod. Zur Meldung verpflichtet sind im Allgemeinen der behandelnde Arzt oder Heilpraktiker sowie auch Krankenhäuser und Infektionslabore. Die Meldung erfolgt namentlich (Personalien werden registriert) und/oder nichtnamentlich (anonyme Registrierung).

In § 6 sind *meldepflichtige Infektionskrankheiten* verzeichnet, in § 7 die *meldepflichtigen Erreger*. Der § 34 beschäftigt sich mit Aufenthaltsverboten in Gemeinschaftseinrichtungen für Erkrankte und Ausscheider.

Die Liste der meldepflichtigen Krankheiten nach § 6(1) Nr. 1 IfSG wurde mit Wirkung vom 29. März 2013 um Erkrankungs-, Verdachts- und Todesfälle von Mumps, Pertussis, Röteln und Varizellen *erweitert*. Gleichzeitig wurden der direkte oder indirekte Nachweis von Mumpsvirus, Bordetella pertussis, Bordetella parapertussis, Rötelnvirus und Varicella-Zoster-Virus in die Liste der meldepflichtigen Erregernachweise nach § 7(1) Nr. 1 IfSG aufgenommen; die nichtnamentliche Meldung der konnatalen Röteln nach § 7(3) entfällt (<http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/IfSG/meldepflichten.html>, zuletzt aufgerufen am 20.08.2013). Bislang waren diese Erkrankungen und Erreger nur durch landesspezifische Meldeverordnungen in den fünf östlichen Bundesländern meldepflichtig.

Unter http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/IfSG/Meldepflichtige_Krankheiten/Meldepflichtige_Krankheiten_node.html (zuletzt aufgerufen am 22.03.2013) sind die jeweils aktuellen Informationen zu meldepflichtigen Krankheiten und Krankheitserregern verfügbar.

Zur Art der in der Gesundheitsberichterstattung Berlin veröffentlichten meldepflichtigen Infektionskrankheiten, z. B. *Referenzdefinition, Falldefinition* (Erläuterungen zu „Falldefinition“ und „Referenzdefinition“ *siehe* dort) oder *labordiagnostisch bestätigte Fälle* vgl. die Tabellen zu den Indikatoren 3.59 - 3.64.

Melderechtlich registrierte Einwohner/innen

Angaben aus dem Einwohnerregister des Landesamtes für Bürger- und Ordnungsangelegenheiten (LABO) an das Amt für Statistik Berlin-Brandenburg. Zu den melderechtlich registrierten Einwohnern zählen *alle in Berlin gemeldeten Einwohner*, unabhängig davon, ob sie nur in einer Wohnung (alleinige Wohnung) in Berlin oder neben dieser noch in einer weiteren oder mehreren Wohnungen in einem anderen Bundesland gemeldet sind. Personen, die in mehreren Bezirken von Berlin gemeldet sind, werden nur einmal, und zwar im Bezirk der Hauptwohnung nachgewiesen. Es sind auch die ausschließlich in Nebenwohnung in Berlin gemeldeten Einwohner enthalten, die in der Berliner Gesundheitsberichterstattung verwendeten Zahlen betreffen aber nur die am Ort der Hauptwohnung (in alleiniger Wohnung und in Hauptwohnung) melderechtlich registrierten Einwohner.

Die Bevölkerungszahlen aus der Bevölkerungsfortschreibung und aus dem Einwohnermelderegister weichen voneinander ab.

Migrationshintergrund

Mit dem *Mikrozensus* 2005 war es erstmalig möglich, Migration in Deutschland quantitativ zu beschreiben. Dabei wird das Phänomen Migration durch das Konzept „Bevölkerung mit Migrationshintergrund“ konkretisiert. Der Migrationsstatus einer Person wird aus seinen persönlichen Merkmalen zu Zuzug, Einbürgerung und Staatsangehörigkeit sowie aus den entsprechenden Merkmalen seiner Eltern bestimmt. Zu Menschen mit Migrationshintergrund zählen demnach Personen, die

- a) ausländisch sind,
- b) die deutsche Staatsangehörigkeit besitzen, vor ihrer Einbürgerung jedoch mit ausländischer Staatsangehörigkeit in Deutschland lebten,
- c) als Aussiedlerinnen und Aussiedler eingewandert sind oder
- d) im Inland geboren wurden, aber mindestens ein Elternteil einen Migrationshintergrund (ausländisch, eingebürgert oder Spätaussiedler/in) aufweist.

Für die Zwecke der Zeitreihenanalyse wird zwischen einem Migrationshintergrund im engeren und einem solchen im weiteren Sinn (i. e. S. bzw. i. w. S.) unterschieden. Personen mit Migrationshintergrund i. e. S. sind von 2005 bis 2012 (Geltungsdauer der Erhebung lt. Mikrozensusgesetz) jährlich mit dem Mikrozensus identifizierbar. Zu den Personen mit Migrationshintergrund i. w. S. gehören zusätzlich Personen mit nicht durchgehend bestimmtem Migrationsstatus, die nur aufgrund der Zusatzfragen zu Migration im Mikrozensus 2005 und 2009 als solche erkennbar sind (z. B. in Deutschland geborene Deutsche, deren Migrationshintergrund aus Eigenschaften der Eltern resultiert, die Betroffenen jedoch nicht mit ihren Eltern in einem Haushalt leben).

Für Aussagen zum Migrationshintergrund einer Person kann auch auf das *Einwohnermelderegister* als Quelle zurückgegriffen werden. Aus den dort vorhandenen Merkmalen werden als Personen mit Migrationshintergrund ausgewiesen:

- 1. Ausländer,
- 2. Deutsche mit Migrationshintergrund:
 - a) Deutsche mit ausländischem Geburtsland oder Einbürgerungskennzeichen oder Optionskennzeichen (im Inland geborene Kinder ausländischer Eltern) erhalten seit dem 01. Januar 2000 unter den in § 4 Abs. 3 Staatsangehörigkeitsgesetz (StAG) genannten Voraussetzungen zunächst die deutsche Staatsangehörigkeit (Optionsregelung),
 - b) Deutsche unter 18 Jahren ohne eigene Migrationsmerkmale mit ausländischem Geburtsland oder Einbürgerungskennzeichen zumindest eines Elternteils, wenn die Person an der Adresse der Eltern/des Elternteils gemeldet ist.

Mikrozensus

Repräsentativstatistik (gemäß Mikrozensusgesetz vom 24. Juni 2004 (BGBl I S. 1.350), zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 8. Juli 2009 (BGBl I S. 1.781) über die wirtschaftliche und soziale Lage der Bevölkerung und den Arbeitsmarkt auf der Grundlage der kontinuierlich während des gesamten Jahres durchgeführten amtlichen Haushaltsbefragung bei ein Prozent aller Haushalte, deren Auswahl durch eine repräsentative Zufallsstichprobe zuverlässige Hochrechnungen auf die Gesamtheit aller Bundesbürger/innen ermöglicht. Ausgewählte Merkmale zur Gesundheit werden im Abstand von vier Jahren erfragt, zuletzt 2009.

