

Indikatorensatz für die Gesundheitsberichterstattung in Nordrhein-Westfalen

Band 3: Themenfelder 9 - 11



Landesinstitut für den Öffentlichen
Gesundheitsdienst des Landes NRW

Indikatorensatz für die Gesundheitsberichterstattung in Nordrhein-Westfalen

Band 3: Themenfelder 9 - 11

Adaptierte Fassung für NRW, 2005

Herausgeber

Landesinstitut für den Öffentlichen

Gesundheitsdienst des Landes

Nordrhein-Westfalen

Leiter: Dr. Helmut Brand MSc

Westerfeldstraße 35/37

33611 Bielefeld

Telefon: (0521) 80 07 - 0

Telefax: (0521) 80 07 - 297

<http://www.loegd.nrw.de>

Das Landesinstitut ist eine Einrichtung des Landes Nordrhein-Westfalen und gehört zum Geschäftsbereich des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS).

Projektleitung

Prof. Dr. Doris Bardehle

Rolf Annuß

Druck und Verlag

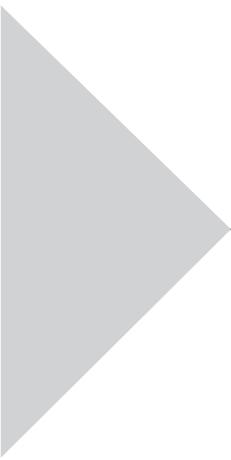
lögD, Bielefeld

Nachdruck und Vervielfältigung nur mit schriftlicher Genehmigung des Landesinstitutes

Bielefeld, Deutschland, 2006

ISBN-13: 978-3-88139-136-8

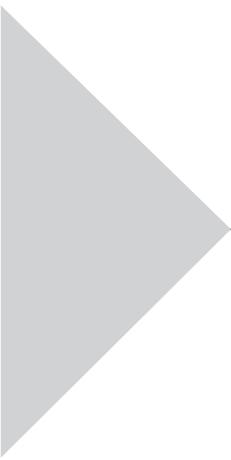
ISBN-10: 3-88139-136-3



Inhaltsverzeichnis

Inhalt		3
Contents		6
Liste der Indikatoren		7
Vorwort		
des Landesinstitutes für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (Iögd)		
Nordrhein-Westfalen		13
Themenfelder 9 - 11		
Themenfeld 9	Ausbildung im Gesundheitswesen	17
Themenfeld 10	Ausgaben und Finanzierung	29
Themenfeld 11	Kosten	101
Anhänge		
Anhang 1	Statistische Methoden	127
Anhang 2	Datenhalter	147
Anhang 3	Zeichen und Abkürzungen	155
Anhang 4	Hinweise zur Nutzung der NRW-Gesundheits- indikatoren im Internet	163
Anhang 5	Hinweise zum Daten-Tool GBE-Stat	167
Anhang 6	Liste der Indikatoren Band 1 - 3	171
Anhang 7	Index of indicators. Volume 1 - 3	189

Contents		3
Index of indicators		7
Foreword of the Institute of Public Health of the State of North Rhine-Westphalia		13
Thematic domain 9 - 11		
Thematic domain 9	Training and education in the health care sector	17
Thematic domain 10	Expenditure and funding	29
Thematic domain 11	Costs	101
Appendices		
Appendix 1	Statistical methods	127
Appendix 2	Dataholders	147
Appendix 3	Symbols and abbreviations	155
Appendix 4	Hints on how to use NRW health indicators provided on the internet	163
Appendix 5	The GBE-Stat data tool	167
Appendix 6	List of indicators. Volume 1 - 3	171
Appendix 7	Index of indicators. Volume 1 - 3 (engl.)	189



Liste der Indikatoren

Band 3 Themenfelder 9 - 11

Nr.	Indikator - Kurztitel Kern- (K), Bundes- (B), Länderindikatoren (L)	Seite
Themenfeld 9:		
Ausbildung im Gesundheitswesen		17
Auszubildende an Schulen des Gesundheitswesens		
9.1	Auszubildende an Schulen des Gesundheitswesens, Geschlecht, NRW, 2005 (K)	20
Erteilte Approbationen und Berufserlaubnisse		
9.2	Erteilte Berufserlaubnisse für ausgewählte Gesundheitsfachberufe, NRW, Jahre (bisher keine Daten) (L)	22
9.3	Erteilte Approbationen, Geschlecht, NRW, Trend 1990, 1995, 2000 - 2005 (K)	24
9.4	Erteilte Berufserlaubnisse, Geschlecht, NRW, Trend 2001 - 2005 (K)	24
Themenfeld 10:		
Ausgaben und Finanzierung		29
Gesundheitsausgaben		
10.1	Gesundheitsausgaben, Deutschland/NRW, Trend 1998 - 2004 (B/L)	32
10.2	Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträgern, Deutschland/NRW, 2004 (B/L)	35
10.3	Gesundheitsausgaben nach Leistungsarten, Deutschland/NRW, 2004 (B/L)	38
10.4	Gesundheitsausgaben je Einw. nach Einrichtungen, NRW, Trend 1998 - 2004 (L)	41
10.5	Gesundheitsausgaben nach Leistungsarten und Einrichtungen, NRW, 2004 (L)	43
10.6	Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträgern und Einrichtungen, NRW, 2004 (L)	46
10.7	Gesundheitsausgaben nach Leistungsarten und Ausgabenträgern, NRW, 2004 (L)	50
Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträgern und Leistungsarten		
10.8	Gesundheitsausgaben der öffentlichen Haushalte nach Leistungsarten, NRW, Jahre 2003, 2004 (L)	54
10.9	Gesundheitsausgaben der GKV nach Leistungsarten, NRW, Jahre 2003, 2004 (L)	56
10.10	Gesundheitsausgaben der sozialen Pflegeversicherung nach Leistungsarten, NRW, Jahre 2003, 2004 (L)	58
10.11	Gesundheitsausgaben der gesetzlichen Rentenversicherung nach Leistungsarten, NRW, Jahre 2003, 2004 (L)	60
10.11_01	Ausgaben der Landesversicherungsanstalten Westfalen und Rheinprovinz, Jahre 2003 - 2005 (L)	62
10.12	Gesundheitsausgaben der gesetzlichen Unfallversicherung nach Leistungsarten, NRW, Jahre 2003, 2004 (L)	64

10.13	Gesundheitsausgaben der privaten Krankenversicherung nach Leistungsarten, NRW, Jahre 2003, 2004 (L)	66
10.14	Gesundheitsausgaben der Arbeitgeber nach Leistungsarten, NRW, Jahre 2003, 2004 (L)	68
10.15	Gesundheitsausgaben der priv. Haushalte/priv. Organisationen o. Erwerbszweck nach Leistungsarten, NRW, Jahre 2003, 2004 (L)	70

Indikatoren zur Sozialversicherung

10.16	Zuzahlungen d. priv. Haushalte nach Leistungsbereichen in der GKV, NRW, Jahre 2002 - 2004 (L)	72
10.17	Krankenversicherungsschutz der Bevölkerung, NRW, Trend 1990, 1995, 1999, 2003 (L)	74
10.18	Mitglieder/mitversicherte Familienangehörige der GKV, Alter, Geschlecht, NRW, 2006 (L)	76
10.19	Versichertenstruktur nach Krankenkassen, NRW, 2003 (L)	80
10.19_01	Versichertenstruktur in der GKV, NRW, 1. Juli 2006 (L)	82
10.20	Beitragssätze in der Sozialversicherung, Deutschland (alte/neue Länder), Trend 1990, 1995, 2000 - 2006 (B)	84
10.21	Einnahmen/Ausgaben der gesetzlichen Sozialversicherung, Deutschland, Trend 1990, 1995, 2000 - 2005 (L)	87
10.22	Beitrags- u. sonstigen Einnahmen GKV nach Versichertengruppen, Deutschland (alte/neue Länder), Trend 2001 - 2005 (B)	89
10.23	Beitragssätze, beitragspflichtige Einnahmen GKV, AOK, BKK, IKK, Deutschland (alte/neue Länder), Trend 2001 - 2005 (B)	91

Gesundheitsökonomische Basisdaten

10.24	Import-/Export-Saldo im Gesundheitswesen nach Einrichtungen, NRW (bisher keine Daten) (L)	94
10.25	Bruttowertschöpfung im Gesundheitswesen, Deutschland, Trend 2000 - 2004 (B)	96

Einkommensleistungen nach Ausgabenträgern

10.26	Einkommensleistungen nach Ausgabenträgern, NRW, Jahre 2003, 2004 (L)	98
-------	--	----

Themenfeld 11:

Kosten

101

Kostenstruktur von ambulanten Gesundheitseinrichtungen

11.1	Kostenstrukturanalyse von Arztpraxen, Deutschland (alte Bundesländer), Drei-Jahres-Mittelwert 1997 - 1999 (K)	104
11.2	Kostenstrukturanalyse von Zahnarztpraxen, alte/neue Bundesländer, Jahre 2001 - 2003 (K)	106
11.3	Kostenstrukturanalyse ambulant tätiger Psychotherapeuten, Deutschland (alte Bundesländer), 1999 (K)	109

Kostenstruktur von Krankenhäusern

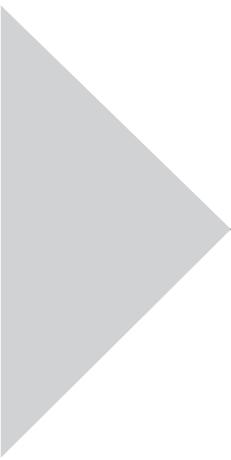
11.4	Kosten der allgemeinen und sonstigen Krankenhäuser, Kostenarten, Krankenhausgrößenklassen, NRW, 2005 (K)	111
11.5	Kosten der sonstigen Krankenhäuser, Kostenarten, Krankenhausgrößenklassen, NRW, 2003 (K)	114
11.6	DRG-Fallpauschalen: Erlöse und Leistungen, NRW, 2006 (K)	117

Aufwendungen für Rehabilitation und Pflege

11.7	Aufwendungen für Leistungen zur Teilhabe in der gesetzlichen Rentenversicherung, Deutschland, 2005 (B)	120
------	--	-----

Aufwendungen für Pflegeleistungen

11.8	Vergütung für stationäre Pflegeleistungen nach Art der Vergütung und des Trägers, NRW, 2003 (K)	123
------	---	-----



**Vorwort des Landesinstitutes für den Öffentlichen Gesundheits-
dienst (lögD) Nordrhein-Westfalen**

Vorwort des Landesinstitutes für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (Iögd) Nordrhein-Westfalen

Mit Band 3 wird die Komplettausgabe des Indikatorensetzes für die Gesundheitsberichterstattung für das Land Nordrhein-Westfalen abgeschlossen.

Band 1 beinhaltet die Indikatoren der Themenfelder 2 und 3:

Themenfeld 2: Bevölkerung und bevölkerungsspezifische Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems mit 29 Indikatoren

Themenfeld 3: Gesundheitszustand der Bevölkerung mit 133 Indikatoren

Band 2 beinhaltet die Indikatoren der Themenfelder 4 bis 8:

Themenfeld 4: Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen mit 19 Indikatoren

Themenfeld 5: Gesundheitsrisiken aus der Umwelt mit 14 Indikatoren

Themenfeld 6: Einrichtungen des Gesundheitswesens mit 29 Indikatoren

Themenfeld 7: Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens mit 40 Indikatoren

Themenfeld 8: Beschäftigte im Gesundheitswesen mit 30 Indikatoren

Der vorliegende Band 3 beinhaltet die Indikatoren der Themenfelder 9 bis 11:

Themenfeld 9: Ausbildung im Gesundheitswesen mit 4 Indikatoren

Themenfeld 10: Ausgaben und Finanzierung mit 28 Indikatoren

Themenfeld 11: Kosten mit 8 Indikatoren.

Wie in den Bänden 1 und 2 werden die Indikatoren nach dem letzten aktuell vorliegenden Stand ausgewiesen, in der überwiegenden Mehrzahl sind es in diesem Band die Berichtsjahre 2004 und 2005.

Band 3 beinhaltet mit insgesamt 40 Indikatoren, von denen kein Indikator für die kommunale Ebene vorliegt, den geringsten Indikatorenumfang.

Indikatoren der Themenfelder 10 und 11 waren auf Empfehlung der AOLG seit Jahren wegen der unzureichenden Datenlage ausgesetzt worden. Trotzdem bemühte sich das Land Nordrhein-Westfalen, Kostentransparenz im Rahmen der Möglichkeiten herzustellen. Die Indikatoren 10.1 bis 10.16 beziehen sich auf Gesundheitsausgaben. Da es in Nordrhein-Westfalen wie in den meisten Bundesländern keine landeseigene Gesundheitsausgabenrechnung gibt, wurden die für die BRD berechneten Gesundheitsausgaben anhand des Bevölkerungsanteils für Nordrhein-Westfalen geschätzt. Für die Jahre 2002 bis 2004 betrug der Anteil der NRW-Bevölkerung 21,9 % der BRD-Bevölkerung. Die auf dieser Basis berechneten Kennziffern zu Gesundheitsausgaben in NRW können nur als Annäherungswerte betrachtet werden. Für die Themenfelder 10 und 11 sind durch Einführung neuer Systematiken und Berechnungsmethoden Vergleiche zu Daten vor den Jahren 2000/2002 kaum möglich.

Band 3 wird ergänzt durch einen ausführlichen methodischen Teil, in dem die verwendeten statistischen Methoden, die als Makros vorliegen und auch von anderen Bundesländern genutzt werden, beschrieben werden.

Die Liste der Datenhalter wurde auf die Datenhalter bezogen, die Indikatoren für das Land Nordrhein-Westfalen liefern.

Im Anhang werden ergänzende Hinweise zur Nutzung der Indikatoren im Internet und zur Datenbasis GBE-Stat gegeben. Zweimal im Jahr wird der aktuelle Stand der Indikatoren in sog. Indikatorenheften publiziert und einem breiten Nutzerkreis übergeben. Inzwischen ist die monatliche Abrufquote unserer Indikatoren auf der Iögd-Internetseite (www.loegd.nrw.de) bei über 45.000 angekommen. Wir führen diese ständig steigenden Zahlen auf die Aktualität unseres Indikatorensetzes, die leichte Zugänglichkeit und die hohe Qualität aller Indikatoren zurück.

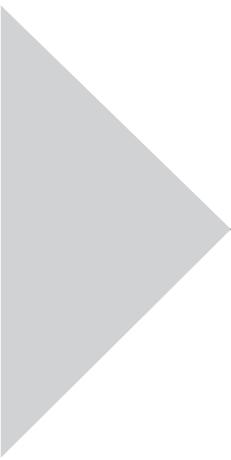
Im Anhang wird die komplette Indikatorenliste mit Hinweisen, welche Indikatoren im Band 1 und im Band 2 enthalten sind, veröffentlicht. Die vollständige Indikatorenliste wird auch in englischer Sprache im Anhang publiziert.

Mit den Bänden 1 bis 3 des Indikatorensatzes für die Gesundheitsberichterstattung wird die Umsetzung des Indikatorensatzes für die Gesundheitsberichterstattung der Länder fortgesetzt.

Allen Datenhaltern, die uns bei der Präzisierung von Indikatoren und bei der Qualifizierung der Metadatenbeschreibungen unterstützt haben, möchten wir unseren Dank aussprechen.

Doris Bardehle
Rolf Annuß
Hildegard Krüger
Barbara Zitzmann
Elvira Helmeke-Müller
Marianne Kersten

Bielefeld, Mai 2006



Themenfeld 9: Ausbildung im Gesundheitswesen

Auszubildende an Schulen des Gesundheitswesens

Erteilte Approbationen und Berufserlaubnisse

Thematic domain 9: Training and education in the health care sector

Trainees in vocational health care schools

Licenses to practice medicine and other professional licenses

Vorbemerkungen zum Themenfeld 9

Das Themenfeld 9 gibt mit 4 Indikatoren einen Überblick über Ausbildung in Gesundheitsberufen und Berufsabschlüsse.

Indikator 9.1 erfasst die Auszubildenden in Berufen, die an Schulen des Gesundheitswesens erlernt werden, d.h. die vorliegenden Daten enthalten nicht alle Berufsausbildungsmöglichkeiten und sind deshalb nicht vollständig. Bei den *übrigen Gesundheitsdienstberufen* werden 17 Berufsgruppen erfasst, es fehlt die große Gruppe der Arzthelferinnen und zahnmedizinischen Fachangestellten. Im Indikator sind jetzt soziale Berufe wie Altenpfleger, Familienpfleger und Heilerziehungspfleger enthalten, die noch vor Jahren den sozialen Berufen zugeordnet waren. Zu den *gesundheitssichernden Berufen* zählen Desinfektoren, Gesundheitsaufseher, die jedoch in NRW nicht an den Schulen des Gesundheitswesens ausgebildet werden. In dieser Berufsgruppe liegen nur Daten von auszubildenden Rettungsassistenten vor. Auch Auszubildende in Berufen des Gesundheitswesens unter *andere Berufe* werden in anderen Ausbildungseinrichtungen ausgebildet. Die Daten werden der Lehrgangstatistik der Schulen des Gesundheitswesens entnommen und enthalten Untergliederungen nach Geschlecht und Nationalität der Auszubildenden.

Zum Indikator 9.2 Berufserlaubnisse für *übrige Gesundheitsdienstberufe, soziale Berufe* und *gesundheitssichernde Berufe* liegen noch keine Daten vor. Diese Berufserlaubnisse werden von den unteren Gesundheitsbehörden erteilt, demzufolge müssten die Daten in den Gesundheitsämtern vorliegen.

Die Klassifikation der Berufe in den Indikatoren 9.1 und 9.2 ist der Gesundheitspersonalrechnung des Bundes entnommen.

Die Indikatoren 9.3 und 9.4 enthalten Daten zu erteilten Approbationen und Berufserlaubnissen für approbierte Personen, die aus dem Ausland zuziehen und in Nordrhein-Westfalen ihren Beruf ausüben möchten.

Im Indikator 9.3 werden die jährlich von den Bezirksregierungen erteilten Approbationen an Ärzte, Zahnärzte, Apotheker, Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ausgewiesen, der Indikator weist als Darunterposition die Approbationen für Ausländer aus. Die approbierten Absolventen entsprechen der Zahl der in einem Kalenderjahr die Berufsausbildung abschließenden Berufsgruppen.

Wer in NRW nur vorübergehend seinen Beruf ausüben will, bedarf dafür einer staatlichen Genehmigung, die ihm als Berufserlaubnis erteilt wird. Die Angaben von jährlich erteilten Berufserlaubnissen werden im Indikator 9.4 aufgeführt. Berufserlaubnisse werden häufig nur befristet erteilt.

Approbationen und Berufserlaubnisse für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten wurden durch das Psychotherapeutengesetz im Jahre 1999 geregelt.

Im Jahre 2004 wurde der *Arzt im Praktikum* durch Änderung der Approbationsordnung abgeschafft, so dass Absolventen des Medizinstudiums nach bestandener Dritten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung die Approbation erhalten.

9.1

Auszubildende an Schulen des Gesundheitswesens, Nordrhein-Westfalen, Jahr**Definition**

Der Indikator 9.1 gibt einen Überblick über den zu erwartenden Nachwuchs in den Berufen, die an Schulen des Gesundheitswesens ausgebildet werden. Für die Gesundheitsbehörden bietet er eine der zur Planung von Ausbildungskapazitäten benötigten Grundlagen.

Die Schulen des Gesundheitswesens nehmen eine Sonderstellung zwischen der bundeseinheitlich geregelten betrieblichen Ausbildung nach dem Berufsbildungsgesetz bzw. der Handwerksordnung und dem rein länderrechtlich geregelten schulischen Ausbildungsteil des dualen Ausbildungssystems ein. Sie können als staatlich anerkannte Privatschulen organisiert sein, aber auch an ein Krankenhaus angegliedert und über dessen Pflegesätze finanziert werden. Die Abschlüsse sind staatlich anerkannt. Die Genehmigung und Überwachung des Schulbetriebs erfolgt durch die Bezirksregierungen. Insgesamt bestehen in Nordrhein-Westfalen gut 550 Schulen des Gesundheitswesens, die Ausbildungen in einem oder in mehreren der nichtakademischen Gesundheitsberufe anbieten. Die *übrigen Gesundheitsdienstberufe* werden fast vollständig an diesen Schulen ausgebildet, eine Ausnahme bilden z. B. die Arzthelfer/-innen und zahnmedizinischen Fachangestellten, die in der überwiegenden Mehrzahl ihren Beruf im dualen System erlernen. Unter *Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen/Hebammen* sind auch die Angaben zu Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen einzutragen. Weitere Berufsgruppen, die ihre Ausbildung an Schulen des Gesundheitswesens erhalten, sind den sozialen Berufen sowie den gesundheitssichernden Berufen zugeordnet.

Die Klassifikation der Berufe ist der Gesundheitspersonalrechnung des Bundes entnommen. Das neue Krankenpflegegesetz verändert die bisherigen Berufsbezeichnungen *Krankenpfleger/Krankenschwester* und *Kinderkrankenschwester*. Die neuen Berufsbezeichnungen lauten ab 2004 *Gesundheits- und Krankenpfleger/-in* bzw. *Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in*.

Im vorliegenden Indikator können Gesundheitsberufe, die nicht in Schulen des Gesundheitswesens ausgebildet werden, nicht ausgewiesen werden.

Datenhalter

- ▶ Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik des Landes Nordrhein-Westfalen

Datenquelle

- ▶ Lehrgangsstatisik der Schulen des Gesundheitswesens

Periodizität

Jährlich, 15.10.

Validität

Es wird von einer vollständigen Erfassung der Auszubildenden an den Schulen des Gesundheitswesens ausgegangen.

Kommentar

Die Zahl der Auszubildenden ist nicht identisch mit der Zahl der Ausbildungsplätze.

Die verwendeten Zahlen sind Stichtagszahlen des Landesamtes für Datenverarbeitung und Statistik NRW. Es handelt sich um einen Prozessindikator.

Vergleichbarkeit

Die WHO führt keinen vergleichbaren Indikator. Es besteht nur eine sehr begrenzte Vergleichsmöglichkeit mit den OECD-Indikatoren *Education in health and welfare, health graduates (International Standard Classification of Education (ISCED 2, 3))* oder mit dem EU-Indikator *Health systems, Education: Number of nurses and midwives graduated*.

Der Indikator ist bedingt vergleichbar mit dem bisherigen Indikator 9.1, jedoch werden die Auszubildenden nicht mehr nach Ausbildungsjahrgang (1. bis 3. Ausbildungsjahrgang) ausgewiesen. Neu aufgenommen wurde die Differenzierung nach Geschlecht und die Ausbildungsdauer in Monaten.

Originalquellen

- ▶ Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik des Landes Nordrhein-Westfalen
Amtliche Schuldaten der Lehreinrichtungen des Gesundheitswesens
Tabelle GW 3: Auszubildende nach Ausbildungsjahrgang und Typ 2002 ff.

Dokumentationsstand

20.04.2006, lögd/Senatsverwaltung f. Gesundheit, Soziales u. Verbraucherschutz Berlin

Indikator (K) 9.1	Auszubildende an Schulen des Gesundheitswesens, Nordrhein-Westfalen, 2005 (15.10. d. J.)				
	Schule, Fachseminar für ...	Auszubildende			Aus- bildungsdauer in Monaten
		ins- gesamt	davon:		
		weiblich	männlich		
Übrige Gesundheitsdienstberufe					
Diätassistenten	366	351	15	9	36
Ergotherapeuten	1 888	1 600	288	38	36
Heilpraktiker*	x	x	x	x	x
Helfer in der Krankenpflege	602	468	134	93	12
Gesundheits- u. Krankenpfleger/ Hebammen	17 127	13 953	3 174	1 093	36
Logopäden	799	697	102	13	36
MTA für Funktionsdiagnostik	•	•	•	•	36
MT Laboratoriumsassistenten	820	730	90	69	36
MT Radiologieassistenten	500	390	110	58	36
MT Veterinärassistenten	16	12	4	–	36
Operationstechn. Assistenten*	x	x	x	x	x
Orthoptisten	43	43	–	1	36
Pharmazeut.-techn. Assistenten	1 969	1 837	132	229	30
Physiotherapeuten	4 220	2 851	1 369	202	36
Masseure/Med. Bademeister	367	211	156	64	30
Podologen (Med. Fußpfleger)	120	108	12	4	24
Zytologieassistenten*	x	x	x	x	x
Soziale Berufe					
Altenpfleger	11 133	8 662	2 471	1 056	36
Familienpfleger, Dorfhelfer	418	378	40	33	36
Heilerziehungspfleger*	x	x	x	x	x
Gesundheitssichernde Berufe					
Desinfektoren*	x	x	x	x	x
Gesundheitsaufseher*	x	x	x	x	x
Rettungsassistenten	1 448	231	1 217	12	24
andere Berufe im Gesundheitswesen*					
	x	x	x	x	x
Insgesamt	41 836	32 522	9 314	2 974	x

9.2

Für ausgewählte Gesundheitsfachberufe erteilte Berufserlaubnisse an Personen, die die entsprechende Berufsausbildung nicht in Deutschland absolviert haben, Nordrhein-Westfalen, Jahre (vorläufiger Text)

Definition

Der Indikator 9.2 weist die Anzahl der Personen mit *übrigen Gesundheitsdienstberufen, sozialen oder gesundheitssichernden Berufen* aus, die dem Arbeitsmarkt über die im Indikator 9.1 genannten (in Deutschland Ausgebildete) hinaus im Jahr neu zur Verfügung stehen.

Die Personen, die ihre Ausbildung außerhalb von Deutschland absolviert haben, dürfen nach Feststellung der Gleichwertigkeit und Erhalt der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung ihren Beruf in Deutschland ausüben. Da die einer Berufserlaubnis zu Grunde liegenden Bedingungen für innerhalb der EU bzw. in nicht der EU angehörenden Ländern Ausgebildete sehr unterschiedlich sind, wird dies mit gesonderter Ausweisung der entsprechenden Erlaubnisse neben der Gesamtzahl berücksichtigt.

Der Katalog der Berufe ist wie im Indikator 9.1 analog zur Klassifikation der Gesundheitspersonalrechnung des Bundes aufgebaut. Erlaubnisse für Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen werden unter *Gesundheits- und Krankenpfleger/Hebammen*, für nicht gesondert aufgeführte Berufe unter *Andere Berufe im Gesundheitswesen* subsummiert.

Datenhalter

- ▶ Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen

Datenquelle

- ▶ Statistik über Berufserlaubnisse für nichtakademische Berufe

Periodizität

Jährlich, 31.12.

Validität

Im Rahmen der EU-Gesundheitsberichterstattung führen die Gesundheitsbehörden eine Statistik über erteilte Berufserlaubnisse an innerhalb der EU Ausgebildete. Bei Nachkommen der Meldepflicht ist auf eine gute Datenqualität zu schließen. Die Datenqualität der übrigen Berufserlaubnisse hängt von der Genauigkeit der Erfassung in den Gesundheitsbehörden ab und kann in den Ländern sehr unterschiedlich sein.

Kommentar

Die verwendeten Zahlen beinhalten die innerhalb eines Jahres von den Gesundheitsbehörden erteilten Berufserlaubnisse.

Es handelt sich um einen Prozessindikator.

Vergleichbarkeit

Es gibt keine vergleichbaren WHO-, OECD- und EU-Indikatoren. Der Indikator wurde neu aufgenommen.

Originalquellen

- ▶ Publikationen der Länder zu den verwendeten Datenquellen, z. B. Statistische Jahrbücher.

Dokumentationsstand

20.04.2006, lögd/ Senatsverwaltung f. Gesundheit, Soziales u. Verbraucherschutz Berlin

**Indikator (L)
9.2**

Für ausgewählte Gesundheitsfachberufe erteilte Berufserlaubnisse an Personen, die die entsprechende Berufsausbildung nicht in Deutschland absolviert haben, Nordrhein-Westfalen, Jahre

Berufsgruppe	Erteilte Berufserlaubnisse an Personen					
	Jahr			Berichtsjahr		
	ins- gesamt	mit Ausbildung		ins- gesamt	mit Ausbildung	
		in der Europ. Union (EU)	außerhalb der EU		in der Europ. Union (EU)	außerhalb der EU
Übrige Gesundheitsdienstberufe						
Diätassistenten						
Ergotherapeuten						
Helfer in der Krankenpflege						
Gesundheits- u. Krankenpfleger/ Hebammen						
Logopäden						
Med.-techn. Assistenten*						
Physiotherapeuten, Masseur/Med. Bademeister						
Podologen (Med. Fußpfleger)						
Soziale Berufe						
Altenpfleger						
Familienpfleger, Dorfhelfer						
Heilerziehungspfleger						
Gesundheitssichernde Berufe						
Desinfektoren						
Gesundheitsaufseher						
Rettungsassistenten						
andere Berufe im Gesundheitswesen						
Insgesamt						

Datenquelle/Copyright:
Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW:
Statistik über Berufserlaubnisse für nichtakademische Berufe

* MT Laboratoriums-, Röntgenassistenten
und MTA für Funktionsdiagnostik

9.3
9.4

Erteilte Approbationen nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen, im Zeitvergleich

Erteilte Berufserlaubnisse nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen, im Zeitvergleich

Definition

Die Indikatoren geben Auskunft über die Zahl der im Laufe eines Jahres erteilten staatlichen Genehmigungen - in Form von Approbationen (9.3) oder zeitlich begrenzten Berufserlaubnissen (9.4) - zur Ausübung eines akademischen Heilberufes sowie über deren zeitliche Entwicklung.

Die Approbation ist die Genehmigung zur Berufsausübung, die entsprechend den Approbationsordnungen an Ärzte, Zahnärzte, Apotheker und psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erteilt wird. Die Zahl der erteilten Approbationen entspricht der Zahl der in einem Kalenderjahr die Berufsausbildung abschließenden Ärzte, Zahnärzte, Apotheker und psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Die Zahl der erteilten Approbationen ist nicht identisch mit der Zahl der in einem Berichtsjahr ihre Berufstätigkeit erstmals aufnehmenden Ärzte, Zahnärzte, Apotheker und psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, da die Approbation kein Anstellungsverhältnis beinhaltet.

Wer die o.a. Berufe in der Bundesrepublik Deutschland nur vorübergehend ausüben will, bedarf auch hierfür einer staatlichen Genehmigung. Diese wird in Form einer Berufserlaubnis befristet und in der Regel auf bestimmte Tätigkeiten beschränkt erteilt. Sie berechtigt in der Regel zur nicht selbstständigen und nicht leitenden Ausübung des jeweiligen Berufes unter der Aufsicht einer oder eines approbierten Berufsangehörigen.

Eine Berufserlaubnis kann erteilt werden, wenn die Antragstellerin oder der Antragsteller die jeweils erforderliche fachliche Befähigung in Form einer abgeschlossenen Berufsausbildung nachgewiesen hat. Darüber hinaus ist es erforderlich, dass sie oder er die deutsche bzw. die Staatsangehörigkeit eines EU- oder EWR-Staates hat oder in ihrer oder seiner Person ein sog. Privilegierungsgrund vorliegt.

Datenhalter

- ▶ Bezirksregierungen Düsseldorf, Köln, Detmold, Münster, Arnsberg
- ▶ Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik des Landes Nordrhein-Westfalen

Datenquelle

- ▶ Statistik über Approbationen und Berufserlaubnisse

Periodizität

Jährlich, 31.12.

Validität

Da die Approbationen und Berufserlaubnisse von den Landesgesundheitsbehörden erteilt werden, ist von der Vollständigkeit der Daten auszugehen. Die Datenqualität hängt von der Sorgfalt der Zusammenstellung in den Gesundheitsbehörden ab und kann von Land zu Land variieren.

Kommentar

Die verwendeten Zahlen sind Zusammenstellungen der Landesgesundheitsbehörden über die im Laufe eines Jahres erteilten Genehmigungen.

Die Ausbildung der Psychotherapeuten wird durch das am 01.01.1999 in Kraft getretene Psychotherapeutengesetz geregelt. Nach erfolgreich abgeschlossenem Staatsexamen wird die staatliche Genehmigung zur Ausübung des Berufes des Psychologischen Psychotherapeuten bzw. des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erteilt.

Die Ausbildungsphase *Arzt im Praktikum* wurde nach einer entsprechenden Änderung der Bundesärzterordnung (BÄO) und der Approbationsordnung für Ärzte (ÄAPPO) zum Stichtag 1. Oktober 2004 abge-

schaft. Die AiP-Phase muss nach diesem Stichtag nicht mehr abgeleistet werden. Ab dem 01.10.2004 hat jeder Student, der den Dritten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung bestanden hat, Anspruch auf Approbation, sofern die übrigen formalen Voraussetzungen erfüllt sind.

Es handelt sich um einen Prozessindikator.

Vergleichbarkeit

Es gibt keine vergleichbaren WHO-, OECD- und EU-Indikatoren.

Der Indikator 9.3 ist vergleichbar mit dem bisherigen Indikator 9.3. Hinzugekommen sind die durch Verkündung des Psychotherapeutengesetzes neu geschaffenen Heilberufe *Psychologischer Psychotherapeut* und *Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*. Der Indikator 9.4 wurde neu in den Indikatorensetz aufgenommen.

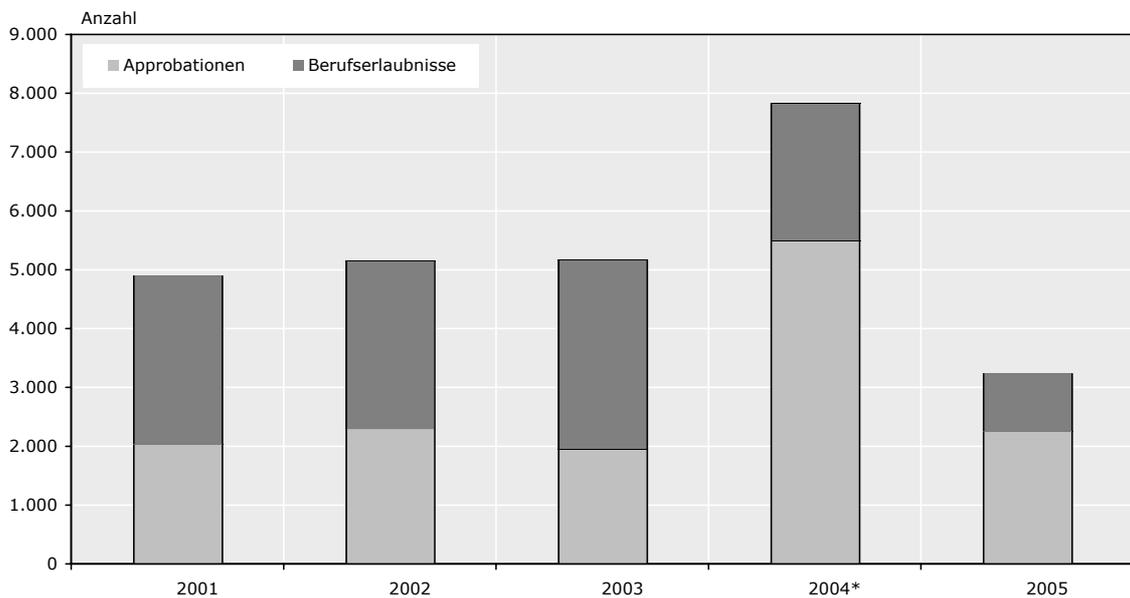
Originalquellen

- ▶ Landesberichterstattung Gesundheitsberufe NRW
Erteilte Approbationen und Berufserlaubnisse nach Geschlecht und Berufsgruppen
Düsseldorf: Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW, 2001 ff.

Dokumentationsstand

06.06.2005, lögd/Senatsverwaltung f. Gesundheit, Soziales u. Verbraucherschutz Berlin

Erteilte Approbationen und Berufserlaubnisse für Ärztinnen und Ärzte, Nordrhein-Westfalen, 2001 - 2005



*Wegfall AIP-Ausbildungsphase

**Indikator (K)
9.3**
Erteilte Approbationen nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen, 1990, 1995, 2000 - 2005

Jahr	Approbationen				
	Ärzte*	Zahnärzte	Apotheker	Psychologische Psychotherapeuten	Kinder- u. Jugendlichen-psychotherap.
Frauen					
1990	806	241	279	•	•
1995	1 288	158	230	•	•
2000	•	•	•	•	•
2001	930	158	205	40	51
2002	1 202	195	269	67	35
2003	962	191	243	98	11
2004	2 935	203	294	128	11
2005	1 239	142	230	94	32
Männer					
1990	1 548	428	122	•	•
1995	1 549	248	91	•	•
2000	•	•	•	•	•
2001	1 104	178	70	24	19
2002	1 092	169	80	30	12
2003	988	154	124	80	14
2004	2 560	143	82	32	6
2005	1 015	137	74	27	7
Insgesamt					
1990	2 354	669	401	•	•
1995	2 837	406	321	•	•
2000	2 345	292	341	•	•
2001	2 034	336	275	64	70
2002	2 294	364	349	97	47
2003	1 950	345	367	178	25
2004	5 495	346	376	160	17
2005	2 254	279	304	121	39
darunter: ausländisch**					
1990	158	42	25	•	•
1995	163	31	9	•	•
2000	133	22	13	•	•
2001	129	11	9	•	•
2002	•	•	•	•	•
2003	105	23	5	49	12
2004	293	34	16	4	0
2005	234	20	11	1	0

Datenquelle/Copyright:
Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW:
Statistik über Approbationen und Berufserlaubnisse

* Wegfall der AiP-Ausbildungsphase
zum 1.10.2004

** keine deutsche Staatsangehörigkeit

**Indikator (K)
9.4**

Erteilte Berufserlaubnisse nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen, 2001 - 2005

Jahr	Berufserlaubnisse					
	Ärzte*		Zahn- ärzte	Apothe- ker	Psycho- logische Psycho- therapeuten	Kinder- u. Jugendlichen- psycho- therapeuten
	insgesamt	dar.: AiP				
Frauen						
2001	1 165	872	133	47	1	–
2002	1 336	914	88	54	–	–
2003	1 595	921	82	52	–	–
2004	1 090	534	61	58	–	–
2005	425	–	58	49	1	–
Männer						
2001	1 702	850	133	28	–	–
2002	1 528	883	72	26	1	–
2003	1 625	1 019	94	14	1	–
2004	1 248	544	67	14	–	–
2005	560	–	69	13	–	–
Insgesamt						
2001	2 867	1 722	266	75	1	–
2002	2 864	1 797	160	80	1	–
2003	3 220	1 940	176	66	1	–
2004	2 338	1 078	128	72	–	–
2005	985	–	127	62	1	–
darunter: ausländisch**						
2001	•	•	•	•	•	–
2002	•	•	•	•	•	–
2003	1 153	56	142	50	–	–
2004	919	125	95	31	–	–
2005	895	–	95	44	1	–

Datenquelle/Copyright:
Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW:
Statistik über Approbationen und Berufserlaubnisse

* Wegfall der AiP-Ausbildungsphase
zum 1.10.2004

** keine deutsche Staatsangehörigkeit

"–" genau Null

"•" Zahlenwert unbekannt

Themenfeld 10: Ausgaben und Finanzierung

Gesundheitsausgaben

- Gesundheitsausgaben insgesamt
- Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträgern
- Gesundheitsausgaben nach Leistungsarten
- Gesundheitsausgaben nach Einrichtungen

Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträgern und Leistungsarten

- Öffentliche Haushalte
- Gesetzliche Krankenversicherung
- Soziale Pflegeversicherung
- Gesetzliche Rentenversicherung
- Gesetzliche Unfallversicherung
- Private Krankenversicherung
- Arbeitgeber
- Private Haushalte und private Organisationen ohne Erwerbszweck

Indikatoren zur Sozialversicherung

- Zuzahlungen in der gesetzlichen Krankenversicherung
- Krankenversicherungsschutz der Bevölkerung
- Versichertenstruktur
- Entwicklung der Beitragssätze in der Sozialversicherung
- Einnahmen und Ausgaben der gesetzlichen Sozialversicherung
- Entwicklung der Beitrags- und sonstigen Einnahmen
- Entwicklung der Beitragssätze/beitragspflichtigen Einnahmen

Gesundheitsökonomische Basisdaten

- Import-/Export-Saldo
- Bruttowertschöpfung je Beschäftigten

Einkommensleistungen nach Ausgabenträgern

Thematic domain 10: Expenditure and funding

Expenditure on health

Total expenditure on health

Expenditure on health by source of finance

Expenditure on health by type of services provided

Expenditure on health by facilities

Expenditure on health by source of finance and type of services provided

Public sector

Statutory health insurance funds

Social nursing care insurances

Statutory pension insurance funds

Statutory accident insurance funds

Private health insurance funds

Employers

Private households and private non-profit organisations

Social insurance indicators

Out-of-pocket contributions under the statutory health insurance system

Health insurance coverage of the population

Persons insured in health insurances

Development of social insurance contribution rates

Revenue and expenditure of statutory social insurance funds

Development of contribution rates and other forms of revenue

Development of contribution rates/contribution-based revenue

Basic health economic data

Import-export balance

Gross added value per employed person

Income benefits by source of finance

Vorbemerkungen zu Themenfeld 10

Übersichten zu Gesundheitsausgaben gewinnen gegenwärtig in Verbindung mit knapper werdenden finanziellen Ressourcen an Bedeutung. Nachdem die Indikatoren zur Finanzierung des Gesundheitswesens seit Inkrafttreten des Indikatorensatzes für die GBE der Länder im Jahre 1991 wegen der unzureichenden Datenlage nur spärlich ausgefüllt werden konnten, hat sich die Situation auf Bundesebene, teilweise auch auf der Landesebene verbessert. Das Themenfeld beinhaltet für Nordrhein-Westfalen 28 Indikatoren.

Für 5 Indikatoren liegen Daten für Nordrhein-Westfalen vor.

Für 18 Indikatoren wurden Ergebnisse der Gesundheitsausgabenrechnung des Statistischen Bundesamtes auf Nordrhein-Westfalen berechnet. Für diese Berechnungen wurde die Gesamtsumme der Ausgaben der BRD auf den Anteil der Bevölkerung von Nordrhein-Westfalen berechnet. Dieser Bevölkerungsanteil betrug in den Jahren 2002 - 2004 jeweils 21,9 %. Somit liegen Näherungswerte vor, die Schätzwerten entsprechen.

Die Indikatoren 10.1 bis 10.16 zu den Gesundheitsausgaben folgen der in der EU vereinbarten Klassifikation für Gesundheitsausgabenrechnungen nach Ausgabenträgern, Leistungen, Einrichtungen und Ausgabenarten.

Die Indikatoren 10.17 bis 10.19 beziehen sich auf den Versicherungsschutz und die Struktur der Versicherten. Diese Daten liegen für NRW vor und werden vom Mikrozensus oder der GKV-Statistik bereitgestellt. Angaben zur Versicherungsstruktur aus dem Mikrozensus (Indikator 10.19) und der GKV Statistik (10.19_01) weichen voneinander ab. Im Mikrozensus werden zusätzlich privat Versicherte erfasst.

Die Entwicklung der Beitragssätze sowie der Einnahmen und Ausgaben der gesetzlichen Sozialversicherung im Zeitverlauf ist in den Indikatoren 10.20 bis 10.23 und im Indikator 10.26 dargestellt.

Gegenwärtig liegen noch keine Daten zum Import- und Exportsaldo im Gesundheitswesen Nordrhein-Westfalens (Indikator 10.24) und nur Teildaten zur Bruttowertschöpfung im Gesundheitswesen (Indikator 10.25) in NRW vor. Für die Erstellung dieser Indikatoren ist eine Gesundheitsausgabenrechnung für das Land Nordrhein-Westfalen erforderlich, die es bisher nicht gibt.

Nur einige Indikatoren wurden im Indikatorensatz aus diesem Themenfeld weitergeführt, die sich auf die Krankenversicherung beziehen.

Die anderen Indikatoren wurden entsprechend der neuen Systematiken und der vom Iögd vorgenommenen Berechnungen neu aufgenommen, so dass eine Vergleichbarkeit zu den vorangegangenen Indikatoren des Landes Nordrhein-Westfalen erschwert oder auch nicht gegeben ist.

10.1

Gesundheitsausgaben, Deutschland/Nordrhein-Westfalen, im Zeitvergleich

Definition

Eine der wichtigsten Kennziffern der Gesundheitsausgabenrechnung ist der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt (BIP). Dieser Anteil setzt die Gesundheitsausgaben, d. h. die konsumierten Gesundheitsgüter und -dienstleistungen in Bezug zum Wert aller produzierten Waren und Dienstleistungen einer Berichtsperiode (ohne Vorleistungen). Die Entwicklung dieser Kennziffer ist vor dem Hintergrund der Entwicklung der Gesundheitsausgaben insgesamt sowie des Bruttoinlandsprodukts zu betrachten.

Die neue Gesundheitsausgabenrechnung (GAR) erfasst die gesundheitsbezogenen Ausgaben, die im Berichtsjahr von den verschiedenen Ausgabenträgern getätigt wurden sowie die Ausgaben für den erweiterten Leistungsbereich des Gesundheitswesens. Sie stellt eine Weiterentwicklung der alten GAR mit stärkerer Orientierung am System der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung dar.

Gesundheitsausgaben umfassen alle Ausgaben für die Sachleistungssegmente: Prävention/Gesundheitschutz, ärztliche Leistungen, pflegerische/therapeutische Leistungen, Unterkunft und Verpflegung, Waren, Transporte, Verwaltungsleistungen sowie Investitionen.

Das Bruttoinlandsprodukt bezieht sich auf die gesamte wirtschaftliche Leistung entsprechend dem System der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen des Bundes und der Länder.

Datenhalter

- ▶ Statistisches Bundesamt

Datenquelle

- ▶ Gesundheitsausgabenrechnung
- ▶ Eigene Berechnung für NRW durch das Iögd

Periodizität

Jährlich, 31.12.

Validität

Die Gesundheitsausgabenrechnung basiert zum größten Teil auf den Daten der Sozialversicherungen. Die wichtigsten Quellen sind die Rechnungsergebnisse der gesetzlichen Krankenversicherung, der sozialen Pflegeversicherung, der gesetzlichen Rentenversicherung, der gesetzlichen Unfallversicherung sowie der privaten Krankenversicherung. Somit ist von einer sehr hohen Datenqualität auszugehen.

Das Sozialbudget des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung fließt als wichtigste Grundlage in die Berechnung der Einkommensleistungen ein.

Besondere Qualität erlangt die Gesundheitsausgabenrechnung durch die detaillierte Darstellung der Ausgaben nach Leistungsarten und Einrichtungen. Dazu werden die einzelnen Ausgabenpositionen aus den Rechnungsergebnissen anteilig auf die damit entgoltenen Leistungen verteilt. Es wird also nicht nur nach dem Schwerpunktprinzip die gesamte Position der Leistung zugeordnet, die den größten Umfang hatte. Voraussetzung für eine so präzise und differenzierte Zuordnung der Gesundheitsausgaben ist eine Vielzahl zusätzlicher Informationen aus unterschiedlichen Quellen (u. a. aus den Frequenzstatistiken der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und des Verbands der Privaten Krankenversicherung e.V.).

Umgesetzt wird die Aufgliederung der Gesundheitsaufgaben auf Leistungsarten und Einrichtungen mit Hilfe von Schlüsseln. Diese Schlüssel beschreiben, wie sich eine Ausgabenposition anteilig auf die verschiedenen Leistungsarten und Einrichtungen verteilt. Die Schlüssel werden auf Grundlage von Berechnungen und Schätzungen gewonnen. Die Ermittlung der Schlüssel unterliegt einer jährlichen Aktualitäts- und Qualitätsprüfung.

Kommentar

Für das Berichtsjahr 1998 wurden die Ergebnisse des Statistischen Bundesamtes erstmalig nach der neuen Gesundheitsausgabenrechnung (GAR) veröffentlicht. In der GAR werden nur die Ausgaben für den letzten Verbrauch von Gütern, Dienstleistungen und Investitionen erfasst.

Für das Berichtsjahr 2004 wurde die Gesundheitsausgabenrechnung des Statistischen Bundesamtes umfassend revidiert. Im Rahmen der Revision wurden unter anderem neue Datenquellen erschlossen sowie das Quotierungssystem der Rechensysteme dynamisiert. Dies bedeutet, dass festgelegte Verteilungsschlüssel durch Quoten abgelöst wurden, welche den jährlichen Entwicklungen angepasst wurden.

Um die Ausgaben für Gesundheit international besser vergleichen zu können, wurde die Definition der Gesundheitsausgaben in Deutschland im Rahmen der vorgenommenen Revision der Gesundheitsausgabenrechnung auf die von der OECD entwickelte Begriffsdefinition, die für alle EU-Länder verbindlich ist, abgestimmt. Die Gesamtgesundheitsausgaben nach den Abgrenzungen der OECD ergeben sich aus den Gesundheitsausgaben in Deutschland abzüglich der Investitionen.

Im Vergleich zu früheren Veröffentlichungen führt diese Angleichung an die OECD-Definition zu einem Rückgang des Anteils der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt von durchschnittlich 0,2 Prozentpunkten. Ein zusätzlicher Rückgang ergibt sich durch die im Sommer 2005 vorgenommene umfassende Revision der Berechnung des Bruttoinlandsproduktes, die zu einem rückwirkenden Anstieg des BIP führte. Beide Änderungen zusammen bewirken ein Absinken der berechneten Kennziffer *Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP* (Indikator 10.1). Der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt liegt für Deutschland bei ca. 11%. Die Angaben für das Berichtsjahr 2004 sind mit den Angaben zu den früheren Berichtsjahren im Indikator 10.1 vergleichbar, da die Revision der GAR auch rückwirkend erfolgte. Die Gesundheitsausgaben für Nordrhein-Westfalen wurden auf der Grundlage des Bevölkerungsanteils Nordrhein-Westfalens an der Gesamtbevölkerung in Deutschland für alle Berichtsjahre ab 1998 neu berechnet.

Der Indikator gehört zu den Prozessindikatoren.

Vergleichbarkeit

Nicht vergleichbar mit dem WHO-Indikator 6710 340102 *Total health expenditure as % of GDP*.

Vergleichbar mit dem OECD-Indikator *Total current expenditure on health*, wenn der % Anteil am BIP zusätzlich berechnet wird. Vergleichbar mit den EU-Indikatoren zu *National expenditure on health* und *Total/public/private expenditure on health*. Im bisherigen Indikatorensetz der Länder gab es keinen vergleichbaren Indikator.

Originalquellen

- ▶ Informationssystem für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (IS-GBE): <http://www.gbe-bund.de>.
- ▶ Statistisches Bundesamt: Gesundheit - Ausgaben 1995 ff.: <http://www.destatis.de>

Dokumentationsstand

02.10.2006 lögd/Statistisches Bundesamt

Indikator (B/L)
10.1

Gesundheitsausgaben, Deutschland/Nordrhein-Westfalen, 1998 - 2004

Jahr*	Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt (BIP)			
	in Mio. €		in % des BIP	
	Deutschland	Nordrhein-Westfalen**	Deutschland	Nordrhein-Westfalen**
1998	201 113	44 067	10,2	10,2
1999	207 092	45 368	10,3	10,3
2000	212 335	46 489	10,3	10,3
2001	220 483	48 280	10,4	10,4
2002	227 875	49 907	10,6	10,6
2003	233 593	51 172	10,8	10,8
2004	233 983	51 264	10,6	10,6

Datenquelle/Copyright:
Statistisches Bundesamt:
Gesundheitsausgabenrechnung
Eigene Berechnung für NRW durch das Iögd

* 1998 - 2003: aktualisierte Zahlen,
2004: vorläufige Zahlen, Stand: 16.08.2006
** geschätzte Zahlen anhand des
Bevölkerungsquotienten Deutschland/NRW

Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträgern, Deutschland/Nordrhein-Westfalen, Jahr

Definition

Die neue Gesundheitsausgabenrechnung (GAR) ist eine Zusammenstellung der gesundheitsbezogenen Ausgaben, die im Berichtsjahr von den verschiedenen Ausgabenträgern getätigt wurden. Sie stellt eine Weiterentwicklung der alten GAR mit stärkerer Orientierung am System der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung dar.

Gesundheitsausgaben umfassen alle Ausgaben für die Sachleistungssegmente: Prävention/Gesundheitschutz, ärztliche Leistungen, pflegerische/therapeutische Leistungen, Unterkunft und Verpflegung, Waren, Transporte, Verwaltungsleistungen sowie Investitionen. Zusätzlich zu den Gesundheitsausgaben werden in der Gesundheitsausgabenrechnung auch noch Leistungen des so genannten *erweiterten Leistungsbereiches des Gesundheitswesens* nachrichtlich ausgewiesen. Dazu zählen Einkommensleistungen, Leistungen zum Ausgleich krankheitsbedingter Folgen sowie Leistungen für Forschung und Ausbildung im Gesundheitswesen.

Nach der Klassifikation der Gesundheitsausgabenrechnung des Bundes sind Ausgabenträger öffentliche und private Institutionen, die Gesundheitsleistungen finanzieren. Dies sind im Einzelnen die öffentlichen Haushalte, die gesetzliche Krankenversicherung, die soziale Pflegeversicherung, die gesetzliche Rentenversicherung, die gesetzliche Unfallversicherung, die private Krankenversicherung (inkl. privater Pflegepflichtversicherung), Arbeitgeber sowie private Haushalte und private Organisationen ohne Erwerbszweck. Im Indikator 10.2 werden die gesamten Gesundheitsausgaben, d. h. die laufenden Gesundheitsausgaben und die Investitionen nach Ausgabenträgern dargestellt. Aus der Berechnung *Ausgaben je Einwohner* ist ersichtlich, wie viel Euro pro Jahr von den Ausgabenträgern, darunter den privaten Haushalten und privaten Organisationen ohne Erwerbszweck, für die medizinische Versorgung ausgegeben werden.

Datenhalter

- ▶ Statistisches Bundesamt

Datenquelle

- ▶ Gesundheitsausgabenrechnung
- ▶ Eigene Berechnung für NRW durch das Iögd

Periodizität

Jährlich, 31.12.

Validität

Aussagen zur Validität und Qualität der Daten siehe Indikator 10.1.

Kommentar

Für das Berichtsjahr 1998 wurden die Ergebnisse des Statistischen Bundesamtes erstmalig nach der neuen Gesundheitsausgabenrechnung (GAR) veröffentlicht. In der neuen GAR werden nur die Ausgaben für den letzten Verbrauch von Gütern, Dienstleistungen und Investitionen erfasst.

