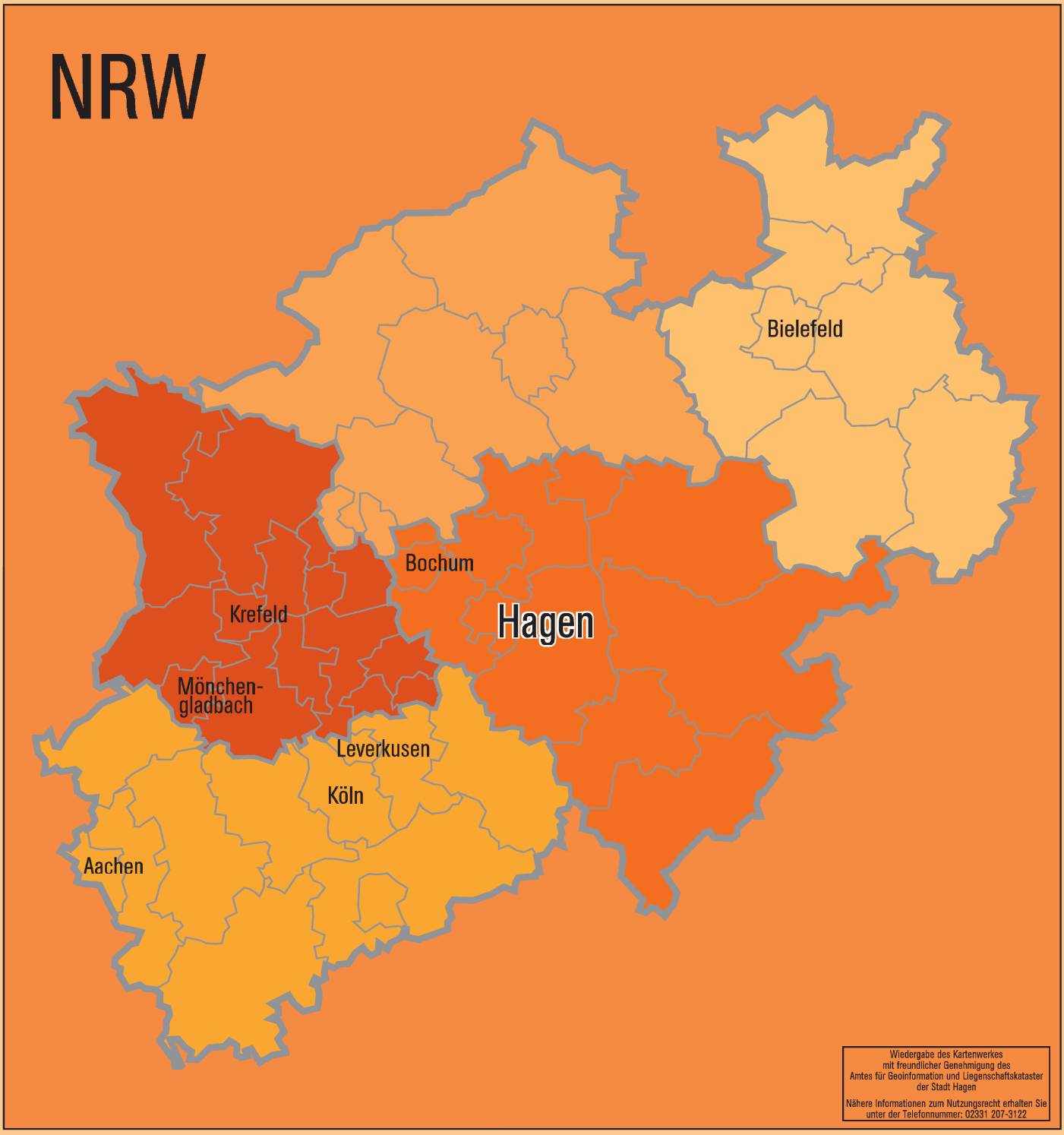
STADT HAGEN

Fortschreibung 2006 des indikatorengestützten Basisgesundheitsberichtes der Stadt Hagen 2005



Gesundheitsberichte der Stadt Hagen

Impressum

Herausgeber
Stadt Hagen
Gesundheitsamt
Berliner Platz 22
58089 Hagen
www.hagen.de

Konzept, Koordination und Redaktion
Dr. med. Bärbel M. Specht
Gesundheitsberichterstattung
Tel: 02331/207-3423
baerbel.specht@stadt-hagen.de

Gestaltung und Druck
Druckerei der Stadt Hagen

1. Auflage
80

Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung des Herausgebers.

Hagen, Mai 2007

Inhaltsverzeichnis

Indikator	Seite
Einleitung	**1**
Kurzfassung mit Übersichtstabelle	**2**
Demographische Entwicklung der Stadt Hagen - Lebendiges Hagen	**13**
Soziale Lage	**16**
Lebererkrankungen und ischämische Herzkrankheit	**19**
Frührentner und Schwerbehinderte	**24**
Todesfälle wegen Selbsttötung	**25**
Pflegebedürftigkeit	**25**
Kindergesundheit	**26**
Infektionskrankheiten	**28**
Opiatabhängige	**28**
Glossar und Abkürzungsverzeichnis	**29**
Anhang	**31**

Einleitung

Der Rat der Stadt Hagen, die Hagener Gesundheitskonferenz und das Gesundheitsamt haben sich 2006 für eine Fortschreibung des Basisgesundheitsberichts der Stadt Hagen 2005 ausgesprochen. Die erste Fortschreibung liegt nun vor.

Zunächst wurden 2006 die Ergebnisse des Basisgesundheitsberichts der Stadt Hagen folgenden Gremien vorgestellt: Hagener Gesundheitskonferenz, Seniorenbeirat, Hagener Krankenhaus-AG, Frauenbeirat, Behindertenbeirat, Pflegekonferenz, Jugendhilfeausschuss, Integrationsrat, Schulausschuss, Sozialausschuss und dem Rat der Stadt Hagen. Anschließend wurde die Öffentlichkeit über die Inhalte des Berichts informiert. In diesem Zusammenhang erhielten interessierte Personen und Einrichtungen ein Exemplar des Berichts, die dies, dem Presseartikel folgend, anforderten. Die von den einzelnen Themen tangierten Einrichtungen erhielten ebenfalls ein Exemplar im Zuge der Ergebnismitteilung pro Indikator.

In den Gremien wurde der Bericht zumeist interessiert aufgenommen, diskutiert und Ansätze für Ursachen und Lösungen wurden vorgeschlagen. Auch Anregungen und Wünsche wurden geäußert, z. B.: zügige Fortschreibung, um zeitnah handeln zu können; Verteilung auch an fachlich beteiligte Personen wie z. B. Ärzte; Folgerungen aus dem Bericht für einzelne Einrichtungen; Aktualität der Daten; Hinweis auf neuen Bundesgesundheitsbericht des Robert Koch-Instituts; Querverweise auf andere Berichte der Stadtverwaltung; bei der Kindergesundheit wären Stadtteildaten und Nationalitäten interessant.

Ein Teil dieser Anregungen konnte in der ersten Fortschreibung berücksichtigt werden. Die Aktualität der Daten ist abhängig von der Aufbereitungszeit des Landesinstituts für den Öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen (LÖGD) und somit kommunal wenig beeinflussbar. Der Vorteil der interkommunalen Vergleichbarkeit der Daten steht dem gegenüber.

Der Bundesgesundheitsbericht "Gesundheit in Deutschland" von 2006 zeigt, dass sich die Gesundheit der Deutschen in den letzten zehn Jahren insgesamt verbessert hat. Die Lebenserwartung ist weiter gestiegen, die Sterblichkeit zurückgegangen (beides trifft für Hagen nicht zu, siehe Indikator 3.07 und 3.10). Auch die Unterschiede zwischen den alten und neuen Bundesländern sind geringer als noch im Jahr 1990.
Dennoch profitieren nicht alle Bevölkerungsgruppen gleichermaßen von der günstigen Entwicklung der vergangenen Jahre. So stehen Menschen aus schwächeren sozialen Schichten in vieler Hinsicht gesundheitlich schlechter da als der Durchschnitt (dies trifft auch für Hagen zu, siehe Indikator 2.23 Sozialhilfeempfänger und 3.14 Lebererkrankungen).
Männer versterben beispielsweise deutlich häufiger als Frauen an Krankheiten, die durch abträgliche Arbeitsbedingungen oder einen riskanten Lebensstil mit verursacht werden.
Herz-Kreislauf-Erkrankungen zählen weiterhin zu den häufigsten Todesursachen, ihr Anteil an der Gesamtsterblichkeit ist jedoch zurückgegangen (so auch in Hagen, siehe Indikator 3.14 ischämische Herzkrankheit). Psychische Erkrankungen dagegen sind weit in der Allgemeinbevölkerung verbreitet, sie spielen,

vor allem bei Frauen, sowohl bei Arbeitsunfähigkeitsfällen als auch bei Frühberentungen (siehe Indikator 3.40) eine immer größere Rolle.
Die größte Herausforderung für das Gesundheitssystem liegt in der Alterung der Gesellschaft (dies ist auch für Hagen zutreffend, siehe demographische Entwicklung).
Nicht allein Krebserkrankungen, sondern auch Leiden wie Diabetes, Osteoporose, Schlaganfall und Demenz nehmen mit steigendem Lebensalter zu. Durch den demographischen Wandel relativieren sich daher auch die insgesamt positiven Gesundheitstrends der letzten Jahre.
So können die Deutschen zwar mit einem langen - und über lange Zeit in Gesundheit verbrachten - Leben rechnen. Gleichzeitig aber werden zukünftig immer mehr ältere Menschen mit chronischen Krankheiten eine gute Behandlung und Pflege benötigen siehe Indikator 2.07 Altersstruktur der Bevölkerung und 3.49 02 MDK-Pflegebegutachtungen nach Geschlecht).

In der Fortschreibung wird auf diese Ergebnisse, die gleichzeitig einen Großteil der auffälligen Indikatoren des Basisberichts 2005 darstellen, näher eingegangen und es wird der aktuelle Bearbeitungs- und Wissensstand (Ursachen und Maßnahmen etc.) aufgeführt.
Zu Beginn dieser Fortschreibung steht eine Kurzfassung. Es folgt eine Übersichtstabelle **(Tab. 1)** mit den Ergebnissen des Basisberichts (Stand: Dezember 2005) und der sich ableitenden Handlungsnotwendigkeiten (Kategorien: hoch, empfohlen, niedrig). Ergänzt werden diese Ergebnisse mit den neuesten Daten (www.loegd.nrw.de, Stand: Anfang April 2007). Auch die zwischenzeitlich neu dazugekommenen Indikatoren der kommunalen Gesundheitsindikatoren des Landes NRW finden Berücksichtigung. Ihre inhaltlichen Beschreibungen (Originale – bis auf die Querverweise auf andere Indikatoren - erstellt vom LÖGD) befinden sich im **Anhang** dieser Fortschreibung.

Kurzfassung mit Übersichtstabelle

Mit dieser ersten Fortschreibung des Basisgesundheitsberichts der Stadt Hagen 2005 wird die kontinuierliche Gesundheitsberichterstattung fortgeschrieben. Gegenstand sind die auffälligen Ergebnisse des Basisberichts (Stand: Dezember 2005). Die jeweils aktuellen Daten (kommunale Gesundheitsindikatoren des Landes NRW, www.loegd.nrw.de, Stand: April 2007) und der heutige Bearbeitungsstand der Indikatoren mit eingeleiteten und geplanten Maßnahmen sowie gefundenen Ursachen für auffällige Werte, finden Berücksichtigung. Die damaligen (Bericht 2005) und heutigen (Fortschreibung 2006) Indikatorergebnisse und eine Einschätzung der jeweiligen Handlungsnotwendigkeit können aus der Übersichtstabelle **(Tab. 1)** abgelesen werden.

Die Fortschreibung 2006 zeigt, dass sich die Gesundheit der Hagener Bevölkerung in den letzten Jahren insgesamt verschlechtert hat. Die Lebenserwartung der Männer und Frauen ist weiter zurückgegangen und die Sterblichkeit (nun auch bei den Frauen) ist gestiegen.

Die größte Herausforderung für Hagen und für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung liegt in der Alterung der Gesellschaft und einer abnehmenden Be-

völkerungsentwicklung bis 2025. Zukünftig werden immer mehr ältere Menschen mit chronischen Krankheiten eine gute Behandlung und Pflege benötigen.
Hagener, die sich erstmals in eine Pflegestufe einstufen lassen, nehmen weiter zu. Überdurchschnittlich viele befinden sich dabei in Stufe I und besonders wenige in der Stufe III. Die hohe Quote der Pflegestufe I bei der Erstbegutachtung wird am ehesten auf die älter werdende Bevölkerung zurückzuführen sein, da der Einstieg in die Pflegebedürftigkeit in der Regel mit Pflegestufe I beginnt.
Bei allen drei Pflegearten (privat, ambulant und stationär) befinden sich in Hagen (Bestand) sehr wenige in der Pflegestufe III. Hier scheint 2005 eine geänderte Tendenz zu beginnen: Die Hagener Zahlen verschieben sich innerhalb der Einordnung in Stufe I bis III und nähern sich dabei z. T. dem Landesdurchschnitt.

Von allen 54 Kommunen in NRW wird Hagen in die Gruppe der „heterogenen Städte“ eingeordnet, d. h. in Hagen leben nicht nur Bevölkerungsgruppen, die von der deutsch-landweit positiven gesundheitlichen Entwicklung persönlich profitieren, sondern auch überdurchschnittlich viele Menschen aus schwächeren sozialen Schichten, die gesundheitlich schlechter einzuschätzen sind als der Durchschnitt. Dieser Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Gesundheit gilt für die vermeidbaren Lebererkrankungen, die in Hagen weiter steigen und für die vermeidbaren Herzinfarkte (ischämische Herzkrankheit), die rückläufig sind.
Bei den Frühberentungen, die weiterhin in Hagen häufig vorkommen, spielen psychische Erkrankungen, gerade bei den Frauen, eine immer größere Rolle.

