

Basisgesundheitsbericht 2021



Soziale Region

BildungsRegion

Nachhaltige Region

Aktive Region

Kommunale
Gesundheitsberichterstattung

Kommunale Gesundheitsberichterstattung
in der StädteRegion Aachen
12. Basisgesundheitsbericht
06/2021

Zusammenstellung von ausgewählten Basisdaten
zum Gesundheitszustand der Bevölkerung
in der StädteRegion Aachen und umliegender Kommunen

Fortschreibung 2021

Herausgeber:
StädteRegion Aachen
Der Städteregionsrat
Gesundheitsamt

Impressum:

Herausgeber:

StädteRegion Aachen
Der Städteregionsrat
A 53 – Gesundheitsamt

Redaktion und Gestaltung:

A 53 – Gesundheitsamt
Geschäftsstelle Gesundheitskonferenz
Thilo Koch
Trierer Straße 1
D-52078 Aachen
Tel.: 0241 / 5198-5303
Fax: 0241 / 5198-8-5303
Email: thilo.koch@staedteregion-aachen.de
Internet: www.staedteregion-aachen.de/gesundheitsamt
Juni 2021

Vorbemerkungen

Für eine effiziente und effektive Gesundheitsversorgung der Bevölkerung ist eine kontinuierliche Analyse der gesundheitlichen Versorgungsfelder unerlässlich. Aus diesem Grund ist die kommunale Gesundheitsberichterstattung ein wichtiges Instrument für gesundheitspolitische Planungen.

Im hier vorliegenden Basisgesundheitsbericht finden Sie eine speziell für die StädteRegion Aachen vorgenommene Auswahl gesundheitsrelevanter Basisdaten.

Hintergrund dieser Zusammenstellung von Gesundheitsindikatoren im Rahmen eines Basisgesundheitsberichtes ist die Aufgabe der kommunalen Gesundheitsberichterstattung für die Politik, die Fachöffentlichkeit und die Bevölkerung Informationen über die gesundheitliche Situation der Bevölkerung, über Gesundheitsrisiken und über die Versorgung mit Gesundheitsleistungen zur Verfügung zu stellen.

Der Darstellung von „harten“ Daten, wie es im Landesgesundheitsbericht (Bardehle & Annuß, 1993) formuliert wurde, die auf der Basis von Indikatorenansätzen zusammengestellt wurden, kommt im Rahmen der kommunalen Gesundheitsberichterstattung eine besondere Bedeutung zu. Sie ermöglicht nicht nur eine Vergleichbarkeit zwischen den Kommunen und dem Land, sondern ebenso durch langfristige Fortschreibungen der einzelnen Indikatoren einen Vergleich über die Zeit (vergleiche Bardehle & Annuß, 1993).

Der Ursprung der hier dargestellten Basisdaten zum Gesundheitszustand der Bevölkerung auf der Grundlage des GMK-Indikatorenansatzes liegt im Jahre 1991, als die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) der Länder einen Indikatorenansatz für einen Gesundheitsrahmenbericht beschloss, der von der Arbeitsgemeinschaft der Leitenden Medizinalbeamten des Bundes (AGLMB) ausgearbeitet worden war. Dieser Indikatorenansatz stellt die Grundlage für eine Gesundheitsberichterstattung in allen Bundesländern dar. Er wurde entwickelt, um eine Vergleichbarkeit von gesundheitsbezogenen Daten auf verschiedenen Ebenen, z.B. national und regional, zu erreichen.

Der „Indikatorenansatz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder“ wurde ständig weiterentwickelt und ergänzt.

Die aktuelle dritte Fassung des Indikatorenansatzes wurde 2003 unter der Federführung Nordrhein-Westfalens erarbeitet. Dabei wurde die Systematik verändert. Eine **Vergleichbarkeit** der in dem vorliegenden Bericht aufgeführten Indikatoren mit den vor 2003 geführten „alten“ Indikatoren ist daher,

wenn überhaupt, nur eingeschränkt möglich. Eine Tabelle für „Umsteiger“ zur Vergleichbarkeit des alten mit dem neuen Indikatorenansatz findet sich unter www.lzg.nrw.de (genaue Quellenangabe siehe Literaturliste).

Weiterhin sind auch in diesem Bericht insgesamt **70 kommunale Indikatoren** aus **7 von 10 Themenfeldern** dargestellt. Für die Themenfelder 9–11 liegen keine kommunal differenzierten Daten vor.

Themenfeld 1 enthält keine Indikatoren, hier werden in freier Form die gesundheitlichen Rahmenbedingungen der Länder im Berichtszeitraum beschrieben.

Tabelle 1. Indikatoren nach Themenfeldern

Themenfeld	Beschreibung
2	Bevölkerung und bevölkerungsspezifische Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens
3	Gesundheitszustand der Bevölkerung I Allgemeine Übersicht zur Mortalität und Morbidität II Krankheiten/ Krankheitsgruppen
4	Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen
5	Gesundheitsrisiken aus der natürlichen und technischen Umwelt
6	Einrichtungen des Gesundheitswesens
7	Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens
8	Beschäftigte im Gesundheitswesen
9	Ausbildung im Gesundheitswesen (zurzeit keine Kreis-Daten)
10	Ausgaben und Finanzierung (zurzeit keine Kreis-Daten)
11	Kosten (zurzeit keine Kreis-Daten)

Quelle: www.lzg.nrw.de (siehe Literaturliste)

Herkunft der Daten

Alle im vorliegenden Bericht dargestellten Daten und zugehörigen Kommentare wurden den Veröffentlichungen des Landesentrums Gesundheit Nordrhein-Westfalens – LZG.NRW entnommen. Angaben zu den Datenhaltern und Datenquellen finden sich an entsprechender Stelle und sind als solche kenntlich gemacht.

Auswahl der Daten

Die Auswahl der hier dargestellten Indikatoren richtet sich in erster Linie nach der Verfügbarkeit des vorhandenen Datenmaterials für die StädteRegion Aachen.

Aktualität der Daten

Die Aktualität der Daten ist durch die Bearbeitungszeit in den verschiedenen Institutionen bedingt, da alle Daten validiert, korrigiert, z. T. standardisiert und auf Plausibilität überprüft werden müssen. Alle dargestellten Daten geben den Stand vom 31. Mai 2021 wieder (Redaktionsschluss).

Vergleichsoptionen

Die Daten werden zur besseren Einschätzung mit den Werten der um die StädteRegion Aachen liegenden Kreise Düren, Euskirchen, Heinsberg, der Stadt Aachen sowie den Daten des Regierungsbezirkes Köln und des Landes NRW verglichen.

Um Verteilungsmuster besser erkennen zu können, werden aus dem Gesundheitsatlas NRW grafische Darstellungen mit Daten aller NRW-Kreise und kreisfreien Städten eingefügt (URL siehe Literatur/ Datenquellen). Ergänzt wird diese Art der Darstellung durch ein Balkendiagramm sowie durch eine Trendkurve der letzten Jahre als Linien- und Balkendiagramm. (siehe Abb. 1).

Informationen zu den Indikatoren

Den Darstellungen der Datentabellen zu den einzelnen Indikatoren ist jeweils eine verkürzte Form der ausführlichen und umfangreichen, nach einheitlichen Kriterien vorgenommenen Kommentierung des Indikators, wie sie vom LZG.NRW

publiziert wurde, vorangestellt. Diese enthalten in der vorliegenden, verkürzten Form

- die Bezeichnung des Indikators,
- die genaue Definition,
- den Datenhalter,
- die Datenquelle,
- die Periodizität,
- die Validität sowie
- den Kommentar des LZG.NRW mit Hinweisen zur Bedeutung des Indikators im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung.

Systematik der Indikatoren-Nummerierung

Jeder Indikator wird durch eine eindeutige Indikatornummer identifiziert. Die ersten zwei Stellen bezeichnen das Themenfeld, nach dem Trennzeichen folgen zwei bzw. drei weitere Stellen für die laufende Nummerierung der Indikatoren. Als Beschreibung wird eine Kurzfassung des Indikator-Titels angegeben.

Weiteren Informationen und die vollständigen Kommentare zu den jeweiligen Indikatoren können den entsprechenden Veröffentlichungen entnommen werden bzw. sind auch im Internet unter <http://www.lzg.nrw.de> einzusehen.

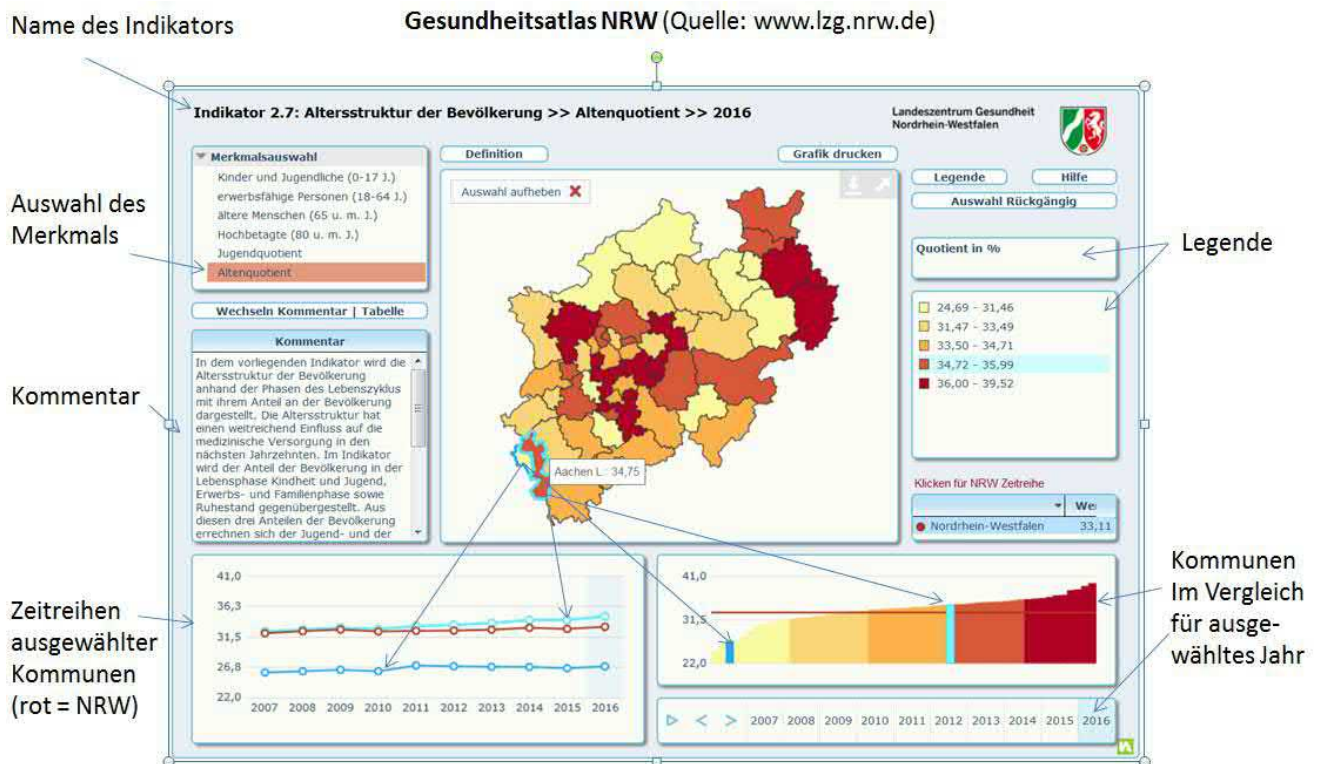


Abbildung 1: Beispiel für eine grafische Darstellung aus dem Gesundheitsatlas NRW

Zuordnung der Indikatoren zu Zielgruppen/ Spezialthemen

Neben der Darstellung der Indikatoren nach den vorgegebenen Themenfeldern kann es ebenso nützlich sein, die Indikatoren spezifischen Zielgruppen oder einigen Spezialthemen zuzuordnen (Tabelle 2). Dies ermöglicht einen schnellen Überblick, falls bei der Betrachtung der Indikatoren nur eine bestimmte Zielgruppe oder ein bestimmtes Spezialthema von Interesse ist.

Alle Indikatoren, die einem einzelnen oder mehreren Zielgruppen/Spezialthemen zugeordnet werden können, erhalten daher zur Identifizierung neben ihrer Indikatorkennzahl auch einen

Hinweis, für welche Zielgruppe oder welches Spezialthema sie aussagen machen können.

Es wird dabei zwischen Indikatoren unterschieden, die die Zielgruppe oder das Spezialthema direkt beschreiben (direkter Indikator, Kennung Großbuchstabe), und Indikatoren, die eine wichtige Einfluss- oder Wirkungsgröße abbilden (indirekter Indikator, Kennung Kleinbuchstabe).

Ein zusätzliches Inhaltsverzeichnis, geordnet nach Zugehörigkeit der Indikatoren zu einer Zielgruppe oder einem Spezialthema, findet sich am Ende des Berichtes ab Seite 172.

Tabelle 2: Zielgruppen/ Themen und zugehörige Kennung

Zielgruppen/ Spezialthemen	Kennung (D)irekt/(i)ndirekt
Kinder- und Jugendliche	K / k
Ältere Menschen	A / a
Geschlechtsspezifität	G / g
Migration	M / m
Sozio-ökonomischer Bezug	S / s
Medizinische und Soziale Versorgung	V / v
Gesundheitsförderung/Prävention	F / f
Psychische Beeinträchtigung	P / p

Inhaltsverzeichnis

Vorbemerkungen..... 3

Inhaltsverzeichnis..... 6

Nr. Bezeichnung Zielgruppe...Jahr..... Seite

Themenfeld 02: Bevölkerung und bevölkerungsspezifische Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems 9

Bevölkerung

02.03	01 Demographische Basistabelle, nach Geschlecht	KAGM..... 2019	10
02.05	Bevölkerung nach Geschlecht	KAGM..... 2019	12
02.05	01 Fläche und Bevölkerungsdichte	v	2018 14
02.06	Ausländische Bevölkerung, nach Geschlecht	MG	2019 16
02.06	01 Bevölkerung mit Migrationshintergrund	M	2019 18
02.07	Altersstruktur der Bevölkerung	KAG	2019 20
02.08	Mädchen- u. Frauenanteil in der Bevölkerung, nach Alter	GKA	2019 22
02.10	01 Lebendgeborene	K.....	2019 24
02.11	Wanderungen der Bevölkerung	M.....	2019 26
02.12	Bevölkerungsprognose, Jugendquotient, Altenquotient	KA.....	2018 28

Wirtschaftliche und soziale Lage

02.13	01 Bevölkerung nach Schulabschluss	Svf	2019 30
02.16	Verfügbares Einkommen der privaten Haushalte	S	2017 32
02.18	Erwerbstätige, nach Geschlecht	SG	2019 34
02.21	Arbeitslose nach Personengruppen und Geschlecht	SGMvf	2019 36
02.23	Sozialhilfeempfänger (Raten), nach Geschlecht	SGMvf	2018 38
02.24	Wohngeldempfänger (Haushalte)	S	2018 42

Themenfeld 03: Gesundheitszustand der Bevölkerung I. Allgemeine Übersicht zur Mortalität und Morbidität..... 45

Allgemeine Mortalität

03.07	Sterbefälle, nach Geschlecht	Gv.....	2019 46
-------	------------------------------	---------	---------------

Abgeleitete Indikatoren: Lebenserwartung, verlorene Lebensjahre, vermeidbare Sterbefälle

03.10	Lebenserwartung, nach Geschlecht	GSV.....	2018 48
03.14	Vermeidbare Sterbefälle, ausgewählte Diagnosen, nach Geschlecht	GMSP	2017 50

Stationäre Morbidität

03.27	Krankenhausfälle, nach Geschlecht	GV.....	2017 54
03.27	01 Reha-Fälle, nach Geschlecht	GVs.....	2017 56

Medizinische Leistungen zur Rehabilitation

03.36	Med. u. sonst. Rehabilitationsleistungen, nach Geschlecht (<65 J)	GVs.....	2018 58
-------	---	----------	---------------

Rentenzugänge und Rentenbestand wegen verminderter Erwerbsfähigkeit

03.40	Frührentenzugänge u. -bestand, nach Geschlecht	GVsf.....	2018 60
-------	--	-----------	---------------

Schwerbehinderte Menschen

03.45	Schwerbehinderte Menschen, nach Geschlecht	GVf	2017 64
03.45	01 Schwerbehinderte Kinder unter 15 Jahren, nach Geschlecht	KGvf	2017 66
03.45	02 Schwerbehinderte Menschen über 65 Jahren, nach Geschlecht	AGVf	2017 68

Nr.	Bezeichnung	Zielgruppe...Jahr	Seite
Pflegebedürftigkeit			
03.48	01 MDK-Pflegebegutachtungen nach Pflegegraden	ASV 2017	70
03.49	Pflegebedürftige, nach Geschlecht	AGSV..... 2017	72
03.49	01 Pflegebedürftige, nach Pflegeart	ASV 2017	74
03.49	02 MDK-Pflegebegutachtungen nach Geschlecht	AGSV..... 2017	76

Themenfeld 03:**Gesundheitszustand der Bevölkerung****II. Krankheiten/Krankheitsgruppen.....79****Gesundheitszustand von Säuglingen und Vorschulkindern**

03.51	Stationär entbundene Neugeborene nach Geburtsgewicht	KSVf..... 2018	80
03.53	01 Säuglingssterbefälle (Neonatal- u. Postneonatalsterblichk.)	KSV 2019	82
03.54	Säuglingssterblichkeit, gesamt, 3-Jahres-Mittelwerte	KSV 2019	84
03.54	01 Säuglingssterblichkeit, nach Geschlecht, 3-Jahres-Mittelwerte	KGSV..... 2019	86
03.57	01 Auffälligkeiten des Entwicklungsstandes bei Einschulungsuntersuchungen nach Geschlecht	KG..... 2018	88
03.57	02 Adipositas, herabgesetzte Sehschärfe bei Einschulungsuntersuchungen, nach Geschlecht	KG..... 2018	92

Infektionskrankheiten

03.59	01 Neuerkrankungen, Masern, 0- bis 14-Jährige, nach Geschlecht	KGv..... 2018	94
03.62	Neuerkrankungen, Lungentuberkulose, nach Geschlecht. 3-JMW	GSV..... 2017	96
03.62	01 Neuerkrankungen, Lungentuberkulose, nach Geschlecht	GSV..... 2017	98

Psychische und Verhaltensstörungen

03.87	01 Einweisungen nach PsychKG u. Betreuungsgesetz, n. Geschl.	GVP..... 2018	100
03.89	Suizidsterbefälle, nach Geschlecht, 3-Jahres-Mittelwert	GP..... 2017	102

Verletzungen, Vergiftungen, äußere Ursachen

03.111	01 Krankenhausfälle, Verbrennungen/Vergiftungen, (<15 J.), nach Geschlecht	KG..... 2017	104
03.118	Im Straßenverkehr verunglückte Personen, nach Geschlecht	G..... 2019	106

Themenfeld 4:**Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen 109**

04.01	02 Rauchverhalten nach Alter und Geschlecht, Mikrozensus,	GKA 2017	110
04.08	02 Body Mass Index (BMI) der erwachsenen Bevölkerung nach Alter und Geschlecht, Mikrozensus	GA 2017	112

Themenfeld 5:**Gesundheitsrisiken aus der natürlichen und technischen Umwelt 115**

05.01	Stickstoffdioxid in der Außenluft, NRW nach Messstationen 2019	116
05.04	Ozon in der Außenluft, NRW nach Messstationen 2019	118

Themenfeld 06:**Einrichtungen des Gesundheitswesens 121****Ambulante Einrichtungen**

06.02	Versorgungsgrad Vertragsärzte	V..... 2018	122
06.05	Versorgungsgrad Vertragszahnärzte	V..... 2018	124

Stationäre/ teilstationäre Einrichtungen

06.15	Wichtige Krankenhausangebote	V..... 2017	126
-------	------------------------------	-------------------	-----

Nr.	Bezeichnung	Zielgruppe...Jahr Seite
Pflegeeinrichtungen		
06.18	Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen	V..... 2017 128
Weitere Einrichtungen des Gesundheitswesens		
06.21	Apotheken	V..... 2018 130
06.23	Personen im Ambulant Betreuten Wohnen, nach Geschlecht	GV..... 2018 132
06.23	01 Plätze im stationären Wohnen im Rahmen der Eingliederungs- hilfe für Menschen mit Behinderungen	GV..... 2018 134
06.23	02 Plätze in stationären Wohneinrichtungen für Menschen mit Behinderungen, nach Geschlecht	GV..... 2018 136
Themenfeld 07:		
Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsförderung und der Gesundheitsversorgung....		139
Inanspruchnahme/Leistungen der Gesundheitsförderung und Früherkennung von Krankheiten		
07.06	Inanspruchnahme des Krankheitsfrüherkennungsprogramms für Kinder	KVF 2018 140
07.10	Durch Karies-Prophylaxemaßnahmen erreichte Kinder, nach Einrichtungstyp	KVF 2018 142
07.13	Impfquote Polio, Tetanus, Diphtherie, Hepatitis B, Haemophilus influenzae b und Pertussis bei Schulanfängern	KVF 2018 144
07.14	Impfquote Masern, Mumps, Röteln und Varizellen bei Schul- anfängern	KVF 2018 146
Inanspruchnahme/Leistungen der ambulanten Versorgung		
07.23	01 Methadon-Substitutionsbehandlung	V..... 2019 148
07.25	Einsätze Krankentransporte und Rettungsdienste	V..... 2016 150
Inanspruchnahme/Leistungen der Versorgung in Pflegeeinrichtungen		
07.34	Pflegeldempfang nach Pflegegraden, nach Geschlecht	AGV 2017 152
07.34	01 MDK-Pflegebegutachtungen nach Pflegeart	AV..... 2017 154
07.35	Von ambulanten Pflegeeinrichtungen betreute Pflegebedürftige, nach Pflegegraden und Geschlecht	AGV 2017 156
07.36	In Pflegeeinrichtungen betreute Pflegebedürftige, nach Pflegegraden und Geschlecht	AGV 2017 158
Themenfeld 08:		
Beschäftigte im Gesundheitswesen		161
Personal in ambulanten Einrichtungen		
08.08	Ärzte und Zahnärzte in ambulanten Einrichtungen	V..... 2018 162
08.13	Psychotherapeuten in ambulanten Einrichtungen	V..... 2018 164
08.13	01 Berufstätige psychologische Psychotherapeuten und Kinder- u. Jugendlichen-Psychotherapeuten	V..... 2017 166
Personal in stationären und teilstationären Einrichtungen		
08.19	Personal im Pflegedienst in allgemeinen und sonstigen Krankenhäusern	V..... 2017 168
Personal im öffentlichen Gesundheitsdienst		
08.27	Personal kommunaler Dienststellen, nach Geschlecht	V..... 2019 170
Inhaltsverzeichnis nach Zielgruppen und Spezialthemen		172
Literatur/ Datenquellen		176

Gesundheitsindikatoren

Themenfeld 2:

Bevölkerung und bevölkerungsspezifische Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens

Indikator 2.03_01 Demographische Basistabelle: Bevölkerung nach Geschlecht, Alter, Deutsche, Ausländer, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken

KAGM

Definition

Die Struktur der Bevölkerung nach Altersgruppen und Geschlecht wird für die Berechnung regionaler alters- und geschlechtsspezifischer Raten, speziell zur gesundheitlichen Lage der Bevölkerung, benötigt.

Als die gebräuchlichste Form der Darstellung hat sich die 5-Jahres-Altersgruppierung, gegliedert nach Geschlecht, durchgesetzt. Säuglinge werden gesondert betrachtet. Bis Ende des 20. Jahrhunderts war die Begrenzung bis auf die Bevölkerungsgruppe 85 Jahre und älter festgelegt. Aufgrund der gestiegenen Lebenserwartung werden die Bevölkerungsdaten bis zur Altersgruppe 90 und älter für die Kreise und kreisfreien Städte ausgewiesen.

Datenhalter

Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW)

Datenquelle

Fortschreibung des Bevölkerungsstandes

Periodizität

Jährlich, 31.12.

Validität

Zur Qualitätsbewertung gibt es seitens der Statistischen Landesämter keine strukturierte und dokumentierte Information. Bevölkerungszahlen werden aus der Fortschreibung der Bevölkerung entnommen, deshalb sind kleinere Abweichungen zu einer Zensus-Population möglich.

Kommentar

Die Altersgruppen entsprechen denen der europäischen Standardbevölkerung, ergänzt um die Altersgruppen von 85 - 89 und 90 Jahre und älter. Gegenwärtig ist es nicht möglich, die Altersgruppen bis auf 95 Jahre und älter zu erhöhen.

Die demographische Basistabelle zur Altersstruktur der Bevölkerung wird pro Kreis/kreisfreier Stadt bei Bedarf als Länderindikator im Hintergrund (sog. Indikator der zweiten Reihe) geführt.

Der Indikator zählt zu den demographischen Gesundheitsdeterminanten.

Indikator 2.03_01 Demographische Basistabelle: StädteRegion Aachen*, Bevölkerung nach Geschlecht, Alter, Deutsche, Ausländer, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 2019

Alter von ... bis ... Jahren	Bevölkerung am 31.12.2019			
	weiblich	männlich	insgesamt	darunter: Ausländer
0 - 1	2.507	2.562	5.069	651
1 - 4	9.748	10.160	19.908	2.603
5 - 9	11.057	11.893	22.950	3.168
10 - 14	11.308	12.024	23.332	2.668
15 - 19	13.320	15.263	28.583	3.814
20 - 24	19.584	27.450	47.034	11.082
25 - 29	19.454	25.565	45.019	10.848
30 - 34	16.987	19.586	36.573	7.936
35 - 39	15.785	16.469	32.254	6.738
40 - 44	14.751	14.397	29.148	6.410
45 - 49	16.496	16.042	32.538	6.202
50 - 54	21.407	21.389	42.796	5.178
55 - 59	20.832	21.190	42.022	4.002
60 - 64	18.179	17.776	35.955	3.113
65 - 69	16.117	14.333	30.450	2.624
70 - 74	12.763	11.114	23.877	2.376
75 - 79	13.271	10.484	23.755	1.802
80 - 84	11.892	8.605	20.497	1.003
85 - 89	6.332	3.740	10.072	431
90 u. mehr	3.769	1.425	5.194	172
Insgesamt	275.559	281.467	557.026	82.791

Datenquelle:
Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW):
Fortschreibung des Bevölkerungsstandes
Basis Zensus 2011

* inkl. Stadt Aachen

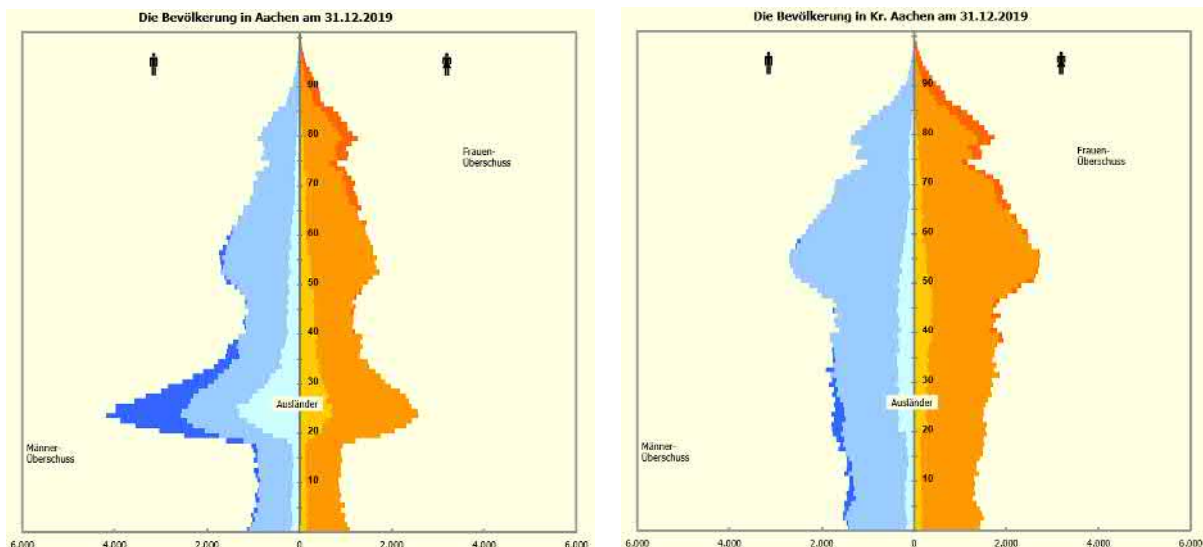


Abbildung 2: Bevölkerung in der StädteRegion Aachen am 31.12.2019 (links Stadt Aachen, rechts StR Aachen ohne Stadt Aachen)

Indikator 2.05 Bevölkerung nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken

KAGM

Definition

Die Struktur der Bevölkerung auf regionaler Ebene nach Geschlecht und der Anteil ausländischer Bevölkerung in den Kommunen sind wichtige Grundlagen für die Planung der medizinischen Versorgung und gleichzeitig stellen sie die Nennerpopulation für die Bildung von Kennziffern (Raten, Ratios) zur gesundheitlichen Lage in den Kommunen dar.

Zur Bevölkerung gehören alle Personen, die in Deutschland ihren (ständigen) Wohnsitz haben einschließlich der hier gemeldeten Ausländerinnen und Ausländer sowie Staatenlosen. Nicht zur Bevölkerung zählen hingegen die Angehörigen der ausländischen Stationierungsstreitkräfte sowie der ausländischen diplomatischen und konsularischen Vertretungen mit ihren Familienangehörigen.

Gezählt wird die Bevölkerung am Ort der alleinigen bzw. Hauptwohnung im Sinne von § 12 Abs. 2 des Ersten Gesetzes zur Änderung des Melderechtsrahmengesetzes (MRRG) vom 11. März 1994 (BGBl. I S. 529).

Für die Kreise und kreisfreien Städte kann ein vereinfachtes Verfahren zur Berechnung der Durchschnittsbevölkerung angewendet werden, bei dem die arithmetischen Mittelwerte aus dem Bevölkerungsstand jeder Altersgruppe am 31.12. des Vorjahres und am 31.12. des Berichtsjahres gebildet werden.

Datenhalter

Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW)

Datenquelle

Fortschreibung des Bevölkerungsstandes

Periodizität

Jährlich, 31.12.

Validität

Zur Qualitätsbewertung gibt es seitens der Statistischen Landesämter keine strukturierte und dokumentierte Information. Die Ungenauigkeit von Bevölkerungsangaben nimmt mit dem Abstand von vorangegangenen Volkszählungen (Zensus) zu.

Kommentar

Für den Regionalvergleich ist eine demographische Basistabelle der Kreise und kreisfreien Städte erforderlich. Der Indikator enthält die gesamte Bevölkerung, die Ausländer sind als Bevölkerungsanteil in Prozent ausgewiesen. Im Indikator 2.6 ist die ausländische Bevölkerung nach Geschlecht im Regionalvergleich dargestellt. Der Indikator zählt zu den demographischen Gesundheitsdeterminanten.

Indikator 2.05 Bevölkerung nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 2019

Verwaltungsbezirk	Bevölkerung am 31.12. des Jahres				Durchschnittliche Bevölkerung			
	weibl.	männl.	insg.	dar.: Ausländer Anteil in %	weibl.	männl.	insg.	dar.: Ausländer Anteil in %
Stadt Aachen	118.920	130.040	248.960	18,9	118.773	129.397	248.170	18,4
StR Aachen ¹	156.639	151.427	308.066	12,2	156.658	151.418	308.076	12,0
Kreis Düren	133.273	131.365	264.638	11,2	133.117	131.063	264.180	11,0
Kreis Euskirchen	98.119	95.537	193.656	7,8	97.918	95.331	193.248	7,7
Kreis Heinsberg	129.049	126.506	255.555	12,0	128.761	126.178	254.939	11,8
Reg.-Bez. Köln	2.280.537	2.198.310	4.478.847	14,1	2.278.133	2.195.743	4.473.876	14,0
Nordrhein-Westfalen	9.141.247	8.805.974	17.947.221	13,6	9.137.634	8.802.303	17.939.936	13,4

Datenquelle/Copyright:
Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW):
Fortschreibung des Bevölkerungsstandes

¹ StädteRegion Aachen ohne Stadt Aachen

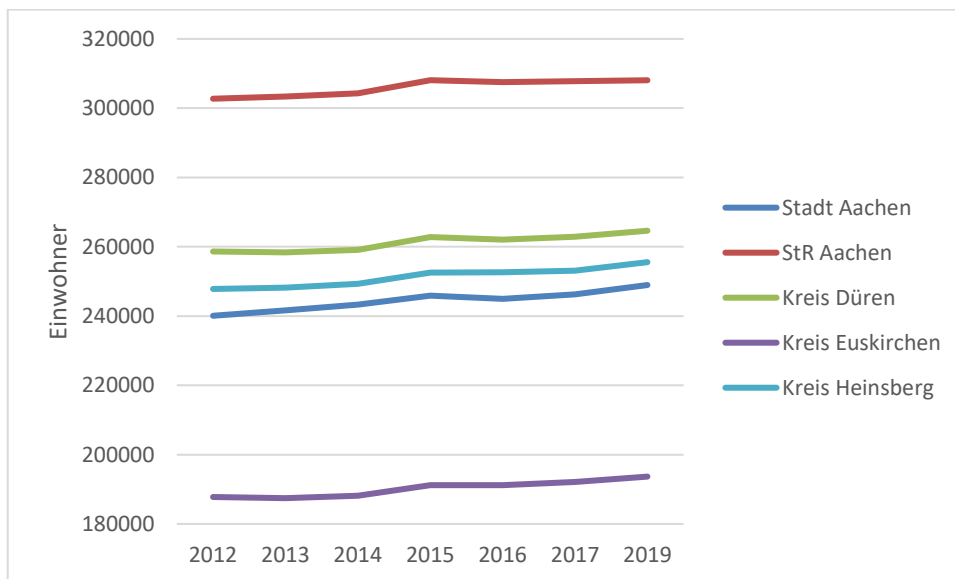


Abbildung 3: Gesamtbevölkerung, jeweils am 31.12. d.J., 2012-2019

Indikator 2.05_01 Fläche und Bevölkerungsdichte, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken

v

Definition

Der Nachweis der ausgewiesenen Flächen erfolgt seit 1979 nach katasteramtlichen Gesichtspunkten unter Zugrundelegung des Nutzungsartenkatalogs der Arbeitsgemeinschaft für Vermessungsverwaltung und nach dem Belegenheitsprinzip. Zur Bevölkerung gehören alle Personen, die in Deutschland ihren (ständigen) Wohnsitz haben einschließlich der hier gemeldeten Ausländerinnen und Ausländer sowie Staatenlosen. Nicht zur Bevölkerung zählen hingegen die Angehörigen der ausländischen Stationierungstreitkräfte sowie der ausländischen diplomatischen und konsularischen Vertretungen mit ihren Familienangehörigen (s. a. Ind. 2.5).

Datenhalter

Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW)

Datenquelle

- Feststellung des Gebietsstands
- Fortschreibung des Bevölkerungsstandes

Periodizität

Jährlich, 31.12.

Validität

Zur Qualitätsbewertung der Bevölkerung gibt es seitens der Statistischen Landesämter keine strukturierte und dokumentierte Information. Die Ungenauigkeit von Bevölkerungsangaben nimmt mit dem Abstand von vorangegangenen Volkszählungen (Zensus) zu.

Kommentar

Für den Regionalvergleich ist eine demographische Basistabelle der Kreise und kreisfreien Städte erforderlich. Der Indikator enthält die Fläche jeden Kreises bzw. jeder kreisfreien Stadt. Zum Berechnen der Einwohner je km² wurde die Stichtagsbevölkerung herangezogen.

Der Indikator zählt zu den demographischen Gesundheitsdeterminanten.

Indikator 2.05_01 Fläche und Bevölkerungsdichte, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 2016 - 2018

Verwaltungsbezirk	Fläche und Bevölkerung am 31.12. des Jahres ...					
	2016		2017		2018	
	Fläche in km ²	Einwohner je km ²	Fläche in km ²	Einwohner je km ²	Fläche in km ²	Einwohner je km ²
Stadt Aachen	160,85	1.522,8	160,85	1.531,1	160,85	1.537,9
StR Aachen ¹	545,98	563,2	546,06	563,7	546,06	564,2
Kreis Düren	941,77	278,3	941,49	279,2	941,49	280,1
Kreis Euskirchen	1.248,73	153,1	1.248,73	153,9	1.248,73	154,4
Kreis Heinsberg	627,99	402,3	627,91	403,1	627,91	405,0
Reg.-Bez. Köln	7.364,35	602,8	7.364,06	604,9	7.364,06	606,9
Nordrhein-Westfalen	34.112,74	524,4	34.112,45	525,1	34.112,31	525,7

Datenquelle/Copyright:

Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW):

Feststellung des Gebietsstands, Fortschreibung des Bevölkerungsstandes

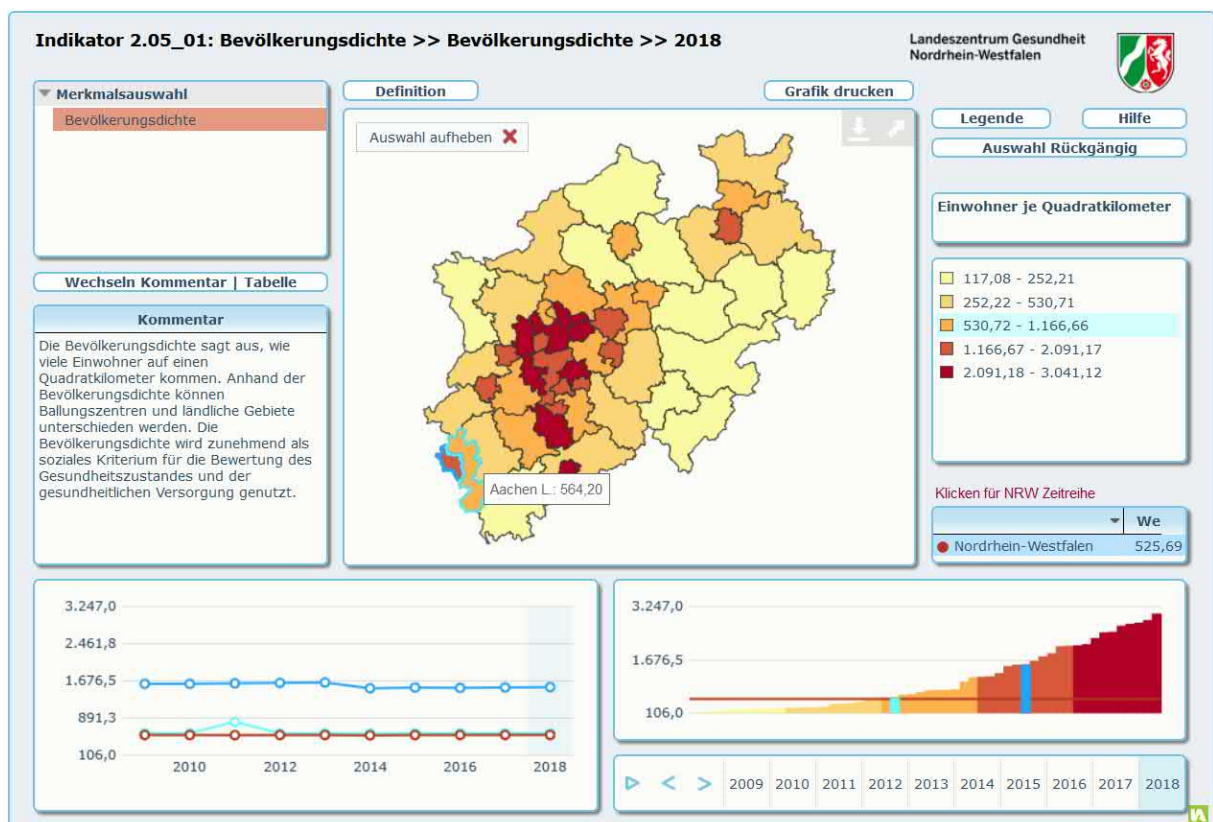
¹ StädteRegion Aachen ohne Stadt Aachen


Abbildung 4: Bevölkerungsdichte 2010 - 2018, ab 2011 geänderte Datenbasis durch Zensus-Korrektur

Indikator 2.06 Ausländische Bevölkerung nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken

MG

Definition

Die Struktur der ausländischen Bevölkerung nach Altersgruppen und Geschlecht unterscheidet sich von der der deutschen Bevölkerung. Für die Berechnung alters- und geschlechtsspezifischer Raten, speziell zur gesundheitlichen Lage der ausländischen Bevölkerung, werden diese Angaben benötigt. Die WHO empfiehlt im Regelwerk zur Internationalen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-9 und ICD-10), bestimmte Altersklassen für die Gruppierung von Bevölkerungs- und Erkrankungsdaten zu bilden, um die internationale Vergleichbarkeit zu gewährleisten. Als die gebräuchlichste Form der Darstellung hat sich die 5-Jahres-Altersgruppierung, gegliedert nach Geschlecht, durchgesetzt. Säuglinge werden gesondert betrachtet. Bis Ende des 20. Jahrhunderts war die Begrenzung bis auf die Bevölkerungsgruppe 85 Jahre und älter festgelegt. Aufgrund der gestiegenen Lebenserwartung hat die WHO festgelegt, für Europa die Altersgruppen bis auf 95 Jahre und älter zu erhöhen.

Datenhalter

Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW)

Datenquelle

Fortschreibung des Bevölkerungsstandes

Periodizität

Jährlich, 31.12.

Validität

Zur Qualitätsbewertung gibt es seitens der Statistischen Landesämter keine strukturierte und dokumentierte Information. Bevölkerungszahlen werden aus der Fortschreibung der Bevölkerung entnommen, deshalb sind kleinere Abweichungen zu einer Zensus-Population möglich.

Kommentar

Die Altersgruppen entsprechen denen der europäischen Standardbevölkerung, ergänzt um die Altersgruppen von 85 - 89 und 90 - 94 Jahren sowie 95 Jahre und älter. Ab dem Jahr 2000/2001 werden die zusätzlichen Altersgruppen schrittweise in die amtlichen Statistiken übernommen.

Die demographische Basistabelle zur Altersstruktur der Bevölkerung wird pro Kreis/kreisfreier Stadt bei Bedarf als Länderindikator im Hintergrund (sog. Indikator der zweiten Reihe) geführt.

Der Indikator zählt zu den demographischen Gesundheitsdeterminanten.

Indikator 2.06 Ausländische Bevölkerung nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 2019

Verwaltungsbezirk	Ausländische Bevölk. am 31.12.d. J.			Durchschnittl. ausländische Bevölk.		
	weiblich	männlich	insgesamt	weiblich	männlich	insgesamt
Stadt Aachen	21.005	26.123	47.128	20.465	25.276	45.741
StR Aachen ¹	18.351	19.257	37.608	18.078	18.972	37.050
Kreis Düren	13.873	15.728	29.601	13.626	15.456	29.082
Kreis Euskirchen	7.313	7.848	15.161	7.214	7.739	14.953
Kreis Heinsberg	14.293	16.234	30.527	14.071	16.081	30.152
Reg.-Bez. Köln	305.496	325.106	630.602	302.458	322.330	624.788
Nordrhein-Westfalen	1.169.454	1.275.102	2.444.556	1.151.907	1.259.747	2.411.654

Datenquelle/Copyright:
Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW):
Fortschreibung des Bevölkerungsstandes

¹ StädteRegion Aachen ohne Stadt Aachen

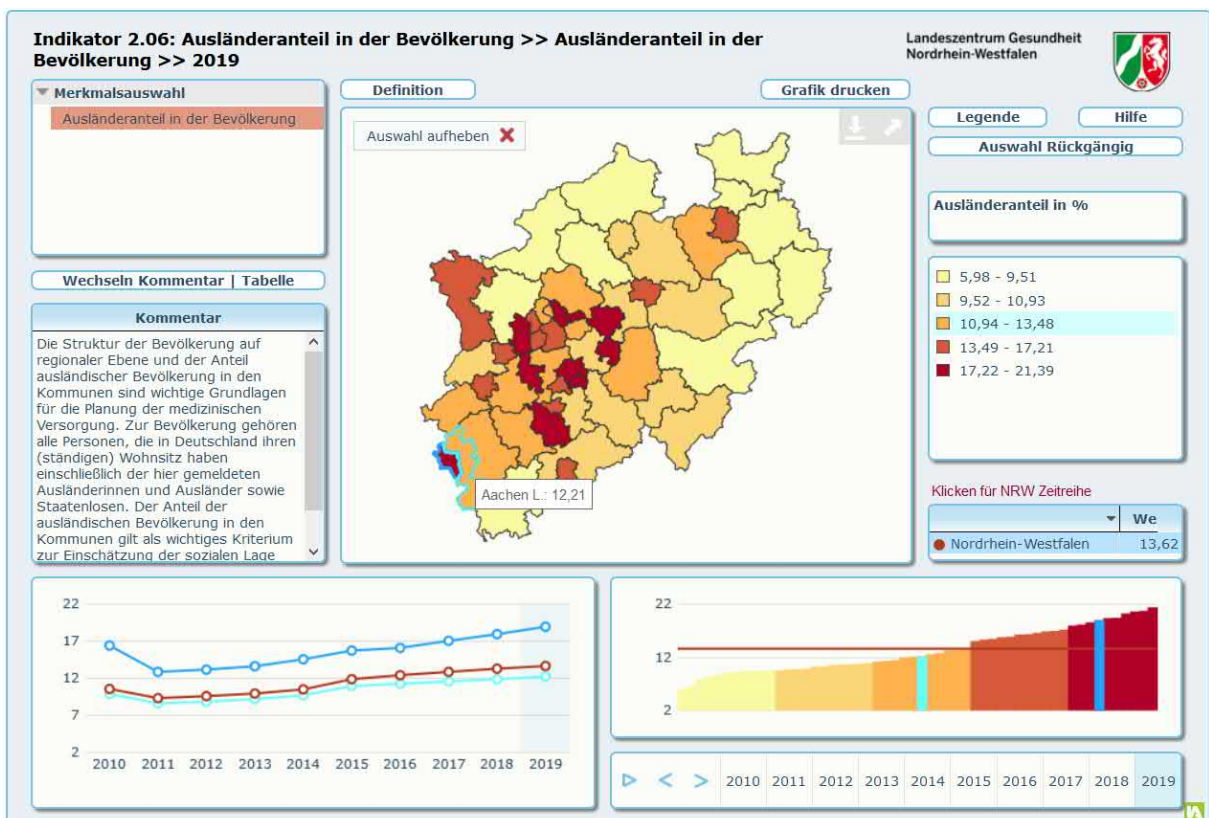


Abbildung 5: Ausländische Bevölkerung in % der Gesamtbevölkerung, jeweils am 31.12. d. J., 2010 - 2019, ab 2011 geänderte Datenbasis durch Zensus-Korrektur

Indikator 2.06_01 Bevölkerung nach dem Migrationsstatus, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, Mikrozensus

M

Definition

Der Indikator ergänzt den Indikator 2.6 „Ausländische Bevölkerung nach Geschlecht“, welcher den Migrationshintergrund der Bevölkerung nur sehr eingeschränkt abbildet. So wird z.B. durch die Änderung des Staatsangehörigkeitsgesetzes zum 1. Januar 2000 der überwiegende Teil der Kinder ausländischer Eltern als Deutsche geboren. Durch Geburt im Inland erhält ein Kind die deutsche Staatsangehörigkeit, wenn mindestens ein Elternteil seit acht Jahren rechtmäßig seinen gewöhnlichen Aufenthalt im Inland hat bzw. seit drei Jahren eine unbefristete Aufenthaltsgenehmigung hat.

Die Angaben zum Migrationsstatus wurden daher 2005 in den Fragenkatalog der Haushaltsbefragung aufgenommen und ab dem Berichtsjahr 2011 auf Grundlage der Definition im Teilhabe- und Integrationsgesetzes (§4 Abs. 1) und der Migrationshintergrund-Erhebungsverordnung des Bundes von 2010 (BGBl. I) erhoben. Zu den Personen mit Migrationshintergrund zählen demnach Personen ohne deutsche Staatsangehörigkeit oder Personen, die seit 1950 in das Gebiet der heutigen Bundesrepublik Deutschland zugewandert sind oder Personen mit mindestens einem zugewanderten Elternteil. Im Einzelnen sind das

- Ausländerinnen und Ausländer: Personen, die nicht die deutsche Staatsangehörigkeit besitzen,
- Eingebürgerte: ehemalige ausländische Staatsangehörige sowie Staatenlose, die auf eigenen Antrag die deutsche Staatsangehörigkeit gemäß Staatsangehörigkeitsgesetzes erworben haben,
- (Spät-)Aussiedlerinnen und Aussiedler: seit dem 1.1.1950 in das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland zugewanderte deutsche Staatsangehörige oder Volksangehörige laut §1 Bundesvertriebenengesetz,
- Personen, die durch die Adoption deutscher Eltern die deutsche Staatsbürgerschaft erhalten haben

sowie die Kinder dieser vier Gruppen.

Erfasst wird nur die Bevölkerung in Privathaushalten, d.h. es liegen nur Informationen von Elternteilen vor, die mit ihren Kindern im Haushalt zusammenwohnen und wirtschaften. Alle vier Jahre werden zusätzliche Zuwanderungsmerkmale der nicht im Haushalt lebenden bzw. verstorbenen Eltern erhoben. Schutzsuchende, die zum Zeitpunkt der Durchführung des Mikrozensus in Unterkünfte oder Gemeinschaftsunterkünfte leben, werden nicht berücksichtigt.

Der Mikrozensus wird als kontinuierliche Stichprobenerhebung über alle Kalenderwochen des Jahres verteilt durchgeführt und liefert im Gegensatz zum Zensus 2011 Jahresdurchschnittsergebnisse. Es werden in den nach einem Zufallsverfahren ausgewählten Auswahlbezirken in rund 76 000 Haushalten mit Auskunftspflicht Daten zur wirtschaftlichen und sozialen Lage der Bevölkerung, zum Arbeitsmarkt und zur Ausbildung sowie zur Wohnsituation abgefragt.

Datenhalter

Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW)

Datenquelle

Mikrozensus

Periodizität

Jährlich

Validität

Die Einwohnerzahl (Bevölkerung insgesamt) wurde im Rahmen eines eigens entwickelten Verfahrens gesondert ermittelt und in die Ergebnistabelle eingespielt. Sie wird im Gegensatz zu den anderen Ergebnissen auch keinem Geheimhaltungsverfahren unterzogen. Die zu den Themenbereichen Migration, Bildung und Erwerbstätigkeit veröffentlichten Ergebnisse basieren auf Hochrechnungen und werden daher auf volle zehn Personen gerundet. Die Summe aus Teilbevölkerungsgruppen wie z.B. „Migrationshintergrund ja/nein“ kann daher von der Einwohnerzahl (Bevölkerung insgesamt) abweichen.

Kommentar

Die Daten des Mikrozensus erlauben weitergehende Analysen z.B. zur Herkunftsregion und zur Aufenthaltsdauer von Personen mit Migrationshintergrund.

Indikator 2.06_01 Bevölkerung nach dem Migrationsstatus, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 2019

Verwaltungsbezirk	Bevölkerung ¹ 2019 (Mikrozensus) in 1 000						
	insgesamt	ohne Migrationshintergrund			mit Migrationshintergrund		
		weiblich	männlich	zusammen	weiblich	männlich	zusammen
		Anzahl		%	Anzahl		%
Stadt Aachen	243	76	77	63,0	40	50	37,0
StR Aachen ²	547	187	186	68,1	81	93	31,9
Kreis Düren	257	103	97	78,0	29	27	22,0
Kreis Euskirchen	188	78	75	81,5	18	17	18,5
Kreis Heinsberg	252	96	88	73,3	34	33	26,7
Reg.-Bez. Köln	4.401	1.568	1.486	69,4	666	680	30,6
Nordrhein-Westfalen	17.665	6.364	5.980	69,9	2.613	2.708	30,1

Datenquelle:
Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW):
Mikrozensus

¹ Bevölkerung in Privathaushalten, siehe Kommentar
² Städteregion Aachen inkl. Stadt Aachen

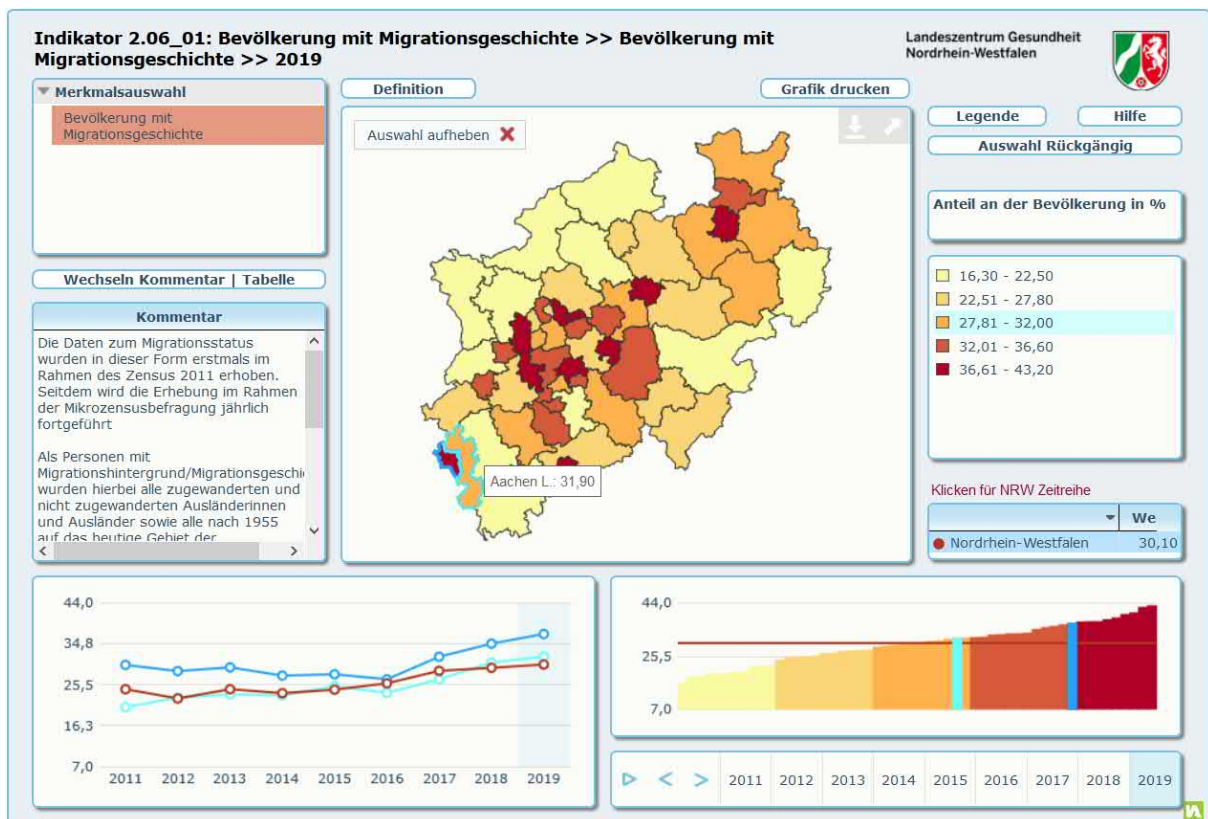


Abbildung 6: Bevölkerung mit Migrationsgeschichte, 2011 - 2019

Indikator 2.07 Altersstruktur der Bevölkerung, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken

KAG

Definition

In dem vorliegenden Indikator werden im Rahmen der Altersstruktur der Bevölkerung die Phasen des Lebenszyklus an ihrem Bevölkerungsanteil dargestellt. Die Altersstruktur heute hat einen weit reichenden Einfluss auf die medizinische Versorgung in den nächsten Jahrzehnten.

Eine übersichtliche Beschreibung der Altersstruktur der Bevölkerung orientiert sich an den Phasen des Lebenszyklus Kindheit und Jugend, Erwerbs- und Familienphase sowie Ruhestand. Die Abgrenzung zwischen diesen drei Gruppen wird unterschiedlich vorgenommen. Im vorliegenden Indikator wurden als Grenzen für die Kindheit 17 Jahre (unter 18 Jahre) gewählt, für die Erwerbsphase 18 - 64 Jahre und in Verbindung mit dem gesetzlichen Rentenalter die Ruhestandsphase ab 65 Jahre. Aus diesen drei Anteilen der Bevölkerung errechnen sich der Jugend- und der Altenquotient. Der Jugendquotient errechnet sich aus dem Quotient der Kinder und Jugendlichen dividiert durch die 18- bis 64-Jährigen, der Altenquotient aus dem Quotient der 65-Jährigen und Älteren dividiert durch die 18- bis 64-Jährigen in Prozent. Der Gesamtlastquotient beinhaltet die Relation von Jungen und Alten im Verhältnis zu der erwerbsfähigen Bevölkerung in Prozent. Der Gesamtlastquotient ist ein Maß für die Solidarpotenziale einer Gesellschaft und beeinflusst die Beitrags- und Steuerbelastung der Bevölkerung.

Datenhalter

Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW)

Datenquelle

- Fortschreibung des Bevölkerungsstandes
- Eigene Berechnung für NRW durch das LZG.NRW

Periodizität

jährlich, 31.12.

Validität

Die zu Grunde liegenden Bevölkerungszahlen werden aus der Fortschreibung des Bevölkerungsstandes entnommen, deshalb sind kleinere Abweichungen zu einer Zensus-Bevölkerung möglich.

Kommentar

Aufgrund der vorliegenden Bevölkerungszahlen sind auch andere Gruppierungen für die Bildungen von Lastenquotienten möglich, z. B. für die Altersgruppen 0 - 14 Jahre, 15 - 64 Jahre und 65 Jahre und älter. Derartige Tabellen sollten bei Bedarf zusätzlich geführt werden. Der Indikator 2.07 wurde in der vorliegenden Form von allen Ländern als Länderindikator vereinbart, da er auf der Ebene der Kreise/kreisfreien Städte/(Stadt-) Bezirke geführt wird. Es werden Stichtagszahlen vom 31.12. des Jahres verwendet.

Der Indikator zählt zu den demographischen Gesundheitsdeterminanten.

Indikator 2.07 Altersstruktur der Bevölkerung, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 2019

Verwaltungsbezirk	Kinder und Jugendliche (0 - 17 Jahre)		Personen im erwerbsfähigen Alter (18 - 64 Jahre)		ältere Menschen (65 und mehr Jahre)		Hochbetagte (80 und mehr Jahre)		Jugendquotient*	Altenquotient**
	insgesamt	Anteil in %	insgesamt	Anteil in %	insgesamt	Anteil in %	insgesamt	Anteil in %	je 100 18- bis 64-Jährige	
Stadt Aachen	34.297	13,8	169.121	67,9	45.542	18,3	14.851	6,0	20,3	26,9
StR Aachen ¹	51.944	16,9	187.819	61,0	68.303	22,2	20.912	6,8	27,7	36,4
Kreis Düren	44.519	16,8	163.205	61,7	56.914	21,5	17.091	6,5	27,3	34,9
Kreis Euskirchen	32.433	16,7	118.747	61,3	42.476	21,9	12.735	6,6	27,3	35,8
Kreis Heinsberg	43.112	16,9	158.371	62,0	54.072	21,2	16.461	6,4	27,2	34,1
Reg.-Bez. Köln	749.477	16,7	2.821.333	63,0	908.037	20,3	283.995	6,3	26,6	32,2
Nordrhein-Westfalen	3.008.120	16,8	11.138.990	62,1	3.800.111	21,2	1.216.715	6,8	27,0	34,1

Datenquelle/Copyright:
Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW):
Fortschreibung des Bevölkerungsstandes,
Eigene Berechnung für NRW durch das LZG.NRW

* Jugendquotient: Zahl der 0- bis 17- jährigen Personen je 100 18- bis 64-Jährige
** Altenquotient: Zahl der 65-jährigen und älteren Personen je 100 18- bis 64-Jährige
¹ StädteRegion Aachen ohne Stadt Aachen

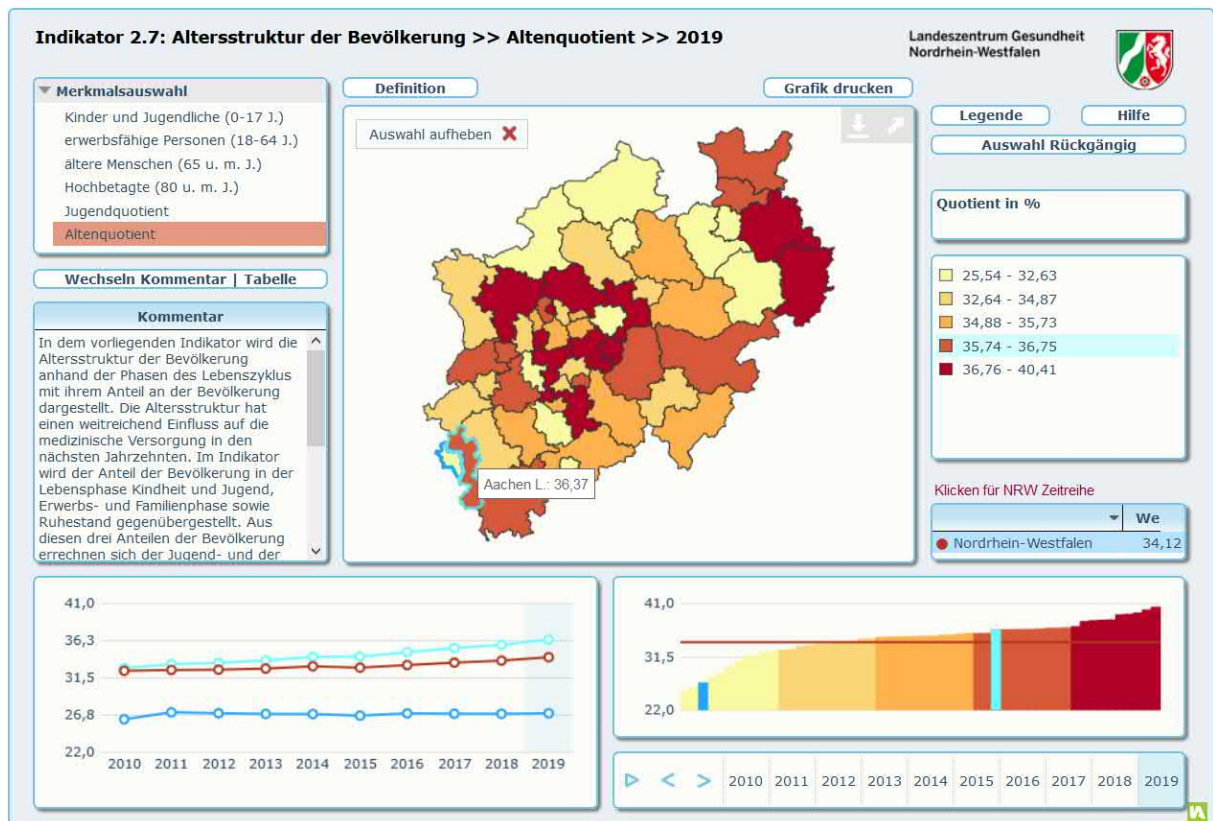


Abbildung 7: *Altenquotient (Altenquotient: Zahl der 65-jährigen und älteren Personen je 100 18- bis 64-Jährige), 2010 - 2019, ab 2011 geänderte Datenbasis durch Zensus-Korrektur*

Indikator 2.08 Mädchen- und Frauenanteil in der Bevölkerung nach Alter, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken

GKA

Definition

Die Generationensolidarität hängt davon ab, ob ausreichendes Potenzial (vor allem Frauen) in der mittleren Generation vorhanden ist, um die Kinder und die Betagten zu versorgen.

Absehbare Überlastungen der bislang gewissermaßen unauffällig funktionierenden Solidarpotenziale werden vor allem auf der kommunalen Ebene auftreten. Aus diesem Grunde ist die Beobachtung der Bevölkerungsanteile nach Geschlecht auf kommunaler Ebene erforderlich.

Der Mädchen- und Frauenanteil an der Bevölkerung in fünf Altersgruppen beschreibt die Geschlechtsverteilung bei Kindern (0 - 14 Jahre), jungen (15 - 44 Jahre, fertile Phase von Frauen) und älteren Frauen (45 - 64 Jahre) und den Frauenanteil in der Ruhestandsphase (65 – 79 Jahre) sowie der hochbetagten Frauen ab 80 Jahre. Aus der Differenz lässt sich für jede Altersgruppe der Männeranteil errechnen, der bei der jüngeren Bevölkerung über 50 %, bei der älteren Bevölkerung unter 50 % liegt.

Datenhalter

Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW)

Datenquelle

- Fortschreibung des Bevölkerungsstandes
- Eigene Berechnung für NRW durch das LZG

Periodizität

jährlich, 31.12.

Validität

Die zugrunde liegenden Bevölkerungszahlen werden aus der Fortschreibung des Bevölkerungsstandes entnommen, die Ungenauigkeit von Bevölkerungsangaben nimmt mit dem Abstand von vorangegangenen Volkszählungen (Zensus) zu.

Kommentar

Mit dem Alter nimmt der Anteil der Frauen in der Bevölkerung erheblich zu. Es werden Stichtagszahlen vom 31.12. des Jahres verwendet. Der Indikator zählt zu den demographischen Gesundheitsdeterminanten.

Indikator 2.08 Mädchen- und Frauenanteil in der Bevölkerung nach Alter, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 2019

Verwaltungsbezirk	Mädchen- und Frauenanteil in der Bevölkerung					
	insgesamt	0 - 14 J.	15 - 44 J.	45 - 64 J.	65 - 79 J.	80 u. m. J.
	Anteil in %					
Stadt Aachen	47,8	48,9	42,8	49,6	55,0	62,1
StR Aachen ¹	50,8	48,4	48,9	50,5	53,3	61,0
Kreis Düren	50,4	48,0	48,0	50,5	52,9	61,5
Kreis Euskirchen	50,7	49,2	48,9	50,5	51,8	60,8
Kreis Heinsberg	50,5	48,5	48,5	50,4	52,2	61,5
Reg.-Bez. Köln	50,9	48,5	49,3	50,5	54,0	60,9
Nordrhein-Westfalen	50,9	48,5	49,0	50,3	53,9	62,3

Datenquelle/Copyright:

 Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW):
 Fortschreibung des Bevölkerungsstandes
 Eigene Berechnung für NRW durch das LZG.NRW

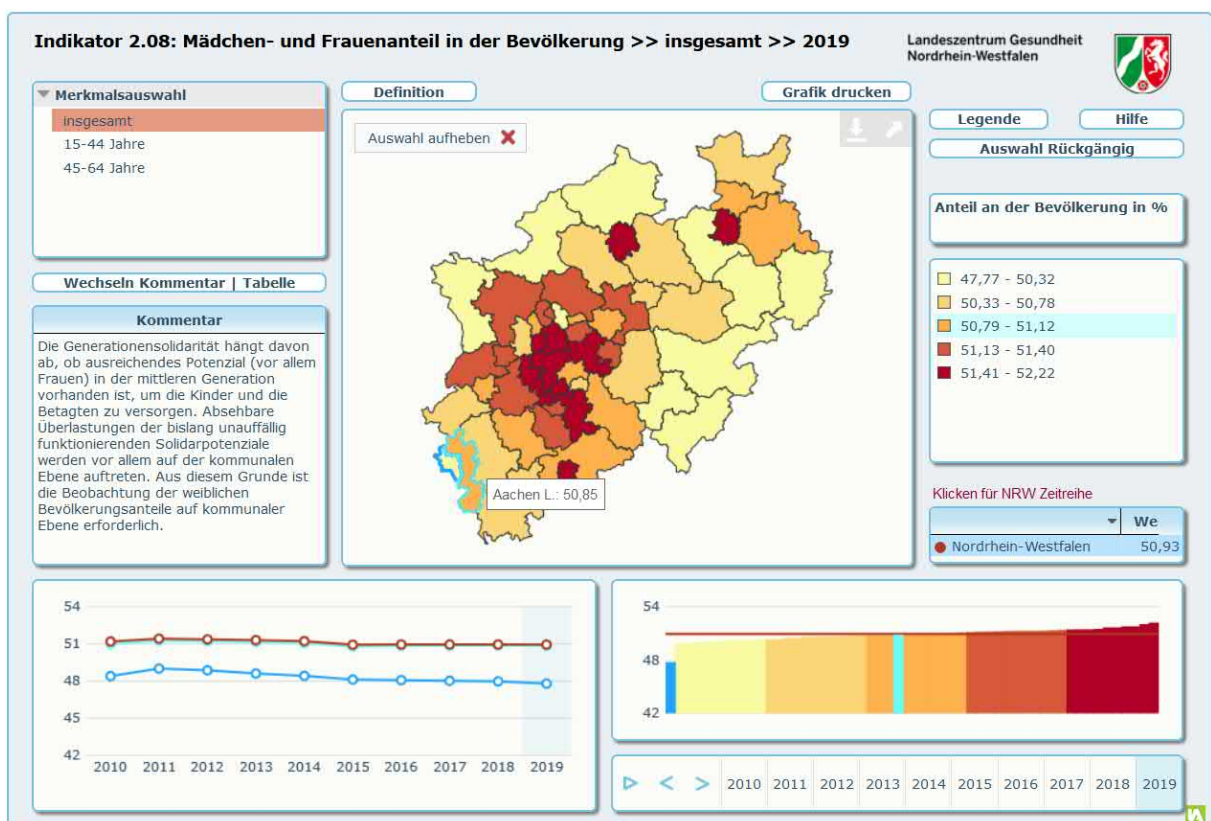
¹ StädteRegion Aachen ohne Stadt Aachen


Abbildung 8: Mädchen- und Frauenanteil in der Bevölkerung in Prozent, 2010 - 2019, ab 2011 geänderte Datenbasis durch Zensus-Korrektur

Indikator 2.10_01 Lebendgeborene, Nordrhein-Westfalen, im Zeitvergleich

K

Definition

Die Zahl der Lebendgeborenen und die Geburtenziffer zeigen an, ob das jeweils aktuelle Geburtenverhalten langfristig ausreichen würde, um die Bevölkerung zahlenmäßig auf einem gleichbleibenden Stand zu halten. Die Konstanz der Geburtenziffer gegenüber der Mortalitätsrate gilt als Kriterium einer stabilen Bevölkerung. Die Erfassung der Lebendgeborenen erfolgt nach der Wohngemeinde der Mütter (Wohnortprinzip).

Das Verhältnis der in einem Jahr lebend geborenen Kinder zu 1 000 der 15- bis 44-jährigen Frauen (durchschnittliche weibliche Bevölkerung) ergibt die allgemeine Fruchtbarkeitsziffer (Fertilitätsrate). Die durchschnittliche Fertilitätsziffer besagt, wie viele Kinder im Berichtsjahr je 1 000 Frauen der Altersgruppe 15 - 44 Jahre lebend geboren wurden.

Datenhalter

Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW)

Datenquelle

Statistik der Geburten

Periodizität

jährlich, 31.12.

Validität

Es liegt eine vollständige Erfassung der Lebendgeborenen vor.

Kommentar

Der Indikator wird zusätzlich pro Kreis/kreisfreier Stadt geführt.

Der Indikator zählt zu den demographischen Gesundheitsdeterminanten.

Indikator 2.10_01 Lebendgeborene, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 2016 - 2019

Verwaltungsbezirk	Lebendgeborene							
	2016		2017		2018		2019	
	insges.	je 1.000 15-44j. Frauen	insges.	je 1.000 15-44j. Frauen	insges.	je 1.000 15-44j. Frauen*	insges.	je 1.000 15-44j. Frauen
Stadt Aachen	2.310	47,6	2.202	45,4	2.251	45,9	2.270	45,8
StR Aachen ¹	2.833	55,7	2.889	57,3	2.875	57,1	2.825	56,2
Kreis Düren	2.467	56,9	2.460	57,1	2.482	57,6	2.528	58,5
Kreis Euskirchen	1.700	55,4	1.732	56,6	1.887	61,5	1.703	55,3
Kreis Heinsberg	2.269	54,0	2.274	54,6	2.386	57,4	2.333	56,1
Reg.-Bez. Köln	44.228	54,7	43.294	53,6	44.109	54,5	42.997	53,0
Nordrhein-Westfalen	173.276	55,4	171.984	55,2	173.150	55,6	170.391	54,7

Datenquelle/Copyright:
Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW):
Statistik der Geburten

¹ StädteRegion Aachen ohne Stadt Aachen

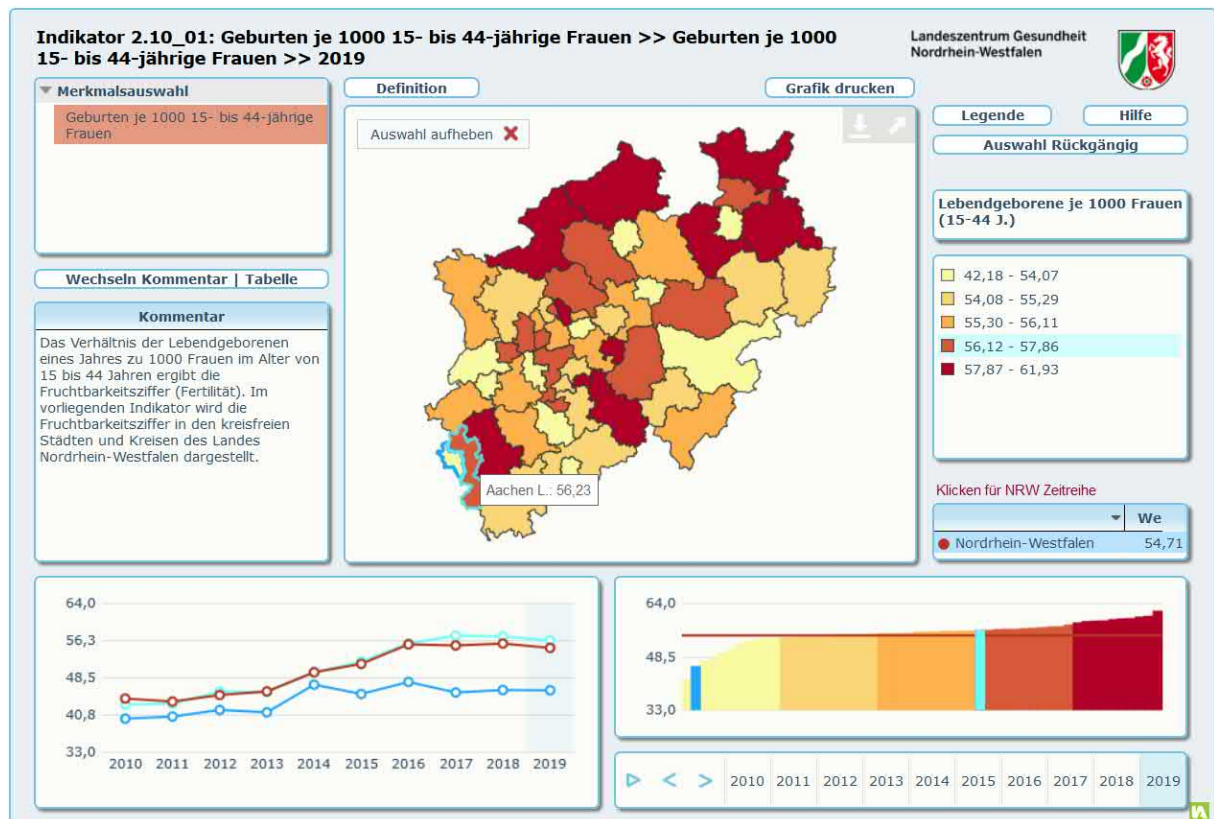


Abbildung 9: Lebendgeborene je 1000 15-44 j. Frauen, 2010 - 2019, ab 2014: Bevölkerung auf Basis des Zensus 2011

Indikator 2.11 Wanderungen der Bevölkerung, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken

M

Definition

Aufgrund der gesetzlichen Bestimmungen über die Meldepflicht bei einem Wohnungswechsel wird jeder Umzug von einer Gemeinde zu einer anderen mittels der An- und Abmeldescheine erfasst. Wohnungswechsel innerhalb einer Gemeinde finden keine Berücksichtigung. Als Zuzüge gelten behördliche Anmeldungen von Personen, die ihre Hauptwohnung in einer Gemeinde bezogen haben. Diese Personen werden im Rahmen der Binnenwanderung als Fortzug aus der bisherigen Wohnung gezählt. Personen, die aus dem Ausland zuziehen oder ins Ausland ziehen, werden ebenfalls gezählt.