Für das Berichtsjahr 2004 wurde die Gesundheitsausgabenrechnung des Statistischen Bundesamtes umfassend revidiert. Unter anderem wurden neue Datenquellen erschlossen sowie das Quotierungssystem der Rechensysteme dynamisiert. Dies bedeutet, dass festgelegte Verteilungsschlüssel durch Quoten abgelöst wurden, welche den jährlichen Entwicklungen angepasst wurden.

Um die Ausgaben für Gesundheit international besser vergleichen zu können, wurde die Definition der Gesundheitsausgaben in Deutschland im Rahmen der vorgenommenen Revision der Gesundheitsausgabenrechnung auf die von der OECD entwickelte Begriffsdefinition, die für alle EU-Länder verbindlich ist,

abgestimmt. In diesem Zusammenhang wurden die Investitionen gesondert als Bestandteil der Gesamtausgaben ausgewiesen.

Traditionell ist die gesetzliche Krankenversicherung mit mehr als 50% der größte Ausgabenträger. Ihr Anteil ist seit 1995 kontinuierlich gesunken. Der Teil, den die privaten Haushalte an den Gesundheitsausgaben tragen, ist hingegen gestiegen.

Die Angaben für das Jahr 2004 sind mit den Angaben zu den früheren Berichtsjahren im Indikator 10.2 vergleichbar, da die Revision der GAR auch rückwirkend erfolgte. Die Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträgern für Nordrhein-Westfalen wurden auf der Grundlage des Bevölkerungsanteils Nordrhein-Westfalens an der Gesamtbevölkerung in Deutschland berechnet.

Der Indikator gehört zu den Prozessindikatoren.

Vergleichbarkeit

Es gibt keinen vergleichbaren Indikator im HFA21-Indikatorensatz. Teilweise vergleichbar mit OECD- und EU-Indikatoren zu *Health expenditures and financing /total/public/private*.

Im bisherigen GMK-Indikator 10.1 sollten die Ausgaben nach Ausgabenträgern erfasst werden. Das war den Ländern aufgrund der Datenlage nicht möglich. Außerdem ist inzwischen die soziale Pflegeversicherung als Ausgabenträger hinzugekommen. Die privaten Haushalte wurden in diesem Indikator mit den privaten Organisationen ohne Erwerbszweck zusammengeführt. Demzufolge besteht nur geringe Vergleichbarkeit.

Originalquellen

- ▶ Informationssystem für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (IS-GBE): <http://www.gbe-bund.de>.
- ▶ Statistisches Bundesamt: Gesundheit - Ausgaben 1995 ff.: <http://www.destatis.de>

Dokumentationsstand

02.10.2006 lögd/Statistisches Bundesamt

**Indikator (B/L)
10.2**

Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträgern, Deutschland/Nordrhein-Westfalen, 2004¹

Ausgabenträger	Gesundheitsausgaben in €					
	Deutschland			Nordrhein-Westfalen*		
	in Mio. €	in %	je Einw.	in Mio. €	in %	je Einw.
Insgesamt	233 983	100	2 836	51 264	100	2 836
davon:						
öffentliche Haushalte	14 535	6,2	176	3 185	6,2	176
gesetzliche Krankenversicherung	131 564	56,2	1 595	28 825	56,2	1 595
soziale Pflegeversicherung	17 587	7,5	213	3 853	7,5	213
gesetzliche Rentenversicherung	3 491	1,5	42	765	1,5	42
gesetzliche Unfallversicherung	3 944	1,7	48	864	1,7	48
private Krankenversicherung**	21 112	9,0	256	4 625	9,0	256
Arbeitgeber	9 678	4,1	117	2 120	4,1	117
private Haushalte u. private Organisationen o. Erwerbszweck	32 073	13,7	389	7 027	13,7	389
Nachrichtlich: Einkommensleistungen	59 060			12 940		

Datenquelle/Copyright:
Statistisches Bundesamt:
Gesundheitsausgabenrechnung
Eigene Berechnung für NRW durch das Iögd

¹ vorläufige Zahlen, Stand: 16.08.2006
* geschätzte Zahlen anhand des Bevölkerungsquotienten Deutschland/NRW
** ab 1995 einschließlich der privaten Pflege-Pflichtversicherung

10.3

Gesundheitsausgaben nach Leistungsarten, Deutschland/Nordrhein-Westfalen, Jahr

Definition

Der Indikator weist aus, wie hoch die Gesundheitsausgaben für verschiedene Leistungsarten sind. Laufende Gesundheitsausgaben umfassen, nach Abzug der Investitionen, die Ausgaben für die folgenden Leistungsarten: Prävention/Gesundheitsschutz, ärztliche Leistungen, pflegerische/therapeutische Leistungen, Unterkunft und Verpflegung, Waren, Transporte, Verwaltungsleistungen.

Die Leistungen des so genannten *erweiterten Leistungsbereiches des Gesundheitswesens* werden aus methodischen Gründen lediglich am Rande der eigentlichen Gesundheitsausgabenrechnung nachrichtlich ausgewiesen. Dazu zählen Einkommensleistungen, Leistungen zum Ausgleich krankheitsbedingter Folgen sowie Leistungen für Forschung und Ausbildung im Gesundheitswesen. Die Kennziffer *laufende Ausgaben je Einwohner*, z. B. für die Früherkennung von Krankheiten hilft, Transparenz herzustellen, wie viel Euro pro Bürger für bestimmte Leistungen im Jahr ausgegeben werden. Die Klassifikation der Leistungsarten wurde für die neue GAR weiterentwickelt und unterscheidet sich wesentlich von der alten GAR. Die neue Definition erfolgt ausschließlich nach funktionalen Gesichtspunkten und nicht mehr sowohl nach funktionalen als auch nach professionellen und/oder institutionellen Gesichtspunkten. Die Neudefinition soll dem Umstand Rechnung tragen, dass sich durch die Spezialisierung der Einrichtungen die Leistungserbringung verschieben kann. Ferner soll die neue Begriffsbestimmung die internationale Vergleichbarkeit erleichtern.

Datenhalter

- ▶ Statistisches Bundesamt

Datenquelle

- ▶ Gesundheitsausgabenrechnung
- ▶ Eigene Berechnung für NRW durch das Iögd

Periodizität

Jährlich, 31.12.

Validität

Aussagen zur Validität und Qualität der Daten siehe Indikator 10.1.

Kommentar

Für das Berichtsjahr 1998 wurden die Ergebnisse des Statistischen Bundesamtes erstmalig nach der neuen Gesundheitsausgabenrechnung (GAR) veröffentlicht. In der GAR werden nur die Ausgaben für den letzten Verbrauch von Gütern, Dienstleistungen und Investitionen erfasst.

Für das Berichtsjahr 2004 wurde die Gesundheitsausgabenrechnung des Statistischen Bundesamtes umfassend revidiert. Unter anderem wurden neue Datenquellen erschlossen sowie das Quotierungssystem der Rechensysteme dynamisiert. Dies bedeutet, dass festgelegte Verteilungsschlüssel durch Quoten abgelöst wurden, welche den jährlichen Entwicklungen angepasst wurden.

Um die Ausgaben für Gesundheit international besser vergleichen zu können, wurde die Definition der Gesundheitsausgaben in Deutschland im Rahmen der vorgenommenen Revision der Gesundheitsausgabenrechnung auf die von der OECD entwickelte Begriffsdefinition, die für alle EU-Länder verbindlich ist, abgestimmt. In diesem Zusammenhang wurden die Investitionen gesondert als Bestandteil der Gesamtausgaben ausgewiesen.

Die Angaben für das Jahr 2004 sind mit den Angaben zu den früheren Berichtsjahren im Indikator 10.3 vergleichbar, da die Revision der GAR auch rückwirkend erfolgte. Die Gesundheitsausgaben nach Lei-

stungsarten für Nordrhein-Westfalen wurden auf der Grundlage des Bevölkerungsanteils Nordrhein-Westfalens an der Gesamtbevölkerung in Deutschland berechnet.
Der vorliegende Indikator ist ein Prozessindikator.

Vergleichbarkeit

Die Ausgaben für Arzneimittel nach OECD-SHA-Gliederung sind nicht genau identisch, da in Deutschland auch Ausgaben für Arzneimittel im Krankenhaus erfasst werden. Nicht vergleichbar mit den WHO-Indikatoren 6770 992708 *Pharmaceutical expenditure, as % of total health expenditure* und 6780 992707 *Pharmaceutical expenditure, PPP\$ per capita*.

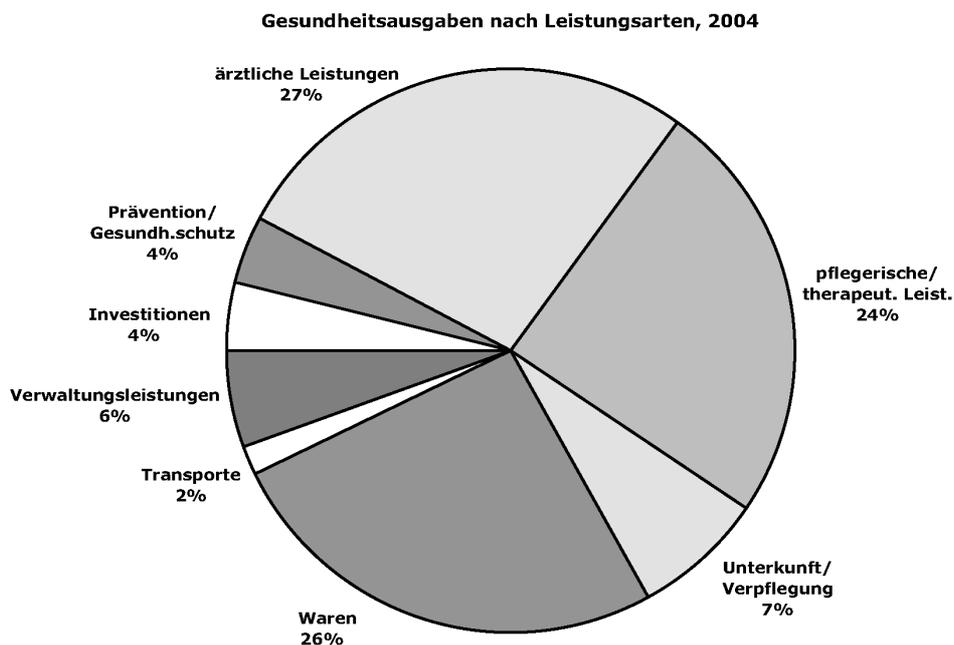
Im bisherigen Indikatorensatz gab es keinen vergleichbaren Indikator.

Originalquellen

- ▶ Informationssystem für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (IS-GBE):
<http://www.gbe-bund.de>.
- ▶ Statistisches Bundesamt: Gesundheit - Ausgaben 1995 ff.:
<http://www.destatis.de>

Dokumentationsstand

02.10.2006 lögd/Statistisches Bundesamt



**Indikator (B/L)
10.3**
Gesundheitsausgaben nach Leistungsarten, Deutschland/Nordrhein-Westfalen, 2004¹

Leistungsarten	Gesundheitsausgaben in €					
	Deutschland			Nordrhein-Westfalen*		
	in Mio. €	in %	je Einw.	in Mio. €	in %	je Einw.
Gesundheitsausgaben	233 983	100	2 836	51 264	100	2 836
davon:						
Investitionen	9 042	3,9	110	1 981	3,9	110
laufende Gesundheitsausgaben	224 941	96,1	2 727	49 283	96,1	2 727
davon:						
Prävention/Gesundheitsschutz	9 148	3,9	111	2 004	3,9	111
allg. Gesundheitsschutz	2 228	1,0	27	488	1,0	27
Gesundheitsförderung**	4 721	2,0	57	1 034	2,0	57
Früherkennung v. Krankh.	1 250	0,5	15	274	0,5	15
Gutachten und Koordination	950	0,4	12	208	0,4	12
ärztliche Leistungen	63 779	27,3	773	13 974	27,3	773
Grundleistungen	20 306	8,7	246	4 449	8,7	246
Sonderleistungen	31 574	13,5	383	6 918	13,5	383
Laborleistungen	5 928	2,5	72	1 299	2,5	72
strahlendiagnostische Leist.	5 971	2,6	72	1 308	2,6	72
pflegerische/therapeut. Leist.	56 879	24,3	689	12 462	24,3	689
pflegerische Leistungen	43 755	18,7	530	9 586	18,7	530
therapeutische Leistungen	12 476	5,3	151	2 733	5,3	151
Mutterschaftsleistungen	649	0,3	8	142	0,3	8
Unterkunft/Verpflegung	17 440	7,5	211	3 821	7,5	211
Waren	61 080	26,1	740	13 382	26,1	740
Arzneimittel	36 123	15,4	438	7 914	15,4	438
Hilfsmittel	10 077	4,3	122	2 208	4,3	122
Zahnersatz	5 852	2,5	71	1 282	2,5	71
sonstiger medizinischer Bedarf	9 029	3,9	109	1 978	3,9	109
Transporte	3 699	1,6	45	810	1,6	45
Verwaltungsleistungen	12 914	5,5	157	2 829	5,5	157
Nachrichtlich:						
Ausbildung	1 837			402		
Forschung	2 658			582		
Ausgleich krankheitsbed. Folgen	15 620			3 422		
Einkommensleistungen	59 060			12 940		

Datenquelle/Copyright:
Statistisches Bundesamt:
Gesundheitsausgabenrechnung
Eigene Berechnung für NRW durch das Iögd

¹ vorläufige Zahlen, Stand: 16.08.2006
* geschätzte Zahlen anhand des Bevölkerungsquotienten
Deutschland/NRW
** inkl. Förderung der Selbsthilfe

10.4

Gesundheitsausgaben je Einwohner nach Einrichtungen, Nordrhein-Westfalen, im Zeitvergleich

Definition

Mit diesem Indikator wird ermittelt, welcher Anteil der Gesundheitsausgaben auf die einzelnen Einrichtungen fällt. Der Indikator gibt an, wie viel Kaufkraft dem Gesundheitswesen pro Einwohner zur Verfügung gestellt wird.

Die Berechnung dieser Kennziffer wurde nach Einführung der neuen Gesundheitsausgabenrechnung (GAR) möglich, in der alle gesundheitsbezogenen Ausgaben, die im Berichtsjahr von den verschiedenen Ausgabenträgern getätigt wurden, zusammengeführt werden. Sie stellt eine Weiterentwicklung der alten GAR mit Abstimmung zum System der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen dar.

Die laufenden Gesundheitsausgaben je Einwohner werden nach den Einrichtungen des Gesundheitswesens gegliedert. Dazu gehören: Einrichtungen des Gesundheitsschutzes (öffentlicher Gesundheitsdienst, sonstige Einrichtungen des Gesundheitsschutzes), ambulante Einrichtungen (Arzt-, Zahnarztpraxen, Praxen sonstiger medizinischer Berufe, Apotheken, Gesundheitshandwerk/-einzelhandel, ambulante Pflege, sonstige ambulante Einrichtungen), stationäre/teilstationäre Einrichtungen (Krankenhäuser, Vorsorge-/Rehabilitationseinrichtungen, stationäre/teilstationäre Pflege, berufliche/soziale Rehabilitation), Rettungsdienste, Verwaltung, sonstige Einrichtungen und private Haushalte, Ausland (Importe). Darüber hinaus wird ausgewiesen, wieviel Euro je Einwohner für Investitionen im Gesundheitswesen aufgewendet werden.

Datenhalter

- ▶ Statistisches Bundesamt

Datenquelle

- ▶ Gesundheitsausgabenrechnung
- ▶ Eigene Berechnung für NRW durch das Iögd

Periodizität

Jährlich, 31.12.

Validität

Aussagen zur Validität und Qualität der Daten siehe Indikator 10.1.

Kommentar

Für das Berichtsjahr 2004 wurden die Ergebnisse des Statistischen Bundesamtes erstmalig nach der umfassend revidierten Fassung der neuen Gesundheitsausgabenrechnung (GAR) veröffentlicht. Die Angaben für das Jahr 2004 sind mit den Angaben zu den früheren Berichtsjahren im Indikator 10.4 vergleichbar, da die Revision der GAR auch rückwirkend erfolgte. Die Gesundheitsausgaben je Einwohner nach Einrichtungen für Nordrhein-Westfalen wurden auf der Grundlage des Bevölkerungsanteils Nordrhein-Westfalens an der Gesamtbevölkerung in Deutschland für alle Jahre ab 1998 neu berechnet.

Weitere Hinweise siehe Kommentar zu Indikator 10.2.

Der Indikator gehört zu den Prozessindikatoren.

Vergleichbarkeit

Vergleichbar mit dem Indikator im HFA21 Indikatorenset der WHO 6720 992701 Total health expenditure PPP\$ per capita. Vergleichbar mit der Berechnungsmethodik der OECD. Mitgliedsländer der OECD liefern ihre Daten an die OECD, diese übergibt die Daten der WHO. Die EU verwendet für ihre Indikatoren zu *Health expenditures and financing* die OECD-Methodik.

Im bisherigen Indikatorensatz der Länder gab es keinen vergleichbaren Indikator, der die Gesundheitsausgaben aller Einrichtungen für alle Ausgabenträger je Einwohner beinhaltet hat.

Originalquellen

- ▶ Informationssystem für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (IS-GBE): <http://www.gbe-bund.de>.
- ▶ Statistisches Bundesamt: Gesundheit - Ausgaben 1995 ff.: <http://www.destatis.de>

Dokumentationsstand

02.10.2006 lögd/Statistisches Bundesamt

Indikator (L) 10.4		Gesundheitsausgaben je Einwohner nach Einrichtungen ¹ , Nordrhein-Westfalen, 1998 - 2004						
Jahr*	Gesundheitsausgaben je Einwohner in €							
	Gesundheitsausgaben	Investitionen	laufende Gesundheitsausgaben	davon:				
				Gesundheits-schutz	ambulante Einrichtungen	stationäre/teil-stationäre Einrichtungen	Rettungs-dienste	sonstige Einrichtungen**
1998	2 451	98	2 354	20	1 158	910	23	243
1999	2 520	101	2 420	21	1 191	935	24	248
2000	2 581	100	2 482	22	1 227	958	25	250
2001	2 674	107	2 567	24	1 291	972	26	255
2002	2 761	110	2 651	25	1 333	1 000	28	265
2003	2 830	106	2 724	26	1 384	1 014	29	272
2004	2 836	110	2 727	26	1 367	1 035	41	270

Datenquelle/Copyright:
Statistisches Bundesamt
Gesundheitsausgabenrechnung
Eigene Berechnung für NRW durch das lögd

¹ geschätzte Zahlen anhand des Bevölkerungsquotienten Deutschland/NRW
* 1998 - 2003: aktualisierte Zahlen,
2004: vorläufige Zahlen, Stand: 16.08.2006
** enthalten: Verwaltung, sonstige Einrichtungen und private Haushalte, Ausland

10.5

Gesundheitsausgaben nach Leistungsarten und Einrichtungen, Nordrhein-Westfalen, Jahr

Definition

Im vorliegenden Indikator wird dargestellt, wie hoch die laufenden Gesundheitsausgaben der Einrichtungen des Gesundheitswesens für die einzelnen Leistungsarten sind.

Gliederung Leistungsarten siehe Indikator 10.3.

Gliederung Einrichtungen siehe Indikator 10.4.

Datenhalter

- ▶ Statistisches Bundesamt

Datenquelle

- ▶ Gesundheitsausgabenrechnung
- ▶ Eigene Berechnung für NRW durch das Iögd

Periodizität

Jährlich, 31.12.

Validität

Aussagen zur Validität und Qualität der Daten siehe Indikator 10.1.

Kommentar

Für das Berichtsjahr 2004 wurden die Ergebnisse des Statistischen Bundesamtes erstmalig nach der umfassend revidierten Fassung der neuen Gesundheitsausgabenrechnung (GAR) veröffentlicht.

Die Angaben für das Jahr 2004 sind mit den Angaben zu den früheren Berichtsjahren im Indikator 10.5 vergleichbar, da die Revision der GAR auch rückwirkend erfolgte. Die laufenden Gesundheitsausgaben nach Leistungsarten und Einrichtungen für Nordrhein-Westfalen wurden auf der Grundlage des Bevölkerungsanteils Nordrhein-Westfalens an der Gesamtbevölkerung in Deutschland berechnet.

Weitere Hinweise siehe Kommentar zu Indikator 10.2.

Der Indikator gehört zu den Prozessindikatoren.

Vergleichbarkeit

Es gibt keinen vergleichbaren Indikator der WHO. Vergleichbar mit der Berechnungsmethodik der OECD. Mitgliedsländer der OECD liefern ihre Daten an die OECD, diese übergibt die Daten der WHO. Vergleichbar mit Indikatoren der EU zu *Expenditure on in-patient and out-patient care*.

Im bisherigen Indikatorensatz der Länder gab es keinen vergleichbaren Indikator.

Originalquellen

- ▶ Informationssystem für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (IS-GBE): <http://www.gbe-bund.de>.
- ▶ Statistisches Bundesamt: Gesundheit - Ausgaben 1995 ff.: <http://www.destatis.de>

Dokumentationsstand

02.10.2006 Iögd/Statistisches Bundesamt

**Indikator (L)
10.5**
Gesundheitsausgaben nach Leistungsarten und Einrichtungen¹, Nordrhein-Westfalen, 2004²

Leistungsarten	Einrichtungen			
	insgesamt	Gesundheits- schutz	ambulante Einrichtungen	stat./teilstat. Einrichtungen
	in Mio. €			
Gesundheitsausgaben	51 264	468	24 711	18 708
davon:				
Investitionen	1 981	–	–	–
laufende				
Gesundheitsausgaben	49 283	468	24 711	18 708
davon:				
Prävention/ Gesundheitsschutz	2 004	468	936	111
allg. Gesundheitsschutz	488	305	–	–
Gesundheitsförderung**	1 034	157	630	83
Früherkennung v. Krankh.	274	–	252	22
Gutachten/Koordination	208	7	54	5
ärztliche Leistungen	13 974	–	9 701	4 215
Grundleistungen	4 449	–	4 266	165
Sonderleistungen	6 918	–	4 083	2 806
Laborleistungen	1 299	–	630	664
strahlendiagn. Leist.	1 308	–	723	581
pfleger./therapeut. Leist.	12 462	–	3 198	8 031
pflegerische Leistungen	9 586	–	1 526	6 837
therapeut. Leistungen	2 733	–	1 611	1 114
Mutterschaftsleistungen	142	–	61	80
Unterkunft/Verpflegung	3 821	–	23	3 786
Waren	13 382	–	10 852	2 452
Arzneimittel	7 914	–	7 195	673
Hilfsmittel	2 208	–	2 129	60
Zahnersatz	1 282	–	1 278	–
sonstiger med. Bedarf	1 978	–	250	1 719
Transporte	810	–	–	113
Verwaltungsleistungen	2 829	–	–	–
Nachrichtlich:				
Ausbildung	402	–	–	–
Forschung	582	–	–	–
Ausgleich krankheits- bedingter Folgen	3 422	–	–	–
Einkommensleistungen	12 940	–	–	–

Datenquelle/Copyright:
Statistisches Bundesamt: Gesundheitsausgabenrechnung
Eigene Berechnung für NRW durch das Iögd

¹ geschätzte Zahlen anhand des Be-
völkerungsquotienten Deutschland/NRW
² vorläufige Zahlen, Stand: 16.08.2006

noch: Indikator 10_05_2004

Einrichtungen					Leistungsarten
Rettungs- dienste	Ver- waltung	Private*	Ausland	Investitionen	
in Mio. €					
523	3 156	1 533	183	1 981	Gesundheitsausgaben
-	-	-	-	1 981	davon:
					Investitionen
523	3 156	1 533	183	-	laufende
					Gesundheitsausgaben
					davon:
					Prävention/
	330	157	2	-	Gesundheitsschutz
-	183	-	-	-	allg. Gesundheitsschutz
-	5	157	2	-	Gesundheitsförderung*
-	-	-	0	-	Früherkennung v. Krankh.
-	142	-	0	-	Gutachten/Koordination
-	-	-	57	-	ärztliche Leistungen
-	-	-	18	-	Grundleistungen
-	-	-	29	-	Sonderleistungen
-	-	-	5	-	Laborleistungen
-	-	-	5	-	strahlendiagn. Leist.
-	-	1 200	32	-	pfleger./therapeut. Leist.
-	-	1 200	23	-	pflegerische Leistungen
-	-	-	8	-	therapeut. Leistungen
-	-	-	1	-	Mutterschaftsleistungen
-	-	-	11	-	Unterkunft/Verpflegung
-	1	13	65	-	Waren
-	1	-	45	-	Arzneimittel
-	-	13	6	-	Hilfsmittel
-	-	-	4	-	Zahnersatz
-	-	-	9	-	sonstiger med. Bedarf
523	-	163	11	-	Transporte
-	2 826	-	4	-	Verwaltungsleistungen
					Nachrichtlich:
-	-	-	-	-	Ausbildung
-	-	-	-	-	Forschung
-	-	-	-	-	Ausgleich krankheits- bedingter Folgen
-	-	-	-	-	Einkommensleistungen

* sonst. Einr./priv. Haush.
** inklusive Förderung der Selbsthilfe

"-" genau Null
"0" < 1

10.6

Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträgern und Einrichtungen, Nordrhein-Westfalen, Jahr

Definition

Im vorliegenden Indikator sind die Gesundheitsausgaben nach Einrichtungen und Ausgabenträgern dargestellt. Es wird erkennbar, in welcher Höhe sich die einzelnen Ausgabenträger an den Kosten für die Einrichtungen des Gesundheitsschutzes, für ambulante, stationäre und teilstationäre Einrichtungen, für Einrichtungen des Rettungsdienstes beteiligen, aber auch, wie hoch der Aufwand für Einrichtungen der Verwaltung, sonstige Einrichtungen und private Haushalte sowie für Behandlungen im Ausland ist.

Der höchste Anteil der Gesundheitsausgaben entfällt auf ambulante und stationäre/teilstationäre Leistungen. Mit der neuen Gesundheitsausgabenrechnung (GAR) ist es möglich, die gesundheitsbezogenen Ausgaben der verschiedenen Ausgabenträger nach Einrichtungen zusammenzustellen.

Gliederung Ausgabenträger siehe Indikator 10.2.

Gliederung Einrichtungen siehe Indikator 10.4.

Datenhalter

- ▶ Statistisches Bundesamt

Datenquelle

- ▶ Gesundheitsausgabenrechnung
- ▶ Eigene Berechnung für NRW durch das Iögd

Periodizität

Jährlich, 31.12.

Validität

Aussagen zur Validität und Qualität der Daten siehe Indikator 10.1.

Kommentar

Für das Berichtsjahr 2004 wurden die Ergebnisse des Statistischen Bundesamtes erstmalig nach der umfassend revidierten Fassung der neuen Gesundheitsausgabenrechnung (GAR) veröffentlicht.

Im vorliegenden Indikator werden die Dimensionen Ausgabenträger und Einrichtungen zusammengeführt. Die Angaben für das Jahr 2004 sind mit den Angaben zu den früheren Berichtsjahren im Indikator 10.6 vergleichbar, da die Revision der GAR auch rückwirkend erfolgte. Die Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträgern und Einrichtungen für Nordrhein-Westfalen wurden auf der Grundlage des Bevölkerungsanteils Nordrhein-Westfalens an der Gesamtbevölkerung in Deutschland berechnet.

Weitere Hinweise siehe Kommentar zu Indikator 10.2.

Es handelt sich um einen Prozessindikator.

Vergleichbarkeit

Es gibt keinen vergleichbaren WHO-Indikator. Die Summe der Ausgabenträger öffentliche Haushalte, gesetzliche Krankenversicherung (GKV), soziale Pflegeversicherung (SPfV), gesetzliche Rentenversicherung (GRV), gesetzliche Unfallversicherung (GUV) ist vergleichbar mit dem OECD-Indikator *Public expenditure on health*. Vergleichbar mit EU-Indikatoren zu *Health expenditure on in-patient, out-patient and home care services*.

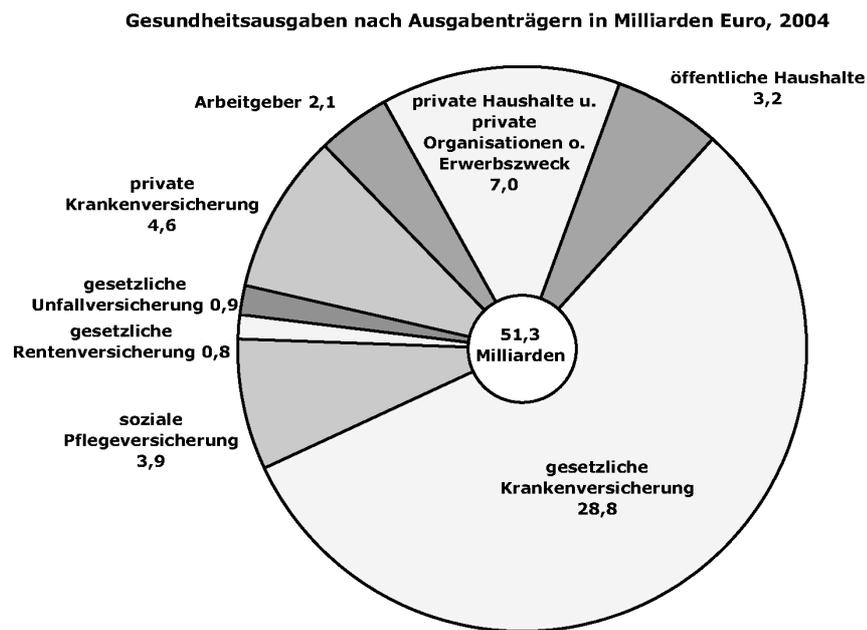
Im bisherigen Indikatorensatz der Länder gab es in den Indikatoren 10.2 bis 10.6 Übersichten nach einzelnen Ausgabenarten für einige Ausgabenträger wie öffentliche Haushalte, Krankenversicherung, Rentenversicherung. Eine Gesamtschau der Ausgaben nach Einrichtungen war bisher nicht möglich, deshalb gibt es keine Vergleichbarkeit der Indikatoren.

Originalquellen

- ▶ Informationssystem für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (IS-GBE): <http://www.gbe-bund.de>.
- ▶ Statistisches Bundesamt: Gesundheit - Ausgaben 1995 ff.: <http://www.destatis.de>

Dokumentationsstand

02.10.2006 lögd/Statistisches Bundesamt



Indikator (L)
10.6

 Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträgern und Einrichtungen¹, Nordrhein-Westfalen, 2004²

Ausgabenträger	Einrichtungen						
	Gesundheitsausgaben	davon:					
		Investitionen	laufende Gesundheitsausgaben	davon:			
				Gesundheitschutz	ambul. Einrichtungen	stat./teilstat. Einricht.	Rettungsdienste
in Mio. €							
Insgesamt	51 264	1 981	49 283	468	24 711	18 708	523
davon:							
öffentliche Haushalte	3 185	1 302	1 882	468	366	992	12
gesetzliche Krankenversicherung	28 825	33	28 792	–	14 945	11 329	447
soziale Pflegeversicherung	3 853	–	3 853	–	617	1 941	–
gesetzliche Rentenversicherung	765	37	728	–	44	585	–
gesetzliche Unfallversicherung	864	4	860	–	252	220	25
private Krankenversicherung	4 625	35	4 591	–	2 312	1 398	16
Arbeitgeber	2 120	–	2 120	–	1 251	728	10
Private*	7 027	571	6 456	–	4 924	1 516	12

Datenquelle/Copyright:
Statistisches Bundesamt:
Gesundheitsausgabenrechnung
Eigene Berechnung für NRW durch das Iögd

¹ geschätzte Zahlen anhand des Bevölkerungsquotienten Deutschland/NRW
² vorläufige Zahlen, Stand: 16.08.2006
* private Haushalte/private Organisationen o. Erwerbszweck

noch: Indikator 10_06_2004

Einrichtungen								Ausgabenträger
davon:			in %***	nachrichtlich:				
davon:				Aus- bildung	For- schung	Ausgl. krankh. bedingt. Folgen	Ein- kommens- leis- tungen	
Verwal- tung	Private**	Ausland						
in Mio. €				in Mio. €				
3 156	1 533	183	100	402	582	3 422	12 940	Insgesamt
1	43	–	6,2	392	577	2 753	577	davon: öffentliche Haushalte
1 790	167	114	56,2	7	2	75	1 544	gesetzliche Krankenversicherung
193	1 102	1	7,5	3	–	–	–	soziale Pflegeversicherung
82	17	–	1,5	–	4	162	3 608	gesetzliche Rentenversicherung
331	33	–	1,7	–	–	50	777	gesetzliche Unfallversicherung
761	35	68	9,0	–	–	0	295	private Krankenversicherung
0	131	–	4,1	–	–	1	6 138	Arbeitgeber
0	4	–	13,7	–	–	382	–	Private*

** sonst. Einrichtungen und private Haushalte

*** der Gesundheitsausgaben insg.

"-" genau Null

"0" < 1

10.7

Gesundheitsausgaben nach Leistungsarten und Ausgabenträgern, Nordrhein-Westfalen, Jahr

Definition

Der Indikator gibt einen Überblick über die gesundheitsbezogenen Ausgaben, die von den einzelnen Ausgabenträgern für die einzelnen Leistungsarten erbracht werden.

Nachrichtlich ausgewiesen werden Einkommensleistungen, Leistungen zum Ausgleich krankheitsbedingter Folgen sowie Leistungen für Forschung und Ausbildung im Gesundheitswesen, die in den Gesundheitsausgaben nicht enthalten sind.

Gliederung Leistungsarten siehe Indikator 10.3.

Gliederung Ausgabenträger siehe Indikator 10.2.

Datenhalter

- ▶ Statistisches Bundesamt

Datenquelle

- ▶ Gesundheitsausgabenrechnung
- ▶ Eigene Berechnung für NRW durch das Iögd

Periodizität

Jährlich, 31.12.

Validität

Aussagen zur Validität und Qualität der Daten siehe Indikator 10.1.

Kommentar

Für das Berichtsjahr 2004 wurden die Ergebnisse des Statistischen Bundesamtes erstmalig nach der umfassend revidierten Fassung der neuen Gesundheitsausgabenrechnung (GAR) veröffentlicht.

Im vorliegenden Indikator werden die Dimensionen Leistungsarten und Ausgabenträger zusammengeführt. Die Angaben für das Jahr 2004 sind mit den Angaben zu den früheren Berichtsjahren im Indikator 10.7 vergleichbar, da die Revision der GAR auch rückwirkend erfolgte. Die Gesundheitsausgaben nach Leistungsarten und Ausgabenträgern für Nordrhein-Westfalen wurden auf der Grundlage des Bevölkerungsanteils Nordrhein-Westfalens an der Gesamtbevölkerung in Deutschland berechnet.

Weitere Hinweise siehe Kommentar zu Indikator 10.2.

Der Indikator gehört zu den Prozessindikatoren.

Vergleichbarkeit

Es gibt keine vergleichbaren WHO-Indikatoren. Bedingt vergleichbar mit OECD-Indikatoren zu *Expenditure on health and financing (total/public/private)* und mit EU-Indikatoren *Health expenditure by fund source divided by: government, social security, out-of-pocket, private insurance, other*.

Es gibt keinen vergleichbaren Indikator im bisherigen Indikatorensatz.

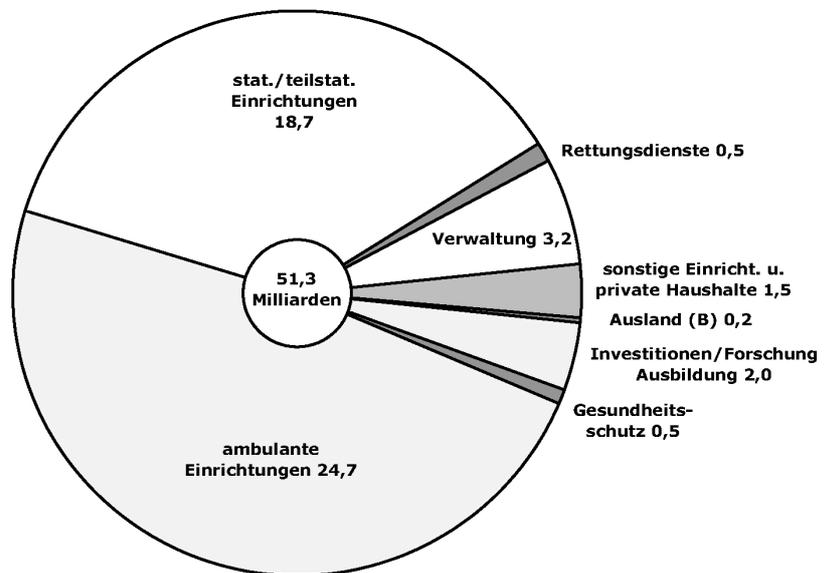
Originalquellen

- ▶ Informationssystem für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (IS-GBE): <http://www.gbe-bund.de>.
- ▶ Statistisches Bundesamt - Gesundheit: Ausgaben 1995 ff.: <http://www.destatis.de>

Dokumentationsstand

02.10.2006 Iögd/Statistisches Bundesamt

Gesundheitsausgaben nach Einrichtungen in Milliarden Euro, 2004



Indikator (L)
10.7Gesundheitsausgaben nach Leistungsarten und Ausgabenträgern¹, Nordrhein-Westfalen, 2004²

Leistungsarten	Ausgabenträger				
	insgesamt	öffentliche Haushalte	gesetzliche Krankenversicherung	soziale Pflegeversicherung	gesetzliche Rentenversicherung
	in Mio. €				
Gesundheitsausgaben	51 264	3 185	28 825	3 853	765
davon:					
Investitionen	1 981	1 302	33	–	37
laufende Gesundheitsausgaben	49 283	1 882	28 792	3 853	728
davon:					
Prävention/Gesundheitsschutz	2 004	496	770	59	42
ärztliche Leistungen	13 974	175	9 396	–	126
pfleger./therapeut. Leist.	12 462	781	5 701	3 593	238
Unterkunft/Verpflegung	3 821	268	1 806	–	211
Waren	13 382	145	8 719	67	28
Transporte	810	16	670	–	20
Verwaltungsleistungen	2 829	0	1 730	134	63
Nachrichtlich:					
Ausbildung	402	392	7	3	–
Forschung	582	577	2	–	4
Ausgleich krankheitsbedingt. Folgen	3 422	2 753	75	–	162
Einkommensleistungen	12 940	577	1 544	–	3 608

Datenquelle/Copyright:
 Statistisches Bundesamt:
 Gesundheitsausgabenrechnung
 Eigene Berechnung für NRW durch das Iögd

¹ geschätzte Zahlen anhand des
 Bevölkerungsquotienten Deutschland/NRW
² vorläufige Zahlen, Stand: 16.08.2006
 * private Haushalte/private Organisationen
 o. Erwerbszweck
 "–" genau Null
 "0" < 1

noch: Indikator 10_07_2004

Ausgabenträger				Leistungsarten
gesetzliche Unfallversicherung	private Krankenversicherung	Arbeitgeber	Private*	
in Mio. €				
864	4 625	2 120	7 027	Gesundheitsausgaben
				davon:
4	35	–	571	Investitionen
860	4 591	2 120	6 456	laufende Gesundheitsausgaben
				davon:
207	30	144	256	Prävention/Gesundheitsschutz
167	1 969	951	1 188	ärztliche Leistungen
164	597	372	1 015	pfleger./therapeut. Leist.
42	238	144	1 111	Unterkunft/Verpflegung
105	959	492	2 867	Waren
34	36	16	19	Transporte
142	761	–	–	Verwaltungsleistungen
				Nachrichtlich:
–	–	–	–	Ausbildung
–	–	–	–	Forschung
50	–	1	382	Ausgleich krankheitsbedingt. Folgen
777	295	6 138	–	Einkommensleistungen

10.8

Gesundheitsausgaben der öffentlichen Haushalte nach Leistungsarten, Nordrhein-Westfalen, Jahre

Definition

Der Indikator weist die Gesundheitsausgaben der öffentlichen Haushalte nach Leistungsarten aus, die aus Steuereinnahmen bestritten werden.

Nachrichtlich ausgewiesen werden Einkommensleistungen, Leistungen zum Ausgleich krankheitsbedingter Folgen sowie Leistungen für Forschung und Ausbildung im Gesundheitswesen, die in den Gesundheitsausgaben nicht enthalten sind.

Gliederung Leistungsarten siehe Indikator 10.3.

Datenhalter

- ▶ Statistisches Bundesamt

Datenquelle

- ▶ Gesundheitsausgabenrechnung
- ▶ Eigene Berechnung für NRW durch das Iögd

Periodizität

Jährlich, 31.12.

Validität

Aussagen zur Validität und Qualität der Daten siehe Indikator 10.1.

Kommentar

Für das Berichtsjahr 2004 wurden die Ergebnisse des Statistischen Bundesamtes erstmalig nach der umfassend revidierten Fassung der neuen Gesundheitsausgabenrechnung (GAR) veröffentlicht.

Die Landes- und Gemeindefinanzstatistik, die auf der Basis des Gesetzes über die Statistiken der öffentlichen Finanzen und des Personals im öffentlichen Dienst (Finanz- und Personalstatistikgesetz aus dem Jahr 1992) beruht, gewährt einen umfassenden Überblick über die Tätigkeit der öffentlichen Verwaltung und ermöglicht eine systematische Untersuchung der Einnahmen- und Ausgabenstruktur der Gebietskörperschaften. Mittelpunkt der Landes- und Gemeindefinanzstatistik ist die Haushaltsrechnungsstatistik, die eine Aufteilung des kommunalen Haushaltes in einen Verwaltungs- und in einen Vermögenshaushalt vorsieht. Die Gliederung des kommunalen Haushaltes erfolgt nach bestimmten Aufgabenbereichen. Berichtspflichtig sind Land, Gemeinden und Gemeindeverbände, einschl. Krankenhäuser mit kaufmännischem Rechnungswesen und kommunale Zweckverbände. Die publizierte Gliederung der Ausgaben der öffentlichen Haushalte sieht Aufgabenbereiche vor, die nicht der in diesem Indikator vorgesehenen spezifischen Ausgabenstruktur entsprechen. Die Ausgabenrechnung der öffentlichen Haushalte muss an die neue Gesundheitsausgabenrechnung des Bundes angepasst werden. Gegenwärtig besteht eine unzureichende Kompatibilität zwischen beiden Berichtssystemen.

Die Angaben für das Jahr 2004 sind mit den Angaben zu den früheren Berichtsjahren im Indikator 10.8 vergleichbar, da die Revision der GAR auch rückwirkend erfolgte. Die Gesundheitsausgaben der öffentlichen Haushalte nach Leistungsarten für Nordrhein-Westfalen wurden auf der Grundlage des Bevölkerungsanteils Nordrhein-Westfalens an der Gesamtbevölkerung in Deutschland berechnet.

Weitere Hinweise siehe Kommentar zu Indikator 10.2.

Der Indikator gehört zu den Prozessindikatoren.

Vergleichbarkeit

Es gibt keine vergleichbaren WHO- und EU-Indikatoren. Vergleichbar mit OECD-Indikatoren zu *Expen-*

diture on prevention and public health (total/public/private) und *Expenditure on health administration and insurance (total/public/private)*. Die Ausgaben des öffentlichen Dienstes wurden im bisherigen GMK-Indikator 10.3 erfasst. Der Indikator ist aufgrund der neuen Leistungsartenklassifikation nicht vergleichbar.

Originalquellen

- ▶ Informationssystem für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (IS-GBE): <http://www.gbe-bund.de>.
- ▶ Statistisches Bundesamt: Gesundheit - Ausgaben 1995 ff.: <http://www.destatis.de>

Dokumentationsstand

02.10.2006 lögd/Statistisches Bundesamt

Leistungsarten	Gesundheitsausgaben in €					
	2003*			2004*		
	in Mio. €	in %	je Einw.	in Mio. €	in %	je Einw.
Indikator (L) 10.8	Gesundheitsausgaben der öffentlichen Haushalte nach Leistungsarten¹, Nordrhein-Westfalen, 2003, 2004					
Gesundheitsausgaben	3 160	100	175	3 185	100	176
davon:						
Investitionen	1 275	40,3	71	1 302	40,9	72
laufende Gesundheitsausgaben	1 885	59,7	104	1 882	59,1	104
davon:						
Prävention/Gesundheitsschutz	496	15,7	27	496	15,6	27
ärztliche Leistungen	186	5,9	10	175	5,5	10
pfleger./therapeut. Leist.	762	24,1	42	781	24,5	43
Unterkunft/Verpflegung	265	8,4	15	268	8,4	15
Waren	158	5,0	9	145	4,5	8
Transporte	17	0,5	1	16	0,5	1
Verwaltungsleistungen	0	0,0	0	0	0,0	0
Nachrichtlich:						
Ausbildung	392			392		
Forschung	577			577		
Ausgleich krankheitsbedingt. Folgen	2 640			2 753		
Einkommensleistungen	611			577		

Datenquelle/Copyright:
Statistisches Bundesamt:
Gesundheitsausgabenrechnung
Eigene Berechnung für NRW durch das lögd

¹ geschätzte Zahlen anhand des Bevölkerungsquotienten
Deutschland/NRW

* 2003: aktualisierte Zahlen, 2004: vorläufige Zahlen,
Stand: 16.08.2006

"0" < 1
"0,0" < 0,1

10.9

Gesundheitsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung nach Leistungsarten, Nordrhein-Westfalen, Jahre

Definition

Der Indikator weist die Gesundheitsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung nach Leistungsarten aus. Nachrichtlich ausgewiesen werden Einkommensleistungen, Leistungen zum Ausgleich krankheitsbedingter Folgen sowie Leistungen für Forschung und Ausbildung im Gesundheitswesen, die in den Gesundheitsausgaben nicht enthalten sind.

Traditionell war die gesetzliche Krankenversicherung mit mehr als 50% der größte Ausgabenträger. Ihr Anteil ist seit 1995 kontinuierlich gesunken.

Der gesetzlichen Krankenversicherung gehören entsprechend dem Sozialgesetzbuch (§ 4 SGB V) die Allgemeinen Ortskrankenkassen, Betriebskrankenkassen, Innungskrankenkassen, die See-Krankenkasse, die Landwirtschaftlichen Krankenkassen, die Bundesknappschaft sowie die Ersatzkassen an. Nicht einbezogen sind hier die privaten Krankenversicherungen.

Gliederung Leistungsarten siehe Indikator 10.3.

Datenhalter

- ▶ Statistisches Bundesamt

Datenquelle

- ▶ Gesundheitsausgabenrechnung
- ▶ Eigene Berechnung für NRW durch das Iögd

Periodizität

Jährlich, 31.12.

Validität

Aussagen zur Validität und Qualität der Daten siehe Indikator 10.1.

Kommentar

Für das Berichtsjahr 2004 wurden die Ergebnisse des Statistischen Bundesamtes erstmalig nach der umfassend revidierten Fassung der neuen Gesundheitsausgabenrechnung (GAR) veröffentlicht. Die Angaben für das Jahr 2004 sind mit den Angaben zu den früheren Berichtsjahren im Indikator 10.9 vergleichbar, da die Revision der GAR auch rückwirkend erfolgte. Die Gesundheitsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung nach Leistungsarten für Nordrhein-Westfalen wurden auf der Grundlage des Bevölkerungsanteils Nordrhein-Westfalens an der Gesamtbevölkerung in Deutschland berechnet.

Weitere Hinweise siehe Kommentar zu Indikator 10.2.

Der Indikator gehört zu den Prozessindikatoren.

Vergleichbarkeit

Es besteht keine direkte Vergleichbarkeit mit WHO- und EU-Indikatoren. Vergleichbar mit OECD-Indikatoren *Expenditure on health administration and insurance (total/public/private)*. Mit dem bisherigen GMK-Indikator 10.2 ist der vorliegende Indikator nur bedingt vergleichbar, da sich die Klassifikation der Ausgabenarten geändert hat.

Originalquellen

- ▶ Informationssystem für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (IS-GBE): <http://www.gbe-bund.de>.
- ▶ Statistisches Bundesamt - Gesundheit: Ausgaben 1995 ff.: <http://www.destatis.de>

Dokumentationsstand

02.10.2006 lögd/Statistisches Bundesamt

Leistungsarten	Gesundheitsausgaben in €					
	2003*			2004*		
	in Mio. €	in %	je Einw.	in Mio. €	in %	je Einw.
Gesundheitsausgaben	29 701	100	1 643	28 825	100	1 595
davon:						
Investitionen	35	0,1	2	33	0,1	2
laufende Gesundheitsausgaben	29 666	99,9	1 641	28 792	99,9	1 593
davon:						
Prävention/Gesundheitsschutz	732	2,5	40	770	2,7	43
ärztliche Leistungen	9 646	32,5	534	9 396	32,6	520
pfleger./therapeut. Leist.	5 716	19,2	316	5 701	19,8	315
Unterkunft/Verpflegung	1 822	6,1	101	1 806	6,3	100
Waren	9 306	31,3	515	8 719	30,2	482
Transporte	719	2,4	40	670	2,3	37
Verwaltungsleistungen	1 726	5,8	95	1 730	6,0	96
Nachrichtlich:						
Ausbildung	7			7		
Forschung	2			2		
Ausgleich krankheitsbedingt. Folgen	84			75		
Einkommensleistungen	1 674			1 544		

Datenquelle/Copyright:
 Statistisches Bundesamt:
 Gesundheitsausgabenrechnung
 Eigene Berechnung für NRW durch das lögd

¹ geschätzte Zahlen anhand des Bevölkerungsquotienten
 Deutschland/NRW
 * 2003: aktualisierte Zahlen, 2004: vorläufige Zahlen,
 Stand: 16.08.2006

10.10

Gesundheitsausgaben der sozialen Pflegeversicherung nach Leistungsarten, Nordrhein-Westfalen, Jahre

Definition

Der Indikator weist die Gesundheitsausgaben der sozialen Pflegeversicherung, dem jüngsten Zweig der Sozialversicherung, nach Leistungsarten aus.

In den Schutz der sozialen Pflegeversicherung sind laut Gesetz alle einbezogen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. Träger der sozialen Pflegeversicherung sind die Pflegekassen; ihre Aufgaben werden von den Krankenkassen (§ 4 SGB V) wahrgenommen. Die Ausgaben der Pflegeversicherung werden durch Beiträge der Mitglieder und der Arbeitgeber finanziert. Leistungen bei häuslicher Pflege erhalten die Versicherten seit dem 1. April 1995, bei stationärer Pflege seit dem 1. Juli 1996.

Nachrichtlich ausgewiesen werden Einkommensleistungen, Leistungen zum Ausgleich krankheitsbedingter Folgen sowie Leistungen für Forschung und Ausbildung im Gesundheitswesen, die in den Gesundheitsausgaben nicht enthalten sind.

Gliederung Leistungsarten siehe Indikator 10.3.

Datenhalter

- ▶ Statistisches Bundesamt

Datenquelle

- ▶ Gesundheitsausgabenrechnung
- ▶ Eigene Berechnung für NRW durch das Iögd

Periodizität

Jährlich, 31.12.

Validität

Aussagen zur Validität und Qualität der Daten siehe Indikator 10.1.

Kommentar

Für das Berichtsjahr 2004 wurden die Ergebnisse des Statistischen Bundesamtes erstmalig nach der umfassend revidierten Fassung der neuen Gesundheitsausgabenrechnung (GAR) veröffentlicht.

Die Einführung der Pflegeversicherung hat zu einer Erhöhung des Leistungsumfanges und als Konsequenz zu einem Anstieg der Gesundheitsausgaben geführt. Die Ausgaben der Pflegeversicherung werden von den pflegerischen Leistungen dominiert. Über 90 % der Ausgaben beziehen sich auf pflegerische Leistungen. Die Angaben für das Jahr 2004 sind mit den Angaben zu den früheren Berichtsjahren im Indikator 10.10 vergleichbar, da die Revision der GAR auch rückwirkend erfolgte. Die Gesundheitsausgaben der sozialen Pflegeversicherung nach Leistungsarten für Nordrhein-Westfalen wurden auf der Grundlage des Bevölkerungsanteils Nordrhein-Westfalens an der Gesamtbevölkerung in Deutschland berechnet.

Weitere Hinweise siehe Kommentar zu Indikator 10.2.

Der Indikator gehört zu den Prozessindikatoren.

Vergleichbarkeit

Es gibt keine vergleichbaren WHO-, OECD- und EU-Indikatoren. Im bisherigen Indikatorensatz der Länder gab es keinen Indikator zur sozialen Pflegeversicherung.

Originalquellen

- ▶ Informationssystem für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (IS-GBE): <http://www.gbe-bund.de>.
- ▶ Statistisches Bundesamt: Gesundheit - Ausgaben 1995 ff.: <http://www.destatis.de>

Dokumentationsstand

02.10.2006 lögd/Statistisches Bundesamt

Leistungsorten	Gesundheitsausgaben in €					
	2003*			2004*		
	in Mio. €	in %	je Einw.	in Mio. €	in %	je Einw.
Gesundheitsausgaben	3 820	100	211	3 853	100	213
davon:						
Investitionen	–	–	–	–	–	–
laufende Gesundheitsausgaben	3 820	100	211	3 853	100	213
davon:						
Prävention/Gesundheitsschutz	58	1,5	3	59	1,5	3
ärztliche Leistungen	–	–	–	–	–	–
pfleger./therapeut. Leist.	3 560	93,2	197	3 593	93,3	199
Unterkunft/Verpflegung	–	–	–	–	–	–
Waren	64	1,7	4	67	1,7	4
Transporte	–	–	–	–	–	–
Verwaltungsleistungen	137	3,6	8	134	3,5	7
Nachrichtlich:						
Ausbildung	3			3		
Forschung	–			–		
Ausgleich krankheitsbedingt. Folgen	–			–		
Einkommensleistungen	–			–		

Datenquelle/Copyright:
 Statistisches Bundesamt:
 Gesundheitsausgabenrechnung
 Eigene Berechnung für NRW durch das lögd

¹ geschätzte Zahlen anhand des Bevölkerungsquotienten
 Deutschland/NRW

* 2003: aktualisierte Zahlen, 2004: vorläufige Zahlen,
 Stand: 16.08.2006

"–" genau null

10.11

Gesundheitsausgaben der gesetzlichen Rentenversicherung nach Leistungsarten, Nordrhein-Westfalen, Jahre

Definition

Der Indikator weist die Gesundheitsausgaben der gesetzlichen Rentenversicherung nach Leistungsarten aus.

Die gesetzliche Rentenversicherung ist das größte soziale Sicherungssystem in der Bundesrepublik Deutschland. Sie erbringt gesundheitsbezogene Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, die im vorliegenden Indikator ausgewiesen werden, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie ergänzende Leistungen. Renten, die wegen Alters, wegen verminderter Erwerbsfähigkeit oder wegen Todes geleistet werden, sind in den ausgewiesenen Gesundheitsausgaben nicht enthalten.

