

Definitionen und Erläuterungen 2024/2025





Stadt Bottrop
Der Oberbürgermeister
Gesundheitsamt

Bottrop 2025

Herausgeber:

Stadt Bottrop
Der Oberbürgermeister
Gesundheitsamt
Postfach 10 15 54
46215 Bottrop
Tel.: 02041/70-3501
E-Mail: amt53@bottrop.de

Redaktion:

Dr. med. Jana Westphal

Gestaltung:

Stabsstelle Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Druck:

Fachbereich Personal und Organisation
Druckerei
1. Auflage/200

Fotos:

wenn nicht anders angegeben:
© Adobe Stock

Download: www.bottrop.de

Weitere Exemplare sind beim Herausgeber zu beziehen.

1 Einleitung	8
2 Definitionen der Gesundheitsindikatoren	9
Themenfeld 2 - Bevölkerung und bevölkerungsspezifische Rahmenbedingungen	9
Bevölkerung	
02_05 Bevölkerungstruktur	10
02_07 Altersstruktur der Bevölkerung	10
02_10_01 Lebendgeborene	10
02_12 Bevölkerungsprognose	11
Wirtschaftliche und soziale Lage	
02_16 Verfügbares Einkommen der privaten Haushalte	11
02_18 Erwerbstätige	11
02_21 Arbeitslose nach Personengruppen	12
02_23 Empfänger von ausgewählten öffentl. Sozialleistungen (Raten)	12
02_23_02 Wohnungslose Personen nach Unterbringungsart	13
Themenfeld 3 - Gesundheitszustand der Bevölkerung	14
Allgemeine Mortalität	
03_07 Sterbefälle	15
Abgeleitete Indikatoren	
03_10 Lebenserwartung	15
03_14 Vermeidbare Sterbefälle nach ausgewählten Diagnosen – Mittelwert	15
Stationäre Morbidität	
03_27 Krankenhausfälle	16
03_27_01 Reha-Fälle	16
Medizinische Leistungen zur Rehabilitation	
03_36 Medizinische und sonstige Rehabilitationsleistungen (<65 Jahre)	17
Rentenzugänge und Rentenbestand wegen verminderter Erwerbsfähigkeit	
03_40 Frührentenzugänge und -bestand	17
Schwerbehinderte Menschen	
03_45 Schwerbehinderte Menschen	18
03_45_01 Schwerbehinderte Kinder unter 15 Jahren	18
03_45_02 Schwerbehinderte Menschen über 65 Jahre	18
Pflegebedürftigkeit	
03_48_01 MDK-Pflegebegutachtungen nach Pflegegraden	19
03_49 Pflegebedürftige nach Geschlecht	19
03_49_01 Pflegebedürftige nach Art der Pflege	20
03_49_02 MDK-Pflegebegutachtung nach Geschlecht	20
Gesundheitszustand von Säuglingen und Vorschulkindern	
03_51 Stationär entbundene Neugeborene nach Geburtsgewicht	21
03_53_01 Säuglingssterbefälle (Neonatal- u. Postneonatalsterblichkeit)	21
03_54 Säuglingssterblichkeit, 3-Jahres-Mittelwerte	21
03_54_01 Säuglingssterblichkeit nach Geschlecht, Mittelwert	22
03_57_01 Befunde bei Einschulungsuntersuchungen	22
03_57_02 Adipositas bei Einschulungsuntersuchungen	22
03_57_03 Herabgesetzte Sehschärfe bei Einschulungsuntersuchungen	23
03_57_05 Auffälligkeiten im Bereich Sprachkompetenz bei Einschulungsuntersuchungen	23

Infektionskrankheiten

03_59_01	Neuerkrankungen, Masern, 0- bis 14-jährige	24
03_62	Neuerkrankungen, Lungentuberkulose, Mittelwert	24
03_62_01	Neuerkrankungen, Lungentuberkulose*	24

Krebserkrankungen

03.1	Neuerkrankungen, Krebs insgesamt	25
03.2	Neuerkrankungen ausgewählte Krebsarten	25

Psychische und Verhaltensstörungen

03_87_01	Einweisungen nach PsychKG1	27
03_89	Suizidsterbefälle, Mittelwert	27
03_111_01	Krankenhausfälle, Verbrennungen/Vergiftungen (< 15 J.)	28
03_118	Im Straßenverkehr verunglückte Personen	28

Themenfeld 4 - Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen

29

Konsum von Tabak und Alkohol

04_01_02	Rauchverhalten*, Mikrozensus	30
----------	------------------------------	----

Ernährung

04_08_02	Body Mass Index (BMI), Mikrozensus	30
----------	------------------------------------	----

Themenfeld 5- Gesundheitsrisiken aus der natürlichen und technischen Umwelt

31

Lebens- und Arbeitsbedingungen

05_01	Stickstoffdioxid in der Außenluft, Messstationen	32
05_02	Schwefeldioxid in der Außenluft, Messstationen	32
05_03	Feinstaub (PM10) in der Außenluft, Messstationen	33
05_04	Ozon in der Außenluft, Messstationen	33
05_05	Benzol in der Außenluft, Messstationen	34
05.1	Benzo[a]pyren in der Außenluft, Messstationen	34

Themenfeld 6 - Einrichtungen des Gesundheitswesens

35

Ambulante Einrichtungen

06_02	Versorgungsgrad Vertragsärztinnen und -ärzte	36
06_05	Versorgungsgrad Vertragszahnärztinnen und -zahnärzte	36

Stationäre/teilstationäre Einrichtungen

06_15	Wichtige Krankenhausangebote	37
-------	------------------------------	----

Pflegeeinrichtungen

06_18	Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen	38
-------	--	----

Weitere Einrichtungen des Gesundheitswesens

06_21	Apotheken	38
06_23	Personen außerhalb besonderer Wohnformen	39
06_23_01	Plätze in besonderen Wohnformen im Rahmen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen	39
06_23_02	Personen in besonderen Wohnformen für Menschen mit Behinderungen	39

Themenfeld 7 - Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens 40

Inanspruchnahme/Leistungen der Gesundheitsförderung und Früherkennung von Krankheiten

07_06	Inanspruchnahme Krankheitsfrüherkennungsprogramm, Kinder	41
07_10	Durch Kariesprophylaxemaßnahmen erreichte Kinder und Einrichtungstyp	41
07_13	Impfquote Polio, Tetanus, Diphtherie, Hepatitis B, Hib, Pertussis, Schulanfänger	41
07_14	Impfquote Masern, Mumps, Röteln, Varizellen, Schulanfänger	42

Inanspruchnahme/Leistungen der ambulanten Versorgung

07_23_01	Methadon-Substitutionsbehandlung	43
----------	----------------------------------	----

Inanspruchnahme/Leistungen der stationären/teilstationären Versorgung

07_34	Pflegegeldempfänger nach Pflegegraden	44
07_34_01	MDK-Pflegebegutachtungen nach Pflegeart	44
07_35	Von ambulanten Pflegeeinrichtungen betreute Pflegebedürftige nach Pflegegraden	45
07_36	In vollstationären Pflegeeinrichtungen betreute Pflegebedürftige nach Pflegegraden	46

Themenfeld 8 - Beschäftigte im Gesundheitswesen 47

Personal in ambulanten Einrichtungen

08_08	Ärztinnen/Ärzte und Zahnärztinnen/Zahnärzte in ambulanten Einrichtungen	48
08_13	Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in ambulanten Einrichtungen	48
08_13_01	Berufstätige Psychologische Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen/-psychotherapeuten	48
08_15	Physiotherapeutinnen/Physiotherapeuten, Masseurinnen/Masseure, Medizinische Bademeisterinnen/Bademeister	49
08_16_01	Ambulant tätige Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker	49

Personal in stationären und teilstationären Einrichtungen

08_19	Personal im Pflegedienst in allgemeinen und sonstigen Krankenhäusern nach Berufen	50
-------	---	----

Personal im öffentlichen Dienst

08_27	Personal kommunaler Dienststellen	50
-------	-----------------------------------	----

Quellen 51

1 Einleitung

Der Anhang enthält Definitionen des Landes Nordrhein-Westfalen zu allen Gesundheitsindikatoren in der Fortschreibung der Bottroper Gesundheitsberichte 2024/2025 (Band 13).

Die erste Ziffer beinhaltet das entsprechende Themenfeld (z. B. **02_05**):

02 Bevölkerung und bevölkerungsspezifische Rahmenbedingungen

03 Gesundheitszustand der Bevölkerung

04 Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen

05 Gesundheitsrisiken aus der natürlichen und technischen Umwelt

06 Einrichtungen des Gesundheitswesens

07 Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens

08 Beschäftigte im Gesundheitswesen

Die zweite Ziffer bezeichnet den Indikator des Themenfeldes (z. B. 02_**05**).

Bottrop und Umgebung



2 Definitionen der Gesundheitsindikatoren

Themenfeld 2

Bevölkerung und bevölkerungsspezifische Rahmenbedingungen



Bevölkerung

02_05 Bevölkerungsstruktur

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 Stationierungstreitkräfte 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).

Die Definition der Bevölkerung sowie der Berechnung der durchschnittlichen Bevölkerung ist in der Metadatenbeschreibung zum Indikator 2.1 enthalten. 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.

Quelle: LIGA.NRW 2025 | Kommentar zum Indikator 02_05

02_07 Altersstruktur der Bevölkerung

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 weitreichenden 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 der Anzahl der Kinder und Jugendlichen dividiert durch die Anzahl der 18- bis 64-Jährigen, der Altenquotient aus der Anzahl der 65-jährigen und älteren Personen dividiert durch die Anzahl der 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. Die Definition der Bevölkerung ist in der Metadatenbeschreibung zum Indikator 2.1

Quelle: LIGA.NRW 2025 | Kommentar zum Indikator 02_07

02_10_01 Lebendgeborene, Jahre 2019 - 2023

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.

Quelle: LIGA.NRW 2025 | Kommentar zum Indikator 02_10_01

02_12 Bevölkerungsprognose

Definition

Bevölkerungsprognosen sind Vausberechnungen 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.

Quelle: LIGA.NRW 2025 | Kommentar zum Indikator 02_12

Wirtschaftliche und soziale Lage

02_16 Verfügbares Einkommen der privaten Haushalte

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 (Indikator 2.16).