Bevölkerung im Mikrozensus:

- a) Bevölkerung am Hauptwohnsitz einschließlich Personen in Gemeinschafts- und Anstaltsunterkünften.
- b) Bevölkerung in Privathaushalten (*siehe* „Haushalte“). Da eine Person in mehreren Privathaushalten wohnberechtigt sein kann, sind Doppelzählungen möglich. Ohne Personen in Gemeinschafts- und Anstaltsunterkünften.
- c) Bevölkerung in Familien/Lebensformen (*siehe* „Familien“, „Lebensformen“) am Hauptwohnsitz, ohne Personen in Gemeinschafts- und Anstaltsunterkünften.

Mobilitätshilfedienste

Unter dem Motto „Draußen spielt das Leben – wir bringen Sie hin“ bieten die „Berliner Mobilitätshilfedienste“ in allen Bezirken Begleit- und Schiebehilfe für ältere und behinderte Menschen an, die ihre Wohnung nicht ohne fremde Hilfe verlassen können. Neben der Schiebe- und Begleitleistung bieten die Dienste Treppenhilfe, Ankleidehilfe, Hilfestellungen bei der Beschaffung und Nutzung behindertengerechter Hilfsmittel und psychosoziale Unterstützung an. Ziel ist es, ihren Nutzern und Nutzerinnen die Teilnahme am öffentlichen Leben zu ermöglichen, ihre Mobilität zu erhalten bzw. zu fördern, sie bei Bedarf gezielt an Leistungsangebote insbesondere ambulanter Pflegeeinrichtungen heranzuführen und vermeidbare Übergänge in die vollstationäre Pflege bzw. in die Klinik möglichst zu verhindern. Die Dienste setzen in beträchtlichem Umfang zusätzliche Helfergruppen (wie ehrenamtliche Helfer, Zivildienstleistende, Praktikanten, Arbeitslose, Sozialhilfeempfänger) ein. (Stand Basisbericht 2005).

Morbiditätsraten

Berechnung der Erkrankungsfälle in einem bestimmten Zeitraum (meist ein Jahr) auf 1.000, 10.000 oder 100.000 der (durchschnittlichen) Bevölkerung, auf 1.000, 10.000 oder 100.000 von jeweilig definierten Altersgruppen und altersstandardisiert auf 1.000, 10.000 oder 100.000.

Die Berechnung erfolgt bezogen auf die jeweilige durchschnittliche bzw. fortgeschriebene Bevölkerung. Berechnungsmethoden [siehe](#) Mortalitätsraten.

Mortalitätsraten

Berechnung der Sterbefälle in einem bestimmten Zeitraum (meist ein Jahr) auf 1.000, 10.000 oder 100.000 der (durchschnittlichen) Bevölkerung, auf 1.000, 10.000 oder 100.000 von jeweilig definierten Altersgruppen und altersstandardisiert auf 1.000, 10.000 oder 100.000.

Die Berechnung erfolgt bezogen auf die jeweilige durchschnittliche Bevölkerung.

Allgemeine (rohe) Sterbeziffern oder Mortalitätsraten: Sie geben die Anzahl der Sterbefälle je 1.000, 10.000 bzw. 100.000 Einwohner der durchschnittlichen Bevölkerung an. Sie sind aber aufgrund ihrer Abhängigkeit von der Altersstruktur für regionale und zeitliche Vergleiche kaum geeignet. Um den Vergleich altersabhängiger Sterberaten von Bevölkerungsgruppen mit unterschiedlicher Altersstruktur zu ermöglichen, bezieht man die Sterbehäufigkeiten auf eine Referenzbevölkerung ([siehe unter](#) altersstandardisierte Mortalitätsraten).

Altersspezifische Mortalitätsraten: Sie geben die Anzahl der Gestorbenen einer Altersgruppe je 1.000, 10.000 bzw. 100.000 Einwohner der gleichen Altersgruppe an. Durch sie wird der Einfluss des Alters auf die Gesamtsterblichkeit deutlich. Aufgrund der verwendeten 5-Jahres-Altersgruppen ist eine zusätzliche Standardisierung nicht erforderlich.

Altersstandardisierte Mortalitätsraten: Die Altersstandardisierung macht die Sterbeziffern unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen, Regionen oder Zeiträume vergleichbar, indem sie den Einfluss eines unterschiedlichen Altersaufbaus der Bevölkerung durch Gewichtungen ausschaltet. Demzufolge zeigen altersstandardisierte Sterbeziffern an, wie die Sterblichkeit in der Bevölkerung wäre, wenn die Altersstruktur einer Standardbevölkerung zu Grunde läge. Die standardisierten Ziffern sind wegen des Bezugs auf die gleiche Altersstruktur vergleichbar. Das bezieht sich sowohl auf Zeitreihen als auch auf Vergleiche zwischen den Regionen und auf Vergleiche zwischen unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen. In vorliegendem Bericht wurden direkte Altersstandardisierungen (anhand der alten Europastandardbevölkerung (1966/1976)) und indirekte Standardisierungen (nach dem Standardized-Mortality-Ratio-Konzept (SMR)) durchgeführt. Bei der SMR werden die beobachteten Fälle der Region in Beziehung gesetzt zu den erwarteten Fällen, die sich aus den altersspezifischen Sterberaten der Bezugsbevölkerung ergeben.

Müttersterblichkeit

Als Müttersterblichkeit gilt der Tod jeder Frau während der Schwangerschaft oder innerhalb von 42 Tagen nach Beendigung der Schwangerschaft. Ein Tod durch Unfall oder zufällige Ereignisse wird nicht einbezogen. Es wird zwischen direkten und indirekten Müttersterbefällen unterschieden.

Microcystine

Gesundheitsschädliche Stoffe, die durch bestimmte Blaualgen gebildet und an das Wasser abgegeben werden. Sie können zu Magen-Darm-Beschwerden sowie zu Reizungen der Atemwege, der Haut und der Schleimhäute führen.

Nettoeinkommen

Das *persönliche Nettoeinkommen* wird im Mikrozensus durch eine Selbsteinstufung der Befragten in vorgegebene Einkommensgruppen ermittelt, das *Haushaltsnettoeinkommen* durch Einstufung durch die Haushaltsbezugsperson (erste im Fragebogen eingetragene Person). Familiennettoeinkommen werden aus der Summe der jeweils zur Verfügung stehenden Individualeinkommen ermittelt.

Nichterwerbspersonen

[Siehe](#) Erwerbsstatus.