Nachrichtlich ausgewiesen werden Einkommensleistungen, Leistungen zum Ausgleich krankheitsbedingter Folgen sowie Leistungen für Forschung und Ausbildung im Gesundheitswesen, die in den Gesundheitsausgaben nicht enthalten sind.

Gliederung Leistungsarten siehe Indikator 10.3.

Datenhalter

- ▶ Statistisches Bundesamt

Datenquelle

- ▶ Gesundheitsausgabenrechnung
- ▶ Eigene Berechnungen für NRW durch das Iögd

Periodizität

Jährlich, 31.12.

Validität

Aussagen zur Validität und Qualität der Daten siehe Indikator 10.1.

Kommentar

Für das Berichtsjahr 2004 wurden die Ergebnisse des Statistischen Bundesamtes erstmalig nach der umfassend revidierten Fassung der neuen Gesundheitsausgabenrechnung (GAR) veröffentlicht. Die Angaben für das Jahr 2004 sind mit den Angaben zu den früheren Berichtsjahren im Indikator 10.11 vergleichbar, da die Revision der GAR auch rückwirkend erfolgte. Die Gesundheitsausgaben der gesetzlichen Rentenversicherung nach Leistungsarten für Nordrhein-Westfalen wurden auf der Grundlage des Bevölkerungsanteils Nordrhein-Westfalens an der Gesamtbevölkerung in Deutschland berechnet.

Weitere Hinweise siehe Kommentar zu Indikator 10.2.

Der Indikator gehört zu den Prozessindikatoren.

Vergleichbarkeit

Es gibt keine vergleichbaren WHO-Indikatoren. Die in der Gesundheitsausgabenrechnung nachgewiesenen Ausgaben entsprechen den laufenden Gesundheitsausgaben der OECD. Der EU-Indikator *Expenditure on medical services* ist vergleichbar mit den Ausgaben für ärztliche Leistungen.

Aufgrund der Änderung der Klassifikation der Leistungsarten ist der Indikator mit dem bisherigen GMK-Indikator 10.4 nur bedingt vergleichbar.

Originalquellen

- ▶ Informationssystem für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (IS-GBE): <http://www.gbe-bund.de>.
- ▶ Statistisches Bundesamt: Gesundheit - Ausgaben 1995 ff.: <http://www.destatis.de>

Dokumentationsstand

02.10.2006 lögd/Statistisches Bundesamt

Leistungsorten	Gesundheitsausgaben in €					
	2003*			2004*		
	in Mio. €	in %	je Einw.	in Mio. €	in %	je Einw.
Gesundheitsausgaben	786	100	43	765	100	42
davon:						
Investitionen	30	3,8	2	37	4,9	2
laufende Gesundheitsausgaben	756	96,2	42	728	95,1	40
davon:						
Prävention/Gesundheitsschutz	42	5,3	2	42	5,5	2
ärztliche Leistungen	132	16,8	7	126	16,5	7
pfleger./therapeut. Leist.	248	31,5	14	238	31,1	13
Unterkunft/Verpflegung	224	28,5	12	211	27,6	12
Waren	29	3,7	2	28	3,6	2
Transporte	18	2,3	1	20	2,6	1
Verwaltungsleistungen	63	8,0	3	63	8,2	3
Nachrichtlich:						
Ausbildung	–			–		
Forschung	4			4		
Ausgleich krankheitsbedingter Folgen	152			162		
Einkommensleistungen	3 764			3 608		

Datenquelle/Copyright:
 Statistisches Bundesamt:
 Gesundheitsausgabenrechnung
 Eigene Berechnung für NRW durch das lögd

¹ geschätzte Zahlen anhand des Bevölkerungsquotienten
 Deutschland/NRW

* 2003: aktualisierte Zahlen, 2004: vorläufige Zahlen,
 Stand: 16.08.2006

"–" genau null

10.11_01

Ausgaben der Deutschen Rentenversicherungen Rheinland und Westfalen, Jahre

Definition

Durch das am 1.1.2001 in Kraft getretene Gesetz zur Reform der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit wurden in der gesetzlichen Rentenversicherung die Renten wegen Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit durch die Rente wegen Erwerbsminderung ersetzt. Die Definition der Erwerbsminderung ist in § 43 Abs. 1 und Abs. 2 SGB VI geregelt. Danach wird zwischen teilweiser und voller Erwerbsminderung unterschieden.

Mit dem In-Kraft-Treten des SGB IX hat sich die frühere Bezeichnung Rehabilitationsleistung in die Bezeichnung Leistung zur Teilhabe verändert. Im Bereich der Rentenversicherung (§§ 9 ff. SGB VI) werden Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie ergänzenden Leistungen erbracht, wenn die persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind. Leistungen zur Rehabilitation haben Vorrang vor Rentenleistungen.

Der Sozialmedizinische Dienst bearbeitet Anträge auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie Anträge auf Rente wegen Erwerbsminderung.

Die Ausgabenarten Erwerbsminderungsrente, Leistungen zur Teilhabe und Sozialmedizinischer Dienst beziehen sich auf die rentenversicherte Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter.

Nicht alle Bezieher einer Erwerbsminderungsrente der Rentenversicherungsträger wohnen im Land Nordrhein-Westfalen. Es ist umgekehrt davon auszugehen, daß in Nordrhein-Westfalen auch Rentner wohnen, die von einem außerhalb des Landes Nordrhein-Westfalen gelegenen Rentenversicherungsträger Leistungen beziehen.

Datenhalter

- ▶ Deutsche Rentenversicherung Bund

Datenquelle

- ▶ Endgültige Jahresrechnungsergebnisse

Periodizität

Jährlich

Validität

Die Deutschen Rentenversicherungen Rheinland und Westfalen, früher LVA Rheinprovinz und LVA Westfalen, erarbeiten Übersichten über ihre Geschäfts- und Rechnungsergebnisse sowie sonstiges statistisches Material aus ihrem Geschäftsbereich und übergeben diese entsprechend dem § 79 SGB IV an die Deutsche Rentenversicherung Bund. Die Qualitätssicherungsmaßnahmen werden in allen Zweigen der Rentenversicherung angewandt.

Kommentar

Im vorliegenden Indikator werden die Ergebnisse der früheren LVA Rheinprovinz, seit dem 1. Oktober 2005 Deutsche Rentenversicherung Rheinland, sowie der früheren LVA Westfalen, seit dem 1. Oktober 2005 Deutsche Rentenversicherung Westfalen, dargestellt. Die aufgeführten Ausgabenarten folgen einer anderen Klassifikation als der im Indikator 10.11.

Der Indikator ist ein Prozessindikator.

Vergleichbarkeit

Es gibt keine vergleichbaren Indikatoren in den WHO-, OECD- und EU-Indikatorensätzen.

Der Indikator ist vergleichbar mit dem bisherigen Indikator 10.4.

Originalquellen

- ▶ Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR)
Ausgewählte Tabellen zu Ausgaben der Landesversicherungsanstalten Westfalen und Rheinprovinz 2001 bis 2004.
- ▶ Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV-Bund)
Ausgewählte Tabellen zu Ausgaben der Deutschen Rentenversicherungen Rheinland und Westfalen 2005 ff..

Dokumentationsstand

28.09.2006 lögd

Ausgabenart	Ausgaben 2003		Ausgaben 2004		Ausgaben 2005	
	in Tsd. €	in %	in Tsd. €	in %	in Tsd. €	in %
Renten wg. Erwerbsminderung	2 183 425	79,1	2 162 800	79,4	1 856 863	77,1
Leistungen zur Teilhabe	556 108	20,1	539 690	19,8	529 873	22,0
Sozialmedizinischer Dienst	21 105	0,8	20 516	0,8	20 301	0,8
Insgesamt	2 760 638	100	2 723 006	100	2 407 038	100

Datenquelle/Copyright:
Deutsche Rentenversicherung Bund:
Endgültige Jahresrechnungsergebnisse

¹ bis Oktober 2005 LVA
Rheinprovinz bzw. LVA
Westfalen

10.12

Gesundheitsausgaben der gesetzlichen Unfallversicherung nach Leistungsarten, Nordrhein-Westfalen, Jahre

Definition

Der Indikator weist die Gesundheitsausgaben der gesetzlichen Unfallversicherung nach Leistungsarten aus. Nachrichtlich ausgewiesen werden Einkommensleistungen, Leistungen zum Ausgleich krankheitsbedingter Folgen sowie Leistungen für Forschung und Ausbildung im Gesundheitswesen, die in den Gesundheitsausgaben nicht enthalten sind.

Aufgabe der gesetzlichen Unfallversicherung (UV) ist es, nach Maßgabe der Vorschriften des SGB VII mit allen geeigneten Mitteln Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten sowie arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren zu verhüten und nach Eintritt von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten die Gesundheit und die Leistungsfähigkeit der Versicherten mit allen geeigneten Mitteln wiederherzustellen und sie oder ihre Hinterbliebenen durch Geldleistungen zu entschädigen. Nach Eintritt des Versicherungsfalles haben die Versicherten Anspruch auf die verschiedenen Leistungen der UV.

Gliederung Leistungsarten siehe Indikator 10.3.

Datenhalter

- ▶ Statistisches Bundesamt

Datenquelle

- ▶ Gesundheitsausgabenrechnung
- ▶ Eigene Berechnung für NRW durch das Iögd

Periodizität

Jährlich, 31.12.

Validität

Aussagen zur Validität und Qualität der Daten siehe Indikator 10.1.

Kommentar

Für das Berichtsjahr 2004 wurden die Ergebnisse des Statistischen Bundesamtes erstmalig nach der umfassend revidierten Fassung der neuen Gesundheitsausgabenrechnung (GAR) veröffentlicht. Die Angaben für das Jahr 2004 sind mit den Angaben zu den früheren Berichtsjahren im Indikator 10.12 vergleichbar, da die Revision der GAR auch rückwirkend erfolgte. Die Gesundheitsausgaben der gesetzlichen Unfallversicherung nach Leistungsarten für Nordrhein-Westfalen wurden auf der Grundlage des Bevölkerungsanteils Nordrhein-Westfalens an der Gesamtbevölkerung in Deutschland berechnet.

Weitere Hinweise siehe Kommentar zu Indikator 10.2.

Der Indikator ist ein Prozessindikator.

Vergleichbarkeit

Es gibt keine vergleichbaren WHO-, OECD- und EU-Indikatoren. Im bisherigen Indikatorensatz der Länder gab es keinen vergleichbaren Indikator.

Originalquellen

- ▶ Informationssystem für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (IS-GBE): <http://www.gbe-bund.de>.
- ▶ Statistisches Bundesamt: Gesundheit - Ausgaben 1995 ff.: <http://www.destatis.de>

Dokumentationsstand

02.10.2006 Iögd/Statistisches Bundesamt

Leistungsorten	Gesundheitsausgaben in €					
	2003*			2004*		
	in Mio. €	in %	je Einw.	in Mio. €	in %	je Einw.
Gesundheitsausgaben	865	100	48	864	100	48
davon:						
Investitionen	11	1,3	1	4	0,5	0
laufende Gesundheitsausgaben	854	98,7	47	860	99,6	48
davon:						
Prävention/Gesundheitsschutz	206	23,8	11	207	23,9	11
ärztliche Leistungen	166	19,2	9	167	19,4	9
pfleger./therapeut. Leist.	159	18,4	9	164	19,0	9
Unterkunft/Verpflegung	41	4,7	2	42	4,8	2
Waren	100	11,6	6	105	12,2	6
Transporte	34	3,9	2	34	3,9	2
Verwaltungsleistungen	148	17,1	8	142	16,4	8
Nachrichtlich:						
Ausbildung	–			–		
Forschung	–			–		
Ausgleich krankheitsbedingter Folgen	53			50		
Einkommensleistungen	789			777		

Datenquelle/Copyright:
 Statistisches Bundesamt:
 Gesundheitsausgabenrechnung
 Eigene Berechnung für NRW durch das Iögd

¹ geschätzte Zahlen anhand des Bevölkerungsquotienten Deutschland/NRW

* 2003: aktualisierte Zahlen, 2004: vorläufige Zahlen, Stand: 16.08.2006

"–" genau null

"0" < 1

10.13

Gesundheitsausgaben der privaten Krankenversicherung nach Leistungsarten, Nordrhein-Westfalen, Jahre

Definition

Dieser Indikator weist die Gesundheitsausgaben der privaten Krankenversicherung nach Leistungsarten aus. Die private Krankenversicherung übernimmt bei privat Versicherten die Kosten, die durch Erkrankung oder Unfall entstehen. Sie deckt die Kosten für medizinische Versorgung und durch Krankheit entstandene Einkommenseinbußen. Die Ausgaben der privaten Krankenversicherung werden durch die Beiträge der Mitglieder finanziert. Die Arbeitgeber beteiligen sich an dem Krankenversicherungsbeitrag bis zu 50 %. Nachrichtlich ausgewiesen werden Einkommensleistungen, Leistungen zum Ausgleich krankheitsbedingter Folgen sowie Leistungen für Forschung und Ausbildung im Gesundheitswesen, die in den Gesundheitsausgaben nicht enthalten sind.

Gliederung Leistungsarten siehe Indikator 10.3.

Datenhalter

- ▶ Statistisches Bundesamt

Datenquelle

- ▶ Gesundheitsausgabenrechnung
- ▶ Eigene Berechnungen für NRW durch das Iögd

Periodizität

Jährlich, 31.12.

Validität

Aussagen zur Validität und Qualität der Daten siehe Indikator 10.1.

Kommentar

Für das Berichtsjahr 2004 wurden die Ergebnisse des Statistischen Bundesamtes erstmalig nach der umfassend revidierten Fassung der neuen Gesundheitsausgabenrechnung (GAR) veröffentlicht.

Nach der Klassifikation der Ausgabenträger der neuen GAR enthält der Indikator sowohl die Gesundheitsausgaben der privaten Krankenversicherung als auch die Gesundheitsausgaben der privaten Pflegepflichtversicherung. Der Anteil der Gesundheitsausgaben der privaten Pflegeversicherung ist gering gegenüber den Gesundheitsausgaben der privaten Krankenversicherung.

Die Angaben für das Jahr 2004 sind mit den Angaben zu den früheren Berichtsjahren im Indikator 10.13 vergleichbar, da die Revision der GAR auch rückwirkend erfolgte. Die Gesundheitsausgaben der privaten Krankenversicherung nach Leistungsarten für Nordrhein-Westfalen wurden auf der Grundlage des Bevölkerungsanteils Nordrhein-Westfalens an der Gesamtbevölkerung in Deutschland berechnet.

Weitere Hinweise siehe Kommentar zu Indikator 10.2.

Der Indikator gehört zu den Prozessindikatoren.

Vergleichbarkeit

Es gibt keine vergleichbaren WHO- und EU-Indikatoren. Vergleichbar mit den OECD-Indikatoren *Expenditure on health administration and insurance (total/public/private)*. Im bisherigen GMK-Indikatorensatz gab es keinen vergleichbaren Indikator.

Originalquellen

- ▶ Informationssystem für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (IS-GBE): <http://www.gbe-bund.de>.
- ▶ Statistisches Bundesamt: Gesundheit - Ausgaben 1995 ff.: <http://www.destatis.de>

Dokumentationsstand

02.10.2006 lögd/Statistisches Bundesamt

Leistungsorten	Gesundheitsausgaben in €					
	2003*			2004*		
	in Mio. €	in %	je Einw.	in Mio. €	in %	je Einw.
Gesundheitsausgaben	4 477	100	248	4 625	100	256
davon:						
Investitionen	38	0,8	2	35	0,7	2
laufende Gesundheitsausgaben	4 440	99,2	246	4 591	99,3	254
davon:						
Prävention/Gesundheitsschutz	28	0,6	2	30	0,6	2
ärztliche Leistungen	1 871	41,8	103	1 969	42,6	109
pfleger./therapeut. Leist.	573	12,8	32	597	12,9	33
Unterkunft/Verpflegung	241	5,4	13	238	5,2	13
Waren	925	20,7	51	959	20,7	53
Transporte	34	0,8	2	36	0,8	2
Verwaltungsleistungen	767	17,1	42	761	16,5	42
Nachrichtlich:						
Ausbildung	–			–		
Forschung	–			–		
Ausgleich krankheitsbedingter Folgen	0			0		
Einkommensleistungen	296			295		

Datenquelle/Copyright:
 Statistisches Bundesamt:
 Gesundheitsausgabenrechnung
 Eigene Berechnung für NRW durch das lögd

¹ geschätzte Zahlen anhand des Bevölkerungsquotienten
 Deutschland/NRW

* 2003: aktualisierte Zahlen, 2004: vorläufige Zahlen,
 Stand: 16.08.2006

"–" genau null
 "0" < 1

10.14

Gesundheitsausgaben der Arbeitgeber nach Leistungsarten, Nordrhein-Westfalen, Jahre

Definition

Der Indikator weist die Gesundheitsausgaben der Arbeitgeber nach Leistungsarten aus.

Nachrichtlich ausgewiesen werden Einkommensleistungen, Leistungen zum Ausgleich krankheitsbedingter Folgen sowie Leistungen für Forschung und Ausbildung im Gesundheitswesen, die in den Gesundheitsausgaben nicht enthalten sind.

Gliederung Leistungsarten siehe Indikator 10.3.

Datenhalter

- ▶ Statistisches Bundesamt

Datenquelle

- ▶ Gesundheitsausgabenrechnung
- ▶ Eigene Berechnung für NRW durch das Iögd

Periodizität

Jährlich, 31.12.

Validität der Daten

Aussagen zur Validität und Qualität der Daten siehe Indikator 10.1.

Kommentar

Für das Berichtsjahr 2004 wurden die Ergebnisse des Statistischen Bundesamtes erstmalig nach der umfassend revidierten Fassung der neuen Gesundheitsausgabenrechnung (GAR) veröffentlicht.

Die Ausgaben der Arbeitgeber konnten in der Vergangenheit in den Ländern wegen der unzureichenden Datenlage nicht ermittelt werden. Die GAR weist aus, dass von den Arbeitgebern hohe Einkommensleistungen für Entgeltfortzahlungen bei Krankheit oder Mutterschaft erbracht werden.

Die Angaben für das Jahr 2004 sind mit den Angaben zu den früheren Berichtsjahren im Indikator 10.14 vergleichbar, da die Revision der GAR auch rückwirkend erfolgte. Die Gesundheitsausgaben der Arbeitgeber nach Leistungsarten für Nordrhein-Westfalen wurden auf der Grundlage des Bevölkerungsanteils Nordrhein-Westfalens an der Gesamtbevölkerung in Deutschland berechnet.

Weitere Hinweise siehe Kommentar zu Indikator 10.2.

Der Indikator gehört zu den Prozessindikatoren.

Vergleichbarkeit

Es gibt keine vergleichbaren WHO-, OECD- und EU-Indikatoren. Im bisherigen GMK-Indikatorensatz gab es keinen vergleichbaren Indikator. Im GMK-Indikator 10.1 waren die Arbeitgeber bei den Ausgabenträgern genannt, eine Untergliederung nach Leistungsarten gab es nicht.

Originalquellen

- ▶ Informationssystem für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (IS-GBE): <http://www.gbe-bund.de>.
- ▶ Statistisches Bundesamt: Gesundheit - Ausgaben 1995 ff.: <http://www.destatis.de>

Dokumentationsstand

02.10.2006 Iögd/Statistisches Bundesamt

Indikator (L)
10.14

Gesundheitsausgaben der Arbeitgeber nach Leistungsarten¹, Nordrhein-Westfalen, 2003, 2004

Leistungsarten	Gesundheitsausgaben in €					
	2003*			2004*		
	in Mio. €	in %	je Einw.	in Mio. €	in %	je Einw.
Gesundheitsausgaben	2 119	100	117	2 120	100	117
davon:						
Investitionen	-	-	-	-	-	-
laufende Gesundheitsausgaben	2 119	100	117	2 120	100	117
davon:						
Prävention/Gesundheitsschutz	144	6,8	8	144	6,8	8
ärztliche Leistungen	940	44,3	52	951	44,8	53
pfleger./therapeut. Leist.	378	17,8	21	372	17,6	21
Unterkunft/Verpflegung	145	6,8	8	144	6,8	8
Waren	496	23,4	27	492	23,2	27
Transporte	17	0,8	1	16	0,8	1
Verwaltungsleistungen	0	0,0	0	0	0,0	0
Nachrichtlich:						
Ausbildung	-			-		
Forschung	-			-		
Ausgleich krankheitsbedingter Folgen	1			1		
Einkommensleistungen	6 617			6 138		

Datenquelle/Copyright:
Statistisches Bundesamt:
Gesundheitsausgabenrechnung
Eigene Berechnung für NRW durch das Iögd

¹ geschätzte Zahlen anhand des Bevölkerungsquotienten Deutschland/NRW
* 2003: aktualisierte Zahlen, 2004: vorläufige Zahlen, Stand: 16.08.2006
"- " genau null
"0" < 1
"0,0" < 0,1

10.15

Gesundheitsausgaben der privaten Haushalte und privaten Organisationen ohne Erwerbszweck nach Leistungsarten, Nordrhein-Westfalen, Jahre

Definition

Der Indikator weist die Gesundheitsausgaben der privaten Haushalte und privaten Organisationen ohne Erwerbszweck nach Leistungsarten aus. Die privaten Haushalte und privaten Organisationen ohne Erwerbszweck stehen auf Platz zwei der Ausgabenträger in Deutschland.

Nachrichtlich ausgewiesen werden Einkommensleistungen, Leistungen zum Ausgleich krankheitsbedingter Folgen sowie Leistungen für Forschung und Ausbildung im Gesundheitswesen, die in den Gesundheitsausgaben nicht enthalten sind.

Gliederung Leistungsarten siehe Indikator 10.3.

Datenhalter

- ▶ Statistisches Bundesamt

Datenquelle

- ▶ Gesundheitsausgabenrechnung
- ▶ Eigene Berechnung für NRW durch das Iögd

Periodizität

Jährlich, 31.12.

Validität

Aussagen zur Validität und Qualität der Daten siehe Indikator 10.1.

Kommentar

Für das Berichtsjahr 2004 wurden die Ergebnisse des Statistischen Bundesamtes erstmalig nach der umfassend revidierten Fassung der neuen Gesundheitsausgabenrechnung (GAR) veröffentlicht.

Die Entwicklung der Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträgern zeigt, dass der stärkste Ausgabenzuwachs in den zurückliegenden Jahren für die privaten Haushalte/privaten Organisationen ohne Erwerbszweck zu verzeichnen ist.

Die Angaben für das Jahr 2004 sind mit den Angaben zu den früheren Berichtsjahren im Indikator 10.15 vergleichbar, da die Revision der GAR auch rückwirkend erfolgte. Die Gesundheitsausgaben der privaten Haushalte und privaten Organisationen ohne Erwerbszweck nach Leistungsarten für Nordrhein-Westfalen wurden auf der Grundlage des Bevölkerungsanteils Nordrhein-Westfalens an der Gesamtbevölkerung in Deutschland berechnet.

Weitere Hinweise siehe Kommentar zu Indikator 10.2.

Der Indikator gehört zu den Prozessindikatoren.

Vergleichbarkeit

Es gibt keine vergleichbaren WHO-Indikatoren. Vergleichbar mit dem OECD-Indikator *Out of pocket payments (households)*. Vergleichbar mit dem EU-Indikator *Distribution of household expenditure on health*. Die Ausgaben der privaten Haushalte waren im bisherigen GMK-Indikator 10.1 enthalten, allerdings ohne Aufgliederung nach Leistungsarten.

Originalquellen

- ▶ Informationssystem für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (IS-GBE): <http://www.gbe-bund.de>.
- ▶ Statistisches Bundesamt: Gesundheit - Ausgaben 1995 ff.: <http://www.destatis.de>

Dokumentationsstand

02.10.2006 lögd/Statistisches Bundesamt

Leistungarten	Gesundheitsausgaben in €					
	2003*			2004*		
	in Mio. €	in %	je Einw.	in Mio. €	in %	je Einw.
Gesundheitsausgaben	6 244	100	345	7 027	100	389
davon:						
Investitionen	536	8,6	30	571	8,1	32
laufende Gesundheitsausgaben	5 708	91,4	316	6 456	91,9	357
davon:						
Prävention/Gesundheitsschutz	243	3,9	13	256	3,6	14
ärztliche Leistungen	758	12,1	42	1 188	16,9	66
pfleger./therapeut. Leist.	968	15,5	54	1 015	14,4	56
Unterkunft/Verpflegung	1 006	16,1	56	1 111	15,8	61
Waren	2 705	43,3	150	2 867	40,8	159
Transporte	28	0,4	2	19	0,3	1
Verwaltungsleistungen	0	0,0	0	0	0,0	0
Nachrichtlich:						
Ausbildung	–			–		
Forschung	–			–		
Ausgleich krankheitsbedingter Folgen	324			382		
Einkommensleistungen	–			–		

Datenquelle/Copyright:
 Statistisches Bundesamt:
 Gesundheitsausgabenrechnung
 Eigene Berechnung für NRW durch das lögd

¹ geschätzte Zahlen anhand des Bevölkerungsquotienten
 Deutschland/NRW
 * 2003: aktualisierte Zahlen, 2004: vorläufige Zahlen,
 Stand: 16.08.2006
 "–" genau null
 "0" < 1
 "0,0" < 0,1

10.16

Zuzahlungen der privaten Haushalte nach Leistungsbereichen in der gesetzlichen Krankenversicherung, Nordrhein-Westfalen, Jahre

Definition

Dieser Indikator weist den Umfang der direkten Beteiligung der Versicherten an den Kosten der versicherten Leistungen aus. Bei den hier angegebenen Zahlen für Nordrhein-Westfalen handelt es sich um Schätzwerte, die auf der Grundlage verschiedener Datenquellen berechnet wurden.

Die Krankenversicherten finanzieren das Gesundheitswesen nicht nur durch Beiträge bzw. Steuern, sondern auch dadurch, dass sie für die von ihnen in Anspruch genommenen Leistungen Zuzahlungen entrichten. Diese direkte finanzielle Beteiligung der Versicherten an den Kosten bei der persönlichen Inanspruchnahme von versicherten Gesundheitsleistungen ist für einzelne Leistungsarten im Sozialgesetzbuch V definiert.

Beispielsweise betrug im Jahr 2000 die Höhe der Zuzahlungen aller GKV-Versicherten für Arzneimittel etwa 1,8 Mrd. Euro. Die Versicherten beteiligten sich demnach mit ca. 10 % an den Ausgaben der GKV für Arzneimittel.

Datenhalter

- ▶ Wissenschaftliches Institut der AOK (WiO)
- ▶ Bundesministerium für Gesundheit
- ▶ Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
- ▶ Statistisches Bundesamt

Datenquelle

- ▶ GKV-Arzneimittelindex
- ▶ KG 2-Statistik
- ▶ KZBV Jahrbuch
- ▶ Gesundheitsausgabenrechnung
- ▶ Eigene Berechnung für NRW durch das Iögd

Periodizität

Jährlich, 31.12.

Validität

Aufgrund der durchgeführten Berechnungen durch das Land NRW auf der Basis von Bundesstatistiken liegen Schätzwerte, d. h. Näherungswerte für Zuzahlungen in NRW vor. Der Berechnung der Zuzahlungen liegt das OECD - Konzept zur Gesundheitsausgabenrechnung zugrunde.

Kommentar

§ 61 SGB V in der bis 31.12.2003 geltenden Fassung legte fest, in welchen Fällen und unter welchen Voraussetzungen Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung von ihrer Pflicht zur Kostenbeteiligung vollständig zu befreien waren. Voraussetzung für eine vollständige Befreiung von Zuzahlungen war eine unzumutbare Belastung der Versicherten, die vorlag, wenn die Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt eine bestimmte Einkommensgrenze nicht überschritten oder der Versicherte bestimmte Sozialleistungen bezog. Nach § 62 SGB V war eine teilweise Befreiung möglich, wenn die dort normierten Belastungsgrenzen für die Zuzahlungen überschritten wurden.

Das GKV-Modernisierungsgesetz hat mit Wirkung vom 01.01.2004 das Recht der Zuzahlungen und Selbstbeteiligungen im SGB V grundlegend neu gestaltet. § 61 SGB V in der neuen Fassung regelt jetzt die Höhe der im Dritten Kapitel des SGB V vorgesehenen Zuzahlungen, während sich die Pflicht zur Zuzahlung weiterhin aus den Vorschriften ergibt, die den jeweiligen Leistungsanspruch begründen. Diese verweisen nun bezüglich der Zuzahlungshöhe jeweils auf § 61 SGB V. Darüber hinaus wurden die Zuzahlungen teilwei-

se deutlich angehoben, neue Zuzahlungen (Praxisgebühr) eingeführt und die Möglichkeit einer vollständigen Befreiung von Zuzahlungen abgeschafft. In der Regel werden Zuzahlungen nur bei Erwachsenen erhoben; Kinder bis 18 Jahre sind zuzahlungsfrei. Eine Ausnahme gibt es bei den Fahrkosten. Über die Zuzahlungen im eigentlichen Sinne hinaus werden die Versicherten durch weitere Eigenbeteiligungen, z. B. bei Zahnersatz (§ 30 SGB V) in die finanzielle Verantwortung genommen.

In den Werten einzelner Leistungsbereiche des vorliegenden Indikators sind auch Eigenleistungen der privaten Haushalte enthalten, die bis zu 100 % (z. B. Brillen) über die Leistungen der GKV hinausgehen können, wobei die Eigenleistungen im Indikator nicht vollständig erfasst sind.

Der Indikator gehört zu den Prozessindikatoren.

Vergleichbarkeit

Es gibt keine vergleichbaren WHO-, OECD- und EU-Indikatoren. Im bisherigen Indikatorensetz der Länder gab es keinen vergleichbaren Indikator.

Originalquellen

- ▶ Bundesministerium für Gesundheit: <http://www.bmg.bund.de>
- ▶ Informationssystem für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (IS-GBE): <http://www.gbe-bund.de>.

Dokumentationsstand

13.12.2006 lögd/Statistisches Bundesamt

Indikator (L) 10.16	Zuzahlungen der privaten Haushalte nach Leistungsbereichen in der gesetzlichen Krankenversicherung, Nordrhein-Westfalen, 2002 - 2004								
	Zuzahlungen (Schätzwerte für NRW)								
	2002			2003			2004		
Leistungs- bereich**	in Mio. €	in %	€ je GKV- Vers.*	in Mio. €	in %	€ je GKV- Vers.*	in Mio. €	in %	€ je GKV- Vers.*
	Arzneimittel	399	22	26	393	21	25	535	27
Krankenhaus- behandlung	147	8	9	147	8	9	185	9	12
Zahnersatz	520	29	34	553	29	36	559	28	36
Behandlung in Vorsorge-/Reha- Einrichtungen	8	0	1	8	0	1	15	1	1
Fahrkosten	24	1	2	25	1	2	18	1	1
Heil- u. Hilfsmittel	134	7	9	139	7	9	179	9	12
Sehhilfen	561	31	36	620	33	40	504	25	32
Insgesamt	1 793	100	116	1 885	100	121	1 994	100	128

Datenquelle/Copyright:
Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO):
GKV-Arzneimittelindex
Bundesministerium für Gesundheit:
KG 2-Statistik
Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung: Jahrbuch
Statistisches Bundesamt: Gesundheitsausgabenrechnung
Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW:
Mikrozensus, Zusatzerhebung
Eigene Berechnung für NRW durch das lögd

* GKV-Versicherte: Mikrozensus 2003
** enthalten sein können auch Eigenleistungen der privaten Haushalte, die bis zu 100 % (z.B. Brillen) über die Leistungen der GKV und PKV hinausgehen können, wobei hier Eigenleistungen aber nicht vollständig erfasst werden können.

"0" < 1

10.17

Krankenversicherungsschutz der Bevölkerung, Nordrhein-Westfalen, im Zeitvergleich

Definition

Gemäß Sozialgesetzbuch I hat jeder Bürger Recht auf Zugang zur Sozialversicherung. Wer Mitglied der Sozialversicherung ist, hat im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ein Recht auf die notwendigen Maßnahmen zum Schutz, zur Erhaltung, zur Besserung und zur Wiederherstellung der Gesundheit und der Leistungsfähigkeit sowie auf wirtschaftliche Sicherung bei Krankheit, Mutterschaft und Minderung der Erwerbsfähigkeit. Der Krankenversicherungsschutz erfolgt durch Mitgliedschaft in einer Krankenkasse. Krankenkassen lassen sich unterteilen in Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen, die See-Krankenkasse, die Ersatzkassen und andere Kassen. Heute zählen etwa 90 % der Bevölkerung zu den Mitgliedern der GKV. Dabei unterscheidet man zwischen Pflichtversicherten, freiwillig Versicherten und Familienversicherten.

Personen mit sonstigem Versicherungsschutz sind anspruchsberechtigt als Sozialhilfeempfänger, Kriegsschadenrentner oder Empfänger von Unterhaltshilfe aus dem Lastenausgleich, sowie als Angehörige der Freien Heilfürsorge oder der Polizei und Bundeswehr. Die Versicherten der privaten Krankenversicherung gliedern sich in voll- und zusatzversicherte Personen. Im Indikator sind nur die Vollversicherten enthalten. Personen ohne Versicherungsschutz sind weder in der GKV noch in der PKV oder durch besondere Sicherungsformen krankenversichert.

Datenhalter

- ▶ Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik des Landes Nordrhein-Westfalen

Datenquelle

- ▶ Mikrozensus, Zusatzerhebung

Periodizität

März - Mai 1999, 2003: alle 4 Jahre

Validität

In der Mikrozensus-Stichprobe wird eine hohe Ausschöpfung erzielt durch die Kombination von mündlicher Befragung durch Interviewer (als Erhebungsmethode erster Wahl) und schriftlicher Befragung (auf Wunsch des ausgewählten Haushalts bzw. bei Nichterreichbarkeit durch die Interviewer). Der Nonresponse wird möglichst gering gehalten durch mehrmalige Versuche der Interviewer, die Interviewpartner anzutreffen und durch Überprüfung und Nachfragen bei Antwortausfällen bzw. unplausiblen Antworten. Damit ist von einer ausreichenden Validität der Daten auszugehen.

Kommentar

Der Mikrozensus ist eine jährlich durchgeführte Repräsentativbefragung einer 1 % - Stichprobe aller Haushalte zur Ermittlung bevölkerungs- und erwerbsstatistischer Daten. Rechtsgrundlage ist das Gesetz zur Durchführung einer Repräsentativstatistik über die Bevölkerung und den Arbeitsmarkt sowie die Wohnsituation der Haushalte (Mikrozensusgesetz) in Verbindung mit dem Gesetz über die Statistik für Bundeszwecke (BStatG). Die organisatorische und technische Vorbereitung des Mikrozensus erfolgt im Statistischen Bundesamt. Für die Durchführung der Befragung und die Aufbereitung sind die Statistischen Landesämter zuständig. Der Mikrozensus ist überwiegend eine persönliche Befragung durch Interviewer. Bundesweit nehmen rund 370 000 Haushalte mit 820 000 Personen am Mikrozensus teil. Neben Bundesergebnissen werden auch Ergebnisse für die einzelnen Bundesländer zur Verfügung gestellt. Grundsätzlich werden Auswertungen nach größeren regionalen Einheiten z. B. 500 000 Einwohnern vorgenommen. Im Rahmen der im Abstand von vier Jahren durchgeführten Zusatzprogramme werden u. a.

Feststellungen über den Versicherungsschutz der Bevölkerung (inkl. Absicherung in der privaten Krankenversicherung) getroffen, auf denen der Indikator beruht.
Der Indikator gehört zu den Prozessindikatoren.

Vergleichbarkeit

Es besteht keine Vergleichbarkeit mit WHO-Indikatoren. Teilweise vergleichbar mit den OECD-Indikatoren *Social security schemes und Private insurance (both private social insurance and all other private insurance funds)*. Bedingt vergleichbar mit dem EU-Indikator *Insurance coverage*. Der Indikator ist vergleichbar mit dem bisherigen GMK-Indikator 10.7.

Originalquellen

- ▶ Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW
Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen nach Art des Krankenversicherungsschutzes. Ergebnis des Mikrozensus 1990, 1995, 1999, 2003 ff.

Dokumentationsstand

24.02.2003 lögd/Statistisches Bundesamt/Rheinland-Pfalz/Beratungsgesellschaft f. angewandte Systemforschung mbH (BASYS)

Indikator (L) 10.17		Krankenversicherungsschutz der Bevölkerung, Nordrhein-Westfalen, 1990, 1995, 1999, 2003			
Jahr	Personen ohne Versicherungsschutz	Personen mit Versicherungsschutz			
		Gesetzliche Krankenversicherung		Private Krankenversicherung	sonstiger Versicherungsschutz*
		Primärkassen	Ersatzkassen		
in 1 000					
1990	25	9 811	5 133	1 744	490
1995	13	9 938	5 754	1 759	360
1999	14	9 941	5 805	1 705	508
2003	25	10 265	5 259	1 680	441

Datenquelle/Copyright:
Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW:
Mikrozensus, Zusatzerhebung

* Sozialhilfe, freie Heilfürsorge

10.18

Mitglieder und mitversicherte Familienangehörige der gesetzlichen Krankenversicherung nach Altersgruppen und Geschlecht, Nordrhein-Westfalen, Jahr

Definition

Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung sind entsprechend SGB V alle versicherungspflichtigen Personen. Dazu gehören die Pflichtversicherten und die freiwillig Versicherten. Es besteht Versicherungspflicht für Arbeiter, Angestellte und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind, Landwirte, Künstler und Publizisten, behinderte Menschen, die in nach dem Schwerbehindertengesetz anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen oder in anerkannten Blindenwerkstätten tätig sind, sowie für weitere behinderte Menschen in Anstalten und Heimen, für Studenten im Studium oder während einer berufspraktischen Tätigkeit sowie für Personen, die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben. Weitere Bestimmungen regeln §§ 5 - 9 SGB V. Versicherte Familienangehörige sind der Ehegatte, der Lebenspartner und die Kinder von Mitgliedern (SGB V § 10). Der Indikator gibt eine Übersicht über die Alters- und Geschlechtsstruktur sowie über die Mitglieder und Familienangehörigen in allen gesetzlichen Krankenversicherungen.

Zu den gesetzlichen Krankenkassen gehören die Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK), die Betriebskrankenkassen (BKK), die Innungskrankenkassen (IKK), die See-Krankenkasse (SeeKK), die Landwirtschaftlichen Krankenkassen (LKK) sowie die Krankenkasse der Bundesknappschaft (BKnp). Darüber hinaus gehören die Barmer Ersatzkasse (BEK), die Deutsche Angestellten-Krankenkasse (DAK), die Techniker Ersatzkasse (Techniker EK), die Brühler Ersatzkasse (EK), die Braunschweiger Kasse, die Gärtner Krankenkasse, die Hamburg Münchener EK, die Hamburger Zimmerer Krankenkasse, die Hanseatische EK, die Kaufmännische Krankenkasse, die Neptun Krankenkasse, die Schwäbisch Gmünder EK zu den Ersatzkassen für Arbeiter und Angestellte (EKArb, EKAng). Bundesverwaltungskassen wie die Bundespost Betriebskrankenkasse (BKK), die BKK des Bundesverkehrsministeriums, die BKK der Bundesbahn mit ihren Mitgliedern in Nordrhein-Westfalen wurden in den sog. Bundesverwaltungskassen zusammengefasst.

Die neue Statistik über die Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung (KM 6) fasst die früheren Statistiken KM 2 (Mitglieder) und KM 5 (Familienangehörige) zusammen.

Datenhalter

- ▶ Bundesministerium für Gesundheit

Datenquelle

- ▶ KM 6-Statistik: Mitgliederstruktur

Periodizität

Jährlich, 31.12.

Validität

Die Statistik über die GKV-Versicherten wurde neu organisiert. Es ist von einer zunehmenden Qualität der Angaben auszugehen.

Kommentar

Die Angaben der Ersatzkassen sind im Indikator enthalten, privat Versicherte sind nicht im Indikator enthalten.

Der Indikator gehört zu den demographischen Gesundheitsdeterminanten.

Vergleichbarkeit

Es gibt keine vergleichbaren WHO-, OECD- und EU-Indikatoren. Der Indikator ist vergleichbar mit Angaben des bisherigen Indikators 10.9, wenn man die Spalte Mitglieder insgesamt mit der Spalte Versicherte insgesamt des neuen Indikators 10.18 vergleicht.

Originalquellen

- ▶ Bundesministerium für Gesundheit: <http://www.bmg.bund.de>
- ▶ Informationssystem für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (IS-GBE):
<http://www.gbe-bund.de>.

Dokumentationsstand

08.01.2007 lögd/Statistisches Bundesamt/Rheinland-Pfalz/Beratungsgesellschaft f. angewandte Systemforschung mbH (BASYS)

Indikator (L)
10.18

 Mitglieder und mitversicherte Familienangehörige der gesetzlichen Krankenversicherung nach Alter und Geschlecht, Nordrhein-Westfalen, 1. Juli 2006¹

Alter in Jahren	Versicherte Mitglieder und					
	Mitglieder*			Familienangehörige		
	Frauen	Männer	Zusammen	Frauen	Männer	Zusammen
< 15	14 213	14 595	28 808	1 082 104	1 134 729	2 216 833
15 - 19	51 918	74 409	126 327	397 922	397 407	795 329
20 - 24	261 688	281 274	542 962	177 794	148 597	326 391
25 - 29	370 655	402 262	772 917	87 661	26 141	113 802
30 - 34	330 425	408 389	738 814	123 811	13 138	136 949
35 - 39	416 195	550 062	966 257	192 613	14 909	207 522
40 - 44	468 369	627 117	1 095 486	216 860	17 140	234 000
45 - 49	438 868	554 753	993 621	181 615	17 629	199 244
50 - 54	371 852	462 090	833 942	160 110	17 586	177 696
55 - 59	311 665	405 528	717 193	168 572	18 157	186 729
60 - 64	274 252	353 447	627 699	140 205	9 325	149 530
65 - 69	486 875	469 215	956 090	60 911	4 299	65 210
70 - 74	393 664	353 472	747 136	44 869	2 456	47 325
75 - 79	344 742	258 775	603 517	27 096	1 319	28 415
80 - 84	297 468	135 322	432 790	7 466	474	7 940
85 - 89	156 355	52 304	208 659	3 008	143	3 151
90 u. mehr	92 865	19 695	112 560	864	64	928
Insgesamt	5 082 069	5 422 709	10 504 778	3 073 481	1 823 513	4 896 994

 Datenquelle/Copyright:
Bundesministerium für Gesundheit:
KM 6-Statistik: Mitgliederstruktur

 * Mitglieder:
Pflichtmitglieder, freiwillige
Mitglieder, Rentner
¹ Stand: 12.09.2006

noch: Indikator 10_18_2006

Familienangehörige			Alter in Jahren
Versicherte insgesamt			
Frauen	Männer	Zusammen	
1 096 317	1 149 324	2 245 641	< 15
449 840	471 816	921 656	15 - 19
439 482	429 871	869 353	20 - 24
458 316	428 403	886 719	25 - 29
454 236	421 527	875 763	30 - 34
608 808	564 971	1 173 779	35 - 39
685 229	644 257	1 329 486	40 - 44
620 483	572 382	1 192 865	45 - 49
531 962	479 676	1 011 638	50 - 54
480 237	423 685	903 922	55 - 59
414 457	362 772	777 229	60 - 64
547 786	473 514	1 021 300	65 - 69
438 533	355 928	794 461	70 - 74
371 838	260 094	631 932	75 - 79
304 934	135 796	440 730	80 - 84
159 363	52 447	211 810	85 - 89
93 729	19 759	113 488	90 u. mehr
8 155 550	7 246 222	15 401 772	Insgesamt

10.19

Versichertenstruktur nach Krankenkassen/Krankenversicherungen, Nordrhein-Westfalen, Jahr

Definition

Die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern. Entsprechende Leistungen werden den Versicherten durch die Krankenkassen angeboten. Der versicherte Personenkreis setzt sich aus Pflichtversicherten, freiwillig Versicherten und aus mitversicherten Familienangehörigen zusammen.

Pflichtversicherte Personen sind lt. SGB V Arbeiter und Angestellte, deren regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt 75 % der Beitragsbemessungsgrenze nicht übersteigt, Rentenbezieher, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen, sowie Auszubildende, Studierende und Arbeitslose. Außerdem gehören zum Kreis der Versicherungspflichtigen auch solche Personen, die in Einrichtungen für behinderte Menschen beschäftigt sind oder dort an einer berufsfördernden Maßnahme teilnehmen, Personen, die wegen einer berufsfördernden Maßnahme Übergangsgeld beziehen sowie Jugendliche, die durch die Beschäftigung in einer Einrichtung der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen. Ferner sind Landwirte und ihre mitarbeitenden Familienangehörigen sowie einige kleinere Gruppen von Selbstständigen pflichtversichert.

Freiwillig Versicherte sind Personen, die als Mitglieder aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind und in den letzten 5 Jahren vor dem Ausscheiden mindestens 12 Monate oder unmittelbar vor dem Ausscheiden ununterbrochen mindestens 6 Monate versichert waren sowie weitere im § 9 des SGB V genannte Personenkreise. Zu den freiwillig versicherten Personen zählen Versicherte, deren Einkünfte die Beitragsbemessungsgrenze übersteigen.

Versicherte Familienangehörige sind unterhaltsberechtignte Angehörige (Ehegatten, Lebenspartner und Kinder von Mitgliedern), sofern deren eigenes Einkommen bestimmte Grenzen nicht übersteigt. Nähere Bestimmungen sind in § 10 SGB V enthalten.

Datenhalter

- ▶ Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik des Landes Nordrhein-Westfalen

Datenquelle

- ▶ Mikrozensus, Zusatzerhebung

Periodizität

März - Mai 1999, 2003: alle 4 Jahre

Validität

In der Mikrozensus-Stichprobe wird eine hohe Ausschöpfung erzielt durch die Kombination von mündlicher Befragung durch Interviewer (als Erhebungsmethode erster Wahl) und schriftlicher Befragung (auf Wunsch des ausgewählten Haushalts bzw. bei Nichterreichbarkeit durch die Interviewer). Der Nonresponse wird möglichst gering gehalten durch mehrmalige Versuche der Interviewer, die Interviewpartner anzutreffen und durch Überprüfung und Nachfragen bei Antwortausfällen bzw. unplausiblen Antworten. Damit ist von einer ausreichenden Validität der Daten auszugehen.

Kommentar

Der Mikrozensus ist eine jährlich durchgeführte Repräsentativbefragung einer 1% - Stichprobe aller Haushalte zur Ermittlung bevölkerungs- und erwerbsstatistischer Daten. Rechtsgrundlage ist das Gesetz zur Durchführung einer Repräsentativstatistik über die Bevölkerung und den Arbeitsmarkt sowie die Wohnsituation der Haushalte (Mikrozensusgesetz) in Verbindung mit dem Gesetz über die Statistik für Bundeszwecke (BStatG). Die organisatorische und technische Vorbereitung des Mikrozensus erfolgt im Statisti-

schen Bundesamt. Für die Durchführung der Befragung und die Aufbereitung sind die Statistischen Landesämter zuständig. Der Mikrozensus ist überwiegend eine persönliche Befragung durch Interviewer. Bundesweit nehmen rund 370 000 Haushalte mit 820 000 Personen am Mikrozensus teil. Neben Bundesergebnissen werden auch Ergebnisse für die einzelnen Bundesländer zur Verfügung gestellt. Grundsätzlich werden Auswertungen nach größeren regionalen Einheiten z. B. 500 000 Einwohnern vorgenommen. Im Rahmen der im Abstand von vier Jahren durchgeführten Zusatzprogramme werden u. a. Feststellungen über den Versicherungsschutz der Bevölkerung (inkl. Absicherung in der privaten Krankenversicherung) getroffen, auf denen der Indikator beruht.

In dem Indikator sind nichtversicherte Personen nicht enthalten. Da nicht alle gesetzlichen Krankenkassen aufgeführt sind, ist die Summe der Versicherten nicht identisch mit der Summe der Versicherten im Indikator 10.17.

Der Indikator gehört zu den Prozessindikatoren.

Vergleichbarkeit

Es gibt keine vergleichbaren WHO-, OECD- und EU-Indikatoren. Der Indikator ist vergleichbar mit dem bisherigen GMK-Indikator 10.8.

Originalquellen

- ▶ Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW
Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen nach Art des Krankenversicherungsschutzes. Ergebnis des Mikrozensus 1990, 1995, 1999, 2003 ff.

Dokumentationsstand

24.02.2003 lögd/Statistisches Bundesamt/Rheinland-Pfalz/Beratungsgesellschaft f. angewandte Systemforschung mbH (BASYS)

Versichertenstruktur	Krankenkassen/Krankenversicherungen						
	AOK	BKK	IKK	LKK	BuKn	EK	Private
	Personen in 1 000						
Insgesamt	5 269	2 890	1 341	164	766	5 259	1 680
Pflichtmitglieder	2 143	1 231	593	45	143	2 171	–
Freiwillige Mitglieder	172	141	67	14	10	436	1 265
Rentner	1 299	581	218	53	370	1 076	–
Familienangehörige	1 655	937	462	52	243	1 576	415

Datenquelle/Copyright:

Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW:
Mikrozensus, Zusatzerhebung

10.19_01

Versichertenstruktur in der Gesetzlichen Krankenversicherung nach Kassenarten, Nordrhein-Westfalen, Jahr

Definition

Die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern. Entsprechende Leistungen werden den Versicherten durch die Krankenkassen angeboten. Der in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Personenkreis setzt sich aus Pflichtversicherten, freiwillig Versicherten und aus mitversicherten Familienangehörigen zusammen.

Pflichtversicherte Personen sind lt. SGB V Arbeiter und Angestellte, deren regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt 75 % der Beitragsbemessungsgrenze nicht übersteigt, Rentenbezieher, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen, sowie Auszubildende, Studierende und Arbeitslose. Außerdem gehören zum Kreis der Versicherungspflichtigen auch solche Personen, die in Einrichtungen für behinderte Menschen beschäftigt sind oder dort an einer berufsfördernden Maßnahme teilnehmen, Personen, die wegen einer berufsfördernden Maßnahme Übergangsgeld beziehen sowie Jugendliche, die durch die Beschäftigung in einer Einrichtung der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen. Ferner sind Landwirte und ihre mitarbeitenden Familienangehörigen sowie einige kleinere Gruppen von Selbstständigen pflichtversichert.

Freiwillig Versicherte sind Personen, die als Mitglieder aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind und in den letzten 5 Jahren vor dem Ausscheiden mindestens 12 Monate oder unmittelbar vor dem Ausscheiden ununterbrochen mindestens 6 Monate versichert waren sowie weitere im § 9 des SGB V genannte Personengruppen. Zu den freiwillig versicherten Personen zählen Versicherte, deren Einkünfte die Beitragsbemessungsgrenze übersteigen.

Versicherte Familienangehörige sind unterhaltsberechtigzte Angehörige (Ehegatten, Lebenspartner und Kinder von Mitgliedern), sofern deren eigenes Einkommen bestimmte Grenzen nicht übersteigt. Nähere Bestimmungen sind in § 10 SGB V enthalten.

Datenhalter

- ▶ Bundesministerium für Gesundheit

Datenquelle

- ▶ KM 6-Statistik: Mitgliederstruktur

Periodizität

Jährlich, 31.12.

Validität

Die Statistik über die GKV-Versicherten wurde neu organisiert. Es ist von einer zunehmenden Qualität der Angaben auszugehen.

Kommentar

In dem Indikator sind privatversicherte und nichtversicherte Personen nicht enthalten. Die Anzahl der Versicherten im vorliegenden Indikator ist nicht identisch mit der Anzahl der Versicherten im Indikator 10.19, da dieser aus den Daten des Mikrozensus erstellt wird und Privatversicherte einschließt.

Der Indikator gehört zu den Prozessindikatoren.

Vergleichbarkeit

Es gibt keine vergleichbaren WHO-, OECD- und EU-Indikatoren. Der Indikator ist bedingt vergleichbar mit dem bisherigen GMK-Indikator 10.8, für den die Ergebnisse des Mikrozensus genutzt wurden.

Originalquellen

- ▶ Bundesministerium für Gesundheit: <http://www.bmg.bund.de>
- ▶ Informationssystem für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (IS-GBE): <http://www.gbe-bund.de>.

Dokumentationsstand

06.12.2005 lögd

Versichertenstruktur	Kassenarten							
	AOK	BKK	IKK	LKK	SeeKK	KBS*	EKArb	EKAng
Indikator (L) 10.19_01	Versichertenstruktur in der Gesetzlichen Krankenversicherung nach Kassenarten, Nordrhein-Westfalen, 1. Juli 2006							
Insgesamt	4 654 287	3 059 977	1 490 299	129 800	2 738	706 926	257 021	5 100 724
Mitglieder davon:	3 087 719	2 069 762	976 576	85 857	2 032	519 554	163 565	3 599 713
Pflichtmitglieder	1 821 735	1 257 218	653 364	29 486	801	111 759	115 145	1 913 159
Freiw. Mitglieder	156 654	227 495	86 902	6 002	378	23 023	16 988	575 527
Rentner	1 109 330	585 049	236 310	50 369	853	384 772	31 432	1 111 027
Familienangehörige**	1 566 568	990 215	513 723	43 943	706	187 372	93 456	1 501 011

Datenquelle/Copyright:
Bundesministerium für Gesundheit:
KM 6-Statistik: Mitgliederstruktur

* früher BKnp
** Pflichtmitglieder, freiwillige Mitglieder, Rentner

10.20

Entwicklung der Beitragssätze in der Sozialversicherung, Deutschland (früheres Bundesgebiet, neue Länder), im Zeitvergleich

Definition

Die Höhe der Beitragssätze weist auf die Einkommensbelastung hin. Sie wird erheblich durch das regionale Preisniveau und die Leistungsanspruchnahme beeinflusst.

Die Sozialversicherung umfasst Kranken-, Renten-, Arbeitslosen- und Pflegeversicherung (Versicherungszweige). Sie umfasst Personen, die kraft Gesetzes oder Satzung (Versicherungspflicht) oder aufgrund freiwilligen Beitritts oder freiwilliger Fortsetzung der Versicherung (Versicherungsberechtigung) versichert sind. Die Mittel der Sozialversicherung werden nach Maßgabe der besonderen Vorschriften für die einzelnen Versicherungszweige durch Beiträge der Versicherten, der Arbeitgeber und Dritter, durch staatliche Zuschüsse und durch sonstige Einnahmen erbracht (SGB IV, § 20). Die Beitragshöhe bemisst sich nach einem bestimmten Prozentsatz der beitragspflichtigen Einnahmen. Es wird höchstens das Einkommen bis zur Bemessungsgrenze zu Grunde gelegt. Der Beitrag wird bei Bestehen von Versicherungspflicht in der Regel je zur Hälfte vom Arbeitnehmer und Arbeitgeber getragen.