Zu Wanderungen insgesamt zählen somit alle Zu- und Fortzüge über Gemeindegrenzen hinaus. Bei der Berechnung je 1.000 Einwohner werden Wanderungen insgesamt sowie Wanderungen der Ausländer jeweils auf die gesamte durchschnittliche Bevölkerung bezogen.

Datenhalter

Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW)

Datenquelle

Wanderungsstatistik

Periodizität

jährlich, 31.12.

Validität

Die zugrunde liegenden Zahlen werden aus der Fortschreibung des Bevölkerungsstandes und der Wanderungsstatistik entnommen. Die Validität der Zahlen setzt voraus, dass zwischen den Ländern ein vollständiger Abgleich der An- und Abmeldungen erfolgt. Die Ungenauigkeit von Bevölkerungsangaben nimmt mit dem Abstand von vorangegangenen Volkszählungen (Zensus) zu. Zusätzlich sind die Daten von der Qualität der Wanderungsstatistik abhängig.

Kommentar

Um eine Größenvorstellung von der durch Umzüge verursachten Veränderung der Einwohnerzahl zu erhalten, ist der Wanderungssaldo auch in absoluten Zahlen ausgewiesen, während die Darstellung von Zu- und Fortzügen sich auf die vergleichbaren Maßzahlen je 1.000 Einwohner beschränkt. Die Spalte *darunter: Ausländer je 1.000 Einwohner* zeigt, in welchem Maße ausländische Bürger an den Wanderungsbewegungen der gesamten Bevölkerung beteiligt sind.

Da die kreisfreien Städte einer Gemeinde gleichzusetzen sind, werden nur die Zu- und Fortzüge aus der kreisfreien Stadt gezählt. Kreise enthalten dagegen eine Vielzahl von Gemeinden. Der Bezug einer Nebenwohnung gilt ab 1983 nicht mehr als Wanderungsfall. Die Binnenwanderung umfasst sämtliche Wanderungsvorgänge (Zu- und Fortzüge), die nicht über die Grenzen des Landes hinausführen. Die Außenwanderung umfasst die Zu- und Fortzüge über die Grenzen des Landes. Nicht erfasst werden Gäste in Beherbergungsstätten, Soldaten im Grundwehrdienst, in Anstalten untergebrachte Personen u. a. Es werden Stichtagszahlen zum 31.12. des Jahres verwendet.

Der Indikator zählt zu den demographischen Gesundheitsdeterminanten.

Indikator 2.11 Wanderungen der Bevölkerung, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 2019

Verwaltungsbezirk	Zuzüge		Fortzüge		Überschuss der Zu- (+) bzw. Fortzüge (-)		
	je 1.000 Einwohner	darunter: Ausländer je 1.000 Einwohner	je 1.000 Einwohner	darunter: Ausländer je 1.000 Einwohner	insgesamt	je 1.000 Einwohner	darunter: Ausländer je 1.000 Einwohner
Stadt Aachen	84,5	38,1	77,7	25,3	+1683	+6,8	+12,8
StR Aachen ¹	55,9	18,6	54,0	14,4	+597	+1,9	+4,2
Kreis Düren	69,8	26,6	64,4	21,9	+1409	+5,3	+4,7
Kreis Euskirchen	72,6	24,5	65,3	21,5	+1399	+7,2	+2,9
Kreis Heinsberg	68,5	23,9	61,5	20,1	+1804	+7,1	+3,8
Reg.-Bez. Köln	64,2	24,4	61,1	20,2	+13791	+3,1	+4,2
Nordrhein-Westfalen	57,6	24,0	54,9	19,5	+47256	+2,6	+4,6

Datenquelle/Copyright:

 Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW):
 Wanderungsstatistik

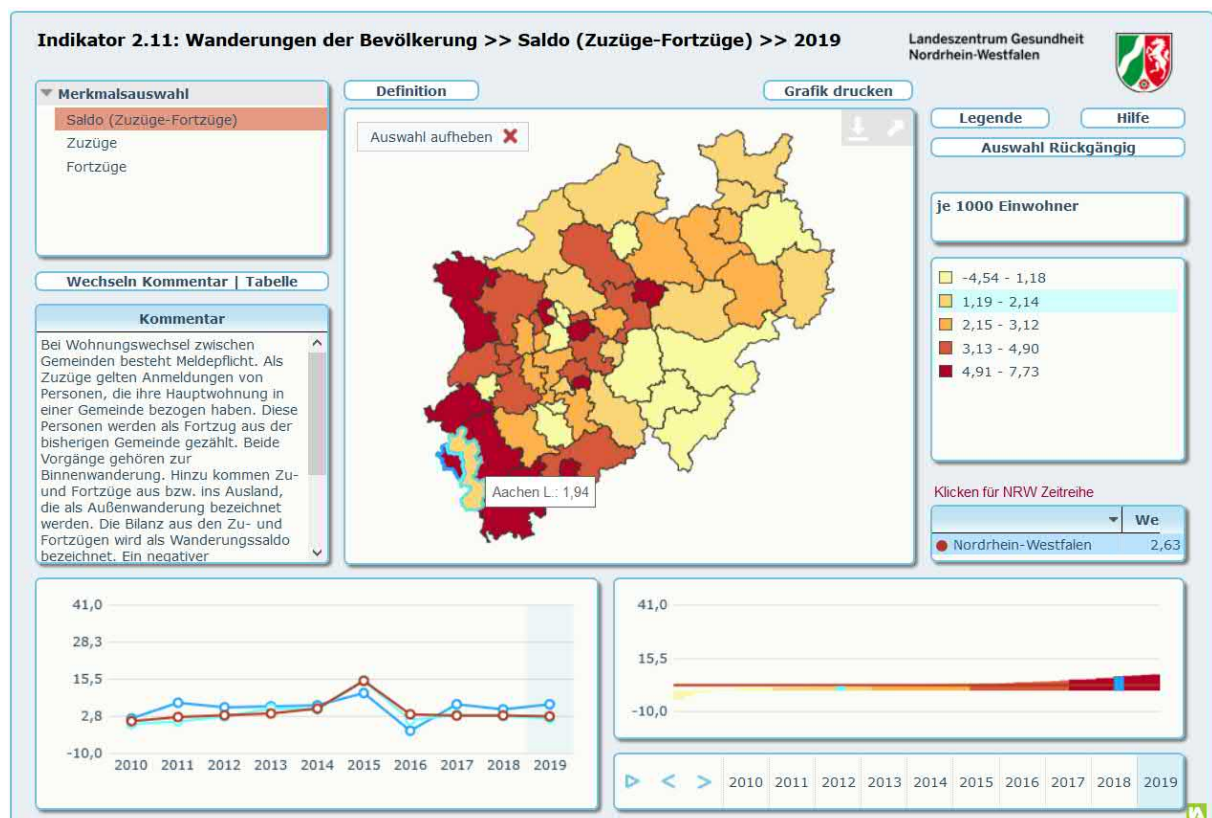
¹ StädteRegion Aachen ohne Stadt Aachen


Abbildung 10: Saldo der Zu (+) - bzw. Fortzüge (-) je 1.000 Einwohner, 2010-2019

Indikator 2.12 Bevölkerung am 01.01.2011 und Prognose am 01.01.2030 nach Lastenquotienten, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken

KA

Definition

Bevölkerungsprognosen sind Vorausberechnungen der Bevölkerung, die im Auftrag der Landesregierung in der Regel alle zwei bis drei Jahre durchgeführt werden.

In der Prognose wird der Bevölkerungsbestand - gegliedert nach 100 Altersjahren und Geschlecht - zu einem Stichtag in die Zukunft fortgeschrieben. Dies geschieht wie in der Bevölkerungsfortschreibung durch die Addition von Geburten und Zuzügen sowie die Subtraktion von Fortzügen und Sterbefällen. Als Ausgangsjahr werden die Daten der Bevölkerungsfortschreibung zum 1.1. eines festzulegenden Jahres genutzt sowie die Entwicklung der diesem Stichtag vorausgegangenen fünf Jahre.

Bevölkerungsprognosen werden überwiegend mit drei Modellen durchgeführt: einer Basisvariante, die von einem berechneten positiven Wanderungssaldo ausgeht und zwei Modellen mit reduzierter und erhöhter Zuwanderung. Im Indikator 2.12 wird die Basisvariante verwendet. Eine Berechnung nach Deutschen und Ausländern ist nicht möglich.

Datenhalter

Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW)

Datenquelle

Bevölkerungsprognose

Periodizität

zwei- bis dreijährlich, 01.01.

Validität

Die Qualität einer Bevölkerungsprognose ist abhängig von dem Prognosemodell, den Ausgangsdaten sowie den Prognoseannahmen. Wenn für die Datenbasis die prognoserelevanten Prozesse über einen zurückliegenden Zeitraum von mehreren Jahren berücksichtigt werden, sind Fehler infolge zufälliger Schwankungen oder einmaliger Besonderheiten deutlich reduziert.

Um eine möglichst hohe Qualität der Prognoseannahmen - dem größten Unsicherheitsfaktor in einer Prognose - sicherzustellen, werden die Annahmen unter Berücksichtigung qualitativer Faktoren (zusätzliche Rahmenbedingungen, nichtdemographische Aspekte), die die künftige Bevölkerungsentwicklung beeinflussen, vergangener Entwicklungen, von Kenntnissen über zu erwartende Trends und dazu eingeholter Gutachten getroffen. Die Realitätsnähe der Prognoseannahmen ist entscheidend für die Qualität der Prognoseergebnisse.

Kommentar

Prognosen sind Wenn-dann-Aussagen: Wenn die Entwicklung der Prognoseparameter - also der Fruchtbarkeit, der Sterblichkeit und der Wanderungen - so verläuft wie angenommen, dann treten die prognostizierten Tendenzen ein. Prognoseergebnisse sind also vor dem Hintergrund der zugrunde liegenden Annahmen und Hypothesen zu sehen. Der Indikator zählt zu den demographischen Gesundheitsdeterminanten.

Indikator 2.12 Bevölkerung am 01.01.2018 und Prognose am 01.01.2040 nach Lastenquotienten, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken

Verwaltungsbezirk	Bevölkerung und Prognose nach Lastenquotienten						
	Insgesamt			Jugendquotient* je 100 18- bis 64-Jährige		Altenquotient** je 100 18- bis 64-Jährige	
	Ausgangs- jahr (A)	Prognose- jahr (P)	Veränd. von P zu A in %	Aus- gangsjahr	Progno- sejahr	Aus- gangsjahr	Progno- sejahr
Stadt Aachen	246.272	258.526	+5,0	20,3	23,0	26,9	33,3
StR Aachen ¹	307.796	310.357	+0,8	27,5	30,3	35,3	55,0
Kreis Düren	262.889	262.392	-0,2	26,8	30,0	33,8	54,0
Kreis Euskirchen	192.127	191.432	-0,4	27,1	31,1	34,5	60,4
Kreis Heinsberg	253.106	255.568	+1,0	26,9	29,4	32,9	56,9
Reg.-Bez. Köln	4.454.230	4.738.194	+6,4	26,4	29,0	31,6	45,9
Nordrhein-Westfalen	17.912.137	18.080.562	+0,9	26,7	29,6	33,4	49,4

Datenquelle/Copyright:
Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW):
Bevölkerungsprognose

* Jugendquotient: Anteil der 0- bis 17-jährigen
Personen je 100 18- bis 64-Jährige
** Altenquotient: Anteil der 65-jährigen und älteren
Personen je 100 18- bis 64-Jährige
¹ StädteRegion Aachen ohne Stadt Aachen

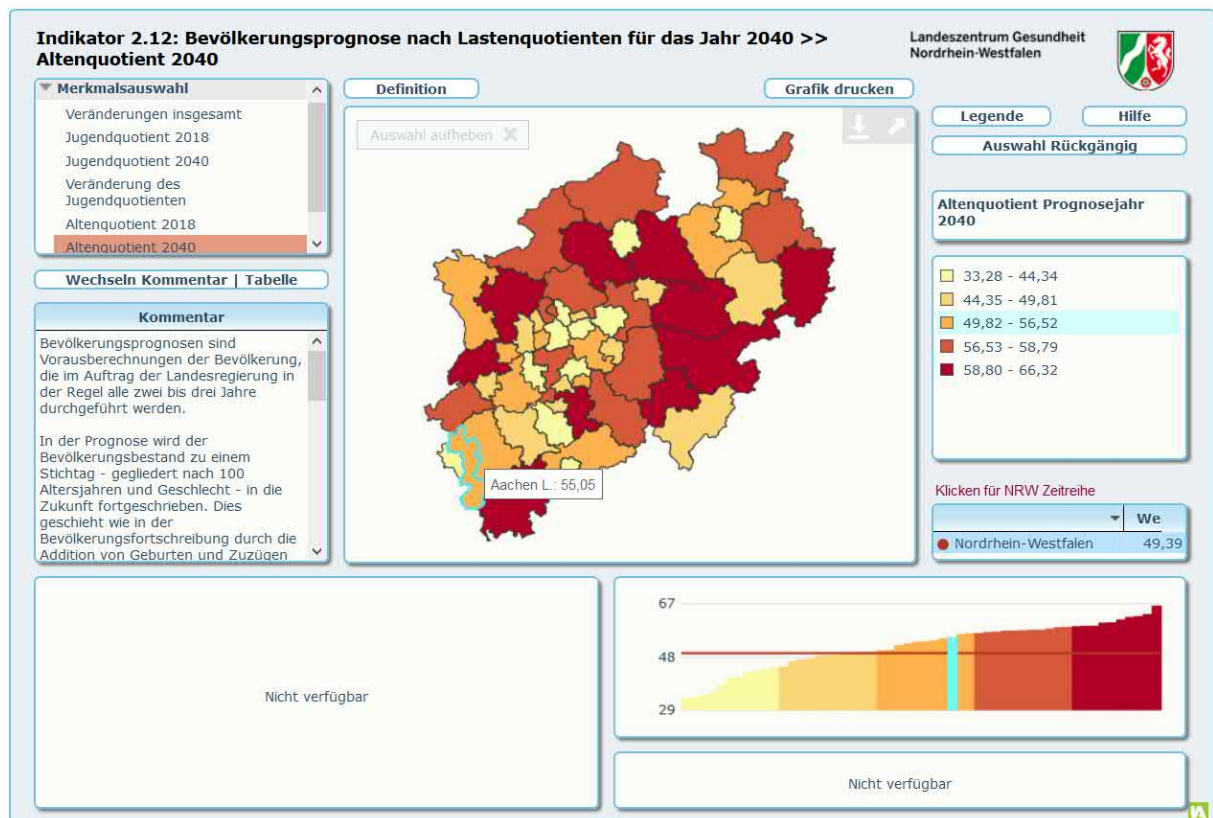


Abbildung 11: Prognose der Bevölkerung in der StädteRegion Aachen für 2040, Altenquotient 2040

Indikator 2.13_01 Bevölkerung nach dem Schulabschluss, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken

Svf

Definition

Der Indikator ergänzt den Indikator 2.13 „Höchster allgemeiner Schulabschluss der ab 15-jährigen Bevölkerung nach Geschlecht und Staatsangehörigkeit“ mit Daten zur regionalen Verteilung der Schulabschlüsse auf der Basis des Zensus 2011. Nachgewiesen wird der höchste allgemeinbildende Schulabschluss der über 15-jährigen Bevölkerung mit den Merkmalen „ohne Schulabschluss“, „Haupt- oder Volksschulabschluss“, „mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss“ und „Hochschul- oder Fachhochschulreife“. Eine weitere Aufteilung nach Geschlecht und Nationalität wie im Indikator 2.13 wird nicht vorgenommen.

Der Bildungsstand ist eine bedeutsame Determinante für das Gesundheitsverhalten der Menschen. Dies wurde für Deutschland u.a. im Rahmen von Auswertungen der DEGS-Befragung des Robert-Koch-Instituts und des Sozio-ökonomischen Panels nachgewiesen. So geht beispielsweise mit steigendem Bildungsstand die Häufigkeit von Tabakkonsum, ungesunder Ernährung, mangelnder Bewegung und Adipositas zurück. Dies gilt nicht für den Alkoholkonsum.

Der Mikrozensus wird als kontinuierliche Stichprobenerhebung über alle Kalenderwochen des Jahres verteilt durchgeführt und liefert im Gegensatz zum Zensus 2011 Jahresdurchschnittsergebnisse. Es werden in den nach einem Zufallsverfahren ausgewählten Auswahlbezirken in rund 76 000 Haushalten alle über 14-jährigen Personen aufgefordert, ihren höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss anzugeben.

Datenhalter

Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW)

Datenquelle

Mikrozensus

Periodizität

Jährlich

Validität

Die Einwohnerzahl (Bevölkerung insgesamt) wurde im Rahmen eines eigens entwickelten Verfahrens gesondert ermittelt und in die Ergebnistabelle eingespielt. Sie wird im Gegensatz zu den anderen Ergebnissen auch keinem Geheimhaltungsverfahren unterzogen. Die zu den Themenbereichen Migration, Bildung und Erwerbstätigkeit veröffentlichten Ergebnisse basieren auf Hochrechnungen und werden daher auf volle zehn Personen gerundet. Die Summe aus Teilbevölkerungsgruppen wie z.B. „Migrationshintergrund ja/nein“ kann daher von der Einwohnerzahl (Bevölkerung insgesamt) abweichen.

Kommentar

Im Mikrozensus werden jährlich ein Prozent der Haushalte befragt, deren Auswahl durch eine repräsentative Zufallsstichprobe zuverlässige Hochrechnungen auf die Gesamtheit aller Bundesbürger erlaubt. Personen in Gemeinschaftsunterkünften werden nicht berücksichtigt.

Die Daten des Mikrozensus erlauben weitergehende Analysen z.B. nach Geschlecht und Migrationshintergrund. Ebenso ist eine Auswertung zum höchsten beruflichen Abschluss möglich.

Indikator 2.13_01 Bevölkerung nach dem Schulabschluss, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 2019

Verwaltungsbezirk	Bevölkerung ¹ ab 15 Jahre (Mikrozensus) nach dem höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss in 1.000									
	ohne Schulabschluss*		Haupt- oder Volksschulabschluss**		mittlere Reife/gleichwertiger Abschl.***		Hochschul-/Fachhochschulreife		Sonstige****	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Stadt Aachen	(10)	(4,5)	39	18,3	30	14,0	127	59,1	(9)	(4,1)
StR Aachen ²	29	6,0	140	29,3	92	19,2	198	41,4	19	4,0
Kreis Düren	(12)	(5,2)	78	34,9	50	22,5	74	32,9	(10)	(4,4)
Kreis Euskirchen	(6)	(3,4)	58	36,1	42	25,8	49	30,5	(7)	(4,1)
Kreis Heinsberg	(14)	(6,4)	82	38,2	54	25,2	54	25,2	(11)	(5,0)
Reg.-Bez. Köln	213	5,6	1.057	27,8	808	21,3	1.551	40,9	169	4,4
Nordrhein-Westfalen	858	5,6	4.833	31,8	3.430	22,5	5.446	35,8	654	4,3

Datenquelle/Copyright: Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW): Mikrozensus

¹ Bevölkerung in Privathaushalten, siehe Kommentar

² StädteRegion Aachen inkl. Stadt Aachen

* ohne allg. Schulabschluss inkl. n. höchstens 7 Jahren Schulbesuch

** inkl. Abschluss der 8./9. Klasse der allgemeinbildenden Poly-Technische Oberschule in der ehemaligen DDR

*** inkl. Abschluss d. 10. Klasse der allgemeinbildenden Poly-Technische Oberschule in der ehemaligen DDR

**** noch in Schulausbildung, ohne Angabe zum Abschluss oder zur z. Art d. Abschlusses

"/" keine Angabe, da Zahlenwert nicht sicher genug

() Aussagewert eingeschränkt, da Zahlenwert Fehler aufweisen kann

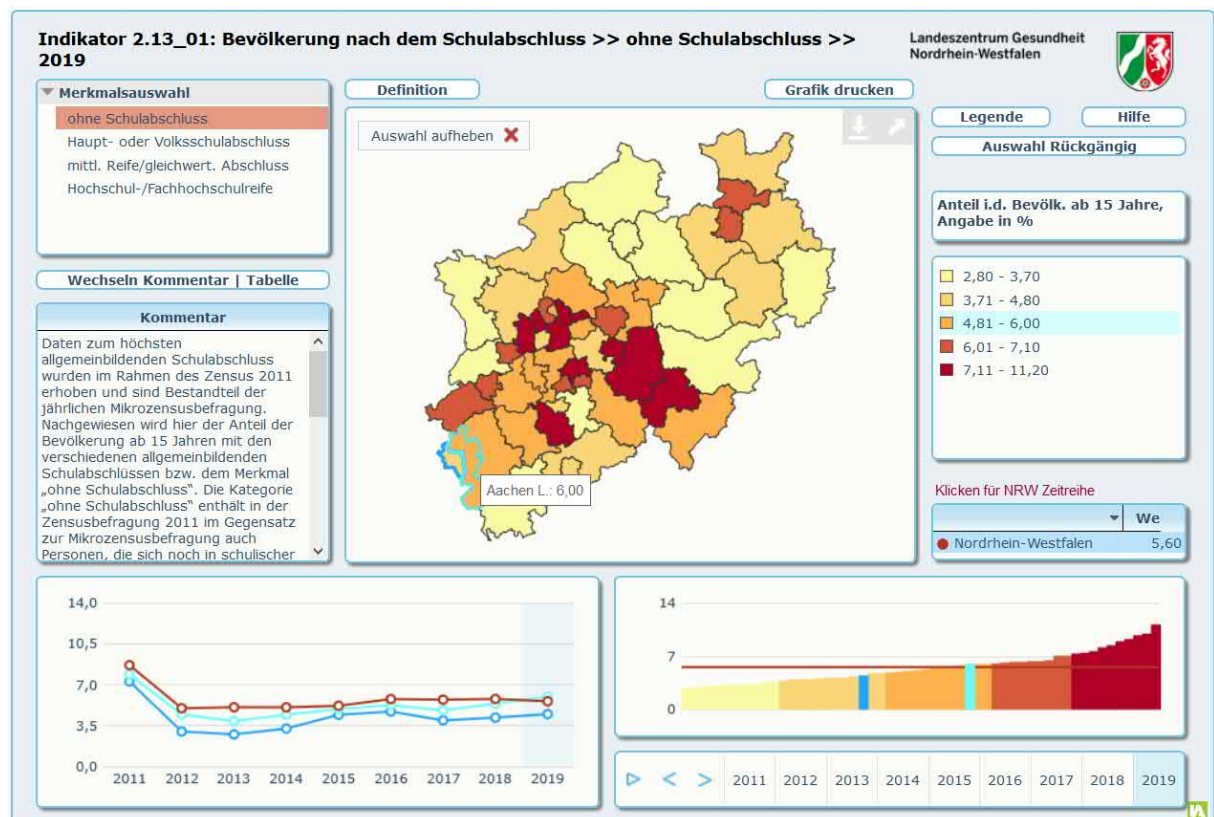


Abbildung 12: Bevölkerung ohne Schulabschluss in Prozent, 2011 - 2019

Indikator 2.16 Verfügbares Einkommen der privaten Haushalte, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken

S

Definition

Das verfügbare Einkommen der privaten Haushalte einschließlich privater Organisationen ohne Erwerbszweck ergibt sich dadurch, dass dem Primäreinkommen die empfangenen Transferleistungen hinzugefügt und die geleisteten Transferleistungen von diesem Einkommen abgezogen werden. Als empfangene Transferleistungen gelten: empfangene monetäre Sozialleistungen, darunter Alters- und Hinterbliebenenversorgung sowie Leistungen für Arbeitslosigkeit und Sozialhilfe, außerdem sonstige laufende Transfers. Als geleistete Transferleistungen gelten: die geleisteten Sozialbeiträge, Einkommen- und Vermögensteuern sowie die geleisteten sonstigen laufenden Transfers. Das verfügbare Einkommen der privaten Haushalte entspricht damit dem Einkommen, das den privaten Haushalten letztendlich zufließt und das sie für Konsum- und Sparzwecke verwenden können. Das verfügbare Einkommen wird alle fünf Jahre an aktuelle Gegebenheiten angepasst. Die Einkommenswerte je Einwohner erlauben den Vergleich mit anderen Regionen.

Datenhalter

Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW)

Datenquelle

Verfügbares Einkommen der privaten Haushalte (einschließlich privater Organisationen ohne Erwerbszweck)

Periodizität

jährlich zur Jahresmitte

Validität

Alle verfügbaren Informationen und Datenquellen werden gemäß des Europäischen Systems Volkswirtschaftlicher Gesamtrechnungen 1995 (ESVG 2010) genutzt.

Kommentar

Für die Berechnungen des verfügbaren Einkommens liegen den statistischen Landesämtern eine Vielzahl unterschiedlicher Datenquellen zu Grunde, die zu unterschiedlichen Zeiten zur Verfügung stehen. Die nach bestimmten Verfahren fortgeschriebenen Zahlen werden daher laufend an präzisere Datenquellen angepasst. In fünfjährigem Abstand werden so genannte Revisionen durchgeführt, in denen mittel- bis langfristige Korrekturbedarfe berücksichtigt werden.

Im Rahmen der Revision 2014 wurden alle bisher berechneten Ergebnisse ab 2000 nach aktuellen Erkenntnissen und teilweise auch mit geeigneteren Quellen neu berechnet. Erstmals wurden für die Bezugsgröße der Wohnbevölkerung ab 2011 die Einwohnerzahlen der mittleren Jahresbevölkerung aus der Bevölkerungsfortschreibung auf Basis des Zensus 2011 verwendet.

Außerhalb der Revision wird ein neues Datenjahr immer zur Jahresmitte erstellt. Dabei ist es so, dass die letzten drei bis fünf zurückliegenden Jahre auch mit aktuelleren Schlüsseln überarbeitet werden und es dadurch immer wieder einen neuen Berechnungsstand gibt.

Indikator 2.16 **Verfügbares Einkommen der privaten Haushalte, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 2017***

Verwaltungsbezirk	Verfügbares Einkommen			
	insgesamt (in Mio. €)	je Einwohner		
		in €	Landeswert = 100	Bundeswert = 100
Stadt Aachen	5.149	20.963	94,2	92,7
StR Aachen ¹	11.357	20.528	92,2	90,7
Kreis Düren	5.562	21.190	95,2	93,7
Kreis Euskirchen	4.185	21.835	98,1	96,5
Kreis Heinsberg	5.146	20.350	91,4	90,0
Reg.-Bez. Köln	100.049	22.499	101,1	99,5
Nordrhein-Westfalen	398.530	22.263	100,0	98,4
Deutschland	1.869.916	22.623	101,6	100,0

Datenquelle/Copyright:

Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW):

Verfügbares Einkommen der privaten Haushalte (einschl. priv. Org. o. Erwerbszweck)

¹ StädteRegion Aachen inkl. Stadt Aachen
* Berechnungsstand August 2018

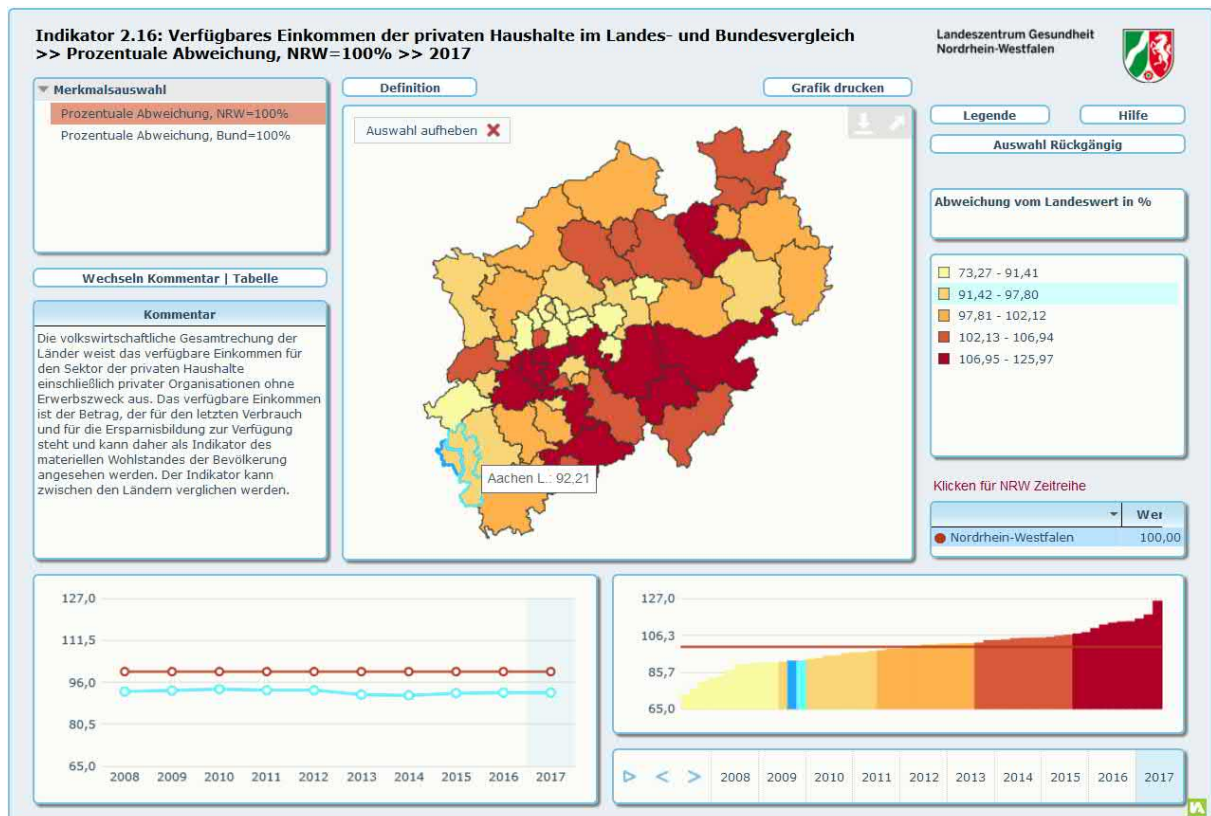


Abbildung 13: Verfügbares Einkommen der privaten Haushalte in Prozent des Landeswertes (= 100), 2008 - 2017

Indikator 2.18 Erwerbstätige nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen nach Regionen

SG

Definition

Die Erwerbstätigen erwirtschaften den größten Anteil der finanziellen Grundlagen für das Sozialversicherungssystem in Deutschland. Erwerbstätige sind Personen, die in einem Arbeitsverhältnis stehen (einschließlich Soldaten und mithelfende Familienangehörige), selbstständig ein Gewerbe oder eine Landwirtschaft betreiben oder einen freien Beruf ausüben.

Die Erwerbstätigenquote wird als prozentualer Anteil der Erwerbstätigen im Alter von 15 bis 64 Jahren an der Bevölkerung der gleichen Alters- und Geschlechtsgruppe berechnet. Im Indikator sind die Erwerbstätigen nach dem Labour-Force-Konzept der Internationalen Arbeitsorganisation (ILO) definiert, d.h. erwerbstätig ist jede Person im erwerbsfähigen Alter, die in einem einwöchigen Berichtszeitraum mindestens eine Stunde lang gegen Entgelt oder im Rahmen einer selbstständigen oder mithelfenden Tätigkeit gearbeitet hat. Auch wer sich in einem formalen Arbeitsverhältnis befindet, das er im Berichtszeitraum nur vorübergehend nicht ausgeübt hat, gilt als erwerbstätig.

Regional werden die Erwerbstätigen an ihrem Wohnort nachgewiesen

Datenhalter

Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW)

Datenquelle

Mikrozensus

Periodizität

jährlich

Validität

Je höher die Ausschöpfungsquote einer Zufallsstichprobe ist, desto geringer ist das Risiko, dass die ermittelten Stichprobenergebnisse im Hinblick auf die Grundgesamtheit Verzerrungen aufweisen. In der Mikrozensus-Stichprobe wird eine hohe Ausschöpfung erzielt durch die Kombination von mündlicher Befragung durch Interviewerinnen und Interviewer (als Erhebungsmethode erster Wahl) und schriftlicher Befragung (auf Wunsch des ausgewählten Haushalts bzw. bei Nichterreichbarkeit durch die Interviewerinnen und Interviewer). Der Nonresponse wird möglichst gering gehalten durch mehrmalige Versuche der Interviewerinnen und Interviewer, die Interviewpartnerinnen/-partner anzutreffen und durch Überprüfung und Nachfragen bei Antwortausfällen bzw. unplausiblen Antworten.

Felder mit hochgerechneten Besetzungszahlen von unter 5 000, d. h. mit weniger als 50 Fällen in der Stichprobe, sollten für Vergleiche nicht herangezogen werden, da sie bei einem einfachen relativen Standardfehler von über 15 % nur noch einen geringen Aussagewert haben.

Kommentar

Im Mikrozensus werden im Zeitraum März bis Mai jeden Jahres ein Prozent der Haushalte befragt, deren Auswahl durch eine repräsentative Zufallsstichprobe zuverlässige Hochrechnungen auf die Gesamtheit aller Bundesbürger erlaubt. Personen in Gemeinschaftsunterkünften werden nicht berücksichtigt.

Der Indikator beschränkt die Zahl der Erwerbstätigen auf die Altersgruppe der 15- bis 64-Jährigen, da es nur wenige über 65-jährige Erwerbstätige und keine unter 15 Jahren gibt und die entsprechende Quote mit Bezug auf die gesamte Bevölkerung ein verzerrtes Bild (wesentlich niedrigere Quote) vermitteln würde. Beim Mikrozensus wird von der Größe einer Region von ca. 500.000 Einwohnern ausgegangen, so dass z. T. Kreise und kreisfreie Städte zusammengelegt werden.

Der Indikator zählt zu den demographischen Gesundheitsdeterminanten.

Indikator 2.18 Erwerbstätige nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen nach Regionen, 2019

Regionen (Mikrozensus)	Erwerbstätige*		Davon:			
			Frauen		Männer	
	Anzahl in 1.000	Quote in %	Anzahl in 1.000	Quote in %	Anzahl in 1.000	Quote in %
StädteRegion Aachen	256	70,0	116	66,8	141	72,8
Kreise Düren und Heinsberg	240	71,7	112	66,8	127	76,7
Rhein-Erft-Kreis u. Kreis Euskirchen	318	73,7	149	69,2	169	78,0
Reg.-Bez. Köln	2.160	73,6	1.022	69,8	1.139	77,3
Nordrhein-Westfalen	8.555	73,5	3.998	69,0	4.557	78,0

Datenquelle/Copyright:
Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW):
Mikrozensus

* Erwerbstätige im Alter von 15 bis 64 Jahren,
Erwerbstätigenquote in Bezug auf die
15- bis 64-jährige Bevölkerung

¹ StädteRegion Aachen einschließlich Stadt Aachen

Indikator 2.21 Arbeitslose nach Personengruppen und Geschlecht, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken

SGMvf

Definition

Indikatoren zur Arbeitslosigkeit werden als grundlegende Aussagen zur sozioökonomischen Lebenssituation genutzt. Regionale Unterschiede des Armutsniveaus werden in der Regel mit unterschiedlichen Arbeitslosenquoten in den Regionen in Verbindung gebracht (Indikator 2.21).

Arbeitslose sind arbeitssuchende Personen, die vorübergehend nicht in einem Beschäftigungsverhältnis stehen oder nur eine weniger als 15 Stunden wöchentlich umfassende Beschäftigung ausüben (Beschäftigungslosigkeit), eine versicherungspflichtige, mindestens 15 Stunden wöchentlich umfassende Beschäftigung suchen (Eigenbemühungen), dabei den Vermittlungsbemühungen der Agentur für Arbeit oder des kommunalen Trägers zur Verfügung stehen, also arbeitsfähig und -bereit sind (Verfügbarkeit), sich bei einer Arbeitsagentur persönlich arbeitslos gemeldet haben, in der Bundesrepublik Deutschland wohnen und nicht jünger als 15 Jahre sind und die Altersgrenze für den Renteneintritt noch nicht erreicht haben.

Als Langzeitarbeitslose gelten alle Personen, die am jeweiligen Stichtag der Zählung ein Jahr (hier: 364 Tage) und länger arbeitslos gemeldet waren.

Die Arbeitslosenquoten setzen die registrierten Arbeitslosen zu den Erwerbspersonen (= Erwerbstätige + Arbeitslose) in Beziehung. Als Arbeitslose im Rechtskreis SGB III werden alle arbeitslosen Personen angesehen, die Anspruch auf Arbeitslosengeld - Arbeitsförderung - haben sowie die Personen die keine Leistungen mehr erhalten. Zuständig sind die Agenturen für Arbeit. Ab Januar 2017 werden auch die sogenannten „Aufstocker“ (Parallelbezieher von ALG und ALG II) als arbeitslos bzw. arbeitssuchend gezählt. Die Leistungen nach dem SGB III werden aus der Arbeitslosenversicherung finanziert und orientieren sich an der Höhe des letzten Nettogehaltes. Als Arbeitslose im Rechtskreis SGB II werden alle arbeitslosen Personen angesehen, die Anspruch auf Arbeitslosengeld II - Grundsicherung für Arbeitsuchende - haben. Das Arbeitslosengeld II - auch als „Hartz IV“ bezeichnet - fällt in den Zuständigkeitsbereich der Jobcenter und ist keine Versicherungsleistung, sondern eine aus Steuermitteln finanzierte Fürsorgeleistung. Die Höhe der Leistungen orientiert sich am Bedarf der Empfängerinnen und Empfänger und entspricht nach Höhe und Struktur der Hilfe zum Lebensunterhalt nach SGB XII. Kommunen können sich verpflichten, die im SGB II geregelten Aufgaben der Grundsicherung für Arbeitsuchende in alleiniger Trägerschaft - also ohne Beteiligung der Agenturen für Arbeit wahrzunehmen (Optionskommunen).

Datenhalter

Regionaldirektion Nordrhein-Westfalen der Bundesagentur für Arbeit

Datenquelle

Statistik der Bundesagentur für Arbeit

Periodizität

Jährlich, Ende September des Jahres

Validität

Die Statistik der Arbeitslosen und Arbeitsuchenden ist eine Sekundärstatistik in Form einer Vollerhebung mit den Daten der bei den Agenturen für Arbeit und den Jobcentern arbeitslos gemeldeten Personen. Daten werden der Bundesagentur für Arbeit übermittelt und statistisch aufbereitet.

Daneben gibt es in großem Umfang eine verdeckte Arbeitslosigkeit („Stille Reserve“), die sich der statistischen Erfassung naturgemäß entzieht.

Im März 2011 wurde das bisher additive Auswerteverfahren der Statistik auf eine neue integrierte Datenbasis umgestellt und es änderten sich rückwirkend alle bisherigen Daten über Arbeitslosigkeit und Arbeitsuche, beginnend mit dem Berichtsmonat Januar 2007. Eine Revision der Statistik der Arbeitslosen und Arbeitsuchenden ab 2012 umfasst insbesondere die Erweiterung der statistischen Berichterstattung zur Dauer der Arbeitslosigkeit und eine Änderung der Berücksichtigung des Wohnortes. Der nunmehr geltende Vorrang des Wohnortes führt zu regionalen Verschiebungen, die mit zunehmender regionaler Differenzierung deutlicher werden und die Vergleichbarkeit in der Zeitreihe einschränken.

Bei der Arbeitslosenquote für Ausländer zeigen sich insbesondere in den Jahren 2015 bis 2017 Verzerrungen, die die Aussagekraft einschränken. Ursache ist die zunehmende Zuwanderung. Aus diesem Grund war die regionale Standardberichterstattung unterhalb der Länder bis Dezember 2019 ausgesetzt.

Kommentar

Die Begriffe Erwerbslose (Mikrozensus) und Arbeitslose (Statistik der Arbeitsvermittlung) sind nicht unmittelbar vergleichbar: Während bei den Arbeitslosen die Meldung bei den Agenturen für Arbeit als Arbeitssuchender erforderlich ist, ist dies bei den Erwerbslosen nicht von Bedeutung. Der Begriff der Erwerbslosen ist daher umfassender. Da die Arbeitslosenzahlen je nach Jahreszeit sehr schwanken, ist die Angabe des Jahresdurchschnitts den Stichtagsangaben vorzuziehen. Langzeitarbeitslose und schwerbehinderte Arbeitslose werden als prozentuale Anteile an allen Arbeitslosen berechnet.

Die Zahl der Arbeitslosen hat sich im Berichtsjahr 2005 durch die Umsetzung des SGB II erhöht, da die vormals arbeitssuchenden Sozialhilfeempfängerinnen und -empfänger, die bis zum Jahr 2004 in der Sozialhilfestatistik verzeichnet waren, in die Statistik der Arbeitslosen und Arbeitsuchenden einfließen.

Der Indikator zählt zu den demographischen Gesundheitsdeterminanten.

Indikator 2.21 Arbeitslose nach Personengruppen und Geschlecht, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, Ende September 2019

Verwaltungsbezirk	Arbeitslose		Darunter:					
	insgesamt		Frauen	Männer	Ausländer ¹	Jugendl. bis 19 J.	Langzeit-arbeitslose*	Schwer-behind.
	Anzahl	Quote in %**	Quote in %**				Anteil an Arbeitslosen in %	
Stadt Aachen	10.184	8,1	7,5	8,6	18,8	6,1	40,3	5,1
StR Aachen ²	20.827	7,4	7,0	7,8	18,1	5,0	38,2	5,7
Kreis Düren***	8.828	6,7	6,6	6,9	17,6	4,6	41,6	5,7
Kreis Euskirchen	5.188	5,2	4,9	5,5	16,1	2,5	35,7	7,3
Kreis Heinsberg	6.759	5,4	5,3	5,5	12,0	3,3	29,7	7,4
Reg.-Bez. Köln	152.111	6,8	6,4	7,2	17,1	4,1	38,3	7,1
Nordrhein-Westfalen	635.034	7,1	6,8	7,5	19,3	4,4	38,1	7,5

Datenquelle/Copyright:
 Regionaldirektion NRW der Bundesagentur für Arbeit:
 Statistik der Arbeitsvermittlung

- * ein Jahr und mehr arbeitslos
- ** in % der abhängigen zivilen Erwerbspersonen
- *** Optionskommunen (Erklärung s. Metadatenbeschreibung)
- ¹ Arbeitslosenquote: eingeschränkte Aussagekraft aufgrund von Migrationsbewegungen, s. Kommentar StädteRegion Aachen inkl. Stadt Aachen
- ²

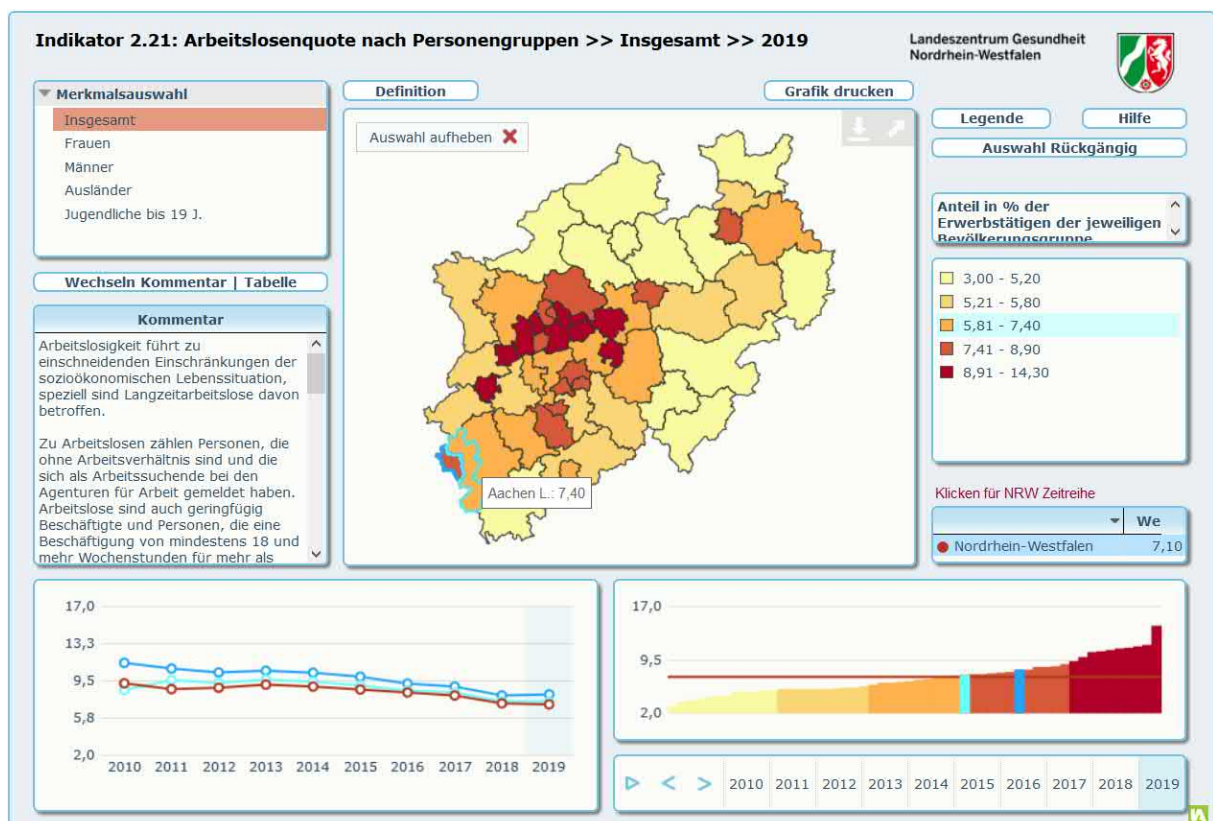


Abbildung 14: Arbeitslosenquote in Prozent, 2010 – 2019

Indikator 2.23 Empfänger von ausgewählten öffentlichen Sozialleistungen nach Alter und Geschlecht, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken

SGMvf

Definition

Die Indikatoren über Empfänger von ausgewählten öffentlichen Sozialleistungen werden zu Aussagen zur sozioökonomischen Lebenssituation genutzt. Sie enthalten Empfänger von laufender Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen, Empfänger von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung, Empfänger von Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts und Empfänger von Regelleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz. Sozialhilfe soll nach dem Bundessozialhilfegesetz eine Lebensführung ermöglichen, die der Würde des Menschen entspricht.

Die Gliederung von Sozialhilfeleistungsempfängern nach Alter und Geschlecht bzw. nach Kreisen und kreisfreien Städten soll aufzeigen, wo die Schwerpunkte des Sozialhilfebezuges liegen.

Im Jahr 2003 wurde das Sozialhilferecht grundlegend reformiert und als Zwölftes Buch in das Sozialgesetzbuch eingegliedert (SGB XII). Es trat zum 1. Januar 2005 in Kraft. Auf Sozialhilfe im engeren Sinn haben ab dem 1.1.2005 nur noch Erwerbsunfähige auf Zeit, Vorruheständler mit niedriger Rente, längerfristig Erkrankte und hilfebedürftige Kinder mit nicht hilfebedürftigen Eltern einen Anspruch.

Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII, Kap. 3, ist Personen zu leisten, die ihren notwendigen Lebensunterhalt nicht oder nicht ausreichend aus eigenen Kräften und Mitteln, insbesondere aus ihrem Einkommen und Vermögen, beschaffen können und die weder Arbeitslosengeld II noch Sozialgeld erhalten („soziokulturelles Existenzminimum“). Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen schließt Anstalten, Pflegeeinrichtungen und gleichartige Einrichtungen aus.

Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung außerhalb von Einrichtungen (SGB XII, Kap. 4) können von für dauerhaft erwerbsgeminderte 18- bis 64-jährigen Personen in Anspruch genommen werden sowie von Personen ab 65 Jahren, sofern sie ihren notwendigen Lebensunterhalt nicht oder nicht ausreichend aus eigenen Kräften und Mitteln, insbesondere aus ihrem Einkommen und Vermögen, beschaffen können.

Mit dem Vierten Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt (sog. Hartz IV) sind zum 1. Januar 2005 Arbeitslosenhilfe und Sozialhilfe zur Grundsicherung für Arbeitssuchende im Sozialgesetzbuch II (SGB II) zusammengeführt worden. Diese Leistungen setzen sich zusammen aus **Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes** (Arbeitslosengeld II, Sozialgeld) und Leistungen zur Eingliederung in Arbeit. Letztere werden im vorliegenden Indikator nicht berücksichtigt.

Arbeitslosengeld II (ALG II) bezeichnet Geldleistungen im Rahmen der Grundsicherung zur Sicherung des Lebensunterhalts einschließlich der angemessenen Kosten für Unterkunft und Heizung, die erwerbsfähige Hilfebedürftige im Alter zwischen 15 und 65 Jahren erhalten sowie ihre in Bedarfsgemeinschaft lebenden Angehörigen. Eine Bedarfsgemeinschaft bezeichnet Personen, die im selben Haushalt leben und gemeinsam wirtschaften. Eine Bedarfsgemeinschaft hat mindestens einen erwerbsfähigen Hilfebedürftigen.

Sozialgeld erhalten nicht erwerbsfähige bedürftige Angehörige und Partner, die mit dem ALG-II-Bezieher in Bedarfsgemeinschaft leben und keinen Anspruch auf Leistungen nach dem Gesetz über eine bedarfsorientierte Grundsicherung im Alter oder wegen Erwerbsminderung haben.

Asylbewerber und abgelehnte Bewerber, die zur Ausreise verpflichtet sind, sowie geduldete Ausländer erhalten seit dem 1.11.1993 anstelle der Sozialhilfe Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz. Zur Deckung des täglichen Bedarfs an Ernährung, Kleidung, Unterkunft usw. werden den Leistungsberechtigten Regelleistungen in Form von Grundleistungen oder in besonderen Fällen in Form von laufender Hilfe zum Lebensunterhalt analog zu den Leistungen nach dem Bundessozialhilfegesetz gewährt.

Die Zahl der Empfänger wird auf die fortgeschriebene Bevölkerung zum Stichtag 31.12. des Berichtsjahres bezogen.

Datenhalter

- Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW)
- Bundesagentur für Arbeit, Regionaldirektion Nordrhein-Westfalen

Datenquelle

- Statistik der Sozialhilfe nach SGB XII
- Asylbewerberleistungsstatistik
- Statistik der Grundsicherung für Arbeitssuchende nach dem SGB II

Periodizität

jährlich, 31.12.

Validität

Die Erhebung über die Empfängerinnen und Empfänger von laufender Hilfe zum Lebensunterhalt, denen Leistungen für mindestens einen Monat gewährt werden, wird - wie auch die Erhebung zur Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung - als Bestandserhebung (Totalerhebung) vierteljährlich durchgeführt. Im vorliegenden Indikator wird der Bestand am 31.12. abgebildet, was dem Jahresergebnis entspricht, und nach dem Wohnort der Empfängerinnen/Empfänger ausgewertet.

Mit den Erhebungen sollen umfassende und zuverlässige Daten über die sozialen und finanziellen Auswirkungen des SGB XII sowie über den Personenkreis der Leistungsempfänger bereitgestellt werden.

Die Daten zu Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts beziehen sich ausschließlich auf Leistungsfälle.

Für die Erhebungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz besteht Auskunftspflicht.

Kommentar

Anspruchsberechtigt auf Sozialhilfe ist jede/r Bürgerin/Bürger, die/der in eine Notlage gerät, die er nicht aus eigenen Kräften und Mitteln bewältigen kann und die auch nicht mit Hilfe von anderen, besonders von Angehörigen oder von anderen Sozialleistungsträgern, behoben werden kann. Zu den Sozialhilfeempfängerinnen und -empfängern zählt jede Person, die am 31.12. des Jahres Sozialhilfe bezieht. Kurzeitempfängerinnen und -empfänger von Sozialhilfe, überwiegend Nichtsesshafte, werden gesondert erfasst.

Die Sozialhilfe nach SGB XII wird von örtlichen (Kreise, kreisfreie Städte) und überörtlichen Trägern (Länder oder Landesverbände) geleistet. Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes nach SGB II wird von der Bundesagentur für Arbeit geleistet.

Der Indikator zählt zu den demographischen Gesundheitsdeterminanten.

Indikator 2.23 Empfänger von ausgewählten öffentlichen Sozialleistungen (Raten) nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 2018

Verwaltungsbezirk	Hilfe z. Lebensunterhalt außerh. v. Einrichtungen (SGB XII, Kap. 3)			Grundsich. im Alter u. b. Erwerbsmind. Außerh. v. Einrichtungen (SGB XII, Kap. 4)		
	weiblich	männlich	insgesamt	Weiblich	männlich	insgesamt
	je 100.000 Einwohner					
Stadt Aachen	178,7	203,5	191,6	2.042,6	1.511,4	1.766,1
StR Aachen ¹	191,5	170,4	181,1	1.261,2	1.025,0	1.145,1
Kreis Düren	121,8	136,9	129,3	1.236,5	1.147,9	1.192,5
Kreis Euskirchen	133,0	153,5	143,1	1.034,6	994,5	1.014,8
Kreis Heinsberg	219,5	232,8	226,1	1.140,3	989,3	1.065,6
Reg.-Bez. Köln	191,3	223,8	207,2	1.432,7	1.235,2	1.335,8
Nordrhein-Westfalen	175,6	202,9	189,0	1.417,7	1.232,8	1.327,0

Datenquelle/Copyright:

Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW): Statistik der Sozialhilfe nach SGB XII, Asylbewerberleistungstatistik, Bundesagentur für Arbeit: Leistungsempfänger nach SGB II

* erwerbsfähige Hilfsbedürftige

** nicht erwerbsfähige Angehörige

¹ StädteRegion Aachen ohne Stadt Aachen

Verwaltungsbezirk	Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts (SGB II) ²						Empfänger v. Regelleistungen nach d. Asylbewerberleistungsgesetz	
	Arbeitslosengeld II*			Sozialgeld**				
	weibl.	männl.	insges.	weibl.	männl.	insges.	weibl.	männl.
je 100.000 Einwohner								
Stadt Aachen	7.086,1	7.257,3	7.175,2	2.534,0	2.459,0	2.494,9	462,0	641,5
StR Aachen ¹	6.191,1	5.915,1	6.055,5	2.228,2	2.542,1	2.382,5	512,5	957,0
Kreis Düren	5.755,1	5.630,1	5.694,6	2.347,3	2.524,5	2.435,1	352,0	609,5
Kreis Euskirchen	4.022,9	3.708,8	3.868,0	1.719,3	1.877,5	1.797,3	327,5	569,8
Kreis Heinsberg	4.521,6	3.997,6	4.262,3	1.835,4	1.961,1	1.897,6	311,3	572,9
Reg.-Bez. Köln	5.690,3	5.723,5	5.706,7	2.278,0	2.529,5	2.401,4	448,1	710,3
Nordrhein-Westfalen	6.274,5	6.303,2	6.288,6	2.514,4	2.791,1	2.650,2	415,9	687,5

Datenquelle/Copyright:

Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW): Statistik der Sozialhilfe nach SGB XII, Asylbewerberleistungstatistik, Bundesagentur für Arbeit: Leistungsempfänger nach SGB II

* StädteRegion Aachen ohne Stadt Aachen

** einschließlich der Zahlen d. zentralen Unterbringungseinrichtungen des Landes

¹ erwerbsfähige Leistungsberechtigte² nicht erwerbsfähige leistungsberechtigte Angehörige³ Personen ohne Angabe des Geschlechts wurden dem männlichen Geschlecht zugeordnet⁴ einschließlich der Fälle ohne Angabe des Geschlechts

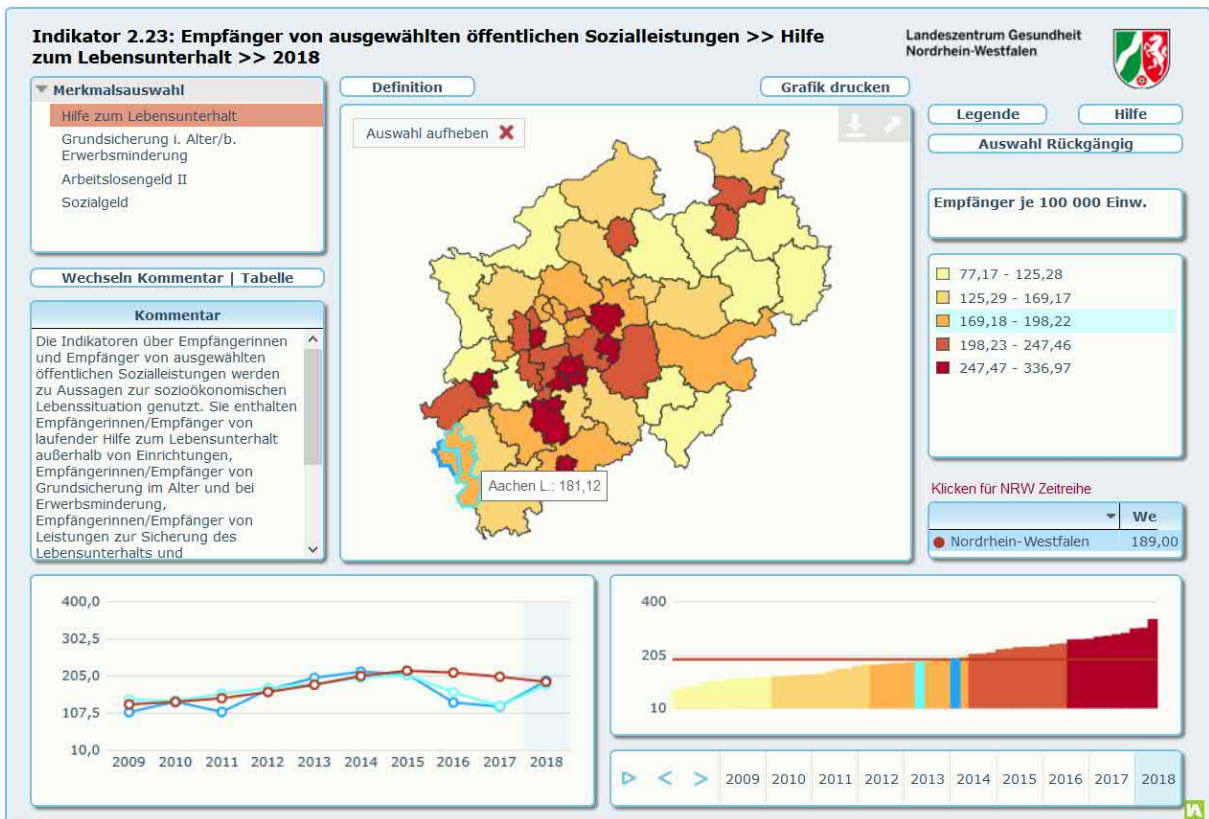


Abbildung 15: Empfänger von Hilfen zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen je 100.000 Einwohner, 2009 – 2018

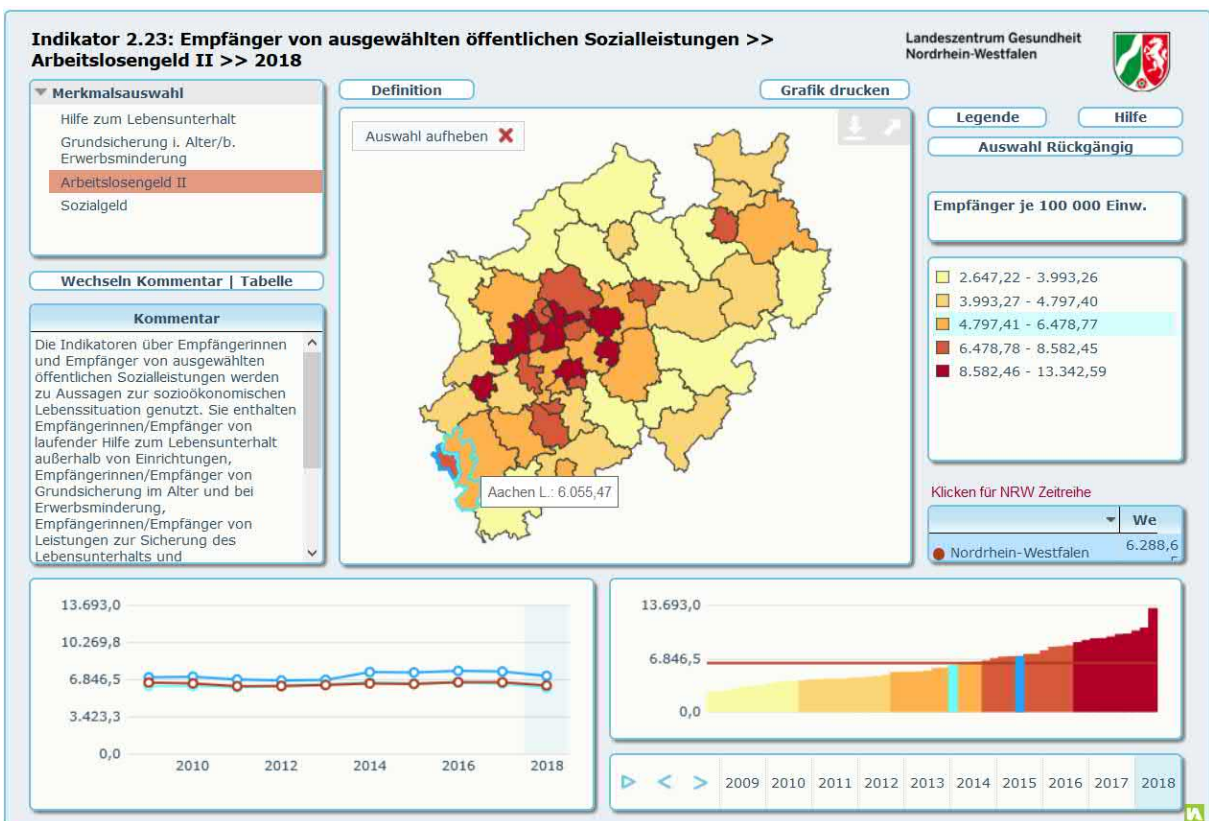


Abbildung 16: Empfänger von Arbeitslosengeld II je 100.000 Einwohner, 2009 – 2018

Indikator 2.24 Wohngeldempfänger (Haushalte), Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken

S

Definition

Der Indikator *Wohngeldempfänger* wird als Indikator der Armutgefährdung verstanden. Wohngeld ist ein von Bund und Ländern getragener Zuschuss zu den Wohnkosten. Dieser wird - gemäß den Vorschriften des Wohngeldgesetzes - einkommensschwächeren Haushalten gewährt, damit diese die Wohnkosten für angemessenen und familiengerechten Wohnraum tragen können.

Anders als bei der Sozialhilfestatistik wird seit dem Jahr 2001 nicht die/der einzelne Empfängerin/Empfänger als Merkmalsträger erfasst, sondern die wohnberechtigte Personengruppe (Haushalt), bei der es sich häufig um eine Wohn- oder Wirtschaftsgemeinschaft handelt. Die Höhe des Wohngeldes bestimmt sich im Einzelfall nach Haushaltsgröße, Familieneinkommen und Wohnkosten, die bei zu bestimmenden Höchstbeträgen berücksichtigt werden. Mieterinnen und Mieter erhalten das Wohngeld als Mietzuschuss, selbst nutzende Eigentümerinnen und Eigentümer erhalten Lastenzuschuss.

Im Zuge der Reformierung des Sozialhilferechts gilt ab dem 1.1.2005 das Wohngeldgesetz (WoGG) vom 7.7.2005 (BGBl I). Ab dem Berichtsjahr 2005 entfällt für Empfängerinnen und Empfänger staatlicher Transferleistungen

(z. B. Arbeitslosengeld II bzw. Sozialgeld nach dem SGB II, Hilfe zum Lebensunterhalt bzw. Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem SGB XII, Asylbewerberleistungen) sowie für Mitglieder ihrer Bedarfsgemeinschaft das Wohngeld. Dies hat auch zur Folge, dass Bezieherinnen und Bezieher von Sozialhilfe und Kriegsopferfürsorge seit dem 1.1.2005 nicht mehr zu den Wohngeldempfängerinnen und -empfängern zählen. Die angemessenen Unterkunftskosten der Empfängerinnen und Empfänger dieser Transferleistungen werden seitdem im Rahmen der jeweiligen Sozialleistungen berücksichtigt, so dass sich für die einzelnen Leistungsberechtigten keine Nachteile ergeben.

Neben den „reinen“ Wohngeldhaushalten gibt es noch wohngeldrechtliche Teilhaushalte in sog. Mischhaushalten. Dabei kann es sich einerseits um einen Haushalt handeln, in dem eine/ein Empfängerin/Empfänger von staatlichen Transferleistungen, die/der selbst nicht wohngeldberechtigt ist, mit wenigstens einer Person zusammenlebt, die wohngeldberechtigt ist.

Andererseits kann die/der Antragstellerin/Antragsteller selbst wohngeldberechtigt sein, allerdings lebt im selben Haushalt wenigstens eine/ein Transferleistungsempfängerin/-empfänger.

Rechtsgrundlage für die vierteljährlich durchzuführende Statistik ist der § 35 des Wohngeldgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. Juli 2005 (BGBl. I). Auskunftspflichtig sind die Bewilligungsbehörden der Städte und Gemeinden.

Die Wohngeldempfängerhaushalte werden auf die Einwohnerinnen und Einwohner bezogen.

Datenhalter

Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW)

Datenquelle

Wohngeldstatistik

Periodizität

jährlich, 31.12.

Validität

Es wird von einer ausreichenden Datenqualität ausgegangen.

Kommentar

Der Indikator ist relativ ungenau, weil die regionale Haushaltsgröße unterschiedlich sein kann. Ist der Anteil der Ein-Personen-Haushalte sehr hoch, so ist die Wohngeldquote ggf. überhöht ausgewiesen. Die Höchstbeträge der zuschussfähigen Mieten bzw. Belastungen werden durch gesetzliche Bestimmungen in Abständen geändert. Dies ist bei der Betrachtung einer längeren Zeitreihe zu berücksichtigen.

Auf Wohngeld besteht bei Erfüllung der Voraussetzungen ein Rechtsanspruch. Wohngeld wird in der Regel für einen Zeitraum von 12 Monaten bewilligt, beginnend mit dem Ersten des Monats, in dem der Antrag gestellt wird. Die Zählung der Wohngeldempfängerhaushalte erfolgt am 31.12. des Jahres. Sie können nicht nach Geschlecht untergliedert werden.

Mit den neuen Bestimmungen ab dem Jahr 2005 hat sich die Zahl der Wohngeldberechtigten erheblich verringert und ist mit den Jahren davor nicht mehr vergleichbar.

Der Indikator zählt zu den demographischen Gesundheitsdeterminanten.

Indikator 2.24 Wohngeldempfänger (Haushalte), Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 2016 - 2018

Verwaltungsbezirk	Wohngeldempfänger					
	2016		2017		2018	
	Anzahl*	je 1.000 Einwohner	Anzahl*	je 1.000 Einwohner	Anzahl*	je 1.000 Einwohner
StR Aachen ¹	4.584	8,3	4.493	8,1	4.335	7,8
Kreis Düren	1.721	6,6	1.646	6,3	1.518	5,8
Kreis Euskirchen	1.340	7,0	1.301	6,8	1.187	6,2
Kreis Heinsberg	1.854	7,3	1.798	7,1	1.674	6,6
Reg.-Bez. Köln	31.671	7,1	31.494	7,1	29.630	6,6
Nordrhein-Westfalen	138.614	7,7	136.447	7,6	129.756	7,2

Datenquelle/Copyright:

Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW):

Wohngeldstatistik

* berechnete Haushalte

*• Zahlenwert unbekannt

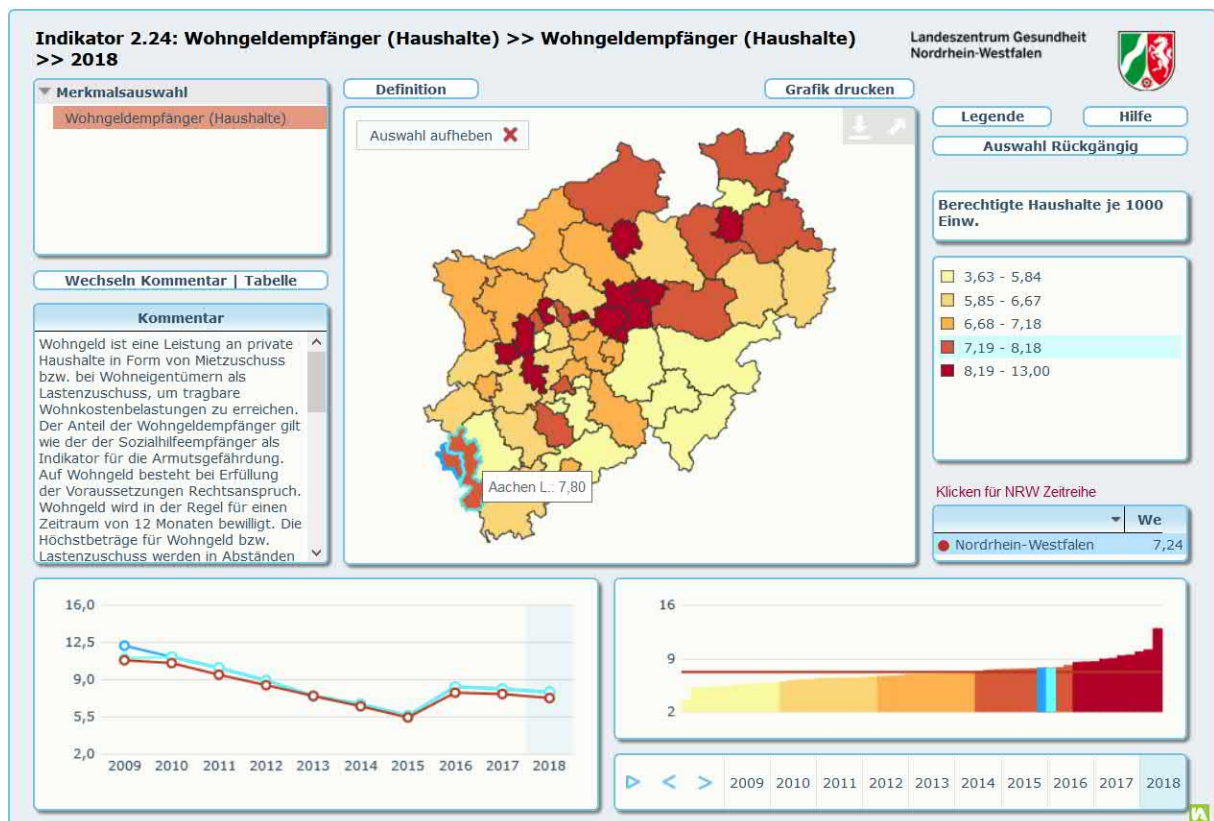
¹ StädteRegion Aachen inkl. Stadt Aachen


Abbildung 17: Wohngeldempfänger je 1.000 Einwohner, 2009- 2018, * seit 2010 StR Aachen inkl. Stadt Aachen

Themenfeld 3:

Gesundheitszustand der Bevölkerung

I Allgemeine Übersicht zur Mortalität und Morbidität

Indikator 3.07 Sterbefälle nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken

Gv

Definition

Alters- und geschlechtsspezifische Sterbeziffern im Regionalvergleich weisen auf geschlechtsbezogene und regionale Unterschiede in der Sterblichkeit zwischen Kommunen hin. Geschlechtsspezifische Sterbeziffern geben die Anzahl der gestorbenen Frauen und Männer je 100 000 Einwohner desselben Geschlechtes an.

Die Zahl der Gestorbenen enthält nicht die Totgeborenen, die nachträglich beurkundeten Kriegssterbefälle und die gerichtlichen Todeserklärungen. Unberücksichtigt bleiben außerdem alle Gestorbenen, die Angehörige der im Bundesgebiet stationierten ausländischen Streitkräfte sind, sowie minderjährige Verstorbene, deren Väter bzw. bei Nichteheleichen, deren Mütter Angehörige der im Bundesgebiet stationierten ausländischen Streitkräfte sind.

Für die Registrierung der Sterbefälle ist die letzte Wohngemeinde, bei mehreren Wohnungen die Hauptwohnung des Gestorbenen maßgebend.

Bei der indirekten Standardisierung (nach dem Standardized-Mortality-Ratio-Konzept (SMR)) werden die beobachteten Fälle der Verwaltungsbezirke in Beziehung gesetzt zu den erwarteten Fällen, die sich aus den altersspezifischen Sterberaten von Nordrhein-Westfalen ergeben. Unter Berücksichtigung der Altersstruktur der untersuchten Verwaltungsbezirke ergeben sich prozentuale Abweichungen vom Landesdurchschnitt bei den Kreisen und kreisfreien Städte.

Datenhalter

Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW)

Datenquelle

Statistik der Sterbefälle
Fortschreibung der Bevölkerung

Periodizität

jährlich, 31.12.

Validität

s. Indikatoren 3.1/3.4

Kommentar

Die absolute Zahl Gestorbener ebenso wie die Sterberate (Zahl der Gestorbenen pro Jahr je 100 000 Einwohner) berücksichtigt nicht die Altersstruktur der Bevölkerung. Diese ist jedoch maßgeblich für eine zwischen den Regionen vergleichbare Sterberate. Besteht etwa ein Zuzug nicht mehr Erwerbstätiger aus den Industriegebieten in eher ländlich geprägte Verwaltungsbezirke, so erhöht sich der Altersdurchschnitt der Bevölkerung und damit auch die Sterblichkeit der Bevölkerung in diesen Verwaltungsbezirken. Durch die Altersstandardisierung wird dieser Struktureffekt eliminiert, dadurch sind die Regionen unabhängig von ihrer Altersstruktur vergleichbar.

Die indirekte Standardisierung durch das SMR-Konzept erbringt bei kleineren Fallzahlen, die in einer Region zu erwarten sind, stabilere Vergleichsdaten als die direkte Standardisierung. Bei SMR-Berechnungen ist der Standardwert des Bundeslandes = 1,0 (beobachtete gleich erwartete Fälle), die Ergebnisse der Kreise und kreisfreier Städte lassen sich als prozentuale Abweichung von diesem Landesdurchschnitt interpretieren. Die SMR-Quotienten lassen sich nur innerhalb des Landes vergleichen, nicht zwischen den Ländern.