Quelle: LIGA.NRW 2025 | Kommentar zum Indikator 02_16

02_18 Erwerbstätige

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.

Der vorliegende Indikator stellt die Ergebnisse des Mikrozensus dar. Die Erwerbstätigenquote wird als prozentualer Anteil der Erwerbstätigen im Alter von 15 bis 64 Jahren an der Bevölkerung in Privathaushalten, in denen mindestens eine Person mit Hauptwohnsitz lebt (Hauptwohnsitzhaushalte), der gleichen Alters- und Geschlechtsgruppe berechnet. Die Erwerbstätigen sind 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.

Quelle: LIGA.NRW 2025 | Kommentar zum Indikator 02_18

02_21 Arbeitslose nach Personengruppen

Definition

Indikator 2.20 (K) - Arbeitslose nach Personengruppen und Geschlecht, Nordrhein-Westfalen, im Zeitvergleich

Indikator 2.21 (L) - Arbeitslose nach Personengruppen und Geschlecht, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, Jahr
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 arbeitsuchende 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 Regelaltersgrenze 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.

In den Indikatoren 2.20 und 2.21 ist der prozentuale Anteil der Arbeitslosen an den abhängig zivilen Erwerbspersonen abgebildet, die die sozialversicherungspflichtig Beschäftigten, die geringfügig Beschäftigten und die Beamten umfassen. Mit Einführung des Sozialgesetzbuches (SGB) II im Januar 2005 wurde die ehemalige Arbeitslosenhilfe und Sozialhilfe zusammengeführt. Seither wird zwischen Arbeitslosen mit dem Rechtsstatus SGB III und SGB II differenziert.

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. arbeitsuchend gezählt. Die Leistungen nach dem SGB III werden aus der Arbeitslosenversicherung finanziert und orientierten 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). Der Indikator wird als Zeitreihe (2.20) und als Regionaltabelle (2.21) geführt.

Quelle: LIGA.NRW 2025 | Kommentar zum Indikator 02_21

02_23 Empfänger von ausgewählten öffentlichen Sozialleistungen (Raten)

Definition

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

Die Gliederung von Sozialhilfeleistungsempfängerinnen und -empfängern 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 seitdem nur noch Erwerbsunfähige auf Zeit, Vorruheständler mit niedriger Rente, längerfristig Erkrankte und hilfebedürftige Kinder mit nicht hilfebedürftigen Eltern einen Anspruch. Im April 2016 erfolgte eine grundlegende Revision der Grundsicherungsstatistik SGB II mit der Einführung eines erweiterten Zähl- und Gültigkeitskonzepts, das eine differenziertere Darstellung einzelner, nach leistungsrechtlichen Kriterien definierter Personengruppen und ihrer Episoden ermöglicht.

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) kann von dauerhaft erwerbsgeminderten Personen in der Altersgruppe „18 Jahre bis unter die Altersgrenze zum Renteneintrittsalter nach § 41 Abs. 2 SGB XII“ in Anspruch genommen werden sowie von Personen ab der Altersgrenze zum Renteneintritt, 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 und Einführung des SGB II im Januar 2005 sind Arbeitslosenhilfe und Sozialhilfe zur Grundsicherung für Arbeitssuchende zusammengeführt worden. Diese Leistungen setzten sich zusammen aus **Arbeitslosengeld II**, **Sozialgeld** (SGB II) und Leistungen zur Eingliederung in Arbeit. Letztere werden im vorliegenden Indikator nicht berücksichtigt. **Arbeitslosengeld II** („Hartz IV“) war eine Leistung zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem SGB II für erwerbsfähige Leistungsberechtigte im Alter zwischen 15 Jahren und der Regelaltersgrenze nach § 7a SGB II sowie ihre in Bedarfsgemeinschaft lebenden Angehörigen. **Sozialgeld** erhielten leistungsberechtigte Personen, die nicht erwerbsfähig sind und somit keinen Anspruch auf Arbeitslosengeld II haben, im Rahmen der Grundsicherung für Arbeitssuchende, wenn sie mit einer/einem erwerbsfähigen Leistungsberechtigten/n in einer Bedarfsgemeinschaft leben.

Mit der Einführung des Bürgergeldes zum 1. Januar 2023 werden die Begriffe „Arbeitslosengeld II“ und „Sozialgeld“ abgelöst. Das bisherige Arbeitslosengeld II wird als „Bürgergeld nach § 19 Abs. 1, Satz 1 SGB II oder auch „Bürgergeld für erwerbsfähige Leistungsberechtigte“ bezeichnet; das bisherige Sozialgeld als Bürgergeld nach § 19 Abs. 1, Satz 2 SGB II oder auch „Bürgergeld für nicht erwerbsfähige Leistungsberechtigte“.

Asylbewerberinnen/Asylbewerber und abgelehnte Bewerberinnen/Bewerber, die zur Ausreise verpflichtet sind, sowie geduldete Ausländerinnen/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 Sozialhilferecht gewährt.

Die Zahl der Empfängerinnen und Empfänger wird auf die fortgeschriebene Bevölkerung Basis Zensus 2011 zum Stichtag 31.12. des Berichtsjahres bezogen.

Quelle: LIGA.NRW 2025 | Kommentar zum Indikator 02_23

02_23_02 Wohnungslose Personen nach Unterbringungsart

Definition

In Nordrhein-Westfalen wurde von 1965 bis 2009 jährlich eine Erhebung über die Obdachlosigkeit durchgeführt, mit dem Ziel, einen Überblick über die Zahl der wohnungslosen Personen, ihre soziodemografische Struktur sowie die Art der Unterbringung zu gewinnen. Die 2011 in Nordrhein-Westfalen neu etablierte, integrierte Wohnungsnotfall-Berichterstattung stellt eine Weiterentwicklung der bis 2009 durchgeführten Obdachlosenstatistik dar. Sie dient als Basis für zielgenaues sozialpolitisches Planen und Handeln bei der Bekämpfung von Wohnungslosigkeit.

Als wohnungslos gilt, wer über keinen mietvertraglich abgesicherten Wohnraum oder über selbst genutztes Wohneigentum verfügt und auf ordnungs- oder sozialrechtlicher Grundlage in einer kommunalen Wohnung, in einer Behelfs- oder Notunterkunft bzw. in einer Einrichtung der Wohnungslosenhilfe lebt. Obdachlosigkeit ist ein Teil der Wohnungslosigkeit. Als obdachlos werden Personen bezeichnet, die keinen festen Wohnsitz haben und ohne jegliche Unterkunft auf der Straße leben. Gründe für die Wohnungslosigkeit können z. B. sein: dringender Eigenbedarf der Vermieterin/des Vermieters, fristlose Kündigung infolge Zahlungsverzug oder bei unzumutbaren Mietverhältnissen, Kündigung aufgrund behördlicher Maßnahmen (z. B. Bau-fälligkeit), Zerstörung der Wohnung durch Unglücksfälle.

Hilfeleistungen für Wohnungslose erfolgen auf der Grundlage von §§ 67 ff. SGB XII.

Der vorliegende Indikator stellt bis zum Berichtsjahr 2009 die Ergebnisse der Obdachlosenstatistik mit der Anzahl der obdachlosen Haushalte und Personen, aufgegliedert in Mehr- und Einpersonenhaushalte, dar und ab dem Berichtsjahr 2011 die wohnungslosen Personen nach Unterbringungsart aus der integrierten Wohnungsnotfall-Berichterstattung zum 30. Juni eines jeden Jahres.

In der integrierten Wohnungsnotfall-Berichterstattung werden neben kommunal und ordnungsrechtlich untergebrachten wohnungslosen Personen auch solche erfasst, die über die freien Träger der Wohnungslosenhilfe untergebracht oder den Fachberatungsstellen als wohnungslos bekannt sind.

Quelle: LIGA.NRW 2025 | Kommentar zum Indikator 02_23_02

Themenfeld 3

Gesundheitszustand der Bevölkerung



Allgemeine Mortalität

03_07 Sterbefälle

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.

Quelle: LIGA.NRW 2025 | Kommentar zum Indikator 03_07

Abgeleitete Indikatoren

03_10 Lebenserwartung

Definition

Die mittlere Lebenserwartung erlaubt allgemeine Rückschlüsse auf die gesundheitliche Lage, die medizinische Versorgung und den Lebensstandard einer Bevölkerung (s. Kommentar zu Indikator 3.9). 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.

Quelle: LIGA.NRW 2025 | Kommentar zum Indikator 03_10

03_14 Vermeidbare Sterbefälle nach ausgewählten Diagnosen

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 Aufsplittung 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.

Quelle: LIGA.NRW 2025 | Kommentar zum Indikator 03_14

Stationäre Morbidität

03_27 Krankenhausfälle

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 Patienten, die in ein Krankenhaus aufgenommen, stationär behandelt und im Berichtsjahr entlassen wurden. 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. Zur Vergleichbarkeit der Daten zwischen den Kreisen/kreisfreien Städten wird eine indirekte Standardisierung auf die stationäre Behandlungshäufigkeit des Landes vorgenommen (SMR).

Quelle: LIGA.NRW 2025 | Kommentar zum Indikator 03_07

03_27_01 Reha-Fälle

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 (SMR).

Quelle: LIGA.NRW 2025 | Kommentar zum Indikator 03_07

Medizinische Leistungen zur Rehabilitation

03_36 Medizinische und sonstige Rehabilitationsleistungen (<65 Jahre)

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. Grundlagen der Statistik der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung sind im Sozialgesetzbuch Sechstes Buch (SGB VI) enthalten.

Im vorliegenden Indikator werden die Leistungen der medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV Bund) nach Geschlecht und Verwaltungsbezirken in absoluten Zahlen und je 100 000 der aktiv versicherten Wohnbevölkerung dargestellt.

Quelle: LIGA.NRW 2025 | Kommentar zum Indikator 03_36

Rentenzugänge und Rentenbestand wegen verminderter Erwerbsfähigkeit

03_40 Frührentenzugänge und -bestand

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.

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. Grundlagen der Statistik der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung sind im Sozialgesetzbuch Sechstes Buch (SGB VI) enthalten.

Der vorliegende Indikator enthält teilweise und voll erwerbsgeminderte Personen; es 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.