Auch die Unfallversicherung ist ein Zweig der Sozialversicherung. Sie wird nur durch Beiträge der Arbeitgeber finanziert. Die Höhe der Beiträge richtet sich nach dem Arbeitsverdienst der Versicherten im jeweiligen Unternehmen und nach dem Grad der Unfallgefahr.

Datenhalter

- ▶ Bundesministerium für Gesundheit
- ▶ Bundesministerium für Arbeit und Soziales

Datenquelle

- ▶ Arbeits- und Sozialstatistik

Periodizität

Jährlich, 31.12.

Validität

Die Beitragssätze werden von den Sozialversicherungsträgern aufgrund der Ausgabenentwicklung beantragt und von den zuständigen Ministerien bestätigt. Die Daten sind valide.

Kommentar

Die Beitragssätze für die gesetzliche Rentenversicherung (RV), Arbeitslosenversicherung (AV) und die soziale Pflegeversicherung (PV) sind bundesweit gleich. Sie werden vom Gesetzgeber festgelegt. Die gesetzlichen Krankenkassen setzen ihre Beitragssätze zur Krankenversicherung selbst fest. Die Beitragssätze der Krankenkassen sind im Allgemeinen bundesweit gleich. Die Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK), die IKKs und die BKKs können regional unterschiedliche Beitragssätze haben, wenn es sich nur um regional operierende Kassen handelt.

Mit Wirkung ab dem 1. Juli 2005 wird von den Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung auf Dauer ein einheitlicher zusätzlicher Beitragssatz von 0,9 v. H. auf die beitragspflichtigen Einnahmen erhoben. Die Höhe des zusätzlichen Beitragssatzes ist gesetzlich in § 241 a SGB V festgelegt. Seine Festsetzung unterliegt damit nicht der Entscheidungshoheit der Selbstverwaltung der Krankenkassen. Den auf den zusätzlichen Beitragssatz entfallenden Betrag trägt allein der Arbeitnehmer. Da die gesetzlichen Krankenkassen gesetzlich verpflichtet sind, ihre Beitragssätze ebenfalls ab dem 1. Juli 2005 um 0,9 % zu senken (was je zur Hälfte dem Arbeitgeber und dem Arbeitnehmer zugute kommt), beträgt die reale Belastung für die Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung 0,45 %. Gleichzeitig werden die Unternehmen um 0,45 Prozentpunkte entlastet.

Gemäß dem “Gesetz zur Berücksichtigung der Kindererziehung im Beitragsrecht der sozialen Pflegeversicherung”, dem so genannten Kinder-Berücksichtigungsgesetz (KiBG), müssen gesetzlich Versicherte zwischen 23 und 65 Jahren ohne Kinder ab 1. Januar 2005 neben dem je zur Hälfte vom Arbeitgeber und Arbeitnehmer zu tragenden Pflegeversicherungsbeitrag einen Beitragszuschlag von 0,25 Beitragssatzpunkten bezahlen.

Die Beitragsbemessungsgrenzen werden vom Gesetzgeber jährlich neu festgelegt. Für RV und AV gelten die gleichen Beitragsbemessungsgrenzen. Die Beitragsbemessungsgrenze der Kranken- und Pflegeversicherung wird aus dieser Beitragsbemessungsgrenze abgeleitet. In diesem Indikator wird die Unfallversicherung nicht berücksichtigt.

Der Indikator gehört zu den Prozessindikatoren.

Vergleichbarkeit

Es gibt keine vergleichbaren WHO-, OECD- und EU-Indikatoren. Der Indikator ist nur bedingt vergleichbar mit dem bisherigen Indikator 10.10, in dem die Beitragsentwicklung ausschließlich für die gesetzliche Krankenversicherung in Nordrhein-Westfalen bearbeitet wurde, und mit dem Indikator 10.14, der die Beitragsbemessungsgrenze für die gesetzliche Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland enthielt.

Originalquellen

- ▶ Bundesministerium für Gesundheit: <http://www.bmg.bund.de>
- ▶ Informationssystem für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (IS-GBE): <http://www.gbe-bund.de>.

Dokumentationsstand

28.06.2005 lögd/Statistisches Bundesamt/Rheinland-Pfalz/Beratungsgesellschaft f. angewandte Systemforschung mbH (BASYS)

**Indikator (B)
10.20**
**Entwicklung der Beitragssätze in der Sozialversicherung, Deutschland
(früheres Bundesgebiet, neue Länder), 1990, 1995, 2000 - 2006**

Jahr	Monatliche Beitragsbemessungsgrenze in der Sozialversicherung in € - früheres Bundesgebiet -				
	Kranken- versicherung	Rentenversicherung		Pflege- versicherung	Arbeitslosen- versicherung
		Arbeiter/ Angestellte	Knappschaft		
1990	2 416	3 221	3 988	–	3 221
1995	2 991	3 988	4 908	2 991	3 988
2000	3 298	4 397	5 420	3 298	4 397
2001	3 336	4 448	5 471	3 336	4 448
2002	3 375	4 500	5 550	3 375	4 500
2003	3 450	5 100	6 250	3 450	5 100
2004	3 488	5 150	6 350	3 488	5 150
2005	3 525	5 200	6 400	3 525	5 200
2006	3 562,50	5 250	6 450	3 562,50	5 250
Jahr	Monatliche Beitragsbemessungsgrenze in der Sozialversicherung in € - neue Länder -				
	Kranken- versicherung	Rentenversicherung		Pflege- versicherung	Arbeitslosen- versicherung
		Arbeiter/ Angestellte	Knappschaft		
1990	1 035	1 380	1 380	–	1 380
1995	2 454	3 272	3 988	2 454	3 272
2000	2 723	3 630	4 448	2 723	3 630
2001	3 336	3 732	4 602	3 336	3 732
2002	3 375	3 750	4 650	3 375	3 750
2003	3 450	4 250	5 250	3 450	4 250
2004	3 488	4 350	5 350	3 488	4 350
2005	3 525	4 400	5 400	3 525	4 400
2006	3 562,50	4 400	5 400	3 562,50	4 400
Jahr	Monatlicher Beitragssatz in der Sozialversicherung in % - Deutschland -				
	Kranken- versicherung	Rentenversicherung		Pflege- versicherung	Arbeitslosen- versicherung
		Arbeiter/ Angestellte	Knappschaft		
1990	12,60	18,70	24,45	–	4,30
1995	13,20	18,60	24,70	1,00	6,50
2000	13,50	19,30	25,60	1,70	6,50
2001	13,60	19,10	25,40	1,70	6,50
2002	14,00	19,10	25,40	1,70	6,50
2003	14,30	19,50	25,90	1,70	6,50
2004	14,30	19,50	25,90	1,70	6,50
2005 ¹	13,30	19,50	25,90	1,70	6,50
2006	13,20	19,50	25,90	1,70	6,50

Datenquelle/Copyright:
Bundesministerium für Gesundheit/Bundesministerium für Arbeit und Soziales:
Bundesarbeitsblatt (Arbeits- und Sozialstatistik)

¹ GKV - Beitragssatz bis 30.06.05: 14,20
GKV - u. Pflegevers. - Beitragssätze:
Neuerungen 2005 siehe Kommentar

10.21

Einnahmen und Ausgaben der gesetzlichen Sozialversicherung, Deutschland, im Zeitvergleich

Definition

Die Sozialversicherung gliedert sich in soziale Pflegeversicherung, gesetzliche Krankenversicherung, gesetzliche Rentenversicherung, Arbeitslosenversicherung und gesetzliche Unfallversicherung und umfasst Personen, die kraft Gesetzes oder Satzung (Versicherungspflicht) oder aufgrund freiwilligen Beitritts oder freiwilliger Fortsetzung der Versicherung (Versicherungsberechtigung) versichert sind. Die Mittel der Sozialversicherung werden nach Maßgabe der besonderen Vorschriften für die einzelnen Versicherungszweige durch die Beiträge der Versicherten, der Arbeitgeber und Dritter, durch staatliche Zuschüsse und durch sonstige Einnahmen aufgebracht (SGB IV). Dabei sind die Beiträge die wichtigsten Einnahmen der Sozialversicherungsträger. Insgesamt werden ca. 20 % vom Einkommen für die Sozialversicherung abgezogen. Die gleiche Summe legt der Arbeitgeber noch einmal zur Sozialversicherung dazu (Stand 2001).

Datenhalter

- ▶ Bundesministerium für Gesundheit
- ▶ Deutsche Rentenversicherung Bund

Datenquelle

- ▶ KJ 1-Statistik: Rechnungsergebnisse (Ausgaben und Einnahmen)
- ▶ Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung
- ▶ Ist-Ergebnisse ohne Rechnungsabgrenzung
- ▶ DRV-Bund Rechnungsergebnisse

Periodizität

Jährlich, 31.12.

Validität

Die Ausgaben sind durch unabhängige Wirtschaftsprüfer bestätigt und gelten als valide.

Kommentar

Im Indikator 10.21 werden von den verschiedenen Zweigen der Sozialversicherung nur die gesetzliche Krankenversicherung, die soziale Pflegeversicherung und die gesetzliche Rentenversicherung aufgeführt. Der Indikator gehört zu den Prozessindikatoren.

Vergleichbarkeit

Es gibt keine vergleichbaren WHO-Indikatoren. Es gibt vergleichbare Angaben zu *National and public expenditures on health* in den OECD- und EU-Indikatorensätzen. Der Indikator ist nur bedingt vergleichbar mit dem bisherigen Indikator 10.11, da in diesem ausschließlich Angaben zu den Beitragseinnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung enthalten waren.

Originalquellen

- ▶ Bundesministerium für Gesundheit: <http://www.bmg.bund.de>
- ▶ Informationssystem für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (IS-GBE): <http://www.gbe-bund.de>.

Dokumentationsstand

11.12.2006 Iögd/Statistisches Bundesamt/Rheinland-Pfalz/Beratungsgesellschaft f. angewandte Systemforschung mbH (BASYS)

**Indikator (L)
10.21**

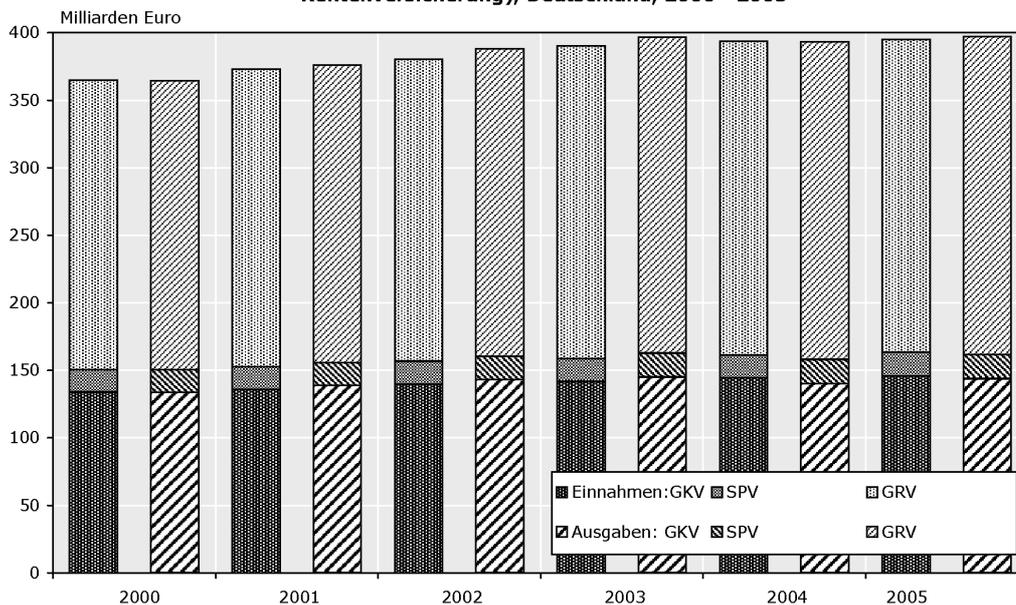
Einnahmen und Ausgaben der gesetzlichen Sozialversicherung, Deutschland, 1990, 1995, 2000 - 2005

Jahr	Einnahmen und Ausgaben								
	Gesetzliche Krankenversicherung			Soziale Pflegeversicherung			Gesetzliche Rentenversicherung		
	Ein-nahmen*	Aus-gaben*	Saldo	Ein-nahmen	Aus-gaben	Saldo	Ein-nahmen	Aus-gaben	Saldo
	in Mrd. €								
1990**	75,5	72,4	3,1	-	-	-	115,0	110,1	4,9
1995	120,4	124,0	- 3,7	8,4	5,0	3,4	179,3	184,4	- 5,1
2000	133,8	133,7	0,1	16,6	16,7	- 0,1	214,6	214,0	0,6
2001	135,8	138,8	- 3,0	16,8	16,9	- 0,1	220,3	220,3	0,0
2002	139,7	143,0	- 3,3	17,0	17,4	- 0,4	223,6	227,7	- 4,1
2003	141,7	145,1	- 3,4	16,9	17,6	- 0,7	231,9	233,9	- 2,0
2004	144,3	140,2	4,1	16,9	17,7	- 0,8	232,5	235,4	- 3,0
2005***	145,7	143,8	1,9	17,5	17,9	- 0,4	231,7	235,6	- 3,9

Datenquelle/Copyright:
Bundesministerium für Gesundheit:
KJ 1-Statistik: Rechnungsergebnisse (Ausgaben u. Einnahmen),
Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung,
Ist-Ergebnisse ohne Rechnungsabgrenzung
Deutsche Rentenversicherung Bund:
Rechnungsergebnisse

* ohne Berücksichtigung des Risikostruktur-
ausgleichs (RSA)/ohne Bundeszuschuss für
versicherungsfremde Leistungen für die
Jahre 2004 und 2005
** Zahlen nur für die alten Bundesländer
*** Für GKV und GRV vorläufige Werte

Einnahmen und Ausgaben der gesetzlichen Sozialversicherung (Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung), Deutschland, 2000 - 2005



10.22

Entwicklung der Beitrags- und sonstigen Einnahmen in der gesetzlichen Krankenversicherung nach Versichertengruppen, Deutschland (früheres Bundesgebiet, neue Länder), im Zeitvergleich

Definition

Die Mittel der gesetzlichen Krankenversicherung werden durch Beiträge und sonstige Einnahmen aufgebracht (§ 220 SGB V). Im Indikator 10.22 werden die Einnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung durch die Beiträge der verschiedenen Versichertengruppen (Pflichtmitglieder, freiwillige Mitglieder, Rentner) ausgewiesen. Ferner sind die sonstigen Einnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung aufgeführt. Nicht berücksichtigt sind die Einnahmen aus dem Risikostrukturausgleich (RSA), der seit dem Jahr 1994 besteht sowie ab 2002 die Einnahmen aus dem Risikopool (SGB V § 269), der seit dem 1. Jan. 2002 ergänzend zum RSA (SGB V § 266) die finanziellen Belastungen für aufwendige Leistungsfälle zwischen den Krankenversicherungen teilweise ausgleichen soll.

Die Beitragseinnahmen und sonstigen Einnahmen für NRW sind in den Beitragseinnahmen und sonstigen Einnahmen des früheren Bundesgebietes enthalten.

Datenhalter

- ▶ Bundesministerium für Gesundheit

Datenquelle

- ▶ KJ 1-Statistik: Rechnungsergebnisse (Ausgaben und Einnahmen)

Periodizität

Jährlich, 31.12.

Validität

Die Ausgaben sind durch unabhängige Wirtschaftsprüfer bestätigt und gelten als valide.

Kommentar

Die Beitragseinnahmen der Ortskrankenkassen, der Landwirtschaftlichen Krankenkassen, der Betriebskrankenkassen, der Innungskrankenkassen, der Bundesknappschaft und der Ersatzkassen für Arbeiter und Angestellte wurden im vorliegenden Indikator aufaddiert.

Der Indikator gehört zu den Prozessindikatoren.

Vergleichbarkeit

Es besteht keine Vergleichbarkeit mit WHO-, OECD- und EU-Indikatoren. Der Indikator ist nicht vergleichbar mit dem bisherigen GMK-Indikator 10.13, der die Zahlen für Nordrhein-Westfalen enthielt.

Originalquellen

- ▶ Bundesministerium für Gesundheit: <http://www.bmg.bund.de>
- ▶ Informationssystem für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (IS-GBE): <http://www.gbe-bund.de>.

Dokumentationsstand

12.07.2006 lögd/Statistisches Bundesamt/Rheinland-Pfalz/Beratungsgesellschaft f. angewandte Systemforschung mbH (BASYS)

Indikator (B) 10.22	Entwicklung der Beitrags- und sonstigen Einnahmen in der gesetzlichen Krankenversicherung nach Versichertengruppen, Deutschland (früheres Bundesgebiet, neue Länder), 2001 - 2005				
	Beitragseinnahmen und sonstige Einnahmen in 1000 €				
	Jahr	Einnahmen insgesamt*	davon:		
Beiträge für Pflichtmitglieder ohne Rentner			Beiträge der freiwilligen Mitgl. ohne Rentner	Beiträge der Rentner	
Deutschland					
2001	135 789 813	82 465 335	24 411 931	25 008 877	3 903 669
2002	139 706 826	84 687 443	23 663 139	27 857 702	3 498 542
2003	141 650 200	87 252 236	20 338 651	29 908 469	3 270 845
2004	144 279 297	85 758 955	20 230 435	32 311 102	4 159 051
2005	145 741 847	86 129 355	19 877 684	32 329 416	5 491 722
früheres Bundesgebiet					
2001	114 626 352	69 249 944	22 530 863	19 287 904	3 557 641
2002	118 181 904	71 301 535	21 866 753	21 845 718	3 167 898
2003	120 124 416	73 919 692	18 847 486	23 686 415	2 860 824
2004	122 745 566	72 690 741	18 697 261	26 047 929	3 639 138
2005	124 036 291	72 998 764	18 376 465	26 074 780	4 828 037
neue Länder					
2001	21 163 461	13 215 391	1 881 068	5 720 974	346 028
2002	21 524 922	13 385 908	1 796 386	6 011 984	330 644
2003	21 525 784	13 332 544	1 491 165	6 222 054	410 021
2004	21 533 730	13 068 214	1 533 174	6 263 173	519 913
2005	21 705 556	13 130 591	1 501 219	6 254 636	663 685

Datenquelle/Copyright:
Bundesministerium für Gesundheit:
KJ 1-Statistik: Rechnungsergebnisse (Ausgaben und Einnahmen)

* ohne Risikostrukturausgleich (2001) und Risikopool (ab 2002), korrigiert um die von der Knappschaft direkt in den RSA abgeführten Beiträge aus geringfüg. Beschäftigung (ab 2003)

** ohne Risikostrukturausgleich (2001) und Risikopool (ab 2002)

10.23

Entwicklung der Beitragssätze und der beitragspflichtigen Einnahmen in der GKV insgesamt und in ausgewählten Krankenversicherungen, Deutschland (früheres Bundesgebiet, neue Länder), im Zeitvergleich

Definition

Die Mittel der Sozialversicherung, d. h. auch der gesetzlichen Krankenversicherung, werden nach Maßgabe der besonderen Vorschriften für die einzelnen Versicherungszweige durch Beiträge der Versicherten, der Arbeitgeber und Dritter, durch staatliche Zuschüsse und durch sonstige Einnahmen erbracht (SGB IV, § 20). Die gesetzliche Krankenversicherung ist eine Solidargemeinschaft, bei der jeder Versicherte entsprechend seiner wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit zur Finanzierung der Krankenversicherung beiträgt. Die Krankenkassen müssen dafür sorgen, dass sich Einnahmen und Ausgaben ausgleichen. Die Beiträge der Krankenkassen sind so zu bemessen, dass sie zusammen mit den sonstigen Einnahmen die im Haushaltsplan vorgesehenen Ausgaben decken.

Deshalb werden Beitragssätze festgelegt, die den zu zahlenden Krankenversicherungsbeitrag vom Bruttoeinkommen des Versicherten festlegen. Grundlage der Beitragszahlungen an die gesetzlichen Krankenkassen ist das Bruttoarbeitsentgelt bis zur Beitragsbemessungsgrenze, die jährlich der allgemeinen Einkommensentwicklung angepasst wird. Die Beitragsbemessungsgrenze ist gleichzeitig Pflichtversicherungsgrenze, d. h., dass Mitglieder mit einem höheren Bruttoverdienst zwischen der freiwilligen Weiterversicherung in der GKV und einer privaten Krankenversicherung wählen können.

Für Kassenmitglieder ohne Arbeitsentgelt (Studenten, Arbeitslose, Sozialhilfeempfänger, Rehabilitanden) wird die Bemessungsgrenze durch den Gesetzgeber festgelegt. Zu den beitragspflichtigen Einnahmen zählen Zahlbeträge der Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung und vergleichbare Einnahmen (Versorgungsbezüge) sowie das Arbeitseinkommen. Dem Arbeitsentgelt steht das Vorruhestandsgeld gleich. Die Beitragsfestsetzung einer versicherten Person wird als prozentualer Anteil vom Bruttoeinkommen ausgewiesen. In der Regel tragen Arbeitnehmer und Arbeitgeber den Krankenkassenbeitrag je zur Hälfte.

Für geringfügig Beschäftigte, deren Arbeitsentgelt insgesamt regelmäßig 400 € im Monat nicht übersteigt, zahlt der Arbeitgeber Pauschalbeiträge zur Sozialversicherung und Steuer. An die gesetzlicher Krankenversicherung müssen 11 % des Arbeitsentgelts abgeführt werden, der Pauschalbeitragssatz zur Rentenversicherung beträgt 12 %. Mit Wirkung ab 1. Juli 2006 erhöhen sich die Pauschalbeiträge von bisher 25 auf 30 %. Der vom Arbeitgeber zu zahlende Pauschalbeitrag zur Krankenversicherung wird auf 13 % und der zur Rentenversicherung auf 15 % angehoben. Der einheitliche Pauschalsteuersatz von 2 % bleibt unverändert.

Datenhalter

- ▶ Bundesministerium für Gesundheit

Datenquelle

- ▶ KJ 1-Statistik: Rechnungsergebnisse (Ausgaben und Einnahmen)
- ▶ KM 1-Statistik: Monatsstatistik der GKV über Mitglieder u. Kranke

Periodizität

Jährlich, 31.12.

Validität

Die Beitragssätze der Krankenkassen werden aufgrund der Ausgabenentwicklung beantragt und vom zuständigen Ministerium bestätigt. Die beitragspflichtigen Einnahmen unterliegen Wirtschaftsprüfungen. Die Daten gelten als valide.

Kommentar

Die Beiträge werden unabhängig vom Versicherungsrisiko und der Zahl der mitversicherten Familienangehörigen nach dem Einkommen des Versicherten erhoben. Dieser Grundsatz bewahrt Versicherte, die wegen ihres gesundheitlichen Risikos oder ihrer Familiensituation hohe Leistungen in Anspruch nehmen müssen, davor, dass sie höhere Beiträge zu zahlen haben als Versicherte mit gleichen Einkünften und geringerem Versicherungsrisiko. Anders als in der privaten Krankenversicherung spielen deshalb die individuellen Krankheitsrisiken, das Geschlecht und die Zahl der mitversicherten Familienangehörigen für die Höhe des individuellen Beitrags keine Rolle. Durch die Unterschiede in den Beitragseinnahmen der verschiedenen Krankenkassen, die aufgrund unterschiedlicher Durchschnittseinkommen und einer unterschiedlichen Risikostruktur ihrer Versicherten entstehen, kommt es zu Beitragssatzunterschieden zwischen den verschiedenen Kassen. Mit dem 1994 eingeführten Risikostrukturausgleich (SGB V § 266) sollen die finanziellen Auswirkungen von Unterschieden in der Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder, der Zahl der nach SGB V § 10 versicherten Familienangehörigen und der Verteilung der Versicherten auf nach Alter und Geschlecht getrennte Versichertengruppen (SGB V § 267 Abs. 2) zwischen den Krankenkassen ausgeglichen werden und damit die Beitragssatzverzerrungen abgebaut werden.

Der Indikator ist ein Prozessindikator.

Vergleichbarkeit

Es gibt keine vergleichbaren WHO- und OECD-Indikatoren. Der Indikator ist nur bedingt vergleichbar mit dem bisherigen Indikator 10.10, der die Beitragssatzentwicklung für AOK, BKK, IKK in NRW sowie für die GKV insgesamt in Deutschland auswies. Die Angaben für NRW sind im früheren Bundesgebiet enthalten.

Originalquellen

- ▶ Bundesministerium für Gesundheit: <http://www.bmg.bund.de>
- ▶ Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung: Daten des Gesundheitswesens: Ausgabe 2001
- ▶ Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung: Statistisches Taschenbuch 2001 - 2002
- ▶ Bundesministerium für Gesundheit: Statistisches Taschenbuch 2005 ff.

Dokumentationsstand

12.07.2006 lögd/Statistisches Bundesamt/Rheinland-Pfalz/Beratungsgesellschaft f. angewandte Systemforschung mbH (BASYS)

**Indikator (B)
10.23**
Entwicklung der Beitragssätze und der beitragspflichtigen Einnahmen in der GKV insgesamt und in ausgewählten Krankenversicherungen, Deutschland (früheres Bundesgebiet, neue Länder), 2001 - 2005

Jahr	GKV		Darunter:					
	Beitrags- satz*	beitragspfl. Einnahmen	AOK		BKK		IKK	
			Beitrags- satz*	beitragspfl. Einnahmen	Beitrags- satz*	beitragspfl. Einnahmen	Beitrags- satz*	beitragspfl. Einnahmen
in %	in 1 000 €	in %	in 1 000 €	in %	in 1 000 €	in %	in 1 000 €	
	Deutschland							
2001	13,58	955 800 559	13,99	308 543 071	12,55	198 881 695	13,84	55 648 677
2002	13,98	960 391 453	14,25	304 324 616	13,03	215 890 253	14,23	55 027 740
2003	14,31	954 660 576	14,47	295 615 873	13,66	237 151 889	14,30	54 252 230
2004	14,22	964 611 602	14,39	295 254 553	13,90	243 963 935	14,03	55 393 760
2005	13,72	969 354 451	13,90	296 996 181	13,44	238 773 518	13,50	59 328 900
	früheres Bundesgebiet							
2001	13,56	804 809 190	13,98	254 324 361	12,53	175 007 163	13,82	44 732 754
2002	14,00	809 327 109	14,31	250 708 618	13,02	189 432 398	14,34	44 065 829
2003	14,35	805 792 142	14,62	242 599 748	13,65	207 898 391	14,44	43 251 247
2004	14,27	816 021 851	14,52	241 169 724	13,90	215 406 683	14,22	43 686 506
2005	13,77	819 799 148	14,03	241 366 331	13,43	212 947 507	13,73	45 495 870
	neue Länder							
2001	13,67	150 991 370	14,06	54 218 711	12,54	23 874 532	13,88	10 915 923
2002	13,88	151 064 344	13,94	53 615 998	13,02	26 457 855	13,95	10 961 910
2003	14,12	148 868 434	13,85	53 016 125	13,66	29 253 498	13,87	11 000 983
2004	14,02	148 589 751	13,80	54 084 830	13,94	28 557 252	13,63	11 707 253
2005	13,48	149 555 303	13,28	55 629 850	13,50	25 826 012	12,92	13 833 030

Datenquelle/Copyright:
Bundesministerium für Gesundheit:
KJ 1-Statistik: Rechnungsergebnisse (Ausgaben und Einnahmen)
KM 1-Statistik: Monatsstatistik der GKV über Mitglieder u. Kranke

* allgemeiner Beitragssatz (SGB V § 241)
in Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen

10.24

Import-/Exportsaldo im Gesundheitswesen nach Einrichtungen, Nordrhein-Westfalen, Jahr (vorläufiger Text)

Definition

Der Indikator weist aus, ob das Bundesland in der Lage ist, alle Gesundheitsleistungen in seinen Einrichtungen selbst zu erbringen und ob es einen Überschuss oder ein Defizit an Gesundheitsleistungen erwirtschaftet.

Leistungsexportüberschuss des Gesundheitswesens: Es werden mehr Leistungen des Gesundheitswesens in andere Bundesländer exportiert als aus anderen Bundesländern importiert werden.

Leistungsimportüberschuss des Gesundheitswesens: Es werden mehr Leistungen des Gesundheitswesens aus anderen Bundesländern importiert als in andere Bundesländer exportiert werden.

Datenhalter

- ▶ Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik des Landes Nordrhein-Westfalen

Datenquelle

- ▶ Gesundheitsausgabenrechnung

Periodizität

Jährlich, 31.12.

Validität

Aussagen zur Validität und Qualität der Daten siehe Indikator 10.1.

Kommentar

Der vorliegende Indikator beschreibt mit dem Leistungsüberschuss bzw. -defizit die Wettbewerbssituation des Gesundheitswesens in den einzelnen Bundesländern. Der Indikator setzt eine länderübergreifende Verflechtungsanalyse voraus.

Der Indikator gehört zu den Prozessindikatoren.

Vergleichbarkeit

Der Indikator ist nicht vergleichbar mit WHO-, OECD- und EU-Indikatoren. Im bisherigen Indikatorensatz der Länder gab es keinen adäquaten Indikator.

Originalquellen

- ▶ Publikationen der Länder zu den verwendeten Datenquellen, z. B. Statistische Jahrbücher.

Dokumentationsstand

24.02.2003 Iögd/Statistisches Bundesamt/Rheinland-Pfalz/Beratungsgesellschaft f. angewandte Systemforschung mbH (BASYS)

Indikator (L) 10.24	Import-/Export-Saldo im Gesundheitswesen nach Einrichtungen, Nordrhein-Westfalen, Jahr
--------------------------------	---

Einrichtungen	Import-/Export-Saldo		
	Import	Export	Saldo
	in Mio. €		
Gesundheitsschutz			
ambulante Einrichtungen			
stationäre/teilstationäre Einrichtungen			
Krankentransporte/ Rettungsdienste			
Verwaltung			
sonstige Einrichtungen			
Vorleistungen			
Insgesamt			

Datenquelle/Copyright:
Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW:
Gesundheitsausgabenrechnung

10.25

Bruttowertschöpfung im Gesundheitswesen, Deutschland, im Zeitvergleich

Definition

Die Bruttowertschöpfung (BWS) ist ein Maß für den Wert der volkswirtschaftlichen Leistung, die innerhalb des Landes entstanden ist. Die BWS im Gesundheitswesen ist die Summe der im Gesundheitswesen produzierten Gesundheitsgüter und -dienstleistungen abzüglich der von anderen Wirtschaftseinheiten bzw. Wirtschaftsbereichen bezogenen Vorleistungen (z. B. Rohstoffe, Vorprodukte, Handelswaren, Reparaturleistungen etc.).

Vollzeitäquivalente geben die Anzahl der auf die volle tarifliche Arbeitszeit umgerechneten Beschäftigten an. Ein Vollzeitäquivalent entspricht einem Vollzeitbeschäftigten. Bei der Ermittlung der Vollzeitäquivalente geht beim Bund ein Teilzeitbeschäftigter mit dem Faktor 0,5 und ein geringfügig Beschäftigter mit 0,2 in die Berechnung ein. Ausgenommen hiervon ist bisher nur die Berechnung der Vollzeitäquivalente in Krankenhäusern und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. Hier liegen konkrete Nachweise aus der Krankenhausstatistik vor.

Der vorliegende Indikator berechnet die Bruttowertschöpfung je Vollzeitäquivalent im Gesundheitswesen in Euro.

Datenhalter

- ▶ Statistisches Bundesamt

Datenquelle

- ▶ Gesundheitspersonalrechnung
- ▶ Gesundheitsausgabenrechnung

Periodizität

Jährlich, 31.12.

Validität

Aussagen zur Validität und Qualität der Daten siehe Indikator 10.1.

Kommentar

Die Berechnung der Bruttowertschöpfung für das Gesundheitswesen liegt gegenwärtig nur für mehrere Wirtschaftsbereiche gemeinsam vor (Gruppe A 17: Gesundheitswesen, Veterinärwesen, Sozialwesen) und kann deshalb im Indikator noch nicht ausgewiesen werden.

Der Indikator ist ein Prozessindikator.

Vergleichbarkeit

Es gibt keine WHO-, OECD- und EU-Indikatoren zur Bruttowertschöpfung.

Es gab bisher keinen vergleichbaren GMK-Indikator.

Originalquellen

- ▶ Informationssystem für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (IS-GBE): <http://www.gbe-bund.de>.
- ▶ Statistisches Bundesamt: Gesundheit - Personal 1997 ff.: <http://www.destatis.de>

Dokumentationsstand

05.01.2005 lögd/Statistisches Bundesamt/Rheinland-Pfalz/Beratungsgesellschaft f. angewandte Systemforschung mbH (BASYS)

Indikator (B) 10.25		Bruttowertschöpfung¹ im Gesundheitswesen, Deutschland, 2000 - 2004		
Jahr	Bruttowertschöpfung in Mio. €* •	Vollzeitäquivalente im Gesundheitswesen	Bruttowertschöpfung je Vollzeitäquivalent in €* •	
2000	•	3 275 000	•	
2001	•	3 302 000	•	
2002	•	3 318 000	•	
2003	•	3 363 000	•	
2004**	•	3 335 000	•	

Datenquelle/Copyright:
 Statistisches Bundesamt:
 Gesundheitsausgabenrechnung
 Gesundheitspersonalrechnung

¹ Bruttowertschöpfung:
 innerhalb eines abgegrenzten
 Wirtschaftsgebiets in einem
 bestimmten Zeitraum erbrachte
 wirtschaftliche Leistung

* gegenwärtig nicht verfügbar

** aktualisierte Zahlen,
 Stand: 16.08.2006

10.26

Einkommensleistungen nach Ausgabenträgern, Nordrhein-Westfalen, Jahre

Definition

Einkommensleistungen stellen nach dem System der neuen Gesundheitsausgabenrechnung des Bundes (GAR) eine Erweiterung der Gesundheitsausgaben dar. Diese Transferzahlungen werden, um Doppelzahlungen zu vermeiden, nicht zu den Gesundheitsausgaben gezählt. Sie können von den Empfängern für den Kauf von Gesundheitsgütern oder Gesundheitsdienstleistungen verwendet werden. Der gleiche Betrag würde so einmal als Einkommensleistung und ein zweites Mal als Ausgabe gewertet. Zu den Einkommensleistungen zählen: Krankengeld, Verletztengeld, Übergangsgelder, vorzeitige Renten bei Berufs- und Erwerbsunfähigkeit sowie die Entgeltfortzahlungen bei Krankheit oder Mutterschaft und außerdem Beiträge zur Rentenversicherung für private Pflegepersonen und entsprechende Leistungen für die Empfänger sozialer Leistungen.

Die neue GAR gliedert die Ausgabenträger in: öffentliche Haushalte, gesetzliche Krankenversicherung, soziale Pflegeversicherung, gesetzliche Rentenversicherung, gesetzliche Unfallversicherung, private Krankenversicherung, Arbeitgeber, private Haushalte/private Organisationen ohne Erwerbszweck.

Dieser Indikator führt Einkommensleistungen nach Ausgabenträgern auf. Insgesamt sind die Einkommensleistungen in den vergangenen Jahren angestiegen.

Datenhalter

- ▶ Statistisches Bundesamt

Datenquelle

- ▶ Gesundheitsausgabenrechnung
- ▶ Eigene Berechnung für NRW durch das Iögd

Periodizität

Jährlich, 31.12.

Validität

Aussagen zur Validität und Qualität der Daten siehe Indikator 10.1.

Kommentar

Für das Berichtsjahr 2004 wurden die Ergebnisse des Statistischen Bundesamtes erstmalig nach der umfassend revidierten Fassung der neuen Gesundheitsausgabenrechnung (GAR) veröffentlicht. Die Angaben für das Jahr 2004 sind mit den Angaben zu den früheren Berichtsjahren im Indikator 10.26 vergleichbar, da die Revision der GAR auch rückwirkend erfolgte. Die Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträgern für Nordrhein-Westfalen wurden auf der Grundlage des Bevölkerungsanteils Nordrhein-Westfalens an der Gesamtbevölkerung in Deutschland berechnet.

Weitere Hinweise siehe Kommentar zu Indikator 10.2.

Der Indikator gehört zu den Prozessindikatoren.

Vergleichbarkeit

Es gibt keine vergleichbaren WHO-, OECD- und EU-Indikatoren.

Im bisherigen Indikatorensatz der Länder gab es keinen Indikator zu Einkommensleistungen.

Originalquellen

- ▶ Informationssystem für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (IS-GBE): <http://www.gbe-bund.de>.
- ▶ Statistisches Bundesamt: Gesundheit - Ausgaben 1995 ff.: <http://www.destatis.de>

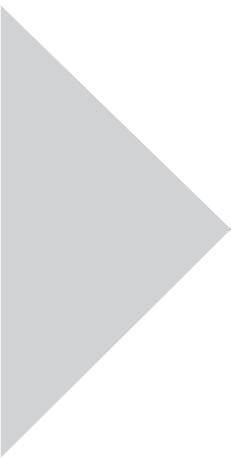
Dokumentationsstand

02.10.2006 lögd/Statistisches Bundesamt

Ausgabenträger	Einkommensleistungen nach Ausgabenträgern ¹ , Nordrhein-Westfalen, 2003, 2004					
	2003*			2004*		
	in Mio. €	in %	je Einw.	in Mio. €	in %	je Einw.
Insgesamt	13 751	100	761	12 940	100	716
davon:						
öffentliche Haushalte	611	4,4	34	577	4,5	32
gesetzliche Krankenversicherung	1 674	12,2	93	1 544	11,9	85
soziale Pflegeversicherung	–	–	–	–	–	–
gesetzliche Rentenversicherung	3 764	27,4	208	3 608	27,9	200
gesetzliche Unfallversicherung	789	5,7	44	777	6,0	43
private Krankenversicherung	296	2,2	16	295	2,3	16
Arbeitgeber	6 617	48,1	366	6 138	47,4	340
private Haushalte u. private Organisationen o. Erwerbszweck	–	–	–	–	–	–

Datenquelle/Copyright:
 Statistisches Bundesamt:
 Gesundheitsausgabenrechnung
 Eigene Berechnung für NRW durch das lögd

¹ geschätzte Zahlen anhand des Bevölkerungsquotienten Deutschland/NRW
 * 2003: aktualisierte Zahlen, 2004: vorläufige Zahlen, Stand: 16.08.2006
 "-" genau Null



Themenfeld 11: Kosten

Kostenstruktur von ambulanten Gesundheitseinrichtungen

Kostenstrukturanalyse von Arztpraxen

Kostenstrukturanalyse von Zahnarztpraxen

Kostenstrukturanalyse von Psychotherapeutenpraxen

Kostenstruktur von Krankenhäusern

Gesamtkosten der Krankenhäuser

Kosten der allgemeinen und sonstigen Krankenhäuser

Kosten für Pauschalen und Sonderentgelte

Aufwendungen für Rehabilitation und Pflege

Aufwendungen für Pflegeleistungen

Durchschnittliche Vergütung für vollstationäre Dauerpflege und Kurzzeitpflege

Thematic domain 11: Costs

Cost structure of outpatient healthcare facilities

Analysis of cost structure of physicians' practices

Analysis of cost structure of dental practices

Analysis of cost structure of psychotherapist practices

Cost structure of hospitals

Total hospital costs

Costs of acute and other hospitals

Costs for 'per head' financing and other special costs

Rehabilitation and nursing care expenditure

Expenditure on nursing care

Average payment for inpatient long and short-term nursing care in nursing homes

Vorbemerkungen zu Themenfeld 11

Kostenstrukturanalysen für die wichtigsten Gesundheitseinrichtungen waren bereits in den vergangenen Indikatorenansätzen enthalten, bisher lagen keine Daten für Nordrhein-Westfalen wie für andere Bundesländer vor. Da die Übersicht über betriebswirtschaftliche Kosten und Personalkosten im Gesundheitswesen gesundheitspolitisch bedeutsam ist, wird weiterhin versucht, Transparenz über die Kostenstruktur herzustellen.

Das Themenfeld 11 umfasst 8 Indikatoren zur Kostenstruktur von Arztpraxen, Psychotherapeutenpraxen, Zahnarztpraxen, Krankenhäusern, DRGs, Leistungen zur Teilhabe in der gesetzlichen Rentenversicherung und von stationären Pflegeeinrichtungen.

Daten für NRW liegen für die Kostenstrukturen der Krankenhäuser, und der stationären Pflegeeinrichtungen vor.

Lückenhaft ist die Datenlage zur Kostenstruktur von Arzt-, Zahnarzt- und Psychotherapeutenpraxen. Daten liegen nur für die BRD (alt) oder die neuen Bundesländer vor. Für die Auswertung 2001 (Arzt- und Psychotherapeutenpraxen) des Zentralinstitutes für die kassenärztliche Versorgung (ZI) stehen bisher nur ausgewählte Ergebnisse zur Verfügung. Deshalb wurden für die vorliegende Publikation die Indikatoren mit den Ergebnissen der Auswertung 1999 ausgewählt. Sie geben dennoch einen Anhalt über Kosten und Einnahmen bei ambulant tätigen Ärzten, Psychotherapeuten und Zahnärzten.

Nach Einführung der DRGs sollte mit dem Indikator 11.6 eine Übersicht über die Fallpauschalen für Nordrhein-Westfalen angestrebt werden. Ab dem Berichtsjahr 2005/2006 wird mit vollständigeren Daten gerechnet, um eine Kostentransparenz zu gewährleisten.

Es kann als Fortschritt gewertet werden, dass mit Unterstützung der zuständigen Datenhalter schrittweise die Datenlage verbessert wird und Kostentransparenz im Gesundheitswesen NRW hergestellt wird.

Limitierend wirkt die erschwerte Vergleichbarkeit zwischen Indikatoren, z. B. der Kostenstruktur von ärztlichen und psychotherapeutischen Praxen gegenüber der Kostenstruktur von zahnärztlichen Praxen, so dass die Kostenstruktur aus methodischen Gründen nicht verglichen werden kann.

11.1

Kostenstrukturanalyse in der Arztpraxis, ausgewählte Berufe, Deutschland (alte Bundesländer), Drei-Jahres-Mittelwerte

Definition

Der Indikator dient der Übersicht über die Finanzlage und Einkommenssituation von Ärzten.

Einnahmen können aus vertragsärztlicher und sonstiger Tätigkeit stammen. Die sonstigen Einnahmen werden überwiegend durch privatärztliche Tätigkeit erzielt. Die Betriebsausgaben beinhalten Personal- und sonstige Ausgaben. Der Betriebsausgabenanteil ist ein Quotient und wird durch die Division der gesamten Betriebsausgaben durch die Einnahmen ermittelt und bezieht sich auf alle Bereiche der Praxistätigkeit. Der Überschuss aus ärztlicher Tätigkeit ergibt sich als Ergebnisdifferenz der Einnahmen und Ausgaben der gesamten Praxistätigkeit. Zahlungen für Vorsorge beinhalten die Summe der Vorsorgezahlungen für Alter, Krankheit, Berufsunfähigkeit, Berufshaftpflicht und sonstige. Als Berechnungsbasis für die Bestimmung des Einkommenssteuerbetrages wird der Überschuss der ärztlichen Tätigkeit abzüglich des steuerlich maximal möglichen Freibetrages für Vorsorgezahlungen verwendet. Das monatlich verfügbare Einkommen aus ärztlicher Tätigkeit insgesamt ist der Betrag, der für den Vergleich mit Einkommen aus abhängiger Arbeit herangezogen werden kann. Dazu wird der Jahresbetrag durch 13 geteilt. Neben dem monatlich verfügbaren Einkommen aus vertragsärztlicher Tätigkeit gibt es noch das monatlich verfügbare Einkommen aus sonstiger ärztlicher Tätigkeit.

Die Gesamtzahl der GKV-Fälle je Arzt umfasst die Fälle, die der Arzt im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen abgerechnet hat.

Die mittlere Honorarklasse wird für jede Fachgruppe anhand von drei ungefähr gleichbesetzten Honorarklassen für den Indikator verwendet.

Datenhalter

- ▶ Statistisches Bundesamt
- ▶ Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI)

Datenquelle

- ▶ Kostenstrukturanalyse in der Arztpraxis

Periodizität

Jährlich, 31.12.

Validität

Datengrundlage ist ein Stichprobenverfahren zur Kostenstrukturanalyse, das seit dem Jahre 1975 angewendet wird. Es handelt sich um eine geschichtete Auswahl aus dem Bundesarztregister. Daten werden für drei Jahre erhoben.

Kommentar

Die mittleren Honorarklassen werden für jedes Berichtsjahr getrennt berechnet. Der einfache arithmetische Durchschnitt der ermittelten Einzeljahresergebnisse wird in der Ergebnistabelle dargestellt. Die statistische Signifikanz der Ergebnisse wird auf Grund der gewählten Verfahren stabil auf hohem Niveau gehalten. Die Ergebnisse werden getrennt nach Arztgruppen, Regionen (neue und alte Bundesländer) und Umsatzgrößenklassen dargestellt.

Es handelt sich um einen Prozessindikator.

Vergleichbarkeit

Es gibt keine vergleichbaren WHO-, EU- oder OECD-Indikatoren.

Im bisherigen Indikator 11.1 des GMK-Indikatorensatzes, 2. Fassung aus dem Jahre 1996, wurden ähnliche Angaben erfasst. Es liegt nur eine bedingte Vergleichbarkeit vor.

Originalquellen

- ▶ Kostenstrukturanalyse in der ärztlichen und psychotherapeutischen Vertragspraxis, Mittelwert 1997 - 1999 Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung (ZI):
Informationssystem für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (IS-GBE):
<http://www.gbe-bund.de>.

Dokumentationsstand

07.04.2006, lögd/Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung

Indikator (K) 11.1	Kostenstrukturanalyse in der Arztpraxis, ausgewählte Berufe, Deutschland (alte Bundesländer), Mittelwert 1997 - 1999				
	Kosten und Einnahmen (mittlere Honorarklasse)	Ausgewählte Berufe			
		Allgemein- mediziner	Internisten (hausärztlich)*	Gynäkologen	Kinderärzte
in €					
Einnahmen aus selbständiger Tätigkeit	193 785	240 279	234 746	224 855	
darunter:					
aus vertragsärztlicher Tätigkeit					
insgesamt	162 377	183 020	181 767	183 813	
in %	83,8	76,2	77,4	81,7	
Betriebsausgaben					
insgesamt	106 753	143 580	127 189	121 255	
in % der Einnahmen	55,1	59,8	54,2	53,9	
Überschuss	87 032	96 699	107 557	103 600	
Zahlungen für Vorsorge und Einkommensteuer	41 564	47 324	56 540	51 397	
Monatlich verfügbares Einkommen aus vertragsärztlicher Tätigkeit	2 931	2 893	3 036	3 281	
Gesamtzahl der GKV-Fälle je Arzt	3 552	3 506	5 442	4 760	

Datenquelle/Copyright:
Statistisches Bundesamt/Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung:
Kostenstrukturanalyse in der Arztpraxis

* Mittelwert 1998 - 1999

11.2

Kostenstrukturanalyse je Praxisinhaber einer Zahnarztpraxis, alte und neue Bundesländer, Jahre

Definition

Der Indikator dient der Übersicht über die Einkommenssituation von Zahnärzten.

Die Einnahmen aus selbständiger zahnärztlicher Tätigkeit werden entweder über die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZV) vereinnahmt (vertragszahnärztliche Tätigkeit ohne Eigenanteile der GKV-Versicherten) oder nicht über die KZV vereinnahmt (privatzahnärztliche Tätigkeit und Eigenanteile der GKV-Versicherten). Die Betriebsausgaben beinhalten Personal- und sonstige Ausgaben. Der Betriebsausgabenanteil ist ein Quotient und wird durch die Division der gesamten Betriebsausgaben durch die Einnahmen ermittelt und bezieht sich auf alle Bereiche der Praxistätigkeit. Der Einnahmen-Überschuss aus zahnärztlicher Tätigkeit ergibt sich als Ergebnisdifferenz der Einnahmen und Ausgaben der gesamten Praxistätigkeit.

Der Honorarumsatz pro Behandlungsstunde ist die Umrechnung der Summe aus dem Einnahmen-Überschuss und den Betriebsausgaben ohne Fremdlaboraausgaben auf die Behandlungsstunden.

Der Medianwert beinhaltet, dass 50 % der Zahnärzte über und 50 % der Zahnärzte unter dem Wert liegen. Nach Abzug der Zahlungen für Vorsorge des Zahnarztes (Altersvorsorge, Krankenversicherung) und Steuern (Einkommen- und Kirchensteuer, Solidaritätszuschlag, ausgehend von einem verheirateten Zahnarzt mit zwei Kindern) vom Median des Einnahmen-Überschusses ergibt sich das verfügbare Einkommen im Jahr, und durch Division durch 13 das monatlich verfügbare Einkommen.

Im Indikator sind die Kieferorthopäden unter den Zahnärzten subsumiert.

Datenhalter

- ▶ Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV)

Datenquelle

- ▶ Kostenstrukturanalyse für Zahnarztpraxen

Periodizität

Jährlich, 31.12.

Validität

Datengrundlage ist eine jährliche Kostenstrukturerhebung bei den Zahnärzten. Auf Grund der Größe des Rücklaufs und des verwendeten Hochrechnungsrahmens haben die Ergebnisse eine hohe Validität.

Kommentar

Die Auswertungsergebnisse wurden unterteilt nach alten und neuen Bundesländern und für Zahnärzte und Kieferorthopäden gemeinsam erstellt. Publiizierte Auswertungen liegen nicht nach 16 Bundesländern vor. Mit dem Indikator 11.1 Kostenstrukturanalyse in der Arztpraxis, ausgewählte Berufe besteht wegen methodischer Unterschiede keine Vergleichbarkeit.

Es handelt sich um einen Prozessindikator.

Vergleichbarkeit

Es gibt keine vergleichbaren WHO-, EU- oder OECD-Indikatoren.

Mit dem Indikator 11.2 des bisherigen GMK-Indikatorensatzes ist der Indikator nur bedingt vergleichbar, da zur Berechnung eine neue Methodik der KZBV verwendet wird.

Originalquellen

- ▶ Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.): KZBV Jahrbuch: Statistische Basisdaten zur vertragszahnärztlichen Versorgung. Köln.

Dokumentationsstand

22.12.2004, Iögd/Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung

Indikator (K)
11.2

Kostenstrukturanalyse je Praxisinhaber einer Zahnarztpraxis, alte und neue Bundesländer, 2001 - 2003

Kosten und Einnahmen	Zahnärzte		
	2001	2002	2003
	in €		
	Alte Bundesländer		
Einnahmen aus selbständiger zahnärztlicher Tätigkeit ¹	361 522	365 746	373 972
davon:			
über KZV vereinnahmt	208 665	210 482	210 470
nicht über KZV vereinnahmt	152 857	155 264	163 502
Betriebsausgaben			
ingesamt	254 291	256 853	263 677
in % der Einnahmen	70,3	70,2	70,5
Einnahmen-Überschuss	107 231	108 893	110 295
Median ² des Einnahmen-Überschusses	95 110	97 080	98 540
Zahlungen für Vorsorge und Einkommensteuer, Kirchensteuer u. Sol.zuschlag ³	40 590	41 320	43 080
Monatlich verfügbares Einkommen aus vertrags- und privat Zahnärztl. Tätigkeit ³	4 190	4 290	4 270
Honorarumsatz pro Behandlungsstunde	187	193	196
	Neue Bundesländer		
Einnahmen aus selbständiger zahnärztlicher Tätigkeit ¹	259 393	259 993	268 495
davon:			
über KZV vereinnahmt	195 891	193 806	195 897
nicht über KZV vereinnahmt	63 502	66 187	72 598
Betriebsausgaben			
ingesamt	170 324	171 531	177 978
in % der Einnahmen	65,7	66,0	66,3
Einnahmen-Überschuss	89 069	88 462	90 517
Median ² des Einnahmen-Überschusses	79 980	79 300	82 980
Zahlungen für Vorsorge und Einkommensteuer, Kirchensteuer u. Sol.zuschlag ³	31 050	30 870	33 150
Monatlich verfügbares Einkommen aus vertrags- und privat Zahnärztl. Tätigkeit ³	3 760	3 730	3 830
Honorarumsatz pro Behandlungsstunde	134	135	137

 Datenquelle/Copyright:
Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung:
Kostenstrukturanalyse für Zahnarztpraxen

¹ Einnahmen aus vertrags- und privat Zahnärztlicher Tätigkeit

² je 50 % liegen unter und über diesem Wert

³ bezogen auf den Median des Einnahmen-Überschusses

Kostenstrukturanalyse ambulant tätiger Psychotherapeuten, Deutschland (alte Bundesländer), Jahr

Definition

Der Indikator dient der Übersicht über die Finanzlage und Einkommenssituation von Psychotherapeuten. Einnahmen können aus vertragsärztlicher und sonstiger Tätigkeit stammen. Die sonstigen Einnahmen werden überwiegend durch privatärztliche Tätigkeit erzielt. Die Betriebsausgaben beinhalten Personal- und sonstige Ausgaben. Der Betriebsausgabenanteil ist ein Quotient und wird durch die Division der gesamten Betriebsausgaben durch die Einnahmen ermittelt und bezieht sich auf alle Bereiche der Praxistätigkeit. Der Überschuss aus psychotherapeutischer Tätigkeit ergibt sich als Ergebnisdifferenz der Einnahmen und Ausgaben der gesamten Praxistätigkeit. Zahlungen für Vorsorge beinhalten die Summe der Vorsorgezahlungen für Alter, Krankheit, Berufsunfähigkeit, Berufshaftpflicht und sonstige. Als Berechnungsbasis für die Bestimmung des Einkommenssteuerbetrages wird der Überschuss der psychotherapeutischen Tätigkeit abzüglich des maximal möglichen Freibetrages für Vorsorgezahlungen verwendet. Das verfügbare Einkommen aus psychotherapeutischer Tätigkeit insgesamt ist der Betrag, der für den Vergleich mit Einkommen aus abhängiger Arbeit herangezogen werden kann. Dazu wird der Jahresbetrag durch 13 geteilt. Neben dem monatlich verfügbaren Einkommen aus vertrags-psychotherapeutischer Tätigkeit gibt es noch das monatlich verfügbare Einkommen aus sonstiger psychotherapeutischer Tätigkeit.

Die Gesamtzahl der GKV-Fälle je Psychotherapeut umfasst die Fälle, die der Psychotherapeut im Rahmen der vertrags-psychotherapeutischen Versorgung gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen abgerechnet hat.