Die Anzahl der Schwerbehinderten, schwerbehinderten Arbeitslosen und substituierten Opiatabhängigen ist unverändert überdurchschnittlich hoch. Durch eine Umstrukturierung der Landesfördergelder könnte sich eine Veränderung der Drogenproblematik ergeben. Die Ursachen und die Zusammensetzung der Schwerbehinderten werden weiter verfolgt und in der nächsten Fortschreibung aufgegriffen.

Bei der Gesundheitsförderung im Gesundheitsamt sind neue Schwerpunkte gesetzt (Alkohol und andere lebergiftige Stoffe, Impfaktionen für Kinder und weiterhin Maßnahmen zur Reduzierung des Herzinfarktes wie bisher). In einer weiteren Gesprächsrunde mit Ärzten sollen anonymisiert Todes- und Erkrankungsfälle der Lebererkrankungen und Herzinfarkte analysiert werden, um zu neuen Erkenntnissen zu gelangen.
Bei der demographischen Entwicklung sind Maßnahmen schon erarbeitet worden und befinden sich am Beginn der Umsetzung. "Lebendiges Hagen" kann in allen Bereichen thematisiert werden: Politik, Bevölkerung und Stadtverwaltung.
Hagener ziehen aus Hagen weg wegen zuviel Lärm, fehlender sauberer Luft und zu wenig Grün.

Bei den neu dazugekommenen Indikatoren fallen zwei Ergebnisse auf: In Hagen gibt es 2005 weit überdurchschnittlich viele Heilpraktiker und 2002 bis 2005 sehr viele Einwohner pro Psychotherapeut.

Übersichtstabelle: "Ergebnisse Basisgesundheitsbericht 2005 und Fortschreibung 2006"

Die Ergebnisse des Basisgesundheitsberichts der Stadt Hagen 2005 sind unterteilt in Kategorie rot (sehr auffällig), gelb (mittlere Auffälligkeit) und grün (unauffällig und/oder grenzwertig). Eine hohe Handlungsnotwendigkeit besteht bei der Kategorie rot, eine mittlere/empfohlene bei gelb und eine niedrige bei grün.

LD = Vergleich Hagens mit dem Landesdurchschnitt
Cluster = Stellung Hagens innerhalb der sieben Vergleichsstädte
x = für Hagen insgesamt (Frauen und Männer)
- = keine Daten

Nr.	Indikatorname	2005 Kategorie rot	2005 Kategorie gelb	2005 Kategorie grün	2005 Hagen erfreulich gut	Bericht 2005, Erläuterungen	Verlauf seit 2005 (Stand 4/2007)
2.03 01	Demographische Basistabellen (mit ausländischer Bevölkerung)					Absolutzahlen; 2003 auf 2004 ist die Gesamtbevölkerung rückläufig	Absolutzahlen; im Vergleich zu 2004 stagniert 2005 die Gesamtbevölkerung und die ausländische Bevölkerung
2.05	Bevölkerung nach Geschlecht		**leichte aber stetige Abnahme**			Ausländeranteile liegen über dem LD	Ausländeranteile unverändert; Bevölkerungsentwicklung siehe 2.03 01
2.05 01	Fläche und Bevölkerungsdichte			**x**			-
2.07	Altersstruktur der Bevölkerung	**ältere Menschen, Hochbetagte (>/=80), Altenquotient**	**relativ wenige Personen im erwerbsfähigen Alter**	**Kinder und Jugendliche, Jugendquotient**			unverändert

2.08	Mädchen- und Frauenanteil in der Bevölkerung nach Alter				**x**		unverändert
2.10 01	Lebendgeborene und Fruchtbarkeitsziffer			**Fruchtbar-keitsziffer**		Lebendgeborene in Absolutzahlen	2004 Platz 2, 2005 Platz 3, LD jeweils unauffällig
2.11	Wanderungen der Bevölkerung	**sehr geringe Zu- und Fortzüge**					unverändert
2.12	Bevölkerungsprognose mit Jugendquotient und Altenquotient (Lebensbaum-Grafiken)	**höchster Bevöl-kerungs-rückgang in NRW**				2020 ähnlicher Jugend- und Altenquotient wie 2002 (siehe 2.07)	bis 2025 zeithöchster Bevölkerungsrückgang in NRW, der Altenquotienten ist 2025 unauffällig, sonst unverändert
2.16	Verfügbares Einkommen der privaten Haushalte			**x**			-
2.21	Arbeitslose nach Personengruppen und Geschlecht	**schwerbe-hinderte Arbeitslose**	**übrige arbeitslose Personen-gruppen**		**2004 wenige jugendliche Arbeitslose**		wenige Jugendliche 2004 (unter dem LD), **viele Jugendliche** 2005, 2006 noch mehr (je über dem LD); sonst unverändert
2.23	Sozialhilfeempfänger und Empfänger von Regel-leistungen nach dem Asylbewerberleistungsge setz nach Geschlecht	**Sozialhilfe-empfänger**		**Empfänger nach Asyl-bewerber-leistungs-gesetz**		seit 1.1.2005 neue gesetzliche Grundlagen, Personengruppen vor und nach 2005 sind nicht vergleichbar	-
2.23 01	Obdachlose Haushalte und Personen			**x**			unverändert wenige
2.24	Wohngeldempfänger (Haushalte)		**x**			(grenzwertig erhöht)	2004 unverändert, 2005 unauffällig
3.07	Sterbefälle und Sterberate nach Geschlecht	**Männer**		**Frauen**			Männer unverändert, **Frauen** 2004 und 2005 **erhöht** (LD, Cluster)

3.10	Lebenserwartung nach Geschlecht, 3-Jahres-Mittelwerte	**Männer**		**Frauen**		(Frauen noch unauffällig)	Männer unverändert niedrig, **Frauen erniedrigt** (Cluster)
3.14	Vermeidbare Sterbefälle nach ausgewählten Diagnosen, 5-Jahres-Mittelwerte	**Leberer-krankungen und ischä-mische Herz-krankheit**			**Brustkrebs**		2004 und 2005: Brustkrebs unauffällig, **Lebererkrankungen** nun sogar deutlich (!) erhöht und **ansteigend**, **ischämische Herzkrankheit** weiterhin erhöht, aber **rückläufig**
3.27	Krankenhausfälle nach Geschlecht		**x**			stationär behandelte Kranke	unverändert
3.27 01 **(neu)**	Behandlungsfälle in Vorsorge- oder Reha-bilitationseinrichtungen nach Geschlecht					-	2003 und 2004 unauffällig
3.36	Leistungen zur medi-zinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe nach Geschlecht (unter 65 Jahre)		**Männer**	**Frauen**			unverändert
3.40	Rentenzugänge und -bestand wegen ver-minderter Erwerbs-fähigkeit nach Geschlecht	**Frauen (Zugänge und Bestand), Männer (Bestand)**	**Männer (Zugänge)**				unverändert
3.45	Schwerbehinderte (Grad der Behinderung von 50 und mehr) nach Geschlecht	**x**					unverändert
3.45 02	Schwerbehinderte von 65 und mehr Jahren (Grad der Behinderung von 50 und mehr) nach Geschlecht		**x**				unverändert

3.45 01	Schwerbehinderte Kinder unter 15 Jahren (Grad der Behinderung von 50 und mehr) nach Geschlecht		**x**				unverändert
3.49 02	MDK-Pflegebe-gutachtungen nach Geschlecht		**Summe aller Erstbegut-achtungen, die eine Pflegestufe erhalten**			gesetzlich Versicherte, die jährlich neu hinzu kommen (Inzidenzrate)	unverändert
3.48 01	MDK-Pflegebe-gutachtungen nach Pflegestufen	**sehr viele in Stufe I, sehr wenige in Stufe III**				gesetzlich Versicherte, die bei der Erstbegutachtung eine Pflegestufe er-halten; Inzidenzrate (jährlich neu hinzu kommende Pflegebedürftige)	unverändert
3.49	Pflegebedürftige nach Geschlecht			**x**		gesetzlich und privat Versicherte; Bestand, Prävalenzrate	unverändert
3.49 01	Pflegebedürftige nach Art der Pflege			**x**		gesetzlich und privat Versicherte. Bestand, Prävalenzrate.	unverändert
3.51	Lebendgeborene nach Geburtsgewicht		**x**			Lebendgeborene, die das normale Geburts-gewicht (ab 2.500 g) nicht erreichen	unverändert
3.54	Säuglingssterblichkeit im ersten Lebensjahr je 1.000 Lebendgeborene, 3-Jahres-Mittelwerte			**x**			unverändert
3.54 01	Säuglingssterblichkeit im ersten Lebensjahr nach Geschlecht, 3-Jahres-Mittelwerte		**Jungen**	**Mädchen**			unverändert

3.57 02	Ausgewählte Befunde (Adipositas, Herab-setzung der Sehschärfe) bei Einschulungsunter-suchungen nach Geschlecht	**herab-gesetzte Sehschärfe**	**adipöse Jungen**				-
3.59 01	Neuerkrankungen an Masern der 0- bis 14-Jährigen nach Geschlecht		**x**			hochinfektiöse Erkrankung	unverändert, 2005 unauffällig
3.62	Neuerkrankungen an bakteriell gesicherter Lungentuberkulose, 3-Jahres-Mittelwerte			**Männer**	**Frauen**		unverändert
3.87 01	Einweisungen nach dem PsychKG und Betreuungsgesetz nach Geschlecht				**x**		unverändert
3.89	Gestorbene infolge vorsätzlicher Selbst-beschädigung (Suizid-sterbefälle) nach Geschlecht, 3-Jahres-Mittelwerte		**x**			gute Dokumentation, hohe Aufklärungs-quote, wenig unge-klärte Todesursachen	unverändert, weiter rückläufig
3.111 01	Krankenhausfälle infolge von Verbrennungen und Vergiftungen bei Kindern unter 15 Jahren nach Geschlecht			**x**		schwankende Fallzahlen	unverändert
3.118	Im Straßenverkehr verunglückte Personen nach Geschlecht			**x**			unverändert
6.02	Versorgungsgrad mit an der vertragsärztlichen Tätigkeit teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten nach Fachgebieten			**x**		Überversorgung (alle Haus- und Fachärzte liegen über 110 %)	unverändert

6.05	Versorgungsgrad mit an der vertragszahnärztlichen Tätigkeit teilnehmenden Zahnärztinnen und Zahnärzten			**x**			unverändert
6.10 01 **(neu)**	Ambulante Gesundheitseinrichtungen für Suchtkranke					-	Absolutzahlen
6.10 02 **(neu)**	Betten in stationären und teilstationären Gesundheitseinrichtungen					-	Absolutzahlen (nur Kliniken der Landschaftsverbände)
6.15	Wichtige Krankenhausangebote		**x**			aufgestellte Betten je 100.000 Einwohner; Krankenhausbedarfsplan reduzierte erhöhte Bettenanzahl (Innere)	unverändert; **Frauenheilkunde** von deutlich erhöht (2004) auf **unauffällig** (2005)
6.18	Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen nach Art der Pflegeeinrichtung bzw. verfügbaren Plätzen			**x**		Bettenaufstockung erfolgte	2005 nun unauffällig
6.21	Apotheken			**x**			unverändert
6.23 **(neu)**	Personen im Ambulant Betreuten Wohnen nach Geschlecht					-	unauffällig (18 Jahre und älter)
6.23 01 **(neu)**	Plätze im stationären Wohnen im Rahmen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen					-	insgesamt und Erwachsene unter dem LD, Cluster unauffällig; keine Plätze für Kinder und Jugendliche
6.23 02 **(neu)**	Personen in stationären Wohneinrichtungen für Menschen mit Behinderungen nach Geschlecht					-	Männer sind erhöht (LD, Cluster), Frauen und insgesamt unauffällig
7.06	Inanspruchnahme des Krankheitsfrüherkennungsprogramms für Kinder		**x**			gesundheitspolitisch relevant: Steigerung empfohlen	-

7.10 **(neu)**	Anteil der durch Karies-Prophylaxemaßnahmen erreichten Kinder nach Einrichtungstyp					-	Hagen 2004 bei allen Typen unter dem LD, 2005 verbessert: mit weiterführenden Schulen und Sonder-schulen sogar über dem LD (Ursache: personeller Ausfall 2004)
7.13	Impfquote bezüglich Poliomyelitis, Tetanus, Diphtherie, Hepatitis B, Haemophilus influenzae b, Pertussis bei Schulanfängern		**insbes. Haemoph. influenzae b, Pertussis, Polio**			gesundheitspolitisch relevant: Steigerung empfohlen	2005 haben sich die Impfquoten, bis auf die der Hepatitis B, verschlechtert (Cluster). Haemoph. infl. b, Pertussis, Polio unverändert niedrig
7.14	Impfquote bezüglich Masern, Mumps, Röteln bei Schulanfängern			**x**	**häufig voll-ständiger Impfschutz durch 2. Impfung**	gesundheitspolitisch relevant: weitere An-hebung der Durch-impfungsrate sinnvoll	unverändert
7.23 01	Methadon-Substitutions-behandlung	**Männer**		**Frauen**		ärztliche Therapie für Opiatabhängige	Substituierte pro 100.000 Einw. unverändert sehr deutlich erhöht
7.25	Einsätze von Kranken-transport-, Rettungs-wagen, Notarzteinsatz-fahrzeugen und Notarztwagen			**x**		Ursachen für häufige Notarzteinsätze sind geklärt (insbes. überörtliche Hilfeleistung)	-
7.34 01	MDK-Pflegebegut-achtungen nach Pflegeart		**sehr viele wählten ambulante Pflege**			gesetzlich Versicherte, die bei Erstbegutachtung ambulant oder stationär eingestuft wurden. Inzidenz	unverändert