Perinatale Sterblichkeit

Totgeborene ([siehe](#) Geborene) und im Alter von 0 bis unter 7 Tagen Gestorbene ([siehe](#) Säuglingssterblichkeit - Frühsterblichkeit) bezogen auf 1.000 Geborene.

Personalbelastungszahl in Krankenhäusern

Die Personalbelastungszahl bezogen auf belegte Betten gibt an, wieviele belegte Betten eine Vollkraft durchschnittlich pro Arbeitstag zu versorgen hat. Die 2009 eingeführte veränderte Berechnung berücksichtigt, dass ein belegtes Krankenhausbett 24 Stunden Betreuung pro Tag erfordert, eine Vollkraft dagegen an durchschnittlich 220 Arbeitstagen im Jahr täglich acht Stunden zur Verfügung steht.

Personalkosten der Krankenhäuser

Die im Kostennachweis der Krankenhausstatistik ausgewiesenen Personalkosten umfassen alle Kosten, die dem Krankenhaus durch die Beschäftigung von ärztlichem und nichtärztlichem *Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis beim Krankenhaus* entstehen. Nachgewiesen werden sämtliche Kosten für die Mitarbeiter/innen des Krankenhauses, unabhängig davon, ob es sich um ein Arbeitnehmer- oder arbeitnehmerähnliches Verhältnis, um eine nebenberufliche Tätigkeit oder um eine nur vorübergehende oder aushilfsweise Tätigkeit handelt.

Kosten für Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis beim Krankenhaus sind in den Sachkosten enthalten und werden im Kostennachweis der Krankenhausstatistik zusätzlich nachrichtlich ausgewiesen.

Pflegebedürftig

Pflegebedürftige haben bei häuslicher Pflege Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung als Sachleistung (häusliche Pflegehilfe). Sie wird durch geeignete Pflegekräfte erbracht, die entweder von der Pflegekasse oder bei ambulanten Pflegeeinrichtungen, mit denen die Pflegekasse einen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat, angestellt sind (§ 36 SGB XI).

Pflegebedürftige können anstelle der häuslichen Pflegehilfe ein *Pflegegeld* beantragen. Der Anspruch setzt voraus, dass der Pflegebedürftige mit dem Pflegegeld dessen Umfang entsprechend die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung durch eine Pflegeperson in geeigneter Weise selbst sicherstellt (§ 37 SGB XI).

Pflegebedürftige haben Anspruch auf *teilstationäre Pflege* in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege, wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder wenn dies zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist. Die teilstationäre Pflege umfasst auch die notwendige Beförderung des Pflegebedürftigen von der Wohnung zur Einrichtung der Tagespflege oder der Nachtpflege und zurück (§ 41 SGB XI).

Pflegebedürftige haben gemäß § 43 Sozialgesetzbuch (SGB) XI Anspruch auf *vollstationäre Pflege* (Langzeitpflege), wenn häusliche (ambulante) oder teilstationäre Pflege nicht möglich sind oder wegen der Besonderheit des einzelnen Falles nicht in Betracht kommen.

Kurzzeitpflege ist im Sinne des § 42 Sozialgesetzbuch (SGB) XI eine vorübergehende Pflege und Betreuung einer pflegebedürftigen Person für einen Zeitraum von bis zu vier Wochen je Kalenderjahr. Es handelt sich dabei um eine Leistung der Pflegeversicherung oder des Sozialhilfeträgers (§ 42 SGB XI, § 61 Abs. 2 Satz 1 SGB XII). Sie ermöglicht pflegenden Angehörigen eine zeitlich begrenzte Entlastung oder bereitet einen pflegebedürftigen Menschen nach einem Klinikaufenthalt auf die Rückkehr in den eigenen Haushalt vor. Teil- und vollstationäre Pflege sowie Kurzzeitpflege werden in stationären Pflegeeinrichtungen (*siehe* dort) erbracht.

Durch die Reformen der Pflegeversicherung im Sommer 2008 ist der Anreiz, Leistungen der teilstationären Pflege parallel zu Pflegegeld und/oder ambulanten Sachleistungen zu beziehen, deutlich angestiegen. Ursache hierfür ist vor allem, dass der höchstmögliche Gesamtanspruch aus der *Kombination von Leistungen* der Tages- und Nachtpflege mit ambulanten Sachleistungen oder dem Pflegegeld durch die Reform auf das 1,5fache des bisherigen Betrages gestiegen ist. Werden z. B. 50 Prozent der Leistungen der Tages- und Nachtpflege in Anspruch genommen, besteht nun daneben noch ein 100-prozentiger Anspruch auf Pflegegeld oder eine Pflegesachleistung. Bis zum Sommer 2008 galt als Leistungsobergrenze das Pflegegeld oder die ambulante Sachleistung.

Bei der Ermittlung der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen werden demnach ab der Erhebung 2009 die teilstationär durch Heime versorgten Pflegebedürftigen (in Berlin betraf das im Jahr 2009 875 Frauen und 634 Männer, 2011 1.076 Frauen und 795 Männer) nicht mehr zusätzlich zu den vollstationär Betreuten gezählt, denn sie erhalten in der Regel parallel auch Pflegegeld und/oder ambulante Sachleistungen und sind somit bereits bei der Gesamtzahl der pflegebedürftigen Personen berücksichtigt. Bis 2008 konnten bei der Zahl der Pflegebedürftigen insgesamt Doppelerfassungen entstehen, sofern Empfänger/innen von Tages- bzw. Nachtpflege zusätzlich auch ambulante Pflege oder Pflegegeld erhielten. Durch die geänderte Ermittlung der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen ist die zeitliche Vergleichbarkeit der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen 2009 mit den vorherigen Erhebungen eingeschränkt. Der Effekt bezieht sich jedoch nur auf die Gesamtzahl, nicht aber auf die zeitliche Vergleichbarkeit bei den einzelnen Leistungsarten.

Pflegediens

Ambulante Pflegeeinrichtung *siehe* Pflegeeinrichtungen.

Pflegedienst im Krankenhaus *siehe* Krankenhauspersonal.

Pflegeeinrichtung

In der Pflegestatistik nach Pflegestatistik-Verordnung werden alle ambulanten, teilstationären und vollstationären Pflegeeinrichtungen erfasst, mit denen ein Vertrag nach dem Elften Sozialgesetzbuch (SGB XI) besteht (zugelassene Einrichtungen).

Ambulante Pflegeeinrichtungen (oder Pflegedienste) sind selbständig wirtschaftende Unternehmen, die unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft Pflegebedürftige in ihrer Wohnung pflegen und hauswirtschaftlich versorgen (§ 71 Abs. 1 SGB XI). Neben Pflegediensten in freigemeinnütziger Trägerschaft leisten privatgewerbliche Pflegedienste ihren Beitrag zur Versorgung der Bevölkerung mit ambulanten Pflegedienstleistungen.