Die mittlere Honorarklasse wird für die ärztlichen Psychotherapeuten, die psychologischen Psychotherapeuten und die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten anhand von ungefähr drei gleichbesetzten Honorarklassen für den Indikator verwendet.

Datenhalter

- ▶ Statistisches Bundesamt
- ▶ Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI)

Datenquelle

- ▶ Kostenstrukturanalyse für Psychotherapeuten

Periodizität

Jährlich, 31.12.

Validität

Datengrundlage ist ein Stichprobenverfahren zur Kostenstrukturanalyse. Auf der Basis einer geschichteten Zufallsauswahl aus dem Bundesarztregister wird die Stichprobe des Jahres bestimmt und die ausgewählten ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten werden angeschrieben. Zusätzlich werden weitere Erhebungsbögen durch Psychotherapeutenverbände verschickt.

Kommentar

Die Auswertungsergebnisse wurden unterteilt nach alten und neuen Bundesländern und differenziert nach der fachlichen Ausrichtung der Tätigkeit (ärztliche und psychologische Psychotherapeuten) sowie nach der Umsatzhöhe (drei Umsatzgrößenklassen). Die mittleren Honorarklassen werden für jedes Berichtsjahr getrennt berechnet.

Für die Auswertung 1999 stand zum Zeitpunkt der Erstellung des Indikators nur die Anzahl der ambulant tätigen ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten insgesamt zur Verfügung.

Der Indikator wird nach derselben Methode wie der Indikator 11.1 Kostenstrukturanalyse in der Arztpra-

xis berechnet, deshalb liegt Vergleichbarkeit vor.
Es handelt sich um einen Prozessindikator.

Vergleichbarkeit

Es gibt keine vergleichbaren WHO-, EU- oder OECD-Indikatoren. Auch der GMK-Indikatorensatz, 2. Fassung aus dem Jahre 1996 enthält keinen vergleichbaren Indikator.

Originalquellen

- ▶ Kostenstrukturanalyse in der ärztlichen und psychotherapeutischen Vertragspraxis, Mittelwert 1997 - 1999 Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung (ZI):
Informationssystem für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (IS-GBE):
<http://www.gbe-bund.de>.

Dokumentationsstand

07.04.2006, lögd/Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung

Indikator (K) 11.3	Kostenstrukturanalyse ambulant tätiger Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Deutschland (alte Bundesländer), 1999		
	Kosten und Einnahmen (mittlere Honorarklasse)	Ambulant tätige ärztl. und psycholog. Psychotherapeuten	
		insgesamt	ärztliche
	in €		
Einnahmen aus selbständiger Tätigkeit	54 360	•	•
darunter:		•	•
aus vertrags-psychotherap. Tätigkeit		•	•
insgesamt	41 644	•	•
in %	76,6	•	•
Betriebsausgaben		•	•
insgesamt	20 720	•	•
in % der Einnahmen	38,1	•	•
Überschuss	33 640	•	•
Zahlungen für Vorsorge und Einkommensteuer	12 405	•	•
Monatlich verfügbares Einkommen aus vertrags-psychotherapeutischer Tätigkeit	1 251	•	•
Gesamtzahl der GKV-Fälle je Psychotherapeut	139	•	•

Datenquelle/Copyright:
Statistisches Bundesamt/
Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung:
Kostenstrukturanalyse Psychotherapeuten

* approbierte Psychologische Psychotherap. und
approb. Kinder- u. Jugendlichenpsychotherapeuten
gemäß Psychotherapeutengesetz

Kosten der allgemeinen und sonstigen Krankenhäuser nach Kostenarten und Krankenhausgrößenklassen, Nordrhein-Westfalen, Jahr

Definition

Der Indikator dient der Übersicht über die Ausgaben der allgemeinen und, ab dem Berichtsjahr 2004, der sonstigen Krankenhäuser nach Kostenarten.

Kosten der Krankenhäuser werden im Teil III – Kostennachweis – der Krankenhausstatistik ausgewiesen. In der Krankenhausstatistik wird zwischen allgemeinen und sonstigen Krankenhäusern unterschieden. Krankenhäuser mit Fachabteilungen der medizinischen Grundversorgung werden als allgemeine Krankenhäuser bezeichnet. 2005 sind sonstige Krankenhäuser definiert als Krankenhäuser mit ausschließlich psychiatrischen, psychotherapeutischen oder psychiatrischen, psychotherapeutischen und neurologischen Betten, so dass nur die Kombination von psychiatrischen und neurologischen Betten zur Zählung bei den sonstigen Krankenhäusern führte. Die unterschiedliche Abgrenzung der allgemeinen und sonstigen Krankenhäuser in den verschiedenen Berichtsjahren muss bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden. Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen werden nicht den Krankenhäusern zugeordnet.

Nicht enthalten sind die Kosten der Bundeswehr- und Polizeikrankenhäuser und der Krankenhäuser des Maßregelvollzugs (vergleiche Krankenhausstatistikverordnung)

Die Kosten der Krankenhäuser werden ab 2002 wieder nach dem Bruttoprinzip ermittelt. D. h., dass in den ausgewiesenen Gesamtkosten auch nichtstationäre Kosten enthalten sind. Von 1996 bis 2001 erfolgte die Ermittlung der Kosten nach dem Nettoprinzip. In den Nettokosten waren keine nicht-pflegesatzfähigen Kosten (z. B. für Forschung, Lehre, Ambulanz, Wahlleistungen) enthalten. Die unterschiedlichen Kostenermittlungsprinzipien erlauben keinen Vergleich einzelner Kostenarten. Nur wenn den Berichtsjahren das gleiche Prinzip zugrunde liegt, ist ein Vergleich möglich. Einzig die bereinigten Kosten lassen sich über alle Berichtsjahre vergleichen.

Die Gliederung der Kosten richtete sich bis 2001 nach der Leistungs- und Kalkulationsaufstellung (LKA) der Bundespflegesatzverordnung. Ab 2002 richtet sie sich nach dem Kontenrahmen der Krankenhausbuchführungsverordnung (KHBV). Unter Kosten des Krankenhauses wird die Summe der Personal- und Sachkosten, Zinsen und ähnlichen Aufwendungen sowie Steuern verstanden. Die Brutto-Gesamtkosten ergeben sich aus der Summe der Kosten des Krankenhauses und der Kosten der Ausbildungsstätten. Die bereinigten Kosten sind die pflegesatzfähigen Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen und ergeben sich aus der Differenz zwischen den Gesamtkosten und den Abzügen (Kosten für Leistungen, die nicht über Pflegesätze vergütet werden). Krankenhauskosten nach dem Bruttoprinzip fallen höher aus als Krankenhauskosten nach dem Nettoprinzip.

Die berechneten Kosten je Berechnungs- und Belegungstag, je Fall und je Bett sind nach Bettenzahl von Krankenhäusern unterschiedlich und dienen als betriebswirtschaftliche Vergleichsparameter.

Datenhalter

- ▶ Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik des Landes Nordrhein-Westfalen

Datenquelle

- ▶ Krankenhausstatistik, Teil III - Kostennachweis

Periodizität

Jährlich, 31.12.

Validität

Entsprechend dem Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz – KHG) werden die Jahresendrechnungen der Krankenhäuser jährlich von unabhängigen Prüfgesellschaften überprüft. Auf dieser Grundlage ist von einer guten Qualität der Kostenrechnungen der Krankenhäuser auszugehen.

Kommentar

Da die Ergebnisse für die allgemeinen und sonstigen Krankenhäuser in NRW ab dem Berichtsjahr 2004 nur noch zusammengefasst, d. h. für die Krankenhäuser insgesamt, veröffentlicht werden, weist der Indikator 11.4 ab dem Berichtsjahr 2004 zusätzlich zu den Kosten der allgemeinen Krankenhäuser auch die Kosten der sonstigen Krankenhäuser aus. Angaben zur Kostenstruktur der sonstigen Krankenhäuser wurden bis zum Berichtsjahr 2004 im Indikator 11.5 gesondert ausgewiesen.

Es handelt sich um einen Prozessindikator.

Vergleichbarkeit

Der WHO-Indikator 6750 992704 *Expenditures on inpatient care, ppp \$ per capita* wie auch der OECD-Indikator *Expenditure on acute care* beinhaltet alle Krankenhauskosten, umgerechnet auf pro Kopf der Bevölkerung. Die Summe der Krankenhauskosten müssten aus den Indikatoren 11.4 und 11.5 errechnet werden (ab Berichtsjahr 2004 enthält der Indikator 11.4 die Krankenhauskosten insgesamt), dann auf die Einwohner des Landes umgerechnet werden. Demzufolge liegen weder bei der WHO noch bei der OECD gegenwärtig Kostenangaben zu den allgemeinen Krankenhäusern vor. Der Indikator ist mit dem bisherigen Indikator 11.4 wegen der verschiedenen Kostenermittlungsprinzipien (mit Ausnahme der bereinigten Kosten) nicht vergleichbar.

Originalquellen

- ▶ Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Nordrhein-Westfalen 2002 ff.
Düsseldorf: Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW
(Statistische Berichte/LDS)

Dokumentationsstand

05.01.2007, lögd/Landesamt f. Datenverarbeitung u. Statistik NRW

Indikator (K) 11.4	Kosten der allgemeinen und sonstigen Krankenhäuser ¹ nach Kostenarten und Krankenhausgrößenklassen, Nordrhein-Westfalen, 2005				
	Kosten der Krankenhäuser nach Bettenzahl				
	unter 100	100 - 249	250 - 499	500 und mehr	insgesamt
	in 1000 €				
Personalkosten zusam. davon:	187 992	1 595 792	3 619 733	4 118 736	9 522 253
Ärztlicher Dienst	39 590	374 034	926 967	1 112 361	2 452 952
Pflegedienst	75 732	628 721	1 337 076	1 246 844	3 288 373
med.-techn. Dienst	23 023	180 444	400 001	635 265	1 238 733
sonst. Personal	49 646	412 594	955 688	1 124 266	2 542 195
Sachkosten zusammen davon:	94 434	799 843	1 973 844	2 345 983	5 214 105
Lebensmittel	10 201	63 901	130 161	96 571	300 834
med. Bedarf	29 276	321 287	899 953	1 167 409	2 417 925
sonst. Sachkosten	54 957	414 657	943 729	1 082 004	2 495 347
Zinsen u. ähnliche Aufwendungen	1 765	7 353	14 468	21 022	44 608
Steuern	1 002	865	3 128	4 444	9 439
Kosten des Kranken- hauses zusammen	285 194	2 403 853	5 611 173	6 490 186	14 790 405
Kosten der Ausbildungsstätten	624	15 243	44 513	51 038	111 419
Gesamtkosten	285 818	2 419 096	5 655 686	6 541 224	14 901 824
Abzüge insgesamt	12 849	181 329	502 148	1 267 319	1 963 646
Bereinigte Kosten: insgesamt	272 969	2 237 767	5 153 538	5 273 905	12 938 178
je Berechnungs-/ Belegungstag	0,37	0,30	0,31	0,35	0,44
je Fall	3,96	3,08	3,08	3,71	3,33
je Bett	81,61	84,53	93,88	123,53	101,55

Datenquelle/Copyright:
Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW:
Krankenhausstatistik, Teil III - Kostennachweis

¹ Ab Berichtsjahr 2004 werden die Ergebnisse für die
allg./sonst. Krankenhäuser in NRW zusammengefasst,
d. h. für Krankenhäuser insgesamt, veröffentlicht.

11.5

Kosten der sonstigen Krankenhäuser nach Kostenarten und Krankenhausgrößenklassen, Nordrhein-Westfalen, Jahr

Definition

Der Indikator dient der Übersicht über die Ausgaben der sonstigen Krankenhäuser nach Kostenarten.

Kosten der Krankenhäuser werden im Teil III – Kostennachweis – der Krankenhausstatistik ausgewiesen. Sonstige Krankenhäuser sind Krankenhäuser, die ausschließlich über psychiatrische, psychotherapeutische und/oder neurologische Betten verfügen sowie reine Tages- und Nachtkliniken, in denen ausschließlich teilstationäre Behandlungen durchgeführt werden und in denen Patienten nur eine begrenzte Zeit des Tages oder der Nacht untergebracht sind. Die Abgrenzung der sonstigen Krankenhäuser ab 2002 stimmt nicht mit jener der Jahre 2001 und früher überein. Die neue Definition bezieht auch Krankenhäuser mit ausschließlich neurologischen Betten ein. Vor 2002 waren sonstige Krankenhäuser definiert als Krankenhäuser mit ausschließlich psychiatrischen oder psychiatrischen und neurologischen Betten, so dass nur die Kombination von psychiatrischen und neurologischen Betten zur Zählung bei den sonstigen Krankenhäusern führten. Wegen der sich daraus ergebenden Auswirkungen auf die Vergleichbarkeit der Ergebnisse sollten Vorjahresvergleiche nur auf der Basis der Krankenhäuser insgesamt gemacht werden.

Die Kosten der allgemeinen Krankenhäuser, reiner Belegkrankenhäuser und von Bundeswehrkrankenhäusern sind nicht enthalten.

Die Kosten der Krankenhäuser werden ab 2002 wieder nach dem Bruttoprinzip ermittelt. D. h., dass in den ausgewiesenen Gesamtkosten auch nichtstationäre Kosten enthalten sind. Von 1996 bis 2001 erfolgte die Ermittlung der Kosten nach dem Nettoprinzip. In den Nettokosten waren keine nicht-pflegesatzfähigen Kosten (z. B. für Forschung, Lehre, Ambulanz, Wahlleistungen) enthalten. Die unterschiedlichen Kostenermittlungsprinzipien erlauben keinen Vergleich einzelner Kostenarten. Nur wenn den Berichtsjahren das gleiche Prinzip zugrunde liegt, ist ein Vergleich möglich. Einzig die bereinigten Kosten lassen sich über alle Berichtsjahre vergleichen.

Die Gliederung der Kosten richtete sich bis 2001 nach der Leistungs- und Kalkulationsaufstellung (LKA) der Bundespflegesatzverordnung. Ab 2002 richtet sie sich nach dem Kontenrahmen der Krankenhausbuchführungsverordnung (KHBV). Unter Kosten des Krankenhauses wird die Summe der Personal- und Sachkosten, Zinsen und ähnlichen Aufwendungen sowie Steuern verstanden. Die Brutto-Gesamtkosten ergeben sich aus der Summe der Kosten des Krankenhauses und der Kosten der Ausbildungsstätten. Die bereinigten Kosten sind die pflegesatzfähigen Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen und ergeben sich aus der Differenz zwischen den Gesamtkosten und den Abzügen (Kosten für Leistungen, die nicht über Pflegesätze vergütet werden). Krankenhauskosten nach dem Bruttoprinzip fallen höher aus als Krankenhauskosten nach dem Nettoprinzip.

Die berechneten Kosten je Berechnungs- und Belegungstag, je Fall und je Bett sind nach Bettenzahl von sonstigen Krankenhäusern unterschiedlich und dienen als betriebswirtschaftliche Vergleichsparameter.

Datenhalter

- ▶ Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik des Landes Nordrhein-Westfalen

Datenquelle

- ▶ Krankenhausstatistik, Teil III - Kostennachweis

Periodizität

Jährlich, 31.12.

Validität

Entsprechend dem Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz – KHG) werden die Jahresendabrechnungen der

Krankenhäuser jährlich von unabhängigen Prüfgesellschaften überprüft. Auf dieser Grundlage ist von einer guten Qualität der Kostenrechnungen der Krankenhäuser auszugehen.

Kommentar

Kostenarten der allgemeinen Krankenhäuser werden im Indikator 11.4 ausgewiesen. Bei Addition der Kosten beider Krankenhausarten erhält man die gesamten Krankenhauskosten.

Da die Ergebnisse für die allgemeinen und sonstigen Krankenhäuser in NRW ab dem Berichtsjahr 2004 nur noch zusammengefasst, d. h. für die Krankenhäuser insgesamt, veröffentlicht werden, weist der Indikator 11.4 ab dem Berichtsjahr 2004 zusätzlich zu den Kosten der allgemeinen Krankenhäuser auch die Kosten der sonstigen Krankenhäuser aus. Der Indikator 11.5 wird deshalb ab dem Berichtsjahr 2004 nicht weitergeführt.

Es handelt sich um einen Prozessindikator.

Vergleichbarkeit

Der WHO-Indikator 6750 992704 *Expenditures on inpatient care, ppp \$ per capita* beinhaltet alle Krankenhauskosten, umgerechnet auf pro Kopf der Bevölkerung. Die Summe aller Krankenhauskosten müsste aus den Indikatoren 11.5 und 11.4 errechnet werden, dann auf die Einwohner des Landes umgerechnet werden. Bedingte Vergleichbarkeit besteht zum WHO-Indikator und auch zum OECD-Indikator *Expenditure on psychiatric care*. Im bisherigen Indikatorensatz gab es keinen Indikator zu den Kosten der sonstigen Krankenhäuser.

Originalquellen

- ▶ Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Nordrhein-Westfalen 2002 - 2003
Düsseldorf: Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW
(Statistische Berichte/LDS)

Dokumentationsstand

09.06.2005, lögd/Landesamt f. Datenverarbeitung u. Statistik NRW

Indikator (K)
11.5

Kosten der sonstigen Krankenhäuser nach Kostenarten und Krankenhausgrößenklassen, Nordrhein-Westfalen, 2003

Kostenart	Kosten der sonstigen Krankenhäuser nach Bettenzahl				
	unter 100	100 - 249	250 - 499	500 und mehr	insgesamt
	in 1000 €				
Personalkosten zusam. davon:	53 226	249 340	313 920	126 990	743 476
Ärztlicher Dienst	11 250	40 623	45 220	16 496	113 589
Pflegedienst	21 908	116 461	163 214	67 344	368 927
med.-techn. Dienst	7 064	35 230	35 058	13 489	90 841
sonst. Personal	13 004	57 025	70 429	29 662	170 120
Sachkosten zusammen davon:	18 074	72 823	82 211	33 404	206 512
Lebensmittel	2 390	10 278	9 619	3 873	26 159
med. Bedarf	2 281	11 956	18 283	6 554	39 074
sonst. Sachkosten	13 404	50 590	54 309	22 978	141 280
Zinsen u. ähnliche Aufwendungen	309	363	62	213	948
Steuern	1 030	257	173	42	1 502
Kosten des Krankenhauses zusammen	72 639	322 784	396 366	160 650	952 439
Kosten der Ausbildungsstätten	80	1 619	2 517	1 205	5 421
Gesamtkosten	72 719	324 403	398 883	161 855	957 860
Abzüge insgesamt	2 079	30 382	35 904	3 549	71 913
Bereinigte Kosten: insgesamt	70 641	294 021	362 980	158 306	885 947
je Berechnungs-/ Belegungstag	0,26	0,22	0,22	0,21	0,22
je Fall	8,37	6,22	5,91	7,99	6,47
je Bett	77,71	69,12	69,48	66,88	69,46

Datenquelle/Copyright:
Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW:
Krankenhausstatistik, Teil III - Kostennachweis

DRG-Fallpauschalen: Erlöse und Leistungen, Nordrhein-Westfalen, im Zeitvergleich

Definition

Der Indikator zu DRG-Fallpauschalen dient dem Ziel, Einblick in die Krankenhausfinanzierung über DRGs zu geben.

Nach dem Gesetz zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems (DRG) für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz – FPG) vom 23.4.2002, geändert durch das Fallpauschalenänderungsgesetz vom 17. Juli 2003 zuletzt geändert durch das 2. Fallpauschalenänderungsgesetz vom 15. Dezember 2004, ist von den Vertragsparteien auf Bundesebene gemäß § 9 KHEntgG ein Fallpauschalen-Katalog nach § 17b Abs. 1 Satz 10 KHG und ein Katalog ergänzender Zusatzentgelte nach § 17b Abs. 1 Satz 12 KHG zu vereinbaren.

Mit einer Fallpauschale werden die allgemeinen Krankenhausleistungen für einen stationären oder teilstationären Behandlungsfall vergütet. Zusatzentgelte sind z. B. für die Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren oder für eine Dialyse vorgesehen, wenn die Behandlung des Nierenversagens nicht die Hauptleistung ist.

Zum ersten Januar 2003 wurde das neue Fallpauschalensystem optional, zum 1. Januar 2004 verbindlich für alle Krankenhäuser budgetneutral eingeführt. Das Erlösbudget wird in den Jahren 2005 - 2008 schrittweise einem landeseinheitlichen, krankenhausesübergreifenden Basisfallwert und dem sich daraus ergebenden Erlösvolumen angeglichen. Der Basisfallwert wird von den Landesverbänden der Krankenkassen vereinbart und für jedes Land gesondert festgelegt. Die Anzahl der abgerechneten DRGs gibt an, wie viele Positionen der stationären Behandlung über DRGs abgerechnet werden. Die Summe der abgerechneten Relativgewichte entspricht den effektiv abgerechneten Bewertungsrelationen laut Aufstellung der Entgelt- und Budgetberechnung (AEG). Daraus wird ein durchschnittliches Relativgewicht berechnet. Die Summe der DRG-Erlöse zeigt an, wie hoch das Finanzierungsvolumen über DRGs im Rahmen der Krankenhausfinanzierung ist.

In den Jahren 2003 und 2004 wurde zur Umsetzung der Budgetneutralität ein krankenhausspezifischer Basisfallwert nach einem vereinbarten Verfahren den Fallpauschalen zugrunde gelegt. Der landeseinheitliche Basisfallwert wurde erstmals für das Jahr 2005 durch die Vertragsparteien auf Landesebene gemäß § 10 KHEntgG vereinbart.

Die Leistungsentwicklung im DRG-System wird über die Summe der abgerechneten Relativgewichte dargestellt. DRG-Fallpauschalen werden für stationäre und für teilstationäre Behandlungsfälle eingeführt. Mit den DRG-Fallpauschalen werden nicht alle Krankenhausleistungen erfasst; in der Psychiatrie erbrachte Leistungen sind entsprechend § 17 b Absatz 1, Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes ausgeschlossen.

Datenhalter

- ▶ Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus gGmbH (InEK)
- ▶ Landesverbände der Krankenkassen (Vertragsparteien)

Datenquelle

- ▶ Statistik zu DRG-Fallpauschalen
- ▶ Daten der Vertragsparteien auf Landesebene (zum Basisfallwert) gemäß § 21(3) Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes

Periodizität

Jährlich, 01.07.

Validität

Ab dem Jahr 2005 haben alle Krankenhäuser im Abstand von zwei Jahren einen Bericht zur Qualitätssi-

cherung zu publizieren, in dem auch Art und Anzahl der Leistungen des Krankenhauses auszuweisen sind. Der Medizinische Dienst ist lt. SGB V befugt, Stichproben von akuten und abgeschlossenen Fällen zu erheben und zu verarbeiten. Basierend auf den Erfahrungen aus der Erstkalkulation ist davon auszugehen, dass die Validität des Indikators erst mit der Dauer der Einführung des DRG-Systems zunehmen wird.

Kommentar

Die Fallpauschalen nach der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) ergeben sich aus der Multiplikation einer bundesweit gültigen Punktzahl (festgelegt in indikationsbezogenen Entgeltkatalogen) und einem auf Landesebene vereinbarten Punktwert. Durch Fallpauschalen sollen die Behandlungszeiten verringert und damit Wirtschaftlichkeitsreserven im Krankenhaus erschlossen werden. Die Fallpauschalen nach BpflV wurden in den Jahren 2003 - 2005 von DRG-Fallpauschalen abgelöst.

Mit dem zweiten Fallpauschalenänderungsgesetz (BGBl. 2004 Teil I Nr. 69 S. 3429 ff.) wurden die Rahmenbedingungen der DRG-Einführung in Deutschland erneut verändert. Die Konvergenzphase, das heißt die ab dem Jahr 2005 geplante schrittweise Heranführung der Krankenhausbudgets an die landesweiten Fallpreise wurde um ein weiteres Jahr bis 2008 verlängert. Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung wurde ermächtigt, vorläufige Landesbasisfallwerte durch Rechtsverordnung vorzugeben, sofern sich die Selbstverwaltung nicht einigen kann. Fehlschätzungen des Landesbasisfallwertes können im Folgejahr durch eine nachträgliche Korrekturmöglichkeit berichtigt werden. Außerdem legt das Gesetz sogenannte Kappungsgrenzen fest, die die maximalen Budgetverluste eines Hauses begrenzen. Zusatzentgelte sind bisher nur für wenige Leistungen vorgesehen und werden deshalb im Indikator nicht berücksichtigt.

Es handelt sich um einen Prozessindikator.

Vergleichbarkeit

Es gibt keinen vergleichbaren WHO-, EU- oder OECD-Indikator. Im bisherigen GMK-Indikatorensatz gab es keinen derartigen Indikator.

Originalquellen

- ▶ Angaben des Institutes für das Entgeltsystem im Krankenhaus gGmbH nach Schaffung gesetzlicher Grundlagen für die Datenübergabe an die Länder
- ▶ Angaben der Landesverbände der Krankenkassen zum Basisfallwert

Dokumentationsstand

26.08.2005, Iögd/Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus gGmbH

Indikator (K)
11.6

DRG-Fallpauschalen: Erlöse und Leistungen, Nordrhein-Westfalen, 2006

Jahr	DRG-Fallpauschalen				
	landesweiter Basisfallwert mit Kappung in €	Anzahl abgerechneter DRGs	Summe abgerechneter Relativgewichte (casemix, CM)	Durchschnittliches Relativgewicht (casemixindex, CMI)	DRG Erlöse in Mio. €
2005	2 679,80	878	–	–	–
2006	2 687,23	954	–	–	–

Datenquelle/Copyright:

Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus gGmbH (InEK):

Statistik zu DRG-Fallpauschalen

Landesverbände der Krankenkassen (Vertragsparteien):

Daten der Vertragsparteien auf Landesebene (zum Basisfallwert)

gemäß § 21(3) Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes

11.7

Aufwendungen für Leistungen zur Teilhabe in der gesetzlichen Rentenversicherung (GRV), Deutschland, Jahr

Definition

Die Organisation der gesetzlichen Rentenversicherung wurde durch das Gesetz zur Organisationsreform in der gesetzlichen Rentenversicherung (RVorgG) ab 2005 grundlegend neu strukturiert. Durch die Zusammenführung der Rentenversicherung für Arbeiter und der Rentenversicherung der Angestellten zur allgemeinen Rentenversicherung gliedert sich die gesetzliche Rentenversicherung in nur noch zwei Versicherungszweige: die allgemeine Rentenversicherung und die knappschaftliche Rentenversicherung. Die Aufgaben der gesetzlichen Rentenversicherung werden ab 1.10.2005 von zwei Bundesträgern sowie Regionalträgern unter dem Dach der Deutschen Rentenversicherung wahrgenommen. Bundesträger ist zum einen die sich aus dem Zusammenschluss von Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) und dem Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) ergebende Deutsche Rentenversicherung Bund und zum anderen die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, die aus dem Zusammenschluss der bislang eigenständigen Versicherungsträger Bahnversicherungsanstalt, Bundesknappschaft und Seekasse hervorgegangen ist. Für die Betreuung der Versicherten in der allgemeinen Rentenversicherung sind zudem Regionalträger (ehemalige Landesversicherungsanstalten) zuständig. Mit der neuen Organisation wird die traditionelle Trennung zwischen Arbeitern und Angestellten in der Rentenversicherung aufgegeben.

Der Indikator weist die Ausgaben für Leistungen zur Teilhabe in der gesetzlichen Rentenversicherung aus. Dabei wird unterschieden zwischen Allgemeiner Rentenversicherung ohne Deutsche Rentenversicherung Bund, Deutscher Rentenversicherung Bund und Knappschaftlicher Rentenversicherung. Die Ergebnisse der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, Bereich Allgemeine Rentenversicherung werden also bei den Regionalträgern mit ausgewiesen.

Kostenstrukturdaten der Rehabilitationseinrichtungen liegen bei den Rentenversicherern vor. Leistungen zur Teilhabe werden durch die Rentenversicherung erbracht, wenn der Versicherte die persönlichen (§ 10 SGB VI) und versicherungsrechtlichen (§ 11 SGB VI) Voraussetzungen erfüllt und kein Ausschlussgrund nach § 12 SGB VI vorliegt. Die gesetzliche Krankenversicherung erbringt Leistungen zur medizinischen Rehabilitation an Versicherte unter den Voraussetzungen der §§ 11 Abs. 2; 40 und 41 SGB V.

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

Das Anspruchs- und Anwartschaftsübertragungsgesetz (AAÜG) regelt die Schließung der Zusatz- und Sonderversorgungssysteme der ehemaligen DDR und deren Überführung in die allgemeine gesetzliche Rentenversicherung der Bundesrepublik Deutschland.

Im Indikator sind die im entsprechenden Berichtsjahr abgeschlossenen Rehabilitationsleistungen der Rentenversicherung des gesamten Bundesgebietes aufgeführt. Als Berechnungsgrundlage für die Zwecke der Rentenversicherung gelten die Versicherten ohne Rentenbezug, die in diesem Indikator zum 31.12. des Vorjahres gemessen werden.

Datenhalter

- ▶ Deutsche Rentenversicherung Bund

Datenquelle

- ▶ Endgültige Jahresrechnungsergebnisse

Periodizität

Jährlich, 31.12.

Validität

Da eine Kostentransparenz besteht, liegt eine gute Datenqualität vor.

Kommentar

Eine regionale Zuordnung der Aufwendungen ist gegenwärtig nicht möglich. Bei den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ist zu beachten, dass die Kosten extrem heterogen verteilt und je nach Maßnahme entweder gering (bedingte Zusage bei Vermittlungsbescheiden) oder sehr hoch (Umschulungen) sind. Die Leistungen zur Teilhabe können als stationäre und ambulante Leistungen erbracht werden, wobei Hilfsmittel eingeschlossen sind.

Zum 1. Januar 2005 ist die erste Stufe der Organisationsreform in der gesetzlichen Rentenversicherung in Kraft getreten. Seitdem wird nicht mehr zwischen Arbeitern und Angestellten unterschieden. Da die Fusionen der Versicherungsträger aber erst zum 1. Oktober 2005 mit der zweiten Stufe der Organisationsreform stattfanden und die fusionierten Träger erst zum Jahr 2006 einen eigenständigen Haushalt aufstellen konnten, ist man hinsichtlich der Finanzen für das gesamte Jahr 2005 bei der Unterscheidung zwischen (ehemaliger) Arbeiterrentenversicherung und (ehemaliger) Angestelltenversicherung geblieben.

Es handelt sich um einen Prozessindikator.

Vergleichbarkeit

Es gibt keinen vergleichbaren WHO-, OECD- oder EU-Indikator. Im bisherigen Indikatorensatz gab es keinen vergleichbaren Indikator. Der Indikator kann nur als Bundesindikator geführt werden, da die Angaben der DRV Bund nicht nach Ländern aufgeschlüsselt werden können.

Originalquellen

- ▶ Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Statistik der Deutschen Rentenversicherung Rehabilitation (vorläufige Rechnungsergebnisse)
- ▶ Deutsche Rentenversicherung Bund: <http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de/>

Dokumentationsstand

24.10.2006, lögd/Deutsche Rentenversicherung Bund

**Indikator (B)
11.7**
Aufwendungen für Leistungen zur Teilhabe in der gesetzlichen Rentenversicherung (GRV), Deutschland, 2005

Aufwendungen für	Alle Träger der gesetzlichen Rentenversicherung insgesamt		Davon:		
			ehemalige Arbeiterrentenversicherung	ehemalige Angestelltenversicherung	Knappschaftliche Rentenversicherung
	in Mio. €	€ je Versich.*	in Mio. €		
Medizinische und ergänzende Leistungen**	1 836,7	35,72	944,7	847,3	44,7
Abhängigkeitserkrankungen	494,0	9,61	350,5	129,6	13,9
Psychische Erkrankungen	509,1	9,90	197,5	303,8	7,8
Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	1 233,0	23,98	783,0	415,0	35,0
AAÜG-Erstattungen (BfA)***	- 28,6	- 0,56	–	- 28,6	–
Sonstige Leistungen	427,9	8,32	205,4	204,7	17,8
Sozialversicherungsbeitr. f. Rehabilitanden	281,5	5,48	158,5	116,3	6,7
Bruttoaufwendungen zur Reha. insgesamt	4 753,6	92,46	2 639,6	1 988,1	125,9
Einnahmen und Erstattungen für Rehabilitationsleistungen	132,7	2,58	88,3	41,2	3,2
Nettoaufwendungen zur Rehabilitation	4 620,9	89,87	2 551,3	1 946,9	122,7

Datenquelle/Copyright:
Deutsche Rentenversicherung Bund:
Endgültige Jahresrechnungsergebnisse

* 51.415.053 Versicherte ohne Rentenbezug am 31.12.2004

** ohne Leistungen wegen Abhängigkeitserkrankungen u. psychischer Erkrankungen

*** AAÜG = Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetz

Durchschnittliche Vergütung für vollstationäre Dauer- und Kurzzeitpflege in Pflegeheimen nach Art der Vergütung und des Trägers, Nordrhein-Westfalen, Jahr

Definition

Leistungen bei Pflegebedürftigkeit werden im Gesetz zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit (Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI)) geregelt.

Pflegebedürftigkeit ist nach drei Stufen gegliedert. Pflegestufe I beinhaltet erhebliche Pflegebedürftigkeit (Pflegeaufwand mindestens einmal täglich für wenigstens zwei Verrichtungen), Pflegestufe II: Schwerpflegebedürftigkeit (mindestens dreimal täglich ist Pflege erforderlich) und Pflegestufe III: Schwerstpflegebedürftigkeit (Pflege ist rund um die Uhr erforderlich).

Aufwendungen für stationäre und teilstationäre Pflege bestehen in Kosten für die Grundpflege, Behandlungspflege und soziale Betreuung. Kosten für Grund- und Behandlungspflege sind nach Pflegestufen gestaffelt. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung muss der Versicherte selbst tragen.

Pflegesätze sind die Entgelte der Heimbewohner oder ihrer Kostenträger für die voll- oder teilstationären Pflegeleistungen des Pflegeheimes sowie für medizinische Behandlungspflege und soziale Betreuung. Die Pflegesätze müssen leistungsgerecht sein. Sie sind nach dem Versorgungsaufwand, den der Pflegebedürftige nach Art und Schwere seiner Pflegebedürftigkeit benötigt, in drei Pflegeklassen einzuteilen. Bei der Zuordnung der Pflegebedürftigen zu den Pflegeklassen sind die Pflegestufen gemäß § 15 SGB XI zugrunde zu legen, soweit nicht nach der gemeinsamen Beurteilung der Medizinischen Dienstes und der Pflegeleitung des Heimes die Zuordnung zu einer anderen Pflegeklasse notwendig oder ausreichend ist. Die Pflegesätze müssen einem Pflegeheim bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen. Eine Differenzierung der Pflegesätze in einem Pflegeheim nach Kostenträgern ist unzulässig.

Datenhalter

- ▶ Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW des Landes Nordrhein-Westfalen

Datenquelle

- ▶ Pflegestatistik

Periodizität

Zweijährlich, 15.12.; erstmalig 1999

Validität

Das Pflegeversicherungsgesetz ist am 1.1.1995 in Kraft getreten.

Laut Pflegestatistik ist über die Kosten der Pflegeeinrichtungen nach Kostenarten sowie Erlöse nach Art, Höhe und Kostenträgern ein Nachweis zu führen, der für Pflegesatzverhandlungen bereitzustellen ist. Auf dieser Grundlage ist von einer guten Datenqualität auszugehen.

Kommentar

Daten liegen beim Datenhalter auch für die kommunale Ebene vor.

Es handelt sich um einen Prozessindikator.

Vergleichbarkeit

Es gibt keinen vergleichbaren WHO-Indikator zu Pflegekosten. Der Indikator ist mit dem OECD-Indikator *Expenditure on long-term nursing care* vergleichbar. Im bisherigen Indikatorensatz gab es keinen vergleichbaren Indikator.

Originalquellen

- ▶ Pflegeeinrichtungen und Pflegegeldleistungen in Nordrhein-Westfalen
Düsseldorf: Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW, 2002 ff.
(Statistische Berichte LDS)

Dokumentationsstand

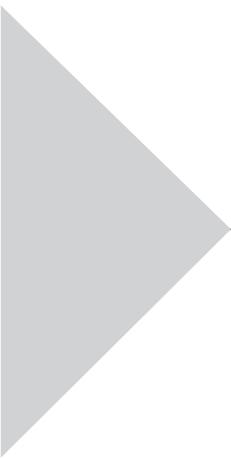
22.08.2002, lögd/ Landesamt f. Datenverarbeitung u. Statistik NRW

Art der Vergütung	Durchschnittliche Vergütung nach Art der Einrichtung			
	Freigemein- nützige Träger	Öffentliche Träger	Private Träger	Durchschnittliche Vergütung insg.
	in € pro Person und Tag			
Vergütung für vollstationäre Dauerpflege				
Pflegesatz				
Pflegeklasse 1	40	44	38	40
Pflegeklasse 2	57	60	53	56
Pflegeklasse 3	76	77	69	74
durchschnittlicher Pflegesatz aller Pflegeklassen	58	60	53	57
Entgelt für Unterkunft und Verpflegung	26	26	24	25
Vergütung für Kurzzeitpflege				
Pflegesatz				
Pflegeklasse 1	48	54	41	48
Pflegeklasse 2	67	71	57	65
Pflegeklasse 3	85	91	73	83
durchschnittlicher Pflegesatz aller Pflegeklassen	67	72	57	65
Entgelt für Unterkunft und Verpflegung	27	27	26	27

Datenquelle/Copyright:

Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW:

Pflegestatistik



Anhang 1

Statistische Methoden

Statistische Methoden

1. Neue und geänderte statistische Verfahren in der dritten Fassung des Indikatorensatzes zur Gesundheitsberichterstattung der Länder

Das vergangene Jahrzehnt seit der Einführung des GMK-Indikorensatzes im Jahre 1991 hat neben der Etablierung der ICD-10 als neuem Standard der Klassifikation von Krankheiten eine ganze Reihe weiterer Veränderungen im Bereich statistischer Verfahren und Datenstrukturen mit sich gebracht, die bei der Berechnung von Gesundheitsindikatoren zu berücksichtigen sind. Betroffen sind in erster Linie Fragen der Altersstandardisierung und der Obergrenze von Altersgruppen; es sollen aber auch völlig neue Konzepte wie beispielsweise der Indikator „Lebenserwartung bei guter Gesundheit“ in die Gesundheitsberichterstattung aufgenommen werden.

Im Folgenden werden diese Veränderungen gegenüber den bisher verwendeten Verfahren kurz aufgelistet, um dann in den anschließenden Methodenkapiteln näher erläutert zu werden. Im Zusammenhang mit der Neubearbeitung des Indikorensatzes der Ländergesundheitsberichterstattung wird eine CD-ROM produziert, die neben allen Indikorentabellen im MS-Excel-Format auch Excel-Arbeitsblätter enthält, in denen die hier beschriebenen Methoden exemplarisch umgesetzt sind. Diese Arbeitsblätter können direkt zur Berechnung von Indikorenziffern verwendet werden; sie dienen aber auch als Kontrolle für diejenigen Nutzer, die diese Methoden mit anderen Produkten (Datenbanken, Statistik-Programme etc.) umsetzen wollen.

▶ Standardisierung

In der Neufassung des Indikorensatzes wird bei der direkten Altersstandardisierung nicht mehr die so genannte „Neue Europabevölkerung“ sondern die „Alte Europabevölkerung“ von 1966 verwendet. Die Begründung für diesen Wechsel findet sich weiter unten im entsprechenden Methodenkapitel.

▶ SMR bei Regionaltabellen

Bei allen Indikatoren auf der Aggregatebene Kreise/Kreisfreie Städte/Stadtbezirke, die altersstandardisierte Raten aufweisen, kommt die indirekte Altersstandardisierung (SMR) an der Rate des jeweiligen Bundeslandes zur Anwendung. Diese Methode liefert bei den auf Kreisebene häufigen kleinen Fallzahlen stabilere Ergebnisse und ist für den Regionalvergleich besonders gut geeignet (SMR als prozentuale Abweichung vom Landesmittelwert). Nach Möglichkeit sollten statistisch signifikante Abweichungen vom Landeswert gekennzeichnet werden.

▶ Oberste Altersgruppe „95 und älter“

Indikatoren mit Altersstruktur sind, soweit möglich, nach 5-Jahres-Altersgruppen gegliedert. Hierbei soll die höchste, nach oben offene Altersgruppe gegenüber der bisherigen Struktur um 10 Jahre auf „95 Jahre und älter“ angehoben werden. Dies entspricht der demographischen Entwicklung und der Notwendigkeit, Gesundheitsprobleme und Gesundheitsleistungen für die Gruppe der Hochbetagten differenzierter darzustellen. Ein großer Teil der nationalen und europäischen Berichtsroutinen werden zurzeit an diesen neuen Standard angepasst.

▶ Lebenserwartung

Die Lebenserwartung wurde in der bisherigen Fassung des Indikorensatzes nur auf Landesebene entsprechend den so genannten vollständigen und abgekürzten Sterbetafeln der Statistischen Ämter dargestellt. Mittlerweile liegen einige Untersuchungen vor (s. z. B. (1, 2)), die die Verlässlichkeit der Berechnung auf Kreisebene (zumindest für die Belange der Gesundheitsberichterstattung) dokumentieren. Es wird daher ein neuer Indikator „Lebenserwartung im Regionalvergleich“ eingeführt. Für die Berechnung sollten die

Daten mehrerer Jahre zusammengeführt werden und signifikante Differenzen anhand von Konfidenzintervallen gesichert werden (s. Abschnitt 10).

Die „Lebenserwartung bei guter Gesundheit - Health Expectancy“ wird mittlerweile in vielen europäischen Ländern routinemäßig als Gesundheitsindikator berechnet. Sie bietet als Maß für die Lebenserwartung ohne gesundheitliche Einschränkungen bzw. Behinderungen eine wichtige Ergänzung zur allgemeinen Lebenserwartung. Als Datengrundlage sind verschiedene Quellen wie z. B. Pflegestatistik, Schwerbehindertenstatistik oder Survey-Daten verwendbar. Bisher ist die Abstimmung zur Berechnungsgrundlage zwischen den beteiligten Institutionen nicht abgeschlossen. Es wird daher in Abschnitt 10 nur ein vorläufiges Modell zur Berechnung des Indikators „Gesunde Lebenserwartung“ anhand der Daten der Schwerbehindertenstatistik vorgestellt.

2. Altersstandardisierung von Daten zur Sterblichkeit und zu Krankheitshäufigkeiten

Ein wesentlicher Zweck der Bildung von Gesundheitsindikatoren im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung ist die Möglichkeit, spezifische gesundheitspolitisch relevante Kennziffern über eine längere Zeitperiode hinweg oder zwischen verschiedenen Regionen vergleichen zu können. So lassen sich beispielsweise Fragen nach einem Anstieg bestimmter Erkrankungen innerhalb der letzten Jahre oder nach Unterschieden der Sterblichkeitsziffern zwischen den Verwaltungsbezirken eines Bundeslandes untersuchen.

Solche Analysen können sich allerdings nicht auf die so genannten „rohen“, unbereinigten Krankheits- oder Sterbeziffern stützen, die die Anzahl der Sterbefälle (bzw. Erkrankungen) je 100 000 Einwohner der mittleren Jahresbevölkerung angeben:

Rohe Sterberate

$$MR = \frac{\text{Anzahl Verstorbener}}{\text{Durchschnittliche Bevölkerung}} \cdot 100000$$

Diese rohe Sterberate berücksichtigt nicht die Geschlechtsverteilung und den Altersaufbau der untersuchten Populationen, die deutliche Unterschiede z. B. zwischen städtischen und ländlichen Regionen aufweisen können. Beide Faktoren haben jedoch einen starken Einfluss auf das Mortalitätsgeschehen.

Der Einfluss der Geschlechtsverteilung lässt sich in der Regel dadurch kontrollieren, dass die entsprechenden Raten für beide Geschlechter getrennt berechnet und angegeben werden. Die Frage nach der Altersstruktur einer bestimmten Bevölkerung gewinnt besondere Bedeutung durch die derzeit in Mitteleuropa zu beobachtenden Wanderungsbewegungen. So gibt es Regionen, die einen verstärkten Zuzug jüngerer Altersgruppen zu verzeichnen haben, während in ländlichen Regionen die Jüngeren eher abwandern und eventuell zusätzlich ältere Menschen aus den Ballungsgebieten ihren Alterswohnsitz hierhin verlegen. Vergleicht man die rohen Mortalitätsraten dieser Regionen, wird man in denjenigen Landesteilen mit einer jüngeren Bevölkerung niedrigere Raten finden als in den Bezirken mit höherem Altersdurchschnitt. Die Einflüsse der Altersstruktur überlagern dann alle übrigen Faktoren, die als Ursachen regionaler Mortalitätsunterschiede in Frage kommen könnten. Ähnliches gilt für Zeitreihenanalysen, die in gleicher Weise durch Veränderungen im Altersaufbau (zunehmende Alterung der Bevölkerung) beeinflusst werden.

Es gibt verschiedene Wege, die den verzerrenden Effekt unterschiedlicher Altersstrukturen auf Sterbeziffern und Krankheitsraten umgehen. Der direkteste, aber nicht unbedingt gangbarste Weg ist die Berechnung altersspezifischer Sterbeziffern. Diese geben die Anzahl der Gestorbenen einer Altersgruppe je 100 000 Einwohner der gleichen Altersgruppe an:

Altersspezifische Sterberate

$$MR_i = \frac{\text{Anzahl Verstorbener in Altersgruppe } i}{\text{Durchschnittliche Bevölkerung in Altersgruppe } i} \cdot 100000$$

In der Regel werden diese Ziffern auf der Basis von 5-Jahres-Altersgruppen gebildet. Es wird unterstellt, dass die Altersverteilung innerhalb von 5-Jahresgruppen nicht nennenswert zwischen verschiedenen Populationen differiert. Unter dieser Annahme können altersspezifische Sterbeziffern einem direkten Vergleich für verschiedene Bevölkerungsgruppen, Regionen oder Zeiträume unterzogen werden.

Allerdings ist eine in dieser Weise differenzierte Darstellung z. B. für alle Verwaltungsbezirke eines Bundeslandes wegen der immensen Datenmenge eher erdrückend als erhellend. Daher dienen altersspezifische Sterbeziffern in der Regel nur als Ausgangsbasis für weitergehende statistische Analyseverfahren.

Der übliche Weg zur Gewinnung summarischer, vergleichbarer Maßzahlen zur Morbidität und Mortalität ist die Standardisierung der Häufigkeitsziffern nach derjenigen Variablen, deren Einfluss man ausschließen oder, genauer gesagt, kontrollieren möchte. So ist neben der Altersstandardisierung eine Standardisierung nach anderen Merkmalen in gleicher Weise durchführbar.

Es werden zwei Methoden der Standardisierung unterschieden, die im Folgenden näher erläutert sind:

1. Direkte Standardisierung
2. Indirekte Standardisierung

3. Direkte Altersstandardisierung - Standardbevölkerungen

Das Verfahren der direkten Alterstandardisierung bezieht die zu untersuchenden altersspezifischen Raten, beispielsweise die Mortalitätsraten, auf eine (frei wählbare) „Standardpopulation“. (Direkt altersstandardisierte Mortalitätsraten entsprechen den im englischen Sprachraum verwendeten standard death rates, SDR.) Es wird üblicherweise eine Bevölkerungsunterteilung nach 5-Jahres-Altersgruppen verwendet. Die Mortalitätsraten der einzelnen Altersgruppen in der beobachteten Bevölkerung werden hierbei mit den Bevölkerungsanteilen der Standardpopulation gewichtet entsprechend der Formel:

Altersstandardisierte Sterberate

$$MR_{st} = \frac{\sum (N_i \cdot mr_i)}{\sum N_i}$$

wobei N_i die Zahl der Personen in der Altersgruppe i der Standardbevölkerung ist, mr_i für die altersspezifischen Mortalitätsraten je 100 000 der untersuchten Bevölkerung steht und Σ die Summation über allen Altersgruppen anzeigt. (In dieser und den folgenden Formeln beziehen sich großgeschriebene Variablen auf die Standardbevölkerung, kleingeschriebene auf die Zielpopulation.)

Es wird also die Sterberate jeder Altersgruppe mit der Zahl der Personen in der entsprechenden Gruppe der Standardpopulation multipliziert; die Produkte werden summiert und durch die Gesamtpersonenzahl der Standardpopulation dividiert. Die rohen Sterberaten, beispielsweise der Verwaltungsbezirke eines Bundeslandes, werden demnach so Neuberechnet, als wäre die Altersverteilung aller Bezirke identisch mit derjenigen einer bestimmten Standardbevölkerung. In unserem Fall ist dies die von der WHO verwendete „Europäische Standardbevölkerung“, die auf einen Vorschlag der IARC (3) zurückgeht (sog. „alte“ Europäische Standardbevölkerung, s. Tabelle 3 in Abschnitt 13). Ein Vergleich der standardisierten Sterberaten verschiedener Bezirke bzw. unterschiedlicher Zeiträume wird daher nicht mehr durch Unterschiede im Altersaufbau der Bevölkerungen beeinträchtigt.

Der Effekt einer Altersstandardisierung lässt sich gut an der Entwicklung der Sterblichkeit von Frauen in Nordrhein-Westfalen (ebenso wie in ganz Deutschland) innerhalb der letzten 20 Jahre darstellen. Während die rohe Mortalitätsrate der Frauen innerhalb dieser Zeit praktisch unverändert blieb, zeigen die altersstandardisierten Raten einen kontinuierlichen Rückgang der Mortalität um ca. 30 % zwischen 1980 und 2001. Somit ist der Verlauf der rohen Sterblichkeitsraten in erster Linie durch Veränderungen der Altersstruktur - vor allem die Zunahme des älteren Bevölkerungsanteils bei den Frauen - zu erklären, welche den rückläufigen Trend in der Gesamtgruppe der Frauen neutralisieren.

Es ist zu beachten, dass altersstandardisierte Raten fiktive Kennziffern darstellen, die nur als Vergleichsgrößen zwischen verschiedenen Populationen dienen sollten. Wie weit diese fiktiven Werte von den rohen, unbereinigten Raten abweichen, wird durch die Wahl der Standardbevölkerung entschieden. Theoretisch ist die Wahl dieser Population beliebig, vorausgesetzt, man benutzt bei allen Vergleichen immer dieselbe Standardpopulation. In der Praxis sollte man einen Bevölkerungsstandard vorziehen, der sich am Aufbau der untersuchten Bevölkerungsgruppe orientiert. So wird erreicht, dass der Vergleich nicht zu artifiziell wirkt und eine gewisse Interpretationsmöglichkeit der standardisierten Ziffer erhalten bleibt.

Vor diesem Hintergrund wurde von der UNO 1990 eine „neue“ Europäische Standardbevölkerung vorgeschlagen, da die „alte“ Standardbevölkerung von 1966 mittlerweile deutliche Abweichungen vom realen Altersaufbau der Bevölkerungen in den europäischen Staaten aufwies. Diese „neue“ Standardbevölkerung wurde in der zweiten Fassung des GMK-Indikatorensatzes von 1996 ebenfalls als Basis für die Altersstandardisierung empfohlen. Dies wird nun mit der aktuellen Fassung aus zwei Gründen zurückgenommen: 1. Die „Neue Europäische Standardbevölkerung“ hat sich in der Gesundheitsberichterstattung sowohl international als auch innerhalb Deutschlands nicht durchsetzen können. 2. Die Geschlechtsdifferenzierung der neuen Europabevölkerung in drei Bevölkerungsstrukturen (weiblich, männlich, insgesamt) wird mittlerweile eher als Nachteil gesehen, da z. B. die altersstandardisierten Mortalitätsraten von Männern und Frauen nicht mehr vergleichbar sind, wenn sie jeweils an der männlichen bzw. weiblichen Bevölkerungsstruktur standardisiert wurden.

Mit der vorliegenden Neubearbeitung des Indikatorensatzes wird also wieder auf die „alte“ Europabevölkerung (s. Tabelle 3 in Abschnitt 13) als Standard zurückgegriffen und somit sichergestellt, dass eine Vergleichbarkeit der standardisierten Raten auch zwischen den Geschlechtern jederzeit gegeben ist.

4. Indirekte Altersstandardisierung - SMR

Die Methode der indirekten Altersstandardisierung kann als eine Umkehrung der Vorgehensweise bei der direkten Standardisierung verstanden werden: Hierbei werden die altersspezifischen Sterberaten der Standardbevölkerung mit der Altersverteilung der jeweils untersuchten Population gewichtet. Es resultiert im ersten Rechenschritt die Anzahl der Sterbefälle, die man in der jeweils untersuchten Bevölkerung erwarten würde, wenn das Sterbeverhalten das Gleiche wäre wie in der Standardbevölkerung:

$$(1) \quad \text{Erwartete Sterbefälle} = \sum \frac{n_i \cdot MR_i}{100\,000}$$

wobei n_i die Zahl der Personen in der Altersgruppe i der beobachteten Bevölkerung ist und MR_i für die Mortalitätsrate je 100 000 der Altersgruppe i in der Standardbevölkerung steht.

Die erwarteten Sterbefälle, die sich aus der Summe über allen Altersgruppen ergeben, werden nun im zweiten Schritt in Beziehung gesetzt zu den tatsächlich in der untersuchten Bevölkerung aufgetretenen Todesfällen: Die Division der beobachteten durch die erwarteten Fälle führt zur so genannten

Standardized Mortality Ratio (SMR)

$$(2) \quad \text{SMR} = \frac{\text{Anzahl beobachteter Fälle}}{\text{Anzahl erwarteter Fälle}} = \frac{d}{\sum \frac{n_i \cdot MR_i}{100\,000}}$$

wobei d die Summe aller Sterbefälle in der untersuchten Population angibt. (In der deutschsprachigen Literatur sind die Begriffe standardisierte Mortalitätsratio bzw. Mortalitätsverhältniszahl und standardisierter Mortalitätsindex im Gebrauch. Die Übersetzung „standardisierte Mortalitätsrate“ ist nicht zutreffend, da es sich um einen Ratenquotienten handelt.)