7.34	Pflegegeldempfänger nach Pflegestufen und Geschlecht	**sehr wenige in Stufe III**				gesetzlich und privat Versicherte, die sich ausschließlich von Angehörigen oder Privatpersonen ambulant pflegen lassen; Bestand, Prävalenz	unverändert
7.35	Von ambulanten Pflegeeinrichtungen betreute Pflegebedürftige nach Pflegestufen und Geschlecht	**sehr wenige in Stufe III**				gesetzlich und privat Versicherte, die in ambulanten Pflege-einrichtungen betreut werden; Bestand, Prävalenz	Männer 2005 in Stufe III (sowie in I und II) nun unauffällig (LD, Cluster), Frauen unverändert
7.36	In stationären und teilstationären Pflege-einrichtungen betreute Pflegebedürftige nach Pflegestufen und Geschlecht	**sehr viele in Stufe II, sehr wenige in Stufe III**				gesetzlich und privat Versicherte, die in einer stationären/teil-stationären Pflegeeinrichtung versorgt werden; Bestand, Prävalenz	Frauen 2005 nun mehr in Stufe I und weniger in Stufe II (je LD, Cluster); Rest unverändert
8.8 **(neu)**	Ärztinnen/Ärzte und Zahnärztinnen/Zahnärzte in ambulanten Einrichtungen					-	2002 bis 2005 innerhalb der Vergleichstädte gute bis sehr gute Versorgung (Platz 1 oder 2)
8.13 **(neu)**	Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in ambulanten Einrichtungen					-	2002 bis 2005 **sehr viele Einwohner pro Psychotherapeuten** (LD, Cluster)
8.15 **(neu)**	Physiotherapeutinnen/ Physiotherapeuten, Mas-seurinnen/ Masseure, med. Bade-meisterinnen/Bademei-ster in ambulanten Einrichtungen					-	2004 unauffällig (LD) und innerhalb der Vergleichsstädte führend (Platz 1)

8.16 01 **(neu)**	Ambulant tätige Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker nach Geschlecht					-	2005 **sehr viele Heilpraktiker** (178 % über dem LD, im Cluster Platz 1)
8.19 **(neu)**	Personal im Pflegedienst in allgemeinen und sonstigen Kranken-häusern nach Berufen					-	2002 bis 2005 Absolutzahlen
8.27 **(neu)**	Personal kommunaler Dienststellen (Gesund-heitsverwaltung und sonstige Einrichtungen der Gesundheitspflege) nach Geschlecht					-	2005 Absolutzahlen

Tab. 1: Ergebnisse des Basisgesundheitsberichts der Stadt Hagen 2005 mit einer dreistufigen Handlungseinschätzung und Ergebnisse der Fortschreibung 2006 mit seit 2005 neu hinzugekommenen Indikatoren der kommunalen Gesundheitsindikatoren des Landes NRW (Stand: April 2007).

Demographische Entwicklung der Stadt Hagen - Lebendiges Hagen

(Indikatoren: 2.05 Bevölkerung, 2.07 Altersstruktur der Bevölkerung, 2.11 Wanderungen der Bevölkerung, 2.12 Bevölkerungsprognose mit Jugendquotient und Altenquotient)

(unter Mitarbeit des Fachbereichs Immobilien, Wohnen und Sonderprojekte, Frau Korn)

Im Basisgesundheitsbericht 2005 sind einige, die Bevölkerung beschreibende Indikatoren, auffällig gewesen **(Tab. 1)** und bedürfen einer positiveren Entwicklung: die Bevölkerungsentwicklung, die Altersstruktur und die Wanderungen der Bevölkerung, sowie die Bevölkerungsprognose mit Jugendquotient und Altenquotient.

Die Zahlen aus dem Jahr 2005 zeigen folgende Ergebnisse:
Von 2004 auf 2005 stagniert die Gesamtbevölkerung, ebenso die ausländische Bevölkerung. Der Ausländeranteil an der Gesamtbevölkerung liegt 2005 weiterhin über dem Landesdurchschnitt. Unverändert hohe Anteile der älteren Personen (65 Jahre und älter) an der Gesamtbevölkerung einschließlich Altenquotient (Anzahl der älteren Personen je 100 18- bis 64-Jährigen) charakterisieren Hagen im Vergleich zum Landesdurchschnitt und den Clusterstädten. Weiterhin sind die Ströme der Menschen nach Hagen und aus Hagen weg sehr gering (Landesdurchschnitt, Vergleichsstädte), die Fortzüge überwiegen weiterhin die Zuzüge.
Die Bevölkerungsprognose des Jahres 2005 für das Jahr 2025 fällt ähnlich aus wie für 2020. Statt den stärksten Bevölkerungsrückgang von allen Kommunen in NRW wird Hagen den zweitstärksten Rückgang verzeichnen. Mit dem Altenquotient, der sich etwas erhöht, führt Hagen die Vergleichsstädte an, liegt jedoch nicht mehr über dem Landesdurchschnitt.

Das Ressort Statistik und Stadtforschung hat in den "Hagener Monatszahlen" (Ausgaben Juni 2004 und November 2004) aufgezeigt, dass beim Einwohnerverlust der Einfluss der Zu- und Fortzüge größer ist, als der von Geburten und Sterbefällen. Zwischen 1999 und 2003 geht nur etwa einem Drittel zu Lasten des Sterbeüberschusses, die übrigen zwei Drittel sind durch Fortzüge bedingt. Die Hälfte zieht ins Ausland, ca. 40 % ins Hagener Umland und nur 12 % ins übrige Bundesgebiet.
Die Personen, die aus Hagen wegziehen, wurden befragt. Ausschlaggebend und wichtig für das Fortziehen waren nach persönlichen Gründen das fehlende Grün im Stadtgebiet, der vorhandene Lärm und die fehlende saubere Luft. Die Aspekte Grün, Luft und Lärm sind im Unterschied zu anderen Gründen von Stadtseite her beeinflussbar.

Maßnahmen, die sich aus diesen demographischen Gegebenheiten ableiten lassen, sind unabhängig von der Gesundheitsberichterstattung bereits 2005 auf Ebene der Stadtverwaltung (Oberbürgermeister Peter Demnitz, Amt für Statistik, Amtsleitertagung) angestoßen worden. Parallel erkannte die Politik in Hagen die Problematik und reagierte. Im Dezember 2005 bündelten sich beide Wege im Arbeitskreis "Verwaltung und Politik". Die Notwendigkeit und Ergebnisse dieses Prozesses werden im Folgenden dargestellt:

Das Thema Demographie ist in Hagen seit dem Jahr 2004 verstärkt in die öffentliche Diskussion gelangt, da offensichtlich geworden ist, dass die negative Bevölkerungsentwicklung in nahezu allen Lebensbereichen gravierende Auswirkungen haben wird.

Die aktuelle Einwohnervorausberechnung des Landesamtes für Datenverarbeitung und Statistik NRW (siehe Indikator 2.12) sagt für Hagen bis 2025 einen Einwohnerschwund voraus. Von den 54 Kreisen und kreisfreien Städten im Land Nordrhein-Westfalen ist nur in 18 Fällen eine positive Tendenz festzustellen. Hagen gehört mit einer prognostizierten Veränderung von -15,2 % (Basisgesundheitsbericht 2005: für 2020 waren es -16,3 %) zu denjenigen, für die ein besonders negativer Trend vorhergesagt wird. In konkreten Zahlen wird für Hagen von einem Einwohnerverlust von 30.200 ausgegangen. Dies entspricht einem jährlichen Verlust von ca. 1.500 Menschen. Der prognostizierte Rückgang resultiert einerseits aus einem Sterbeüberschuss von 11.900 Personen (-6,0 %), d.h. es sterben mehr Hagener als geboren werden, und andererseits durch einen Fortzugsüberschuss von 18.300 Personen (-9,2 %), d.h. es ziehen mehr Personen aus Hagen fort als zuziehen (Quelle: Vorlage 711/2006 vom Ressort Statistik und Stadtforschung im Amt des Oberbürgermeisters an den Stadtentwicklungsausschuss).

Ein spürbarer Rückgang der Einwohnerzahl bleibt nicht ohne nachhaltige Folgen, die sich anhand von Beispielen aus der LDS-Prognose 2002 - 2020 deutlich machen lassen.
Wenn die Zahl der Kinder im Kindergartenalter sinkt, geht damit die Schließung von Gruppen einher. Dieser Trend setzt sich im Grundschulbereich fort, wo dann fast jeder dritte Schüler ausbleibt. Auch die 10- bis 15-jährigen werden weniger, was Auswirkungen auf den Verbleib von Klassen und Schulgebäuden haben wird. Bei den älteren Jugendlichen wird die Abwärtsentwicklung im Bereich der schulischen und beruflichen Entwicklung deutlich, indem vorausgeschätzt jede fünfte Lehrstelle und jede fünfte Klasse wegfällt. Der überwiegende Teil der Kinder und Jugendlichen ist regelmäßiger Nutzer des ÖPNV. Wenn der Kreis der Nutzer zurückgeht, ist eine Angebotsreduzierung die zwangsläufige Folge. Wenn ein entscheidender Anteil junger Menschen wegfällt, sind Konsequenzen im Freizeitbereich zu erwarten. Sportvereine, Bäder und die Stadtbücherei werden weniger stark frequentiert, was in verschiedenen Bereichen zu einer Herabsetzung der Freizeitangebote führt. Mit einem prognostizierten starken Rückgang in der Altersgruppe der 30- bis 49-jährigen fällt ein Teil derjenigen weg, die bereit und in der Lage sind, Einfamilienhäuser zu bauen und Unternehmen zu gründen.

Auf die Stadt Hagen wirkt sich ein Einnahmerückgang durch zurückgehende Schlüsselzuweisungen aus. Ein angenommener Verlust von 30.000 Einwohnern führt nach derzeitigem Stand zu einem Einnahmeverlust von 24 Millionen Euro pro Jahr. Auch bei einer geringeren Zahl von Einwohnern kann die kommunale Infrastruktur (z. B. die Entwässerung und die Müllabfuhr) nicht heruntergefahren werden, so dass sich die Kosten für die verbleibenden Nutzer erhöhen. Die Struktur der Stadtteile wird sich verändern, da die private Infrastruktur sich aufgrund der zurückgehenden Nachfrage aus den Quartieren fortentwickelt (Quelle: Vorlage 212/2005 vom Fachbereich Stadtentwicklung, Planen und Wohnen an den Rat, die Bezirksvertretungen, die Fachausschüsse und Beiräte).

In der ersten Jahreshälfte 2005 wurden in der Verwaltung erste Ansätze zum weiteren Vorgehen zur Gestaltung des demographischen Wandels entwickelt. Es wurde eine öffentliche Beschlussvorlage zur Zukunftsfähigkeit der Stadt Hagen in den politischen Beratungsgang gebracht, die in nahezu allen relevanten Gremien erörtert worden ist. Etwa zeitgleich wurden von den im Rat der Stadt Hagen

vertretenen Fraktionen Strategien gegen Abwanderung und zur Begleitung des demographischen Wandels erarbeitet. Die verschiedenen Ansätze zur Demographiethematik sind in einer umfangreichen Synopse erfasst worden. Am 30.06.2005 ist vom Rat der Stadt Hagen ein von allen Ratsfraktionen gemeinsam vorbereiteter Beschluss gefasst worden, der die Zielsetzung des Rates zur Zukunftsfähigkeit der Stadt Hagen darlegte und Aussagen zum weiteren Vorgehen beinhaltete.

Im Dezember 2005 wurde laut politischem Beschluss ein Arbeitskreis aus Vertretern von Politik und Verwaltung eingesetzt, der sich mit der Erarbeitung der Zielsetzungen und der Handlungsfelder zur Zukunftsfähigkeit der Stadt Hagen beschäftigte. Das gemeinsame Bemühen zielte darauf ab, die Einwohnerzahl möglichst stabil zu halten und Hagen jenes Image zu verleihen, das die Stärken und Vorzüge angemessen berücksichtigt.
2006 wurden neun verschiedene Handlungsfelder, für die jeweils Ziele und Maßnahmen definiert worden sind, zugrunde gelegt, und zwar

- Wirtschaft und Arbeit
- Kinder, Familien und Senioren
- Integration / Migration
- Wohnen, Wohnumfeld und Mobilität
- Image, Stadtidentität und Touristik
- Stadt und Region
- Kultur
- Umwelt
- Sport.

In vier verschiedenen politischen Workshops, die im ersten Quartal 2007 durchgeführt worden sind und den Hagener Vertreterinnen und Vertretern aller politischen Gremien die Möglichkeit zur Teilhabe gegeben haben, ist eine Prioritätenbildung erfolgt. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer haben entschieden, welche der definierten Ziele und Maßnahmen vorrangig verfolgt werden sollen. Der Rat der Stadt Hagen wird sich kontinuierlich mit dem Fortgang dieses Prozesses beschäftigen.
Der Gestaltungsprozess des demographischen Wandels wird nicht ohne eine umfassende Bürgerbeteiligung geschehen. Auch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Verwaltung sollen durch ein gezieltes Beteiligungskonzept in das Verfahren eingebunden werden. Eine Konkretisierung kann im Laufe des Jahres 2007 erwartet werden.