Das Leistungsangebot ambulanter Pflegedienste umfasst Grundpflege, Behandlungspflege und hauswirtschaftliche Versorgung (Haushaltshilfen). Viele Pflegedienste bieten zudem pflegeergänzende Leistungen an (wie Angehörigengruppen, Beratung, fahrbaren Mittagstisch). Das Angebot zielt darauf, den Verbleib hilfe- bzw. pflegebedürftiger, insbesondere älterer Menschen in ihrer Häuslichkeit zu unterstützen bzw. zu sichern und Aufenthalte in stationären Einrichtungen zu vermeiden bzw. zu verkürzen.

Als *Pflegeheime* werden laut § 71 Abs. 2 SGB XI selbständig wirtschaftende *stationäre Pflegeeinrichtungen* bezeichnet, in denen Pflegebedürftige unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft gepflegt werden und ganztägig (vollstationär) oder nur tagsüber oder nur nachts (teilstationär im Sinne des § 41 SGB XI) untergebracht und verpflegt werden können (in Berlin gibt es bisher - Stand März 2013 - kein Nachtpflegeangebot).

Pflegestatistik-Verordnung (PflegeStat)

Die Rechtsgrundlage der Pflegestatistik ist die „Verordnung zur Durchführung einer Bundesstatistik über Pflegeeinrichtungen sowie über häusliche Pflege (Pflegestatistik-Verordnung - PflegeStatV)“ vom 24. November 1999 (BGBl I S. 2.282) in Verbindung mit § 109 Abs. 1 Pflege-Versicherungsgesetz (PflegeVG) des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) vom 26. Mai 1994.

Die Statistik wird nach bundeseinheitlichem Konzept als Bestandserhebung (Totalerhebung) alle zwei Jahre jeweils zum Stichtag 15. bzw. 31. Dezember eines Berichtsjahres (erstmalig 1999, zuletzt 2011) durchgeführt. Sie erfasst die Pflegegeldleistungen, das Angebot, die Inanspruchnahme und die personelle Ausstattung der Pflegeeinrichtungen, die Struktur der Leistungsempfänger sowie die an die Pflegeeinrichtung zu zahlenden Entgelte aus dem Leistungsbereich des SGB XI. Regionalisierte Aussagen unterhalb der Berliner Landesebene sind nur für die Bereiche ambulante und stationäre Pflege möglich. Die Statistik über Pflegegeldleistungen sieht als räumliches Erhebungsmerkmal keine Differenzierung unterhalb der Ebene von Ländern bzw. Kreisen/kreisfreien Städten vor, so dass kleinräumige Daten auf Bezirksebene für die Gesamtzahl der Pflegebedürftigen nicht zur Auswertung zur Verfügung stehen.

Auf Basis der statistischen Daten sollen Entwicklungstendenzen im Bereich der pflegerischen Versorgung, insbesondere unter Berücksichtigung bedarfsorientierter pflegerischer Angebote und Nachfragen, erkannt werden. Die Ergebnisse dienen als Grundlage für Planungsentscheidungen und ggf. für Anpassungen im Pflegeversicherungsgesetz. [Ergebnisse der Pflegestatistik vgl. <http://www.destatis.de> über den Pfad Publikationen / Thematische Veröffentlichungen / Gesundheit / Veröffentlichungen für die Bereiche: Pflege].

Pflegestufen/Pflegeklass

Die Leistungen, die eine pflegebedürftige Person gemäß SGB XI erhält, hängen von der Einstufung in eine Pflegestufe ab. Diese Einstufung erfolgt in der Regel aufgrund des Gutachtens des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen. Je nach Schwere der Beeinträchtigungen und Zeitaufwand in der Pflege müssen für die Eingliederung in eine Pflegestufe folgende Voraussetzungen erfüllt sein:
Pflegestufe I: Pflegebedürftige der Pflegestufe I sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen. Im Tagesdurchschnitt muss der Zeitaufwand hierfür mindestens 90 Minuten betragen, hierbei müssen auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen.

Pflegestufe II: Pflegebedürftige der Pflegestufe II sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen. Im Tagesdurchschnitt muss der Zeitaufwand hierfür mindestens drei Stunden betragen, hierfür müssen auf die Grundpflege mindestens zwei Stunden entfallen.

Pflegestufe III: Pflegebedürftige der Pflegestufe III sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen. Im Tagesdurchschnitt muss der Zeitaufwand hierfür mindestens fünf Stunden betragen, hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens vier Stunden entfallen.

Härtefall: Ein Härtefall liegt bei Erforderlichkeit eines außergewöhnlich hohen und intensiven Pflegeaufwands vor, der das übliche Maß der Pflegestufe III weit übersteigt. Dies ist z. B. dann der Fall, wenn Hilfe bei der Grundpflege mindestens sechs Stunden, davon mindestens dreimal in der Nacht, erforderlich ist oder mehrere Pflegepersonen notwendig sind.

Pflegestufe 0: Im Sinne der Pflegeversicherung bezeichnet der Begriff „Pflegestufe 0“ keine Pflegestufe. Personen, die einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung haben, der nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht (Pflegebedarf unter 45 Minuten Grundversorgung am Tag), haben dennoch Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung, wenn neben dem bestehenden Hilfebedarf ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung gegeben ist (§ 45 a, b SGB XI). Anspruchsberechtigt sind außer Personen ohne Pflegestufe Pflegebedürftige mit Pflegestufen 1, 2 und 3 sowie mit Pflegestufe 3 + Härtefall, die an einer Demenz oder ähnlichen Erkrankungen leiden und dadurch zusätzliche Betreuungsleistungen bei eingeschränkter Alltagskompetenz benötigen. Die zusätzlichen Betreuungsleistungen, die je nach Umfang des erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarfs in Anspruch genommen werden können, sind Pflegesachleistungen, deren Kosten von der Pflegeversicherung ersetzt werden, höchstens jedoch 100 EUR (Grundbetrag) bzw. 200 EUR (erhöhter Betrag) monatlich.

Pflegeklassen: Bei der Einteilung der Vergütungen, die den Pflegeheimen für die den Pflegestufen entsprechenden Leistungen zu zahlen sind, wird von Pflegeklassen gesprochen.

Pflegetag

Siehe Berechnungs- und Belegungstage.

Prävalenz

Die Prävalenz oder Krankheitshäufigkeit ist eine epidemiologische Kennzahl. Sie gibt an, wie viele Menschen einer bestimmten Population definierter Größe, üblicherweise 100.000, an einer definierten Krankheit zu einem bestimmten Zeitpunkt oder Zeitraum erkrankt sind.

Berechnungsmethoden *siehe* Mortalitätsraten.