Quelle: LIGA.NRW 2025 | Kommentar zum Indikator 03_40

Schwerbehinderte Menschen

03_45 Schwerbehinderte Menschen

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.

Quelle: LIGA.NRW 2025 | Kommentar zum Indikator 03_45

03_45_01 Schwerbehinderte Kinder unter 15 Jahren

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 für die Kreise und kreisfreien Städtezuständigen Versorgungsämtern registriert sind.

Quelle: LIGA.NRW 2025 | Kommentar zum Indikator 03_45_01

03_45_02 Schwerbehinderte Menschen über 65 Jahren

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 Bürger (Bestandszahlen) ausgewiesen, die zum 31.12. in den für die Kreise und kreisfreien Städtezuständigen Versorgungsämter registriert sind. Schwerbehinderung steigt mit dem Alter an und führt zu erheblichen gesundheitlichen Einschränkungen.

Quelle: LIGA.NRW 2025 | Kommentar zum Indikator 03_45_02

Pflegebedürftigkeit

03_48_01 MDK-Pflegebegutachtungen nach Pflegegraden

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 1. Januar 2017) deutlich weiter gefasst und die bisherigen drei Pflegestufen durch 5 Pflegegrade ersetzt. 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.

Die Entscheidung über das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit und den Pflegegrad trifft die Pflegekasse unter maßgeblicher Berücksichtigung des Gutachtens der Medizinischen Dienste (MD). Dabei werden anhand eines Punktesystems folgende sechs pflegfachliche Bereiche (Module) begutachtet: Mobilität, geistige und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, selbständiger 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 Selbständigkeit (12,5 bis unter 27 Punkte)
- Pflegegrad 2: Erhebliche Beeinträchtigung der Selbständigkeit (27 bis unter 47,5 Punkte)
- Pflegegrad 3: Schwere Beeinträchtigung der Selbständigkeit (47,5 bis unter 70 Punkte)
- Pflegegrad 4: Schwerste Beeinträchtigung der Selbständigkeit (70 bis unter 90 Punkte)
- Pflegegrad 5: Schwerste Beeinträchtigung der Selbständigkeit mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung (90 bis 100 Punkte).

Bei pflegebedürftigen Kindern wird der Pflegegrad durch einen Vergleich der Beeinträchtigungen ihrer Selbständigkeit und ihrer Fähigkeiten mit den Fähigkeiten altersentsprechend entwickelter Kinder ermittelt.

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

Quelle: LIGA.NRW 2025 | Kommentar zum Indikator 03_48_01

03_49 Pflegebedürftige nach Geschlecht

Definition

Der Begriff der Pflegebedürftigkeit wurde mit dem zweiten Pflegestärkungsgesetz (in Kraft getreten am 1. Januar 2017) deutlich weiter gefasst und die bisherigen drei Pflegestufen durch 5 Pflegegrade ersetzt. 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.

Die Bestätigung eines Pflegegrades erfolgt durch eine soziale gesetzliche Pflegeversicherung oder eine private Pflegeversicherung auf der Grundlage eines Gutachtens, das durch Ärztinnen und Ärzte oder Pflegefachpersonal der Medizinischen Dienste (MD) in der Wohnung bzw. in der Pflegeeinrichtung auf Antrag des möglicherweise Pflegebedürftigen erstellt wird. 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. Er enthält aus Gründen der Geheimhaltungspflicht (§ 16 Bundesstatistikgesetz) nur gerundete Daten. Zur Vergleichbarkeit der Angaben wird eine indirekte Altersstandardisierung vorgenommen. Als Standard gilt die Rate der Pflegebedürftigen des Landes. Der Bezug auf die Wohnbevölkerung erfolgt mit Stichtagsdaten zum 31.12. des Jahres.

Quelle: LIGA.NRW 2025 | Kommentar zum Indikator 03_49

03_49_01 Pflegebedürftige nach Art der Pflege

Definition

Der Begriff der Pflegebedürftigkeit wurde mit dem zweiten Pflegestärkungsgesetz (in Kraft getreten am 1. Januar 2017) deutlich weiter gefasst und die bisherigen drei Pflegestufen durch 5 Pflegegrade ersetzt. 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 (ganztägig) und/oder teilstationär (tagsüber bzw. nachts) untergebracht und gepflegt werden können.

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. Zur Vergleichbarkeit der Angaben wird eine direkte Altersstandardisierung vorgenommen. Der Bezug auf die Wohnbevölkerung erfolgt mit Stichtagsdaten zum 31.12. des Jahres.

Quelle: LIGA.NRW 2025 | Kommentar zum Indikator 03_49_01

03_49_02 MDK-Pflegebegutachtung nach Geschlecht

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 1. Januar 2017) deutlich weiter gefasst und die bisherigen drei Pflegestufen durch 5 Pflegegrade ersetzt. 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.

Die Entscheidung über das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit und Pflegegrad trifft die Pflegekasse unter maßgeblicher Berücksichtigung des Gutachtens der Medizinischen Dienste (MD). Erstbegutachtungen beziehen sich auf die Neueinstufung (Ersteinstufung) in einen Pflegegrad im Berichtsjahr.

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 der durchschnittlichen Bevölkerung. 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 eingestuften 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 Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) aus. Wiederholungsbegutachtungen werden in dem vorliegenden Indikator ausgeschlossen.

Quelle: LIGA.NRW 2025 | Kommentar zum Indikator 03_49_01

Gesundheitszustand von Säuglingen und Vorschulkindern

03_51 Stationär entbundene Neugeborene nach Geburtsgewicht

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 2 499 g, Lebendgeborene mit einem Geburtsgewicht bis 1 499 g haben ein sehr niedriges Geburtsgewicht (very low birthweight). Normales Geburtsgewicht beträgt 2 500 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).

Quelle: LIGA.NRW 2025 | Kommentar zum Indikator 03_51

03_53_01 Säuglingssterbefälle (Neonatal- u. Postneonatalsterblichkeit)

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 1 000 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.

Quelle: LIGA.NRW 2025 | Kommentar zum Indikator 03_53_01

03_54 Säuglingssterblichkeit, 3-Jahresmittelwert

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 1 000 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.

Quelle: LIGA.NRW 2025 | Kommentar zum Indikator 03_54

03_54_01 Säuglingssterblichkeit nach Geschlecht, Mittelwert

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 Jungen unterscheidet, wird in Ergänzung zum Indikator 3.54 die geschlechtsspezifische Säuglingssterblichkeit berechnet.

Die Säuglingssterblichkeit bezieht sich auf im ersten Lebensjahr Gestorbene je 1 000 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.

Quelle: LIGA.NRW 2025 | Kommentar zum Indikator 03_54_01

03_57_01 Befunde bei Einschulungsuntersuchungen

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, um ein gesundes und erfolgreiches Aufwachsen in der Schule zu ermöglichen.

Bei den Einschulungsuntersuchungen in Nordrhein-Westfalen wird der Entwicklungsstand der Kinder durch das standardisierte Sozialpädiatrische Entwicklungsscreening für Schuleingangsuntersuchungen – SOPESS erfasst.

Das Screening ist so angelegt, dass Kinder, die aus schulärztlicher Sicht medizinisch relevante Entwicklungsauffälligkeiten aufweisen, sicher erkannt werden können. SOPESS differenziert dabei im unteren Drittel des Leistungsbereiches besonders gut, um falsch negative Screeningergebnisse zu vermeiden.

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 Indikator ist der Anteil der Kinder, die zum Untersuchungszeitpunkt ein auffälliges Testergebnis in Bezug auf ihren Leistungsstand im Bereich Körperkoordination zeigten, dargestellt.

Quelle: LIGA.NRW 2025 | Kommentar zum Indikator 03_49_01

03_57_02 Adipositas bei Einschulungsuntersuchungen

Definition

Adipositas ist ein somatischer Befund, der bei den Einschulungsuntersuchungen relativ häufig diagnostiziert wird. Der Krankheitswert im Kindesalter resultiert aus den funktionellen Einschränkungen, der psychosozialen Beeinträchtigung und der höheren Komorbidität im Vergleich zu Normalgewichtigen. Ein Großteil der Kinder, der bereits vor der Pubertät adipös ist, bleibt dies auch im Erwachsenenalter.

Adipositas ist definiert als pathologisch erhöhter Anteil des Körperfetts. Die Verwendung der einfach messbaren Parameter Körpergröße und Körpergewicht und des daraus abgeleiteten Body Mass Index [BMI = Körpergewicht / Körpergröße² (kg/m²)] zur Abschätzung des Körperfettanteils hat sich international durchgesetzt, da der Fettanteil des Körpers nur mit aufwendigen Methoden exakt zu bestimmen ist.

Als Orientierungswert für Adipositas dient bei den schulärztlichen Untersuchungen das Überschreiten der 97. Perzentile der alters- und geschlechtsspezifischen BMI-Referenzwerte für Kinder und Jugendliche nach Kromeyer-Hauschild et al.(1). Im Indikator ist der Anteil der einzuschulenden Kinder, die zum Untersuchungszeitpunkt anhand dieses Orientierungswertes als adipös einzustufen sind, dargestellt.

Quelle: LIGA.NRW 2025 | Kommentar zum Indikator 03_57_02

03_57_03 Herabgesetzte Sehschärfe bei Einschulungsuntersuchungen

Definition

Die herabgesetzte Sehschärfe ist ein somatischer Befund, der bei den Einschulungsuntersuchungen relativ häufig diagnostiziert wird. Wenn die Herabsetzung der Sehschärfe unerkannt bleibt oder nicht ausreichend behandelt wird, kann das zu einer Beeinträchtigung des Lernverhaltens und zu einer fehlerhaften Beurteilung der schulischen Leistungsfähigkeit führen. Es ist daher unverzichtbar, Kinder vor Schulbeginn im Hinblick auf eine ausreichende Sehschärfe zu untersuchen. Die Überprüfung des Sehvermögens erfolgt mit einem Sehtestgerät und erfasst Kinder mit Kurz- und mit Weitsichtigkeit (Myopie bzw. Hyperopie). Schielfehler und Farbsinnstörungen sind hier nicht berücksichtigt. Im Indikator ist der Anteil der einzuschulenden Kinder abgebildet, die zum Untersuchungszeitpunkt ein auffälliges Ergebnis im Sehtest und/oder eine Sehbehinderung (Leistungsbeeinträchtigung) zeigen und/oder wegen einer herabgesetzten Sehschärfe bereits in augenärztlicher Behandlung sind.

