

ZUGANG ZUR HPV-IMPfung IN BADEN-WÜRTTEMBERG

DAK-KINDER- UND JUGENDREPORT 2025

24.02.2025

Alena Zeitler, Jana Diekmannshemke, Lena Hasemann, Dr. Julian Witte, Dr. Katharina Weinert (Vandage GmbH)

Unter Mitarbeit von: Stefan Suhr, Franziska Kath, Gregor Drogies, Max Luthmann und Malte Klee (DAK-Gesundheit)





Population

87.200

Bis zu 87.200 DAK-versicherte Kinder und Jugendliche aus Baden-Württemberg im Alter von 0 bis 17 Jahren, die in den Jahren 2018 bis 2023 bei der DAK-Gesundheit versichert waren, gehen in die Analysen des DAK-Kinder- und Jugendreportes ein.

Zeiträume

6 Jahre

Die Auswertungen umfassen Daten aus dem Zeitraum 01.01.2018 bis 31.12.2023. Berichtet werden Daten für 2018 bis 2023. Die Analysen erfolgen sowohl im Querschnitt, also separat für jedes Jahr, als auch im Längsschnitt.

Kernergebnisse



Zwischen 2022 und 2023 sind in Baden-Württemberg überwiegend steigende HPV-Erstimpfungsquoten festzustellen.

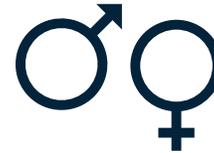
Baden-Württemberg



+11 %

+7 %

+17 %



Deutschland



+12 %

+11 %

+14 %

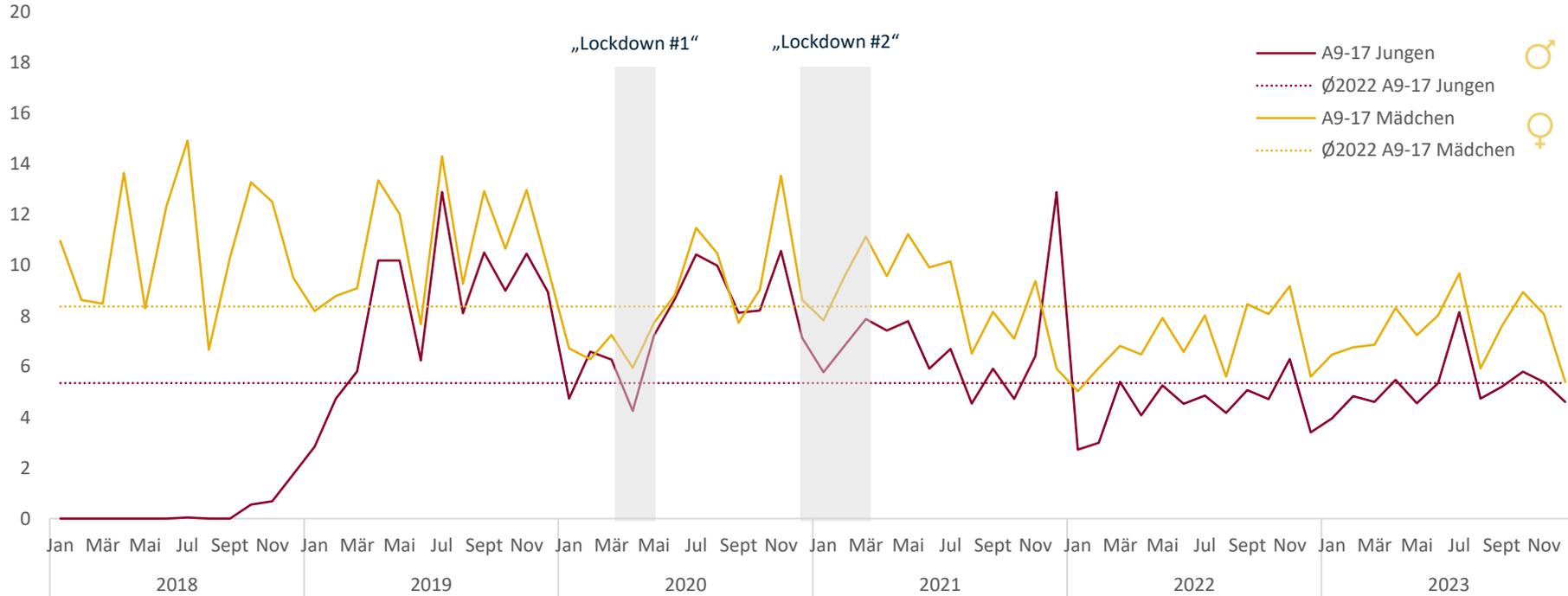
(9-17 Jahre, Vergleich 2022 vs. 2023)



Steigende Tendenz der HPV-Erstimpfungsquote im Jahr 2023 ggü. dem Vorjahr 2022



Anteil DAK-versicherter Jungen und Mädchen mit begonnener HPV-Impfserie („Erstimpfung“) in Baden-Württemberg, Fälle je 1.000 an der jeweiligen Gesamtpopulation



	HPV-Erstimpfungsquote in % der 9- bis 17-Jährigen in Baden-Württemberg						Trend
	2018	2019	2020	2021	2022	2023	23-22
Jungen	0,3	10,0	9,2	7,4	5,4	6,3	+17 %
Mädchen	13,0	12,9	10,4	10,7	8,4	8,9	+7 %
Gesamt	6,4	11,4	9,8	9,0	6,8	7,6	+11 %



Kernergebnisse



Allerdings liegen die HPV-Erstimpfungsquoten des Jahres 2023 noch unter jenen des Vorpandemiejahres 2019.

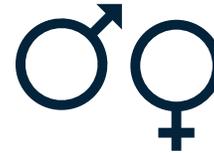
Baden-Württemberg



-34 %

-31 %

-37 %



Deutschland



-30 %

-23 %

-36 %

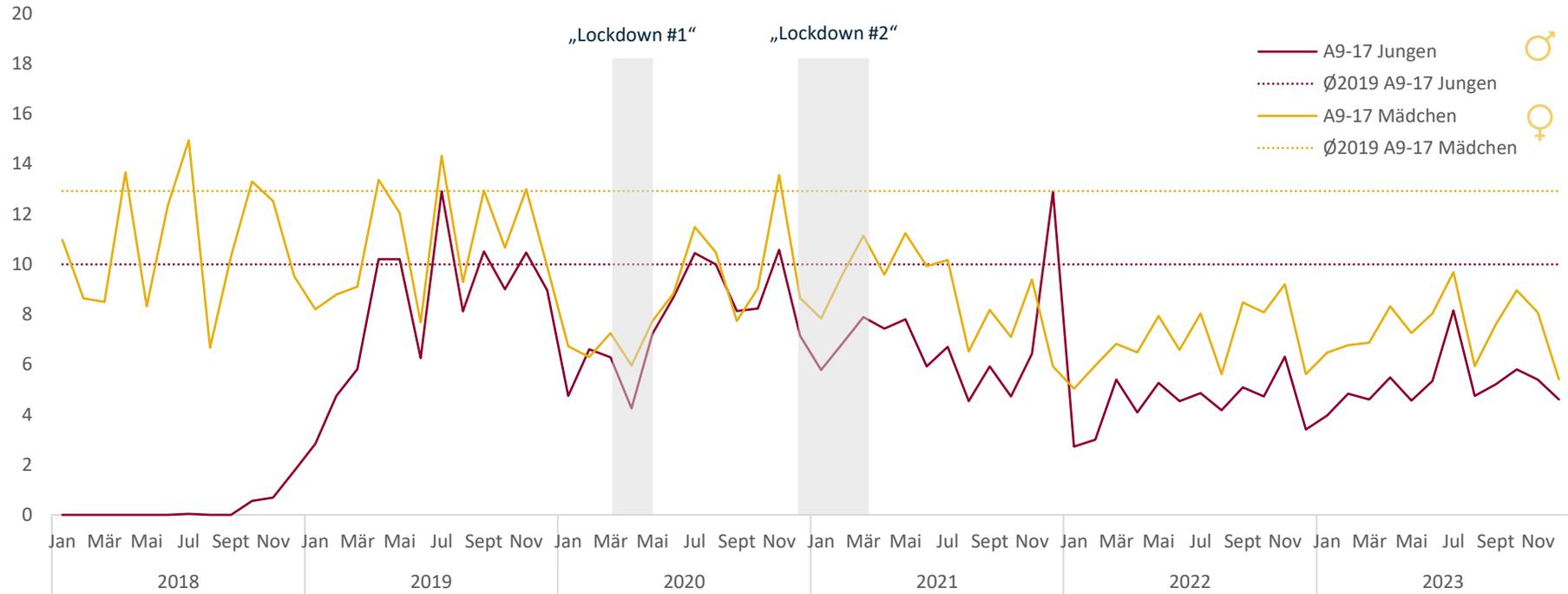
(9-17 Jahre, Vergleich 2019 vs. 2023)