Der Indikator ist ein Ergebnisindikator.

Indikator 3.07 Sterbefälle nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 2019

Verwaltungsbezirk	Sterbefälle								
	weiblich			männlich			insgesamt		
	Anzahl	je 100000 weibl. Einw.	SMR*	Anzahl	je 100.000 männl. Einw.	SMR*	Anzahl	je 100.000 Einw.	SMR*
Stadt Aachen	1.290	1.086,1	1,01	1.161	897,2	0,95	2.451	987,6	0,98
StR Aachen ¹	1.850	1.180,9	1,03	1.818	1.200,6	1,00	3.668	1.190,6	1,01
Kreis Düren	1.670	1.254,5	1,12 ↑	1.605	1.224,6	1,07	3.275	1.239,7	1,10 ↑
Kreis Euskirchen	1.155	1.179,6	1,05	1.139	1.194,8	1,00	2.294	1.187,1	1,03
Kreis Heinsberg	1.492	1.158,7	1,05	1.447	1.146,8	1,00	2.939	1.152,8	1,03
Reg.-Bez. Köln	24.1185	1.058,5	0,99	23.617	1.075,6	0,96	47.732	1.066,9	0,98
Nordrhein-Westfalen	104.844	1.147,4	1,00	101.635	1.154,6	1,00	206.479	1.150,9	1,00

Datenquelle/Copyright:

Landesbetrieb Information u. Technik (IT.NRW): Todesursachenstatistik

*Standardized Mortality Ratio: standardisiert an der Mortalitätsrate des Landes (siehe Kommentar)

↑ Signifikant über dem Landesdurchschnitt
↓ Signifikant unter dem Landesdurchschnitt (Signifikanzniveau 0,01)

¹ StädteRegion Aachen ohne Stadt Aachen

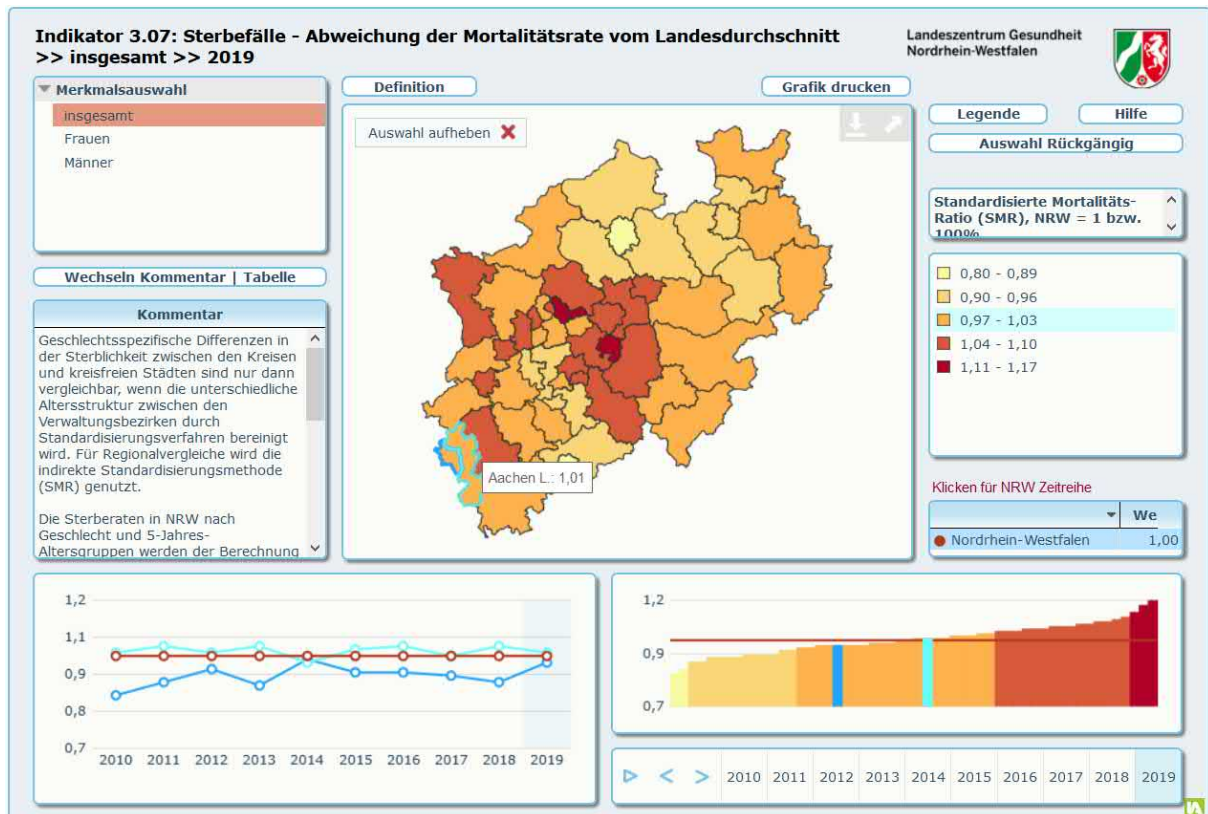


Abbildung 18: Sterbefälle, standardisiert an der Mortalitätsrate des Landes (=1), dargestellt als Standardized-Mortality-Ratio - SMR, 2010 - 2019

Indikator 3.10 Lebenserwartung nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 3-Jahres-Mittelwert

GSV

Definition

Die mittlere Lebenserwartung erlaubt allgemeine Rückschlüsse auf die gesundheitliche Lage, die medizinische Versorgung und den Lebensstandard einer Bevölkerung. Da die Lebenserwartung im Prinzip der um die Alterseffekte bereinigten Sterblichkeit entspricht, ist sie besonders geeignet für die vergleichende Analyse regionaler Unterschiede. Die Abweichung vom Landesdurchschnitt ermöglicht hierbei eine schnelle Orientierung bezüglich der relativen Position der einzelnen Regionen zueinander.

Die mittlere Lebenserwartung (bzw. Lebenserwartung bei der Geburt) gibt an, wie viele Jahre ein Neugeborenes bei unveränderten gegenwärtigen Sterberisiken im Durchschnitt noch leben würde. Berechnungsgrundlage für die Lebenserwartung ist die so genannte Sterbetafel, die modellhaft anhand der alters- und geschlechtsspezifischen Sterberaten des untersuchten Kalenderzeitraums (ein oder mehrere zusammengefasste Jahre) berechnet wird. Signifikante Abweichungen vom NRW-Durchschnitt werden mit Pfeilen gekennzeichnet.

Datenhalter

Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW)
Landeszentrum für Gesundheit NRW

Datenquellen

Statistik der Sterbefälle
Sterbetafeln, Eigene Berechnung für NRW durch das Iögd

Periodizität

jährlich

Validität

Vollständige Sterbetafeln werden in der Regel im Anschluss an eine Volkszählung zur Verfügung gestellt. Dazwischen werden sog. abgekürzte Sterbetafeln erstellt, die jeweils für drei Jahre berechnet werden. Abgekürzte Sterbetafeln erfahren im Unterschied zu den vollständigen Sterbetafeln keine Glättung (Ausgleichung) und unterliegen im stärkeren Maß kurzfristigen Schwankungen. Die Validität ist durch die größeren Zeitabstände zwischen der Erstellung der herangezogenen Sterbetafel und dem Berechnungszeitpunkt der Lebenserwartung eingeschränkt.

Für die Berechnung der Lebenserwartung auf Regionalebene sollten die aggregierten Daten mehrerer Jahre (3 - 5) verwendet sowie ein Streuungsparameter (Konfidenzintervall) angegeben werden.

Kommentar

Die Lebenserwartung ist in Deutschland im letzten Jahrhundert um etwa 30 Jahre angestiegen und weist auch in den letzten Jahrzehnten noch einen kontinuierlichen Zugewinn von mehr als zwei Jahren pro Jahrzehnt auf. Die Lebenserwartung von Frauen und Männern weist deutliche Unterschiede auf, sie wird daher geschlechtsspezifisch angegeben.

Für die Deutung regionaler Unterschiede der Lebenserwartung müssen die vielfältigen, Einfluss nehmenden Faktoren wie ökonomische Situation, medizinische Versorgung, ethnische Zusammensetzung etc. berücksichtigt werden. Die Lebenserwartung im Regionalvergleich wird aus abgekürzten Sterbetafeln berechnet. Wegen der geringen Bevölkerungszahlen in den Kreisen und kreisfreien Städten wird die Berechnung grundsätzlich auf der Basis von drei zusammengefassten Jahren vorgenommen.

Der Indikator zählt zu den Ergebnisindikatoren

Indikator 3.10 Lebenserwartung nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 2016/2018¹, 3-Jahres-Mittelwert

Verwaltungsbezirk	Mittlere Lebenserwartung bei der Geburt in Jahren		Abweichung vom Landesdurchschnitt in Jahren	
	weiblich	männlich	weiblich	männlich
Stadt Aachen	83,28	78,94	+ 0,52	+ 0,77
StR Aachen ²	82,65	78,28	- 0,10	+ 0,11
Kreis Düren	82,29	77,84	- 0,47	- 0,33
Kreis Euskirchen	82,46	77,92	- 0,30	- 0,26
Kreis Heinsberg	82,45	78,42	- 0,31	+ 0,24
Reg.-Bez. Köln	83,05	78,75	+ 0,29	+ 0,58
Nordrhein-Westfalen	82,76	78,17	x	x

Datenquelle/Copyright:

Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW):

Statistik der Sterbefälle

LZG.NRW: Eigene Berechnung

¹ 3-Jahres-Mittelwerte

² Städteregion Aachen ohne Stadt Aachen

↑ Abweichung größer 1 Jahr und signifikant über dem Landesdurchschnitt

↓ Abweichung größer 1 Jahr und signifikant unter dem Landesdurchschnitt (Signifikanzniveau 99 %)

"x" keine Angabe, weil Aussage nicht sinnvoll

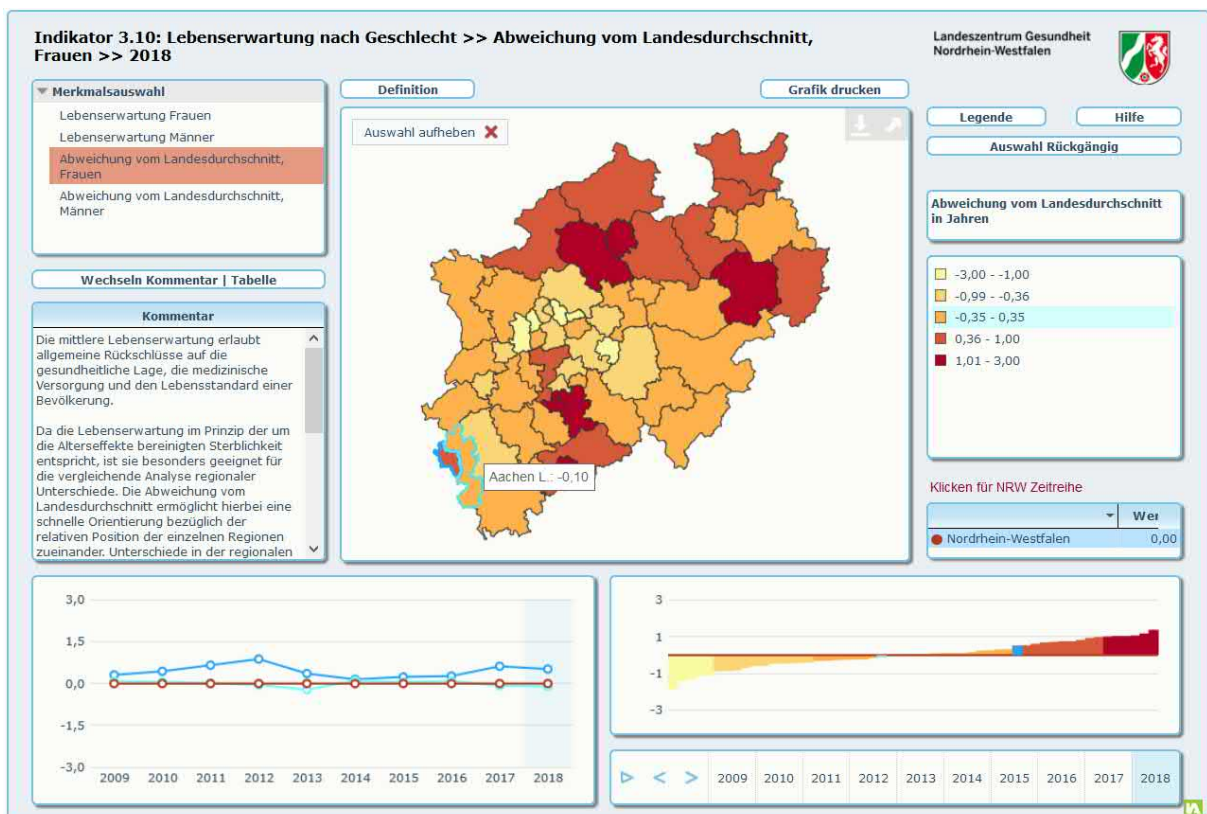


Abbildung 19: Mittlere Lebenserwartung bei der Geburt in Jahren, Frauen, Abweichung vom Landesdurchschnitt in Jahren, 3-Jahres-Mittelwert, 2009 - 2018

Indikator 3.14 Vermeidbare Sterbefälle nach ausgewählten Diagnosen, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 5-Jahres-Mittelwert

GMSP

Definition

Der Begriff Vermeidbare Sterbefälle bezieht sich auf ausgewählte Todesursachen, die unter adäquaten Behandlungs- und Vorsorgebedingungen als vermeidbar (für die jeweils betrachtete Altersgruppe) gelten. Der Indikator 3.14 greift gezielt die sechs häufigsten Todesursachen bei den vermeidbaren Sterbefällen auf und stellt sie im regionalen Vergleich dar. Da die vermeidbaren Sterbefälle indirekt die Qualität und Effektivität der gesundheitlichen Versorgung im Hinblick auf adäquate Inanspruchnahme, Diagnostik und Therapie widerspiegeln, können durch die regionale Aufspaltung Auswirkungen unterschiedlicher Versorgungs- und Inanspruchnahmestrukturen aufgezeigt werden. Gleichzeitig kann ein erhöhter Bedarf an präventiven Maßnahmen identifiziert werden und die Effektivität solcher Maßnahmen bewertet werden.

Bei der indirekten Standardisierung (nach dem Standardized-Mortality-Ratio-Konzept (SMR)) werden die beobachteten Fälle der Region in Beziehung gesetzt zu den erwarteten Fällen, die sich aus den altersspezifischen Sterberaten der Bezugsbevölkerung (in diesem Fall die Bevölkerung des jeweiligen Bundeslandes insgesamt) und der Altersstruktur der untersuchten Region ergeben. Das Ergebnis wird als prozentuale Abweichung vom Durchschnitt der Bezugsbevölkerung interpretiert.

Datenhalter

Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW)

Datenquellen

Todesursachenstatistik
Fortschreibung des Bevölkerungsstandes

Periodizität

jährlich, 31.12.

Validität

Die Fallzahlen sind im Regionalvergleich mit jährlicher Angabe zu gering. Um zeitliche Schwankungen auszugleichen, wird deshalb der 5-Jahres-Mittelwert ermittelt.

Zum 1.1.1998 wurde die 10. Revision der ICD-Klassifikation eingeführt. Dies erforderte die Umstellung der Kodierung.

Kommentar

Die ausgewählten Todesursachen lassen sich klassifizieren als:

- primärpräventiv vermeidbar (Lebensweise, z. B. Lungenkrebs, Leberzirrhose);
- sekundärpräventiv vermeidbar (Früherkennung, z. B. Brustkrebs);
- tertiärpräventiv vermeidbar (Qualität der medizinischen Versorgung, z. B. ischämische Herzkrankheiten, Hypertonie und zerebrovaskuläre Krankheiten).

Unter der Voraussetzung, dass sowohl die präventiven als auch die kurativen Maßnahmen zur Vermeidung existieren, eingesetzt und in Anspruch genommen werden, ist zu erwarten, dass die Sterblichkeit an diesen Todesursachen im Zeitvergleich zurückgeht oder zumindest nicht zunimmt. Die Daten der indirekten Standardisierungen können nur innerhalb des Bundeslandes verglichen werden.

Die vermeidbare Sterblichkeit zählt zu den Ergebnisindikatoren.

Indikator 3.14 Vermeidbare Sterbefälle nach ausgewählten Diagnosen, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 2013 - 2017, 5-Jahres-Mittelwert

Verwaltungsbezirk	Vermeidbare Sterbefälle					
	Bösart. Neubild. d. Luftröhre, Bronchien u. d. Lunge (C33 - C34)		Brustkrebs (C50)		Ischämische Herzkrankheit (I20 - I25)	
	15 - 64 Jahre, insg.		25 - 64 Jahre, weibl.		35 - 64 Jahre, insg.	
	Mittelwert*	SMR**	Mittelwert*	SMR**	Mittelwert*	SMR**
Stadt Aachen	30	0,76 ↓	10	0,80	24	1,02
StR Aachen ¹	60	0,98	18	0,92	41	1,10
Kreis Düren	58	1,08	18	1,09	35	1,07
Kreis Euskirchen	42	1,05	11	0,89	24	0,99
Kreis Heinsberg	58	1,11	14	0,85	31	0,99
Reg.-Bez. Köln	790	0,96	245	0,93	473	0,94
Nordrhein-Westfalen	3.425	1,00	1.078	1,00	2.091	1,00

Verwaltungsbezirk	Vermeidbare Sterbefälle					
	Hypertonie und zerebrovask. Krankh. (I10 - I15 u. I60 - I69)		Krankheiten der Leber (K70 - K77)		Transportmittelunfälle inner- u. außerhalb des Verkehrs (V01 - V99)	
	35 - 64 Jahre, insg.		15 - 74 Jahre, insg.		alle Altersgruppen, insg.	
	Mittelwert*	SMR**	Mittelwert*	SMR**	Mittelwert*	SMR**
Stadt Aachen	10	0,86	20	0,88	4	0,62
StR Aachen ¹	18	0,94	28	0,78	6	0,67
Kreis Düren	17	1,02	24	0,78	8	1,12
Kreis Euskirchen	11	0,86	24	1,06	9	1,73 ↑
Kreis Heinsberg	15	0,91	21	0,72 ↓	9	1,29
Reg.-Bez. Köln	236	0,92	429	0,90 ↓	116	0,98
Nordrhein-Westfalen	1.061	1,00	1.970	1,00	488	1,00

Datenquelle/Copyright:

Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW): Todesursachenstatistik, Fortschreibung d. Bevölkerungsstandes

* 5-Jahres-Mittelwert
 ↑ Standardized Mortality Ratio: ↑
 ↓ standardisiert an der Mortalitätsrate des Landes

**

↑ signifikant ü. d. Landesdurchschnitt
 ↓ signifikant u. d. Landesdurchschnitt (Signifikanzniveau 0,01)

¹ StädteRegion Aachen ohne Stadt Aachen

² Aussagewert eingeschränkt, da der Wert Fehler aufweisen kann

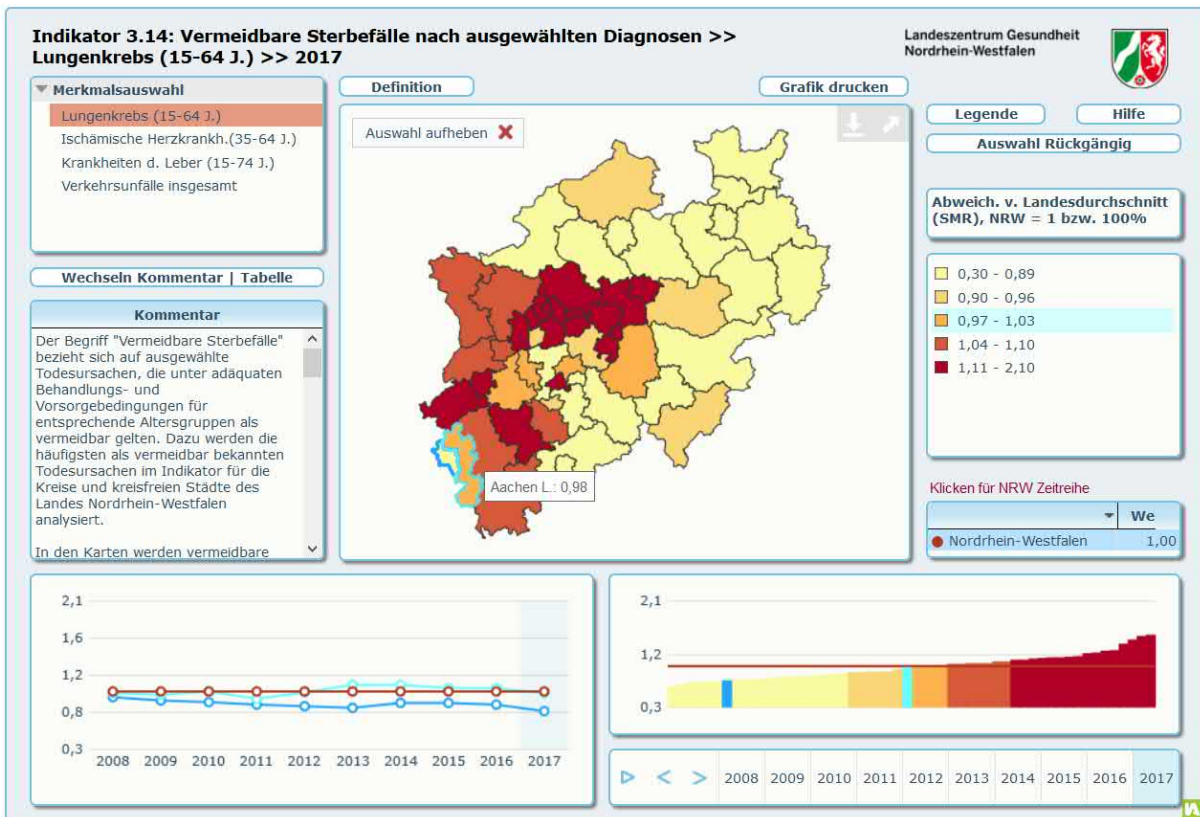


Abbildung 20: Vermeidbare Sterbefälle nach ausgewählten Diagnosen im Vergleich zu NRW (Bezugswert NRW = 1), dargestellt als Standardized-Mortality-Ratio - SMR. Hier: Bösartige Neubildungen Luftröhre, Bronchien und der Lunge, 15 - 64 Jahre, insg., 2008 – 2017

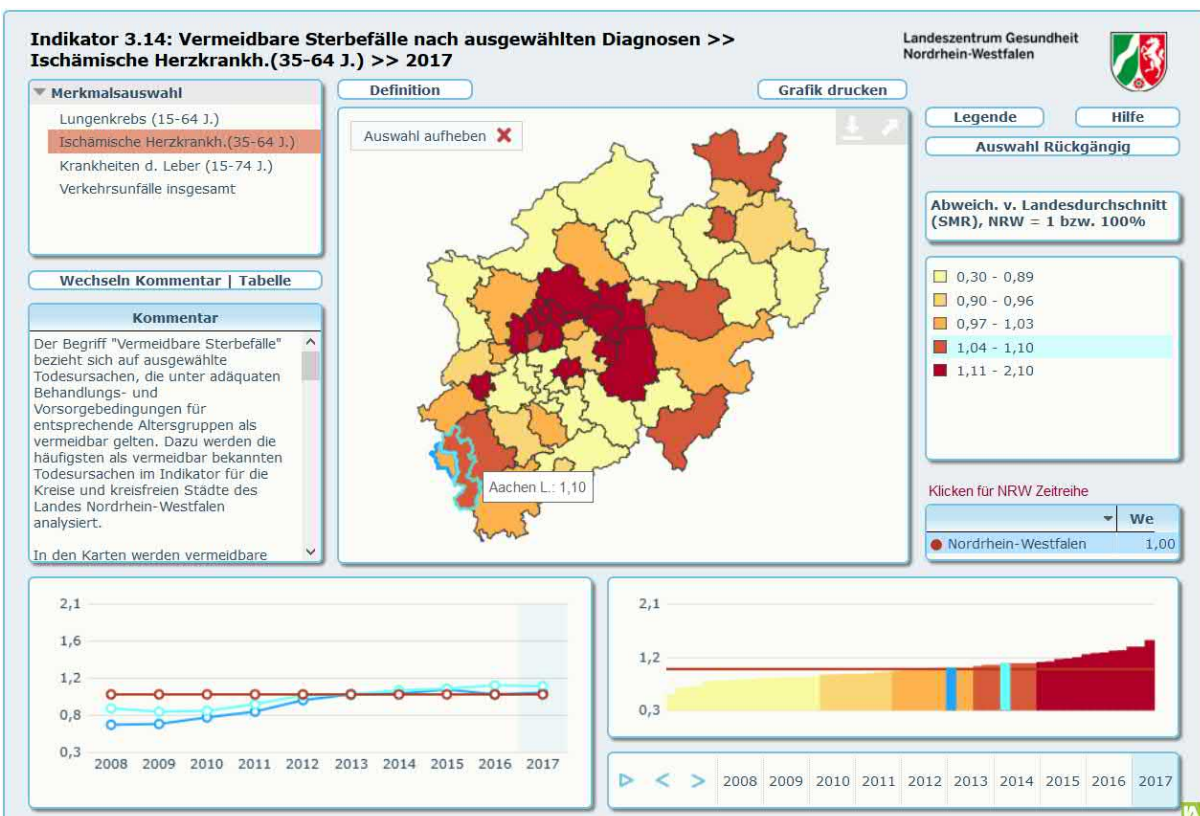


Abbildung 21: Vermeidbare Sterbefälle nach ausgewählten Diagnosen im Vergleich zu NRW (Bezugswert NRW = 1), dargestellt als Standardized-Mortality-Ratio - SMR. Hier: Krankheiten der Leber, 15 - 74 Jahre, insgesamt, 2008 - 2017

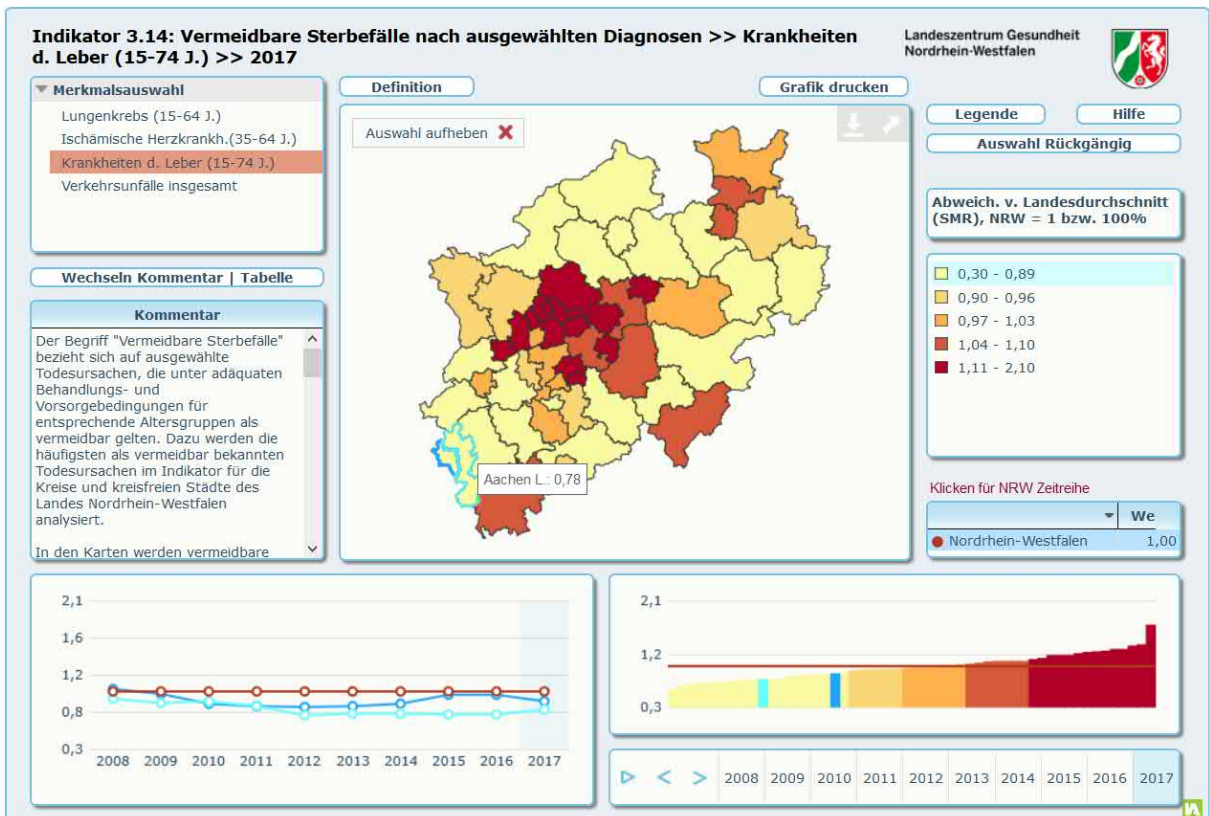


Abbildung 22: Vermeidbare Sterbefälle nach ausgewählten Diagnosen im Vergleich zu NRW (Bezugswert NRW = 1), dargestellt als Standardized-Mortality-Ratio - SMR. Hier: Ischämische Herzkrankheiten, 35 - 64 Jahre, insg., 2008 – 2017

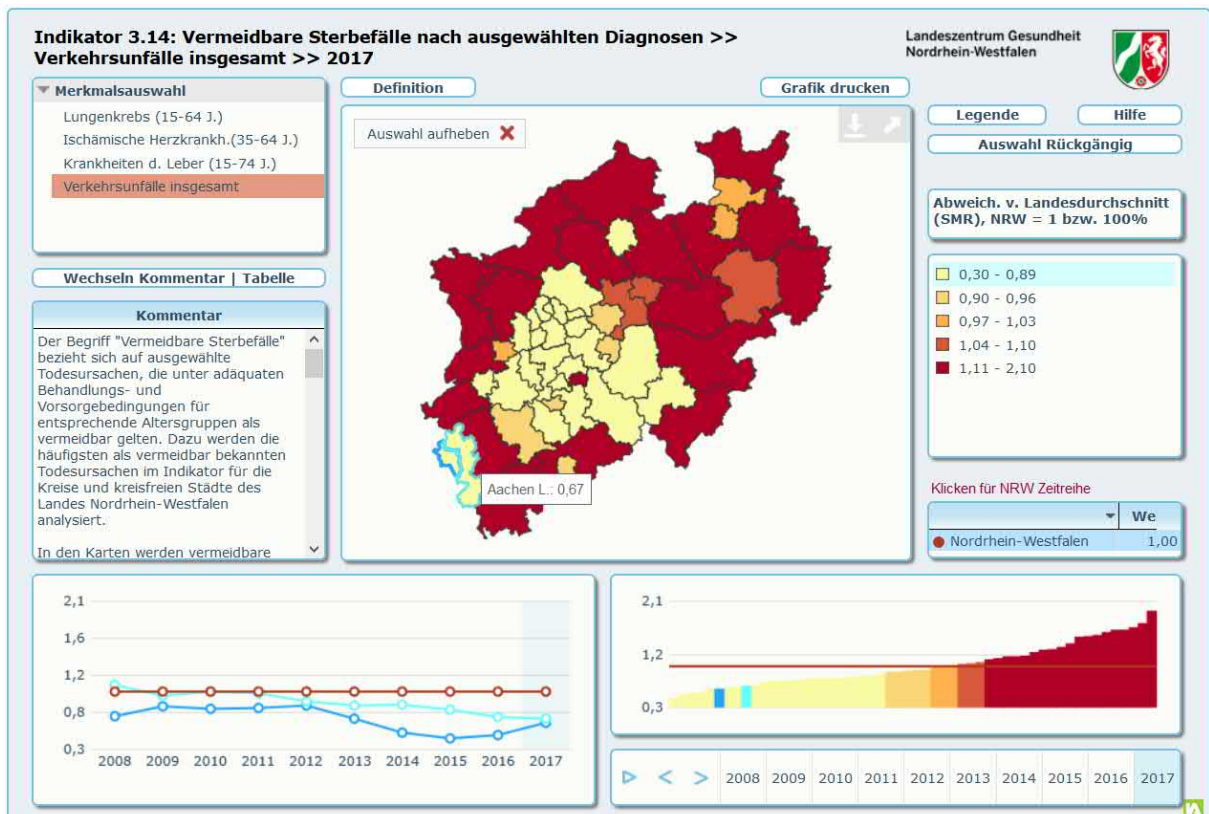


Abbildung 23: Vermeidbare Sterbefälle nach ausgewählten Diagnosen im Vergleich zu NRW (Bezugswert NRW = 1), dargestellt als Standardized-Mortality-Ratio - SMR. Hier: Transportmittelunfälle inner- und außerhalb des Verkehrs, alle Altersgruppen, insg., 2008 - 2017

Indikator 3.27 Krankenhausfälle nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken

GV

Definition

Daten über stationäre Behandlungen sind wichtige Strukturdaten für die Planung und Gestaltung der Krankenhausversorgung. Sie ermöglichen zudem eine Einschätzung, wie hoch der Anteil der stationären Versorgung am gesamten medizinischen Versorgungssystem ist und ob es im Zeitverlauf zu Veränderungen der stationären Morbidität kommt.

Die Krankenhausfälle berechnen sich aus der Anzahl der Patientinnen und Patienten, die in ein Krankenhaus aufgenommen, stationär behandelt und im Berichtsjahr entlassen wurden. Im vorliegenden Indikator sind Stundenfälle, ohne die Patientinnen und Patienten mit unbekanntem Wohnsitz bzw. Geschlecht, enthalten. Stundenfälle bezeichnen Patientinnen und Patienten, die stationär aufgenommen, aber am gleichen Tag wieder entlassen bzw. verlegt wurden oder verstorben sind. Die Daten werden Teil II der Krankenhausstatistik, Diagnosen, entnommen und sind auf die Wohnbevölkerung bezogen. Zur Vergleichbarkeit der Daten zwischen den Kreisen/kreisfreien Städten wird eine indirekte Standardisierung auf die stationäre Behandlungshäufigkeit des Landes vorgenommen (SMR).

Datenhalter

Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW)

Datenquellen

Krankheitsartenstatistik, Teil II – Diagnosen (Krankenhäuser)

Periodizität

jährlich, 31.12.

Validität

Rechtsgrundlage ist die Verordnung über die Bundesstatistik für Krankenhäuser vom 10.4.1990. Alle Krankenhäuser sind berichtspflichtig, d. h. es liegt eine Totalerhebung vor. Nicht enthalten sind Krankenhäuser im Straf-/Maßregelvollzug sowie Polizei- und Bundeswehrkrankenhäuser (sofern sie nicht oder nur im eingeschränkten Umfang für die zivile Bevölkerung tätig sind).

Es wird von einer vollständigen Datenerfassung und einer ausreichenden Datenqualität ausgegangen.

Kommentar

Die Entwicklung der Krankenhausfälle über einen längeren Zeitraum lässt durch den Bezug auf 100 000 der Einwohnerzahl weiblich/männlich und die indirekte Standardisierung an der Behandlungshäufigkeit des Landes einen Vergleich der Kommunen mit dem Bundesland zu. Ein Vergleich der standardisierten Raten zwischen den Bundesländern ist nicht möglich.

Änderungen in der Häufigkeit von Krankenhausfällen können nicht zwangsläufig auf eine Veränderung der Morbidität zurückgeführt werden. Der erhöhte Frauenanteil bei der stationären Versorgung kann zum Teil durch die stationären Entbindungen erklärt werden. Mehrfachbehandlungen von Patientinnen bzw. Patienten zu derselben Krankheit führen zu Mehrfachzählungen.

Die Diagnosenstatistik liegt nach Behandlungs- und Wohnort vor. Der Indikator 3.27 basiert auf dem Wohnortprinzip.

Der vorliegende Indikator ist ein Ergebnisindikator.

Indikator 3.27 Krankenhausfälle nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 2017

Verwaltungsbezirk	Stationär behandelte Kranke								
	Weiblich			männlich			insgesamt		
	Anzahl*	je 100.000 weibl. Einw.	SMR **	Anzahl*	je 100.000 männl. Einw.	SMR **	Anzahl*	je 100.000 Einw.	SMR **
Stadt Aachen	27.252	23.103,3	0,86	24.563	19.241,7	0,86	51.815	21.096,3	0,85
StR Aachen ¹	41.915	26.802,1	0,99	36.774	24.309,9	0,95	78.689	25.576,7	0,97
Kreis Düren	37.796	28.541,0	1,06	33.651	25.874,6	1,03	71.447	27.219,9	1,04
Kreis Euskirchen	26.786	27.612,2	1,02	25.010	26.421,7	1,03	51.796	27.024,2	1,03
Kreis Heinsberg	33.336	26.093,1	0,97	30.029	24.000,0	0,96	63.365	25.057,4	0,97
Reg.-Bez. Köln	549.684	24.271,4	0,91	486.483	22.294,4	0,90	1.036.167	23.301,3	0,91
Nordrhein-Westfalen	2.480.604	27.202,7	1,00	2.195.287	24.997,1	1,00	4.675.891	26.120,7	1,00

Datenquelle/Copyright:

Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW): Krankenhausstatistik, Teil II – Diagnosen (Krankenhäuser)

* Inkl. Stundenfälle, ohne Patienten mit unbekanntem Wohnsitz bzw. Geschlecht

** Standardized Morbidity Ratio: standardisiert an der stationären Behandlungshäufigkeit des Landes

1 StädteRegion Aachen ohne Stadt Aachen

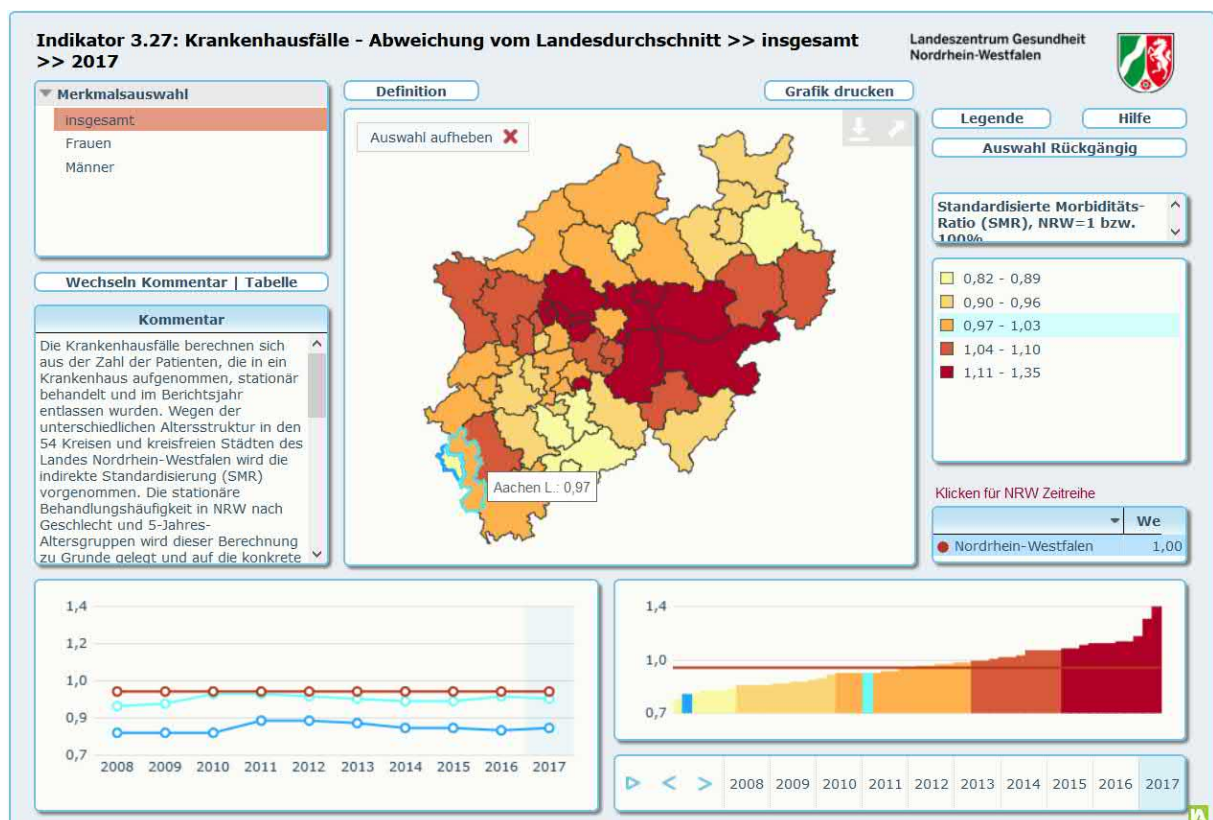


Abbildung 24: Krankenhausfälle im Vergleich zu NRW (Bezugswert NRW = 1), dargestellt als Standardized-Morbidity-Ratio - SMR, 2008 - 2017

Indikator 3.27_01 Behandlungsfälle in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken

GVs

Definition

Die alters- und geschlechtsspezifischen Behandlungsfälle reflektieren die Morbiditätssituation der Bevölkerung und stellen gleichzeitig wichtige Grundlagen für die Planung und Gestaltung der Versorgung in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen dar.

Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, wie z. B. Sanatorien, Kurkliniken oder -heime und andere Spezialeinrichtungen, die sich auf bestimmte Krankheitsgruppen spezialisiert haben, stellen diagnostische und therapeutische Hilfen der verschiedensten Art im Vorfeld oder im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung bereit, um den Gesundheitszustand der Patientinnen/Patienten zu verbessern. Die Behandlungsfälle in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen berechnen sich aus der Anzahl der Patienten, die in eine Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung aufgenommen, behandelt und im Berichtsjahr entlassen wurden.

Rechtsgrundlage für die Erhebung der Diagnosedaten ist die Krankenhausstatistik-Verordnung (KHStatV) in der für das Berichtsjahr gültigen Fassung. Sie gilt in Verbindung mit dem Bundesstatistikgesetz (BstatG). Die Änderungen der KHStatV durch die Verordnung vom 13. August 2001 (BGBl. I) sind, soweit sie die Diagnosedaten der Krankenhauspatientinnen/-patienten betreffen, am 1. Januar 2003 in Kraft getreten. Damit umfasst die Diagnosestatistik erstmals die Daten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen mit mehr als 100 Betten, das entspricht 58 % aller Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. Die Darstellung ermöglicht Aussagen über die für Frauen und Männer differenzierte Inanspruchnahme von Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen nach Geschlecht sowie nach Kreisen und kreisfreien Städten.

Im vorliegenden Indikator sind Stundenfälle nicht enthalten. Stundenfälle bezeichnen Patienten, die stationär aufgenommen, aber am gleichen Tag wieder entlassen bzw. verlegt wurden oder verstorben sind. Die Daten werden Teil II der Krankenhausstatistik, Diagnosen, entnommen und sind auf die Wohnbevölkerung bezogen. Es ist zu beachten, dass ca. 40 % der Behandlungsfälle in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nicht erfasst sind.

Zur Vergleichbarkeit der Daten zwischen den Kreisen/kreisfreien Städten wird eine indirekte Standardisierung auf die stationäre Behandlungshäufigkeit des Landes vorgenommen.

Datenhalter

Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW)

Datenquelle

Krankenhausstatistik, Teil II - Diagnosen (Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen)

Periodizität

jährlich, 31.12.

Validität

Ab 2003 sind alle Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen über 100 Betten berichtspflichtig, d. h. es liegt keine Totalerhebung vor. Es wird von einer vollständigen Datenerfassung und einer ausreichenden Datenqualität ausgegangen.

Kommentar

In Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen werden deutlich weniger Patientinnen und Patienten behandelt als in Krankenhäusern. Durch die Begrenzung der Erfassung auf Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen mit 100 und mehr Betten liegen die Behandlungsfälle um 30 - 40 % höher.

Die Diagnosestatistik liegt nach Behandlungs- und Wohnort vor. Der vorliegende Indikator basiert auf dem Wohnortprinzip und wurde zusätzlich in den Indikatorensatz aufgenommen. Die Diagnosedaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen werden ab dem Berichtsjahr 2003 jährlich erhoben.

Der vorliegende Indikator ist ein Prozessindikator.

Indikator 3.27_01 **Behandlungsfälle in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 2017**

Verwaltungs-be-zirk	Behandlungsfälle in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen*								
	weiblich			männlich			insgesamt		
	Anzahl**	je 100.000 weibl. Einw.	SMR ***	Anzahl**	je 100.000 männl. Einw.	SMR ***	Anzahl**	je 100.000 Einwohner	SMR ***
Stadt Aachen	1.686	1.429,3	0,77	1.419	1.111,6	0,78	3.105	1.264,2	0,77
StR Aachen ¹	2.635	1.684,9	0,82	2.554	1.688,3	0,95	5.189	1.686,6	0,88
Kreis Düren	2.431	1.835,7	0,89	2.276	1.750,0	1,00	4.707	1.793,3	0,94
Kreis Euskirchen	2.236	2.305,0	1,11	1.903	2.010,4	1,11	4.139	2.159,5	1,11
Kreis Heinsberg	2.450	1.917,7	0,93	2.122	1.696,0	0,96	4.572	1.808,0	0,94
Reg.-Bez. Köln	40.186	1.774,4	0,89	33.094	1.516,6	0,90	73.280	1.647,9	0,89
Nordrhein-Westfalen	184.603	2.024,4	1,00	151.075	1.720,2	1,00	335.678	1.875,2	1,00

Datenquelle/Copyright: Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW): Krankenhausstatistik, Teil II – Diagnosen (Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen)*

* nur Einrichtungen mit mehr als 100 Betten
 ** Inkl. Stundenfälle, ohne Patienten mit unbekanntem Wohnsitz bzw. Geschlecht

*** Standardized Morbidity Ratio: standardisiert an der stationären Behandlungshäufigkeit des Landes
¹ StädteRegion Aachen ohne Stadt Aachen

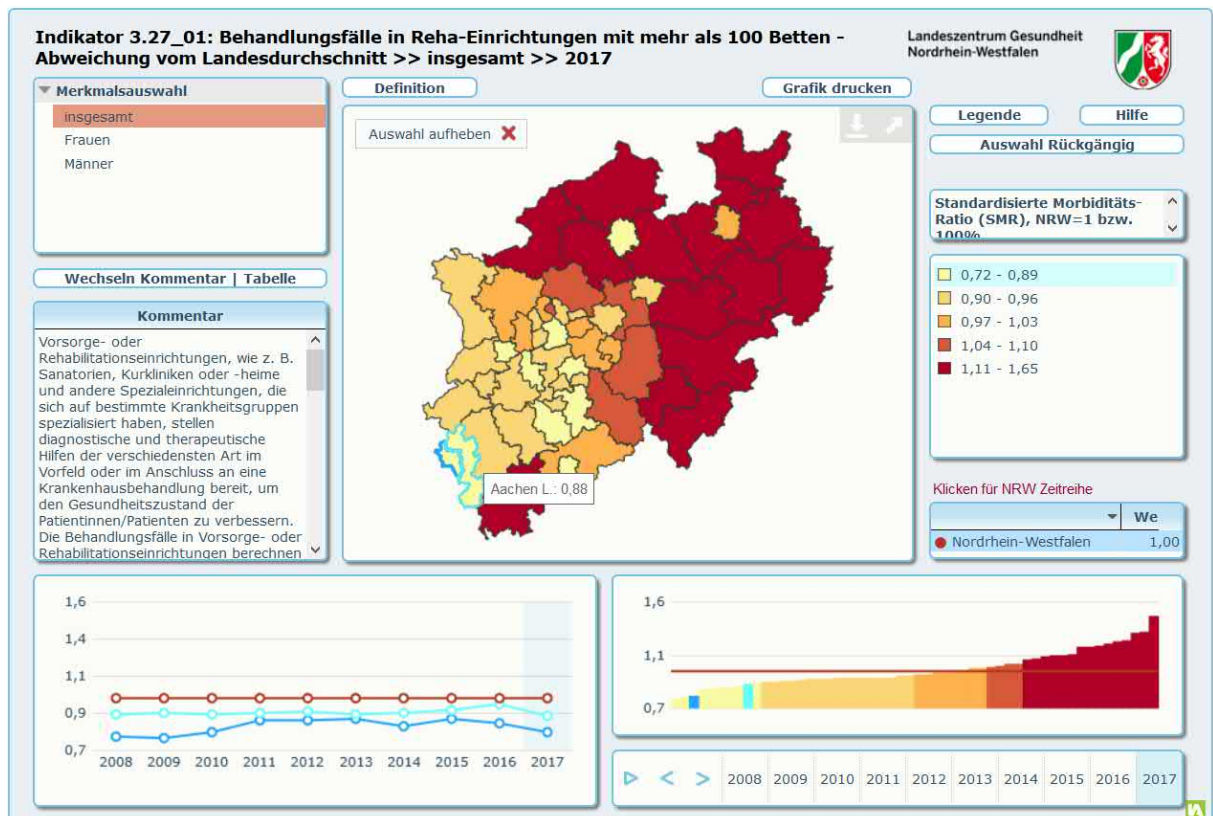


Abbildung 25: Behandlungsfälle in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen im Vergleich zu NRW (Bezugswert NRW = 1), dargestellt als Standardized-Morbidity-Ratio - SMR, 2008 - 2017

Indikator 3.36 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe nach Geschlecht (unter 65 Jahre), Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken

GVs

Definition

Die medizinische Rehabilitation ist ein wichtiger Bestandteil der medizinischen Versorgung. Ihr Ziel ist es, eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen oder einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung entgegenzuwirken (Vorsorge) oder eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten und Krankheitsbeschwerden zu lindern oder im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung den dabei erzielten Behandlungserfolg zu sichern. Dabei soll auch eine drohende Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abgewendet, beseitigt, gemindert oder ausgeglichen werden, um eine Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern.

Rehabilitative Maßnahmen werden unterteilt in medizinische, berufsfördernde und soziale Rehabilitation zur Teilhabe. Häufige Rehabilitationsmaßnahmen sind z. B. Anschlussheilbehandlungen im Anschluss an eine stationäre Behandlung, Kinderheilbehandlungen und Entwöhnungsbehandlungen. Die medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen werden als stationäre, ambulante oder gemischt stationär/ ambulante Behandlungen in Einrichtungen durchgeführt. Die Organisation der gesetzlichen Rentenversicherung wurde durch das Gesetz zur Organisationsreform in der gesetzlichen Rentenversicherung (RVOrgG) ab 1.10.2005 grundlegend neu strukturiert. Die Aufgaben der gesetzlichen Rentenversicherung werden ab dem Zeitpunkt von zwei Bundesträgern sowie Regionalträgern unter dem Dach der Deutschen Rentenversicherung wahrgenommen.

Einer der Bundesträger und gleichzeitig Datenhalter für die Indikatoren zu Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe ist die Deutsche Rentenversicherung Bund, ein Zusammenschluss der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) und des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR). Grundlagen der Statistik der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung sind im Sozialgesetzbuch Sechstes Buch (SGB VI) enthalten.

Datenhalter

Deutsche Rentenversicherung Bund

Datenquelle

Statistik über abgeschlossene Leistungen zur Teilhabe

Periodizität

jährlich, 31.12.

Validität

Es besteht für alle Rehabilitationsleistungen Berichtspflicht, so dass von einer Vollständigkeit der Daten ausgegangen werden kann. Die Qualität der Daten wird durch Qualitätssicherungsprogramme der Deutschen Rentenversicherung Bund gewährleistet.

Kommentar

Rehabilitationsleistungen der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen sich nur auf Personen im arbeitsfähigen Alter, d. h. die Altersgruppen 15 bis 64 Jahre. Die Angaben der Rehabilitation liegen auf Länder- und kommunaler Ebene nach Wohnort der Rehabilitanden vor. Als Bezugspopulation werden die aktiv versicherten Personen der gesetzlichen Rentenversicherung genommen.

Ab dem Jahre 1999 werden zu den aktiv Versicherten auch die geringfügig Verdienenden gezählt. Dadurch ist es zu einem starken Anstieg der Versichertenzahl, insbesondere bei den Frauen gekommen. Dies führt durch die Zunahme der Nenner-Population zu niedrigeren Raten der Rehabilitationsleistungen.

Der vorliegende Indikator ist ein Ergebnisindikator.

Indikator 3.36 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe nach Geschlecht (unter 65 Jahre), Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 2018

Verwaltungsbezirk	Leistungen zur med. Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe					
	Weiblich		männlich		insgesamt	
	Anzahl	je 100.000 weibl. aktiv Versicherte	Anzahl	je 100.000 männl. aktiv Versicherte	Anzahl	je 100.000 aktiv Versicherte
StR Aachen ¹	2.692	2.073,0	2.683	1.858,5	5.375	1.960,1
Kreis Düren	1.416	2.259,3	1.511	2.242,6	2.927	2.250,6
Kreis Euskirchen	1.135	2.429,3	1.137	2.381,3	2.272	2.405,0
Kreis Heinsberg	1.599	2.659,2	1.657	2.649,5	3.256	2.654,3
Reg.-Bez. Köln*	22.480	2.075,0	21.997	1.955,5	44.477	2.014,1
Nordrhein-Westfalen	95.316	2.191,3	95.892	2.081,9	191.208	2.135,1

Datenquelle/Copyright:

Deutsche Rentenversicherung Bund:

Statistik über abgeschlossene Leistungen zur Teilhabe

¹ StädteRegion Aachen inkl. Stadt Aachen

* einschl. der Pat. mit nicht zuordenbarem Wohnsitz im Reg.-Bez.Köln

• Zahlenwert unbekannt

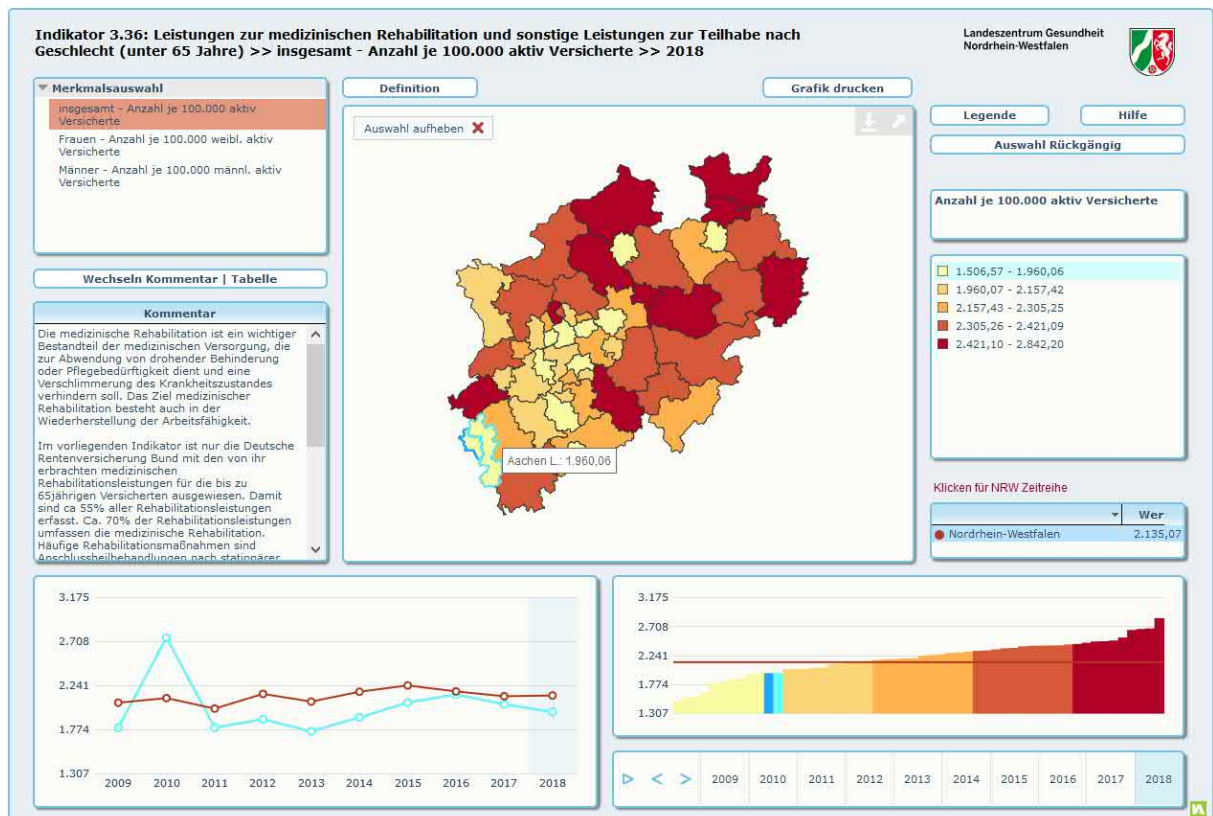


Abbildung 26: Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe (unter 65 Jahre), Anzahl je 100.000 aktiv Versicherte, 2009 – 2018

Indikator 3.40 Rentenzugänge und -bestand wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken

GVSf

Definition

Eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit erhalten Versicherte bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres auf Antrag, wenn die Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind. Die Anzahl der Frühberentungen wird krankheitsspezifisch in der Statistik der Rentenversicherer ausgewiesen. Seit dem 1.1.2001 können wegen Erwerbsunfähigkeit und Berufsunfähigkeit keine neuen Ansprüche entstehen, sondern nur noch wegen Erwerbsminderung.

Der vorliegende Indikator enthält teilweise und voll erwerbsgeminderte Personen. Teilweise erwerbsgemindert sind Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Voll erwerbsgemindert sind Versicherte, die nach vorhergehender Definition außerstande sind, mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein.

Die Organisation der gesetzlichen Rentenversicherung wurde durch das Gesetz zur Organisationsreform in der gesetzlichen Rentenversicherung (RVOrgG) ab 1.10.2005 grundlegend neu strukturiert. Durch die Zusammenführung der Rentenversicherung für Arbeiter und der Rentenversicherung der Angestellten zur allgemeinen Rentenversicherung gliedert sich die gesetzliche Rentenversicherung in nur noch zwei Versicherungszweige: die allgemeine Rentenversicherung und die knappschaftliche Rentenversicherung.

Die Aufgaben der gesetzlichen Rentenversicherung werden ab 1.10.2005 von zwei Bundesträgern sowie Regionalträgern unter dem Dach der Deutschen Rentenversicherung wahrgenommen. Bundesträger ist zum einen die sich aus dem Zusammenschluss von Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) und dem Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) ergebende Deutsche Rentenversicherung Bund und zum anderen die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, die aus dem Zusammenschluss der bislang eigenständigen Versicherungsträger Bahnversicherungsanstalt, Bundesknappschaft und Seekasse hervorgegangen ist.

Für die Betreuung der Versicherten in der allgemeinen Rentenversicherung sind zudem Regionalträger (ehemalige Landesversicherungsanstalten) zuständig. Mit der neuen Organisation wird die traditionelle Trennung zwischen Arbeitern und Angestellten in der Rentenversicherung aufgegeben.

Im vorliegenden Indikator werden sowohl die Neuzugänge als auch der Bestand wegen verminderter Erwerbsfähigkeit zum 31.12. des Berichtsjahres nach Kreisen und kreisfreien Städten und Geschlecht in absoluten Zahlen und je 100 000 der aktiv Versicherten ausgewiesen.

Datenhalter

Deutsche Rentenversicherung Bund

Datenquelle

Statistik über Rentenzugänge

Statistik über Rentenbestand

Periodizität

jährlich, 31.12.

Validität

Alle Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit werden statistisch erfasst. Vollständigkeit und Qualität der Daten werden durch Plausibilitäts- und Qualitätssicherungsprüfungen kontrolliert, so dass von einer guten Datenqualität ausgegangen werden kann.

Kommentar

Durch das Gesetz zur Reform der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit wurde zum 1. Januar 2001 das bisherige System der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit durch ein einheitliches und abgestuftes System einer Erwerbsminderungsrente abgelöst. Ebenfalls sind die persönlichen Anspruchsvoraussetzungen der Erwerbsminderungsrenten verschärft worden. Die Angaben zu Rentenzugängen und zum Rentenbestand liegen auf Länder- und kommunaler Ebene nach Wohnort des Frührentners vor. Als Bezugspopulation werden die aktiv versicherten Personen der gesetzlichen Rentenversicherung genommen. Ab dem Jahre 1999 werden zu den aktiv Versicherten auch die geringfügig Verdienenden gezählt. Dadurch ist es zu einem starken Anstieg der Versichertenzahl, insbesondere bei den Frauen gekommen. Dies führt durch die Zunahme der Nenner-Population zu niedrigeren Raten der Rentenzugänge und -bestände. Der vorliegende Indikator ist ein Ergebnisindikator.

Indikator 3.40 Rentenzugänge und -bestand wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 2018

Verwaltungsbezirk	Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit					
	weiblich		männlich		insgesamt	
	Anzahl	je 100.000 weibl. aktiv Versicherte	Anzahl	je 100.000 männl. aktiv Versicherte	Anzahl	je 100.000 aktiv Versicherte
StR Aachen ¹	592	448,2	520	354,5	1.112	398,9
Kreis Düren	297	466,2	272	396,7	569	430,2
Kreis Euskirchen	228	480,0	196	402,9	424	441,0
Kreis Heinsberg	368	603,0	308	483,5	676	541,9
Reg.-Bez. Köln	4.609	419,1	4.061	355,5	8.670	386,7
Nordrhein-Westfalen	17.797	403,0	16.336	349,3	34.133	375,4

Datenquelle/Copyright:

¹ StädteRegion Aachen inkl. Stadt Aachen

Deutsche Rentenversicherung Bund:

Statistik über Rentenzugänge, Statistik über Rentenbestand

Verwaltungsbezirk	Rentenbestand wegen verminderter Erwerbsfähigkeit					
	Weiblich		männlich		insgesamt	
	Anzahl	je 100.000 weibl. aktiv Versicherte	Anzahl	je 100.000 männl. aktiv Versicherte	Anzahl	je 100.000 aktiv Versicherte
StR Aachen ¹	6.168	4.670,0	5.609	3.823,6	11.777	4.224,6
Kreis Düren	3.238	5.083,0	3.027	4.415,1	6.265	4.736,8
Kreis Euskirchen	2.454	5.166,8	2.496	5.130,9	4.950	5.148,6
Kreis Heinsberg	3.352	5.492,6	3.466	5.440,5	6.818	5.466,0
Reg.-Bez. Köln	46.289	4.208,8	41.625	3.643,8	87.914	3.920,9
Nordrhein-Westfalen	195.642	4.430,6	183.740	3.928,2	379.382	4.172,2

Datenquelle/Copyright:

¹ seit 2010 StädteRegion Aachen inkl. Stadt Aachen

Deutsche Rentenversicherung Bund:

Statistik über Rentenzugänge, Statistik über Rentenbestand

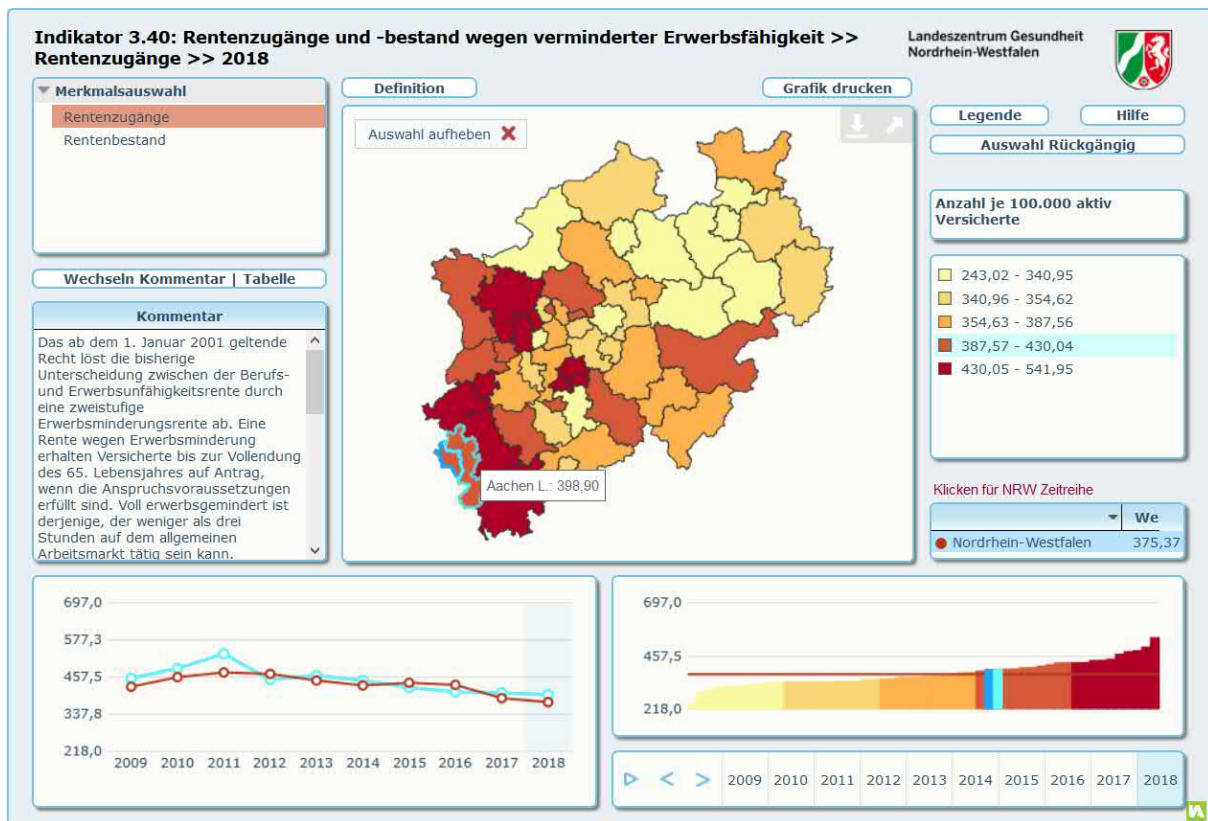


Abbildung 27: Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit insgesamt, Anzahl je 100.000 weibl./ männl. aktiv Versicherte, 2009 - 2018, * seit 2010 StR Aachen inkl. Stadt Aachen

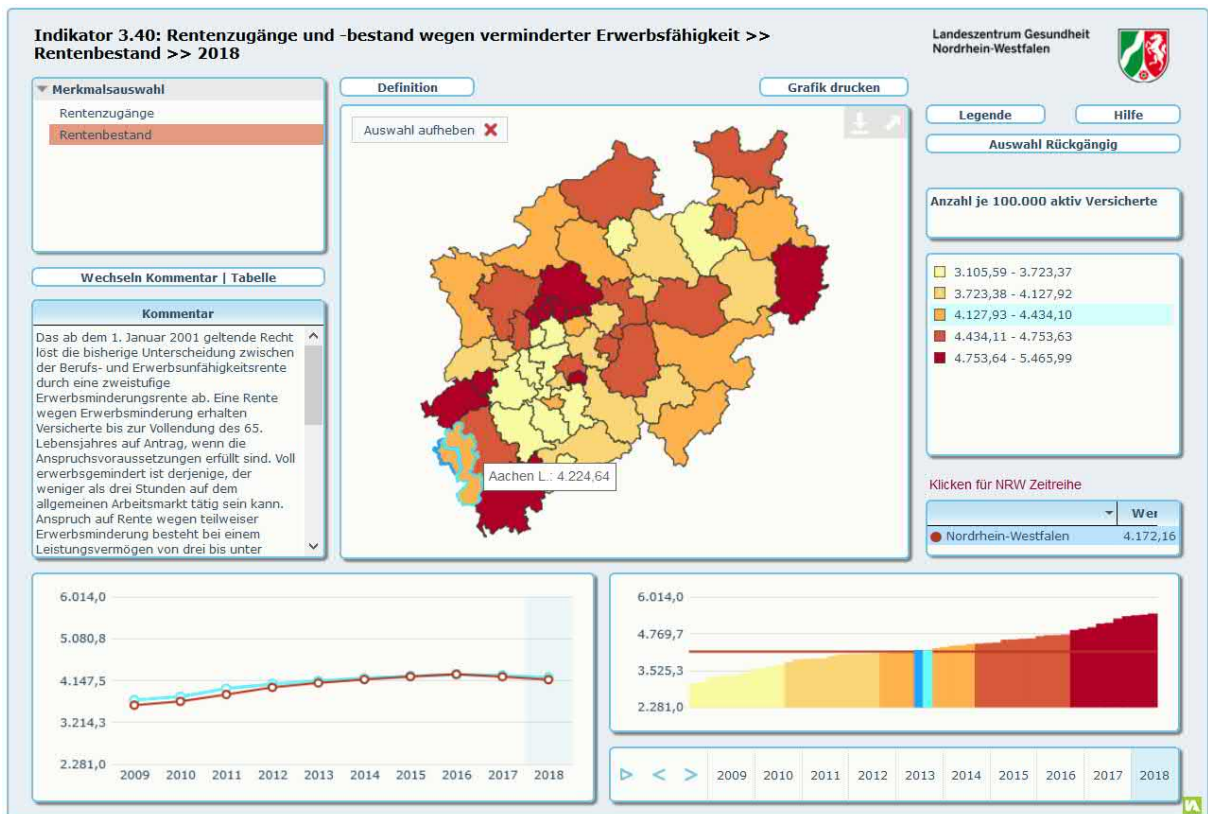


Abbildung 28: Rentenbestand wegen verminderter Erwerbsfähigkeit insgesamt, Anzahl je 100.000 weibl./ männl. aktiv Versicherte, 2009 - 2018, * seit 2010 StR Aachen inkl. Stadt Aachen

Indikator 3.45 Schwerbehinderte Menschen (Grad der Behinderung von 50 und mehr) nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken

GVf

Definition

Schwerbehinderung führt zu einer Einschränkung der gesunden Lebenserwartung und der Lebensqualität der Betroffenen. Um das Ausmaß von Schwerbehinderung auf regionaler Ebene zu erkennen, wurde der vorliegende Indikator in den Indikatorensatz aufgenommen. Schwerbehinderte Menschen im Sinne des Schwerbehindertengesetzes vom 19. Juni 2001 (BGBl. I S. 1046, 1047) sind Personen mit einem Grad der Behinderung von mindestens 50. Als Behinderung gilt die Auswirkung einer über sechs Monate andauernden Funktionsbeeinträchtigung, die auf einem regelwidrigen körperlichen, geistigen oder seelischen Zustand beruht. Unter Behinderung im Sinn des Schwerbehindertengesetzes ist die Auswirkung einer nicht nur vorübergehenden Funktionsbeeinträchtigung zu verstehen, die auf einem nicht der Regel entsprechenden körperlichen, geistigen oder seelischen Zustand beruht. Darunter ist der Zustand zu verstehen, der von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht. Im vorliegenden Indikator wird die Zahl der zum 31.12. in den für die kreisfreien Städte und Kreise zuständigen Versorgungsämtern registrierten schwerbehinderten Menschen (Bestandszahlen) im Abstand von zwei Jahren erhoben. Zur Vergleichbarkeit der Angaben wird eine indirekte Altersstandardisierung vorgenommen (SMR). Als Standard gilt die Schwerbehindertenrate des Landes.

Datenhalter

Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW)

Datenquellen

Statistik über schwerbehinderte Menschen

Periodizität

zweijährlich, 31.12.

Validität

Die Kreise und kreisfreien Städte in NRW führen Übersichten über die schwerbehinderten Menschen nach deren Wohnort. Schwerbehinderte Menschen sind Personen, deren Behinderungsgrad mindestens 50 beträgt und die diesen amtlich haben feststellen lassen, also einen gültigen Ausweis besitzen. Verschiedene Gründe, z. B. Unwissenheit, können dazu führen, dass eine Schwerbehinderung zwar faktisch vorliegt, aber nicht beantragt und somit nicht anerkannt wurde. Bei Bürgern im höheren Lebensalter ist von einer Untererfassung auszugehen

Kommentar

Da die Schwerbehindertenrate proportional zum Alter ansteigt, ist zu erwarten, dass Regionen mit einem entsprechenden Altersaufbau mehr schwerbehinderte Menschen ausweisen. Durch die indirekte Altersstandardisierung soll der Altersstruktureffekt ausgeglichen werden. Durch einen Vergleich mit den Schwerbehindertenraten im Landesdurchschnitt ist ersichtlich, in welchem Ausmaß die Schwerbehindertenraten in den Regionen von diesem Durchschnittswert abweichen. Regionale Unterschiede sind insbesondere im Hinblick auf bereitzustellende Versorgungsstrukturen z. B. behindertengerechte und behinderungsspezifische Einrichtungen relevant.

Der vorliegende Indikator ist ein Ergebnisindikator.