Quelle: LIGA.NRW 2025 | Kommentar zum Indikator 03_57_03

03_57_05 Auffälligkeiten im Bereich Sprachkompetenz bei Einschulungsuntersuchungen

Definition

Die Ausdrucksfähigkeit und das Sprachverständnis im Deutschen sind eine Grundvoraussetzung für den Schulerfolg und die aktive Teilnahme am Unterricht. Auch für die soziale Integration und das gelingende Aufwachsen in der Schule ist die Kommunikationsfähigkeit in der deutschen Sprache ein wichtiger Grundpfeiler.

Bei Kindern, die zwei- oder mehrsprachig aufwachsen, muss differenziert werden, ob eine Sprachentwicklungsstörung vorliegt oder ob es sich um spracherwerbsbedingte Sprachschwierigkeiten – im Sinne des Erlernens einer (Fremd-)Sprache – handelt. Zu beachten ist, dass bei Kindern die Schwierigkeiten beim Erlernen einer Zweitsprache auch durch eine Sprachentwicklungsstörung verursacht werden können(1).

In Nordrhein-Westfalen wird bei den Einschulungsuntersuchungen der Entwicklungsstand der Kinder durch das standardisierte **Sozialpädiatrische Entwicklungsscreening für Schuleingangsuntersuchungen – SOPESS** erfasst. Das Screening ist so angelegt, dass Kinder, die aus schulärztlicher Sicht medizinisch relevante Entwicklungsauffälligkeiten aufweisen, sicher erkannt werden können. SOPESS differenziert dabei im unteren Drittel des Leistungsbereiches besonders gut, womit falsch negative Screeningergebnisse vermieden werden sollen.

Im Indikator werden mehrere Merkmalsbereiche des SOPESS zu einem Index zusammengefasst, der als Indikator für Defizite in der **altersgerechten Sprachkompetenz in der deutschen Sprache** zum Zeitpunkt der schulärztlichen Untersuchung zur Einschulung verwendet wird. Nach dieser Definition weisen die einzuschulenden Kinder Auffälligkeiten in der Sprachkompetenz in der deutschen Sprache auf, wenn sie mindestens ein auffälliges schulärztliches Screening-Ergebnis in den Bereichen „Pluralbildung“, „Präpositionen erkennen“ oder „Pseudowörter nachsprechen“ zeigen und/oder gar nicht Deutsch sprechen, nur radebrechend Deutsch sprechen oder mit erheblichen Fehlern Deutsch sprechen.

Quelle: LIGA.NRW 2025 | Kommentar zum Indikator 03_57_03

Infektionskrankheiten

03_59_01 Neuerkrankungen, Masern, 0- bis 14-Jährige

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 2000sten Erkrankten auf, kann zu einer dauerhaften Schädigung des Gehirns führen und weist eine Letalitätsrate von 20 % bis 30 % auf. Die einzige Möglichkeit der Primärprävention ist die Schutzimpfung. Deutschland gehört noch immer zu den europäischen Ländern, in denen die Masern verbreitet und die Durchimpfungsraten zum Teil 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.

Quelle: LIGA.NRW 2025 | Kommentar zum Indikator 03_59_01

03_62 Neuerkrankungen, Lungentuberkulose, Mittelwert

03_62_01 Neuerkrankungen, Lungentuberkulose

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 Einwohner. Deutschland weist eine niedrige Inzidenzrate mit weniger als 10 Neuerkrankungen je 100 000 Einwohner auf. Das Risiko von 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 Ausländern. Im Indikator 3.62 werden die Neuerkrankungen an bakteriell gesicherte Lungentuberkulose regional dargestellt.

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 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 Ausländer bezogen sich wie im vorliegenden Indikator auf den aktuellen Stand der Staatsbürgerschaft und basierten auf der Bevölkerungsstatistik. Die bakteriell gesicherte Lungentuberkulose (A15.0 und A15.1) ist eine Teilmenge aller Tuberkulose-Erkrankungen.

Quelle: LIGA.NRW 2025 | Kommentar zum Indikator 03_62 und 03_62_01

Krebserkrankungen

In diesem Gesundheitsbericht werden die regionalen Häufigkeiten von Krebsneuerkrankungen (=Inzidenz) in Nordrhein-Westfalen für das Jahr 2015 und vorangegangene Jahre dargestellt, bezogen jeweils auf den Wohnort zum Zeitpunkt der Diagnose (Inzidenz). Sofern eine Person im Laufe ihres Lebens von verschiedenen Tumoren betroffen ist, kann sie über die Darstellung der einzelnen Tumorinzidenzen mehrfach in die Berichtsauswertungen eingehen.

Epidemiologische Maßzahlen

Absolute Fallzahl (Anzahl)

Die absoluten Fallzahlen geben die Anzahl der im Jahreszeitraum neu an Krebs erkrankten bzw. verstorbenen Patientinnen und Patienten in der jeweiligen Region wieder und bilden die Grundlage für die Berechnung aller epidemiologischen Maßzahlen. Absolute Fallzahlen stellen für regionale Vergleiche oder zeitliche Entwicklungen nur eine bedingt geeignete Informationsquelle dar. Meist ist es besser, die Fallzahlen in Bezug zur Bevölkerung zu setzen, aus der sie hervorgegangen sind (Registerpopulation), und dabei auch deren Altersstruktur zu berücksichtigen. Man bezeichnet diese Maßzahlen dann als Erkrankungsraten.

Rohe Inzidenzraten

Mit der rohen Inzidenzrate wird die beobachtete Anzahl aller Krebsneuerkrankungen pro 100.000 der Bezugsbevölkerung einer Region in einem bestimmten Zeitraum, im Bericht i.d.R. einem Kalenderjahr, angegeben.

$$E_j = \frac{N_j}{B_j} \cdot 105$$

E_j Rohe Inzidenzrate im Zeitraum j
 N_j Neuerkrankungen im Zeitraum j
 B_j Durchschnittliche Wohnbevölkerung im Zeitraum j

Unterschiedliche Altersverteilungen werden bei der rohen Inzidenzrate nicht berücksichtigt. So ist die rohe Inzidenzrate in einer Region mit einem hohen Anteil älterer Menschen im Vergleich zu einer Region mit einer eher jüngeren Population schon allein aufgrund der unterschiedlichen Altersstruktur höher. Um unterschiedliche Altersverteilungen zu berücksichtigen sollten daher bei regionalen oder zeitlichen Vergleichen 'altersspezifische' oder altersstandardisierte Raten' dargestellt werden.

Altersspezifische Raten

Die altersspezifische Inzidenzrate beschreibt die Neuerkrankungsrate für eine bestimmte Altersklasse in einer bestimmten Region. Sie wird gebildet aus der Anzahl von Krebsneuerkrankungen in einer Altersklasse und der durchschnittlichen Bevölkerung der jeweiligen Altersklasse, wobei die Ergebnisse pro 100.000 der Bezugsbevölkerung angegeben werden. Gleiches gilt für die altersspezifischen Mortalitätsraten hinsichtlich der Krebssterbefälle in einer Altersklasse. Die Auswertungen werden im Allgemeinen für zusammengefasste 5-Jahres-Altersklassen vorgenommen.

$$A_{ij} = \frac{N_{ij}}{B_{ij}} \cdot 105$$

A_{ij} Altersspezifische Inzidenzrate der Altersklasse i im Zeitraum j
 N_{ij} Neuerkrankte Personen der Altersklasse i im Zeitraum j
 B_{ij} Durchschnittliche Gesamtbevölkerung der Altersklasse i im Zeitraum j

Altersspezifische Raten enthalten die detailliertesten Informationen, z.B. für altersspezifische Analysen und Planungen im Gesundheitswesen, da sie die tatsächliche Krebshäufigkeit in einer Region wiedergeben. Ein umfassender Vergleich zweier Bevölkerungsgruppen mit unterschiedlicher Altersstruktur anhand von altersspezifischen Raten ist jedoch sehr aufwändig und für einen Gesamtüberblick zu unübersichtlich. Der Vergleich des Krankheitsgeschehens in Bevölkerungen mit verschiedener Altersstruktur anhand einer einzigen Maßzahl setzt die Berechnung von 'altersstandardisierten Raten' voraus.

Altersstandardisierte Raten

Die Berechnung von altersstandardisierten Inzidenzraten erfolgt mittels direkter Altersstandardisierung. Bei der Berechnung werden die altersspezifischen Raten (siehe oben) entsprechend der Altersverteilung einer ausgewählten Referenz- bzw. Standardbevölkerung gewichtet und aufsummiert:

$$D_j = \frac{A_{ij} \cdot G_i}{G_i}$$

D_j Direkt standardisierte Rate im Zeitraum j
 A_{ij} Altersspezifische Inzidenzrate der Altersklasse i im Zeitraum j
 G_i Angehörige der Altersklasse i in der Standardbevölkerung

Die sich ergebenden Raten werden ebenfalls als Anzahl der jährlichen Neuerkrankungen bezogen auf 100.000 Personen in der Gesamtbevölkerung angegeben. Sie sind gut zu interpretieren, da sie beschreiben, welche Raten vorliegen würden, wenn die Altersstruktur der beobachteten Bevölkerung der Referenz- oder Standardbevölkerung entspräche. Altersstandardisierte Raten eignen sich daher insbesondere zur Darstellung von regionalen Vergleichen und zeitlichen Trends.

Für die Standardisierung stehen verschiedene, international gebräuchliche Referenzpopulationen zur Verfügung. In dem vorliegenden Bericht werden die altersstandardisierten Raten jeweils bezogen auf die alte Europastandardbevölkerung dargestellt.