HPV-Erstimpfungsquote liegt 2023 noch unter dem Niveau des Vorpandemiejahrs 2019



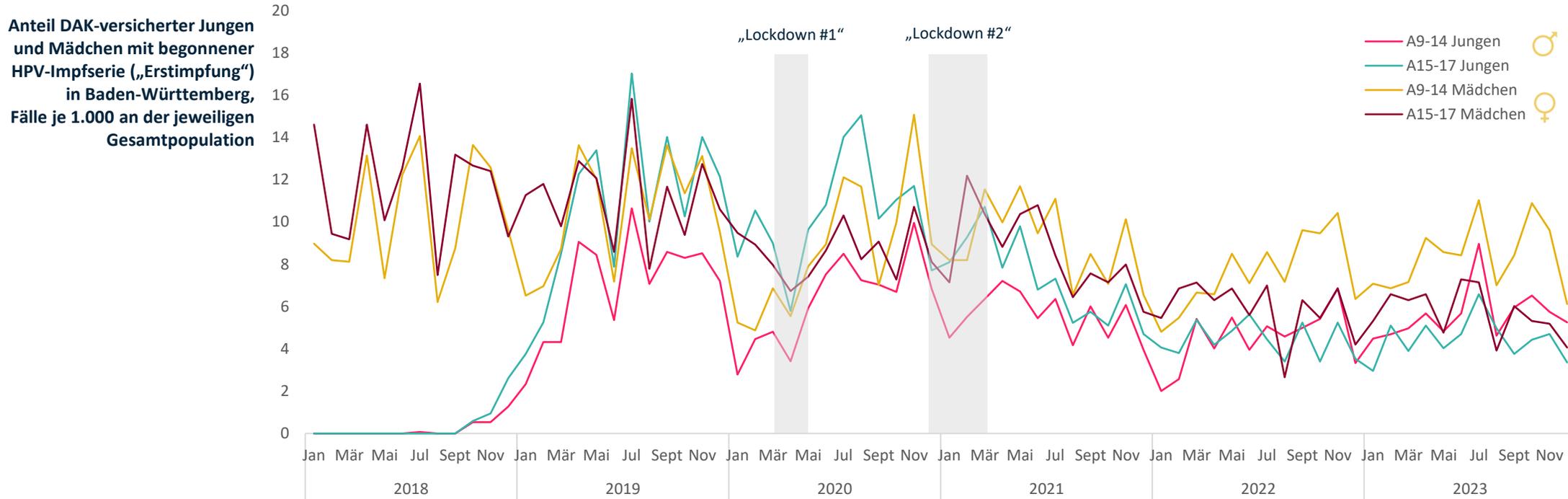
Anteil DAK-versicherter Jungen und Mädchen mit begonnener HPV-Impfserie („Erstimpfung“) in Baden-Württemberg, Fälle je 1.000 an der jeweiligen Gesamtpopulation



	HPV-Erstimpfungsquote in % der 9- bis 17-Jährigen in Baden-Württemberg						Trend
	2018	2019	2020	2021	2022	2023	23-19
Jungen	0,3	10,0	9,2	7,4	5,4	6,3	-37 %
Mädchen	13,0	12,9	10,4	10,7	8,4	8,9	-31 %
Gesamt	6,4	11,4	9,8	9,0	6,8	7,6	-34 %



HPV-Erstimpfungsquote trotz steigender Tendenz 2023 noch unter dem Vorpandemiejahr 2019



Alter	HPV-Erstimpfungsquote in % bei Jungen und Mädchen in Baden-Württemberg						Trend	
	2018	2019	2020	2021	2022	2023	23-19	23-22
9-14 Jahre	6,1	10,5	8,9	8,7	7,2	8,3	-20 %	+16 %
15-17 Jahre	7,0	13,1	11,4	9,5	6,2	6,1	-54 %	-1 %
9-17 Jahre	6,4	11,4	9,8	9,0	6,8	7,6	-34 %	+11 %



Kernergebnisse



Mehr 9-jährige Kinder finden den Zugang zur HPV-Impfung im Jahr 2023 als noch in den Vorjahren 2019 und 2022.



Hochrechnung der Anzahl von Kindern und Jugendlichen in Baden-Württemberg mit einer HPV-Erstimpfung



Entwicklung der DAK-versicherten Kindern und Jugendlichen, die eine Erstimpfung erhalten haben: Hochrechnung auf alle in Baden-Württemberg lebenden Kinder und Jugendlichen
Angaben gerundet auf die 100er-Stelle. Rundungsbedingte Abweichungen in der Berechnung der Differenz möglich.

Alter	Geschlecht	Hochrechnung der Fälle (Erstimpfungen) in Baden-Württemberg						Differenz	
		2018	2019	2020	2021	2022	2023	2023-19	2023-22
9-14 Jahre	Jungen	800	26.400	23.400	20.900	17.400	22.100	-4.300	+4.700
	Mädchen	36.600	37.600	30.900	32.300	27.700	31.100	-6.500	+3.400
	Gesamt	37.300	63.900	54.300	53.300	45.100	53.200	-10.700	+8.100
15-17 Jahre	Jungen	700	21.300	20.200	14.200	8.800	9.000	-12.300	+200
	Mädchen	22.100	20.800	15.800	15.700	11.000	10.800	-10.000	-200
	Gesamt	22.700	42.100	36.000	29.900	19.800	19.800	-22.300	0
9-17 Jahre	Jungen	1.500	47.800	43.900	35.200	26.200	31.100	-16.700	+4.900
	Mädchen	58.800	58.400	46.700	48.000	38.700	41.700	-16.700	+3.000
	Gesamt	60.100	106.200	90.500	83.200	64.800	72.800	-33.400	+8.000



Hintergrund HPV

- Impfziel HPV
- Relevanz HPV-Infektion
- Impfschema

Die tatsächliche Impfquote liegt in Deutschland unter den WHO-Vorgaben



Ziel bis 2030 gemäß der Europäischen Kommission:

Mindestens **90 % der Mädchen** sollen bei Vollendung des 15. Lebensjahres vollständig gegen HPV geimpft sein.

Die Impfquote der **Jungen** soll deutlich ansteigen.

https://health.ec.europa.eu/document/download/426c7de3-1d13-4044-9ac7-e724361ae450_en?filename=vaccination_cancer-plan_factsheet_en.pdf&prefLang=de

ROBERT KOCH INSTITUT

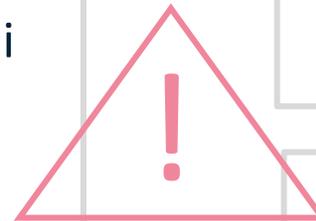
Daten des RKIs / Zeitraum 2008 bis 2021



51 % der Mädchen sind bei Vollendung des 15. Lebensjahres vollständig gegen HPV geimpft.

17 % der Jungen sind bei Vollendung des 15. Lebensjahres vollständig gegen HPV geimpft.

https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2022/Ausgaben/48_22.pdf?__blob=publicationFile



Zi Zentralinstitut
kassenärztliche
Versorgung

Daten des Zi / Zeitraum 2012 bis 2023

50 % der Mädchen sind bei Vollendung des 15. Lebensjahres vollständig gegen HPV geimpft.

31 % der Jungen sind bei Vollendung des 15. Lebensjahres vollständig gegen HPV geimpft.