Indikator 3.45 Schwerbehinderte Menschen (Grad der Behinderung von 50 und mehr) nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 2017

Verwaltungs-bezirk	Schwerbehinderte Menschen								
	weiblich			männlich			insgesamt		
	Anzahl	je 100.000 weibl. Einw.	SMR*	Anzahl	je 100.000 männl. Einw.	SMR*	Anzahl	je 100.000 Einw.	SMR *
Stadt Aachen	11.757	9.946,0	1,07	10.887	8.501,2	0,97	22.644	9.194,7	1,02
StR Aachen ¹	15.858	10.132,5	1,00	17.744	11.728,5	1,09	33.602	10.917,0	1,05
Kreis Düren	13.191	9.946,7	0,99	14.879	11.421,5	1,08	28.070	10.677,5	1,04
Kreis Euskirchen	8.766	9.006,3	0,89	9.963	10.510,0	0,97	18.729	9.748,2	0,93
Kreis Heinsberg	10.177	7.960,1	0,80	12.405	9.903,7	0,94	22.582	8.922,0	0,87
Reg.-Bez. Köln	207.718	9.157,7	0,96	209.314	9.575,3	0,95	417.032	9.362,6	0,95
Nordrhein-Westfalen	908.042	9.951,6	1,00	909.888	10.354,3	1,00	1.817.930	10.149,2	1,00

Datenquelle/Copyright:
Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW):
Statistik über schwerbehinderte Menschen

* Standardized Morbidity Ratio: standardisiert an der Schwerbehindertenerate des Landes
¹ StädteRegion Aachen ohne Stadt Aachen

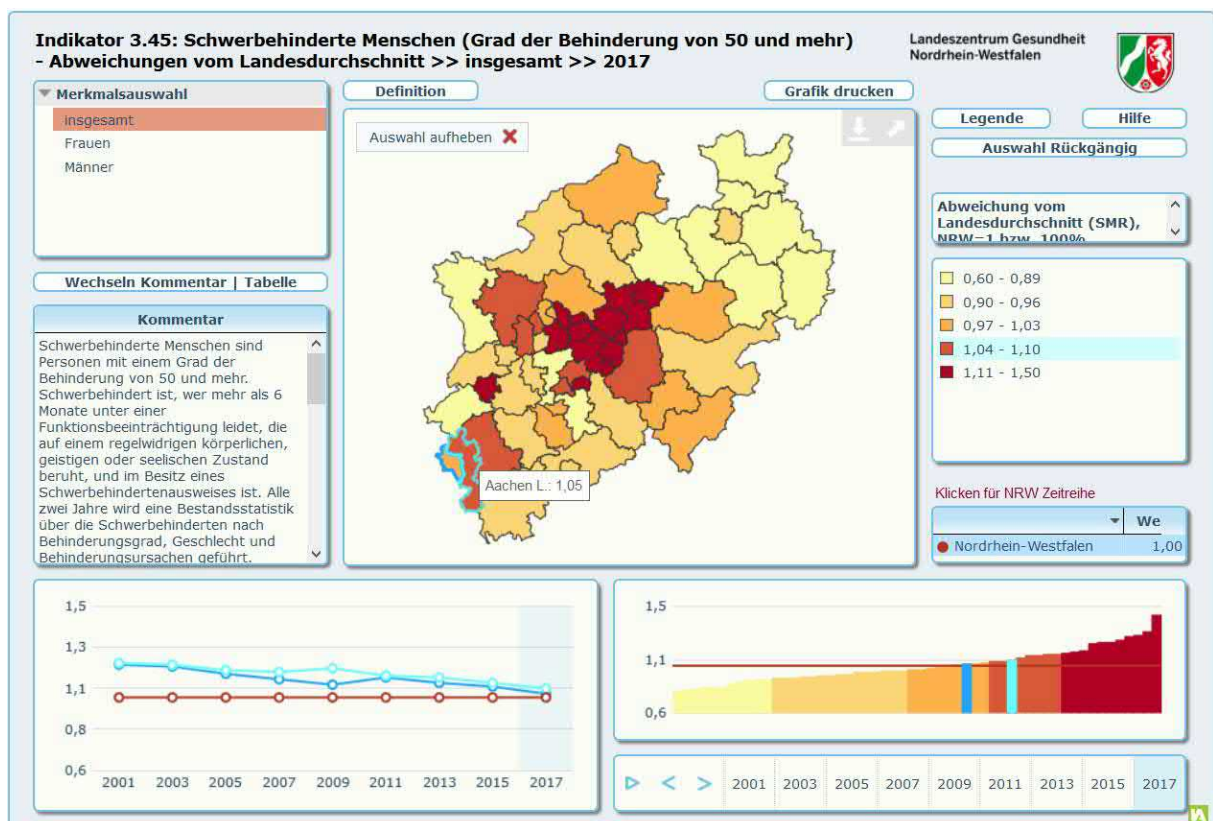


Abbildung 29: Schwerbehinderte Menschen (Grad der Behinderung von 50 und mehr) im Vergleich zu NRW (Bezugswert NRW = 1), dargestellt als Standardized-Morbidity-Ratio - SMR, 2001 - 2017

Indikator 3.45_01 Schwerbehinderte Kinder unter 15 Jahren (Grad der Behinderung von 50 und mehr) nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken

KGVf

Definition

Schwerbehinderung führt zu einer Einschränkung der gesunden Lebenserwartung und der Lebensqualität der Betroffenen. Um das Ausmaß von Schwerbehinderung bei Kindern auf regionaler Ebene zu erkennen, wurde der vorliegende Indikator zusätzlich in den Indikatorensatz aufgenommen. Schwerbehinderte Menschen im Sinne des Schwerbehindertengesetzes vom 19. Juni 2001 (BGBl. I. S. 1046, 1047) sind Personen mit einem Grad der Behinderung von mindestens 50. Als Behinderung gilt die Auswirkung einer über sechs Monate andauernden Funktionsbeeinträchtigung, die auf einem regelwidrigen körperlichen, geistigen oder seelischen Zustand beruht. Unter Behinderung im Sinn des Schwerbehindertengesetzes ist die Auswirkung einer nicht nur vorübergehenden Funktionsbeeinträchtigung zu verstehen, die auf einem nicht der Regel entsprechenden körperlichen, geistigen oder seelischen Zustand beruht. Darunter ist der Zustand zu verstehen, der von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht. Schwerbehinderung bei Kindern ist häufig durch angeborene Fehlbildungen bedingt. Im vorliegenden Indikator wird die Zahl der schwerbehinderten Kinder (Bestandszahlen) angegeben, die zum 31.12. in den Kreisen und kreisfreien Städten in NRW registriert sind.

Datenhalter

Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW)

Datenquellen

Statistik über schwerbehinderte Menschen

Periodizität

zweijährlich, 31.12.

Validität

Die für das Schwerbehindertenrecht zuständigen Kreise und kreisfreien Städte führen Übersichten über die schwerbehinderten Menschen nach deren Wohnort. Schwerbehinderte Kinder haben einen Behinderungsgrad von mindestens 50 und besitzen einen gültigen Ausweis. Die Anträge werden in der Regel von den Eltern gestellt.

Kommentar

Regionale Unterschiede sind insbesondere im Hinblick auf bereitzustellende Versorgungsstrukturen z. B. behindertengerechte und behinderungsspezifische Einrichtungen relevant. Der vorliegende Indikator ist ein Ergebnisindikator.

Indikator 3.45_01 Schwerbehinderte Kinder unter 15 Jahren (Grad der Behinderung von 50 und mehr) nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 2017

Verwaltungsbezirk	Schwerbehinderte Kinder unter 15 Jahren					
	weiblich	je 100.000 der weiblichen Altersgruppe	männlich	je 100.000 der männlichen Altersgruppe	insgesamt	je 100.000 der Altersgruppe
Stadt Aachen	97	702,6	181	1.258,4	278	986,2
StR Aachen ¹	180	882,2	303	1.390,2	483	1.144,6
Kreis Düren	151	877,9	256	1.388,2	407	1.141,9
Kreis Euskirchen	108	847,6	181	1.357,1	289	1.108,2
Kreis Heinsberg	158	945,4	235	1.321,9	393	1.139,4
Reg.-Bez. Köln	2.916	981,5	4.806	1.519,2	7.722	1.258,8
Nordrhein-Westfalen	12.451	1.047,8	19.594	1.553,0	32.045	1.307,9

Datenquelle/Copyright:

 Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW):
 Statistik über schwerbehinderte Menschen

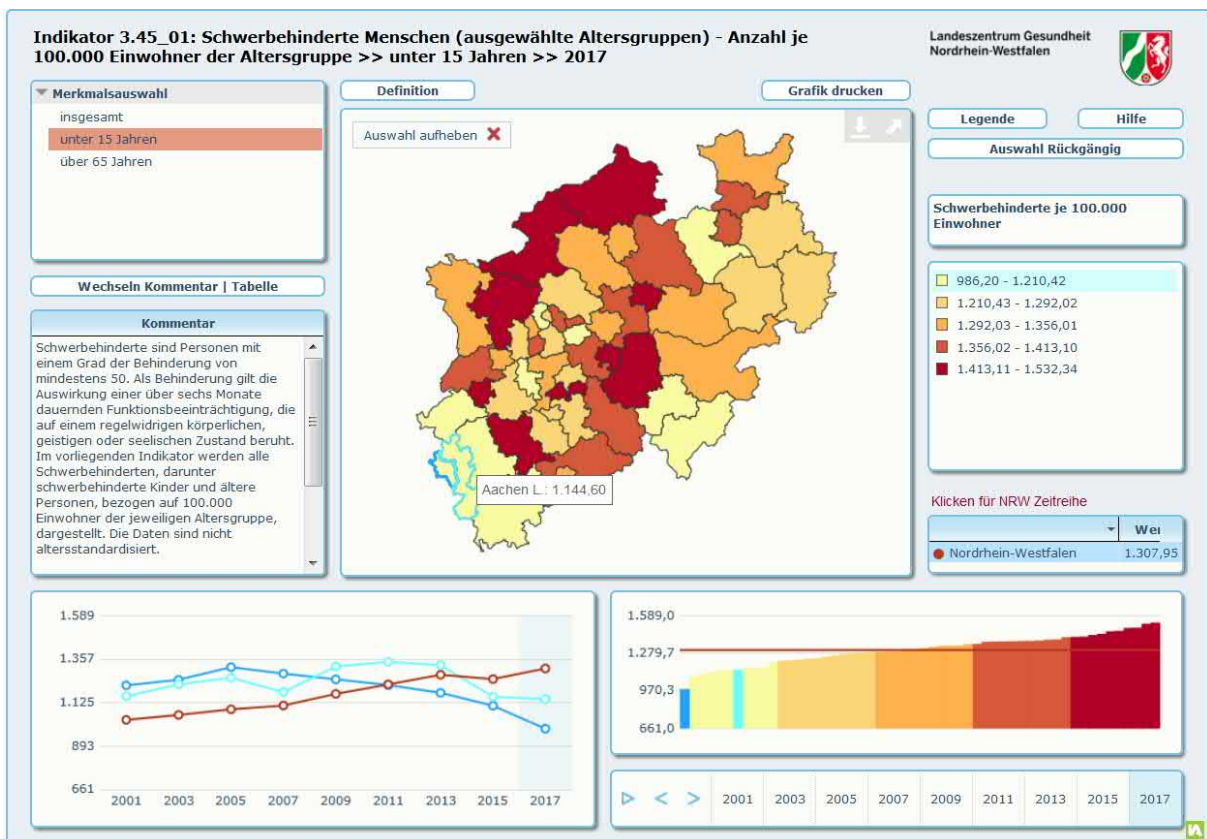
¹ StädteRegion Aachen ohne Stadt Aachen


Abbildung 30: Schwerbehinderte Kinder unter 15 Jahren (Grad der Behinderung von 50 und mehr) je 100.000 der Altersgruppe, 2001 - 2017

Indikator 3.45_02 Schwerbehinderte Menschen von 65 und mehr Jahren (Grad der Behinderung von 50 und mehr) nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken

AGVf

Definition

Schwerbehinderung führt zu einer Einschränkung der gesunden Lebenserwartung und der Lebensqualität der Betroffenen. Um das Ausmaß von Schwerbehinderung bei über 65-Jährigen auf regionaler Ebene zu erkennen, wurde der vorliegende Indikator zusätzlich in den Indikatorensatz aufgenommen. Schwerbehinderte Menschen im Sinne des Schwerbehindertengesetzes vom 19. Juni 2001 (BGBl. I, S. 1046, 1047) sind Personen mit einem Grad der Behinderung von mindestens 50. Als Behinderung gilt die Auswirkung einer über sechs Monate andauernden Funktionsbeeinträchtigung, die auf einem regelwidrigen körperlichen, geistigen oder seelischen Zustand beruht. Unter Behinderung im Sinn des Schwerbehindertengesetzes ist die Auswirkung einer nicht nur vorübergehenden Funktionsbeeinträchtigung zu verstehen, die auf einem nicht der Regel entsprechenden körperlichen, geistigen oder seelischen Zustand beruht. Darunter ist der Zustand zu verstehen, der von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht.

Im vorliegenden Indikator wird die Zahl der schwerbehinderten älteren Bürgerinnen und Bürger (Bestandszahlen) ausgewiesen, die zum 31.12. in den Kreisen und kreisfreien Städten registriert sind. Schwerbehinderung steigt mit dem Alter an und führt zu erheblichen gesundheitlichen Einschränkungen.

Datenhalter

Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW)

Datenquellen

Statistik über schwerbehinderte Menschen

Periodizität

zweijährlich, 31.12.

Validität

Die für das Schwerbehindertenrecht zuständigen Kreise und kreisfreien Städte führen Übersichten über die schwerbehinderten Menschen nach deren Wohnort. Schwerbehinderte ältere Personen haben einen Behinderungsgrad von mindestens 50 und besitzen einen gültigen Ausweis. Verschiedene Gründe, z. B. Unwissenheit oder Schwierigkeiten bei der Antragstellung können dazu führen, dass vor allem bei Bürgern im höheren Lebensalter eine Unterefassung vorliegt.

Kommentar

Da die Schwerbehindertenrate proportional zum Alter ansteigt, ist zu erwarten, dass Regionen mit einem entsprechenden Altersaufbau mehr schwerbehinderte Menschen ausweisen. Regionale Unterschiede sind insbesondere im Hinblick auf bereitzustellende Versorgungsstrukturen z. B. behindertengerechte und behinderungsspezifische Einrichtungen relevant. Der vorliegende Indikator ist ein Ergebnisindikator.

Indikator 3.45_02 Schwerbehinderte Menschen von 65 und mehr Jahren (Grad der Behinderung von 50 und mehr) nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 2017

Verwaltungsbezirk	Schwerbehinderte Menschen von 65 und mehr Jahren					
	weiblich	je 100.000 der weiblichen Altersgruppe	männlich	je 100.000 der männlichen Altersgruppe	insgesamt	je 100.000 der Altersgruppe
Stadt Aachen	7.730	29.865,2	6.567	34.385,8	14.297	31.784,5
StR Aachen ¹	9.670	25.977,2	10.447	35.430,4	20.117	30.155,4
Kreis Düren	8.033	26.137,2	8.617	34.944,6	16.650	30.057,9
Kreis Euskirchen	4.669	20.649,2	5.134	27.917,3	9.803	23.909,2
Kreis Heinsberg	5.343	18.507,1	6.671	28.666,6	12.014	23.041,4
Reg.-Bez. Köln	120.173	23.971,3	113.339	29.079,8	233.512	26.205,7
Nordrhein-Westfalen	531.020	25.018,1	491.512	30.417,3	1.022.532	27.351,9

Datenquelle/Copyright:

 Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW):
 Statistik über schwerbehinderte Menschen

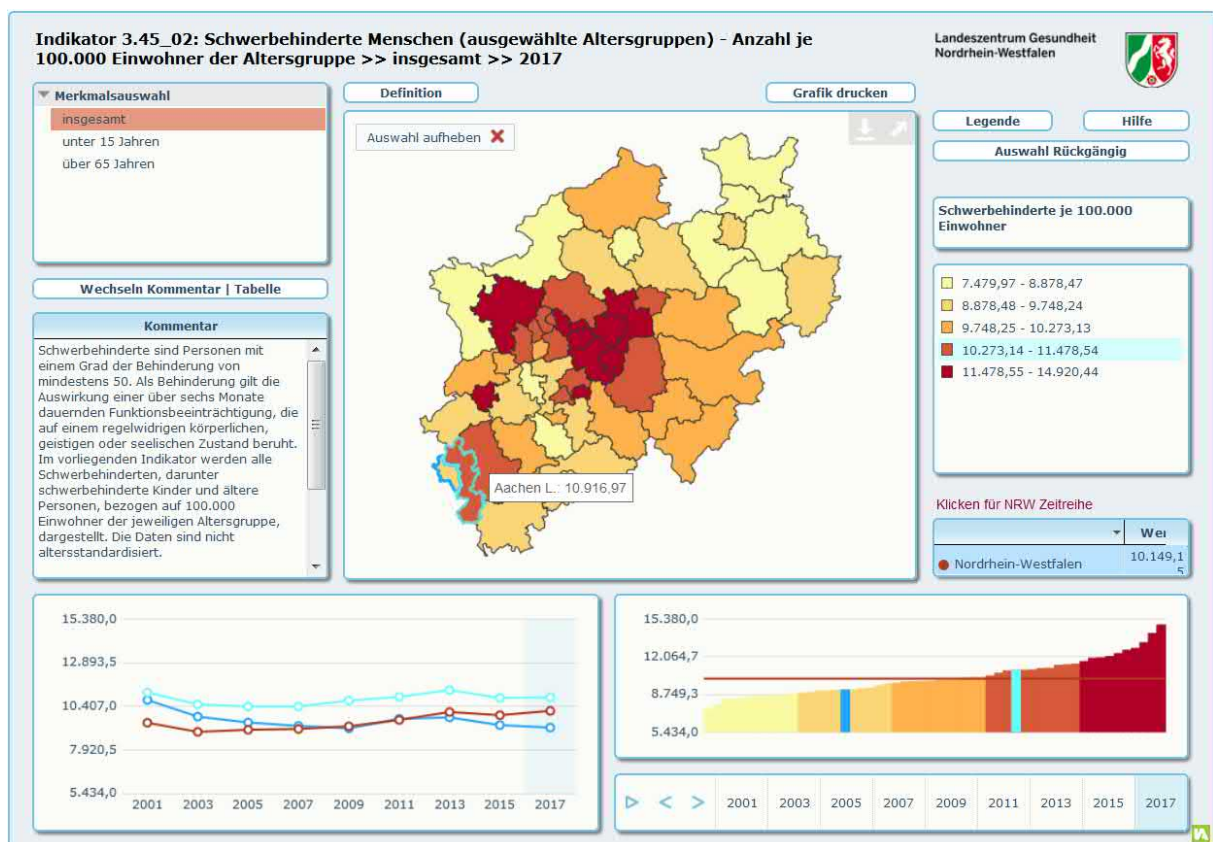
¹ StädteRegion Aachen ohne Stadt Aachen


Abbildung 31: Schwerbehinderte Menschen von 65 und mehr Jahren (Grad der Behinderung von 50 und mehr) nach Geschlecht je 100.000 der Altersgruppe, 2001 - 2017

Indikator 3.48_01 MDK-Pflegebegutachtungen nach Pflegegraden, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken

ASV

Definition

Das Risiko der Pflegebedürftigkeit wird durch die soziale Pflegeversicherung (SGB XI) abgesichert. Der Begriff der Pflegebedürftigkeit wurde mit dem zweiten Pflegestärkungsgesetz (in Kraft getreten am 01. Januar 2017) deutlich weiter gefasst. Bezog sich Pflegebedürftigkeit bislang vor allem auf körperlich bedingte Beeinträchtigungen, werden jetzt auch geistige und psychisch bedingte Beeinträchtigungen stärker berücksichtigt. Pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Diese Personen können körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, nicht selbständig kompensieren oder bewältigen.

Stellen Versicherte einen Antrag auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit, erfolgt zunächst eine Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) nach den durch die Pflegebedürftigkeitsrichtlinien konkretisierten gesetzlichen Vorgaben. Versicherte können bei der Antragstellung u. a. zwischen Leistungen für ambulante Pflege und Leistungen für vollstationäre Pflege wählen. Die Leistungsart ambulant bezieht sich auf die Pflege im häuslichen Umfeld. Stationäre Leistungen werden von Versicherten beantragt, die in einem Alten- oder Pflegeheim leben (wollen). Das Ergebnis seiner Prüfung teilt der MDK der Pflegekasse in einem Gutachten mit, dessen Inhalt durch die Begutachtungs-Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen vorgeschrieben wird. Das Pflegegutachten konkretisiert und dokumentiert die Feststellungen der Pflegegutachterin bzw. des Pflegegutachters u. a. zu den Voraussetzungen und zum Beginn der Pflegebedürftigkeit sowie zum empfohlenen Pflegegrad (1 bis 5). Die Entscheidung über das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit und den Pflegegrad trifft die Pflegekasse unter maßgeblicher Berücksichtigung des MDK-Gutachtens.

Erstbegutachtungen beziehen sich auf die Neueinstufung (Ersteinstufung) in einen Pflegegrad im Berichtsjahr. Wiederholungsbegutachtungen werden in dem vorliegenden Indikator ausgeschlossen.

Datenhalter

- Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Nordrhein (MDK Nordrhein)
- Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Westfalen-Lippe (MDK Westfalen-Lippe)

Datenquellen

Ergebnisse der Pflege-Begutachtungen

Periodizität

jährlich, 31.12.

Validität

Der MDK führt ein internes Qualitätssicherungsprogramm durch, so dass eine gute Datenqualität vorliegt.

Kommentar

Der vorliegende Indikator gibt Auskunft über die Zahl der durchgeführten Erstbegutachtungen im regionalen Vergleich. Die Angaben erfolgen sowohl in absoluter Fallzahl als auch bezogen auf je 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner.

Es werden alle Erstbegutachtungen gezählt, für die einer der Pflegegrade 1 - 5 empfohlen wurde. Nicht im Indikator enthalten sind die als nicht erheblich pflegebedürftig eingestuften Fälle.

Während die Pflegestatistik eine Bestandsstatistik darstellt, gibt die Statistik der Pflege-Begutachtungen einen Überblick über die jährlich neu hinzukommenden Pflegebedürftigen (Zugangstatistik). Deshalb kann der Verlauf der Pflegebedürftigkeit mit Wechsel zwischen den Pflegegraden nicht dokumentiert werden.

Der vorliegende Indikator ist ein Ergebnisindikator.

Indikator 3.48_01 MDK-Pflegebegutachtungen nach Pflegegraden, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 2017

Verwaltungs-bezirk	Durchgeführte Erstgutachten nach Pflegegraden						Durchgeführte Erstgutachten nach Pflegegraden			
	Pflegegrad 1		Pflegegrad 2		Pflegegrad 3		Pflegegrad 4		Pflegegrad 5	
	insgesamt	je 100 000 Einwohner	insgesamt	je 100 000 Einwohner	insgesamt	je 100 000 Einwohner	insgesamt	je 100 000 Einwohner	insgesamt	je 100 000 Einwohner
Aachen	572	232,9	1.015	413,3	455	185,3	119	48,5	47	19,1
Aachen ¹	690	224,3	1.544	501,9	622	202,2	194	63,1	73	23,7
Düren	729	277,7	1.177	448,4	614	233,9	211	80,4	56	21,3
Euskirchen	570	297,4	1.166	608,4	518	270,3	130	67,8	29	15,1
Heinsberg	721	285,1	1.332	526,7	483	191,0	129	51,0	53	21,0
Reg.-Bez.Köln	11.147	250,7	21.667	487,2	9.611	216,1	2.707	60,9	826	18,6
Nordrhein-Westfalen	52.293	292,1	86.670	484,2	36.070	201,5	10.886	60,8	4217	23,6

Datenquelle/Copyright:
MDK Westfalen-Lippe, MDK Nordrhein:
Ergebnisse der Pflege-Begutachtungen

¹ StädteRegion Aachen ohne Stadt Aachen

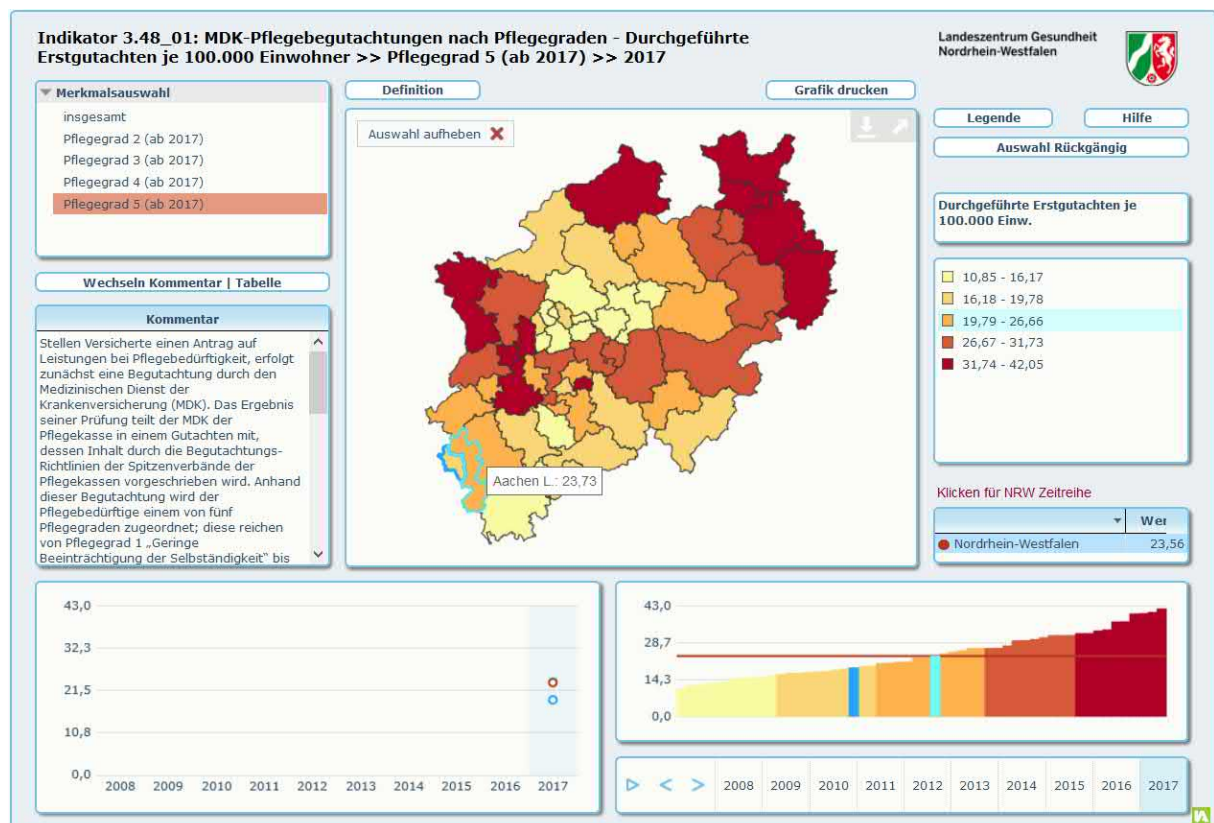


Abbildung 32: MDK-Pflegebegutachtungen, durchgeführte Erstgutachten für Pflegegrad 5 je 100.000 Einwohner, 2017

Indikator 3.49 Pflegebedürftige nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken

AGSV

Definition

Der Indikator gibt Auskunft über die Zahl von Pflegebedürftigen nach kreisfreien Städten/Kreisen/Stadtbezirken, nach Geschlecht und je 100 000 der Bevölkerung insgesamt bzw. der weiblichen oder der männlichen Bevölkerung.

Der Begriff der Pflegebedürftigkeit wurde mit dem zweiten Pflegestärkungsgesetz (in Kraft getreten am 01. Januar 2017) deutlich weiter gefasst. Bezog sich Pflegebedürftigkeit bislang vor allem auf körperlich bedingte Beeinträchtigungen, werden jetzt auch geistige und psychisch bedingte Beeinträchtigungen stärker berücksichtigt. Pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Diese Personen können körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, nicht selbständig kompensieren oder bewältigen.

Der Indikator enthält aus Gründen der Geheimhaltungspflicht (§ 16 Bundesstatistikgesetz) nur gerundete Daten. Beim angewandten Rundungsverfahren handelt es sich um eine konventionelle mathematische Methode zur Geheimhaltung, bei der alle Absolutzahlen auf ein Vielfaches von 3 auf- bzw. abgerundet werden. Die Rundungsmethode verzerrt die Daten nur geringfügig: die Abweichung von der Echtzahl beträgt maximal +/- 1.

Zur Vergleichbarkeit der Angaben wird eine indirekte Altersstandardisierung vorgenommen. Als Standard gilt die Rate der Pflegebedürftigen des Landes. Bei den Angaben im Indikator handelt es sich um Bestandsdaten. Der Bezug auf die Wohnbevölkerung erfolgt mit Stichtagsdaten zum 31.12. des Jahres.

Datenhalter

Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW)

Datenquellen

Pflegestatistik

Periodizität

zweijährlich, 15.12.

Validität

Bei der Pflegestatistik handelt es sich um eine Totalerhebung mit Auskunftspflicht. Die Bestätigung einer Pflegestufe erfolgt durch eine soziale gesetzliche Pflegeversicherung oder eine private Pflegeversicherung auf der Grundlage eines Gutachtens, das durch Ärztinnen und Ärzte oder Pflegefachpersonal des Medizinischen Dienstes der (gesetzlichen und privaten) Krankenversicherungen (MDK) in der Wohnung bzw. in der Pflegeeinrichtung auf Antrag des möglicherweise Pflegebedürftigen erstellt wird.

Die Daten gelten als valide.

Kommentar

Aufgrund der demographischen Entwicklung ist die Pflegestatistik eine wichtige Entscheidungsgrundlage für die Planung pflegerischer Versorgungsstrukturen.

Die Pflegestatistik wurde im Jahre 1999 erstmalig in Deutschland erstellt, die Daten liegen bis zur Kreisebene vor. Im Indikator sind alle Personen mit einem anerkannten Pflegegrad nach dem zuständigen Wohnort des Pflegebedürftigen enthalten. Der Indikator enthält Prävalenzangaben aller Pflichtversicherten, d. h. inklusive der privat Versicherten.

Der vorliegende Indikator ist ein Ergebnisindikator.

Indikator 3.49 Pflegebedürftige nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 2017

Verwaltungs-bezirk	Pflegebedürftige*								
	weiblich			männlich			insgesamt		
	Anzahl	je 100.000 weibl. Einw.	SMR**	Anzahl	je 100.000 männl. Einw.	SMR**	Anzahl	je 100.000 Einw.	SMR**
Stadt Aachen	6.312	5.339,7	1,05	3.666	2.862,6	1,03	9.978	4.051,6	1,04
StR Aachen ¹	10.341	6.607,4	1,25	6.165	4.075,0	1,23	16.506	5.362,6	1,24
Kreis Düren	8.364	6.306,9	1,23	5.157	3.958,6	1,23	13.521	5.143,2	1,23
Kreis Euskirchen	6.774	6.959,7	1,33	4.083	4.307,2	1,32	10.860	5.652,5	1,32
Kreis Heinsberg	8.250	6.452,9	1,27	5.028	4.014,2	1,26	13.278	5.246,0	1,26
Reg.-Bez. Köln	117.396	5.175,6	1,04	70.773	3.237,6	1,03	188.169	4.224,5	1,04
Nordrhein-Westfalen	485.754	5.323,6	1,00	283.378	3.224,8	1,00	769.132	4.293,9	1,00

Datenquelle/Copyright:
Landesbetrieb Information und Technik
(IT.NRW): Pflegestatistik
LZG NRW: eigene Berechnungen

*einschließlich Pflegebedürftige, die noch keinem Pflegegrad zugeordnet sind

** Standardized Morbidity Ratio: standardisiert an der Rate der Pflegebedürftigen des Landes
¹ StädteRegion Aachen ohne Stadt Aachen

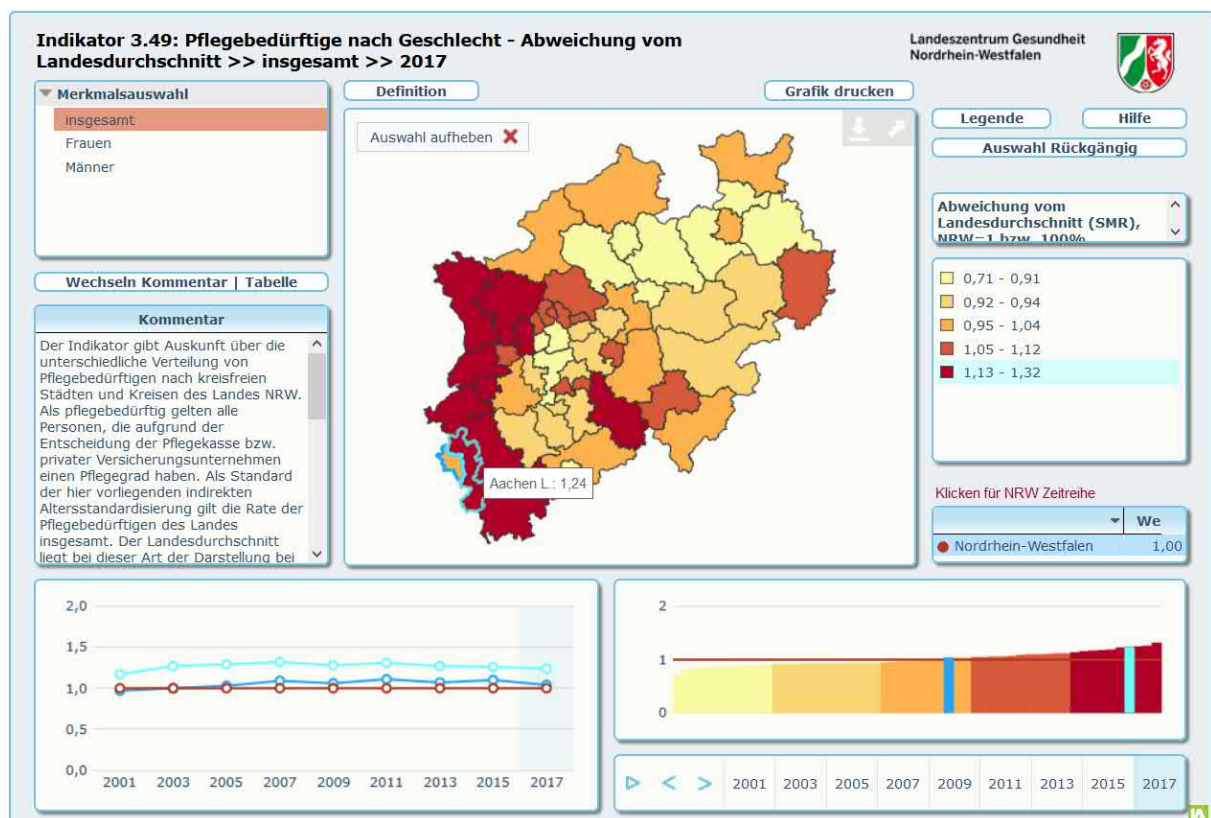


Abbildung 33: Pflegebedürftige im Vergleich zu NRW (Bezugswert NRW = 1), dargestellt als Standardized-Morbidity-Ratio - SMR, 2001 - 2017

Indikator 3.49_01 Pflegebedürftige nach Art der Pflege, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken

ASV

Definition

Der Indikator gibt Auskunft über die Zahl von Pflegebedürftigen nach Art der durchgeführten Pflege (ambulant, vollstationär, Pflegegeldempfängerinnen und Pflegegeldempfänger). Dargestellt werden neben dem Landesergebnis auch die entsprechenden Zahlen für die einzelnen Regionen (Kreise, kreisfreie Städte, Regierungsbezirke). Die Angaben erfolgen sowohl in absoluter Fallzahl als auch bezogen auf je 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner.

Der Begriff der Pflegebedürftigkeit wurde mit dem zweiten Pflegestärkungsgesetz (in Kraft getreten am 01. Januar 2017) deutlich weiter gefasst. Bezog sich Pflegebedürftigkeit bislang vor allem auf körperlich bedingte Beeinträchtigungen, werden jetzt auch geistige und psychisch bedingte Beeinträchtigungen stärker berücksichtigt. Pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Diese Personen können körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, nicht selbständig kompensieren oder bewältigen.

Ambulante Pflegeeinrichtungen sind selbstständige Einrichtungen, die durch Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI zur ambulanten Pflege zugelassen sind und unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft Pflegebedürftige in ihren Wohnungen pflegen und hauswirtschaftlich versorgen.

Stationäre Pflegeeinrichtungen sind selbstständig wirtschaftende Einrichtungen, die aufgrund eines Versorgungsvertrages nach § 72 SGB XI zugelassen sind und in denen Pflegebedürftige unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft gepflegt werden und vollstationär (ganztäglich) und/oder teilstationär (tagsüber bzw. nachts) untergebracht und gepflegt werden können.

Der Indikator enthält aus Gründen der Geheimhaltungspflicht (§ 16 Bundesstatistikgesetz) nur gerundete Daten. Beim angewandten Rundungsverfahren handelt es sich um eine konventionelle mathematische Methode zur Geheimhaltung, bei der alle Absolutzahlen auf ein Vielfaches von 3 auf- bzw. abgerundet werden. Die Rundungsmethode verzerrt die Daten nur geringfügig: die Abweichung von der Echtzahl beträgt maximal +/- 1.

Zur Vergleichbarkeit der Angaben wird eine direkte Altersstandardisierung vorgenommen.

Bei den Angaben im Indikator handelt es sich um Bestandsdaten. Der Bezug auf die Wohnbevölkerung erfolgt mit Stichtagsdaten zum 31.12. des Jahres.

Datenhalter

Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW)

Datenquellen

Pflegestatistik

Fortschreibung des Bevölkerungsstandes

Periodizität

zweijährlich, 15.12., erstmalig 1999

Validität

Bei der Pflegestatistik handelt es sich um eine Totalerhebung mit Auskunftspflicht. Zur Qualitätssicherung werden von den Statistischen Landesämtern Eingangskontrollen der Statistikbelege auf Vollständigkeit vorgenommen. Eine hohe Datenqualität ist nur schwer zu erreichen, da es sich um eine Datenerhebung bei einer Vielzahl von Auskunftspflichtigen handelt, die sich durch das Ausscheiden oder durch das Gründen neuer Pflegeeinrichtungen ständig verändert. Die Daten gelten als valide.

Kommentar

In der Kategorie *durch ambulante Pflegeeinrichtungen betreut* sind Pflegebedürftige enthalten, die ausschließlich durch ambulante Pflegedienste versorgt werden sowie Pflegebedürftige, die sowohl durch ambulante Pflegedienste als auch durch (Familien-)Angehörige versorgt werden (sog. Kombinationsleistungen).

Um Doppelzählungen zu vermeiden, werden Empfängerinnen und Empfänger von Pflegegeld, die bereits bei der ambulanten oder der vollstationären Dauer- bzw. Kurzzeitpflege berücksichtigt sind, bei der Zahl der Pflegegeldempfängerinnen und Pflegegeldempfänger nicht erfasst.

Der vorliegende Indikator ist ein Ergebnisindikator.

Indikator 3.49_01 Pflegebedürftige nach Art der Pflege, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 2017

Verwaltungsbezirk	Pflegebedürftige							
	Ins-ge-samt*	je 100.000 Einwohner	davon:					
			durch ambulante Pflegeeinrichtungen betreut		in stationären/ teilstationären Pflegeeinrichtungen betreut		Pflegegeldempfänger**	
			Anzahl	je 100.000 Einw.	Anzahl	je 100.000 Einw.	Anzahl	je 100.000 Einw.
Stadt Aachen	9.978	4.051,6	2.328	945,3	2.253	914,8	5.394	2.190,3
StR Aachen ¹	16.506	5.362,6	3.186	1.035,1	3.174	1.031,2	10.143	3.295,4
Kreis Düren	13.521	5.143,2	2.376	903,8	2.736	1.040,7	8.406	3.197,5
Kreis Euskirchen	10.860	5.652,5	2.460	1.280,4	2.397	1.247,6	6.000	3.122,9
Kreis Heinsberg	13.278	5.246,0	2.886	1.140,2	2.463	973,1	7.923	3.130,3
Reg.-Bez. Köln	188.169	4.224,5	40.692	913,6	39.537	887,6	107.916	2.422,8
Nordrhein-Westfalen	769.132	4.293,9	182.043	1.016,3	169.616	946,9	417.328	2.329,9

Datenquelle/Copyright:
Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW):
Pflegestatistik, Fortschreibung des Bevölkerungsstandes

* ab 2013: inklusive Pflegebedürftige, die noch keiner Pflegestufe zugeordnet sind;
ab 2009: ohne teilstationäre Unterbringungen (Erläuterung s. Kommentar)

** Pflegebedürftige, die aussch. Pflegegeld erhalten

¹ StädteRegion Aachen ohne Stadt Aachen

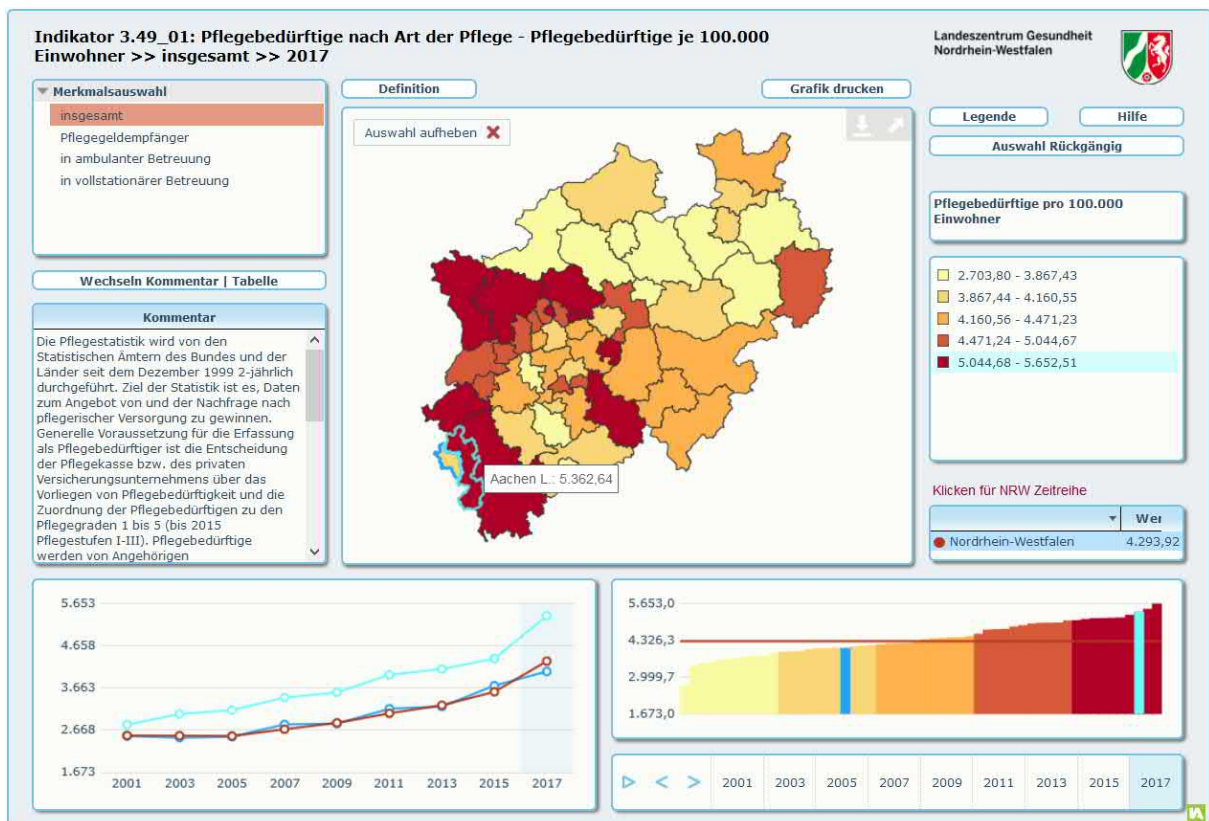


Abbildung 34: Pflegegeldempfänger (Pflegebedürftige, die aussch. Pflegegeld erhalten) je 100.000 Einwohner, 2001 - 2017

Indikator 3.49_02 MDK-Pflegebegutachtungen nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken

AGSV

Definition

Das Risiko der Pflegebedürftigkeit wird durch die soziale Pflegeversicherung (SGB XI) abgesichert. Der Begriff der Pflegebedürftigkeit wurde mit dem zweiten Pflegestärkungsgesetz (in Kraft getreten am 01. Januar 2017) deutlich weiter gefasst. Bezog sich Pflegebedürftigkeit bislang vor allem auf körperlich bedingte Beeinträchtigungen, werden jetzt auch geistige und psychisch bedingte Beeinträchtigungen stärker berücksichtigt. Pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Diese Personen können körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, nicht selbständig kompensieren oder bewältigen.

Stellen Versicherte einen Antrag auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit, erfolgt zunächst eine Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) nach den durch die *Pflegebedürftigkeitsrichtlinien* konkretisierten gesetzlichen Vorgaben. Versicherte können bei der Antragstellung u. a. zwischen Leistungen für ambulante Pflege und Leistungen für vollstationäre Pflege wählen. Die Leistungsart *ambulant* bezieht sich auf die Pflege im häuslichen Umfeld. Stationäre Leistungen werden von Versicherten beantragt, die in einem Alten- oder Pflegeheim leben (wollen). Das Ergebnis seiner Prüfung teilt der MDK der Pflegekasse in einem Gutachten mit, dessen Inhalt durch die *Begutachtungs-Richtlinien* der Spitzenverbände der Pflegekassen vorgeschrieben wird. Das Pflegegutachten konkretisiert und dokumentiert die Feststellungen der Pflegegutachterin bzw. des Pflegegutachters u. a. zu den Voraussetzungen und zum Beginn der Pflegebedürftigkeit sowie zum empfohlenen Pflegegrad (1 bis 5). Die Entscheidung über das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit und Pflegegrad trifft die Pflegekasse unter maßgeblicher Berücksichtigung des MDK-Gutachtens. Erstbegutachtungen beziehen sich auf die Neueinstufung (Ersteinstufung) in einen Pflegegrad im Berichtsjahr. Wiederholungsbegutachtungen werden in dem vorliegenden Indikator ausgeschlossen.

Datenhalter

- Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Nordrhein (MDK Nordrhein)
- Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Westfalen-Lippe (MDK Westfalen-Lippe)

Datenquellen

Ergebnisse der Pflege-Begutachtungen

Periodizität

jährlich, 31.12.

Validität

Der MDK führt ein internes Qualitätssicherungsprogramm durch, so dass eine gute Datenqualität vorliegt.

Kommentar

Der vorliegende Indikator gibt Auskunft über die Zahl der durchgeführten Erstbegutachtungen differenziert nach Geschlecht im regionalen Vergleich. Die Angaben erfolgen sowohl in absoluter Fallzahl als auch bezogen auf je 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner. Es werden alle Erstbegutachtungen gezählt, für die einer der –Pflegegrade 1 bis 5 empfohlen wurde. Nicht im Indikator enthalten sind die als nicht erheblich pflegebedürftig eingestufteten Fälle. Während die Pflegestatistik eine Bestandsstatistik darstellt, gibt die Statistik der Pflege-Begutachtungen einen Überblick über die jährlich neu hinzukommenden Pflegebedürftigen (Zugangstatistik). Der Indikator 3.49_02 weist somit geschlechtsspezifische Inzidenzraten der GKV - Versicherten aus.

Der vorliegende Indikator ist ein Ergebnisindikator.

Indikator 3.49_02 MDK-Pflegebegutachtungen nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 2017

Verwaltungsbezirk	Durchgeführte Erstgutachten nach Geschlecht*					
	Frauen		Männer		Insgesamt	
	Anzahl	je 100.000 weibl. Einw.	Anzahl	je 100.000 männl. Einw.	Anzahl	je 100.000 Einw.
Stadt Aachen	1.305	1.106,3	903	707,4	2.208	899,0
StR Aachen ¹	1.755	1.122,2	1.368	904,3	3.123	1.015,1
Kreis Düren	1.611	1.216,5	1.176	904,2	2.787	1.061,8
Kreis Euskirchen	1.370	1.412,3	1.043	1.101,9	2.413	1.259,0
Kreis Heinsberg	1.636	1.280,5	1.082	864,8	2.718	1.074,8
Reg.-Bez. Köln	26.999	1.192,1	18.959	868,8	45.958	1.033,5
Nordrhein-Westfalen	112.651	1.235,4	77.485	882,3	190.136	1.062,1

Datenquelle/Copyright:
MDK Westfalen-Lippe, MDK Nordrhein:
Ergebnisse der Pflege-Begutachtungen

* Einstufung in Pflegegrade 1-5
¹ StädteRegion Aachen ohne Stadt Aachen

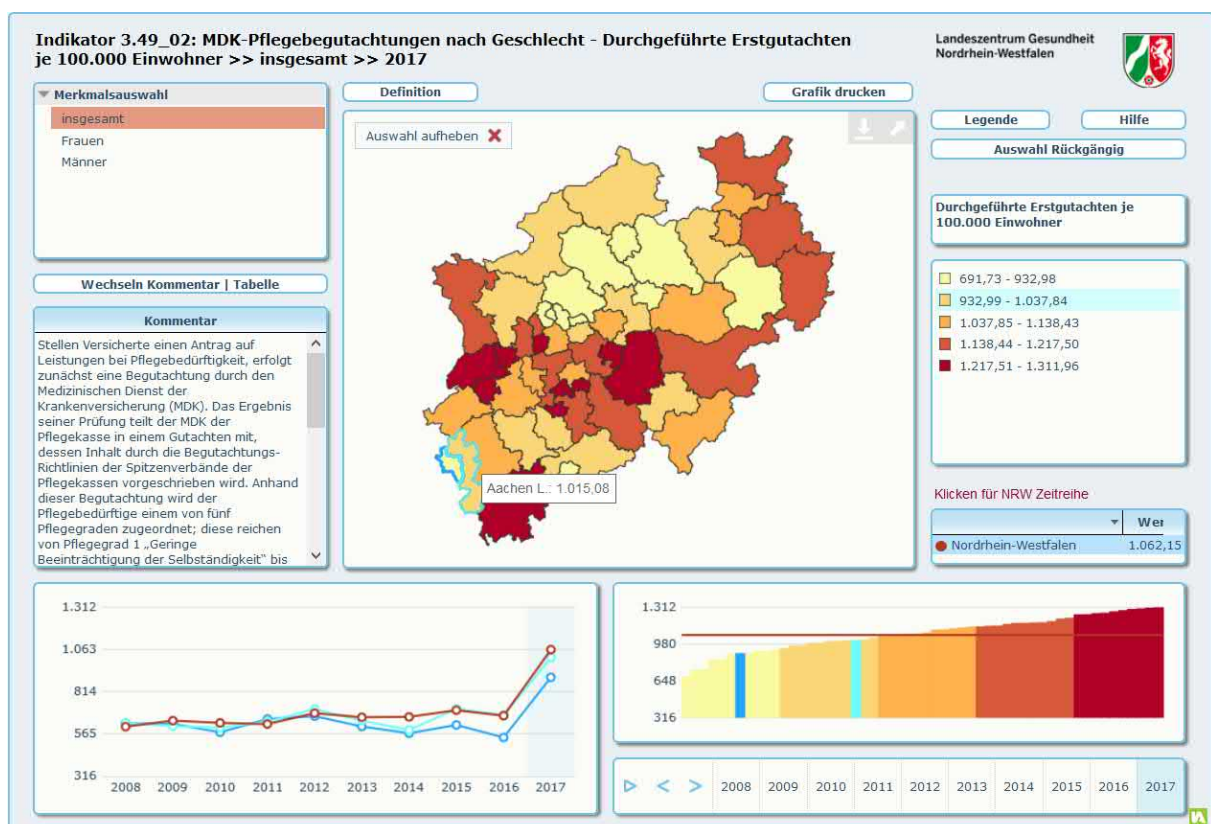


Abbildung 35: Durchgeführte Erstgutachten des MDK je 100.000 Einwohner, 2008 - 2017

Themenfeld 3:
Gesundheitszustand der Bevölkerung
II Krankheiten / Krankheitsgruppen

Indikator 3.51 Stationär entbundene Neugeborene¹ nach Geburtsgewicht, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken

KSVf

Definition

Das Geburtsgewicht der Lebendgeborenen ist ein wichtiger Indikator für den Gesundheitszustand und Ausdruck der pränatalen gesundheitlichen Versorgung und der sozialen Bedingungen. Das Geburtsgewicht stellt einen international üblichen Gesundheitsindikator dar, der vergleichsweise exakt bestimmt wird.

Als Lebendgeborene gelten Kinder, bei denen nach der Trennung vom Mutterleib Atmung eingesetzt hat oder irgendein anderes Lebenszeichen wie Herzschlag, Pulsation der Nabelschnur oder deutliche Bewegung der willkürlichen Muskulatur beobachtet wurden. Das Geburtsgewicht ist das nach der Geburt des Neugeborenen zuerst festgestellte Gewicht. Untergewichtig Lebendgeborene (low-birthweight infants) haben ein Geburtsgewicht bis 2499 g, Lebendgeborene mit einem Geburtsgewicht bis 1499 g haben ein sehr niedriges Geburtsgewicht (very low birthweight). Normales Geburtsgewicht beträgt 2500 g und mehr.

Die Darstellung der Lebendgeborenen nach Geburtsgewicht weist Unterschiede zwischen den kreisfreien Städten und Kreisen und einen deutlichen Zusammenhang zur sozialen Lage auf. Der Indikator eignet sich mit der für Nordrhein-Westfalen erarbeiteten Methode zur Bestimmung soziodemographischer Unterschiede zwischen den Regionen eines Landes (soziodemografische Clusteranalyse).

Datenhalter

Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus gGmbH (InEK)

Datenquellen

Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik)

Periodizität

jährlich, 31.12. (ab 2014)

Validität

Durch Änderung des Bevölkerungsstatistikgesetzes (BevStatG) werden die Merkmale Geburtsgewicht und Körperlänge bei Neugeborenen ab 2014 in den Standesämtern nicht mehr erfasst. Als neue Datenquelle dient ab 2014 die Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik), die das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) bundesweit erhebt. Verwendet wird hier der Datensatz, den das InEK jährlich dem Statistischen Bundesamt zur Verfügung stellt. Die Statistik umfasst alle Krankenhäuser, die ihre Leistungen nach dem DRG-Vergütungssystem abrechnen und dem Anwendungsbereich des § 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) unterliegen.

Die Auswertung beinhaltet alle Patientinnen und Patienten mit den Fallpauschalen „Neugeborene P01Z-P67D“ sowie dem Merkmal „Alter in Tagen am Aufnahmetag =1“, die im Geburtsmonat vollstationär aufgenommen worden sind. Die Sterbefälle sind nicht mit enthalten. Räumlicher Bezug ist der Wohnort, nicht der Behandlungsort.

Die Zahl der erfassten Geburten weicht von den Daten der amtlichen Bevölkerungsstatistik ab, da z.B. Hausgeburten und Geburten in einigen privaten Geburtskliniken nicht berücksichtigt werden.

Kommentar

Das Geburtsgewicht ist von der Reife eines Neugeborenen zu unterscheiden. Dennoch bedeutet ein erniedrigtes Geburtsgewicht häufig auch eine mangelnde Reife und eine stationäre Aufnahme in einer Kinderklinik, um das Neugeborene zu überwachen und mit entsprechender Unterstützung (Inkubator und andere medizinische Maßnahmen) sein weiteres Gedeihen sicherzustellen.

Die Ursachen für untergewichtig Neugeborene sind vielfältig und reichen von sozialen Faktoren (Status der Alleinerziehenden) über das Gesundheitsverhalten (Nikotinabusus, mangelhafte Inanspruchnahme der Schwangerschaftsvorsorge) bis zu gesundheitlichen Faktoren (Infektionen oder andere Erkrankungen der Mutter und des Kindes).

Der vorliegende Indikator ist ein Ergebnisindikator.

Indikator 3.51 Stationär entbundene Neugeborene¹ nach Geburtsgewicht, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 2018

Verwaltungsbezirk	Lebendgeborene				
	insg.	darunter mit einem Geburtsgewicht:			
		bis 2.499 g		bis 1.499 g	
		Anzahl	je 1.000 Lebendgeborene	Anzahl	je 1.000 Lebendgeborene
StR Aachen ¹	5.067	291	57,4	49	9,7
Kreis Düren	2.451	167	68,1	22	9,0
Kreis Euskirchen	1.847	111	60,1	16	8,7
Kreis Heinsberg	2.403	177	73,7	21	8,7
Reg.-Bez. Köln	43.225	2.841	65,7	417	9,6
Nordrhein-Westfalen	170.227	11.748	69,0	1.976	11,6

Datenquelle/Copyright:
 Statistisches Bundesamt:
 DRG-Statistik

¹ DRG: P01Z-P67D

² StädteRegion Aachen inkl. Stadt Aachen

* erfasst werden alle Entbindungen in Krankenhäusern, die nach dem DRG-Vergütungssystem abrechnen

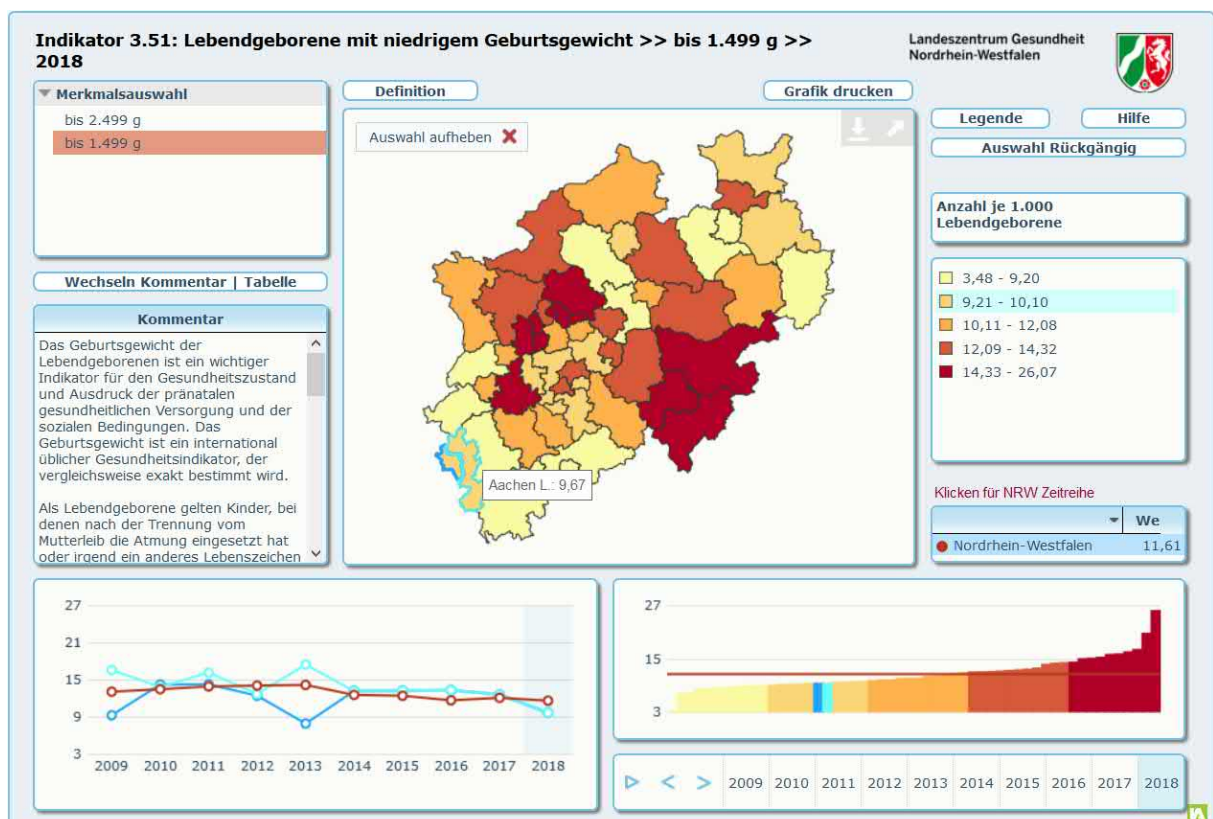


Abbildung 36: Sehr untergewichtige Lebendgeborene bis 1.499 g Geburtsgewicht je 1.000 Lebendgeborene, 2009 - 2018 (Stadt Aachen nur bis 2013 getrennte Darstellung, danach StädteRegion Aachen inkl. Stadt Aachen)

Indikator 3.53_01 Säuglingssterbefälle nach Neonatal- und Postneonatalsterblichkeit, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken

KSV

Definition

Die Säuglingssterblichkeit wird meist zeitlich und international verglichen und ist ein Indikator für die allgemeine Qualität der Lebensverhältnisse und der medizinischen (insbesondere der geburtshilflichen) Betreuung.

Die Säuglingssterblichkeit beinhaltet lebend geborene Kinder, die nachgeburtlich verstorben sind. Totgeborene Kinder sind darin nicht eingeschlossen.

Die Säuglingssterblichkeit bezieht sich auf im ersten Lebensjahr Gestorbene je 1000 Lebendgeborene eines Kalenderjahres.

Die Frühsterblichkeit (auch frühe Neonatalsterblichkeit) bezeichnet Säuglinge, die zwischen dem Tag der Entbindung (Tag 0) bis zum 6. Lebenstag einschließlich verstorben sind, die späte Neonatalsterblichkeit bezieht sich auf verstorbene Säuglinge im Alter von 7 bis 27 Tagen einschließlich und die Nachsterblichkeit (auch Postneonatalsterblichkeit genannt) beinhaltet verstorbene Säuglinge im Alter von 28 bis 364 Tagen.

Im internationalen Vergleich ist der Begriff Neonatalsterblichkeit gebräuchlich, dieser beinhaltet verstorbene Säuglinge im Alter von 0 bis 27 Tagen.

Im Indikator 3.53_01 werden ab dem Berichtsjahr 2016 Mittelwerte über drei Jahreswerte gebildet. Der Mittelwert über drei Jahre wird durch den arithmetischen Mittelwert aus den zwei Vorjahreswerten und dem Berichtsjahr gebildet. Die Angaben der Lebendgeborenen und der verstorbenen Säuglinge sind auf den Wohnort bezogen.

Datenhalter

Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW)

Datenquellen

Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung

Periodizität

jährlich, 31.12.

Validität

Alle Lebendgeborenen werden ins Geburtenregister eingetragen, so dass eine vollständige Erfassung und eine gute Datenqualität vorliegen. Für verstorbene Lebendgeborene wird eine Todesbescheinigung ausgestellt.

Kommentar

Die Säuglingssterblichkeit gilt auch im internationalen Vergleich als Indikator für die medizinische und geburtshilfliche Versorgung von Müttern und Säuglingen. Mit der Einführung von Maßnahmen, die die Versorgungsqualität vor und nach der Entbindung verbessert haben (z. B. Einführung des Apgar-Schemas bei Neugeborenen, Mutterschutzgesetz, Mutterschaftsrichtlinien, Mutterpass, neonatologische Versorgung), konnte die Säuglingssterblichkeit erheblich gesenkt werden.

Der vorliegende Indikator ist ein Ergebnisindikator.

Indikator 3.53_01 Säuglingssterbefälle nach Neonatal- und Postneonatalsterblichkeit, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, Mittelwert 2017 - 2019

Verwaltungsbezirk	Lebendgeborene insgesamt	Gestorbene Säuglinge im Alter von ...			
		0* - 6 Tagen (frühe Neonatalsterb.)		7 - 27 Tagen (späte Neonatalsterb.)	
		insgesamt	je 1.000 Leb.geb.	insges.	je 1.000 Leb.geb.
Stadt Aachen	2.241	6	2,8	1	0,6
StR Aachen ¹	2.863	6	2,1	2	0,8
Kreis Düren	2.490	4	1,5	1	0,3
Kreis Euskirchen	1.774	3	1,7	2	1,1
Kreis Heinsberg	2.331	4	1,6	1	0,4
Reg.-Bez. Köln	43.467	88	2,0	21	0,5
Nordrhein-Westfalen	171.842	374	2,2	89	0,5

Datenquelle/Copyright:
Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW):
Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung

* am Tag der Geburt gestorben
"- " genau null
¹ StädteRegion Aachen ohne Stadt Aachen

Verwaltungsbezirk	Gestorbene Säuglinge im Alter von ...					
	28 - 364 Tagen (Postneonatalsterb.)		unter 1 Monat (Neonatalsterblichkeit)		unter 1 Jahr	
	insges.	je 1.000 Leb.geb.	insges.	je 1.000 Leb.geb.	insges.	je 1.000 Leb.geb.
Stadt Aachen	1	0,6	8	3,4	9	4,0
StR Aachen ¹	4	1,5	8	2,9	13	4,4
Kreis Düren	4	1,7	4	1,7	9	3,5
Kreis Euskirchen	2	1,1	5	2,8	7	3,9
Kreis Heinsberg	2	0,9	5	2,0	7	2,9
Reg.-Bez. Köln	47	1,1	110	2,5	157	3,6
Nordrhein-Westfalen	183	1,1	463	2,7	646	3,8

Datenquelle/Copyright:
Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW):
Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung

* am Tag der Geburt gestorben
"- " nichts vorhanden (genau null)
¹ StädteRegion Aachen ohne Stadt Aachen

Indikator 3.54 Säuglingssterblichkeit im ersten Lebensjahr je 1 000 Lebendgeborene, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 3-Jahres-Mittelwerte

KSV

Definition

Die Säuglingssterblichkeit im zeitlichen und internationalen Vergleich ist ein Indikator für die allgemeine Qualität der Lebensverhältnisse und der medizinischen Betreuung.

Die Säuglingssterblichkeit bezieht sich auf im ersten Lebensjahr Gestorbene je 1000 Lebendgeborene eines Kalenderjahres. Sie beinhaltet lebend geborene Kinder, die nachgeburtlich verstorben sind. Totgeborene Kinder sind darin nicht eingeschlossen. Aufgrund der geringen Fallzahl der Säuglingssterblichkeit werden für regionale Angaben gleitende Mittelwerte über drei Jahreswerte gebildet. Der gleitende Mittelwert über drei Jahre wird durch den arithmetischen Mittelwert aus den zwei Vorjahreswerten und dem Berichtsjahr gebildet. Die Angaben der Lebendgeborenen und der verstorbenen Säuglinge sind auf den Wohnort bezogen.

Datenhalter

Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW)

Datenquellen

Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung

Periodizität

jährlich, 31.12.

Validität

Die Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung ist auf den Wohnort der Mutter bezogen, nicht auf die entbindende Klinik. Dies ergibt sich über die Meldung des Kindes durch die Eltern beim zuständigen Standesamt gemäß Personenstandsgesetz. Insofern ist die regionale Zuordnung nicht von der Lokalisation der Entbindungsklinik abhängig. Die Angaben werden an den Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW) weitergeleitet. Verstorbene Säuglinge werden durch eine Todesbescheinigung erfasst und von den Standesämtern beurkundet. Es ist davon auszugehen, dass die Angaben zu Lebendgeborenen und verstorbenen Säuglingen vollständig und valide sind.

Kommentar

In die Säuglingssterblichkeit gehen alle Todesfälle von lebend geborenen Kindern ein, auch wenn ein sehr niedriges Geburtsgewicht vorgelegen hat. Um Fehlinterpretationen aufgrund von zeitlichen und regionalen Schwankungen der Zahlenwerte zu vermeiden, werden gleitende 3-Jahres-Mittelwerte gebildet. Die Säuglingssterblichkeit wird in Promille berechnet.

Der vorliegende Indikator ist ein Ergebnisindikator.

Indikator 3.54 Säuglingssterblichkeit im ersten Lebensjahr je 1.000 lebend Geborene, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 2011 - 2019, 3-Jahres-Mittelwerte

Verwaltungsbezirk	Säuglingssterblichkeit in %, gleitendes Mittel						
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
	-	-	-	-	-	-	-
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Stadt Aachen	2,9	2,0	2,1	2,5	2,2	3,3	4,0
StR Aachen ¹	2,5	3,0	3,3	3,2	3,5	3,5	4,4
Kreis Düren	4,4	3,9	4,1	3,5	4,5	3,2	3,5
Kreis Euskirchen	2,6	1,4	1,6	2,1	3,4	3,8	3,9
Kreis Heinsberg	3,8	3,9	5,1	4,2	3,9	2,9	2,9
Reg.-Bez. Köln	3,5	3,1	3,2	3,3	3,6	3,6	3,6
Nordrhein-Westfalen	4,0	3,8	3,9	4,0	4,0	3,9	3,8

Datenquelle/Copyright:
Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW):
Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung

¹ StädteRegion Aachen ohne Stadt Aachen

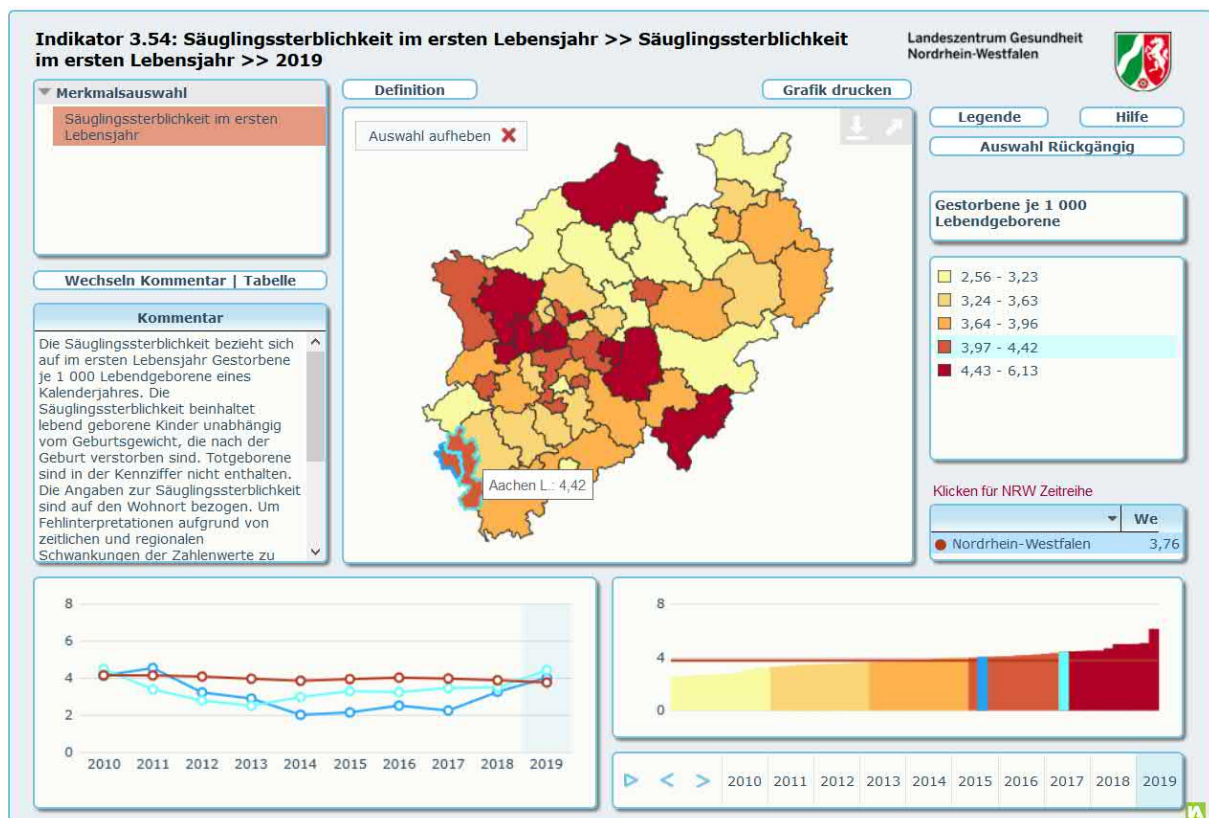


Abbildung 37: Säuglingssterblichkeit im ersten Lebensjahr je 1.000 Lebendgeborene, 3-Jahres-Mittelwerte 2010 - 2019

Indikator 3.54_01 Säuglingssterblichkeit im ersten Lebensjahr nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 3-Jahres-Mittelwert

KGSV

Definition

Die Säuglingssterblichkeit im zeitlichen und internationalen Vergleich ist ein Indikator für die allgemeine Qualität der Lebensverhältnisse und der medizinischen Betreuung. Da sich die Säuglingssterblichkeit bei Mädchen und Knaben unterscheidet, wird in Ergänzung zum Indikator 3.54 die geschlechtsspezifische Säuglingssterblichkeit berechnet.

Die Säuglingssterblichkeit bezieht sich auf im ersten Lebensjahr Gestorbene je 1000 Lebendgeborene eines Kalenderjahres. Sie beinhaltet lebend geborene Kinder, die nachgeburtlich verstorben sind. Totgeborene Kinder sind darin nicht eingeschlossen. Aufgrund der geringen Fallzahl der Säuglingssterblichkeit werden für regionale Angaben Mittelwerte über drei Jahreswerte gebildet. Der Mittelwert über drei Jahre wird durch den arithmetischen Mittelwert aus den zwei Vorjahreswerten und dem Berichtsjahr gebildet. Die Angaben der Lebendgeborenen und der verstorbenen Säuglinge sind auf den Wohnort bezogen.

Datenhalter

Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW)

Datenquellen

Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung

Periodizität

jährlich, 31.12.

Validität

Die Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung ist auf den Wohnort der Mutter bezogen, nicht auf die entbindende Klinik. Dies ergibt sich über die Meldung des Kindes durch die Eltern beim zuständigen Standesamt gemäß Personenstandsgesetz. Insofern ist die regionale Zuordnung nicht von der Lokalisation der Entbindungsklinik abhängig. Die Angaben werden an den Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW) weitergeleitet. Verstorbene Säuglinge werden durch eine Todesbescheinigung erfasst und von den Standesämtern beurkundet. Es ist davon auszugehen, dass die Angaben zu Lebendgeborenen und verstorbenen Säuglingen vollständig und valide sind.

Kommentar

In die Säuglingssterblichkeit gehen alle Todesfälle von lebend geborenen Kindern ein, auch wenn ein sehr niedriges Geburtsgewicht vorgelegen hat. Um Fehlinterpretationen aufgrund von zeitlichen und regionalen Schwankungen der Zahlenwerte zu vermeiden, werden 3-Jahres-Mittelwerte gebildet. Die Säuglingssterblichkeit wird in Promille berechnet.

Der vorliegende Indikator ist ein Ergebnisindikator.

Indikator 3.54_01 Säuglingssterblichkeit im ersten Lebensjahr nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 2017 - 2019, 3-Jahres-Mittelwert

Verwaltungsbezirk	Im ersten Lebensjahr Gestorbene					
	weiblich		männlich		insgesamt	
	Anzahl*	je 1.000 weibl. Lebendgeb.	Anzahl*	je 1.000 männl. Lebendgeb.	Anzahl*	je 1.000 Lebendgeb.
Stadt Aachen	3	2,7	6	5,3	9	4,0
StR Aachen ¹	6	4,2	7	4,6	13	4,4
Kreis Düren	4	3,6	4	3,3	9	3,5
Kreis Euskirchen	3	3,7	4	4,2	7	3,9
Kreis Heinsberg	2	2,1	4	3,6	7	2,9
Reg.-Bez. Köln	71	3,4	86	3,9	157	3,6
Nordrhein-Westfalen	291	3,5	355	4,0	646	3,8

Datenquelle/Copyright:

 Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW):
 Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung

* 3-Jahres-Mittelwert

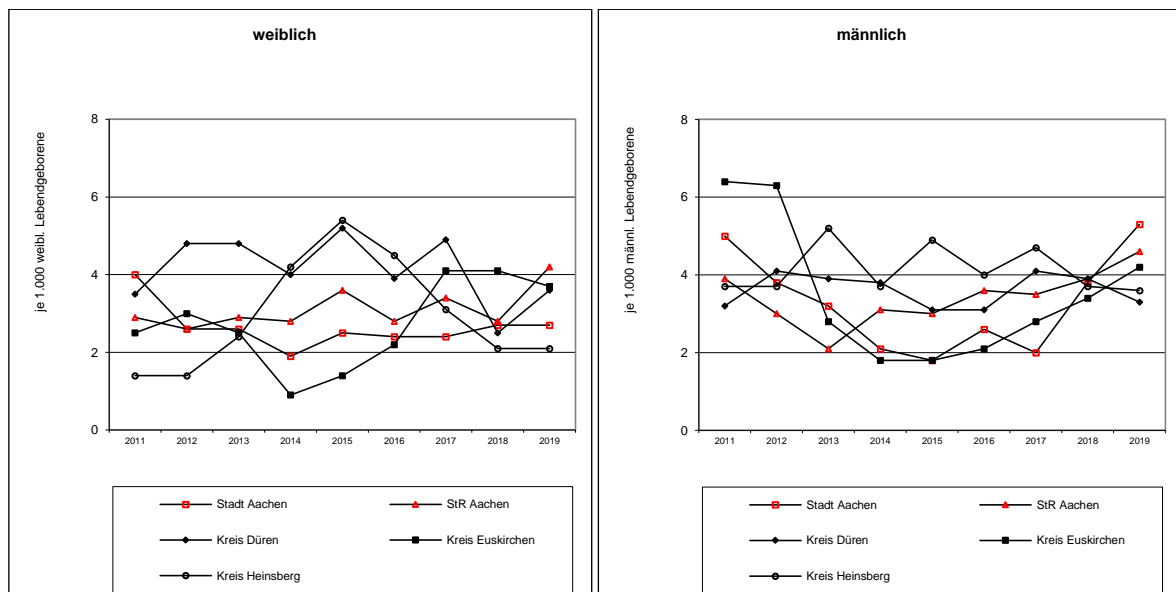
¹ StädteRegion Aachen ohne Stadt Aachen


Abbildung 38: Säuglingssterblichkeit im ersten Lebensjahr nach Geschlecht je 1.000 weibl./männl. Lebendgeborene, 3-Jahres-Mittelwerte, 2011 – 2019

Indikator 3.57_01 Auffälligkeiten des Entwicklungsstandes bei Einschulungsuntersuchungen nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, Jahr

KG

Definition

Entwicklungsstörungen gehören zu den häufigsten Gesundheitsproblemen von Kindern im Einschulungsalter. Zur Untersuchung von Kindern in der Schuleingangsphase muss daher auch die Beurteilung des Entwicklungsstandes in schulrelevanten Teilleistungsbereichen gehören. Bei den Einschulungsuntersuchungen in Nordrhein-Westfalen wird der Entwicklungsstand der Kinder in den meisten Kommunen durch das standardisierte Sozialpädiatrische Entwicklungsscreening für Schuleingangsuntersuchungen - SOPESS erfasst. Dieses Screening wurde vom Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (heute Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen) in Zusammenarbeit mit den Kinder- und Jugendgesundheitsdiensten der Gesundheitsämter Nordrhein-Westfalens und der Universität Bremen entwickelt ⁽¹⁾.