Tabelle 1: Altersstruktur der Standardpopulationen

Altersklassen	BRD 87	Europa (alt)	Welt
0-4	4 887	8 000	12 000
5-9	4 796	7 000	10 000
10-14	4 894	7 000	9 000
15-19	7 189	7 000	9 000
20-24	8 721	7 000	8 000
25-29	8 044	7 000	8 000
30-34	7 062	7 000	6 000
35-39	6 886	7 000	6 000
40-44	6 161	7 000	6 000
45-49	8 043	7 000	6 000
50-54	6 654	7 000	5 000
55-59	5 920	6 000	4 000
60-64	5 438	5 000	4 000
65-69	4 338	4 000	3 000
70-74	3 801	3 000	2 000
75-79	3 646	2 000	1 000
80-84	2 251	1 000	500
85+	1 269	1 000	500
gesamt	100 000	100 000	100 000

Bevölkerungsdaten

Den Bevölkerungsdaten liegen die Daten des Landesbetriebs Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT.NRW) zugrunde. Diese beruhen bis 2012 auf der jährlich durchgeführten Fortschreibung der Volkszählung des Jahres 1987. Ab dem Jahr 2013 bilden der Zensus 2011 und die darauf basierende Bevölkerungsfortschreibung die Datengrundlage. Die Angaben in diesem Bericht beziehen sich auf die Gesamtbevölkerung Nordrhein-Westfalens. Die Zeitreihe der Inzidenz wird, sofern auch Daten vor 2006 ausgewertet wurden, für den Regierungsbezirk Münster berechnet, da dort bereits seit Mitte der 90er Jahre vollzählig erfasste Daten vorliegen. Die durchgeführten Analysen beruhen dabei auf der jeweiligen Stichtagsbevölkerung vom 31. Dezember.

Qualitätsindikatoren

Vollzähligkeit (Methode der Schätzung)

Nach internationaler Übereinkunft wird für Epidemiologische Krebsregister ein Vollzähligkeitsgrad von mindestens 90% angestrebt. Die Vollzähligkeit der Krebsregistrierung in den Epidemiologischen Krebsregistern in Deutschland wird regelmäßig vom Zentrum für Krebsregisterdaten (ZfKD) am Robert Koch- Institut (RKI) anhand spezieller statistischer Methoden geschätzt.

03.1 Neuerkrankungen, Krebs insgesamt

Im Gesundheitsbericht wurde die Neuerkrankungsrate aller Krebsformen dargestellt.

03.2 Neuerkrankungen ausgewählte Krebsartent

Hier wurde die Neuerkrankungsrate ausgewählter, spezieller und organbezogener Krebsformen (Klassifizierung nach ICD-10-Ziffern) dargestellt.

Psychische und Verhaltensstörungen

03_87_01 Einweisungen nach PsychKG

Definition

Mit dem 1992 in Kraft getretenen Betreuungsgesetz (Gesetz zur Reform des Rechts der Vormundschaft und Pflegschaft für Volljährige) wurde das alte zweistufige System von Pflegschaft und Vormundschaft durch das einheitliche Rechtsinstitut der Betreuung ersetzt. Gleichzeitig wurde auch im Gesetz über die Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit (FGG) ein einheitliches Verfahrensrecht für die zivilrechtliche Unterbringung (nach dem Betreuungsgesetz) und die öffentlich-rechtliche Unterbringung (nach den Unterbringungsgesetzen der Länder) geschaffen. Bei der rechtlichen Betreuung nach dem Betreuungsgesetz geht es im Kern um die Unterstützung und Interessenwahrnehmung eines Menschen in den vom Gericht festgelegten Aufgabenkreisen. Leitbild ist dabei die persönliche Betreuung, die sich am Wohl des Betreuten orientiert. Der gerichtlich bestellte Betreuer hat die Wünsche des Betroffenen zu respektieren (Betreuung).

In jedem Bundesland gibt es ein Gesetz, das die Unterbringung von psychisch Kranken ermöglicht, die eine Gefahr für die öffentliche Sicherheit und Ordnung darstellen, weil sie sich selbst oder bedeutende Rechtsgüter anderer in erheblichem Maße gegenwärtig gefährden (PsychKG: Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke). Vorgesehene Maßnahmen sind vorsorgende Hilfe zur Vermeidung einer Unterbringung und rechtzeitige ärztliche Behandlung einer Störung oder beginnenden Krankheit, nachsorgende Hilfe nach Abschluss stationärer Behandlung in Gestalt individueller Beratung und Betreuung, Auflagen und Weisungen des Gesundheitsamtes. Maßnahmen zur Gefahrenabwehr sind Zwangsmaßnahmen, die nicht der Heilung von psychischer Krankheit oder Sucht, sondern allein zur Abwendung einer Gefahr für Leib oder Leben des Untergebrachten oder seiner Umgebung dienen. Die Unterbringung wird von den Ordnungsbehörden beantragt, wobei das ärztliche Gutachten durch Klinikärzte (überwiegend) oder niedergelassene Neurologen ausgestellt wird.

Im Indikator 3.87 werden Einweisungen nach dem Betreuungsgesetz bzw. den Unterbringungsgesetzen der Länder nach Alter und Geschlecht in Absolutzahlen und als Rate je 100 000 der durchschnittlichen Bevölkerung im Zeitvergleich ausgewiesen. Die Angaben werden auf den Wohnort des Untergebrachten/Eingewiesenen bezogen.

Daten zur Unterbringung nach dem PsychKG und Betreuungsgesetz liegen teilweise in den Gesundheitsämtern und teilweise in den Landschaftsverbänden Rheinland und Westfalen-Lippe vor. Im vorliegenden Indikator sind bis zum Jahre 2002 nur die Angaben der Gesundheitsämter enthalten. Ab dem Berichtsjahr 2003 werden Angaben der Landschaftsverbände mit aufgeführt.

Quelle: LIGA.NRW 2025 | Kommentar zum Indikator 03_87_01

03_89 Suizidsterbefälle, Mittelwert

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.

Quelle: LIGA.NRW 2025 | Kommentar zum Indikator 03_89

Verletzungen, Vergiftungen, äußere Ursachen

03_111_01 Krankenhausfälle, Verbrennungen/Vergiftungen (< 15 J.)

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. Stundenfälle sind nicht enthalten. Stundenfälle bezeichnen Patienten, die stationär aufgenommen, aber am gleichen Tag wieder entlassen bzw. verlegt wurden oder verstorben sind.

Die Krankenhausfälle berechnen sich aus der Anzahl der 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.

Quelle: LIGA.NRW 2025 | Kommentar zum Indikator 03_87_01

03_118 Im Straßenverkehr verunglückte Personen

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 Einwohner, so zeigt sich auch hier, dass die Ballungszentren - vor allem aufgrund der hohen Verkehrsdichte - erhöhte Unfallraten aufweisen. Im Gegensatz dazu ist die auf 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 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.

Quelle: LIGA.NRW 2025 | Kommentar zum Indikator 03_118

Themenfeld 4

Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen



Konsum von Tabak und Alkohol

04_01_02 Rauchverhalten - 15 Jahre und älter, Mikrozensus

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.

Der Indikator 4.1 bezieht sich auf den Bundesgesundheitsurvey bzw. ab 2007 auf den NRW-Gesundheitsurvey.

Quelle: LIGA.NRW 2025 | Kommentar zum Indikator 04_01_02

Ernährung

04_08_02 Body Mass Index (BMI) - 18 Jahre und älter, Mikrozensus

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 (Ind. 4.8). 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 Gemeinschaftsunterkünften werden nicht berücksichtigt.

Quelle: LIGA.NRW 2025 | Kommentar zum Indikator 04_08_02

Themenfeld 5

Gesundheitsrisiken aus der natürlichen und technischen Umwelt



Lebens- und Arbeitsbedingungen

05_01 Stickstoffdioxid in der Außenluft, 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.

Stickstoffdioxid (NO₂) zählt zu den klassischen Schadstoffen in der Außenluft und ist wegen seiner Auswirkungen auf das Atemsystem von Bedeutung. Die Außenluftkonzentrationen werden vom Landesumweltamt 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.

Quelle: LIGA.NRW 2025 | Kommentar zum Indikator 05_01

05_02 Schwefeldioxid in der Außenluft, 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.

Schwefeldioxid (SO₂) zählt zu den klassischen Schadstoffen in der Außenluft und ist wegen seiner Auswirkungen auf das Atemsystem von Bedeutung. Die Außenluftkonzentrationen werden vom Landesumweltamt Nordrhein-Westfalen durch kontinuierliche telemetrische Luftqualitätsmessungen fest installierter Messstationen regelmäßig überwacht.

Es soll für Schwefeldioxid (SO₂) dokumentiert werden, mit welcher Häufigkeit Überschreitungen der angegebenen Grenzwerte (1-Stunden-Mittelwert sowie 24-Stunden-Mittelwert) auftreten. Die Grenzwerte für Schwefeldioxid (SO₂) sind ab 2005 rechtsverbindlich einzuhalten. Grenzwertüberschreitungen des 24-Stunden-Mittelwertes von 125 µg/m³ Luft sind dreimal pro Jahr, Überschreitungen des 1-Stunden-Mittelwertes von 350 µg/m³ sind bis zu 24-mal pro Jahr zulässig. Der Grenzwert für den Jahresmittelwert beträgt nach der Technischen Anleitung zur Reinhaltung der Luft (TA Luft) 50 µg/m³. Er ist ein Prüfkriterium bei Anträgen zur Errichtung von Betrieben bzw. Anlagen, die Schwefeldioxid in die Außenluft abgeben.

Quelle: LIGA.NRW 2025 | Kommentar zum Indikator 05_02

05_03 Feinstaub (PM₁₀) in der Außenluft, 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 Maßnahmenpakets 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.

Staub (Staubpartikel mit einem Durchmesser von weniger als 10 µm; PM₁₀) zählt zu den klassischen Schadstoffen in der Außenluft und ist wegen seiner Auswirkungen auf das Atemsystem von Bedeutung. Die Außenluftkonzentrationen werden vom Landesumweltamt Nordrhein-Westfalen durch kontinuierliche, bei Staub auch durch diskontinuierliche telemetrische Luftqualitätsmessungen fest installierter Messstationen regelmäßig überwacht.

Neben den Jahresmittelwerten soll für Staub (PM₁₀) dokumentiert werden, mit welcher Häufigkeit Überschreitungen des Grenzwertes (24-Stunden-Mittelwert) auftreten. Der Grenzwert für Staub (PM₁₀) ist ab 2005 rechtsverbindlich mit 40 µg/m³ einzuhalten. Bis dahin galten folgende Auslöseschwellen für Luftreinhaltepläne (Toleranzmargen) für die Jahre 2002 bis 2004: 2002: 44,8 µg/m³, 2003: 43,2 µg/m³, 2004: 41,8 µg/m³. Grenzwertüberschreitungen des 24-Stunden-Mittelwertes von 50 µg/m³ sind bis zu 35-mal pro Jahr zulässig. (Anmerkung: Für den 24-Stunden-Wert gibt es Toleranzmargen.)

