

Basisgesundheitsbericht

für den Landkreis Rastatt
und den Stadtkreis Baden-Baden



Herausgeber

Landratsamt Rastatt
Gesundheitsamt
Sachgebiet Gesundheitsförderung und Gesundheitsplanung
Am Schlossplatz 5
76437 Rastatt
Telefon: 07222 381-2300
Telefax: 07222 381-2398
E-Mail: amt23@landkreis-rastatt.de
Internet: www.landkreis-rastatt.de

Stand: Dezember 2024

© Landratsamt Rastatt | Am Schlossplatz 5, 76437 Rastatt
Gesundheitsamt
Sachgebiet Gesundheitsförderung und Gesundheitsplanung
Alle Rechte vorbehalten

Liebe Leserin, lieber Leser,


ich freue mich, Ihnen den ersten Basisgesundheitsbericht für den Landkreis Rastatt und den Stadtkreis Baden-Baden vorzustellen. Der Bericht wurde im Rahmen des gesetzlichen Auftrags des Öffentlichen Gesundheitsdienstes erstellt (§ 6 Gesundheitsdienstgesetz) und bietet eine Darstellung der gesundheitlichen Lage unserer Region. Als gemeinsame Informationsbasis richtet er sich an die Bevölkerung, an alle Akteure im Gesundheitswesen und an politische Entscheidungsträger. Ziel ist es, fundierte Diskussions- und Entscheidungsprozesse für die Gesundheitsplanung und die Kommunale Gesundheitskonferenz zu unterstützen.

Gesundheitsbezogene Daten, wie sie in diesem Bericht beschrieben werden, sind für die Planung und Weiterentwicklung von Angeboten im Bereich Gesundheit essenziell. Sie helfen, Herausforderungen wie etwa den demografischen Wandel oder die Zunahme chronischer Erkrankungen besser zu verstehen.

Der vorliegende Bericht bietet Einblicke in viele Themenfelder: von der Bevölkerungsstruktur über Krankheitshäufigkeiten bis hin zur gesundheitlichen Versorgung. Die Daten zeigen, wo unsere Region stark aufgestellt ist – wie beispielsweise bei den Impfquoten – und wo es Handlungsbedarf gibt. So sich beispielsweise der steigende Bedarf an Pflegekapazitäten in beiden Kreisen und die Herausforderungen der haus- und psychotherapeutischen Versorgung im Landkreis Rastatt. Gleichzeitig sind präventive Maßnahmen, wie der Bewegungspass zur Förderung der Kindergesundheit, ein Beispiel für bereits stattfindende positive Entwicklungen.

Als erster gemeinsamer Gesundheitsbericht für den Landkreis Rastatt und den Stadtkreis Baden-Baden bietet diese Veröffentlichung eine wichtige Grundlage, um Handlungsfelder im Bereich der Prävention und Gesundheitsversorgung zu identifizieren und gezielt weiterzuentwickeln. Es spiegelt nicht nur den Status quo wider, sondern zeigt auch Perspektiven für eine zukunftsorientierte und datenbasierte Gesundheitsplanung auf.

Mein besonderer Dank gilt den Verfasserinnen und Verfassern dieses Berichts sowie allen, die sich im Land- und Stadtkreis mit großem Engagement für die Gesundheitsversorgung, Prävention und Gesundheitsförderung einsetzen. Ich wünsche Ihnen eine interessante Lektüre und hoffe, dass die gewonnenen Erkenntnisse wertvolle Impulse für Ihre Arbeit und Ihr Engagement in unserer Region liefern.



Dr. Eva Schultz
Amtsleitung Gesundheitsamt

Inhalt

Zusammenfassung	4
Möglichkeiten und Grenzen des Berichts	6
Kontextfaktoren	8
<u>Zahl, Prognose, Merkmale</u>	
Durchschnittliche Bevölkerungszahl	8
Prognostizierte Bevölkerungszahl	8
Anteil ausländischer Bevölkerung	9
Anteil der Schutzsuchenden an der Bevölkerung	10
<u>Altersstruktur</u>	
Anteil Kinder und Jugendliche (unter 20 Jahre)	12
Anteil Personen im erwerbsfähigen Alter (20 bis unter 65 Jahre)	12
Anteil älterer Menschen (ab 65 Jahre)	13
Anteil hochbetagter Menschen (ab 80 Jahre)	14
<u>Geburten/Sterbefälle</u>	
Anzahl Lebendgeborene	15
Sterbefälle je 100.000 Einwohnende	15
Wirtschaftliche und soziale Lage	17
<u>Betreuung in Kindertageseinrichtungen</u>	
Betreuungsquoten der unter 3-Jährigen (U3)	17
Betreuungsquoten der über 3-Jährigen (Ü3)	17
<u>Bildung - ohne Schulabschluss</u>	
Anzahl Abgängerinnen und Abgänger ohne Hauptschulabschluss	19
Abgangsquote ohne Hauptschulabschluss	20
<u>Einkommen</u>	
Haushalte mit niedrigem Einkommen	21
Haushalte mit hohem Einkommen	21
<u>Arbeitslosenquote</u>	
Arbeitslosenquote	23
<u>Maßnahmen zur sozialen Sicherung</u>	
Arbeitslosengeld II-Quote (Bürgergeld)	24
Grundsicherung im Alter (SGB XII)	25
Gesundheitszustand der Bevölkerung	27
<u>Lebenserwartung</u>	
Mittlere Lebenserwartung von Männern	27
Mittlere Lebenserwartung von Frauen	27
<u>Übergewicht und Adipositas</u>	
Übergewicht im Vorschulalter	30
Krankhaftes Übergewicht (Adipositas) im Vorschulalter	31
<u>Zahngesundheit der Erstklässler</u>	
Naturgesunde Gebisse	33
Behandlungsbedürftige Gebisse	34
Sanierungsgrad	34

<u>Meldepflichtige Infektionserkrankungen</u>	
Tuberkulose	37
Influenza und SARS-CoV-2 (COVID-19)	38
Arboviren – Dengue- und Chikungunya-Virus	39
Arboviren - Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME)	40
<u>Krankenhausfälle</u>	
Krankenhausfälle je 100.000 Einwohnende	42
<u>Schwerbehinderte</u>	
Schwerbehinderte je 100.000 Einwohnende	44
<u>Pflegebedürftigkeit</u>	
Anzahl der von ambulanten Pflegeeinrichtungen betreuten Pflegebedürftigen	46
Anzahl der in vollstationären Pflegeeinrichtungen betreuten Pflegebedürftigen	46
Anzahl der Pflegegeldempfängerinnen und -empfänger	47
<u>Herz-Kreislauf-Erkrankungen</u>	
Sterbefälle infolge von Krankheiten des Kreislaufsystems	49
Sterbefälle infolge ischämischer Herzkrankheit	49
Sterbefälle infolge eines Myokardinfarkts	50
Sterbefälle infolge zerebrovaskulärer Krankheiten	51
Vermeidbare Sterbefälle infolge von Hypertonie und zerebrovaskulärer Krankheiten	51
Vermeidbare Sterbefälle infolge ischämischer Herzkrankheit	52
<u>Bösartige Neubildungen</u>	
Sterbefälle infolge bösartiger Neubildungen	55
Sterbefälle infolge bösartiger Neubildungen der Luftröhre, Bronchien und Lunge	55
Sterbefälle infolge bösartiger Neubildungen der Brustdrüse	56
Vermeidbare Sterbefälle infolge bösartiger Neubildungen der Luftröhre, Bronchien und Lunge	57
Vermeidbare Sterbefälle infolge bösartiger Neubildungen der Brustdrüse	58
Gesundheitsverhalten	61
<u>Impfquoten</u>	
Vollständige Impfung (Grundimmunisierung): Keuchhusten/Pertussis	61
Vollständige Impfung (Grundimmunisierung): Masern	62
<u>Früherkennungsuntersuchungen</u>	
Inanspruchnahme der U7a (34.-36. Lebensmonat)	64
Inanspruchnahme der U8 (46.-48. Lebensmonat)	65
Ambulante medizinische Versorgung	67
<u>Kinder- und Jugendärztliche Versorgung</u>	
Arzt-Einwohner-Verhältnis	67
Versorgungsgrad	67
Anteil der über 60-jährigen Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte	68
<u>Hausärztliche Versorgung</u>	
Arzt-Einwohner-Verhältnis	71
Versorgungsgrad	72
Anteil der über 60-jährigen Hausärztinnen und Hausärzte	73
<u>Psychotherapeutische Versorgung</u>	
Therapeut-Einwohner-Verhältnis	76
Versorgungsgrad	77
Anteil der über 60-jährigen Psychotherapeutinnen und -therapeuten	77

Stationäre medizinische Versorgung	80
<u>Krankenhausbetten</u>	
Anzahl der Krankenhausbetten	80
Pflege	82
<u>Pflegeeinrichtungen und Pflegeplätze</u>	
Ambulante Pflegeeinrichtungen insgesamt	82
Stationäre Pflegeeinrichtungen insgesamt	82
Anzahl verfügbarer Plätze in stationären Pflegeeinrichtungen	83

Zusammenfassung

Der vorliegende Basisgesundheitsbericht nutzt Indikatoren aus verschiedenen, meist amtlichen Datenquellen. Dabei werden für diesen Bericht die veröffentlichten Daten der letzten 5 Jahre, in der Regel aus den Jahren 2018 bis 2022, genutzt. Weicht der Erhebungsrhythmus ab oder liegen andere Datenjahre vor, so werden die aktuellsten 5-Jahres-Daten berichtet.

Kontextfaktoren

Die **Bevölkerung** in beiden Kreisen nimmt aktuell zu. Vor dem Hintergrund des Geburtenrückgangs und der über dem Landesschnitt liegenden Sterbefallentwicklung ist dies über Zuwanderung zu erklären. Der Stadtkreis Baden-Baden (SK Baden-Baden) liegt in Bezug auf den Ausländeranteil sowie den Anteil der Schutzsuchenden in der Bevölkerung deutlich über dem Landesschnitt.

Für die **Bevölkerungsprognose 2040** wird für den Landkreis Rastatt (LK Rastatt) eine leichte, im Landesvergleich unterdurchschnittliche Bevölkerungszunahme errechnet und damit eine leicht steigende Bevölkerungszahl prognostiziert, im SK Baden-Baden wird von einer nahezu unveränderten Bevölkerungszahl ausgegangen.

Für die **Altersstruktur** der Bevölkerung gilt, dass im Berichtszeitraum in beiden Kreisen wie auch landesweit minimale Zuwächse für die Anteile an Kindern und Jugendlichen erwartet werden. Der Anteil der Personen im erwerbsfähigen Alter sinkt leicht, sowohl in beiden Kreisen als auch landesweit. Der Anteil an älteren und hochbetagten Menschen liegt in beiden Kreisen über dem landesweiten Schnitt, besonders deutlich wird dies für den SK Baden-Baden.

Wirtschaftliche und soziale Lage

Die **Einkommenslage der Menschen** in der Region zeigt, dass die Zahl von Haushalten mit niedrigem Einkommen sowohl im LK Rastatt als auch im SK Baden-Baden rückläufig ist bei gleichzeitigem Anstieg der Haushalte mit hohem Einkommen. Diese Entwicklung ist auch landesweit festzustellen. Dies weist auf die wirtschaftliche Stärke der beiden Kreise und des Landes Baden-Württemberg hin.

Die Arbeitslosengeld II-Quote (Bürgergeld) bleibt in den Berichtsjahren im LK Rastatt stabil und unter der Landesquote, während der SK Baden-Baden höhere und schwankende Quoten aufweist. Die Daten zur Grundsicherung im Alter zeigen für den LK Rastatt eine relativ stabile und niedrige Quote. Im Gegensatz dazu steigt die Quote in Baden-Baden stetig an, was auf eine zunehmende Altersarmut hindeuten könnte.

Für die **frühkindliche Bildung und Betreuung** und für die Vereinbarkeit von Familie und Beruf sind bedarfsgerechte Kinderbetreuungsangebote erforderlich. Für beide Kreise gilt, dass die Kleinkindbetreuungsquoten (unter 3-Jährige) in Kindertageseinrichtungen/Kindertagespflege etwas über dem landesweiten Durchschnitt liegen. Landesweite Bedarfserhebungen gehen jedoch davon aus, dass der Bedarf an Kleinkindbetreuung höher als das aktuelle Angebot ist. Eine Diskrepanz von Angebot und Nachfrage zeigt sich ebenfalls für den Kindergartenbereich (über 3-Jährige). Hier sind die Betreuungsquoten im Berichtszeitraum sogar überwiegend rückläufig. Diese Situation wird durch den Fachkräftemangel in den Kindertageseinrichtungen weiter verschärft.

Im **Bildungsbereich** zeigt sich, dass Menschen ohne Schulabschluss geringere Chancen auf dem Arbeitsmarkt haben und somit stärker von Arbeitslosigkeit bedroht sind. Im LK Rastatt zeigt die Quote an jungen Menschen ohne Schulabschluss seit dem Jahr 2020 eine jährlich ansteigende Tendenz, im SK Baden-Baden schwanken die Ergebnisse zwischen den Jahrgängen stark. Es bleibt festzuhalten, dass der Bildungserfolg in Zeiten des demografischen Wandels und Fachkräftemangels von besonders großer Bedeutung ist.

Gesundheitszustand der Bevölkerung

Die gesundheitliche Lage der Bevölkerung im LK Rastatt und SK Baden-Baden wird durch eine Reihe von Indikatoren dargestellt. Die **mittlere Lebenserwartung** bleibt in den letzten Jahren weitgehend unverändert, wobei die Lebenserwartung im LK Rastatt für Männer und Frauen leicht unter dem Landeswert liegt, während sie im SK Baden-Baden für beide Geschlechter leicht darüber liegt. Ein zentrales Thema stellen **Übergewicht und Adipositas im Vorschulalter** dar. Insbesondere im Jahr 2021 ist

im LK Rastatt ein starker Anstieg übergewichtiger Kinder zu erkennen, pandemiebedingt könnte ein verändertes Bewegungs- und Ernährungsverhalten ein relevanter Einflussfaktor sein. Mit Einführung des Bewegungspasses im Jahr 2024 im LK Rastatt und SK Baden-Baden wurde bereits eine Maßnahme umgesetzt, um dieser Herausforderung zu begegnen und die Bewegung von Kindern in Kindertageseinrichtungen zu fördern.

Die **Zahngesundheit der Erstklässler** ist im Zeitverlauf stabil, bleibt aber deutlich hinter den Mundgesundheitszielen der Bundeszahnärztekammer zurück. Nach wie vor zeigen sich Unterschiede in der Karieslast in Abhängigkeit vom sozioökonomischen Status. Die Gruppenprophylaxe als sozialkompensatorische Maßnahme sowie Schritte zur besseren Anbindung an niedergelassene zahnärztliche Praxen sind daher weiterzuverfolgen. **Infektionskrankheiten** wie COVID-19, Tuberkulose oder FSME unterliegen dynamischen Entwicklungen, die durch Faktoren wie globale Mobilität und den Klimawandel beeinflusst werden. Ein effektives Melde- und Überwachungssystem sowie Impfungen bleiben essenziell. Die **Krankenhausfallzahlen** sind analog zur Entwicklung auf Landesebene rückläufig, was auf eine pandemiebedingt veränderte Inanspruchnahme des stationären Versorgungssystems zurückgeführt werden kann, liegen aber in beiden Raumschaften weiter über dem Landesdurchschnitt. Im Bereich der **Pflegebedürftigkeit** ist dagegen ein starker Anstieg der Anzahl Pflegebedürftiger zu beobachten. Dieser zeigt sich insbesondere in der Anzahl der im häuslichen Umfeld durch Privatpersonen versorgten Pflegebedürftigen. Sowohl der LK Rastatt als auch der SK Baden-Baden liegen in diesem Bereich deutlich über dem Landeswert, wofür das über dem Landesdurchschnitt liegende Durchschnittsalter der Bevölkerung ursächlich sein kann. Der Unterstützung pflegender Angehöriger sowie der Gestaltung altersgerechter Quartiere kommt daher eine wachsende Bedeutung zu.

Die **Sterblichkeit an Herz-Kreislauf-Erkrankungen und bösartigen Neubildungen** liegt im LK Rastatt und SK Baden-Baden über dem Landesdurchschnitt. Präventionsmaßnahmen wie Raucherentwöhnung, Förderung von gesunder Ernährung und Bewegung bleiben daher zentrale Handlungsfelder.

Gesundheitsverhalten der Bevölkerung

Ergebnisse zu gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen sind derzeit überwiegend aus den flächendeckenden Einschulungsuntersuchungen im vorletzten Kindergartenjahr verfügbar.

Für die **Impfquoten gegen Keuchhusten (Pertussis) und Masern** gilt, dass in beiden Kreisen ein guter Impfschutz bei dieser Altersgruppe besteht.

Bei den **Früherkennungsuntersuchungen im Kindesalter** (U-Untersuchungen) zeigt sich für die U7a, die um den 3. Geburtstag stattfindet, eine höhere Inanspruchnahme als bei der U8, die ein Jahr später stattfindet. Die Inanspruchnahme der beiden Untersuchungen liegt in beiden Kreisen überwiegend leicht über dem Landesschnitt. Die Teilnahme an den U-Untersuchungen ist eine wichtige Präventionsmaßnahme und liefert erste Hinweise zur Anbindung der Kinder an das ambulante Gesundheitssystem. Vor dem Hintergrund, dass mit zunehmendem Lebensalter die kindlichen Entwicklungsbereiche differenzierter beurteilt werden können, ist eine rückläufige Entwicklung bei den Teilnahmeraten ungünstig.

Ambulante medizinische Versorgung

Gemessen an den Daten der Bedarfsplanung und auch im Landkreisvergleich ist die derzeitige **hausärztliche Versorgung** im LK Rastatt stabil, steht jedoch vor verschiedenen Herausforderungen. Das **Arzt-Einwohner-Verhältnis** steigt, was auf eine zunehmende Belastung der Hausärztinnen und Hausärzte hindeutet. Zudem sinkt der **Versorgungsgrad** im Berichtszeitraum in den meisten Mittelbereichen und liegt unter dem angestrebten Soll-Niveau. Die **Altersstruktur** verschärft die Problematik zusätzlich: Der Anteil der über 60-jährigen Hausärztinnen und Hausärzte steigt bis 2024 auf nahezu 50 % in einigen Regionen, was mittelfristig zu erheblichen Versorgungslücken führen könnte. Zwar gibt es derzeit keine rechnerische Unterversorgung, doch die unbesetzten Niederlassungsmöglichkeiten weisen auf ein strukturelles Defizit hin. Der SK Baden-Baden weist im Berichtszeitraum durchgängig den höchsten Versorgungsgrad mit Hausärztinnen und Hausärzten in der Planungsregion auf, allerdings auch die höchste Rate der über 60-jährigen Hausärztinnen und Hausärzte.

Auch die **kinder- und jugendärztliche Versorgung** gilt derzeit formell als bedarfsgerecht, zeigt jedoch ebenfalls Anzeichen einer Verschlechterung im Berichtszeitraum. Der **Versorgungsgrad** sinkt kontinuierlich, das **Arzt-Einwohner-Verhältnis** ist auf einem ähnlich hohen Niveau wie im Landeschnitt. Auch hier existiert eine Diskrepanz zwischen der Bedarfsplanung der Kassenärztlichen Vereini-

gung Baden-Württemberg (KVBW) und dem subjektiv empfundenen Versorgungsbedarf. Positiv zu vermerken ist, dass in Bezug auf die **Altersstruktur** der Anteil der über 60-jährigen Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte im Vergleich zu anderen Landkreisen niedrig ist, sodass die Versorgungssituation im kinderärztlichen Bereich in den kommenden Jahren weitestgehend stabil bleibt.

In der **psychotherapeutischen Versorgung** sind die Herausforderungen ähnlich. Trotz einer leichten Reduktion des **Therapeut-Einwohner-Verhältnisses** bleibt dieses im Vergleich zum Landesdurchschnitt hoch. Der **Versorgungsgrad** ist zwar stabil, jedoch zeigt sich eine bedenkliche Entwicklung der **Altersstruktur**: Im Jahr 2024 war fast jede zweite Psychotherapeutin und jeder zweite Psychotherapeut über 60 Jahre alt. Diese Altersentwicklung gepaart mit einem steigenden Bedarf an psychotherapeutischer Behandlung, macht die Situation besonders kritisch. Besonders auf dem Land sind Praxissitze rar, sodass sich ein Stadt-Land-Gefälle in der Versorgung zeigt.

Stationäre Versorgung

Die stationäre medizinische Versorgung im LK Rastatt und im SK Baden-Baden wird überwiegend von der **Klinikum Mittelbaden gGmbH (KMB)** gewährleistet. Zusammen mit weiteren Krankenhäusern in der Region stehen insgesamt 1.164 Planbetten zur Verfügung. Trotz eines Rückgangs der Krankenhausbettendichte im SK Baden-Baden in den letzten Jahren bleibt die Versorgung im Landesvergleich überdurchschnittlich gut. Die Region (LK Rastatt und SK Baden-Baden) weist 2022 die dritthöchste Bettendichte in Baden-Württemberg auf. Zukünftige Entwicklungen zielen auf eine Zentralisierung und Qualitätssteigerung durch ein geplantes Zentralklinikum in Rastatt ab, das die bisherigen Standorte des KMB bündeln soll. Dies folgt bundesweiten Trends, die auf Spezialisierung, Vorrang der ambulanten vor stationärer Behandlung und den Abbau von Kapazitäten setzen, um die Effizienz und Versorgungsqualität zu steigern.

Pflege

Während der LK Rastatt durch die Inbetriebnahme neuer Pflegeeinrichtungen seine **vollstationären Pflegeplätze** von 2013 bis 2021 kontinuierlich erhöhen konnte, blieb die Anzahl der Einrichtungen im SK Baden-Baden konstant, was in Kombination mit der Landesheimbauverordnung zu einer Reduktion der verfügbaren vollstationären Plätze führte. Der SK Baden-Baden, geprägt von einer älteren Bevölkerungsstruktur, verzeichnete zwischen 2013 und 2021 einen Rückgang der stationären Pflegeplätze um 22 %, da erhöhte Anforderungen an Einzelzimmer und Raumgrößen die Kapazitäten verringerten. Gleichzeitig wurden **ambulante Pflegeeinrichtungen** in beiden Regionen ausgebaut, um Pflegebedürftige länger in ihrem häuslichen Umfeld zu unterstützen. Prognosen zeigen jedoch, dass insbesondere im SK Baden-Baden ein wachsender Bedarf an stationären Pflegeplätzen besteht, der durch geplante Bauvorhaben teilweise kompensiert werden soll. Der bestehende und voraussichtlich weiter steigende Fachkräftemangel stellt sowohl den LK Rastatt als auch den SK Baden-Baden vor Herausforderungen. Im Berichtszeitraum bleibt der LK Rastatt in seiner Pflegekapazität stabil, während der SK Baden-Baden trotz eines höheren Ausgangsniveaus derzeit mit größeren Herausforderungen konfrontiert ist.

Möglichkeiten und Grenzen des Berichts

Der vorliegende Basisgesundheitsbericht liefert eine umfassende Übersicht über zentrale Indikatoren in den Themenbereichen Strukturdaten, wirtschaftliche und soziale Lage, Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten sowie ambulante und stationäre medizinische Versorgung und Pflege. Dabei werden nicht nur die gesundheitliche Situation der Bevölkerung beschrieben, sondern auch wesentliche Einflussfaktoren auf die Gesundheit analysiert. Die Erstellung des Basisgesundheitsberichts für den LK Rastatt und den SK Baden-Baden erfolgte parallel zur Entwicklung des Kreisprofils durch das Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (LGA). Das in einer Facharbeitsgruppe unter der Beteiligung von Gesundheitsämtern am LGA entwickelte Kreisprofil dient als methodisches Grundgerüst für eine einheitliche Bedarfs- und Bestandsanalyse in Baden-Württemberg. Entsprechend wurde der Basisindikatorensatz des Kreisprofils als Orientierungshilfe für die Auswahl der Indikatoren dieses Berichts herangezogen. Dabei wurde darauf geachtet, gesundheitlich relevante Kennzahlen für Kinder und Jugendliche, Erwachsene sowie ältere Menschen – soweit es die verfügbare Datenbasis zuließ – abzubilden.

Die Indikatoren sind innerhalb der oben genannten Themenbereiche in thematisch passende Faktenblätter gegliedert. Jedes Faktenblatt enthält eine Definition und Beschreibung der Indikatoren, deren Entwicklung über die letzten fünf Berichtsjahre sowie – sofern verfügbar – einen Vergleich mit den

Durchschnittswerten des Landes Baden-Württemberg. Abschließend werden die Indikatoren eines Faktenblatts zusammenfassend bewertet. Dies ermöglicht eine flexible Nutzung der einzelnen Faktenblätter, auch unabhängig vom Gesamtbericht.

Die Grundlage des Basisberichts bilden routinemäßig erhobene Daten aus der amtlichen Statistik sowie Daten, die von verschiedenen Akteuren im Gesundheitswesen, wie etwa der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) erhoben werden. Auch im Gesundheitsamt selbst erhobene Daten, zum Beispiel aus den Einschulungsuntersuchungen oder dem Meldewesen wurden für den Bericht verwendet. Bei den im Bericht verwendeten Daten handelt es sich somit um Sekundärdaten, die für andere Zwecke und zumeist von Dritten erhoben wurden. Daraus ergeben sich verschiedene methodische Herausforderungen und Einschränkungen.

Eine zentrale Herausforderung stellt die begrenzte Verfügbarkeit aussagekräftiger Daten auf Kreisebene dar. In einigen Bereichen, etwa zum Gesundheitsverhalten oder Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen, fehlen relevante Indikatoren weitgehend. Zudem erlauben die vorhandenen Daten lediglich eine beschreibende Analyse der gesundheitlichen Situation. Dies bedeutet, dass Wirkungszusammenhänge zwischen den Indikatoren oder weiteren Einflussfaktoren nicht abgeleitet werden können. Eine weitere Einschränkung ist die Aktualität der Daten. Einige Indikatoren werden nur in größeren zeitlichen Abständen, beispielsweise alle zwei Jahre, erhoben und stehen daher erst mit erheblicher Verzögerung zur Verfügung. Solche Indikatoren eignen sich besser zur Beschreibung langfristiger Entwicklungen als zur Erfassung kurzfristiger Veränderungen. Da der Bericht auf einer Vielzahl unterschiedlicher Datenquellen basiert, variieren darüber hinaus die verwendeten Datenstandards und Definitionen. Um dieser Heterogenität begegnen zu können, enthält der Bericht für jeden Indikator eine kurze Beschreibung sowie Hinweise zur Interpretation. Weiterhin ist als Einschränkung der dargestellte Zeitraum von fünf Berichtsjahren zu nennen. Somit ist es möglich, den aktuellen Zeitraum genauer darzustellen, weiter in der Vergangenheit liegende Ergebnisse können in dieser Basisdarstellung jedoch keine Berücksichtigung finden.

Schließlich ist darauf hinzuweisen, dass es sich bei den in diesem Bericht dargestellten Indikatoren um eine Auswahl der wichtigsten Kennzahlen handelt. Diese Auswahl beschränkt sich auf etwa die Hälfte des vom LGA vorgeschlagenen Basisindikatorensatzes. Weitere relevante Gesundheitsdaten finden sich beispielsweise im Gesundheitsatlas Baden-Württemberg (<https://www.gesundheitsatlas-bw.de>). Insgesamt zeichnet sich eine positive Entwicklung der Datenlandschaft ab, die die Möglichkeiten einer zielgerichteten kommunalen Gesundheitsberichterstattung erweitert. Auch die Gesundheitsberichterstattung für den LK Rastatt und den SK Baden-Baden befindet sich in einem Entwicklungsprozess. Ein zukünftiges Ziel ist die Erweiterung des Basisberichts um ausgewählte Schwerpunktthemen.

Kontextfaktoren

Zahl, Prognose, Merkmale

Durchschnittliche Bevölkerungszahl

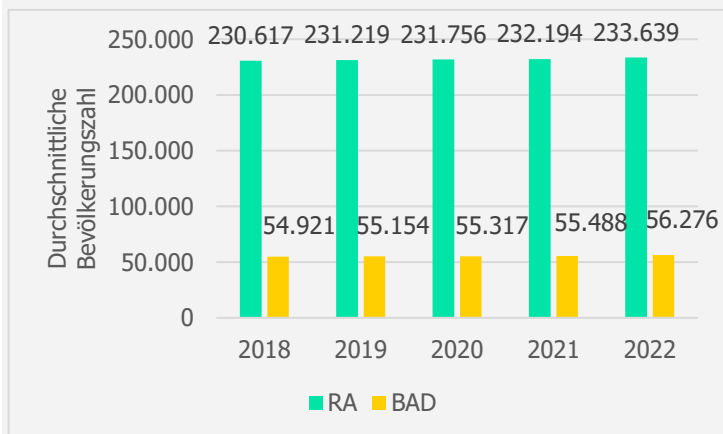
Definition

Zur Bevölkerung gehören alle Personen, die in Deutschland ihren (ständigen) Wohnsitz haben, einschließlich der hier gemeldeten Ausländerinnen und Ausländer sowie Staatenlosen. Gezählt wird die Bevölkerung am Ort der alleinigen Wohnung bzw. Hauptwohnung. Die Bevölkerungszahlen basieren ab 2012 auf der vorläufigen Bevölkerungsfortschreibung auf Grundlage des Zensus 2011.

Bedeutung/Ziele

Die Struktur der Bevölkerung auf regionaler Ebene ist eine wichtige Grundlage für die Planung der medizinischen Versorgung.

Durchschnittliche Bevölkerungszahl im LK Rastatt und SK Baden-Baden (2018-2022)



Durchschnittliche Bevölkerungszahl im Land Baden-Württemberg (2018-2022)



Beschreibung der Entwicklung

Die Bevölkerungszahl im LK Rastatt steigt im Zeitraum 2018 bis 2022 um 3.022 Personen an. Dies entspricht einem Anstieg um 1,3 %. Im selben Zeitraum steigt die Bevölkerungszahl im SK Baden-Baden um 1.355 Personen oder 2,5 % an. Im Land Baden-Württemberg steigt die Bevölkerungszahl im selben Zeitraum um 155.971 Personen oder 1,4 %.

Datenquelle

Gesundheitsatlas Baden-Württemberg

Zahl, Prognose, Merkmale

Prognostizierte Bevölkerungszahl

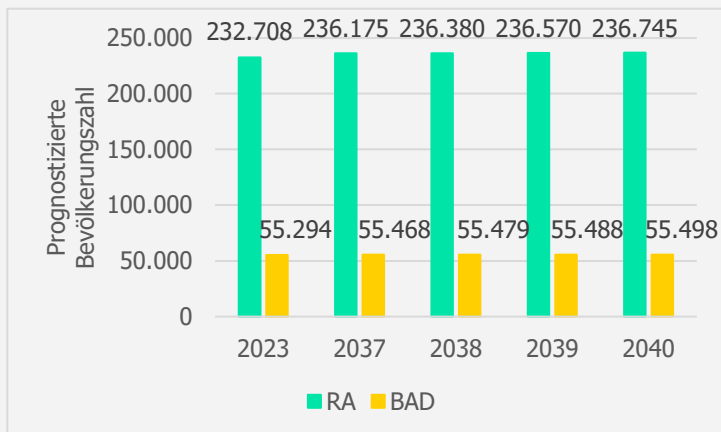
Definition

Die gerundeten Bevölkerungszahlen basieren auf der Vorausberechnung durch das Statistische Landesamt Baden-Württemberg. Ausgangslage der Berechnungen bildete der Bevölkerungsstand in den Kommunen zum 31. Dezember 2020 gegliedert nach 100 Altersjahren und Geschlecht. Für die Vorausberechnung werden bestimmte Annahmen zur Entwicklung der Geburten, der Sterblichkeit und des Wanderungsgeschehens getroffen (Details zur Berechnung können der Methodenbeschreibung in [1] entnommen werden).

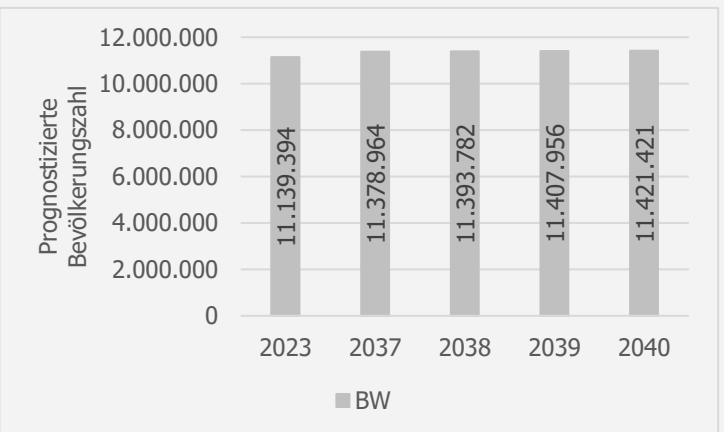
Bedeutung/Ziele

Bevölkerungsvorausberechnungen zeigen, wie sich die Zahl und der Altersaufbau der Bevölkerung verändern, wenn die wesentlichen demografischen Einflussfaktoren – Geburtenhäufigkeit, Sterblichkeit und Wanderungen – einen bestimmten Verlauf annehmen. Da sich demografische Prozesse allmählich vollziehen und sich auf die Bevölkerungszahl und Struktur oft erst nach mehreren Jahrzehnten vollständig auswirken, werden für amtliche Bevölkerungsvorausberechnungen häufig längere Zeiträume gewählt. Somit ist es möglich, noch nicht wahrnehmbare, jedoch „vorprogrammierte“ künftige Veränderungen sichtbar zu machen und wichtige Frühindikatoren für Politik, Wirtschaft und Gesellschaft zu liefern.

**Prognostizierte Bevölkerungszahl im
LK Rastatt und SK Baden-Baden (2023-2040)**



**Prognostizierte Bevölkerungszahl im
Land Baden-Württemberg (2023-2040)**



Beschreibung
der Entwicklung

Die Bevölkerungszahl im LK Rastatt wird sich von 2023 bis 2040 um voraussichtlich 4.037 Personen oder 1,7 % auf dann 236.745 Personen erhöhen. Im selben Zeitraum wird sich die Bevölkerungszahl im SK Baden-Baden voraussichtlich um 204 Personen oder 0,4 % auf dann 55.498 Personen erhöhen. Für das Land Baden-Württemberg ist ein Anstieg der Bevölkerungszahl um 282.027 Personen oder 2,5 % auf dann 11.421.421 Personen prognostiziert.

Datenquelle

Gesundheitsatlas Baden-Württemberg

**Zahl, Prognose,
Merkmale**

Anteil ausländischer Bevölkerung

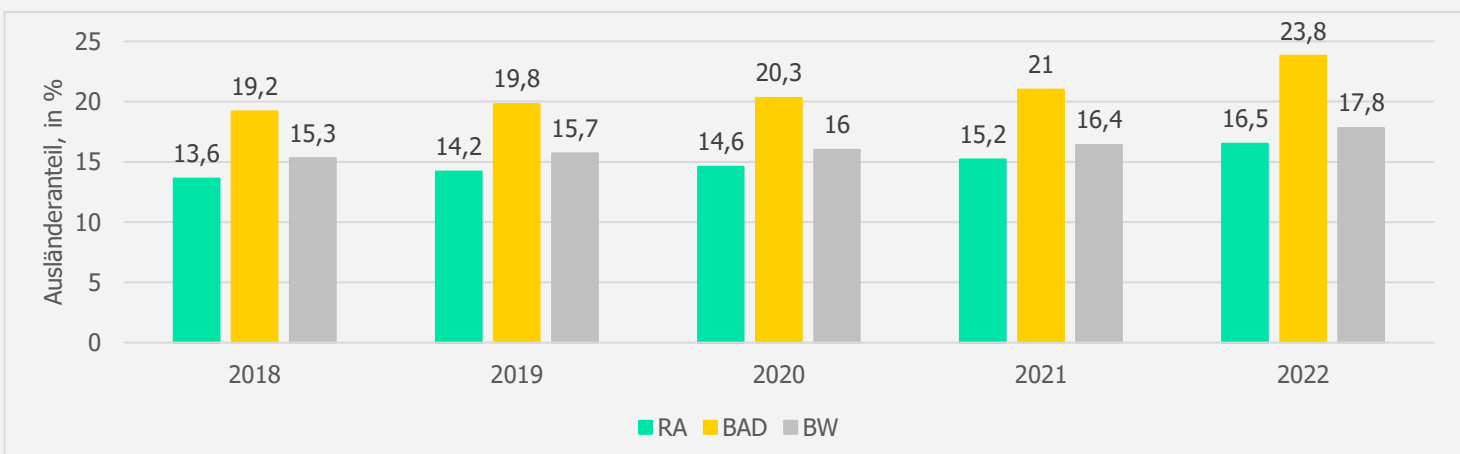
Definition

Dieser Indikator stellt den Anteil der ausländischen Bevölkerung insgesamt an der Gesamtbevölkerung in Prozent dar. Hierbei handelt es sich um den Anteil an der durchschnittlichen Bevölkerung eines Jahres. Zur Bevölkerung gehören alle Personen, die in Deutschland ihren (ständigen) Wohnsitz haben einschließlich der hier gemeldeten Ausländerinnen und Ausländer sowie der Staatenlosen. Nicht zur Bevölkerung zählen hingegen die Angehörigen der ausländischen Stationierungstreitkräfte sowie der ausländischen diplomatischen und konsularischen Vertretungen mit ihren Familienangehörigen.

Bedeutung/Ziele

Die Struktur der Bevölkerung auf regionaler Ebene nach Geschlecht und der Anteil ausländischer Bevölkerung in den Kommunen sind wichtige Grundlagen für die Planung und Organisation der medizinischen Versorgung und stellen gleichzeitig die Nennerpopulation für die Bildung von Kennziffern (z.B. Raten) zur gesundheitlichen Lage in den Kommunen dar. Da Struktur und soziale Lage der ausländischen Bevölkerung sich deutlich von der deutschen unterscheiden, ist eine gesonderte Darstellung erforderlich.

Ausländeranteil im LK Rastatt, SK Baden-Baden und Land Baden-Württemberg, in % (2018-2022)



Beschreibung der Entwicklung	Der Anteil der ausländischen Bevölkerung nimmt im LK Rastatt von 2018 bis 2022 um 2,9 Prozentpunkte auf 16,5 % zu. Im SK Baden-Baden steigt der Ausländeranteil im selben Zeitraum um 4,6 Prozentpunkte auf 23,8 %. Der Anteil der ausländischen Bevölkerung im Land Baden-Württemberg steigt im selben Zeitraum um 2,5 Prozentpunkte auf 17,8 % an.
---------------------------------	--

Datenquelle	Gesundheitsatlas Baden-Württemberg
-------------	------------------------------------

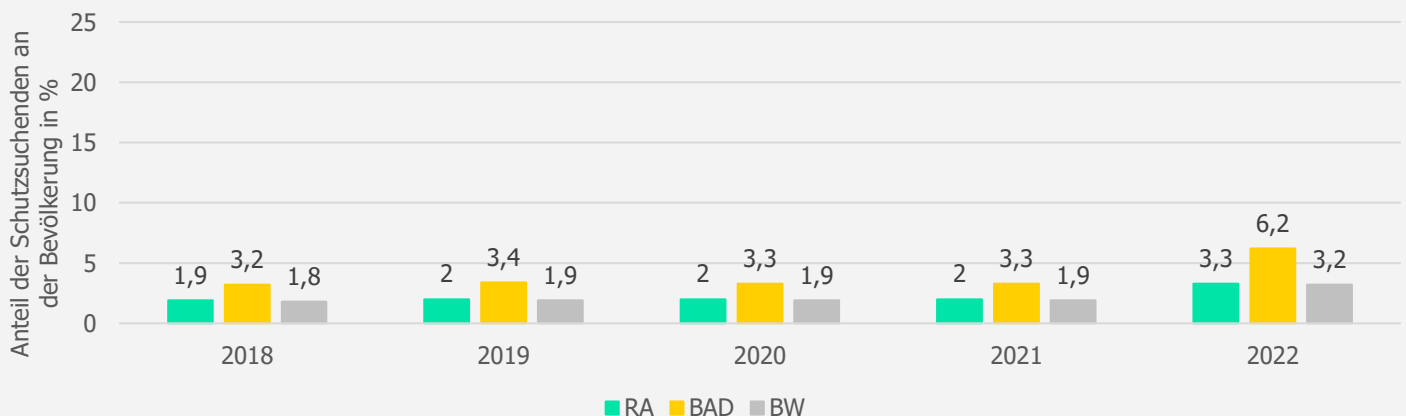
Zahl, Prognose, Merkmale

Anteil der Schutzsuchenden an der Bevölkerung

Definition	Dieser Indikator stellt den Anteil der Schutzsuchenden an der Bevölkerung (in %) jeweils zum 31. Dezember eines Jahres dar. Das Statistische Bundesamt zählt zu den Schutzsuchenden die Ausländerinnen und Ausländer, die sich nach Angaben des Ausländerzentralregisters unter Berufung auf völkerrechtliche, humanitäre oder politische Gründe in Deutschland aufhalten. Zu den Schutzsuchenden in Deutschland zählen die folgenden drei Kategorien von ausländischen Personen: Schutzsuchende mit offenem Schutzstatus, Schutzsuchende mit anerkanntem Schutzstatus sowie Schutzsuchende mit abgelehntem Schutzstatus. Begriffe wie Flüchtlinge, Asylbewerber oder Asylberechtigte werden oftmals als Synonyme für geflüchtete Menschen genutzt, beschreiben aber im Ausländer- und Asylrecht jeweils nur eine spezifische Teilmenge der Schutzsuchenden.
------------	--

Bedeutung/Ziele	Die Struktur der Bevölkerung auf regionaler Ebene nach Geschlecht und der Anteil ausländischer Bevölkerung in den Kommunen sind wichtige Grundlagen für die Planung und Organisation der medizinischen Versorgung. Da Struktur und soziale Lage der schutzsuchenden Bevölkerung sich deutlich von der deutschen unterscheiden, ist eine gesonderte Darstellung erforderlich.
-----------------	--

Anteil der Schutzsuchenden an der Bevölkerung im LK Rastatt, SK Baden-Baden und Land Baden-Württemberg, in % (2018-2022)



Beschreibung der Entwicklung	Der Anteil der Schutzsuchenden an der Bevölkerung steigt im LK Rastatt von 2018 bis 2022 um 1,4 Prozentpunkte auf 3,3 %. Im selben Zeitraum steigt der Anteil der Schutzsuchenden im SK Baden-Baden um 3 Prozentpunkte auf 6,2 %. Im Land Baden-Württemberg steigt der Anteil der Schutzsuchenden an der Bevölkerung von 2018 bis 2022 um 1,4 Prozentpunkte auf 3,2 %.
---------------------------------	--

Datenquelle	Gesundheitsatlas Baden-Württemberg
-------------	------------------------------------

Die Darstellungen auf diesem Faktenblatt zeigen einen leichten Anstieg der Bevölkerung im LK Rastatt und SK Baden-Baden über den Verlauf der Zeitreihe von 2018 bis 2022. Die Bevölkerungsprognose zum Jahr 2040 zeigt für beide Raumschaften ein leichtes Wachstum der Bevölkerungszahl, wobei dieses insbesondere im SK Baden-Baden mit 0,3 % im baden-württembergweiten Vergleich gering ausfällt. Unter Berücksichtigung der sinkenden Geburtenzahlen ist der prognostizierte Anstieg maßgeblich auf Zuwanderung zurückzuführen [2].

Der Anteil ausländischer Bevölkerung sowie der Anteil Schutzsuchender an der Bevölkerung zeigen über den betrachteten 5-Jahres-Zeitraum einen steigenden Verlauf. Im LK Rastatt liegt der Ausländeranteil leicht unter dem Landeswert, während der Wert im SK Baden-Baden deutlich über dem Landeswert liegt. Auch der Anteil Schutzsuchender übersteigt im SK Baden-Baden den Landeswert.

Daten zur Struktur und (prognostizierter) Größe der Bevölkerung sind relevant für Planungsprozesse in den Kommunen und helfen dabei, Investitionen in Infrastruktur bedarfsgerecht zu tätigen. Ausländer und Schutzsuchende stellen eine Gruppe dar, deren Bedürfnisse im Sinne der Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit bei der Planung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention besonders berücksichtigt werden sollte.