<https://www.zi.de/das-zi/medien/grafik-des-monats/detailansicht/november-2024>

Warum konzentriert sich die vorliegende Analyse auf Erstimpfungen?



Update Fokusanalyse 2023

Die vorliegende Analyse führt die Betrachtung der Inanspruchnahme von HPV-Erstimpfungen des DAK-Kinder- und Jugendreportes 2023 fort und ergänzt weitere Themenaspekte. Die Ergebnisse zeigen, welche Kinder und Jugendlichen den Zugang zu einer HPV-Impfung gefunden haben und liefern Hinweise zu Gruppen, die diesen Zugang nicht oder erst später (gemessen an dem Alter der Impfpfählung) finden. Zudem vergleicht der Report die Erstimpfungsquoten des Jahres 2023 mit dem Vorjahr 2022 sowie mit dem Vorpandemiejahr 2019 und gibt somit Auskunft über aktuelle zeitliche Trends der Inanspruchnahme.

Datengrundlage

Der DAK-Kinder- und Jugendreport basiert auf den Abrechnungsdaten der DAK-Gesundheit, welche eine aktuelle Berichterstattung erlauben. Aufgrund der geltenden Datenschutzbestimmungen ist der Beobachtungszeitraum in den Daten jedoch auf sechs Jahre begrenzt. Eine umfassende Analyse vollständiger HPV-Impfserien ist auf dieser Grundlage nicht bzw. nur mit relevanten Einschränkungen möglich.

Mehrwert der Analysen

Die Berichte des RKI und Zi bieten eine aktuelle Übersicht zu den Kindern und Jugendlichen, die über eine vollständige HPV-Impfung verfügen. Im Gegensatz dazu liegt der thematische Schwerpunkt der vorliegenden Analyse des DAK-Kinder- und Jugendreportes auf den HPV-Erstimpfungen. Der Report liefert differenzierte Erkenntnisse dazu an, welche Kinder und Jugendliche den Zugang zu HPV-Impfungen finden, und berücksichtigt dabei u. a. das Alter, Geschlecht, die Region und die impfenden Arztgruppen.

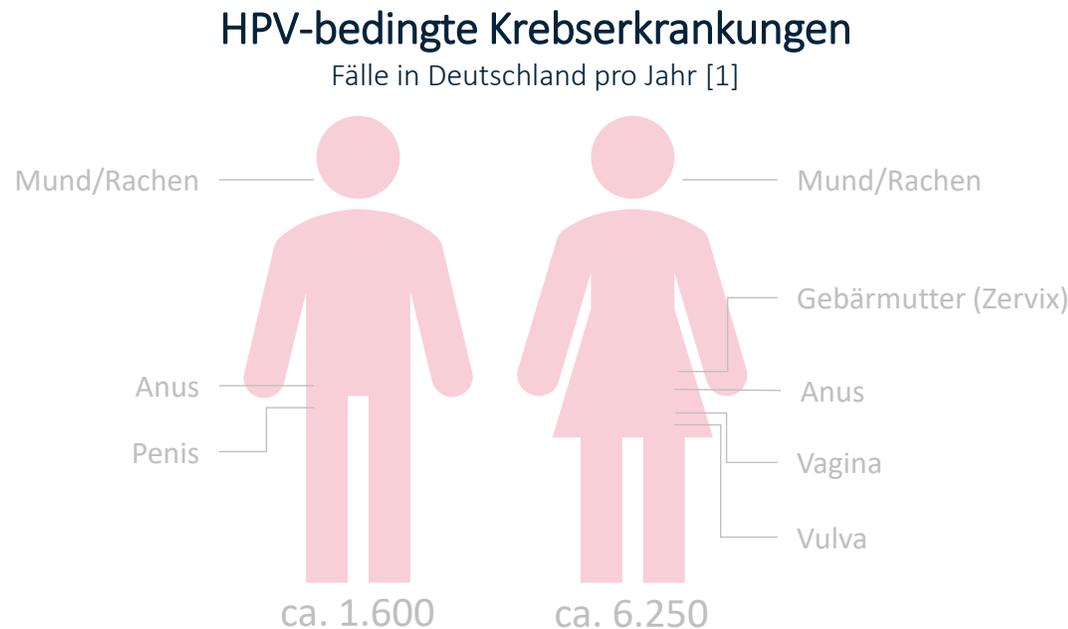
Warum sollte das Risiko auf eine HPV-Infektion reduziert werden?



Eine Infektion mit Humanen Papillomviren (HPV) kann Krebs verursachen. Bei Frauen kann eine Infektion mit HPV zu einer Entstehung von Gebärmutterhalskrebs aber auch zu einer Krebserkrankung von Mund, Rachen, Anus, Vagina und Vulva, insbesondere im Alter zwischen 35 und 59 Jahren, führen. Eine HPV-Infektion begünstigt bei Männern die Bildung von Tumoren im Genital-, Anal-, Mund- und Rachenbereich. [1]

Die HP-Viren werden von Frauen und Männern durch Sexualkontakt übertragen. Daher ist der Aufbau eines Schutzes vor der Infektion sowohl für Jungen als auch für Mädchen vor deren ersten Sexualkontakt wichtig. In Deutschland gaben 6 % der Mädchen bzw. 3 % der Jungen an, zum Zeitpunkt des ersten Geschlechtsverkehrs 14 Jahre oder jünger gewesen zu sein. Unter den 18-Jährigen sind 82 % der Mädchen und 69 % Jungen sexuell aktiv. [1]

Die STIKO empfiehlt seit 2007 eine HPV-Impfung für Mädchen und seit 2018 für Jungen, die möglichst im Alter zwischen 9 und 14 Jahren erfolgen sollte. [2]



[1] <https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Materialien/Faktenblaetter/HPV.html>

[2] https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2022/Ausgaben/48_22.pdf?__blob=publicationFile



Altersgruppen des Kinder- und Jugendreports:

<1-Jährige



„Neugeborene und Säuglinge“

1-4-Jährige



„Kleinkinder“

5-9-Jährige



„Grundschul-kinder“

10-14-Jährige



„Schulkinder“

15-17-Jährige



„Jugendliche“

HPV-Impfalter



Empfehlung der Ständigen Impfkommission (STIKO) zur Impfung gegen HPV:

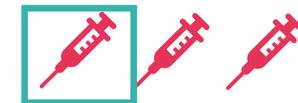
Fokus der vorliegenden Analyse liegt auf der Initiierung eines HPV-Impfzyklus („**Erstimpfung**“)

HPV-Impfung
zwischen 9-14 Jahren



2 Impfdosen

Nachholimpfungen
zwischen 15-17 Jahren



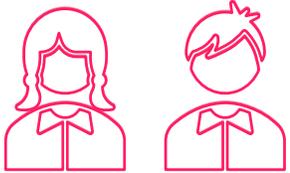
3 Impfdosen



Fragestellungen und Ergebnisse der Analyse

- Fragestellungen
- Begonnene HPV-Impfserien (Erstimpfungsquoten)
- Impfende Facharztgruppen
- Assoziation mit der Wohnortlage (ländlich/städtisch)

Fragestellungen



Fragestellung 1

Wie hat sich die HPV-Erstimpfungsquote bei Jungen und Mädchen in jüngster Zeit (2018 bis 2023) in Baden-Württemberg entwickelt?



Fragestellung 2

Die STIKO empfiehlt eine HPV-Erstimpfung bei Kindern ab neun Jahren. Wie hat sich der Anteil der erstgeimpften 9-Jährigen in Baden-Württemberg im Zeitverlauf verändert?