Auf Initiative des Marketing-Clubs Südwestfalen ist im Jahr 2005 das Zukunftsforum, dem sowohl Vertreter aus Politik und Verwaltung als auch regional ansässige Unternehmer und Persönlichkeiten weiterer Institutionen angehören, gegründet worden. Ziel ist die Bewerbung der unverwechselbaren und einzigartigen Merkmale Hagens, um letztendlich zu der Markenbildung „Lebendiges Hagen“ zu kommen.

Als Zielfelder aus Sicht des Zukunftsforums sind die Handlungsbereiche

- Wirtschaft und Innovation
- Mensch und Motivation
- Kultur und Impuls
- Natur und Wellness

entwickelt worden. Da die Zielfelder des Zukunftsforums in enger Verbindung zu den vom Rat der Stadt Hagen beschlossenen Handlungsfeldern stehen, bietet sich ein gemeinsames Vorgehen an, es ist von beiden Seiten ausdrücklich gewollt.

Positive Signale zur Gestaltung des demographischen Wandels sind z. B. in der Gründung des Lokalen Bündnisses für Familien in Hagen (Auftaktveranstaltung zur Bündnisgründung: 11. Januar 2006), in der Kooperation mit den Wohnungsunternehmen für den Masterplan Wohnen (öffentliche Präsentation des Gutachtens: 24. August 2006) sowie in der Arbeit des Agendabeirates und seiner Fachforen zu sehen. (Quelle: Vorlage 954/2005 zur Erhebung von Indikatoren für eine nachhaltige Stadtentwicklung vom Umweltamt an den Rat, die betroffenen Fachausschüsse und den Landschaftsbeirat).

Die Gestaltung des demographischen Wandels ist eine der anspruchsvollsten Herausforderungen, die die Stadt Hagen in den kommenden Jahren zu bewältigen hat. Sie wird allen Beteiligten ein hohes Maß an Kräften abverlangen. Aber mit dem lohnenden Ziel, eine lebens- und liebeswerte Stadt zu schaffen und zu erhalten, ist keine Anstrengung vergebens.

Der Umsetzungsgrad der entsprechenden Maßnahmen der jeweiligen Fachforen, Gremien und Arbeitskreise sind unterschiedlich. Der Verlauf der Indikatoren sollte weiter beobachtet, die Maßnahmen zur Stabilisierung und Verbesserung der sozio-demographischen Verhältnisse in Hagen weiter unterstützt und der Prozess der demographischen Beeinflussung bis hin zu der Markenbildung "Lebendiges Hagen" vorangetrieben werden. Letztlich hat das subjektive Wohlbefinden eines Menschen Einfluss auf seine Gesundheit.

Soziale Lage

(Indikatoren: 2.21 Arbeitslose nach Personengruppen, 2.23 Sozialhilfeempfänger, 2.24 Wohngeldempfänger (Haushalte))

Arbeitslose nach Personengruppen

Von 2004 auf 2005 und 2006 hat sich die Quote der **arbeitslosen Jugendlichen** unter 19 Jahren deutlich von 3,0 % auf 8,5 % bzw. 10,5 % erhöht. Hagen liegt damit nicht mehr unter dem Landesdurchschnitt, sondern mit 30,8 % bzw. 32,9 % darüber.

Der **Anteil der Schwerbehinderten** unter den Arbeitslosen war In den Jahren 2002, 2003 und 2004 extrem erhöht **(Tab. 1)**. Bis heute blieb in Hagen trotz einzelner Kampagnen die Integration schwerbehinderter Menschen in die Arbeitswelt schwierig.

Auch 2005 und 2006 steht Hagen mit dem Anteil der Schwerbehinderten im Cluster (Vergleichsstädte) erneut an erster, 2006 an zweiter Stelle, liegt mit 79,2 % bzw. 72,9 % sehr deutlich über dem Landesdurchschnitt und befindet sich unter den 54 Kommunen in NRW an zweiter bzw. dritter Stelle.

Es ist begonnen worden, mit dem Fachbereich Jugend und Soziales, der ARGE Hagen und der Agentur für Arbeit zusammen nach Ursachen und Lösungen zu suchen. Auch die geänderte Gesetzgebung hat seit dem 1.1.2005 Einfluss auf die Höhe der Quoten genommen. Seit diesem Zeitpunkt werden Leistungen zur Finanzierung des Lebensunterhaltes an Hand des Kriteriums der Erwerbsfähigkeit unterschieden: Arbeitslosengeld I nach SGB III und die Grundsicherung für Arbeitssuchende nach dem Sozialgesetzbuch II (SGB II), sogenannte Hartz-IV-Empfänger (siehe auch Indikatorbeschreibung 2.21 im **Anhang**).

Sozialhilfeempfänger

(unter Mitarbeit des Fachbereichs Jugend und Soziales, Herr Fiedler und dem Ressort Statistik und Stadtforschung, Herr Schubert)

Im Basisgesundheitsbericht 2005 wurde festgestellt, dass die Rate der Sozialhilfeempfänger (Indikator 2.23) in Hagen 2002 bis 2004 deutlich bzw. sehr deutlich über dem Landesdurchschnitt liegt **(Tab. 1)**. Auch innerhalb der Vergleichsstädte und 54 NRW-Kommunen ist Hagen durchgehend auffällig.

2006 wurde neben den zuständigen Gremien der Stadt insbesondere der Fachbereich Jugend und Soziales über die Ergebnisse des Basisgesundheitsberichts 2005 informiert.

Ein Grund für die Höhe der Sozialhilfeempfänger der Jahre 2002 bis 2004 ist kommunal nicht erkennbar. Es handelt sich möglicherweise um ein gewachsenes Problem. Eine Schwankungsbreite in der Auslegung der gesetzlichen Vorgaben kann ausgeschlossen werden.
In den "Hagener Monatszahlen", herausgegeben vom Ressort Statistik und Stadtforschung, werden im April 2002 und September 2004 die Wohnquartiere der Personen beschrieben, die auf Hilfe zum Lebensunterhalt angewiesen waren. Die meisten lebten Anfang 2002 in der Mittelstadt und Wehringhausen (Bezirk Mitte I), dann folgte der Bezirk Mitte II (Altenhagen, Hochschulviertel und Emst) und Haspe gleichauf. Etwas weniger wies der Bezirk Nord auf. Die wenigsten Sozialhilfeempfänger wohnten in Eilpe/Dahl und Hohenlimburg. Bezogen auf die in den einzelnen Bezirken wohnende Bevölkerung ist die Sozialhilfedichte in Mitte I und Haspe am höchsten, es folgen Eilpe/Dahl, Mitte II und Nord. Die wenigsten Sozialhilfeempfänger pro 1.000 Einwohner lebten in Hohenlimburg.
Im Dezember 2003 werden einzelne Quartiere genannt, in denen eine Sozialhilfequote von über 15 % herrscht: in der Mittelstadt der Bereich Hauptbahnhof, in Altenhagen die Quartiere Fehrbelliner Straße, Behringstraße und der Friedhofsbereich, in Wehringhausen die Gebiete Bodelschwinghplatz und Dieckstraße, in Boele der Bereich um den TÜV, in Eilpe die Flurstraße und in Haspe-Ost der Hüttenplatz.

Das Ressort Statistik und Stadtforschung hat diesen Zeitraum untersucht und festgestellt, dass weit über ein Drittel (ca. 40 %) der Sozialhilfeempfänger Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre sind. Deutsche sind von der Sozialhilfe doppelt so stark betroffen wie Nichtdeutsche. Hauptgrund für die soziale Lage dieser Personengruppen ist die Arbeitslosigkeit. Es ist kein Problem des Alters.

Im März 2007 stehen im kommunalen Indikatorensatz des Landes NRW für den Indikator Sozialhilfeempfänger keine neuen Daten nicht zur Verfügung. Am 1. Januar 2005 hat sich die gesetzliche Grundlage geändert. Unterschieden wird die Grundsicherung für Arbeitssuchende nach dem Sozialgesetzbuch II (SGB II), sogenannte Hartz-IV-Empfänger (Arbeitslosengeld II), und die Sozialhilfeleistungen für (vorübergehend oder dauerhaft) nicht Erwerbsfähige bzw. Bedürftige ab 65 Jahre nach dem SGB XII (Arbeitslosengeld I).
Sozialhilfeempfänger vor 2005 sind mit den Leistungsbeziehern nach dem 1.1.2005 nicht mehr vergleichbar.

Die Beurteilung dieses Indikators ist mit dem Jahr 2004 auf Grund der geänderten Gesetzeslage ab 1.1.2005 abgeschlossen. Die betroffenen Bevölkerungsgruppen konnten ermittelt werden, Hauptgrund der sozialen Verhältnisse dieser Personengruppe ist die Arbeitslosigkeit. Die Wohnquartiere der Sozialhilfeempfänger sind identifiziert. Maßnahmen für diese Personengruppen können auf diese Weise zielgerichtet angeboten werden.

Wohngeldempfänger (Haushalte)

(unter Mitarbeit des Fachbereichs Jugend und Soziales, Herr Fiedler)

Im Basisbericht 2005 steht, dass im Zeitraum 1999 bis 2003 ab dem Jahr 2001 die Hagener Raten der wohngeldempfangenden Haushalte (Indikator 2.24) über dem Landesdurchschnitt liegen. Mit einer Abweichung von 67,5 % vom Landesdurchschnitt fällt die Rate 2002 besonders hoch aus. Sie ist die höchste im Cluster und in NRW. Hagen gehört zwischen 1999 und 2003 in das Drittel der NRW-Kommunen mit den meisten wohngeldempfangenden Haushalten. Eine Bereinigung der Wohngeldkartei fand landesweit 2001 statt. Hierdurch ergab sich eine Reduzierung im Jahr 2001 im Vergleich zum Vorjahr - nicht jedoch in Hagen.

2006 wurde neben den zuständigen Gremien der Stadt insbesondere der Fachbereich Jugend und Soziales über die Ergebnisse des Basisgesundheitsberichts 2005 informiert.

Der Begriff "Bereinigung der Wohngelddatei" oder ein vergleichbarer Prozess ist in Hagen nicht bekannt. Zum 1.1.2001 trat die Novelle zum Wohngeldgesetz in Kraft, die für Hagen 2001 eine Erhöhung der Wohngeldbewilligungen zur Folge hatte. In Hagen werden Wohngeldbewilligungen gezählt und monatlich an das Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW (LDS) gemeldet. Nach Haushalten wird in Hagen nicht gezählt. Die Berechnung des Indikators erfolgt durch das LDS.
Die Ausreißerzahl des Jahres 2002 **(Tab. 2)** ist seitens der Stadtverwaltung nicht nachvollziehbar, es kann nicht mehr Haushalte als Einzelpersonen geben.

Jahr	Anzahl der berechtigten Haushalte (LÖGD-Daten)	Anzahl der personenbezogenen Wohngeldbewilligungen (Stadtverwaltung Hagen)
2000	8.565	8.834
2001	8.440	11.545
2002	13.375	11.158
2003	10.532	11.806
2004	11.022	12.724
2005	1.709	5.479
2006	-	3.013

Tab. 2: Gegenüberstellung der wohngeldempfangenden Haushalte (Landesdaten) und der wohngeldempfangenden Personen (Stadtdaten)

2004 gestalten sich die Zahlen für Hagen unverändert gegenüber 2003. Die Reformierung des Sozialhilferechts zog eine Änderung des Wohngeldgesetztes nach sich (siehe Indikatorbeschreibung im **Anhang**). In der Folge sind deutlich weniger Personen berechtigt Wohngeld zu beziehen, als vor dem 1.1.2005. Die meisten übrigen Personen erhalten weiter Unterstützung im Rahmen anderer staatlicher Transferleistungen. Daher sinkt 2005 die Anzahl der wohngeldempfangenden Haushalte landesweit sehr deutlich, so auch in Hagen. Gemessen am Landesdurchschnitt und den Vergleichsstädten sind die Ergebnisse unauffällig **(Tab. 1)**.

Abschließend ist der Indikator als grenzwertig einzuschätzen, der sich 2005 völlig unauffällig zeigt. Handlungsbedarf besteht keiner.

Lebererkrankungen und ischämische Herzkrankheit

(Indikatoren: 3.07 Sterberate, 3.10 Lebenserwartung, 3.14 Vermeidbare Sterbefälle nach ausgewählten Diagnosen)

(unter Mitarbeit der Gesundheitsförderung (Gesundheitsamt), Herr Matzke)

Datenlage und thematische Eingrenzung

Beim Indikator 3.07 Sterbefälle und **Sterberate** zeichnet sich auch bei den Frauen Handlungsbedarf ab. Auch 2004 und 2005 ist die Sterberate der Männer in Hagen unverändert erhöht (Landesdurchschnitt, Vergleichsstädte). Die der Frauen ist im Vergleich mit dem Landesdurchschnitt und den Vergleichsstädten nun ebenfalls erhöht **(Tab. 1)**.

Die **Lebenserwartung** (Indikator 3.10) der Männer fällt beim 3-Jahres-Mittelwert 2003/2005 unverändert niedrig aus **(Tab. 1)**. Durchschnittlich stirbt ein Mann in Hagen nun 1,07 Jahre früher als die übrigen Männer in NRW. Die Frauen holen die Männer mehr und mehr ein. Sie leben nun nicht mehr länger, sondern sterben 0,27 Jahre früher als der Landesdurchschnitt der Frauen. Sie sind vom oberen Drittel des Clusters auf den vorletzten Platz gerutscht.