Datenhalter

Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

Literaturhinweise

- [1] „Methodik der Bevölkerungsvorausberechnung Basis 2020,“ Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, 30.5.2022. [Online]. Available: <https://www.statistik-bw.de/BevoelkGebiet/Vorausrechnung/Methode.jsp>. [Zugriff am 13.9.2024].
- [2] dpa-infocom, „Landtag von Baden-Württemberg - Bevölkerungsprognose bis 2045: Südwesten wächst,“ 19.06.2024. [Online]. Available: <https://www.landtag-bw.de/home/aktuelles/dpa-nachrichten/2024/Juni/KW25/Mittwoch/0e4c1574-0696-4939-affa-9880b9fd.html#:~:text=Die%20Einwohnerzahl%20Baden%20DW%C3%BCrttemb ergs%20wird,Mittwoch%20in%20Bonn%20vorgestellt%20wurde..> [Zugriff am 10.14.2024].

Kontextfaktoren

Altersstruktur

Anteil Kinder und Jugendliche (unter 20 Jahre)

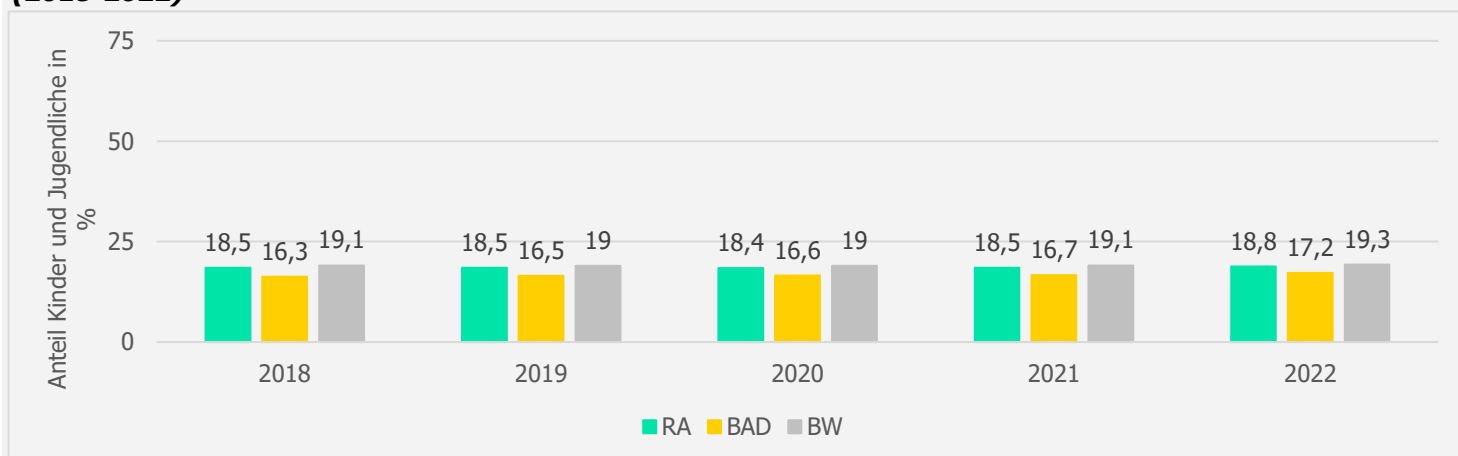
Definition

Dargestellt ist der Anteil der Kinder und Jugendlichen (unter 20 Jahre) an der Bevölkerung in Prozent. Eine übersichtliche Beschreibung der Altersstruktur der Bevölkerung orientiert sich an den Phasen des Lebenszyklus Kindheit und Jugend, Erwerbs- und Familienphase sowie Ruhestand.

Bedeutung/Ziele

Die Altersstruktur heute hat einen weitreichenden Einfluss auf die medizinische Versorgung in den nächsten Jahrzehnten und dient dieser als wichtige Planungsgrundlage.

Anteil Kinder und Jugendliche im LK Rastatt, SK Baden-Baden und Land Baden-Württemberg, in % (2018-2022)



Beschreibung

der Entwicklung

Der Anteil von Kindern und Jugendlichen an der Bevölkerung im LK Rastatt steigt von 2018 bis 2022 um 0,3 Prozentpunkte auf 18,8 %. Im SK Baden-Baden steigt der Anteil von Kindern und Jugendlichen im selben Zeitraum um 0,9 Prozentpunkte auf 17,2 %. Im Land Baden-Württemberg steigt der Anteil um 0,2 Prozentpunkte auf 19,3 %.

Datenquelle

Gesundheitsatlas Baden-Württemberg

Altersstruktur

Anteil Personen im erwerbsfähigen Alter (20 bis unter 65 Jahre)

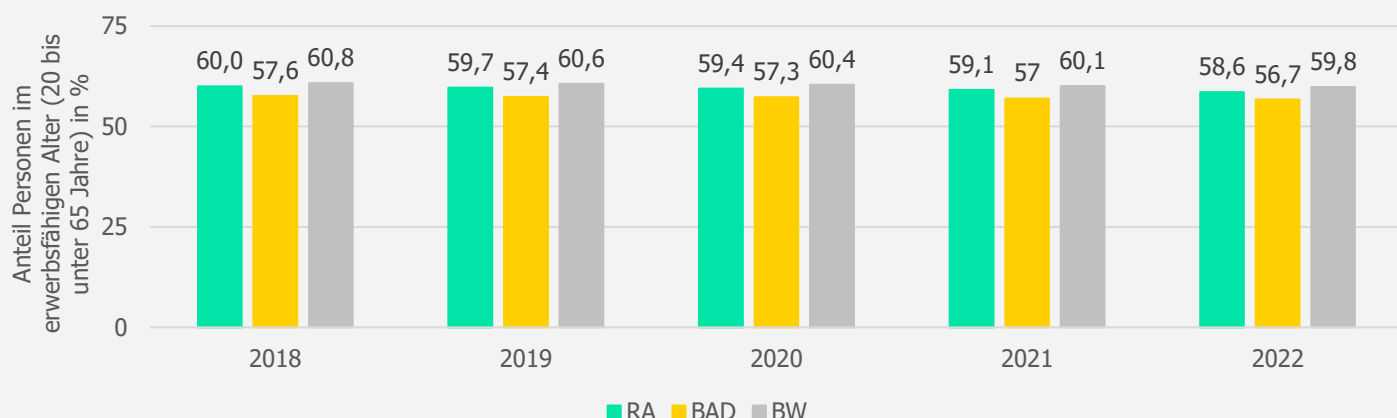
Definition

Dargestellt ist der Anteil der Personen, die sich im erwerbsfähigen Alter befinden (20 bis unter 65 Jahre), an der Bevölkerung in Prozent.

Bedeutung/Ziele

Die Altersstruktur heute hat einen weitreichenden Einfluss auf die medizinische Versorgung in den nächsten Jahrzehnten und dient dieser als wichtige Planungsgrundlage.

Anteil Personen im erwerbsfähigen Alter (20 bis unter 65 Jahre) im LK Rastatt, SK Baden-Baden und Land Baden-Württemberg, in % (2018-2022)



Beschreibung
der Entwicklung

Der Anteil von Personen im erwerbsfähigen Alter an der Bevölkerung im LK Rastatt sinkt von 2018 bis 2022 um 1,4 Prozentpunkte auf 58,6 %. Im selben Zeitraum sinkt der Anteil der Personen im erwerbsfähigen Alter im SK Baden-Baden um 0,9 Prozentpunkte auf 56,7 %. Im Land Baden-Württemberg sinkt der Anteil um 1 Prozentpunkt auf 59,8 %.

Datenquelle

Gesundheitsatlas Baden-Württemberg

Altersstruktur

Anteil älterer Menschen (ab 65 Jahre)

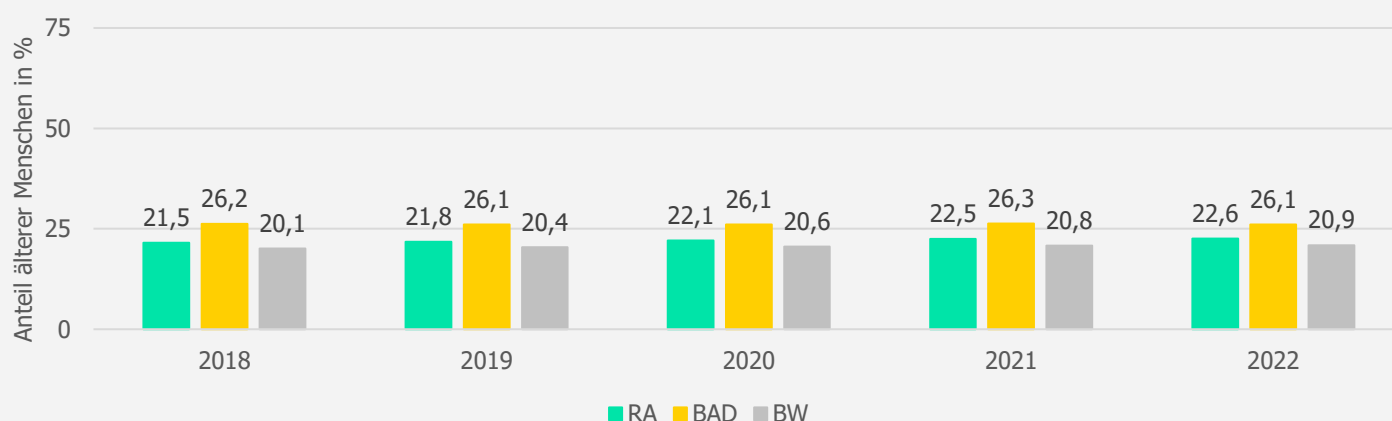
Definition

Dargestellt ist der Anteil älterer Menschen (ab 65 Jahre) an der Bevölkerung in Prozent.

Bedeutung/Ziele

Die Altersstruktur heute hat einen weitreichenden Einfluss auf die medizinische Versorgung in den nächsten Jahrzehnten und dient dieser als wichtige Planungsgrundlage.

Anteil älterer Menschen im LK Rastatt, SK Baden-Baden und Land Baden-Württemberg, in % (2018-2022)



Beschreibung
der Entwicklung

Der Anteil älterer Menschen im LK Rastatt steigt von 2018 bis 2022 um 1,1 Prozentpunkte auf 22,6 %. Im SK Baden-Baden sinkt der Anteil älterer Menschen im selben Zeitraum nach einem leichten Anstieg 2021 insgesamt um 0,1 Prozentpunkte auf 26,1 %. Im Land Baden-Württemberg steigt der Anteil älterer Menschen von 2018 bis 2022 kontinuierlich um 0,8 Prozentpunkte auf 20,9 %.

Datenquelle

Gesundheitsatlas Baden-Württemberg

Altersstruktur

Anteil hochbetagter Menschen (ab 80 Jahre)

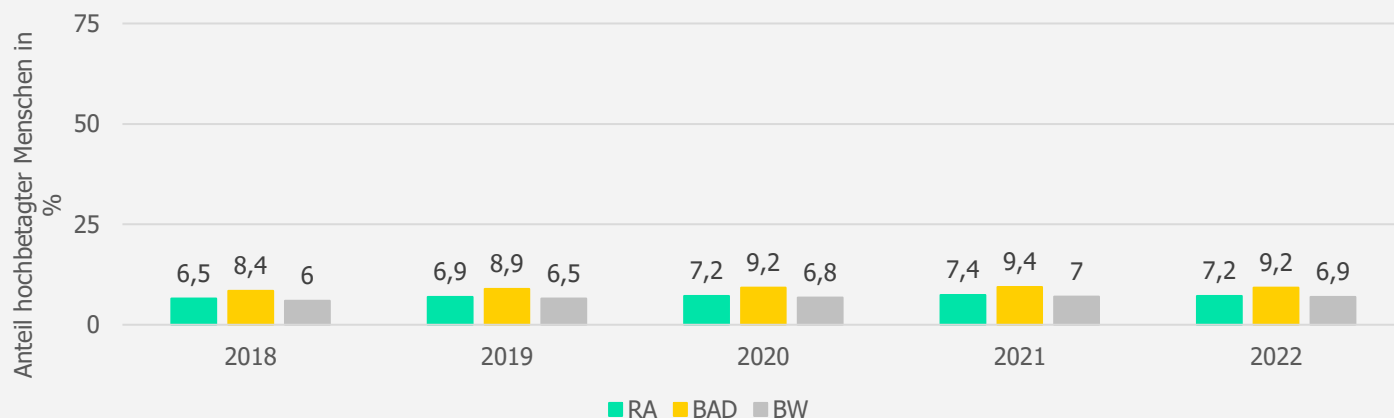
Definition

Dargestellt ist der Anteil hochbetagter Menschen (ab 80 Jahre) an der Bevölkerung in Prozent. Der Anteil hochbetagter Menschen wird separat ausgewiesen, ist jedoch bereits in der vorherigen Grafik, dem Anteil älter Menschen ab 65 Jahren, enthalten.

Bedeutung/Ziele

Die Altersstruktur heute hat einen weitreichenden Einfluss auf die medizinische Versorgung in den nächsten Jahrzehnten und dient dieser als wichtige Planungsgrundlage.

Anteil hochbetagter Menschen im LK Rastatt, SK Baden-Baden und Land Baden-Württemberg, in % (2018-2022)



Beschreibung

der Entwicklung

Der Anteil hochbetagter Menschen im LK Rastatt steigt von 2018 bis 2022 um 0,7 Prozentpunkte auf 7,2 %. Im selben Zeitraum steigt im SK Baden-Baden der Anteil um insgesamt 0,8 Prozentpunkte auf 9,2 %, nachdem er im Jahr 2021 ein Maximum von 9,4 % erreicht. Im Land Baden-Württemberg steigt der Anteil hochbetagter Menschen von 2018 bis 2022 um 0,9 Prozentpunkte auf 6,9 %.

Datenquelle

Gesundheitsatlas Baden-Württemberg

Altersstruktur

Fazit

Die Altersstruktur im LK Rastatt kennzeichnet sich durch einen im Vergleich zum Land Baden-Württemberg etwas geringeren Anteil an Kindern und Jugendlichen sowie Personen im erwerbsfähigen Alter bei gleichzeitig höherem Anteil an älteren und hochbetagten Menschen. Dies trifft im Grundsatz gleichermaßen auf den SK Baden-Baden zu, wobei die Unterschiede zwischen dem SK und dem Land Baden-Württemberg jeweils größer ausfallen als im LK. Am deutlichsten ist der Unterschied im Anteil älterer Menschen zu erkennen. Hier liegt der LK Rastatt mit 1,7 Prozentpunkten über dem Landeswert, während der SK Baden-Baden einen um 5,2 Prozentpunkte höheren Anteil als das Land Baden-Württemberg aufweist.

Datenhalter

Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

Kontextfaktoren

Geburten/Sterbefälle

Anzahl Lebendgeborene

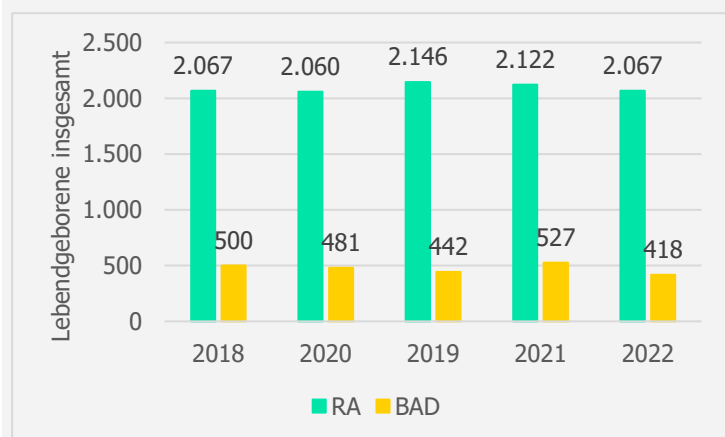
Definition

Dargestellt ist die Anzahl der lebend geborenen Kinder insgesamt. Als Lebendgeborene gelten Kinder, bei denen nach der Trennung vom Mutterleib Atmung eingesetzt hat oder irgendein anderes Lebenszeichen wie Herzschlag, Pulsation der Nabelschnur oder Bewegungen der willkürlichen Muskulatur beobachtet wurde. Die Daten sind auf den Wohnort der Mutter bezogen, nicht auf die entbindende Klinik.

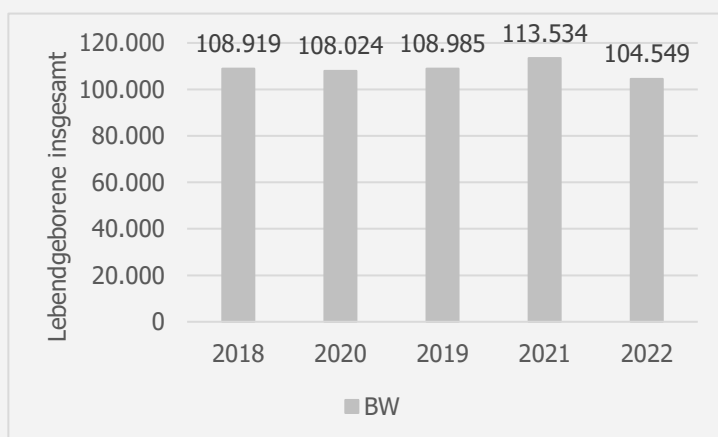
Bedeutung/Ziele

Die Anzahl der Lebendgeborenen beeinflusst die zukünftige Bevölkerungsstruktur hinsichtlich der Altersverteilung, was Auswirkungen auf die sozialen Versorgungssysteme eines Landes haben kann. Ein Rückgang der Anzahl Lebendgeborener führt zu einer Überalterung der Gesellschaft, während hohe Geburtenraten bei der Planung von Kapazitäten in Bereichen wie Bildung und Gesundheitswesen berücksichtigt werden müssen.

Lebendgeborene insgesamt im LK Rastatt und SK Baden-Baden (2018-2022)



Lebendgeborene insgesamt im Land Baden-Württemberg (2018-2022)



Beschreibung der Entwicklung

Die Anzahl der Lebendgeborenen im LK Rastatt kehrt nach einem Maximum von 2.146 Lebendgeburten im Jahr 2019 bis zum Jahr 2022 wieder auf 2.067, den Wert des Jahres 2018, zurück. Im SK Baden-Baden sinkt im selben Zeitraum die Anzahl der Lebendgeborenen um 82 oder 16,4 % auf 418. Im Land Baden-Württemberg sinkt die Anzahl der Lebendgeborenen zwischen 2018 und 2022, nachdem 2021 ein Maximum von 113.534 erreicht wird, um insgesamt 4.370 oder 4 % auf 104.549.

Datenquelle

Gesundheitsatlas Baden-Württemberg

Geburten/Sterbefälle

Sterbefälle je 100.000 Einwohnende

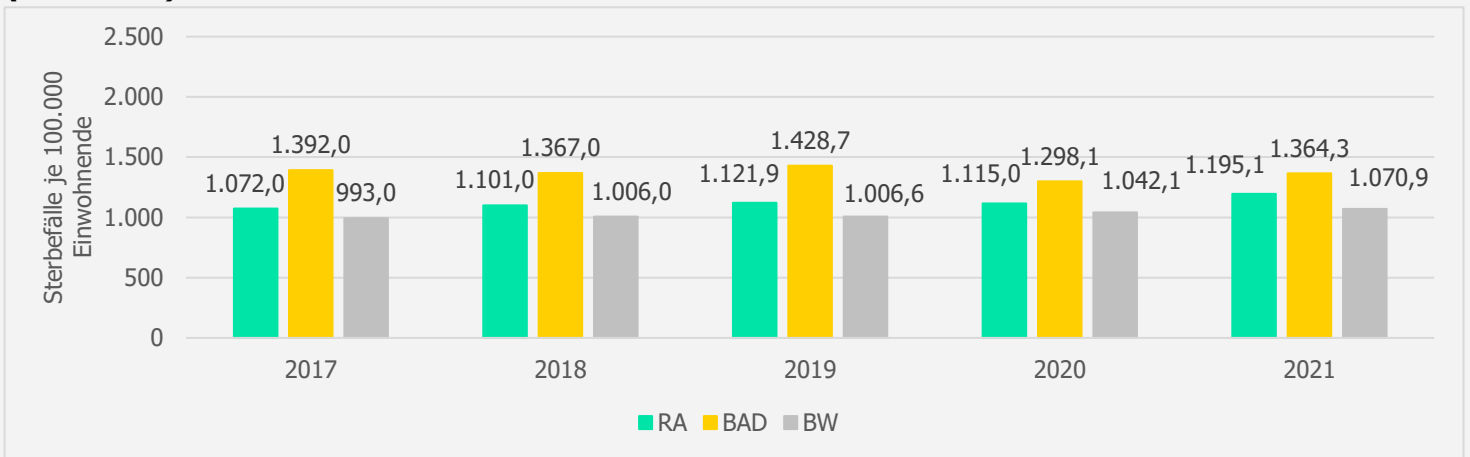
Definition

Dargestellt ist die Anzahl der Sterbefälle insgesamt je 100.000 Einwohnende. Die Zahl der Gestorbenen enthält nicht die Totgeborenen, die nachträglich beurkundeten Kriegsterbefälle und die gerichtlichen Todeserklärungen. Für die Registrierung der Sterbefälle ist die letzte Wohngemeinde, bei mehreren Wohnungen die Hauptwohnung des Gestorbenen maßgebend.

Bedeutung/Ziele

Die Sterbefälle im Regionalvergleich weisen auf regionale Unterschiede in der Sterblichkeit zwischen Kommunen hin.

Sterbefälle je 100.000 Einwohnende im LK Rastatt, SK Baden-Baden und Land Baden-Württemberg (2017-2021)



Beschreibung
der Entwicklung

Die Anzahl der Sterbefälle pro 100.000 Einwohnende im LK Rastatt steigt von 2017 bis 2021 um 123,1 auf 1.195,1. Im selben Zeitraum sinkt im SK Baden-Baden die Anzahl um 27,7 auf 1.364,3. Im Land Baden-Württemberg steigt die Anzahl der Sterbefälle pro 100.000 Einwohnende von 2017 bis 2021 um 77,9 auf 1.070,9.

Datenquelle

Gesundheitsatlas Baden-Württemberg

Geburten/Sterbefälle

Fazit

Während die Anzahl der Lebendgeborenen im LK Rastatt im aktuellen Berichtsjahr 2022 nach einer Phase mit höherer Anzahl Lebendgeborener wieder auf das Ausgangsniveau von 2018 zurückgekehrt ist, zeigt sich im SK Baden-Baden eine Reduktion der Anzahl Lebendgeborener im Vergleich zum Beginn der Zeitreihe im Jahr 2018.

Die Sterbefälle je 100.000 Einwohnende sind, anders als die Anzahl Neugeborener bis zum Berichtsjahr 2021 verfügbar und weisen für beide Raumschaften im Vergleich zum Land Baden-Württemberg eine höhere Sterberate aus.

Die hier dargestellte rohe Sterberate berücksichtigt nicht die Altersstruktur der Bevölkerung. Unterschiede in den Sterberaten verschiedener Raumschaften können daher neben dem regionalen Krankheitsgeschehen auch auf eine unterschiedliche Altersstruktur der Bevölkerung zurückgeführt werden. Sowohl der LK Rastatt als auch der SK Baden-Baden sind durch einen im Vergleich zum Land Baden-Württemberg höheren Anteil älterer Menschen gekennzeichnet, wobei dies im SK Baden-Baden stärker ausgeprägt ist als im LK Rastatt (siehe auch Faktenblatt 2 Altersstruktur).

Datenhalter

Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

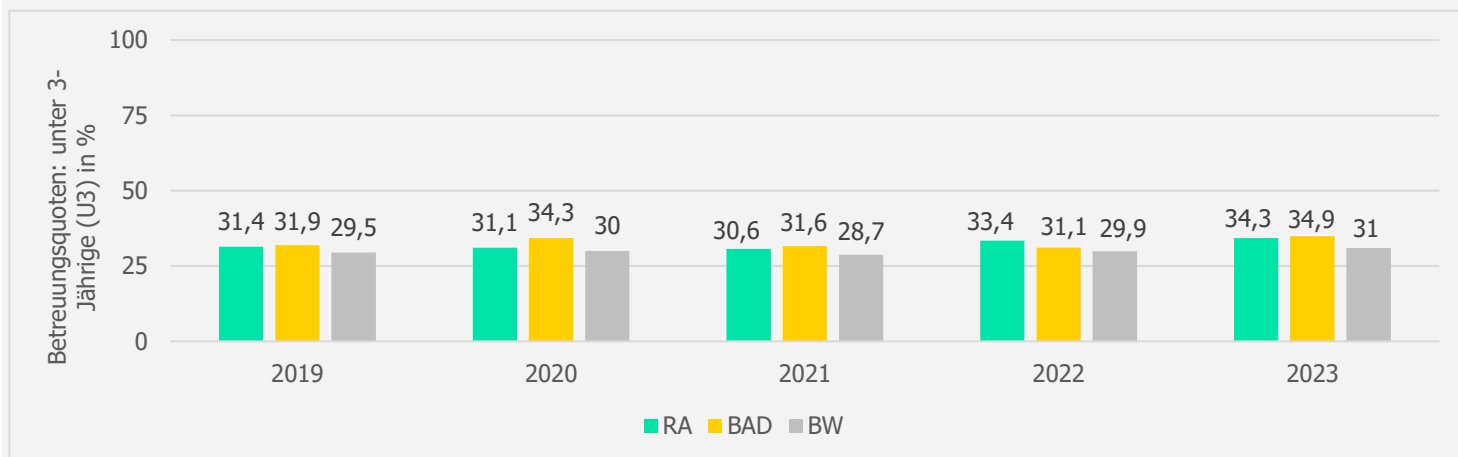
Wirtschaftliche und soziale Lage

Betreuung in Kindertageseinrichtungen

Betreuungsquoten der unter 3-Jährigen (U3)

Definition	Dieser Indikator stellt die in Kindertageseinrichtungen/Kindertagespflege betreuten unter 3-jährigen Kinder je 100 Kinder der gleichen Altersgruppe dar (in Prozent). Dabei werden Kinder in öffentlich geförderter Kindertagespflege, die zusätzlich eine Kindertageseinrichtung (Kita) besuchen, nur einmal gezählt.
Bedeutung/Ziele	Seit 2013 besteht ein Rechtsanspruch auf Kindertagesbetreuung für ein- bis dreijährige Kinder. Die vorliegenden Daten zeigen, welcher Anteil der unter 3-jährigen Kinder ein Betreuungsangebot wahrnimmt und damit an frühkindlichen Bildungs- und Förderangeboten teilhaben kann. Gut ausgebaute Kinderbetreuungsangebote verbessern die Vereinbarkeit von Familie und Beruf, können einen positiven Effekt auf die Verringerung von sozialer Ungleichheit im Kindesalter haben und sind zudem Standortvorteile für Kreise und Kommunen [1].

U3-Betreuungsquoten im LK Rastatt, SK Baden-Baden und Land Baden-Württemberg, in % (2019-2023)



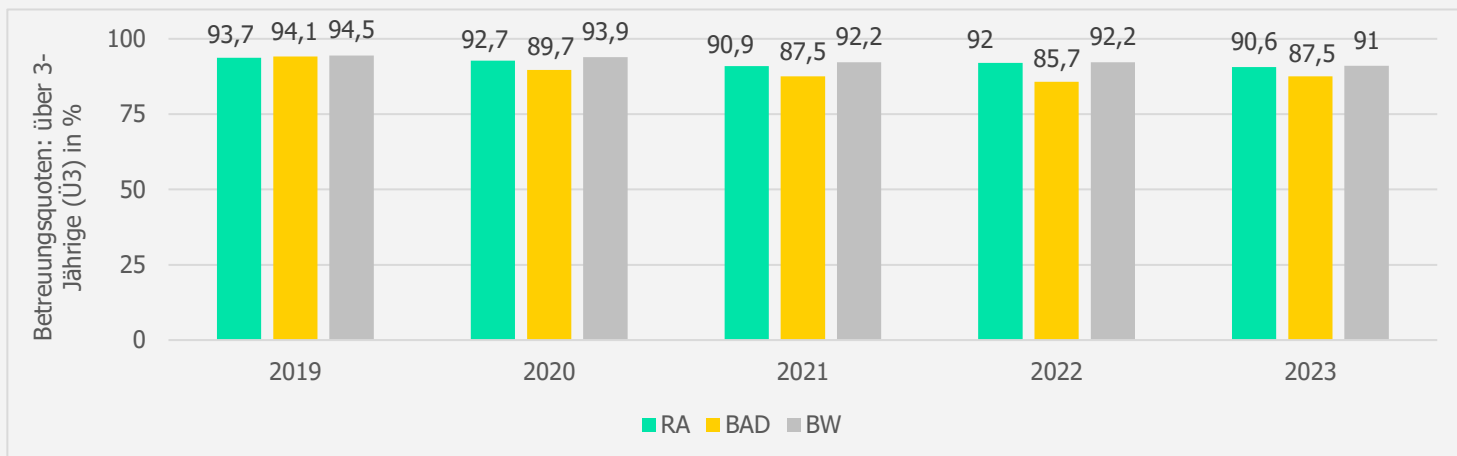
Beschreibung der Entwicklung	Bei den unter 3-Jährigen weisen 2023 sowohl der LK Rastatt (34,3 %) als auch der SK Baden-Baden (34,9 %) höhere Betreuungsquoten als das landesweite Mittel (31 %) auf. Diese Entwicklung zeigt sich ebenfalls im dargestellten Zeitverlauf.
Datenquelle	Statistik der Kinder- und Jugendhilfe, Statistisches Landesamt

Betreuung in Kindertageseinrichtungen

Betreuungsquoten der über 3-Jährigen (Ü3)

Definition	Dieser Indikator stellt die Kinder in Kindertageseinrichtungen/Kindertagespflege betreuten über 3-Jährigen bis zum Schuleintritt je 100 Kinder der gleichen Altersgruppe dar. Dabei werden Kinder in öffentlich geförderter Kindertagespflege, die zusätzlich eine Kindertageseinrichtung besuchen, nur einmal gezählt.
Bedeutung/Ziele	Seit 1996 besteht ein Rechtsanspruch auf Kindertagesbetreuung für Kinder ab 3 Jahren. Die vorliegenden Daten zeigen, welcher Anteil der über 3-jährigen Kinder ein Betreuungsangebot wahrnimmt und damit an frühkindlichen Bildungs- und Förderangeboten teilhaben kann. Hierzu gehört in diesem Alter, insbesondere im letzten Kindergartenjahr, der Erwerb von Voraussetzungen für einen erfolgreichen Schulstart.

Ü3-Betreuungsquoten im LK Rastatt, SK Baden-Baden und Land Baden-Württemberg, in % (2019-2023)



Beschreibung
der Entwicklung

Bei den älteren Kindern sind die Betreuungsquoten im Langzeitvergleich rückläufig - hatten in 2013 (ohne Darstellung) sowohl in beiden Kreisen als auch landesweit noch rund 95 % der Kinder einen Platz, verringert sich diese Quote 2023 im LK Rastatt auf 90,6 %, im SK Baden-Baden auf 87,5 % sowie in Baden-Württemberg auf 91 %.

Datenquelle

Statistik der Kinder- und Jugendhilfe, Statistisches Landesamt

Betreuung in Kindertageseinrichtungen

Fazit

Bereits beim Krippengipfel 2007 wurde für 2013 das Ziel, dass 35 % der unter 3-Jährigen ein Betreuungsangebot haben sollten, ausgegeben [2]. Der Kinderbetreuungsreport des Deutschen Jugendinstituts (DJI) (2022) schildert, dass sich in Baden-Württemberg 41 % der Eltern von Kindern unter 3 Jahren einen Betreuungsplatz wünschen, bundesweit liegt dieser Bedarf sogar bei 47 % [3]. Somit zeigt sich, dass trotz Ausbau der Betreuungsplätze weiterhin Bedarfe an U3-Betreuungsangeboten bestehen.

Bei den über 3-Jährigen weichen die tatsächlichen Betreuungsquoten ebenfalls deutlich von den ermittelten Bedarfen der Eltern ab. Hier meldet der DJI-Kinderbetreuungsreport (2022) für das Land Baden-Württemberg einen Betreuungsbedarf von 96 % (bundesweit identische Quote). Somit wird deutlich, dass das Angebot an Betreuungsplätzen sowohl in beiden Kreisen als auch auf Landesebene hinter dem Bedarf zurückbleibt. Eine weitere Verschärfung dieser Situation ergibt sich durch den Fachkräftemangel in den Kindertageseinrichtungen.

Datenhalter

Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

Literaturhinweise

- [1] Wildenauer C, „Wirtschaftliche Aspekte der Kinderbetreuung,“ Soziale Arbeit, [Online]. Available: <https://www.nomos-elibrary.de/10.5771/0490-1606-2006-4-127.pdf>. [Zugriff am 07 08 2024].
- [2] Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, „Der Bund hält seine Zusagen beim Kita-Ausbau ein,“ 2010. [Online]. Available: <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/aktuelles/alle-meldungen/kristina-schroeder-der-bund-haelt-seine-zusagen-beim-kita-ausbau-ein--87584>. [Zugriff am 29 07 2024].
- [3] Deutsches Jugendinstitut, „DJI-Kinderbetreuungsreport 2022, Studie 1,“ 2022. [Online]. Available: https://www.dji.de/fileadmin/user_upload/KiBS/Kinderbetreuungsreport_2022_Studie1_Bedarfe_U3U6.pdf. [Zugriff am 29 07 2024].

Wirtschaftliche und soziale Lage

Bildung - ohne Schulabschluss

Anzahl Abgängerinnen und Abgänger ohne Hauptschulabschluss

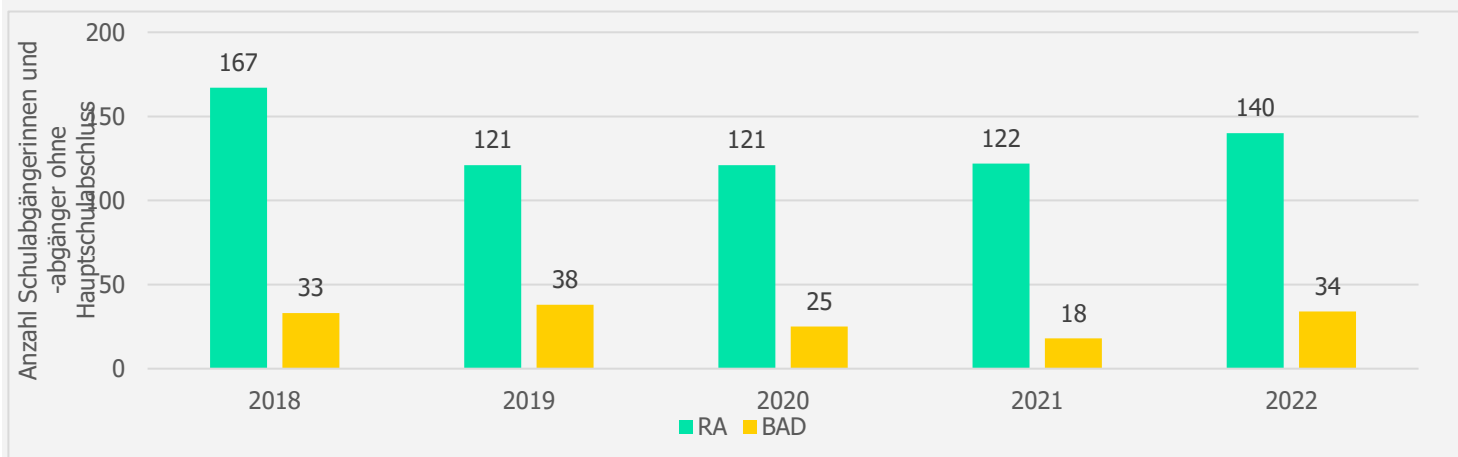
Definition

Abgebildet ist die Anzahl Abgängerinnen und Abgänger ohne Hauptschulabschluss für den LK Rastatt und den SK Baden-Baden. Die Darstellung zeigt die Anzahl für das für den Abschluss typischen Alter auf. Dieses liegt zwischen 15 bis unter 17 Jahren.

Bedeutung/Ziele

Der Indikator gibt die Anzahl der Abgängerinnen und Abgänger ohne Hauptschulabschluss im SK und LK wieder. Bildungsabschlüsse bilden die Basis für weitere Bildungswege, weswegen sie für die individuelle Entwicklung sowie für Wirtschaft und Gesellschaft von großer Bedeutung sind. Ohne einen Bildungsabschluss wird die Chancen auf dem Arbeitsmarkt vermindert.

Anzahl Abgängerinnen und Abgänger ohne Hauptschulabschluss im LK Rastatt und SK Baden-Baden (2018-2022)



Beschreibung

der Entwicklung

Die Zahl der Abgängerinnen und Abgänger ohne Schulabschluss für den LK Rastatt liegt im Jahr 2018 bei 167 und stellt das globale Maximum des Verlaufs dar. Danach fällt der Wert im Jahr 2019 deutlich auf 121 Abgängerinnen und Abgänger ohne Schulabschluss. Die nächsten kommenden Jahre 2020 und 2021 bleiben die Werte konstant bei 121 und 122. Schließlich erreicht die Zahl der Abgängerinnen und Abgänger im Jahr 2022 einen Wert von 140, was einen Anstieg zeigt, es handelt sich um ein lokales Maximum. Insgesamt zeigt der Verlauf für den LK Rastatt anfänglich einen Rückgang, gefolgt von einer Phase der Stabilität, welche eventuell durch die Corona-Pandemie bedingt sein könnte, und endet mit einer leichten Steigung.

Für den SK Baden-Baden zeigt sich eine Steigerung vom Wert 33 im Jahr 2018 auf 38 im Jahr 2019. Hierbei handelt es sich um das globale Maximum im Verlauf. Nach 2019 fällt die Zahl deutlich auf 25 im Jahr 2020 und nochmals auf 18 im Jahr 2021. Zum Jahr 2022 steigt die Zahl der Abgängerinnen und Abgänger ohne Schulabschluss auf 34. Insgesamt zeigt der Trend für den SK Baden-Baden zunächst einen anfänglichen Anstieg, gefolgt von Rückgängen in den Jahren 2020 und 2021, welcher mit der Corona Pandemie im Zusammenhang stehen könnte. Letztlich steigt der Wert zum Jahr 2022 auf 34.

Datenquelle

Amtliche Schulstatistik, Bevölkerungsfortschreibung

Bildung - ohne Schulabschluss

Abgangsquote ohne Hauptschulabschluss

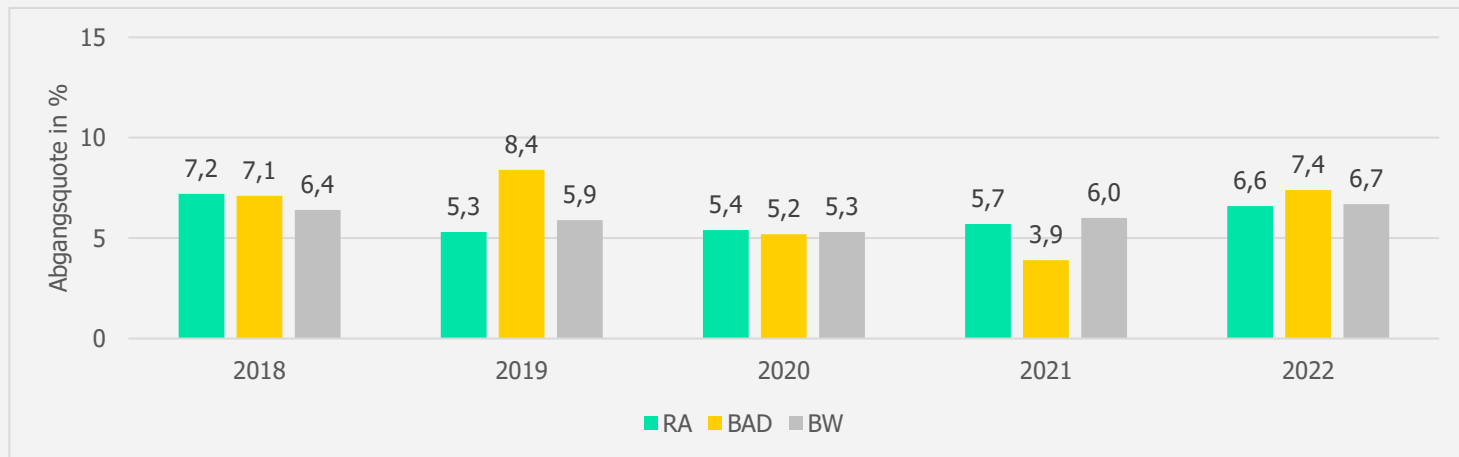
Definition

Abgebildet ist der Anteil an Abgängerinnen und Abgängern ohne Hauptschulabschluss an der Bevölkerung im für den Abschluss typischen Alter. Das typische Alter von Schulabgängerinnen und -abgängern ohne Hauptschulabschluss liegt zwischen 15 bis unter 17 Jahre.

Bedeutung/Ziele

Der Indikator gibt die Abgangsquote ohne Hauptschulabschluss im LK Rastatt und SK Baden-Baden im Vergleich zum Land wieder. Bildungsabschlüsse bilden die Basis für weitere Bildungswege, weswegen sie für die individuelle Entwicklung sowie für Wirtschaft und Gesellschaft eine große Bedeutung sind. Ohne einen Bildungsabschluss verringern sich die Chancen auf Integration in den Arbeitsmarkt.

Anteil an Abgängerinnen und Abgängern ohne Hauptschulabschluss im LK Rastatt, SK Baden-Baden und Land Baden-Württemberg, in % (2018-2022)



Beschreibung der Entwicklung

Für den LK Rastatt zeigt sich im Jahr 2018 das Maximum der Zeitreihe mit einem Wert von 7,2. Im kommenden Jahr sinkt die Quote auf 5,3 und steigt im Jahr 2020 leicht auf 5,4. Anschließend gibt es eine leichte Steigerung auf 5,7 im Jahr 2021 und eine erneute Steigerung im aktuellen Berichtsjahr 2022 auf 6,6.

Die Abgangsquoten ohne Hauptschulabschluss für den SK Baden-Baden liegt im Jahr 2018 bei 7,1. Im darauffolgenden Jahr 2019 steigt die Quote auf einen Wert von 8,4 und damit den höchsten Punkt der Zeitreihe. Im Jahr 2020 ist ein Rückgang der Quote auf 5,2 zu verzeichnen. Die Abschlussquote sinkt weiter auf 3,9 im Jahr 2021, bevor sie im Jahr 2022 auf einen Wert von 7,4 ansteigt. Insgesamt zeigt der Verlauf für den SK Baden-Baden einen starken Rückgang der Abgangsquoten während der Pandemiejahre 2020 und 2021 und eine sich daran anschließende erneute Steigerung.

Der Verlauf der Abgangsquoten ohne Hauptschulabschluss zeigt im Land Baden-Württemberg von 2018 bis 2020 eine rückläufige Tendenz. Die Werte reichen von 5,3 in 2020 bis 6,7 im Jahr 2022.

Datenquelle

Amtliche Schulstatistik, Bevölkerungsfortschreibung

Bildung - ohne Schulabschluss

Fazit

Im Bildungsbereich zeigt sich, dass Menschen ohne Schulabschluss geringere Chancen auf dem Arbeitsmarkt haben und somit stärker gefährdet sind, arbeitslos zu sein. Im LK Rastatt ist die Quote an jungen Menschen ohne Abschluss eines Jahrgangs seit 2020 wieder ansteigend, im SK Baden-Baden schwanken die Ergebnisse zwischen den Jahrgängen stark.