Fragestellung 3

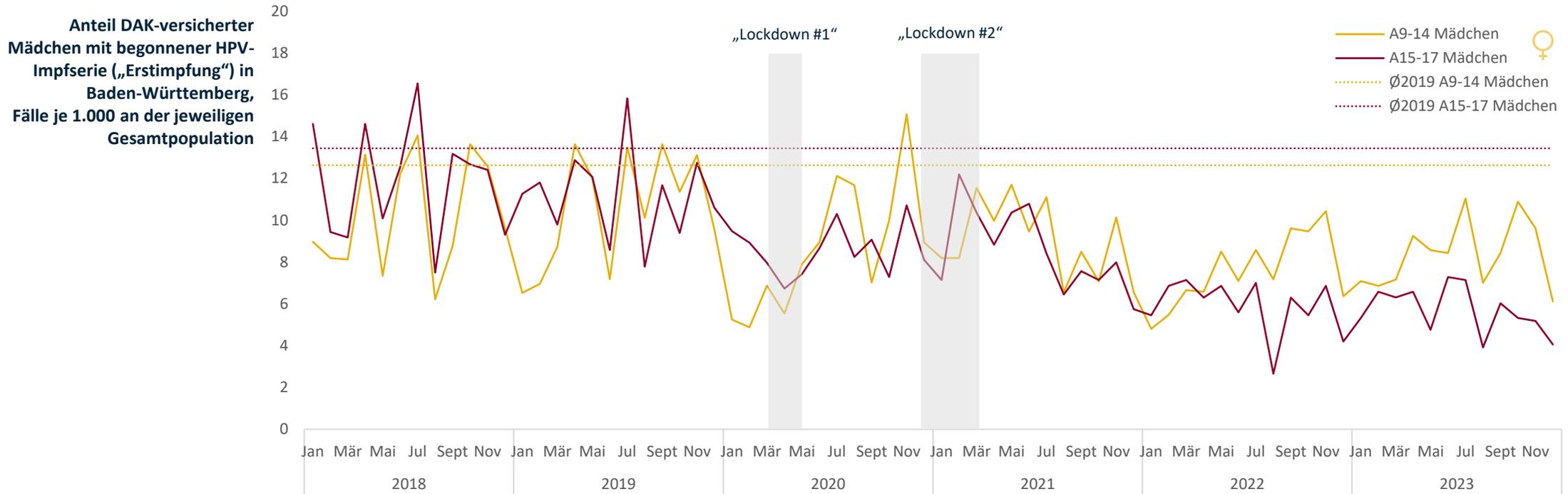
Wie hat sich der Anteil, der gegen HPV impfenden Facharztgruppen in Baden-Württemberg entwickelt?



Fragestellung 4

Gibt es kleinräumige Unterschiede in der Entwicklung der HPV-Erstimpfungsquote in Abhängigkeit der Wohnortlage (ländlich/städtisch) in Baden-Württemberg?

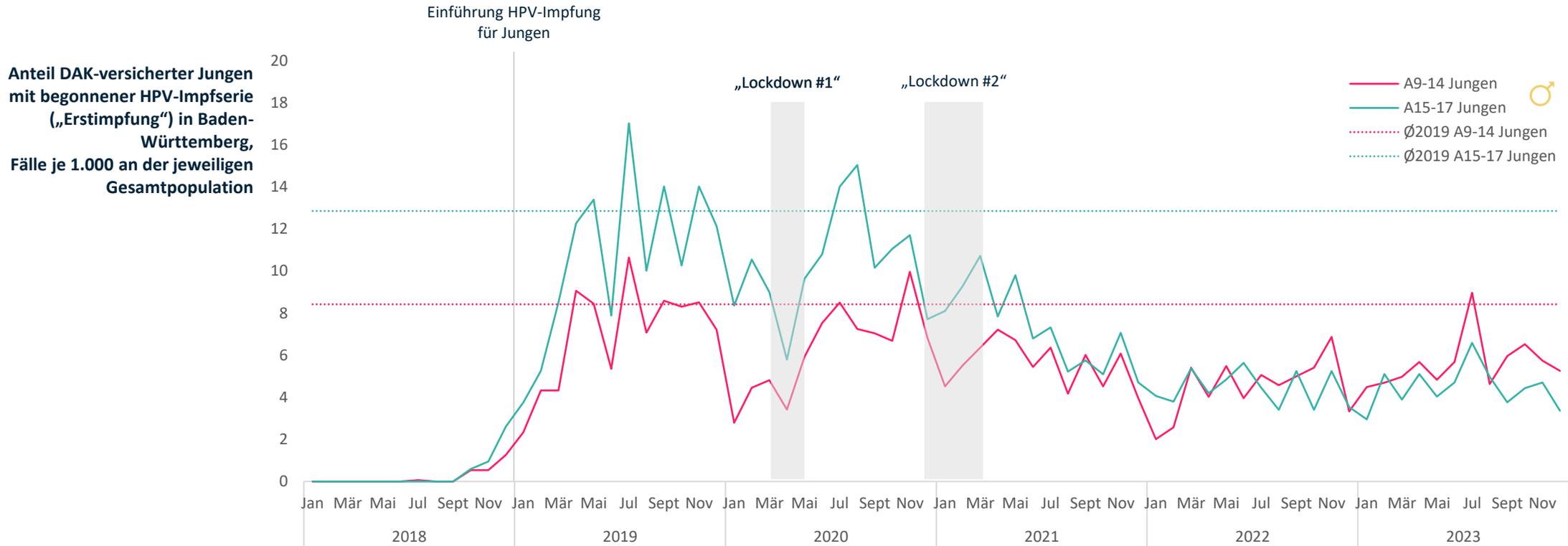
HPV-Erstimpfungsquote von Mädchen trotz steigender Tendenz 2023 noch unter dem Vorpandemiejahr 2019



Alter	HPV-Erstimpfungsquote in % bei Mädchen in Baden-Württemberg						Trend	
	2018	2019	2020	2021	2022	2023	23-19	23-22
9-14 Jahre	12,3	12,6	10,4	10,9	9,1	10,0	-20 %	+11 %
15-17 Jahre	14,2	13,4	10,3	10,3	7,1	6,8	-49 %	-3 %
9-17 Jahre	13,0	12,9	10,4	10,7	8,4	8,9	-31 %	+7 %



HPV-Erstimpfungsquote von Jungen trotz steigender Tendenz 2023 noch unter dem Vorpandemiejahr 2019



Alter	HPV-Erstimpfungsquote in % bei Jungen						Trend	
	2018	2019	2020	2021	2022	2023	23-19	23-22
9-14 Jahre	0,2	8,4	7,5	6,7	5,4	6,7	-20 %	+26 %
15-17 Jahre	0,4	12,9	12,4	8,8	5,3	5,4	-58 %	+1 %
9-17 Jahre	0,3	10,0	9,2	7,4	5,4	6,3	-37 %	+17 %



Mögliche Ursachen für die beobachteten Trends der HPV-Erstimpfungsquoten



Kurzfristige Veränderung des Anteils mit begonnener HPV-Impfserie
in Baden-Württemberg:
2023 gegenüber 2022

Veränderung des Anteils mit begonnener HPV-Impfserie
in Baden-Württemberg:
2023 gegenüber 2019

	Mädchen	Jungen	Gesamt		Mädchen	Jungen	Gesamt
9-14 Jahre	+11 %	+26 %	+16 %	9-14 Jahre	-20 %	-20 %	-20 %
15-17 Jahre	-3 %	+1 %	-1 %	15-17 Jahre	-49 %	-58 %	-54 %
9-17 Jahre	+7 %	+17 %	+11 %	9-17 Jahre	-31 %	-37 %	-34 %