Das Screening ist so angelegt, dass Kinder, die mit einer hohen Wahrscheinlichkeit aus schulärztlicher Sicht medizinisch relevante Entwicklungsauffälligkeiten aufweisen, sicher erkannt werden können. SOPESS differenziert dabei im unteren Drittel des Leistungsbereiches besonders gut, so dass falsch negative Screeningergebnisse möglichst vermieden werden. Auf Grundlage des Screenings und der Erkenntnisse der somatischen Schuleingangsuntersuchung kann die Schulärztin bzw. der Schularzt dann eine fachgerechte Beratung der Eltern und der Schule durchführen und ggf. die Konsultierung einer/eines niedergelassenen Ärztin/Arztes oder andere Maßnahmen empfehlen bzw. einleiten. Durch SOPESS werden die Merkmalsräume *Körperkoordination*, *Visuomotorik*, *Visuelles Wahrnehmen* und *Schlussfolgern* sowie *Sprachkompetenz* und *auditive Informationsverarbeitung* erfasst.

Die **Körperkoordination** wird durch das seitliche beidbeinige Hin- und Herspringen geprüft. Erfasst werden sowohl ganzkörperliche Bewegungsgeschwindigkeit und Koordination sowie Aspekte von Kraft und Ausdauer. Probleme der Körperkoordination sind häufig mit anderen Entwicklungsstörungen assoziiert. Für den sozial-emotionalen Status und die soziale Integration von Kindern in die Altersgruppe ist die Körperkoordination wichtig.

Im Bereich der **Visuomotorik** werden visuelle und visuomotorische Fähigkeiten geprüft. Grundlage dieser Fähigkeiten sind eine intakte visuelle Perzeptionsfähigkeit und eine adäquate Auge-Hand-Koordination. Dies wird durch die Aufgaben *Figuren ergänzen* und *Figuren abzeichnen* geprüft. Fähigkeiten der Visuomotorik werden für das Erlernen des Schreibens benötigt.

Visuelles Wahrnehmen und **Schlussfolgern** wird mit 15 Bildtafeln erfasst. Die mit dem visuellen Wahrnehmen und Schlussfolgern erfassten Grundfertigkeiten sind eine Voraussetzung für das Lesen von Buchstaben und Zahlen.

Der Bereich **Sprache** wird beim SOPESS mit sprachgebundenen und sprachfreien Untertests erfasst. Die sprachgebundenen Untertests werden nur bei Kinder angewendet, deren Muttersprache Deutsch ist oder, falls die Muttersprache nicht Deutsch ist, sie über hinreichende Deutschkenntnisse verfügen. Da die Ergebnisse der sprachgebundenen Untertests deutlich mit dem Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund assoziiert sind, dient hier – aus Gründen der Vergleichbarkeit – der sprachfreie Untertest *Pseudowörter nachsprechen* als Indikator für die Sprachentwicklung von Einschülern.

Für die Merkmalsräume von SOPESS werden im Rahmen der Dokumentation der schulärztlichen Untersuchungen objektive Screeningpunktwerte dokumentiert. Die Screeningpunktwerte werden zu Orientierungswerten mit den Ausprägungen *auffällig*, *grenzwertig* und *unauffällig* zusammengefasst. Diese Orientierungswerte wurden bei der Normierung von SOPESS in Feldstudien ermittelt. Als *auffällig* wurde der Punktwertbereich definiert, den 10 % der Kinder des unteren Leistungsbereiches der Normierungsstichprobe maximal erreichten (Prozentrang ≤ 10). Die Grenzen für die Kategorie *grenzwertig* liegen zwischen dem 10. und 25. Prozentrang. Kinder, die einen Punktwert über dem 25. Prozentrang erzielten, wurden in die Kategorie *unauffällig* eingestuft. Die Orientierungswerte helfen der Schulärztin/dem Schularzt, den Entwicklungsstand der untersuchten Kinder zu beurteilen und überflüssige und zeitaufwändige Untersuchungen bei screening-unauffälligen Kindern zu vermeiden.

Datenhalter

Landeszentrum Gesundheit (LZG.NRW)

Datenquellen

Dokumentation der schulärztlichen Eingangsuntersuchungen

Periodizität

Jährlich, bezogen auf den Einschulungsjahrgang

Validität

Die Daten werden in den dargestellten Kommunen vollständig, d. h. für alle Einschülerinnen und Einschüler erhoben. Die exakte Einhaltung der Kodierregeln wird in den Kommunen durch jährliche Analysen der Untersuchervariabilität, die vom Landeszentrum erstellt werden, geprüft. Trotz dieser Maßnahmen zur Qualitätssicherung kann bei der Vielzahl der kodierenden Ärztinnen und Ärzte nicht garantiert werden, dass diese Regeln immer eingehalten werden, so dass Ungenauigkeiten möglich sind. Eine inhaltliche Validität der Screenings ist durch das Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen in Zusammenarbeit mit der Universität Bremen wissenschaftlich geprüft worden. ⁽¹⁾

Kommentar

Als Indikator dient hier die Anzahl der Einschülerinnen und Einschüler mit auffälligen Orientierungswerten der einzelnen Merkmalsräume auf kommunaler Ebene. Dargestellt ist also der Anteil der Kinder, die zum Untersuchungszeitpunkt ein auffälliges Testergebnis in Bezug auf ihren Leistungsstand in den einzelnen Entwicklungsbereichen zeigten. Anhand des Indikators kann die Häufigkeit von Auffälligkeiten zwischen den unterschiedlichen Bereichen der Entwicklung von Einschülerinnen und Einschülern analysiert werden. Auch ist ein kommunaler Vergleich möglich. Der Indikator verdeutlicht somit Unterschiede im Bereich der Entwicklung von Einschülerinnen und Einschülern auf kommunaler und auf landesweiter Ebene.

Durch die Umstellung des Screeningverfahrens 2010 ist die Vergleichbarkeit mit den Daten der Vorjahre (S-ENS Screening) nicht durchgängig gegeben.

⁽¹⁾ Sozialpädiatrisches Entwicklungsscreening für Schuleingangsuntersuchungen – SOPESS. Theoretische und statistische Grundlagen zur Testkonstruktion, Normierung und Validierung. Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf 2009.

Indikator 3.57_01 Auffälligkeiten des Entwicklungsstandes bei Einschulungsuntersuchungen nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 2018

Verwaltungsbezirk	Körperkoordination				Visuomotorik			
	Mädchen		Jungen		Mädchen		Jungen	
	Unter-suchte*	auffällig in %	Unter-suchte*	auffällig in %	Unter-suchte*	auffällig in %	Unter-suchte*	auffällig in %
Stadt Aachen	863	4,1	795	6,4	915	10,7	860	17,2
StR Aachen ¹	1.274	5,6	1.367	8,0	1.332	11,1	1.412	18,7
Kreis Düren	1.192	11,4	1.217	14,8	1.192	12,0	1.217	19,6
Kreis Euskirchen	733	9,5	859	12,3	808	8,8	946	11,6
Kreis Heinsberg	982	8,2	1.068	11,0	1.029	9,6	1.120	18,6
Reg.-Bez. Köln**	18.589	6,9	19.777	10,7	19.152	9,8	20.421	16,9
Nordrhein-Westfalen**	72.246	7,3	75.903	11,0	71.920	10,2	75.841	17,6

Datenquelle/Copyright:

Landeszentrum Gesundheit (LZG.NRW):

Dokumentation der schulischen Eingangsuntersuchungen

Verwaltungsbezirk	Visuelle Wahrnehmung				Sprachkompetenz			
	Mädchen		Jungen		Mädchen		Jungen	
	Unter-suchte*	auffällig in %	Unter-suchte*	auffällig in %	Unter-suchte*	auffällig in %	Unter-suchte*	auffällig in %
Stadt Aachen	952	6,2	917	7,2	934	7,8	897	12,2
StR Aachen ¹	1.351	7,4	1.469	10,2	1.322	12,1	1.454	13,1
Kreis Düren	1.192	11,7	1.217	15,1	1.192	14,8	1.217	19,3
Kreis Euskirchen	825	3,9	959	6,7	824	13,1	956	12,7
Kreis Heinsberg	1.029	3,4	1.120	6,3	998	9,7	1.073	11,7
Reg.-Bez. Köln**	19.168	5,9	20.498	8,9	18.854	9,6	20.130	11,4
Nordrhein-Westfalen**	71.940	7,5	75.971	10,8	71.445	9,0	75.374	11,1

* Untersuchte mit gültigen Werten

** Summe der meldenden Kreise

¹ StädteRegion Aachen ohne Stadt Aachen

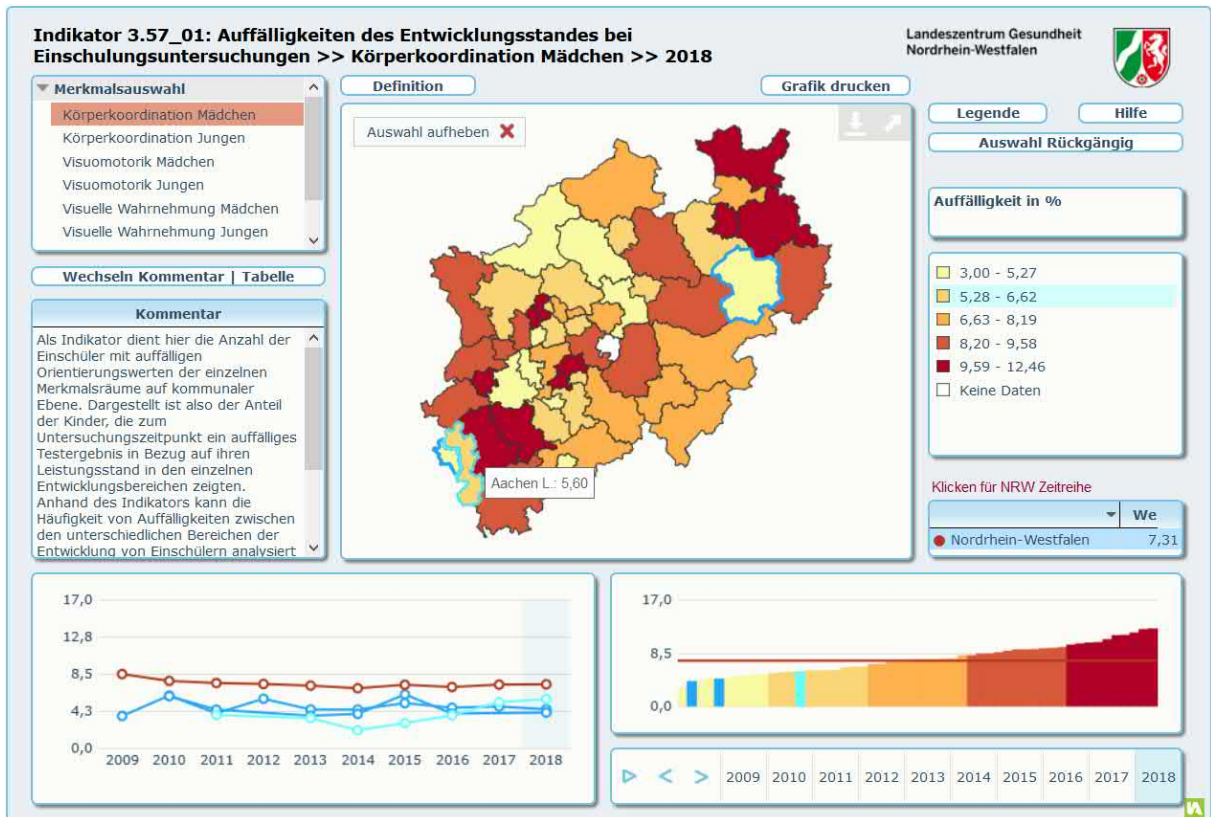


Abbildung 39: Auffällige Körperkoordination bei Schulanfängern nach Geschlecht, in % der untersuchten Kinder, 2009 – 2018, Mädchen

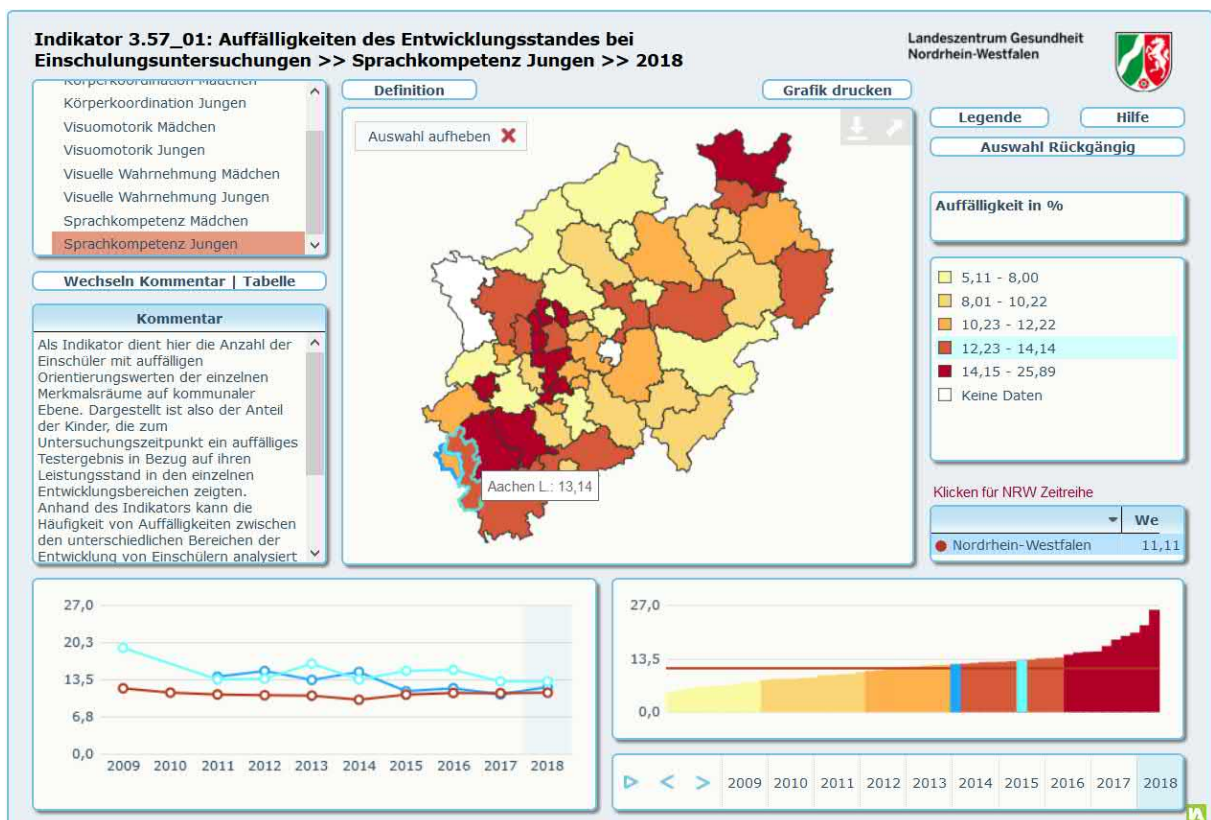


Abbildung 40: Sprachkompetenz bei Schulanfängern nach Geschlecht in % der untersuchten Kinder, 2009 – 2018, Jungen

Indikator 3.57_02 **Ausgewählte Befunde (Adipositas, Herabsetzung der Sehschärfe) bei Einschulungsuntersuchungen nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken**

KG

Definition

Adipositas (Fettleibigkeit) sowie eine Herabsetzung der Sehschärfe sind zwei somatische Befunde, die bei den Einschulungsuntersuchungen relativ häufig diagnostiziert werden.

Adipositas

Die Häufigkeit von Adipositas hat nicht nur in Europa und den Vereinigten Staaten mittlerweile ein bedenkliches Ausmaß erreicht. Adipositas gilt heute als chronische Erkrankung. Sie kann bereits im Kindesalter zahlreiche Folgeerkrankungen, wie z. B. Fettstoffwechselstörungen, Hypertonie, Diabetes mellitus oder orthopädische Erkrankungen nach sich ziehen. Als Adipositas wird hier das Überschreiten der 97. Perzentile der alters- und geschlechtsspezifischen BMI-Referenzwerte für Kinder und Jugendliche nach Kromeyer-Hauschild et al. (2001) bezeichnet.

Herabsetzung der Sehschärfe

Eine unerkannte und nicht ausreichend behandelte Herabsetzung der Sehschärfe kann das Lernverhalten beeinträchtigen und zu einer falschen Beurteilung der schulischen Leistungsfähigkeit führen. Es ist daher unverzichtbar, die Kinder vor Schulbeginn im Hinblick auf eine ausreichende Sehschärfe zu untersuchen.

Der Indikator erfasst Kinder mit Kurz- und mit Weitsichtigkeit (Hyperopie). Die Überprüfung des Sehvermögens erfolgt durch den Fernvisustest mit einem Sehtestgerät. Schiefelder und Farbsinnstörungen sind in diesem Indikator nicht enthalten.

Datenhalter

Landeszentrum Gesundheit (LZG.NRW)

Datenquellen

Dokumentation der schulischen Eingangsuntersuchungen (Einschulung in die Regelschule)

Periodizität

jährlich, bezogen auf den Einschulungsjahrgang

Validität

Dieser Indikator basiert auf Standards, die zwischen den Ländern unterschiedlich sind. Eine Beurteilung der Vollständigkeit kann nicht erfolgen, deshalb wird die Zahl der nach dem jeweiligen Standard untersuchten Kinder als Bezugsgröße angegeben. Für Nordrhein-Westfalen gelten die Standards des Bielefelder Modells.

Kommentar

Als Definitionskriterien gelten

- bei Adipositas: Überschreiten der 97. Perzentile der alters- und geschlechtsabhängigen BMI-Referenzwerte. Kromeyer-Hauschild K, Wabitsch M, Kunze D et al. (2001): Perzentile für den Body Mass Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. Monatsschrift Kinderheilkunde 8 (2001) Nr. 149, S. 807-818.
- bei einer Herabsetzung der Sehschärfe/Hyperopie: Grenzwerte entsprechend der Jugendärztlichen Definitionen zur Durchführung der schulärztlichen Untersuchungen nach dem "Bielefelder Modell". Jugendärztliche Definitionen. Eine Loseblattsammlung für die schulärztlichen Untersuchungen in Nordrhein-Westfalen. Hrsg. LZG.NRW

Das Bielefelder Modell ist ein Verfahren zur Durchführung und Dokumentation der schulärztlichen Untersuchung. Nahezu alle Kommunen in Nordrhein-Westfalen orientieren sich bei der Einschulungsuntersuchung an diesem Modell.

Indikator 3.57_02 Ausgewählte Befunde (Adipositas, Herabsetzung der Sehschärfe) bei Einschulungsuntersuchungen nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 2018

Verwaltungsbezirk	Adipositas				herabgesetzte Sehschärfe			
	Mädchen		Jungen		Mädchen		Jungen	
	Untersuchte*	Befunde	Untersuchte*	Befunde	Untersuchte*	Befunde	Untersuchte*	Befunde
	Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %
Stadt Aachen	941	4,5	903	3,1	952	31,9	917	31,0
StR Aachen ¹	1.342	6,3	1.456	7,1	1.351	34,6	1.469	34,2
Kreis Düren	1.132	4,5	1.166	4,5	1.192	16,0	1.217	17,6
Kreis Euskirchen	822	1,7	954	3,9	825	29,3	959	27,7
Kreis Heinsberg	1.022	5,1	1.108	5,8	1.040	19,6	1.145	16,7
Reg.-Bez. Köln**	18.535	4,2	19.838	4,5	19.415	19,4	20.837	19,1
Nordrhein-Westfalen**	71.966	4,5	75.920	4,8	70.042	20,2	74.354	19,9

Datenquelle/Copyright:

Landeszentrum Gesundheit (LZG.NRW):

Dokumentation der schulischen Eingangsuntersuchungen (Regelschule)

* Untersuchte mit gültigen Werten

** Summe der meldenden Kreise

¹ StädteRegion Aachen ohne Stadt Aachen

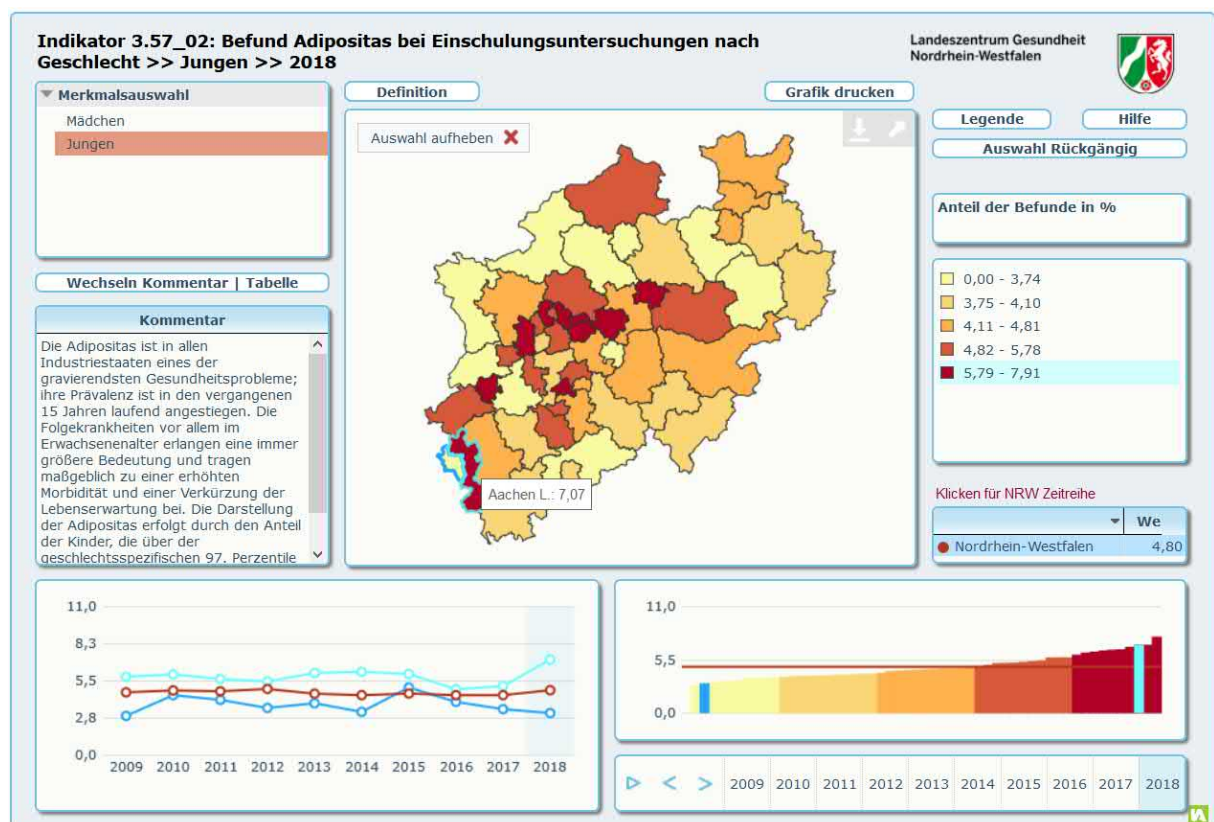


Abbildung 41: Adipositas bei Schulanfängern nach Geschlecht in % der untersuchten Kinder, 2009 – 2018, Jungen

Indikator 3.59_01 Neuerkrankungen an Masern der 0- bis 14-Jährigen nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken

KGV

Definition

Die Masernerkrankung gehört zu den hochkontagiösen systemischen Viruserkrankungen, die aerogen übertragen wird. Sie ist nicht durch kausale Therapie behandelbar. Es können Komplikationen wie Mittelohrentzündung, Lungenentzündung (Bronchopneumonie) und schlimmstenfalls Masernenzephalitis auftreten. Letztere tritt bei jedem 1000sten bis 5000sten Erkrankten auf, kann zu einer dauerhaften Schädigung des Gehirns führen und weist eine Letalitätsrate von 20 % bis 30 % auf. Eine seltene, tödlich verlaufende Spätfolge einer Masernerkrankung stellt die subakute sklerosierende Panenzephalitis (SSPE) dar. Diese wird in einem von 10.000-100.000 Fällen beobachtet. Die einzige Möglichkeit der Primärprävention ist die Schutzimpfung. Deutschland gehört noch immer zu den europäischen Ländern, in denen die Masern verbreitet und die Durchimpfungsraten trotz steigender Quoten zum Teil noch unzureichend sind. Seit In-Kraft-Treten des Infektionsschutzgesetzes am 1.1.2001 besteht für Masern eine Meldepflicht. Die bundesweite Inzidenz lag im Jahr 2008 bei 1,1 Erkrankungen/100.000 Einwohnern.

Die Masern (ICD-10: B05.-, B05.0 - B05.4, B05.8 und B05.9) sind charakterisiert durch einen mehr als drei Tage anhaltenden, generalisierten Ausschlag (makulopapulös) und Fieber sowie zusätzlich mindestens durch Husten oder Katarrh oder Kopliksche Flecken oder Konjunktivitis. In den Indikator gehen Virusisolierungen und Nukleinsäurenachweise in Zellen des Nasen-Rachen-Raumes, Konjunktiven, Urin oder Blut sowie Antikörpernachweise ein.

Masernerkrankungen bei Kindern sind Ausdruck fehlenden oder unzureichenden Impfschutzes. Im vorliegenden Indikator werden Masernerkrankungen bei 0- bis 14-jährigen Kindern erfasst.

Datenhalter

Landeszentrum Gesundheit (LZG.NRW)

Datenquellen

Statistik der meldepflichtigen Krankheiten

Periodizität

jährlich, 31.12.

Validität

Die Meldecompliance unter Ärztinnen und Ärzten wird als sehr niedrig angesehen. Es wird davon ausgegangen, dass weniger als 10 % der Fälle erfasst werden. Bei einem Abgleich der Masern-Daten des IfSG-Meldesystems mit den Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen einer RKI-Studie lag die Sensitivität des Systems nur bei 1 bis 2 Prozent.

Die Daten werden aus der Landesdatenbank für Infektionskrankheiten Nordrhein-Westfalen genommen, die identisch mit den Daten des Robert Koch-Instituts sind.

Kommentar

Die Fallzählung erfolgt nach den vom Robert Koch-Institut festgelegten Referenzdefinitionen, die sowohl das klinische Bild, den labordiagnostischen Nachweis als auch die epidemiologische Bestätigung berücksichtigen. Daten liegen bis zur Kreisebene vor. Im vorliegenden Indikator werden Masernerkrankungen nach dem Wohnort des Kindes ausgewiesen. Als Nennerpopulation wird die durchschnittliche Zahl der Kinder und Jugendlichen der ausgewählten Altersgruppen des Berichtsjahres verwendet.

Es handelt sich um einen Ergebnisindikator.

Indikator 3.59_01 Neuerkrankungen an Masern der 0- bis 14-Jährigen nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 2018

Verwaltungsbezirk	Neuerkrankungen an Masern der 0- bis 14-Jährigen					
	weiblich		männlich		insgesamt	
	Anzahl	je 100 000 weibl. Kinder	Anzahl	je 100 000 männl. Kinder	Anzahl	je 100 000 Kinder
StR Aachen ¹	1	2,9	2	5,5	3	4,3
Kreis Düren	1	5,8	1	5,4	2	5,6
Kreis Euskirchen	–	–	–	–	–	–
Kreis Heinsberg	–	–	–	–	–	–
Reg.-Bez. Köln	31	10,4	29	9,1	60	9,7
Nordrhein-Westfalen	40	3,3	42	3,3	82	3,3

Datenquelle/Copyright:
Landeszentrum Gesundheit (LZG.NRW):
Statistik der meldepflichtigen Krankheiten

"–" nichts vorhanden (genau null)
¹ StädteRegion Aachen inkl. Stadt Aachen

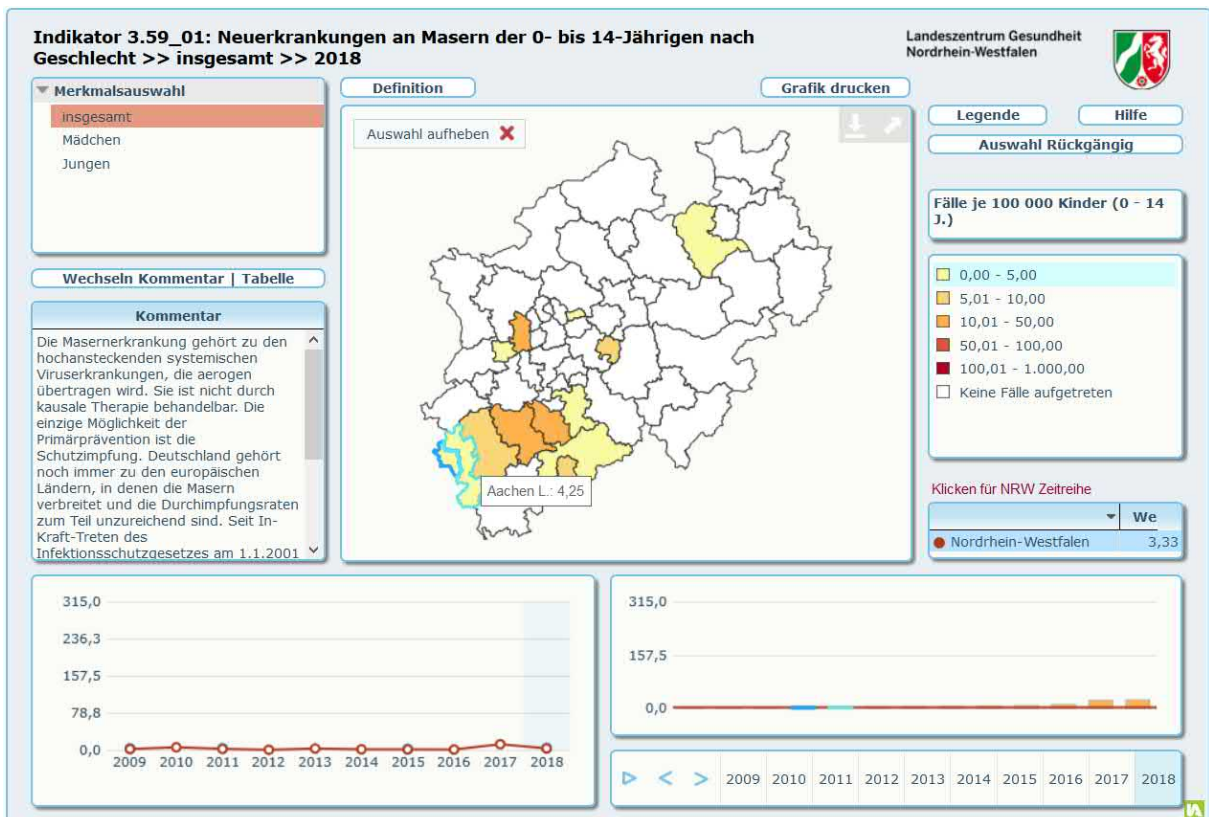


Abbildung 42: Neuerkrankungen an Masern je 100.000 der 0-14-jährigen Kinder, 2009 – 2018

Indikator 3.62 Neuerkrankungen an bakteriell gesicherter Lungentuberkulose nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 3-Jahres-Mittelwert

GSV

Definition

Tuberkulose weist eine enge Wechselwirkung mit der sozialen Lage der Bevölkerung auf. Der jährliche Rückgang der Tuberkulose-Inzidenz beträgt in Deutschland über die letzten 10 Jahre eine Neuerkrankung je 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner. Deutschland weist eine niedrige Inzidenzrate mit weniger als 10 Neuerkrankungen je 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner auf. Das Risiko von Ausländerinnen und Ausländern, die in Deutschland leben, an Tuberkulose zu erkranken, ist erhöht. Meldepflichtige übertragbare Krankheiten basieren auf dem am 1.1.2001 in Kraft getretenen Infektionsschutzgesetz (IfSG). Alle Formen von Tuberkuloseerkrankungen sind nach dem Infektionsschutzgesetz meldepflichtig. Im vorliegenden Indikator 3.61 werden die Neuerkrankungen an bakteriell gesicherter Lungentuberkulose (ICD-10: A15.0 und A15.1) für die Bundesländer aufgeführt, differenziert nach Deutschen und Ausländerinnen/Ausländern. Im Indikator 3.62 werden die Neuerkrankungen an bakteriell gesicherter Lungentuberkulose regional dargestellt.

Die Lungentuberkulose (ICD-10: A15.0 und A15.1) ist charakterisiert durch den Befall des Lungparenchyms oder des Tracheo-Bronchialbaums. In die Indikatoren gehen alle kulturell- oder mikroskopisch-positiven Fälle von Lungentuberkulose ein.

Tuberkulose-Erkrankungen für Deutsche und Ausländerinnen/Ausländer beziehen sich auf den aktuellen Stand der Staatsbürgerschaft. Demzufolge werden die Daten der Bevölkerungsstatistik (durchschnittliche Bevölkerung) als Bezugspopulation herangezogen.

Bis zum Jahr 2000 wurden die Neuerkrankungen an offener Lungentuberkulose aus der Tuberkulosestatistik der Statistischen Landesämter bereitgestellt. Tuberkulose-Erkrankungen für Deutsche und Ausländerinnen/Ausländer bezogen sich wie im vorliegenden Indikator auf den aktuellen Stand der Staatsbürgerschaft und basierten auf der Bevölkerungsstatistik.

Datenhalter

Robert Koch-Institut (RKI), Abteilung für Infektionsepidemiologie

Datenquellen

Statistik der meldepflichtigen Krankheiten

Periodizität

jährlich, 31.12., qualitätsgesicherte und verbindliche Zahlen ab 30.06. des Folgejahres

Validität

Die Vollständigkeit der Meldungen wird durch die Meldedisziplin der Ärztinnen und Ärzte sowie weiterer meldepflichtiger Einrichtungen beeinflusst. Einige Erkrankungen lassen sich aufgrund unvollständiger Meldungen Ländern nicht zuordnen. Deshalb kann die Summe der von den 16 Bundesländern gemeldeten Krankheiten von der Gesamtsumme der Erkrankungen der Bundesrepublik Deutschland abweichen. Zur besseren Vergleichbarkeit der Erkrankungshäufigkeiten im Trend und im regionalen Vergleich werden zusätzlich altersstandardisierte Raten berechnet.

Kommentar

Die Meldungen von Tuberkulose-Erkrankungen erfolgen nach den vom Robert Koch-Institut festgelegten Referenzdefinitionen, die sowohl das klinische Bild, den labordiagnostischen Nachweis als auch den epidemiologischen Zusammenhang berücksichtigen. Daten liegen bis zur Kreisebene vor. Es besteht der Bezug zum Wohnort. Als Nennerpopulation wird die durchschnittliche Bevölkerung des Berichtsjahres, für den Landesindikator getrennt für Deutsche und Ausländer, verwendet.

Wegen der geringen Zahl an Neuerkrankungen in den Kreisen werden 3-Jahres-Mittelwerte berechnet. Für den Vergleich von regionalen Angaben zur Tuberkulose-Inzidenz wird die indirekte Standardisierung durchgeführt.

Es handelt sich bei beiden Indikatoren um Ergebnisindikatoren.

Indikator 3.62 Neuerkrankungen an bakteriell gesicherter Lungentuberkulose, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 2015 - 2017*, 3-Jahres-Mittelwert

Verwaltungsbezirk	Bakteriell gesicherte Lungentuberkulose (A15.0 und A15.1)								
	weiblich			männlich			insgesamt**		
	Anzahl	je 100.000 weibl. Einw.	SMR**	Anzahl	je 100.000 männl. Einw.	SMR**	Anzahl	je 100.000 Einwohner	SMR***
StR Aachen ¹	9	3,2	1,11	17	6,0	0,94	25	4,6	9
Kreis Düren	3	2,5	0,92	8	5,9	0,98	11	4,2	3
Kreis Euskirchen	4	3,8	1,40	5	5,3	0,89	9	4,5	4
Kreis Heinsberg	1	0,8	0,29	5	4,0	0,67	6	2,4	1
Reg.-Bez. Köln	71	3,2	1,13	140	6,4	1,06	211	4,8	71
Nordrhein-Westfalen	254	2,8	1,00	530	6,0	1,00	784	4,4	254

Datenquelle/Copyright:
Abteilung für Infektionsepidemiologie des Robert Koch-Instituts: Statistik der meldepflichtigen Krankheiten

¹ StR Aachen inkl. Stadt Aachen
* 2017 vorläufige Zahlen
** einschl. ohne Geschlechtsangabe
*** Standardized Morbidity Ratio: standardisiert an der Tbc-Inzidenz des Landes (s. Kommentar)

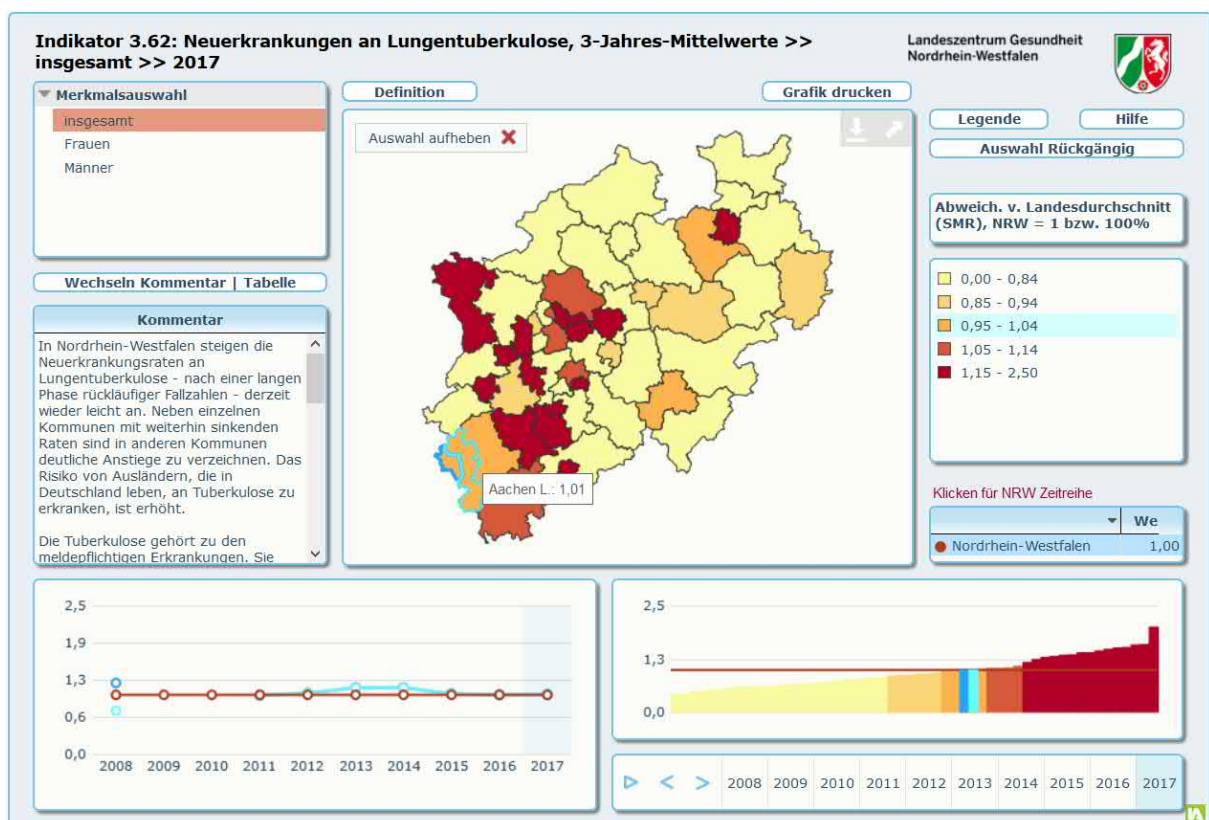


Abbildung 43: Neuerkrankungen an bakteriell gesicherter Lungentuberkulose im Vergleich zu NRW (Bezugswert NRW = 1), dargestellt als Standardized-Morbidity-Ratio - SMR, 3-Jahres-Mittelwerte 2008 - 2017, * seit 2009 StR Aachen inkl. Stadt Aachen

Indikator 3.62_01 Neuerkrankungen an bakteriell gesicherter Lungentuberkulose nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken

GSV

Definition

Tuberkulose weist eine enge Wechselwirkung mit der sozialen Lage der Bevölkerung auf. Der jährliche Rückgang der Tuberkulose-Inzidenz beträgt in Deutschland über die letzten 10 Jahre eine Neuerkrankung je 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner. Deutschland weist eine niedrige Inzidenzrate mit weniger als 10 Neuerkrankungen je 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner auf. Das Risiko von Ausländerinnen und Ausländern, die in Deutschland leben, an Tuberkulose zu erkranken, ist erhöht.

Meldepflichtige übertragbare Krankheiten basieren auf dem am 1.1.2001 in Kraft getretenen Infektionsschutzgesetz (IfSG). Alle Formen von Tuberkuloseerkrankungen sind nach dem Infektionsschutzgesetz meldepflichtig. Im vorliegenden Indikator 3.62_01 werden die Neuerkrankungen an bakteriell gesicherter Lungentuberkulose (ICD-10: A15.0 und A15.1) der Bevölkerung für die Kreise und kreisfreien Städte des Landes Nordrhein-Westfalen für ein Berichtsjahr aufgeführt, während im Indikator 3.62 drei Berichtsjahre zusammengezählt werden und zusätzlich die SMR (indirekte Altersstandardisierung) ausgewiesen wird.

Die Lungentuberkulose (ICD-10: A15.0 und A15.1) ist charakterisiert durch den Befall des Lungenparenchyms oder des Tracheo-Bronchialbaums. In die Indikatoren gehen alle kulturell- oder mikroskopisch-positiven Fälle von Lungentuberkulose ein.

Tuberkulose-Erkrankungen für Deutsche und Ausländerinnen/Ausländer zusammen beziehen sich auf den aktuellen Stand der Staatsbürgerschaft. Demzufolge werden die Daten der Bevölkerungsstatistik (durchschnittliche Bevölkerung) als Bezugspopulation herangezogen.

Bis zum Jahr 2000 wurden die Neuerkrankungen an offener Lungentuberkulose aus der Tuberkulosestatistik der Statistischen Landesämter bereitgestellt. Tuberkulose-Erkrankungen bezogen sich wie im vorliegenden Indikator auf den aktuellen Stand der Staatsbürgerschaft und basierten auf der Bevölkerungsstatistik. Im Indikator 3.59 werden alle Erkrankungen an Tuberkulose (A15 – A19) aufgeführt. Die bakteriell gesicherte Lungentuberkulose (A15.0 und A15.1) ist eine Teilmenge aller Tuberkulose-Erkrankungen.

Datenhalter

Robert Koch-Institut (RKI), Abteilung für Infektionsepidemiologie

Datenquellen

Statistik der meldepflichtigen Krankheiten

Periodizität

jährlich, 31.12., qualitätsgesicherte und verbindliche Zahlen ab 30.06. des Folgejahres

Validität

Die Vollständigkeit der Meldungen wird durch die Meldedisziplin der Ärztinnen und Ärzte sowie weiterer meldepflichtiger Einrichtungen beeinflusst. Einige Erkrankungen lassen sich aufgrund unvollständiger Meldungen Ländern nicht zuordnen. Deshalb kann die Summe der von den 16 Bundesländern gemeldeten Krankheiten von der Gesamtsumme der Erkrankungen der Bundesrepublik Deutschland abweichen.

Kommentar

Die Meldungen von Tuberkulose-Erkrankungen erfolgen nach den vom Robert Koch-Institut festgelegten Referenzdefinitionen, die sowohl das klinische Bild, den labor diagnostischen Nachweis als auch den epidemiologischen Zusammenhang berücksichtigen. Daten liegen bis zur Kreisebene vor. Es besteht der Bezug zum Wohnort. Als Nennerpopulation wird die durchschnittliche Bevölkerung des Berichtsjahres verwendet.

Es handelt sich bei dem Indikator um einen Ergebnisindikator.

Indikator 3.62_01 Neuerkrankungen an bakteriell gesicherter Lungentuberkulose, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 2017

Verwaltungsbezirk	Bakteriell gesicherte Lungentuberkulose (A 15.0 und A 15.1)					
	weiblich		männlich		insgesamt**	
	Anzahl	je 100.000 weibl. Einw.	Anzahl	je 100.000 männl. Einw.	Anzahl	je 100.000 Einwohner
StR Aachen ¹	8	2,9	16	5,7	24	4,3
Kreis Düren	5	3,8	7	5,4	12	4,6
Kreis Euskirchen	4	4,1	4	4,2	8	4,2
Kreis Heinsberg	2	1,6	7	5,6	9	3,6
Reg.-Bez. Köln	71	3,1	132	6,0	203	4,6
Nordrhein-Westfalen	255	2,8	474	5,4	729	4,1

Datenquelle/Copyright: Abteilung für Infektionsepidemiologie des Robert Koch-Instituts: Statistik der meldepflichtigen Krankheiten

¹ ab 2009 StR Aachen inkl. Stadt Aachen
 * vorläufige Zahlen
 ** einschließlich ohne Geschlechtsangabe
 „_“ nichts vorhanden (genau null)

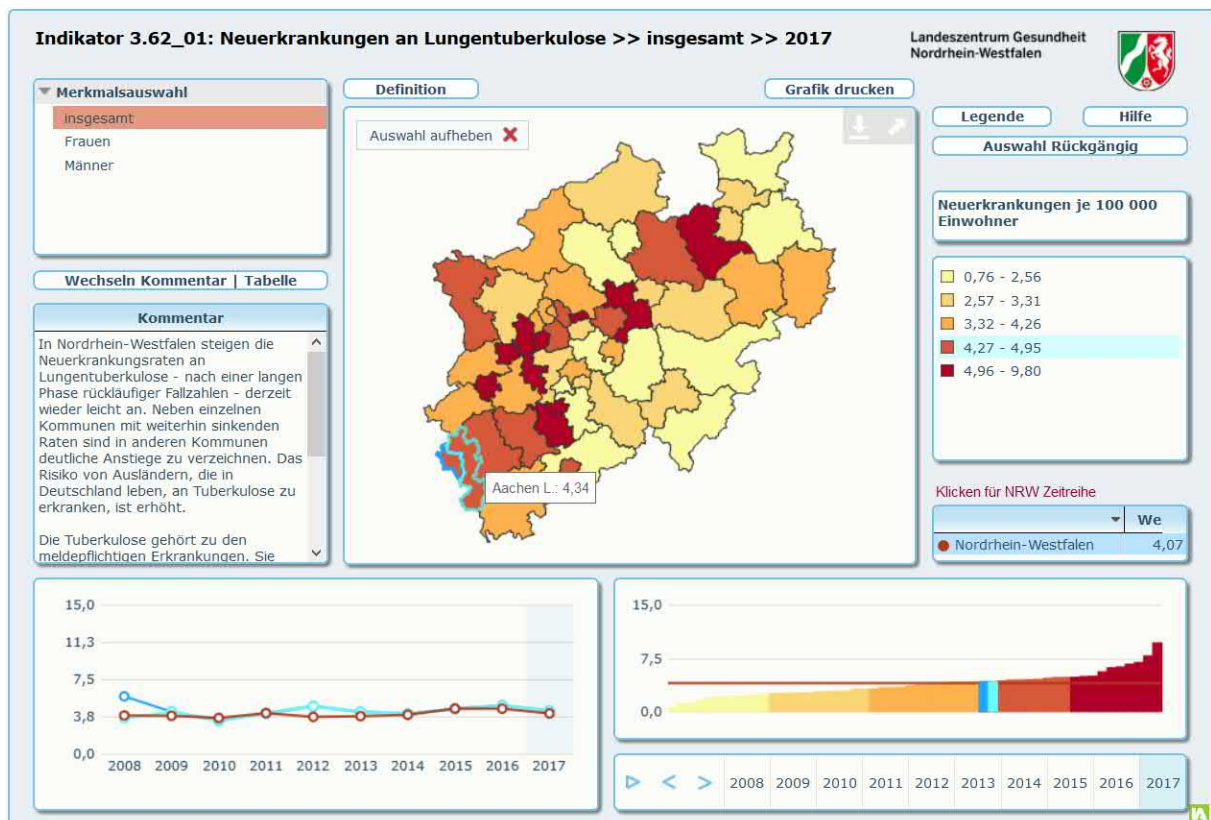


Abbildung 44: Neuerkrankungen an bakteriell gesicherter Lungentuberkulose je 100.000 Einwohner, 2008- 2017

Indikator 3.87_01 Einweisungen nach dem PsychKG und dem Betreuungsgesetz, nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen im Zeitvergleich

GVP

Definition

In jedem Bundesland gibt es ein Gesetz, das die Unterbringung von psychisch Kranken regelt, wenn diese eine Gefahr für die öffentliche Sicherheit und Ordnung darstellen, weil sie sich selbst oder bedeutende Rechtsgüter anderer in erheblichem Maße gegenwärtig gefährden (PsychKG-Gesetze der Länder). Maßnahmen zur Gefahrenabwehr sind Zwangsmaßnahmen, die nicht der Heilung von psychischer Krankheit, sondern allein zur Abwendung einer Gefahr für Leib oder Leben der einzuweisenden Person oder seiner Umgebung dienen. Die Unterbringung wird von den Ordnungsbehörden beantragt, wobei das ärztliche Gutachten in der Regel durch Klinikärztinnen und -ärzte oder niedergelassene Ärztinnen und Ärzte ausgestellt wird.

Neben den PsychKG-Gesetzen der Länder regelt das 1992 in Kraft getretene Betreuungsrecht (§§1896 ff. BGB) Unterbringungen betreuer Personen. Gleichzeitig beinhaltet auch das Gesetz über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit (FamFG) ein einheitliches Verfahrensrecht für die zivilrechtliche Unterbringung (nach dem Betreuungsgesetz) und die öffentlich-rechtliche Unterbringung nach den Unterbringungsgesetzen der Länder.

Im Indikator 3.87 werden die Unterbringungsanträge nach den Unterbringungsgesetzen der Länder (hier PsychKG NRW) nach Alter und Geschlecht in Absolutzahlen und als Rate je 100 000 der durchschnittlichen Bevölkerung im Zeitvergleich bzw. für die meldenden Kreise und kreisfreien Städte (Indikator 3.87_01) ausgewiesen.

Daten zur Unterbringung nach dem PsychKG werden in den Gesundheitsämtern, Ordnungsämtern oder Betreuungsstellen der Städte und Gemeinden in Nordrhein-Westfalen erfasst.

Die Anzahl und Rate der Unterbringungsanträge spiegelt das Versorgungsgeschehen wider. Der ab 2014 ausgewiesene Anteil an Personen mit Meldeadresse außerhalb des meldenden Verwaltungsbezirks zeigt, dass in einigen Kreisen und kreisfreien Städten ein erheblicher Anteil der untergebrachten Personen nicht in dem Kreis/der kreisfreien Stadt gemeldet ist, in der es zu einer Zwangseinweisung kommt.

Die Rate der Unterbringungsanträge eines Kreises/einer kreisfreien Stadt wird auf die durchschnittliche Bevölkerungsgröße des meldenden Kreises/der kreisfreien Stadt bezogen.

Datenhalter

- Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW)
- Städte und Gemeinden des Landes Nordrhein-Westfalen

Datenquellen

- Dokumentation zu den Unterbringungsgesetzen der Länder (PsychKG)
- Dokumentation zum Betreuungsgesetz

Periodizität

Jährlich, 31.12.

Validität

Daten zu den Unterbringungsanträgen nach PsychKG (Summe aller Unterbringungsanträge der Ordnungsbehörde) werden von den Kreisen und kreisfreien Städten nahezu vollständig gemeldet. Die Bezugsbevölkerung zur Berechnung der Unterbringungsrate wird entsprechend der meldenden Gebiets-einheiten erstellt. Aufgrund der Unvollständigkeit der Meldungen von Unterbringungen nach dem Betreuungsgesetz werden diese nicht im Indikator 3.87_01 ausgewiesen.

Indikator 3.87_01 Einweisungen nach dem PsychKG¹, nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 2018

Verwaltungsbezirk	Unterbringungen nach dem PsychKG						
	insgesamt		davon:				Melde-*** adresse außer- halb
			weiblich		männlich		
	Anzahl*	je 100.000 Einwohner**	Anzahl	je 100.000 weibl. Einw.**	Anzahl	je 100.000 männl. Einw.**	in %
Stadt Aachen	732	296,6	348	293,9	384	299,0	24,9
StR Aachen ²	335	108,8	135	86,2	198	130,8	6,0
Kreis Düren	657	249,5	306	230,4	351	268,9	31,7
Kreis Euskirchen	287	149,1	106	108,7	180	189,6	54,7
Kreis Heinsberg	365	143,9	180	140,4	177	141,0	6,0
Reg.-Bez. Köln	6.956	155,9	3.096	136,3	3.844	175,6	20,4
Nordrhein-Westfalen	25.090	140,3	10.603	116,4	14.235	162,2	17,8

Datenquelle/Copyright: Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen: Dok. zum PsychKG

1 Gesetz über Hilfen u. Schutzmaßnahmen bei psych. Krankheiten

2 Städteregion Aachen ohne Stadt Aachen

* einschl. Patienten mit unbekanntem Geschlecht

** bezogen auf die Bevölkerung der meldenden Kreise und kreisfreien Städte

*** Personen mit Meldeadresse außerhalb der Kreise und kreisfreien Städte

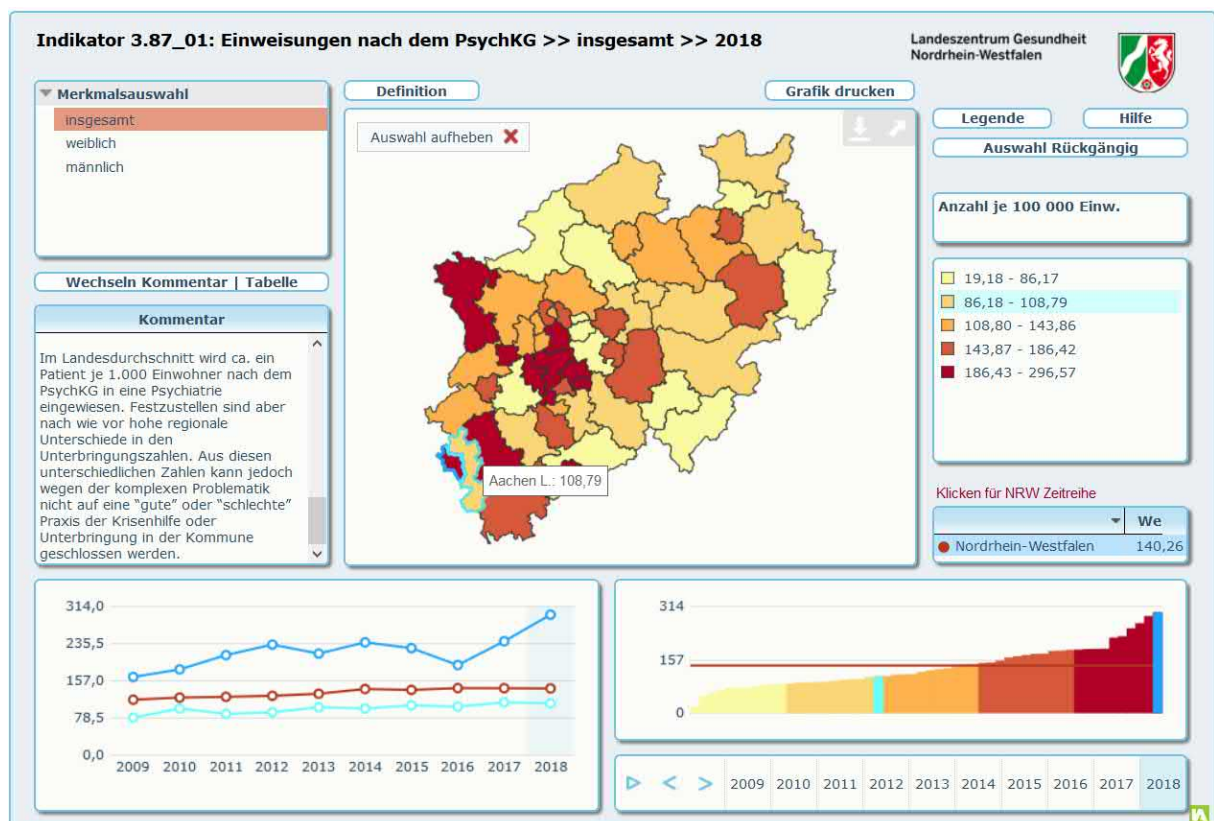


Abbildung 45: Einweisungen nach dem PsychKG je 100.000 Einwohner, 2009 – 2018

Indikator 3.89 Gestorbene infolge vorsätzlicher Selbstbeschädigung (Suizidsterbefälle) nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 3-Jahres-Mittelwert

GP

Definition

Der Indikator 3.89 enthält die gemittelten absoluten Todesfälle, die auf die jeweilige durchschnittliche Wohnbevölkerung bezogenen geschlechtsspezifischen Mortalitätsraten und die auf die Gesamtsuizidrate des Landes normierten Mortalitätsziffern (SMR) infolge vorsätzlicher Selbstbeschädigung (Suizidsterbefälle) als 3-Jahres-Mittelwert für die Kreise und kreisfreien Städte des Landes Nordrhein-Westfalen. Grundlage für die Tabelle bildet die amtliche Todesursachenstatistik.

Die Anzahl der jugendlichen Selbstmorde ist in Großstädten doppelt so hoch wie auf dem Land. Die Zahl der Suizide in ländlichen Gebieten mit hoher Drogenkriminalität liegt 50 % über dem Durchschnitt. Aufschlussreich ist, dass die Rate der Suizidversuche bei Mädchen dreimal höher ist als bei Jungen. Dagegen führen jedoch bei Jungen die Suizidversuche dreimal öfter zum Tode als beim weiblichen Geschlecht. Ein Anstieg von Suizidsterbefällen wird in höherem Lebensalter beobachtet.

Regionalisierte geschlechtsspezifische Sterbeziffern infolge vorsätzlicher Selbstbeschädigung (Suizidsterbefälle) machen diese besondere Form geschlechtsspezifischer Sterblichkeit und ihren Anteil an der Gesamtsterblichkeit deutlich und lassen die Unterschiede im Vergleich der Zahlen Gestorbener nach Geschlecht durch die entsprechenden Häufigkeiten je 100 000 Einwohner zwischen den Verwaltungseinheiten des Bundeslandes deutlich werden.

Datenhalter

Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW)

Datenquellen

Todesursachenstatistik

Periodizität

jährlich, 31.12.

Validität

Für die Registrierung der Sterbefälle ist die letzte Wohngemeinde, bei mehreren Wohnungen die Hauptwohnung des Gestorbenen maßgebend. Die Zahlen werden der Bevölkerungsstatistik und der Todesursachenstatistik der Länder entnommen. Die Validität setzt die Weiterleitung der Todesbescheinigungen an das zuständige Einwohnermeldeamt voraus, so dass Verstorbene in die Statistik der Kommunen und des Bundeslandes eingehen, wo sie mit ihrem Hauptwohnsitz gemeldet waren. Die Kodierung der Todesbescheinigungen erfolgt in den Statistischen Landesämtern. Daten über die Suizidsterbefälle gelten als relativ zuverlässig.

Kommentar

Die im Indikator ausgewiesenen vorsätzlichen Selbstbeschädigungen enthalten per Definition keine Suizidfälle der unter 10-Jährigen. Regionalisierte Suizidraten bilden den Grundstock einer kommunalen Berichterstattung über Suizidfälle. Für die Berechnung von Raten als Mehrjahresmittelwert (z. B. drei Jahre) sind die Verfahren der Mittelwertbildung mit der Methode der gleitenden Durchschnitte kombinierbar. Neben der Berechnung je 100 000 Einwohner wird die indirekte Altersstandardisierung (SMR) als Methode zur Vergleichsrate verwendet. Der Landesdurchschnitt liegt bei der SMR bei 1,00, die Kreise können diese Werte über- oder unterschreiten.

Es handelt sich um einen Ergebnisindikator.

Indikator 3.89 Gestorbene infolge vorsätzlicher Selbstbeschädigung (Suizidsterbefälle) nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 2015 - 2017, 3-Jahres-Mittelwert

Verwaltungsbezirk	Gestorbene infolge vorsätzlicher Selbstbeschädigung (X60 - X84)								
	weiblich			männlich			insgesamt		
	Anzahl*	je 100.000 weibl. Einw.	SMR**	Anzahl*	je 100.000 männl. Einw.	SMR**	Anzahl*	je 100.000 Einw.	SMR**
Stadt Aachen	4	3,4	0,83	15	12,1	1,01	19	7,9	0,99
StR Aachen ¹	5	3,2	0,72	19	12,8	0,99	24	7,9	0,92
Kreis Düren	6	4,3	0,97	18	13,6	1,06	23	8,9	1,04
Kreis Euskirchen	4	3,8	0,85	13	13,4	1,03	16	8,6	0,99
Kreis Heinsberg	5	3,9	0,89	13	10,7	0,83	18	7,3	0,85
Reg.-Bez. Köln	107	4,7	1,11	286	13,2	1,04	393	8,9	1,06
Nordrhein-Westfalen	397	4,4	1,00	1126	12,9	1,00	1523	8,5	1,00

Datenquelle/Copyright:
Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW):
Todesursachenstatistik

* 3-Jahres-Mittelwert
** Standardized Mortality Ratio: standardisiert an der Suizidrate des Landes
¹ StädteRegion Aachen ohne Stadt Aachen

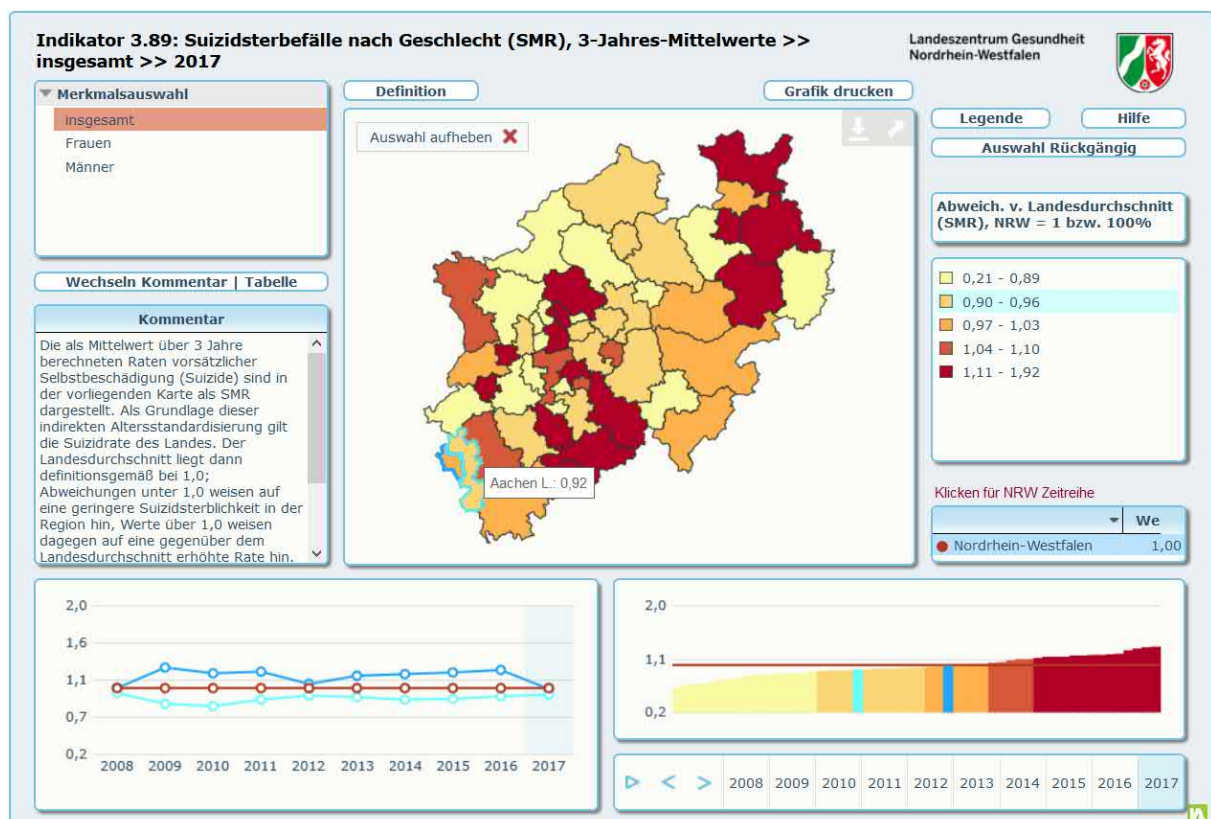


Abbildung 46: Gestorbene infolge vorsätzlicher Selbstbeschädigung (Suizidsterbefälle) im Vergleich zu NRW (Bezugswert NRW = 1), dargestellt als Standardized-Mortality-Ratio - SMR, 3-Jahres-Mittelwert 2008 - 2017

Indikator 3.111_01 Krankenhausfälle infolge von Verbrennungen und Vergiftungen bei Kindern unter 15 Jahren nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken

KG

Definition

Die alters- und geschlechtsspezifischen stationären Behandlungsraten infolge von Verbrennungen und Vergiftungen reflektieren die Morbiditätssituation der unter 15-jährigen Bevölkerung. Schwere Verbrennungen und Vergiftungen bei Kindern sollten kleinräumig analysiert werden, weil sie prinzipiell durch präventive Maßnahmen ausgeschlossen werden können, und weil sie bei sozial ungünstigen Verhältnissen häufiger auftreten. Nach der geltenden Klassifikation der Krankheiten zählen zu Verbrennungen und Verätzungen (T20 – T32) und Vergiftungen (T36 – T65) Verletzungen verschiedenen Grades und Umfangs der Körperoberfläche und Vergiftungen durch Medikamente, Betäubungsmittel, Chemikalien, Rauchvergiftungen und Nahrungsmittel. Bei stationären Behandlungen wird die Hauptdiagnose von den behandelnden Ärzten bei der stationären Entlassung kodiert.

Der Indikator weist die Krankenhausfälle infolge von Verbrennungen und Vergiftungen insgesamt und nach Geschlecht mit Bezug auf die Wohnbevölkerung der Altersgruppe und des Berichtsjahres aus, leichtere ambulant behandelte Verletzungen sind somit in dem Indikator nicht enthalten.

Im Indikator sind Stundenfälle, ohne die Patientinnen und Patienten mit unbekanntem Wohnsitz bzw. Geschlecht, enthalten. Stundenfälle bezeichnen Patientinnen und Patienten, die stationär aufgenommen, aber am gleichen Tag wieder entlassen bzw. verlegt wurden oder verstorben sind.

Die Krankenhausfälle berechnen sich aus der Anzahl der Patientinnen und Patienten, die in ein Krankenhaus aufgenommen, stationär behandelt und im Berichtsjahr mit einer der erwähnten Diagnosen entlassen wurden. Als Bezugspopulation wird die durchschnittliche Bevölkerung verwendet.

Datenhalter

Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW)

Datenquellen

Krankenhausstatistik, Teil II, Diagnosen (Krankenhäuser)

Periodizität

jährlich, 31.12.

Validität

Rechtsgrundlage ist die Verordnung über die Bundesstatistik für Krankenhäuser vom 10.4.1990. Alle Krankenhäuser sind berichtspflichtig, d. h. es liegt eine Totalerhebung vor. Nicht enthalten sind Krankenhäuser im Straf-/Maßregelvollzug sowie Polizei- und Bundeswehrkrankenhäuser (sofern sie nicht oder nur im eingeschränkten Umfang für die zivile Bevölkerung tätig sind).

Es wird von einer vollständigen Datenerfassung und einer ausreichenden Datenqualität ausgegangen.

Kommentar

Daten über die Inzidenz von Verbrennungen und Vergiftungen sind derzeit nicht verfügbar. Es werden hier stattdessen die Krankenhausfälle berichtet. Die Diagnosestatistik liegt nach Behandlungs- und Wohnort vor. Für den vorliegenden Indikator werden die stationären Behandlungsfälle nach Wohnort zu Grunde gelegt. Leichte Verbrennungen und Vergiftungen werden ambulant behandelt, so dass die Morbidität wesentlich höher ist.

Es handelt sich um einen Ergebnisindikator.

Indikator 3.111_01 Krankenhausfälle infolge von Verbrennungen und Vergiftungen bei Kindern unter 15 Jahren nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken*, 2017

Verwaltungsbezirk	Krankenhausfälle infolge von Verbrennungen (T20 - T32) und Vergiftungen (T36 - T65) bei Kindern unter 15 Jahren					
	weiblich		männlich		insgesamt	
	Anzahl**	je 100.000 weibl. Einw. <15 J.	Anzahl**	je 100.000 männl. Einw. <15 J.	Anzahl**	je 100.000 Einw. <15 J.
Stadt Aachen	20	144,8	27	187,4	47	166,5
StR Aachen ¹	34	167,1	32	147,3	66	156,9
Kreis Düren	18	105,2	16	87,1	34	95,8
Kreis Euskirchen	11	87,0	11	82,7	22	84,8
Kreis Heinsberg	21	126,0	28	157,8	49	142,4
Reg.-Bez. Köln	309	104,3	349	110,7	658	107,6
Nordrhein-Westfalen	1.387	117,1	1.558	123,9	2.945	120,6

Datenquelle/Copyright:

Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW):

Krankenhausstatistik, Teil II - Diagnosen (Krankenhäuser)

* Wohnbevölkerung

** inkl. Stundenfälle, ohne Patienten mit unbekanntem Wohnsitz bzw. Geschlecht

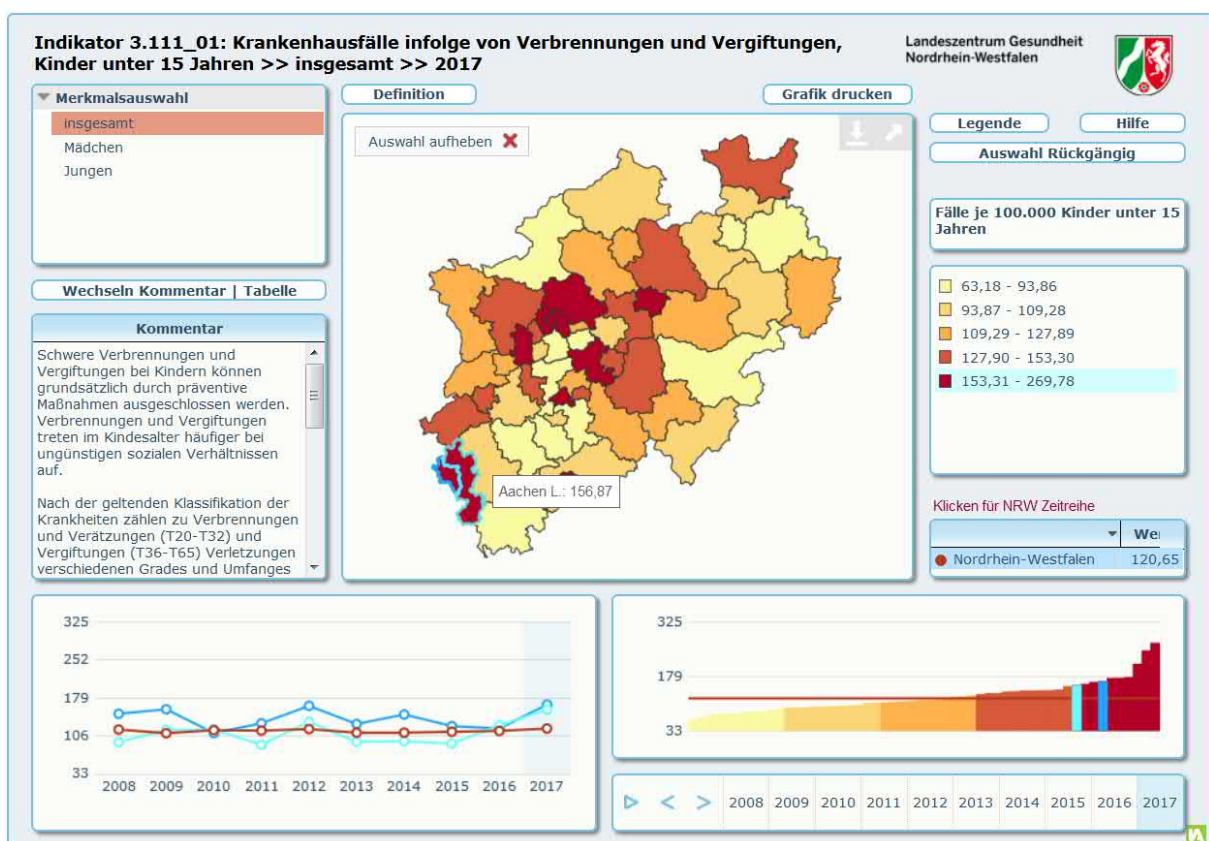
¹ StädteRegion Aachen ohne Stadt Aachen


Abbildung 47: Krankenhausfälle infolge von Verbrennungen und Vergiftungen bei Kindern unter 15 Jahren je 100.000 der Altersgruppe, 2008 - 2017

Indikator 3.118 Im Straßenverkehr verunglückte Personen nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken

G

Definition

Aus den Straßenverkehrsberichten geht hervor, dass in dicht besiedelten Gebieten mehr Personen im Straßenverkehr verunglücken, jedoch in Großstädten weniger tödliche Verkehrsunfälle registriert werden. Die Zahl verletzter und getöteter Personen infolge von Straßenverkehrsunfällen unterscheidet sich sowohl zwischen Kreisen, kreisfreien Städten, Stadtbezirken als auch zwischen Bundesländern. Betrachtet man das Unfallgeschehen nach Regionen, so fallen vor allem die Ballungszentren und jene Regionen entlang von Hauptverkehrsrouten durch hohe Unfallzahlen auf. Bezieht man die Zahl der Unfälle auf die Einwohnerinnen und Einwohner, so zeigt sich auch hier, dass die Ballungszentren - vor allem aufgrund der hohen Verkehrsdichte - erhöhte Unfallraten aufweisen. Im Gegensatz dazu ist die auf Einwohnerinnen und Einwohner bezogene Getötetenrate in den Städten niedrig. Hier konzentrieren sich die hohen Werte auf die höheren Fahrgeschwindigkeiten auf den Außerortstraßen (Fernstraßen, Autobahnen).