Datenhalter

Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

Wirtschaftliche und soziale Lage

Einkommen

Haushalte mit niedrigem Einkommen

Definition

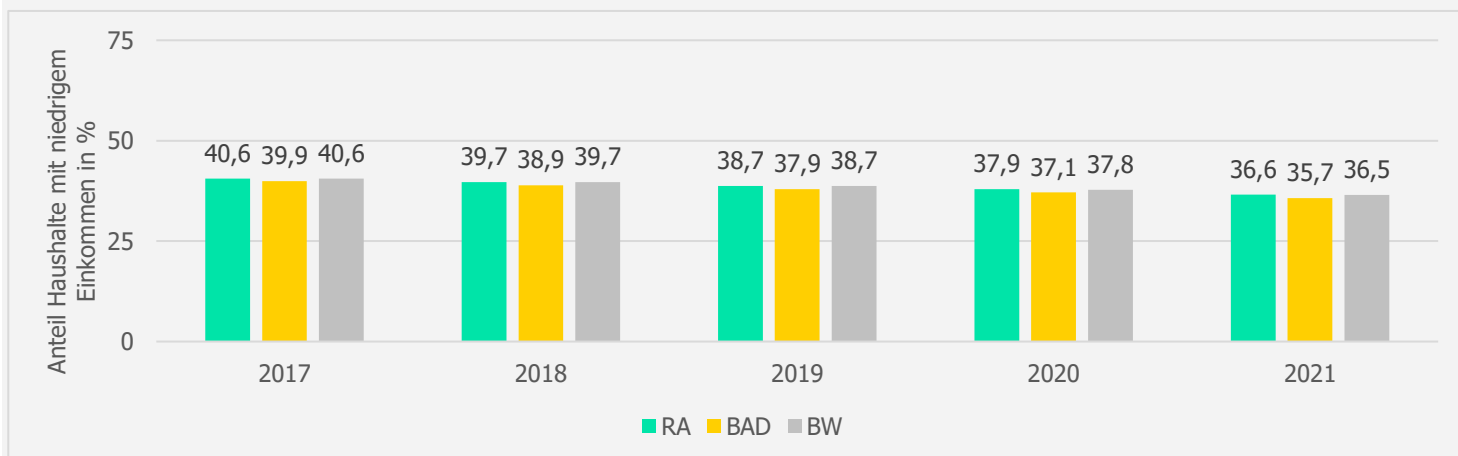
Dargestellt ist der Anteil der Haushalte nach einer Gesamtnettoeinkommensgruppe von unter 25.000 Euro im Jahr in %. Das Haushaltseinkommen basiert auf den Daten der Kaufkraft, hierbei werden die Einkommen (Summe aller Nettoeinkünfte) aller Haushaltsmitglieder summiert.

Die Haushaltsgröße wird bei diesem Indikator nicht berücksichtigt.

Bedeutung/Ziele

Der Indikator ist ein Maß für die wirtschaftliche Stärke der Einwohnerschaft.

Haushalte mit niedrigem Einkommen im LK Rastatt, SK Baden-Baden und Land Baden-Württemberg, in % (2017-2021)



Beschreibung

der Entwicklung

Der prozentuale Anteil von Haushalten mit niedrigem Einkommen zeigt seit 2017 sowohl beim LK Rastatt als auch beim SK Baden-Baden und beim Land Baden-Württemberg einen sinkenden Verlauf. Seit 2017 sinken die Werte bei allen drei genannten Gebietskörperschaften jährlich um circa ein Prozent. Für das Jahr 2017 ist der prozentuale Anteil für den LK Rastatt 40,6 % und 2021 liegt der Wert bei 36,6 %. Für den SK Baden-Baden liegt der Wert 2017 bei 39,9 % und endet 2021 bei 35,7 %. Die Werte des LK Rastatt liegen sehr nahe an denen des Landes Baden-Württemberg und verhalten sich gleich.

Datenquelle

Nexiga GmbH, ZEFIR, Berechnungen des LGA Baden-Württemberg

Einkommen

Haushalte mit hohem Einkommen

Definition

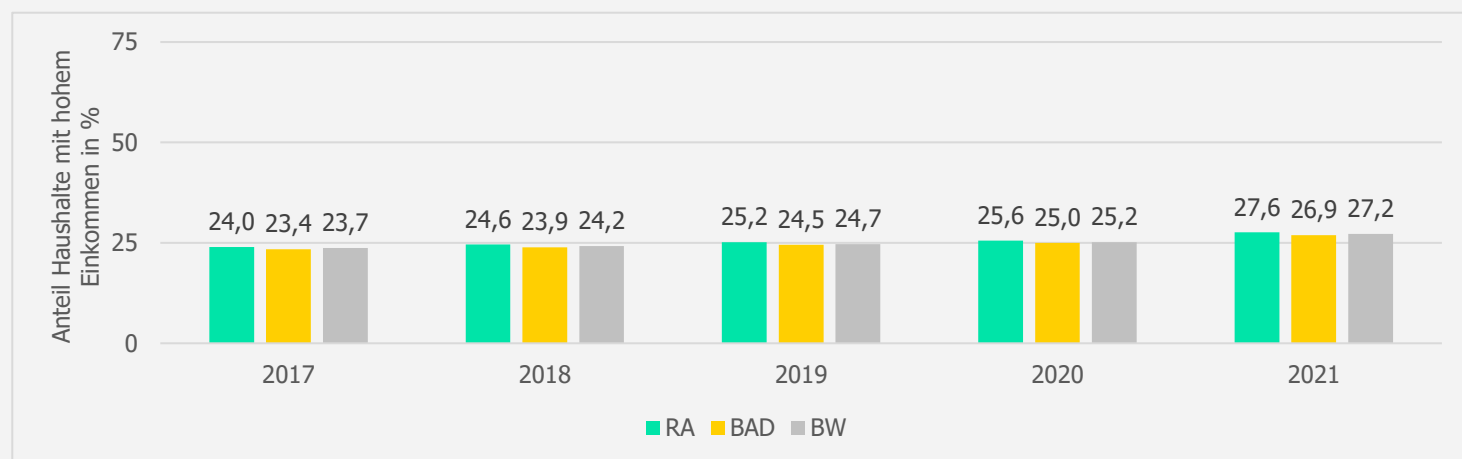
Dargestellt ist der Anteil der Haushalte nach einer Gesamtnettoeinkommensgruppe von über 50.000 Euro im Jahr in %. Das Haushaltseinkommen basiert auf den Daten der Kaufkraft, hierbei werden die Einkommen (Summe aller Nettoeinkünfte) aller Haushaltsmitglieder summiert.

Die Haushaltsgröße wird bei diesem Indikator nicht berücksichtigt.

Bedeutung/Ziele

Der Indikator ist ein Maß für die wirtschaftliche Stärke der Einwohnerschaft.

Haushalte mit hohem Einkommen im LK Rastatt, SK Baden-Baden und Land Baden-Württemberg, in % (2017-2021)



Beschreibung
der Entwicklung

Der prozentuale Anteil an Haushalten mit hohem Einkommen zeigt beim LK Rastatt, SK Baden-Baden und beim Land Baden-Württemberg seit 2017 einen stetig steigenden Trend. Der höchste Anstieg ist bei allen drei Gebietskörperschaften vom Jahr 2020 auf 2021 zu verzeichnen.

Datenquelle

Nexiga GmbH, ZEFIR, Berechnungen des LGA Baden-Württemberg

Einkommen

Fazit

Der Trend der sinkenden Haushalte mit geringem Einkommen zusammen mit der steigenden Tendenz der Haushalte mit hohem Einkommen deuten auf die wirtschaftliche Stärke des LK Rastatt und SK Baden-Baden hin.

Datenhalter

Bertelsmann Stiftung

Wirtschaftliche und soziale Lage

Arbeitslosenquote

Arbeitslosenquote

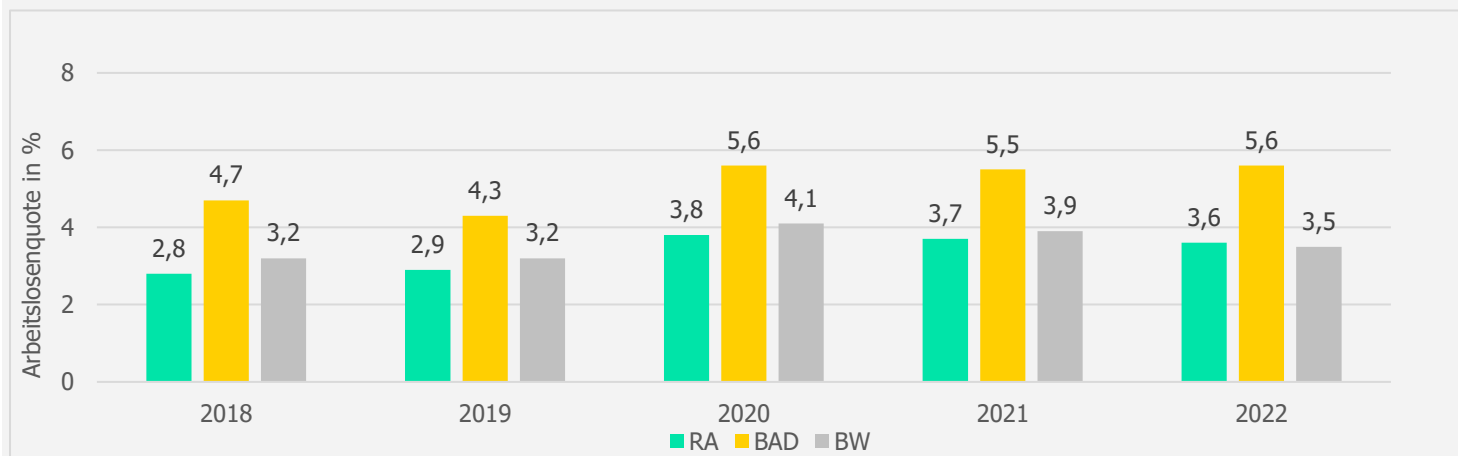
Definition

Die Quote beschreibt den prozentualen Anteil der Arbeitslosen im Jahresdurchschnitt an allen zivilen Erwerbspersonen (sozialversicherungspflichtig und geringfügig Beschäftigte, Beamtinnen und Beamten – ohne Soldatinnen und Soldaten –, Arbeitslose sowie Selbstständige und mithelfende Familienangehörige). Zu Arbeitslosen werden Personen gezählt, welche ohne Arbeitsverhältnis- abgesehen von einer geringfügigen Beschäftigung- sind. Diese sind als arbeitssuchend beim Arbeitsamt gemeldet, suchen eine Beschäftigung von mindestens 18 h für mehr als 3 Monate und stehen für eine Arbeitsaufnahme sofort zur Verfügung, sind nicht arbeitsunfähig erkrankt und haben das 65. Lebensjahr noch nicht vollendet.

Bedeutung/Ziele

Dieser Indikator kann als Aussage zur sozioökonomischen Einschätzung der Lebenssituation im LK Rastatt und SK Baden-Baden genutzt werden. Es existiert hierbei eine Korrelation zwischen regionalen Unterschieden in den Armutsniveaus und der Arbeitslosenquote.

Arbeitslosenquote im LK Rastatt, SK Baden-Baden und Land Baden-Württemberg, in % (2018-2022)



Beschreibung der Entwicklung

Die Arbeitslosenquote für den LK Rastatt beträgt 2018 2,8 % und zeigt bis 2020 eine Steigung auf 3,8 %. Ab dann ist ein geringer Rückgang von 0,1 Prozentpunkten für das Jahr 2021 und 2022 zu verzeichnen, sodass der Wert 2022 bei 3,6 % liegt. Der Verlauf zeigt insgesamt eine sinkende Tendenz. Für den SK Baden-Baden liegt die Arbeitslosenquote 2018 bei 4,7 %. Nach einem leichten Rückgang in 2019 steigt diese zum Jahr 2020 auf 5,6 % an und die Quote stabilisiert sich auf diesem Niveau.

Im Vergleich verläuft die Arbeitslosenquote für das Land Baden-Württemberg sinkend, allerdings liegen die Werte zwischen denen des LK Rastatt- und SK Baden-Baden. Im Jahr 2018 und 2019 liegt die Arbeitslosenquote für das Land bei 3,2 %. Im Jahr 2020 ist ein Anstieg auf 4,1 % sichtbar, welcher in den darauffolgenden Jahren erneut auf 3,5 % (2022) absinkt.

Datenquelle

Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

Arbeitslosenquote

Fazit

Die Arbeitslosenquote zeigt eine gleichbleibende Tendenz für den SK Baden-Baden und eine leicht sinkende Tendenz für den LK Rastatt und das Land Baden-Württemberg. Der SK Baden-Baden liegt hierbei circa 1 bis 1,5 Prozentpunkte über dem Landesvergleich. Der SK Baden-Baden hat somit eine höhere Arbeitslosenquote als der LK Rastatt und das Land Baden-Württemberg.

Datenhalter

Bundesagentur für Arbeit

Wirtschaftliche und soziale Lage

Maßnahmen zur sozialen Sicherung

Arbeitslosengeld II-Quote (Bürgergeld)

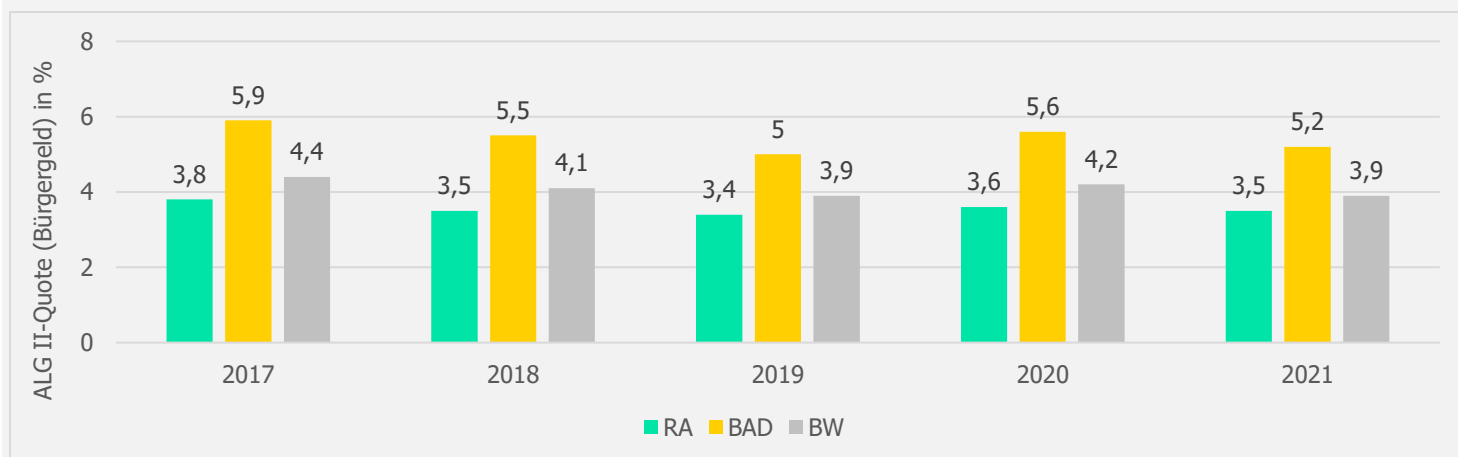
Definition

Dargestellt ist der Anteil der erwerbsfähigen Personen von 15 bis unter 65 Jahren, die Arbeitslosengeld II-Leistungen beziehen. Das Arbeitslosengeld II (ALG II) stellte die Grundsicherungsleistung für erwerbsfähige Hilfebedürftige nach dem SGB II dar. Das ALG II konnten alle erwerbsfähigen leistungsberechtigten Personen im Alter von 15 Jahren bis zur gesetzlich festgelegten Altersgrenze zwischen 65 und 67 Jahren erhalten. Nicht erwerbsfähige Leistungsbedürftige erhielten Sozialgeld, wenn in ihrer Bedarfsgemeinschaft mindestens ein erwerbsfähiger Hilfebedürftiger lebte. Arbeitslosengeld II und Sozialgeld (umgangssprachlich Hartz IV) waren Leistungen nach dem SGB II, die eine Grundsicherung des Lebensunterhaltes gewährleisten sollen. Durch das Bürgergeld-Gesetz vom 16. Dezember 2022 wurde das Arbeitslosengeld II in „Bürgergeld“ umbenannt.

Bedeutung/Ziele

Die ALG II-Quote (Bürgergeld) zeigt, wie groß der Anteil an Menschen in einer bestimmten Region ist, die auf diese staatliche Unterstützung angewiesen sind. Als wichtiger sozialer und wirtschaftlicher Indikator kann die ALG II-Quote herangezogen werden, um die Wirkung von Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik zu bewerten und regionale Unterschiede zu identifizieren.

ALG II-Quote (Bürgergeld) im LK Rastatt, SK Baden-Baden und Land Baden-Württemberg, in % (2017-2021)



Beschreibung der Entwicklung

Die ALG II-Quote im LK Rastatt zeigt über den Berichtszeitraum eine relativ stabile Entwicklung. 2017 liegt die Quote bei 3,8 % und sinkt im Jahr 2021 auf 3,5 %. Im SK Baden-Baden ist die ALG II-Quote im Vergleich zum Landkreis höher und zeigt leichte Schwankungen. 2017 ist sie mit 5,9 % am höchsten und fällt in den folgenden Jahren leicht auf 5,5 % im Jahr 2018 und auf 5 % im Jahr 2019. 2020 steigt sie erneut auf 5,6 %, bevor sie 2021 wieder leicht auf 5,2 % sinkt.

Baden-Württemberg zeigt insgesamt eine relativ stabile Quote, die über den betrachteten Zeitraum geringfügig schwankt. Die Quote liegt 2017 bei 4,4 %, sinkt dann leicht auf 4,1 % im Jahr 2018, um 2019 auf 3,9 % zu sinken, wo sie bis 2021 stabil bleibt. Insgesamt liegt der LK in allen hier berichteten Jahren unter der Landesquote, der SK Baden-Baden hingegen weist konstant höhere Quoten auf.

Datenquelle

Statistik der Bundesagentur für Arbeit: Beschäftigungs- und Leistungsstatistik, Bevölkerungsfortschreibung

Maßnahmen zur sozialen Sicherung

Grundsicherung im Alter (SGB XII)

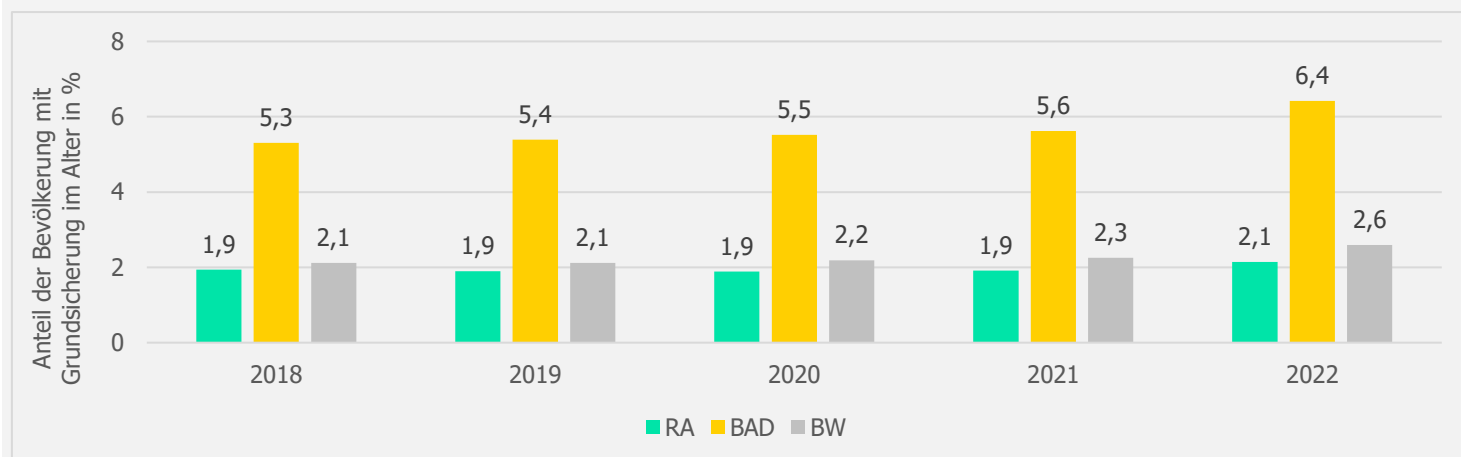
Definition

Bei dieser Sozialleistung handelt es sich um eine nach dem 4. Kapitel SGB XII bedürftigkeitsabhängige Leistung, die älteren bzw. dauerhaft voll erwerbsgeminderten Menschen zur Sicherung ihres Lebensunterhalts dienen soll. In den Bereich der Grundsicherung fallen zum einen Personen, die das 65. Lebensjahr vollendet haben und zum anderen Personen, die im Sinne des § 43 Abs. 2 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch dauerhaft voll erwerbsgemindert sind. Der Indikator wird berechnet, indem die Anzahl der Personen ab 65 Jahren, die Grundsicherung im Alter beziehen, ins Verhältnis zur Gesamtbevölkerung derselben Altersgruppe gesetzt wird.

Bedeutung/Ziele

Der Indikator gibt Auskunft darüber, wie viele Menschen im Rentenalter nicht genügend Rente oder andere Einkünfte haben, um ihren Lebensunterhalt zu decken und daher auf staatliche Unterstützung angewiesen sind. Ein hoher Anteil an Empfängern der Grundsicherung im Alter kann auf eine unzureichende Altersvorsorge oder auf soziale und wirtschaftliche Ungleichheiten hinweisen, die sich im Alter besonders stark auswirken. Der Indikator kann auch verwendet werden, um regionale Unterschiede in der wirtschaftlichen Situation älterer Menschen aufzuzeigen.

Anteil Empfängerinnen und Empfänger von Grundsicherung im Alter (SGB XII) im LK Rastatt, SK Baden-Baden und Land Baden-Württemberg, in % (2018-2022)



Beschreibung der Entwicklung

Die Quote der Empfängerinnen und Empfänger von Grundsicherung im Alter bleibt über die Jahre im LK Rastatt relativ stabil und vergleichsweise niedrig. Sie liegt im Berichtszeitraum dauerhaft knapp unter der Landesquote. Der SK Baden-Baden zeigt deutlich höhere Quoten mit einem kontinuierlichen Anstieg über die Jahre. Die Quote steigt von 5,3 % im Jahr 2018 stetig auf 6,4 % im Jahr 2022.

Datenquelle

Bevölkerungsfortschreibung, Sozialleistungen, Leistungsempfänger, INKAR-Abfrage (Indikatoren und Karten zur Raum- und Stadtentwicklung)

Maßnahmen zur sozialen Sicherung

Fazit

Die ALG II-Quote (Bürgergeld) zeigt sowohl im LK Rastatt als auch im SK Baden-Baden über die Jahre relativ konstante Werte, jedoch mit deutlich höheren Quoten in Baden-Baden. Die leicht rückläufige Entwicklung in beiden Regionen bis 2019 und der anschließende leichte Anstieg ab 2020 könnten teilweise durch wirtschaftliche Schwankungen oder spezifische demografische Entwicklungen beeinflusst worden sein. Besonders auffällig ist der beständig hohe Wert in Baden-Baden, was auf strukturelle Probleme, wie eine höhere Arbeitslosenquote oder geringere Löhne in bestimmten Bevölkerungsgruppen, hindeuten könnte.

Die Quote der Grundsicherung im Alter (SGB XII) verläuft in den beiden Regionen unterschiedlich. Im LK Rastatt bleibt die Quote relativ niedrig und stabil, was auf eine insgesamt solide Altersvorsorge und geringere Altersarmut hinweist. Im Gegensatz dazu zeigt Baden-Baden auch im Landesvergleich eine stetig steigende Quote, die 2022 mit über 6 %

einen Höhepunkt erreicht. Dies könnte durch den hohen Altenquotienten in Baden-Baden bedingt sein, da dort ein überproportional hoher Anteil älterer Menschen lebt, die möglicherweise weniger gut abgesichert sind.

Die Bürgergeld-Quote und die Quote der Grundsicherung im Alter spiegeln unterschiedliche soziale Herausforderungen in den beiden Regionen wider. Während die Bürgergeld-Quote vor allem auf wirtschaftliche Faktoren wie Arbeitslosigkeit und Einkommensverhältnisse hinweist, ist die Quote der Grundsicherung im Alter stark von der Altersstruktur und der finanziellen Absicherung der älteren Bevölkerung beeinflusst.

Datenhalter

Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung

Gesundheitszustand der Bevölkerung

Lebenserwartung

Mittlere Lebenserwartung von Männern

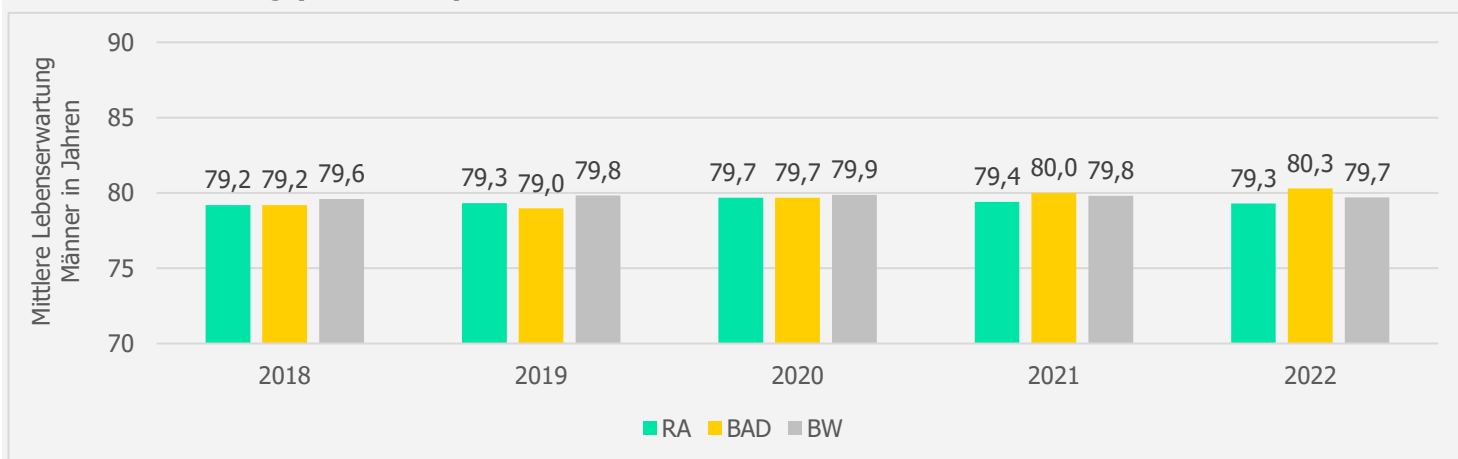
Definition

Im Folgenden wird die Lebenserwartung von Männern im 3-Jahres-Mittelwert aufgezeigt. So wird beispielsweise für das Jahr 2020 der Mittelwert der Jahre 2018 bis 2020 dargestellt. Die mittlere Lebenserwartung beschreibt die Anzahl an Jahren, die ein in diesem Jahr geborener Junge bei gleichbleibenden gegenwärtigen Sterberisiken durchschnittlich noch leben würde.

Bedeutung/Ziele

Durch diesen Indikator können allgemeine Rückschlüsse auf die gesundheitliche Lage, die medizinische Versorgung und den Lebensstandard einer Bevölkerung gezogen werden. Die Lebenserwartung kann dabei mit der um die Alterseffekte bereinigten Sterblichkeit gleichgesetzt werden. Somit ist sie besonders geeignet für Analysen zum Vergleich regionaler Unterschiede [1].

Mittlere Lebenserwartung von Männern in Jahren im LK Rastatt, SK Baden-Baden und Land Baden-Württemberg (2018-2022)



Beschreibung

der Entwicklung

Die mittlere Lebenserwartung von Männern im LK Rastatt steigt von 2018 bis 2020 leicht an und erreicht 2020 einen Wert von 79,7 Jahren, ist jedoch in den Jahren 2021 und 2022 wieder leicht rückläufig. Ebenso verhält es sich mit der mittleren Lebenserwartung von Männern im Land Baden-Württemberg. Auffällig im SK Baden-Baden ist die von 2018 auf 2019 zunächst leicht rückläufige Lebenserwartung, die dann jedoch im Gegensatz zu der im LK Rastatt und im Land Baden-Württemberg über die Jahre 2020, 2021 und 2022 stetig steigt und im Jahr 2022 einen Höchstwert in Bezug auf die dargestellten Jahre von 80,3 Jahren erreicht. Zu beachten ist bei den aufgezeigten Daten jedoch, dass die mittlere Lebenserwartung im zeitlichen Verlauf nur um wenige Monate variiert. Ein größerer Anstieg oder Abfall der Lebenserwartung ist weder im LK Rastatt noch im SK Baden-Baden oder im Landesvergleich bei den Männern zu verzeichnen.

Datenquelle

Gesundheitsatlas Baden-Württemberg

Lebenserwartung

Mittlere Lebenserwartung von Frauen

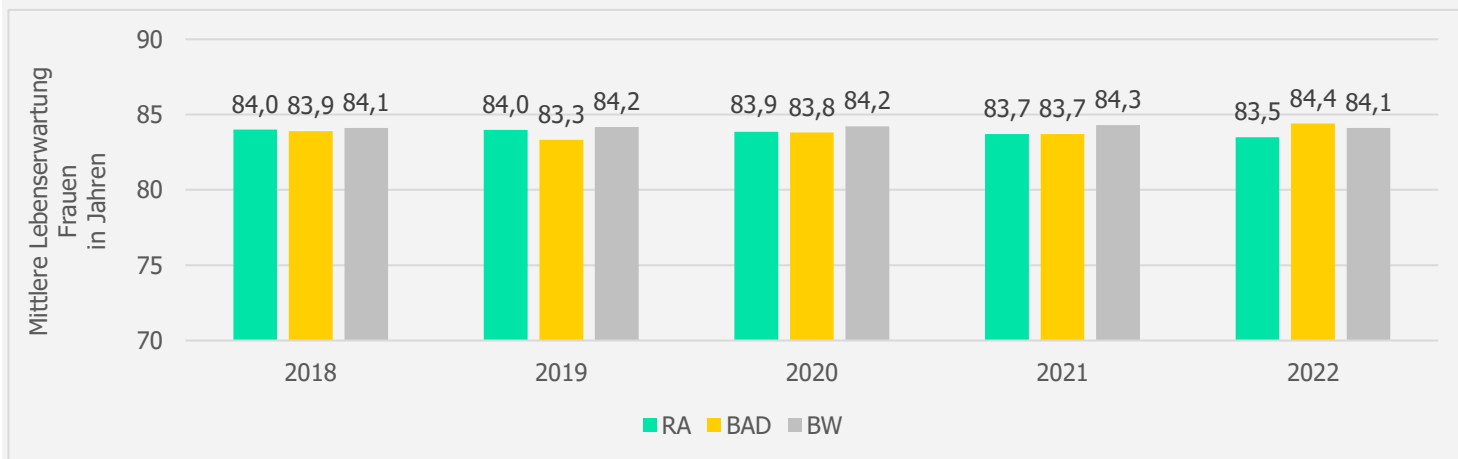
Definition

Dieser Indikator beschreibt die Lebenserwartung von Frauen im 3-Jahres-Mittelwert. So wird beispielsweise für das Jahr 2020 der Mittelwert der Jahre 2018 bis 2020 dargestellt. Die mittlere Lebenserwartung beschreibt die Anzahl an Jahren, die ein in diesem Jahr geborenes Mädchen bei gleichbleibenden gegenwärtigen Sterberisiken durchschnittlich noch leben würde.

Bedeutung/Ziele

Durch diesen Indikator können allgemeine Rückschlüsse auf die gesundheitliche Lage, die medizinische Versorgung und den Lebensstandard einer Bevölkerung gezogen werden. Die Lebenserwartung kann dabei mit der um die Alterseffekte bereinigten Sterblichkeit gleichgesetzt werden. Somit ist sie besonders geeignet für Analysen zum Vergleich regionaler Unterschiede [1].

Mittlere Lebenserwartung von Frauen in Jahren im LK Rastatt, SK Baden-Baden und Land Baden-Württemberg (2018-2022)



Beschreibung der Entwicklung

Im Gegensatz zur mittleren Lebenserwartung von Männern im LK Rastatt ist bei der mittleren Lebenserwartung von Frauen in dieser Region ein leichter Rückgang über die Jahre 2018 bis 2022 zu verzeichnen. Die Lebenserwartung sinkt von 84 Jahren im Jahr 2018 auf 83,5 Jahre im Jahr 2022. Anders verhält es sich bei der mittleren Lebenserwartung von Frauen im SK Baden-Baden. Diese sinkt und steigt abwechselnd über die aufgezeigten Jahre und erreicht im Jahr 2022 einen Wert von 84,4 Jahren und damit den Höchstwert der dargestellten Jahre. Im Vergleich hierzu steigt die mittlere Lebenserwartung von Frauen im Land Baden-Württemberg von 2018 bis 2021 stetig leicht an, sinkt aber im Jahr 2022 wieder um 0,2 Jahre und erreicht damit den gleichen Wert wie im Jahr 2018. Zu beachten ist jedoch, dass die mittlere Lebenserwartung im zeitlichen Verlauf nur um wenige Monate variiert. Ein größerer Anstieg oder Abfall der Lebenserwartung ist weder im LK Rastatt noch im SK Baden-Baden oder im Landesvergleich bei den Frauen zu verzeichnen.

Datenquelle

Gesundheitsatlas Baden-Württemberg

Lebenserwartung

Fazit

Zusammenfassend ist festzustellen, dass die mittlere Lebenserwartung in den dargestellten Jahren sowohl bei Frauen als auch bei Männern nur kleine Veränderungen aufweist und ein Anstieg der Lebenserwartung bei beiden Geschlechtern nur geringfügig erkennbar ist.

Auffällig ist, dass im LK Rastatt die Lebenserwartung der Männer und Frauen in den Jahren 2020 bis 2022 sogar leicht rückläufig ist. Hierzu könnte die Corona-Pandemie beigetragen haben, die mit einer erhöhten Anzahl an Sterbefällen einherging und somit die Lebenserwartung bei Geburt in diesen Jahren verringert hat [2]. Diese Annahme könnte auch durch den leichten Rückgang der Lebenserwartung im Land Baden-Württemberg bestätigt werden. Im Gegensatz hierzu lässt sich jedoch bei der Lebenserwartung der Männer im SK Baden-Baden in diesen Jahren ein leichter Anstieg verzeichnen. Ähnliches ist bei der Lebenserwartung der Frauen im SK Baden-Baden in diesem Zeitraum festzustellen.

Die insgesamt nur geringen Veränderungen der mittleren Lebenserwartung sowie der leichte Anstieg der Lebenserwartung der Männer und Frauen im SK Baden-Baden könnten durch hohe Standards in der medizinischen Versorgung, Hygiene, Ernährung und in verbesserter Wohnsituation sowie gestiegenem materiellen Wohlstand begründet werden, die seit Ende der 2000er Jahre in Deutschland geschaffen wurden [2].

Datenhalter

Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

Literaturhinweise

- [1] Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration, Abteilung 7, Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg, „Gesundheitsatlas Baden-Württemberg,“ 2022. [Online]. Available: <https://dashboards.instantatlas.com/viewer/report?appid=4c2f5a0aceae48d893d8;68f6b907672>. [Zugriff am 05 08 2024].
- [2] Statistisches Bundesamt (Destatis), „Entwicklung der Lebenserwartung in Deutschland,“ 2024. [Online]. Available: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Sterbefaelle-Lebenserwartung/sterbetafel.html>. [Zugriff am 06 09 2024].

Gesundheitszustand der Bevölkerung

Übergewicht und Adipositas

Übergewicht im Vorschulalter

Definition

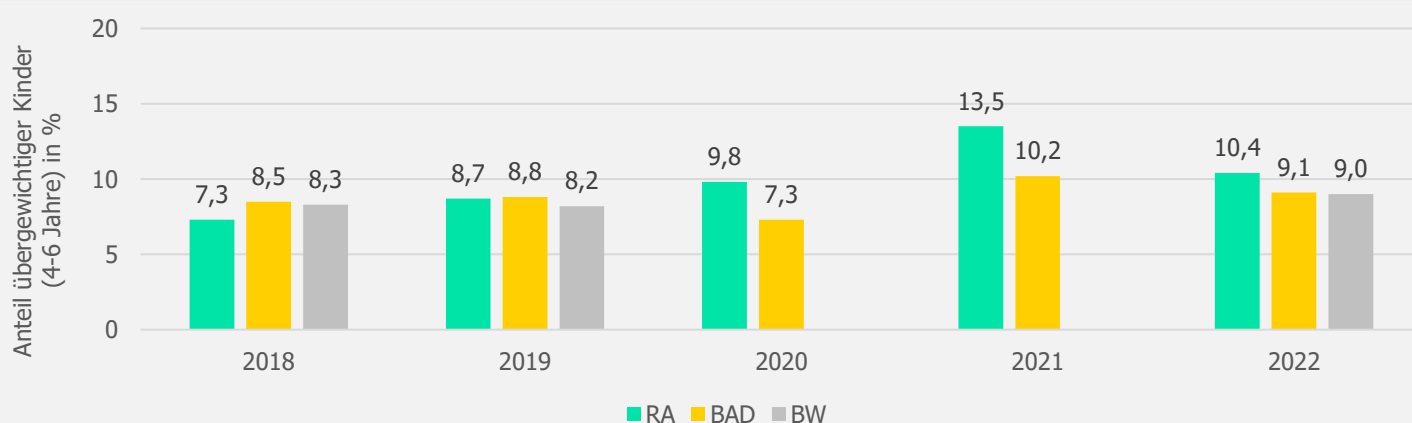
Dargestellt wird der Anteil der übergewichtigen Kinder an allen in den Einschulungsuntersuchungen gesehenen Kindern. Im Durchschnitt sind die Kinder zu diesem Zeitpunkt 5 Jahre alt. Bei den Einschulungsuntersuchungen wird die Körpergröße und das Gewicht gemessen und der Body-Mass-Index (BMI) für jedes Kind errechnet. Hierdurch kann der Anteil der übergewichtigen Kinder bestimmt werden. Zudem wird eine Unterteilung in Übergewicht und Adipositas vorgenommen und hierzu die Referenzwerte nach Kromeyer-Hauschild herangezogen. Werte oberhalb der 90 %-Perzentilkurve der verwendeten Referenzwerte gelten als Übergewicht. Zu beachten ist hierbei, dass der Anteil der übergewichtigen Kinder den Anteil adipöser Kinder miteinschließt.

Bedeutung/Ziele

Die Einschulungsuntersuchungen werden jährlich im vorletzten Kindergartenjahr durchgeführt. Die einzelnen dargestellten Jahreszahlen beziehen sich immer auf das letzte Jahr des jeweiligen Untersuchungszeitraums (z. B. umfasst das Jahr „2019“ die Daten des untersuchten Zeitraums 2018/2019) [1].

Übergewicht wird im Rahmen der Einschulungsuntersuchungen in den Fokus genommen, da Übergewicht mit einem erhöhten Risiko für Folgeerkrankungen und Spätfolgen einhergehen kann [2].

Anteil übergewichtiger Kinder (4-6 Jahre) im LK Rastatt, SK Baden-Baden und Land Baden-Württemberg, in % (2018-2022)



Beschreibung der Entwicklung

Im LK Rastatt nimmt der Anteil übergewichtiger Kinder in den Untersuchungsjahren 2018 bis 2021 deutlich zu. Während im Untersuchungszeitraum 2017/2018 der Anteil übergewichtiger Kinder 7,3 Prozent betrug, hat sich der Anteil im Zeitraum 2020/2021 fast verdoppelt und beträgt 13,5 Prozent. Dies bedeutet, dass rund jedes 8. Kind im LK Rastatt übergewichtig ist. Im Jahr 2022 sinkt der Anteil allerdings wieder auf 10,4 Prozent. Dagegen sinkt der Anteil übergewichtiger Kinder im SK Baden-Baden zum Jahr 2020 zunächst auf 7,3 Prozent, steigt im nächsten Jahr jedoch auf 10,2 Prozent an. Somit ist im SK Baden-Baden jedes 10. Kind übergewichtig.

Für die Jahre 2020 und 2021 sind keine Daten des Landes Baden-Württemberg dargestellt, da pandemiebedingt vielerorts keine flächendeckenden Einschulungsuntersuchungen durchgeführt werden konnten. Auf eine Darstellung der Daten wird verzichtet, um möglichen Fehlschlüssen aufgrund von verzerrten und nicht repräsentativen Daten vorzubeugen [1]. Werden die Jahre 2018, 2019 und 2022 herangezogen, so zeichnet sich bei den Daten des Landes Baden-Württemberg stabile Übergewichtsraten bei Kindern im Alter von 4 bis 6 Jahren ab.

Datenquelle

Einschulungsuntersuchungen

Übergewicht und Adipositas

Krankhaftes Übergewicht (Adipositas) im Vorschulalter

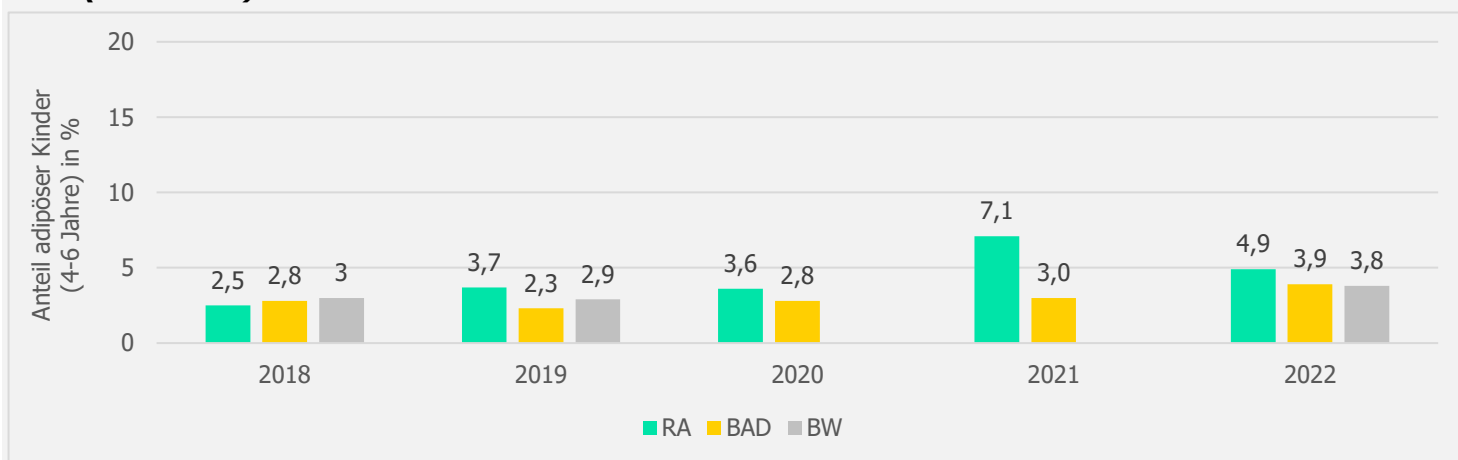
Definition

Abgebildet wird der Anteil der adipösen Kinder an allen in den Einschulungsuntersuchungen gesehenen Kindern. Im Durchschnitt sind die Kinder zu diesem Zeitpunkt 5 Jahre alt. Bei den Einschulungsuntersuchungen wird die Körpergröße und das Gewicht bestimmt und der BMI errechnet, um den Anteil der adipösen Kinder festzustellen. Es wird eine Unterteilung in Übergewicht und Adipositas vorgenommen und hierzu die Referenzwerte nach Kromeyer-Hauschild herangezogen. Werte oberhalb der 97 %-Perzentilkurve der verwendeten Referenzwerte gelten als Adipositas (Fettleibigkeit).

Bedeutung/Ziele

Die Einschulungsuntersuchungen werden jährlich im vorletzten Kindergartenjahr durchgeführt. Die einzelnen dargestellten Jahreszahlen beziehen sich immer auf das letzte Jahr des jeweiligen Untersuchungszeitraums (z. B. umfasst das Jahr „2019“ die Daten des untersuchten Zeitraums 2018/2019) [1].

Anteil adipöser Kinder (4-6 Jahre) im LK Rastatt, SK Baden-Baden und Land Baden-Württemberg, in % (2018-2022)



Beschreibung

der Entwicklung

Während in den Jahren 2018 bis 2020 im LK Rastatt nur ein leichter Anstieg des Anteils an adipösen Kindern zu verzeichnen ist, hat sich im Untersuchungsjahr 2021 der Anteil an adipösen Kindern im Vergleich zum Vorjahr (2020) verdoppelt. Dagegen sind im SK Baden-Baden und im Land Baden-Württemberg nur leichte Veränderungen in der Entwicklung der Anteile der Kinder mit Adipositas zu verzeichnen.