In einem dritten Schritt kann man nun die SMR mit der rohen Sterberate der Standardpopulation multiplizieren und erhält die

Indirekt standardisierte Mortalitätsrate

$$(3) \quad MR_{is} = MR \cdot SMR$$

- allerdings interessiert bei der indirekten Standardisierung in erster Linie der SMR-Quotient. Üblicherweise wählt man bei dieser Methode die Summe aller untersuchten Regionen als Standardpopulation; so kann beispielsweise in einem Bundesland die Sterblichkeit in den Verwaltungsbezirken mit der Sterblichkeitsrate im gesamten Bundesland indirekt standardisiert werden. Die SMR des Landes insgesamt ist dann definitionsgemäß exakt 1 (beobachtete = erwartete Fälle); die Ergebnisse für die einzelnen Verwaltungsbezirke lassen sich als prozentuale Abweichung von diesem Landesdurchschnitt interpretieren und können auf statistische Signifikanz getestet werden (s. nächsten Abschnitt). Wie bei der direkten Altersstandardisierung wird auch hier durch das Rechenverfahren ausgeschlossen, dass Mortalitätsunterschiede zwischen den einzelnen Regionen durch die unterschiedliche Altersstruktur bedingt sind.

Wir benötigen für die indirekte Altersstandardisierung nur den Altersaufbau und die Gesamtzahl der Todesfälle in der beobachteten Bevölkerung, während in die direkte Standardisierung die altersspezifischen Sterberaten dieser Population mit eingehen. Dies erscheint zunächst wie eine überflüssige Reduktion der Ausgangsdaten, die die Genauigkeit des Ergebnisses gegenüber der direkten Methode zwangsläufig einschränkt. Allerdings hat die indirekte Standardisierung durchaus ihre Berechtigung, insbesondere bei Vergleichen von kleineren Grundgesamtheiten mit geringen Fallzahlen. Wenn beispielsweise an einer seltenen Todesursache in einer Untersuchungsregion nur 10 Personen pro Jahr versterben, verteilen sich die Sterbefälle rein zufällig auf die einzelnen Altersgruppen, so dass keine verlässlichen altersspezifischen Mor-

talitätsraten erwartet werden können. Führt man in dieser Situation eine direkte Altersstandardisierung durch, so erhalten diese Zufallsschwankungen einen unzulässig großen Einfluss auf das Gesamtergebnis, während die indirekte Methode hier durch die Verwendung der zuverlässigeren Gesamtfallzahl den Fehler gering hält und stabilere Schätzungen erbringt.

SMR-Quotienten, die anhand der Mortalitätsraten der einzelnen Bundesländer berechnet werden, sind für die Landesgesundheitsberichterstattung sehr nützlich; sie lassen allerdings keinen Vergleich mit den anderen Bundesländern zu. Um dies zu erreichen, müssten z. B. altersspezifische Sterblichkeitsraten der Bundesrepublik Deutschland als gemeinsamer Standard verwendet werden. In der Neufassung des Indikatorensatzes wird diese Methode der indirekten Altersstandardisierung für alle zu standardisierenden Indikatoren verwendet, die auf Kreisebene vorliegen.

5. Signifikanzprüfung

Wenn man Kenngrößen der Gesundheitsstatistik wie z. B. Sterblichkeitsraten einem regionalen Vergleich unterzieht, ist für die sinnvolle Interpretation von Differenzen zwischen einzelnen Kreisen oder von Abweichungen gegenüber dem Landesdurchschnitt eine statistische Signifikanzprüfung der Differenzen unerlässlich. Der Signifikanztest überprüft, ob Datendifferenzen im Bereich zufälliger Schwankungen liegen oder aber mit großer Wahrscheinlichkeit (hier durchgängig 95 %) einen tatsächlichen Unterschied anzeigen.

Die Signifikanz wird von der Größe der untersuchten Teilpopulation beeinflusst und reflektiert die Streubreite der jeweiligen Rate in der Gesamtpopulation. So liegt beispielsweise eine Stadt X mit einer SMR von 0,83 signifikant unter dem Landesdurchschnitt von 1,0, während drei weitere Verwaltungsbezirke mit niedrigeren SMR-Quotienten keine signifikante Abweichung aufweisen. Dies erklärt sich u. a. aus der Tatsache, dass die Stadt X eine vergleichsweise größere Bevölkerung hat und damit eine geringere Zufallsschwankung der beobachteten Todesfälle als bei Kreisen mit weniger Einwohnern zu erwarten ist. (Weitere Faktoren wie die Verteilung der Todesfälle über den einzelnen Altersgruppen beeinflussen das Ergebnis ebenfalls, s. u.)

Es sind verschiedene statistische Methoden zur Signifikanzprüfung im Gebrauch, wobei sich der Signifikanztest auf der Basis von Konfidenzintervallen (Vertrauensbereichen) als epidemiologischer Standard etabliert hat. Im Folgenden soll jeweils ein Verfahren zur Berechnung von Konfidenzintervallen für direkt altersstandardisierte Raten und für den SMR-Quotienten vorgestellt werden.

6. Konfidenzintervalle bei direkt altersstandardisierten Raten

Bei der Ermittlung des Konfidenzintervalls altersstandardisierter Mortalitätsraten geht man von der Varianz der altersspezifischen Sterbeziffern als Streuungsmaß aus. Unter der Annahme einer homogenen Risikoverteilung innerhalb der Altersgruppe lässt sich die Varianz einer altersspezifischen Rate (je 100 000 Einwohner) wie folgt ausdrücken:

$$(1) \quad \text{Varianz}(mr_i) = \frac{mr_i \cdot (100\,000 - mr_i)}{n_i}$$

Die Varianz der altersstandardisierten Rate kann nun als ein gewichteter Mittelwert über den Varianzen der altersspezifischen Raten gesehen werden, wobei mit der Standardbevölkerung gewichtet wird. Die Gewichte für jede Altersklasse i sind gegeben als

$$(2) \quad W_i = \frac{N_i}{\sum N_i}$$

Dann gilt für die altersstandardisierte Rate MR_{st}

$$(3) \quad \text{Varianz}(MR_{st}) = \sum (W_i)^2 \cdot \text{Varianz}(mr_i)$$

Der Standardfehler SE der altersstandardisierten Rate errechnet sich als Quadratwurzel der Varianz. Unter Verwendung des Standardfehlers kann nun der Vertrauensbereich um die altersstandardisierte Mortalitätsrate MR_{st} gebildet werden. Vorausgesetzt, die Zahl der Todesfälle ist groß genug (25 kann hier als untere Grenze gelten) ergibt sich das 95 %-Konfidenzintervall als

95 %-Konfidenzintervall für direkt altersstandardisierte Raten

$$(4) \quad CI_{95\%} = MR_{st} \pm 1,96 \cdot \sqrt{\sum \frac{mr_i \cdot (100\,000 - mr_i)}{n_i} \cdot \left(\frac{N_i}{\sum N_i}\right)^2}$$

wobei das „+“ Zeichen für die obere und das „-“ Zeichen für die untere Grenze einzusetzen sind. (Der Wert 1,96 steht hier für das $(1-\alpha/2)$ -Quantil der Normalverteilung mit $\alpha = 0,05$. Für ein Konfidenzniveau von 99 % wäre hier der Wert 2,576 entsprechend $\alpha = 0,01$ einzusetzen.)

Die „wahre“ altersstandardisierte Mortalitätsrate liegt also mit 95 %iger Wahrscheinlichkeit zwischen den beiden Grenzwerten dieses Konfidenzintervalls. Mit zunehmender Populationsgröße wird das Intervall enger, da die Varianz abnimmt.

7. Konfidenzintervalle bei indirekter Altersstandardisierung (SMR)

Die Berechnung des 95 %-Konfidenzintervalls für die „Standardized Mortality Ratio“ (SMR) ergibt sich wie folgt. Die SMR wird, wie oben erläutert, als Quotient aus beobachteten und erwarteten Fällen gebildet:

$$(1) \quad SMR = \frac{\text{Anzahl beobachteter Fälle}}{\text{Anzahl erwarteter Fälle}} = \frac{O}{E}$$

Unter der Annahme, dass die beobachteten Todesfälle einer Poissonverteilung genügen, lässt sich für den „wahren“ SMR-Quotienten der untere (X_U) und der obere (X_O) Grenzwert des 95 %-Konfidenzintervalls vereinfacht folgendermaßen berechnen:

$$(2) \quad X_u = \frac{\left(\frac{1,96}{2} - \sqrt{O}\right)^2}{E} \quad \text{und} \quad X_o = \frac{\left(\frac{1,96}{2} + \sqrt{O+1}\right)^2}{E}$$

Allerdings sollte diese Näherungsformel erst ab einer Fallzahl über 100 verwendet werden. Im Krebsatlas Nordrhein-Westfalen (4) wird die Formel eines asymptotischen Konfidenzintervalls verwendet, die bei Fallzahlen über 30 zuverlässige Ergebnisse liefert:

95 %-Konfidenzintervall für indirekte Altersstandardisierung (SMR)

$$(3) \quad CI_{95\%} = \frac{O + 0,5 \cdot (1,96)^2 \pm 0,5 \pm 1,96 \cdot \sqrt{O + 0,25 \cdot (1,96)^2 \pm 0,5}}{E}$$

8. Signifikanzprüfung mit Konfidenzintervallen

Wie lässt sich nun mit den ermittelten Konfidenzintervallen die Differenz zweier Raten auf Signifikanz testen? Signifikante Abweichungen liegen immer dann vor, wenn sich die Vertrauensbereiche der zu vergleichenden Raten nicht überschneiden.

Wenn wir beispielsweise die Mortalität je 100 000 Einwohner eines Bundeslandes untersuchen, finden wir im Berichtsjahr einen altersstandardisierten Wert von 913,0 mit einem 95 %-Konfidenzintervall von 909,0 bis 917,1. Dann ergibt sich für die Stadt A eine statistisch signifikante Abweichung vom Landeswert nach oben (Altersstandardisierte Mortalitätsrate: 944,6; CI95% = 924,1 - 965,2). Das Konfidenzintervall der Stadt B überlappt dasjenige des Landes (948,9; CI95% = 907,8 - 990,0) - in diesem Fall sogar beidseitig -, es zeigt sich damit trotz einer höheren Mortalitätsrate als in A keine signifikante Abweichung vom Landesdurchschnitt. Der Kreis C schließlich liegt mit einer Mortalitätsrate von 852,1 (CI95% = 825,9 - 878,2) signifikant unter der durchschnittlichen Mortalitätsrate des Landes.

9. Verlorene Lebensjahre (PYLL)

Der Gesundheitsindikator „Verlorene Lebensjahre“ wird als „Potential Years of Life Lost (PYLL)“ seit rund 50 Jahren in der Epidemiologie diskutiert und eingesetzt. Er eignet sich besonders für die Bewertung der vorzeitigen Sterblichkeit, wenn er - wie allgemein üblich - für die Altersgruppe der 1- bis 64-Jährigen berechnet wird. (Ein gelegentlich diskutiertes Heraufsetzen der Altersgrenze, z. B. auf den Wert der mittleren Lebenserwartung, entspricht dieser Konzeption nicht und verschiebt das Diagnosespektrum stark in die Richtung der Herz-Kreislauf-Krankheiten.) Ausgehend von der vorgegebenen Altersobergrenze werden für alle vor Erreichung der Altersgrenze Verstorbenen die nicht gelebten Jahre, das verlorene Potenzial, aufsummiert sowie als Rate je 100 000 Einwohner gebildet. Rein quantitativ kann eine relativ seltene Todesursache wie z. B. AIDS einen ähnlichen Verlust an Lebenszeit bedingen wie eine häufige Todesursache, wenn die erstere in jüngeren Altersgruppen und letztere im höheren Alter bevorzugt beobachtet wird.

Die absolute Zahl der „Verlorenen Lebensjahre“ (VLJ) lässt sich relativ schwer interpretieren, wenn auch eine Zahl wie 11 507 VLJ durch AIDS in Nordrhein-Westfalen im Jahr 1995 (und der nachfolgende rapi-

de Rückgang bis auf 2 035 VLJ im Jahre 2001) eine wichtige zusätzliche Information zu einer an sich sehr seltenen Todesursache liefert. Von besonderem Interesse ist der prozentuale Anteil verschiedener Todesursachen an der Gesamtzahl der VLJ, der es erlaubt, das präventive Potenzial der wichtigsten Ursachen für vorzeitigen Tod in unserer Gesellschaft zu bewerten.

Die Berechnung der VLJ für eine bestimmte Todesursache bzw. Ursachengruppe beruht auf der Summierung der betreffenden Sterbefälle in den einzelnen Altersgruppen, multipliziert mit den in der jeweiligen Altersgruppe verbleibenden Lebensjahren bis zur vorgegebenen oberen Altersgrenze. Der Mittelwert verlorener Lebensjahre je Todesfall in einer Altersklasse ergibt sich bei einem Grenzwert von 65 Jahren (gestorben vor Vollendung des 65. Lebensjahres) wie folgt:

$$\text{Mittlerer Verlust an Lebensjahren in Altersgruppe } i = 65 - \left(\frac{UG_i + OG_i}{2} \right) - 0,5$$

wobei UG_i und OG_i die unteren und oberen Grenzwerte der jeweiligen Altersgruppe sind. Für die Altersgruppe der 40- bis 44-Jährigen ergäbe sich somit ein mittlerer Verlust von 22,5 Lebensjahren durch Tod vor Vollendung des 65. Lebensjahres. Die Formel zur Berechnung der VLJ (zwischen 1 und 64 Jahren) lautet dann:

Verlorene Lebensjahre

$$VLJ_{(1-64)} = \sum_{i=1}^{64} d_i \cdot \left(65 - \frac{UG_i + OG_i}{2} - 0,5 \right)$$

d_i steht hier für die Anzahl der Sterbefälle in der Altersgruppe i .

Die Gruppe der Säuglinge wird bei dieser Berechnung ausgeklammert, da die Säuglingssterblichkeit zum größten Teil speziellen Todesursachen zuzuschreiben ist, die in späteren Lebensabschnitten nicht mehr auftreten. Da die Säuglinge in der unter 55jährigen Bevölkerung die höchste Sterblichkeitsrate aufweisen und jeder Sterbefall 64 VLJ entspricht, würden die speziellen Diagnosen der Neo- und Postneonatalperiode die Statistik der VLJ sehr stark beeinflussen.

Die VLJ werden in der Regel als Rate je 100 000 Einwohner angegeben und lassen sich mit der weiter oben vorgestellten Methode altersstandardisieren:

Standardisierter Verlust an Lebensjahren je 100 000 Einwohner

$$VLJ_{(1-64) \text{ st}} = \frac{\sum_{i=1}^{64} d_i \cdot \left(65 - \frac{UG_i + OG_i}{2} - 0,5 \right) \cdot \frac{N_i}{n_i}}{\sum_{i=1}^{64} N_i} \cdot 100\,000$$

Es existieren weitere, komplexe Verfahren der Berechnung von VLJ auf der Basis von Sterbetafeln, allerdings weichen die hiermit gewonnenen Ergebnisse nur geringfügig von denen der einfachen Methode ab.

10. Mittlere Lebenserwartung und Lebenserwartung bei guter Gesundheit

Die Lebenserwartung ist eine Maßzahl, die modellhaft aus den alters- und geschlechtsspezifischen Sterblichkeitsverhältnissen einer Bevölkerung eine erwartete Lebensdauer ableitet. Sie gibt an, wie viele Jahre ein Mensch in einem definierten Alter noch leben würde, wenn die gegenwärtigen altersspezifischen Mortalitätsraten für den Rest seines Lebens unverändert blieben. Die fernere Lebenserwartung der Nulljährigen wird hierbei auch als mittlere bzw. durchschnittliche Lebenserwartung bezeichnet. Sie darf nicht als prognostischer Wert für die tatsächliche Lebenserwartung eines Neugeborenen verstanden werden, da diese infolge der zu erwartenden weiteren Verringerung der Sterblichkeit in den kommenden Jahrzehnten wahrscheinlich über den aktuellen Werten liegen wird. Die mittlere Lebenserwartung ist vielmehr als eine Momentaufnahme anzusehen, die in komprimierter Form die aktuellen Sterblichkeitsverhältnisse und somit indirekt die gesundheitliche Lage der untersuchten Bevölkerung wiedergibt. Für ihre Berechnung wird keine Standardbevölkerung benötigt und sie ist für den Laien deutlich anschaulicher als andere Mortalitätskennziffern.

Berechnungsgrundlage für die Lebenserwartung ist die so genannte Periodensterbetafel, die als Ausgangswerte die Bevölkerungszahlen und Sterbefälle der untersuchten Bevölkerung nach Einzelaltersjahren benötigt. Anhand dieser Werte werden die altersspezifischen Sterbewahrscheinlichkeiten q_x berechnet (z. B. Sterbeziffermethode nach *Farr*), um im nächsten Schritt diese realen Sterbewahrscheinlichkeiten auf die Modellbevölkerung der Tafel mit einem festgelegten Anfangsbestand von 100 000 anzuwenden (s. Tabelle 1, Spalten 1-7). Dieser Rechenprozess liefert (nach weiteren Zwischenschritten) die altersspezifische Lebenserwartung der untersuchten Bevölkerung (Details hierzu z. B. bei (5)).

Die Statistischen Landesämter stellen sog. „Vollständige Sterbetafeln“ in der Regel im Anschluss an eine Volkszählung zur Verfügung. Dazwischen werden „Abgekürzte Sterbetafeln“ erstellt, bei denen auf die aufwändigen Glättungsberechnungen zum Ausgleich von Zufallsschwankungen der rohen Sterbewahrscheinlichkeiten insbesondere bei kleinen Fallzahlen (Kinder und Jugendliche) verzichtet wird. Diese Methode der „Abgekürzten Sterbetafeln“ lässt sich mit ausreichender Genauigkeit auch auf der Ebene von Kreisen, kreisfreien Städten und Stadtbezirken (Stadtstaaten) anwenden (s. z. B. (1,2)), sofern mindestens drei Kalenderjahre zusammengefasst werden und Konfidenzberechnungen durchgeführt werden. Da die Sterbetafelmethode altersbereinigte Werte liefert, sind die resultierenden Lebenserwartungen verschiedener Regionen direkt vergleichbar.

Ein Nachteil der Kennziffer Lebenserwartung liegt in ihrer Beschränkung auf das Mortalitätsgeschehen ohne Berücksichtigung der Krankheitsbelastung der Bevölkerung. Es wurden daher im Laufe der letzten Jahrzehnte eine ganze Reihe von komplexeren Indikatoren vorgeschlagen, die Informationen über die Sterblichkeit mit solchen über gesundheitliche Beeinträchtigungen und Behinderungen bzw. über die Lebensqualität verknüpfen. Alle diese Indikatoren versuchen, die allgemeine Lebenserwartung in Abschnitte mit und ohne gesundheitliche Einschränkungen aufzuteilen und so z. B. die Frage zu beantworten, ob die höhere Lebenserwartung auch mit mehr gesunden Lebensjahren einhergeht oder ob sie durch eine Verlängerung des Zeitabstandes zwischen Erkrankungsbeginn und Sterbezeitpunkt erkaufte wird. Abbildung 1 zeigt anhand von Zahlen aus Nordrhein-Westfalen die Bereiche gesunder und gesundheitlich eingeschränkter Lebenserwartung in Form von so genannten Überlebenskurven für beide Geschlechter.

Periodensterbetafel zur Berechnung der Lebenserwartung und der Behinderungsfreien Lebenserwartung

Vollendetes Alter	Sterbewahrscheinlichkeit	Überlebende	Gestorbene	Durchlebte Jahre	Noch zu durchlebende Jahre	Lebenserwartung	Behinderungsprävalenz (%)	Jahre mit Behinderung	Jahre ohne Behinderung	Lebenserwartung mit Behinderung	Lebenserwartung ohne Behinderung	Vollendetes Alter
x	q(x) n. Farr *	l(x)	d(x)	L(x)	T(x)	e(x)	prev(x) **	YD(x)	YWD(x)	DLE(x)	DFLE(x)	x
0	0,00531	100.000	531	99.561	7.538.758	75,39	0,00	0	99.561	8,59	66,80	0
1	0,00040	99.469	40	99.449	7.439.198	74,79	0,63	629	98.820	8,64	66,15	1
2	0,00025	99.430	25	99.417	7.339.748	73,82	0,85	842	98.576	8,63	65,18	2
3	0,00032	99.405	32	99.389	7.240.331	72,84	0,96	957	98.431	8,63	64,21	3
4	0,00014	99.373	14	99.366	7.140.942	71,86	1,09	1.078	98.287	8,62	63,24	4
5	0,00020	99.359	20	99.349	7.041.577	70,87	1,13	1.126	98.223	8,61	62,26	5
84	0,11602	29.714	3.447	27.990	165.888	5,58	65,03	18.201	9.789	2,97	2,61	84
85	0,12043	26.266	3.163	24.685	137.898	5,25	68,78	16.977	7.707	2,67	2,58	85
86	0,14801	23.103	3.420	21.393	113.214	4,90	51,76	11.073	10.320	2,30	2,60	86
87	0,15444	19.683	3.040	18.163	91.820	4,66	46,64	8.472	9.692	2,14	2,53	87
88	0,16261	16.643	2.706	15.290	73.657	4,43	45,47	6.953	8.337	2,02	2,41	88
89	0,17681	13.937	2.464	12.705	58.367	4,19	46,49	5.906	6.799	1,91	2,27	89
90	1,00000	11.473	11.473	45.662	45.662	3,98	45,46	20.756	24.906	1,81	2,17	90

* $q(x) = d(x) / (B(x) + 0,5 \cdot d(x))$

d(x) = Gestorbene des Alters x; B(x) = mittlere Bevölkerung des Alters x

** Daten der Statistik der Schwerbehinderten

Input-Werte fettgedruckt

Tabelle 1

Abbildung 1a

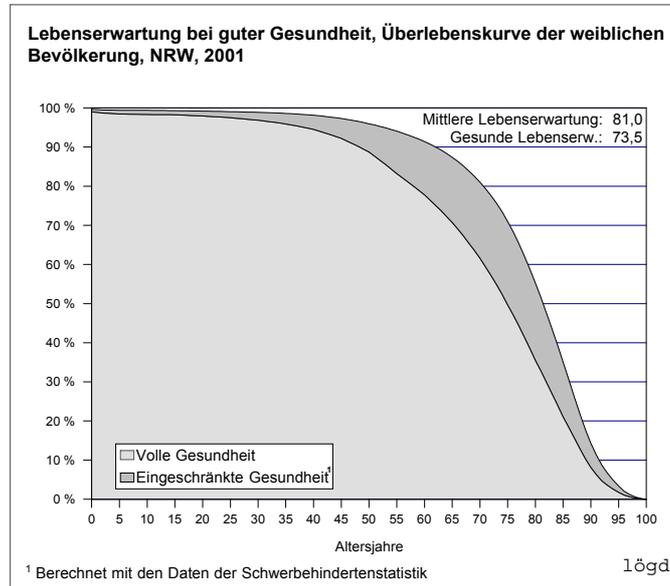
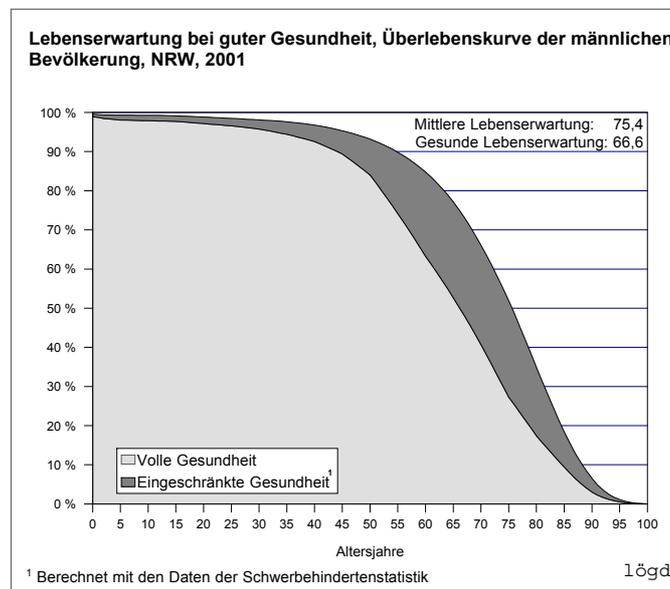


Abbildung 1b



Aufbauend auf der Sterbetafelmethode nutzen die verschiedenen Ansätze zur Berechnung einer nach der Lebensqualität gewichteten Lebenserwartung unterschiedliche Datenquellen und Gewichtungsmethoden zur Bewertung von gesundheitlichen Beeinträchtigungen in den einzelnen Altersgruppen der Bevölkerung. Die Gewichte können in der einfachsten Variante dichotom sein (Behinderung ja/nein, disability-free life expectancy, DFLE), sie können qualitativ gemessen werden wie bei der Berechnung der disability-adj-

sted life expectancy (DALE) mit einer festgelegten Zahl von Beeinträchtigungsgraden („nicht beeinträchtigt“ bis „schwer beeinträchtigt“), und sie können auf komplexen, kontinuierlichen Messgrößen beruhen wie die health-adjusted life expectancy (HALE).

Während die komplexeren Methoden auf Daten aus Bevölkerungssurveys angewiesen sind, kann die „Behinderungsfreie Lebenserwartung“ bereits anhand amtlicher Daten (Statistik der Schwerbehinderten) berechnet werden. Dies hat den Vorteil, dass diese Daten über viele Jahre bis hin zur Kreisebene und nach 1-Jahres-Altersgruppen vorliegen. Andererseits muss man sich darüber klar sein, dass es sich hierbei nur um eine erste Annäherung an das Konzept des Indikators „Lebenserwartung bei guter Gesundheit“ handeln kann, da nur langfristige Behinderungen von Antragstellern berücksichtigt werden. Es fehlt ein Maß für den Umfang der gesundheitlichen Beeinträchtigung und es fehlt komplett der Bereich der Einschränkungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens, der nicht „aktenkundig“ wird. Trotzdem ist es erstaunlich, wie gut die anhand von Daten der Schwerbehindertenstatistik berechnete „Behinderungsfreie Lebenserwartung“ mit den HALE-Berechnungen der WHO für Deutschland (World Health Report 2001 (6)) übereinstimmt (Tabelle 2).

Die bereits erwähnte Tabelle 1 zeigt einen Ausschnitt einer Sterbetafel mit den erweiterten Spalten (8-12) zur Berechnung der „Behinderungsfreien Lebenserwartung“ nach der von Sullivan (7) vorgeschlagenen Methode. Aus Platzgründen wird hier auf die Erläuterung der verwendeten Formeln verzichtet; benötigt werden die altersspezifischen Bevölkerungs- und Verstorbenenzahlen sowie der jeweilige Anteil von Schwerbehinderten in der Bevölkerung.

Tabelle 2

Vergleich von Healthy Life Expectancy und Behinderungsfreier Lebenserwartung

Erhebung	Gesunde Lebenserwartung in Jahren		Mittlere Lebenserwartung in Jahren	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer
Healthy Life Expectancy (HALE), Deutschland*	72,2	68,3	81,1	75,1
"Behinderungsfreie Lebenserwartung" (DFLE), NRW**	73,5	66,8	81,0	75,4

* WHO, World Health Report 2001
 ** Eigene Berechnungen für 2001

Ersetzt man in dieser Berechnung die Prävalenzdaten der Schwerbehindertenstatistik durch diejenigen der Pflegeversicherung ergibt sich eine deutlich verschiedene Perspektive. Da vor allem gravierende gesundheitliche Beeinträchtigungen der obersten Altersgruppen abgebildet werden, fällt die zu erwartende Minderung der Gesunden Lebenserwartung durch Pflegebedürftigkeit wesentlich niedriger aus (ca. zwei Jahre Differenz) als bei der Behinderungsfreien Lebenserwartung (ca. acht Jahre Differenz zur Mittleren Lebenserwartung).

11. Bildung von Mehrjahresmittelwerten

Um den zeitlichen Verlauf seltener Ereignisse, beispielsweise der Säuglingssterblichkeit auf Kreisebene, adäquat abbilden zu können, verwendet man Verfahren, die den Einfluss von Zufallsschwankungen begrenzen sollen. Solche Verfahren entbinden natürlich nicht von der Notwendigkeit, auffällige Einzelwerte näher zu analysieren. Die einfachsten statistischen Glättungsverfahren, die auch bei der Berechnung einiger Indi-

katoren zum Einsatz kommen, sind die Zusammenfassung der Werte mehrerer Jahre und die Bildung so genannter gleitender Mittelwerte oder gleitender Durchschnitte.

Für die Berechnung von Raten (z. B. Säuglingssterbefälle je 1 000 Lebendgeborene) als Mehrjahresmittelwert (z. B. 3 Jahre) sind grundsätzlich zwei Verfahren möglich:

1. Berechnung der Rate für einzelne Jahre (R_x) und anschließende Bildung des arithmetischen Mittelwerts: $(R_1 + R_2 + R_3) / 3$ oder

2. Zusammenfassung der Fallzahlen mehrerer Jahre (Säuglingssterbefälle S_x) und der entsprechenden Bezugspopulation (Lebendgeborene L_x) und Berechnung der Rate aus diesen zusammengefassten Größen $(S_1 + S_2 + S_3) / (L_1 + L_2 + L_3) * 1\,000$.

Hierbei führt die zweite Methode durch die Aggregation der Ausgangsdaten vor der Ratenbildung zu stabileren Ergebnissen und ist daher vorzuziehen, wenn die Ausgangsdaten entsprechend vorliegen. Ist dies nicht der Fall, liefert das erste Verfahren ausreichend gute Näherungswerte, zumal wenn bei Zeitreihen die Mittelwertbildung mit der Methode der gleitenden Durchschnitte kombiniert wird, die zu einer zusätzlichen Glättung der Daten führt. Hierbei wird für jedes neue Glied der Kette von Mittelwerten jeweils der älteste Wert weggelassen und ein neuer hinzugefügt (z. B. 3-Jahres-Mittelwerte 1999-2001; 2000-2002; 2001-2003 usw.).

12. Gebietstypisierung für Kreise, kreisfreie Städte und Stadtbezirke - Clusteranalyse

Der Indikatorensatz zur Gesundheitsberichterstattung der Länder beinhaltet eine umfangreiche Gruppe von Indikatoren, die für den Regionalvergleich vorgesehen sind. Es hat in der Vergangenheit mehrere Versuche gegeben, Kriterien für die Vergleichbarkeit von Regionen im Sinne einer sozioökonomischen Gebietstypisierung zu entwickeln. Idealerweise sollte diese Typisierung aus den Variablen des Indikatorensatzes ohne zusätzliche Daten ableitbar sein. Strohmeier hat für das Land Nordrhein-Westfalen ein entsprechendes Modell entwickelt, welches sich als sehr hilfreich für die Belange der Gesundheitsberichterstattung erwiesen hat (8,9).

Im Folgenden soll die verwendete Methodik kurz erläutert werden. Sie ist nicht Bestandteil des Indikatorensatzes, sondern als Anregung für weitergehende Analysen regionaler Indikatoren gedacht.

Die Auswahl der Variablen berücksichtigt folgende acht Merkmale:

- ▶ Anteil der Altersgruppe 0 bis 14 Jahre, Berichtsjahr
- ▶ Anteil der Altersgruppe über 65 Jahre, Berichtsjahr
- ▶ Sozialhilfe-Empfänger (Hilfe zum Lebensunterhalt), Berichtsjahr
- ▶ Arbeitslose, Berichtsjahr
- ▶ Verfügbares Einkommen je Einwohner in €, Berichtsjahr
- ▶ Anteil nichtdeutsche Bevölkerung, Berichtsjahr
- ▶ Bevölkerungsdichte, Berichtsjahr
- ▶ Bevölkerungsveränderung, 10 letzte Jahre

Diese Variablen werden durch eine sog. Z-Transformation standardisiert, um sie für die folgenden Analysen vergleichbar zu machen. Z-Transformierte Variablen haben den Mittelwert Null und die Standardabweichung 1. Die Standardisierung (Z-Transformation) erfolgt nach der Formel:

$$z = \frac{x - m}{s}$$

Dabei ist x der ursprüngliche Messwert, m das arithmetische Mittel der Variablenwerte und s die Standardabweichung.

Anhand einer Faktorenanalyse ließen sich für Nordrhein-Westfalen zwei Faktoren identifizieren, welche die sozialräumlichen Strukturdimensionen der Kreise und Städte des Landes darstellen. Die Faktorenanalyse ist ein Verfahren, das eine größere Anzahl von Merkmalen auf eine kleinere Anzahl unabhängiger Strukturdimensionen, Faktoren genannt, zurückführt. Diese Faktoren werden aus den vorliegenden statistischen Zusammenhängen („Korrelationen“) zwischen den Merkmalen bestimmt. Merkmale, die untereinander stark korrelieren, werden zu einem Faktor zusammengefasst. Das gebräuchlichste Verfahren der Faktorextraktion ist die „Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation“. Die Faktorwerte werden als Variable gespeichert. Sie sind gewichtete Summen der Indikatoren, die auf die jeweiligen Faktoren laden.

Auf der Grundlage der ermittelten Faktorwerte wird eine hierarchische Clusteranalyse gerechnet. Das Verfahren der Clusteranalyse bildet anhand einer Liste von vorgegebenen Merkmalen Gruppen von Fällen. Die Mitglieder einer Gruppe (eines „Clusters“) sollen möglichst ähnliche Ausprägungen der untersuchten Merkmale aufweisen, die Gruppen sollen gleichzeitig möglichst verschieden voneinander sein. Als Fusionsverfahren wird die Ward-Methode gewählt, das Abstandsmaß ist die quadrierte Euklidische Distanz.

Für Nordrhein-Westfalen ließen sich sechs Cluster als sinnvolle Einteilung ermitteln.

▶ *Cluster 1: Wenig familiengeprägte Dienstleistungsstädte*

Dieser erste Cluster beschreibt die eher wohlhabenderen Städte in NRW. Durch eine moderne Dienstleistungsstruktur ist das Einkommensniveau hoch und steigt weiter an und der Anteil der Arbeitslosen folgt im Gegensatz zu anderen Clustern dem Landesdurchschnitt. In Städten, die diesem Cluster zugeordnet werden, finden sich bei rückläufigen Bevölkerungszahlen unter Umständen auch erhöhte Anteile von Armen, Alten und Ausländern. Der Anteil der unter 14-jährigen ist im Vergleich zu anderen Clustern äußerst niedrig.

Der Cluster 1 umfasst 7 Städte mit einem Bevölkerungsanteil von 12,7% bezogen auf ganz NRW. Dem Cluster gehören folgende Städte an: Düsseldorf, Essen, Mülheim an der Ruhr, Remscheid, Solingen, Wuppertal und Bonn.

▶ *Cluster 2: Armutspol (Ruhrgebiet)*

Der zweite Cluster beschreibt homogen arme Städte in NRW. Sie sind gekennzeichnet durch die höchsten Anteilswerte bei Alten, Sozialhilfebeziehern, Arbeitslosen und Ausländern. Trotz eines deutlichen Bevölkerungsrückganges bleibt die Bevölkerungsdichte in den betroffenen Städten sehr hoch. Bei diesem Cluster sind benachteiligte soziale und demografische Lagen sehr ausgeprägt, und es handelt sich um den stabilsten Cluster im Zeitverlauf.

Dem Cluster 2 sind 5 Städte zugeordnet, die einen Bevölkerungsanteil von 9,8% haben. Folgende Städte zählen zum Cluster 2: Duisburg, Oberhausen, Gelsenkirchen, Dortmund und Herne.

▶ *Cluster 3: Heterogene Städte*

Mit diesem Cluster werden sozial heterogene Städte beschrieben. Sie haben einen hohen Anteil an Alten, Armen, Arbeitslosen und Ausländern sowie ein mittleres durchschnittliches Einkommen. Die Werte erreichen jedoch nicht das Niveau der Ruhrgebietsstädte. Die Städte in diesem Cluster 3 sind

von einem moderaten Bevölkerungsrückgang betroffen, wobei der Anteil der Kinder unter 14 Jahren unterdurchschnittlich ist.

15,5% der Bevölkerung NRW's lebt im Cluster 3, dem 8 Städte zugeordnet sind. Zu diesen Städten zählen: Leverkusen, Krefeld, Mönchengladbach, Aachen, Köln, Bielefeld, Bochum und Hagen.

► Cluster 4: *Familienzone*

Die "Familienzone" bildet einen Cluster, welchem ausschließlich Kreise in ländlichen Regionen zugeordnet sind. Prägend für die zugeordneten Kreise sind ein niedriges bis mittleres Einkommensniveau, der höchste Anteil von Kindern unter 14 Jahren und zugleich der niedrigste Anteil von Personen über 65 Jahren. Im Vergleich zu den anderen Clustern verzeichnet dieser Cluster einen Bevölkerungsgewinn. Die Armuts- und Arbeitslosenquote liegt in diesem Cluster unter dem Landesdurchschnitt.

Der Cluster 4 hat mit 32,6% den höchsten Bevölkerungsanteil. Ihm sind folgende 18 Kreise zugeordnet: Kleve, Viersen, Wesel, Düren, Rhein-Erft-Kreis, Euskirchen, Heinsberg, Oberbergischer Kreis, Rhein-Sieg-Kreis, Borken, Coesfeld, Steinfurt, Warendorf, Höxter, Lippe, Minden-Lübbecke, Paderborn und Soest.

► Cluster 5: *Prosperierende Regionen und suburbane Kreise*

Für diesen Cluster ist ein höheres Einkommensniveau als im Cluster 4 kennzeichnend, welches im Durchschnitt auch das Einkommensniveau der Dienstleistungsstädte (Cluster 1) übertrifft. In diesem Cluster sind ländliche Kreise und suburbane Kreise der Ballungszentren eingeordnet, welche niedrige Armutszahlen und Arbeitslosenzahlen aufweisen.

Die Familienprägung ist anders als in der Familienzone (Cluster 4) etwas geringer, die Bevölkerungsgewinne und der Anteil der Kinder unter 14 Jahren liegen leicht unter dem Landesdurchschnitt.

Mit einem Bevölkerungsanteil von 20,1% gehören dem Cluster 5 folgende 11 Kreise an: Mettmann, Rhein-Kreis Neuss, Rheinisch-Bergischer Kreis, Gütersloh, Herford, Ennepe-Ruhr-Kreis, Hochsauerlandkreis, Olpe und Siegen-Wittgenstein sowie eine kreisfreie Stadt: Münster.

► Cluster 6: *Heterogene Kreise (Ergebnis der Gebietsreform)*

Dieser Cluster weist neben einem niedrigen Pro-Kopf-Einkommen kaum besondere Spezifika auf. Bei den bereits vorgestellten Indikatoren gibt es nur geringe Abweichungen vom Landesdurchschnitt, es sind eher arme und heterogene Kreise und kreisfreie Städte, die unter diesem Cluster zusammengefasst werden.

Die besondere heterogene Struktur dieses Clusters ist in erster Linie auf eine Gebietsreform in den 1970er Jahren zurückzuführen, die ländliche Regionen und Städte vereint hat.

Mit dem niedrigsten Bevölkerungsanteil von 9,4% gehören dem Cluster 6 folgende 5 Kreise an: Aachen, Recklinghausen und Unna sowie die kreisfreien Städte: Bottrop und Hamm.

Mit Hilfe der vorgestellten Clusteranalyse können für NRW hochsignifikante Zusammenhänge zwischen soziodemographischen Gebietstypen und der regionalen Ausprägung von Gesundheitsindikatoren nachgewiesen werden (10). Besonders hohe Erklärungspotenziale zeigen sich dabei für die sog. vermeidbaren Sterbefälle (Indikator 3.14), aber auch für die Lebenserwartung und untergewichtige Neugeborene. Regionale Unterschiede hinsichtlich Krankheit und Tod beruhen in erheblichem Umfang auf der unterschiedlichen räumlichen Konzentration sozialer Benachteiligungen und demographischer Belastungen.

13. Standardbevölkerungen

Tabelle 3

Ausgewählte Bevölkerungen zur Altersstandardisierung

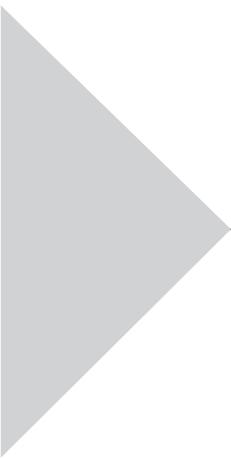
Alter von ... bis ... Jahren	"Alte" Europa- Standard- Bevölkerung	"Neue" Europa-Standard-Bevölkerung		
		männlich	weiblich	insgesamt
0 - 1	1 600	1 345	1 218	1 305
1 - 4	6 400	5 303	4 800	5 021
5 - 9	7 000	6 800	6 160	6 472
10 - 14	7 000	7 108	6 452	6 772
15 - 19	7 000	7 570	6 863	7 208
20 - 24	7 000	8 163	7 438	7 792
25 - 29	7 000	8 206	7 552	7 871
30 - 34	7 000	7 811	7 258	7 528
35 - 39	7 000	7 448	6 986	7 212
40 - 44	7 000	7 068	6 661	6 860
45 - 49	7 000	5 997	5 739	5 865
50 - 54	7 000	5 937	5 817	5 876
55 - 59	6 000	5 521	5 585	5 553
60 - 64	5 000	5 015	5 463	5 245
65 - 69	4 000	4 139	5 196	4 680
70 - 74	3 000	2 449	3 392	2 932
75 - 79	2 000	2 228	3 536	2 897
80 - 84	1 000	1 094	2 076	1 606
85 u. mehr	1 000	798	1 808	1 305
Insgesamt	100 000	100 000	100 000	100 000

Quelle:
Cancer incidence in five
continents, Lyon, IARC, 1976, Vol.3

nach:
United Nations World Population Prospects 1990

Literatur

1. Scholz, D.; Thoelke, H. (1997): Lebenserwartung in Berlin 1986 - 1994. Trends und regionale Unterschiede. Berlin.
2. Scholz, R. D. (2002): Zu methodischen Problemen und Grenzen der regionalen Sterblichkeitsmessung. In: Cromm J., Scholz R. D. (Hrsg.): Regionale Sterblichkeit in Deutschland. Augsburg, S. 7 - 18.
3. Waterhouse J. et al. (1976): Cancer incidence in five continents. IARC Scientific Publications, 15 (3), p. 456.
4. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (1994): Atlas zur Krebssterblichkeit in Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf.
5. Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (1991): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Allgemeine Sterbetafel für die Bundesrepublik Deutschland. (Gebietsstand vor dem 3.10.1990) 1986/88. Wiesbaden.
6. World Health Organization (ed.) (2001): The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva.
7. Sullivan, D. F. (1971): A Single Index of Mortality and Morbidity. HSMHA Health Reports, 86 (4), p. 347.
8. Bardehle, D.; Annuß, R. (1997): Bevölkerung und bevölkerungsspezifische Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens in Nordrhein-Westfalen. Fortschreibung des Themenfeldes 2 des Indikatorensatzes für den Gesundheitsrahmenbericht der Länder. Gesundheitsberichterstattung Bd. 9. Bielefeld.
9. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2000): Gesundheit von Frauen und Männern in NRW. Landesgesundheitsbericht 2000. Bielefeld.
10. Strohmeier, K.P., Kersting, V., Schultz, A. (2005): Gesundheitsberichterstattung NRW: Clusteranalyse mit Sozialstrukturindikatoren und Vorschlag eines modifizierten Indikatorensatzes für Kreise und kreisfreie Städte in NRW. Ruhr-Universität Bochum, Zentrum für interdisziplinäre Ruhrgebietsforschung (ZEFIR).



Anhang 2

Datenhalter

Verzeichnis der Datenhalter für Bundes- und Kernindikatoren sowie für Landesindikatoren

(kursiv gesetzt = zentrale Datenhalter)

Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK) Westfalen-Lippe

- ▶ Sondererhebung zu Einrichtungen der Physikalischen Therapie

Apothekerkammer Nordrhein Apothekerkammer Westfalen-Lippe

- ▶ Statistik über Beschäftigte in Apotheken

Arbeitskreis Zahngesundheit Westfalen-Lippe

- ▶ Dokumentation der Maßnahmen in der Gruppenprophylaxe

Ärztammer Nordrhein Ärztammer Westfalen-Lippe

- ▶ Ärztereister der Ärztekammern

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW)

- ▶ Umlagedaten Hebammen/Entbindungspfleger

Bundesverband der Betriebskrankenkassen (BKK)

- ▶ AU-Leistungsdaten der BKK

BQS Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung

- ▶ Perinatalerhebung

Bundesamt für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit (BVL)

- ▶ Dioxin-Datenbank des Bundes und der Länder des Umweltbundesamtes

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA)

- ▶ BIBB/IAB-Repräsentativbefragung

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS)

- ▶ Arbeits- und Sozialstatistik

Bundesministerium für Gesundheit (BMG)

- ▶ Arbeits- und Sozialstatistik
- ▶ KG 2-Statistik: Statistik der GKV - Leistungsfälle
- ▶ KG 3-Statistik: Statistik der GKV - Abrechnungs-, /Leistungsfälle
- ▶ KJ 1-Statistik: Statistik der GKV - Rechnungsergebnisse
- ▶ KM 1-Statistik: Monatsstatistik der GKV über Mitglieder und Kranke
- ▶ KM 6-Statistik: Statistik der GKV - Mitgliederstruktur

Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit (BMWA)

- ▶ Statistik der Arbeits- und Wegeunfälle

Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e. V. (DAJ)

- ▶ Dokumentation der Maßnahmen in der Gruppenprophylaxe
- ▶ Epidemiologische Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe

Deutsches Rheuma-Forschungszentrum (DRFZ)

- ▶ Kerndokumentation der regionalen kooperativen Rheumazentren

Epidemiologisches Krebsregister NRW

- ▶ Krebsregister

Geschäftsstelle Qualitätssicherung NRW

- ▶ Perinatalerhebung NRW

Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (HvBG)

- ▶ Dokumentation des Berufskrankheiten-Geschehens in der BRD
- ▶ Statistik der Arbeits- und Wegeunfälle

Innungskrankenkasse (IKK) Nordrhein

- ▶ Sondererhebung zu Einrichtungen der Physikalischen Therapie

Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK)

- ▶ Statistik zu DRG-Fallpauschalen

Kassenärztliche Vereinigung (KV) Nordrhein

Kassenärztliche Vereinigung (KV) Westfalen-Lippe

- ▶ Abrechnungsstatistiken der KVen
- ▶ Ärztereister der KVen
- ▶ KG 3-Statistik: Statistik der GKV - Abrechnungs-/Leistungsfälle
- ▶ Methadonstatistik
- ▶ Planungsdaten für die ärztliche Versorgung
- ▶ Zulassungsregister

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV)

- ▶ Jahrbuch der Kassenärztlichen Bundesvereinigung
- ▶ Kostenstrukturanalyse für Zahnarztpraxen

Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZV) Nordrhein

Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZV) Westfalen-Lippe

- ▶ KG 3-Statistik: Statistik der GKV - Abrechnungs-/Leistungsfälle
- ▶ Planungsdaten für die zahnärztliche Versorgung
- ▶ Zahnärztereister der KZVen

Krankenhausausschuss der Arbeitsgemeinschaft der obersten Landesgesundheitsbehörden der Länder (AOLG)

- ▶ Herzbericht (Bruckenberg)

Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik Nordrhein-Westfalen (LDS NRW)

- ▶ Asylbewerberleistungsstatistik
- ▶ Beschäftigtenstatistik
- ▶ Bevölkerungsprognose

- ▶ Feststellung des Gebietsstandes
- ▶ Fortschreibung des Bevölkerungsstandes
- ▶ Krankenhausstatistik Teil I - Grunddaten, Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen
- ▶ Krankenhausstatistik Teil II – Diagnosen, Krankenhäuser
- ▶ Krankenhausstatistik Teil III – Kostennachweis
- ▶ Lehrgangsstatisik der Schulen des Gesundheitswesens
- ▶ Mikrozensus
- ▶ Mikrozensus, Zusatzerhebung
- ▶ Obdachlosenerhebung
- ▶ Pflegestatistik
- ▶ Statistik der Geburten
- ▶ Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung
- ▶ Statistik der Sozialhilfe
- ▶ Statistik der Sterbefälle
- ▶ Statistik der Straßenverkehrsunfälle
- ▶ Statistik über Approbationen und Berufserlaubnisse
- ▶ Statistik über schwerbehinderte Menschen
- ▶ Sterbetafeln
- ▶ Todesursachenstatistik
- ▶ Trinkwasserdatenbank NRW
- ▶ Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung der Länder
- ▶ Wanderungsstatistik
- ▶ Wohngeldstatistik

Landesanstalt für Arbeitsschutz NRW (LafA)

- ▶ Dokumentation des Berufskrankheitengeschehens

Landesarbeitsgemeinschaft zur Förderung der Jugendzahnpflege in Nordrhein im AOK-Landesverband

- ▶ Dokumentation der Maßnahmen in der Gruppenprophylaxe

Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (lögD)

- ▶ Dokumentation der schulischen Eingangsuntersuchungen (Regelschule)
- ▶ Dokumentation zum Betreuungsgesetz
- ▶ Dokumentation zum PsychKG
- ▶ Statistik der meldepflichtigen Krankheiten
- ▶ Sterbetafeln. Eigene Berechnung für NRW durch das lögD

Landesregierung NRW, Staatskanzlei (Hrsg.)