Um Gebiete mit unterschiedlichen Einwohnerzahlen in Bezug auf die Anzahl von Unfallverletzten und -getöteten nach Geschlecht vergleichen zu können, werden die Unfallzahlen im vorliegenden Indikator für beide Geschlechter auf jeweils 100 000 weibliche bzw. männliche Einwohner bezogen. Der Bezug auf die Wohnbevölkerung ist ungenau, da die Straßenverkehrsunfälle nach dem Ereignisort des Unfalls registriert werden.

Entsprechend der Straßenverkehrsunfallstatistik sind im Straßenverkehr verunglückte Personen verletzte und getötete Personen, die bei Unfällen im Fahrverkehr (inkl. Eisenbahn), auf öffentlichen Wegen und Plätzen Körperschäden erlitten haben, unabhängig von der Höhe des Sachschadens. Unfälle, die Fußgängerinnen und Fußgänger allein betreffen (z. B. Sturz), und Unfälle, die sich auf Privatgrundstücken ereignen, werden nicht als Straßenverkehrsunfälle erfasst. Personen, die innerhalb von 30 Tagen an den Unfallfolgen sterben, rechnen nicht zu den Verletzten, sondern zu den Getöteten Personen.

Datenhalter

Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW)

Datenquellen

Statistik der Straßenverkehrsunfälle

Periodizität

jährlich, 31.12.

Validität

Die Daten der Straßenverkehrsunfälle zu tödlichen Unfällen gelten als valide, wohingegen die Datenqualität hinsichtlich der Verletzten je nach Schwere und Verkehrsbeteiligung etc. schwankt.

Kommentar

Die Straßenverkehrsunfallstatistik der verunglückten Personen (verunglückte Beteiligte sowie Mitfahrerinnen und Mitfahrer) ist nach dem Ereignisprinzip (Unfallort) einem Land oder Kreis zugeordnet. Trotzdem ist hier zu Vergleichszwecken ein Bezug auf die Wohnbevölkerung vorgesehen. Es ist davon auszugehen, dass Unfälle bei Fußgängerinnen und Fußgängern und in eingeschränktem Umfang bei Fahrradfahrerinnen und -fahrern häufiger am Wohnort passieren, dagegen sollten die Raten bei Berufspendlerinnen und -pendlern in den Stadtstaaten/Städten systematisch gegenüber dem Umland erhöht sein. Bei der Darstellung und Interpretation ist dies zu berücksichtigen. Der Indikator zählt zu den Ergebnisindikatoren.

Indikator 3.118 Im Straßenverkehr verunglückte Personen nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 2019

Verwaltungsbezirk	Im Straßenverkehr verunglückte Personen						Dar.: tödlich	
	weiblich		männlich		insgesamt*		weibl.	männl.
	Anzahl	je 100.000 weibl. Einw.	Anzahl	je 100.000 männl. Einw.	Anzahl	je 100.000 Einw.	Anzahl	
Stadt Aachen	564	474,9	705	544,8	1.269	511,3	5	2
StR Aachen ¹	543	346,6	699	461,6	1.243	403,5	1	2
Kreis Düren	532	399,6	674	514,3	1.206	456,5	3	9
Kreis Euskirchen	341	348,3	494	518,2	835	432,1	–	9
Kreis Heinsberg	452	351,0	645	511,2	1.098	430,7	2	8
Reg.-Bez. Köln	9.155	401,9	11.521	524,7	20.705	462,8	31	79
Nordrhein-Westfalen	34.771	380,5	43.370	492,7	78.268	436,3	127	329

Datenquelle/Copyright: Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW); Statistik der Straßenverkehrsunfälle

* einschl. Personen unbek. Geschlechts
¹ StädteRegion Aachen ohne Stadt Aachen
 "- " nichts vorhanden (genau null)

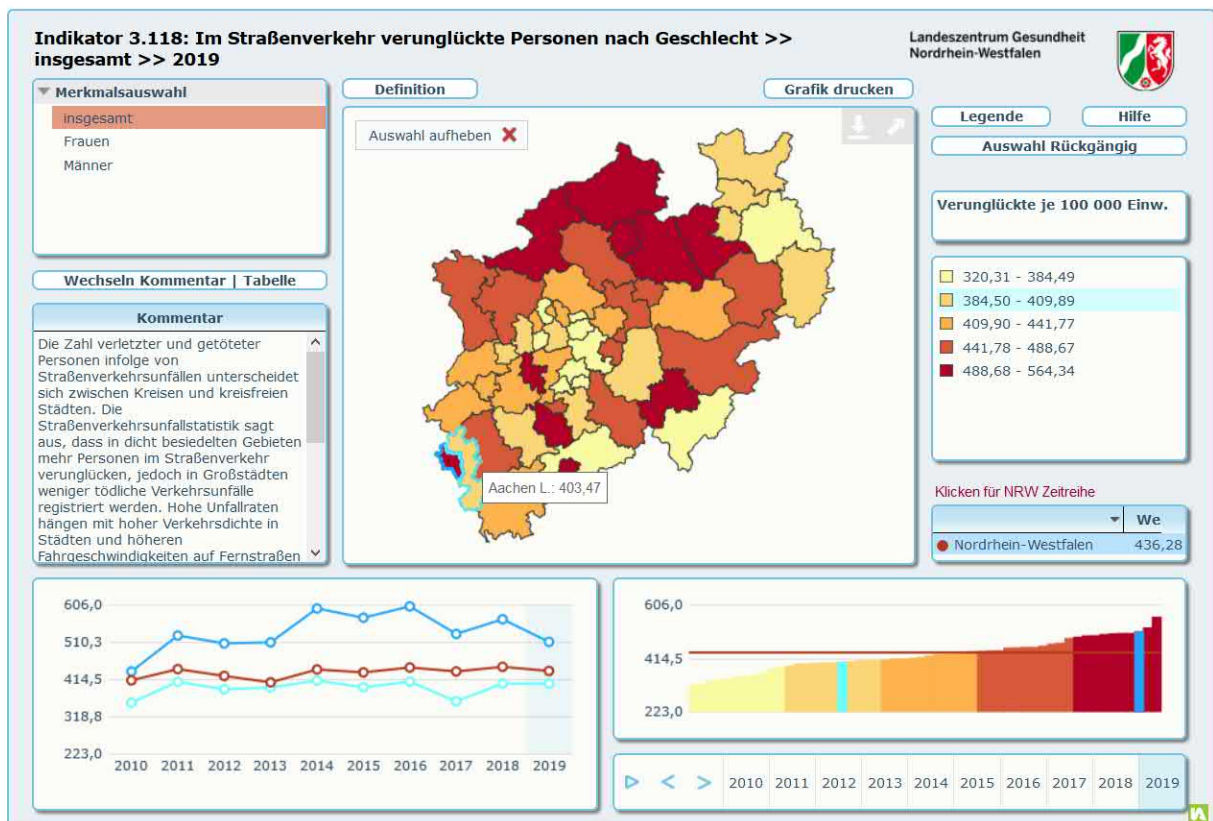


Abbildung 48: Im Straßenverkehr verunglückte Personen je 100.000 Einwohner, 2010 - 2019

Themenfeld 4:
Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen

Indikator 4.01_02 Rauchverhalten nach Alter und Geschlecht, Mikrozensus, Nordrhein-Westfalen

GKA

Definition

Das Rauchen von Tabakwaren – am häufigsten werden Zigaretten geraucht – gilt als das Risikoverhalten mit den deutlichsten Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung: Kein anderes Verhalten hat einen vergleichbar starken Einfluss auf die Gesamtsterblichkeit. Rauchen fördert die Entstehung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (u. a. Herzinfarkt, Schlaganfall) und von Krankheiten der Atmungsorgane (insbesondere Lungenkrebs und chronische Lungenerkrankungen).

Nach dem Mikrozensusgesetz 2005 vom 24. Juni 2004 (BGBl. I S. 1350) findet alle vier Jahre eine Zusatzerhebung *Gesundheitszustand der Bevölkerung* zum Mikrozensus statt. Sie liefert u. a. Informationen über Rauchgewohnheiten. Das Rauchverhalten ist geschlechts- und altersabhängig. Unter *regelmäßigem Rauchen* wird tägliches Rauchen verstanden, auch wenn es sich nur um geringe Tabakmengen handelt.

Im Indikator 4.1_02 wird der Anteil der Nichtraucherinnen und Nichtraucher, der Raucherinnen und Raucher insgesamt und der starken Raucherinnen und Raucher nach Kreisen und kreisfreien Städten in Prozent ausgewiesen. Die Ergebnisse resultieren aus einer Hochrechnung der 1 %-Stichprobe auf die Bevölkerung des Landes Nordrhein-Westfalen.

Datenhalter

Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW)

Datenquellen

Mikrozensus, Zusatzerhebung Gesundheit

Periodizität

ab 2005 vierjährlich

Validität

Da die Fragen zum Rauchverhalten für Kinder und Jugendliche stellvertretend vom Haushaltsvorstand beantwortet werden, sind teilweise ungenaue Angaben möglich. Das betrifft im besonderen Maße die Angaben der 15- bis 19-Jährigen.

Kommentar

Im Mikrozensus werden jährlich ein Prozent der Haushalte befragt, deren Auswahl durch eine repräsentative Zufallsstichprobe zuverlässige Hochrechnungen auf die Gesamtheit aller Bundesbürgerinnen und Bundesbürger erlaubt. Personen in Gemeinschaftsunterkünften werden nicht berücksichtigt. Der Indikator zum Rauchverhalten der Bevölkerung wird als Länderindikator geführt. Der Indikator zählt zur Gruppe der Gesundheitsdeterminanten.

Indikator 4.01_02 Rauchverhalten der Bevölkerung¹, Mikrozensus, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 2017

Verwaltungsbezirk	Nichtraucher	Raucher	Anteil der Raucher, die täglich mehr als 20 Zigaretten rauchen
			Anteil der Befragten in %*
Stadt Aachen	80,5	19,5	/
StR Aachen ²	77,3	22,7	(10,7)
Kreis Düren	74,4	25,6	(14,6)
Kreis Euskirchen	74,6	25,4	/
Kreis Heinsberg	79,1	20,9	/
Reg.-Bez. Köln	78,0	22,0	9,6
Nordrhein-Westfalen	77,4	22,6	10,4

Datenquelle/Copyright:

Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW):
Mikrozensus, Zusatzerhebung

* 15 Jahre u. älter

** Aussagewert eingeschränkt, da der Wert Fehler aufweisen kann

*** 1 %-Mikrozensus-Stichprobe

¹ StädteRegion Aachen ohne Stadt Aachen

() Aussagewert eingeschränkt, da der Wert Fehler aufweisen kann
/ keine Angabe, da Zahlenwert nicht sicher genug

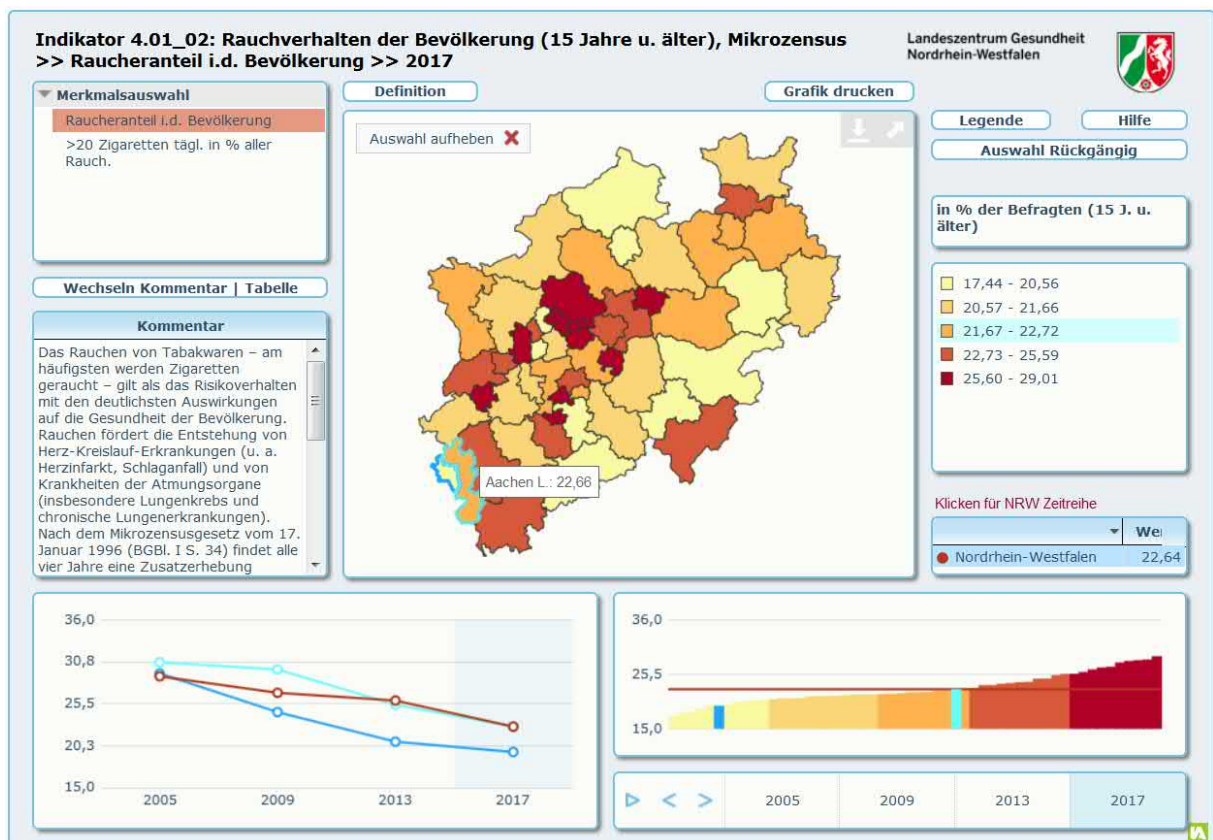


Abbildung 49: Rauchverhalten der Bevölkerung, Raucheranteil in Prozent, 2005 - 2017

Indikator 4.08_02 Body Mass Index (BMI) der erwachsenen Bevölkerung nach Alter und Geschlecht, Mikrozensus, Nordrhein-Westfalen

GA

Definition

Durch Adipositas werden sowohl die Gesundheit als auch die Lebensdauer negativ beeinflusst. Übergewicht wird mit Herz-Kreislauf-Risikofaktoren wie Bluthochdruck (Hypertonie), erhöhten Blutfettwerten (Hypercholesterinämie) sowie der Entstehung von Krankheiten (insbesondere Diabetes mellitus und bestimmte Malignome) in Verbindung gebracht. Darüber hinaus kann das Übergewicht den Knochen- und Bandapparat überlasten und so arthrotische Gelenkschäden verstärken. Das andere Extrem ist Untergewicht, das ebenfalls zu gesundheitlichen Störungen führt. Zur Definition von Gewichtskategorien wie Untergewicht, Normalgewicht, Übergewicht und Adipositas (Fettleibigkeit) wird der sogenannte Body Mass Index (BMI) benutzt. Der Body Mass Index wird aus dem Quotienten des Gewichtes in kg und dem Quadrat der Größe in m² berechnet.

Nach dem Mikrozensusgesetz 2005 vom 24. Juni 2004 (BGBl. I S. 1350) findet alle vier Jahre eine Zusatzerhebung *Gesundheitszustand der Bevölkerung* zum Mikrozensus statt. Sie liefert u. a. Informationen über Körpergröße und Körpergewicht sowie daraus resultierend erstmalig Berechnungen des Body-Mass-Index.

Im Bundesgesundheitsurvey wurde der BMI nach Messungen der Körpergröße und des Gewichtes exakt berechnet. Die im vorliegenden Indikator angegebenen Maße der Befragten wurden nach derselben Methode berechnet. Es wird der Prozentsatz der Untergewichtigen, Normalgewichtigen, Übergewichtigen und Adipösen insgesamt nach Kreisen und kreisfreien Städten dargestellt. Die Ergebnisse resultieren aus einer Hochrechnung der 1 %-Stichprobe auf die Bevölkerung des Landes Nordrhein-Westfalen. Personen in Gemeinschaftsunterkünfte werden nicht berücksichtigt.

Datenhalter

Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW)

Datenquellen

Mikrozensus, Zusatzerhebung

Periodizität

ab 2005 vierjährlich

Validität

Durch ungenaue Angaben der Befragten liegt ein systematischer *bias* vor, so dass der berechnete BMI zu gering ausgewiesen wird.

Kommentar

Der Indikator 4.8_02 zum Body Mass Index (BMI) der erwachsenen Bevölkerung von 18 Jahren und älter wird in Nordrhein-Westfalen als Länderindikator ohne Angabe des Geschlechts geführt. Bei der Zuordnung zu den Gruppen unter-, normal-, übergewichtig und adipös wurden folgende Grenzwerte angewendet:

	BMI
untergewichtig	bis <18,5
normalgewichtig	18,5 - <25
übergewichtig	>=25
dar. adipös	>=30

Im Mikrozensus werden Angaben zu den Körpermaßen nicht gemessen, sondern erfragt.

Indikator 4.08_02 Body Mass Index (BMI) der erwachsenen Bevölkerung, Mikrozensus, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 2017

Verwaltungsbezirk	BMI in % der Befragten (>15 Jahre) mit Angaben zum Gewicht*			
	untergewichtig	normalgewichtig	übergewichtig	darunter: adipös
Stadt Aachen	/	55,9	41,6	12,4
StR Aachen ¹	/	39,9	57,9	18,5
Kreis Düren	/	46,0	52,8	18,2
Kreis Euskirchen	/	43,1	54,9	18,3
Kreis Heinsberg	/	40,0	58,2	19,0
Reg.-Bez. Köln	1,9	46,7	51,4	15,8
Nordrhein-Westfalen	1,9	44,7	53,4	16,6

Datenquelle/Copyright:

 Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW):
 Mikrozensus, Zusatzhebung
 (1 %-Mikrozensus-Stichprobe)

*	Frauen	Männer
untergewichtig	bis 18,9	bis 19,9
normalgewichtig	19,0 - 24,0	20,0 - 25,0
übergewichtig	24,1 - 29,9	25,1 - 29,9
adipös	>=30,0	>=30,0

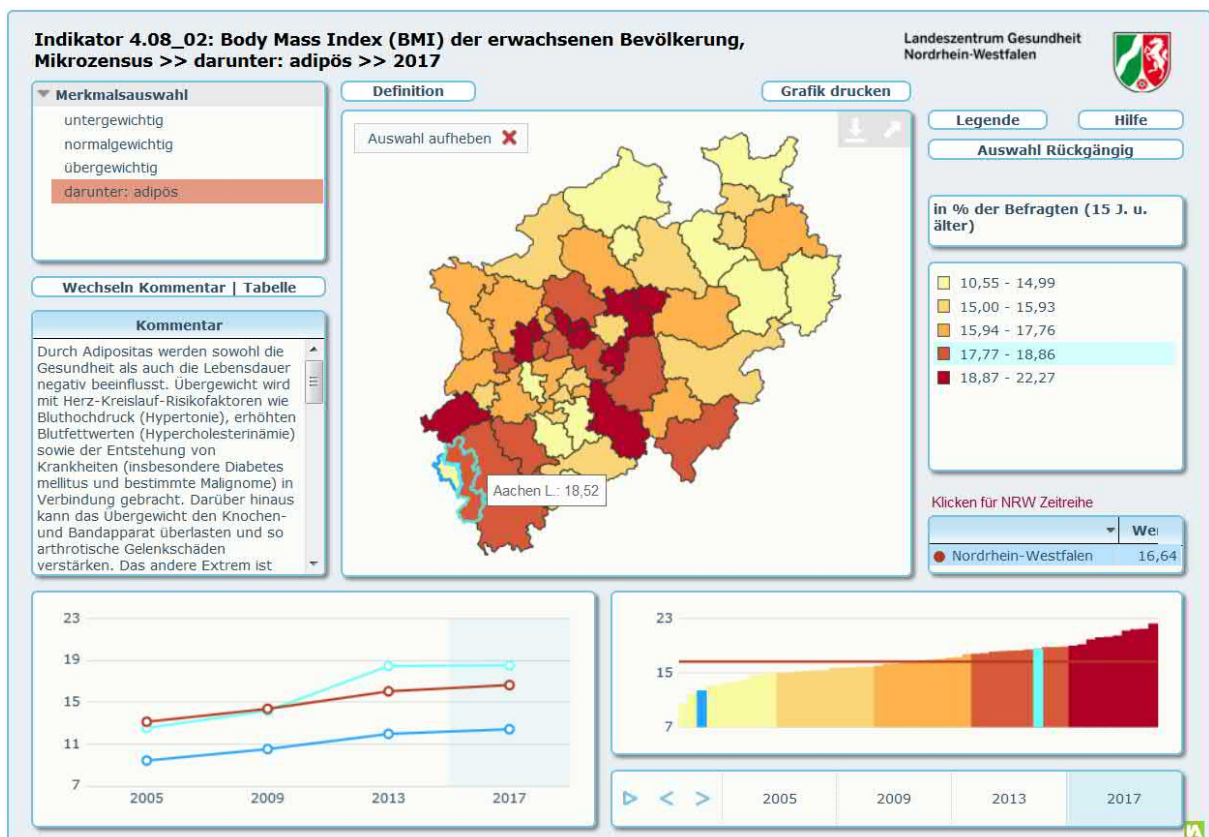
¹ StädteRegion Aachen ohne Stadt Aachen


Abbildung 50: Body Mass Index (BMI) der erwachsenen Bevölkerung, Anteil der Adipositas in Prozent, 2005 - 2017

Themenfeld 5:

Gesundheitsrisiken aus der natürlichen und technischen Umwelt

Indikator 5.01 Stickstoffdioxid in der Außenluft, Nordrhein-Westfalen nach Messstationen

Definition

Am 19. Juli 1999 ist die EU-Richtlinie 1999/30/EG des Rates vom 22. April 1999 über Grenzwerte für Schwefeldioxid, Stickstoffdioxid und Stickoxide, Partikel und Blei in der Luft (1. Tochterrichtlinie) in Kraft getreten. Sie löst die bisher geltenden EU-Richtlinien zur Luftqualität schrittweise ab. Am 13.12.2000 trat die Richtlinie 2000/69/EG des Rates vom 16.11.2000 über Grenzwerte für Benzol und Kohlenmonoxid (2. Tochterrichtlinie) in Kraft. Grenzwerte für diese Schadstoffe waren bisher nicht in EU-Richtlinien geregelt. Die Richtlinien wurden auf der Grundlage der Richtlinie 96/62/EG vom 27. September 1996 über die Beurteilung und Kontrolle der Luftqualität (Luftqualitätsrahmenrichtlinie) erlassen und sind Teil eines integrierten Maßnahmenpaketes der Europäischen Gemeinschaft zur Luftreinhaltung. In den Anhängen I bis IV der Richtlinie 1999/30/EG sowie I und II der Richtlinie 2000/69/EG sind die Grenzwerte mit den entsprechenden Rahmenbedingungen (Mitteilungszeitraum, Toleranzmarge, Geltungstermin) festgelegt. Bei den in diesen Richtlinien festgesetzten Grenzwerten handelt es sich um Mindestanforderungen; die Mitgliedstaaten können auch strengere Grenzwerte festlegen. Im Jahre 2010 wurde die neue EU-Richtlinie 2008/50/EG vom 21. Mai 2008 über Luftqualität und saubere Luft für Europa in Nationales Recht umgesetzt.

Stickstoffdioxid (NO₂) zählt zu den klassischen Schadstoffen in der Außenluft und ist wegen seiner Auswirkungen auf das Atemsystem von Bedeutung. Die Außenluftkonzentrationen werden vom Landesamt für Natur, Umwelt und Verbraucherschutz Nordrhein-Westfalen durch kontinuierliche telemetrische Luftqualitätsmessungen fest installierter Messstationen regelmäßig überwacht.

Neben den Jahresmittelwerten für Stickstoffdioxid (NO₂) soll dokumentiert werden, mit welcher Häufigkeit Überschreitungen des Grenzwertes (1-Stunden-Mittelwert) auftreten. Die Grenzwerte für Stickstoffdioxid sind erst ab 2010 rechtsverbindlich einzuhalten. Auch dann bleiben Überschreitungen in einem gewissen Umfang rechtlich zulässig. Die diesbezüglichen Festlegungen sind im Indikator vermerkt.

Datenhalter

Landesamt für Natur, Umwelt und Verbraucherschutz NRW

Datenquelle

Kontinuierliche und diskontinuierliche telemetrische Luftqualitätsmessungen

Periodizität

Jährlich

Validität

An den städtischen und ländlichen Hintergrundstationen des Messnetzes wird die Luftqualität weiträumig erfasst. Die Messergebnisse an den Verkehrsstationen und an den Sondermessstationen geben im Gegensatz hierzu die lokale Belastung im direkten Umfeld der Messstation an.

Kommentar

Indikator 5.1 wird als Länderindikator geführt. Auf Grund der Messstationen in Nordrhein-Westfalen erfolgte eine Anpassung des Indikators. Um den Seitenumfang des Indikators von zwei Seiten nicht zu überschreiten, wurden vom LZG bestehende Stationen, an denen über einen längeren Zeitraum kein Stickstoffdioxid gemessen wurde, nicht berücksichtigt.

Das LANUV richtet im Laufe der Zeit weitere Messstationen an Standorten ein, wenn dort Grenzwertüberschreitungen vermutet werden. Im Gegensatz dazu stellt es Stationen ein, an denen die Messwerte weit unterhalb der Grenzwerte zum Schutz der Gesundheit und der Umwelt liegen.

Der Indikator zählt zur Gruppe der Gesundheitsdeterminanten.

Indikator 5.01 Stickstoffdioxid in der Außenluft, NRW nach Messstationen, 2019

Messstation	Staub (PM10)	
	Jahresmittelwert (in $\mu\text{g}/\text{m}^3$ Luft bei 20°C)	Häufigkeit EU-Grenzwertüberschreitungen zulässig: 18/Jahr (1-Stunden-Mittelwert)
	Grenzwert $40 \mu\text{g}/\text{m}^3$ Luft	Grenzwert $200 \mu\text{g}/\text{m}^3$ Luft
Hintergrundstationen		
Aachen-Burtscheid	10	-
Eifel (Simmerath)	5	
Verkehrsstationen		
Aachen, Wilhelmstr.	37	-
Düren, Euskirchener Str.	40	•
Eschweiler, Indestraße	35	•

Datenquelle/Copyright: Landesamt für Natur, Umwelt und Verbraucherschutz NRW: Kontinuierl. telemetrische Luftqualitätsmessungen

"•" nicht gemessen
"-" genau null

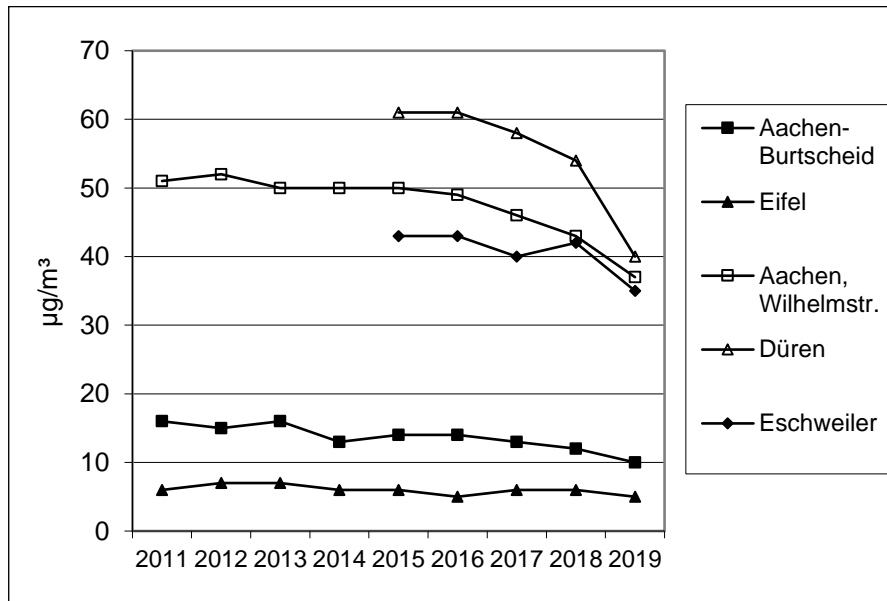


Abbildung 51: Stickstoffdioxid in der Außenluft, Jahresmittelwerte in $\mu\text{g}/\text{m}^3$, 2011 - 2019

Indikator 5.04 Ozon in der Außenluft, Nordrhein-Westfalen nach Messstationen

Definition

Mit der Verabschiedung der Richtlinie 96/62/EG des Rates vom 27. September 1996 über die Beurteilung und die Kontrolle der Luftqualität (Luftqualitäts-Rahmenrichtlinie) hat die Europäische Gemeinschaft den Rahmen für die künftige Rechtsentwicklung im Bereich der Luftqualität geschaffen. Die in der Luftqualitäts-Rahmenrichtlinie genannten Ziele und Prinzipien wurden in sog. Tochterrichtlinien konkretisiert.

1. Tochterrichtlinie:

Richtlinie 1999/30/EG des Rates vom 22. April 1999 über Grenzwerte für Schwefeldioxid, Stickstoffdioxid und Stickstoffoxide, Partikel und Blei in der Luft,

2. Tochterrichtlinie:

Richtlinie 2000/69/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. November 2000 über Grenzwerte für Benzol und Kohlenmonoxid in der Luft,

3. Tochterrichtlinie:

Richtlinie 2002/3/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 12. Februar 2002 über den Ozongehalt in der Luft,

4. Tochterrichtlinie:

Richtlinie 2004/107/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 15. Dezember über Arsen, Cadmium, Quecksilber, Nickel und polyzyklischen aromatischen Kohlenwasserstoffen.

Mit der neuen Richtlinie 2008/50/EG des Europäischen Parlamentes und des Rates vom 21. Mai 2008 über Luftqualität und saubere Luft für Europa wurden die ursprüngliche Rahmenrichtlinie, deren Tochterrichtlinien 1 bis 3 sowie Regelungen über den EU-Datenaustausch zusammengefasst.

Ozon (O³) zählt zu den klassischen Schadstoffen in der Außenluft und ist wegen seiner Auswirkungen auf das Atemsystem von Bedeutung. Die Außenluftkonzentrationen werden vom Landesamt für Natur, Umwelt und Verbraucherschutz Nordrhein-Westfalen durch kontinuierliche telemetrische Luftqualitätsmessungen fest installierter Messstationen regelmäßig überwacht. Der Schwellenwert zur Information der Bevölkerung liegt bei 180 µg/m³ (Mikrogramm pro Kubikmeter) als Einstundenmittelwert.

Personen, die erfahrungsgemäß besonders empfindlich auf Ozon reagieren, wird empfohlen Anstrengungen im Freien zu vermeiden.

Der Alarmwert liegt bei 240 µg/m³ als Einstundenmittelwert. Es wird generell empfohlen, ungewohnte körperliche Anstrengungen und sportliche Ausdauerleistungen im Freien zu vermeiden.

Der Zielwert zum Schutz der menschlichen Gesundheit vor Ozon beträgt 120 µg/m³ als höchster 8-Stundenmittelwert während eines Tages bei 25 zugelassenen Überschreitungen im Kalenderjahr. Er ist in der 3. Tochterrichtlinie der EU als langfristiges Ziel fixiert worden, um schädliche Auswirkungen auf die menschliche Gesundheit und/oder Umwelt insgesamt zu vermeiden. Ein Zieljahr zur Erreichung des Wertes ist bisher nicht festgelegt.

Datenhalter

Landesamt für Natur, Umwelt und Verbraucherschutz NRW (LANUV)

Datenquelle

Kontinuierliche telemetrische Luftqualitätsmessungen

Periodizität

Jährlich

Validität

Durch die Messnetze werden die Daten weiträumig erfasst. Daher ist weder eine kleinräumige Interpretation noch die Ableitung einer individuellen Belastung zulässig.

Kommentar

Der Indikator wird als Länderindikator geführt. Falls die vorliegenden Daten bezüglich der Messstationen in anderer Form differenziert sind, kann der Indikator entsprechend angepasst werden.

Bedingt durch außergewöhnliche Klimakonstellationen („Hitzewelle“) können die Ozonwerte einzelner Jahre erheblich vom langjährigen Mittel abweichen.

Der Indikator zählt zur Gruppe der Gesundheitsdeterminanten.

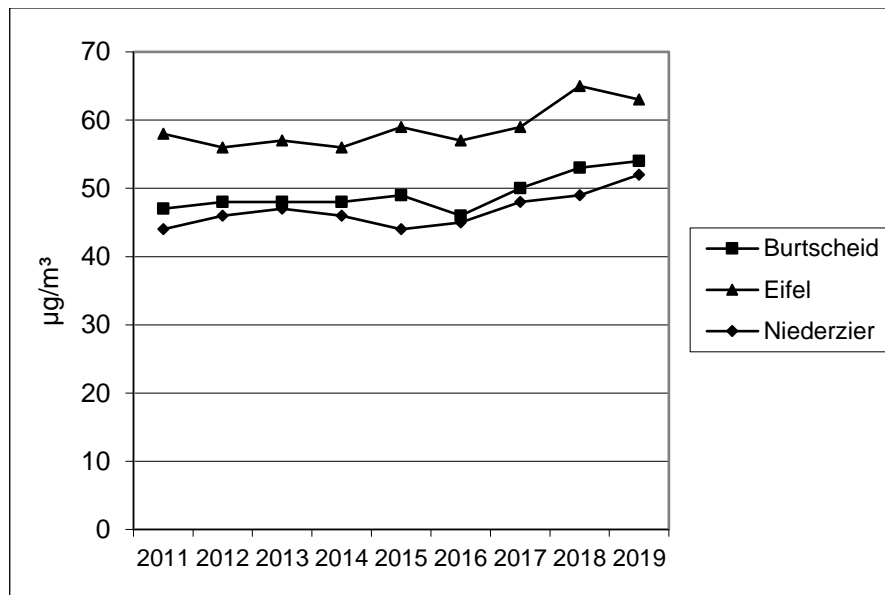
Indikator 5.04 Ozon in der Außenluft, Nordrhein-Westfalen nach Messstationen, 2019

Messstation	Ozon (O ³) - Häufigkeit EU-Grenzwertüberschreitungen						Jahresmittelwert µg/m ³ bei 20° C
	der Schwellenwerte (Einstundenwerte)				des Zielwertes f. d. Gesundheitsschutz (8-Stundenwerte)		
	>180 µg/m ³		>240 µg/m ³		>120 µg/m ³		
	Stunden	an Tagen	Stunden	an Tagen	Stunden	an Tagen	
Hintergrundstationen Aachen-Burtscheid	8	4	–	–	148	23	54
Waldstationen Eifel (Simmerath)	3	2	–	–	301	26	63
Industriestationen Niederzier	9	4	2	1	178	26	52
Nordrhein-Westfalen	82	14	7	2	562	50	49

Datenquelle/Copyright:

 Landesamt für Natur, Umwelt und Verbraucherschutz NRW:
 Kontinuierliche telemetrische Luftqualitätsmessungen

"–" genau Null


 Abbildung 52: Ozon in der Außenluft in µg/m³, Jahresmittelwerte, 2011 – 2019

Themenfeld 6:

Einrichtungen des Gesundheitswesens

Indikator 6.02 Versorgungsgrad mit an der vertragsärztlichen Tätigkeit teilnehmenden Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken

V

Definition

Der Versorgungsgrad dient als Maßzahl zur Beschreibung von Ressourcenmengen, die für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung zur Verfügung stehen.

Der Versorgungsgrad mit an der vertragsärztlichen Tätigkeit teilnehmenden Arztgruppen der *allgemeinen fachärztlichen Versorgung* wird anhand der Verhältniszahlen der Bedarfsplanung der Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe dargestellt.

Zur Arztgruppe der Psychotherapeuten gehören gemäß § 101 Abs. 4 Satz 1 SGB V die überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärztinnen und Ärzte, die Fachärztinnen und Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, die Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten.

Auf der Grundlage von Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (G-BA) über die Bedarfsplanung in der vertragsärztlichen Versorgung werden Verhältniszahlen für den allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad herausgegeben (Grundlage §§ 99 – 105 SGB V). Die Bundesrepublik wird in Raumordnungsregionen nach unterschiedlichen Verdichtungsräumen gegliedert. Kreise und kreisfreie Städte werden verschiedenen Kreisgruppen zugeordnet. Auf dieser Grundlage wird ein differenzierter Versorgungsgrad als Ausgangsrelation für die Feststellung von Überversorgung oder Unterversorgung ermittelt.

Eine Überversorgung liegt vor, wenn eine Überschreitung der örtlichen Verhältniszahl von mehr als 10 % vorliegt (bezogen auf die örtliche Einwohner-Arztrelation). Eine Unterversorgung ist anzunehmen, wenn der Stand der hausärztlichen Versorgung den in den Planungsblättern ausgewiesenen Bedarf um mehr als 25 % bzw. der Stand der fachärztlichen Versorgung in der *allgemeinen fachärztlichen Versorgung* und in der *spezialisierten fachärztlichen Versorgung* jeweils den ausgewiesenen Bedarf um mehr als 50 % unterschreitet.

Datenhalter

- Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein,
- Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe

Datenquelle

Planungsdaten für die ärztliche Versorgung

Periodizität

jährlich

Validität

Durch vertragliche Bindungen zwischen den Einrichtungen und den KVen auf der Grundlage des SGB V sind die Daten als valide anzusehen.

Kommentar

Die bisherige Bedarfsplanung sah für alle Arztgruppen einheitliche Planungsbereiche vor, nämlich Kreis, kreisfreie Stadt oder Kreisregion. Mit der Neufassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie zum 1. Januar 2013 veränderte der Gemeinsame Bundesausschuss die Bedarfsplanung grundlegend. Als neue Grundstruktur definiert die Richtlinie jetzt vier sogenannte Versorgungsebenen, denen jeweils unterschiedlich große Planungsbereiche zugeordnet werden: die *hausärztliche Versorgung*, die *allgemeine fachärztliche Versorgung*, die *spezialisierte fachärztliche Versorgung* und schließlich die *gesonderte fachärztliche Versorgung*.

Bis auf die Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurginnen/-chirurgen unterliegen jetzt alle Fachgruppen der Bedarfsplanung und werden entsprechend ihres Spezialisierungsgrades einer der vier oben genannten Versorgungsebenen zugeordnet.

Jeder Versorgungsebene sind Arztgruppen, ein Planungsbereich (Mittelbereiche, Kreise bzw. kreisfreie Städte, Raumordnungsregion, KV-Gebiet) und Verhältniszahlen (eine Ärztin bzw. ein Arzt je Anzahl der Einwohnerinnen und Einwohner) für die Versorgungsgradfeststellung zugeordnet.

Ab dem Berichtsjahr 2018 werden die Chirurginnen/Chirurgen und Orthopädinnen/Orthopäden gemäß der Bedarfsplanungsrichtlinie des G-BA vom 20.09.2018 in einer Gruppe zusammengefasst und sind somit mit den Vorjahren nicht mehr vergleichbar. Im Indikator enthalten sind alle Vertragsärztinnen/-ärzte einschließlich der bei ihnen gemäß Zulassungsverordnung für Vertragsärztinnen/-ärzte angestellten Ärztinnen und Ärzte. Ermächtigte Krankenhausärztinnen und -ärzte sowie ermächtigte Einrichtungen werden hier nicht berücksichtigt.

Der vorliegende Indikator ist ein Prozessindikator.

Indikator 6.02 Versorgungsgrad mit an der vertragsärztlichen Tätigkeit teilnehmenden Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung², Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 31.12.2018

Verwaltungsbezirk	Versorgungsgrad in %				
	Augenärzte	Chirurgen und Orthopäden**	Frauenärzte	Hautärzte	HNO-Ärzte
Stadt Aachen	133,0	162,9	162,4	161,4	119,7
StR Aachen ¹	109,3	142,2	121,1	115,1	113,2
Kreis Düren	139,8	149,0	126,5	125,6	143,6
Kreis Euskirchen	113,6	112,7	119,8	119,3	119,9
Kreis Heinsberg	123,1	146,3	130,6	115,8	117,3

Verwaltungsbezirk	Versorgungsgrad in %			
	Nervenärzte	Psycho-therapeuten*	Urologen	Kinderärzte
Stadt Aachen	137,8	167,7	134,4	180,6
StR Aachen ¹	161,4	148,3	115,1	148,4
Kreis Düren	170,4	149,1	139,5	139,6
Kreis Euskirchen	115,7	124,1	152,7	136,2
Kreis Heinsberg	126,0	170,7	137,6	159,3

Datenquelle/Copyright: Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein, Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe: Planungsdaten für die ärztliche Versorgung
¹StädteRegion Aachen ohne Stadt Aachen
²Zuordnung der Arztgruppen gem. der Neufassung der Bedarfsplanungsrichtlinie v. 20.09.2018

* ärztliche Psychotherapeuten/innen, psychologische Psychotherapeut/innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/innen
 ** ab Berichtsjahr 2018 werden Chirurgen und Orthopäden in einer Arztgruppe zusammengefasst

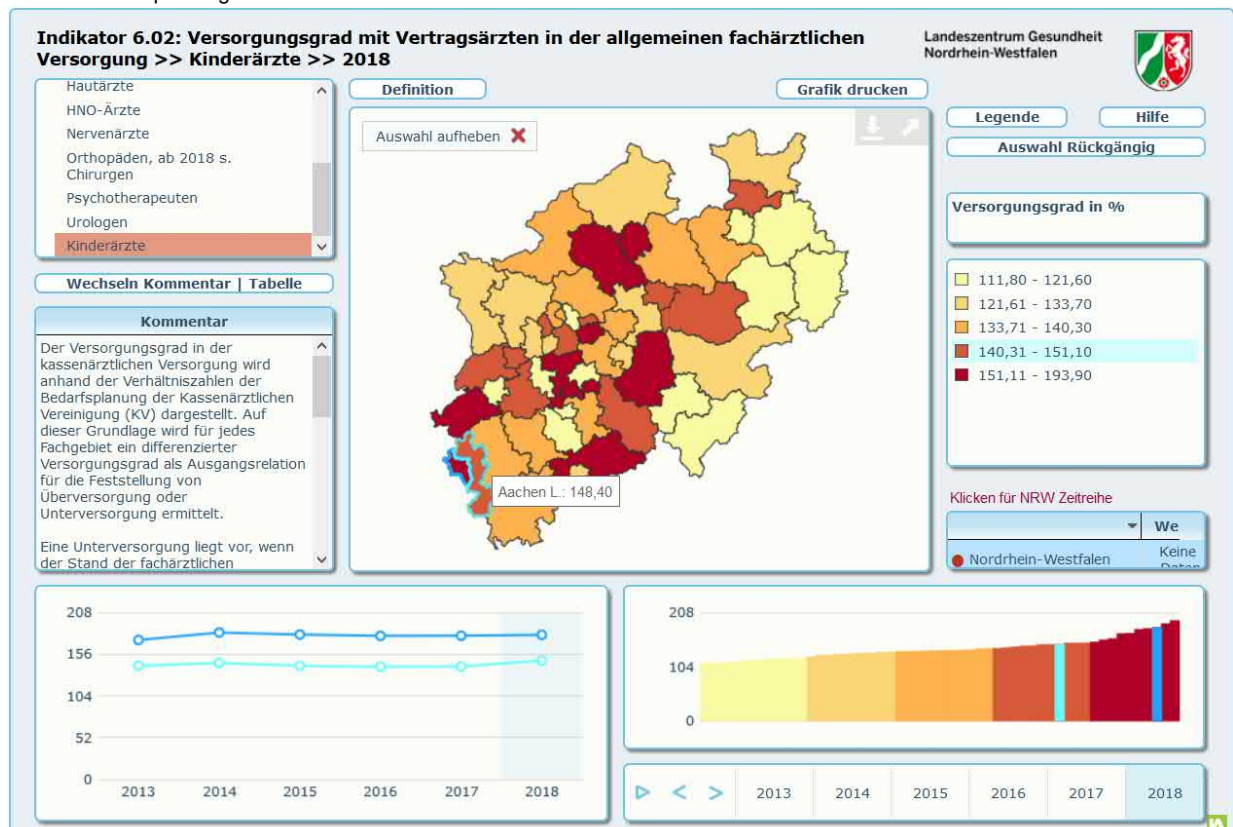


Abbildung 53: Versorgungsgrad mit Vertragsärzten der allgemeinen fachärztlichen Versorgung. Hier: Kinder- und Jugendärzte, 2013 – 2018

Indikator 6.05 Versorgungsgrad mit an der vertragszahnärztlichen Tätigkeit teilnehmenden Zahnärztinnen und Zahnärzten, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken

V

Definition

Der Versorgungsgrad dient als Maßzahl zur Beschreibung von Ressourcenmengen, die für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung zur Verfügung stehen. Der Versorgungsgrad mit an der vertragszahnärztlichen Tätigkeit teilnehmenden Zahnärztinnen und Zahnärzten wird anhand der Verhältniszahlen der Bedarfsplanung der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZV) dargestellt.

Auf der Grundlage von Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (G-BA) über die Bedarfsplanung in der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung werden Verhältniszahlen für den allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad herausgegeben (Grundlage §§ 99 – 105 SGB V). Die Bundesrepublik wird in Raumordnungsregionen nach unterschiedlichen Verdichtungsräumen gegliedert. Kreise und kreisfreie Städte werden verschiedenen Kreisgruppen zugeordnet. Auf dieser Grundlage wird ein differenzierter Versorgungsgrad als Ausgangsrelation für die Feststellung von Überversorgung oder Unterversorgung ermittelt. Eine Unterversorgung in der vertragszahnärztlichen Versorgung liegt vor, wenn der Bedarf den Stand der zahnärztlichen Versorgung um mehr als 100 v. H. überschreitet. Eine Überversorgung in der vertragszahnärztlichen Versorgung ist anzunehmen, wenn der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad um 10 v. H. überschritten ist. Die Feststellung, ob eine Unter- oder Überversorgung vorliegt, obliegt dem Landesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen. Zulassungen durften bis zum Jahr 2007 nur in dem Umfang erfolgen, bis Überversorgung eingetreten ist. Als Bezugsbasis für die Berechnung von Überversorgung und Unterversorgung dient die Relation Wohnbevölkerung zu Zahnärztin/Zahnarzt bzw. Kieferorthopädin/-orthopäde (ab 2008 Wohnbevölkerung zu Zahnärztin/Zahnarzt, 0- bis 18-Jährige zu Kieferorthopädin/-orthopäde).

Da es für Vertragszahnärztinnen/-ärzte seit dem 1. April 2007 keine Zulassungsbeschränkungen mehr gibt – sie wurden durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz aufgehoben -, ist die zum 1. Oktober 2008 angepasste Bedarfsplanung für Kieferorthopädinnen/-orthopäden des G-BA lediglich als Entscheidungsgrundlage für Vertragszahnärztinnen/-ärzte zu verstehen, die sich mit einer kieferorthopädischen Praxis niederlassen wollen.

Datenhalter

- Kassenzahnärztliche Vereinigung Nordrhein,
- Kassenzahnärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe

Datenquelle

Planungsdaten für die zahnärztliche Versorgung

Periodizität

jährlich, 31.12.

Validität

Durch vertragliche Bindungen auf der Grundlage des SGB V sind die Daten als valide anzusehen.

Kommentar

Für den Regionalvergleich des Versorgungsgrades mit an der vertragszahnärztlichen Tätigkeit teilnehmenden Zahnärztinnen/-ärzten und Kieferorthopädinnen/-orthopäden ist eine Basistabelle der Kreise und kreisfreien Städte erforderlich. Die Berechnung des Versorgungsgrades erfolgt mit allgemeinen Verhältniszahlen – Einwohnerinnen/Einwohner je Zahnärztin/Zahnarzt – nach definierten Raumgliederungen. Der Versorgungsgrad ist festgelegt in der Bedarfsplanungsrichtlinie Zahnärztinnen und Zahnärzte vom 09. März 1993 in ihrer jeweils gültigen Fassung.

Mit der zum 1.10.2008 erfolgten Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie Zahnärzte wurde der auf Grundlage der Bedarfsplanung errechnete Bedarf an kieferorthopädischen Praxen den sinkenden Behandlungszahlen angepasst. Diese sind vor allem eine Folge des kontinuierlichen Rückgangs der Patientengruppe der bis 18-Jährigen, die Anspruch auf eine kieferorthopädische Versorgung zu Lasten der GKV haben, sowie einer Abnahme der Fallzahlen insgesamt. Neue Richtgröße ist jetzt eine Kieferorthopädin bzw. ein Kieferorthopäde für jeweils 4000 Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren. Dadurch liegt der Versorgungsgrad ab dem Berichtsjahr 2008 deutlich höher als in den Vorjahren, in denen sich die Bedarfsplanung nach der gesamten Einwohnerzahl eines Planungsbezirks richtete, wobei für jeweils 16 000 Einwohnerinnen/Einwohner eine Kieferorthopädin bzw. ein Kieferorthopäde zur Verfügung stehen sollte.

Der vorliegende Indikator ist ein Prozessindikator.

Indikator 6.05 Versorgungsgrad mit an der vertragszahnärztlichen Tätigkeit teilnehmenden Zahnärztinnen und Zahnärzten nach Fachgebieten, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 2016-2018

Verwaltungsbezirk	Versorgungsgrad in %					
	2016		2017		2018	
	Zahnärzte	Kiefer-orthopäden	Zahnärzte	Kiefer-orthopäden	Zahnärzte	Kiefer-orthopäden
Stadt Aachen	108,6	176,1	108,5	170,5	103,9	172,4
StR Aachen ¹	91,9	135,5	93,4	133,6	93,1	123,1
Kreis Düren	81,8	95,2	83,6	61,9	86,3	68,2
Kreis Euskirchen	81,9	61,7	78,9	92,6	77,6	111,1
Kreis Heinsberg	82,2	102,8	82,7	93,5	82,0	92,0

Datenquelle/Copyright: Kassenzahnärztliche Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe: Planungsdaten für die zahnärztliche Versorgung 1 StädteRegion Aachen ohne Stadt Aachen

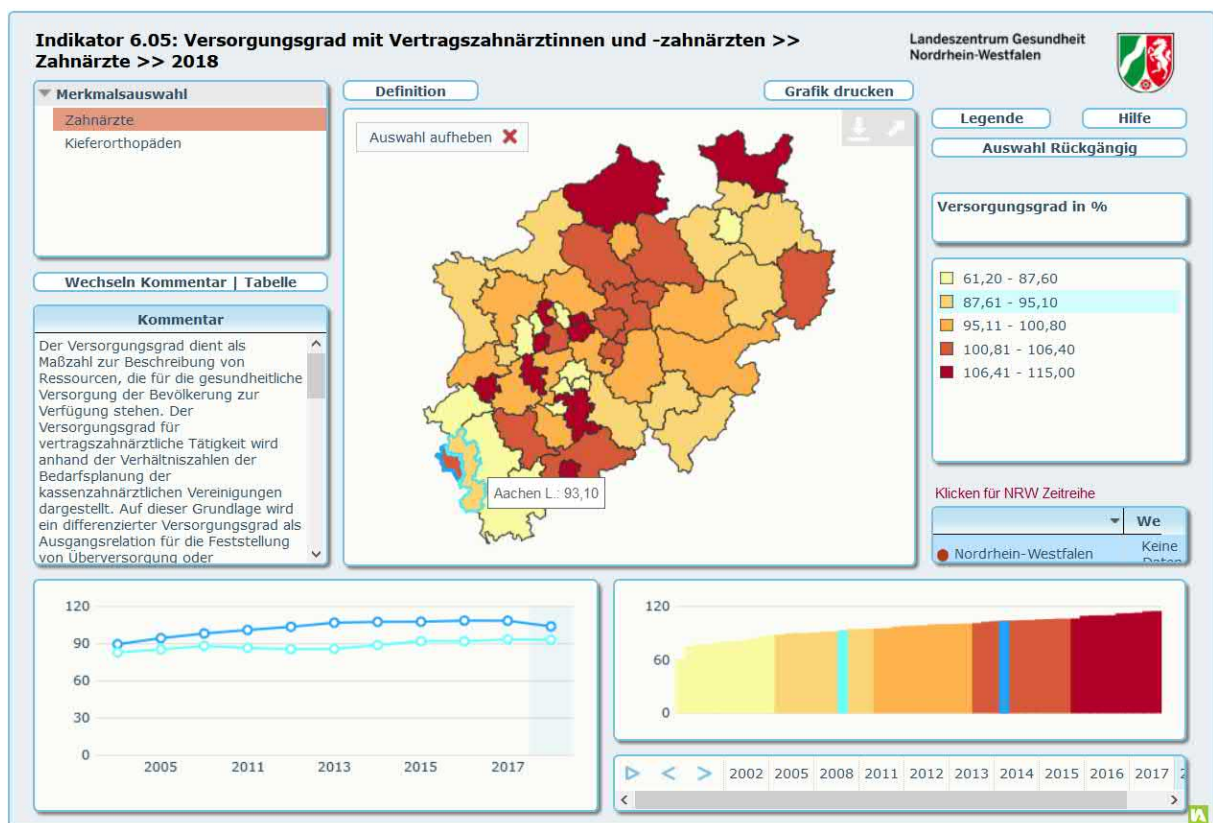


Abbildung 54 Versorgungsgrad mit an der vertragszahnärztlichen Tätigkeit teilnehmenden ZahnärztInnen, 2004 - 2018

Indikator 6.15 Wichtige Krankenhausangebote, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken

V

Definition

Indikator 6.15 zeigt das Bettenangebot der wichtigsten Fachabteilungen der Grundversorgung bezogen auf die zu versorgenden Bevölkerungsgruppen im Regionalvergleich.

Die Fachabteilung Chirurgie schließt nach der Ersten Verordnung zur Änderung der Krankenhausstatistik-Verordnung vom 13.08.2001 die Subspezialisierungen Gefäß-, Thorax-, Unfall-, Viszeral-, sonstige und allgemeine Chirurgie ein.

Zur Inneren Medizin zählen die Richtungen Angiologie, Endokrinologie, Gastroenterologie, Hämatologie und internistische Onkologie, Kardiologie, Klinische Geriatrie, Nephrologie, Pneumologie, Rheumatologie und sonstige und allgemeine Innere Medizin.

Frauenheilkunde und Geburtshilfe hat die Unterabteilungen Frauenheilkunde, Geburtshilfe sowie sonstige und allgemeine Frauenheilkunde und Geburts-hilfe.

Kinderheilkunde beinhaltet die Gebiete Kinderkardiologie, Neonatologie und sonstige und allgemeine Kinderheilkunde.

Für die vier aufgeführten Fachabteilungen wird der Bezug je 100 000 zu versorgende Einwohnerinnen und Einwohner bzw. je 100.000 zu versorgende Frauen oder Kinder in den Verwaltungsbezirken hergestellt.

Datenhalter

Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW)

Datenquelle

Krankenhausstatistik, Teil I – Grunddaten (Krankenhäuser)

Periodizität

jährlich, 31.12.

Validität

Kommen alle Einrichtungen ihrer Meldepflicht nach, kann von einer hohen Datenqualität für die Krankenhäuser des Geltungsbereiches der Krankenhausstatistik-Verordnung (d. h. mit Ausnahme der Krankenhäuser der Bundeswehr, Polizei und des Maßregelvollzugs) ausgegangen werden.

Kommentar

Die Darstellung der Fachabteilungen entspricht der Ersten Verordnung zur Änderung der Krankenhausstatistik-Verordnung vom 13.08.2001. Die aufgestellten Betten werden im Jahresdurchschnitt ermittelt und zum Stichtag 31.12. jeden Jahres erfasst.

Der vorliegende Indikator ist ein Prozessindikator.

Indikator 6.15 Wichtige Krankenhausangebote, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 2017

Verwaltungsbezirk	Aufgestellte Betten in den Fachabteilungen							
	Chirurgie		Innere Medizin		Frauenheilkunde/ Geburtshilfe		Kinderheilkunde	
	insges.	je 100.000 Einw.	insges.	je 100.000 Einw.	insges.	je 100.000 Einw.*	insges.	je 100.000 Einw.**
StR Aachen	891	161,0	1.221	220,7	265	110,3	164	233,3
Kreis Düren	332	126,5	597	227,4	87	75,4	80	225,5
Kreis Euskirchen	241	125,7	319	166,4	62	73,5	30	115,7
Kreis Heinsberg	248	98,1	340	134,5	70	63,0	–	–
Reg.-Bez. Köln	5.518	124,1	8.159	183,5	1.616	82,1	932	152,4
Nordrhein-Westfalen	25.111	140,3	37.525	209,6	7.513	94,7	4.476	183,4

Datenquelle/Copyright:
Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW):
Krankenhausstatistik, Teil I - Grunddaten

* Frauen im Alter von 15 und mehr Jahren
** Kinder im Alter von 0 bis 14 Jahren
1 seit 2009 StR Aachen inkl. Stadt Aachen
"–" genau null

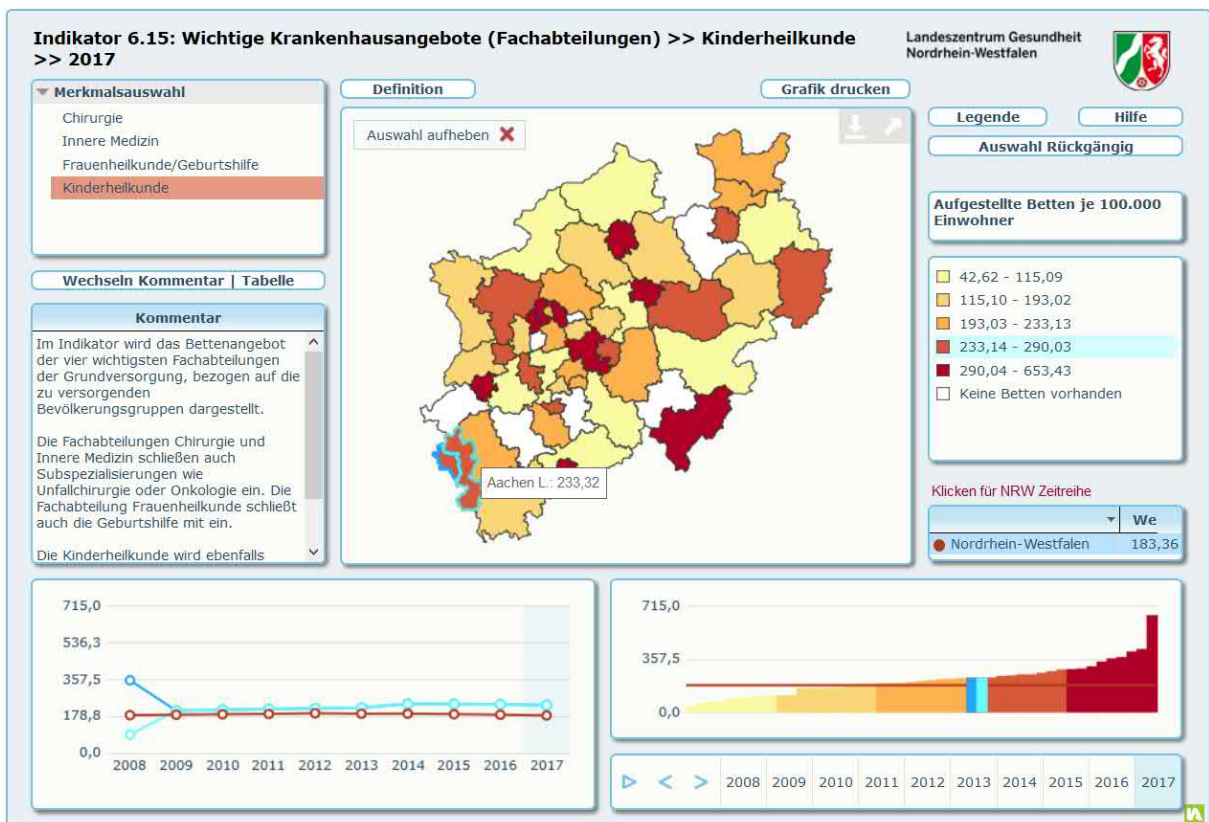


Abbildung 55: Wichtige Krankenhausangebote: aufgestellte Betten in der Kinderheilkunde je 100.000 Kinder im Alter von 0-14 Jahren, 2008 - 2017, * seit 2009 StR Aachen inkl. Stadt Aachen

Indikator 6.18 Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen nach Art der Pflegeeinrichtung bzw. verfügbaren Plätzen, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken

V

Definition

Der Indikator gibt einen Überblick über die regionale Verteilung von ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen und den Versorgungsgrad der über 65-jährigen Bevölkerung mit stationären Pflegeplätzen.

Die Daten sind Teil der alle zwei Jahre jeweils zum Stichtag 15.12. eines Berichtsjahres (erstmalig im Dezember 1999) durchgeführten Pflegestatistik. Die hier erfassten Daten zum pflegerischen Versorgungsangebot dienen zusammen mit den Daten zur personellen Ausstattung (Themenfeld 8) und zur Struktur der Pflegebedürftigen (Themenfeld 3) sowie den erbrachten Leistungen (Themenfeld 7) als Grundlage für Planungsentscheidungen.

Auskunftspflichtig sind die Träger der Pflegeeinrichtungen mit Versorgungsvertrag nach SGB XI. Ambulante Pflegeeinrichtungen sind selbstständige Einrichtungen mit mindestens einer ausgebildeten Pflegefachkraft, die aufgrund eines Versorgungsvertrages nach SGB XI Pflegebedürftige in ihren Wohnungen pflegen und hauswirtschaftlich versorgen.

Stationäre Pflegeeinrichtungen sind selbstständig wirtschaftende Einrichtungen, die aufgrund eines Versorgungsvertrages nach SGB XI Pflegebedürftige ganz- bzw. halbtäglich versorgen. Stationäre Pflege umfasst vollstationäre Lang- und Kurzzeitpflege sowie teilstationäre Tages- und Nachtpflege. Als verfügbare Plätze zählen alle Plätze, die von der (teil-)stationären Einrichtung gemäß Versorgungsvertrag angeboten werden.

Während die Pflege nach SGB XI in eingliedrigen Einrichtungen ausschließlich stationär oder ambulant geleistet wird, erfolgt sie in mehrgliedrigen Einrichtungen sowohl teil- und/oder vollstationär als auch ambulant. Im vorliegenden Indikator werden unter ambulanten Pflegeeinrichtungen sowohl eingliedrige als auch mehrgliedrige Einrichtungen verstanden. Die Differenz aus der Gesamtzahl ambulanter Pflegeeinrichtungen und eingliedriger Einrichtungen stellen die mehrgliedrigen Einrichtungen dar.

Die Statistik unterscheidet außerdem nach Einrichtungen ohne andere und mit anderen Sozialleistungen (gemischte Einrichtungen), zu denen z. B. häusliche Krankenpflege oder Haushaltshilfe nach SGB V, Hilfe zur Pflege nach BSHG oder Mobiler Sozialer Dienst gehören.

Datenhalter

Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW)

Datenquelle

Pflegestatistik

Periodizität

zweijährlich, 15.12.

Validität

Bei der Pflegestatistik handelt es sich um eine Totalerhebung mit Auskunftspflicht. Zur Qualitätssicherung werden von den Statistischen Landesämtern Eingangskontrollen der Statistikbelege auf Vollständigkeit vorgenommen. Eine hohe Datenqualität ist nur schwer zu erreichen, da es sich um eine Datenerhebung bei einer Vielzahl von Auskunftspflichtigen handelt, die sich durch das Ausscheiden oder durch das Gründen neuer Pflegeeinrichtungen ständig verändert.

Kommentar

Die verwendeten Zahlen sind Stichtagszahlen des Landesbetriebs Information und Technik (IT.NRW) zum 15.12. bzw. 31.12. des jeweiligen Berichtsjahres. Die verfügbaren Plätze werden im Jahresdurchschnitt ermittelt und zum 15.12. des Berichtsjahres erfasst. Der Bevölkerungsbezug erfolgt auf die Stichtagsbevölkerung vom 31.12. des Berichtsjahres.

Der vorliegende Indikator ist ein Prozessindikator.

Indikator 6.18 Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen nach Art der Pflegeeinrichtung bzw. verfügbaren Plätzen, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 2017

Verwaltungsbezirk	Ambulante Pflegeeinr.			Stationäre Pflegeeinrichtungen				
	ins- gesamt	dar.: Einglied- rige		ins- gesamt	verfügbare Plätze			
		ohne andere(n) Sozialleistungen	mit		insgesamt		voll- stationäre Pflege	teil- stationäre Pflege
Anzahl	je 100.000 ältere E.*							
Stadt Aachen	33	–	31	42	2.549	5.666,8	2.365	184
StR Aachen ¹	46	–	40	53	3.661	5.487,9	3.406	255
Kreis Düren	41	–	38	63	3.221	5.814,8	2.906	315
Kreis Euskirchen	35	–	28	42	2.621	6.392,5	2.508	113
Kreis Heinsberg	41	2	38	61	2.983	5.721,0	2.608	375
Reg.-Bez. Köln	635	14	587	675	44.335	4.975,5	41.836	2.499
Nordrhein-Westfalen	2.823	54	2.631	2.824	191.147	5.113,0	180.004	11.143

Datenquelle/Copyright:

 Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW):
 Pflegestatistik, Fortschreibung des Bevölkerungsstandes

* 65 Jahre und mehr

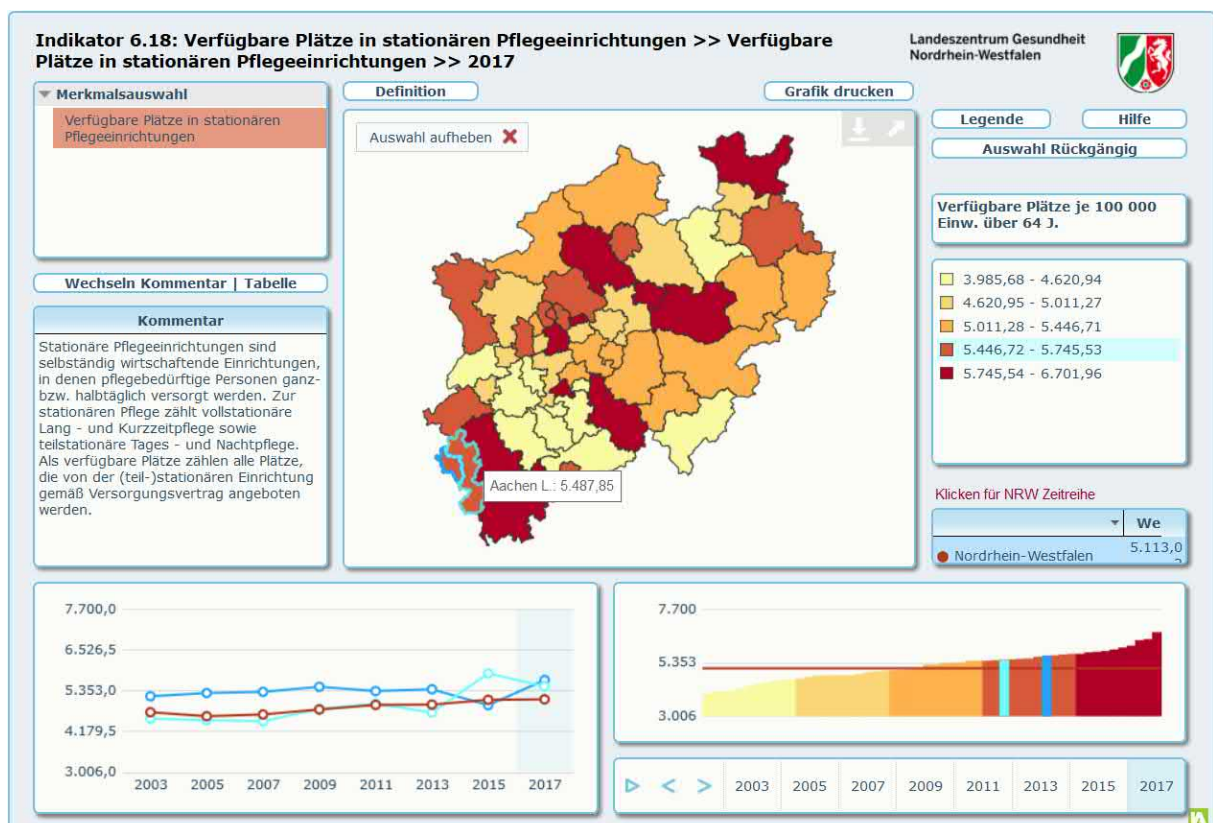
¹ StädteRegion Aachen ohne Stadt Aachen


Abbildung 56: Stationäre Pflegeeinrichtungen, verfügbare Plätze je 100.000 Einwohner über 64 Jahre, 2003 - 2017

Indikator 6.21 Apotheken, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken

V

Definition

Der Indikator erfasst öffentliche Apotheken, die der ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung der Bevölkerung dienen, die Versorgungsdichte sowie die Zahl der Krankenhausapotheken auf regionaler Ebene.

Der Betrieb einer Apotheke bedarf der Erlaubnis durch die zuständige Verwaltungsbehörde. Die Erlaubnis wird einer Apothekerin bzw. einem Apotheker erteilt.

Die Versorgung von Krankenhäusern und allen ihnen gleichgestellten Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen durch Krankenhausapotheken ist aufgrund von Arzneimittelverträgen nach § 14 Apothekengesetz geregelt.

Datenhalter

- Apothekerkammer Nordrhein (AKNR)
- Apothekerkammer Westfalen-Lippe (AKWL)
- Landesbetrieb Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT.NRW)

Datenquelle

- Statistik der Apotheken
- Fortschreibung des Bevölkerungsstandes

Periodizität

jährlich, 31.12.

Validität

Da die Apothekerkammern von den Landesbehörden über die zum Betrieb einer Apotheke erteilten Erlaubnisse informiert werden, ist von einer guten Datenqualität auszugehen.

Kommentar

Die verwendeten Daten sind Stichtagszahlen der Apothekerkammern bzw. für den Bevölkerungsbezug des Landesbetriebs Information und Technik (IT.NRW).

Der vorliegende Indikator ist ein Prozessindikator.

Indikator 6.21 Apotheken, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 2018

Verwaltungsbezirk	Öffentliche Apotheken		Krankenhaus- apotheken
	Anzahl	Einwohner je Apotheke	
Stadt Aachen	65	3.806	2
StR Aachen ¹	75	4.108	2
Kreis Düren	52	5.072	1
Kreis Euskirchen	42	4.591	–
Kreis Heinsberg	56	4.541	–
Reg.-Bez. Köln	1.034	4.322	17
Nordrhein-Westfalen	4.124	4.348	83

Datenquelle/Copyright:

Apothekerkammern Nordrhein und: Statistik der Apotheken
Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW):
Fortschreibung des Bevölkerungsstandes

"–" genau null

¹ StädteRegion Aachen ohne Stadt Aachen

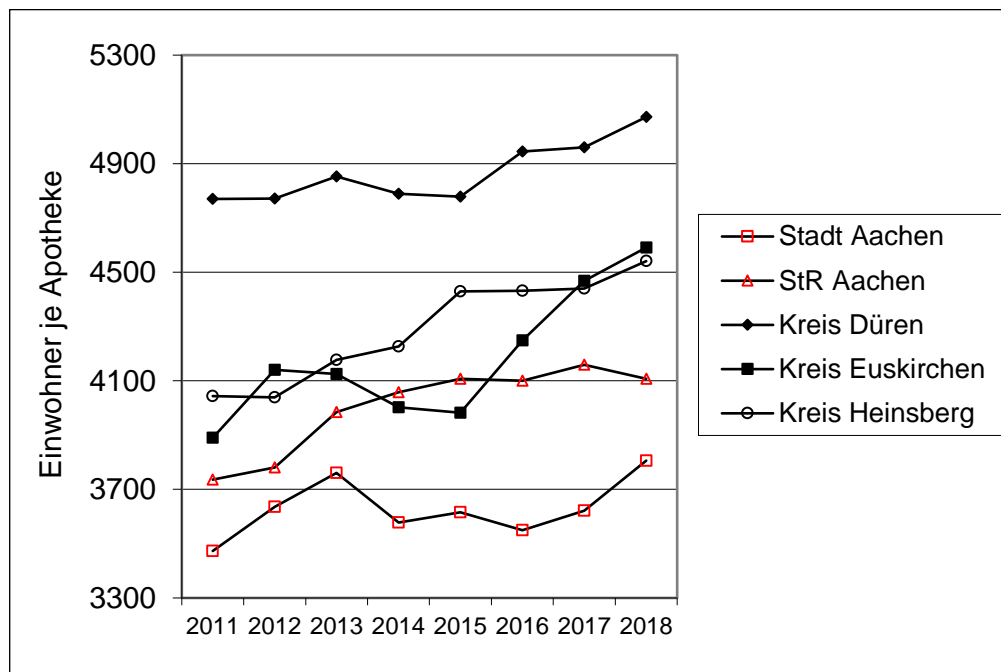


Abbildung 57: Einwohner je Apotheke, 2011 - 2018

Indikator 6.23 Personen im Ambulant Betreuten Wohnen nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken

GV

Definition

Der vorliegende Indikator gibt Auskunft über die Zahl von Menschen mit Behinderungen in Einrichtungen des Ambulant Betreuten Wohnens im regionalen Vergleich. Wohnen im Rahmen der Eingliederungshilfe bezieht sich auf körperlich, geistig, seelisch behinderte Menschen und Suchtkranke. Die Angaben erfolgen sowohl in absoluter Fallzahl als auch bezogen auf je 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner im Alter von 18 und mehr Jahren.

Ambulant Betreutes Wohnen ist eine Betreuungsform außerhalb der eigenen Familie für volljährige behinderte Menschen im Sinne von § 39 Abs. 1 Satz 1 BSHG, die einer stationären Hilfe in einer Einrichtung nicht, noch nicht oder nicht mehr bedürften, aber die vorübergehend oder für längere Zeit oder auf Dauer nicht ohne Hilfe selbstständig leben können. Ambulant Betreutes Wohnen kann in Form von Einzel- oder Paarwohnen oder Wohngemeinschaften erfolgen.

Die Verordnung zur Änderung der Verordnung zur Ausführung des Bundessozialhilfegesetzes (AV-BSHG) vom 20.06.2003 regelt u. a. die Übertragung der Zuständigkeit für das ambulante selbstständige Wohnen behinderter Menschen von den örtlichen auf die überörtlichen Sozialhilfeträger. Damit werden Zuständigkeit und Kostenträgerschaft für alle ambulanten, teilstationären und vollstationären Leistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe zum Wohnen bei den Landschaftsverbänden Rheinland und Westfalen-Lippe zusammengeführt. Die Zuständigkeitsverlagerung erfolgt mit dem Ziel, bisherige, sich aus der geteilten Zuständigkeit und Kostenträgerschaft für Ambulant Betreutes Wohnen einerseits und stationäres Wohnen im Rahmen der Eingliederungshilfe andererseits ergebende Hemmnisse für einen flächendeckenden und bedarfsgerechten Auf- und Ausbau von Angeboten selbstständigen Wohnens zu beseitigen und bestehende regionale Unterschiede im Umfang der Angebote auszugleichen.