Quelle: LIGA.NRW 2025 | Kommentar zum Indikator 05_03

05_04 Ozon in der Außenluft, 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 Stickstoffoxide, 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 Maßnahmenpakets der Europäischen Gemeinschaft zur Luftreinhaltung. In einer weiteren Richtlinie über den Ozongehalt in der Luft (3. Tochterrichtlinie 2002/3/EG) wurden Zielwerte und Langfristziele für Ozon festgelegt.

Ozon (O₃) zählt zu den klassischen Schadstoffen in der Außenluft und ist wegen seiner Auswirkungen auf das Atemsystem von Bedeutung. Die Außenluftkonzentrationen werden vom Landesumweltamt Nordrhein-Westfalen durch kontinuierliche telemetrische Luftqualitätsmessungen fest installierter Messstationen regelmäßig überwacht.

Der Schwellenwert zur Information der Bevölkerung liegt bei 180 µg/m³ für den Stundenwert. Personen, die erfahrungsgemäß besonders empfindlich auf Ozon reagieren, wird empfohlen, Anstrengungen im Freien zu vermeiden. Der Alarmwert liegt bei 240 µg/m³ für den Stundenwert. Es wird generell empfohlen, ungewohnte körperliche Anstrengungen im Freien zu vermeiden; von sportlichen Ausdauerleistungen im Freien wird abgeraten.

Der Zielwert für den Schutz der menschlichen Gesundheit geht von 8-Stundenmittelwerten aus, die in Mikrogramm pro Kubikmeter (µg/m³) angegeben werden. Die Zielwerte sind in der 3. Tochterrichtlinie der EU – 2002/3/EG mit dem Ziel festgelegt worden, schädliche Auswirkungen auf die menschliche Gesundheit und/oder Umwelt insgesamt zu vermeiden. Sie sollen – soweit wie möglich – bis zum Jahr 2010 erreicht werden.

Quelle: LIGA.NRW 2025 | Kommentar zum Indikator 05_04

05_05 Benzol in der Außenluft, 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.

Benzol gehört zu den flüchtigen organischen Kohlenwasserstoffen, ist Bestandteil von Motorkraftstoffen und gelangt über die Abgase bzw. Verdunstungsprozesse sowie industrielle Quellen in die Außenluft. Aus gesundheitlicher Sicht ist Benzol infolge seiner kanzerogenen Eigenschaften ein bedeutsamer Stoff aus der Gruppe der Kohlenwasserstoffe. Es ist zu beachten, dass der Grenzwert von 5 µg/m³ für Benzol erst ab 2010 rechtsverbindlich einzuhalten ist.

Bis zum Jahre 2009 gelten als Auslöseschwellen für Luftreinhaltepläne:

2002 - 2005: $5 \mu\text{g}/\text{m}^3 + 5 \mu\text{g}/\text{m}^3 = 10 \mu\text{g}/\text{m}^3$ 2006: $10 \mu\text{g}/\text{m}^3 - 1 \mu\text{g}/\text{m}^3 = 9 \mu\text{g}/\text{m}^3$

2007: $9 \mu\text{g}/\text{m}^3 - 1 \mu\text{g}/\text{m}^3 = 8 \mu\text{g}/\text{m}^3$ 2008: $8 \mu\text{g}/\text{m}^3 - 1 \mu\text{g}/\text{m}^3 = 7 \mu\text{g}/\text{m}^3$

2009: $7 \mu\text{g}/\text{m}^3 - 1 \mu\text{g}/\text{m}^3 = 6 \mu\text{g}/\text{m}^3$ 2010: $6 \mu\text{g}/\text{m}^3 - 1 \mu\text{g}/\text{m}^3 = 5 \mu\text{g}/\text{m}^3$

(Anmerkung: Die Rußmessung wurde im Jahre 2004 eingestellt, da die 23. BlmschV außer Kraft gesetzt wurde.)

Quelle: LIGA.NRW 2025 | Kommentar zum Indikator 05_05

05.1 Benzo[a]pyren in der Außenluft, Messstationen

Landesamt für Natur, Umwelt und Verbraucherschutz (LANUV) Nordrhein-Westfalen

Standortdokumentation – Stand 16. November 2018

Bottrop-Welheim, Industrie, städtisches Gebiet

Beschreibung

Der Messcontainer steht auf der Grünfläche eines Schulgeländes. Die Bundesstraße B 224 verläuft östlich in etwa 1 km Entfernung in Nord-Süd-Richtung. Südwestlich, in ca. 700 m Entfernung zur Station beginnt das Gelände einer Kokerei. Ein Industrieareal mit Kohleverflüssigungsanlage und das Hafengebiet des Rhein-Herne-Kanals schließen sich an.

Klassifizierung

Standortklassifizierung*: Industrie

Umgebung*: städtisches Gebiet

Lokale Ausbreitungssituation: Aufglockerte Bebauung

Relevante Emissionsquellen in der Umgebung: Industrie (1.A.2), Verkehr (1.A.3), Kleinf Feuerungsanlagen (1.A.4)

Höhe des Messeinlasses über dem Boden: Gase: 3.4 m, Partikel: 4.0 m

Entfernung von der nächsten Industriequelle: 650 m

*Klassifizierung gemäß der Kommissionsentscheidung 2011/850/EU

Diskontinuierliche Luftqualitätsüberwachung.

Überwachung von schwerflüchtigen organischen Schadstoffen in der Luft – Stand: 01.10.2024

Beschreibung: Für Luftverunreinigungen, für die keine kontinuierlichen Messverfahren für die Immissionsmessung zur Verfügung stehen, werden an den Messstationen automatisierte Probenahmesysteme eingesetzt.

Die Probenahme erfolgt mit Hilfe von Filtern und Polyurethanschäumen zur Erfassung der Partikel und gasförmigen Luftschadstoffe. Die analytische Bestimmung erfolgt im Labor.

Messmethode: kontinuierliche Datenerhebung

Das LANUK betreibt diverse Messstellen zur Luftüberprüfung.

Eine dieser Messstellen befindet sich in Bottrop-Welheim und misst verschiedene Parameter, u.a. Benzo[a]pyren.

Quellen: <https://www.lanuv.nrw.de/luqs/messorte/pdf/BOTT.pdf> | <https://www.lanuv.nrw.de/umwelt/luft/immissionen/messorte-und-werte>

Themenfeld 6

Einrichtungen des Gesundheitswesens



Ambulante Einrichtungen

06_02 Versorgungsgrad Vertragsärztinnen/-ärzte

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 Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten wird anhand der Verhältniszahlen der Bedarfsplanung der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) dargestellt. Zur Arztgruppe der Psychotherapeutinnen und -therapeuten gehören gemäß § 101 Abs. 4 Satz 1 SGB V die überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärztinnen und Ärzte sowie die Psychologischen Psychotherapeutinnen/therapeuten und die Kinder- und Jugendlichentherapeutinnen/-therapeuten. Auf der Grundlage von Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen 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.

Quelle: LIGA.NRW 2025 | Kommentar zum Indikator 06_02

06_05 Versorgungsgrad Vertragszahnärztinnen/-ärzte

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 vertrags(zahn)ärztlichen 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/Zahnarzt bzw. Kieferorthopäde (ab 2008 Wohnbevölkerung/Zahnarzt, 0- bis 18-Jährige/Kieferorthopäde).

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.

Quelle: LIGA.NRW 2025 | Kommentar zum Indikator 06_05

Stationäre/teilstationäre Einrichtungen

06_15 Wichtige Krankenhausangebote

Definition

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

Die Erläuterungen des Begriffs Krankenhaus sind Indikator 6.12 und die der Fachabteilungen Indikator 6.13 zu entnehmen. Mit der letzten Änderung der Krankenhausstatistik-Verordnung (KHStatV) (gültig ab 01.01.2018) wurden u.a. die Fachabteilungen neu gegliedert. Ab 2018 schließen die vier dargestellten Fachabteilungen die folgenden Schwerpunktabteilungen ein:

Allgemeine Chirurgie:

Kinderchirurgie | Unfallchirurgie | Gefäßchirurgie | Plastische Chirurgie | Thoraxchirurgie | Abdominal- und Gefäßchirurgie
Handchirurgie,

sowie die Abteilungen: Allgemeine Chirurgie/Intensivmedizin und Chirurgie/Schwerpunkt Orthopädie

Innere Medizin:

Geriatrie | Kardiologie | Nephrologie | Hämatologie und internistische Onkologie | Endokrinologie | Gastroenterologie
Pneumologie | Rheumatologie | Lungen- und Bronchialheilkunde | Coloproktologie | Infektionskrankheiten | Diabetes
Naturheilkunde | Schlaganfallpatienten (Stroke Units) sowie die Abteilung: Innere Medizin/Tumorforschung

Frauenheilkunde und Geburtshilfe:

Geriatrie | Hämatologie und internistische Onkologie | Endokrinologie sowie die Abteilung: Frauenheilkunde

Pädiatrie:

Nephrologie | Hämatologie und internistische Onkologie | Endokrinologie | Gastroenterologie | Rheumatologie
Kinderkardiologie | Neonatologie | Lungen- und Bronchialheilkunde | Kinderneurologie | Perinatalmedizin
sowie die Abteilung: Langzeitbereich Kinder

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.

Quelle: LIGA.NRW 2025 | Kommentar zum Indikator 06_15

Pflegeeinrichtungen

06_18 Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen

Definition

Der Indikator gibt einen Überblick über die regionale Verteilung von ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen und den Versorgungsgrad der Bevölkerung (der über 65-Jährigen) 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 voll)stationär 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.

Quelle: LIGA.NRW 2025 | Kommentar zum Indikator 06_18

Weitere Einrichtungen des Gesundheitswesens

06_21 Apotheken

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 einem Apotheker erteilt.