Potenzielle Einflussfaktoren der Erstimpfungsquoten



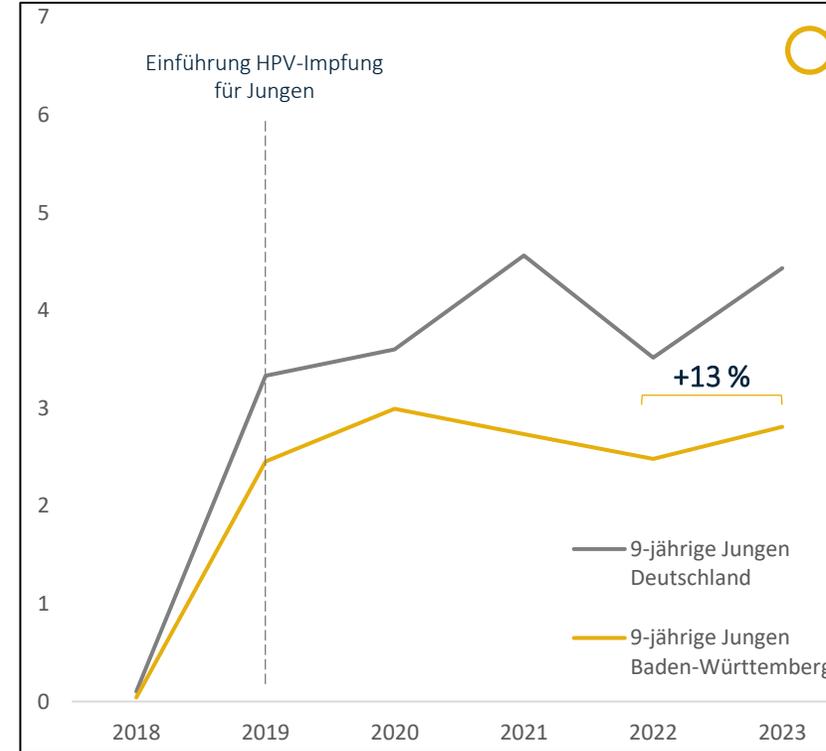
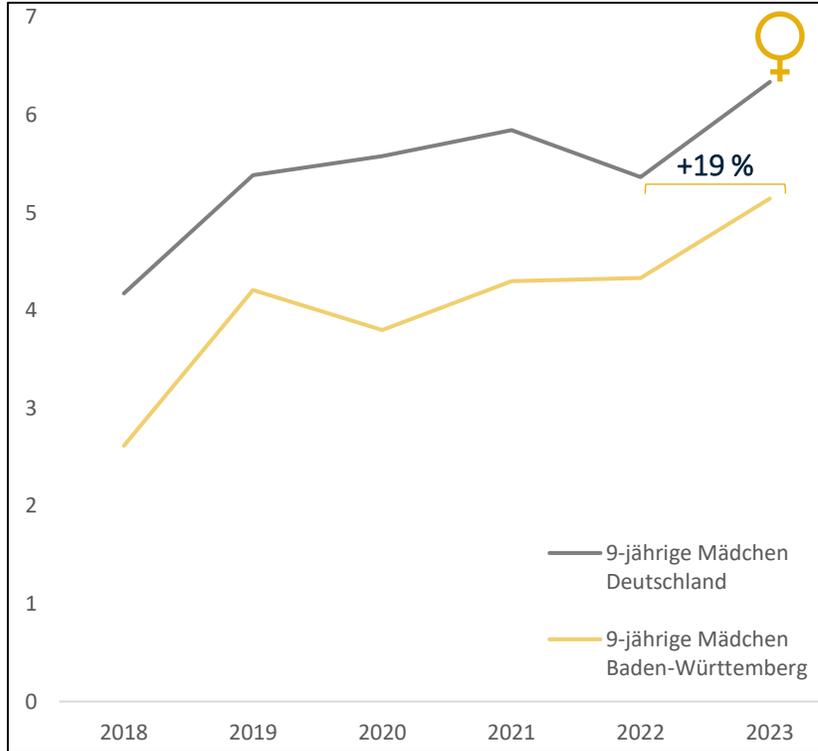
Steigende Entwicklung der Erstimpfungsquote 9-jähriger Mädchen und Jungen



Impfpotenzial

Anteil der 9-Jährigen Jungen und Mädchen mit begonnener HPV-Impfserie („Erstimpfung“) in % an der jeweiligen Gesamtpopulation versicherter Kinder und Jugendlicher

Warum werden 9-jährige Mädchen und Jungen separat betrachtet? Das von der STIKO empfohlene Impfalter beginnt bei 9-jährigen Kindern. Ein zeitlicher Vergleich der Erstimpfungsquoten in diesem Alter wird demnach nicht bzw. nur indirekt vom Erfolg der bisherigen Impfkampagnen beeinflusst.



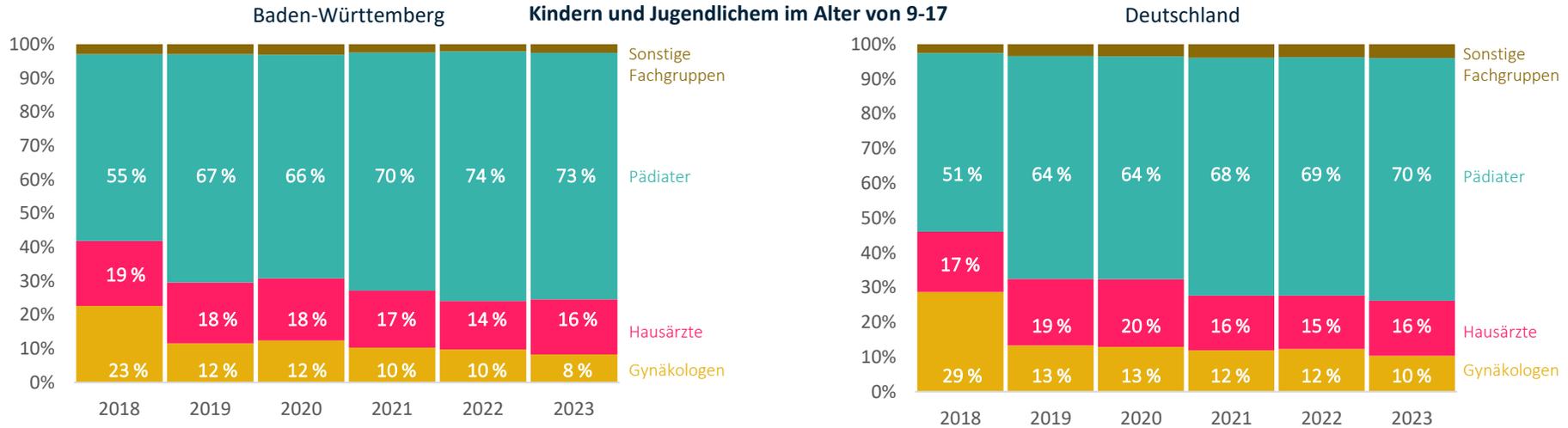
	HPV-Erstimpfungsquote in % bei 9-jährigen Mädchen und Jungen in Baden-Württemberg						Trend	
	2018	2019	2020	2021	2022	2023	23-19	23-22
Mädchen	2,6	4,2	3,8	4,3	4,3	5,1	+22 %	+19 %
Jungen	0,0	2,5	3,0	2,7	2,5	2,8	+14 %	+13 %
Gesamt	1,3	3,3	3,4	3,5	3,4	4,0	+20 %	+17 %