Prävention

Verhüten oder Vermeiden von Krankheiten bzw. Ausschalten von krankmachenden Faktoren. Es werden drei Formen der Prävention beschrieben:

Primäre Prävention: Vermeidung von Erkrankungen durch Ausschaltung von Risikofaktoren (z. B. Rauchen, Übergewicht).

Sekundäre Prävention: Früherkennung einer vorhandenen Erkrankung und frühzeitige Behandlung.

Tertiäre Prävention: Minimierung bzw. Bewältigung von Krankheitsfolgen, z. B. durch Rehabilitation.

Ziele der Prävention sind Verhütung und Vermeidung von Krankheiten, Milderung vorhandener Krankheiten sowie Gewährleistung einer bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung.

Psych-Entgeltsystem

Siehe Diagnosis Related Groups (DRGs) und PsychEntgeltsystem.

Referenzdefinitio

Die in verschiedenen Falldefinitionskategorien (*siehe* dort) übermittelten meldepflichtigen Krankheiten (*siehe* meldepflichtige Infektionskrankheiten) und Erreger werden vor Veröffentlichung nach Maßgabe einer so genannten „Referenzdefinition“ nochmals gefiltert. Für die meisten der nach §§ 6 und 7 Infektionsschutzgesetz (IfSG) meldepflichtigen Krankheiten und Erregernachweise umfasst die Referenzdefinition die klinisch begründeten Kategorien „klinisch-labordiagnostisch bestätigt“ und „klinisch-epidemiologisch bestätigt“. Bei Tuberkulose begründet z. B. aber auch allein das klinische Bild die Übermittlungspflicht.

Rehabilitationsmaßnahmen

Die medizinische Rehabilitation ist ein wichtiger Bestandteil der medizinischen Versorgung. Ihr Ziel ist es, eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen oder einer Gefährdung der gesund-

heitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken (Vorsorge) oder eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten und Krankheitsbeschwerden zu lindern oder im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung den dabei erzielten Behandlungserfolg zu sichern. Dabei soll auch eine drohende Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abgewendet, beseitigt, gemindert oder ausgeglichen werden, um eine Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. Die medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen werden als stationäre, ambulante oder gemischt stationär/ambulante Behandlungen durchgeführt.

Risikokinder

Kinder, deren Entwicklung durch besondere Risikofaktoren aus Schwangerschaft und Perinatalperiode gefährdet ist oder die in der Zeit vom Säuglings- bis zum Einschulungsalter als entwicklungsrückständig oder auffällig bekannt werden. Seit 2007 gibt es innerhalb des Berliner Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes (KJGD) keine gesonderten Beratungsstellen für Risikokinder mehr.

Säuglingssterblichkeit

Im ersten Lebensjahr Gestorbene, bezogen auf 1.000 Lebendgeborene. Um Verzerrungen zu vermeiden, die dadurch eintreten können, dass ein Teil der Gestorbenen bereits im Vorjahr geboren wurde und ein Teil der Lebendgeborenen erst im folgenden Kalenderjahr stirbt, wird die Säuglingssterblichkeit nach der Methode Rahts für Berlin insgesamt, nicht jedoch für die einzelnen Bezirke unter Berücksichtigung der Geburtenentwicklung des Berichtszeitraumes und des Vorjahres berechnet.

Einteilung erfolgt in:

Frühe Neonatalsterblichkeit: Gestorbene von 0 - 6 Tagen je 1.000 Lebendgeborene.

Späte Neonatalsterblichkeit: Gestorbene von 7 - 27 Tagen je 1.000 Lebendgeborene.

Postneonatalsterblichkeit: Gestorbene von 28 - 364 Tagen je 1.000 Lebendgeborene.

Schwangerschaftsabbruch

Beendigung einer intakten Schwangerschaft durch chirurgische oder medikamentöse Einwirkung. Die gesetzlichen Bestimmungen zum Schwangerschaftsabbruch sind im Schwangeren- und Familienhilfeänderungsgesetz vom 21. August 1995 geregelt. Danach ist ein Schwangerschaftsabbruch grundsätzlich für alle Beteiligten strafbar. Ausnahmen gelten im Falle einer medizinischen oder kriminologischen Indikation, bei der ein Abbruch nicht rechtswidrig ist (§ 218a Abs. 2 und 3 StGB), oder nach der so genannten Beratungsregelung, nach der ein Schwangerschaftsabbruch bei Einhaltung der Fristen und nach erfolgter Schwangerschaftskonfliktberatung straflos bleibt (§ 218a Abs. 1 und § 219 StGB).

Schwerbehinderte Personen

Das *Schwerbehindertengesetz* (SchbG) wurde per 01.10.2001 in das Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen eingestellt. Seitdem erfolgt die Erfassung von schwerbehinderten Menschen auf Rechtsgrundlage des § 131 SGB IX (Artikel 1 des Gesetzes vom 19. Juni 2001 (BGBl. I S. 1.046), zuletzt geändert durch Artikel 8 Abs. 2 des Gesetzes vom 18. Dezember (BGBl. I S. 2.984) in Verbindung mit dem Bundesstatistikgesetz (BStatG) vom 22. Januar 1987 (BGBl. I S. 462, 565), zuletzt geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom 7. September 2005 (BGBl. I S. 2.246)).

Demnach *sind Personen behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist. Als Schwerbehinderter gilt, wer 1. nicht nur vorübergehend mit einem Grad der Behinderung von wenigstens 50 körperlich, geistig oder seelisch behindert ist, 2. in der Bundesrepublik Deutschland rechtmäßig wohnt, sich gewöhnlich aufhält oder als Arbeitnehmer beschäftigt ist und 3. über einen Nachweis (Ausweis usw.) der Behinderung verfügt.*

Die *Art der Behinderung* wird anhand von insgesamt 55 Kategorien erfasst, wobei sich die Einteilung nicht primär an der ursächlichen Krankheitsdiagnose (z. B. Multiple Sklerose), sondern an der Erscheinungsform der Behinderung und der durch sie bestimmten Funktionseinschränkung (z. B. funktionelle Veränderung an den Gliedmaßen) orientiert.

Der Begriff *Grad der Behinderung* (GdB) bezieht sich auf die Auswirkung einer Behinderung oder Schädigungsfolge in allen Lebensbereichen und nicht nur auf Einschränkungen im allgemeinen Erwerbsleben. Der GdB ist ein Maß für die Auswirkungen eines Mangels an funktioneller Intaktheit, also für einen Mangel an körperlichem, geistigem und seelischem Vermögen. Der in Prozenten ausgedrückte GdB ist ein allgemeiner Maßstab für den Schweregrad einer Behinderung. Die Auswirkungen auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft werden als Grad der Behinderung (GdB) nach Zehnergraden (20 bis 100) abgestuft festgestellt. Voraussetzung für die Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises ist, dass ein GdB von 50 oder mehr festgestellt worden ist.