Datenhalter

- Landschaftsverband Rheinland (LVR)
- Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL)

Datenquelle

Statistik zur Eingliederungshilfe nach § 39 Bundessozialhilfegesetz

Periodizität

halbjährlich, erstmalig 2004

Validität

Die Informationen der Landschaftsverbände Westfalen-Lippe und Nordrhein sind datenbankbasiert und durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Fachbereichen plausibilisiert und qualitätsgesichert.

Kommentar

Gemäß § 4 der *Rahmenvereinbarung Eingliederungshilfe Wohnen* vom 01.01.2004 ermittelten die Landschaftsverbände erstmals zum Stichtag 30.06.2004 und seitdem halbjährlich zu den Stichtagen 31.12. und 30.6. die Gesamtzahl der Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger getrennt nach ambulanter oder stationärer Betreuung.

Der vorliegende Indikator ist ein Prozessindikator.

Indikator 6.23 Personen im Ambulant Betreuten Wohnen nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 2018

Verwaltungsbezirk	Personen im Ambulant Betreuten Wohnen*					
	Frauen		Männer		insgesamt	
	Anzahl	je 100.000 weibl. Einw.*	Anzahl	je 100.000 männl. Einw.*	Anzahl	je 100.000 Einw.*
StR Aachen ¹	1.178	504,4	1.277	541,1	2.455	522,8
Kreis Düren	487	435,8	504	466,8	991	451,1
Kreis Euskirchen	280	342,1	336	427,6	616	383,9
Kreis Heinsberg	787	730,3	758	730,6	1.545	730,5
Reg.-Bez. Köln	8.200	428,4	8.974	496,4	17.174	461,4
Nordrhein-Westfalen	32.841	427,5	35.822	493,7	68.663	459,7

Datenquelle/Copyright:

* Personen ab 18 Jahre; LVR: ohne ausserrhein. Träger (30 Pers.), LWL: ohne "gewöhnlicher Aufenthalt (gA) ungeklärt" (165 Pers.)

 Landschaftsverbände Rheinland und Westfalen-Lippe
 Statistik zur Eingliederungshilfe nach § 39 BSHG

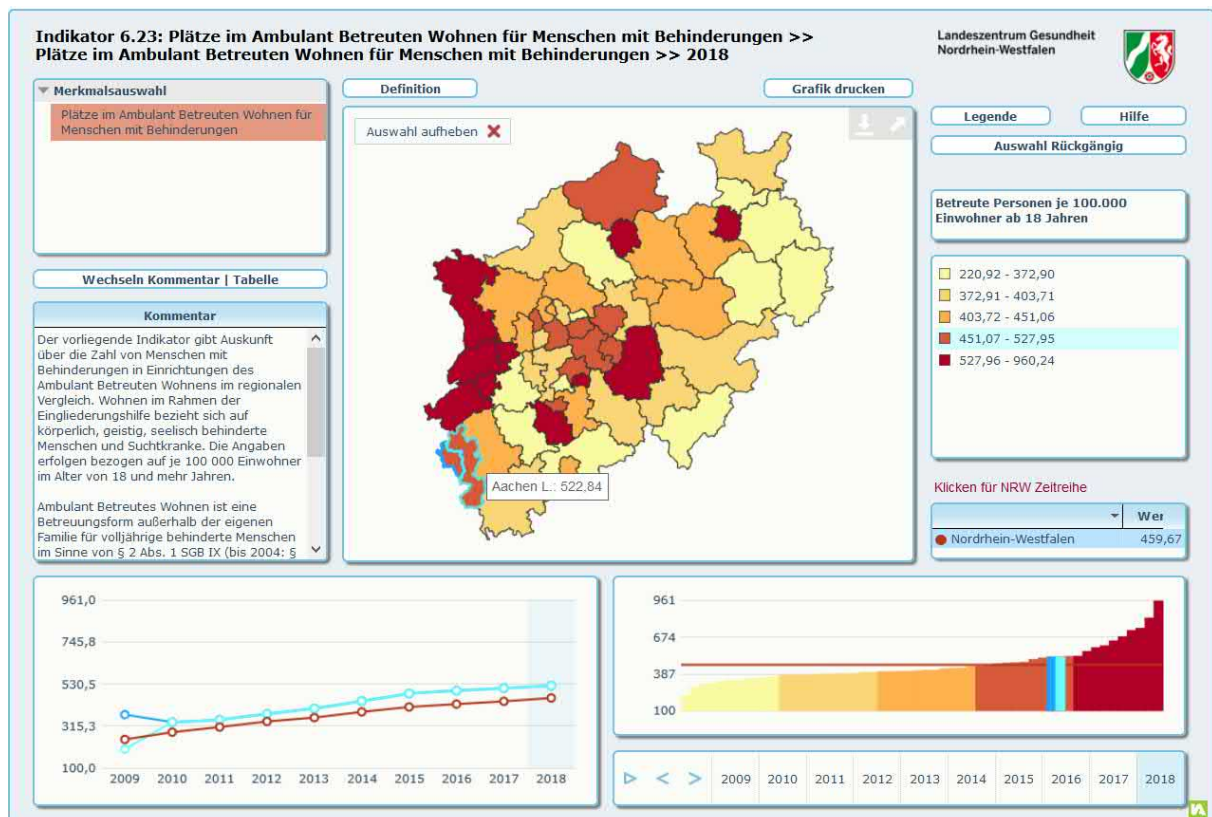
¹ StR Aachen inkl. Stadt Aachen


Abbildung 58: Personen ab 18 Jahre und älter im Ambulant Betreuten Wohnen je 100.000 Einwohner der Altersgruppe, 2009 - 2018, * ab 2010 StädteRegion Aachen inkl. Stadt Aachen

Indikator 6.23_01 Plätze im stationären Wohnen im Rahmen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken

GV

Definition

Der vorliegende Indikator gibt Auskunft über die Zahl der Plätze im stationären Wohnen im Rahmen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen – körperlich, geistig oder psychisch Behinderte sowie Suchtkranke - im Alter von 18 und mehr Jahren in Nordrhein-Westfalen im regionalen Vergleich. Die Angaben erfolgen sowohl in absoluter Fallzahl als auch bezogen auf je 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner.

Stationäres Wohnen bedeutet Leben in einer Wohneinrichtung für behinderte Menschen oder in kleineren Außenwohngruppen mit umfassender Betreuung bis zu 24 Stunden täglich durch feste Bezugspersonen. Der Umfang der Betreuung richtet sich nach den persönlichen Bedürfnissen des behinderten Menschen.

Datenhalter

- Landschaftsverband Rheinland (LVR)
- Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL)

Datenquelle

Statistik zur Eingliederungshilfe

Periodizität

halbjährlich, erstmalig 2004

Validität

Die Informationen der Landschaftsverbände Rheinland und Westfalen-Lippe sind datenbankbasiert und durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Fachbereichen plausibilisiert und qualitätsgesichert.

Kommentar

Gemäß § 4 der *Rahmenvereinbarung Eingliederungshilfe Wohnen* vom 01.01.2004 erstellten die Landschaftsverbände erstmals zum Stichtag 30.06.2004 und seitdem halbjährlich zu den Stichtagen 31.12. und 30.6. eine Übersicht über die Anzahl der in ihrem Gebiet in Anspruch genommenen Plätze im stationären Wohnen.

Der vorliegende Indikator ist ein Prozessindikator.

Indikator 6.23_01 Plätze im stationären Wohnen¹ im Rahmen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 2018 (31.12.)

Verwaltungsbezirk	Plätze im stationären Wohnen für					
	insgesamt	je 100.000 Einwohner > 18 Jahre	geistig behinderte Menschen		körperbehinderte Menschen	
			zusammen	je 100.000 E. > 18 Jahre	zusammen	je 100.000 E. > 18 Jahre
StR Aachen ²	994	211,7	671	142,9	53	11,3
Kreis Düren	544	247,6	356	162,0	36	16,4
Kreis Euskirchen	465	289,8	243	151,5	13	8,1
Kreis Heinsberg	478	226,0	354	167,4	11	5,2
Reg.-Bez. Köln	8.635	232,0	5.549	149,1	393	10,6
Nordrhein-Westfalen	42.906	287,2	27.351	183,1	2.065	13,8

Verwaltungsbezirk	Plätze im stationären Wohnen für			
	seelisch behinderte Menschen		suchtkranke Menschen	
	zusammen	je 100.000 E. > 18 Jahre	zusammen	je 100.000 E. > 18 Jahre
StR Aachen ²	245	52,2	25	5,3
Kreis Düren	137	62,4	15	6,8
Kreis Euskirchen	176	109,7	33	20,6
Kreis Heinsberg	101	47,8	12	5,7
Reg.-Bez. Köln	2.099	61,8	394	10,6
Nordrhein-Westfalen	10.654	71,3	2.836	19

Datenquelle/Copyright:
Landschaftsverbände Rheinland und Westfalen-Lippe
Statistik zur Eingliederungshilfe nach § 39 BSHG

"-"genau null

- 1 Vollstationäre Wohnrichtungen ohne Kurzzeitwohnrichtungen, nur für Personen ab 18 Jahre
- 2 StR Aachen inkl. Stadt Aachen

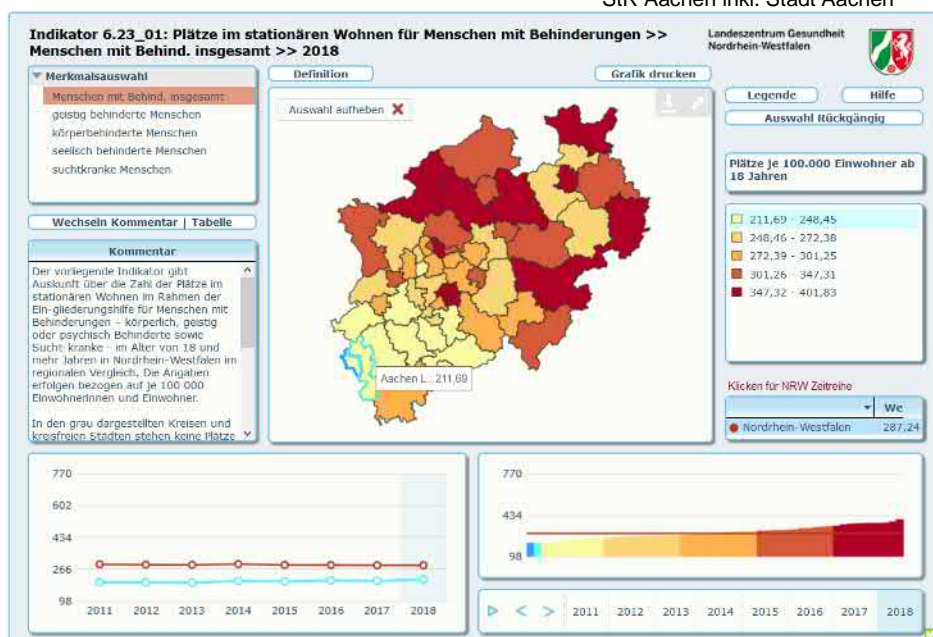


Abbildung 59: Plätze für Personen ab 18 Jahre mit Behinderungen im stationären Wohnen insgesamt je 100.000 Einwohner, 2011 - 2018

Indikator 6.23_02 Plätze in stationären Wohneinrichtungen für Menschen mit Behinderungen, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken

GV

Definition

Der vorliegende Indikator gibt Auskunft über die Zahl von Menschen mit Behinderungen im Alter von 18 und mehr Jahren in stationären Wohneinrichtungen im regionalen Vergleich. Wohnen im Rahmen der Eingliederungshilfe bezieht sich auf körperlich, geistig, seelisch behinderte Menschen und Suchtkranke. Die Angaben erfolgen sowohl in absoluter Fallzahl als auch bezogen auf je 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner. Das Verhältnis von ambulanten zu stationären wohnbezogenen Hilfen für Menschen mit Behinderungen wird unter Hinzuziehung des Indikators 6.23 Personen im Ambulant Betreuten Wohnen berechnet.

Erläuterungen zum Ambulant Betreuten Wohnen siehe Indikator 6.23.

Erläuterungen zum stationären Wohnen siehe Indikator 6.23_01.

Datenhalter

- Landschaftsverband Rheinland (LVR)
- Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL)

Datenquelle

Statistik zur Eingliederungshilfe

Periodizität

halbjährlich, erstmalig 2004

Validität

Die Informationen der Landschaftsverbände Rheinland und Westfalen-Lippe sind datenbankbasiert und durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Fachbereichen plausibilisiert und qualitätsgesichert.

Kommentar

Gemäß § 4 der *Rahmenvereinbarung Eingliederungshilfe Wohnen* vom 01.01.2004 ermittelten die Landschaftsverbände erstmals zum Stichtag 30.06.2004 und seitdem halbjährlich zu den Stichtagen 31.12. und 30.6. die Gesamtzahl der Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger in stationärer Betreuung.

Der vorliegende Indikator ist ein Prozessindikator.

Indikator 6.23_02 Plätze in stationären Wohneinrichtungen für Menschen mit Behinderungen, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 2018

Verwaltungsbezirk	Personen in stationären Wohneinrichtungen*						Relation zwischen betreuten Personen		% - Anteil der 18- bis unter 65-jähr. Personen
	Frauen		Männer		insgesamt		Ambulant in %	Stationär in %	
	Anzahl	je 100.000 weibl. Einw.>18J	Anzahl	je 100.000 männl. Einw.>18J	Anzahl	je 100.000 Einw.>18J			
StR Aachen ¹	387	165,7	607	257,2	994	211,7	71	29	89,3
Kreis Düren	206	184,4	338	313,1	544	247,6	65	35	89,9
Kreis Euskirchen	171	208,9	294	374,1	465	289,8	57	43	90,5
Kreis Heinsberg	194	180,0	284	273,7	478	226,0	76	24	88,5
Reg.-Bez. Köln	3.518	183,8	5.117	283,0	8.635	232,0	67	33	88,4
Nordrhein-Westfalen	17.483	227,6	25.423	350,4	42.906	287,2	62	38	87,7

Datenquelle/Copyright:
Landschaftsverbände Rheinland und Westfalen-Lippe:
Statistik zur Eingliederungshilfe

* Personen ab 18 Jahre; ohne ausserrhein. Träger (11 Pers.)
LWL: ohne "gewöhnlicher Aufenthalt (gA) ungeklärt" (25 Pers.)
¹ seit 2010 StR Aachen inkl. Stadt Aachen

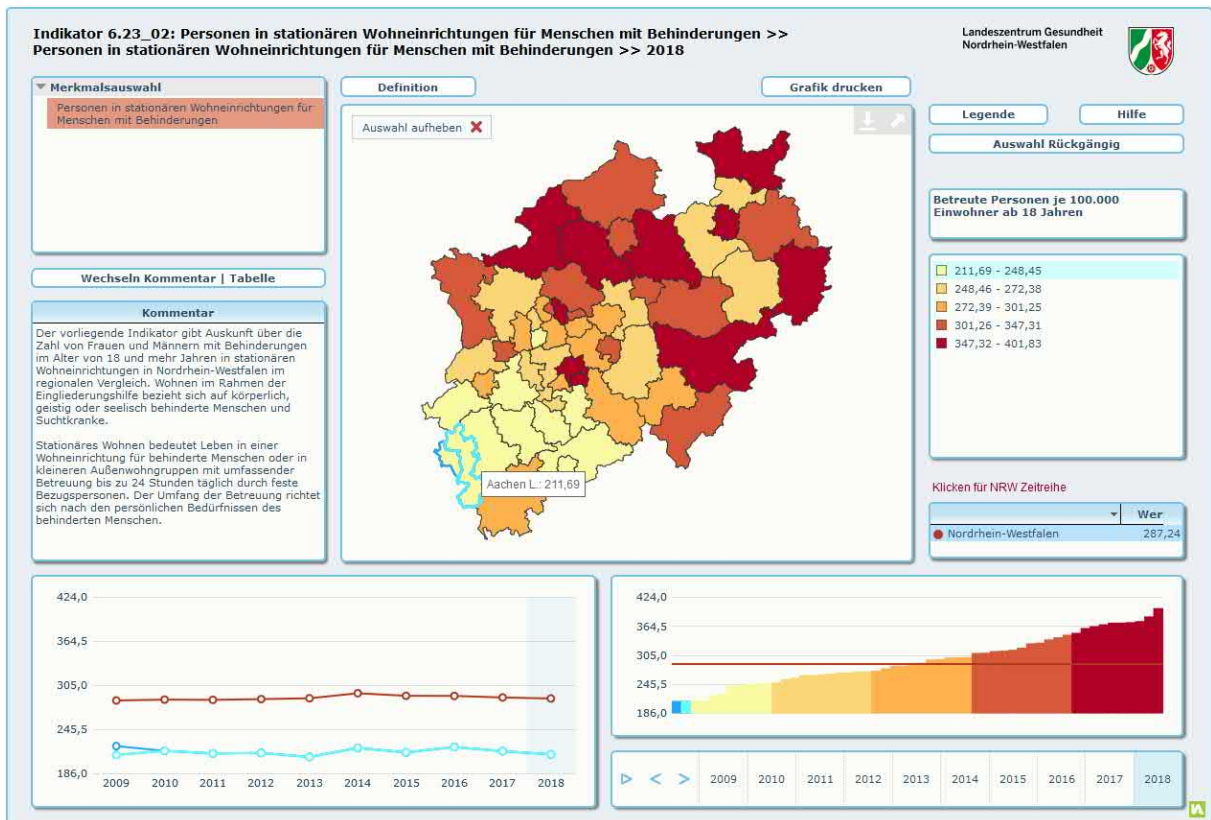


Abbildung 60: Plätze für Personen ab 18 Jahren mit Behinderung in stationären Wohneinrichtungen je 100.000 Einwohner, 2009 - 2018

Themenfeld 7:

Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens

Indikator 7.06 Inanspruchnahme des Krankheitsfrüherkennungsprogramms für Kinder, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken

KVF

Definition

Das gesetzliche Krankheitsfrüherkennungsprogramm für Kinder ist ein der Entwicklungsdynamik des Kindes angepasstes mehrteiliges Screening-Programm, das eine möglichst frühzeitige Aufdeckung wesentlicher Entwicklungsstörungen und Erkrankungen zum Ziel hat. Dadurch werden Therapiemöglichkeiten früher einsetzbar. Das Programm umfasst insgesamt 10 Untersuchungen. Zusätzlich wurde am 1.7.1997 die J1 (1. Jugendgesundheitsschutzuntersuchung) in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen als Pflichtleistung aufgenommen.

Die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen ist freiwillig. Die Inanspruchnahme und Ergebnisse dieser Früherkennungsuntersuchungen werden im Vorsorgeheft dokumentiert. Die Neugeborenen-Untersuchungen U1 (Erstuntersuchung) und U2 (Basisuntersuchung am 3. - 10. Lebenstag) werden in der Regel noch in der Geburtsklinik und damit bei nahezu allen Kindern durchgeführt; die folgenden Untersuchungen werden bei niedergelassenen (Kinder-)Ärztinnen bzw. (Kinder-)Ärzten angeboten. Über ihre Inanspruchnahme im Regionalvergleich berichtet Indikator 7.6. Dabei wird eine Differenzierung nach den Untersuchungen im 1. Lebensjahr (U3: 4. - 6. Lebenswoche, U4: 3. - 4. Lebensmonat, U5: 6. - 7. Lebensmonat, U6: 10. - 12. Lebensmonat) sowie den in den folgenden Lebensjahren bis zum Schuleintritt angebotenen Untersuchungen (U7: 21. - 24. Lebensmonat, U8: 43. - 48. Lebensmonat (3 ½ - 4 Jahre), U9: 60. - 64. Lebensmonat (5 - 5 ½ Jahre)) vorgenommen.

Im Rahmen der Einschulungsuntersuchungen werden die Eintragungen im Vorsorgeheft durch den öffentlichen Gesundheitsdienst erfasst. Indikator 7.6 bezieht sich auf die Anzahl der Schulanfängerinnen und Schulanfänger, die das Vorsorgeheft zur Einschulungsuntersuchung vorgelegt haben. Die Bewertung erfolgt ausschließlich im Hinblick auf die Inanspruchnahme. Ein Vergleich zum Indikator 7.5, der die Trendentwicklung darstellt, ist gegeben.

Datenhalter

Landeszentrum Gesundheit (LZG.NRW)

Datenquelle

Dokumentation der schulischen Eingangsuntersuchungen

Periodizität

jährlich, bezogen auf den Einschulungsjahrgang

Validität

Der Indikator 7.6 enthält für einige wenige Kreise, bzw. kreisfreie Städte nur unvollständige oder keine Daten, da für die Inanspruchnahme der Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen bei Schulanfängern keine Meldepflicht besteht. Für die Indikatoren 7.13 und 7.14, die sich auf die Inanspruchnahme von Impfungen entsprechend dem Infektionsschutzgesetz beziehen, liegen auf Grund der bestehenden Meldepflicht vollständigere Daten vor. Die Validität der Daten ist davon abhängig, ob alle Schulanfängerinnen und Schulanfänger oder nur eine Teilmenge untersucht wurden und wie hoch der Anteil der untersuchten Kinder ist, die das Vorsorgeheft vorgelegt haben.

Die Variable *untersuchte Schulanfängerinnen und Schulanfänger* kann bei den Indikatoren, die auf der schulärztlichen Einschulungsuntersuchung als Datenquelle basieren, infolge von Datenübermittlungsfehlern schwanken.

Kommentar

Der Indikator informiert über die Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsversorgung in den Kreisen und kreisfreien Städten. Darüber hinaus kann die vollständige Teilnahme am Untersuchungsangebot als Maß für gesundheitsbewusstes Verhalten der Eltern interpretiert werden.

Es handelt sich um einen Prozessindikator.

Indikator 7.06 Inanspruchnahme des Krankheitsfrüherkennungsprogramms für Kinder, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 2018¹

Verwaltungsbezirk	Untersuchte Schulanfänger insgesamt*	Inanspruchnahme d. Früherkennungsuntersuchungen				
		Dokumentation vorhanden**	darunter: wahrgenommen in %:			Keine Dokumentation vorhanden***
			U3 - U6	U7	U8	
Stadt Aachen	1.869	1.721	87,0	91,6	94,1	148
StR Aachen ²	2.820	2.624	89,2	92,6	93,9	196
Kreis Düren	2.409	2.055	91,4	94,7	96,8	354
Kreis Euskirchen	1.784	1.685	89,8	93,7	96,2	99
Kreis Heinsberg	2.185	2.034	95,3	95,8	96,2	151
Reg.-Bez. Köln	40.252	36.499	90,9	93,9	95,4	3.753
Nordrhein-Westfalen	154.709	141.524	90,6	93,6	95,1	13.185

Datenquelle/Copyright:
Landeszentrum Gesundheit NRW:
Dokumentation der schulischen Eingangsuntersuchungen (Regelschule)

* Untersuchte Kinder älter als 48 Monate
** Vorsorgeheft vorgelegt
*** Vorsorgeheft nicht vorgelegt
1 Einschulungsjahrgang
2 StädteRegion Aachen ohne Stadt Aachen

Verwaltungsbezirk	dar.: Untersuchte Schulanfänger älter als 64 Monate	Inanspruchnahme d. Früherkennungsuntersuchungen			
		Dokumentation vorhanden**	darunter: wahrgenommen in %:		Keine Dokumentation vorhanden***
			U9		
Stadt Aachen	1.693	1.558	91,6		135
StR Aachen ²	2.581	2.398	91,5		183
Kreis Düren	2.227	1.898	94,9		329
Kreis Euskirchen	1.676	1.583	92,9		93
Kreis Heinsberg	1.996	1.859	92,2		137
Reg.-Bez. Köln	37.124	33.637	93,2		3.487
Nordrhein-Westfalen	145.341	132.837	93,7		12.504

Datenquelle/Copyright:
Landeszentrum Gesundheit NRW:
Dokumentation der schulischen Eingangsuntersuchungen (Regelschule)

* Untersuchte Kinder älter als 48 Monate
** Vorsorgeheft vorgelegt
*** Vorsorgeheft nicht vorgelegt
1 Einschulungsjahrgang
2 StädteRegion Aachen ohne Stadt Aachen

Indikator 7.10 Anteil der durch Karies-Prophylaxemaßnahmen erreichten Kinder nach Einrichtungstyp, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken

KVF

Definition

Unter dem Begriff *Kariesprophylaxe* werden Maßnahmen zur Verhinderung von Zahnerkrankungen (Karies) zusammengefasst. Sie werden unterschieden in Gruppenprophylaxe und Individualprophylaxe. Gesetzliche Grundlage sind für die Gruppenprophylaxe § 21 SGB V, für die Individualprophylaxe § 22 SGB V.

Gemäß § 21 SGB V haben die Krankenkassen im Zusammenwirken mit den Zahnärztinnen und Zahnärzten sowie den für die Zahngesundheitspflege in den Ländern zuständigen Stellen Maßnahmen zur Erkennung und Verhütung von Zahnerkrankungen bei Versicherten, die das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, zu fördern und sich an den Kosten zur Durchführung zu beteiligen. Die Maßnahmen werden vorrangig in Gruppen, insbesondere in Kindergärten und Schulen durchgeführt und sollen sich insbesondere auf Ernährungsberatung, Zahnschmelzhärtung und Mundhygiene erstrecken. Es werden bis zu 4 Prophylaxemaßnahmen/Schuljahr, in einzelnen Kreisen sogar bis zu 5 Prophylaxemaßnahmen/Schuljahr, durchgeführt.

Indikator 7.10 stellt die Anzahl der durch wenigstens eine oder zwei Prophylaxemaßnahmen bzw. -impulse tatsächlich erreichten Vorschul- und Schulkinder nach Einrichtungstyp im Regionalvergleich dar.

Datenhalter

Landesarbeitsgemeinschaften zur Förderung der Jugendzahnpflege Nordrhein und Westfalen-Lippe

Datenquelle

Dokumentation der Maßnahmen in der Gruppenprophylaxe

Periodizität

jährlich, nach Schuljahren

Validität

Da sich der Indikator ausschließlich auf die Durchführung von Prophylaxe-Maßnahmen bezieht, ist von einer ausreichenden Vollständigkeit und guten Validität auszugehen.

Kommentar

Der Indikator informiert über die Anzahl von Vorschul- und Schulkindern, die durch 1 bzw. 2 Maßnahmen der Karies-Gruppenprophylaxe erreicht wurden. Mehrfachzählungen sind hier möglich, da mehrere Prophylaxemaßnahmen/ Schuljahr durchgeführt werden.

Es handelt sich um einen Prozessindikator.

Indikator 7.10 Anteil der durch Karies-Prophylaxemaßnahmen erreichten Kinder nach Einrichtungstyp, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 2018¹

Verwaltungsbezirk	Zahl der durch 1- bis 2-malige Prophylaxemaßnahmen bzw. -impulse erreichten Kinder in					
	Kindergärten			Grundschulen		
	gemeldete Kinder ³	ein Impuls ³	zwei Impulse ⁴	gemeldete Kinder ²	ein Impuls ³	zwei Impulse ⁴
StR Aachen*	18.076	12.809	7.652	18.185	16.074	14.311
Kreis Düren	8.664	5.974	6.295	9.096	8.122	8.281
Kreis Euskirchen	6.235	4.974	4.700	6.824	6.299	4.761
Kreis Heinsberg	8.050	5.421	•	9.049	8.028	1.896
Reg.-Bez. Köln	156.254	105.326	66.229	160.749	146.310	89.421
Nordrhein-Westfalen	595.670	391.585	222.133	633.512	557.812	329.079

Verwaltungsbezirk	Zahl der durch 1- bis 2-malige Prophylaxemaßnahmen bzw. -impulse erreichten Kinder in								
	Klasse 5/6			Klasse 7-10			Förderschule		
	gemeldete Kinder ²	ein Impuls ³	zwei Impulse ⁴	gemeldete Kinder ²	ein Impuls ³	zwei Impulse ⁴	gemeldete Kinder ²	ein Impuls ³	zwei Impulse ⁴
StR Aachen*	9.265	3.546	79	19.010	•	54	2.890	1.349	1.952
Düren	2.733	2.181	1.860	•	•	•	1.457	937	413
Euskirchen	3.775	1.450	•	7.891	30	•	1.148	404	302
Heinsberg	1.812	•	•	690	122	•	690	372	356
Reg.-Bez. Köln	64.709	23.470	13.074	119.553	2.028	731	19.055	10.930	7.017
Nordrhein-Westfalen	284.279	63.897	18.504	546.265	23.405	2.675	73.665	39.310	15.782

Datenquelle/Copyright:

Landesarbeitsgemeinschaften z. Förderung d. Jugendzahnpflege Nordrhein u. Westfalen-Lippe: Dokumentation der Maßnahmen in der Gruppenprophylaxe

¹ Schuljahr 2017/2018

² in allen Einrichtungen gemeldete Kinder, Angaben nicht für alle Kreise vollständig

³ durch eine Prophylaxemaßnahme bzw. einen Prophylaxeimpuls tatsächlich erreichte Kinder

⁴ durch zwei Prophylaxemaßnahmen bzw. -impulse tatsächlich erreichte Kinder insgesamt

* Städteregion Aachen einschl. Stadt Aachen

"•" Zahlenwert unbekannt

Indikator 7.13 Impfquote bezüglich Poliomyelitis, Tetanus, Diphtherie, Hepatitis B, Haemophilus influenzae b und Pertussis bei Schulanfängern, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken

KVF

Definition

Impfungen gehören zu den wirksamsten und wichtigsten präventiven Maßnahmen der Medizin. Unmittelbares Ziel der Impfung ist es, den Geimpften vor einer Krankheit zu schützen. Bei Erreichen hoher Durchimpfungsraten ist es möglich, einzelne Krankheitserreger regional zu eliminieren und schließlich weltweit auszurotten (Eradikation). Die Eliminierung bzw. Eradikation der Masern, Röteln und der Poliomyelitis ist erklärtes und erreichbares Ziel nationaler und internationaler Gesundheitspolitik.

In der Bundesrepublik Deutschland besteht keine Impfpflicht. Impfungen von besonderer Bedeutung für die Gesundheit der Bevölkerung können entsprechend § 20 Abs. 3 Infektionsschutzgesetz (IfSG) *öffentlich empfohlen* werden. Diese Empfehlungen werden von den obersten Gesundheitsbehörden der Länder ausgesprochen. Sie orientieren sich dabei an den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut. Seit einigen Jahren empfiehlt die STIKO für die Grundimmunisierung gegen Poliomyelitis, Hepatitis B, Diphtherie, Tetanus und Haemophilus influenzae b jeweils mindestens 4 Impfungen. Für die Grundimmunisierung gegen Pertussis sind nach wie vor 4 Impfungen erforderlich. Bei Anwendung eines monovalenten Impfstoffs kann die vierte Impfung bei den Impfungen gegen Poliomyelitis, Hepatitis B und Haemophilus influenzae b für eine Grundimmunisierung entfallen. Die neue Regelung wurde ab 2012 bei der Fortschreibung des vorliegenden Indikators übernommen. Bei der Qualitätssicherung wurde festgestellt, dass bei den Impfungen gegen Poliomyelitis, Hepatitis B und Haemophilus influenzae b die monovalenten Impfungen nicht immer zuverlässig erfasst werden konnten. Ab dem Einschulungsjahrgang 2018 erfolgt daher die Berechnung der Impfquote bei diesen Impfungen auf einer verbesserten Grundlage.

Gemäß § 34 (11) IfSG hat das Gesundheitsamt oder von ihm beauftragte Ärztinnen und Ärzte bei der Erstaufnahme in die 1. Klasse einer allgemeinbildenden Schule den Impfstatus zu erheben und die hierbei gewonnenen aggregierten und anonymisierten Daten über die oberste Landesgesundheitsbehörde dem Robert Koch-Institut zu übermitteln. Indikator 7.13 verwendet als Bevölkerungsbezug die Anzahl der erstmals zur Einschulungsuntersuchung vorgestellten Schulanfängerinnen und Schulanfänger. Die Impfquote bezieht sich auf die Anzahl der Schulanfängerinnen und Schulanfänger, die Impfdokumente zur Einschulungsuntersuchung vorgelegt haben. Zu beachten ist, dass hierdurch die Impfquote überschätzt werden kann, wenn davon ausgegangen wird, dass Kinder für die kein Impfdokument vorlag schlechter geimpft sind als Kinder für die ein Impfdokument vorlag. Die Erfassung der Vollständigkeit von Impfungen erfolgt im Hinblick auf die Inanspruchnahme entsprechend den jeweils aktuellen Empfehlungen des Robert Koch-Instituts. Aus methodischen Gründen kann in einzelnen Jahren das Formular zur Meldung der Impfquoten auf den vorhergehenden STIKO-Empfehlungen basieren.

Datenhalter

Landeszentrum Gesundheit (LZG.NRW)

Datenquelle

Dokumentation der schulischen Eingangsuntersuchungen (Regelschule)

Periodizität

jährlich, bezogen auf den Einschulungsjahrgang

Validität

Der Indikator bezieht sich auf die Inanspruchnahme von Impfungen entsprechend dem Infektionsschutzgesetz. Es besteht Meldepflicht. Die Validität der Daten ist davon abhängig, wie hoch der Anteil der untersuchten Schulanfängerinnen und Schulanfänger ist, die Impfdokumente vorgelegt haben.

Kommentar

Der Indikator informiert allgemein über die Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsversorgung sowie speziell über den Impfschutz aus individual- und bevölkerungsmedizinischer Sicht. Darüber hinaus kann die vollständige Teilnahme der Kinder an den Schutzimpfungen als Maß für gesundheitsbewusstes Verhalten der Eltern interpretiert werden.

Es handelt sich um einen Prozessindikator.

Indikator 7.13 Impfquote bezüglich Poliomyelitis, Tetanus, Diphtherie, Hepatitis B, Haemophilus influenzae b und Pertussis bei Schulanfängern, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 2018¹

Verwaltungsbezirk	Untersuchte Schulanfänger insgesamt	Kinder mit dokumentierten Impfungen*	Kinder ohne dokumentierte Impfungen***
Stadt Aachen	1.869	1.735	134
StR Aachen ²	2.820	2.621	199
Kreis Düren	2.409	2.094	315
Kreis Euskirchen	1.784	1.628	156
Kreis Heinsberg	2.185	2.069	116
Reg.-Bez. Köln	40.252	36.502	3.750
Nordrhein-Westfalen³	156.147	143.051	13.069

Verwaltungsbezirk	Impfungen					
	Impfquote in % bei abgeschlossener Grundimmunisierung**					
	Polio-myelitis	Tetanus	Diphtherie	Hepatitis B	Haemophilus influenzae b	Pertussis
Stadt Aachen	89,5	90,0	89,7	84,7	88,2	89,6
StR Aachen ²	90,8	92,1	91,9	88,9	90,7	91,6
Kreis Düren	93,1	93,5	93,5	92,9	92,7	93,3
Kreis Euskirchen	90,8	91,5	91,3	89,5	90,2	91,1
Kreis Heinsberg	94,4	94,6	94,6	93,6	93,9	94,6
Reg.-Bez. Köln	92,0	92,6	92,6	89,4	91,6	92,4
Nordrhein-Westfalen	91,0	92,2	92,2	89,8	91,1	92,0

Datenquelle/Copyright:

LZG NRW:

Dokumentation der schulischen Eingangsuntersuchungen (Regelschule)

¹ Einschulungsjahrgang

² StädteRegion Aachen ohne Stadt Aachen

* Impfbuch vorgelegt

** geänderte Berechnungsgrundlage (s. Kommentar)

*** Impfbuch nicht vorgelegt

Indikator 7.14 Impfquote bezüglich Masern, Mumps, Röteln und Varizellen bei Schulanfängern, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken

KVF

Definition

Impfungen gehören zu den wirksamsten und wichtigsten präventiven Maßnahmen der Medizin. Unmittelbares Ziel der Impfung ist es, den Geimpften vor einer Krankheit zu schützen. Bei Erreichen hoher Durchimpfungsraten ist es möglich, einzelne Krankheitserreger regional zu eliminieren und schließlich weltweit auszurotten (Eradikation). Die Eliminierung bzw. Eradikation der Masern, Röteln und der Poliomyelitis ist erklärtes und erreichbares Ziel nationaler und internationaler Gesundheitspolitik.

In der Bundesrepublik Deutschland besteht keine Impfpflicht. Impfungen von besonderer Bedeutung für die Gesundheit der Bevölkerung können entsprechend § 20 Abs. 3 Infektionsschutzgesetz (IfSG) *öffentlich empfohlen* werden. Diese Empfehlungen werden von den obersten Gesundheitsbehörden der Länder ausgesprochen. Sie orientieren sich dabei an den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut.

Die Impfung gegen Masern, Mumps, Röteln und Varizellen im Vorschulalter sollte im Alter von 15-23 Monaten mit zwei Impfungen abgeschlossen sein. Der Indikator weist getrennt den Anteil der Kinder mit mindestens 1 Impfung sowie als Teilmenge davon den Anteil der Kinder mit mindestens 2 Impfungen aus. Die zweite Impfung ist wichtig, um Ausbrüche und Erkrankungen trotz Impfung (Durchbruchserkrankungen) zu verringern und die Übertragung des Virus auf empfängliche Personen weiter einzudämmen.

Die Windpocken- oder Varizellen-Impfung im Kindesalter wird seit 2004 empfohlen. Im August 2009 hat die STIKO auch die Empfehlung zu einer zweiten Varizellen-Impfung im Alter von 15 bis 23 Lebensmonaten verabschiedet. Zuvor war nur auf eine mögliche zweite Impfung gemäß Herstellerangaben verwiesen worden.

Gemäß § 34 (11) IfSG hat das Gesundheitsamt oder von ihm beauftragte Ärztinnen und Ärzte bei der Erstaufnahme in die 1. Klasse einer allgemeinbildenden Schule den Impfstatus zu erheben und die hierbei gewonnenen aggregierten und anonymisierten Daten über die oberste Landesgesundheitsbehörde dem Robert Koch-Institut zu übermitteln. Indikator 7.14 verwendet als Bevölkerungsbezug die Anzahl der zur Einschulungsuntersuchung vorgestellten Schulanfängerinnen und Schulanfänger. Die Impfquote bezieht sich auf die Anzahl der Schulanfängerinnen und Schulanfänger, die Impfdokumente zur Einschulungsuntersuchung vorgelegt haben. Zu beachten ist, dass hierdurch die Impfquote überschätzt werden kann, wenn davon ausgegangen wird, dass Kinder für die kein Impfdokument vorlag schlechter geimpft sind als Kinder für die ein Impfdokument vorlag. Die Erfassung der Vollständigkeit von Impfungen erfolgt im Hinblick auf die Inanspruchnahme entsprechend den jeweils aktuellen Empfehlungen des Robert Koch-Instituts. Aus methodischen Gründen kann in einzelnen Jahren das Formular zur Meldung der Impfquoten auf die vorhergehenden STIKO-Empfehlungen basieren.

Datenhalter

Landeszentrum Gesundheit (LZG.NRW)

Datenquelle

Dokumentation der schulischen Eingangsuntersuchungen

Periodizität

jährlich, bezogen auf den Einschulungsjahrgang

Validität

Der Indikator bezieht sich auf die Inanspruchnahme von Impfungen entsprechend dem Infektionsschutzgesetz. Es besteht Meldepflicht. Die Validität der Daten ist davon abhängig, wie hoch der Anteil der untersuchten Schulanfängerinnen und Schulanfänger ist, die Impfdokumente vorgelegt haben.

Kommentar

Der Indikator informiert allgemein über die Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsversorgung sowie speziell über den Impfschutz aus individual- und bevölkerungsmedizinischer Sicht. Darüber hinaus kann die vollständige Teilnahme der Kinder an den Schutzimpfungen als Maß für gesundheitsbewusstes Verhalten der Eltern interpretiert werden.

Es handelt sich um einen Prozessindikator.

Indikator 7.14 Impfquote bezüglich Masern, Mumps, Röteln und Varizellen bei Schulanfängern, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 2018¹

Verwaltungsbezirk	Unters. Schulanfänger insgesamt	Kinder mit dokumentierter Impfung*	Dokumentierte Impfungen							
			Impfquote in % bei der 1. und 2. Impfung							
			Masern		Mumps		Röteln		Varizellen	
			>=1 Impf.	>=2 Impf.	>=1 Impf.	>=2 Impf.	>=1 Impf.	>=2 Impf.	>=1 Impf.	>=2 Impf.
Stadt Aachen	1.869	1.735	97,2	93,7	97,2	93,7	97,2	93,8	85,8	81,7
StR Aachen ²	2.820	2.621	97,0	93,3	97,0	93,2	96,9	93,2	91,1	86,1
Kreis Düren	2.409	2.094	98,6	96,6	98,6	96,6	98,5	96,5	95,5	92,3
Kreis Euskirchen	1.784	1.628	97,1	92,2	97,1	92,2	97,0	92,1	93,2	88,5
Kreis Heinsberg	2.185	2.069	98,6	95,8	98,6	95,8	98,6	95,8	94,6	92,3
Reg.-Bez. Köln²	40.252	36.502	97,6	94,4	97,4	94,3	97,4	94,2	91,5	88,4
Nordrhein-Westfalen	156.147	143.051	98,1	94,3	97,9	94,2	97,9	94,1	91,3	87,5

Datenquelle/Copyright:
LZG NRW:
Dokumentation der schulärztlichen
Einschulungsuntersuchungen

¹ Einschulungsjahrgang
² StädteRegion Aachen ohne Stadt Aachen
* Impfbuch vorgelegt

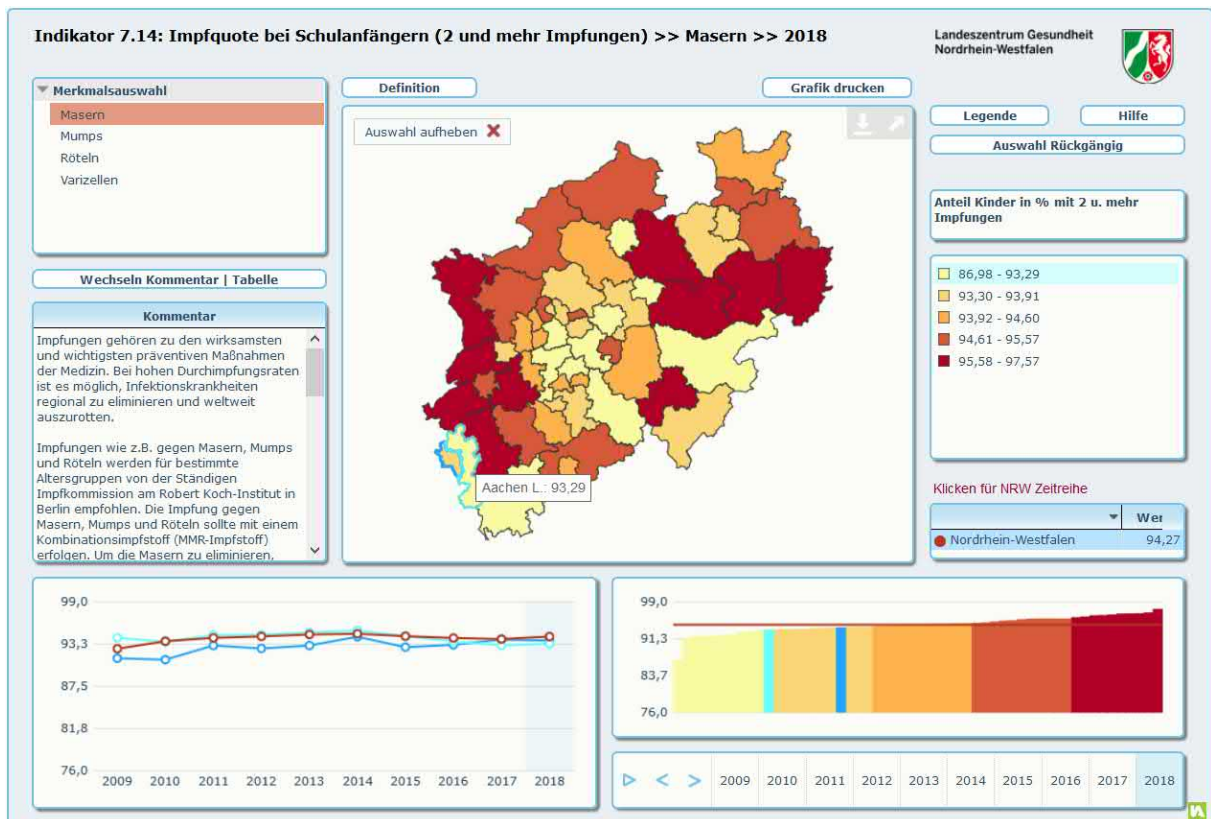


Abbildung 61: Mindestens 2-mal gegen Masern geimpfte Schulanfänger (in Prozent der Kinder mit Impfdokumentation), 2009 - 2018

Indikator 7.23_01 Substitutionsbehandlung mit Methadon und anderen Opiatersatzmedikamenten – Substituierende Ärztinnen und Ärzte, Substitutionsbehandlungen, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken

V

Definition

In NRW ab 1987 zunächst als wissenschaftlich begleitetes Erprobungsverfahren eingeführt, hat sich die Substitutionsbehandlung opiatabhängiger Personen inzwischen etabliert und bewährt.

Zu beachten sind die einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen, insbesondere des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) und der Betäubungsmittelverschreibungs-Verordnung (BtMVV). Voraussetzung für die Substitution Opiatabhängiger ist gemäß § 5 Abs. 3 BtMVV das Vorliegen einer suchttherapeutischen Qualifikation der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes. Diese wird von den Ärztekammern nach dem allgemeinen anerkannten Stand der Wissenschaft festgelegt (s. Richtlinie der Bundesärztekammer vom 22. März 2002). Ausnahme: bis zu zehn Substitutionspatientinnen/-patienten können bei regelmäßiger Hinzuziehung einer Konsiliarärztin/eines Konsiliararztes auch von einer Ärztin/einem Arzt ohne Fachkundenachweis betreut werden (§ 5 Abs. 4 BtMVV). Gesonderte Richtlinien des Bundesausschusses Ärzte und Krankenkassen sind für die Substitution zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung zu berücksichtigen (BUB-Richtlinien vom 28. Oktober 2002).

Gemäß § 5 b BtMVV führt das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) - Bundesopiumstelle für die Länder als vom Bund entliehenes Organ ein Register mit Daten über das Verschreiben von Substitutionsmitteln (Substitutionsregister). Seit dem 1.7.2002 ist jede Ärztin/jeder Arzt, der eine Substitutionsbehandlung bei einer opiatabhängigen Person durchführt, verpflichtet, diese unverzüglich dem Substitutionsregister zu melden. Ebenfalls verpflichtend ist die Abmeldung, wenn die Behandlung beendet ist. Die An- und Abmeldeverpflichtung gegenüber dem Substitutionsregister besteht unabhängig vom Versicherungsstatus der Patientin bzw. des Patienten (privat, KV, etc.).

Im Indikator werden die Anzahl der substituierenden Ärztinnen/Ärzte insgesamt (gemäß § 5 Abs. 3 und 4 BtMVV) und die Anzahl der mit Methadon bzw. anderen Opiat-Ersatzmedikamenten durchgeführten Substitutionsbehandlungen (bis zum Berichtsjahr 2011 die Anzahl der mit Methadon bzw. anderen Opiatersatzmedikamenten substituierten Patienten) im Regionalvergleich für den Zeitraum 1.1 bis 31.12. des jeweiligen Berichtsjahres dargestellt. Dabei wird die Anzahl der Patientinnen und Patienten bzw. ab 2011 die Anzahl der Behandlungen nicht nach dem Wohnsitz der Patienten ausgewiesen, sondern dem Kreis oder der kreisfreien Stadt zugeordnet, in der sie durchgeführt werden.

Datenhalter

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) - Bundesopiumstelle

Datenquelle

Substitutionsregister

Periodizität

jährlich

Validität

Wegen der erforderlichen Genehmigung zur Substitutionsbehandlung wird eine vollständige Erfassung der substituierenden Ärztinnen und Ärzte vorausgesetzt. Die Vollständigkeit der Patientenzahlen bzw. ab 2011 Behandlungszahlen hängt von der Einhaltung der An- und Abmeldepflicht der behandelnden Ärztinnen und Ärzte ab.

Kommentar

Aufgelistet sind alle Ärztinnen und Ärzte, die nach § 5 Abs. 2 BtMVV mit suchttherapeutischer Qualifikation und nach § 5 Abs. 3 ohne Fachkundenachweis im jeweiligen Berichtszeitraum Substitutionsmittel verschrieben haben. Bei der Anzahl der Behandlungen ist zu beachten, dass für dieselben Patientinnen bzw. Patienten mehrere Behandlungsperioden gemeldet sein können und entsprechend oft bei der Zeitraum-Recherche gezählt werden.

Es handelt sich um einen Prozessindikator.

Indikator 7.23_01 Substitutionsbehandlung mit Methadon und anderen Opiatersatzmedikamenten - Substituierende Ärzte, Substitutionsbehandlungen, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 2019¹

Verwaltungsbezirk	Substituierende Ärzte*	Im Berichtszeitraum gemeldete Substitutionsbehandlungen		
	insgesamt	insgesamt	je Arzt	je 100.000 Einw. **
StR Aachen ²	19	1.392	73,3	250,9
Kreis Düren	7	476	68,0	180,8
Kreis Euskirchen	3	254	84,7	132,0
Kreis Heinsberg	4	209	52,3	82,4
Reg.-Bez. Köln	148	10.838	73,2	242,9
Nordrhein-Westfalen	726	41.462	57,1	231,3

Datenquelle/Copyright:
 Bundesinstitut f. Arzneimittel u. Medizinprodukte-(Bundesopiumstelle):
 Substitutionsregister

* Qualifikation gemäß § 5 Abs. 2, 3 BtMVV:

** Durchschnittliche Bevölkerung 2018

¹ Zeitraum 01.01.-31.12.2019

² StR Aachen inkl. Stadt Aachen

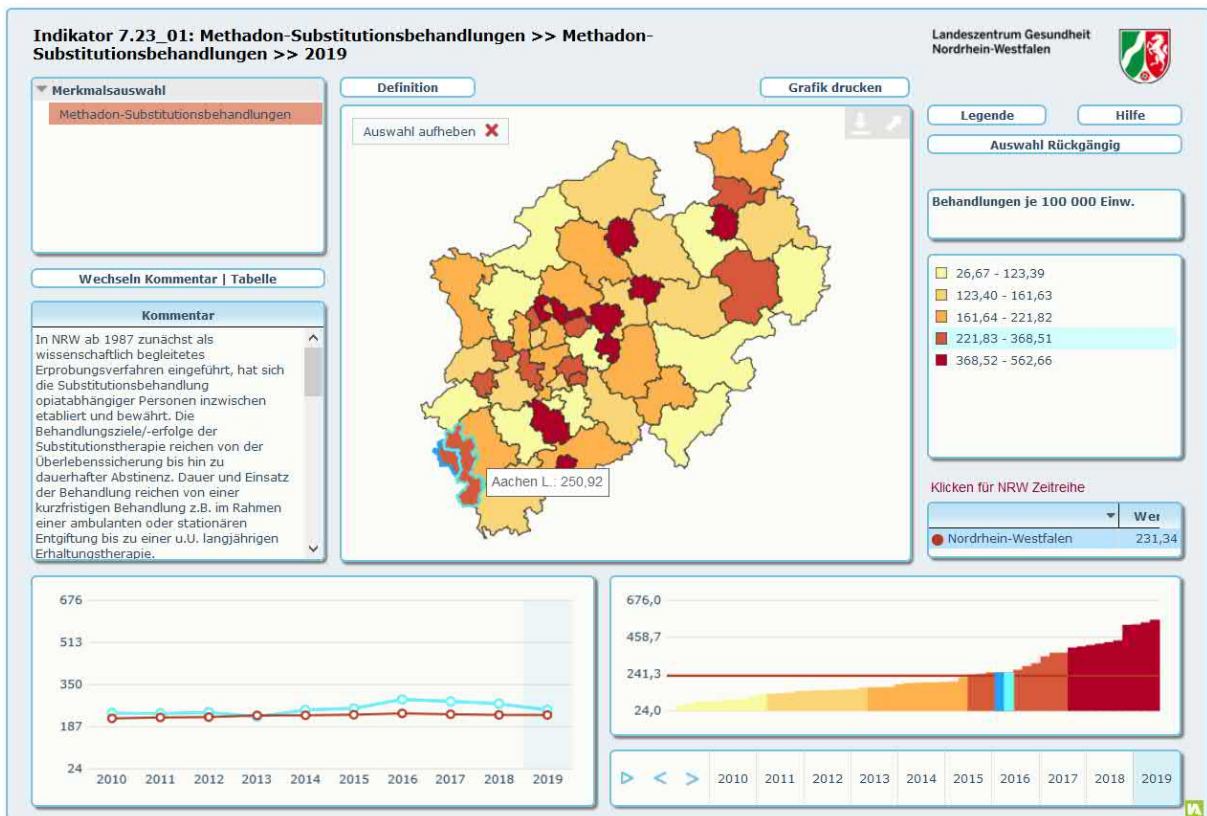


Abbildung 62: Methadon-Substitutionsbehandlungen je 100.000 Einwohner, 2010 - 2019, StR Aachen inkl. Stadt Aachen

Indikator 7.25 Einsätze von Krankentransport-, Rettungswagen, Notarzteinsetzfahrzeugen und Notarztwagen, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken

V

Definition

Notfallrettung ist die organisierte Hilfe, die in ärztlicher Verantwortung erfolgt und die Aufgabe hat, bei Notfallpatienten am Notfallort lebensrettende Maßnahmen durchzuführen, ihre Transportfähigkeit herzustellen und diese Personen unter Aufrechterhaltung der Transportfähigkeit und Vermeidung weiterer Schäden in eine Gesundheitseinrichtung (Krankenhaus) zu befördern.

Krankentransport ist die organisierte Hilfe, die die Aufgabe hat, Kranke, Verletzte oder sonstige hilfsbedürftige Personen, die keine Notfallpatienten sind, unter sachgemäßer Betreuung im Krankenwagen zu transportieren. Notarzt-, Rettungs- und Krankentransportwagen haben den Forderungen der DIN 75080 zu entsprechen.

Im Indikator wird die Zahl der Rettungs-/Krankentransport-/Notarztwagen und Notarzteinsetzfahrzeuge sowie die Anzahl der Einsätze im Jahr dargestellt. Reservefahrzeuge sind im Indikator nicht enthalten. Als Einsatz ist jedes aufgrund einer Rufmeldung ausgerückte Fahrzeug zu zählen (einschl. *Fehleinsätze*).

Datenhalter

Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen

Datenquelle

Rettungsdienststatistik

Periodizität

jährlich, 31.12.

Validität

Bei den Einsätzen ist zu beachten, dass die Zahl der Einsätze je Fahrzeugart nicht mit der Zahl der Rettungseinsätze verwechselt werden darf. So erfolgt z. B. in der Regel zu jedem Einsatz eines Notarzteinsetzfahrzeuges (NEF-Einsatz), das den Notarzt an den Unfallort zu bringen hat, auch der Einsatz eines Rettungswagens (RTW), der die Verletzten transportiert (Rendevous-Einsätze).

Vollständige Angaben liegen nur vor, wenn auch die Daten der privaten Anbieter einbezogen sind.

Kommentar

Leistungen von privaten Anbietern von Krankentransport- und Rettungswagen werden nur von einigen Kreisen angegeben. Bei den Rettungswageneinsätzen sind die Notarztwagen und Notarzteinsetzfahrzeuge aus Gründen der Vergleichbarkeit nicht enthalten.

Der Indikator zählt zu den Prozessindikatoren.

Indikator 7.25 Einsätze von Krankentransport-, Rettungswagen, Notarzteinsetzungsfahrzeugen und Notarztwagen, Nordrhein-Westfalen, 2016¹

Verwaltungsbe- zirk	Krankentransportwagen (KTW)			Rettungswagen (RTW)			Notarzteinsetzungsfahrzeuge (NEF)/Notarztwagen (NAW)			Einsätze KTW, RTW, NEF insge- samt je 100.000 Einw.
	Einsätze			Einsätze			Einsätze			
	An- zahl	Insge- samt	je 100.000 Einw.	An- zahl	Insgesamt	je 100.000 Einw.	An- zahl	Insge- samt	je 100.000 Einw.	
Stadt Aachen	8	11.984	4.883,1	9	28.312	11.536,2	2	7.140	2.909,3	19.328,7
StR Aachen ²	10	15.515	5.041,0	14	27.294	8.868,1	3	8.339	2.709,4	16.618,4
Kreis Düren	5	5.731	2.183,7	18	30.843	11.752,0	6	16.234	6.185,6	20.121,2
Kreis Euskirchen	4	8.416	4.402,0	11	20.695	10.824,7	4	7.769	4.063,6	19.290,3
Kreis Heinsberg	12	8.901	3.523,9	22	23.002	9.106,5	6	7.487	2.964,1	15.594,5
Reg.-Bez. Köln¹	111	149.876	3.382,5	235	447.666	10.103,3	59	151.874	3.427,6	16.913,4
Nordrhein-West- falen*	486	778.358	4.353,8	818	1.616.878	9.044,1	267	536.126	2.998,8	16.396,7

Datenquelle/Copyright:
MGEPA NRW: Rettungsdienststatistik

¹ Stand: 15.05.2020

² StädteRegion Aachen ohne Stadt Aachen

* Summe der meldenden Kreise

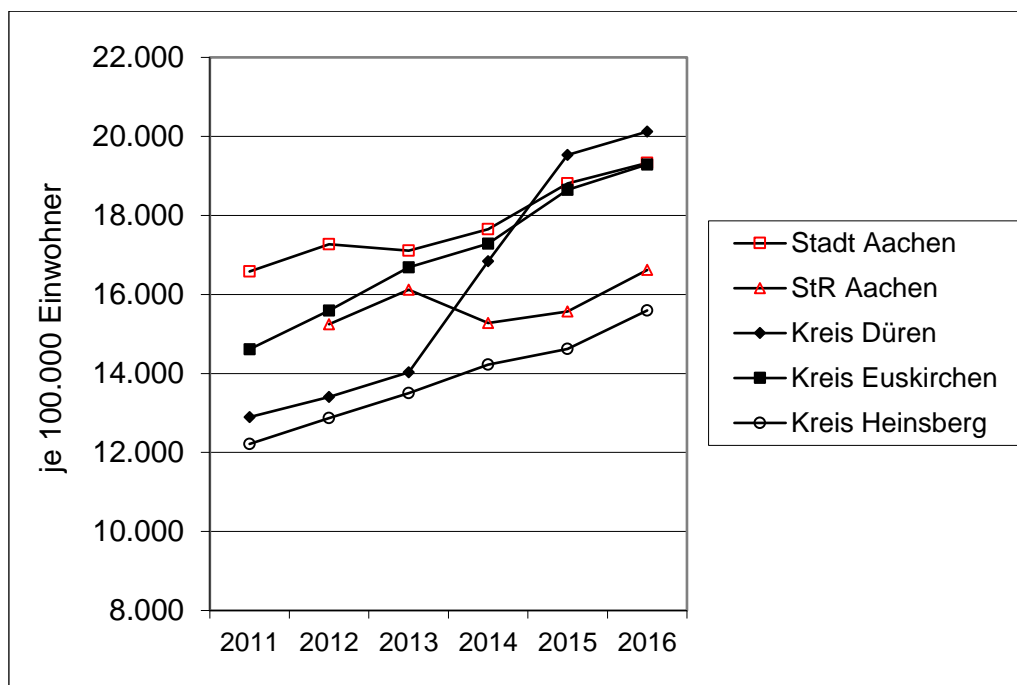


Abbildung 63: Einsätze KTW, RTW, NEF insgesamt je 100.000 Einwohner, 2011 - 2016

Indikator 7.34 Pflegegeldempfänger nach Pflegegraden und Geschlecht, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken

AGV

Definition

Der Indikator gibt Auskunft über die absolute Anzahl von Pflegegeldempfängerinnen und Pflegegeldempfängern in den Kreisen und kreisfreien Städten nach Pflegegrad.

Der Begriff der Pflegebedürftigkeit wurde mit dem zweiten Pflegestärkungsgesetz (in Kraft getreten am 01. Januar 2017) deutlich weiter gefasst. Bezog sich Pflegebedürftigkeit bislang vor allem auf körperlich bedingte Beeinträchtigungen, werden jetzt auch geistige und psychisch bedingte Beeinträchtigungen stärker berücksichtigt. Pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Diese Personen können körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, nicht selbständig kompensieren oder bewältigen. Ob Pflegebedürftigkeit vorliegt, entscheidet die Pflegekasse aufgrund eines Gutachtens, das Ärztinnen und Ärzte oder Pflegefachkräfte des Medizinischen Dienstes der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung (MDK) auf Antrag der pflegebedürftigen Person erstellen. Dabei werden anhand eines Punktesystems folgende sechs pflegfachliche Bereiche (Module) begutachtet: Mobilität, geistige und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen sowie deren Bewältigung und Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakt.

Anhand der erreichten Punktzahl wird der Pflegebedürftige einem von fünf Pflegegraden zugeordnet: Pflegegrad 1: Geringe Beeinträchtigung der Selbstständigkeit (12,5 bis unter 27 Punkte), Pflegegrad 2: Erhebliche Beeinträchtigung der Selbstständigkeit (27 bis unter 47,5 Punkte), Pflegegrad 3: Schwere Beeinträchtigung der Selbstständigkeit (47,5 bis unter 70 Punkte), Pflegegrad 4: Schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit (70 bis unter 90 Punkte), Pflegegrad 5: Schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung (90 bis 100 Punkte).

Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 erhalten kein Pflegegeld und sind daher in dieser Statistik nicht enthalten.

Die Definitionen und Abgrenzungen der Statistik beruhen auf dem Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI). Die Rechtsgrundlage für die Statistik bildet ebenfalls das SGB XI (§ 109 Abs. 1 in Verbindung mit der Pflegegeldstatistikverordnung vom 24.11.1999, BGBl. I S. 2282). Die Zahl der Pflegegeldempfängerinnen/-empfänger wird vom Statistischen Bundesamt bei den Spitzenverbänden der Pflegekassen erhoben, die Ergebnisse werden den Ländern zur Verfügung gestellt.

Der Indikator enthält aus Gründen der Geheimhaltungspflicht (§ 16 Bundesstatistikgesetz) nur gerundete Daten. Beim angewandten Rundungsverfahren handelt es sich um eine konventionelle mathematische Methode zur Geheimhaltung, bei der alle Absolutzahlen auf ein Vielfaches von 3 auf- bzw. abgerundet werden. Die Rundungsmethode verzerrt die Daten nur geringfügig: die Abweichung von der Echtzahl beträgt maximal +/- 1.

Datenhalter

Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW)

Datenquelle

Pflegestatistik

Periodizität

zweijährlich, 15.12.

Validität

Bei der Pflegestatistik handelt es sich um eine Totalerhebung mit Auskunftspflicht. Zur Qualitätssicherung werden vom Landesbetrieb Information und Technik NRW (IT.NRW) Eingangskontrollen der Statistikbelege auf Vollständigkeit vorgenommen. Die Daten gelten als valide.

Kommentar

Um Doppelzählungen zu vermeiden, werden Empfängerinnen und Empfänger von Pflegegeld, die bereits bei der ambulanten oder der vollstationären Dauer- bzw. Kurzzeitpflege berücksichtigt sind, bei der Zahl der Pflegegeldempfängerinnen/-empfänger nicht erfasst.

Der vorliegende Indikator ist ein Prozessindikator.

Indikator 7.34 Pflegegeldempfänger nach Pflegegraden und Geschlecht, Nordrhein-Westfalen, nach Verwaltungsbezirken, 2017

Verwaltungsbezirk	Pflegegeldempfänger*					Pflegegeldempfänger*				
	Pflegegrade insgesamt		davon:				davon:			
			Pflegegrad 2		Pflegegrad 3		Pflegegrad 4		Pflegegrad 5	
weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	
Stadt Aachen	3.126	2.265	1.953	1.167	816	747	300	294	60	57
StR Aachen ¹	6.012	4.134	3.813	2.247	1.512	1.290	564	489	123	108
Düren	4.965	3.441	2.796	1.662	1.431	1.176	606	495	135	111
Euskirchen	3.513	2.487	2.055	1.227	969	843	378	354	111	63
Heinsberg	4.692	3.231	2.937	1.767	1.215	999	426	378	114	90
Reg.-Bez. Köln	62.886	45.030	37.644	22.809	16.962	14.652	6.600	6.132	1.680	1.437
Nordrhein-Westfalen	243.087	174.241	149.865	91.577	63.736	54.978	23.360	22.298	6.126	5.388

Datenquelle/Copyright:
Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW):
Pflegestatistik

* aufgrund von Geheimhaltungsvorschriften wird die deterministische 3er Rundung angewendet; maximale Abweichung ± 1 Fall, Erläuterungen siehe Kommentar
¹ StädteRegion Aachen ohne Stadt Aachen

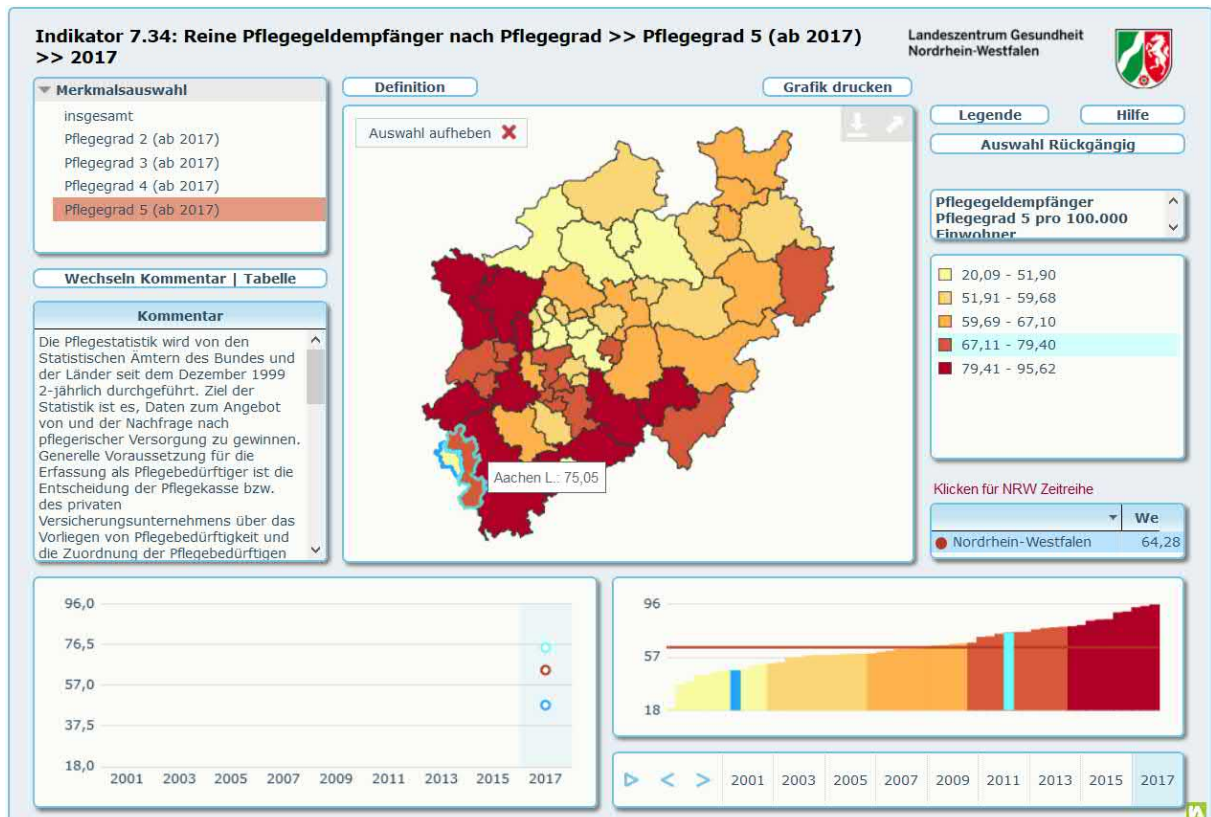


Abbildung 64: Pflegegeldempfänger in Pflegegrad 5 je 100.000 Einwohner, 2017

Indikator 7.34_01 MDK-Pflegebegutachtungen nach Pflegeart, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken

AV

Definition

Das Risiko der Pflegebedürftigkeit wird durch die soziale Pflegeversicherung (SGB XI) abgesichert. Der Begriff der Pflegebedürftigkeit wurde mit dem zweiten Pflegestärkungsgesetz (in Kraft getreten am 01. Januar 2017) deutlich weiter gefasst. Bezog sich Pflegebedürftigkeit bislang vor allem auf körperlich bedingte Beeinträchtigungen, werden jetzt auch geistige und psychisch bedingte Beeinträchtigungen stärker berücksichtigt. Pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Diese Personen können körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, nicht selbständig kompensieren oder bewältigen.

Ambulante Pflegeeinrichtungen sind selbstständige Einrichtungen, die durch Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI zur ambulanten Pflege zugelassen sind und unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft Pflegebedürftige in ihren Wohnungen pflegen und hauswirtschaftlich versorgen. Stationäre Pflegeeinrichtungen sind selbstständig wirtschaftende Einrichtungen, die aufgrund eines Versorgungsvertrages nach § 72 SGB XI zugelassen sind und in denen Pflegebedürftige unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft gepflegt werden und vollstationär (ganztätig) und/oder teilstationär (tagsüber bzw. nachts) untergebracht und gepflegt werden können.

Zuständig für die Leistungen für Versicherte der Pflegegrade 1 - 5 nach dem Pflegeversicherungsgesetz sind die Pflegekassen (Krankenkassen). Ca. 85 – 90 % der Bevölkerung in NRW sind in der gesetzlichen Pflegeversicherung versichert. Da die Daten der in privaten Pflegeversicherungen Versicherten in diesem Indikator nicht enthalten sind, ist zu beachten, dass die Rate Pflegebedürftiger je 100 000 Einwohnerinnen/Einwohner um ca. 10 – 15 % zu gering ausgewiesen ist.

Versicherte können bei der Antragstellung u. a. zwischen Leistungen für ambulante Pflege und Leistungen für vollstationäre Pflege wählen. Die Leistungsart *ambulant* bezieht sich auf die Pflege im häuslichen Umfeld, wobei zwischen Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfe, Pflegesachleistungen durch einen ambulanten Pflegedienst und Kombinationsleistungen (eine Mischung aus den beiden vorgenannten Pflegeformen) unterschieden wird. Stationäre Leistungen werden von Versicherten beantragt, die in einem Alten- oder Pflegeheim leben (wollen).

Erstbegutachtungen beziehen sich auf die Neueinstufung (Ersteinstufung) in einen Pflegegrad im Berichtsjahr. Wiederholungsbegutachtungen werden in dem vorliegenden Indikator ausgeschlossen.

Datenhalter

- Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Nordrhein (MDK Nordrhein)
- Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Westfalen-Lippe (MDK Westfalen-Lippe)

Datenquelle

Ergebnisse der Pflege-Begutachtungen

Periodizität

jährlich, 31.12.

Validität

Der MDK führt ein internes Qualitätssicherungsprogramm durch, so dass eine gute Datenqualität vorliegt.

Kommentar

Der vorliegende Indikator gibt Auskunft über die Zahl der Pflegebedürftigen, die sich bei den Erstbegutachtungen für die ambulante Pflege (Pflegegeld, Pflegesachleistungen oder Kombinationsleistungen) oder stationäre Pflege entscheiden. Die Angaben erfolgen sowohl in absoluter Fallzahl als auch bezogen auf je 100 000 Einwohnerinnen/Einwohner im regionalen Vergleich.

Während die Pflegestatistik eine Bestandsstatistik darstellt, gibt die Statistik der Pflege-Begutachtungen einen Überblick über die jährlich neu hinzukommenden Pflegebedürftigen (Zugangsstatisik). Die Indikatoren 7.34, 7.35 und 7.36 enthalten Prävalenzdaten aller Pflichtversicherten, d. h. inklusive der privat Versicherten, während der vorliegende Indikator Inzidenzdaten der GKV - Versicherten ausweist.

Der vorliegende Indikator ist ein Ergebnisindikator.

Indikator 7.34_01 MDK-Pflegebegutachtungen nach Pflegeart, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 2017

Verwaltungsbezirk	Durchgeführte Erstgutachten nach Pflegeart*					
	ambulante Pflege		vollstationäre Pflege		alle Pflegefälle	
	insgesamt	je 100.000 Einw.	insgesamt	je 100.000 Einw.	insgesamt	je 100.000 Einw.
Stadt Aachen	1.984	807,8	224	91,2	2.208	899,0
StR Aachen ¹	2.961	962,4	162	52,7	3.123	1.015,1
Kreis Düren	2.583	984,1	204	77,7	2.787	1.061,8
Kreis Euskirchen	2.224	1.160,4	189	98,6	2.413	1.259,0
Kreis Heinsberg	2.569	1.015,9	149	58,9	2.718	1.074,8
Reg.-Bez. Köln	42.358	952,5	3.600	81,0	45.958	1.033,5
Nordrhein-Westfalen	176.983	988,7	13.153	73,5	190.136	17.6983

Datenquelle/Copyright:
MDK Westfalen-Lippe, MDK Nordrhein:
Ergebnisse der Pflege-Begutachtungen

* Einstufung in Pflegegrade 1-5
¹ StädteRegion Aachen ohne Stadt Aachen

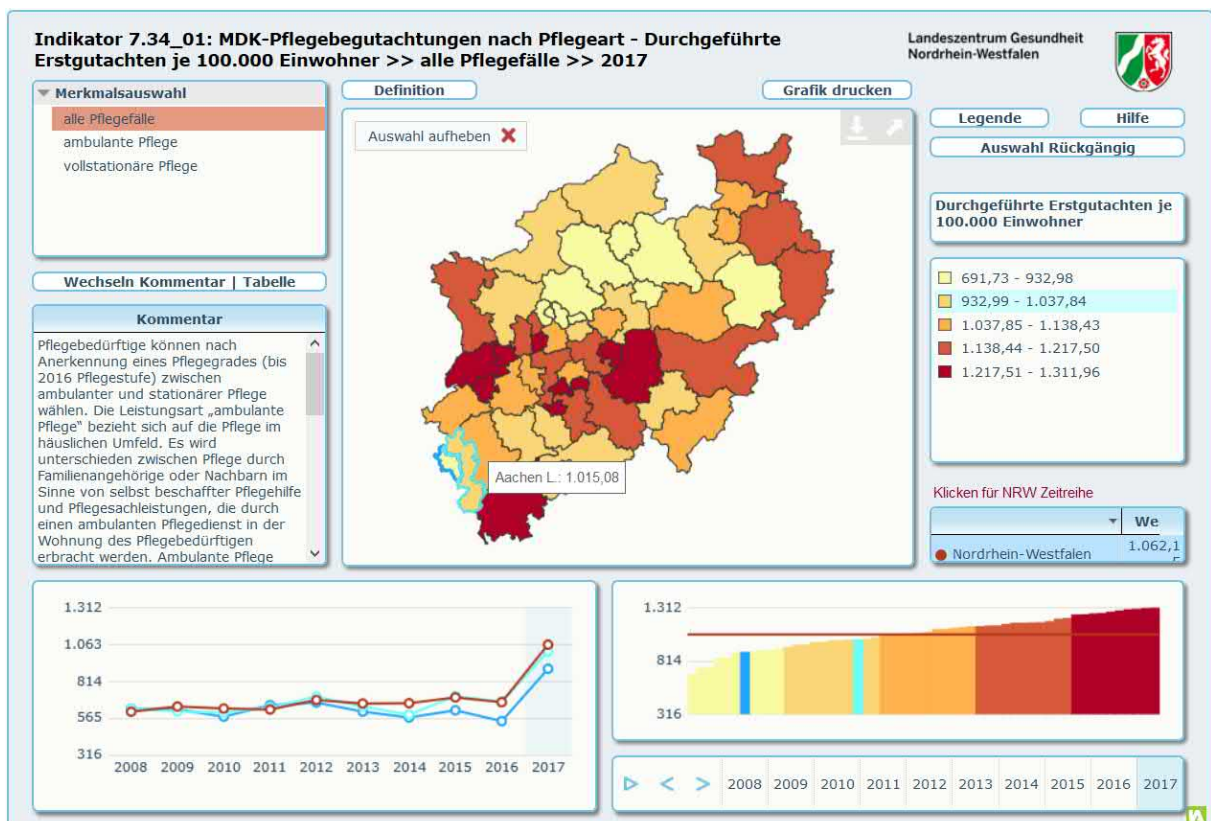


Abbildung 65: MDK-Pflegebegutachtungen insgesamt je 100.000 Einwohner, 2008 - 2017

Indikator 7.35 Von ambulanten Pflegeeinrichtungen betreute Pflegebedürftige nach Pflege- stufen und Geschlecht, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken

AGV

Definition

Der Indikator gibt Auskunft über die absolute Zahl von Pflegebedürftigen, die von ambulanten Pflegeeinrichtungen in den Kreisen und kreisfreien Städten betreut werden nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad) und Geschlecht.