- ▶ Die Bundesrepublik Deutschland: Staatshandbuch. Nordrhein-Westfalen. Verzeichnis der Behörden und Gemeinden mit Aufgabenbeschreibungen und Adressen
Köln: Heymanns

Landesumweltamt NRW (LUA NRW)

- ▶ Kontinuierliche telemetrische Luftqualitätsmessungen
- ▶ Auswertung gemäß Badegewässerverordnung

Landesverband Rheinland-Westfalen der gewerblichen Berufsgenossenschaften (LVBG)

- ▶ Statistik über die speziellen arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen

Landschaftsverband Rheinland (LVR)

Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL)

- ▶ Psychiatrische Basisdokumentation
- ▶ Sondererhebung der Koordinationsstelle Sucht
- ▶ Statistik zur Eingliederungshilfe nach § 39 Bundessozialhilfegesetz

Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK) Nordrhein

Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK) Westfalen-Lippe

- ▶ Ergebnisse der Pflege-Begutachtungen

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW (MAGS)

- ▶ Bundes-Gesundheitssurvey 1998/Zusatzstichprobe Nordrhein-Westfalen 2000
- ▶ Dokumentation der sozialpsychiatrischen Dienste
- ▶ Länderkurzbericht des Ständigen Arbeitskreises der Drogenbeauftragten des Bundes und der Länder
- ▶ Sondererhebung zum Schwangerschaftskonfliktgesetz
- ▶ Statistik der ärztlichen Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz
- ▶ Untersuchung zur Leistungs- und Organisationsstruktur zum Rettungsdienst in NRW

Ministerium für Generationen, Familie, Frauen und Integration NRW (MGFFI)

- ▶ Sondererhebung zu Beratungen zur Familienplanung u. bei Schwangerschaftskonflikten

Paul-Ehrlich-Institut (PEI)

- ▶ Bericht zur Meldung nach § 21 Transfusionsgesetz

QuaSi-Niere gGmbH

- ▶ Erhebungen der QuaSi-Niere gGmbH über Dialyse-Einrichtungen und -Plätze sowie deren Patienten

Regionaldirektion Nordrhein-Westfalen der Bundesagentur für Arbeit

- ▶ Statistik der Arbeitsvermittlung

Robert Koch-Institut (RKI)

- ▶ Bundes-Gesundheitssurvey 1998

Robert Koch-Institut (RKI), Infektionsepidemiologie

- ▶ AIDS-Fallregister
- ▶ HIV-Meldungen nach § 7 Abs. 3 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG)
- ▶ Statistik der meldepflichtigen Krankheiten

Statistisches Bundesamt (StBA), Zweigstelle Bonn

- ▶ Gesundheitsausgabenrechnung
- ▶ Gesundheitspersonalrechnung
- ▶ Bundesstatistik über Schwangerschaftsabbrüche
- ▶ Krankenhausstatistik, Teil I - Grunddaten, Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen

Umweltbundesamt, Zentrale Melde- und Auswertestelle für Störfälle (ZEMA)

- ▶ Datenblätter der Zentralen Melde- und Auswertestelle für Störfälle

Untere Gesundheitsbehörden des Landes Nordrhein-Westfalen

- ▶ Heilpraktikererhebung

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR)

- ▶ Abgeschlossene Leistungen zur Teilhabe - Endgültige Jahresrechnungsergebnisse
- ▶ Ausgaben der Landesversicherungsanstalten Westfalen und Rheinprovinz - Endgültige Jahresrechnungsergebnisse
- ▶ Statistik über abgeschlossene Leistungen zur Teilhabe
- ▶ Statistik über Rentenbestand
- ▶ Statistik über Rentenzugänge

Wissenschaftliches Institut der AOK (WidO)

- ▶ GKV-Arzneimittelindex

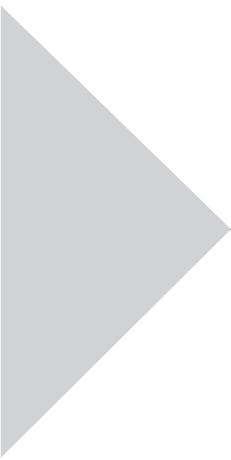
Zahnärztekammer Nordrhein

Zahnärztekammer Westfalen-Lippe

- ▶ Zahnärztereister

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (ZI)

- ▶ ADT-Panel Nordrhein
- ▶ Kostenstrukturanalyse in der Arztpraxis
- ▶ Kostenstrukturanalyse für Psychotherapeuten



Anhang 3

Zeichen und Abkürzungen

1. Zeichenerklärung

–	nichts vorhanden (genau null)
•	Zahlenwert unbekannt
x	Aussage nicht sinnvoll
>	größer als
<	kleiner als
()	Aussagewert eingeschränkt, da der Zahlenwert Fehler aufweist
0	weniger als die Hälfte von 1 in der letzten besetzten Stelle, jedoch mehr als nichts
§	Paragraph
%	Prozent
µg/m ³	Mikrogramm pro Kubikmeter

2. Abkürzungen

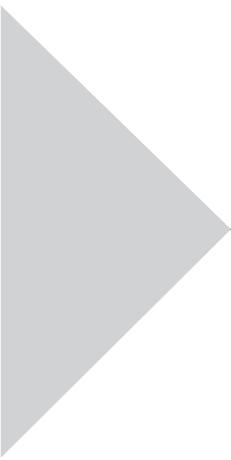
ADT-Panel	Patienten-Arzt-Panel zur Morbiditätsanalyse
AGA	Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter
AG GBE	Arbeitsgruppe Gesundheitsberichterstattung
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
AOLG	Arbeitsgemeinschaft der obersten Landesgesundheitsbehörden
AU	Arbeitsunfähigkeit
BAK	Blutalkoholkonzentration
BASYS	Beratungsgesellschaft für angewandte Systemforschung mbH
BfA	Bundesanstalt für Angestellte
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGBI	Bundesgesetzblatt
BGZ des HVBG	Berufsgenossenschaftliche Zentrale für Sicherheit und Gesundheit des Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften
BIBB/IAB-Erhebung	Erhebung des Bundesinstituts für Berufsbildung und des Instituts für Arbeitsmarkt und Berufsforschung
BImSchV	Bundes-Immissionsschutzverordnung
BK-Dok	Dokumentation der Berufskrankheiten
BKK	Betriebskrankenkasse
BKN	Bundesknappschaft
BKV	Berufskrankheiten-Verordnung
BMI	Body Mass Index
BpflV	Bundespfllegesatzverordnung
BSHG	Bundessozialhilfegesetz
BStatG	Gesetz über die Statistik für Bundeszwecke
BUG	Behörde für Umwelt und Gesundheit
BW	Baden-Württemberg
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
DAJ	Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege
DAE	Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Epidemiologie

DCN	Death Certificate Notified
dB(A)	Dezibel (Maßeinheit für den Lärmpegel)
DCO	Death Certificate Only
DDT	Dichlordiphenyltrichloräthan
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DMF-T-Index	Kariesindex, der das Verhältnis der Summe der kariösen, fehlenden und gefüllten Zähne zur Gesamtzahl der Zähne im bleibenden Gebiss angibt.
DRG	Diagnosis Related Groups (Diagnosebezogene Fallgruppen)
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
ECHI	European community health indicators
ECOG	European Child Obesity Group
EG	Europäische Gemeinschaft
EKR	Epidemiologisches Krebsregister
ESVG 95	Europäisches System Volkswirtschaftlicher Gesamtrechnungen 1995
EU	Europäische Union
Eurostat	Statistisches Amt der Europäischen Union
EVS	Einkommens- und Verbrauchsstichprobe
FFbH	Funktionsfragebogen Hannover
FGG	Gesetz über die Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit
FPG	Fallpauschalengesetz
GBE	Gesundheitsberichterstattung
GdB	Grad der Behinderung
GesBergV	Gesundheitsschutz-Bergverordnung
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GMK-Indikatoren- satz	Indikatorensatz der Gesundheitsministerkonferenz
HFA 21	Health for All 21 century
HIV	Humanes Immundefizienz-Virus
HPL	Heterosexuelle Partner mit Infektionsrisiko
HVBG	Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften
ICD-9	International Classification of Diseases, 9. Revision (9. Revision der Internationalen Klassifikation der Krankheiten)
ICD-10	International Classification of Diseases, 10. Revision (10. Revision der Internationalen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme)
ICIDH	International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (Internationale Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen)
IDVA	Intravenös Drogenabhängige(r)
IfSG	Infektionsschutzgesetz
IKK	Innungskrankenkasse
InEK gGmbH	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus gemeinnützige GmbH
ISCED- Klassifikation	International Standard Classification of Education
IS-GBE	Informationssystem für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes
UICC	International Union Against Cancer

JarbSchG	Jugendarbeitsschutzgesetz
J1	Jugendgesundheitsschutzuntersuchung
k. A.	keine Angaben
kcal	Kilokalorie
Kfz	Kraftfahrzeug
KG 2-Statistik	Statistik der gesetzlichen Krankenversicherung: - Leistungsfälle und –zeiten von Arbeitsunfähigkeit, Krankengeld, Krankenhausbehandlung
KG 3-Statistik	Statistik der gesetzlichen Krankenversicherung: - Abrechnungsfälle ärztlicher und zahnärztlicher Behandlung - Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten - Abrechnungsfälle ärztlicher und zahnärztlicher Behandlung
KG 8-Statistik	Statistik der gesetzlichen Krankenversicherung: - Arbeitsunfähigkeits- und Krankenhausfälle nach Krankheitsarten
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KHBV	Krankenhausbuchführungsverordnung
KHStatV	Krankenhausstatistikverordnung
KJ	Kilojoule
KJ 1-Statistik	Statistik der gesetzlichen Krankenversicherung: - Rechnungsergebnisse (Ausgaben/Einnahmen)
KJHG	Kinder- und Jugendhilfegesetz
KM 1-Statistik	Statistik der gesetzlichen Krankenversicherung: - Mitglieder, Krankenstand, Beitragssatz
KM 6-Statistik	Statistik der gesetzlichen Krankenversicherung: - Mitgliederstruktur
KRG	Krebsregistergesetz
KTW	Krankentransportwagen
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KV MV	Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern
KV NO	Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
KV WL	Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe
KZBV	Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
KZV	Kassenzahnärztliche Vereinigung
LAG	Landesarbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege
LDS NRW	Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik des Landes Nordrhein-Westfalen
LGA BW	Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg
LKA	Leistungs- u. Kalkulationsaufstellung der Bundespflegesatzverordnung
LKK	Landwirtschaftliche Krankenkasse
LKU	Linksherzkatheter-Untersuchung
LVA	Landesversicherungsanstalt
lögD	Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst
MB/KT	Musterbedingungen für die Krankentagegeldversicherung
MDK	Medizinischer Dienst der (gesetzlichen und privaten) Krankenversicherungen
MMR-Impfstoff	Masern-Mumps-Röteln-Impfstoff
MRRG	Melderechtsrahmengesetz
MSGV SH	Ministerium für Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz Schleswig-Holstein

MSM	Männer, die Sex mit Männer haben
MV	Mecklenburg-Vorpommern
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
MZ	Mikrozensus
NEHAP	National Environmental Health Action Plan
NEF	Notarzteinsatzfahrzeug
nlga	Niedersächsisches Landesgesundheitsamt
NLS	Niedersächsisches Landesamt für Statistik
NO ₂	Stickstoffdioxid
NRW	Nordrhein-Westfalen
O ₃	Ozon
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
PBSM	Pflanzenbehandlungs- und Schädlingsbekämpfungsmittel
PCB	Polychlorierte Biphenyle
PCDD	Dibenzo-p-dioxine
PCDF	Dibenzofurane
PCP	Pentachlorphenol
PEI	Paul-Ehrlich-Institut
PflegeStatV	Pflegestatistik-Verordnung
PflegeVG	Pflege-Versicherungsgesetz
PM10	Staub
PPI	Prä- oder perinatale Infektion
PSA	Prostata-spezifisches Antigen
PsychKG	Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten
PsychThG	Psychotherapeutengesetz
PTCA	Percutane transluminale coronare Angioplastie
PYLL	Potential Years of Life Lost
QuaSi - Niere gGmbH	Qualitätssicherung - Niere gemeinnützige GmbH
REVES	Réseau Espérance de Vie en Santé
RKI	Robert Koch-Institut
RTW	Rettungswagen
SGB	Sozialgesetzbuch
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung
SGB VI	Sozialgesetzbuch Sechstes Buch - Gesetzliche Rentenversicherung
SGB VII	Sozialgesetzbuch Siebtes Buch - Gesetzliche Unfallversicherung
SGB IX	Sozialgesetzbuch Neuntes Buch - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen
SGB XI	Sozialgesetzbuch Elftes Buch - Soziale Pflegeversicherung

SchKG	Schwangerschaftskonfliktgesetz
SDR	Standardized Death Rate
SenGesSozV	Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz
SH	Schleswig-Holstein
SM MV	Sozialministerium Mecklenburg-Vorpommern
SMR	Standardized Mortality Ratio
SO ₂	Schwefeldioxid
SOEP	Sozio-Ökonomisches Panel
StBA	Statistisches Bundesamt
STIKO	Ständige Impfkommission
StVUnfStatG	Straßenverkehrsunfallstatistikgesetz
TFG	Gesetzes zur Regelung des Transfusionswesens
TrinkwV	Trinkwasserverordnung
UBA	Umweltbundesamt
U1, U2	Neugeborenenuntersuchung
U3 – U6	Vorsorgeuntersuchungen im ersten Lebensjahr
U7 – U9	Vorsorgeuntersuchungen bis zum Schuleintritt
u. Ä.	und Ähnliches
u. a.	unter anderem
VdAK	Verband der Angestelltenkrankenkassen
VDR	Verband Deutscher Rentenversicherungsträger
Vol. %	Volumen-Prozent
WHO	World Health Organization
WZ 93	Klassifikation der Wirtschaftszweige, 1993
ZEMA	Zentrale Melde- und Auswertungsstelle für Störfälle und Störungen in verfahrenstechnischen Anlagen
ZEFIR	Zentrum für interdisziplinäre Ruhrgebietsforschung
ZI	Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland
ZIGUV	Zentrales Informationssystem der gesetzlichen Unfallversicherung



Anhang 4

Hinweise zur Nutzung der NRW-Gesundheitsindikatoren im Internet

Hinweise zur Nutzung der NRW-Gesundheitsindikatoren im Internet

Die vorliegende Publikation dokumentiert erstmals in gedruckter Form den vollständigen aktuellen Datenbestand der indikatorengestützten Gesundheitsberichterstattung in Nordrhein Westfalen. Der personelle und produktionstechnische Aufwand, den eine Publikation dieses Umfangs mit sich bringt, schließt eine periodische Herausgabe, z.B. als Jahresbericht, von vornherein aus.

Daher nutzt das Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (lögD) seit Mitte der 90er Jahre sein Internetportal (www.loegd.nrw.de) als Plattform, um die NRW-Gesundheitsindikatoren allen interessierten Nutzern zur Verfügung zu stellen. Gegenüber der Druck-Version (die wiederum ihre eigenen spezifischen Vorteile hat) bietet die Online-Version ein Reihe zusätzlicher Optionen hinsichtlich der Aktualität und Nutzerfreundlichkeit der Informationsbereitstellung:

- ▶ Durch die kontinuierliche Aktualisierung des Datenbestandes im Internet (ca. 6 Updates pro Jahr) können die Nutzer unmittelbar nach der Fertigstellung der Indikatoren auf die Daten zugreifen.
- ▶ Die Indikatorendaten werden als standardisierte Tabellen entsprechend den in der vorliegenden Publikation abgedruckten Tabellen angeboten; zusätzlich kann der Nutzer die Daten als Excel-Tabellen abrufen, um sie für weitere eigene Berechnungen zu nutzen. Die Metadatenbeschreibungen zu den einzelnen Indikatoren können als Textdokumente abgerufen werden. Zu vielen Indikatoren werden grafische Aufbereitungen in Form von Diagrammen oder thematischen Karten angeboten.
- ▶ Während 30% der Indikatoren der neuen Fassung des Indikatorensatzes der Länder als Zeitreihen konzipiert sind, kann für die restlichen 70% eine zeitliche Entwicklung nur über die Betrachtung der Einzeltabellen aller verfügbaren Jahre analysiert werden. Wenn man die Daten des „alten“ GMK-Indikatorensatzes hinzuzieht, lässt sich so für viele Indikatoren der Zeitraum von 1990 bis heute untersuchen. Dieser gesamte Datenbestand (zur Zeit ca. 800 Indikatorentabellen des neuen Indikatorensatzes sowie 1800 Tabellen des GMK-Indikatorensatzes der Jahre 1990 – 2002) kann auf der lögd-Webseite über eine nutzerfreundliche, systematische Gliederung abgerufen werden.
- ▶ Zusätzlich zur vorgegebenen Systematik der elf Themenfelder bietet die Internetseite eine Suchfunktion mit 32 für die Gesundheitsberichterstattung besonders relevanten Begriffen/Themenschwerpunkten wie z.B. „Kinder- und Jugendgesundheit“, „Chronische Erkrankungen“ oder „Prävention/Prophylaxe“. Die Funktion liefert eine Zusammenstellung aller für das jeweilige Thema einschlägigen Indikatorendaten.
- ▶ Unter der Rubrik „Kommunale Indikatoren“ sind alle Indikatoren, die Daten für die 54 Kreise und kreisfreien Städte des Landes liefern (zur Zeit sind dies 71 Indikatoren) noch einmal separat als Datenbasis für die kommunale Gesundheitsberichterstattung zusammengefasst. Fast alle kommunalen Indikatoren sind in Form von interaktiven Karten grafisch aufbereitet. Diese Karten zeigen auf einen Blick die räumliche Verteilung von Gesundheitsbelastungen, Versorgungs- und Sozialstrukturen in Nordrhein-Westfalen (Gesundheitsatlas NRW).

loegd Gesundheits-politik **Gesundheits-berichterstattung** Umwelt und Gesundheit Hygiene, Infektiologie Arzneimittel-sicherheit Daten, Tools, Bibliothek Publikationen Downloads Links Aktuelles

Landes-Gesundheits-berichterstattung
Kommunale Gesundheits-berichterstattung
Gesundheits-Indikatoren
▶ Indikatoren der Länderge-sundheitsberichterstattung
Kommunale Gesundheitsindikatoren
Archiv - Indikatoren vor 2003
Stichwortsuche
Gesundheitsatlas NRW
NRW - kurz und informativ
NRW im Bundesvergleich

Impressum
Site Map

Suche nach:

Suchen

Gesundheitsindikatoren des Landes NRW

Stichwortsuche:

[Zu den Indikatoren](#)
[Beschreibung der Daten](#)

Die Indikatoren der neuen Fassung des Indikatoren besser strukturiert, zeigen ein ausgewogenes Verh Regionaltabellen und sind grundsätzlich geschlech erlaubt. Durch die Gliederung in Kern(K)-, Bund(B) zwischen den Bundesländern ermöglicht und die Gesundheitsberichterstattung in NRW auf Landes- und kommunaler Ebene unterstützt. (Einen Umsteiger finden sie hier: [Umsteiger Neuer Indikatorensetz 2003 / Alter Indikatorensetz 1991-2002.](#))

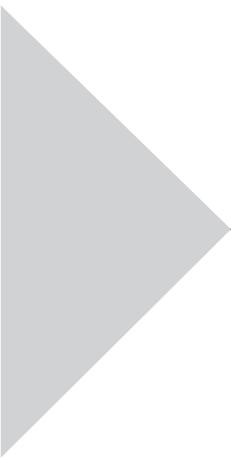
Die Indikatoren werden neben der Tabellenansicht auch als Excel-Dateien bzw. Word-Dokumente (Kommentare) und teilweise als Grafiken zur Verfügung gestellt. Sie können die vorhandenen Datenbestände nach Themenfeldern geordnet durchsuchen. Über die Stichwortsuche am Beginn der Seite können Sie auch gezielt nach Indikatoren zu bestimmten Stichwörtern (z.B. 'Frauengesundheit', 'Pflege' etc.) suchen. Zusätzlich können Sie eine vollständige [Liste der verfügbaren Indikatoren](#) (PDF-Format) laden, um Ihre Recherche offline vorzubereiten.

Indikatoren nach Themenfeldern:

Themenfeld 2:	Bevölkerung und bevölkerungsspezifische Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens
Themenfeld 3:	Gesundheitszustand der Bevölkerung I Allgemeine Übersicht zur Mortalität und Morbidität II Krankheiten / Krankheitsgruppen

www.loegd.nrw.de

Die Gesundheitsindikatoren finden sich auf der loegd-Internetseite im Bereich Gesundheitsberichterstattung/Gesundheits-Indikatoren. Zur Zeit werden von den Nutzern monatlich zwischen 40.000 und 50.000 Indikatorentabellen abgerufen.



Anhang 5

Hinweise zum Daten-Tool GBE-Stat

Hinweise zum Daten-Tool GBE-Stat

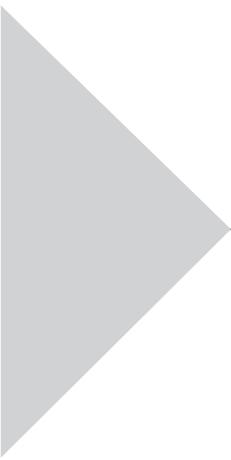
Mit dem Programm- und Datenpaket GBE-Stat stellt das Iögd ein Softwaretool zur Auswertung von Gesundheitsdaten auf kommunaler und auf Landes-Ebene zur Verfügung. Zur Zeit umfasst das Programm die folgenden Module:

- ▶ HOSPIdat enthält die Daten der amtlichen Krankenhausdiagnosestatistik (Datenquelle: Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik, LDS)
- ▶ MORTAdat liefert die komplette Todesursachenstatistik des Landes NRW (Datenquelle: LDS)
- ▶ DRVdat beruht auf den Daten der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV Bund) zu
 1. Rentenzugängen wegen verminderter Erwerbsfähigkeit und
 2. medizinischen und sonstigen Leistungen zur Rehabilitation
- ▶ PFLEGEdat liefert die Begutachtungsergebnisse des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) im Rahmen der Pflegeversicherung sowie Daten der amtlichen Pflegestatistik des LDS. Die Daten erlauben eine Analyse der Pflegebedürftigkeit nach empfohlener Pflegeart und Pflegestufe
- ▶ BEHINdat enthält die Daten der amtlichen Schwerbehindertenstatistik (Datenquelle: LDS)
- ▶ TUMORdat beruht auf den Daten des „Epidemiologischen Krebsregisters NRW“ zu Krebsneuerkrankungen
- ▶ BKKdat ermöglicht die Auswertung von Arbeitsunfähigkeitsdaten des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen für die Versicherten in Nordrhein-Westfalen

Das Programm erlaubt die Auswertung der jeweiligen Statistik nach ICD Diagnosen und Region (54 Kreise und NRW gesamt). Als Ergebnis wird eine Tabelle mit den Fallzahlen, bevölkerungsbezogenen Raten und altersstandardisierten Raten ausgegeben. Die Tabellen sind nach Geschlecht und 5-Jahres-Altersgruppen gegliedert.

Die meisten Module beinhalten zur Zeit die Daten der Jahre 1994 – 2005. Durch jährliche Nachlieferungen wird die Aktualität des Datenbestandes und die Weiterentwicklung der Auswertungsmöglichkeiten gewährleistet. Besonderer Wert wurde auf eine einfache Bedienbarkeit des Programms gelegt: Der Nutzer wählt auf einer Eingabemaske die auszuwertenden Merkmale über Auswahllisten aus und erhält auf Knopfdruck die druckfertige Tabelle.

Das Daten-Tool GBE-Stat ergänzt die indikatorengestützte Berichterstattung durch die Möglichkeit zusätzlicher, tiefergehender Datenanalysen. Ein überschaubares Indikatorensystem muss sich zwangsläufig auf die Darstellung der wichtigsten Krankheitsgruppen beschränken und kann auf der Ebene der Kreise nur ausgewählte, summarische Kennziffern liefern. GBE-Stat soll daher vor allem der kommunalen Gesundheitsberichterstattung zu einer breiteren Datenbasis verhelfen, indem es die wichtigsten Routinestatistiken zur gesundheitlichen Lage für eigene Auswertungen verfügbar macht.



Anhang 6

**Liste der Indikatoren
Band 1 bis Band 3**

Band 1 Themenfelder 2 - 3

Nr.	Indikator - Kurztitel Kern- (K), Bundes- (B), Länderindikatoren (L)	Seite
Themenfeld 2: Bevölkerung und bevölkerungsspezifische Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems		37
Bevölkerung		
2.1	Bevölkerung, Geschlecht, NRW, Trend 1980, 1985, 1990, 1995, 2000 - 2004 (K)	40
2.2	Ausländische Bevölkerung, Geschlecht, NRW, Trend 1990, 1995, 2000-2004 (K)	42
2.3	Bevölkerung, Alter, Geschlecht, NRW, 2004 (K)	44
2.3_01	Demographische Basistabellen, Geschlecht, NRW, Reg.bez., Kreise, 2004 (L)	46
2.4	Ausländische Bevölkerung, Alter, Geschlecht, NRW, 2004 (K)	48
2.5	Bevölkerung, Geschlecht, NRW, Kreise, 2004 (L)	50
2.5_01	Fläche und Bevölkerungsdichte, NRW, Kreise, Jahre 2002 - 2004 (L)	54
2.6	Ausländische Bevölkerung, Geschlecht, NRW, Kreise, 2004 (L)	57
2.7	Altersstruktur der Bevölkerung, NRW, Kreise, 2004 (L)	61
2.8	Mädchen- u. Frauenanteil in der Bevölkerung, Alter, NRW, Kreise, 2004 (L)	68
2.9	Bevölkerungsentwicklung, NRW, Trend 1980, 1985, 1990, 1995, 2000 - 2004 (K)	71
2.10	Lebendgeborene, NRW, Trend 1999 - 2004 (K)	73
2.10_01	Lebendgeborene, NRW, Kreise, Jahre 2002 - 2004 (L)	76
2.11	Wanderungen der Bevölkerung, NRW, Kreise, 2003 (L)	79
2.12	Bevölkerungsprognose, Jugendquotient, Altenquotient, NRW, Kreise, 2002 (L)	83
Wirtschaftliche und soziale Lage		
2.13	Höchster Schulabschluss der ab 15-jähr. Bev., Geschlecht, Staatsangeh., NRW, Trend 2000 - 2004 (K)	87
2.14	Berufsbildender Abschluss, Geschl., Staatsangeh., NRW, Trend 2000-2004 (K)	89
2.15	Verfügbares Einkommen der priv. Haushalte, NRW, Trend 2000 - 2003 (K)	91
2.16	Verfügbares Einkommen der priv. Haushalte, NRW, Kreise, 2003 (L)	91
2.17	Monatliches Nettoeinkommen von Familien, NRW, 2004 (K)	95
2.18	Erwerbstätige, Geschlecht, NRW, Kreise, 2004 (L)	98
2.19	Alleinerziehende mit Kindern bis 17 J., Frauen, NRW, Trend 2000 - 2004 (K)	101
2.20	Arbeitslose nach Personengruppen, Geschlecht, NRW, Trend 2000 - 2004 (K)	103
2.21	Arbeitslose nach Personengruppen, Geschlecht, NRW, Kreise, 2004 (L)	105
2.22	Sozialhilfeempfänger, Alter, Geschlecht, NRW, 2003 (K)	109
2.23	Sozialhilfeempfänger, Geschlecht, NRW, Kreise, 2003 (L)	111
2.23_01	Obdachlose Haushalte und Personen, NRW, Kreise, 2004 (L)	115
2.24	Wohngeldempfänger, NRW, Kreise, Jahre 2001 - 2003 (L)	118

Themenfeld 3:
Gesundheitszustand der Bevölkerung **123**

I	Allgemeine Übersicht zur Mortalität und Morbidität	
	Allgemeine Mortalität: Mortalität insgesamt	
3.1	Sterbefälle, Geschlecht, NRW, Trend 1980, 1985, 1990, 1995, 2000 - 2004 (K)	128
3.2	Sterbefälle, Hauptdiagnosegruppen, Geschlecht, NRW, 2003 (L)	128
3.3	Sterbefälle, deutsche Bevölkerung, Geschlecht, NRW, Trend 1980, 1985, 1990, 1995, 2000 - 2003 (L)	128
3.4	Sterbefälle, ausländ. Bevölkerung, Geschlecht, NRW, Trend 1980, 1985, 1990, 1995, 2000 - 2003 (L)	128
3.5	Vorzeitige Sterblichkeit (unter 65-Jährige), Geschl., NRW, Trend 1980, 1985, 1990, 1995, 2000 - 2003 (K)	133
3.6	Sterbefälle je 100 000 Einwohner, Alter, Geschlecht, NRW, Jahre 2002, 2003 (K)	135
3.7	Sterbefälle, Geschlecht, NRW, Kreise, 2003 (L)	137
3.8	Häufigste Todesursachen, Alter, Geschl., NRW, Mittelwert 2001 - 2003 (K)	144
	Abgeleitete Indikatoren:	
	Lebenserwartung, verlorene Lebensjahre, vermeidbare Sterbefälle	
3.9	Lebenserwartung, Alter, Geschlecht, NRW, Jahre 1970/1972, 1986/1988, 2000/2002, 2002/2004 (K)	146
3.10	Lebenserwartung, Geschlecht, NRW, Kreise, 2002/2004 (L)	148
3.11	Lebenserwartung ohne Behinderung, Alter, Geschlecht, NRW, 2001/2003 (K)	152
3.12	Verlorene Lebensjahre (PYLL) nach Hauptdiagnosegruppen, Geschlecht, NRW, 2003 (K)	155
3.13	Vermeidbare Sterbefälle, ausgewählte Diagnosen, Geschlecht, NRW, 2003 (L)	157
3.14	Vermeidbare Sterbefälle, ausgewählte Diagnosen, Geschlecht, NRW, Kreise, Mittelwert 1999 - 2003 (L)	159
	Subjektive Morbidität	
3.15	Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes, Alter, Geschlecht, Survey, NRW, 2000 (L)	166
3.16	Schwierigkeiten in den vergangenen vier Wochen durch körperl./seel.Probleme, Alter, Geschlecht, Survey, NRW, 2000 (L)	168
3.17	Beeinträchtigung d. soz. Rollenfunktion durch körperl./seel. Probleme in den vergang. 4 Wochen, Alter, Geschlecht, Survey, NRW, 2000 (L)	171
3.18	Verteilung der häufigsten genannten Krankh., Alter, Geschlecht, Survey, NRW, 2000 (L)	173
	Ambulante Morbidität	
3.19	Häufigste Diagnosen i. d. allgemeinärztl. Praxis, Geschlecht, NRW, 2004 (L)	175
3.20	Häufigste Diagnosen i. d. Frauenarztpraxis, Frauen, NRW, 2004 (L)	177
3.21	Häufigste Diagnosen i. d. Kinderarztpraxis, Geschlecht, NRW, 2004 (L)	179
3.22	Häufigste Diagnosen i. d. orthopäd. Praxis, Geschlecht, NRW, 2004 (L)	181

3.23	Häufigste Diagnosen i. d. nervenärztl. Praxis, Geschlecht, NRW, 2004 (L)	183
Stationäre Morbidität		
3.24	Krankenhausfälle, Geschlecht, NRW, Trend 1994, 1995, 2000 - 2003 (K)	185
3.25	Krankenhausfälle, Alter, Geschlecht, NRW, 2003 (K)	187
3.26	Krankenhausfälle, Hauptdiagnosegruppen, Geschlecht, NRW, 2003 (L)	189
3.27	Krankenhausfälle, Geschlecht, NRW, Kreise, 2003 (L)	191
Arbeitsunfähigkeit		
3.28	Arbeitsunfähigkeit u. Krankenstand, BKK-Mitglieder, Geschlecht, NRW, Trend 2002 - 2003 (L)	198
3.29	Arbeitsunfähigkeit, BKK-Mitglieder, Alter, Geschlecht, NRW, 2003 (L)	202
3.30	Arbeitsunfähigkeit, BKK-Mitglieder, Hauptdiagnosegruppen, Geschlecht, NRW, 2003 (L)	204
Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten		
3.31	Arbeits- und Wegeunfälle, NRW, Trend 2000 - 2003 (K)	206
3.32	Angezeigte und anerkannte Berufskrankheiten, Geschlecht, NRW, 2004 (K)	208
Medizinische Leistungen zur Rehabilitation		
3.33	Med. u. sonst. Rehabilitationsleistungen, Geschlecht (<65 J.), NRW, Trend 2000 - 2003 (K)	210
3.34	Med. u. sonst. Rehabilitationsleistungen, Alter (<65 J.), Geschlecht, NRW, 2003 (K)	212
3.35	Med. u. sonst. Rehabilitationsleistungen, Hauptdiagnosegruppen, Geschlecht (<65 J.), NRW, 2003 (L)	214
3.36	Med. u. sonst. Rehabilitationsleistungen, Geschlecht (<65 J.), NRW, Kreise, 2003 (L)	216
Rentenzugänge und Rentenbestand wegen verminderter Erwerbsfähigkeit		
3.37	Frührentenzugänge u. -bestand, Geschlecht, NRW, Trend 2000 - 2003 (K)	220
3.38	Frührentenzugänge u. -bestand, Alter, Geschlecht, NRW, 2003 (K)	222
3.39	Frührentenzugänge, Hauptdiagnosegruppen, Geschlecht, NRW, 2003 (L)	224
3.40	Frührentenzugänge u. -bestand, Geschlecht, NRW, Kreise, 2003 (L)	226
Schwerbehinderte Menschen		
3.41	Schwerbehinderte Menschen, Geschlecht, NRW, Trend 1991 - 2003 (K)	232
3.42	Schwerbehinderte Menschen, Alter, Geschlecht, NRW, 2003 (K)	234
3.43	Schwerbehinderte Menschen nach Art der schwersten Behinderung, Geschlecht, NRW, 2003 (K)	236
3.44	Schwerbehinderte Menschen nach Grad der Behinderung, Geschlecht, NRW, 2003 (K)	238
3.45	Schwerbehinderte Menschen, Geschlecht, NRW, Kreise, 2003 (L)	240

3.45_01	Schwerbehinderte Kinder unter 15 Jahren, Geschlecht, NRW, Kreise, 2003 (L)	246
3.45_02	Schwerbehinderte Menschen über 65 Jahren, Geschlecht, NRW, Kreise, 2003 (L)	249
Pflegebedürftigkeit		
3.46	Pflegebedürftige, Geschlecht, NRW, Trend 1999, 2001, 2003 (K)	252
3.47	Pflegebedürftige, Alter, Geschlecht, NRW, 2003 (K)	254
3.48	Pflegebedürftige nach Pflegestufen und Art der Pflege, Geschlecht, NRW, 2003 (K)	258
3.48_01	MDK-Pflegebegutachtungen nach Pflegestufen, NRW, Kreise, 2003 (L)	261
3.49	Pflegebedürftige, Geschlecht, NRW, Kreise, 2003 (L)	265
3.49_01	Pflegebedürftige, Pflegeart, NRW, Kreise, 2003 (L)	272
3.49_02	MDK-Pflegebegutachtungen nach Geschlecht, NRW, Kreise, 2003 (L)	278
II Krankheiten/Krankheitsgruppen		
Gesundheitszustand von Säuglingen und Vorschulkindern		
3.50	Lebendgeborene nach Geburtsgewicht, NRW, Trend 2002 - 2004 (K)	282
3.51	Lebendgeborene nach Geburtsgewicht, NRW, Kreise, 2004 (L)	284
3.52	Angeborene Fehlbildungen, NRW, Trend 2001 - 2004 ((K)	288
3.53	Säuglingssterbefälle (Neonatal- u. Postneonatalsterblichk.), NRW, Trend 1980, 1985, 1990, 1995, 2000 - 2004 (K)	292
3.53_01	Säuglingssterbefälle (Neonatal- u. Postneonatalsterblichk.), NRW, Kreise, 2004 (L)	292
3.54	Säuglingssterblichkeit, NRW, Kreise, Jahre 1995 - 2004, 3-Jahres-Mittelwerte (L)	298
3.54_01	Säuglingssterblichkeit, Geschlecht, NRW, Kreise, Mittelwert 2002 - 2004 (L)	301
3.55	Perinatale Sterbefälle, NRW, Trend 1980, 1985, 1990, 1995, 2000 - 2004 (K)	306
3.56	Häufigste Todesursachen von Säuglingen, Geschlecht, NRW, 2003 (L)	308
3.57	Befunde bei Einschulungsuntersuchungen, Geschlecht, NRW (L)	310
3.57_01	Entwicklungsverzögerungen (Motorik, Sprache) bei Einschulungsuntersuchungen, Geschlecht, NRW, Kreise (bisher keine Daten) (L)	313
3.57_02	Adipositas, herabgesetzte Sehschärfe bei Einschulungsuntersuchungen, Geschlecht, NRW, Kreise, 2004 (L)	315
Infektionskrankheiten		
3.58	Meldepflichtige Infektionserkrankungen, Geschlecht, NRW, Trend 2001 - 2004 (K)	320
3.59	Meldepflichtige Infektionserkrankungen, Geschlecht, NRW, 2004 (K)	320
3.59_01	Neuerkrankungen, Masern, 0- bis 14-Jährige, Geschlecht, NRW, Kreise, 2004 (L)	324
3.60	Krankenhausfälle, Infektionskrankheiten, Alter, Geschlecht, NRW, 2003 (L)	328

3.61	Neuerkrankungen, Lungentuberkulose, Deutsche, Ausländer, NRW, Trend 2001 - 2004 (L)	330
3.62	Neuerkrankungen, Lungentuberkulose, Geschlecht, NRW, Kreise, Mittelwert 2002 - 2004 (L)	330
3.62_01	Neuerkrankungen, Lungentuberkulose, Geschlecht, NRW, Kreise, 2004 (L)	336
3.63	AIDS-Erkrankte nach Betroffenenengruppen, Geschlecht, NRW, Diagnosejahre 1995, 2000 - 2004 (K)	340
3.64	HIV-Erstdiagnosen nach Betroffenenengruppen, Geschlecht, NRW, Diagnosejahre 1995, 2000 - 2004 (L)	344
3.65	Gestorbene infolge von Infektionskrankheiten, Alter, Geschlecht, NRW, 2003 (L)	348
Bösartige Neubildungen		
3.66	Bösartige Neubildungen, Geschlecht, NRW, Trend 2000 - 2003 (K)	350
3.67	Neuerkrankungen, bösart. Neubildungen, Geschl., Reg.Bez. Münster, Trend 1990, 1995, 2000 - 2002 (K)	354
3.68	Neuerkrankungen, bösart. Neubildungen, Alter, Geschl., Reg.Bez. Münster, 2002 (K)	356
3.69	Neuerkrankungen, ausgewählte bösart. Neubild., Geschlecht, Reg.Bez. Münster, 2002 (K)	358
3.70	Neuerkrankungen, bösart. Neubild. der Lunge, Alter, Geschl., Reg.Bez. Münster, 2002 (L)	361
3.71	Neuerkrankungen, bösart. Neubild. der Brustdrüse, Alter, Frauen, Reg.Bez. Münster, Jahre 1999 - 2002 (L)	363
3.72	Neuerkrankungen, bösart. Neubild. der Prostata, Alter, Männer, Reg.Bez. Münster, Jahre 1999 - 2002 (L)	365
3.73	Krankenhausfälle, bösart. Neubildungen, Alter, Geschlecht, NRW, 2003 (L)	367
3.74	Arbeitsunfähigkeit, bösart. Neubildungen, BKK-Mitglieder, Alter, Geschlecht, NRW, 2003 (L)	369
3.75	Med. u. sonst. Reha-Leistungen, ausgewählte bösart. Neubild., Alter (<65 J.), Geschl., NRW, 2003 (L)	371
3.76	Frührentenzugänge, ausgewählte bösart. Neubildungen, Geschlecht, NRW, 2003 (L)	373
3.77	Gestorbene, ausgewählte bösart. Neubildungen, Geschlecht, NRW, 2003 (K)	375
Stoffwechselkrankheiten		
3.78	Diabetes mellitus, Geschlecht, NRW, Trend 2000 - 2003 (K)	377
3.79	Diabetes mellitus, Alter, Geschlecht, Survey, NRW, 2000 (L)	380
3.80	Krankenhausfälle, Diabetes mellitus, Alter, Geschlecht, NRW, 2003 (L)	382
3.81	Frührentenzugänge, Diabetes mellitus, Alter, Geschlecht, NRW, 2003 (L)	384
Psychische und Verhaltensstörungen		
3.82	Psychische und Verhaltensstörungen, Geschlecht, NRW, Trend 2000 - 2003 (K)	386

3.83	Krankenhausfälle, psychische u. Verhaltensstörungen, Alter, Geschlecht, NRW, 2003 (L)	390
3.83_01	Aufnahme, Entlassung von Patienten psych. Krankenhäuser, NRW, Kreise (bisher keine Daten) (L)	394
3.84	Arbeitsunfähigkeit, psychische u. Verhaltensstörungen, BKK-Mitglieder, Alter, Geschl., NRW, 2003 (L)	396
3.85	Med. u. sonst. Reha-Leistungen, psych. u. Verhaltensstör., Alter (<65 J.), Geschl., NRW, 2003 (L)	398
3.86	Frührentenzugänge, psychische u. Verhaltensstörungen, Alter, Geschlecht, NRW, 2003 (L)	400
3.87	Einweisungen nach PsychKG u. Betreuungsgesetz, Geschlecht, NRW, Trend 2000 - 2003 (L)	404
3.87_01	Einweisungen nach PsychKG u. Betreuungsgesetz, Geschlecht, NRW, Kreise, 2003 (L)	406
3.88	Suizidsterbefälle, Alter, Geschlecht, NRW, 2003 (K)	412
3.89	Suizidsterbefälle, Geschlecht, NRW, Kreise, Mittelwert 2001 - 2003 (L)	414
Krankheiten des Kreislaufsystems		
3.90	Krankheiten des Kreislaufsystems, Geschlecht, NRW, Trend 2000 - 2003 (K)	420
3.91	Krankenhausfälle, Krankh. d. Kreislaufsystems, Alter, Geschlecht, NRW, 2003 (L)	424
3.92	Arbeitsunfähigkeit, Krankh. d. Kreislaufsystems, BKK-Mitglieder, Alter, Geschl., NRW, 2003 (L)	426
3.93	Med. u. sonst. Reha-Leistungen, Krankh. d. Kreislaufsystem., Alter (<65 J.), Geschlecht, NRW, 2003 (L)	428
3.94	Frührentenzugänge, Krankh. d. Kreislaufsystems, Alter, Geschlecht, NRW, 2003 (L)	430
3.95	Gestorbene, Krankh. d. Kreislaufsystems, Alter, Geschlecht, NRW, 2003 (K)	432
Krankheiten des Atmungssystems		
3.96	Krankheiten des Atmungssystems, Geschlecht, NRW, Trend 2000 - 2003 (K)	436
3.97	Krankenhausfälle, Krankh. d. Atmungssystems, Alter, Geschlecht, NRW, 2003 (L)	440
3.98	Arbeitsunfähigkeit, Krankh. d. Atmungssystems, BKK-Mitglieder, Alter, Geschlecht, NRW, 2003 (L)	442
3.99	Med. u. sonst. Reha-Leistungen, Krankheiten des Atmungssystems, Alter (<65 J.), Geschl., NRW, 2003 (L)	444
3.100	Frührentenzugänge, Krankh. d. Atmungssystem., Alter, Geschlecht, NRW, 2003 (L)	446
3.101	Gestorbene, Krankh. d. Atmungssystems, Alter, Geschlecht, NRW, 2003 (L)	448
Krankheiten des Verdauungssystems		
3.102	Kariesprävalenz, DMF-T-Index der 12-Jährigen, Geschl., NRW, Trend 2000 (K)	450
3.103	Krankenhausfälle, Krankh. der Leber, Alter, Geschlecht, NRW, 2003 (L)	452

Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes		
3.104	Krankheiten d. Muskel-Skelett-Systems, Geschl., NRW, Trend 2000 - 2003 (K)	454
3.105	Krankenhausfälle, Krankh. d. Muskel-Skelett-Systems, Alter, Geschl., NRW, 2003 (L)	458
3.106	Arbeitsunfähigkeit, Krankh. d. Muskel-Skelett-Syst., BKK-Mitglieder, Alter, Geschl., NRW, 2003 (L)	460
3.107	Med. u. sonst. Reha-Leistungen, Krankheiten d. Muskel-Skelett-Systems, Alter (<65 J.), Geschl., NRW, 2003 (L)	463
3.108	Frührentenzugänge, Krankh. d. Muskel-Skelett-Systems, Alter, Geschlecht, NRW, 2003 (L)	466
3.109	Polyarthritis, Patienten rheumatischer Schwerpunktseinrichtungen, Alter, Geschlecht, NRW, 2002 (L)	468
Verletzungen, Vergiftungen, äußere Ursachen		
3.110	Verletzungen u. Vergiftungen, Geschlecht, NRW, Trend 2000 - 2003 (K)	470
3.111	Krankenhausfälle, Verletzungen/Vergiftungen, Alter, Geschlecht, NRW, 2003 (K)	474
3.111_01	Krankenhausfälle, Verbrennungen/Vergiftungen, (<15 J.), Geschlecht, Kreise, NRW, 2003 (L)	476
3.112	Arbeitsunfähigkeit, Verletzungen/Vergiftungen, BKK-Mitglieder, Alter, Geschlecht, NRW, 2003 (L)	480
3.113	Med. u. sonst. Reha-Leistungen, Verletz./Vergift., Alter (<65 J.), Geschlecht, NRW, 2003 (L)	482
3.114	Frührentenzugänge, Verletzungen/Vergiftungen, Alter, Geschlecht, NRW, 2003 (L)	484
3.115	Gestorbene, Unfälle, Alter, Geschlecht, NRW, 2003 (K)	486
3.116	Im Straßenverkehr verunglückte Personen, Geschl., NRW, Trend 2000-2004 (L)	490
3.117	Im Straßenverkehr verunglückte Personen, Alter, Geschlecht, NRW, 2003 (K)	492
3.118	Im Straßenverkehr verunglückte Personen, Geschlecht, NRW, Kreise, 2003 (L)	496
3.119	Straßenverkehrsunfälle unter Alkoholeinfluss, NRW, Trend 2000 - 2004 (L)	500

Band 2 Themenfelder 4 - 8

Nr.	Indikator - Kurztitel	Seite
Kern- (K), Bundes- (B), Länderindikatoren (L)		
Themenfeld 4:		
Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen		19
Konsum von Tabak und Alkohol		
4.1	Rauchverhalten, Alter, Sozialschicht, Geschlecht, Survey, NRW, 2000 (L)	22
4.1_01	Rauchverhalten, Alter, Geschlecht, Mikrozensus, NRW, 2003 (L)	24
4.2	Rauchverhalten Raucher, Alter, Sozialschicht, Geschl., Survey, NRW, 2000 (L)	26
4.2_01	Rauchverhalten Raucher, Alter, Geschlecht, Mikrozensus, NRW, 2003 (L)	29
4.3	Nichtraucher, Alter, Geschlecht, Survey, NRW, 2000 (L)	31
4.3_01	Nichtraucher, Alter, Geschlecht, Mikrozensus, NRW, 2003 (L)	33
4.4	Nichtraucher, Passivraucher, Alter, Geschlecht, Survey, NRW, 2000 (L)	35
4.5	Durchschnittsalter bei Rauchbeginn, Alter, Geschlecht, Survey, NRW, 2000 (L)	37
4.5_01	Durchschnittsalter bei Rauchbeginn, Alter, Geschl., Mikrozensus, NRW, 2003 (L)	39
4.6	Alkoholkonsum, Alter, Sozialschicht, Geschlecht, Survey, NRW, 2000 (L)	41
4.7	Alkoholkonsum, Alter, Geschlecht, Survey, NRW, 2000 (L)	44
Ernährung		
4.8	Body Mass Index, Alter, Sozialschicht, Geschlecht, Survey, NRW, 2000 (L)	47
4.8_01	Body Mass Index, Alter, Geschlecht, Mikrozensus, NRW, 2003 (L)	50
4.9	Body Mass Index, Kinder bei Schuleingangsunters., Geschlecht, NRW, 2004 (L)	52
4.9_01	Body Mass Index, Kinder bei Schuleingangsunters., NRW, Trend 1996 - 2004 (L)	52
4.10	Tägl. Energiezufuhr, Alter, Sozialschicht, Geschl., Survey, Deutschl., 1998 (B)	56
4.11	Tägl. Obst-, Gemüsekonsum, Alter, Sozialschicht, Geschlecht, Survey, Deutschland, 1998 (B)	58
Weitere gesundheitsrelevante Verhaltensweisen		
4.12	Unterschiedl. körperl. Aktivitäten, Sozialschicht, Geschl., Survey, NRW, 2000 (L)	60
4.13	Sportliche Betätigung, Alter, Sozialschicht, Geschlecht, Survey, NRW, 2000 (L)	63
Themenfeld 5:		
Gesundheitsrisiken aus der Umwelt		67
Lebens- und Arbeitsbedingungen		
5.1	Stickstoffdioxid in der Außenluft, NRW, Messstationen (Kreise), 2004 (L)	70
5.2	Schwefeldioxid in der Außenluft, NRW, Messstationen (Kreise), 2004 (L)	74
5.3	Staub (PM10) in der Außenluft, NRW, Messstationen (Kreise), 2004 (L)	78
5.4	Ozon in der Außenluft, NRW, Messstationen (Kreise), 2004 (L)	82

5.5	Benzol in der Außenluft, NRW, Messstationen (Kreise), Jahre 2002 - 2004 (L)	86
5.6	Belastung des Trinkwassers mit Nitrat und Pestiziden, NRW, 2002 (L)	90
5.7	Belastung des Trinkwassers mit Blei, Kupfer und Trihalogenmethan, NRW, Jahr (bisher keine Daten) (L)	92
5.8	Belastung des Trinkwassers mit Escherichia coli u. Enterokokken, NRW, Jahr (bisher keine Daten) (L)	94
5.9	Subjektive Lärmbelästigung der Bevölkerung, Survey, NRW, 2000 (L)	96
5.10	Dioxine in der Kuhmilch und in der Frauenmilch, NRW, Trend 2002, 2003 (B)	98
5.11	PCB in der Kuhmilch und in der Frauenmilch, NRW, 2004 (B)	100
5.12	Ausgewählte Arbeitsbelastungen u. Umgebungsfaktoren, NRW, Trend 1998/99 (L)	102
5.13	Durch meldepfl. Störfälle in verfahrenstechn. Anlagen Verletzte u. Getötete, Deutschland, 2004 (B)	104
5.14	Ergebnisse der Badegewässerüberwachung, NRW, Regierungsbezirke, 2004 (L)	106

**Themenfeld 6:
Einrichtungen des Gesundheitswesens 109**

Ambulante Einrichtungen

6.1	Ärztlich geleitete ambulante Gesundheitseinrichtungen, NRW, Trend 2002 - 2004 (K)	112
6.2	Versorgungsgrad Vertragsärzte, NRW, Kreise, 2004 (L)	114
6.3	Ambulanzen, Sozialpädiatrische Zentren, NRW, Jahre 2002 - 2004 (L)	120
6.4	Zahnärztlich geleitete ambulante Gesundheitseinrichtungen, NRW, Trend 2002 - 2004 (K)	122
6.5	Versorgungsgrad Vertragszahnärzte, NRW, Kreise, Jahre 2002 - 2004 (L)	124
6.6	Dialyseplätze (Hämodialyse), NRW, Trend 2000 - 2004 (K)	127
6.7	Patienten in Dialyseeinrichtungen, NRW, Trend 2001 - 2004 (L)	130
6.8	Sonstige Einrichtungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, NRW, Jahre 2002 - 2003 (L)	132
6.9	Rettungsleitstellen, -wachen, -hubschrauber, NRW, Trend 2000 - 2003 (L)	134
6.10	Gesundheitseinrichtungen für Suchtkranke, NRW, Jahre 2003 - 2004 (L)	136
6.10_01	Ambulante Gesundheitseinrichtungen für Suchtkranke, NRW, Kreise, 2003 (L)	139
6.10_02	Stationäre Gesundheitseinrichtungen für Suchtkranke, NRW, Kreise, 2003 (L)	142

Stationäre/teilstationäre Einrichtungen

6.11	Krankenhäuser und Bettenzahl, NRW, Trend 2000 - 2004 (K)	145
6.11_01	Krankenhäuser, Vorsorge- oder Reha-Einrichtungen, Bettenzahl, NRW, Trend 2000 - 2004 (L)	148
6.12	Krankenhäuser nach Größenklassen, NRW, 2004 (K)	151
6.12_01	Vorsorge- oder Reha-Einrichtungen, Größenklassen, NRW, Jahre 2003 - 2004 (L)	153
6.13	Krankenhäuser nach Fachabteilungen, NRW, 2004 (K)	155

6.14	Krankenhäuser mit Tages- und Nachtambulanzplätzen, NRW, Jahre 2002 - 2004 (L)	159
6.15	Wichtige Krankenhausangebote, NRW, Kreise, 2004 (L)	161
6.16	Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, NRW, Trend 2000 - 2004 (K)	164
Pflegeeinrichtungen		
6.17	Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen, NRW, Trend 1999, 2001, 2003 (K)	166
6.18	Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen, NRW, Kreise, 2003 (K)	168
6.19	Ambulante Pflegeeinrichtungen nach Art, Größenklassen und Träger, NRW, 2003 (L)	172
6.20	Stationäre Pflegeeinrichtungen nach Art, Plätzen und Träger, NRW, 2003 (L)	174
Weitere Einrichtungen des Gesundheitswesens		
6.21	Apotheken, NRW, Kreise, 2004 (L)	176
6.22	Medizinisch-technische Großgeräte in stationären Einrichtungen, NRW, 2004 (L)	179
6.23	Personen im Ambulant Betreuten Wohnen, Geschlecht, NRW, Kreise, 2004 (L)	181
6.23_01	Plätze im stationären Wohnen für Menschen mit Behinderungen, NRW, Kreise, 2004 (L)	184
6.23_02	Personen in stationären Wohneinrichtungen für Menschen mit Behinderungen, Geschlecht, NRW, Kreise, 2004 (L)	187
Themenfeld 7:		
Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens		195
Inanspruchnahme/Leistungen der Gesundheitsförderung und Früherkennung von Krankheiten		
7.1	Beratungen zur Familienplanung u. bei Schwangerschaftskonflikten, NRW, 2004 (L)	198
7.2	Schwangerschaftsabbrüche nach Alter, NRW, 2004 (K)	200
7.3	Schwangeren-Vorsorgeuntersuchungen, NRW, Trend 2002 - 2004 (K)	202
7.4	Schwangeren-Vorsorgeuntersuchungen, erste Inanspruchnahme, NRW, Trend 1990, 1995, 1999, 2002 - 2004 (K)	204
7.5	Inanspruchnahme Krankheitsfrüherkennungsprogramm Kinder, NRW, Trend 2002-2004 (K)	208
7.6	Inanspruchnahme Krankheitsfrüherkennungsprogramm Kinder, NRW, Kreise, 2004 (L)	210
7.7	Karies-Prophylaxe Kinder: Gebisszustand, NRW, Jahre 2000, 2004 (K)	214
7.8	Karies-Prophylaxe Kinder: Gebisszustand, NRW, Kreise, Jahr (bisher keine Daten) (L)	216
7.9	Art der Karies-Prophylaxemaßnahmen, erreichte Kinder, NRW, 2004 (K)	218
7.10	Durch Karies-Prophylaxemaßnahmen erreichte Kinder, Einrichtungstyp, NRW, Kreise, 2004 (L)	220
7.11	Impfquote Polio, Tetanus, Diphtherie, Hepatitis B, Hib, Pertussis, Schulanfänger, NRW, Trend 2002 - 2004 (K)	226

7.12	Impfquote Masern, Mumps, Röteln, Schulanfänger, NRW, Trend 2002 - 2004 (K)	228
7.13	Impfquote Polio, Tetanus, Diphtherie, Hepatitis B, Hib, Pertussis, Schulanfänger NRW, Kreise, 2004 (L)	230
7.14	Impfquote Masern, Mumps, Röteln, Schulanfänger, NRW, Kreise, 2004 (L)	236
7.15	Jugendarbeitsschutzuntersuchungen, NRW, Trend 2000 - 2005 (L)	240
7.16	Krebsfrüherkennungsuntersuchungen, Geschlecht, NRW, Trend 2002 - 2004 (K)	242
7.17	Gesundheits-Check-up, NRW, Trend 2000 - 2004 (L)	245
7.18	Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen, NRW, 2002 (eingestellt) (L)	247
Inanspruchnahme/Leistungen der ambulanten Versorgung		
7.19	Ambulante ärztliche u. psychotherapeutische Behandlungsfälle, NRW, Trend 2002 - 2004 (K)	249
7.20	Ambulante vertragsärztliche Versorgung nach Fachgruppen, NRW, 2004 (K)	251
7.21	Abgerechnete ärztliche Leistungsbereiche, Vertragsärzte, NRW, Jahre 2001 - 2004 (L)	253
7.22	Ambulante Behandlungsfälle von Psychotherapeuten, NRW, Jahre 2002 - 2004 (L)	255
7.23	Leistungen für Klienten der sozialpsychiatrischen Dienste, Geschlecht, NRW, Jahr (bisher keine Daten) (L)	257
7.23_01	Methadon-Substitutionsbehandlung, Geschlecht, NRW, Kreise, 2004 (L)	259
7.24	Abgerechnete zahnärztliche Leistungsbereiche, Vertragszahnärzte, NRW, 2004 (K)	264
7.25	Einsätze Krankentransporte und Rettungsdienste, NRW, Kreise, 2003 (L)	266
Inanspruchnahme/Leistungen der stationären/teilstationären Versorgung		
7.26	Krankenhausfälle, Berechnungs- und Belegungstage, NRW, Trend 1990, 1995, 2000 - 2004 (K)	272
7.27	Bettenauslastung, Verweildauer in Krankenhäusern, NRW, Trend 1990, 1995, 2000 - 2004 (K)	275
7.28	Personaleinsatz in Krankenhäusern, NRW, Trend 2002 - 2004 (K)	278
7.29	Krankenhaustäufigkeit u. Verweildauer, Fachabteilungen, NRW, Jahre 2002 - 2004 (K)	281
7.30	Herzchirurgische Eingriffe, NRW, Trend 2000 - 2004 (L)	285
7.31	Behandlungsfälle u. Verweildauer, Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, NRW, Trend 2000 - 2004 (K)	287
7.32	Personaleinsatz in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, NRW, Trend 2002 - 2004 (L)	292
Inanspruchnahme/Leistungen der Versorgung in Pflegeeinrichtungen		
7.33	Pflegebedürftige nach Art der Leistungen, Geschlecht, NRW, 2003 (K)	294
7.34	Pflegegeldempfänger nach Pflegestufen, Geschlecht, NRW, Kreise, 2003 (L)	296
7.34_01	MDK-Pflegebegutachtungen nach Pflegeart, NRW, Kreise, 2004 (L)	300
7.35	Von ambulanten Pflegeeinrichtungen betreute Pflegebedürftige, Pflegestufen, Geschlecht, NRW, Kreise, 2003 (L)	304