Bei den „**Vermeidbaren Sterbefällen** nach ausgewählten Diagnosen“ (3.14) haben sich ebenfalls Änderungen ergeben **(Tab. 1)**. Die angegebenen Todesfälle gelten in der jeweils angegebenen Altersgruppe als vermeidbar (adäquate Lebensweise, Früherkennung oder Qualität der medizinischen Versorgung). Die vorzeitige Sterblichkeit der 25- bis 64-jährigen Frauen an **Brustkrebs** ist mit den 5-Jahres-Mittelwerten aus 2004 (2000 – 2004) und 2005 (2001 – 2005) nicht mehr erfreulich niedrig sondern unauffällig geworden (Landesdurchschnitt). 2005 ist sie im Cluster auffällig (Platz 1). Im gleichen Zeitraum sind die als vermeidbar geltenden Todesfälle der 15 – 74-Jährigen an **Lebererkrankungen** gestiegen. Verglichen mit dem Landeswert ist die Hagener Rate 2004 unverändert erhöht und 2005 mit 48 % deutlich und signifikant erhöht. Es ist keine Stagnation erkennbar, sondern eine Steigerung. Die Mortalitätsrate der **ischämischen Herzkrankheit** der 35- bis 64-Jährigen ist weiterhin erhöht, aber rückläufig.

Ischämische Herzkrankheit

Medizinischer Hintergrund

Im Bericht 2005 sind zwischen 1998 und 2004 die Sterbefälle infolge von ischämischen Herzkrankheiten auffällig, die als vermeidbar in der Altersgruppe der 35- bis 64-Jährigen gelten. Das heißt entweder vermeidbar durch ausreichende Diagnostik und Therapie (medizinische Versorgung) oder durch präventive Maßnahmen und Früherkennung. Die Daten basieren auf der Todesursachenstatistik und der Fortschreibung des Bevölkerungsstandes. Zu berücksichtigen ist, dass auf den Todesbescheinigungen die (Verdachts-)diagnose Herzinfarkt häufig eingetragen wird, weil sie häufig vorkommt und nicht sicher festgestellt werden kann.

Gemeint sind die ischämischen Herzerkrankungen der Ziffern I20 bis I25 nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10). Hierzu gehören alle Formen der Angina pectoris (Herz- oder Brustenge), alle Arten eines akuten Herzinfarktes (bis 28 Tage), rezidivierende (wiederkehrende) Herzinfarkte, akute Komplikationen nach einem akuten Herzinfarkt, sonstige akute ischämische (mit Blutleere einhergehende) Herzkrankheiten (Koronarthrombose, Koronarinsuffizienz u. a.), die chronischen ischämischen Herzkrankheiten (arteriosklerotische (Arterienverkalkung) Herzkrankheit, Herzaneurysmen (Ausbuchtungen) u. a.) und abgeheilte, alte Herzinfarkte.

Gemeinsam ist diesen ischämischen Erkrankungen ein durch Einengung oder Verschluss von Herzkranzgefäßen hervorgerufener Sauerstoffmangel in der Herzmuskulatur. Er äußert sich mit einem kurzen Engegefühl in der Brust (Angina pectoris) und einem Schmerz zumeist in der Herzgegend, der in Arme, Hals, Unterkiefer, Schulter und Bauch ausstrahlen kann.
Dem Herzinfarkt geht ein Verschluss eines oder mehrerer Herzkranzgefäße voraus, führt zu einem Absterben von Herzmuskelgewebe und äußert sich als Brustschmerzen (Engegefühl, Angina pectoris), die ausstrahlen können (s. o.) und in Ruhe oder unter bestimmten Medikamenten nicht nachlassen. Der Patient kann Schwäche, Atemnot und Todesangst verspüren. Insbesondere bei Diabetiker kann der Schmerz fehlen.

Häufigste Ursache ist eine Arteriosklerose (Verkalkung, Einengung) der Herzkranzgefäße. Zu den Risikofaktoren erster Ordnung zählen insbesondere Bluthochdruck, erhöhte Blutfettwerte, Rauchen und Diabetes mellitus. Zu den Risikofaktoren zweiter Ordnung gehören deutliches Übergewicht, emotionale Belastung, Bewegungsmangel, Hyperurikämie (Gicht), genetische Prädisposition (familiäre Veranlagung) und hormonelle Empfängnisverhütung (nur bei Raucherinnen und Frauen über 35 Jahren).

Nach dem Krankenhausaufenthalt empfiehlt sich eine Anschlussheilbehandlung (Rehabilitationsmaßnahme) und eine Teilnahme an einer Koronarsportgruppe, um die Lebensqualität zu verbessern. Dem Patienten wird durch eine umfassende Aufklärung, Lebens- und Berufsberatung sowie psychosoziale Betreuung geholfen, den massiven Einschnitt in seine Lebensplanung zu überwinden. Frühzeitige Todesfälle können so vermieden werden.

Es handelt sich bei den ischämischen Herzkrankheiten um eine langjährige Erkrankung, die mit Hilfe des Hausarztes behandelt werden muss, nicht zuletzt, um auch im Vorfeld eines Herzinfarktes die Risikofaktoren so weit wie möglich zu reduzieren. Dies vermindert Todesfälle in jungen Jahren, z. B. beim Bluthochdruck und Herzinfarkt.

Maßnahmen in Hagen
Seit Anfang März 2005 hat sich die Versorgung der Patienten in Hagen, was die koronare Herzerkrankung betrifft, entscheidend verbessert. Es gibt die Herzkatheterrufbereitschaft mit der Möglichkeit 24 Stunden am Tag, 365 Tage im Jahr durch eine der beiden Hauptabteilungen Kardiologie in der Stadt Hagen eine sofortige Herzkatheterdiagnostik und Wiedereröffnung des Infarktgefäßes durchzuführen. Dies ist derzeit die beste Behandlung. Das Stadtgebiet Hagen eignet sich für diese Art der Versorgung ideal, denn die Wege innerhalb des Stadtgebietes bis zum diensthabenden Krankenhaus sind kurz.

In Hagen besteht seit ca. 4 Jahren die Herz-Kreislauf-Liga Hagen e.V.
An den Hagener Herztagen 2006 beteiligte sich das Gesundheitsamt Hagen. Dabei wurde deutlich, dass vielen Patienten mit koronaren Herzkrankheiten nicht bewusst ist, das sie chronisch krank sind. Durch öffentlichkeitswirksame Aktionen (Herz-Seminar, Vortrag, Gesundheitstag, Selbsthilfetag u.ä.) soll daher auf Prävention, Diagnostik und Therapie verwiesen werden. Ein weiteres Betätigungsfeld bleibt die Schulung zur Herz-Lungen-Wiederbelebung /Frühdefibrillation.

Zusammen mit der Deutschen Herzstiftung und dem Kardiologen Herrn Dr. Liebermann wurde 2006 die Selbsthilfegruppe "Herz" in Hagen gegründet.

Zum Bluthochdruck erfolgte im Herbst 2006 eine Aktion mit einem Kardiologen aus dem Allgemeinen Krankenhaus Hagen im Rathaus I. Ziel der Veranstaltung war es, Besucher/innen des Bürgeramtes sowie Mitarbeitende der Stadt Hagen über ihren Blutdruck und die sich daraus ergebenden Folgen zu informieren.

2006 wird von Fachleuten in Hagen die Qualität und Quantität der medizinischen Versorgung als gut und umfassend eingeschätzt. Am ehesten mangelt es an der Inanspruchnahme, der Früherkennung und der Prävention. Aus fachärztlicher Sicht (lokale Kardiologie) wird darauf hingewiesen, dass Hagen eine Sozialstruktur

aufweist, die dazu führt, dass eine überdurchschnittliche Anzahl an Einwohnern unter einer koronaren Herzerkrankung leidet. Durch das Verhalten: Rauchen, Bewegungsmangel, Übergewicht resultieren Diabetes mellitus, erhöhte Blutfettwerte und Bluthochdruck und führen zu ischämischen Herzerkrankungen.

Auf die ischämische Herzkrankheit soll auf der Handlungsebene nicht weiter eingegangen werden, auch wenn die Höhe und Häufigkeit der vermeidbaren Todesfälle Maßnahmen jeder Zeit rechtfertigt. Sie ist jedoch rückläufig unter den zur Zeit bestehenden gesundheitlichen Angeboten auf präventiver und therapeutischer Ebene. Daher sollten diese im Umfang und Art beibehalten werden.

Lebererkrankungen

Besonders auffällig für Hagen sind zwischen 1998 und 2004 die Sterbefälle durch Krankheiten der Leber, die als vermeidbar in der Altersgruppe der 15 - 74 Jährigen gelten. Das heißt entweder vermeidbar durch ausreichende Diagnostik und Therapie (medizinische Versorgung) oder durch präventive Maßnahmen und Früherkennung.

Ziel

Die erhöhte Sterberate, die verminderte Lebenserwartung und die vermeidbaren tödlichen Lebererkrankungen der 15- bis 74-Jährigen steht bei den Ergebnissen im Vordergrund. Diese Indikatoren werden durch die soziale Lage beeinflusst (Stohmeier et al. 2007). Das Wissen über die sozialräumlichen Unterschiede (siehe Kapitel 1) bei der gesundheitlichen Lage ist besonders bei Präventionsmaßnahmen von Bedeutung, um angemessen reagieren zu können.
2006 wird von ärztlichen Fachleuten in Hagen die Qualität und Quantität der medizinischen Versorgung von Lebererkrankungen als gut und umfassend eingeschätzt. Am ehesten mangelt es an der Inanspruchnahme, der Früherkennung und der Prävention.
Hier sollte der Schwerpunkt der zukünftigen präventiven Maßnahmen in Hagen liegen.

Medizinischer Hintergrund

Auffällig sind die Lebererkrankungen der Ziffern K70 bis K77 nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10). Hierzu gehören insbesondere die alkoholisch bedingten Lebererkrankungen (Fettleber, Hepatitis, Fibrose, Sklerose, Leberzirrhose, akutes, chronisches oder subakutes Leberversagen) und die toxisch bedingten Lebererkrankungen ohne Alkohol, z. B. durch Drogen, Medikamente und andere leberschädigende Stoffe. Bei den seltenen Ursachen sind hier noch die autoimmun und die kardiogen (durch das Herz) bedingten Lebererkrankungen zu erwähnen.

Medizinisch ist die Ursache einer Leberzirrhose (nicht wieder zu beseitigender Funktionsverlust durch bindegewebigen Umbau der Leber) in etwa 50 % der Fälle der Alkoholkonsum. Es folgen mit 25 - 40 % die Virushepatitiden (Leberentzündungen durch Viren), die jedoch nicht zu den Ziffern K70 bis K77 gehören.

Eine Fettleber wird in 90 % der Fälle ebenfalls durch Alkohol verursacht, aber auch durch Diabetes mellitus (v. a. Typ II), Überernährung und Hyperlipoproteinämie (erhöhte Fettwerte im Blut). Es folgen seltene Ursachen (z. B. Unterernährung, lebertoxische Medikamente).

Ist eine Leber vorgeschädigt oder wirken neben dauerndem Alkoholgenuss andere leberschädigende Stoffe auf die Leber ein, verstärken sich die Effekte. Auch Übergewicht kann die Leber anfälliger gegenüber lebertoxischen Stoffen machen.

Stand der Maßnahmen und weitere Handlungsvorschläge aus Sicht der Gesundheitsförderung des Gesundheitsamtes

Suchtbedingte Lebererkrankungen

Information und Öffentlichkeitsarbeit
Die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe und die Ärztekammer Westfalen-Lippe sind über die Inhalte des Basisgesundheitsberichtes 2005 informiert worden mit der Bitte um Berücksichtigung (Fortbildung für Ärzte; Information an alle Ärzte).

Früherkennung von Lebererkrankungen
Gemeinsam mit den Krankenkassen und den behandelnden Ärzten, die von der Kammer hierzu benannt werden, sollen Aktionen überlegt werden, um Leber-erkrankungen möglichst frühzeitig zu erkennen (Gesundheitscheck). Vorher müsste gemeinsam geklärt werden, ob im Bereich der Früherkennung bereits anderen Orts Erfahrungen gesammelt wurden und welche Ansätze sich bewährt haben.

Prävention
Das Gesundheitsamt hatte sich mit Abstinenzverbänden an der Suchtwoche 2006 vom 25.09. - 29.09.06 im SIHK Bildungszentrum beteiligt. Angesprochen wurden hier insbesondere Schülerinnen und Schüler verschiedener Schulformen.

Mit den Stellen der Suchthilfe und den Mitarbeitenden in Bereichen der Suchtprävention ist ein Austausch zu folgenden Fragen zu organisieren:

a) Welche Zielgruppen sollen mit welchen Programmen erreicht werden?
b) Wer bietet hierzu Präventionsmaßnahmen an?
c) Wie können Einrichtungen in Hagen, z. B. Mitglieder der Hagener Gesundheitskonferenz, hier unterstützend mitwirken?

Geplant sind aktuell für die Suchtwoche 2007 vom 14.06. - 18.06.07 Aktionstage mit Hasper Schüler/innen beim Blauen Kreuz in Hagen-Haspe.

Im Rahmen der Prävention legaler, stofflich bedingter Drogen (insbesondere Alkohol), angesiedelt beim Gesundheitsamt und der AG Sucht, wurden und werden verschiedene Maßnahmen durchgeführt. Nach einer Statusanalyse ist eine Diskussion der Zuständigen über eine mögliche Handlungsnotwendigkeit vorgesehen.