Anteil der begonnenen HPV-Impfserien („Erstimpfung“) in % je Fachgruppe



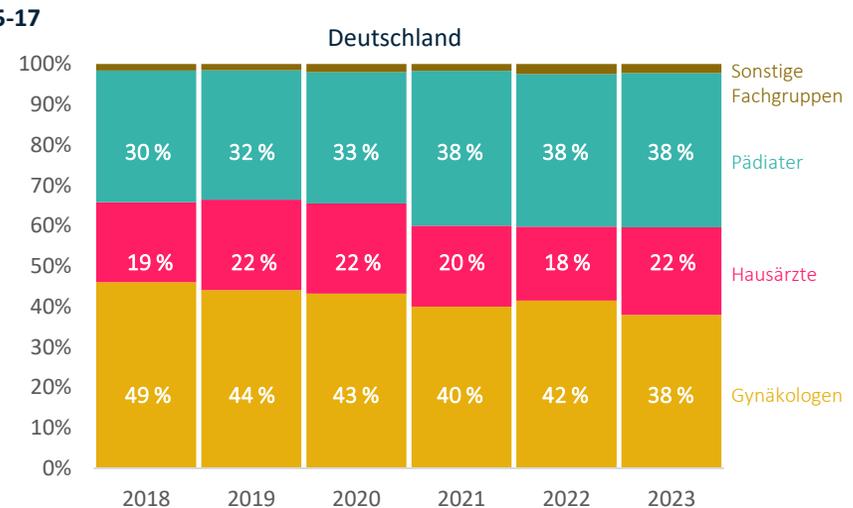
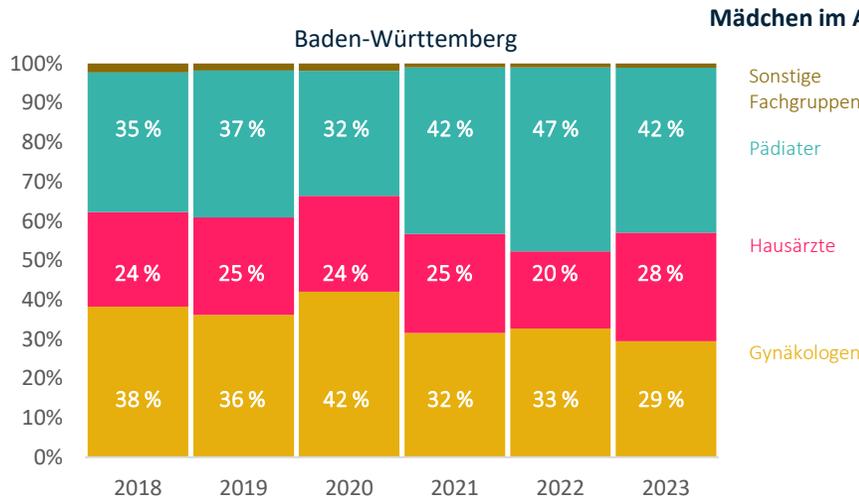
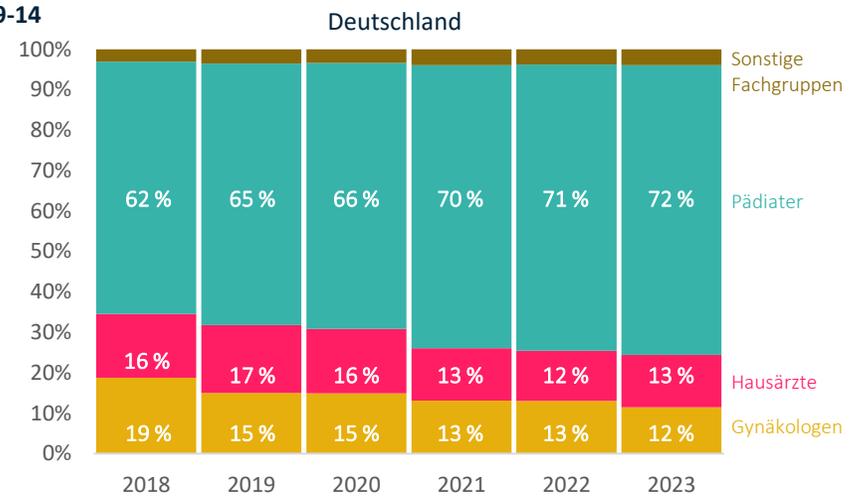
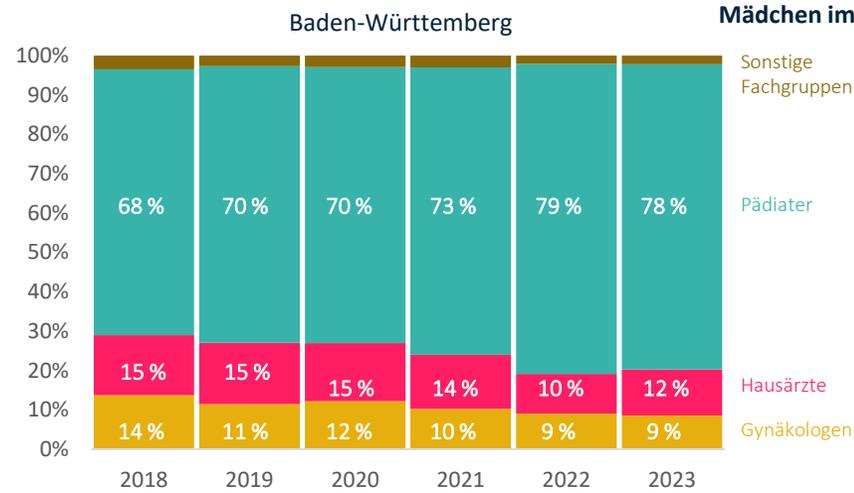
Arztbesuche



Anteil der begonnenen HPV-Impfserien („Erstimpfung“) bei Mädchen in % je Fachgruppe



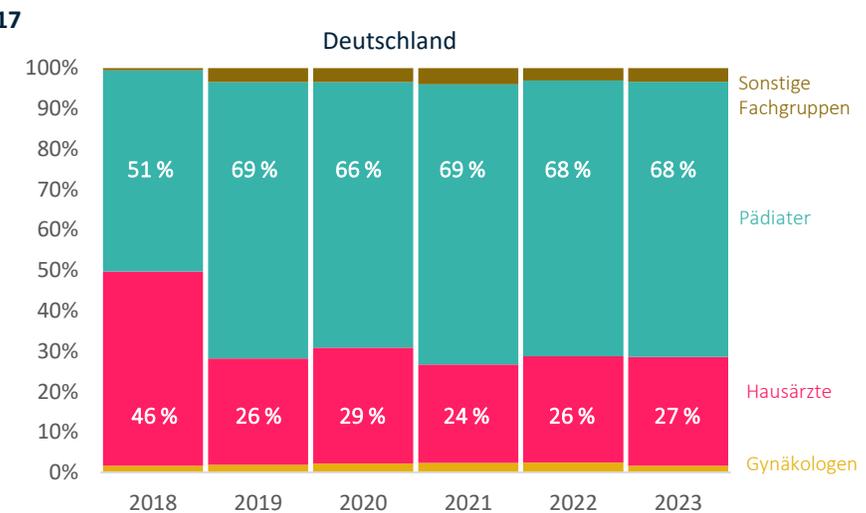
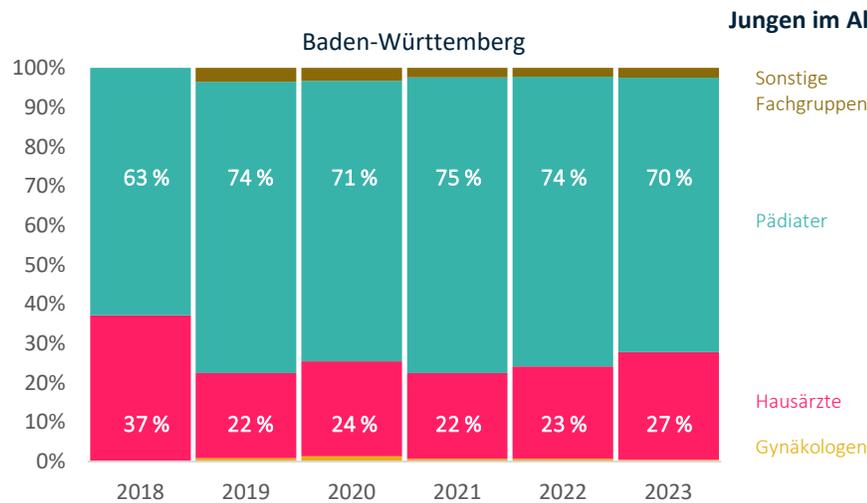
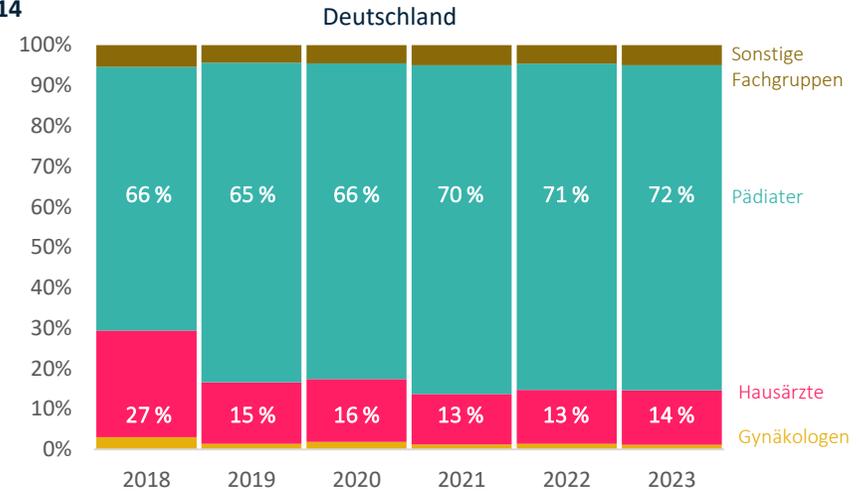
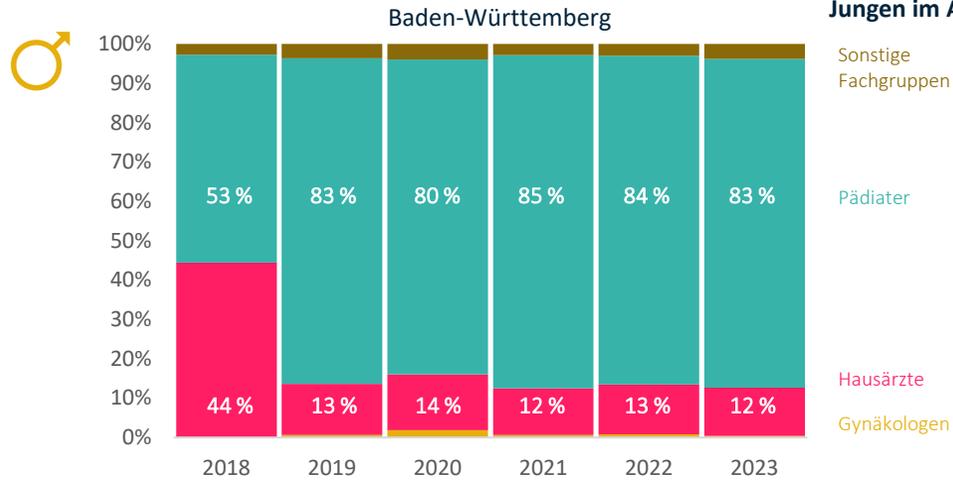
Arztbesuche