Für die Jahre 2020 und 2021 sind keine Daten des Landes Baden-Württemberg dargestellt, da pandemiebedingt vielerorts keine flächendeckenden Einschulungsuntersuchungen durchgeführt werden konnten. Auf eine Darstellung der Daten wurde verzichtet, um möglichen Fehlschlüssen aufgrund von verzerrten und nicht repräsentativen Daten vorzubeugen [1].

Datenquelle

Einschulungsuntersuchungen

Übergewicht und Adipositas

Fazit

Übergewicht, insbesondere wenn es bereits im frühen Kindes- und Jugendalter auftritt, kann häufig negative Auswirkungen auf die Gesundheit der Kinder und deren späteres Leben haben. Ein möglicher Erklärungsansatz für die deutliche Zunahme an übergewichtigen und insbesondere adipösen Kindern, die vor allem im LK Rastatt im Jahr 2021 zu verzeichnen ist, könnte die Corona-Pandemie und ein hiermit verbundener Mangel an Bewegung und verändertem Ernährungsverhalten sein. Zudem kann angenommen werden, dass bereits übergewichtige Kinder im Laufe der Pandemie nochmals an Gewicht zugenommen haben [2]. Dies könnte auch durch den Rückgang des Anteils an übergewichtigen und adipösen Kindern im Jahr 2022 im LK Rastatt bestätigt werden, da in diesem Jahr verschiedene Maßnahmen zur Eindämmung der Corona-Pandemie wie Kontaktbeschränkungen und Schließung von Kindertagesstätten nicht mehr umgesetzt wurden. Bei diesen Rückschlüssen handelt es sich jedoch nur um Vermutungen, die nicht mit Daten belegt werden können.

Generell kann eine Verzerrung der Daten in den Pandemie Jahren aufgrund der erschwerten Durchführung der Einschulungsuntersuchungen nicht ausgeschlossen werden. Um weiteren Aufschluss zu erhalten, können Vergleiche mit Daten der nachfolgenden Jahre nützlich sein [2, 3].

Insgesamt ist über die dargestellten Jahre hinweg neben dem LK Rastatt auch im SK Baden-Baden und im Land Baden-Württemberg ein Anstieg des Anteils übergewichtiger und auch adipöser Kinder zu verzeichnen.

Um dem entgegenzuwirken, wurde im Jahr 2024 der Bewegungspass für Kinder im Alter von 2 bis 7 Jahren Im LK Rastatt und SK Baden-Baden eingeführt, der vor allem in Kindertageseinrichtungen und Sportvereinen zum Einsatz kommt und die Kinder nicht nur in ihrer motorischen Entwicklung unterstützt, sondern auch die Freude an der Bewegung fördert und somit Bewegungsmangel verringern kann.

Datenhalter

LGA Baden-Württemberg

Literaturhinweise

- [1] Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration. Abteilung 7. Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg, „Gesundheitsatlas Baden-Württemberg,“ 2022. [Online]. Available: <https://dashboards.instantatlas.com/viewer/report?appid=4c2f5a0aceae48d893d8768f6b907672>. [Zugriff am 01 08 2024].
- [2] A. Fechner, M. Schüler und Dr. K. Nagel, „Gesundheitsberichterstattung Schulanfänger 2022,“ Landratsamt Rastatt, Rastatt, 2022.
- [3] A. Fechner, Dr. K. Nagel und M. Schüler, „Gesundheitsberichterstattung Schulanfänger 2021,“ Landratsamt Rastatt, Rastatt, 2021.

Gesundheitszustand der Bevölkerung

Zahngesundheit der Erstklässler

Naturgesunde Gebisse

Definition

Dargestellt ist der Anteil der Erstklässler in Grundschulen im LK Rastatt und im SK Baden-Baden, die ein naturgesundes Gebiss aufweisen. Sollten Zähne bereits Füllungen aufweisen oder aufgrund von Karies fehlen, kann der Befund „naturgesund“ nicht mehr erhoben werden. Separat darstellt sind die Ergebnisse der Erstklässler in sonderpädagogischen Bildungs- und Beratungszentren (SBBZ), dabei sind die Ergebnisse für beide Kreise zusammengefasst.

Die Teilnahme an dieser zahnärztlichen Reihenuntersuchung der Erstklässler ist für alle Schularten verpflichtend. Durchgeführt werden diese Untersuchungen durch den jugendzahnärztlichen Dienst des Gesundheitsamtes.

Die Jahreszahlen in den Grafiken geben den jeweils längeren Teil des Untersuchungsjahres an (Schuljahr 2018/2019 = 2019). Für die Jahre 2020 und 2021 konnten pandemiebedingt keine Daten erhoben werden.

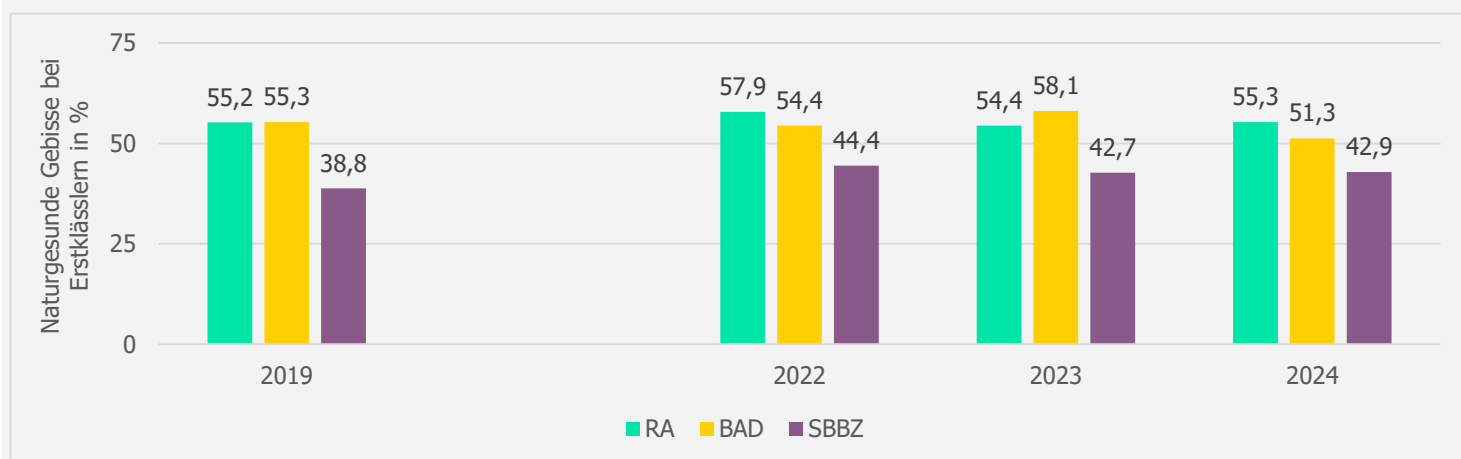
Bedeutung/Ziele

Durch die Pflichtuntersuchung werden auch diejenigen Kinder erreicht, die aus diversen Gründen die Inanspruchnahme der Prophylaxe- und Behandlungsmaßnahmen bei den niedergelassenen Zahnärztinnen und Zahnärzten nicht beziehungsweise noch nicht wahrnehmen.

Eine gute Mundgesundheit ist Voraussetzung für die Entwicklung und den Erhalt gesunder Ess- und Ernährungsgewohnheiten, für die weitere Kieferentwicklung sowie für die Sprachentwicklung.

Die Mundgesundheitsziele für 2030 der Bundeszahnärztekammer fordern deutschlandweit 80 % kariesfreie Gebisse bei Erstklässlern [1].

Naturgesunde Gebisse bei Erstklässlern in Grundschulen im LK Rastatt, SK Baden-Baden sowie kreisübergreifend in SBBZ, in % (2019, 2022-2024)



Beschreibung der Entwicklung

Im Hinblick auf die Mundgesundheitsziele 2030 ist der Anteil von Kindern mit naturgesundem Gebiss insgesamt nicht zufriedenstellend.

Bundes- und landesweite Vergleichswerte sind im Rahmen der epidemiologischen Begleituntersuchungen veröffentlicht – die letzte Untersuchungsreihe fand 2016 statt. Hier wiesen 53,3 % der baden-württembergischen Erstklässler naturgesunde Gebisse auf, der gesamtdeutsche Wert lag damals bei 53,8 % [2].

Datenquelle

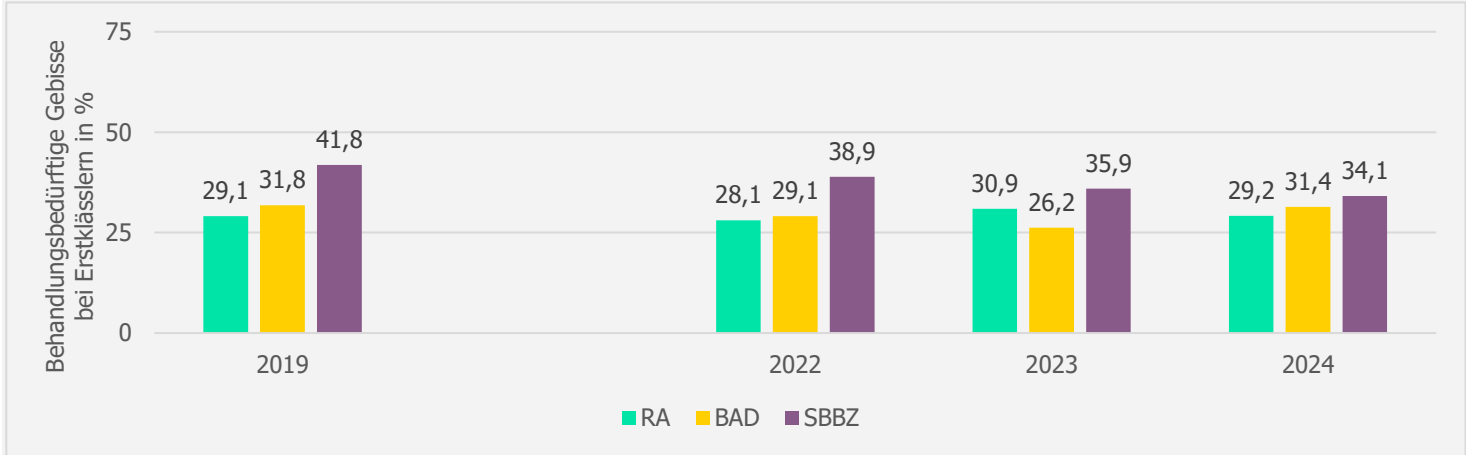
Ergebnisse der zahnärztlichen Reihenuntersuchungen (eigene Berechnungen)

**Zahngesundheit der
Erstklässler**

Behandlungsbedürftige Gebisse

Definition	Dargestellt ist der Anteil der Erstklässler in Grundschulen im LK Rastatt, im SK Baden-Baden sowie in den SBBZ mit einem behandlungsbedürftigen Gebiss. Diese Kinder wiesen bei der zahnärztlichen Untersuchung durch die Jugendzahnärztin des Gesundheitsamtes von Karies befallene Zähne auf. Ob ein oder mehrere Zähne kariös waren, ist für die Feststellung des Befundes „behandlungsbedürftig“ unwesentlich.
Bedeutung/Ziele	<p>Ursachen für ein behandlungsbedürftiges Gebiss sind zum einen eine mangelhafte Mundhygiene als auch übermäßiger Zuckerkonsum. Da die Kariesentstehung Zeit benötigt, liegt bei behandlungsbedürftigen Gebissen nahe, dass bei den betroffenen Kindern zudem eine ausreichend häufige Anbindung an niedergelassene Zahnarztpraxen fehlt.</p> <p>Die Pflichtuntersuchung ist hier wichtig, um Bedarfe aufzudecken und über eine qualifizierte Befundmitteilung mit entsprechenden Handlungsempfehlungen die Sorgeberechtigten zu erreichen. Die betroffenen Kinder können somit häufig vor Schmerzen und Folgeschäden bewahrt werden.</p>

Behandlungsbedürftige Gebisse bei Erstklässlern in Grundschulen im LK Rastatt, SK Baden-Baden sowie kreisübergreifend in SBBZ, in % (2019, 2022-2024)



Beschreibung der Entwicklung	<p>Der Anteil von Kindern in Grundschulen mit einem behandlungsbedürftigen Gebiss ist in beiden Kreisen ähnlich hoch, die Erstklässler in den SBBZ zeigen in den dargestellten Jahren eine rückläufige Tendenz. Ob es sich hier um einen tatsächlichen Rückgang oder eine Stabilisierung handelt, werden die Daten der nächsten Jahre zeigen.</p> <p>Bei der epidemiologischen Begleituntersuchung 2016 wiesen deutschlandweit 29,0 % der untersuchten Erstklässler behandlungsbedürftige Gebisse auf, der Landeswert für Baden-Württemberg lag bei 30,1 %. Die aktuellen Werte der Erstklässler in Grundschulen im LK Rastatt und im SK Baden-Baden liegen in ähnlicher Höhe.</p>
Datenquelle	Ergebnisse der zahnärztlichen Reihenuntersuchungen (eigene Berechnungen)

**Zahngesundheit der
Erstklässler**

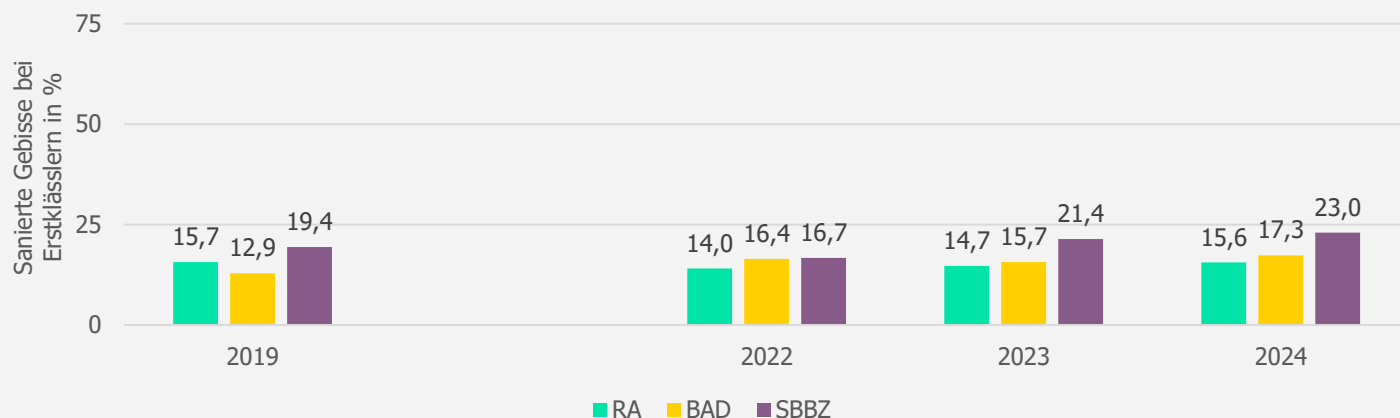
Sanierungsgrad

Definition	Dargestellt ist der Anteil der Erstklässler in Grundschulen im LK Rastatt, im SK Baden-Baden sowie in den SBBZ mit einem sanierten Gebiss. Diese Erstklässler haben zwar kein kariesfreies Gebiss mehr, etwaige Läsionen wurden jedoch zahnärztlich versorgt.
------------	---

Bedeutung/Ziele

Der Sanierungsgrad ist ein Indikator für die tatsächliche Inanspruchnahme zahnärztlicher Versorgung und sollte in Verbindung mit den behandlungsbedürftigen Gebissen betrachtet werden: ein niedriger Sanierungsgrad in Verbindung mit einem hohen Behandlungsbedarf in einer Kohorte bedeutet, dass die Kinder keine ausreichende zahnmedizinische Versorgung erhalten. Ein hoher Sanierungsgrad bei gleichzeitig niedrigem Behandlungsbedarf deutet auf eine gesicherte Anbindung an die zahnärztliche Versorgung hin.

Sanierte Gebisse bei Erstklässlern in Grundschulen im LK Rastatt, SK Baden-Baden sowie kreisübergreifend in SBBZ, in % (2019, 2022-2024)



Beschreibung der Entwicklung

Der Anteil an vollständig sanierten Gebissen weist bei den Erstklässlern in Grundschulen in beiden Kreisen ähnliche Werte auf. Der Anteil der Erstklässler in SBBZ mit sanierten Gebissen liegt in der Regel höher – dies liegt mit daran, dass Erstklässler in SBBZ seltener ein naturgesundes Gebiss haben.

Bei der epidemiologischen Begleituntersuchung 2016 wiesen deutschlandweit 17,2 % der untersuchten Erstklässler vollständig sanierte Gebisse auf, der Landeswert für Baden-Württemberg lag bei 16,7 %. Die aktuellen Werte im LK Rastatt als auch im SK Baden-Baden liegen somit in ähnlicher Höhe.

Datenquelle

Ergebnisse der zahnärztlichen Reihenuntersuchungen (eigene Berechnungen)

Zahngesundheit der Erstklässler

Fazit

Die dreistufige Befunddifferenzierung nach naturgesunden, behandlungsbedürftigen und sanierten Gebissen erlaubt einen Überblick zur Zahngesundheit der Erstklässler. Es kann jedoch anhand dieser Differenzierung keine Aussage getroffen werden, wie das Ausmaß der individuellen bzw. mittleren Kariesbelastung in einer Kohorte ist. Die detaillierten Untersuchungsergebnisse des jugendzahnärztlichen Dienstes des Gesundheitsamtes zeigen jedoch, dass die Karieserfahrung ungleich verteilt ist und eine Kariespolarisation vorliegt. Dies bedeutet, dass wenige Kinder eine hohe Karieslast tragen. Der soziale Status, das Einzugsgebiet und die Gesundheitskompetenz in den Familien sind Determinanten für die Beeinflussung der Karieslast. Dabei zeigt sich, dass die Kinder in SBBZ die höchste Karieslast tragen.

Die Aktivitäten der Gruppenprophylaxe von der Kindertageseinrichtung bis zur Schule haben eine sozialkompensatorische Wirkung. Verstärkte Präventionsimpulse erreichen vor allem diejenigen Kinder, die selten eine Zahnarztpraxis aufsuchen und in deren Familien Hinweise auf eine reduzierte Gesundheitskompetenz vorliegen. Die Ergebnisse der zahnärztlichen Reihenuntersuchungen zeigen, dass die Prophylaxe hilfreich ist. Die Anteile der Erstklässler mit naturgesunden und sanierten Zähnen bleiben über die Jahre im Wesentlichen stabil. Coronabedingt liegen für die Jahre 2020 und 2021 keine Daten vor, da keine Untersuchungen erfolgen konnten.

Die zahnärztlichen Reihenuntersuchungen dienen der Früherkennung der Karies, nicht der Behandlung. Weisen Kinder bei der zahnärztlichen Reihenuntersuchung kariöse Zähne auf, deutet dies darauf hin, dass diese Defizite frühzeitig entstanden sind. Die Gründe für die Kariesentstehung sind: Zeit, übermäßiger Zuckerkonsum und mangelhafte Mundhygiene.

Um den Sanierungsgrad der Milchzähne sowie den Anteil an naturgesunden Gebissen zu erhöhen, ist einerseits eine Anbindung an niedergelassene Zahnarztpraxen von Bedeutung. Zudem ist eine breite Information und Vernetzung der (Fach-) Öffentlichkeit mit dem Ziel der Verbesserung der Mundgesundheit wichtig – ab Durchbruch des ersten Milchzahns.

Datenhalter

Jugendzahnärztlicher Dienst im Gesundheitsamt des Landratsamtes Rastatt

Literaturhinweise

- [1] Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ), „Mundgesundheitsziele für Deutschland bis zum Jahr 2030,“ 25 06 2021. [Online]. Available: <https://www.idz.institute/publikationen/online-journal-zahnmedizin-forschung-und-versorgung/mundgesundheitsziele-fuer-deutschland-bis-zum-jahr-2030/>. [Zugriff am 03 09 2024].
- [2] Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (daj) e.V., „Epidemiologische Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe,“ [Online]. Available: <https://daj.de/gruppenprophylaxe/epidemiologische-studien/>. [Zugriff am 03 09 2024].

Gesundheitszustand der Bevölkerung

Meldepflichtige Infektionskrankheiten

Tuberkulose

Definition

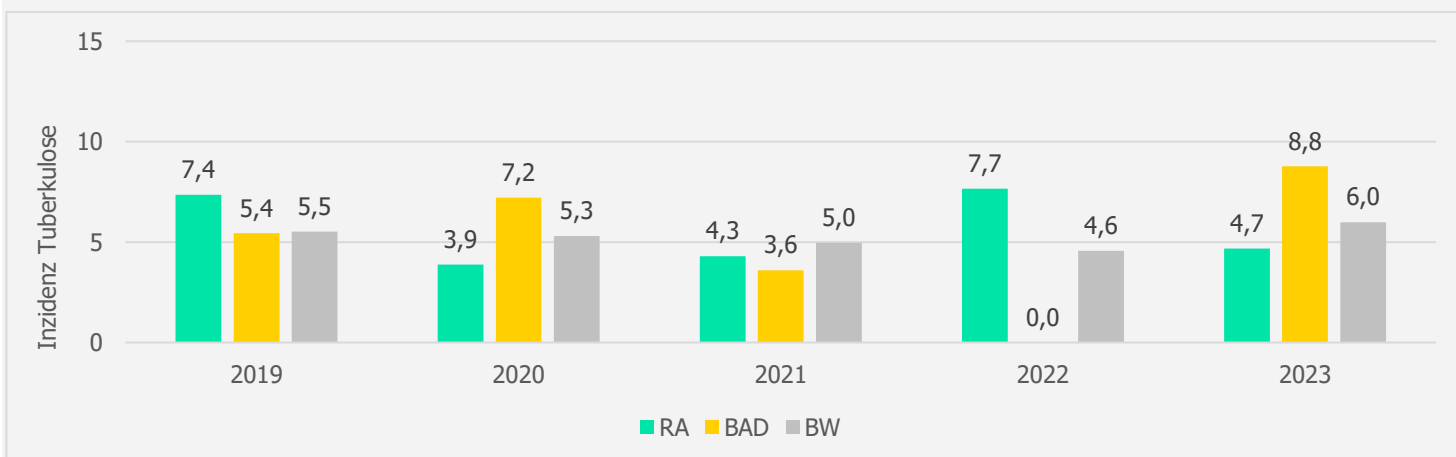
Dargestellt ist die Anzahl der übermittelten Fälle an Neuerkrankungen von Tuberkulose je 100.000 Einwohnende. Die Daten beziehen sich auf diejenigen Fälle, die der Referenzdefinition des Robert Koch-Instituts (RKI) entsprechen.

Dem Gesundheitsamt wird gemäß § 6 Abs. 1 Infektionsschutzgesetz (IfSG) der Krankheitsverdacht, die Erkrankung sowie der Tod an den genannten Infektionskrankheiten, sowie gemäß § 7 Abs. 1 IfSG der direkte oder indirekte Erregernachweis, soweit er auf eine akute Infektion hinweist, namentlich gemeldet. Darüber hinaus können allgemeine nicht erreger- oder krankheitsspezifische Meldepflichten bestehen. Das Gesundheitsamt übermittelt gemäß § 11 Abs. 1 IfSG an die zuständige Landesbehörde nur Erkrankungs- oder Todesfälle und Erregernachweise, die der Falldefinition gemäß § 11 Abs. 2 IfSG entsprechen.

Bedeutung/Ziele

Tuberkulose wird durch Bakterien ausgelöst. Die Erreger befallen überwiegend die Lunge und lösen Husten aus, können aber auch fast jedes andere Organ betreffen und schwere Erkrankungen auslösen. In Deutschland ging die Zahl der Tuberkulose-Fälle in den letzten Jahrzehnten stetig zurück. Hierfür werden verbesserte Lebensumstände sowie eine wirksame Therapie als Ursache angesehen. Seit 2009 stagnierte die Fallzahl und stieg seit 2015 sogar deutlich. Dies steht im Zusammenhang mit Migrationsbewegungen und der älter werdenden Bevölkerung [1]. Aufgrund der Mensch-zu-Mensch Übertragung und dem möglichen schwerwiegenden Erkrankungsverlauf fällt die Erkrankung unter die meldepflichtigen Krankheiten.

Inzidenz (Neuerkrankungsrate je 100.000 Einwohnende) von Tuberkulose im LK Rastatt, SK Baden-Baden und Land Baden-Württemberg (2019-2023)



Beschreibung der Entwicklung

Die Inzidenz für den LK Rastatt sinkt vom Jahr 2019 von 7,4 rapide auf 3,9 im Jahr 2020. Die nächsten zwei Jahre ist ein Anstieg der Inzidenz zu verzeichnen. Zunächst nur leicht auf 4,3 im Jahr 2021 und dann zum Jahr 2022 stark auf 7,7. Zum Jahr 2023 sinkt die Inzidenz wieder auf 4,7. Insgesamt kann von einem wellenförmigen Verlauf gesprochen werden. Im SK Baden-Baden steigt die Inzidenz von 5,4 im Jahr 2019 auf 7,2 im Jahr 2020. Dann sinkt die Inzidenz in den kommenden Jahren auf 3,6 im Jahr 2021 und auf null im Jahr 2022. Vom Jahr 2022 auf 2023 steigt die Inzidenz im Jahr 2023 stark auf 8,8 an. Insgesamt kann von einem wellenförmigen Verlauf gesprochen werden, welcher gegenläufig zu der Wellenform der Inzidenz vom Landkreis verläuft.

Der Verlauf der Inzidenz für das Land Baden-Württemberg verläuft ab 2019 von 5,5 leicht sinkend auf 4,6 bis zum Jahr 2022. Von 2022 auf 2023 steigt die Inzidenz auf 6,0.

Datenquelle

Statistik der meldepflichtigen Krankheiten, Fortschreibung des Bevölkerungsstandes

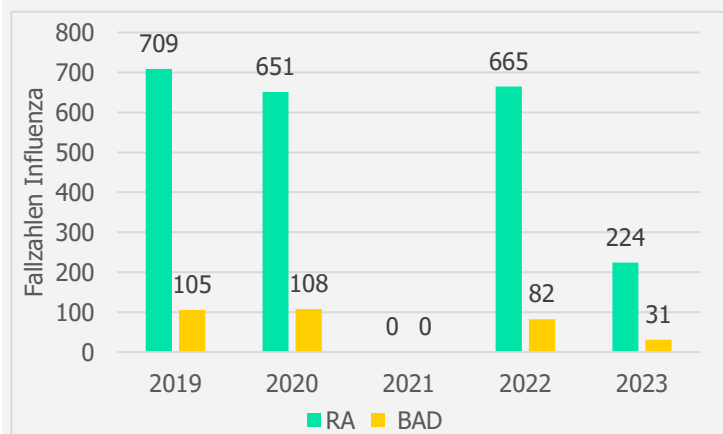
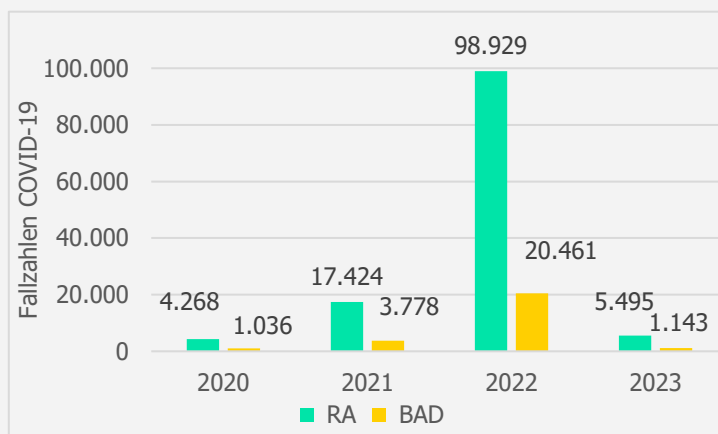
Meldepflichtige Infektionskrankheiten**Influenza und SARS-CoV-2 (COVID-19)**

Definition

Dargestellt ist die Anzahl der übermittelten Fälle der Neuerkrankungen an Influenza und COVID-19. Die Daten beziehen sich auf diejenigen Fälle, die der Referenzdefinition des RKI entsprechen.

Bedeutung/Ziele

Atemwegserkrankungen sind alltägliche Begleiter. Vor allem zu den kälteren Jahreszeiten wie Herbst und im Winter treten diese Erkrankungen vermehrt auf. Typische Symptome hierfür sind Husten, Fließschnupfen und Fieber. Ihre Ansteckungsfähigkeit über Tröpfcheninfektion ist sehr hoch und kann zu schwerwiegenden Krankheitsverläufen führen. In Anbetracht der starken Mutationsfähigkeit und des jährlichen Auftretens wurde in diesem Faktenblatt zusätzlich die Influenza berücksichtigt. Zudem wurde nach der Corona-Pandemie zur Einschätzung der aktuellen Infektionslage von COVID-19 aufgenommen und dargestellt.

Fallzahlen Influenza für den LK Rastatt und SK Baden-Baden (2019-2023)**Fallzahlen COVID-19 für den LK Rastatt und SK Baden-Baden (2020-2023)**

Beschreibung

der Entwicklung

Die Influenzafallzahlen sinken im LK Rastatt seit 2019 von 709 auf 651 im Jahr 2020. Für das Jahr 2021 sind keine Influenzafälle gemeldet worden. Dies kann mit der Corona-Pandemie und der damit einhergehenden eingeschränkten Testung auf Influenzaviren erklärt werden. Im Jahr 2022 sind 665 Fälle gemeldet worden, was etwa dem Niveau von 2020 entspricht. 2023 sinken die Fallzahlen stark auf 224. Insgesamt zeigen die Influenzafallzahlen im Berichtszeitraum (2019-2023) zunächst einen leichten Abwärtstrend mit einem deutlichen Rückgang im Jahr 2023 (das Jahr 2021 wurde bei der Betrachtung ausgeschlossen).

Die Influenzafallzahlen für den SK Baden-Baden zeigen einen leichten Anstieg von 105 im Jahr 2019 auf 108 im Jahr 2020. Im Jahr 2021 wurden keine Influenzafälle gemeldet. Dies kann mit der Corona-Pandemie und den fehlenden Diagnostikkapazitäten erklärt werden. Im Jahr 2022 steigen die Fallzahlen auf 82 und sinken 2023 deutlich auf 31. Insgesamt zeigen die Influenzafälle für den SK Baden-Baden seit 2020 einen sinkenden Trend.

Die Coronazahlen zeigen eine deutlich ansteigende Infektionskurve mit einem Höhepunkt im Jahr 2022. Die Daten des Jahres 2023 weisen eine höhere Anzahl von Fällen im Vergleich zu 2020 auf. Dies zeigt, dass das Coronavirus weiterhin in der Bevölkerung zirkuliert und eine Infektionsquelle darstellt.

Datenquelle

Meldesoftware (Octoware)

Datenhalter

Gesundheitsamt des Landratsamtes Rastatt

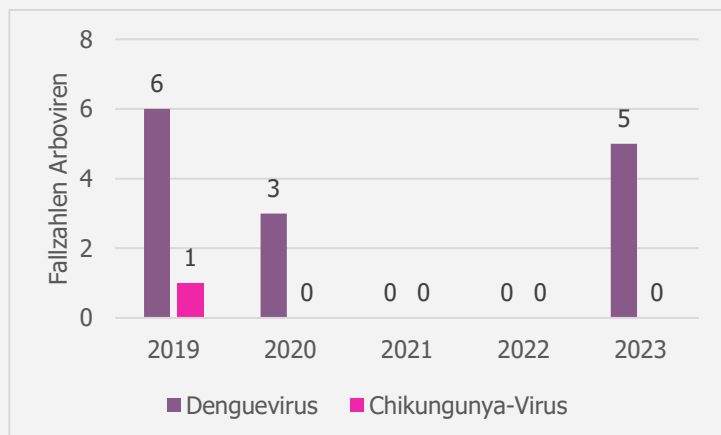
Definition

Die Bezeichnung Arboviren ist eine Abkürzung für Arthropode-borne viruses. Es bedeutet durch Arthropoden (Mücken) auf den Menschen übertragbare Viruserkrankungen. Das bekannteste Beispiel hierfür ist die Malaria. Für die Übertragung von Mücke auf Menschen sind bestimmte Mückenarten notwendig, unter anderem die aus südlicheren Ländern stammende asiatische Tigermücke. Es werden tatsächliche Fallzahlen betrachtet, um das aktuelle Geschehen und das damit einhergehende Infektionsrisiko zu bewerten.

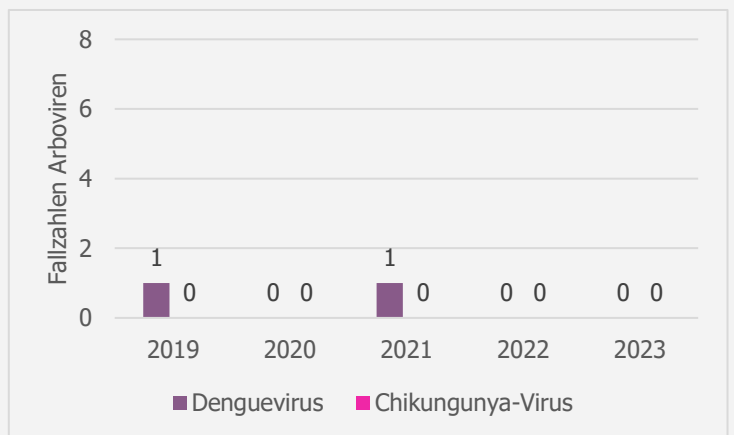
Bedeutung/Ziele

Durch die Etablierung der asiatischen Tigermücke im Zuständigkeitsbereich des Gesundheitsamtes steigert sich das Erkrankungsrisiko der Bürgerinnen und Bürger in Bezug auf Arboviren. Die ersten nicht reiseassoziierten Erkrankungen wurden bereits in Frankreich, Italien, Schweiz und Österreich gemeldet. Bezugnehmend auf die asiatische Tigermücke und deren Eigenschaft als Vektor für bestimmte Krankheiten zu fungieren, wurden in diesem Faktenblatt nur Virus-Erkrankungen dargestellt, die von der asiatischen Tigermücke potenziell übertragen werden können. Hierbei handelt es sich um folgende Viren: Dengue-, Chikungunya-, Zika- und das West-Nil-Virus.

Fallzahlen Arboviren im LK Rastatt (2019-2023, alle bisherigen Fälle reiseassoziiert)



Fallzahlen Arboviren im SK Baden-Baden (2019-2023, alle bisherigen Fälle reiseassoziiert)



Beschreibung der Entwicklung

In Betrachtung der letzten 5 Jahre sind keine Fälle an einer Erkrankung durch das Zikavirus und West-Nil-Virus gemeldet worden.

Im SK Baden-Baden wurden in den letzten fünf Jahren zwei Dengue-Fälle im Jahr 2019 und 2021 gemeldet. Im LK Rastatt gab es 2019 die meisten gemeldeten Dengue-Fälle mit 6. Im darauffolgenden Jahr fiel die Zahl auf drei Fälle und in den Jahren 2021 und 2022 wurde kein Dengue-Fall gemeldet. Die Zahl stieg 2023 auf 5 Fälle an.

Im Jahr 2019 wurde ein Fall von Chikungunya-Virusinfektion im LK Rastatt gemeldet. In den darauffolgenden Jahren wurden keine weiteren Fälle registriert. Auch für den SK Baden-Baden wurde in den letzten fünf Jahren kein Chikungunya-Fall gemeldet.

Die Reduktion im Jahr 2020 sowie das Fehlen von Fällen in den Jahren 2021 und 2022 legen den Schluss nahe, dass eine deutliche Reiseassoziation der viralen Erkrankungen besteht. Infolge der Einschränkungen, die die Corona-Pandemie mit sich gebracht hat, ist die Anzahl der registrierten Fälle in den entsprechenden Jahren gering bis nicht vorhanden.

Bisher sind alle gemeldeten Fälle mit einer Auslandsreise assoziiert und wurden nicht im Zuständigkeitsbereich des Landratsamtes erworben.

Datenquelle

Meldesoftware (Octoware)

Datenhalter

Gesundheitsamt des Landratsamtes Rastatt

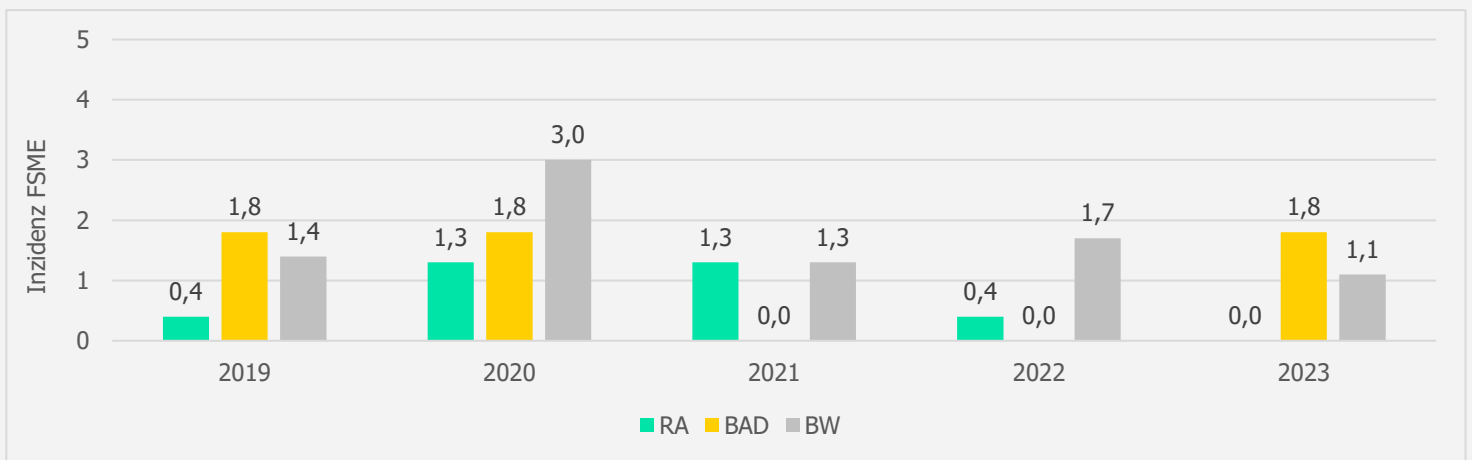
Definition

Dargestellt ist die Anzahl der übermittelten Fälle an Neuerkrankungen von FSME je 100.000 Einwohnende. Die Daten beziehen sich auf diejenigen Fälle, die der Referenzdefinition des Robert Koch-Instituts (RKI) entsprechen.

Bedeutung/Ziele

Die FSME ist eine Entzündung des Gehirns und der Hirnhäute, die durch Viren hervorgerufen wird. Die Erreger kommen in vielen Ländern Europas, in Russland und Asien vor. Das FSME-Virus vermehrt sich hauptsächlich in kleinen Nagetieren wie Mäusen. Über infizierte Zecken wird es dann auf den Menschen übertragen. FSME-Erkrankungen werden meistens im Frühjahr und im Sommer bis in den Herbst, vereinzelt auch im Winter, beobachtet [2]. Das RKI hat Baden-Württemberg als FSME-Risikogebiet eingestuft. Als Risikogebiete werden Endemiegebiete der FSME deklariert, in denen ein Erkrankungsrisiko für Personen mit Zeckenexposition besteht, was präventive Maßnahmen erforderlich macht [3].

Inzidenz (Neuerkrankungsrate je 100.000 Einwohnende) von FSME im LK Rastatt, SK Baden-Baden und Land Baden-Württemberg (2019-2023)



Beschreibung

der Entwicklung

Die FSME Inzidenz steigt für den LK Rastatt von 0,4 im Jahr 2019 auf 1,3 im Jahr 2020. Im Folgejahr 2021 bleibt die Inzidenz konstant bei 1,3 und sinkt im Jahr 2022 deutlich auf 0,4 und im Jahr 2023 auf null.

Die Inzidenzen der FSME Erkrankungen für den SK Baden-Baden stagnieren bei einem Wert von 1,8 für die Jahre 2019, 2020 und 2023. Im Jahr 2021 und 2022 liegt die Inzidenz für den SK bei null, was allerdings mit den Einschränkungen während der Corona-Pandemie zusammenhängen könnte.

Die Inzidenz für das Land Baden-Württemberg zeigt eine starke Steigung von 2019 mit 1,4 auf eine Inzidenz von 3 im Jahr 2020. Dies ist auch der globale Höchstwert im Verlauf der Inzidenz. Hiernach sinkt der Wert im Jahr 2021 auf 1,3 und zeigt folgend einen leicht wellenförmigen Verlauf mit einer leichten Steigung im Jahr 2022 auf 1,7 und einen geringfügigen Abstieg auf 1,1 im Jahr 2023.

Die Inzidenzen belegen, dass sich das FSME-Virus in den Zecken etabliert hat und ein Infektionsrisiko für den LK Rastatt und den SK Baden-Baden besteht. Allerdings hat sich dieses in den letzten Jahren nicht erhöht, sondern blieb auf einem gleichbleibenden Niveau (Pandemie-Zeitraum von der Betrachtung ausgenommen).

Datenquelle

Statistik der meldepflichtigen Krankheiten, Fortschreibung des Bevölkerungsstandes

Datenhalter

Robert Koch-Institut

In diesem Faktenblatt wurden Erkrankungen dargestellt, die entweder über Tröpfchen/Aerosole oder über Mücken und Zecken (sogenannte Vektoren) übertragen werden. Weitere Möglichkeiten, Infektionen zu übertragen, sind Schmierinfektionen oder durch Lebensmittel übertragene Krankheiten.

Die Auswahl der Krankheiten in diesem Faktenblatt verdeutlichen, dass bestimmte meldepflichtige Erkrankungen, wie Tuberkulose, FSME, Influenza, COVID-19 und Arboviren-Infektionen eine dynamische Entwicklung aufweisen, die unter anderem durch externe Faktoren wie globale Mobilität, Migration oder den Klimawandel beeinflusst werden.

Ein effektives Melde- und Überwachungssystem ist daher besonders wichtig, um rechtzeitig auf epidemiologische Trends reagieren zu können. Präventionsmaßnahmen wie Impfungen, Aufklärung und Information der Bevölkerung sowie Maßnahmen im Bereich der Klimaanpassung sind daher weiterhin von großer Bedeutung.

Literaturhinweise

- [1] Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Infektionsschutz.de), „Tuberkulose - Informationen über Krankheitserreger beim Menschen,“ 24 04 2018. [Online]. Available: <https://www.infektionsschutz.de//erregersteckbriefe/tuberkulose>. [Zugriff am 08 08 2024].
- [2] Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Infektionsschutz.de), „FSME - Informationen über Krankheitserreger beim Menschen – Impfen schützt!,“ 10 06 2024. [Online]. Available: https://www.infektionsschutz.de/download/1927-1718004354-Erregersteckbrief_FSME_DE.pdf. [Zugriff am 09 08 2024].
- [3] Robert Koch-Institut, „Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) und verwandte Virusenzephalitiden (TBE, tick-borne encephalitis),“ 29 02 2024. [Online]. Available: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_FSME.html. [Zugriff am 13 08 2024].