Die *Schwerbehindertenstatistik* wird nach bundeseinheitlichem Konzept als Bestandserhebung (Totalerhebung) alle zwei Jahre jeweils zum Stichtag 31. Dezember (zuletzt 2011) eines Berichtsjahres durchgeführt.

Setting

„Setting“ bezeichnet diejenigen *Lebensbereiche*, in denen die Menschen den größten Teil ihrer Zeit verbringen und die einen besonders starken Einfluss auf die Gesundheit haben. Der Berliner Gesundheitszieleprozess für Kinder der Altersgruppen 0 - 6 Jahre berücksichtigt die Settings Familie, Sozialraum, Kindertagesstätte bzw. Betreuungseinrichtung (für weitere Informationen vgl.: 5.9.2 Sozialräumlicher Gesundheitszieleprozess im Rahmen der Landesgesundheitskonferenz, in: Sozialstrukturatlas Berlin 2008, S. 440 ff. / Sozialstruktur und Kindergesundheit - Ein Atlas auf der Basis der Einschulungsuntersuchungen 2007/2008, Spezialbericht 2011-1). Gesundheitsförderungsmaßnahmen, die beim Setting ansetzen, gelten als besonders erfolgversprechend.

Staatsangehörigkeitsgesetz (StAG)

Seit dem 01.01.2000 gilt ein neues Staatsangehörigkeitsrecht in Deutschland. Das in den Grundzügen seit 1913 bestehende „Reichs- und Staatsangehörigkeitsgesetz“ leitete die Eigenschaft, Deutscher zu sein, von der Abstammung ab. Ausländer konnten nur Deutsche werden, wenn sie die eng formulierten Voraussetzungen der Einbürgerung erfüllten.

Die entscheidende Reform des neuen Staatsangehörigkeitsrechts ist die Ergänzung des Abstammungsprinzips um das *Geburtsrecht*. In Deutschland geborene Kinder ausländischer Eltern, von denen mindestens ein Elternteil seit wenigstens acht Jahren dauerhaft und rechtmäßig in Deutschland lebt und eine Aufenthaltsberechtigung oder seit mindestens drei Jahren eine unbefristete Aufenthaltserlaubnis hat, erhalten die deutsche Staatsbürgerschaft, meistens zusätzlich zu der ihrer Eltern.

Auch die Kinder, die am 01.01.2000 das 10. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten und ihren gewöhnlichen Aufenthalt rechtmäßig in Deutschland hatten, konnten auf Antrag ihrer Eltern eingebürgert werden. Das neue Staatsangehörigkeitsgesetz lässt die Mehrstaatlichkeit für diese Kinder bis zur Volljährigkeit zu. Dieser Antrag konnte jedoch nur bis zum 31.12.2000 gestellt werden.

Standardbevölkerung

Siehe Europäische Standardbevölkerung.

Starkes Rauchen

Die WHO definiert Rauchen als stark, wenn mehr als 20 Zigaretten täglich geraucht werden.

Sterbefälle

Siehe Gestorbene.

Straßenverkehrsunfälle

Nach dem Straßenverkehrsunfallstatistikgesetz (StVUnfStatG) werden Unfälle erfasst, die sich infolge des Fahrverkehrs auf öffentlichen Wegen und Plätzen ereignet haben und polizeilich aufgenommen worden sind; das sind vor allem solche mit größeren Sach- und Personenschäden. Jeder Unfall wird nur einmal ausgewiesen. Das Zuordnungskriterium ist die jeweils schwerste Unfallfolge. Die Statistik wird nach dem Ereignis- und nicht nach dem Wohnortprinzip (*siehe* jeweils dort) der verunglückten Personen ausgewertet. Da nicht alle Unfälle erfasst werden, muss von einer nicht unerheblichen Dunkelziffer ausgegangen werden.

Stundenfälle

Patientinnen/Patienten, die in ein Krankenhaus aufgenommen und noch am gleichen Tag wieder entlassen bzw. in ein anderes Krankenhaus verlegt werden, sowie Patientinnen/Patienten, die am Aufnahmetag verstorben sind. Stundenfälle innerhalb eines Tages sind mit der Novellierung der Krankenhausstatistik-Verordnung (KHStatV) (*siehe* dort) seit 2002 in der Summe der Krankenhausfälle (vgl. auch Fallzahl) enthalten und werden nicht mehr gesondert ausgewiesen. Für die Auswertung der Diagnosedaten der Patientinnen/Patienten in den Krankenhäusern ist der Nachweis im Rahmen von Sonderauswertungen möglich.

Tages- und Nachtambulanzplätze

Kapazitäten zur *teilstationären Versorgung* (regelmäßige Verweildauer im Krankenhaus von weniger als 24 Stunden) werden nach der Krankenhausstatistik-Verordnung (*siehe* dort) in Plätzen, nicht in Betten, angegeben.

Tages- und Nachtpflege (Teilstationäre Pfleg

Siehe Pflegebedürftige.

Todesfälle an meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten

Sterbefälle an bestimmten durch das Infektionsschutzgesetz festgelegten Krankheiten (z. B. Cholera, Diphtherie, Masern, Typhus) werden von den Berichtspflichtigen an die Gesundheitsämter gemeldet und vom RKI ausgewertet.

Todesursachenspezifische Sterblichkeit

Berücksichtigt den Einfluss einzelner Todesursachen oder Todesursachengruppen auf die Mortalität.

Todesursachenstatistik

Angaben des Arztes auf dem Leichenschauschein über die Todesart (natürlicher bzw. nicht natürlicher Tod) und Todesursache. Da die Todesursachenstatistik unikausal aufbereitet wird, geht nur eine Krankheit, das Grundleiden (die Krankheit oder Verletzung, die direkt zum Tode führende Krankheitszustände auslöste oder die Umstände des Unfalls oder der Gewalteinwirkung, die den tödlichen Ausgang verursachten), in die Statistik ein.

Seit 1998 werden die Daten nach der „Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandten Gesundheitsproblemen“ (ICD-10) der WHO aufbereitet. Ein Vergleich mit den vom Januar 1979 bis Dezember 1997 vorliegenden Daten der „Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD 9) ist bei zahlreichen Todesursachen nur mit Einschränkungen möglich. Die Validität der Todesursachenstatistik wird zudem durch mögliche Fehlkodierungen aufgrund von Fehlinterpretationen von Kodierregeln und den Statistischen Ämtern nicht zugeleitete Totenscheine beeinträchtigt.

Totgeborene

Siehe Geborene.

Totgeburtensziffer

Anzahl der Totgeborenen je 1.000 Geborene (Lebend- und Totgeborene).