Anteil der begonnenen HPV-Impfserien („Erstimpfung“) bei Jungen in % je Fachgruppe



Arztbesuche



Entwicklung der HPV-Erstimpfungsquoten in städtischen und ländlichen Gebieten



Impfbereitschaft

Anteil der 9- bis 17-jährigen Mädchen und Jungen in Baden-Württemberg mit begonnener HPV-Impfserie („Erstimpfung“) in % an der jeweiligen Gesamtpopulation je Wohnort

Trend

Geschlecht	Alter	Wohnort	2018	2019	2020	2021	2022	2023	23-19	23-22
Mädchen	9-14 Jahre	Städtisch	12,4	12,7	10,5	10,7	9,1	10,2	-20 %	+12 %
		Ländlich	11,3	11,9	9,6	12,4	9,0	9,1	-24 %	+1 %
	15-17 Jahre	Städtisch	14,0	13,7	10,2	10,3	7,0	7,0	-49 %	-1 %
		Ländlich	15,7	11,8	11,2	10,1	7,2	5,7	-52 %	-21 %
	9-17 Jahre	Städtisch	13,0	13,1	10,4	10,6	8,4	9,1	-30 %	+8 %
		Ländlich	12,7	11,9	10,2	11,6	8,4	7,9	-34 %	-6 %
Jungen	9-14 Jahre	Städtisch	0,2	8,4	7,5	6,7	5,5	6,9	-18 %	+25 %
		Ländlich	0,5	8,6	7,9	6,8	4,4	5,9	-31 %	+34 %
	15-17 Jahre	Städtisch	0,5	13,0	12,6	8,9	5,5	5,5	-58 %	0 %
		Ländlich	0,1	11,3	10,5	7,4	4,3	4,5	-60 %	+5 %
	9-17 Jahre	Städtisch	0,3	10,1	9,3	7,5	5,5	6,4	-37 %	+16 %
		Ländlich	0,4	9,5	8,8	7,0	4,4	5,4	-43 %	+24 %

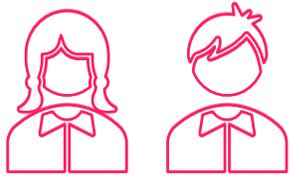
In Baden-Württemberg kann ein Rückgang der HPV-Erstimpfungsquote bei 9- bis 17-Jährigen zwischen den Jahren 2019 und 2023 alters- und geschlechtsunabhängig sowohl in ländlichen (-38 %) als auch in städtisch (-33 %) geprägten Regionen beobachtet werden. Der Rückgang in ländlichen Gebieten ist dabei etwas stärker als jener in städtischen Gebieten. Zwischen 2022 und 2023 lässt sich hinsichtlich der 9- bis 17-Jährigen in städtischen Gebieten ein Anstieg der Erstimpfungen um 12 % und in ländlichen Gebieten um 5 % feststellen. Diese Entwicklungstendenzen entsprechen auch den durchschnittlichen Entwicklungen im gesamten Bundesgebiet.

Was sind ländlich bzw. städtisch geprägte Regionen? Auf Basis von Daten des Bundesinstitutes für Bau-, Stadt und Raumforschung (sog. INKAR-Daten, „Indikatoren und Karten zur Raum- und Stadtentwicklung“) wird ein städtisches Wohnumfeld definiert als mittelgroße und große Städte mit mehr als 20.000 bzw. mehr als 100.000 Einwohnern. Ländlich geprägte Regionen sind Kleinstädte mit weniger als 20.000 Einwohnern oder Landgemeinden.





Kernergebnisse im Überblick: Zwischen 2022 und 2023 sind in Baden-Württemberg überwiegend steigende HPV-Impfquoten festzustellen



9-17 Jahre,
Vergleich 2022 vs. 2023

+7 % HPV-
Erstimpfungsquoten Mädchen
(Deutschland: +11 %)



9 Jahre,
Vergleich 2022 vs. 2023

+19 % HPV-
Erstimpfungsquoten Mädchen
(Deutschland: +18 %)



9-17 Jahre,
Vergleich 2022 vs. 2023

-15 % HPV-Impfungen durch
Gynäkologen
(Deutschland: -16 %)



9-17 Jahre,
Vergleich 2022 vs. 2023

+12 % HPV-Impfungen im
städtischen Gebiet
(Deutschland: +13 %)

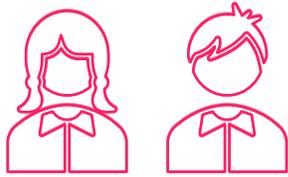
+17 % HPV-
Erstimpfungsquoten Jungen
(Deutschland: +14 %)

+17 % HPV-
Erstimpfungsquoten Jungen
(Deutschland: +26 %)

+14 % HPV-Impfungen durch
Hausärzte
(Deutschland: +3 %)

+5 % HPV-Impfungen im
ländlichen Gebiet
(Deutschland: +11 %)

Kernergebnisse im Überblick: Die HPV-Impfquoten liegen 2023 in Baden-Württemberg überwiegend unter jenen des Vorpandemiejahres 2019



9-17 Jahre,
Vergleich 2019 vs. 2023

-31 % HPV-
Erstimpfungsquoten Mädchen
(Deutschland: -23 %)

-37 % HPV-
Erstimpfungsquoten Jungen
(Deutschland: -36 %)



9 Jahre,
Vergleich 2019 vs. 2023

+22 % HPV-
Erstimpfungsquoten Mädchen
(Deutschland: +18 %)

+14 % HPV-
Erstimpfungsquoten Jungen
(Deutschland: +33 %)



9-17 Jahre,
Vergleich 2019 vs. 2023

-28 % HPV-Impfungen durch
Gynäkologen
(Deutschland: -22 %)

-10 % HPV-Impfungen durch
Hausärzte
(Deutschland: -18 %)



9-17 Jahre,
Vergleich 2019 vs. 2023

-33 % HPV-Impfungen im
städtischen Gebiet
(Deutschland: -27 %)

-38 % HPV-Impfungen im
ländlichen Gebiet
(Deutschland: -33 %)