Gesundheitszustand der Bevölkerung

Krankenhausfälle

Krankenhausfälle je 100.000 Einwohnende

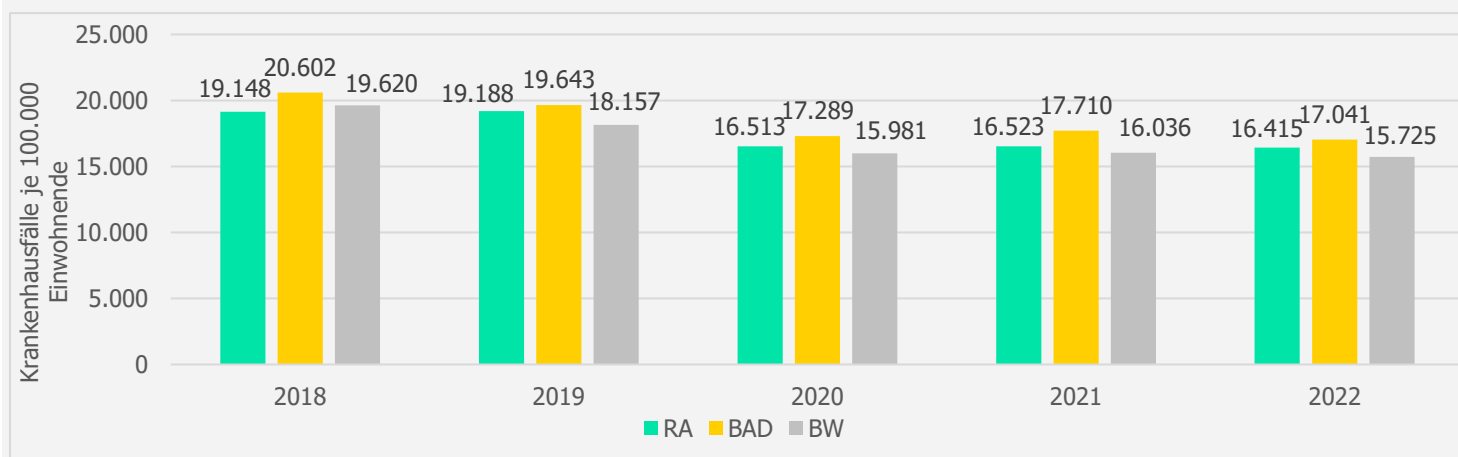
Definition

Dargestellt ist die Anzahl vollstationärer Krankenhausfälle je 100.000 Einwohnende. Dabei berücksichtigt ist die Anzahl der Patienten, die in ein Krankenhaus aufgenommen, stationär behandelt und im Berichtsjahr wieder entlassen wurden. Die Daten sind auf den Wohnsitz bezogen.

Bedeutung/Ziele

Daten über stationäre Krankenhausfälle sind wichtige Strukturdaten für die Planung und Gestaltung der Krankenhausversorgung. Sie ermöglichen eine Einschätzung, wie hoch der Anteil der stationären Versorgung am Versorgungsgeschehen ist und ob es im Zeitverlauf zu Veränderungen der stationären Morbidität kommt. In der Regel ist eine stationäre Versorgung nur im Falle schwerwiegender Erkrankungen erforderlich, weshalb sich über die Anzahl der Krankenhausfälle Rückschlüsse auf die Gesundheit der Bevölkerung ziehen lassen. Bei der Interpretation muss berücksichtigt werden, dass Mehrfachbehandlungen derselben Krankheit als einzelne Fälle in die Statistik eingehen. Weiterhin muss die Anzahl der Krankenhausfälle im Kontext anderer Indikatoren zum Versorgungsgeschehen interpretiert werden, um mögliche Verschiebungen zwischen dem ambulanten Sektor, stationären Sektor und Pflegebereich zu berücksichtigen.

Krankenhausfälle je 100.000 Einwohnende im LK Rastatt, SK Baden-Baden und Land Baden-Württemberg (2018-2022)



Beschreibung

der Entwicklung

Die Anzahl der Krankenhausfälle je 100.000 Einwohnende ist im LK Rastatt zwischen den Berichtsjahren 2018 und 2020 von 19.148 auf 16.513 gesunken und bewegt sich seitdem auf diesem Niveau. Im aktuellen Berichtsjahr 2022 liegen im LK Rastatt 16.415 Krankenhausfälle je 100.000 Einwohnende vor. Damit liegt der LK Rastatt über dem Wert des Landes Baden-Württemberg von 15.725 im Jahr 2022.

Im SK Baden-Baden ist, ähnlich wie im LK Rastatt, zwischen den Berichtsjahren 2018 und 2020 eine Abnahme der Krankenhausfälle von 20.602 in 2019 auf 17.289 in 2020 zu erkennen. Im weiteren Verlauf der Zeitreihe sinkt die Zahl der Krankenhausfälle kontinuierlich weiter und erreicht zum aktuellen Berichtsjahr 2022 einen Wert von 17.041 Krankenhausfällen je 100.000 Einwohnende. Der SK Baden-Baden liegt somit deutlich über dem Niveau des Landes Baden-Württemberg.

Datenquelle

Krankenhausstatistik Teil II - Diagnosen, Fortschreibung des Bevölkerungsstandes

Krankenhausfälle

Fazit

Die Anzahl der Krankenhausfälle im LK Rastatt und SK Baden-Baden zeigen analog zum Landeswert über den Beobachtungszeitraum insgesamt einen rückläufigen Trend, wobei die größte Reduktion der Krankenhausfälle in beiden Raumschaften zwischen den Berichtsjahren 2019 und 2020 zu erkennen ist. In den Folgejahren 2021 und 2022 bleiben die Krankenhausfälle weiterhin auf diesem niedrigeren Niveau. Das Jahr 2020 kennzeichnete den Beginn der COVID 19

Pandemie. Für die Behandlung schwer erkrankter COVID 19 Patienten wurde in den Krankenhäusern Kapazitäten freigehalten und planbare Eingriffe sowie Routine-Untersuchungen verschoben. Im zweiten und dritten Pandemiejahr war die Kapazität der Krankenhäuser weiterhin durch starke Personalausfälle infolge der Omikron-Infektionswelle reduziert [1]. Auswertungen auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK zeigen zudem, dass der Rückgang der Krankenhausfälle insbesondere auf eine Reduktion der Fallzahlen bei ambulant-sensitiven Indikationen zurückzuführen ist. Als ambulant-sensitive Krankenhausfälle werden Krankenhausaufenthalte bezeichnet, die durch eine effektive und rechtzeitige Inanspruchnahme der ambulanten Versorgung vermieden werden könnten. Das Konzept wird zudem als Indikator für genutzte Überkapazitäten im stationären Sektor verwendet [2]. Inwiefern sich dieses veränderte Inanspruchnahmeverhalten fortsetzt, ist in den Folgejahren weiter zu beobachten.

Datenhalter

Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

Literaturhinweise

- [1] J. Winkelmann, E. Berger, D. Panteli, C. Reichebner, H. Eckhardt, U. Nimptsch, T. Rombey und R. Busse, „Stationäre Versorgung während der ersten Welle der Covid-19-Pandemie: ein internationaler Vergleich,“ in *Krankenhaus Report 2022*, Berlin, Heidelberg, Springer, 2022.
- [2] B. Augurzky, R. Busse, A. Haering, U. Nimptsch, A. Pilny und A. Werbeck, „Leistungen und Erlöse,“ in *Krankenhaus Report 2022*, Berlin, Heidelberg, Springer, 2022.

Gesundheitszustand der Bevölkerung

Schwerbehinderte

Schwerbehinderte je 100.000 Einwohnende

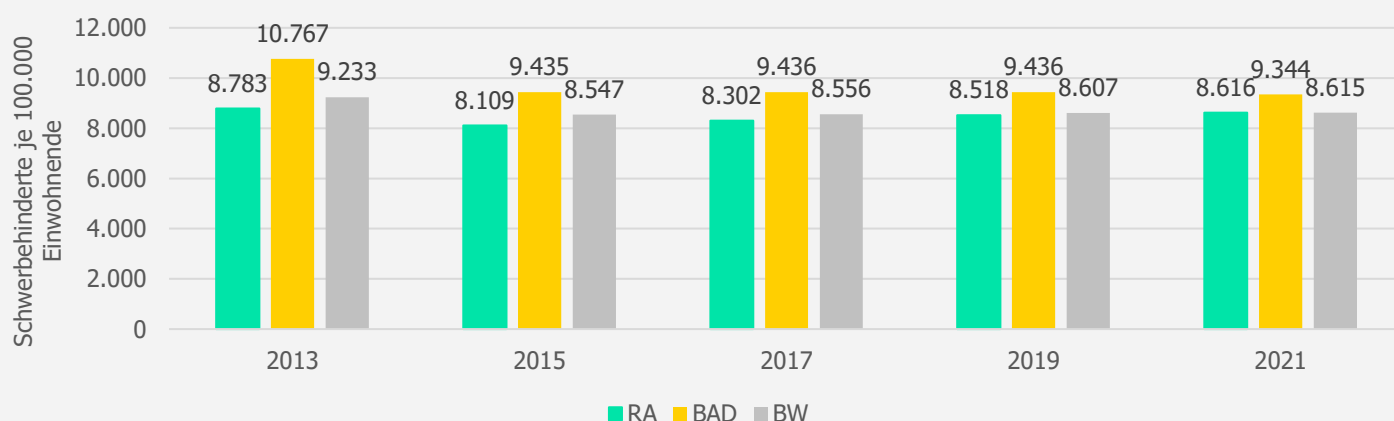
Definition

Dargestellt ist die Anzahl der Schwerbehinderten je 100.000 Einwohnende. Laut Schwerbehindertengesetz vom 26. August 1986 (BGBl. I, S. 1421) gelten Personen mit einem Grad der Behinderung von mindestens 50 als schwerbehindert. Als Behinderung gilt die Auswirkung einer über sechs Monate andauernden Funktionsbeeinträchtigung, die auf einem regelwidrigen körperlichen, geistigen oder seelischen Zustand beruht. Dies beschreibt einen Zustand, der von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht. Die Daten werden im Abstand von 2 Jahren erhoben [1].

Bedeutung/Ziele

Der Indikator legt den Fokus auf eine potenziell vulnerable Gruppe, die bei der Planung von Maßnahmen berücksichtigt werden sollte. Zu beachten ist, dass in diesem Rahmen keine Informationen über den Schweregrad und die Gründe der Schwerbehinderung vorliegen. Zudem ist zu vermerken, dass nicht alle Personen, bei denen eine Schwerbehinderung vorliegt, sich diese amtlich anerkennen lassen. Daher ist von einer Untererfassung der Anzahl Schwerbehinderter auszugehen.

Schwerbehinderte je 100.000 Einwohnende im LK Rastatt, SK Baden-Baden und Land Baden-Württemberg (2013-2021)



Beschreibung der Entwicklung

Die Anzahl der Schwerbehinderten je 100.000 Einwohnende ist im SK Baden-Baden zwischen 2013 und 2021 von 10.767 auf 9.344 gesunken und nähert sich damit dem Landeswert von 8.615 Schwerbehinderten je 100.000 Einwohnende an. Im LK Rastatt liegt die Anzahl der Schwerbehinderten je 100.000 Einwohnende im Jahr 2013 bei 8.783 und damit leicht unter dem Landeswert von 9.233. Zum Jahr 2015 sinkt der Wert leicht ab, bevor er zum aktuellen Berichtsjahr 2021 auf 8.616 ansteigt und damit dem Wert des Landes Baden-Württemberg entspricht.

Datenquelle

Statistik der Schwerbehinderten, Fortschreibung des Bevölkerungsstandes

Schwerbehinderte

Fazit

Der LK Rastatt liegt hinsichtlich der Anzahl an Schwerbehinderten zum aktuellen Berichtsjahr 2021 auf dem Landesdurchschnitt, der SK Baden-Baden liegt leicht darüber. Zum höheren Wert im SK Baden-Baden trägt die demografische Struktur in dieser Raumschaft bei, die durch einen hohen Anteil älterer Menschen gekennzeichnet ist. Behinderungen bestehen nur selten von Geburt an, sondern treten meist im fortgeschrittenen Alter auf. Dabei wird in 91 % der Fälle die Schwerbehinderung durch eine Krankheit verursacht. Angesichts der demografischen Entwicklung ist mittelfristig ein Anstieg der Anzahl Schwerbehinderter zu erwarten [2].

Datenhalter

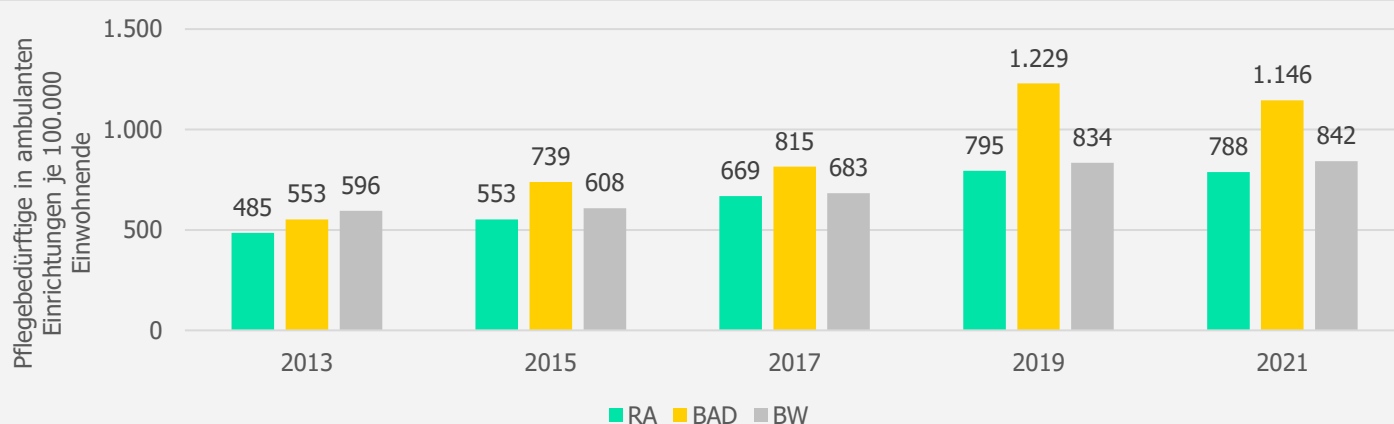
Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

Literaturhinweise

- [1] Bundesgesetzblatt I, „Erstes Gesetz zur Änderung des Schwerbehindertengesetzes (BGBl. I, S. 1421) vom 26.08.1986,“ 1986.
- [2] Statistisches Bundesamt (Destatis), „Pressemitteilung: 7,9 Millionen schwerbehinderte Menschen leben in Deutschland,“ 19 Juli 2024. [Online]. Available:
https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2024/07/PD24_281_227.html. [Zugriff am 09.08.2024].

Gesundheitszustand der Bevölkerung

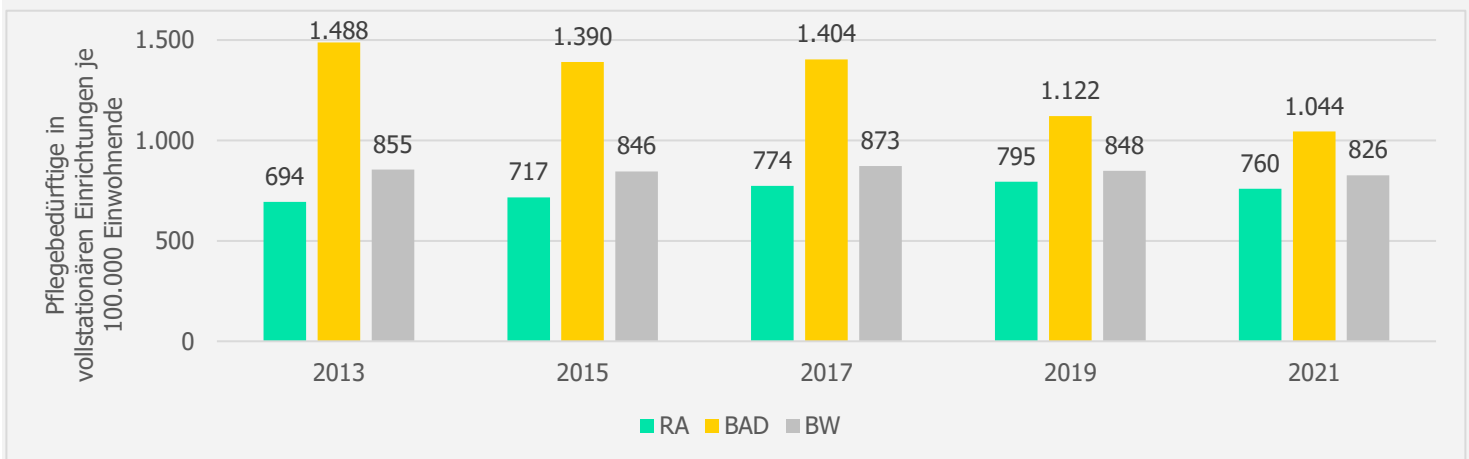
Pflegebedürftigkeit	Anzahl der von ambulanten Pflegeeinrichtungen betreuten Pflegebedürftigen je 100.000 Einwohnende
Definition	Dargestellt ist die Anzahl der Pflegebedürftigen, die von ambulanten Pflegeeinrichtungen betreut werden, je 100.000 Einwohnende. Ausschlaggebend für die Erfassung als pflegebedürftige Person ist die Entscheidung der Pflegekasse bzw. des privaten Versicherungsunternehmens über das Vorliegen einer Pflegebedürftigkeit und die Zuordnung der Pflegebedürftigen zu den Pflegegraden 1 bis 5. Die Vergleichbarkeit der Daten innerhalb der Zeitreihe ist durch die zum Berichtsjahr 2017 vorgenommene Umstellung vom System der Pflegestufen zu den Pflegegraden eingeschränkt.
Bedeutung/Ziele	Mit der Zunahme der Anzahl Älterer und Hochbetagter wird erwartet, dass der Bedarf an Pflegeleistungen in den kommenden Jahren weiter ansteigt.
Anzahl der durch ambulante Pflegeeinrichtungen betreuten Pflegebedürftigen je 100.000 Einwohnende im LK Rastatt, SK Baden-Baden und Land Baden-Württemberg (2013-2021)	



Beschreibung der Entwicklung	Die Anzahl der ambulant betreuten Pflegebedürftigen im LK Rastatt und SK Baden-Baden ist von 2013 bis 2021 kontinuierlich gestiegen. Im LK Rastatt liegt die Anzahl der ambulant betreuten Pflegebedürftigen im Berichtsjahr 2021 bei 788 je 100.000 Einwohnende und damit leicht unter dem Landeswert von 842. Der SK Baden-Baden liegt mit einem Wert von 1.146 ambulant betreute Pflegebedürftige im Berichtsjahr 2021 deutlich über dem Landeswert, wobei im Vergleich zum Vorjahreswert (1.229 im Jahr 2019) ein leichter Rückgang zu verzeichnen ist.
Datenquelle	Pflegestatistik, Fortschreibung des Bevölkerungsstandes

Pflegebedürftigkeit	Anzahl der in vollstationären Pflegeeinrichtungen betreuten Pflegebedürftigen je 100.000 Einwohnende
Definition	Dargestellt ist die Anzahl Pflegebedürftiger, die in vollstationären Pflegeeinrichtungen betreut werden, je 100.000 Einwohnende. Die Vergleichbarkeit der Daten innerhalb der Zeitreihe ist durch die zum Berichtsjahr 2017 vorgenommene Umstellung vom System der Pflegestufen zu den Pflegegraden eingeschränkt.
Bedeutung/Ziele	Mit der Zunahme der Anzahl Älterer und Hochbetagter wird erwartet, dass der Bedarf an Pflegeleistungen in den kommenden Jahren weiter ansteigt.

Anzahl der in vollstationären Pflegeeinrichtungen betreuten Pflegebedürftigen je 100.000 Einwohnende im LK Rastatt, SK Baden-Baden und Land Baden-Württemberg (2013-2021)



Beschreibung
der Entwicklung

Die Anzahl der in vollstationären Pflegeeinrichtungen betreuten Pflegebedürftigen je 100.000 Einwohnende steigt im LK Rastatt zwischen den Jahren 2013 und 2017 leicht an. Seit 2017 unterliegt der Wert nur leichten Veränderungen und liegt im aktuellen Berichtsjahr bei 760 Pflegebedürftigen in vollstationärer Pflege je 100.000 Einwohnende und damit unter dem Landeswert von 826 Pflegebedürftigen. Im SK Baden-Baden zeigt sich ein von hohem Niveau ausgehender stark sinkender Verlauf der Pflegebedürftigen in vollstationären Pflegeeinrichtungen von 1.404 im Jahr 2017 zu 1.044 im aktuellen Berichtsjahr 2021.

Datenquelle

Pflegestatistik, Fortschreibung des Bevölkerungsstandes

Pflegebedürftigkeit

Anzahl der Pflegegeldempfängerinnen und -empfänger je 100.000 Einwohnende

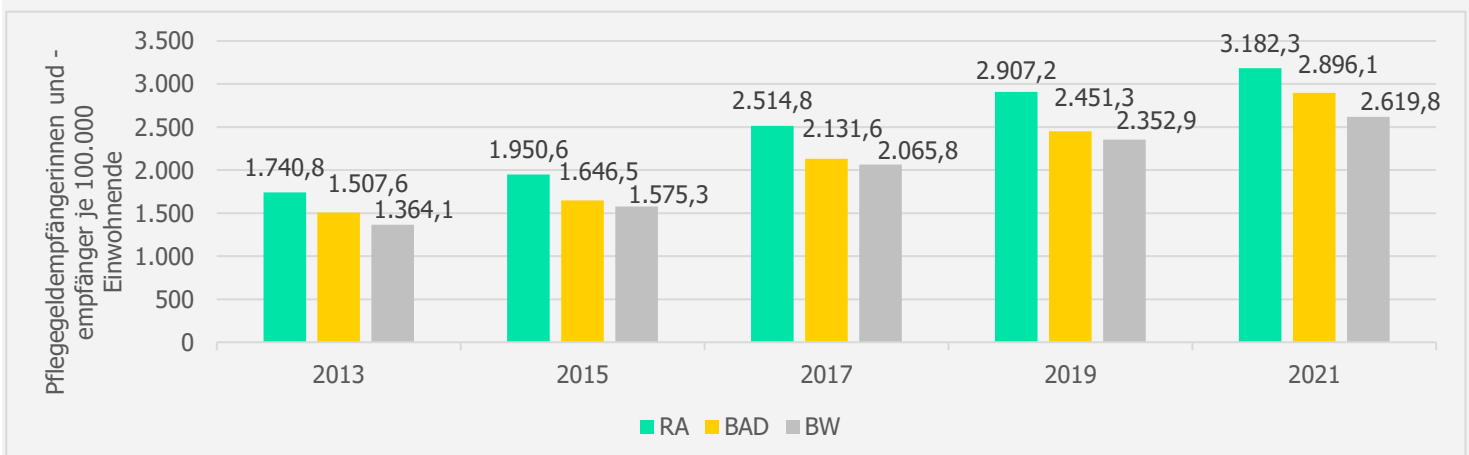
Definition

Dargestellt ist die Anzahl der Pflegegeldempfängerinnen und -empfänger je 100.000 Einwohnende, die ausschließlich Pflegegeld erhalten (keine Kombinationsleistungen). Ein Anspruch auf Pflegegeld besteht ab Pflegegrad 2. Bei Pflegegeldempfängerinnen und -empfängern wird zwischen denjenigen unterschieden, die ausschließlich von den Angehörigen (oder anderen Personen) versorgt werden und denjenigen, die zusätzlich von ambulanten Pflegeeinrichtungen in Form von Kombinationsleistungen versorgt werden. Die Vergleichbarkeit der Daten innerhalb der Zeitreihe ist durch die zum Berichtsjahr 2017 vorgenommene Umstellung vom System der Pflegestufen zu den Pflegegraden eingeschränkt.

Bedeutung/Ziele

Mit der Zunahme der Anzahl Älterer und Hochbetagter wird erwartet, dass der Bedarf an Pflegeleistungen in den kommenden Jahren weiter ansteigt.

Anzahl der Pflegegeldempfängerinnen und -empfänger je 100.000 Einwohnende im LK Rastatt, SK Baden-Baden und Land Baden-Württemberg (2013-2021)



Beschreibung der Entwicklung	Sowohl für den LK Rastatt als auch für den SK Baden-Baden zeigt sich eine kontinuierliche Zunahme der Anzahl der Pflegegeldempfängerinnen und -empfänger je 100.000 Einwohner. Der LK Rastatt weist dabei im Vergleich zum SK Baden-Baden stets die höheren Werte auf. Beide Raumschaften liegen zum aktuellen Berichtsjahr 2021 deutlich über dem Wert des Landes Baden-Württemberg.
	Der sprunghafte Anstieg der Werte zum Berichtsjahr 2017 lässt sich durch die zum 01.01.2017 in Kraft getretene Pflegereform und der daraus resultierenden Überleitung der bisherigen Pflegestufen in die neuen Pflegegrade erklären.
Datenquelle	Pflegestatistik, Fortschreibung des Bevölkerungsstandes

Pflegebedürftigkeit

Fazit

Die Daten zur Pflegebedürftigkeit im LK Rastatt und SK Baden-Baden zeigen, dass die Mehrzahl der Pflegebedürftigen in beiden Raumschaften Pflegegeld erhalten und durch Privatpersonen zuhause betreut werden. Hierbei zeigt sich sowohl im LK Rastatt als auch im SK Baden-Baden ein stark steigender Verlauf. Pflegebedürftige, die nicht durch Privatpersonen, wie zum Beispiel Angehörige gepflegt werden, lassen sich etwa zu gleichen Teilen dem ambulanten und stationären Pflegebereich zuordnen. Der SK Baden-Baden fällt vor allem im Bereich ambulanter und vollstationär betreuter Pflegebedürftiger durch im Vergleich zum Landeswert hohe Zahlen auf. Dies kann auf den überdurchschnittlich hohen Anteil hochbetagter Personen im SK Baden-Baden zurückgeführt werden. Mit steigendem Lebensalter steigt auch der Bedarf an professioneller Versorgung in Form von ambulanter und vollstationärer Pflege [1]. Der sprunghafte Rückgang der Anzahl vollstationär betreuter Pflegebedürftiger zwischen den Jahren 2017 und 2019 bei gleichzeitiger Zunahme der ambulant betreuten Pflegebedürftigen lässt sich unter anderem durch die Landesheimbauverordnung und die dadurch bedingte Reduktion stationärer Pflegeplätze erklären.

Die Anzahl der Pflegegeldempfängerinnen und -empfänger liegt sowohl im LK Rastatt als im SK Baden-Baden deutlich über dem Landesschnitt. In beiden Raumschaften hat die Anzahl an Pflegegeldempfängerinnen und -empfängern im Zeitverlauf außerdem stark zugenommen. Der LK Rastatt fällt dabei besonders durch hohe Werte auf. Der Anteil älterer Menschen liegt auch im LK Rastatt über dem Landesdurchschnitt [2]. Im Vergleich zum SK Baden-Baden wird im LK Rastatt Pflege verstärkt im häuslichen Umfeld durch Privatpersonen erbracht, während ambulante und vollstationäre Pflegeleistungen in unterdurchschnittlichem Maß in Anspruch genommen werden. Insgesamt lässt sich schließen, dass durch die steigende Anzahl älterer und hochbetagter Menschen der Bedarf an Pflegeleistungen weiter zunehmen wird. Die Darstellungen auf diesem Faktenblatt weisen dabei insbesondere auf die zunehmende Bedeutung der Pflege durch Privatpersonen im häuslichen Umfeld hin. Der Unterstützung pflegender Angehöriger sowie der Gestaltung altersgerechter Quartiere kommt daher eine wachsende Bedeutung zu.

Datenhalter	Statistisches Landesamt Baden-Württemberg
-------------	---

Literaturhinweise

- [1] Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung, „Bund-Länder Demografie Portal: Versorgung von Pflegebedürftigen,“ 2024. [Online]. Available: <https://www.demografie-portal.de/DE/Fakten/pflegebeduerftige-versorgung.html>. [Zugriff am 19.08.2024].
- [2] Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg, Abteilung 7 Landesgesundheitsamt, „Gesundheitsatlas Baden-Württemberg, Altersstruktur der Bevölkerung,“ 2022. [Online]. Available: <https://dashboards.instantatlas.com/viewer/report?appid=50f7560278bb41b6b800bc71fe6e9df9>. [Zugriff am 19.08.2024].

Gesundheitszustand der Bevölkerung

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Sterbefälle infolge von Krankheiten des Kreislaufsystems je 100.000 Einwohnende

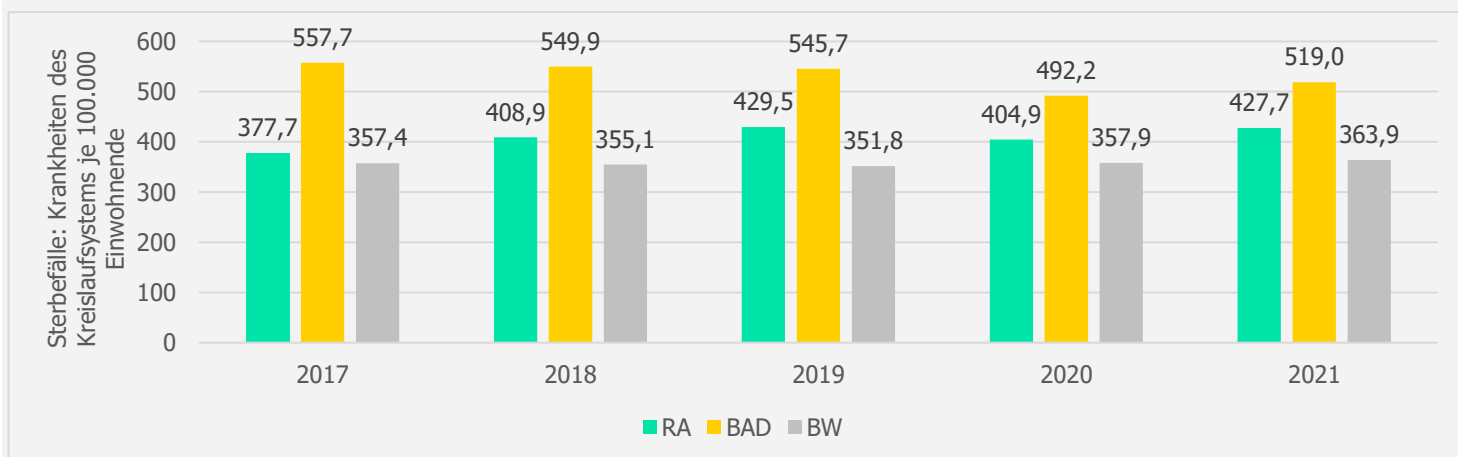
Definition

Dargestellt ist die Anzahl der Sterbefälle infolge von Krankheiten des Kreislaufsystems (ICD-10: I00-I99) je 100.000 Einwohnende. In der Todesursachenstatistik ist die Todesursache gleichbedeutend mit dem sogenannten Grundleiden und wird definiert als jene Krankheit oder Verletzung, die den Ablauf der direkt zum Tode führenden Krankheitszustände auslöste, oder die Umstände des Unfalls oder der Gewalteinwirkung, die den tödlichen Ausgang verursachten. Das Grundleiden wird durch Auswertung der Todesbescheinigungen nach den internationalen Regeln der WHO (ICD-10) ermittelt.

Bedeutung/Ziele

Herz-Kreislauf-Erkrankungen stellen in Deutschland seit Jahren die häufigste Todesursache dar. Im Jahr 2021 sind 33 % aller Sterbefälle in Deutschland auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen zurückzuführen [1]. Als Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen gelten neben dem Alter und dem männlichen Geschlecht auch potenziell modifizierbare Faktoren wie Bluthochdruck, Übergewicht, Nikotinkonsum, Bewegungsarmut und Diabetes mellitus [2, 3].

Sterbefälle infolge von Krankheiten des Kreislaufsystems je 100.000 Einwohnende im LK Rastatt, SK Baden-Baden und Land Baden-Württemberg (2017-2021)



Beschreibung

der Entwicklung

Die Sterbefälle infolge von Krankheiten des Kreislaufsystems zeigen für den LK Rastatt im Zeitverlauf nur leichte Schwankungen. Im aktuellen Berichtsjahr liegt der Wert bei 427,7 Sterbefälle je 100.000 Einwohnende und damit über dem Wert des Landes Baden-Württemberg im selben Berichtsjahr (2021: 363,9). Für den SK Baden-Baden zeigt sich ein von hohem Niveau ausgehender leicht sinkender Trend, der mit einem Wert von 519,0 Sterbefälle zum aktuellen Berichtsjahr weiterhin deutlich über dem Landeswert liegt.

Datenquelle

Todesursachenstatistik, Bevölkerungsstatistik

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Sterbefälle infolge ischämischer Herzkrankheit je 100.000 Einwohnende

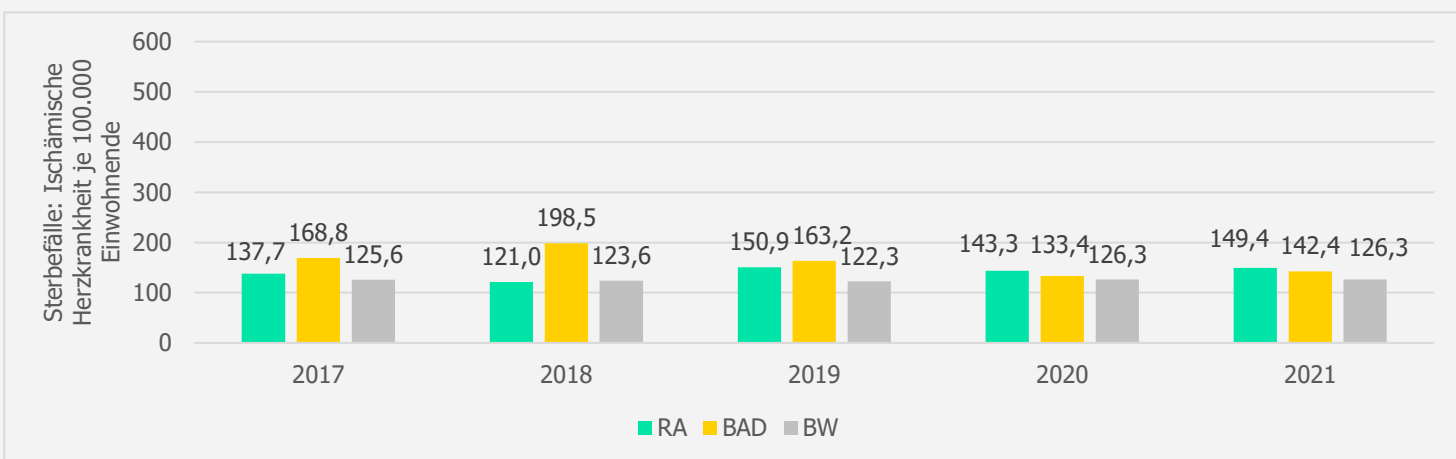
Definition

Dargestellt ist die Anzahl der Sterbefälle infolge von ischämischen Herzkrankheiten (ICD-10: I20-I25) je 100.000 Einwohnende.

Bedeutung/Ziele

Bei einer ischämischen Herzerkrankung kommt es durch verengte Herzkranzgefäße zu einer Mangeldurchblutung des Herzens. Rauchen, Übergewicht, Bluthochdruck und Störungen des Fett- und Zuckerstoffwechsels zählen zu den vermeidbaren Risikofaktoren der ischämischen Herzkrankheit [2].

Sterbefälle infolge ischämischer Herzkrankheit je 100.000 Einwohnende im LK Rastatt, SK Baden-Baden und Land Baden-Württemberg (2017-2021)



Beschreibung
der Entwicklung

Die Sterbefälle infolge ischämischer Herzkrankheiten je 100.000 Einwohnende im LK Rastatt unterliegen im Zeitverlauf leichten Schwankungen. Zum aktuellen Berichtsjahr 2021 liegt der Wert bei 149,9 und damit über dem Landeswert von 126,3. Im SK Baden-Baden ist zwischen den Berichtsjahren 2017 und 2018 ein Anstieg der Sterbefälle zu erkennen, infolgedessen ein sinkender Verlauf der Sterbefälle deutlich wird. Im Jahr 2021 liegt der Wert des SK Baden-Baden mit 142,4 Sterbefällen pro 100.000 Einwohnende leicht unter dem Wert des LK Rastatt, aber weiterhin über dem Wert des Landes Baden-Württemberg.

Datenquelle

Todesursachenstatistik, Bevölkerungsstatistik

**Herz-Kreislauf-
Erkrankungen**

Sterbefälle infolge eines Myokardinfarkts je 100.000 Einwohnende

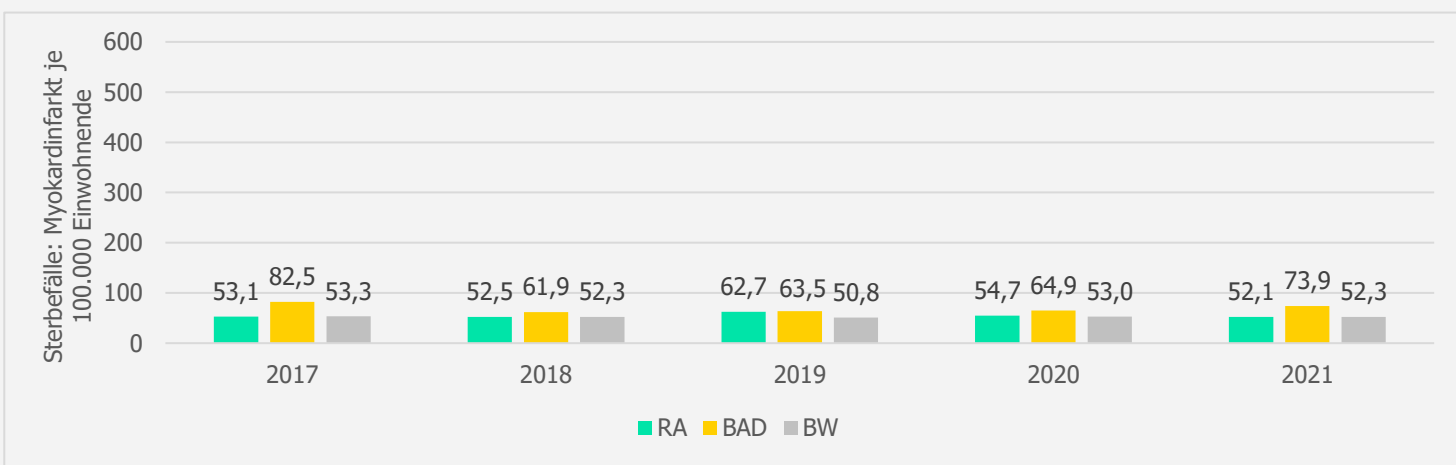
Definition

Dargestellt ist die Anzahl der Sterbefälle infolge eines Myokardinfarkts (ICD-10: I21-I22) je 100.000 Einwohnende.

Bedeutung/Ziele

Der Myokardinfarkt stellt eine akute Komplikation der ischämischen Herzkrankheit dar. Rauchen, Übergewicht, Bluthochdruck und Störungen des Fett- und Zuckerstoffwechsels zählen zu den vermeidbaren Risikofaktoren des Myokardinfarkts [2].

Sterbefälle infolge eines Myokardinfarkts je 100.000 Einwohnende im LK Rastatt, SK Baden-Baden und Land Baden-Württemberg (2017-2021)



Beschreibung der Entwicklung

Die Anzahl an Sterbefällen infolge eines Myokardinfarkts entsprechen im LK Rastatt weitestgehend dem Wert des Landes Baden-Württemberg. Einzig im Jahr 2019 liegt der Wert des LK Rastatt mit 62,7 einmalig deutlich über dem Landeswert von 50,8. Im SK Baden-Baden liegt die Anzahl der Sterbefälle über die Zeitreihe stets über dem Landeswert. Der höchste Wert der Zeitreihe liegt mit 82,5 im Jahr 2017, wobei in den Folgejahren niedrigere Werte zu verzeichnen sind. Zum aktuellen Berichtsjahr 2021 ist ein erneuter Anstieg auf 73,9 Sterbefälle je 100.000 Einwohnende infolge eines Myokardinfarkts zu erkennen.

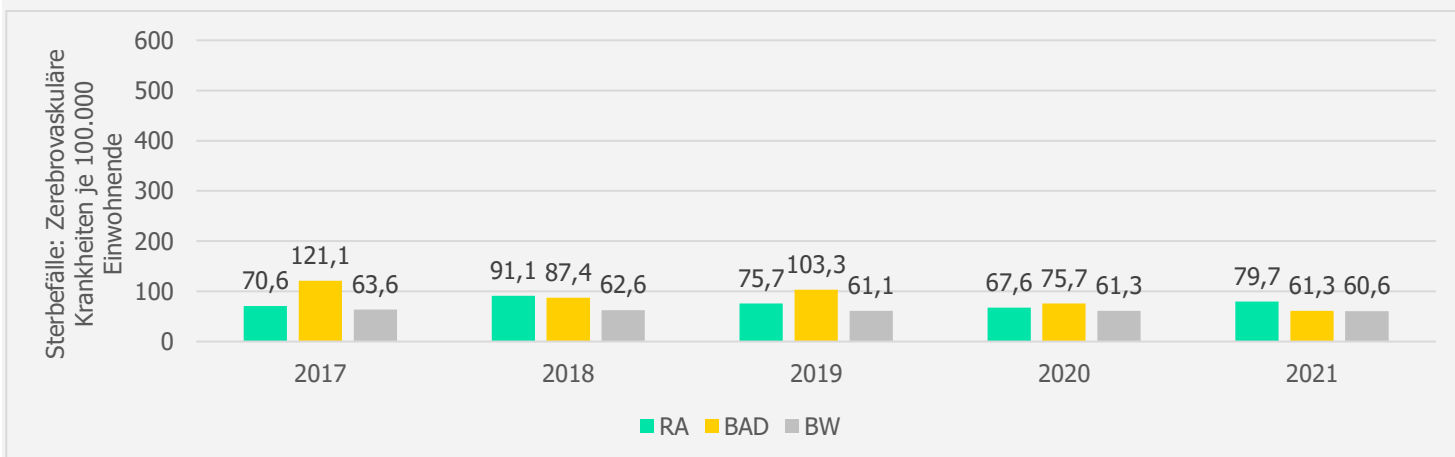
Datenquelle Todesursachenstatistik, Bevölkerungsstatistik

Herz-Kreislauf-Erkrankungen	Sterbefälle infolge zerebrovaskulärer Krankheiten je 100.000 Einwohnende
------------------------------------	---

Definition Dargestellt ist die Anzahl der Sterbefälle infolge zerebrovaskulärer Krankheiten (ICD-10: I60-I69) je 100.000 Einwohnende.

Bedeutung/Ziele Unter zerebrovaskulären Krankheiten fallen Schlaganfälle und sonstige Erkrankungen der Blutgefäße des Gehirns. Schlaganfälle sind in Deutschland die zweithäufigste Todesursache und darüber hinaus eine Hauptursache für Behinderungen bei Erwachsenen [3]. Bluthochdruck, Störungen des Fett- und Zuckerstoffwechsels, Rauchen und Übergewicht, zählen zu den vermeidbaren Risikofaktoren [2].

Sterbefälle infolge zerebrovaskulärer Krankheiten je 100.000 Einwohnende im LK Rastatt, SK Baden-Baden und Land Baden-Württemberg (2017-2021)



Beschreibung der Entwicklung

Die Sterbefälle infolge zerebrovaskulärer Krankheiten je 100.000 Einwohnende im LK Rastatt zeigen einen schwankenden Verlauf, der stets über dem Wert des Landes Baden-Württemberg liegt. Zum aktuellen Berichtsjahr 2021 liegt der Wert bei 79,7 Sterbefällen je 100.000 Einwohnende. Für den SK Baden-Baden zeigt sich ein von hohem Niveau (121,1) ausgehender sinkender Verlauf, sodass der Wert zum aktuellen Berichtsjahr etwa dem Landeswert entspricht (SK Baden-Baden: 61,3, Land Baden-Württemberg: 60,6).