Ausblick für Hagen aus ärztlicher Sicht
Nach Einschätzung stationär tätiger Fachärzte gestaltet sich die Frage, in wie weit die Todesursachen die Diagnosen noch lebender Patienten abbilden, als sehr interessant. Wie viele stationäre Patienten stammen aus Hagen (siehe Indikator 3.27)? Welche Diagnosen finden sich bei welchen Patienten (Alter, Geschlecht, Wohnort, Verhalten, Nebendiagnosen etc.)? Welche Schwerpunkte und Zielgruppen lassen sich für die ärztliche Arbeit (ambulant und stationär) und für gesundheitsfördernde Maßnahmen (primäre und sekundäre Prävention) definieren?
Es bestand reges Interesse an einer weiteren Gesprächsrunde, um mit entsprechenden Diagnosestatistiken sich neuen Erkenntnissen zu nähern. Gerade im Hinblick auf die Diagnosen Herzinfarkt, Hypertonie und ischämische Herzkrankheit in Todesbescheinigungen wird nach verlässlicheren Zahlen gesucht.

Wichtiges Ziel ist eine Verbesserung des Gesundheitsverhaltens der Hagener Bevölkerung auch unter dem Aspekt der erhöhten Sterblichkeitsrate der Männer und einer deutlichen Reduzierung der Lebenserwartung der Hagener Männer (Indikatoren 3.07 und 3.10). Siehe auch Indikator 3.36: gehäufte Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstigen Leistungen zur Teilhabe bei Männern und Indikator 3.40: erhöhte Rentenzugänge der Frauen und Männer wegen verminderter Erwerbsfähigkeit.

Frührentner und Schwerbehinderte

(Indikatoren: 3.40 Rentenzugänge und -bestand wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, 3.45 Schwerbehinderte (Grad der Behinderung von 50 und mehr), 3.45 02 Schwerbehinderte von 65 und mehr Jahren (Grad der Behinderung von 50 und mehr), 3.45 01 Schwerbehinderte Kinder unter 15 Jahren (Grad der Behinderung von 50 und mehr))

Die Rate der **Rentenzugänge und –bestände wegen verminderter Erwerbsfähigkeit** (Indikator 3.40) der Jahre 2004 und 2005 ist weiterhin erhöht **(Tab. 1)**.

In Deutschland sind nach Angaben des LÖGD von der Frühberentung insbesondere Arbeiterinnen und Arbeiter betroffen. Diese sind nach politischen Angaben relativ viel in Hagen vorhanden. Ursache der hohen Zahlen in Hagen können u.a. betriebsbedingte Frühberentungen sein. Die Frühberentungen wegen Muskel-Skelett-Erkrankungen, Kreislaufkrankheiten und Neubildungen sind gesunken. Gestiegen ist hingegen die Hauptdiagnosegruppe der psychischen und Verhaltensstörungen, die mehr bei Frauen als bei Männern festgestellt wird.

Schwerbehinderte

Die Rate aller Schwerbehinderten (Grad der Behinderung von 50 und mehr, Indikator 3.45) fällt in Hagen auch 2005 unverändert hoch aus (siehe **Tab. 1**). Sie liegt weiterhin deutlich oder sehr deutlich über dem Landesdurchschnitt. Im Cluster ist Hagen führend.

Die Ursachen der vielen Schwerbehinderten (Indikator 3.45) in Hagen konnte bisher noch nicht umfassend geklärt werden. Es sind relativ viele Kinder unter 15 Jahren (Indikator 3.45 01) und ältere Menschen (Indikator 3.45 02) betroffen. Zusammenhänge mit der sozialen Lage, dem industriellen Standort Hagen, den vielen älteren Personen und dem besonders hohen Anteil der schwerbehinderten Arbeitslosen (Indikator 2.21) wird noch nachgegangen. Bei der Zusammenarbeit zwischen dem Fachbereich Jugend und Soziales und dem Gesundheitsamt zeigt sich, dass bei den Kindern eine Ursache in dem relativ hohen Ausländeranteil in Hagen zu sehen ist. In dieser Bevölkerungsgruppe ist es üblich innerhalb der Familie zu heiraten.
Der Problematik wird 2007 weiter nachgegangen.

Todesfälle wegen Selbsttötung

(Indikator: 3.89 Gestorbene infolge vorsätzlicher Selbstbeschädigung)

Der Indikator 3.89 (Suizidsterbefälle) zeigt in beiden 3-Jahres-Mittelwerten (2002 – 2004 und 2003 – 2005) weiterhin rückläufige Tendenzen **(Tab. 1)**. Die Werte liegen nun unauffällig im Landesdurchschnitt oder sogar darunter. Die Clusterwerte sind ebenfalls unauffällig. Die gute Dokumentation und hohe Aufklärungsquote der vorherigen Jahre u.a. auch in Hagen wird von der Universität Dortmund (Vennemann et al. 2006) näher beschrieben.

Pflegebedürftigkeit

(3.49 02 MDK-Pflegebegutachtungen nach Geschlecht, 3.48 01 MDK-Pflegebegutachtungen nach Pflegestufen, 7.34 01 MDK-Pflegebegutachtungen nach Pflegeart, 7.34 Pflegegeldempfänger nach Pflegestufen, 7.35 von ambulanten Pflegeeinrichtungen betreute Pflegebedürftige, 7.36 in stationären und teilstationären Pflegeeinrichtungen betreute Pflegebedürftige)

Die auffälligen Indikatoren im Bericht 2005 bleiben es auch 2005 bzw. 2006 (3.49 02, 3.48 01, 7.34 01, 7.34). Nur bei den Indikatoren 7.35 und 7.36 haben sich Veränderungen ergeben **(Tab. 1)**. Bei den gesetzlich und privat Versicherten, die in **ambulanten Pflegeeinrichtungen** betreut werden (Bestand), ist 2005 die Quote der Männer in Stufe III (sowie in I und II) nun nicht mehr erhöht, sondern unauffällig geworden (Landesdurchschnitt, Cluster). Bei den Frauen hat sich nichts geändert.
Bei den gesetzlich und privat Versicherten, die in einer **stationären/teilstationären Pflegeeinrichtung** versorgt werden (Bestand), sind 2005 nun mehr Frauen in Stufe I (über dem Landesdurchschnitt liegend und im Cluster auf Platz 2) und weniger in Stufe II (unauffällig im Landesdurchschnitt und Cluster).

Begutachtende Ärzte des Gesundheitsamtes und MDK fanden keinerlei Erklärung für diese Häufungen, da es eindeutige Richtlinien für die Pflegebegutachtung gibt, die keinen Spielraum offen lassen. Auf der Pflegekonferenz 2006 wurden die Ergebnisse des Basisgesundheitsberichts 2005 mitgeteilt (im Vergleich zum Landesdurchschnitt und den Vergleichsstädten): Erstens finden sich bei der Erstbegutachtung durch den MDK viele in Pflegestufe 1 und sehr wenige in Pflegestufe III. Zweitens befinden sich in Hagen in der privaten, ambulanten und stationären Pflege sehr wenige Pflegebedürftige in der Pflegestufe III). Ursachen konnten auch hier nicht ausgemacht

werden. Nach Recherchen zusammen mit dem MDK und der AOK finden sich Erklärungen einschließlich des Pflegeberichts des Medizinischen Dienstes 2005:

Mit einer älter werdenden Gesellschaft werden mehr und mehr Personen pflegebedürftig. Da dies die niedrigste und erste Pflegestufe ist, steigt der Bestand der Leistungsempfänger der Pflegestufe I bundesweit seit Jahren. Die Zahlen in Hagen sind am ehesten im Zusammenhang mit der hohen Anzahl an älteren Menschen zu sehen.

Eine Erklärung für die wenigen Pflegebedürftigen in Pflegestufe III (Bestand) zu finden, gestaltet sich schwieriger. Seit Einführung der Pflegeversicherung ist bekannt, dass es tendenziell abweichende Begutachtungsergebnisse des MDK Nordrhein und des MDK Westfalen-Lippe gibt. Diese sind u. a. in den unterschiedlichen Strukturen und Schulungen begründet. Aber möglicherweise spielt auch der fachliche Hintergrund des Begutachters eine Rolle. Der Gesetzgeber sieht Ärzte und Pflegefachkräfte für die Begutachtungen vor (SGB XI). Die Anzahl der Pflegekräfte hat bundesweit gegenüber den Ärzten zugenommen.

Möglicherweise sind die veränderten Einstufungsergebnisse 2005 für Hagen erste Auswirkungen der MDK-Maßnahme, Nachuntersuchungen zur Überprüfung der Pflegestufe nach sechs bis neun Monaten bei bestimmten Veränderungen zu intensivieren. Auch die Qualitätsrichtlinien des MDK könnten eine Rolle spielen. Andererseits stehen in Hagen seit 2005 durch Neubauten 320 mehr Pflegebetten zur Verfügung. Ein Mehr an stationären Betten bedeutet immer auch eine Verschiebung der Pflegestufen, da eine Höhereinstufung sich finanziell für die Einrichtung positiv auswirkt, nicht immer für die Pflegebedürftigen oder Angehörigen, die unter Umständen eine monatliche Zuzahlung beim Wechsel von der Pflegestufe II in die Pflegestufe III leisten müssen.
Die Änderungen der Begutachtungsrichtlinie der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit, die zum 1. September 2006 in Kraft getreten ist, werden sich erst zu einem späteren Zeitpunkt auswirken.

Der MDK Westfalen-Lippe erhielt den Basisgesundheitsbericht mit den Ergebnissen der Pflegebedürftigkeit in Hagen zur Kenntnis.

Kindergesundheit

(Indikatoren: 3.57 02 Ausgewählte Befunde (Adipositas, Herabsetzung der Sehschärfe) bei Einschulungsuntersuchungen, 7.13 Impfquote bezüglich Poliomyelitis, Tetanus, Diphtherie, Hepatitis B, Haemophilus influenzae b, Pertussis bei Schulanfängern, 7.14 Impfquote bezüglich Masern, Mumps, Röteln bei Schulanfängern)

(unter Mitarbeit der Gesundheitsförderung (Gesundheitsamt), Herr Matzke)

Durchimpfungsrate bei Kindern verbessern

Die Veränderungen seit 2005 sind in **Tabelle 1** beschrieben. Durchimpfungsraten sind gesundheitspolitisch relevant und sollten gesteigert werden.

Hierzu erfolgen Impfpass-Checks in Grundschulen, wobei allen vierten Klassen die Teilnahme ermöglicht wird. Soweit Impfempfehlungen ausgesprochen werden,

erfolgt nach mehreren Wochen ein zweiter Blick in den jeweiligen Impfpass, um die Umsetzung der Empfehlung nachzuhalten.

Zusammen mit der leitenden Ärztin des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes beim Gesundheitsamt Hagen ist als weitere Aktivität der Einsatz des sogenannten Impfmobils für ältere Jahrgänge (6. und 7. Klasse) an weiterführenden Schulen in Hagen geplant. Dies soll dann im Einzugsbereich mehrerer Schulen erfolgen. Die Planung hierzu erfolgt in Abstimmung mit den Hagener Kinderärzten.

Adipositas im Kindesalter
Über die Ergebnisse des Berichtes 2005 wurde das Adipositas-Netzwerk Hagen informiert.

In Hagen besteht seit neun Jahren das Adipositas-Netzwerk Hagen. Es ist ein offener Zusammenschluss von Fachleuten und Institutionen, die sich in Hagen dem Thema Übergewicht im Kindesalter widmen. Ziele der Kooperation sind eine verbesserte Öffentlichkeitsarbeit zu Ursachen und Folgen, ein verbessertes Beratungs- und Hilfsangebot, geeignete Freizeit- und Bewegungsangebote für betroffene Kinder und Jugendliche, eine verbesserte Prävention in Tageseinrichtungen für Kinder, in Schulen und Freizeiteinrichtungen. Das Netzwerk bietet Weiterbildungsangebote an und führt Pilot-Projekte durch.

Im Netzwerk sind folgende Stellen vertreten: Adipositas-Therapiezentrum, Stadtsportbund, Beratungslehrer für Gesundheitsförderung (KNIPS, OPUS, Kompensatorischer Sport), Tanzschule Siebenhüner, AWO (Beratungsstelle für Essgestörte), Fachbereich Jugend und Soziales (Suchtvorbeugung, Fachberatung für Kindertagesstätten, Spielmobil), VHS, eine Praxis für Ernährungsberatung, Krankenkassen und das Gesundheitsamt.

Die Wichtigkeit des Themas zeigt sich gerade in letzter Zeit durch ein stärkeres fachliches und öffentliches Interesse zum vermehrten Übergewicht und zur Adipositas im Kindesalter.

Am 17.06.06 erfolgte ein erster Kindergesundheitstag zu den Themen Bewegung und Ernährung auf dem Theaterplatz, mit vielen Bewegungsangeboten für Kinder. Auch wurde bei der gut besuchten Veranstaltung über eine ausgewogene Ernährung informiert.

Geplant sind aktuell Einzelaktionen der teilnehmenden Institutionen und ein Aktionstag zum Thema "Gesunde Umwelt - Gesunde Kinder" am 16.06.07. Hierbei werden sich vielfältige Angebote auf dem Friedrich-Ebert-Platz in Hagen um die Themen Bewegung und gesunde Ernährung im Kindes- und Jugendalter beziehen.

Infektionskrankheiten

(Indikator: 3.59 01 Neuerkrankungen an Masern der 0- bis 14-Jährigen nach Geschlecht)

Nach Veröffentlichung des Basisgesundheitsberichts wies das Gesundheitsamt die niedergelassene Ärzteschaft und die Krankenhäuser auf die Meldepflicht der Masern hin. Nach dem Infektionsschutzgesetz sind nicht nur Todesfälle, wie nach dem alten Bundesseuchengesetz, sondern auch Erkrankungsfalle dem Gesundheitsamt zu melden.
2005 trat kein Masernfall bei den 0- bis 14-Jährigen auf. Unabhängig von den Indikatoren sind 2006 dem Gesundheitsamt Hagen für alle Altersgruppen nur vier Fälle bekannt geworden und dies vor dem Hintergrund einer Epidemie in Nordrhein-Westfalen. Eine regionale Ausdehnung konnte in Hagen verhindert werden. Das Alter der Erkrankten lag zwischen zehn und 24 Jahren.