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

Quelle: LIGA.NRW 2025 | Kommentar zum Indikator 06_21

06_23 Personen außerhalb besonderer Wohnformen

Definition

Wohnen außerhalb besonderer Wohnformen ist eine Betreuungsform außerhalb der eigenen Familie für volljährige behinderte Menschen im Sinne von § 2 Abs. 1 SGB IX, die einer stationären Hilfe in einer Einrichtung nicht, noch nicht oder nicht mehr bedürfen, aber die vorübergehend oder für längere Zeit oder auf Dauer nicht ohne Hilfe selbstständig leben können. Wohnen außerhalb besonderer Wohnformen kann in Form von Einzel- oder Paarwohnen oder Wohngemeinschaften erfolgen.

Mit der dritten Reformstufe zur Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) werden die Leistungen für Menschen mit Behinderungen ab 2020 nicht mehr institutions-, sondern personenzentriert ausgerichtet, das heißt, bei der Eingliederungshilfe für erwachsene Menschen mit Behinderung wird nicht mehr zwischen ambulanten, teilstationären und stationären Leistungen unterschieden, sondern die Leistungen orientieren sich jeweils an den individuellen Bedürfnissen. Sprachlich wird dem Rechnung getragen, indem die vormals „stationären Einrichtungen“ ab 2020 als „besondere“ oder „gemeinschaftliche Wohnformen“ und das bislang „Ambulant Betreute Wohnen“ als „Wohnen außerhalb besonderer Wohnformen“ bezeichnet werden.

Der vorliegende Indikator gibt Auskunft über die Zahl von Menschen mit Behinderungen in Einrichtungen außerhalb besonderer Wohnformen (bis 2020: des Ambulant Betreuten Wohnens) im regionalen Vergleich. Wohnen im Rahmen der Eingliederungshilfe bezieht sich auf körperlich, geistig, seelisch oder sinnesbeeinträchtigte Menschen. Die Angaben erfolgen sowohl in absoluter Fallzahl als auch bezogen auf je 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner im Alter von 18 und mehr Jahren. Die Zahlen enthalten auch Fälle der Familienpflege, nicht enthalten sind Fälle der individuellen Schwerstbehindertenbetreuung (ISB).

Quelle: LIGA.NRW 2025 | Kommentar zum Indikator 06_23

06_23_01 Plätze in besonderen Wohnformen im Rahmen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen

Definition

Wohnen in besonderen Wohnformen 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.

Zum Hintergrund der Umbenennung „stationäres Wohnen“ siehe Kommentar zu Indikator 6.23.

Der vorliegende Indikator gibt Auskunft über die Zahl der Plätze in besonderen Wohnformen (bis 2020: im stationären Wohnen) im Rahmen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen – körperlich, geistig, psychisch oder sinnesbeeinträchtigte Menschen - 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.

Quelle: LIGA.NRW 2025 | Kommentar zum Indikator 06_23_01

06_23_02 Personen in besonderen Wohnformen für Menschen mit Behinderungen

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 Einwohner.

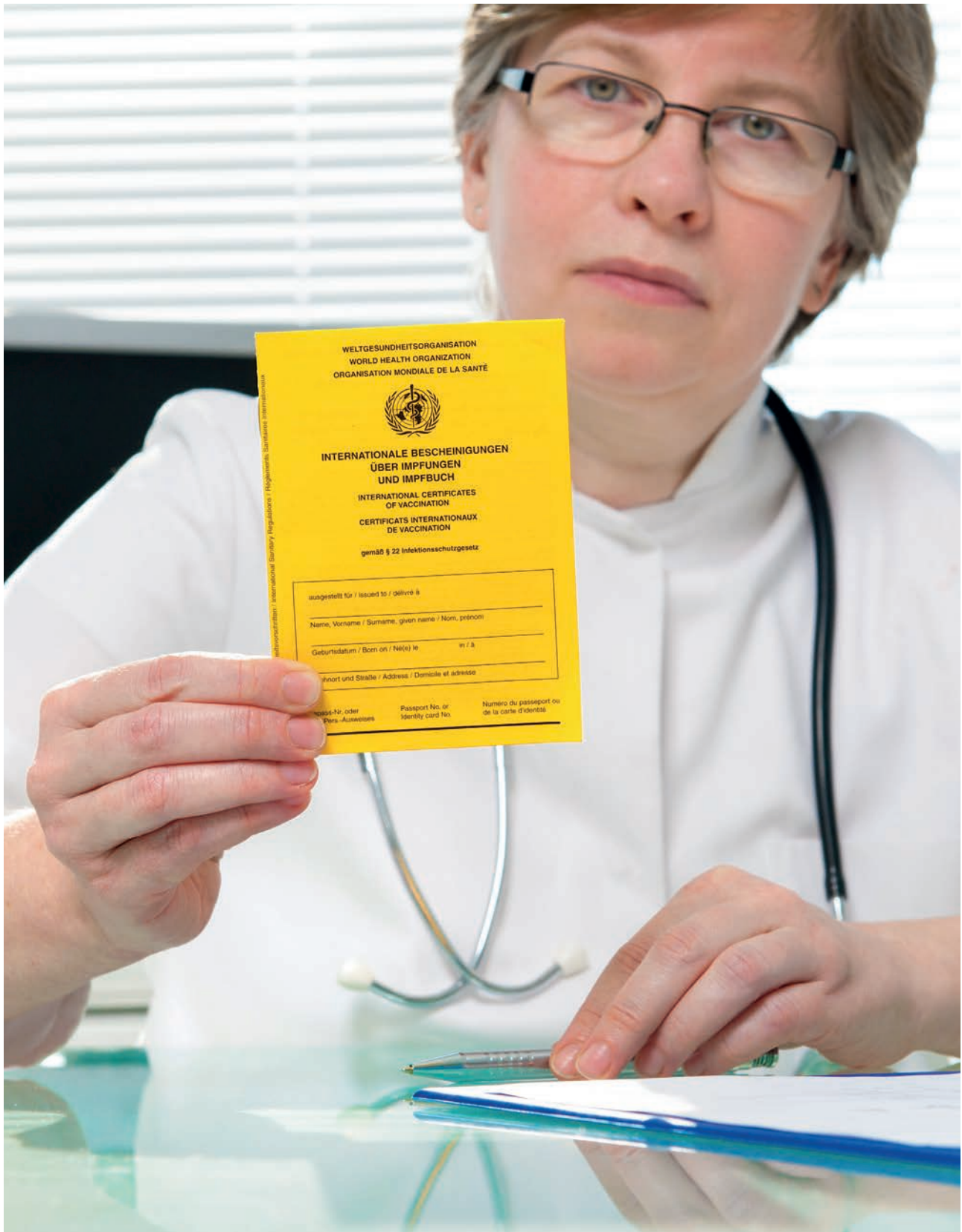
Das Verhältnis von ambulanten zu stationären wohnbezogenen Hilfen für Menschen mit Behinderungen wird unter Hinzuhilfe des Indikators 6.23 Personen außerhalb besonderer Wohnformen berechnet.

Zum Hintergrund der Umbenennungen „stationäres Wohnen“ und „Ambulant Betreutes Wohnen“ siehe Kommentar zu Indikator 6.23.

Quelle: LIGA.NRW 2025 | Kommentar zum Indikator 06_23_02

Themenfeld 7

Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens



Inanspruchnahme/Leistungen der Gesundheitsförderung und Früherkennung von Krankheiten

07_06 Inanspruchnahme Krankheitsfrüherkennungsprogramm für Kinder

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. Zuletzt wurde am 1.7.1997 die J1 (1. Jugendgesundheitschutzuntersuchung) 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 beim niedergelassenen (Kinder-)Arzt 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 Schulanfänger, die das Vorsorgeheft zur Einschulungsuntersuchung vorgelegt haben. Die Bewertung erfolgt ausschließlich im Hinblick auf die Inanspruchnahme.

Quelle: LIGA.NRW 2025 | Kommentar zum Indikator 07_06

07_10 Durch Kariesprophylaxemaßnahmen erreichte Kinder und Einrichtungstyp

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 Zahnärzten und 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.

Quelle: LIGA.NRW 2025 | Kommentar zum Indikator 07_10

07_13 Impfquote Polio, Tetanus, Diphtherie, Hepatitis B, Hib, Pertussis, Schulanfänger

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.

Quelle: LIGA.NRW 2025 | Kommentar zum Indikator 07_13

07_14 Impfquote Masern, Mumps, Röteln, Varizellen, Schulanfänger

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. Die Eliminierung der Masern 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 Impfkommision (STIKO) am Robert Koch-Institut. Die Impfung gegen Masern, Mumps und Röteln (MMR) sollte mit einem Kombinationsimpfstoff (MMR-Impfstoff) erfolgen. Um der Eliminierung der Masern nahe zu kommen, wird eine 2. MMR-Impfung spätestens mit Vollendung des 2. Lebensjahres empfohlen. Daher weist der Indikator getrennt den Anteil der Kinder mit mindestens 1 Impfung sowie als Teilmenge davon den Anteil der Kinder mit mindestens 2 Impfungen aus.

Die Windpocken- oder Varizellen-Impfung im Kindesalter wird seit 2004 empfohlen. Im August 2009 hat die STIKO auch die Empfehlung zu einer zweiten Varizellenimpfung im Alter von 15 bis 23 Lebensmonaten verabschiedet. Zuvor war nur auf eine mögliche zweite Impfung gemäß Herstellerangaben verwiesen worden. 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 erste Impfung gegen Varizellen erfolgt in der Regel im Alter von 11 bis 14 Monaten, entweder simultan mit der ersten MMR-Impfung oder frühestens 4 Wochen nach dieser. Alternativ steht ein MMR-Varizellen-Kombinationsimpfstoff zur Verfügung.

Gemäß § 34 (11) IfSG hat das Gesundheitsamt oder ein vom ihm beauftragter Arzt 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 erstmals zur Einschulungsuntersuchung vorgestellten Schulanfänger. Die Impfquote bezieht sich auf die Anzahl der Schulanfänger, die Impfdokumente zur Einschulungsuntersuchung vorgelegt haben. Die Bewertung erfolgt ausschließlich im Hinblick auf die Inanspruchnahme entsprechend den jeweils aktuellen Empfehlungen der Ständigen Impfkommision am Robert Koch-Institut.