Datenquelle Todesursachenstatistik, Bevölkerungsstatistik

Herz-Kreislauf-Erkrankungen	Vermeidbare Sterbefälle infolge von Hypertonie und zerebrovaskulärer Krankheiten je 100.000 Einwohnende
------------------------------------	--

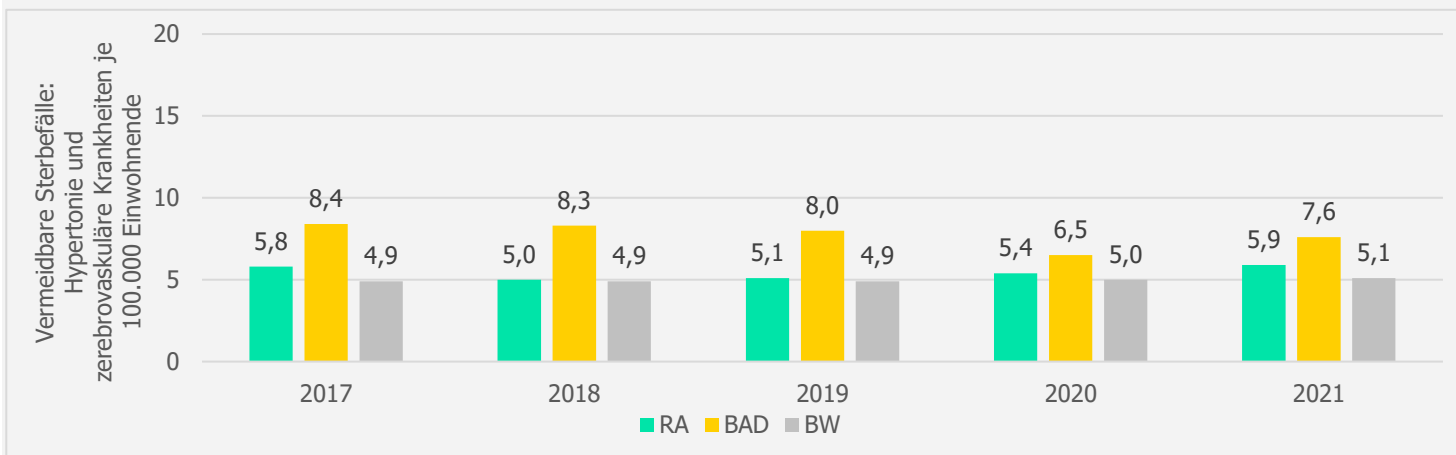
Definition Dargestellt ist die Anzahl der an den Folgen von Hypertonie und zerebrovaskulären Krankheiten verstorbenen 35- bis 64-jährigen Personen (ICD-10: I10-I15 & I60-I69), im 5-Jahresdurchschnitt je 100.000 Einwohnende. Die angegebene Jahreszahl entspricht dem letzten Jahr des 5-Jahres-Zeitraums.

Der Begriff "vermeidbare Sterbefälle" bezieht sich auf ausgewählte Todesursachen, die (für die jeweils betrachtete Altersgruppe) unter adäquaten Behandlungs- und Vorsorgebedingungen als vermeidbar gelten.

Bedeutung/Ziele

Der Indikator ist ein Maß für die Qualität des Gesundheitssystems im Hinblick auf das Ausmaß der Sterblichkeit, die bei adäquater Prävention und Versorgung in einer bestimmten Altersgruppe prinzipiell vermeidbar gewesen wäre. Er basiert auf einer Auswahl von Todesursachen, die als sensibel für Präventions- und Versorgungseffekte gelten. Die Berechnung erfolgt auf der Grundlage von Daten der Todesursachenstatistik und der Bevölkerungsstatistik.

Vermeidbare Sterbefälle infolge von Hypertonie und zerebrovaskulärer Krankheiten je 100.000 Einwohner im LK Rastatt, SK Baden-Baden und Land Baden-Württemberg (2017-2021)



Beschreibung der Entwicklung

Die vermeidbaren Sterbefälle infolge von Hypertonie und zerebrovaskulärer Krankheiten bewegen sich im LK Rastatt im Zeitraum zwischen 2017 und 2021 zwischen 5,9 und 5,0 je 100.000 Einwohner und liegen damit leicht über den Werten des Landes Baden-Württemberg. Im SK Baden-Baden ist zwischen 2017 und 2020 eine von einem hohen Niveau (8,4) ausgehende kontinuierliche Reduktion der vermeidbaren Sterbefälle zu erkennen. Im Jahr 2020 erreicht die Zeitreihe mit 6,5 vermeidbaren Sterbefällen je 100.000 Einwohner ihren tiefsten Wert. Zum aktuellen Berichtsjahr 2021 ist ein geringfügiger Anstieg auf 7,6 zu verzeichnen.

Datenquelle

Todesursachenstatistik, Bevölkerungsstatistik

Herz-Kreislauf- Erkrankungen

Vermeidbare Sterbefälle infolge ischämischer Herzkrankheit je 100.000 Einwohner

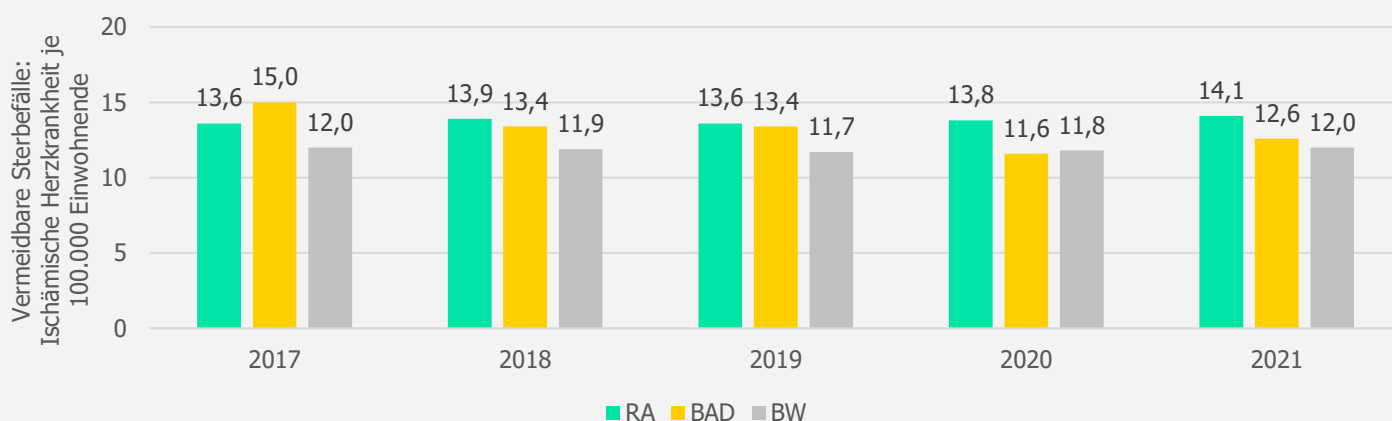
Definition

Dargestellt ist die Anzahl der 35- bis 64-jährigen Personen im 5-Jahresdurchschnitt je 100.000 Einwohner, die infolge von ischämischer Herzkrankheit gestorben sind (ICD-10: I20- I25). Die angegebene Jahreszahl entspricht dem letzten Jahr des 5-Jahres-Zeitraums.

Bedeutung/Ziele

Der Indikator ist ein Maß für die Qualität des Gesundheitssystems im Hinblick auf das Ausmaß der Sterblichkeit, die bei adäquater Prävention und Versorgung in einer bestimmten Altersgruppe prinzipiell vermeidbar gewesen wäre. Er basiert auf einer Auswahl von Todesursachen, die als sensibel für Präventions- und Versorgungseffekte gelten. Die Berechnung erfolgt auf der Grundlage von Daten der Todesursachenstatistik und der Bevölkerungsstatistik.

Vermeidbare Sterbefälle infolge von ischämischer Herzkrankheit je 100.000 Einwohnende im LK Rastatt, SK Baden-Baden und Land Baden-Württemberg (2017-2021)



**Beschreibung
der Entwicklung**

Die vermeidbaren Sterbefälle infolge ischämischer Herzkrankheit bewegen sich im betrachteten Zeitraum im LK Rastatt auf etwa konstantem Niveau, das sich über dem des Landes Baden-Württemberg befindet. Im LK Rastatt liegen im aktuellen Berichtsjahr 2021 14,1 vermeidbare Sterbefälle vor, während der Wert des Landes Baden-Württemberg bei 12,0 Sterbefällen liegt. Für den SK Baden-Baden zeigt sich ein sinkender Verlauf, der von 15,0 vermeidbaren Sterbefällen je 100.000 Einwohnende im Jahr 2017 ausgeht und den niedrigsten Wert von 11,6 im Jahr 2020 erreicht. Zum aktuellen Berichtsjahr ist eine leichte Zunahme auf 12,6 zu erkennen.

Datenquelle

Todesursachenstatistik, Bevölkerungsstatistik

**Herz-Kreislauf-
Erkrankungen**

Fazit

Herz-Kreislauf-Erkrankungen stellen Erkrankungen mit hoher Public Health Relevanz dar. Sie sind seit Jahren in Deutschland die führende Todesursache und bieten gleichzeitig ein hohes Präventionspotenzial, da die Hauptrisikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Bluthochdruck, Störungen des Fett- und Zuckerstoffwechsels, Rauchen, Übergewicht, körperliche Inaktivität) als vermeidbar gelten [2, 3].

Sowohl im LK Rastatt als auch insbesondere im SK Baden-Baden liegen die Zahlen zu Sterbefällen infolge von Herz-Kreislauf-Erkrankungen über dem Landesdurchschnitt. Besonders der SK Baden-Baden fällt durch hohe Werte auf. Der Blick in die einzelnen Diagnosegruppen zeigt, dass der SK Baden-Baden insbesondere bei den Sterbefällen infolge eines Myokardinfarkts hohe Zahlen aufweist, während für den LK Rastatt die erhöhten Werte für Sterbefälle infolge zerebrovaskulärer Krankheiten auffallen. In beiden Raumschaften lässt sich dabei im zeitlichen Verlauf kein klarer Trend erkennen.

Die Sterblichkeit bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen steigt mit höherem Lebensalter an. Im Vergleich zum Land Baden-Württemberg ist der Anteil älterer Menschen insbesondere im SK Baden-Baden, aber auch im LK Rastatt erhöht. Dies erklärt zumindest teilweise die im Vergleich zum Land Baden-Württemberg erhöhte Anzahl der Sterbefälle bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Hinweise auf den Bedarf an präventiven Maßnahmen lassen sich auch aus dem Indikator vermeidbare Sterbefälle ableiten. Hier zeigt der SK Baden-Baden bei den vermeidbaren Sterbefällen infolge von Hypertonie und zerebrovaskulärer Krankheiten im Vergleich zum Land Baden-Württemberg höhere Werte, während die vermeidbaren Sterbefälle infolge ischämischer Herzkrankheit im LK Rastatt erkennbar über dem Durchschnitt des Landes Baden-Württemberg liegen.

Verbesserte Möglichkeiten in der Akutbehandlung und Prävention haben insgesamt in den letzten 20 Jahren zu einer deutlichen Reduktion der Sterblichkeit bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen geführt [3]. Zielführende präventive Maßnahmen sind die konsequente Bekämpfung des Rauchens, die Erkennung und Behandlung von Bluthochdruck, die Vermeidung chronisch erhöhter Insulinspiegel durch Prävention von Übergewicht sowie die Berücksichtigung einer familiären Vorbelastung für frühe kardiovaskuläre Ereignisse [3]. Die Darstellungen der Sterbefälle infolge von Herz-Kreislauf-Erkrankungen auf diesem Faktenblatt verdeutlichen den regionalen Bedarf an den genannten Präventionsmaßnahmen zur Reduktion der Sterbefälle infolge von Herz-Kreislauf-Erkrankungen im LK Rastatt und SK Baden-Baden.

Datenhalter

Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

Literaturhinweise

- [1] Statistisches Bundesamt (Destatis), „Todesursachenstatistik 2021: 7 % aller Todesfälle gehen direkt auf COVID-19 zurück,“ 2022. [Online]. Available: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2022/12/PD22_544_23211.html. [Zugriff am 20.08.2024].
- [2] A. Flammer, J. Steffel und T. Lüscher, „Epidemiologie der Herz-Kreislauf-Erkrankungen – Prävalenz, Risikofaktoren und Prävention,“ in *Herz-Kreislauf*, Berlin, Heidelberg, Springer, 2014, pp. 29-34.
- [3] Robert Koch-Institut (Hrsg), Gesundheit in Deutschland 2015. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Berlin: Gemeinsam getragen von RKI und Destatis, 2015.

Gesundheitszustand der Bevölkerung

Bösartige Neubildungen

Sterbefälle infolge bösartiger Neubildungen je 100.000 Einwohnende

Definition

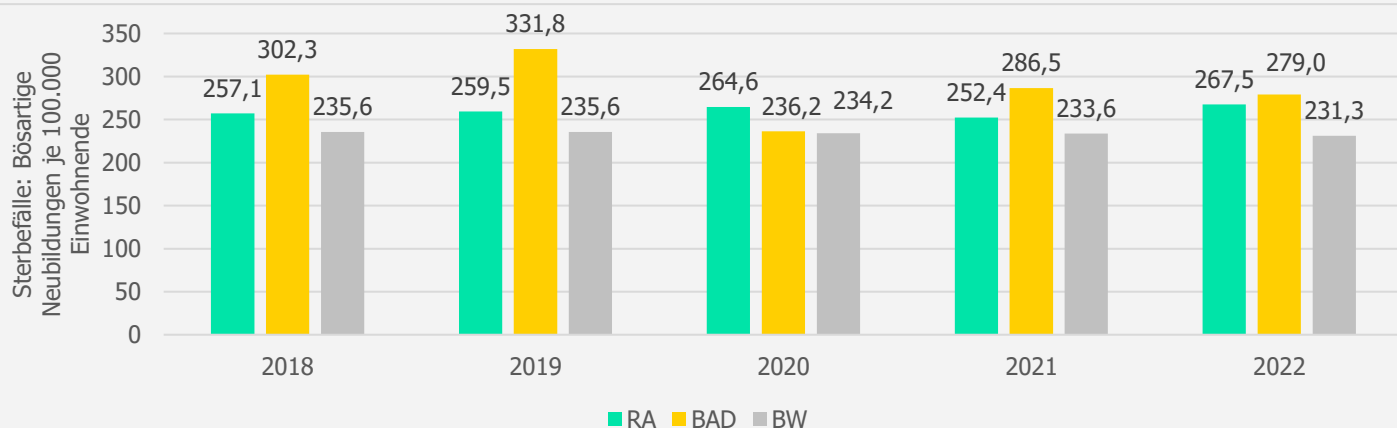
Dargestellt ist die Anzahl der Sterbefälle infolge von bösartigen Neubildungen (ICD-10: C00-C97) je 100.000 Einwohnende. Für die Registrierung der Sterbefälle ist die letzte Wohngemeinde, bei mehreren Wohnungen die Hauptwohnung des Gestorbenen maßgebend.

In der Todesursachenstatistik ist die Todesursache gleichbedeutend mit dem sogenannten Grundleiden und wird definiert als jene Krankheit oder Verletzung, die den Ablauf der direkt zum Tode führenden Krankheitszustände auslöste, oder die Umstände des Unfalls oder der Gewalteinwirkung, die den tödlichen Ausgang verursachten.

Bedeutung/Ziele

Bösartige Neubildungen zählen nach Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems zu den zweithäufigsten Todesursachen in Deutschland [1].

Sterbefälle infolge bösartiger Neubildungen je 100.000 Einwohnende im LK Rastatt, SK Baden-Baden und Land Baden-Württemberg (2018-2022)



Beschreibung der Entwicklung

Die Sterbefälle infolge bösartiger Neubildungen je 100.000 Einwohnende unterliegen im LK Rastatt im zeitlichen Verlauf nur leichten Schwankungen und bewegen sich im Berichtszeitraum von 2018 bis 2022 zwischen 252,4 und 267,5 und damit konstant über dem Landeswert.

Stärkere Schwankungen der Sterbefälle zeigen sich für den SK Baden-Baden. Nach einem Anstieg zwischen 2018 und 2019 sinkt der Wert zum Jahr 2020 bis auf das Niveau des Landes Baden-Württemberg ab. Im Jahr 2021 ist ein erneuter Anstieg zu erkennen, der von einer leichten Reduktion der Sterbefälle zum aktuellen Berichtsjahr gefolgt wird.

Datenquelle

Todesursachenstatistik, Bevölkerungsstatistik

Bösartige Neubildungen

Sterbefälle infolge bösartiger Neubildungen der Luftröhre, Bronchien und Lunge je 100.000 Einwohnende

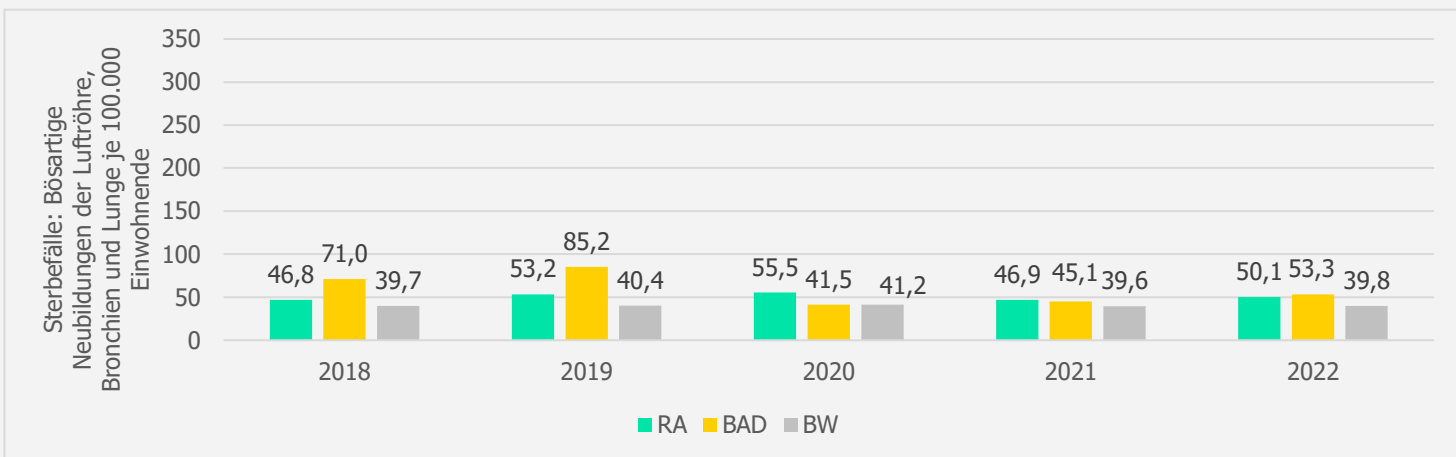
Definition

Dargestellt ist die Anzahl der Sterbefälle infolge von bösartigen Neubildungen der Luftröhre, Bronchien und Lunge (ICD-10: C33-C34) je 100.000 Einwohnende.

Bedeutung/Ziele

Bösartige Neubildungen zählen nach Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems zu den zweithäufigsten Todesursachen in Deutschland [1]. Daten des deutschen Krebsregisters aus dem Berichtsjahr 2019/2020 zeigen, dass bösartige Neubildungen der Luftröhre, Bronchien und Lunge bei Männern die häufigste krebserkrankungsbedingte Todesursache darstellen, bei Frauen die zweithäufigste [2].

Sterbefälle infolge bösartiger Neubildungen der Luftröhre, Bronchien und Lunge je 100.000 Einwohnende im LK Rastatt, SK Baden-Baden und Land Baden-Württemberg (2018-2022)



**Beschreibung
der Entwicklung**

Die Sterbefälle infolge bösartiger Erkrankungen der Luftröhre, Bronchien und Lunge je 100.000 Einwohnende folgen im LK Rastatt einem schwankenden Verlauf, der sich stets über dem Niveau des Landes Baden-Württemberg bewegt. Im aktuellen Berichtsjahr 2022 liegen 50,1 Sterbefälle je 100.000 Einwohnende vor. Der höchste Wert der Zeitreihe liegt bei 55,5 Sterbefällen im Jahr 2020.

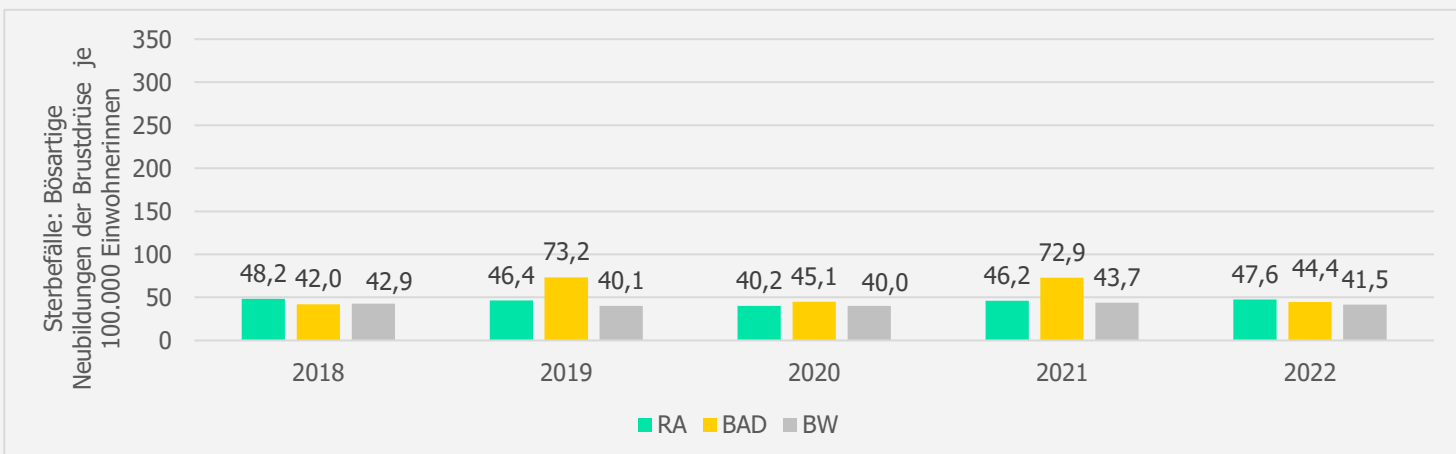
Die Sterbefälle infolge bösartiger Erkrankungen der Luftröhre, Bronchien und Lunge je 100.000 Einwohnende im SK Baden-Baden zeigen zu Beginn der Zeitreihe in den Jahren 2018 und 2019 hohe Werte von 71,0 beziehungsweise 85,2 pro 100.000 Einwohnende. Von diesen hohen Werten ausgehend zeigt sich zum Jahr 2020 eine Halbierung der Sterbefälle auf 41,5 Fälle pro 100.000 Einwohnende. Dies entspricht etwa dem Niveau des Landes Baden-Württemberg. In den Folgejahren ist ein erneuter leichter Anstieg in den Sterbefällen zu erkennen mit einem Wert von 53,3 Fällen im aktuellen Berichtsjahr 2022.

Datenquelle

Todesursachenstatistik, Bevölkerungsstatistik

Bösartige Neubildungen	Sterbefälle infolge bösartiger Neubildungen der Brustdrüse je 100.000 Einwohnerinnen
Definition	Dargestellt ist die Anzahl der an bösartigen Neubildungen der Brustdrüse (ICD-10: C50) gestorbenen Frauen je 100.000 Einwohnerinnen.
Bedeutung/Ziele	Bösartige Neubildungen zählen nach Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems zu den zweithäufigsten Todesursachen in Deutschland [1]. Daten des deutschen Krebsregisters aus dem Berichtsjahr 2019/2020 zeigen, dass Brustkrebserkrankungen bei Frauen die häufigste krebsbedingte Todesursache darstellen [2].

Sterbefälle infolge bösartiger Neubildungen der Brustdrüse je 100.000 Einwohnerinnen im LK Rastatt, SK Baden-Baden und Land Baden-Württemberg (2018-2022)



**Beschreibung
der Entwicklung**

Die Sterbefälle infolge bösartiger Neubildungen der Brustdrüse je 100.000 Einwohnerinnen unterliegen im Landkreis Rastatt im Beobachtungszeitraum von 2018 bis 2022 nur geringfügigen Schwankungen. Von 48,2 Sterbefällen im Jahr 2018 ausgehend folgt bis zum Jahr 2020 eine Reduktion der Sterbefälle auf einen Tiefstwert von 40,2 und somit bis auf das Niveau des Landes Baden-Württemberg. In den Folgejahren ist ein Anstieg der Sterbefälle auf 47,6 und damit bis annähernd zurück auf das Ausgangsniveau von 2018 zu verzeichnen. Der Wert des Landes Baden-Württemberg hingegen zeigt in den Jahren von 2020 bis 2022 nur eine leichte Steigerung auf 41,5 Sterbefälle je 100.000 Einwohnerinnen.

Im SK Baden-Baden zeigen sich größere Schwankungen in den Sterbefällen. Es zeigen sich vergleichsweise wenige Sterbefälle in den Jahren 2018 (42,0), 2020 (45,1) und 2022 (44,4), die sich im Bereich des Landeswertes bewegen, im Wechsel mit vergleichsweise vielen Sterbefällen von 73,2 beziehungsweise 72,9 je 100.000 Einwohnerinnen in den Jahren 2019 und 2021.

Datenquelle

Todesursachenstatistik, Bevölkerungsstatistik

**Bösartige
Neubildungen**

Vermeidbare Sterbefälle infolge bösartiger Neubildungen der Luftröhre, Bronchien und Lunge je 100.000 Einwohnende

Definition

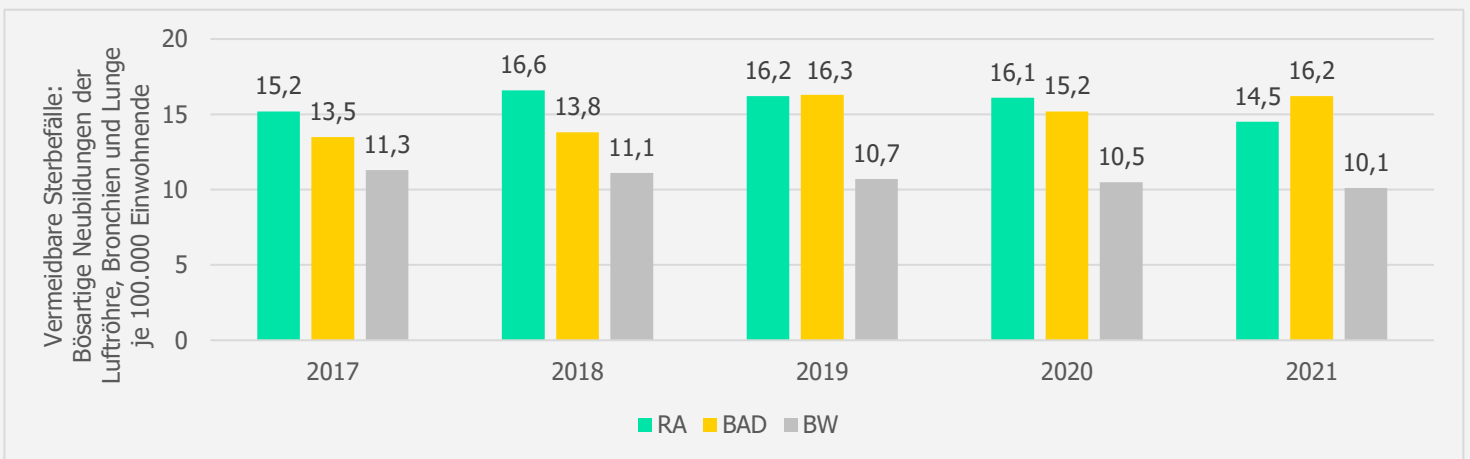
Dargestellt ist die Anzahl der 15- bis 64-jährigen Personen, die an Lungenkrebs gestorben sind (ICD-10: C33-C34), im 5-Jahresdurchschnitt je 100.000 Einwohnende. Die angegebene Jahreszahl entspricht dem letzten Jahr des 5-Jahres-Zeitraums. Anders als bei den oben dargestellten Sterbefällen liegt die Zeitreihe für die vermeidbaren Sterbefälle nur bis zum Berichtsjahr 2021 vor.

Der Begriff "vermeidbare Sterbefälle" bezieht sich auf ausgewählte Todesursachen, die unter adäquaten Behandlungs- und Vorsorgebedingungen als vermeidbar (für die jeweils betrachtete Altersgruppe) gelten.

Bedeutung/Ziele

Der Indikator ist ein Maß für die Qualität des Gesundheitssystems im Hinblick auf das Ausmaß der Sterblichkeit, die bei adäquater Prävention und Versorgung in einer bestimmten Altersgruppe prinzipiell vermeidbar gewesen wäre. Er basiert auf einer Auswahl von Todesursachen, die als sensibel für Präventions- und Versorgungseffekte gelten. Die Berechnung erfolgt auf der Grundlage von Daten der Todesursachenstatistik und der Bevölkerungsstatistik.

Vermeidbare Sterbefälle infolge bösartiger Neubildungen der Luftröhre, Bronchien und Lunge je 100.000 Einwohnende im LK Rastatt, SK Baden-Baden und Land Baden-Württemberg (2017-2021)



**Beschreibung
der Entwicklung**

Die vermeidbaren Sterbefälle infolge bösartiger Erkrankungen der Luftröhre, Bronchien und Lunge je 100.000 Einwohnenden bewegen sich im LK Rastatt über den gesamten Beobachtungszeitraum deutlich über dem Niveau des Landes Baden-Württemberg. Vom Höchstwert der Zeitreihe im Jahr 2018 (16,6) ausgehend ist in den Folgejahren eine kontinuierliche Abnahme der Sterbefälle zu verzeichnen. Im aktuellen Berichtsjahr 2021 liegen 14,5 vermeidbare Sterbefälle pro 100.000 Einwohnende vor. Der Vergleichswert des Landes Baden-Württemberg liegt bei 10,1 Fällen. Die Entwicklung der Sterbefälle im SK Baden-Baden zeigt zwischen 2017 und 2019 eine Zunahme der vermeidbaren Sterbefälle infolge bösartiger Neubildungen der Luftröhre, Bronchien und Lunge je 100.000 Einwohner. Zwischen 2019 und 2020 sinkt der Wert zunächst leicht, kehrt zum aktuellen Berichtsjahr 2021 aber auf das Niveau des Jahres 2019 zurück. Das Niveau der vermeidbaren Sterbefälle liegt somit auch im SK Baden-Baden deutlich über dem Landeswert.

Datenquelle

Todesursachenstatistik, Bevölkerungsstatistik

**Bösartige
Neubildungen**

**Vermeidbare Sterbefälle infolge bösartiger Neubildungen der Brustdrüse
je 100.000 Einwohnerinnen**

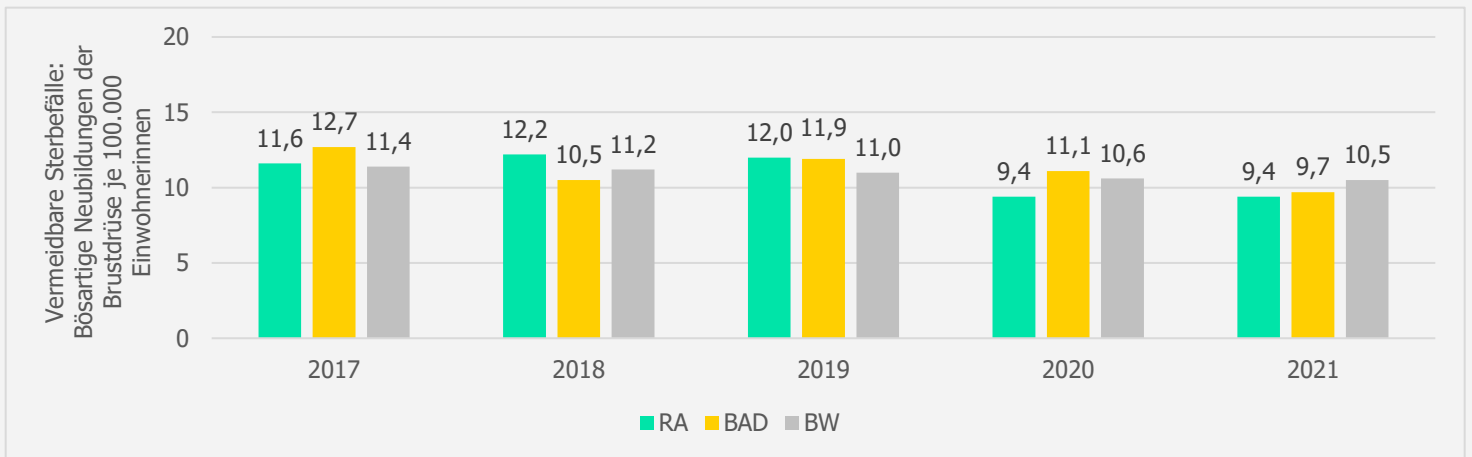
Definition

Dargestellt ist die Anzahl der 25- bis 64-jährigen Frauen, die an Brustkrebs (ICD-10: C50) gestorben sind, im 5-Jahresdurchschnitt je 100.000 Einwohnerinnen. Die angegebene Jahreszahl entspricht dem letzten Jahr des 5-Jahres-Zeitraums.

Bedeutung/Ziele

Der Indikator ist ein Maß für die Qualität des Gesundheitssystems im Hinblick auf das Ausmaß der Sterblichkeit, die bei adäquater Prävention und Versorgung in einer bestimmten Altersgruppe prinzipiell vermeidbar gewesen wäre. Er basiert auf einer Auswahl von Todesursachen, die als sensibel für Präventions- und Versorgungseffekte gelten. Die Berechnung erfolgt auf der Grundlage von Daten der Todesursachenstatistik und der Bevölkerungsstatistik.

Vermeidbare Sterbefälle infolge bösartiger Neubildungen der Brustdrüse je 100.000 Einwohnerinnen im LK Rastatt, SK Baden-Baden und Land Baden-Württemberg (2017-2021)



**Beschreibung
der Entwicklung**

Die vermeidbaren Sterbefälle infolge bösartiger Neubildungen der Brustdrüse je 100.000 Einwohnerinnen liegen im LK Rastatt im aktuellen Berichtsjahr 2021 bei 9,4 und damit knapp unter dem Landeswert von 10,5. Auch der SK Baden-Baden liegt mit einem Wert von 9,7 im Jahr 2021 auf einem ähnlich niedrigen Niveau. Im zeitlichen Verlauf zeigt sich vor allem im LK Rastatt seit 2018 ein deutlicher Rückgang der vermeidbaren Sterbefälle. Im SK Baden-Baden ist seit 2019 eine sinkende Tendenz zu erkennen. Insgesamt lässt sich über die Jahre ein allgemeiner Abwärtstrend in den vermeidbaren Sterbefällen infolge bösartiger Neubildungen der Brustdrüse im LK Rastatt und SK Baden-Baden erkennen.

Datenquelle

Todesursachenstatistik, Bevölkerungsstatistik

**Bösartige
Neubildungen**

Fazit

Bösartige Neubildungen stellen nach Herz-Kreislauferkrankungen die zweithäufigste Todesursache in Deutschland dar [1]. Die Darstellungen auf diesem Faktenblatt zeigen, dass der LK Rastatt und der SK Baden-Baden bei den krebisbedingten Sterbefällen und vermeidbaren Sterbefällen über dem Niveau des Landes Baden-Württemberg liegen. Bei den vermeidbaren Sterbefällen infolge bösartiger Neubildungen der Lunge, der Luftröhre und der Bronchien fallen die Unterschiede zum Land Baden-Württemberg besonders deutlich aus. Positiv hervorzuheben ist der Bereich der vermeidbaren Sterbefälle infolge bösartiger Neubildungen der Brustdrüse. Hier zeigen sich für den LK Rastatt und den SK Baden-Baden niedrigere Werte als für das Land Baden-Württemberg.

Insgesamt betrifft Krebs mehr ältere als jüngere Menschen. Die steigende Lebenserwartung erhöht daher für den Einzelnen die Wahrscheinlichkeit, im Laufe seines Lebens an Krebs zu erkranken. Durch den demografischen Wandel steigen somit auch die absoluten Zahlen der Sterbefälle, obwohl tatsächlich immer mehr Menschen ihre Erkrankung überleben [3]. Die Altersstruktur des LK Rastatt und SK Baden-Baden, die durch einen hohen Anteil älterer Menschen geprägt ist, erklärt daher teilweise die im Vergleich zum Land Baden-Württemberg höhere Anzahl an Sterbefällen infolge bösartiger Erkrankungen.

Insbesondere vor dem Hintergrund der überdurchschnittlich hohen Rate an vermeidbaren Sterbefällen infolge bösartiger Neubildungen der Lunge, der Luftröhre und der Bronchien ist auf den Aspekt der Prävention von Krebserkrankungen hinzuweisen. Schätzungen zufolge sind etwa 40 % aller Krebserkrankungen auf vermeidbare oder potenziell beeinflussbare Risikofaktoren zurückzuführen. Zu diesen beeinflussbaren Risikofaktoren zählen Rauchen, Alkoholkonsum, ungesunde Ernährung, Übergewicht, Bewegungsmangel und UV-Strahlung [2].

Datenhalter

Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

Literaturhinweise

- [1] Statistisches Bundesamt (Destatis), „Todesursachen,“ 2024. [Online]. Available: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/_inhalt.html#_4flgh3zw0. [Zugriff am 05 08 2024].

- [2] Robert Koch-Institut (Hrsg) und die Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. (Hrsg), „Krebs in Deutschland für 2019/2020. 14. Ausgabe,“ Berlin, 2023.
- [3] Deutsche Krebsforschungszentrum (DKFZ), Krebsinformationsdienst, „Krebsstatistiken: So häufig ist Krebs in Deutschland,“ 2023. [Online]. Available:
<https://www.krebsinformationsdienst.de/forschung/krebszahlen#c7145>.
[Zugriff am 29 10 2024].

Gesundheitsverhalten

Impfquoten

Vollständige Impfung (Grundimmunisierung): Keuchhusten/Pertussis

Definition

Dieser Indikator zeigt den Anteil der Vorschulkinder auf, die nach Empfehlung der Ständigen Impfkommission (STIKO) als vollständig gegen Pertussis geimpft, d. h. grundimmunisiert, gelten. Kinder, die mindestens 4 Impfungen erhalten haben, sind grundsätzlich grundimmunisiert (Grundimmunisierung nach 3+1 Schema).

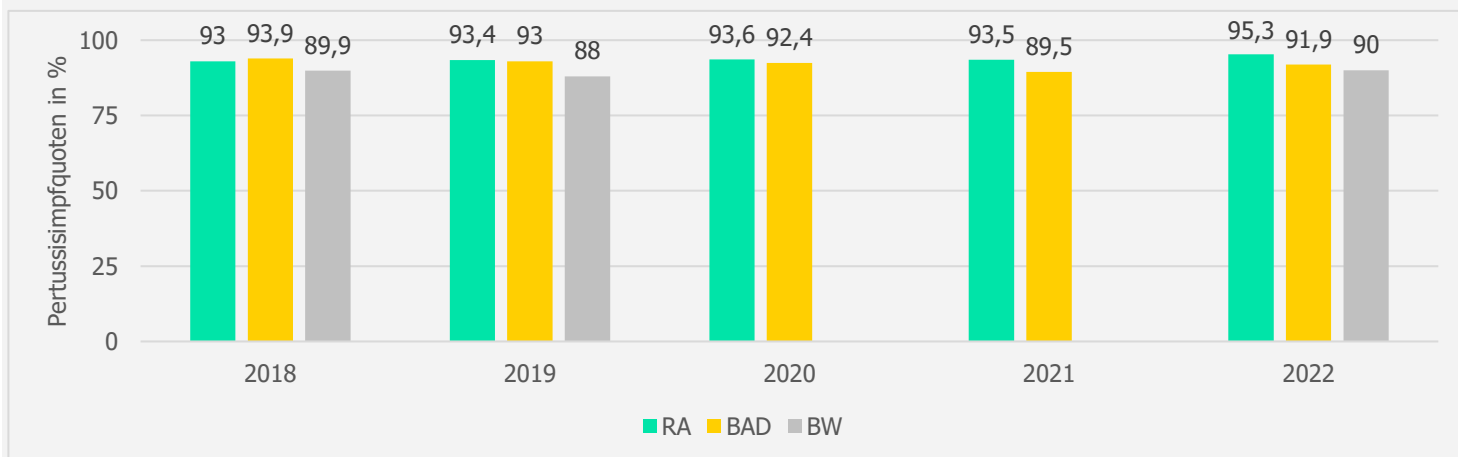
Seit 2022 werden zu den grundimmunisierten Kindern auch diejenigen gezählt, die drei Impfungen unter Einhaltung der vorgesehenen Impfabständen und unter Verwendung eines hierzu zulässigen Impfstoffs erhalten haben (Grundimmunisierung nach dem 2+1 Schema, STIKO-Empfehlung seit 2020).

Die Erhebung der Impfquoten im Kindesalter ist Teil der verpflichtenden Einschulungsuntersuchung (ESU) im vorletzten Kindergartenjahr [1]. Dabei können nur Kinder einbezogen werden, bei denen Impfdokumente vorlagen.

Bedeutung/Ziele

Impfungen gehören zu den wirksamsten und wichtigsten präventiven Maßnahmen der Medizin. Die Pertussisimpfquote dient als Referenz für die häufigsten Standardimpfungen im Säuglingsalter, da die Pertussisimpfung in Deutschland nur als Kombinationsimpfstoff verfügbar ist. Im Nationalen Impfplan ist das Ziel formuliert, dass 95 % der Kleinkinder im 2. Lebensjahr vollständig gegen Pertussis geimpft sein sollten [1].

Pertussisimpfquoten im LK Rastatt, SK Baden-Baden und Land Baden-Württemberg, in % (2018-2022)



Beschreibung der Entwicklung

Die Pertussisimpfquoten liegen in beiden Kreisen über dem landesweiten Schnitt, sofern Referenzwerte vorhanden sind. Da die ESU während der Corona-Pandemie nicht flächendeckend durchgeführt wurde, sind für die Jahre 2020 und 2021 keine Landeswerte verfügbar. Eine weitere Annäherung bzw. Stabilisierung der erreichten Impfquoten im Hinblick auf den 95 %-Zielwert des Nationalen Impfplans ist grundsätzlich wünschenswert.

Datenquelle

eigene Berechnungen (Ergebnisse Einschulungsuntersuchung), Gesundheitsatlas Baden-Württemberg

Impfquoten

Vollständige Impfung (Grundimmunisierung): Masern

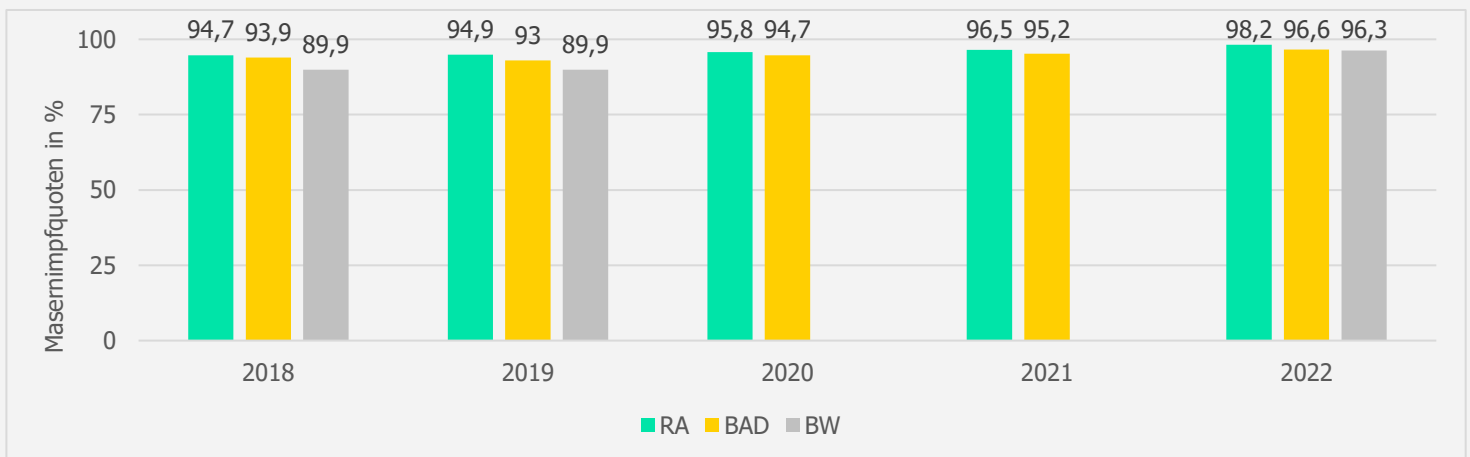
Definition

Dargestellt ist der prozentuale Anteil der Kinder, die mindestens 2 Impfungen (= Grundimmunisierung) gegen Masern erhalten haben.

Bedeutung/Ziele

Zur Eliminierung der Masern und Schutz vor Weiterverbreitung des Erregers ist laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) eine Durchimpfungsrate von mindestens 95 % mit 2 Impfdosen erforderlich. Alle 6 WHO-Regionen haben das Ziel der Masernelimination beschlossen [2]. Die Entwicklung der Masernfallzahlen in Europa in den letzten Jahren zeigen allerdings, dass es zu einem Rückschritt beim Erreichen dieses Ziels kam und 2023 ein deutlicher Anstieg an Masernfällen zu verzeichnen war [3]. Neuerkrankungen an Masern traten im LK Rastatt zuletzt im Jahr 2020, im SK Baden-Baden in 2019 auf [4].