Opiatabhängige

(Indikator: 7.23 01 Methadon-Substitutionsbehandlung)

Eine Substitutionstherapie mit Methadon wird von ermächtigten Ärzten/innen zur Behandlung von opiatabhängigen Patienten/innen durchgeführt. Behandlungsziele reichen von der Überlebenssicherung bis hin zu dauerhafter Abstinenz.

Die Anzahl der Substituierten pro 100.000 Einwohner bleibt 2005 unverändert sehr deutlich erhöht **(Tab. 1)**. Hagen liegt mit 144,6 % über dem Landesdurchschnitt und im oberen Drittel der Vergleichsstädte.

Es ist nicht auszuschließen, dass die Betreuung der Drogenabhängigen in Hagen in den speziellen Einrichtungen (z. B. Behandlungszentrum "Im Deerth", Suchtbehandlungszentrum im Ev. Krankenhaus Elsey, Drogenberatungsstelle) so professionell abläuft, dass sich hierdurch im Verhältnis viele Drogenabhängige in Hagen aufhalten. Von den wenigen niedergelassenen Ärzten in Hagen, die nach den BUB-Richtlinien (Richtlinien über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden) Drogenabhängige kompetent betreuen, scheint sich einer auf die Substitutionstherapie konzentriert zu haben.
Es stellt sich die Frage, ob dieses weitreichende therapeutische Angebot dazu führt, dass viele Drogenabhängige in Hagen ihren Wohnsitz nehmen. Dieses ist z. Z. noch nicht abschließend geklärt.

Es bleibt abzuwarten, wie weit sich die Hagener Drogenproblematik durch folgenden Umstand verändern wird: Die finanzielle Landesförderung der kommunalen Suchteinrichtungen in NRW befindet sich z. Z. im Umbruch. 2007 ist die Förderhöhe noch die gleiche wie 2006, jedoch nicht mehr abhängig von der Anzahl der Drogenabhängigen. Ab 2008 wird die Verteilung der Gelder landesweit neu gewichtet. Der Modus und weitere Modalitäten befinden sich derzeit noch im politischen Entscheidungsprozess des Landes NRW.

Glossar und Abkürzungsverzeichnis

Cluster	als einheitliches Ganzes zu betrachtende Menge von Einzelteilen. Im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung führt eine Clusteranalyse mit soziostrukturellen Indikatoren für alle 54 Kommunen in NRW zu sechs Clustertypen. Jede Kommune in NRW wird einem dieser sechs Cluster (Gruppe) zugeordnet.
Diphtherie	akute Infektionskrankheit, verursacht durch ein Bakterium. Durch aktive Schutzimpfung im Kleinkindalter und Auffrischung im Abstand von 10 Jahren nur noch selten. Entzündung der oberen Atemwege mit Bildung einer Pseudomembran, schwerste Erstickungsanfälle möglich. Schädigung von Herz, Nerven, Nieren und Gefäßen durch das im Blut zirkulierende Gift des Bakteriums; empfohlene Schutzimpfung.
Haemophilus influenzae Typ b	(HIB) Infektionskrankheit (Bakterium), verursacht bei Kleinkindern vor allem Hirnhautentzündung aber auch gefährliche Kehlkopfentzündung und andere Entzündungen; empfohlene Schutzimpfung.
Hepatitis B	Leberentzündung durch das Hepatitis-B-Virus, übertragen wird der Erreger von Mensch zu Mensch durch Körperflüssigkeiten, insbesondere Blut (Drogenabhängige, medizinisches Personal) und Genitalflüssigkeiten; empfohlene Schutzimpfung.
ICD-10	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (International statistical classification of deseases and related health problems), 10. Revision.
Indikator	Ist eine Kenngröße, die den Zustand oder Entwicklung eines Systems oder Phänomens erkennen lässt.
Inzidenz	Anzahl neuer Erkrankungsfälle in einer Population pro Zeiteinheit (Neuzugänge).
ischämische Herzkrankheit	Verminderung oder Unterbrechung der Durchblutung des Herzens (koronare Herzkrankheit, Angina pectoris, Herzinfarkt).
LDS	Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik Nordrhein-Westfalen
LÖGD	Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen.
Morbidität	Meint ungenau die Erkrankungshäufigkeit in einer Bevölkerungsgruppe, besser ist von Inzidenz oder Prävalenz zu sprechen.

Mortalität	Todesrate insgesamt oder die Todesrate einer bestimmten Erkrankung in einer Population pro Zeiteinheit (Verstorbene in einer Bevölkerung pro Zeitabschnitt)
Mumps	sogenannter Ziegenpeter; akute Virusinfektion, gekennzeichnet durch Schwellung der Ohrspeicheldrüse; häufige Beteiligung anderer Drüsenorgane im Körper; insbesondere Gefahr der Ertaubung, Meningitis und männliche Sterilität; empfohlene Schutzimpfung.
ÖPNV	Öffentlicher Personennahverkehr
Pertussis	Infektionskrankheit; Bronchitis mit charakteristischen Krampfhustenanfällen begleitet von Luftnot (bei Säuglingen mit lebensbedrohlichen Atemaussetzern), die in der sechsten Woche nachlassen; insbesondere Gefahr der Lungenentzündung und Gehirnentzündung; empfohlene Schutzimpfung.
Poliomyelitis	epidemische spinale Kinderlähmung, verursacht durch ein Virus, insbesondere eine Entzündung der Hirnhäute mit z. T. bleibenden Lähmungen, Skelett- und Gelenkveränderungen; empfohlene Schutzimpfung.
Prävalenz	Anzahl aller Fälle einer bestimmten Krankheit in einer Population zum Zeitpunkt der Untersuchung (Bestand).
Robert Koch-Institut	Das Robert Koch-Institut (RKI) ist die zentrale Einrichtung der Bundesregierung auf dem Gebiet der Krankheitsüberwachung und –verhütung und das Leitinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst.
Röteln	Durch das Rötelnvirus verursachte akute Infektionskrankheit mit Hautausschlag; empfohlene Schutzimpfung.
Schuleingangsuntersuchung	Untersuchung der Schulanfänger/innen durch den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst eines Gesundheitsamtes in NRW.
signifikant	Der Signifikanztest überprüft, ob Datendifferenzen im Bereich zufälliger Schwankungen liegen oder aber mit großer Wahrscheinlichkeit (z. B. 95 %) einen tatsächlichen Unterschied anzeigen.
STIKO	Ständige Impfkommission am Robert Koch-Institut.
Tetanus	Wundstarrkrampf; akute schwere Infektionskrankheit, verursacht durch das Gift eines bestimmten Bakteriums, gelangt über Wunden in den Körper und verursacht schwere Muskelkrämpfe („Starrkrampf“) mit Erstickungstod durch Krampf der Atemmuskulatur; empfohlene Schutzimpfung.
valide/Validität	Übereinstimmung eines Ergebnisses mit dem tatsächlichen Sachverhalt.

Anhang

Auflistung der seit 2005 aktualisierten Indikatorbeschreibungen und der Beschreibungen der seit 2005 neu hinzugekommenen kommunalen Gesundheitsindikatoren des Landes NRW durch das Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (LÖGD)

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

Definition
Indikatoren zur Arbeitslosigkeit werden als grundlegende Aussagen zur sozioökonomischen Lebenssituation genutzt. Regionale Unterschiede des Armutsniveaus werden in der Regel mit unterschiedlichen Arbeitslosenquoten in den Regionen in Verbindung gebracht (Indikator 2.21).
Zu Arbeitslosen zählen Personen, die - abgesehen von einer geringfügigen Beschäftigung - ohne Arbeitsverhältnis sind, die sich als Arbeitsuchende bei den Agenturen für Arbeit gemeldet haben, eine Beschäftigung von mindestens 18 und mehr Stunden für mehr als drei Monate suchen, für eine Arbeitsaufnahme sofort zur Verfügung stehen, nicht arbeitsunfähig erkrankt sind und das 65. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Langzeitarbeitslose sind Personen, die ein Jahr und mehr arbeitslos und bei den Agenturen für Arbeit gemeldet sind. Die Arbeitslosenquote ist der Prozentanteil der Arbeitslosen an den abhängigen zivilen Erwerbspersonen. Mit dem Begriff Erwerbspersonen sind sowohl Erwerbstätige als auch Erwerbslose erfasst. Als abhängige Erwerbspersonen werden alle sozialversicherungspflichtigen und geringfügig Beschäftigte, Beamte und Arbeitslose gezählt.
Mit der Einführung des Arbeitslosengeldes II ab dem 1. 1. 2005 werden erwerbsfähige ehemalige Sozialhilfeempfänger zusätzlich zu den bisher in der Arbeitslosenstatistik erfassten Arbeitslosen geführt, sofern sie nach den o.g. Kriterien arbeitslos sind, also insbesondere für eine Arbeitsaufnahme zur Verfügung stehen. Arbeitslosengeld II (Viertes Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt) setzt sich zusammen aus der bis zum Jahre 2004 geleisteten Arbeitslosenhilfe und Sozialhilfe für Erwerbstätige. Es ist Bestandteil des als Hartz IV bezeichneten Gesetzgebungsverfahrens zur Einführung des Zweiten Buches des Sozialgesetzbuches (SGB II), das am 1.1.2005 in Kraft trat.
Der wesentliche Inhalt des Vierten Gesetzes für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt ist die Grundsicherung für Arbeitssuchende (SGB II). Die Leistung wird von zwei Trägern erbracht: Bundesagentur für Arbeit und kommunale Träger. Kommunen können sich verpflichten, anstelle der Bundesagentur für Arbeit alle Aufgaben nach SGB II wahrzunehmen (Optionskommunen). Die bisherige Arbeitsmarktstatistik unter Einbeziehung der Grundsicherung für Arbeitssuchende wird weiterhin die Bundesagentur für Arbeit führen.
Der Indikator wird als Zeitreihe (2.20) und als Regionaltabelle (2.21) geführt.

Datenhalter
Regionaldirektion Nordrhein-Westfalen der Bundesagentur für Arbeit
Datenquelle
Statistik der Bundesagentur für Arbeit

Periodizität
Jährlich, Ende September d. J.

Validität
Grundsätzlich sind in der Arbeitslosenstatistik nur diejenigen erfasst, die sich als Arbeitssuchende melden. Daneben gibt es in großem Umfang verdeckte Arbeitslosigkeit („Stille Reserve"), die sich der statistischen Erfassung naturgemäß entzieht.
Im Jahr 2005 haben 10 Kommunen in Nordrhein-Westfalen als Optionskommunen die Betreuung von Arbeitslosen übernommen (sog. „zugelassene kommunale Träger", s. Kennzeichnung „****" in der Indikatortabelle). Ab dem Berichtsjahr 2005 enthält die Tabelle Zahlen ohne ergänzende Werte der Optionskommunen:
Die Datenlage bei den Ausländern ist bei den „zugelassenen kommunalen Trägern" teilweise unvollständig.

Bei den Schwerbehinderten kann z. Z. die Arbeitslosenzahl nur für den Bestand in den Merkmalen Alter, Geschlecht und Nationalität (Deutsche/Ausländer) ausgewiesen werden. Weitere Differenzierungen sowie der vollständige Nachweis von Zu- und Abgängen in und aus Arbeitslosigkeit sind noch nicht möglich, da hierzu nur wenig verwertbare Meldungen von zugelassenen kommunalen Träger vorliegen. Deshalb werden ergänzende Auswertungen zur Verfügung gestellt, die allein auf dem IT-Vermittlungssystem beruhen.

Kommentar
Die Begriffe Erwerbslose (Mikrozensus) und Arbeitslose (Statistik der Arbeitsvermittlung) sind nicht unmittelbar vergleichbar: Während bei den Arbeitslosen die Meldung bei den Agenturen für Arbeit als Arbeitsuchender erforderlich ist, ist dies bei den Erwerbslosen nicht von Bedeutung. Der Begriff der Erwerbslosen ist daher umfassender. Da die Arbeitslosenzahlen je nach Jahreszeit sehr schwanken, ist die Angabe des Jahresdurchschnitts den Stichtagsangaben vorzuziehen. Langzeitarbeitslose und schwerbehinderte Arbeitslose werden als prozentuale Anteile an allen Arbeitslosen berechnet.
Die Bundesagentur für Arbeit führt zusätzlich in der Statistik der Arbeitsvermittlung ab dem 1. 1. 2005 arbeitssuchende Sozialhilfeempfänger, die bis zum Jahr 2004 in der Sozialhilfestatistik verzeichnet waren. Dadurch hat sich die Zahl der Arbeitslosen in den vorliegenden Indikatoren erhöht.

Vergleichbarkeit
Mit dem WHO-Indikator 0200 020501 Unemployment rate in % vergleichbar. Vergleichbar mit dem OECD-Indikator Total unemployment. Angaben zum EU-Indikator Total unemployment liegen in vergleichbarer Struktur bei Eurostat vor. Die Indikatoren wurden ergänzt um Angaben zu Ausländern, Jugendlichen und Schwerbehinderten.

Originalquellen
Regionaldirektion Nordrhein-Westfalen der Bundesagentur für Arbeit, Arbeitslose nach Personengruppen und Geschlecht 2000 ff.