Der Begriff der Pflegebedürftigkeit wurde mit dem zweiten Pflegegestärkungsgesetz (in Kraft getreten am 01. Januar 2017) deutlich weiter gefasst. Bezog sich Pflegebedürftigkeit bislang vor allem auf körperlich bedingte Beeinträchtigungen, werden jetzt auch geistige und psychisch bedingte Beeinträchtigungen stärker berücksichtigt. Pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Diese Personen können körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen. Ob Pflegebedürftigkeit vorliegt, entscheidet die Pflegekasse aufgrund eines Gutachtens, das Ärztinnen und Ärzte oder Pflegefachkräfte des Medizinischen Dienstes der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung (MDK) auf Antrag der pflegebedürftigen Person erstellen. Dabei werden anhand eines Punktesystems folgende sechs pflegfachliche Bereiche (Module) begutachtet: Mobilität, geistige und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen sowie deren Bewältigung und Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakt.

Anhand der erreichten Punktezahl wird der Pflegebedürftige einem von fünf Pflegegraden zugeordnet:
 Pflegegrad 1: Geringe Beeinträchtigung der Selbstständigkeit (12,5 bis unter 27 Punkte),
 Pflegegrad 2: Erhebliche Beeinträchtigung der Selbstständigkeit (27 bis unter 47,5 Punkte),
 Pflegegrad 3: Schwere Beeinträchtigung der Selbstständigkeit (47,5 bis unter 70 Punkte),
 Pflegegrad 4: Schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit (70 bis unter 90 Punkte),
 Pflegegrad 5: Schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung (90 bis 100 Punkte).

Ambulante Pflegeeinrichtungen (Pflegedienste) sind Einrichtungen, die unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft Pflegebedürftige in ihrer Wohnung pflegen und hauswirtschaftlich versorgen.

Die Definitionen und Abgrenzungen der Statistik beruhen auf dem Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI). Die Rechtsgrundlage für die Statistik bildet ebenfalls das SGB XI (§ 109 Abs. 1 in Verbindung mit der Pflegegeldstatistikverordnung vom 24.11.1999, BGBl. I S. 2282). Auskunftspflichtig sind die Träger der ambulanten Pflegeeinrichtungen (Pflegedienste), mit denen ein Versorgungsvertrag gemäß SGB XI § 72 besteht bzw. die gemäß § 73 Abs. 3 und 4 Bestandsschutz genießen und danach zugelassen sind.

Der Indikator enthält aus Gründen der Geheimhaltungspflicht (§ 16 Bundesstatistikgesetz) nur gerundete Daten. Beim angewandten Rundungsverfahren handelt es sich um eine konventionelle mathematische Methode zur Geheimhaltung, bei der alle Absolutzahlen auf ein Vielfaches von 3 auf- bzw. abgerundet werden. Die Rundungsmethode verzerrt die Daten nur geringfügig: die Abweichung von der Echtzahl beträgt maximal +/- 1.

Datenhalter

Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW)

Datenquelle

Pflegestatistik

Periodizität

Zweijährlich, 15.12., erstmalig 1999

Validität

Bei der Pflegestatistik handelt es sich um eine Totalerhebung mit Auskunftspflicht. Zur Qualitätssicherung werden vom Landesbetrieb Information und Technik NRW (IT.NRW) Eingangskontrollen der Statistikbelege auf Vollständigkeit vorgenommen. Die Daten gelten als valide.

Kommentar

Bei der Pflegestatistik handelt es sich um eine Totalerhebung mit Auskunftspflicht. Zur Qualitätssicherung werden vom Landesbetrieb Information und Technik NRW (IT.NRW) Eingangskontrollen der Statistikbelege auf Vollständigkeit vorgenommen. Die Daten gelten als valide.

Indikator 7.35 Von ambulanten Pflegeeinrichtungen betreute Pflegebedürftige nach Pflegegraden und Geschlecht, Nordrhein-Westfalen, 2017

Verwaltungsbezirk	Von ambulanten Pflegeeinrichtungen betreute Pflegebedürftige*						Von ambulanten Pflegeeinrichtungen betreute Pflegebedürftige*					
	Pflegegrade insgesamt		davon:				davon:					
			Pflegegrad 1		Pflegegrad 2		Pflegegrad 3		Pflegegrad 4		Pflegegrad 5	
weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	
Stadt Aachen	1.551	777	39	15	816	306	462	279	180	129	57	51
StR Aachen ¹	2.091	1.095	54	27	1050	426	660	378	237	189	90	75
Düren	1.539	837	48	21	705	282	501	312	207	162	78	63
Euskirchen	1.659	801	60	21	777	327	507	243	237	147	78	66
Heinsberg	1.872	1.014	57	27	912	420	576	333	225	177	105	57
Reg.-Bez. Köln	26.805	13.887	867	396	13.263	5.508	8.025	4.542	3.315	2.409	1.332	1.032
Nordrhein-Westfalen	121.245	60.798	5.036	2.145	62.669	25.887	34.431	19.163	13.840	9.784	5.269	3.819

Datenquelle/Copyright:
Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW):
Pflegestatistik

* aufgrund von Geheimhaltungsvorschriften wird die deterministische 3er Rundung angewendet; maximale Abweichung ± 1 Fall, Erläuterungen siehe Kommentar
¹ StädteRegion Aachen ohne Stadt Aachen

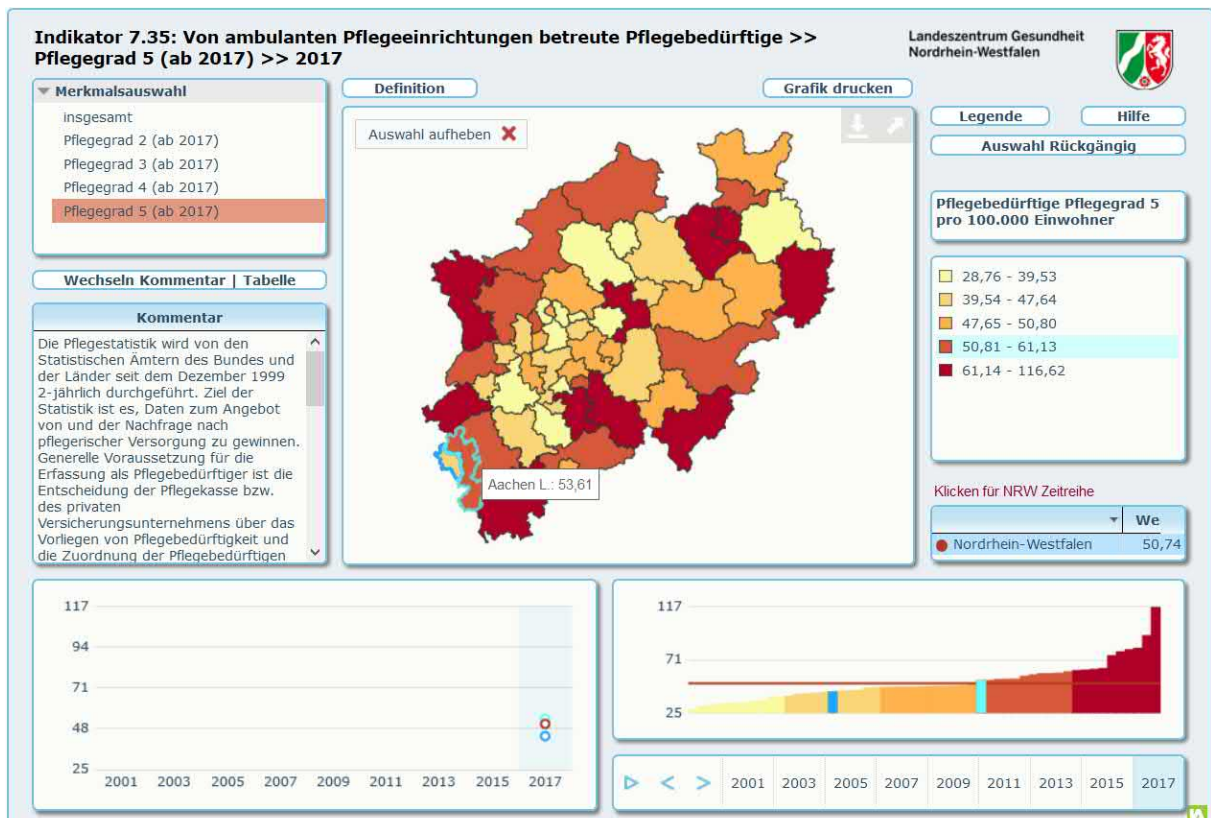


Abbildung 66: Von ambulanten Pflegeeinrichtungen betreute Pflegebedürftige in Pflegegrad 5 insgesamt je 100.000 Einwohner, 2017

Indikator 7.36 In stationären und teilstationären Pflegeeinrichtungen betreute Pflegebedürftige nach Pflegegraden und Geschlecht, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken

AGV

Definition

Der Indikator gibt Auskunft über die absolute Zahl von Pflegebedürftigen, die in vollstationären Pflegeeinrichtungen betreut werden nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad) und Geschlecht. Der Begriff der Pflegebedürftigkeit wurde mit dem zweiten Pflegegeldgesetz (in Kraft getreten am 01. Januar 2017) deutlich weiter gefasst. Bezog sich Pflegebedürftigkeit bislang vor allem auf körperlich bedingte Beeinträchtigungen, werden jetzt auch geistige und psychisch bedingte Beeinträchtigungen stärker berücksichtigt. Pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Diese Personen können körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen. Ob Pflegebedürftigkeit vorliegt, entscheidet die Pflegekasse aufgrund eines Gutachtens, das Ärztinnen und Ärzte oder Pflegefachkräfte des Medizinischen Dienstes der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung (MDK) auf Antrag der pflegebedürftigen Person erstellen. Dabei werden anhand eines Punktesystems folgende sechs pflegfachliche Bereiche (Module) begutachtet: Mobilität, geistige und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen sowie deren Bewältigung und Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakt.

Anhand der erreichten Punktezahl wird der Pflegebedürftige einem von fünf Pflegegraden zugeordnet:
 Pflegegrad 1: Geringe Beeinträchtigung der Selbstständigkeit (12,5 bis unter 27 Punkte),
 Pflegegrad 2: Erhebliche Beeinträchtigung der Selbstständigkeit (27 bis unter 47,5 Punkte),
 Pflegegrad 3: Schwere Beeinträchtigung der Selbstständigkeit (47,5 bis unter 70 Punkte),
 Pflegegrad 4: Schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit (70 bis unter 90 Punkte),
 Pflegegrad 5: Schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung (90 bis 100 Punkte).

Vollstationäre Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime) sind Einrichtungen, in denen Pflegebedürftige unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft gepflegt werden und ganztägig (vollstationär) untergebracht und gepflegt werden können.

Die Definitionen und Abgrenzungen der Statistik beruhen auf dem Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI). Die Rechtsgrundlage für die Statistik bildet ebenfalls das SGB XI (§ 109 Abs. 1 in Verbindung mit der Pflegegeldstatistikverordnung vom 24.11.1999, BGBl. I S. 2282). Auskunftspflichtig sind die Träger der stationären Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime), mit denen ein Versorgungsvertrag gemäß SGB XI § 72 besteht bzw. die gemäß § 73 Abs. 3 und 4 Bestandsschutz genießen und danach zugelassen sind.

Der Indikator enthält aus Gründen der Geheimhaltungspflicht (§ 16 Bundesstatistikgesetz) nur gerundete Daten. Beim angewandten Rundungsverfahren handelt es sich um eine konventionelle mathematische Methode zur Geheimhaltung, bei der alle Absolutzahlen auf ein Vielfaches von 3 auf- bzw. abgerundet werden. Die Rundungsmethode verzerrt die Daten nur geringfügig: die Abweichung von der Echtzahl beträgt maximal +/- 1.

Datenhalter

Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW)

Datenquelle

Pflegestatistik

Periodizität

zweijährlich, 15.12.

Validität

Bei der Pflegestatistik handelt es sich um eine Totalerhebung mit Auskunftspflicht. Zur Qualitätssicherung werden vom Landesbetrieb Information und Technik NRW (IT.NRW) Eingangskontrollen der Statistikbelege auf Vollständigkeit vorgenommen. Die Daten gelten als valide.

Kommentar

Der Indikator zählt zu den Prozessindikatoren.

Indikator 7.36 In stationären und teilstationären Pflegeeinrichtungen betreute Pflegebedürftige nach Pflegegraden und Geschlecht, Nordrhein-Westfalen, 2017

Verwaltungsbe- zirk	Pflegebedürftige in vollstationären Pflege- einrichtungen*						Pflegebedürftige in vollstationären Pflegeein- richtungen*					
	Insgesamt		davon:				davon:					
			Pflegegrad 1		Pflegegrad 2		Pflegegrad 3		Pflegegrad 4		Pflegegrad 5	
weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	
Aachen	1.632	621	3	•	327	102	528	207	489	204	282	108
Aachen ¹	2.238	939	3	3	486	183	747	339	666	282	330	132
Düren	1.860	876	9	6	339	144	582	303	612	288	312	132
Euskirchen	1.602	795	3	3	240	123	495	270	510	246	342	147
Heinsberg	1.680	780	3	6	345	138	513	255	525	246	288	132
Reg.-Bez. Köln	27.693	11.844	78	60	5277	2.091	8.529	3.834	8.484	3.729	5.229	2.058
Nordrhein-West- falen	121.312	48.304	501	368	25876	10.128	37.595	15.397	35.404	14.388	2.1485	7.733

Datenquelle/Copyright:
Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW):
Pflegestatistik

* aufgrund von Geheimhaltungsvorschriften wird die
deterministische 3er Rundung angewendet; maximale
Abweichung ± 1 Fall, Erläuterungen siehe Kommentar
¹ StädteRegion Aachen ohne Stadt Aachen

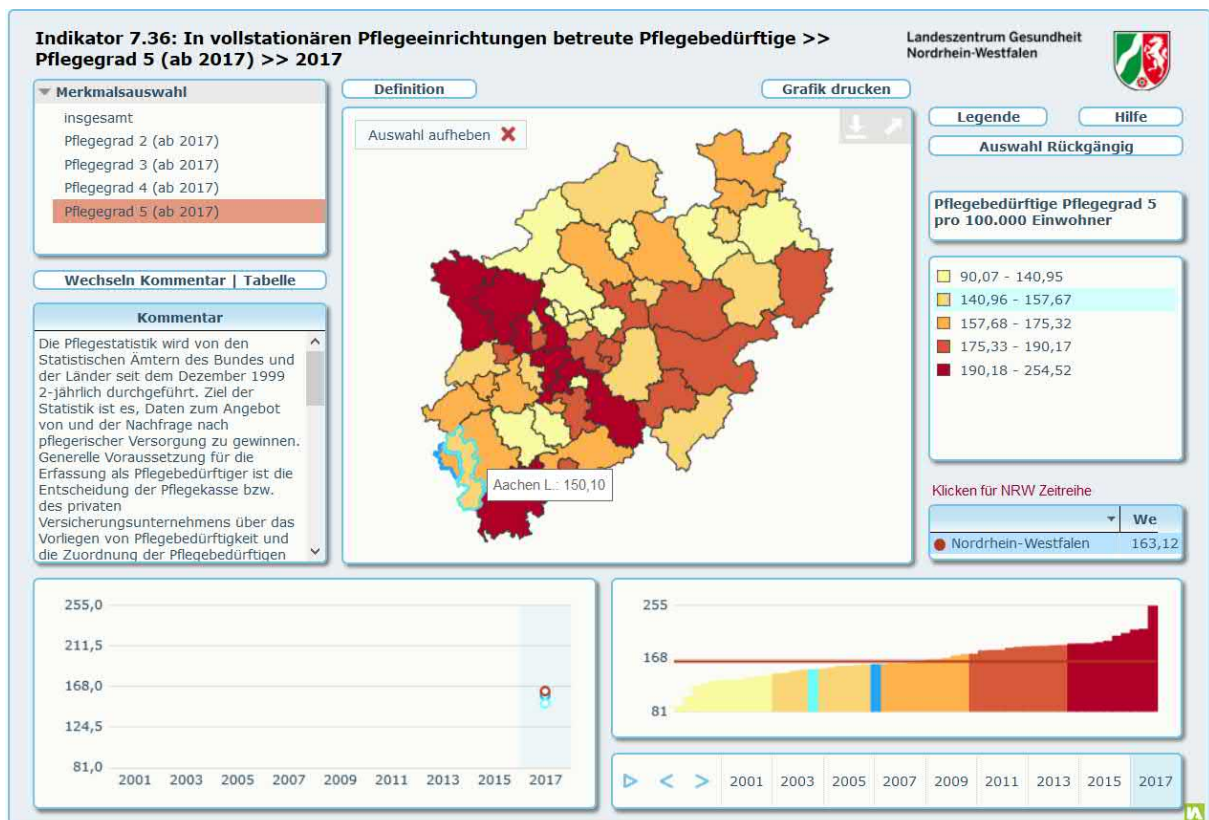


Abbildung 67: In vollstationären Pflegeeinrichtungen betreute Pflegebedürftige mit Pflegegrad 5, insgesamt je 100.000 Einwohner, 2017

Themenfeld 8:
Beschäftigte im Gesundheitswesen

Indikator 8.08 Ärztinnen/Ärzte, Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten und Zahnärztinnen/Zahnärzte in ambulanten Einrichtungen, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken

V

Definition

Im Indikator 8.8 werden alle Vertragsärztinnen/-ärzte, Vertragspsychotherapeutinnen/-therapeuten und Vertragszahnärztinnen/-zahnärzte, die an der hausärztlichen und der allgemeinen fachärztlichen Versorgung teilnehmen, zahlenmäßig dargestellt sowie die regionale Versorgungsdichte. Unter Zahnärzten werden Zahnärztinnen/Zahnärzte, Kieferorthopädinnen/-orthopäden und Oralchirurginnen/-chirurgen zusammengefasst.

Datenhalter

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein (KVNO), Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL), Kassenzahnärztliche Vereinigung Nordrhein (KZVNR), Kassenzahnärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (KZVWL), Landesbetrieb Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT.NRW)

Datenquelle

Bundesarztregister der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Landesärztereister der KV Nordrhein und der KV Westfalen-Lippe, Landes Zahnärztereister der KZV Nordrhein und der KZV Westfalen-Lippe

Periodizität

Jährlich, 31.12.

Validität

§ 95 SGB V Abs. 2 regelt die Eintragung der Ärztinnen/Ärzte und Zahnärztinnen/-ärzte in Ärztereister der Kassenärztlichen/Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KV/KZV) als Voraussetzung für die Zulassung als Vertragsärztin/-arzt bzw. Vertragszahnärztin/-zahnarzt. Bedingt durch die Meldepflicht sowie Zulassungs- bzw. Ermächtigungsordnung ist von einer guten Datenqualität auszugehen.

Kommentar (gekürzt)

Der vorliegende Indikator berücksichtigt nur in ambulanten Einrichtungen tätige Ärztinnen/Ärzte, Psychotherapeutinnen/-therapeuten und Zahnärztinnen/Zahnärzte mit vertragsärztlichem/-zahnärztlichem Versorgungsauftrag einschließlich der bei ihnen gemäß Zulassungsverordnung für Vertragsärztinnen/-ärzte bzw. Vertragszahnärztinnen/-zahnärzte angestellten Ärztinnen/Ärzte und Zahnärztinnen/Zahnärzte. Ermächtigte Ärztinnen/Ärzte und Zahnärztinnen/Zahnärzte sowie ermächtigte Einrichtungen sind nicht enthalten. Ab dem Berichtsjahr 2018 umfasst der Indikator aufgrund der gemäß der Neufassung der Bedarfsplanungsrichtlinie v. 16.01.2019 zusammengefassten Arztgruppen der Orthopäden und Chirurgen folgende an der allgemeinen fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Arztgruppen: Augenärztinnen/-ärzte, Chirurginnen/Chirurgen und Orthopädinnen/Orthopäden, Frauenärztinnen/-ärzte, Hautärztinnen/-ärzte, HNO-Ärztinnen/-Ärzte, Nervenärztinnen/-ärzte, Psychotherapeutinnen/-therapeuten, Urologinnen/Urologen sowie Kinderärztinnen/-ärzte. Außerdem weist der Indikator ab dem Berichtsjahr 2018 wieder die Anzahl der Hausärztinnen/-ärzte der Versorgungsebene der hausärztlichen Versorgung aus. Allerdings stammen diese Zahlen jetzt von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und können daher geringfügig von der Gesamtzahl der im Indikator 8.7. aufgeführten Anzahl der Hausärztinnen und -ärzte abweichen. Die an der *allgemeinen fachärztlichen Versorgung* teilnehmenden Psychologischen Psychotherapeutinnen/-therapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen/-therapeuten sowie die überwiegend und ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärztinnen/Ärzte werden unter der Arztgruppe *Psychotherapeuten* zusammengefasst (siehe auch Indikator 8.13). Die verwendeten Zahlen (mit Ausnahme der Zahlen der Hausärzte) sind Stichtagszahlen der Kassenärztlichen/Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, bezogen auf die Gesamtbevölkerungszahl zum 31.12. des jeweiligen Berichtsjahres. Der Bezug auf die Wohnbevölkerung lässt außer Acht, dass Patientinnen/Patienten auch von Ärztinnen/Ärzten, Psychotherapeutinnen/-therapeuten und Zahnärztinnen/-zahnärzten einer angrenzenden Region versorgt werden können.

Der vorliegende Indikator ist ein Prozessindikator.

Indikator 8.08 Ärztinnen/Ärzte, Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten und Zahnärztinnen/Zahnärzte in ambulanten Einrichtungen, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 2018

Verwaltungsbezirk	Fachärzte und Psychotherapeuten insgesamt**							Anzahl	
	Anzahl	Einwohner je Arzt	Augenärzte	Chirurgen/Orthopäden	Frauenärzte	Hautärzte	HNO-Ärzte		
Stadt Aachen	348	710,9	22	43	51	18	17		
StR Aachen ¹	210	1.467,1	17	31	33	10	13		
Kreis Düren	160	1.651,4	15	23	25	8	11		
Kreis Euskirchen	106	1.824,4	10	14	18	6	7		
Kreis Heinsberg	164	1.553,1	14	23	26	7	9		
Reg.-Bez. Köln	4.289	1.041,9	298	509	582	192	231		
Nordrhein-Westfalen	14.806	1.211,2	1.145	1.937	2.181	720	895		

Verwaltungsbezirk	Zahnärzte*** insgesamt		Anzahl				Hausärzte insgesamt*	
	Anzahl	Einwohner je Arzt	Nervenärzte	Psychotherapeuten**	Urologen	Kinderärzte	Anzahl	Einwohner je Arzt
Stadt Aachen	223	1.110,6	24	136	11	26	•	•
StR Aachen ¹	187	1.651,9	17	59	8	22	371	1.496,4
Kreis Düren	143	1.850,7	14	42	7	14	169	1.558,2
Kreis Euskirchen	98	1.972,8	7	28	6	11	122	1.580,7
Kreis Heinsberg	133	1.908,6	10	51	7	17	161	1.584,6
Reg.-Bez. Köln	3.191	1.400,6	272	1.722	155	328	2.814	1.588,0
Nordrhein-Westfalen	12.364	1.450,4	972	5.126	602	1.229	10.595	1.692,5

Datenquelle/Copyright:

 Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV): Bundesarztregister, Kassenärztliche Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe: Ärztereister, Kassenärztliche Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe: Zahnärztereister
 IT NRW: Fortschreibung des Bevölkerungsstandes

 * Allgemeinärzte, Praktische Ärzte und hausärztlich tätige Internisten
 ** Alle Vertragsärzte bzw. Psychotherapeuten, die (gemäß der Neufassung der Bedarfsplanungsrichtlinie v. 16.01.2019) an der allg. fachärztl. Versorgung teilnehmen

*** ärztl. Psychotherapeuten, Psychologische u. Kinder- u. Jugendlichenspsychotherapeuten

**** vertragszahnärztlich tätige Zahnärzte inkl. Kieferorthopäden u. Oralchirurgen

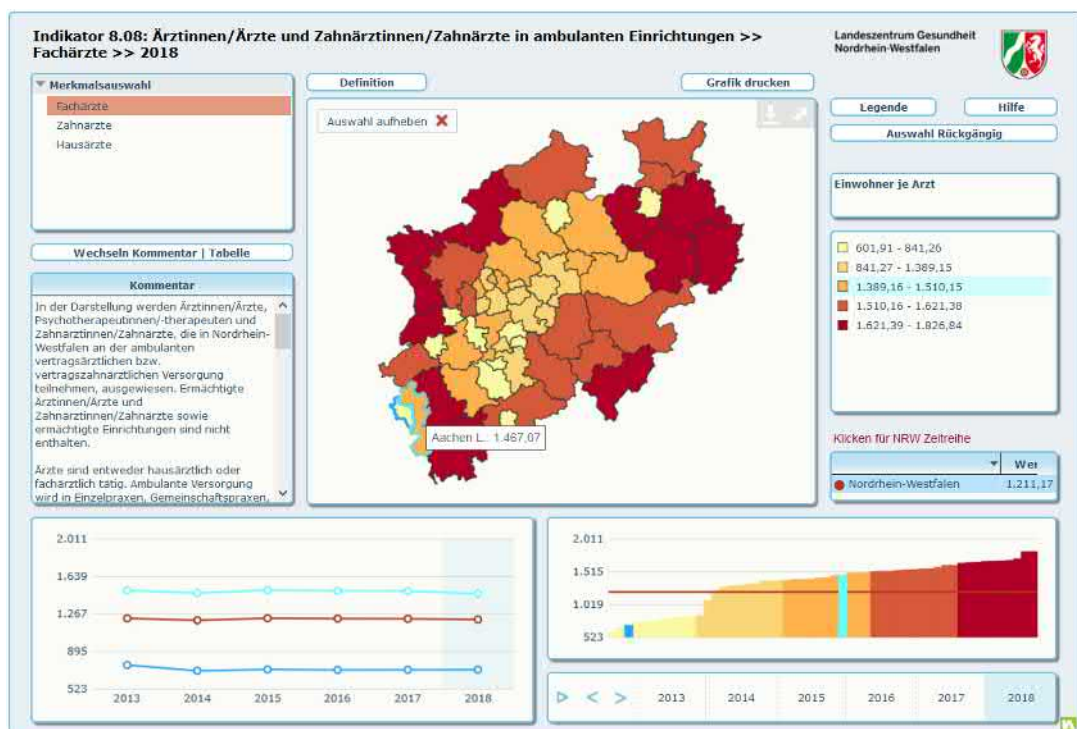
¹ StädteRegion Aachen ohne Stadt Aachen, bei Hausärzten inkl. Stadt Aachen


Abbildung 68: Einwohner je Fachärztin/ Facharzt, 2013 – 2018

Indikator 8.13 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in ambulanten Einrichtungen, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken

V

Definition

Im Indikator 8.13 werden alle Psychotherapeutinnen/-therapeuten ausgewiesen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Die Teilnahme der Psychologischen Psychotherapeutinnen/-therapeuten und der Kinder- u. Jugendlichenpsychotherapeutinnen/-therapeuten an der vertragsärztlichen Versorgung wird durch den § 72 SGB V und das am 1.1.1999 in Kraft getretene Psychotherapeutengesetz geregelt.

Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) wurde § 101 Abs. 4 Satz 5 SGB V neu gefasst. Im Auftrag des Gesetzgebers legte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) zum 1.1.2013 eine neue Bedarfsplanungs-Richtlinie vor, die u. a. eine ausreichende ambulante psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen sicherstellen soll.

Paragraf 101 (4) SGB V legt fest, dass von 2013 an mindestens ein Versorgungsanteil in Höhe von 20 Prozent der zuzulassenden Behandlerinnen/Behandler den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen/-therapeuten und den Psychotherapeutinnen/-therapeuten, die mehr als 90 % mit Kindern und Jugendlichen arbeiten, vorbehalten ist. Psychotherapeutisch tätige Ärztinnen/Ärzte sind mit mindestens 25 Prozent der zuzulassenden Behandlerinnen/Behandler an der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung zu beteiligen.

Datenhalter

- Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein (KVNO)
- Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL)

Datenquelle

- Ärzteregister der KV Nordrhein
- Ärzteregister der KV Westfalen-Lippe

Periodizität

jährlich, 31.12.

Validität

§ 95 SGB V Abs. 2 regelt die Eintragung der Ärztinnen/Ärzte, Zahnärztinnen/-ärzte, Psychotherapeutinnen/-therapeuten in Ärzteregister der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) als Voraussetzung für die Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung. Bedingt durch die Meldepflicht sowie Zulassungs- bzw. Ermächtigungsordnung ist von einer guten Datenqualität auszugehen.

Kommentar

Der Indikator berücksichtigt nur in ambulanten Einrichtungen tätige Ärztinnen/Ärzte und Psychotherapeutinnen/-therapeuten mit vertragsärztlichem Versorgungsauftrag einschließlich der bei ihnen gemäß Zulassungsverordnung angestellten Ärztinnen/Ärzte sowie Psychotherapeutinnen/-therapeuten. Ermächtigte Ärztinnen/Ärzte, Psychotherapeutinnen/-therapeuten sowie ermächtigte Einrichtungen sind im Indikator nicht enthalten.

Die verwendeten Zahlen sind Stichtagszahlen der Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe bezogen auf die Gesamtbevölkerungszahl am 31.12. des jeweiligen Berichtsjahres. Der vorliegende Indikator ist ein Prozessindikator.

Indikator 8.13 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in ambulanten Einrichtungen, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 2018

Verwaltungsbezirk	Psychotherapeuten insgesamt		Ärztliche Psychotherap.	Psychologische Psychotherapeuten		Ärztliche Psychotherapeuten	KJP
	Anzahl	Einw. je Psychoth.		PP*	KJP**		
	Anzahl	Einw. je Psychoth.	Anzahl			in % aller Psychotherapeuten***	
Stadt Aachen	136	1.817,0	44	72	20	33	15
StR Aachen ¹	61	5.034,1	16	33	13	26	21
Kreis Düren	43	6.076,5	12	23	9	29	20
Kreis Euskirchen	27	7.222,5	7	15	5	25	19
Kreis Heinsberg	51	5.036,1	6	37	9	11	17
Reg.-Bez. Köln	1.727	2.588,2	372	1.106	248	22	14
Nordrhein-Westfalen	5.131	3.494,9	1.049	3.224	858	20	17

Datenquelle/Copyright:
KV Nordrhein, KV Westfalen-Lippe:
Ärztereister der KV NR und WL

* ohne nur Kinder und Jugendliche betreuende Psychotherapeuten (PP)
** Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie ausschließlich Kinder und Jugendliche betreuende Psychotherap.
*** Mindestquoten gem. § 101 SGBV: 25 % ärztl. Psychotherap., 20 % nur Kinder u. Jugendl. betreuende Psychotherapeuten
¹ StädteRegion Aachen ohne Stadt Aachen

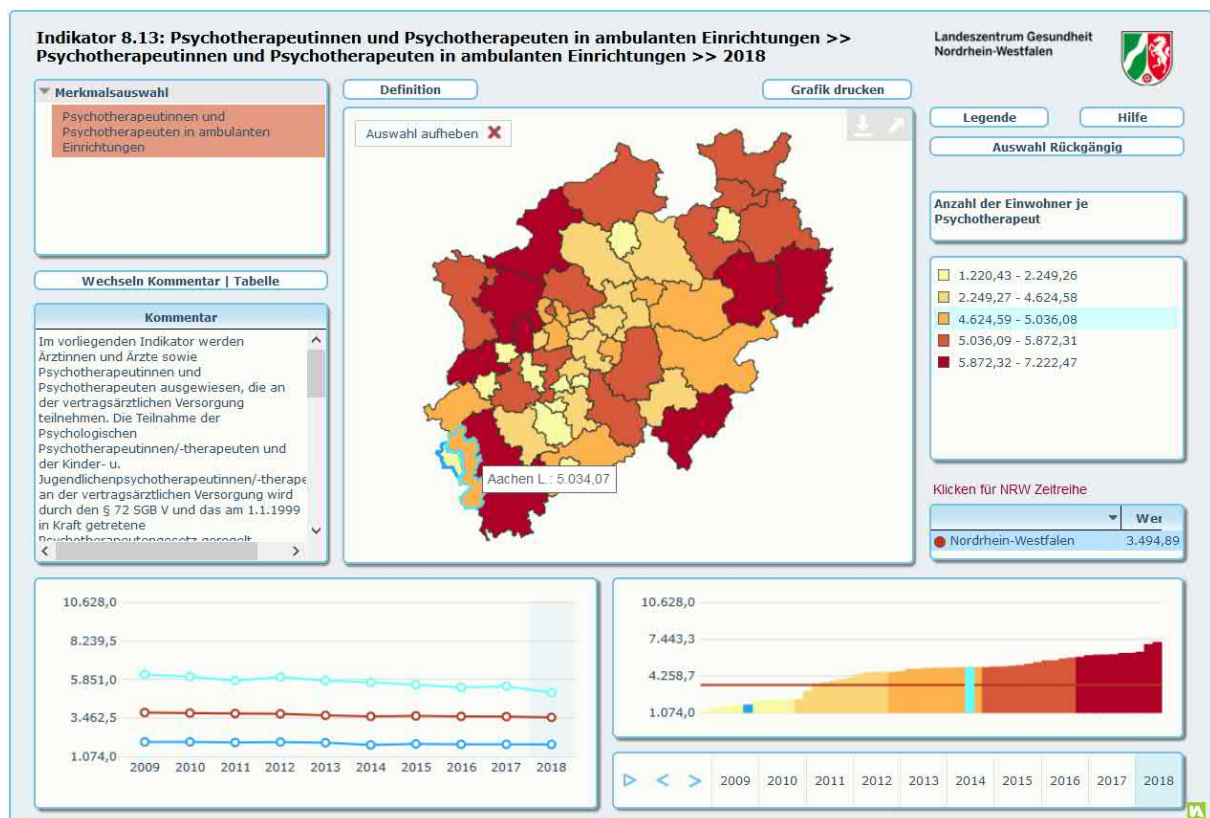


Abbildung 69: Einwohner je Psychotherapeut/-in, 2009 - 2018

Indikator 8.13_01 Berufstätige Psychologische Psychotherapeuten/-innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/-innen, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirk

V

Definition

Im Indikator 8.13_01 werden alle berufstätigen Psychologischen Psychotherapeutinnen/Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen/-psychotherapeuten in Personen ausgewiesen, die in ambulanten, stationären und sonstigen Einrichtungen arbeiten sowie die regionale Versorgungsdichte.

Die Bezeichnung Psychotherapeutin bzw. Psychotherapeut ist in Deutschland seit dem 1. Januar 1999 durch das Psychotherapeutengesetz geschützt und darf nur von Personen geführt werden, die eine Approbation besitzen, also über die staatliche Erlaubnis verfügen, diesen Heilberuf auszuüben. Das können Diplom-Psychologinnen/Diplom-Psychologen (Psychologische Psychotherapeutinnen/Psychologische Psychotherapeuten) sein, Diplom-Pädagoginnen/Diplom-Pädagogen oder Diplom-Sozialpädagoginnen/Diplom-Sozialpädagogen (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen/-psychotherapeuten) bzw. Personen mit vergleichbaren Hochschulabschlüssen, die zusätzlich eine staatlich anerkannte psychotherapeutische Zusatzausbildung abgeschlossen haben. Psychotherapeutisch tätige Ärztinnen und Ärzte haben eine entsprechende Weiterbildung in Psychotherapie abgeschlossen und sind Mitglieder der zuständigen Ärztekammer. Sie werden in diesem Indikator nicht berücksichtigt. Angaben der Kassenärztlichen Vereinigungen zu den vertragsärztlich, bzw. vertragspsychotherapeutisch tätigen ärztlichen Psychotherapeutinnen/Psychologischen Psychotherapeuten sind im Indikator 8.13 enthalten.

Entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen (§ 2 Heilberufsgesetz) gehören der Psychotherapeutenkammer alle Psychologischen Psychotherapeutinnen/Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen/-psychotherapeuten an, die im jeweiligen Land ihren Beruf ausüben oder, falls sie ihren Beruf nicht ausüben, ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

Als berufstätig sind bei den Psychotherapeutenkammern die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten registriert, die den psychotherapeutischen Beruf ausüben. Nicht einbezogen sind demnach Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die berufs fremde Tätigkeiten ausführen, sich im Erziehungsurlaub oder Ruhestand befinden, berufs- oder erwerbsunfähig oder arbeitslos gemeldet sind.

Datenhalter

Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen (PTK NRW)

Datenquelle

Psychotherapeutenregister

Periodizität

jährlich, 31.12.

Validität

Durch die Kammergesetzgebung (Heilberufsgesetz NRW) besteht für alle Psychologischen Psychotherapeutinnen/Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen/-psychotherapeuten Meldepflicht bei der für den jeweiligen Arbeits- bzw. Wohnort zuständigen Psychotherapeutenkammer.

Bedingt durch die Meldepflicht ist von einer guten Datenqualität auszugehen.

Kommentar

Die verwendeten Zahlen sind Stichtagszahlen der Psychotherapeutenkammer NRW und werden für die Psychologischen Psychotherapeutinnen/Psychologischen Psychotherapeuten auf die Bevölkerung ab 18 Jahre, für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen/-psychotherapeuten auf Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre und für die Psychotherapeutinnen/Psychologischen Psychotherapeuten insgesamt sowie die doppelapprobierten Psychotherapeutinnen/Psychologischen Psychotherapeuten auf die Gesamtbevölkerungszahl jeweils am 31.12 des Berichtsjahres berechnet. Bei der Betrachtung der Zahlen ist zu berücksichtigen, dass ein Teil der Therapeutinnen/Therapeuten mit einer Doppelapprobation als Psychologische Psychotherapeutin/Psychologischer Psychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/-psychotherapeut tätig ist. Die Zahl der Psychotherapeutinnen/Psychologischen Psychotherapeuten ist größer als die Zahl der von den KVen zugelassenen Vertragspsychotherapeutinnen/-psychotherapeuten, da der Indikator alle berufstätigen Mitglieder der Psychotherapeutenkammer erfasst.

Der vorliegende Indikator ist ein Prozessindikator.

Indikator 8.13_01 Berufstätige Psychologische Psychotherapeuten/-innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/-innen, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirk, 2017

Verwaltungsbezirk	Psychotherapeuten insgesamt*		Davon:					
			Psychologische Psychotherapeuten**		Kinder- u. Jugendl.-psychotherapeuten**		Doppelapprobierte Psychotherapeuten**	
	Anzahl	Einw. je Therapeut	Anzahl	Einw. > 18 J. je Therapeut	Anzahl	Einw. <18 J. je Therapeut	Anzahl	Einw. je Therapeut
Stadt Aachen	228	1.080,1	171	1.241,6	50	679,3	7	35.181,7
StR Aachen ¹	79	3.896,2	54	4.737,3	22	2.362,8	3	102.598,7
Kreis Düren	78	3.370,4	52	4.212,5	19	2.307,4	7	37.555,6
Kreis Euskirchen	80	2.401,6	56	2.855,4	21	1.534,4	3	64.042,3
Kreis Heinsberg	69	3.668,2	51	4.127,9	17	2.505,0	1	253.106,0
Reg.-Bez. Köln	3.136	1.420,4	2.359	1.572,8	634	1.173,5	143	31.148,4
Nordrhein-Westfalen	9.587	1.868,4	6.998	2.132,7	2.013	1.484,3	576	31.097,5

Datenquelle/Copyright:
 Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen,
 Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW):
 Psychotherapeutenregister

* berufstätige Psychoth. insg., ohne ärztliche Psychoth.
 ** approbierte PPT und KJPT gem. Psychotherapeutengesetz
¹ StädteRegion Aachen ohne Stadt Aachen

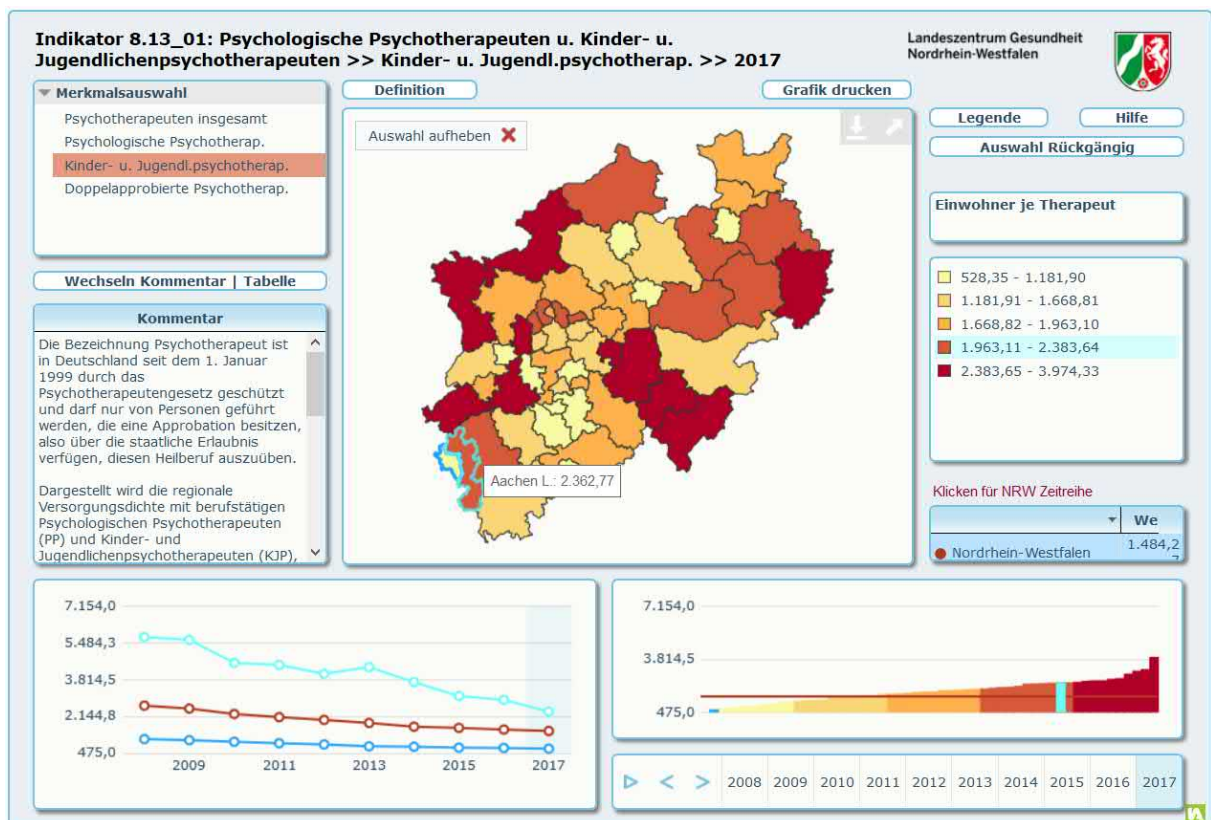


Abbildung 70: Einwohner unter 18 Jahren je Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (unten), 2009 - 2017

Indikator 8.19 Personal im Pflegedienst in allgemeinen und sonstigen Krankenhäusern nach Berufen, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken

V

Definition

Grundlage für eine hohe Pflegequalität ist gut ausgebildetes Pflegepersonal. Im Indikator 8.19 wird das Pflegepersonal der allgemeinen und, ab dem Berichtsjahr 2004, der sonstigen Krankenhäuser nach Krankenhausstatistikverordnung (KHStV) (Erklärungen hierzu sind im Indikator 8.17 nachlesbar) nach Berufen und Geschlecht differenziert im Regionalvergleich dargestellt. Die Zahl der ausgewiesenen Pflegekräfte enthält voll- und teilzeitbeschäftigte Personen. Sonstige Pflegepersonen beinhaltet Krankenpflegepersonal (ohne staatliche Prüfung) einschließlich Zivildienstleistende und Praktikantinnen/Praktikanten.

Datenhalter

Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW)

Datenquelle

Krankenhausstatistik, Teil I – Grunddaten (Krankenhäuser)

Periodizität

jährlich, 31.12.

Validität

Kommen alle Einrichtungen ihrer Meldepflicht nach, kann von einer hohen Datenqualität für die Krankenhäuser des Geltungsbereiches der KHStV (d. h. mit Ausnahme der Krankenhäuser der Bundeswehr, Polizei und des Maßregelvollzugs) ausgegangen werden.

Kommentar

Da die Ergebnisse für die allgemeinen und sonstigen Krankenhäuser in NRW ab dem Berichtsjahr 2004 nur noch zusammengefasst, d. h. für die Krankenhäuser insgesamt, veröffentlicht werden, weist der Indikator 8.19 ab dem Berichtsjahr 2004 zusätzlich zu dem Pflegepersonal der allgemeinen Krankenhäuser auch das Pflegepersonal der sonstigen Krankenhäuser aus.

Das neue Krankenpflegegesetz (KrPflG) verändert die bisherigen Berufsbezeichnungen Krankenschwester/-pfleger und Kinderkrankenschwester/-pfleger. Die neuen Berufsbezeichnungen lauten ab 1. Januar 2004 „Gesundheits- und Krankenpflegerin/-pfleger“, bzw. „Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin/-pfleger“. Nach altem Gesetz examinierte Pflegekräfte dürfen die alte Berufsbezeichnung weiterführen.

Die verwendeten Zahlen sind Stichtagszahlen der Krankenhausstatistik des Landesbetriebs Information und Technik NRW zum 31.12. jeden Jahres.

Der vorliegende Indikator ist ein Prozessindikator.

Indikator 8.19 Personal im Pflegedienst in allgemeinen und sonstigen Krankenhäusern nach Berufen, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 2017

Verwaltungsbezirk	Pflegedienst insgesamt	davon			
		Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen	Gesundheits- u. Kinderkrankenpfleger/-innen	Helferinnen/ Helfer in der Krankenpflege	sonstige Pflegepersonen
StR Aachen	3.719	2.855	343	79	442
Kreis Düren	1.369	1.106	97	74	92
Kreis Euskirchen	•	•	•	•	•
Kreis Heinsberg	849	690	39	49	71
Reg.-Bez. Köln	22.849	17.225	2.362	862	2.400
Nordrhein-Westfalen	102.744	80.062	9.885	4.699	8.098

Datenquelle/Copyright:
Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW);
Krankenhausstatistik, Teil I - Grunddaten

¹ StR Aachen inkl. Stadt Aachen
"•" Zahlenwert unbekannt

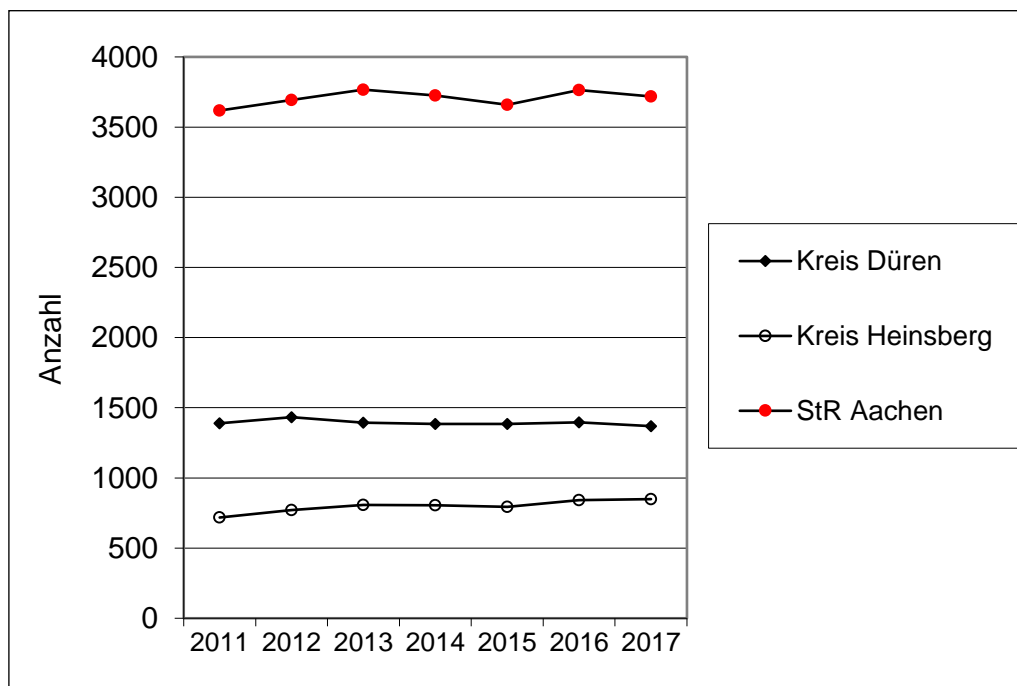


Abbildung 71: Personal im Pflegedienst in allgemeinen und sonstigen Krankenhäusern insgesamt, 2011 - 2017,

Indikator 8.27 Personal kommunaler Dienststellen (Gesundheitsverwaltung und sonstige Einrichtungen der Gesundheitspflege) nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken

V

Definition

Indikator 8.27 fasst das Personal kommunaler Dienststellen der *Gesundheitsverwaltung* und der *Einrichtungen der Gesundheitspflege*, differenziert nach kreisfreien Städten und Kreisen, Geschlecht und dem Umfang des Beschäftigungsverhältnisses, zusammen. Gemäß den Zuordnungsvorschriften zum Gliederungsplan kommunaler Haushalte gehören zu den Produktbereichen

412 Gesundheitseinrichtungen:

- Ambulatorien, Bakteriologische und Chemische Untersuchungsanstalten als Einrichtungen des Gesundheitsdienstes, Desinfektionsanstalten, Entseuchungsanstalten
- Gemeindepflegestationen, Gemeindeschwesternstationen, Hebammenfortbildungskurse, Krankenpflegestationen, Sozialstationen
- Altenpflegeseminare
- Mütterberatungsstellen, Mütterschulungskurse
- Sanitätsdienst
- Ärztliche Auskunfts- und Beratungsstellen
- Rettungsstationen, Rettungsstellen, Unfallmeldestellen, Unfallstationen
- Beratung und Betreuung Drogenabhängiger

414 Gesundheitsschutz und –pflege:

- Gesundheitsamt, Medizinalaufsicht, Apothekenaufsicht
- Gesundheitsschutz, z. B. Verbraucherschutz, Seuchenvorsorge, Desinfektionen, Seuchenabwehr, Impfwesen
- Gesundheitspflege, z. B. schulärztlicher und schulzahnärztlicher Dienst
- Gesundheitserziehung und Gesundheitsberatung
- Aufgaben auf dem Gebiet des Apothekenwesens, des Veterinärwesens, Fleischbeschau

Zu den Teilzeitbeschäftigten zählen auch die geringfügig Beschäftigten und die Beschäftigten in Altersteilzeit (ATZ) – unabhängig von Modell (Block-, Teilzeitmodell) und Phase (Freistellungs- bzw. Arbeitsphase). Dabei werden sie über den gesamten ATZ-Zeitraum hinweg mit der Hälfte des tatsächlichen Umfangs der Beschäftigung zum Zeitpunkt des Eintritts in das ATZ-Arbeitsverhältnis dargestellt. Beurlaubte Bedienstete sind hier nicht berücksichtigt. Vollzeitäquivalente sind das Aggregat der Vollzeitbeschäftigten sowie der über die Arbeitszeitfaktoren (AZF) auf Vollzeitstellen umgerechneten Anzahl der Teilzeitbeschäftigten; geringfügig Beschäftigte, die keine Kennung des AZF haben, mussten dabei unberücksichtigt bleiben.

Datenhalter

Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW)

Datenquelle

Personalstandstatistik

Periodizität

Jährlich, 30. Juni

Validität

Die Personalstandstatistik wird jährlich zum Stichtag 30. Juni als Vollerhebung durchgeführt. Folglich sind stichprobenbedingte Fehler ausgeschlossen. Bei einer Vollerhebung sind nicht-stichprobenbedingte Fehler (z. B. Messfehler) nicht völlig zu vermeiden, werden aber durch die Anbindung an die Personalabrechnungsstellen sowie durch entsprechend konzipierte Plausibilitätsprüfungen im Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW) minimiert, so dass die Ergebnisse der Personalstandstatistik den hohen Qualitätsstandards der amtlichen Statistik im vollen Umfang genügen.

Kommentar (gekürzt)

Gem. § 6 des Gesetzes über die Statistiken der öffentlichen Finanzen und des Personals im öffentlichen Dienst (Finanz- und Personalstatistikgesetz – FPStatG) vom 6. März 2006 (BGBl. I S. 439) führt IT.NRW jährlich zum Stichtag 30. Juni eine Erhebung über die Beschäftigten der öffentlichen Arbeitgeber und dabei u. a. der Gemeinden und Gemeindeverbände durch (Personalstandstatistik). Im Indikator dargestellt werden ausschließlich Beschäftigte, die von den Kommunen bezahlt werden. Vom Land und den Bezirksregierungen bezahlte Beschäftigte sind derzeit nicht enthalten. Alle voll- und teilzeitbeschäftigten Personen werden auch auf Vollzeitäquivalente umgerechnet.

Der vorliegende Indikator ist ein Prozessindikator.

Indikator 8.27 Personal kommunaler Dienststellen (Gesundheitsverwaltung u. sonst. Einrichtungen der Gesundheitspflege) nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 2019

Verwaltungsbezirk	Personal der Gesundheitsverwaltung und der sonstigen kommunalen Einrichtungen der Gesundheitspflege (gerundet*)					
	Vollzeitbeschäftigte		Teilzeitbeschäftigte**		Vollzeitäquivalente***	
	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.
Stadt Aachen	5	10	5	–	5	10
StR Aachen ¹	20	15	90	–	70	15
Kreis Düren	15	5	40	–	40	10
Kreis Euskirchen	15	5	25	5	30	5
Kreis Heinsberg	20	15	35	–	35	15
Reg.-Bez. Köln	305	160	535	40	635	185
Nordrhein-Westfalen	1.500	865	2.450	165	3.015	965

Datenquelle/Copyright: Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW): Personalstandstatistik

* Aufgrund von Geheimhaltungsvorschriften, die deterministische 5er Rundung angewendet

** inkl. geringfügig Beschäftigter (sofern gemeldet) und Beschäftigter in Altersteilzeit

*** über die Arbeitszeitfaktoren (AZF) jedes Beschäftigten errechnet

¹ StR Aachen inkl. Stadt Aachen (2009 Fusion der beiden Gesundheitsämter zum Gesundheitsamt der StR)

"–" genau null

Inhaltsverzeichnis nach Zielgruppen und Spezialthemen

Zielgruppen/ Spezialthemen	Kennung (D)irekt/(i)ndirekt
Kinder- und Jugendliche	K / k
Ältere Menschen	A / a
Geschlechtsspezifität	G / g
Migration	M / m
Sozio-ökonomischer Bezug	S / s
Medizinische und Soziale Versorgung	V / v
Gesundheitsförderung/Prävention	F / f
Psychische Beeinträchtigung	P / p

K/k Kinder- und Jugendliche

02.03	01 Demographische Basistabelle, nach Geschlecht	KAGM..... 10
02.05	Bevölkerung nach Geschlecht	KAGM..... 12
02.07	Altersstruktur der Bevölkerung	KAG 20
02.08	Mädchen- u. Frauenanteil in der Bevölkerung, nach Alter	GKA 22
02.10	01 Lebendgeborene	K..... 24
02.12	Bevölkerungsprognose, Jugendquotient, Altenquotient	KA..... 28
03.45	01 Schwerbehinderte Kinder unter 15 Jahren, nach Geschlecht	KGvf 66
03.51	Stationär entbundene Neugeborene nach Geburtsgewicht	KSVf..... 80
03.53	01 Säuglingssterbefälle (Neonatal- u. Postneonatalsterblichk.)	KSV 82
03.54	Säuglingssterblichkeit, gesamt, 3-Jahres-Mittelwerte	KSV 84
03.54	01 Säuglingssterblichkeit, nach Geschlecht, 3-Jahres-Mittelwerte	KGSV..... 86
03.57	01 Auffälligkeiten des Entwicklungsstandes bei Einschulungsuntersuchungen nach Geschlecht	KG 88
03.57	02 Adipositas, herabgesetzte Sehschärfe bei Einschulungsuntersuchungen, nach Geschlecht	KG 92
03.59	01 Neuerkrankungen, Masern, 0- bis 14-Jährige, nach Geschlecht	KGV 94
03.111	01 Krankenhausfälle, Verbrennungen/Vergiftungen, (<15 J.), nach Geschlecht	KG 104
04.01	02 Rauchverhalten nach Alter und Geschlecht, Mikrozensus,	GKA 110
07.06	Inanspruchnahme des Krankheitsfrüherkennungsprogramms für Kinder	KVF 140
07.10	Durch Karies-Prophylaxemaßnahmen erreichte Kinder, nach Einrichtungstyp	KVF 142
07.13	Impfquote Polio, Tetanus, Diphtherie, Hepatitis B, Haemophilus influenzae b, Pertussis bei Schulanfängern	KVF 144
07.14	Impfquote Masern, Mumps, Röteln und Varizellen bei Schulanfängern	KVF 146

A/a Ältere Menschen

02.03	01 Demographische Basistabelle, nach Geschlecht	KAGM..... 10
02.05	Bevölkerung nach Geschlecht	KAGM..... 12
02.07	Altersstruktur der Bevölkerung	KAG 20
02.08	Mädchen- u. Frauenanteil in der Bevölkerung, nach Alter	GKA 22
03.45	02 Schwerbehinderte Menschen über 65 Jahren, nach Geschlecht	AGvf 68
03.48	01 MDK-Pflegebegutachtungen nach Pflegegraden	ASV 70
03.49	Pflegebedürftige, nach Geschlecht	AGSV..... 72
03.49	01 Pflegebedürftige, nach Pflegeart	ASV 74
03.49	02 MDK-Pflegebegutachtungen nach Geschlecht	AGSV..... 76
04.01	02 Rauchverhalten nach Alter und Geschlecht, Mikrozensus,	GKA 110
04.08	02 Body Mass Index (BMI) der erwachsenen Bevölkerung nach Alter und Geschlecht, Mikrozensus	GA 112
07.34	Pflegegeldempfänger nach Pflegegraden, nach Geschlecht	AGV 152
07.34	01 MDK-Pflegebegutachtungen nach Pflegeart	AV..... 154
07.35	Von ambulanten Pflegeeinrichtungen betreute Pflegebedürftige, nach Pflegegraden u. Geschlecht	AGV 156
07.36	In Pflegeeinrichtungen betreute Pflegebedürftige, nach Pflegegraden u. Geschlecht	AGV 158

G/g Geschlechtsspezifität

02.03	01 Demographische Basistabelle, nach Geschlecht	KAGM.....	10
02.05	Bevölkerung nach Geschlecht	KAGM.....	12
02.06	Ausländische Bevölkerung, nach Geschlecht	MG.....	16
02.07	Altersstruktur der Bevölkerung	KAG.....	20
02.08	Mädchen- u. Frauenanteil in der Bevölkerung, nach Alter	GKA.....	22
02.18	Erwerbstätige, nach Geschlecht	SG.....	34
02.21	Arbeitslose nach Personengruppen, nach Geschlecht	SGMvf.....	36
02.23	Sozialhilfeempfänger (Raten), nach Geschlecht	SGMvf.....	38
03.07	Sterbefälle, nach Geschlecht	Gv.....	46
03.10	Lebenserwartung, nach Geschlecht	GSV.....	48
03.14	Vermeidbare Sterbefälle, ausgewählte Diagnosen, nach Geschlecht	GMSP.....	50
03.27	Krankenhausfälle, nach Geschlecht	GV.....	54
03.27	01 Reha-Fälle, nach Geschlecht	GVs.....	56
03.36	Med. u. sonst. Rehabilitationsleistungen, nach Geschlecht (<65 J)	GVs.....	58
03.40	Frührentenzugänge u. -bestand, nach Geschlecht	GVsf.....	60
03.45	Schwerbehinderte Menschen, nach Geschlecht	GVf.....	64
03.45	01 Schwerbehinderte Kinder unter 15 Jahren, nach Geschlecht	KGVf.....	66
03.45	02 Schwerbehinderte Menschen über 65 Jahren, nach Geschlecht	AGVf.....	68
03.49	Pflegebedürftige, nach Geschlecht	AGSV.....	72
03.49	02 MDK-Pflegebegutachtungen nach Geschlecht	AGSV.....	76
03.54	01 Säuglingssterblichkeit, nach Geschlecht, 3-Jahres-Mittelwerte	KGSV.....	86
03.57	01 Auffälligkeiten des Entwicklungsstandes bei Einschulungsuntersuchungen nach Geschlecht	KG.....	88
03.57	02 Adipositas, herabgesetzte Sehschärfe bei Einschulungsuntersuchungen, nach Geschlecht	KG.....	92
03.59	01 Neuerkrankungen, Masern, 0- bis 14-Jährige, nach Geschlecht	KGV.....	94
03.62	Neuerkrankungen, Lungentuberkulose, nach Geschlecht. 3-JMW	GSV.....	96
03.62	01 Neuerkrankungen, Lungentuberkulose, nach Geschlecht	GSV.....	98
03.87	01 Einweisungen nach PsychKG u. Betreuungsges., nach Geschl.	GVP.....	100
03.89	Suizidsterbefälle, nach Geschlecht, 3-Jahres-Mittelwert	GP.....	102
03.111	01 Krankenhausfälle, Verbrennungen/Vergiftungen, (<15 J.), nach Geschlecht	KG.....	104
03.118	Im Straßenverkehr verunglückte Personen, nach Geschlecht	G.....	106
04.01_	02 Rauchverhalten nach Alter und Geschlecht, Mikrozensus,	GKA.....	110
04.08_	02 Body Mass Index (BMI) der erwachsenen Bevölkerung nach Alter und Geschlecht, Mikrozensus	GA.....	112
06.23	Personen im Ambulant Betreuten Wohnen, nach Geschlecht	GV.....	132
06.23	01 Plätze im stationären Wohnen für Menschen mit Behinderungen	GV.....	134
06.23	02 Personen in stationären Wohneinrichtungen für Menschen mit Behinderungen, nach Geschlecht	GV.....	136
07.34	Pflegegeldempfänger nach Pflegegraden, nach Geschlecht	AGV.....	152
07.35	Von ambulanten Pflegeeinrichtungen betreute Pflegebedürftige, nach Pflegegraden u. Geschlecht	AGV.....	156
07.36	In Pflegeeinrichtungen betreute Pflegebedürftige, nach Pflegegraden u. Geschlecht	AGV.....	158

M/m Migration

02.03	01 Demographische Basistabelle, nach Geschlecht	KAGM.....	10
02.05	Bevölkerung nach Geschlecht	KAGM.....	12
02.06	Ausländische Bevölkerung, nach Geschlecht	MG.....	16
02.06	01 Bevölkerung mit Migrationshintergrund	M.....	18
02.11	Wanderungen der Bevölkerung	M.....	26
02.21	Arbeitslose nach Personengruppen, nach Geschlecht	SGMvf.....	36
02.23	Sozialhilfeempfänger (Raten), nach Geschlecht	SGMvf.....	38
03.14	Vermeidbare Sterbefälle, ausgewählte Diagnosen, nach Geschlecht	GMSP.....	52

S/s Sozio-ökonomischer Bezug

02.13	01 Bevölkerung nach Schulabschluss	Svf.....	30
02.16	Verfügbares Einkommen der privaten Haushalte	S.....	32
02.18	Erwerbstätige, nach Geschlecht	SG.....	34

02.21	Arbeitslose nach Personengruppen, nach Geschlecht	SGMvf	36
02.23	Sozialhilfeempfänger (Raten), nach Geschlecht	SGMvf	38
02.24	Wohngeldempfänger (Haushalte)	S	42
03.10	Lebenserwartung, nach Geschlecht	GSV	48
03.14	Vermeidbare Sterbefälle, ausgewählte Diagnosen, nach Geschlecht	GMSP	50
03.27	01 Reha-Fälle, nach Geschlecht	GVs	56
03.36	Med. u. sonst. Rehabilitationsleistungen, nach Geschlecht (<65 J)	GVs	58
03.40	Frührentenzugänge u. -bestand, nach Geschlecht	GVsf	60
03.48	01 MDK-Pflegebegutachtungen nach Pflegegraden	ASV	70
03.49	Pflegebedürftige, nach Geschlecht	AGSV	72
03.49	01 Pflegebedürftige, nach Pflegeart	ASV	74
03.49	02 MDK-Pflegebegutachtungen nach Geschlecht	AGSV	76
03.51	Stationär entbundene Neugeborene nach Geburtsgewicht	KSVf	80
03.53	01 Säuglingssterbefälle (Neonatal- u. Postneonatalsterblichk.)	KSV	82
03.54	Säuglingssterblichkeit, gesamt, 3-Jahres-Mittelwerte	KSV	84
03.54	01 Säuglingssterblichkeit, nach Geschlecht, 3-Jahres-Mittelwerte	KGSV	86
03.62	Neuerkrankungen, Lungentuberkulose, nach Geschlecht. 3-JMW	GSV	96
03.62	01 Neuerkrankungen, Lungentuberkulose, nach Geschlecht	GSV	98

V/v Medizinische und soziale Versorgung

02.05	01 Fläche und Bevölkerungsdichte	v	14
02.13	01 Bevölkerung nach Schulabschluss	Svf	30
02.21	Arbeitslose nach Personengruppen, nach Geschlecht	SGMvf	36
02.23	Sozialhilfeempfänger (Raten), nach Geschlecht	SGMvf	38
03.07	Sterbefälle, nach Geschlecht	Gv	46
03.10	Lebenserwartung, nach Geschlecht	GSV	48
03.27	Krankenhausfälle, nach Geschlecht	GV	54
03.27	01 Reha-Fälle, nach Geschlecht	GVs	56
03.36	Med. u. sonst. Rehabilitationsleistungen, nach Geschlecht (<65 J)	GVs	58
03.40	Frührentenzugänge u. -bestand, nach Geschlecht	GVsf	60
03.45	Schwerbehinderte Menschen, nach Geschlecht	GVf	64
03.45	01 Schwerbehinderte Kinder unter 15 Jahren, nach Geschlecht	KGvf	66
03.45	02 Schwerbehinderte Menschen über 65 Jahren, nach Geschlecht	AGvf	68
03.48	01 MDK-Pflegebegutachtungen nach Pflegegraden	ASV	70
03.49	Pflegebedürftige, nach Geschlecht	AGSV	72
03.49	01 Pflegebedürftige, nach Pflegeart	ASV	74
03.49	02 MDK-Pflegebegutachtungen nach Geschlecht	AGSV	76
03.51	Stationär entbundene Neugeborene nach Geburtsgewicht	KSVf	80
03.53	01 Säuglingssterbefälle (Neonatal- u. Postneonatalsterblichk.)	KSV	82
03.54	Säuglingssterblichkeit, gesamt, 3-Jahres-Mittelwerte	KSV	84
03.54	01 Säuglingssterblichkeit, nach Geschlecht, 3-Jahres-Mittelwerte	KGSV	86
03.59	01 Neuerkrankungen, Masern, 0- bis 14-Jährige, nach Geschlecht	KGV	94
03.62	Neuerkrankungen, Lungentuberkulose, nach Geschlecht. 3-JMW	GSV	96
03.62	01 Neuerkrankungen, Lungentuberkulose, nach Geschlecht	GSV	98
03.87	01 Einweisungen nach PsychKG u. Betreuungsges., nach Geschl.	GVP	100
06.02	Versorgungsgrad Vertragsärzte	V	122
06.05	Versorgungsgrad Vertragszahnärzte	V	124
06.15	Wichtige Krankenhausangebote	V	126
06.18	Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen	V	128
06.21	Apotheken	V	130
06.23	Personen im Ambulant Betreuten Wohnen, nach Geschlecht	GV	132
06.23	01 Plätze in stationären Wohnen für Menschen mit Behinderungen	GV	134
06.23	02 Plätze in stationären Wohneinrichtungen für Menschen mit Behinderungen, nach Geschlecht	GV	136
07.06	Inanspruchnahme des Krankheitsfrüherkennungsprogramms für Kinder	KVF	140
07.10	Durch Karies-Prophylaxemaßnahmen erreichte Kinder, nach Einrichtungstyp	KVF	142
07.13	Impfquote Polio, Tetanus, Diphtherie, Hepatitis B, Haemophilus influenzae b, Pertussis bei Schulanfängern	KVF	144
07.14	Impfquote Masern, Mumps, Röteln und Varizellen bei Schulanfängern	KVF	146
07.23	01 Methadon-Substitutionsbehandlung	V	148
07.25	Einsätze Krankentransporte und Rettungsdienste	V	150

07.34	Pflegegeldempfänger nach Pflegegraden, nach Geschlecht	AGV	152
07.34	01 MDK-Pflegebegutachtungen nach Pflegeart	AV.....	154
07.35	Von ambulanten Pflegeeinrichtungen betreute Pflegebedürftige, nach Pflegegraden u. Geschlecht	AGV	156
07.36	In Pflegeeinrichtungen betreute Pflegebedürftige, nach Pflegegraden u. Geschlecht	AGV	158
08.08	Ärzte und Zahnärzte in ambul. Einrichtungen	V.....	162
08.13	Psychotherapeuten in ambul. Einrichtungen	V.....	164
08.13	01 Berufstätige psychol. Psychotherapeuten u. Kinder- u. Jugendlichen-Psychotherapeuten	V.....	166
08.19	Personal im Pflegedienst in allg. u. sonst. Krankenhäusern	V.....	168
08.27	Personal kommunaler Dienststellen, nach Geschlecht	V.....	170

F/f Gesundheitsförderung/Prävention

02.13	01 Bevölkerung nach Schulabschluss	Svf	30
02.21	Arbeitslose nach Personengruppen, nach Geschlecht	SGMvf	36
02.23	Sozialhilfeempfänger (Raten), nach Geschlecht	SGMvf	38
03.40	Frührentenzugänge u. -bestand, nach Geschlecht	GVsf.....	60
03.45	Schwerbehinderte Menschen, nach Geschlecht	GVf	64
03.45	01 Schwerbehinderte Kinder unter 15 Jahren, nach Geschlecht	KGvf	66
03.45	02 Schwerbehinderte Menschen über 65 Jahren, nach Geschlecht	AGvf	68
03.51	Stationär entbundene Neugeborene nach Geburtsgewicht	KSVf.....	80
07.06	Inanspruchnahme Krankheitsfrüherkennungsprogr. Kinder	KVF	140
07.10	Durch Karies-Prophylaxemaßnahmen erreichte Kinder, nach Einrichtungstyp	KVF	142
07.13	Impfquote Polio, Tetanus, Diphtherie, Hepatitis B, Haemophilus influenzae b, Pertussis bei Schulanfängern	KVF	144
07.14	Impfquote Masern, Mumps, Röteln und Varizellen bei Schulanfängern	KVF	146

P/p Psychische Beeinträchtigung

03.14	Vermeidbare Sterbefälle, ausgewählte Diagnosen, nach Geschlecht	GMSP	50
03.87	01 Einweisungen nach PsychKG u. Betreuungsges., nach Geschl.	GVP.....	100
03.89	Suizidsterbefälle, nach Geschlecht, 3-Jahres-Mittelwert	GP.....	102

Literatur/ Datenquellen

Bardehle, D. & Annuß, R.: Beispiele für einen vereinheitlichten nationalen und internationalen Datensatz für die kommunale Gesundheitsberichterstattung in Nordrhein-Westfalen. Gesundheitsberichterstattung Band 4/1993. Bielefeld: IDIS, 1993.

Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen - LZG NRW:
Gesundheitsatlas Nordrhein-Westfalen

https://www.lzg.nrw.de/ges_bericht/ges_indi/gesundheitsatlas_nrw/index.html
(letzter Zugriff am 31. Mai 2021)

Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen - LZG NRW:
Umsteiger zwischen dem Indikatorensatz 2003 und dem alten Indikatorensatz 1991 - 2002:

https://www.lzg.nrw.de/_media/pdf/ges_bericht/indikatoren/heft18_umsteiger.pdf
(letzter Zugriff am 31. Mai 2021)

Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen - LZG NRW:
Indikatorenübersicht:

https://www.lzg.nrw.de/_media/pdf/ges_bericht/indikatoren/indika-liste.pdf
(letzter Zugriff am 31. Mai 2021)

Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen - LZG NRW:
Indikatoren nach Themenfeldern:

https://www.lzg.nrw.de/ges_bericht/ges_indi/indikatoren_kreise/index.html
(letzter Zugriff am 31. Mai 2021)

Alle Gesundheitsindikatoren auf Landes- und Kreisebene können auf folgender Internetseite eingesehen werden:

Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen - LZG NRW:
https://www.lzg.nrw.de/ges_bericht/ges_indi/indikatoren_kreise/index.html
(letzter Zugriff am 31. Mai 2021)

Wir gestalten Zukunft!

www.staedteregion-aachen.de

StädteRegion Aachen
Der Städteregionsrat
A 53 | Gesundheitsamt
52090 Aachen

Telefon +49(241)5198-0
E-Mail info@staedteregion-aachen.de
Internet www.staedteregion-aachen.de

 [StaedteRegion.Aachen](https://www.facebook.com/StaedteRegion.Aachen)

 [staedteregion_aachen](https://www.instagram.com/staedteregion_aachen)

 [@SR_Aachen_News](https://twitter.com/@SR_Aachen_News)

 [StaedteRegionAachen](https://www.youtube.com/StaedteRegionAachen)