Masernimpfquoten im LK Rastatt, SK Baden-Baden und Land Baden-Württemberg, in % (2018-2022)



Beschreibung

der Entwicklung

Im LK Rastatt wird im dargestellten Zeitraum die erforderliche 95 %-Durchimpfungsquote erreicht. Im SK Baden-Baden zeigt sich ebenfalls eine kontinuierliche Zunahme an vollständig geimpften Kindern und die 95 %-Quote ist inzwischen auch dort erreicht worden. Somit liegen die Masernimpfquoten über dem landesweiten Schnitt, sofern Referenzwerte vorhanden sind. Da die ESU während der Corona-Pandemie nicht flächendeckend durchgeführt wurde, sind für die Jahre 2020 und 2021 keine Landeswerte verfügbar.

Datenquelle

eigene Berechnungen (Ergebnisse Einschulungsuntersuchung), Gesundheitsatlas Baden-Württemberg

Impfquoten

Fazit

Im Gegensatz zu anderen impfpräventablen Erkrankungen ist aus heutiger Sicht eine Ausrottung von Pertussis nicht möglich. Ein möglichst frühzeitiger und vollständiger Impfschutz der besonders gefährdeten Säuglinge und Kleinkinder mittels Grundimmunisierung ist daher ein wichtiges präventives Ziel [5].

Die Pertussisimpfquoten im LK Rastatt und SK Baden-Baden befinden sich auf einem zufriedenstellenden Niveau. Aufgrund der im Jahr 2020 geänderten STIKO-Empfehlung zur Grundimmunisierung, die bei Einhaltung der oben genannten Bedingungen eine dreimalige Impfung als vollständig wertet, befinden wir uns derzeit in einer Übergangsphase zum neuen 2+1-Schema.

Aus den ESU-Berichten der Gesundheitsberichterstattung ist bekannt, dass für die Schulanfänger 2018 bis 2023 die Quote an 3-fach geimpften Kindern in beiden Kreisen kontinuierlich über den geforderten 95 % lag. Ob bei diesen Kindern die vierte Impfung weggelassen wurde oder die niedergelassenen Haus- und Kinderarztpraxen bereits nach dem in anderen europäischen Ländern gängigen 2+1-Schema geimpft haben, lässt sich anhand der vorliegenden Daten nicht zufriedenstellend beantworten.

Die Masernimpfquoten sind in beiden Kreisen ebenfalls auf einem hohen Niveau und das Masernschutzgesetz, das seit März 2020 in Kraft getreten ist, zeigt Wirkung. Für Kinder, die eine Kindertageseinrichtung (Kita) besuchen, muss seither ein vollständiger Impfschutz gegen Masern nachgewiesen werden. Die Übergangsfrist zum Immunitätsnachweis für

Kinder, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des Masernschutzgesetzes bereits eine Kita besuchten, endete zum 31. Juli 2022.

Datenhalter

Gesundheitsamt Rastatt, LGA Baden-Württemberg

Literaturhinweise

- [1] Nationale Lenkungsgruppe Impfen, „Nationaler Impfplan, Impfwesen in Deutschland - Bestandsaufnahme und Handlungsbedarf,“ [Online]. Available: <https://www.nali-impfen.de/fileadmin/pdf/NationalerImpfplan.pdf>. [Zugriff am 07 08 2024].
- [2] Robert Koch-Institut, „RKI-Ratgeber Masern,“ [Online]. Available: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_Masern.html. [Zugriff am 06 08 2024].
- [3] Weltgesundheitsorganisation (WHO), „Nachrichten: Sofortmaßnahmen zur Bekämpfung von Masernausbrüchen entscheidend für den Schutz von Millionen gefährdeter Kinder,“ [Online]. Available: <https://www.who.int/europe/de/news/item/22-02-2024-rapid-measles-outbreak-response-critical-to-protect-millions-of-vulnerable-children>. [Zugriff am 06 08 2024].
- [4] Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration, „Gesundheitsatlas: Masern-Inzidenz (je 100.000 Einwohnende),“ [Online]. Available: <https://dashboards.instantatlas.com/viewer/report?appid=32958f91a1bd496fb523cd07ab720e70>. [Zugriff am 06 08 2024].
- [5] Robert Koch-Institut, „RKI-Ratgeber Keuchhusten (Pertussis),“ [Online]. Available: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_Pertussis.html. [Zugriff am 05 08 2024].

Gesundheitsverhalten

Früherkennungsuntersuchungen

Inanspruchnahme der U7a (34.-36. Lebensmonat)

Definition

Dieser Indikator zeigt den Anteil der Vorschulkinder auf, die an der U7a teilgenommen haben.

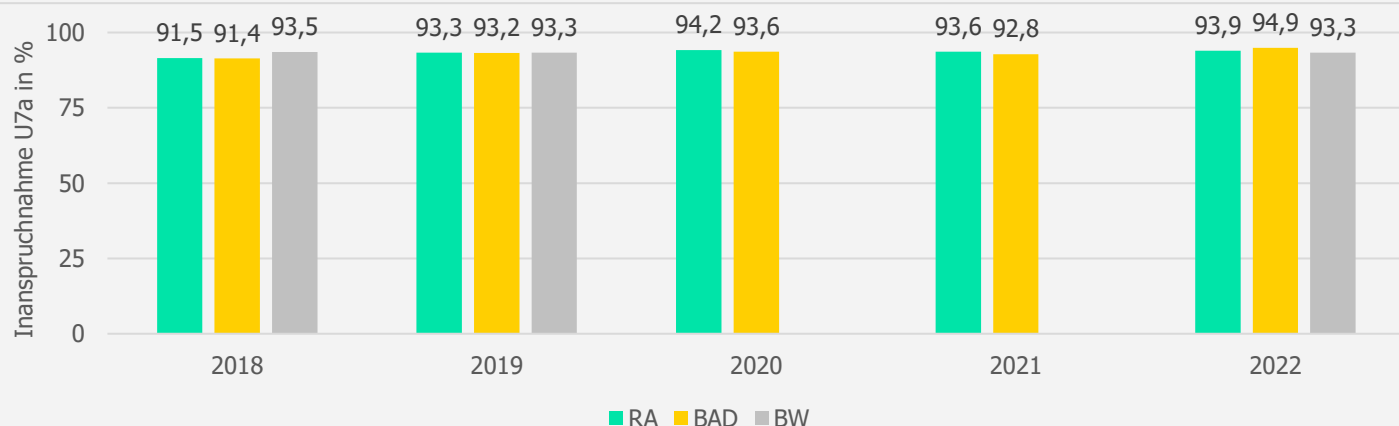
Bei der verpflichtenden Einschulungsuntersuchung (ESU) im vorletzten Kindergartenjahr wird die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen erfasst. Die Untersuchungen werden in der Regel durch die niedergelassenen Haus- und Kinderärzte durchgeführt. Es können nur Kinder einbezogen werden, bei denen zur ESU ein Nachweis über die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen (U-Heft oder Teilnahmekarte) vorlag.

Bedeutung/Ziele

Die U7a beinhaltet neben der körperlichen Untersuchung auch das Erkennen von Entwicklungsauffälligkeiten und hat zudem die frühzeitige Erkennung von Sehstörungen zum Ziel. Das Erreichen eines vollständigen Impfschutzes, die Beratung zu Sprachentwicklung, Medienkonsum, Zahngesundheit, Ernährung und Bewegung sowie Unfallverhütung sind ebenfalls Themen dieser Untersuchung.

Die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen ist laut Kinderschutzgesetz Baden-Württemberg durch die Sorgeberechtigten sicherzustellen, eine Meldepflicht der Teilnahme durch die Arztpraxen besteht jedoch nicht [1].

Inanspruchnahme der U7a im LK Rastatt, SK Baden-Baden und Land Baden-Württemberg, in % (2018-2022)



Beschreibung der Entwicklung

In beiden Kreisen ist überwiegend eine leichtgradig zunehmende Inanspruchnahme der U7a in den letzten 5 Jahren zu verzeichnen. In den Jahrgängen, in denen Landeswerte verfügbar sind, ähneln sich mit Ausnahme von 2018 die jeweiligen Kreis- und Landeswerte. Da die ESU während der Corona-Pandemie nicht flächendeckend durchgeführt wurde, sind für die Jahre 2020 und 2021 keine Landeswerte verfügbar.

Datenquelle

eigene Berechnungen (Ergebnisse Einschulungsuntersuchung), Gesundheitsatlas Baden-Württemberg

Früherkennungsuntersuchungen

Inanspruchnahme der U8 (46.-48. Lebensmonat)

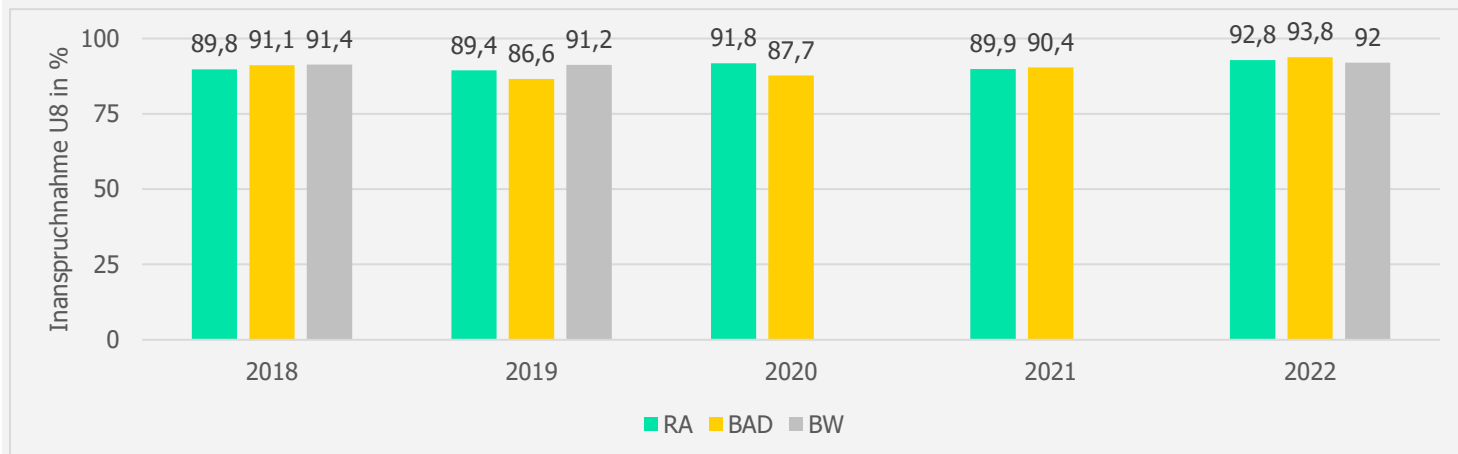
Definition

Dieser Indikator zeigt den Anteil der Vorschulkinder auf, die an der U8 teilgenommen haben. Es können nur Kinder einbezogen werden, bei denen zur ESU ein Nachweis über die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen vorlag.

Bedeutung/Ziele

Die U8 hat neben der körperlichen Untersuchung einen besonderen Schwerpunkt auf das Erkennen etwaiger Entwicklungsauffälligkeiten, vor allem in den Bereichen Sprache und Verhalten. Eine Beratung zur Förderung der Sprachentwicklung und Rolle der Medien, zu Ernährung und Bewegung, Zahngesundheit, Unfallverhütung und Impfaufklärung sind ebenfalls Teil der U8.

Inanspruchnahme der U8 im LK Rastatt, SK Baden-Baden und Land Baden-Württemberg, in % (2018-2022)



Beschreibung

der Entwicklung

Die Inanspruchnahme der U8 liegt 2022 in beiden Kreisen leicht über dem Landesschnitt. Insbesondere der SK Baden-Baden konnte seine Quoten im Auswertungszeitraum steigern. Dennoch lässt sich eine grundsätzlich verminderte Inanspruchnahme im Vergleich zur U7a beschreiben. Diese Entwicklung zeigt sich, sofern Daten verfügbar, ebenfalls landesweit. Da die ESU während der Corona-Pandemie nicht flächendeckend durchgeführt wurde, sind für die Jahre 2020 und 2021 keine Landeswerte verfügbar.

Datenquelle

eigene Berechnungen (Ergebnisse Einschulungsuntersuchung), Gesundheitsatlas Baden-Württemberg

Früherkennungsuntersuchungen

Fazit

Die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen ist eine wichtige Präventionsmaßnahme im Kindesalter.

Die vorliegenden Auswertungen zeigen jedoch sowohl kreis- als auch landesweit rückläufige Teilnehmeraten bei der U8 im Vergleich zur U7a. Vor dem Hintergrund, dass mit zunehmendem Lebensalter die kindlichen Entwicklungsbereiche differenzierter beurteilt werden können, sollte eine solche Entwicklung vermieden werden.

Im Rahmen der ESU wird auf fehlende Untersuchungen hingewiesen und eine Finanzierung der Nachuntersuchung bei versäumter Teilnahme ist in niedergelassenen Praxen sichergestellt. Sollten keine Untersuchungskapazitäten in Haus- und Kinderarztpraxen verfügbar sein, werden die Eltern gebeten, sich an die Terminservicestelle der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg zu wenden.

Die Teilnehmeraten an den Früherkennungsuntersuchungen können daher auch erste Hinweise zur tatsächlichen Anbindung der Kinder an die etablierten Früherkennungsstrukturen und das ambulante Gesundheitssystem liefern.

In der bundesweiten Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS, Welle 2) wurden in 2018 Teilnehmeraten von 92,6 % für die U7a und 98,0 % für die U8 ermittelt [2]. Dabei beruhten die Angaben jedoch auf Selbstauskünften der befragten Eltern. Daraufhin folgerten die Autoren, dass nicht auszuschließen sei, dass ein Teil der Diskrepanz zwischen den Ergebnissen aus den Einschulungsuntersuchungen und den Befragungsergebnissen auf sozial erwünschtes Antwortverhalten zurückzuführen ist.

Datenhalter

Gesundheitsamt Rastatt, LGA Baden-Württemberg

- [1] Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration, „Kinderschutzgesetz Baden-Württemberg,“ [Online]. Available: https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Downloads_Kinder-Jugendliche/Kinderschutzgesetz_BW_Gesetzblatt_Maerz_2009.pdf. [Zugriff am 07 08 2024].
- [2] Schmidtke C, Kuntz B, Starker A, Lampert, T, „Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen für Kinder in Deutschland - Querschnittsergebnisse aus KiGGS Welle 2,“ Journal of Health Monitoring, 2018 3 (4). [Online]. Available: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/FactSheets/JoHM_04_2018_Inanspruchnahme_Fruherkennung_KiGGS-Welle2.pdf?__blob=publicationFile. [Zugriff am 07 08 2024].

Ambulante medizinische Versorgung

Kinder- und Jugend- ärztliche Versorgung

Arzt-Einwohner-Verhältnis

Definition

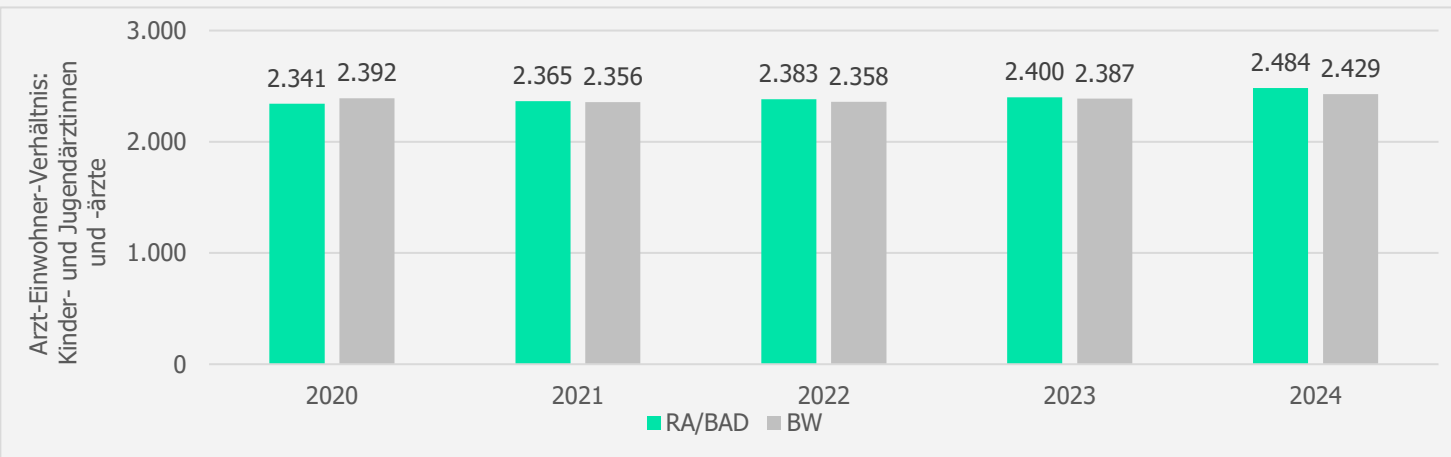
Das Arzt-Einwohner-Verhältnis gibt die Anzahl der Einwohnenden im Verhältnis zu den Stellenanteilen der Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte an. Für die Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte werden bei den Einwohnerzahlen nur minderjährige Personen berücksichtigt. Da im Arztberuf Teilzeitbeschäftigung an Bedeutung gewinnt, sind die tatsächlichen Stellenanteile zur Beschreibung der Versorgungssituation besser geeignet als die Anzahl/Kopfzahl der Ärztinnen und Ärzte.

Wenn die Stellenanteile für das Arzt-Einwohner-Verhältnis zu Grunde gelegt werden, kommt es dazu, dass zumindest rechnerisch mehr Kinder auf eine Ärztin/einen Arzt entfallen als dies bei Verwendung der Kopfzahlen der Fall wäre, da hierbei von Vollzeitbeschäftigung ausgegangen wird.

Bedeutung/Ziele

Die Zahl der Kinder und Jugendlichen pro Kinder- und Jugendärztin und -arzt gibt Aufschluss über die ärztliche Versorgung in ambulanten Gesundheitseinrichtungen und somit über die Qualität der Versorgung. Ein niedrigerer Wert weist auf eine bessere Versorgung hin, also auf einen einfacheren Zugang zur ambulanten Behandlung. Dieser Indikator umfasst Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte, die bei der zuständigen Kammer als ambulant oder in freier Praxis tätig gemeldet sind. Da der LK Rastatt und der SK Baden-Baden in der allgemeinen fachärztlichen Versorgung in einen Planungsbereich fallen, entsprechen sich die jeweiligen Werte.

Arzt-Einwohner-Verhältnis der Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte im LK Rastatt, SK Baden-Baden und Land Baden-Württemberg (2020-2024)



Beschreibung der Entwicklung

Die Anzahl der Kinder und Jugendlichen je Kinder- und Jugendärztin und -arzt beträgt im Jahr 2024 im LK Rastatt und im SK Baden-Baden 2.484. Der Landeswert liegt im Jahr 2024 bei 2.429 Kindern und Jugendlichen pro Kinder- und Jugendärztin und -arzt. Der Planungsbereich liegt damit über dem Landeswert. Im Berichtszeitraum bleibt die Entwicklung sowohl im LK und SK als auch in Baden-Württemberg konstant.

Datenquelle

Ärztregister der Kassenärztlichen Vereinigung, Fortschreibung des Bevölkerungsstandes, Sonderauswertung KVBW

Kinder- und Jugend- ärztliche Versorgung

Versorgungsgrad

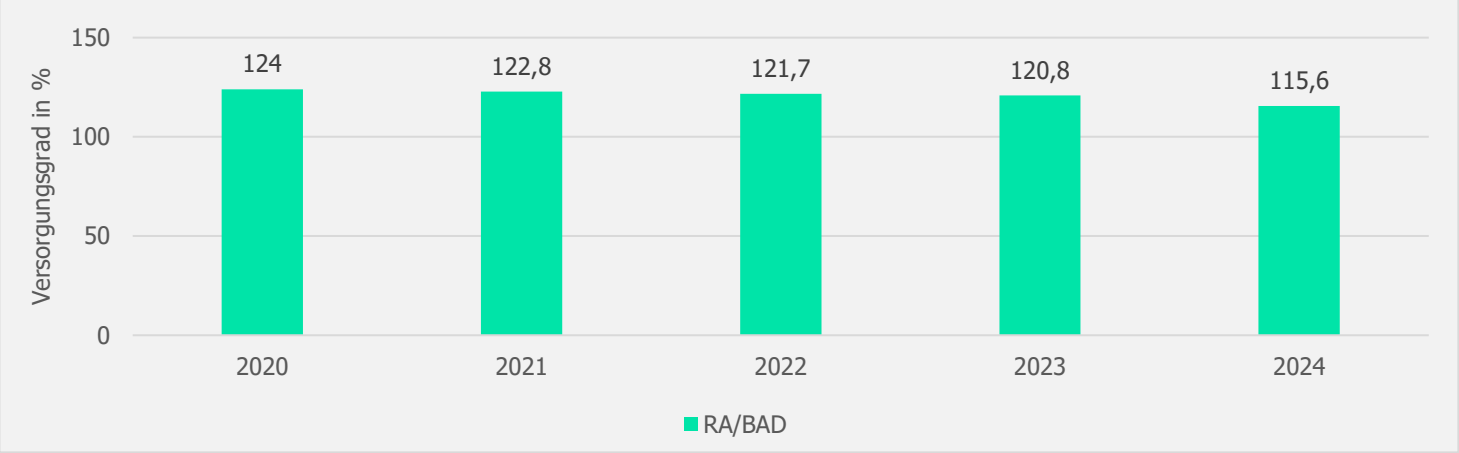
Definition

Dargestellt ist der Versorgungsgrad mit an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte in den Planungsbereichen (in %). Der Versorgungsgrad dient als Maßzahl zur Beschreibung von Ressourcenmengen, die für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung zur Verfügung stehen. Der Berechnung liegen alle Ärztinnen und Ärzte zu Grunde, die zur vertragsärztlichen Tätigkeit zugelassen sind.

Bedeutung/Ziele

Der Versorgungsgrad berechnet sich aus dem Verhältnis von SOLL-Arztzahl gemäß Verhältniszahl und regionaler IST-Arztzahl und wird in Prozent ausgedrückt. Auf dieser Grundlage wird ein differenzierter Versorgungsgrad als Ausgangsrelation für die Feststellung von Überversorgung oder Unterversorgung ermittelt. Eine Unterversorgung liegt vor, wenn der Stand der fachärztlichen Versorgung den ausgewiesenen Bedarf um mehr als 50 % unterschreitet. Eine Überversorgung liegt vor, wenn eine Überschreitung des örtlichen Versorgungsgrades von mehr als 10 % vorliegt [1].

Versorgungsgrad Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte im LK Rastatt und SK Baden-Baden, in % (2020-2024)



Beschreibung der Entwicklung

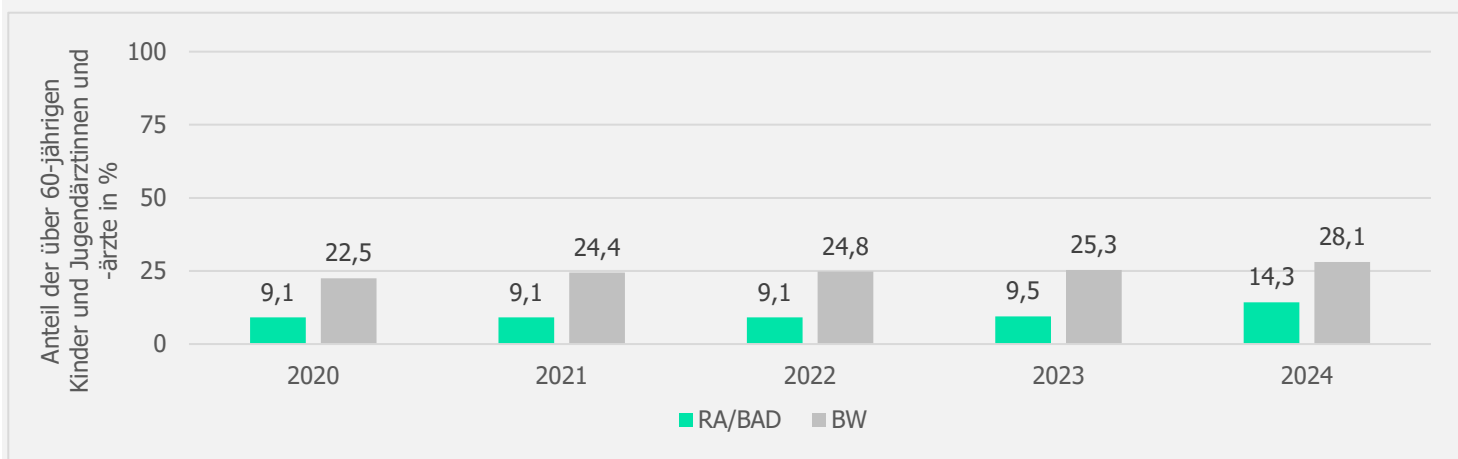
Die Entwicklung des Versorgungsgrads mit Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten im Planungsbereich Rastatt/Baden-Baden zeigt einen kontinuierlichen Rückgang über den Zeitraum von 2020 bis 2024. Während im Jahr 2020 noch ein relativ hoher Versorgungsgrad von 124 % erreicht wurde, setzt in den folgenden Jahren ein schrittweiser Rückgang ein. Bis zum Jahr 2024 sinkt der Versorgungsgrad auf 115,6 %. Diese Entwicklung deutet auf eine zunehmende Herausforderung hin, die kinder- und jugendärztliche Versorgung im Planungsbereich aufrechtzuerhalten. Im Landkreis-Vergleich liegt Rastatt/Baden-Baden damit im oberen Mittelbereich (Vergleichsjahr 2023, da für 2024 noch keine Vergleichsdaten vorliegen).

Datenquelle

Planungsdaten für die ärztliche Versorgung, Sonderauswertung KVBW

Kinder- und Jugend-ärztliche Versorgung	
	Anteil der über 60-jährigen Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte
Definition	Dargestellt ist der Anteil der über 60-jährigen Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, in Prozent.
Bedeutung/Ziele	Die Anzahl der Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte nach Altersgruppen liefert Rückschlüsse auf die Altersstruktur dieser Facharztgruppe im Planungsbereich Rastatt/Baden-Baden. Ist der Anteil unter den „über 60-Jährigen“ hoch, werden aufgrund des Erreichens des Rentenalters Versorgungslücken in den nächsten Jahren wahrscheinlicher.

Anteil der über 60-jährigen Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte im LK Rastatt, SK Baden-Baden und Land Baden-Württemberg, in % (2020-2024)



**Beschreibung
der Entwicklung**

Im Zeitraum von 2020 bis 2024 zeigt sich im LK Rastatt und SK Baden-Baden ein moderater Anstieg des Anteils der über 60-jährigen Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte. Im Jahr 2020 liegt dieser Anteil bei 9,1% und bleibt bis 2022 stabil. Erst im Jahr 2023 beginnt ein leichter Anstieg auf 9,5 %, der sich im Jahr 2024 deutlich auf 14,3 % verstärkt. Im Vergleich dazu ist im gesamten Land Baden-Württemberg ein deutlich stärkerer Anstieg des Anteils älterer Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte zu beobachten. Im Jahr 2020 betrug der Anteil der über 60-jährigen Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte 22,5 % und steigt kontinuierlich an. Bis 2024 erreicht dieser Anteil 28,1 %.

Datenquelle

Versorgungsberichte der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg, Sonderauswertung der KVBW

**Kinder- und Jugend-
ärztliche Versorgung**

Fazit

Im LK Rastatt und im SK Baden-Baden ist die kinder- und jugendärztliche Versorgung gemäß den Richtlinien zur Bedarfsplanung der KVBW faktisch gesehen bedarfsgerecht. Der Planungsbereich ist mit einem Versorgungsgrad von aktuell 115,6 % für Neuniederlassungen gesperrt [2].

Obwohl der Planungsbereich im Vergleich zu anderen Landkreisen im oberen Mittelfeld liegt, gibt es deutliche Anzeichen für eine Verschlechterung der Versorgungslage. Der Versorgungsgrad sank von 124 % im Jahr 2020 auf 115,6 % im Jahr 2024, was auf eine zunehmende Unterversorgung hindeutet. In Bezug auf die Altersstruktur der tätigen Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten drohen in den kommenden Jahren keine vermehrten Zulassungsrückgaben. Im Landkreis-Vergleich kann der Planungsbereich Rastatt/Baden-Baden sogar mit dem niedrigsten Anteil an über 60-jährigen Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten aufwarten. Die persönliche Wahrnehmung der Versorgungslage mit Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten von Eltern im LK und SK weicht zum Teil deutlich von der nach Bedarfsplanung als ausreichend ausgewiesene Versorgungslage ab. Jedoch räumt auch die KVBW mittlerweile ein, dass die Bedarfsplanung den tatsächlichen Versorgungsbedarf nicht mehr abbilde. Es wurden einige Maßnahmen zur Gegensteuerung etabliert. So setzt die KVBW zum Beispiel seit 2019 alle mengenbegrenzenden Maßnahmen in der Honorarverteilung bei den Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten aus und vergütet alle anerkannten Behandlungsfälle und Leistungen zu 100 Prozent [3].

Datenhalter

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

- [1] Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), „Bedarfsplanungs-Richtlinie,“ 2024. [Online]. Available: <https://www.g-ba.de/richtlinien/4/>. [Zugriff am 22 08 2024].
- [2] Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW), „Bedarfsplan für Baden-Württemberg: 2024-07 Stand Bedarfsplanung KVBW (Fortschreibung),“ 2024. [Online]. Available: <https://www.kvbawue.de/praxis/vertraege-recht/bekanntmachungen/bedarfsplanung>. [Zugriff am 22 08 2024].
- [3] Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW), „Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg. Körperschaft des öffentlichen Rechts,“ 2022. [Online]. Available: <https://www.kvbawue.de/presse/publikationen/versorgungsbericht>. [Zugriff am 16 07 2024].

Ambulante medizinische Versorgung

Hausärztliche Versorgung

Arzt-Einwohner-Verhältnis

Definition

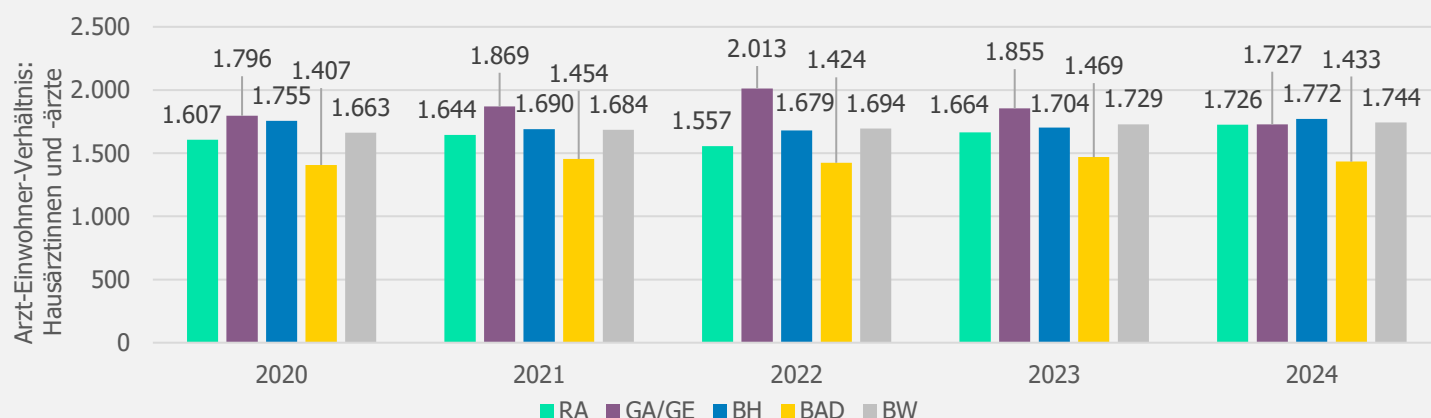
Das Arzt-Einwohner-Verhältnis gibt die Anzahl der Einwohnenden im Verhältnis zu den Stellenanteilen der Hausärztinnen und Hausärzte in den Mittelbereichen (Planungsbereiche für die Bedarfsplanung der hausärztlichen Versorgung) Rastatt (RA), Gaggenau/Gernsbach (GA/GE), Bühl (BH) und Baden-Baden (BAD an. Da im Arztberuf Teilzeitbeschäftigung an Bedeutung gewinnt, sind die tatsächlichen Stellenanteile zur Beschreibung der Versorgungssituation besser geeignet als die Anzahl/Kopfzahl der Ärztinnen und Ärzte.

Wenn die Stellenanteile für das Arzt-Einwohner-Verhältnis zu Grunde gelegt werden, kommt es dazu, dass zumindest rechnerisch mehr Patientinnen und Patienten auf eine Ärztin/einen Arzt entfallen als dies bei Verwendung der Kopfzahlen der Fall wäre, da hierbei von Vollzeitbeschäftigung ausgegangen wird.

Bedeutung/Ziele

Die Zahl der Einwohnenden je Hausärztin und Hausarzt gibt Aufschluss über die hausärztliche Versorgung in ambulanten Gesundheitseinrichtungen. Ein niedrigerer Wert weist auf einen einfacheren Zugang zur ambulanten Behandlung hin. Dieser Indikator umfasst Hausärztinnen und Hausärzte, die bei der zuständigen Kammer als ambulant oder in freier Praxis tätig gemeldet sind.

Arzt-Einwohner-Verhältnis der Hausärztinnen und Hausärzte nach Mittelbereichen (Rastatt, Gaggenau/Gernsbach, Bühl, Baden-Baden) und im Land Baden-Württemberg (2020-2024)



Beschreibung der Entwicklung	<p>Im Mittelbereich Rastatt bleibt das Arzt-Einwohner-Verhältnis von 2020 (1.607) bis 2022 relativ stabil, bevor sie ab 2023 auf 1.664 ansteigt, was auf eine Zunahme der Anzahl von Patienten je Hausärztin und Hausarzt hindeutet. Bis 2024 steigt dies weiter auf 1.726. Der Mittelbereich Gaggenau/Gernsbach weist bis 2023 durchweg die höchsten Werte auf. Hier nimmt die Anzahl der Einwohnenden je Hausärztin und Hausarzt zunächst deutlich zu, von 1.796 Einwohnenden im Jahr 2020 auf 2.013 im Jahr 2022. Ab 2023 entspannt sich die Situation wieder etwas, sodass im Jahr 2024 mit 1.727 Einwohnenden je Hausärztin und Hausarzt fast wieder das Niveau von 2020 erreicht ist. Bühl zeigt eine relativ stabile Entwicklung mit einem Arzt-Einwohner-Verhältnis auf hohem Ausgangsniveau. Hier zeigt sich zwischen 2020 (1.755) und 2022 (1.679) eine vorübergehende Abnahme bevor im Jahr 2024 wieder das Ausgangsniveau erreicht (1.772) wird. Baden-Baden ist im Berichtszeitraum 2020 bis 2024 stets der Mittelbereich mit dem niedrigsten Arzt-Einwohner-Verhältnis. Hier bleiben die Werte zwischen 1.407 und 1.469 relativ konstant.</p> <p>Auf Landesebene zeigt sich ein kontinuierlicher, aber moderater Anstieg des Arzt-Einwohner-Verhältnisses von 2020 bis 2024. Mit Blick auf die gesamte Region Mittelbaden (Land- und Stadtkreis) erfolgt auch dort ein moderater Anstieg von 2019 bis 2023*. Derselbe Trend zeigt sich auch für das Land Baden-Württemberg. Der LK Rastatt und der SK Baden-Baden liegen damit im Vergleich aller Landkreise Baden-Württembergs im unteren Mittelbereich. Dies bedeutet, dass mehr als die Hälfte aller Landkreise höhere Arzt-Einwohner-Verhältnisse aufweisen, also Hausärztinnen und Hausärzte durchschnittlich mehr Einwohnende versorgen.</p> <p>*Daten bis 2023 verfügbar, Daten nicht dargestellt.</p>
Datenquelle	Ärztereister der Kassenärztlichen Vereinigung, Fortschreibung des Bevölkerungsstandes
Hausärztliche Versorgung	Versorgungsgrad
Definition	Dargestellt ist der Versorgungsgrad mit an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Hausärztinnen und Hausärzten in den Mittelbereichen Rastatt (RA), Gaggenau/Gernsbach (GA/GE), Bühl (BH) und Baden-Baden (BAD) (in %). Diese gelten als Planungsbereiche für die Bedarfsplanung der hausärztlichen Versorgung. Der Versorgungsgrad dient als Maßzahl zur Beschreibung von Ressourcenmengen, die für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung zur Verfügung stehen. Der Berechnung liegen alle Hausärztinnen und Hausärzte zu Grunde, die zur vertragsärztlichen Tätigkeit zugelassen sind.
Bedeutung/Ziele	Der Versorgungsgrad berechnet sich aus dem Verhältnis von SOLL-Arztzahl gemäß Verhältniszahl und regionaler IST-Arztzahl und wird in Prozent ausgedrückt. Der so ermittelte Versorgungsgrad dient der Feststellung von Überversorgung oder Unterversorgung. Eine Unterversorgung liegt vor, wenn der Stand der hausärztlichen Versorgung den ausgewiesenen Bedarf um mehr als 25 % unterschreitet. Eine Überversorgung liegt vor, wenn eine Überschreitung der örtlichen Verhältniszahl von mehr als 10 % vorliegt (bezogen auf örtliche Einwohner/-Arztrelation). Ab einem Versorgungsgrad von 110 % ist eine Neuniederlassung in einem Planungsbereich nicht ohne gesonderte Antragsverfahren möglich. Der Planungsbereich gilt dann als gesperrt. Unterschreitet der Versorgungsgrad 110 % ist der Planungsbereich für Neuniederlassungen geöffnet. Ärztinnen und Ärzte können sich in geöffneten Planungsbereichen uneingeschränkt niederlassen, um an der vertragsärztlichen Versorgung teilzunehmen.

Jahr	RA	GA/GE	BH	BAD
2020	100,5	87	96	110,9
2021	98,2	83,6	99,7	107,4
2022	103,1	77	99,3	110,7
2023	96,5	83,6	97,8	107,4
2024	94	91,3	93,9	110,8

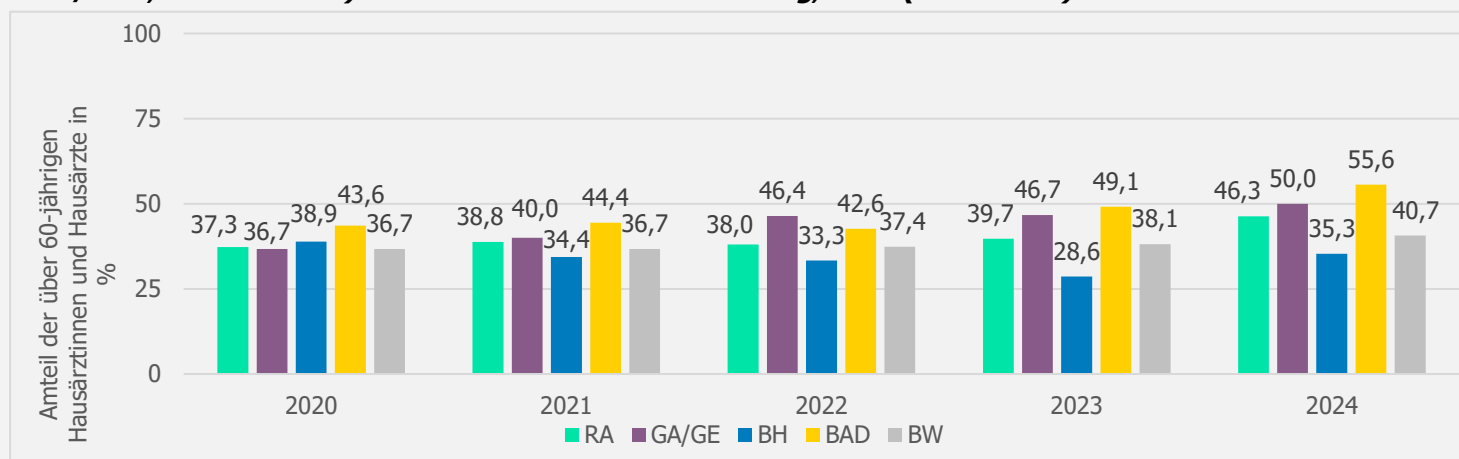
Die Entwicklung des Versorgungsgrads mit Hausärztinnen und Hausärzten in den Mittelbereichen Rastatt, Gaggenau/Gernsbach, Bühl, Baden-Baden zeigt unterschiedliche Entwicklungen.

In Rastatt liegt der Versorgungsgrad im Jahr 2020 bei 100,5 % und bleibt bis 2022 relativ stabil. Ab 2023 sinkt der Wert auf 96,5 % und weiter auf 94 % im Jahr 2024. In Gaggenau/Gernsbach fällt der Versorgungsgrad von 87 % im Jahr 2020 auf 77 % im Jahr 2022, bevor er bis 2024 auf 91,3 % ansteigt. Bühl zeigt eine weitgehend stabile Entwicklung mit einem Versorgungsgrad, der um 100 % schwankt und von 96 % im Jahr 2020 bis 93,9 % im Jahr 2024 reicht. In Baden-Baden liegt der Versorgungsgrad konstant zwischen 107,4 % und 110,9 %. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass in keinem der Mittelbereiche faktisch gesehen eine Unterversorgung im Berichtszeitraum vorliegt.

Planungsdaten für die ärztliche Versorgung

Hausärztliche Versorgung	Anteil der über 60-jährigen Hausärztinnen und Hausärzte
Definition	Dargestellt ist der Anteil der über 60-jährigen Hausärztinnen und Hausärzte, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen (in %).
Bedeutung/Ziele	Die Anzahl der Hausärztinnen und Hausärzte nach Altersgruppen liefert Rückschlüsse auf die Altersstruktur dieser Facharztgruppe in den Mittelbereichen Rastatt (RA), Gaggenau/Gernsbach (GA/GE), Bühl (BH) und Baden-Baden (BAD). Der Anteil über 60-jähriger Hausärztinnen und Hausärzte ist relevant, um mögliche Versorgungslücken, die durch den Renteneintritt dieser Personen entstehen könnten, frühzeitig erkennen zu können.

Anteil der über 60-jährigen Hausärztinnen und Hausärzte nach Mittelbereichen (Rastatt, Gaggenau/Gernsbach/Bühl, Baden-Baden) und im Land Baden-Württemberg, in % (2020-2024)



**Beschreibung
der Entwicklung**

Die Entwicklung der Altersstruktur der Hausärztinnen und Hausärzte in den Mittelbereichen Rastatt, Gaggenau/Gernsbach, Bühl, Baden-Baden und im Land Baden-Württemberg zeigt einen klaren Trend: Der Anteil der über 60-jährigen Hausärztinnen und Hausärzte nimmt in den meisten Regionen stetig zu. Im Zeitraum von 2020 bis 2024 steigt der Anteil der über 60-jährigen Hausärztinnen und Hausärzte in Rastatt von 37,3 % auf 46,3 % und in Gaggenau/Gernsbach sogar von 36,7 % auf 50,0 %. In Baden-Baden ist der Anstieg besonders stark, mit einer Zunahme von 43,6 % im Jahr 2020 auf 55,6 % im Jahr 2024. Im Vergleich dazu ist die Entwicklung in Bühl weniger stetig. Hier sinkt der Anteil zunächst von 38,9 % im Jahr 2020 auf 28,6 % im Jahr 2023, bevor er 2024 wieder auf 35,3 % ansteigt. Auf Landesebene steigt der Anteil der über 60-jährigen Hausärztinnen und Hausärzte moderat von 36,7 % im Jahr 2020 auf 40,7 % im Jahr 2024.

Datenquelle

Versorgungsberichte der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg, Sonderauswertung der KVBW

**Hausärztliche
Versorgung**

Fazit

Laut Versorgungs- und Qualitätsbericht der KVBW wird die hausärztliche Versorgung im Planungsbereich zum Stand Juni 2024 von insgesamt 189 praktizierenden Hausärztinnen und Hausärzten (Anzahl der zugelassenen und angestellten Vertragsärztinnen und -ärzte) sichergestellt. Damit ist eine Hausärztin oder ein Hausarzt im Durchschnitt für 1.551 Einwohnende zuständig [1]. Landesweit liegt die durchschnittliche Anzahl an Einwohnenden je Hausärztin oder Hausarzt im Jahr 2024 bei 1.744. Damit versorgen Hausärztinnen und Hausärzte im Planungsbereich Rastatt/Baden-Baden durchschnittlich etwas weniger Einwohnende als im Landesvergleich.