Quelle: LIGA.NRW 2025 | Kommentar zum Indikator 07_14

Inanspruchnahme/Leistungen der ambulanten Versorgung

07_23_01 Methadon-Substitutionsbehandlung

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 suchtherapeutischen 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 wurden.

Quelle: LIGA.NRW 2025 | Kommentar zum Indikator 07_23_01

Inanspruchnahme/Leistungen der stationären/teilstationären Versorgung

07_34 Pflegegeldempfänger nach Pflegegraden

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 pflegefachlichen 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).

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.

Quelle: LIGA.NRW 2025 | Kommentar zum Indikator 07_34

07_34_01 MDK-Pflegebegutachtungen nach Pflegeart

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 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.

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.

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 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.

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 (ganztägig) und/oder teilstationär (tagsüber bzw. nachts) untergebracht und versorgt 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.

Quelle: LIGA.NRW 2025 | Kommentar zum Indikator 07_34_01

07_35_2021 Von ambulanten Pflegeeinrichtungen betreute Pflegebedürftige nach Pflegegraden

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 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 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 pflegefachlichen 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.

Quelle: LIGA.NRW 2025 | Kommentar zum Indikator 07_35

07_36 In vollstationären Pflegeeinrichtungen betreute Pflegebedürftige nach Pflegegraden

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 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 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 pflegefachlichen 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 ganztätig (vollstationär) untergebracht und verpflegt 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.

Quelle: LIGA.NRW 2025 | Kommentar zum Indikator 07_36

Themenfeld 8

Beschäftigte im Gesundheitswesen



Personal in ambulanten Einrichtungen

08_08 Ärztinnen/Ärzte und Zahnärztinnen/Zahnärzte in ambulanten Einrichtungen

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. Erläuterungen der Begriffe ambulante Einrichtungen, Vertragsärztinnen/-ärzte und allgemeine fachärztliche Versorgung sind in den Indikatoren 8.5 und 6.2 zu finden.

Unter Zahnärzten werden Zahnärztinnen/Zahnärzte, Kieferorthopädinnen/-orthopäden und Oralchirurginnen/-chirurgen zusammengefasst.

Quelle: LIGA.NRW 2025 | Kommentar zum Indikator 08_08

08_13 Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten in ambulanten Einrichtungen

Definition

Im Indikator 8.13 werden Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten 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 der Ärzte und Krankenkassen (G-BA) zum 01.01.2013 eine neue Bedarfsplanungs-Richtlinie vor (zuletzt geändert am 16. Juni 2016), die u. a. eine ausreichende ambulante psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen sicher stellen 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 Ärztinnen/Ärzten und 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.

Quelle: LIGA.NRW 2025 | Kommentar zum Indikator 08_13

08_13_01 Berufstätige Psychologische Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen/-psychotherapeuten

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/Psychotherapeuten und Psychologischen Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten sind in den Indikatoren 8.12 und 8.13 enthalten.

Entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen (§ 2 Heilberufsgesetz) gehören der Psychotherapeutenkammer alle Psychologischen Psychotherapeutinnen/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 berufsfremde Tätigkeiten ausführen, sich im Erziehungsurlaub oder Ruhestand befinden, berufs- oder erwerbsunfähig oder arbeitslos gemeldet sind. Erläuterungen zu den Einrichtungsarten siehe Indikator 8.12_01.

Quelle: LIGA.NRW 2025 | Kommentar zum Indikator 08_13_01

08_15 Physiotherapeutinnen/-therapeuten, Masseurinnen/Masseure, Medizinische Bademeisterinnen/Bademeister

Definition

Durch die Zunahme von Erkrankungen des Bewegungsapparates ist es für die therapeutische Versorgung der Bevölkerung notwendig, den Versorgungsgrad mit Physikalischen Therapeuten im Indikator 8.15 nachzuweisen. Die Ausübung der Berufe des Physiotherapeuten sowie des Masseurs und medizinischen Bademeisters wird durch das Gesetz über die Berufe in der Physiotherapie (Masseur- und Physiotherapeutengesetz - MPhG) vom 26. Mai 1994 geregelt. Durch das neue Berufsgesetz wurde auch die frühere Berufsbezeichnung Krankengymnast durch die Bezeichnung Physiotherapeut ersetzt. In diesem Indikator wird, wie im Indikator 8.14, der Begriff ambulante Einrichtungen entsprechend der Klassifikation der Einrichtungen der Gesundheitspersonalrechnung des Statistischen Bundesamtes definiert. Zu ambulanten Einrichtungen gehören z. B. Arzt-/Zahnarztpraxen, Praxen sonstiger medizinischer Berufe, Einrichtungen der ambulanten Pflege und sonstige ambulante Einrichtungen.

Erfasst werden selbstständige Physiotherapeuten, Masseure und Bademeister in Niederlassungen und angestellte Physikalische Therapeuten in den verschiedenen ambulanten Einrichtungen. Die angestellten Physikalischen Therapeuten in ambulanten Einrichtungen erhält man durch Subtraktion der im Krankenhaus und in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen tätigen Physiotherapeuten (Krankenhausstatistik) von der Zahl der Physiotherapeuten etc. (Berufsgruppe 852 „Masseure, Krankengymnasten und verwandte Berufe“) aus der Statistik der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten. Für die Gesamtzahl der in ambulanten Einrichtungen Tätigen muss nun die Zahl der selbstständig tätigen Physikalischen Therapeuten (IKK-Nordrhein, AOK Westfalen-Lippe) addiert werden. Zur Darstellung der Versorgungssituation in den Regionen wird der Bezug von Physikalischen Therapeutinnen und Therapeuten in ambulanten Einrichtungen zur Bevölkerung hergestellt.

Quelle: LIGA.NRW 2025 | Kommentar zum Indikator 08_15

08_16_01 Ambulant tätige Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker

Definition

Der Indikator 8.16_01 gibt Auskunft über Heilpraktikerinnen/Heilpraktiker und die Versorgungsdichte.

Heilpraktikerin/Heilpraktiker ist die Berufsbezeichnung für Personen, die eine staatliche Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde besitzen. Die staatliche Erlaubnis zur Berufsausübung wird nach Überprüfung zum Ausschluss einer Gefahr für die Volksgesundheit durch die untere Gesundheitsbehörde erteilt. Die Erlaubnis kann nur erteilt werden, wenn der Antragsteller das 25. Lebensjahr erreicht hat, Bürger eines EU-Staates ist, eine abgeschlossene Schulbildung nachweisen kann und die Zuverlässigkeit zur Berufsausübung gegeben ist. Grundlage für die Erteilung der o. g. Erlaubnis ist das Heilpraktikergesetz von 1939 in Verbindung mit der ersten Durchführungsverordnung zum Heilpraktikergesetz und die Richtlinie zur Durchführung des Heilpraktikergesetzes des Ministeriums für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen vom 18.05.1999. Der moderne Heilpraktikerberuf gliedert sich nach der Neufassung des Psychotherapeutengesetzes in den allgemein praktizierenden Heilpraktikerinnen/Heilpraktiker und den 1993 eingeführten eingeschränkten Heilpraktikerinnen/Heilpraktiker mit Zulassung auf dem Gebiet der Psychotherapie.

Heilpraktikerinnen/Heilpraktiker mit Vollzulassung sind zu beschränkter diagnostischer und therapeutischer Tätigkeit berechtigt. Sie wenden u. a. Methoden der Naturheilkunde oder andere Lehren der sogenannten Alternativmedizin an und führen Zusatzbezeichnungen zur obligatorischen Berufsbezeichnung Heilpraktikerin/Heilpraktiker wie z. B. Homöopathie, Akupunktur, Bioenergetik oder Atemtherapie. Maximal dürfen 3 Zusatzbezeichnungen (Heilverfahren) angegeben werden, eine verbindliche gesetzliche Grundlage besteht nicht. Heilpraktikerinnen/Heilpraktikern für Psychotherapie ist generell jede Verordnung von Medikamenten und jede körperliche Behandlung untersagt. Sie dürfen nur psychotherapeutisch wirken. Von ihnen werden z. B. die systemische Familientherapie, autogenes Training und Hypnose angeboten.

Quelle: LIGA.NRW 2025 | Kommentar zum Indikator 08_16_01

Personal in stationären und teilstationären Einrichtungen

08_19 Personal im Pflegedienst in allgemeinen und sonstigen Krankenhäusern nach Berufen

Definition

Grundlage für eine hohe Pflegequalität ist gut ausgebildetes Pflegepersonal. Im Indikator 8.19 wird das Pflegepersonal der allgemeinen und 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 Freiwillige im Freiwilligen Sozialen Jahr und Freiwillige im Bundesfreiwilligendienst sowie Praktikantinnen/Praktikanten.

Quelle: LIGA.NRW 2025 | Kommentar zum Indikator 08_19

Personal im öffentlichen Gesundheitsdienst

08_27 Personal kommunaler Dienststellen

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 zur Gesundheitsverwaltung: Gesundheitsamt, Medizinalaufsicht, Apothekenaufsicht, Verwaltungsaufgaben des Gesundheitsschutzes, z. B. Seuchenvorsorge, Desinfektionen, Seuchenabwehr, Impfwesen, der Gesundheitspflege, z. B. schulärztlicher und schulzahnärztlicher Dienst, der Gesundheitserziehung und der Gesundheitsberatung, zu Sonstigen Einrichtungen und Maßnahmen der Gesundheitspflege: Ambulatorien, Bakteriologische und Chemische Untersuchungsanstalten als Einrichtungen des Gesundheitsdienstes, Desinfektionsanstalten, Entseuchungsanstalten, Gemeindepflegestationen, Gemeindeschwesternstationen, Hebammenfortbildungskurse, Krankenpflegestationen, Mütterberatungsstellen, Mütterschulungskurse, Sanitätsdienst, Ärztliche Auskunft- und Beratungsstellen, Rettungsstationen, Rettungsstellen, Unfallmeldestellen, Unfallstationen. Als Einrichtungen der Gesundheitspflege: Drogenberatung, Sozialstationen, Altenpflegeseminar u. ä., 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.

Quelle: LIGA.NRW 2025 | Kommentar zum Indikator 08_27

Quellen

Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW): Indikatoren auf Kreisebene, 2023

Landeskrebsregister Nordrhein-Westfalen (LKR NRW), Bochum 2023