Trinkwasserschutzzone

Im Einzugsgebiet eines Wasserwerkes im Interesse der öffentlichen Wasserversorgung festgelegtes Schutzgebiet, gegliedert in Fassungszone, engere Schutzzone und weitere Schutzzone; der Festlegung der Trinkwasserschutzzone gehen hydrogeologische Untersuchungen des Einzugsgebietes voraus, aus denen ein regionales Grundwasserströmungsmodell entwickelt wird. (Stand Basisbericht 2005).

Umweltlärm

Der Begriff bezeichnet unerwünschte oder gesundheitsschädliche Geräusche im Freien, die vom Straßen-, Luft- und Eisenbahnverkehr sowie durch Aktivitäten von Menschen verursacht werden. Umweltlärm kann extra-aurale (außerhalb der Ohren) Lärmwirkungen auslösen.

Vergütungen in Pflegeeinrichtungen

An stationäre Pflegeeinrichtungen zu zahlende Entgelte für allgemeine Pflegeleistungen nach Art der Pflegeleistung und Pflegeklassen sowie für Unterkunft und Verpflegung. Sie werden zweijährlich erhoben und in der Pflegestatistik (*siehe* Pflegestatistik-Verordnung) ausgewiesen.

Verlorene Lebensjahre

Der Gesundheitsindikator „Verlorene Lebensjahre“ - Potential Years of Life Lost (PYLL) - ermöglicht die Identifizierung derjenigen Erkrankungsgruppen, die einen besonders großen Anteil zum vorzeitigen Versterben (Vorwegnahmesterblichkeit) in der Bevölkerung beitragen. Ausgehend von einer vorgegebenen Altersgrenze - hier 65 Jahre - werden für alle vor Erreichung der Altersgrenze Verstorbenen die nicht gelebten Jahre, das verlorene Potenzial, aufsummiert sowie als Rate je 100.000 Einwohner gebildet. Bei Bezug auf eine Standardbevölkerung (z. B. Europäische Standardbevölkerung) entsteht die entsprechende standardisierte Maßzahl.

Vermeidbare Todesfälle

Gegenwärtig zählen 29 *Todesursachen und -gruppen* (im Auftrag der Europäischen Gemeinschaft von einer Arbeitsgruppe definiert) zu den vermeidbaren Todesfällen (VTF).

Nach heutigem medizinischen Kenntnisstand ist es möglich, die definierten Krankheitsdiagnosen erfolgreich zu behandeln oder sie durch gezielte *Prävention* gar nicht erst entstehen zu lassen.

Die Vermeidbarkeit von Todesfällen wird nur *innerhalb definierter Altersgruppen* gesehen. Bei den meisten „vermeidbaren“ Todesursachen ist die obere Grenze das 65. Lebensjahr, da sich durch zunehmendes Lebensalter und durch zunehmende Multimorbidität bei älteren Personen Todesfälle weniger „vermeiden“ lassen.

Verminderte Erwerbsfähigkeit

Bezeichnet einen krankheits- bzw. behinderungsbedingten physischen bzw. psychischen Zustand, der die Fähigkeit eines Menschen einschränkt, seinen Lebensunterhalt mit der Ausübung einer beruflichen Tätigkeit zu verdienen.

In Deutschland spielt der Begriff vor allem für eine Rente wegen Erwerbsminderung aus der gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) eine Rolle. Seit 1. Januar 2005 stellt die Erwerbsfähigkeit auch ein Kriterium dafür dar, ob man Ansprüche nach dem SGB II (Arbeitslosengeld II) oder nach dem Sozialhilferecht (SGB XII) (hier Grundsicherung im Alter oder bei Erwerbsminderung oder Hilfe zum Lebensunterhalt) hat, sofern man seinen Lebensunterhalt nicht selbst sicherstellen kann.

Eine *teilweise Erwerbsminderung* liegt nach § 43 SGB VI vor, wenn der Antragsteller auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur noch drei bis unter sechs Stunden täglich tätig sein kann. Eine *volle Erwerbsminderung* ist nach § 43 SGB VI dann gegeben, wenn die Erwerbsfähigkeit derart eingeschränkt ist, dass Tätigkeiten auf dem Arbeitsmarkt nur noch weniger als drei Stunden täglich verrichtet werden können.

Vertragsärztliche und vertragspsychotherapeutische Versorgung

Im Folgenden genannte rechtliche Grundlagen der vertragsärztlichen/-psychotherapeutischen Versorgung sind in den §§ 72 - 105 und § 311 Sozialgesetzbuch (SGB) V geregelt:

Ärztinnen/Ärzte, Zahnärztinnen/-ärzte, Psychotherapeutinnen/-therapeuten, medizinische Versorgungszentren und Krankenkassen wirken zur *Sicherstellung* der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten zusammen.

Die vertragsärztliche Versorgung ist durch Verträge der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Verbänden der Krankenkassen so zu regeln, dass eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse gewährleistet ist. Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben die vertragsärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entsprechend sicherzustellen.

Die vertragsärztliche/vertragspsychotherapeutische Versorgung gliedert sich in die *hausärztliche und die fachärztliche Versorgung* (*siehe auch* Ärztinnen/Ärzte: Hausärztinnen/Hausärzte).

An der vertragsärztlichen Versorgung nehmen *zugelassene und ermächtigte Ärztinnen/Ärzte und Psychotherapeutinnen/-therapeuten* sowie zugelassene medizinische Versorgungszentren und ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen teil. *Medizinische Versorgungszentren* sind fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind.

Anhand der in den Bedarfsplanungs-Richtlinien-Ärzte (hrsg. vom Gemeinsamen Bundesausschuss, in der Neufassung vom 15.02.2007) festgelegten allgemeinen Verhältniszahlen - Einwohner je Ärztin/Arzt nach definierten Raumgliederungen - wird der *Versorgungsgrad* je Planungsbereich (in Berlin sind ab dem 01.06.2003 die bisherigen Planungsbereiche, die den Verwaltungsbezirken entsprechen, zu einem einzigen zusammengelegt worden: Planungsbereich Berlin Bundeshauptstadt im Zulassungsbezirk Berlin) und Arztgruppe errechnet. Dabei bilden u. a. psychotherapeutisch tätige Ärztinnen/Ärzte und Psychotherapeutinnen/-therapeuten zusammen sowie Hausärztinnen/-ärzte mit Ausnahme der Kinderärztinnen/-ärzte jeweils eine Arztgruppe. Wird eine *Übersorgung* (Überschreiten des allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrades um 10 vom Hundert) festgestellt, ist eine *Zulassungsbeschränkung* anzuordnen.