Methodische Vorgehensweise

Fokusanalyse HPV-Impfung



Vergleich der HPV-Impfanalysen der DAK-Gesundheit und des RKIs



	 DAK-Gesundheit	 Robert Koch-Institut	 Zentralinstitut kassenärztliche Versorgung
Datengrundlage	<ul style="list-style-type: none"> Abrechnungs-/Routinedaten der DAK-Gesundheit 2018-2023 	<ul style="list-style-type: none"> Abrechnungs-/Routinedaten der Impfsurveillance der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), wobei keine HPV-Daten der KV-Region Westfalen-Lippe verfügbar 2008-2021 	<ul style="list-style-type: none"> Abrechnungs-/Routinedaten der Impfsurveillance der KVen 2012-2023
Methodik	<ul style="list-style-type: none"> Jahresbezogene Querschnittsanalyse Thematisierung der Erstimpfungen Berücksichtigtes Alter: 9 bis 17 	<ul style="list-style-type: none"> Rollierende Längsschnittanalyse Schwerpunktlegung auf vollständige HPV-Impfserien Berücksichtigtes Alter: 9 bis 18 	<ul style="list-style-type: none"> Rollierende Längsschnittanalyse Schwerpunktlegung auf vollständige HPV-Impfserien Berücksichtigtes Alter: 9 bis 14

Querschnittstudie

Daten einer Personengruppe zu einem bestimmten Zeitpunkt der Jahre 2018-2023



Längsschnittstudie

Daten der gleichen Personengruppe über den Zeitraum 2008-2021



Zeit

https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2022/Ausgaben/48_22.pdf?__blob=publicationFile

<https://www.zi.de/das-zi/medien/grafik-des-monats/detailansicht/november-2024>

DAK-Kinder- und Jugendreport 2025





- ▼ Routinemäßig erhobene und gespeicherte Sozialdaten gesetzlicher Krankenversicherungen stehen der Öffentlichkeit nicht in Form eines „Public Use Files“ frei zur Verfügung. Während Interessierte zum Beispiel beim Statistischen Bundesamt auf zumindest einen Teil der dort verfügbaren Daten zugreifen können, ist für die (wissenschaftliche) Verwendung von Sozialdaten ein individueller und umfangreicher Antrags- und Freigabeprozess erforderlich.
- ▼ Die DAK-Gesundheit und Vandage nehmen den Schutz personenbezogener Daten sehr ernst. Gesundheitsdaten zählen zu den am höchsten schutzwürdigen Informationen. Aus diesem Grund durchlaufen die Datengenerierungs- und Analyseprozesse zahlreiche Prüf- und Freigabeschleifen.
- ▼ Die Übermittlung von Sozialdaten für die Forschung regelt der Gesetzgeber in § 75 SGB X, insbesondere unter welchen Bedingungen und auf welchem Wege eine Übermittlung von Sozialdaten im Rahmen von Forschungsprojekten möglich ist. Die Einwilligung der bei einer Krankenkasse versicherten Personen ist dabei entgegen allgemeiner datenschutzrechtlicher Vorgaben nicht erforderlich (§ 75 Abs. 1 SGB V). Allerdings müssen die zur Analyse benötigten Daten unverzichtbar für den jeweiligen Forschungszweck sein, d. h. nur unter Verwendung der vorhandenen Sozialdaten können, wie im vorliegenden Fall, relevante Informationen über die gesundheitliche Lage von Kindern und Jugendlichen erhoben werden. Zudem muss das öffentliche Interesse an der Forschung das private Interesse der Betroffenen an der Geheimhaltung ihrer Daten erheblich überwiegen. Insbesondere die Möglichkeit zur weitestgehend verzerrungsfreien Wiedergabe eines Spiegelbildes aller in Deutschland lebenden Kinder und Jugendlichen auf Basis von Sozialdaten ist ein starkes Argument zur Verwendung dieser Datenbasis im vorliegenden Forschungskontext.
- ▼ Unter Berücksichtigung dieser datenschutzrechtlichen Grundsätze obliegt der gesamte Prozess der Abfrage und Generierung von Datensätzen zur wissenschaftlichen Analyse der DAK-Gesundheit. Dabei sind sämtliche vonseiten der DAK-Gesundheit zu Analysezwecken bereitgestellte Daten so weit bereinigt und pseudonymisiert, sodass eine Rückführung auf einzelne Person unmöglich ist. Im Gegensatz zu einer Anonymisierung ist für den vorliegenden Forschungsgegenstand jedoch nur eine Pseudonymisierung der versicherten Personen möglich, um die Zuordnung einer Person im Längsschnitt zu ermöglichen. Im Rahmen der Pseudonymisierung werden bestimmte Personenidentifikatoren aus den Daten gelöscht (u. a. Name, Adresse) bzw. durch neutrale nicht sprechende Studienidentifikatoren (wie Schlüsselidentifikatoren) ersetzt und sichtbare Merkmale vergrößert (z. B. Geburtsdatum TT/MM/JJJJ zu Geburtsjahr JJJJ).

Einordnung von Sekundärdaten



Sekundär-/ Routinedaten

Als Sekundär- bzw. Routinedaten werden Daten bezeichnet, deren Erhebungsanlass ungleich dem Verwertungsanlass ist. Primärdaten, die aus einer direkten Datenerhebung stammen, werden durch weitere Verarbeitungsschritte in Sekundärdaten umgewandelt.

Durch den Kinder- und Jugendreport werden Routinedaten der DAK-Gesundheit verwendet. Diese Daten werden durch Leistungserbringende des Gesundheitssystems zu Abrechnungszwecken an die DAK-Gesundheit übermittelt. Unter Berücksichtigung der geltenden Datenschutzvorgaben werden diese Daten zu Forschungszwecken im Rahmen des Kinder- und Jugendreports ausgewertet.

Vorteile

- Breite Datengrundlage
- Vollständige Abbildung des administrativen Leistungsgeschehens
- Große Analysepopulation
- Möglichkeit patientenindividueller, längsschnittlicher Analyse
- Daten erfassbar, die sonst nicht erfasst werden können wie bspw. von sehr jungen oder schwer kranken Personen, die an keiner Primärdatenerhebung teilnehmen können
- Daten sind schnell und kosteneffektiv verfügbar
- Möglichkeit zur Validierung von Primärdaten

Nachteile

- Nur administrative Diagnosedaten verfügbar (siehe Erkrankungen ohne Kontakt zu Leistungserbringenden)
- Verzerrungen durch fehlerhafte Codierung möglich
- Qualitätsüberprüfung der Daten ist nur eingeschränkt möglich

In den Analysen berücksichtigte Abrechnungsziffern und Fachgruppen



Abrechnungsziffer	Bezeichnung	Bezug
89110A	Humane Papillomviren (HPV) – Personen im Alter von 9-17 Jahren (erste Dosen eines Impfzyklus bzw. unvollständige Impfserie) = Erstimpfung	Bundesweit
89110B	Humane Papillomviren (HPV) – Personen im Alter von 9-17 Jahren (letzte Dosis eines Impfzyklus nach Fachinformation oder abgeschlossene Impfung) = Zweitimpfung	Bundesweit

Hinweis: Aufgrund der geringen Relevanz der regionalen Impzziffern im Abrechnungsgeschehen wurden in der vorliegenden Analyse ausschließlich die genannten bundesweiten Impzziffern berücksichtigt.

Fachgruppe	LANR	Bezeichnung
Hausarzt	01	Allgemeinmediziner (Hausarzt)
	02	Arzt/Praktischer Arzt (Hausarzt)
	03	Internist (Hausarzt)
Pädiater	34	Kinderarzt (Hausarzt)
	38	Neuropädiatrie (Hausarzt)
	40	Kinderarzt (Facharzt)
	46	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt und Teilnahme an haus- und fachärztlicher Versorgung
Gynäkologe	15	Frauenheilkunde
	16	Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin
	17	Gynäkologische Onkologie
	21	Geschlechtskrankheiten und Dermatologie
	67	Urologie
Sonstige Fachärzte	Alle übrigen	-

LANR: Lebenslange Arztnummer. Angaben gemäß: https://www.kbv.de/media/sp/Arztnummern_Richtlinie.pdf





VANDAGE

Health Economics
Analytics

Alena Zeitler, Jana Diekmannshemke, Lena Hasemann, Dr. Julian Witte, Dr. Katharina Weinert
KJR-Fokusanalyse "Zugang zur HPV-Impfung in Baden-Württemberg" | 24.02.2025

Vandage GmbH
We compute in Bielefeld. Detmolder Straße 30, 33604 Bielefeld
hey@vandage.de