7.36	In Pflegeeinrichtungen betreute Pflegebedürftige, Pflegestufen, Geschlecht, NRW, Kreise, 2003 (L)	308
Sonstiger medizinischer Bedarf		
7.37	Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen, Deutschland, Trend 2000 - 2002 (B)	312
7.38	Verbrauch von Blutprodukten, Deutschland, 2002 (B)	314
Themenfeld 8: Beschäftigte im Gesundheitswesen		317
Gesundheitspersonal		
8.1	Beschäftigungsquote im Gesundheitswesen, NRW, Trend 1997 - 2004 (L)	322
8.2	Beschäftigte im Gesundheitswesen nach Einrichtungen u. Art d. Beschäftigung, NRW, Trend 2001 - 2004 (L)	324
8.3	Beschäftigte im Gesundheitswesen nach Einrichtungen u. Art d. Beschäftigung, NRW, 2004 (L)	327
8.4	Beschäftigte im Gesundheitswesen nach Berufen u. Einrichtungen, NRW, 2004 (L)	329
Personal in ambulanten Einrichtungen		
8.5	Berufstätige Ärzte nach Einrichtungen, Geschl., NRW, Trend 1990, 1995 - 2004 (K)	334
8.6	Berufstätige Ärzte, nach Alter u. Einrichtungen, NRW, Jahre 2000 - 2004 (K)	337
8.7	Ärzte in ambulanten Einrichtungen, NRW, Trend 1995, 2000 - 2004 (K)	340
8.8	Ärzte und Zahnärzte in ambulanten Einrichtungen, NRW, Kreise, 2004 (L)	342
8.9	Ärzte in ambulanten Einrichtungen, Gebietsbezeichnung, Geschlecht, NRW, Trend 2002 - 2004 (K)	346
8.10	Zahnärzte nach Einrichtungen, Geschlecht, NRW, Trend 2003 - 2005 (K)	348
8.11	Zahnärzte in ambulanten Einrichtungen, Geschlecht, NRW, Trend 2002 - 2004 (K)	350
8.12	Psychotherapeuten nach Einrichtungen, NRW, Trend 2002 - 2004 (L)	352
8.13	Psychotherapeuten in ambulanten Einrichtungen, NRW, Kreise, 2004 (L)	354
8.14	Übrige Gesundheitsdienstberufe (ambulant), Geschl., NRW, Trend 2000 - 2004 (L)	357
8.15	Physiotherapeuten/Masseur/med. Bademeister (ambul.), NRW, Kreise, 2004 (L)	359
8.16	Heilpraktiker, Geschlecht, NRW, Trend 1997 - 2004 (L)	363
8.16_01	Heilpraktiker, Geschlecht, NRW, Kreise, 2005 (L)	365
Personal in stationären und teilstationären Einrichtungen		
8.17	Ärzte in Krankenhäusern, Geschlecht, NRW, Trend 1995, 2000-2004 (K)	372
8.18	Personal im Pflegedienst in allg. u. sonst. Krankenhäusern, Berufe, Geschlecht, NRW, Trend 1993, 1995, 2000 - 2004 (K)	375
8.19	Personal im Pflegedienst in allg. u. sonst. Krankenhäusern, Berufe, NRW, Kreise, 2004 (L)	377
8.20	Medizinisch-therapeutisches Personal in allg. u. sonst. Krankenhäusern, Berufe, Geschl., NRW, Jahre 1998 - 2004 (L)	380
8.21	Technisch-diagnostisches Personal in allg. u. sonst. Krankenhäusern, Berufe, Geschl., NRW, Jahre 1998 - 2004 (L)	382

8.22	Hebammen in ambulanten/stationären Einrichtungen, NRW, Trend 2001 - 2004 (K)	384
8.23	Personal in Vorsorge- oder Reha-Einrichtungen, Geschl., NRW, Trend 2000 - 2004 (K)	386
Personal in Pflegeeinrichtungen		
8.24	Personal in Pflegeeinrichtungen, Geschlecht, NRW, Trend 1999, 2001, 2003 (K)	388
8.25	Personal in Pflegeeinrichtungen, Beschäftigungsverhältnis, Tätigkeitsbereich, Berufsabschluss, Geschlecht, NRW, 2003 (K)	390
Personal im öffentlichen Gesundheitsdienst		
8.26	Personal im öffentlichen Gesundheitsdienst, Berufe, Geschlecht, NRW, Jahr (bisher keine Daten) (K)	393
8.27	Personal im öffentlichen Gesundheitsdienst, Geschlecht, NRW, Kreise, Jahr (bisher keine Daten) (L)	396
Personal in Apotheken		
8.28	Apothekenpersonal, Geschlecht, NRW, Trend 1995, 2000 - 2004 (K)	398
8.29	Apotheker, sonstiges Apothekenpersonal nach Einrichtungen, Geschlecht, NRW, Jahre 2000 - 2004 (L)	400

Band 3 Themenfelder 9 - 11

Nr.	Indikator - Kurztitel Kern- (K), Bundes- (B), Länderindikatoren (L)	Seite
Themenfeld 9:		
Ausbildung im Gesundheitswesen		17
Auszubildende an Schulen des Gesundheitswesens		
9.1	Auszubildende an Schulen des Gesundheitswesens, Geschlecht, NRW, 2005 (K)	20
Erteilte Approbationen und Berufserlaubnisse		
9.2	Erteilte Berufserlaubnisse für ausgewählte Gesundheitsfachberufe, NRW, Jahre (bisher keine Daten) (L)	22
9.3	Erteilte Approbationen, Geschlecht, NRW, Trend 1990, 1995, 2000 - 2005 (K)	24
9.4	Erteilte Berufserlaubnisse, Geschlecht, NRW, Trend 2001 - 2005 (K)	24
Themenfeld 10:		
Ausgaben und Finanzierung		29
Gesundheitsausgaben		
10.1	Gesundheitsausgaben, Deutschland/NRW, Trend 1998 - 2004 (B/L)	32
10.2	Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträgern, Deutschland/NRW, 2004 (B/L)	35
10.3	Gesundheitsausgaben nach Leistungsarten, Deutschland/NRW, 2004 (B/L)	38
10.4	Gesundheitsausgaben je Einw. nach Einrichtungen, NRW, Trend 1998 - 2004 (L)	41
10.5	Gesundheitsausgaben nach Leistungsarten und Einrichtungen, NRW, 2004 (L)	43
10.6	Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträgern und Einrichtungen, NRW, 2004 (L)	46
10.7	Gesundheitsausgaben nach Leistungsarten und Ausgabenträgern, NRW, 2004 (L)	50
Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträgern und Leistungsarten		
10.8	Gesundheitsausgaben der öffentlichen Haushalte nach Leistungsarten, NRW, Jahre 2003, 2004 (L)	54
10.9	Gesundheitsausgaben der GKV nach Leistungsarten, NRW, Jahre 2003, 2004 (L)	56
10.10	Gesundheitsausgaben der sozialen Pflegeversicherung nach Leistungsarten, NRW, Jahre 2003, 2004 (L)	58
10.11	Gesundheitsausgaben der gesetzlichen Rentenversicherung nach Leistungsarten, NRW, Jahre 2003, 2004 (L)	60
10.11_01	Ausgaben der Landesversicherungsanstalten Westfalen und Rheinprovinz, Jahre 2003 - 2005 (L)	62
10.12	Gesundheitsausgaben der gesetzlichen Unfallversicherung nach Leistungsarten, NRW, Jahre 2003, 2004 (L)	64

10.13	Gesundheitsausgaben der privaten Krankenversicherung nach Leistungsarten, NRW, Jahre 2003, 2004 (L)	66
10.14	Gesundheitsausgaben der Arbeitgeber nach Leistungsarten, NRW, Jahre 2003, 2004 (L)	68
10.15	Gesundheitsausgaben der priv. Haushalte/priv. Organisationen o. Erwerbszweck nach Leistungsarten, NRW, Jahre 2003, 2004 (L)	70

Indikatoren zur Sozialversicherung

10.16	Zuzahlungen d. priv. Haushalte nach Leistungsbereichen in der GKV, NRW, Jahre 2002 - 2004 (L)	72
10.17	Krankenversicherungsschutz der Bevölkerung, NRW, Trend 1990, 1995, 1999, 2003 (L)	74
10.18	Mitglieder/mitversicherte Familienangehörige der GKV, Alter, Geschlecht, NRW, 2006 (L)	76
10.19	Versichertenstruktur nach Krankenkassen, NRW, 2003 (L)	80
10.19_01	Versichertenstruktur in der GKV, NRW, 1. Juli 2006 (L)	82
10.20	Beitragssätze in der Sozialversicherung, Deutschland (alte/neue Länder), Trend 1990, 1995, 2000 - 2006 (B)	84
10.21	Einnahmen/Ausgaben der gesetzlichen Sozialversicherung, Deutschland, Trend 1990, 1995, 2000 - 2005 (L)	87
10.22	Beitrags- u. sonstigen Einnahmen GKV nach Versichertengruppen, Deutschland (alte/neue Länder), Trend 2001 - 2005 (B)	89
10.23	Beitragssätze, beitragspflichtige Einnahmen GKV, AOK, BKK, IKK, Deutschland (alte/neue Länder), Trend 2001 - 2005 (B)	91

Gesundheitsökonomische Basisdaten

10.24	Import-/Export-Saldo im Gesundheitswesen nach Einrichtungen, NRW (bisher keine Daten) (L)	94
10.25	Bruttowertschöpfung im Gesundheitswesen, Deutschland, Trend 2000 - 2004 (B)	96

Einkommensleistungen nach Ausgabenträgern

10.26	Einkommensleistungen nach Ausgabenträgern, NRW, Jahre 2003, 2004 (L)	98
-------	--	----

Themenfeld 11:

Kosten 101

Kostenstruktur von ambulanten Gesundheitseinrichtungen

11.1	Kostenstrukturanalyse von Arztpraxen, Deutschland (alte Bundesländer), Drei-Jahres-Mittelwert 1997 - 1999 (K)	104
11.2	Kostenstrukturanalyse von Zahnarztpraxen, alte/neue Bundesländer, Jahre 2001 - 2003 (K)	106
11.3	Kostenstrukturanalyse ambulant tätiger Psychotherapeuten, Deutschland (alte Bundesländer), 1999 (K)	109

Kostenstruktur von Krankenhäusern

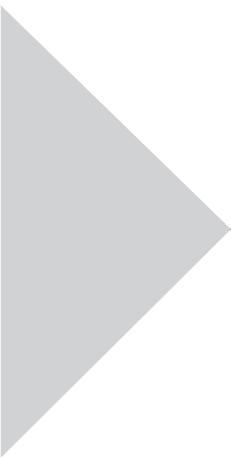
11.4	Kosten der allgemeinen und sonstigen Krankenhäuser, Kostenarten, Krankenhausgrößenklassen, NRW, 2005 (K)	111
11.5	Kosten der sonstigen Krankenhäuser, Kostenarten, Krankenhausgrößenklassen, NRW, 2003 (K)	114
11.6	DRG-Fallpauschalen: Erlöse und Leistungen, NRW, 2006 (K)	117

Aufwendungen für Rehabilitation und Pflege

11.7	Aufwendungen für Leistungen zur Teilhabe in der gesetzlichen Rentenversicherung, Deutschland, 2005 (B)	120
------	--	-----

Aufwendungen für Pflegeleistungen

11.8	Vergütung für stationäre Pflegeleistungen nach Art der Vergütung und des Trägers, NRW, 2003 (K)	123
------	---	-----



Anhang 7

**Index of Indicators
Volume 1 - Volume 3**

Volume 1: Thematic domains 2 - 3

No	Index of Indicators Core indic. (K), Federal indic. (B), German state indic. (L)	Page
	Thematic domain 2: Population and population-specific settings of the health system	37
	Population	
2.1	Population by sex, North Rhine-Westphalia, 1980, 1985, 1990, 1995, 2000 - 2004 (K)	40
2.2	Foreign population by sex, North Rhine-Westphalia, 1990, 1995, 2000 - 2004 (K)	42
2.3	Population by age and sex, North Rhine-Westphalia, 2004 (K)	44
2.3_01	Demographic base tables (60 tab.), North Rhine-Westphalia, administrative regions, districts, 2004 (L)	46
2.4	Foreign population by age and sex, North Rhine-Westphalia, 2004 (K)	48
2.5	Population by sex, North Rhine-Westphalia by administrative districts, 2004 (L)	50
2.5_01	Geographic area and population density, North Rhine-Westphalia by administrative districts, 2002, 2003 (L)	54
2.6	Foreign population by sex, North Rhine-Westphalia by administrative districts, 2004 (L)	57
2.7	Age structure of the population, North Rhine-Westphalia by administrative districts, 2004 (L)	61
2.8	Female proportion in the population by age, North Rhine-Westphalia by administrative districts, 2004 (L)	68
2.9	Demographic development, North Rhine-Westphalia, 1980, 1985, 1990, 1995, 2000 - 2003 (K)	71
2.10	Live births, North Rhine-Westphalia 1999 - 2004 (K)	73
2.10_01	Live births, North Rhine-Westphalia by administrative districts, 2002 - 2004 (L)	76
2.11	Population movements, North Rhine-Westphalia by administrative districts, 2003 (L)	79
2.12	Population figures on 1 January 2002 and projections on 1 January 2020 by age dependency ratios, North Rhine-Westphalia by administrative districts, 2002 (L)	83
	Economic and social status	
2.13	Highest general school-leaving certificate (sample) of the population 15 years and older by sex and nationality, North Rhine-Westphalia, 2000 - 2004 (K)	87
2.14	Highest vocational training certificate (sample) of the population 25 years and older by sex and nationality, North Rhine-Westphalia, 2000 - 2004 (K)	89
2.15	Disposable income of private households, North Rhine-Westphalia, 2000 - 2003 (K)	91
2.16	Disposable income of private households, North Rhine-Westphalia by administrative districts, 2003 (L)	91
2.17	Monthly family net income, North Rhine-Westphalia, 2004 (K)	95
2.18	Working population by sex, North Rhine-Westphalia by regions, 2004 (L)	98

2.19	Single parents with children up to 17 years of age, North Rhine-Westphalia, 2000 - 2004 (K)	101
2.20	Unemployed persons by population groups and sex, North Rhine-Westphalia, 2000 - 2004 (K)	103
2.21	Unemployed persons by population groups and sex, North Rhine-Westphalia by administrative districts, 2004 (L)	105
2.22	Recipients of selected social benefits by age and sex, North Rhine-Westphalia, 2003 (K)	109
2.23	Recipients of selected social benefits by sex, North Rhine-Westphalia by administrative districts, 2003 (L)	111
2.23_01	Homeless households and persons, North Rhine-Westphalia by administrative districts, 2004 (L)	115
2.24	Recipients of housing benefits (households), North Rhine-Westphalia by administrative districts, 2001 - 2003 (L)	118
Thematic domain 3:		
Health status of the population		123
I	General overview of mortality and morbidity	
General mortality:		
Overall mortality		
3.1	Deaths by sex, North Rhine-Westphalia, 1980, 1985, 1990, 1995, 2000 - 2003 (K)	128
3.2	Deaths by main diagnosis groups and sex, North Rhine-Westphalia, 2003 (L)	128
3.3	Deaths in the German population by sex, North Rhine-Westphalia, 1980, 1985, 1990, 1995, 2000 - 2003 (L)	128
3.4	Deaths among the foreign population by sex, North Rhine-Westphalia, 1980, 1985, 1990, 1995, 2000 - 2003 (L)	128
3.5	Premature mortality (up to 64 years of age) by sex, North Rhine-Westphalia, 1980, 1985, 1990, 1995, 2000 - 2003 (K)	133
3.6	Deaths per 100,000 inhabitants by age and sex, North Rhine-Westphalia, 2002, 2003 (K)	135
3.7	Deaths by sex, North Rhine-Westphalia by administrative districts, 2003 (L)	137
3.8	Most frequent causes of death (ICD-classification) by age and sex, North Rhine-Westphalia, mean value 2001 - 2003 (K)	144
Derived indicators:		
Life expectancy, potential years of life lost, avoidable mortality		
3.9	Life expectancy by age and sex, North Rhine-Westphalia, 1970/1972, 1986/1988, 2000/2002, 2001/2003 (K)	146
3.10	Life expectancy by sex, North Rhine-Westphalia by administrative districts, 2001/2003 (L)	148
3.11	Disability-free life expectancy by age and sex, North Rhine-Westphalia, 2001/2003 (K)	152
3.12	Number of potential years of life lost (PYLL) before the age of 65 by causes of death and sex, North Rhine-Westphalia, 2003 (K)	155

3.13	Avoidable deaths by selected diagnoses and sex, North Rhine-Westphalia, 2003 (L)	157
3.14	Avoidable deaths by selected diagnoses, North Rhine-Westphalia by administrative districts, mean value 1999 - 2003 (L)	159
Subjective morbidity		
3.15	Self-assessed health status by age and sex, survey, North Rhine-Westphalia, 2000 (L)	166
3.16	Assessment of health problems over the last four weeks due to physical and/or mental disorders by age and sex, survey, North Rhine-Westphalia, 2000 (L)	168
3.17	Impairment of social role functioning within the last four weeks due to limited physical health or mental disorders by age and sex, survey, North Rhine-Westphalia, 2000 (L)	171
3.18	Distribution of most frequently mentioned diseases by age and sex, survey, North Rhine-Westphalia, 2000 (L)	173
Outpatient morbidity		
3.19	Most frequent diagnoses made by general practitioners, by sex, North Rhine-Westphalia, 2004 (L)	175
3.20	Most frequent diagnoses made by gynaecologists, North Rhine-Westphalia, 2004 (L)	177
3.21	Most frequent diagnoses made by paediatricians, by sex, North Rhine-Westphalia, 2004 (L)	179
3.22	Most frequent diagnoses made by orthopaedists, by sex, North Rhine-Westphalia, 2004 (L)	181
3.23	Most frequent diagnoses made by neurologists, by sex, North Rhine-Westphalia, 2004 (L)	183
Inpatient morbidity		
3.24	Hospital discharges by sex, North Rhine-Westphalia, 1994, 1995, 2000 - 2003 (K)	185
3.25	Hospital discharges by age and sex, North Rhine-Westphalia, 2003 (K)	187
3.26	Hospital discharges by main diagnosis groups and sex, North Rhine-Westphalia, 2003 (L)	189
3.27	Hospital discharges by sex, North Rhine-Westphalia by administrative districts, 2002 (L)	191
Incapacity for work		
3.28	Cases of incapacity for work, illness days and sickness rates among members of company health insurance funds by sex, North Rhine-Westphalia, 2002 - 2003 (L)	198
3.29	Cases of incapacity for work and illness days among members of company health insurance funds by age and sex, North Rhine-Westphalia, 2003 (L)	202
3.30	Cases of incapacity for work among members of company health insurance funds by main diagnosis groups and sex, North Rhine-Westphalia, 2003 (L)	204

Accidents at work and occupational diseases		
3.31	Accidents at the workplace and work-related road accidents, North Rhine-Westphalia, 2000 - 2003 (K)	206
3.32	Reported and recognized occupational diseases, North Rhine-Westphalia, 2003 (K)	208
Medical rehabilitation benefits		
3.33	Medical rehabilitation benefits and other benefits aimed at participation in working life, by sex (under 65 years of age), North Rhine-Westphalia, 2000 - 2003 (K)	210
3.34	Medical rehabilitation benefits and other benefits aimed at participation in working life, by age and sex (under 65 years of age), North Rhine-Westphalia, 2003 (K)	212
3.35	Medical rehabilitation benefits and other benefits aimed at participation in working life, by main diagnosis groups and sex (under 65 years of age), North Rhine-Westphalia, 2003 (L)	214
3.36	Medical rehabilitation benefits and other benefits aimed at participation in working life, by sex (under 65 years of age), North Rhine-Westphalia by administrative districts, 2003 (L)	216
Incidence and prevalence of invalidity retirement		
3.37	Incidence and prevalence of invalidity retirement by sex, North Rhine-Westphalia, 2000 - 2003 (K)	220
3.38	Incidence and prevalence of invalidity retirement by age and sex, North Rhine-Westphalia, 2003 (K)	222
3.39	Incidence of invalidity retirement by main diagnosis groups and sex, North Rhine-Westphalia, 2003 (L)	224
3.40	Incidence and prevalence of invalidity retirement by sex, North Rhine-Westphalia by administrative districts, 2003 (L)	226
Severely handicapped persons		
3.41	Severely handicapped persons (handicap degree of 50 and more) by sex, North Rhine-Westphalia, 1991 - 2003 (K)	232
3.42	Severely handicapped persons (handicap degree of 50 and more) by age and sex, North Rhine-Westphalia, 2003 (K)	234
3.43	Severely handicapped persons (handicap degree of 50 and more) by type of most severe handicap and sex, North Rhine-Westphalia, 2003 (K)	236
3.44	Severely handicapped persons by handicap degree and sex, North Rhine-Westphalia, 2003 (K)	238
3.45	Severely handicapped persons (handicap degree of 50 and more) by sex, North Rhine-Westphalia by administrative districts, 2003 (L)	240
3.45_01	Severely handicapped children under 15 years of age (handicap degree of 50 and more) by sex, North Rhine-Westphalia by administrative districts, 2003 (L)	246

3.45_02	Severely handicapped persons of 65 years and more (handicap degree of 50 and more) by sex, North Rhine-Westphalia by administrative districts, 2003 (L)	249
	Nursing dependency	
3.46	Persons in need of nursing care by sex, North Rhine-Westphalia, 1999, 2001, 2003 (K)	252
3.47	Persons in need of nursing care by age and sex, North Rhine-Westphalia, 2003 (K)	254
3.48	Persons in need of nursing care by care levels and type of care provided, North Rhine-Westphalia, 2003 (K)	258
3.48_01	Nursing care assessments made by the MDK (Medical Service of the Health Insurance Funds) by care levels, North Rhine-Westphalia by administrative districts, 2003 (L)	261
3.49	Persons in need of nursing care by sex, North Rhine-Westphalia by administrative districts, 2003 (L)	265
3.49_01	Persons in need of nursing care by type of nursing care provided, North Rhine-Westphalia by administrative districts, 2003 (L)	272
3.49_02	Nursing care assessments made by the MDK (Medical Service of the Health Insurance Funds) by sex, North Rhine-Westphalia by administrative districts, 2003 (L)	278
II	Diseases/disease groups	
	Health status of infants and pre-school children	
3.50	Live births by birth weight, North Rhine-Westphalia, 2002 - 2004 (K)	282
3.51	Live births by birth weight, North Rhine-Westphalia by administrative districts, 2004 (L)	284
3.52	Congenital anomalies, North Rhine-Westphalia, 2001 - 2003 (K)	288
3.53	Infant mortality by neonatal and postneonatal mortality, North Rhine-Westphalia, 1980, 1985, 1990, 1995, 2000 - 2004 (K)	292
3.53_01	Infant mortality by neonatal and postneonatal mortality, North Rhine-Westphalia, by administrative districts, 2004 (L)	292
3.54	Infant mortality during the first year of life per 1,000 live births, North Rhine-Westphalia by administrative districts, 1995 - 2004, 3-year mean values (L)	298
3.54_01	Infant mortality during the first year of life by sex, North Rhine-Westphalia by administrative districts, mean value 2002 - 2004 (L)	301
3.55	Perinatal mortality, North Rhine-Westphalia, 1980, 1985, 1990, 1995, 2000 - 2004 (K)	306
3.56	Most frequent causes of death in infants, including SIDS, by sex, North Rhine-Westphalia, 2003 (L)	308
3.57	Findings of school entrance examinations by sex, North Rhine-Westphalia (L)	310
3.57_01	Developmental retardations in children found during school entrance examinations, by sex, North Rhine-Westphalia by administrative districts (up to now no data available) (L)	313
3.57_02	Selected findings (obesity, visual acuity) of school entrance examinations by sex, North Rhine-Westphalia by administrative districts, 2003 (L)	315

Infectious diseases		
3.58	Notifiable infectious diseases as listed in the Infectious Disease Control Act, by sex, North Rhine-Westphalia, 2001 - 2004 (K)	320
3.59	Notifiable infectious diseases as listed in the Infectious Disease Control Act, by sex, North Rhine-Westphalia, 2004 (K)	320
3.59_01	Measles incidence in children, aged 0 – 14 years, by sex, North Rhine-Westphalia by administrative districts, 2004 (L)	324
3.60	Infectious disease hospital admissions by age and sex, North Rhine-Westphalia, 2003 (L)	328
3.61	Incidence of bacterial lung tuberculosis, Germans and foreigners, North Rhine-Westphalia, 2001 - 2003 (L)	330
3.62	Incidence of bacterial lung tuberculosis by sex, North Rhine-Westphalia by administrative districts, mean value 2001 - 2003 (L)	330
3.62_01	Incidence of bacterial lung tuberculosis by sex, North Rhine-Westphalia by administrative districts, 2004 (L)	336
3.63	AIDS-patients by groups affected and sex, North Rhine-Westphalia, 1995, 2000 - 2004 (K)	340
3.64	Notified first diagnoses of HIV infections, by affected population groups and sex, North Rhine-Westphalia, 1995, 2000 - 2004 (L)	344
3.65	Deaths due to infectious diseases by age and sex, North Rhine-Westphalia, 2003 (L)	348
Malignant neoplasms		
3.66	Malignant neoplasms by sex, North Rhine-Westphalia, 2000 - 2003 (K)	350
3.67	Notified incidences of malignant neoplasms by sex, administrative district of Münster, North Rhine-Westphalia, 1990, 1995, 2000 - 2002 (K)	354
3.68	Notified incidences of malignant neoplasms by age and sex, administrative district of Münster, North Rhine-Westphalia, 2002 (K)	356
3.69	Notified incidences of selected malignant neoplasms by sex, administrative district of Münster, North Rhine-Westphalia, 2002 (K)	358
3.70	Notified incidences of malignant neoplasms of the lung, by age and sex, administrative district of Münster, North Rhine-Westphalia, 2002 (L)	361
3.71	Notified incidences of malignant neoplasms of the female breast by age, administrative district of Münster, North Rhine-Westphalia, 1999 - 2002 (L)	363
3.72	Notified incidences of malignant neoplasms of the prostate by age, administrative district of Münster, North Rhine-Westphalia, 1999 - 2002 (L)	365
3.73	Hospital admissions due to malignant neoplasms by age and sex, North Rhine-Westphalia, 2003 (L)	367
3.74	Cases of incapacity for work due to selected malignant neoplasms among members of company health insurance funds by age and sex, North Rhine-Westphalia, 2003 (L)	369
3.75	Medical rehabilitation benefits and other benefits aimed at participation in working life in consequence of selected malignant neoplasms, by age and sex (under 65 years of age), North Rhine-Westphalia, 2003 (L)	371
3.76	Incidence of invalidity retirement due to selected malignant neoplasms by sex, North Rhine-Westphalia, 2003 (L)	373

3.77	Deaths due to selected malignant neoplasms by sex, North Rhine-Westphalia, 2003 (K)	375
Metabolic diseases		
3.78	Diabetes mellitus by sex, North Rhine-Westphalia, 2000 - 2003 (K)	377
3.79	Diabetes mellitus by age and sex, survey, North Rhine-Westphalia, 2000 (L)	380
3.80	Hospital discharges due to diabetes mellitus by age and sex, North Rhine-Westphalia, 2003 (L)	382
3.81	Incidence of invalidity retirement due to diabetes mellitus by age and sex, North Rhine-Westphalia, 2003 (L)	384
Mental and behavioural disorders		
3.82	Mental and behavioural disorders by sex, North Rhine-Westphalia, 2000 - 2003 (K)	386
3.83	Hospital discharges due to mental and behavioural disorders by age and sex, North Rhine-Westphalia, 2003 (L)	390
3.83_01	Admission and discharge status of patients of psychiatric hospitals, North Rhine-Westphalia by administrative districts (up to now no data available) (L)	394
3.84	Cases of incapacity for work and illness days due to mental and behavioural disorders, members of company health insurance funds by age and sex, North Rhine-Westphalia, 2003 (L)	396
3.85	Medical rehabilitation benefits and other benefits aimed at participation in working life in consequence of mental and behavioural disorders by age and sex (under 65 years of age), North Rhine-Westphalia, 2003 (L)	398
3.86	Incidence of invalidity retirement due to mental and behavioural disorders by age and sex, North Rhine-Westphalia, 2003 (L)	400
3.87	Number of hospitalisations according to the German "PsychKG" (act governing care and treatment for mentally ill persons) by sex, North Rhine-Westphalia, 2000 - 2002 (L)	404
3.87_01	Number of hospitalisations according to the German "PsychKG" by sex, North Rhine-Westphalia by administrative districts, 2002 (L)	406
3.88	Deaths due to intentionally self-inflicted injuries (suicides) by age and sex, North Rhine-Westphalia, 2003 (K)	412
3.89	Deaths due to intentionally self-inflicted injuries (suicides) by sex, North Rhine-Westphalia by administrative districts, mean value 2001 - 2003 (L)	414
Diseases of the circulatory system		
3.90	Circulatory diseases by sex, North Rhine-Westphalia, 2000 - 2003 (K)	420
3.91	Hospital discharges due to circulatory diseases by age and sex, North Rhine-Westphalia, 2003 (L)	424
3.92	Cases of incapacity for work due to circulatory diseases among members of company health insurance funds by age and sex, North Rhine-Westphalia, 2003 (L)	426

3.93	Medical rehabilitation benefits and other benefits aimed at participation in working life in consequence of circulatory diseases by age and sex (under 65 years of age), North Rhine-Westphalia, 2003 (L)	428
3.94	Incidence of invalidity retirement due to circulatory diseases by age and sex, North Rhine-Westphalia, 2003 (L)	430
3.95	Deaths due to circulatory diseases by age and sex, North Rhine-Westphalia, 2003 (K)	432
Diseases of the respiratory system		
3.96	Diseases of the respiratory system by sex, North Rhine-Westphalia, 2000 - 2003 (K)	436
3.97	Hospital discharges due to respiratory diseases by age and sex, North Rhine-Westphalia, 2003 (L)	440
3.98	Cases of incapacity for work due to respiratory diseases among members of company health insurance funds by age and sex, North Rhine-Westphalia, 2003 (L)	442
3.99	Medical rehabilitation benefits and other benefits aimed at participation in working life in consequence of respiratory diseases by age and sex (under 65 years of age), North Rhine-Westphalia, 2003 (L)	444
3.100	Incidence of invalidity retirement due to respiratory diseases by age and sex, North Rhine-Westphalia, 2003 (L)	446
3.101	Deaths due to respiratory diseases by age and sex, North Rhine-Westphalia, 2003 (L)	448
Diseases of the digestive system		
3.102	Dental caries prevalence and dental caries risk, DMF-T-index in 12-year-old children by sex, North Rhine-Westphalia, 2000 (K)	450
3.103	Hospital discharges due to liver diseases by age and sex, North Rhine-Westphalia, 2003 (L)	452
Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue		
3.104	Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue by sex, North Rhine-Westphalia, 2000 - 2003 (K)	454
3.105	Hospital discharges due to diseases of the musculoskeletal system and connective tissue by age and sex, North Rhine-Westphalia, 2003 (L)	458
3.106	Cases of incapacity for work due to diseases of the musculoskeletal system and connective tissue among members of company health insurance funds by age and sex, North Rhine-Westphalia, 2003 (L)	460
3.107	Medical rehabilitation benefits and other benefits aimed at participation in working life in consequence of diseases of the musculoskeletal system and connective tissue by age and sex, North Rhine-Westphalia, 2003 (L)	463
3.108	Incidence of invalidity retirement due to diseases of the musculoskeletal system and connective tissue by age and sex, North Rhine-Westphalia, 2003 (L)	466
3.109	Rheumatic diseases (Polyarthritis) in patients of rheumatologic centres by age and sex, North Rhine-Westphalia, 2002 (L)	468

	Injuries, poisoning, external causes	
3.110	Injuries and poisoning by sex, North Rhine-Westphalia, 2000 - 2003 (K)	470
3.111	Hospital discharges due to injuries and poisoning by age and sex, North Rhine-Westphalia, 2003 (K)	474
3.111_01	Hospital discharges due to burns and poisoning in children under 15 years of age by sex, North Rhine-Westphalia by administrative districts, 2002 (L)	476
3.112	Cases of incapacity for work due to injuries and poisoning among members of company health insurance funds by age and sex, North Rhine-Westphalia, 2003 (L)	480
3.113	Medical rehabilitation benefits and other benefits aimed at participation in working life in consequence of injuries and poisoning by age and sex, North Rhine-Westphalia, 2003 (L)	482
3.114	Incidence of invalidity retirement due to injuries and poisoning by age and sex, North Rhine-Westphalia, 2003 (L)	484
3.115	Deaths due to external causes of morbidity and mortality (accidents, suicide etc.) by age and sex, North Rhine-Westphalia, 2003 (K)	486
3.116	Persons involved in road traffic accidents by sex, North Rhine-Westphalia, 2000 - 2003 (L)	490
3.117	Persons involved in road traffic accidents by age and sex, North Rhine-Westphalia, 2003 (K)	492
3.118	Persons involved in road traffic accidents by sex, North Rhine-Westphalia by administrative districts, 2003 (L)	496
3.119	Number of road traffic accidents caused by alcohol, North Rhine-Westphalia, 2000 - 2003 (L)	500

Volume 2: Thematic domains 4 - 8

No.	Index of Indicators Core indic. (K), Federal indic. (B), German state indic. (L)	Page
	Subject area 4:	
	Health-related behaviours	19
	Tobacco and alcohol consumption	
4.1	Tobacco consumption by age, social class and sex, survey, North Rhine-Westphalia, 2000 (L)	22
4.1_01	Tobacco consumption by age and sex, micro-census, North Rhine-Westphalia, 2003 (L)	24
4.2	Tobacco consumption of daily smokers by age, social class and sex, survey, North Rhine-Westphalia, 2000 (L)	26
4.2_01	Tobacco consumption of smokers by age and sex, micro-census, North Rhine-Westphalia, 2003 (L)	29
4.3	Non-smokers by age and sex, survey, North Rhine-Westphalia, 2000 (L)	31
4.3_01	Non-smokers by age and sex, micro-census, North Rhine-Westphalia, 2003 (L)	33
4.4	Non-smokers and passive smokers by age and sex, survey, North Rhine-Westphalia, 2000 (L)	35
4.5	Average age of smokers when starting to smoke by age and sex, survey, North Rhine-Westphalia, 2000 (L)	37
4.5_01	Average age of smokers when starting to smoke by age and sex, micro-census, North Rhine-Westphalia, 2003 (L)	39
4.6	Average daily alcohol consumption in g (alcohol) by age, social class and sex, survey, North Rhine-Westphalia, 2000 (L)	41
4.7	Proportion of population with average daily alcohol consumption above defined limits by age and sex, survey, North Rhine-Westphalia, 2000 (L)	44
	Nutrition	
4.8	Body Mass Index (BMI) of adult population by age, social class and sex, survey, North Rhine-Westphalia, 2000 (L)	47
4.8_01	Body Mass Index (BMI) of adult population by age and sex, micro-census, North Rhine-Westphalia, 2003 (L)	50
4.9	Body Mass Index (BMI) in children at time of school entrance examination by sex, North Rhine-Westphalia, 2004 (L)	52
4.9_01	Body Mass Index (BMI) in children at time of school entrance examination, North Rhine-Westphalia, 1996 - 2004 (L)	52
4.10	Average daily energy supply by age, social class and sex, Germany, 1998 (B)	56
4.11	Average daily consumption of fruit and vegetables (excl. potatoes) in g by age, social class and sex, Germany, 1998 (B)	58
	Further health-related behaviours	
4.12	Proportion of various physical activities during the day in 18 to 79-year-olds by social class and sex, North Rhine-Westphalia, 2000 (L)	60

4.13	Proportion of population doing sports by amount/week, age, social class and sex, North Rhine-Westphalia, 2000 (L)	63
Subject area 5: Health risks from the environment		67
Living and working conditions		
5.1	Nitrogen dioxide in outdoor air, North Rhine-Westphalia by measuring stations, 2004 (L)	70
5.2	Sulphur dioxide in outdoor air, North Rhine-Westphalia by measuring stations, 2004 (L)	74
5.3	Fine dust (PM10) in outdoor air, North Rhine-Westphalia by measuring stations, 2004 (L)	78
5.4	Ozone in outdoor air, North Rhine-Westphalia by measuring stations, 2004 (L)	82
5.5	Benzene in outdoor air, North Rhine-Westphalia by measuring stations, 2002 – 2004 (L)	86
5.6	Drinking water pollution with nitrate and pesticides, North Rhine-Westphalia, 2002 (L)	90
5.7	Drinking water pollution with lead, copper and trihalogenmethane, North Rhine-Westphalia (up to now no data available) (L)	92
5.8	Drinking water pollution with Escherichia coli (E. coli) and enterococci, North Rhine-Westphalia (up to now no data available) (L)	94
5.9	Subjective noise exposure of the population, North Rhine-Westphalia, survey 2000 (L)	96
5.10	Dioxines in cow's milk and in breast milk, Germany, 2002, 2003 (B)	98
5.11	PCBs in cow's milk and in breast milk, Germany, 2004 (B)	100
5.12	Selected workloads and environmental factors, North Rhine-Westphalia, 1998/99 (L)	102
5.13	Persons injured and killed through notifiable malfunctions and disturbances in industrial process plants, Germany, 2004 (B)	104
5.14	Results of bathing waters monitoring, North Rhine-Westphalia, 2004 (L)	106
Subject area 6: Health care facilities		109
Outpatient facilities		
6.1	Outpatient health care facilities led by doctors, North Rhine-Westphalia, 2002 - 2004 (K)	112
6.2	Density of statutory health insurance physicians by speciality, North Rhine-Westphalia by administrative districts, 2004 (L)	114
6.3	University outpatient departments, psychiatric outpatient departments, social-paediatric centres, North Rhine-Westphalia, 2002 - 2004 (L)	120
6.4	Outpatient dental facilities, North Rhine-Westphalia, 2002 (K)	122
6.5	Density of statutory health insurance dentists, North Rhine-Westphalia, 2002 – 2004 (L)	124

6.6	Dialysis places (haemodialysis), North Rhine-Westphalia, 2000 – 2004 (K)	127
6.7	Patients in dialysis facilities, North Rhine-Westphalia, 2001 – 2004 (L)	130
6.8	Other public health care facilities, North Rhine-Westphalia, 2002 – 2003 (L)	132
6.9	Rescue coordination centres, rescue stations and rescue helicopters, North Rhine-Westphalia, 2000 – 2003 (L)	134
6.10	Health care facilities for addicts, North Rhine-Westphalia, 2003 - 2004 (L)	136
6.10_01	Outpatient health care facilities for addicts, North Rhine-Westphalia by administrative districts, 2003 (L)	139
6.10_02	Beds in inpatient and day-patient facilities for addicts, North Rhine-Westphalia by administrative districts, 2003 (L)	142
Inpatient and day-patient facilities		
6.11	Hospitals and number of hospital beds, North Rhine-Westphalia, 2000 – 2004 (K)	145
6.11_01	Hospitals, prevention or rehabilitation facilities and number of beds, North Rhine-Westphalia, 2000 - 2004 (L)	148
6.12	Hospitals by size categories, North Rhine-Westphalia, 2004 (K)	151
6.12_01	Prevention or rehabilitation facilities by size categories, North Rhine-Westphalia, 2003 - 2004 (L)	153
6.13	Hospitals by speciality departments, North Rhine-Westphalia, 2004 (K)	155
6.14	Day and night hospitals, North Rhine-Westphalia, 2002 – 2004 (L)	159
6.15	Important hospital services, North Rhine-Westphalia by administrative districts, 2004 (L)	161
6.16	Prevention or rehabilitation facilities, North Rhine-Westphalia, 2000 - 2004 (K)	164
Nursing facilities		
6.17	Outpatient and inpatient nursing facilities by type of facility and/or places available, North Rhine-Westphalia, 1999, 2001, 2003 (K)	166
6.18	Outpatient and inpatient nursing facilities by type of facility and/or places available, North Rhine-Westphalia by administrative districts, 2003 (K)	168
6.19	Outpatient nursing facilities by type, number of people in need of care (size categories) and type of ownership, North Rhine-Westphalia, 2003 (L)	172
6.20	Inpatient nursing facilities by type, number of places available and type of ownership, North Rhine-Westphalia, 2003 (L)	174
Further health care facilities		
6.21	Pharmacies, North Rhine-Westphalia by administrative districts, 2004 (L)	176
6.22	Medical and technological large-scale equipment in hospitals and prevention or rehabilitation facilities, North Rhine-Westphalia, 2004 (L)	179
6.23	Number of people in assisted living facilities by sex, North Rhine-Westphalia by administrative districts, 2004 (L)	181
6.23_01	Places in inpatient homes provided under the integration support scheme for persons with disabilities, North Rhine-Westphalia by administrative districts, 2004 (31.12.) (L)	184
6.23_02	Persons in inpatient homes designed for people with disabilities by sex, North Rhine- Westphalia by administrative districts, 2004 (L)	187

Subject area 7:		
Use of health services		195
Use/Provision of health promotion services and early diagnosis of diseases		
7.1	Use of counselling services for family planning and during pregnancy conflicts (Sect. 2 and Sect. 5 – 6 of the Pregnancy Conflict Act), North Rhine-Westphalia, 2004 (L)	198
7.2	Terminations of pregnancy by age, North Rhine-Westphalia, 2004 (K)	200
7.3	Participation in prenatal care examinations by frequencies, North Rhine-Westphalia, 2002 – 2004 (K)	202
7.4	Prenatal care examinations by point in time of first examination, North Rhine-Westphalia, 1990, 1995, 1999, 2002 - 2004 (K)	204
7.5	Use of early disease detection screenings for children, North Rhine-Westphalia, 2002 – 2004 (K)	208
7.6	Use of early disease detection screenings for children, North Rhine-Westphalia by administrative districts, 2004 (L)	210
7.7	Caries prophylaxis in children: Dental health status in children by age groups, North Rhine-Westphalia, 2000, 2004 (K)	214
7.8	Caries prophylaxis in children: Dental health status in children at first examinations, North Rhine-Westphalia by administrative districts (up to now no data available) (L)	216
7.9	Type of dental caries prophylaxis and percentage of children reached, by type of institution and number of information events, North Rhine-Westphalia, 2004 (K)	218
7.10	Percentage of children reached by dental caries prophylaxis programmes, by type of institution, North Rhine-Westphalia by administrative districts, 2004 (L)	220
7.11	Vaccination coverage for poliomyelitis, tetanus, diphtheria, hepatitis B, Haemophilus influenzae b and pertussis in school beginners, North Rhine-Westphalia, 2002 – 2004 (K)	226
7.12	Vaccination coverage for measles, mumps and rubella in school beginners, North Rhine-Westphalia, 2002 – 2004 (K)	228
7.13	Vaccination coverage for poliomyelitis, tetanus, diphtheria, hepatitis B, Haemophilus influenzae b and pertussis in school beginners, North Rhine-Westphalia by administrative districts, 2004 (L)	230
7.14	Vaccination coverage for measles, mumps and rubella in school beginners, North Rhine-Westphalia by administrative districts, 2004 (L)	236
7.15	Participation in screening programmes under the Youth Health and Safety at Work Act, North Rhine-Westphalia, 2000 – 2004 (L)	240
7.16	Participation in cancer screening programmes by sex, North Rhine-Westphalia, 2002 – 2004 (K)	242
7.17	Participation in health check-ups for females and males, North Rhine-Westphalia, 2000 – 2004 (L)	245
7.18	Occupational health screenings, North Rhine-Westphalia, 2002 discontinued (L)	247
Use/Provision of outpatient health services		
7.19	Use of outpatient medical and psychotherapeutic services (treatment episodes), North Rhine-Westphalia, 2002 - 2004 (K)	249

7.20	Outpatient care provided by statutory health insurance physicians, by specialities, North Rhine-Westphalia, 2004 (K)	251
7.21	Structure of billed (outpatient) medical services provided by statutory health insurance physicians, North Rhine-Westphalia, 2000 – 2004 (L)	253
7.22	Outpatient treatment cases performed by medical and psychological psychotherapists, North Rhine-Westphalia, 2002 - 2004 (L)	255
7.23	Health care provision for clients of the socio-psychiatric services, North Rhine-Westphalia by sex (up to now no data available) (L)	257
7.23_01	Methadone substitution – doctors providing substitution treatments, patients on substitution treatment by sex, North Rhine-Westphalia by administrative districts, 2004 (reference date 31.12.2004) (L)	259
7.24	Structure of billed (outpatient) dental services provided by statutory health insurance dentists, North Rhine-Westphalia, 2004 (K)	264
7.25	Employment of ambulances, rescue vehicles, emergency ambulances and emergency doctor vehicles, North Rhine-Westphalia by administrative districts, 2003 (L)	266
Use/Provision of inpatient/day-patient health care		
7.26	Hospital discharges as well as hospital bed occupancy and billing days, North Rhine-Westphalia, 1990, 1995, 2000 - 2004 (K)	272
7.27	Bed occupancy rate and average length of stay in hospitals, North Rhine-Westphalia, 1990, 1995, 2000 - 2004 (K)	275
7.28	Employment of staff in hospitals, North Rhine-Westphalia, 2002 – 2004 (K)	278
7.29	Hospital frequency and average length of stay by speciality, North Rhine-Westphalia, 2002 – 2004 (K)	281
7.30	Heart surgery, North Rhine-Westphalia, 2000 – 2004 (L)	285
7.31	Hospital discharges and length of stay in prevention or rehabilitation facilities, North Rhine-Westphalia, 2000 – 2004 (K)	287
7.32	Employment of staff in prevention or rehabilitation facilities, North Rhine-Westphalia, 2002 - 2004 (L)	292
Use/Provision of services in nursing homes		
7.33	Persons in need of nursing care by kind of services provided and sex, North Rhine-Westphalia, 2003 (K)	294
7.34	Recipients of nursing allowance by nursing categories and sex, North Rhine-Westphalia by administrative districts, 2003 (L)	206
7.34_01	Nursing care assessments carried out by the Medical Service of the Health Insurances (MDK), by type of nursing care provided, North Rhine-Westphalia by administrative districts, 2004 (L)	300
7.35	Persons in need of care looked after by outpatient nursing facilities, by nursing categories and sex, North Rhine-Westphalia, 2003 (L)	304
7.36	Persons in need of nursing looked after by inpatient and day-patient nursing facilities, by nursing categories and sex, North Rhine-Westphalia, 2003 (L)	308

	Other medical requirements	
7.37	Blood and plasma donations, Germany, 2000 - 2002 (B)	312
7.38	Use of blood products, Germany, 2002 (B)	314
	Subject area 8:	
	Employment in the health sector	317
	Health personnel	
8.1	Health care sector employment in % of total employment (employment rate), North Rhine-Westphalia, 1997 – 2004 (L)	322
8.2	Health care sector employment by institutions and type of employment, North Rhine-Westphalia, 2001 – 2004 (L)	324
8.3	Health care sector employment by institutions and type of employment, North Rhine-Westphalia, 2004 (L)	327
8.4	Health care sector employment by professions and institutions, North Rhine-Westphalia, 2004 (L)	329
	Personnel in outpatient facilities	
8.5	Practising doctors by institutions and sex, North Rhine-Westphalia, 1990, 1995 - 2004 (K)	334
8.6	Practising doctors by age and institutions, North Rhine-Westphalia, 2000 - 2004 (K)	337
8.7	Doctors working in outpatient facilities, North Rhine-Westphalia, 1995, 2000 - 2004 (K)	340
8.8	Doctors and dentists working in outpatient facilities, North Rhine-Westphalia by administrative districts, 2004 (L)	342
8.9	Doctors in outpatient facilities by selected speciality and sex, North Rhine-Westphalia, 2002 – 2004 (K)	346
8.10	Dentists by institutions and sex, North Rhine-Westphalia, 2003 – 2005 (K)	348
8.11	Dentists in outpatient facilities by sex, North Rhine-Westphalia, 2002 - 2004 (K)	350
8.12	Psychotherapists by institutions, North Rhine-Westphalia, 2002 – 2004 (L)	352
8.13	Psychotherapists in outpatient facilities, North Rhine-Westphalia by administrative districts, 2004 (L)	354
8.14	Selected groups of other health care professions in outpatient facilities by sex, North Rhine-Westphalia, 2000 – 2004 (L)	357
8.15	Physiotherapists, masseurs, medical bath attendants in outpatient facilities by sex, North Rhine-Westphalia by administrative districts, 2004 (L)	359
8.16	Non-medical practitioners by sex, North Rhine-Westphalia, 1997 – 2004 (L)	363
8.16_01	Non-medical practitioners by sex, North Rhine-Westphalia by administrative districts, 2005 (L)	365
	Personnel in inpatient and day-patient facilities	
8.17	Hospital doctors by sex, North Rhine-Westphalia, 1995, 2000 - 2004 (K)	372
8.18	Nursing staff in general and other hospitals by profession and sex, North Rhine-Westphalia, 1993, 1995, 2000 - 2004 (K)	375

8.19	Nursing staff in general and other hospitals by profession, North Rhine-Westphalia by administrative districts, 2004 (L)	377
8.20	Selected medical and therapeutic staff in general and other hospitals by profession and sex, North Rhine-Westphalia, 1998 – 2004 (L)	380
8.21	Selected technological and diagnostic staff in general and other hospitals by profession and sex, North Rhine-Westphalia, 1998 – 2004 (L)	382
8.22	Midwives and birth assistants in outpatient and inpatient facilities, North Rhine-Westphalia, 2001 – 2004 (K)	384
8.23	Staff in prevention or rehabilitation facilities by sex, North Rhine-Westphalia, 2000 - 2004 (K)	386
Personnel in nursing homes		
8.24	Personnel in nursing homes by sex, North Rhine-Westphalia, 1999, 2001, 2003 (K)	388
8.25	Personnel in nursing homes by employment, field of activity, professional qualification and sex, North Rhine-Westphalia, 2003 (K)	390
Personnel in the public health service		
8.26	Personnel in the public health service by professions and sex, North Rhine-Westphalia (up to now no data available) (K)	393
8.27	Personnel in the public health service by sex, North Rhine-Westphalia by administrative districts (up to now no data available) (L)	396
Personnel in pharmacies		
8.28	Pharmacy staff by sex, North Rhine-Westphalia, 1995, 2000 - 2004 (K)	398
8.29	Pharmacists and other pharmacy staff by institutions and sex, North Rhine-Westphalia, 2000 – 2004 (L)	400

Volume 3: Thematic domains 9 - 11

No.	Index of Indicators Core indic. (K), Federal indic. (B), German state indic. (L)	Page
	Subject area 9: Training and education in the health care sector	17
	Trainees in vocational health care schools	
9.1	Trainees in vocational health care schools, North Rhine-Westphalia, 2005 (K)	20
	Licenses to practice medicine and other professional licenses	
9.2	Selected health profession licenses issued to persons who were not trained for their profession in Germany, North Rhine-Westphalia, years (up to now no data available) (L)	22
9.3	Licenses to practice medicine, by sex, North Rhine-Westphalia, 1990, 1995, 2000 – 2005 (K)	24
9.4	Professional licenses by sex, North Rhine-Westphalia, 2001 – 2005 (K)	24
	Subject area 10: Expenditure and funding	29
	Health expenditure	
10.1	Health expenditure, Germany/North Rhine-Westphalia, 1998 - 2004 (B/L)	32
10.2	Health expenditure by source of finance, Germany/North Rhine-Westphalia, 2004 (B/L)	35
10.3	Health expenditure by type of services provided, Germany/North Rhine-Westphalia, 2004 (B/L)	38
10.4	Health expenditure per capita by health care facilities, North Rhine-Westphalia, 1998 - 2004 (L)	41
10.5	Health expenditure by type of services provided and health care facilities, North Rhine-Westphalia, 2004 (L)	43
10.6	Health expenditure by source of finance and health care facilities, North Rhine-Westphalia, 2004 (L)	46
10.7	Health expenditure by type of services provided and source of finance, North Rhine-Westphalia, 2004 (L)	50
	Health expenditure by source of finance and type of services provided	
10.8	Public sector health expenditure by type of services provided, North Rhine-Westphalia, 2003, 2004 (L)	54
10.9	Health expenditure by statutory health insurance funds, by type of services provided, North Rhine-Westphalia, 2003, 2004 (L)	56
10.10	Health expenditure by social nursing care insurances, by type of services provided, North Rhine-Westphalia, 2003, 2004 (L)	58
10.11	Health expenditure by statutory pension insurance funds, by type of services provided, North Rhine-Westphalia, 2003, 2004 (L)	60

10.11_01	Expenditure by the Westphalia and Rhine-Province Social Insurance Agency, 2003 - 2005 (L)	62
10.12	Health expenditure by statutory accident insurance funds, by type of services provided, North Rhine-Westphalia, 2003, 2004 (L)	64
10.13	Health expenditure by private health insurance funds, by type of services provided, North Rhine-Westphalia, 2003, 2004 (L)	66
10.14	Health expenditure by employers, by type of services provided, North Rhine-Westphalia, 2003, 2004 (L)	68
10.15	Health expenditure by private households and private non-profit organisations, by type of services provided, North Rhine-Westphalia, 2003, 2004 (L)	70
Social insurance indicators		
10.16	Private out-of-pocket contributions by type of services provided under the statutory health insurance system, North Rhine-Westphalia, 2002 – 2004 (L)	72
10.17	Health insurance protection for the population, North Rhine-Westphalia, 1990, 1995, 1999, 2003 (L)	74
10.18	Members of the statutory health insurance funds and their co-insured family members by age and sex, North Rhine-Westphalia, 2006 (L)	76
10.19	Structure of insured persons, by statutory health insurance funds/private health insurance funds, North Rhine-Westphalia, 2003 (L)	80
10.19_01	Structure of persons insured under the statutory health insurance system by type of health insurance funds, North Rhine-Westphalia, 1 July 2006 (L)	82
10.20	Development of social insurance contribution rates, Germany (old German states, new states), 1990, 1995, 2000 - 2006 (B)	84
10.21	Revenue and expenditure of the statutory social insurance funds, Germany, 1990, 1995, 2000 - 2005 (L)	87
10.22	Development of contribution rates and other forms of revenue of the statutory health insurance funds, by groups of insured, Germany (old German states, new states) 2001 - 2005 (B)	89
10.23	Development of contribution rates and of the contribution-based revenue under the statutory health insurance system as a whole and by selected health insurance funds, Germany (old German states, new states), 2001 – 2005 (B)	91
Basic health economic data		
10.24	Import-export balance in the health sector by health care facilities, North Rhine-Westphalia (up to now no data available) (L)	94
10.25	Gross added value in the health sector, Germany, 2000 - 2004 (B)	96
Income benefits by source of finance		
10.26	Income benefits by source of finance, North Rhine-Westphalia, 2003, 2004 (L)	98
Subject area 11:		
Costs		101
Cost structure of outpatient healthcare facilities		
11.1	Cost structure analysis in physicians' practices, selected professions, Germany (old states), three-year mean value 1997 – 1999 (K)	104
11.2	Cost structure analysis per dental practice owner, old and new German states, 2001 – 2003 (K)	106

11.3	Cost structure analysis of outpatient psychotherapists, Germany (old states), 1999 (K)	109
	Cost structure of hospitals	
11.4	Costs incurred by general and other hospitals by type of costs and hospital size, North Rhine-Westphalia, 2005 (K)	111
11.5	Costs of other hospitals by type of costs and hospital size, North Rhine-Westphalia, 2003 (K)	114
11.6	DRG case-based flat rates: Revenue and benefits, North Rhine-Westphalia, 2006 (K)	117
	Rehabilitation and nursing care expenditure	
11.7	Expenditure on rehabilitation benefits provided under the statutory pension scheme (GRV), Germany, 2005 (B)	120
	Expenditure on nursing care	
11.8	Average payment for inpatient long and short-term nursing care in nursing homes, by kind of payment and nursing home ownership, North Rhine-Westphalia, 2003 (K)	123