Verweildauer

Gibt an, wie lange der Aufenthalt eines Patienten im Krankenhaus bzw. in einer Fachabteilung im Berichtsjahr durchschnittlich gedauert hat. Sie wird gebildet aus dem Quotienten von Berechnungs- und Belegungstagen (bis 2001: Pfl egetagen) und der entsprechenden Fallzahl (der Einrichtung bzw. der Fachabteilung). Die durchschnittliche Verweildauer wird sowohl in den Teilen I - Grunddaten und III - Kostennachweis als auch im Teil II - Diagnosen der Krankenhausstatistik-Verordnung (*siehe* dort) berechnet. Da der Berechnung jeweils unterschiedliche Fallzahlen (*siehe* dort) zugrunde liegen, können die Verweildauerwerte voneinander abweichen.

Vollzeitäquivalente (Vollkräfte)

Zahl der während eines Berichtsjahres Beschäftigten, umgerechnet auf die volle tarifliche Arbeitszeit.

Krankenhauspersonal mit direktem und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis im Krankenhaus:

In die Umrechnung auf Vollzeitäquivalente wurden neben dem *ärztlichen Personal* mit direktem Beschäftigungsverhältnis im Krankenhaus (hauptamtlich Tätige) bis 30. September 2004 auch Ärztinnen/Ärzte im Praktikum (*siehe* dort) einbezogen.

Beim *nichtärztlichen Personal* sind für die Ermittlung der Zahl der Vollkräfte Personen, die in der Krankenpflege oder Kinderkrankenpflege ausgebildet werden, im Verhältnis 9,5 zu 1 auf die Stelle einer in diesen Berufen voll ausgebildeten Person anzurechnen; vor dem 1. Januar 2005 galt das Verhältnis von 7 zu 1. Krankenpflegehilfeschüler und -schülerinnen werden im Verhältnis 6 zu 1 berücksichtigt.

Zusätzlich zum Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis wird in der Krankenhausstatistik seit 2009 das *Krankenhauspersonal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis* erfasst und, umgerechnet in Vollkräfte, nachrichtlich ausgewiesen. Dabei handelt es sich z. B. um Personen, die im Personal-Leasing-Verfahren, im Rahmen einer konzerninternen Personalgesellschaft oder als Honorarkräfte im Krankenhaus eingesetzt werden. Entscheidend ist, dass die Leistung von der Einrichtung erbracht wird und sie sich zur Bewältigung dieser Aufgabe Personalverstärkung in Form von Zeitarbeit o. Ä. hinzuholt (Personal einer Fremdfirma, die z. B. die Reinigung in der Einrichtung übernommen hat, rechnet nicht dazu).

Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen

Im Sinne von § 1 Abs. 3 Nr. 2 der *Krankenhausstatistik-Verordnung* (KHStatV) vom 10. April 1990 (BGBl. I S. 730) sind Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen die Krankenhäuser nach § 2 Nr. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) einschließlich der in den §§ 3 und 5 des KHG genannten Krankenhäuser und Einrichtungen, soweit sie zu den Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nach § 107 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) gehören.

§ 2 Nr. 1 *KHG*: Krankenhäuser sind Einrichtungen, in denen durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festgestellt, geheilt oder gelindert werden sollen oder Geburtshilfe geleistet wird und in denen die zu versorgenden Personen untergebracht und gepflegt werden können.

§ 107 Abs. 2 *SGB V*: Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen im Sinne dieses Gesetzbuches sind Einrichtungen, die

1. der stationären Behandlung der Patienten dienen, um

- a) eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen oder einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken (Vorsorge) oder
- b) eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern oder im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung den dabei erzielten Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen, auch mit dem Ziel, einer drohenden Behinderung oder Pflegebedürftigkeit vorzubeugen, sie nach Eintritt zu beseitigen, zu bessern oder eine Verschlimmerung zu verhüten (Rehabilitation), wobei Leistungen der aktivierenden Pflege nicht von den Krankenkassen übernommen werden dürfen,

2. fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Verantwortung und unter Mitwirkung von besonders geschultem Personal darauf eingerichtet sind, den Gesundheitszustand der Patienten nach einem ärztlichen Behandlungsplan vorwiegend durch Anwendung von Heilmitteln einschließlich Krankengymnastik, Bewegungstherapie, Sprachtherapie oder Arbeits- und Beschäftigungstherapie, ferner durch andere geeignete Hilfen, auch durch geistige und seelische Einwirkungen, zu verbessern und den Patienten bei der Entwicklung eigener Abwehr- und Heilungskräfte zu helfen

und in denen

3. die Patienten untergebracht und gepflegt werden können.

Wegen der geringen Anzahl Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Berlin dürfen die Daten aus Gründen der statistischen Geheimhaltung seit dem Berichtsjahr 2006 nicht mehr veröffentlicht werden.

Vorzeitige Sterblichkeit

Gestorbene von 0 bis 64 Jahren. Die vorzeitige Sterblichkeit ist von besonderem Interesse, um Gesundheitsrisiken festzustellen. Aus der Sicht von Entscheidungsträgern scheinen hier am ehesten Interventionen, sei es in der Prävention oder in der medizinischen Versorgung, möglich und notwendig.

Wohngeld

Wohngeld wird zur wirtschaftlichen Sicherung angemessenen und familiengerechten Wohnens auf Antrag bei den Wohngeldämtern als Mietzuschuss für Mieter einer Wohnung oder eines Zimmers oder als Lastenzuschuss für Eigentümer eines Eigenheims oder einer Eigentumswohnung bei Bedürftigkeit gezahlt. Seit 01.01.2005 sind Empfänger von Transferleistungen wie z. B. Arbeitslosengeld II, Sozialgeld oder Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nicht mehr anspruchsberechtigt, da angemessene Unterkunftskosten im Rahmen der jeweiligen Sozialleistung Berücksichtigung finden. Seither wird unterschieden nach reinen Wohngeldempfängerhaushalten und wohnungsrechtlichen Teilhaushalten in Mischhaushalten (Haushalte, in denen sowohl wohngeldberechtigte als auch transferleistungsempfangende Personen leben); in der in diesem Bericht enthaltenen Tabelle ist die Gesamtzahl der Empfängerhaushalte ausgewiesen.

Wohnortprinzip

Erfassung nach dem Wohnort der von dem erhobenen Tatbestand betroffenen Person (*siehe auch* Ereignisprinzip).

Zahnärztinnen/Zahnärzte

Einschließlich kieferorthopädisch und oralchirurgisch weitergebildete Zahnärztinnen/Zahnärzte.

Zeichenerklärung

- nichts vorhanden

/ Zahlenwert nicht sicher genug

() Aussagewert ist eingeschränkt

0 weniger als die Hälfte von 1 in der letzten besetzten Stelle, jedoch mehr als nichts

. Zahlenwert unbekannt oder geheim zu halten

p vorläufige Zahl

r berichtigte Zahl

x Tabellenfach gesperrt, weil Aussage nicht sinnvoll

s geschätzte Zahl

... Angabe fällt erst später an

Abweichungen bei der Summenbildung beruhen auf Ab- bzw. Aufrundungen der Zahlen.