Die Versorgungssituation mit Hausärztinnen und Hausärzten lässt sich für alle drei Mittelbereiche des Landkreises Rastatt dennoch als angespannt beschreiben. Eine rechnerische Unterversorgung (Versorgungsgrad < 75 %) ist aktuell in keinem der Mittelbereiche zu verzeichnen, allerdings liegen die Versorgungsgrade mit Ausnahme des Mittelbereichs Baden-Baden allesamt unter dem Soll-Niveau [2]. Im zeitlichen Verlauf zeigt sich, dass seit 2020 Niederlassungsmöglichkeiten bestehen, die nicht besetzt wurden. Zum Stand Juli 2024 gibt es im Landkreis Rastatt 17 offene Kassensitze für die Allgemeinmedizin.

Der Mittelbereich Gaggenau/Gernsbach weist mit einem Versorgungsgrad von 91,3 % im aktuellen Berichtsjahr 2024 den niedrigsten Wert im gesamten Planungsbereich auf. Der Versorgungsgrad für Gaggenau/Gernsbach sinkt in der Zeitreihenbetrachtung bis 2022 kontinuierlich mit dem stärksten Rückgang zwischen 2021 und 2022 von 83,6 % auf 77 %. In den Folgejahren zeigt sich hier eine leichte Entspannung mit einer Zunahme auf 91,3 % im aktuellen Berichtsjahr 2024. Der Versorgungsgrad für den Mittelbereich Baden-Baden bleibt im Berichtszeitraum konstant über 100 %. Angesichts der Altersstruktur der derzeit tätigen Hausärztinnen und Hausärzte sind in den nächsten Jahren weitere Rückgaben von Kassensitzen, die nicht direkt nachbesetzt werden können, zu erwarten.

Die KVBW hat das Problem des Mangels an Hausärztinnen und Hausärzten erkannt und beziffert. Laut KVBW fehlten zum Stand Juli 2024 bis zu einem Versorgungsgrad von 110 % bereits 963 Hausärztinnen und Hausärzte in Baden-Württemberg. Es wurden einige Maßnahmen zur Sicherstellung in bereits unterversorgten Regionen ergriffen.

So erhalten verbliebene Praxen in unterversorgten Regionen Sicherstellungszuschläge und werden von der Wirtschaftlichkeitsprüfung bei den statistischen Auffälligkeitsprüfungen bei Arznei- und Heilmitteln ausgenommen [1]. Weiter wurde die Förderung für Weiterbildungsassistenten in den Praxen erhöht. Auch der LK Rastatt hat im November 2024 ein Landarztstipendium zur Gewinnung medizinischer Nachwuchskräfte in der Allgemeinmedizin eingerichtet. Die Stipendiaten verpflichten sich nach dem Medizinstudium ihre fachärztliche Weiterbildung Allgemeinmedizin im LK Rastatt zu absolvieren. Der LK unterstützt zusätzlich die Aktivitäten des Weiterbundsverbunds Allgemeinmedizin, um Ärztinnen und Ärzte, die bereits in Weiterbildung sind, langfristig an den LK zu binden.

Datenhalter Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Literaturhinweise

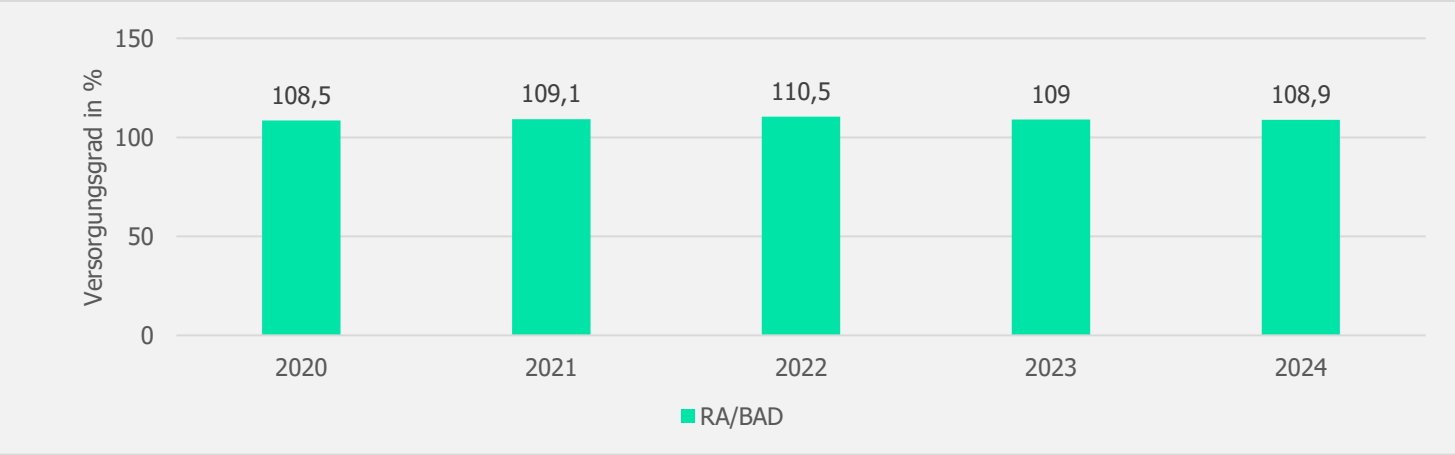
- [1] Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW), „Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg. Körperschaft des öffentlichen Rechts,“ 2024. [Online]. Available: <https://www.kvbawue.de/presse/publikationen/versorgungsbericht>. [Zugriff am 18.11.2024].
- [2] Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), „Bedarfsplanungs-Richtlinie,“ 2024. [Online]. Available: <https://www.g-ba.de/richtlinien/4/>. [Zugriff am 26.08.2024].

Ambulante medizinische Versorgung

Psychotherapeutische Versorgung	Therapeut-Einwohner-Verhältnis																		
Definition	<p>Das Therapeut-Einwohner-Verhältnis gibt die Anzahl der Einwohnenden im Verhältnis zu den Stellenanteilen der Psychotherapeutinnen und -therapeuten an.</p> <p>Da in diesem Beruf Teilzeitbeschäftigung an Bedeutung gewinnt, sind die tatsächlichen Stellenanteile zur Beschreibung der Versorgungssituation besser geeignet als die Anzahl/Kopfzahl der Psychotherapeutinnen und -therapeuten.</p> <p>Wenn die Stellenanteile für das Therapeut-Einwohner-Verhältnis zu Grunde gelegt werden, kommt es dazu, dass zumindest rechnerisch mehr Patientinnen und Patienten auf eine Therapeutin/einen Therapeuten entfallen als dies bei Verwendung der Kopffzahlen der Fall wäre, da hierbei von Vollzeitbeschäftigung ausgegangen wird.</p>																		
Bedeutung/Ziele	<p>Die Zahl der Einwohnenden je Psychotherapeutin und -therapeut gibt Aufschluss über die psychotherapeutische Versorgung in ambulanten Gesundheitseinrichtungen. Ein niedrigerer Wert weist auf einen einfacheren Zugang zur ambulanten Behandlung hin. Dieser Indikator umfasst Psychotherapeutinnen und -therapeuten, die bei der zuständigen Kammer als ambulant oder in freier Praxis tätig gemeldet sind. Da der LK Rastatt und der SK Baden-Baden in der allgemeinen fachärztlichen Versorgung in einen Planungsbereich fallen, entsprechen sich die jeweiligen Werte.</p>																		
Therapeut-Einwohner-Verhältnis der Psychotherapeutinnen und -therapeuten im LK Rastatt, SK Baden-Baden und Land Baden-Württemberg (2020-2024)																			
<table><tr><th>Jahr</th><th>RA/BAD</th><th>BW</th></tr><tr><td>2020</td><td>5.717</td><td>3.689</td></tr><tr><td>2021</td><td>5.687</td><td>3.611</td></tr><tr><td>2022</td><td>5.624</td><td>3.648</td></tr><tr><td>2023</td><td>5.698</td><td>3.706</td></tr><tr><td>2024</td><td>5.653</td><td>3.730</td></tr></table>		Jahr	RA/BAD	BW	2020	5.717	3.689	2021	5.687	3.611	2022	5.624	3.648	2023	5.698	3.706	2024	5.653	3.730
Jahr	RA/BAD	BW																	
2020	5.717	3.689																	
2021	5.687	3.611																	
2022	5.624	3.648																	
2023	5.698	3.706																	
2024	5.653	3.730																	
Beschreibung der Entwicklung	<p>Im Zeitraum von 2020 bis 2024 geht die Anzahl der Einwohnenden je Psychotherapeutin und -therapeut im LK Rastatt und SK Baden-Baden leicht zurück. Im Jahr 2020 liegt die Anzahl der Einwohnenden je Psychotherapeutin und -therapeut bei 5.717. Bis zum Jahr 2024 sinkt sie auf einen Wert von 5.653 Einwohnende je Psychotherapeutin und -therapeut. Das Therapeut-Einwohner-Verhältnis im Land Baden-Württemberg zeigt insgesamt einen stabilen Verlauf, allerdings auf einem deutlich niedrigeren Niveau. Im Jahr 2020 liegt die Anzahl der Einwohnenden je Psychotherapeutin und -therapeut bei 3.689 und steigt bis 2024 auf 3.730 an.</p>																		
Datenquelle	Ärztereister der Kassenärztlichen Vereinigung, Fortschreibung des Bevölkerungsstandes, Sonderauswertung KVBW																		

Psychotherapeutische Versorgung	Versorgungsgrad
Definition	Dargestellt ist der Versorgungsgrad mit an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Psychotherapeutinnen und -therapeuten im Planungsbereich (in %). Der Versorgungsgrad dient als Maßzahl zur Beschreibung von Ressourcenmengen, die für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung zur Verfügung stehen. Der Berechnung liegen alle Psychotherapeutinnen und -therapeuten zu Grunde, die zur vertragspsychotherapeutischen Tätigkeit zugelassen sind.
Bedeutung/Ziele	Der Versorgungsgrad berechnet sich aus dem Verhältnis von SOLL-Psychotherapeutenzahl gemäß Verhältniszahl und regionaler IST-Psychotherapeutenzahl und wird in Prozent ausgedrückt. Der so ermittelte Versorgungsgrad dient der Feststellung von Überversorgung oder Unterversorgung. Eine Unterversorgung liegt vor, wenn der Stand der psychotherapeutischen Versorgung den ausgewiesenen Bedarf um mehr als 50 % unterschreitet. Eine Überversorgung liegt vor, wenn eine Überschreitung der örtlichen Verhältniszahl von mehr als 10 % vorliegt (bezogen auf örtliche Einwohnenden/-Arztrelation).

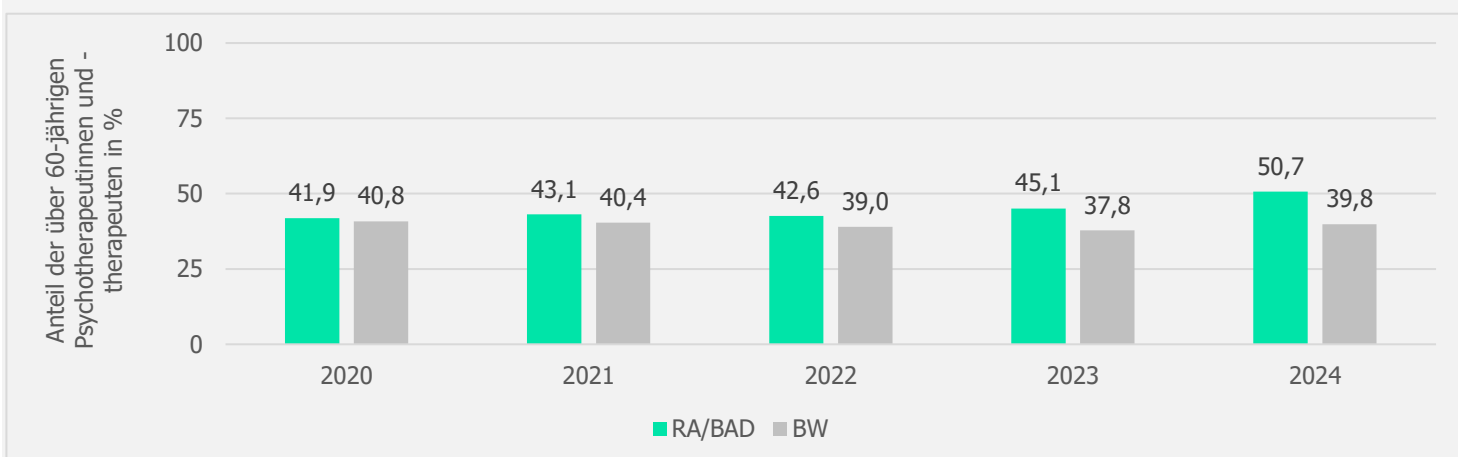
Versorgungsgrad Psychotherapeutinnen und -therapeuten im LK Rastatt und SK Baden-Baden, in % (2020-2024)



Beschreibung der Entwicklung	In den Jahren 2020 und 2021 liegt der Versorgungsgrad im Planungsbereich konstant um 109 %. Im Jahr 2022 steigt er leicht auf 110,5 % an, bevor er in den folgenden Jahren 2023 und 2024 wieder auf das Niveau zu Beginn der Zeitreihe fällt. Insgesamt bleibt der Versorgungsgrad im Berichtszeitraum somit relativ konstant.
Datenquelle	Planungsdaten für die ärztliche Versorgung, Sonderauswertung der KVBW

Psychotherapeutische Versorgung	Anteil der über 60-jährigen Psychotherapeutinnen und -therapeuten
Definition	Dargestellt ist der Anteil der über 60-jährigen Psychotherapeutinnen und -therapeuten, die an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung teilnehmen (in %).
Bedeutung/Ziele	Die Anzahl der Psychotherapeutinnen und -therapeuten nach Altersgruppen liefert Rückschlüsse auf die Altersstruktur dieser Fachgruppe im Planungsbereich Rastatt/Baden-Baden. Der Anteil über 60-Jähriger ist relevant um Versorgungslücken, die durch den Eintritt dieser Personen in den Ruhestand entstehen könnten, frühzeitig erkennen zu können.

Anteil der über 60-jährigen Psychotherapeutinnen und -therapeuten im LK Rastatt, SK Baden-Baden und Land Baden-Württemberg, in % (2020-2024)



Beschreibung
der Entwicklung

Die Altersstruktur der Psychotherapeutinnen und -therapeuten im Planungsbereich Rastatt/Baden-Baden zeigt von 2020 bis 2024 einen deutlichen Anstieg des Anteils der über 60-jährigen Therapeutinnen und -therapeuten. Der Anteil erhöht sich von 41,9 % im Jahr 2020 auf 50,7 % im Jahr 2024. Demnach ist im Jahr 2024 etwa jede zweite Psychotherapeutin oder -therapeut im Planungsbereich über 60 Jahre alt. Im Landkreis-Vergleich liegt Rastatt/Baden-Baden damit im oberen Mittelbereich (Vergleichsjahr 2023). Die Entwicklung in Baden-Württemberg verläuft im selben Zeitraum leicht rückläufig. Der Anteil der über 60-jährigen Psychotherapeutinnen und -therapeuten sinkt von 40,8 % im Jahr 2020 auf 39,8 % im Jahr 2024, nachdem er 2023 mit 37,8 % seinen niedrigsten Punkt erreicht.

Datenquelle

Planungsdaten für die ärztliche Versorgung, Sonderauswertung der KVBW

Psychotherapeutische Versorgung

Fazit

Laut Versorgungs- und Qualitätsbericht der KVBW wurde die psychotherapeutische Versorgung im Planungsbereich Rastatt/Baden-Baden zum Stand September 2024 von insgesamt 73 Psychotherapeutinnen und -therapeuten sichergestellt (Kopfzahl). Diese erreichen jedoch insgesamt lediglich eine Stellenzahl von 51,85 (Versorgungsanteile). Die tatsächliche Therapeutenzeit entspricht damit im Planungsbereich dem Vollzeit-Arbeitsumfang von knapp 52 Therapeutinnen und Therapeuten und nicht etwa 73. Erwartungsgemäß zeigen die Ergebnisse ein deutliches Stadt-Land-Gefälle, was die Verteilung der Praxissitze betrifft. Fast die Hälfte der Psychotherapeutinnen und -therapeuten (36) haben ihren Praxissitz in Baden-Baden. Die Stadt Rastatt ist Praxisstandort weiterer 7 Psychotherapeutinnen und -therapeuten. Die übrigen Sitze verteilen sich auf Bühl (16), Gaggenau (5), Durmersheim, Gernsbach und Kuppenheim (jeweils 2) und mit jeweils einem Sitz auf Iffezheim, Bietigheim und Sinzheim [1].

Die Versorgungslage mit Psychotherapeutinnen und -therapeuten im Planungsbereich Rastatt/Baden-Baden zeigt im betrachteten Zeitraum eine insgesamt konstante Entwicklung. Dennoch ist die Versorgungssituation herausfordernd. Trotz einer leichten Verbesserung des Therapeut-Einwohner-Verhältnisses, die sich durch den Rückgang der Einwohnendenzahl je Psychotherapeutin und -therapeut von 5.717 im Jahr 2020 auf 5.653 im Jahr 2024 zeigt, bleibt die Versorgungslage deutlich unter dem Niveau des Landes Baden-Württemberg. Dort liegt das Verhältnis konstant auf einem deutlich niedrigeren Niveau, mit einem leichten Anstieg der Einwohnenden zahl je Psychotherapeutin und -therapeut von 3.689 im Jahr 2020 auf 3.730 im Jahr 2024. Dies weist auf eine leichte Verschlechterung der Versorgungssituation auch auf Landesebene hin. Der Versorgungsgrad, der in den Jahren 2020 und 2021 um 109 % lag, zeigt 2022 einen leichten Anstieg auf 110,5 %, bevor er 2023 und 2024 wieder auf das Ausgangsniveau von 108,9 % zurückfällt.

Inwiefern die derzeitigen Kapazitäten dem tatsächlichen Bedarf an psychotherapeutischer Behandlung der Bevölkerung entsprechen, kann auf Basis der vorhandenen Daten nicht beantwortet werden. Besonders besorgniserregend ist die zunehmende Alterung der Psychotherapeutinnen und -therapeuten in Rastatt/Baden-Baden. Der Anteil der über 60-jährigen Therapeutinnen und Therapeuten stieg von 41,9 % im Jahr 2020 auf 50,7 % im Jahr 2024, was darauf hinweist, dass ein Großteil der Therapeutinnen und Therapeuten in naher Zukunft aus dem Berufsleben ausscheiden könnte. Aktuelle Studien zur psychischen Gesundheit in Deutschland zeigen für alle Geschlechter- und Altersgruppen

negative Entwicklungen und weisen darauf hin, dass der Bedarf an psychotherapeutischer Versorgung zukünftig tendenziell steigt [2]. Daher sollten Maßnahmen ergriffen werden, um die Versorgung in allen Teilen des Planungsbereichs zu sichern.

Datenhalter

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Literaturhinweise

- [1] Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW), „Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg. Körperschaft des öffentlichen Rechts,“ 2024. [Online]. Available: <https://www.kvbawue.de/presse/publikationen/versorgungsbericht>. [Zugriff am 25.11.2024].
- [2] L. Walther, S. Junker, J. Thom, H. Hölling und E. Mauz, „Hochfrequente Surveillance von Indikatoren psychischer Gesundheit in der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland – Entwicklungen von 2022–2023,“ *Dtsch Arztebl Int*, Bd. 120, pp. 736–737, 2023.

Stationäre medizinische Versorgung

Krankenhausbetten

Anzahl der Krankenhausbetten je 100.000 Einwohnende

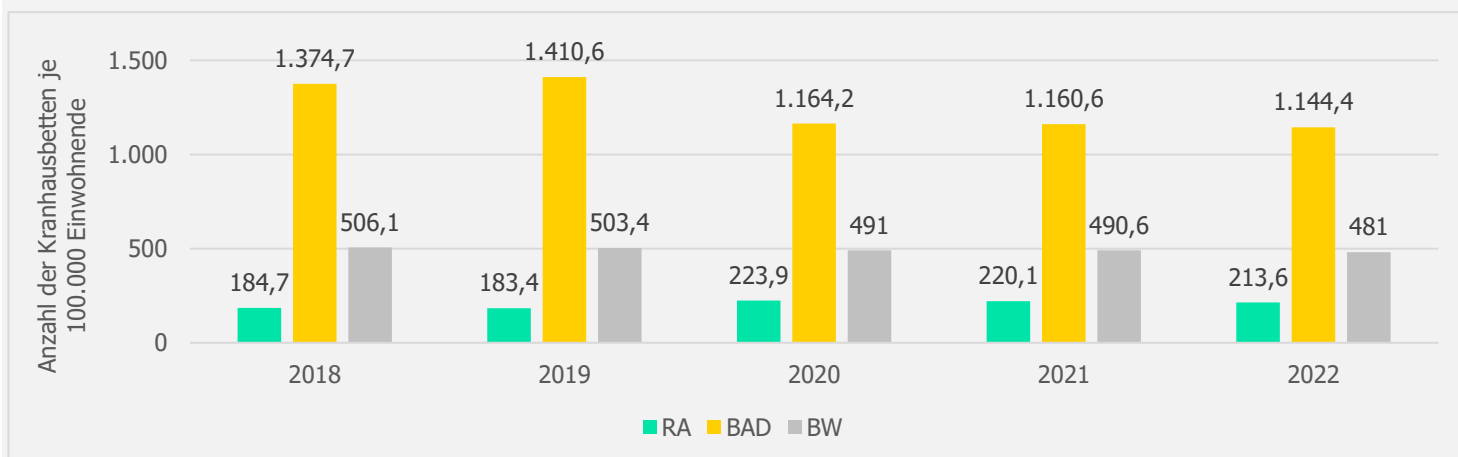
Definition

Dargestellt ist die Anzahl der aufgestellten Krankenhausbetten insgesamt je 100.000 zu versorgende Einwohnende. Mit „aufgestellten Betten“ sind alle betriebsbereit aufgestellten Betten des Krankenhauses gemeint, die zur vollstationären Behandlung von Patientinnen und Patienten bestimmt sind, unabhängig von deren Förderung. Betten zur teilstationären oder ambulanten Unterbringung, Betten in Untersuchungs- und Funktionsräumen sowie Betten für nicht krankheitsbedingt behandlungsbedürftige Neugeborene werden nicht einbezogen. Die Zahl der aufgestellten Betten wird als Jahresdurchschnittswert der an den Monatsenden vorhandenen Bettenzahl ermittelt.

Bedeutung/Ziele

Der Indikator gibt Aufschluss über die Bettendichte, d.h. die Anzahl der Krankenhausbetten je 100.000 Einwohnende in den entsprechenden Gebietseinheiten. Aus dem Indikator lassen sich Rückschlüsse auf die stationären Kapazitäten, d.h. die Zahl der Patientinnen und Patienten, die maximal in den Krankenhäusern behandelt werden können, ziehen. Bei der Interpretation des Indikators gilt zu beachten, dass eine vergleichsweise hohe Anzahl an Krankenhausbetten in einer Region auf eine Mitversorgungsfunktion für umliegende Regionen hindeuten kann.

Anzahl der Krankenhausbetten je 100.000 Einwohnende im LK Rastatt und SK Baden-Baden und Land Baden-Württemberg (2018-2022)



Beschreibung

der Entwicklung

Seit 2018 nimmt die Anzahl der Krankenhausbetten pro 100.000 Einwohnende bis 2022 im LK Rastatt leicht zu (knapp 30 Betten). Im SK Baden-Baden nimmt die Krankenhausbettendichte im gleichen Zeitraum um 230 Betten ab. Der größte Rückgang ist zwischen den Jahren 2019 und 2020 zu verzeichnen. Die hohe Bettendichte des SK Baden-Baden im Vergleich zum Landkreis ist auf die Mitversorgungsfunktion für den Landkreis zurückzuführen. Die Anzahl der Betten im Land Baden-Württemberg liegt 2022 bei 481 Betten je 100.00 Einwohnende. Damit liegen Land- und Stadtkreis im Landesvergleich im oberen Bereich.

Datenquelle

Krankenhausstatistik, Teil I – Grunddaten, Fortschreibung des Bevölkerungsstandes

Krankenhausbetten

Fazit

Im Gesamtverzeichnis der zugelassenen Krankenhäuser weist die für die Krankenhausplanung zuständige Behörde – das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg (SMBW) – zum Stichtag 25. April 2023 fünf Krankenhäuser für den LK Rastatt und den SK Baden-Baden aus. Insgesamt sind für den LK und SK 1.164 Planbetten vorgesehen. Die stationäre medizinische Versorgung in der Region wird überwiegend von der Klinikum Mittelbaden gGmbH (KMB) an den drei Standorten Baden-Baden, Rastatt und Bühl übernommen. 891 der 1.164 vorgesehenen Planbetten werden vom KMB vorgehalten, das sich in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft befindet (LK Rastatt, Stadt Baden-Baden) und den Rechtsstatus eines Plankrankenhauses mit KHG (Krankenhausfinanzierungsgesetz) – Förderung aufweist. Weitere 155 Planbetten entfallen auf die ACURA Kliniken (Rheumazentrum, Klinik für Psychosomatik

und Psychotherapie) in Baden-Baden, ebenfalls in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft und nach KHG finanziert, und 80 Planbetten auf das Fachkrankenhaus Gunzenbach (Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Psychotherapie), das in privater Trägerschaft betrieben und als Vertragskrankenhaus nach § 109 SGB V finanziert wird. Die übrigen 38 Planbetten entfallen auf das MEDICLIN Reha-Zentrum Gernsbach, das zwar in privater Trägerschaft liegt, jedoch als Plankrankenhaus nach KHG gefördert wird [1].

Durch die Mitversorgungsfunktion des KMB für den gesamten LK Rastatt lässt sich die Krankenhausbettendichte nur für die gesamte Region sinnvoll interpretieren. LK und SK verfügten im Jahr 2022 im Landesvergleich über die dritthöchste Anzahl an Krankenhausbetten je 100.000 Einwohnende. Höhere Krankenhausbettendichten gab es 2022 in Baden-Württemberg nur im SK Ulm und SK Heidelberg [2]. Legt man zur Bewertung der Versorgungssituation im stationären Sektor also nur den Indikator Krankenhausbetten zugrunde, ist diese für den LK und SK als überdurchschnittlich gut zu beurteilen.

Die Krankenhausbettendichte ist ein viel genutzter, aber in seiner Aussagekraft eingeschränkter Indikator. Er gibt Aufschluss über die Verfügbarkeit von Betten in einer Region, spiegelt jedoch nicht automatisch die Qualität der stationären Versorgung wider. Eine geringere Bettendichte könnte daher auch das Ergebnis effizienterer Behandlungsmodelle sein, ohne dass dies mit einem Qualitätsverlust einhergeht. Auch können ländliche Regionen trotz niedriger Betten-dichte gut versorgt sein, wenn spezialisierte Zentren in akzeptabler Entfernung verfügbar sind. Die aktuellen bundesweiten Trends in der stationären Versorgung Zentralisierung, Spezialisierung und Ambulantisierung zielen auf eine bessere Versorgungsqualität gerade durch den Abbau von Kapazitäten und durch die Konzentration von medizinischen Leistungen und Verfahren [3]. Dieser Entwicklung und den gesetzlichen Vorgaben durch das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) haben sich auch die Gesellschafter des KMB gestellt. Perspektivisch sollen die derzeit drei Standorte des KMB in einem neu errichteten Zentralklinikum gebündelt werden, um zentral vorgegebenen Qualitätskriterien für die stationäre Versorgung (z.B. Mindestmengen) Rechnung zu tragen [4].

Datenhalter

Statistische Ämter des Bundes und der Länder

Literaturhinweise

- [1] Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg, „Krankenhausplanung: Rahmenplanung für die Krankenhausversorgung im Land,“ 2024. [Online]. Available: <https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/de/gesundheitspflege/krankenhaeuser/krankenhausplanung>. [Zugriff am 27 11 2024].
- [2] Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg, Abteilung 7 Landesgesundheitsamt, „Gesundheitsatlas Baden-Württemberg,“ 2022. [Online]. Available: Gesundheitsatlas Baden-Württemberg. [Zugriff am 20 08 2024].
- [3] Bundesministerium für Gesundheit, „Krankenhausreform im Kabinett: „Gute stationäre Behandlung für alle“,“ 2024. [Online]. Available: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/krankenhausreform-kabinett-pm-15-05-24.html>. [Zugriff am 20 08 2024].
- [4] KMB, „#ZukunftKMB,“ 2024. [Online]. Available: <https://www.klinikum-mittelbaden.de/zukunftkmb/>. [Zugriff am 20 08 2024].

Pflege

Pflegeeinrichtungen und Pflegeplätze

Ambulante Pflegeeinrichtungen insgesamt

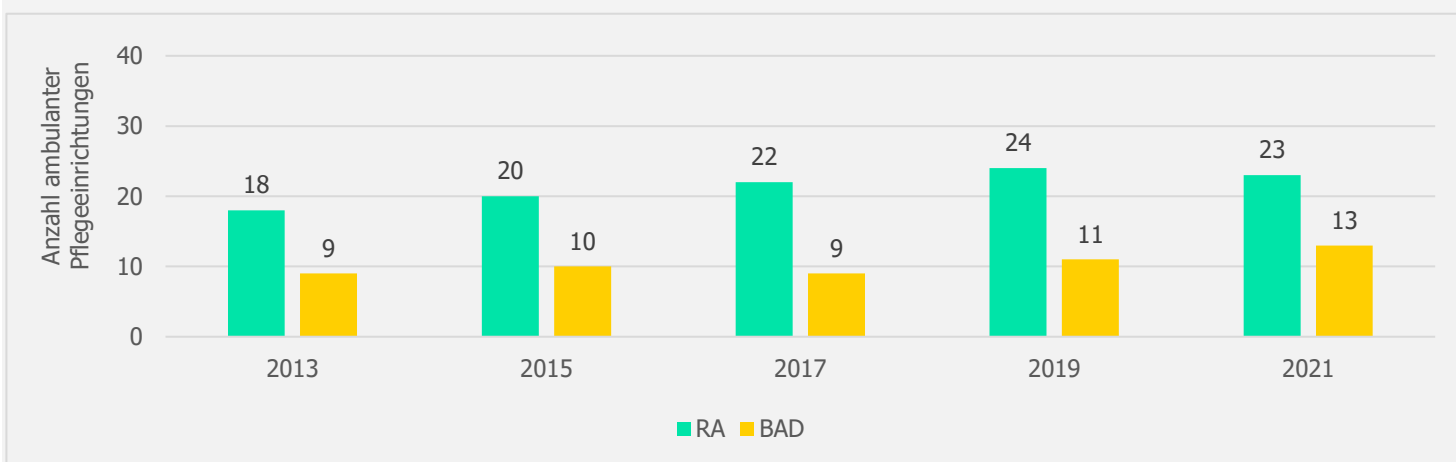
Definition

Der Indikator stellt die Anzahl an ambulanten Pflegeeinrichtungen dar. Ambulante Pflegeeinrichtungen sind selbstständige Pflegedienste, die aufgrund eines Versorgungsvorgabes nach SGB XI Pflegebedürftige unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegekraft in ihren Wohnungen pflegen und hauswirtschaftlich versorgen (Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 36 SGB XI).

Bedeutung/Ziele

Der Indikator bezieht sich auf die Anzahl und Verfügbarkeit von Einrichtungen, die pflegerische Leistungen im ambulanten Bereich erbringen. Er zeigt die Kapazitäten zur Versorgung pflegebedürftiger Menschen, die möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung bleiben möchten.

Anzahl ambulanter Pflegeeinrichtungen im LK Rastatt und SK Baden-Baden (2013-2021)



Beschreibung der Entwicklung

Die Anzahl ambulanter Pflegeeinrichtungen hat sich im LK Rastatt von 18 Einrichtungen im Jahr 2013 auf 23 Einrichtungen im Jahr 2021 erhöht. Auch im SK Baden-Baden ist eine Zunahme um 4 Einrichtungen im Berichtszeitraum zu verzeichnen.

Datenquelle

Pflegestatistik

Pflegeeinrichtungen und Pflegeplätze

Stationäre Pflegeeinrichtungen insgesamt

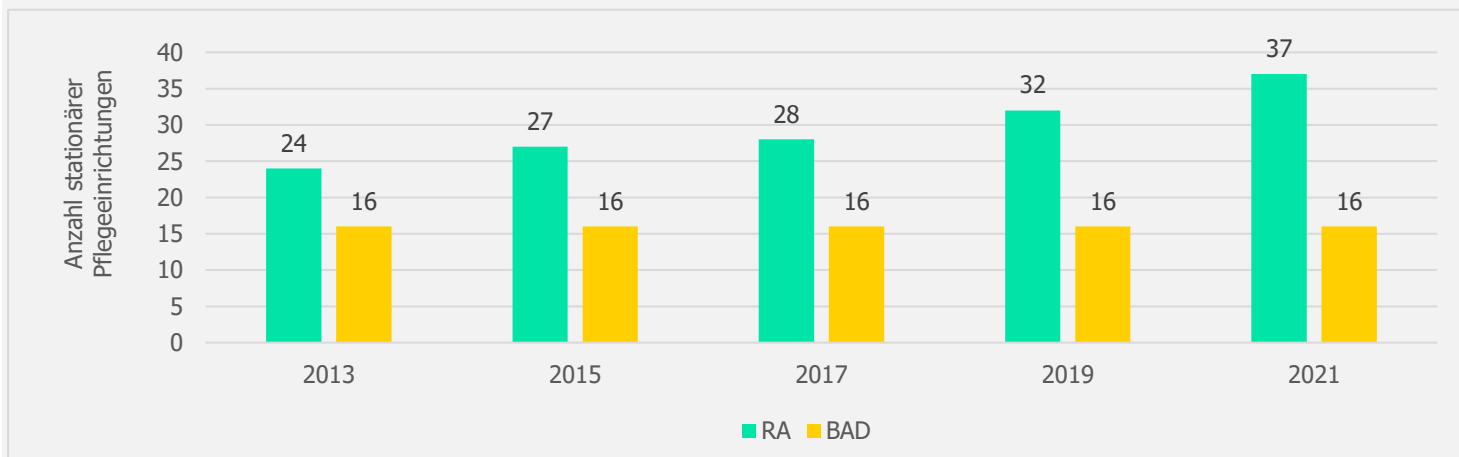
Definition

Der Indikator stellt die Anzahl von stationären Pflegeeinrichtungen dar. Stationäre Pflegeeinrichtungen sind selbstständig wirtschaftende Pflegeheime, die aufgrund eines Versorgungsvorgabes nach SGB XI Pflegebedürftige unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegekraft ganz- bzw. halbtäglich versorgen. Stationäre Pflege umfasst vollstationäre Lang- und Kurzzeitpflege sowie teilstationäre Tages- und Nachtpflege. Zu den stationären Pflegeeinrichtungen gehören in der Pflegestatistik z.B. auch Pflegeheime mit Leistungen nach dem SGB XI, die an einen Dienst oder eine Einrichtung der Eingliederungshilfe (einschließlich Wohnheim für behinderte Menschen) angebunden sind. Auch Pflegeheime für Schwerkranke und Sterbende (z.B. Hospiz), sowie Pflegeheime mit angeschlossenen ambulantem Hilfsdienst werden erfasst. Ambulant betreute Wohnanlagen außerhalb von stationären Pflegeeinrichtungen werden im Rahmen der ambulanten Pflegestatistik erfasst.

Bedeutung/Ziele

Der Indikator zeigt, wie viele stationäre Pflegeplätze verfügbar sind und wie gut eine Region auf die Versorgung von Pflegebedürftigen vorbereitet ist. Er gibt Auskunft über die Versorgungssicherheit, insbesondere für Menschen mit hohem Pflegebedarf.

Anzahl stationärer Pflegeeinrichtungen im LK Rastatt und SK Baden-Baden (2013-2021)



Beschreibung
der Entwicklung

Die Anzahl stationärer Pflegeeinrichtungen steigt im LK Rastatt von 24 Einrichtungen im Jahr 2013 auf 37 Einrichtungen im Jahr 2021. Eine ähnliche Entwicklung zeigt sich auch auf Landesebene. In Baden-Württemberg gab es im Jahr 2021 2.013 Einrichtungen, im Jahr 2013 waren es noch 1.661. Im SK Baden-Baden bleibt die Anzahl an Einrichtungen im Berichtszeitraum konstant bei 16.

Datenquelle

Pflegestatistik

Pflegeeinrichtungen und Pflegeplätze

Anzahl verfügbarer Plätze in stationären Pflegeeinrichtungen je 100.000 ältere Einwohnende

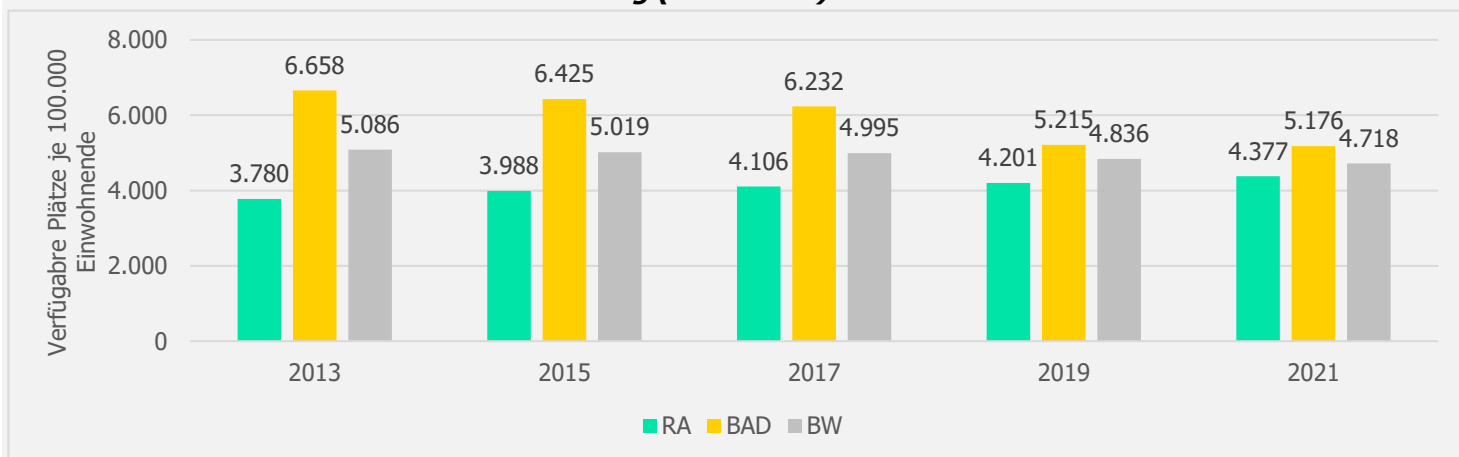
Definition

Der Indikator stellt die Anzahl an stationären Pflegeplätzen je 100.000 ältere Einwohnende (65 Jahre und älter) dar. Als verfügbare Plätze zählen die am Stichtag zugelassenen und tatsächlich verfügbaren Pflegeplätze, die von den Pflegeheimen gemäß Versorgungsvertrag nach SGB XI vorgehalten werden, unabhängig von den derzeit belegten Plätzen. Die verwendeten Bevölkerungszahlen basieren ab dem Berichtsjahr 2011 auf der Bevölkerungsfortschreibung auf Grundlage des Zensus 2011 zum Jahresende.

Bedeutung/Ziele

Der Indikator zeigt, ob die Kapazität der Pflegeplätze in einer Region in Relation zur Zielgruppe ausreicht. Eine Region mit vielen Pflegeeinrichtungen, aber wenigen Plätzen pro Einrichtung, könnte dennoch eine unzureichende Versorgung aufweisen.

Anzahl verfügbarer Plätze in stationären Pflegeeinrichtungen je 100.000 ältere Einwohnende im LK Rastatt, SK Baden-Baden und Land Baden-Württemberg (2013-2021)



Beschreibung der Entwicklung	Die Anzahl verfügbarer Plätze mit vollständiger Pflege je 100.000 ältere Einwohnende steigt im LK Rastatt im Berichtszeitraum von 3.780 (2013) kontinuierlich auf 4.377 an. Im SK Baden-Baden ist die Entwicklung gegenläufig. Hier zeigt sich ein deutlicher Rückgang von 6.658 verfügbaren Plätzen im Jahr 2013 auf 5.176 im Jahr 2021. Auf Landesebene ist ein ähnlicher, jedoch deutlich schwächer ausgeprägter, sinkender Trend bei den verfügbaren Plätzen mit vollstationärer Pflege zu beobachten.
Datenquelle	Pflegestatistik, Fortschreibung des Bevölkerungsstands
<i>Pflegeeinrichtungen und Pflegeplätze</i>	Fazit
<p>Die pflegerische Versorgung wurde im Land- und Stadtkreis im Jahr 2021 von insgesamt 36 ambulanten und 53 stationären Pflegeeinrichtungen sichergestellt. Im LK Rastatt sind die Kapazitäten im Berichtszeitraum erweitert worden, so dass im Jahr 2021 deutlich mehr Plätze mit vollstationärer Pflege zur Verfügung standen als 2013. Im SK Baden-Baden sinkt die Anzahl dieser Plätze trotz gleichbleibender Zahl an Einrichtungen deutlich um 22 %. Der Rückgang der Kapazitäten im SK Baden-Baden lässt sich unter anderem durch neue gesetzliche Vorgaben wie die Landesheimbauverordnung (LHeimBauVO) erklären. Diese Verordnung, die auf den Schutz und die Würde pflegebedürftiger Menschen abzielt, brachte erhöhte Anforderungen an die bauliche und personelle Ausstattung von Pflegeeinrichtungen mit sich. Insbesondere die Vorgaben zu Einzelzimmerquoten und Raumgrößen führten dazu, dass viele Pflegeheime ihre Kapazitäten reduzieren mussten, um den neuen Standards gerecht zu werden [1]. Dieser gesetzliche Anpassungsdruck ist neben dem Fachkräftemangel und Kostensteigerungen in der ambulanten und stationären Pflege ein wesentlicher Grund für die Abnahme der Pflegeplätze im SK Baden-Baden. Laut Pflege-Bedarfsplanung des Stadtkreises fehlten derzeit rund 80 stationäre Pflegeplätze (Prognose bis 2030: rund 170 stationäre Pflegeplätze). Neben dem Ausbau der ambulanten Kapazitäten im Stadtkreis (siehe oben), unterstützt die Verwaltung zwei Bauvorhaben für neue Pflegeeinrichtungen, u.a. in Steinbach [2]. Im Landesvergleich sind die Kapazitäten im aktuellen Berichtsjahr (2021) im SK Baden-Baden jedoch immer noch überdurchschnittlich. Der Stadtkreis liegt im Vergleich zu allen Landkreisen im oberen Mittelbereich. Im LK Rastatt führte die Schaffung neuer Pflegeheime dazu, dass keine Reduktion der verfügbaren Plätze wie in Baden-Baden erfolgte, wodurch die Auswirkungen der LHeimBauVO weniger spürbar waren. In Bezug auf die vollstationären Pflegekapazitäten ordnet sich der LK Rastatt im Landkreisvergleich im unteren Mittelbereich ein.</p>	
Datenhalter	Statistisches Landesamt Baden-Württemberg
Literaturhinweise	<p>[1] Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg, „Antworten auf häufig gestellte Fragen zur Einzelzimmervorgabe in der Landesheimbauverordnung,“ 2024. [Online]. Available: https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/de/gesundheitspflege/pflege/qualitaet-in-der-pflege/faq-zur-landesheimbauverordnung. [Zugriff am 26 08 2024].</p> <p>[2] Stadt Baden-Baden. Fachbereich Bildung und Soziales, „4. Sitzung des Sozialausschusses. Drucksache-Nr. 24.141,“ 10 07 2024. [Online]. Available: https://baden-baden.gremien.info/. [Zugriff am 29 11 2024].</p>