Dokumentationsstand
29.01.2007, lögd/Regionaldirektion NRW der Bundesagentur für Arbeit

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

Definition
Der Indikator Wohngeldempfänger wird als Indikator der Armutsgefährdung verstanden. Wohngeld ist ein von Bund und Ländern getragener Zuschuss zu den Wohnkosten. Dieser wird - gemäß den Vorschriften des Wohngeldgesetzes - einkommensschwächeren Haushalten gewährt, damit diese die Wohnkosten für angemessenen und familiengerechten Wohnraum tragen können.
Anders als bei der Sozialhilfestatistik wird seit dem Jahr 2001 nicht der einzelne Empfänger als Merkmalsträger erfasst, sondern die wohnberechtigte Personengruppe (Haushalt), bei der es sich häufig um eine Wohn- oder Wirtschaftgemeinschaft handelt. Die Höhe des Wohngeldes bestimmt sich im Einzelfall nach Haushaltsgröße, Familieneinkommen und Wohnkosten, die bei zu bestimmenden Höchstbeträgen berücksichtigt werden. Mieter erhalten das Wohngeld als Mietzuschuss, selbst nutzende Eigentümer erhalten Lastenzuschuss.
Im Zuge der Reformierung des Sozialhilferechts gilt ab dem 1.1.2005 das Wohngeldgesetz (WoGG) vom 7.7.2005 (BGBl I). Ab dem Berichtsjahr 2005 entfällt für Empfänger staatlicher Transferleistungen (z. B. Arbeitslosengeld II bzw. Sozialgeld nach dem SGB II, Hilfe zum Lebensunterhalt bzw. Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem SGB XII, Asylbewerberleistungen) sowie für Mitglieder ihrer Bedarfsgemeinschaft das Wohngeld. Dies hat auch zur Folge, dass Bezieher von Sozialhilfe und Kriegsopferfürsorge seit dem 1.1.2005 nicht mehr zu den Wohngeldempfängern zählen. Die angemessenen Unterkunftskosten der Empfänger dieser Transferleistungen werden seitdem im Rahmen der jeweiligen Sozialleistungen berücksichtigt, so dass sich für die einzelnen Leistungsberechtigten keine Nachteile ergeben.
Neben den „reinen" Wohngeldhaushalten gibt es noch wohngeldrechtliche Teilhaushalte in sog. Mischhaushalten. Dabei kann es sich einerseits um einen Haushalt handeln, in dem ein Empfänger von staatlichen Transferleistungen, der selbst nicht wohngeldberechtigt ist, mit wenigstens einer Person zusammen lebt, die wohngeldberechtigt ist.
Andererseits kann der Antragsteller selbst wohngeldberechtigt sein, allerdings lebt im selben Haushalt wenigstens ein Transferleistungsempfänger.
Rechtsgrundlage für die vierteljährlich durchzuführende Statistik ist der § 35 des Wohngeldgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. Juli 2005 (BGBl. I). Auskunftspflichtig sind die Bewilligungsbehörden der Städte und Gemeinden. Die Wohngeldempfängerhaushalte werden auf die Einwohner bezogen.

Datenhalter: Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik des Landes Nordrhein-Westfalen

Datenquelle: Wohngeldstatistik

Periodizität: Jährlich, 31.12.

Validität: Es wird von einer ausreichenden Datenqualität ausgegangen.

Kommentar
Der Indikator ist relativ ungenau, weil die regionale Haushaltsgröße unterschiedlich sein kann. Ist der Anteil der Ein-Personen-Haushalte sehr hoch, so ist die Wohngeldquote ggf. überhöht ausgewiesen. Die Höchstbeträge der zuschussfähigen Mieten bzw. Belastungen werden durch gesetzliche Bestimmungen in Abständen geändert. Dies ist bei der Betrachtung einer längeren Zeitreihe zu berücksichtigen.
Auf Wohngeld besteht bei Erfüllung der Voraussetzungen ein Rechtsanspruch. Wohngeld wird in der Regel für einen Zeitraum von 12 Monaten bewilligt, beginnend mit dem Ersten des Monats, in dem der Antrag gestellt wird. Die Zählung der Wohngeldempfängerhaushalte erfolgt am 31.12. des Jahres. Sie können nicht nach Geschlecht untergliedert werden. Mit den neuen Bestimmungen am dem Jahr 2005 hat sich die Zahl der Wohngeldberechtigten erheblich verringert und ist mit den Jahren davor nicht mehr vergleichbar.

Vergleichbarkeit
Es gibt keine vergleichbaren WHO-, OECD- und EU-Indikatoren. Der Indikator ist mit dem bisherigen NRW-Indikator 2.13 nicht vergleichbar.

Originalquellen
· Wohngeld in Nordrhein-Westfalen (Düsseldorf: Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW, 1999 - 2004, (Statistische Berichte LDS))
· Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW (Wohngeldempfänger (Haushalte) 2005 ff.)

Dokumentationsstand
06.03.2007, Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW/lögd

Indikator 3.27 01
Behandlungsfälle in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, Jahr

Definition
Die alters- und geschlechtsspezifischen Behandlungsfälle reflektieren die Morbiditätssituation der Bevölkerung und stellen gleichzeitig wichtige Grundlagen für die Planung und Gestaltung der Versorgung in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen dar.
Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, wie z. B. Sanatorien, Kurkliniken oder -heime und andere Spezialeinrichtungen, die sich auf bestimmte Krankheitsgruppen spezialisiert haben, stellen diagnostische und therapeutische Hilfen der verschiedensten Art im Vorfeld oder im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung bereit, um den Gesundheitszustand der Patientinnen/Patienten zu verbessern. Die Behandlungsfälle in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen berechnen sich aus der Anzahl der Patienten, die in eine Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung aufgenommen, behandelt und im Berichtsjahr entlassen wurden.
Rechtsgrundlage für die Erhebung der Diagnosedaten ist die Krankenhausstatistik-Verordnung (KHStatV) in der für das Berichtsjahr gültigen Fassung. Sie gilt in Verbindung mit dem Bundesstatistikgesetz (BstatG). Die Änderungen der KHStatV durch die Verordnung vom 13. August 2001 (BGBl. I) sind, soweit sie die Diagnosedaten der Krankenhauspatientinnen/-patienten betreffen, am 1. Januar 2003 in Kraft getreten. Damit umfasst die Diagnosestatistik erstmals die Daten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen mit mehr als 100 Betten, das entspricht 58 % aller Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. Die Darstellung ermöglicht Aussagen über die für Frauen und Männer differenzierte Inanspruchnahme von Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen nach Geschlecht sowie nach Kreisen und kreisfreien Städten.
Im vorliegenden Indikator sind Stundenfälle nicht enthalten. Stundenfälle bezeichnen Patienten, die stationär aufgenommen, aber am gleichen Tag wieder entlassen bzw. verlegt wurden oder verstorben sind.
Die Daten werden Teil II der Krankenhausstatistik, Diagnosen, entnommen und sind auf die Wohnbevölkerung bezogen. Es ist zu beachten, dass. ca. 40 % der Behandlungsfälle in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nicht erfasst sind. Zur Vergleichbarkeit der Daten zwischen den Kreisen/kreisfreien Städten wird eine indirekte Standardisierung auf die stationäre Behandlungshäufigkeit des Landes vorgenommen (SMR). Die Methodik ist im Indikatorensatz für die Gesundheitsberichterstattung Nordrhein-Westfalen beschrieben.

Datenhalter
Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik des Landes Nordrhein-Westfalen

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

Periodizität
Jährlich, 31.12.

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

Kommentar
In Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen werden deutlich weniger Patienten behandelt als in Krankenhäusern. Durch die Begrenzung der Erfassung auf Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen mit 100 und mehr Betten liegen die Behandlungsfälle um 30 - 40 % höher.
Die Diagnosestatistik liegt nach Behandlungs- und Wohnort vor. Der vorliegende Indikator basiert auf dem Wohnortprinzip und wurde zusätzlich in den Indikatorensatz aufgenommen. Die Diagnosedaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen werden ab dem Berichtsjahr 2003 jährlich erhoben.

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

Originalquellen
Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW
Krankenhausstatistik, Teil II - Diagnosen (Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen) 2003 ff.

Dokumentationsstand
07.06.2006, lögd

Indikator 3.49 02
MDK-Pflegebegutachtungen nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, Jahr

Definition
Das Risiko der Pflegebedürftigkeit wird durch die soziale Pflegeversicherung (SGB XI) abgesichert. Pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI § 14) sind Menschen, die aufgrund einer körperlichen, geistigen oder seelischen Erkrankung mindestens sechs Monate lang nicht in der Lage sind, die regelmäßig wiederkehrenden Tätigkeiten des täglichen Lebens auszuführen. Zuständig für die Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz sind die Pflegekassen (Krankenkassen). Für die zu erbringenden Leistungen sind pflegebedürftige Personen gemäß § 15 SGB XI einer der drei folgenden Pflegestufen zuzuordnen:
· Pflegestufe I = erheblich Pflegebedürftige
· Pflegestufe II = Schwerpflegebedürftige
· Pflegestufe III = Schwerstpflegebedürftige.
Darüber hinaus wird in besonders schwerwiegenden Fällen die Pflegestufe III und ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand (Härtefall) festgestellt.
Stellt ein Versicherter einen Antrag auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit, erfolgt zunächst eine Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) nach den durch die Pflegebedürftigkeitsrichtlinien konkretisierten gesetzlichen Vorgaben. Versicherte können bei der Antragstellung u. a. zwischen Leistungen für ambulante Pflege und Leistungen für vollstationäre Pflege wählen. Die Leistungsart ambulant bezieht sich auf die Pflege im häuslichen Umfeld. Stationäre Leistungen werden von Versicherten beantragt, die in einem Alten- oder Pflegeheim leben (wollen). Das Ergebnis seiner Prüfung teilt der MDK der Pflegekasse in einem Gutachten mit, dessen Inhalt durch die Begutachtungs-Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen vorgeschrieben wird. Das Pflegegutachten konkretisiert und dokumentiert die Feststellungen des Gutachters u. a. zu den Voraussetzungen und zum Beginn der Pflegebedürftigkeit sowie zur empfohlenen Pflegestufe. Die Entscheidung über das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit und Pflegestufe trifft die Pflegekasse unter maßgeblicher Berücksichtigung des MDK-Gutachtens. Erstbegutachtungen beziehen sich auf die Neueinstufung (Ersteinstufung) in eine Pflegestufe im Berichtsjahr. Wiederholungsbegutachtungen werden in dem vorliegenden Indikator ausgeschlossen.

Datenhalter
· Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Nordrhein
· Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Westfalen-Lippe

Datenquelle
Ergebnisse der Pflege-Begutachtungen

Periodizität
Jährlich, 31.12.

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

Kommentar
Der vorliegende Indikator gibt Auskunft über die Zahl der durchgeführten Erstbegutachtungen differenziert nach Geschlecht im regionalen Vergleich. Die Angaben erfolgen sowohl in absoluter Fallzahl als auch bezogen auf je 100 000 Einwohner. Es werden alle Erstbegutachtungen gezählt, für die eine der Pflegestufen I - III empfohlen wurde. Nicht im Indikator enthalten sind die als nicht erheblich pflegebedürftig eingestuften Fälle. Während die Pflegestatistik eine Bestandsstatistik darstellt, gibt die Statistik der Pflege-Begutachtungen einen Überblick über die jährlich neu hinzukommenden Pflegebedürftigen (Zugangsstatistik). Der Indikator 3.49_02 weist somit geschlechtsspezifische Inzidenzraten der GKV - Versicherten aus, während der Indikator 3.49 Prävalenzangaben aller Pflichtversicherten, d. h. inklusive der privat Versicherten, enthält.

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

Originalquellen
Medizinische Dienste der Krankenversicherung (MDK) Nordrhein und Westfalen-Lippe
Ergebnisse der Pflege-Begutachtungen 2002 ff.

Dokumentationsstand
12.04.2005, lögd/ Medizinischer Dienst d. Krankenversicherung Westfalen-Lippe

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

Definition
Der Indikator gibt Auskunft über die Zahl von Pflegebedürftigen nach kreisfreien Städten/Kreisen/Stadtbezirken, nach Geschlecht und je 100 000 der Bevölkerung insgesamt bzw. der weiblichen oder der männlichen Bevölkerung. Als pflegebedürftig gelten alle Personen, die aufgrund der Entscheidung der Pflegekasse bzw. privater Versicherungsunternehmen eine Pflegestufe (einschließlich Härtefälle) haben. Pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes sind Menschen, die aufgrund einer körperlichen, geistigen oder seelischen Erkrankung mindestens sechs Monate lang nicht in der Lage sind, die regelmäßig wiederkehrenden Tätigkeiten des täglichen Lebens auszuführen. Solche Tätigkeiten beinhalten die Bereiche der Mobilität, der Ernährung, der Körperpflege oder der hauswirtschaftlichen Versorgung. Der Grad der Pflegebedürftigkeit wird in drei Stufen unterschieden (s. Indikator 3.48).
Zur Vergleichbarkeit der Angaben wird eine indirekte Altersstandardisierung vorgenommen. Als Standard gilt die Rate der Pflegebedürftigen des Landes.
Bei den Angaben im Indikator handelt es sich um Bestandsdaten. Der Bezug auf die Wohnbevölkerung erfolgt mit Stichtagsdaten zum 31.12. des Jahres.

Datenhalter
Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik des Landes Nordrhein-Westfalen

Datenquelle
· Pflegestatistik
· Fortschreibung des Bevölkerungsstandes

Periodizität
Zweijährlich, 15.12., erstmalig 1999

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

Kommentar
Aufgrund der demographischen Entwicklung ist die Pflegestatistik eine wichtige Entscheidungsgrundlage für die Planung pflegerischer Versorgungsstrukturen.
Die Pflegestatistik wurde im Jahre 1999 erstmalig in Deutschland erstellt, die Daten liegen bis zur Kreisebene vor.
Im Indikator sind alle Personen mit einer anerkannten Pflegestufe nach dem zuständigen Wohnort des Pflegebedürftigen enthalten. Bei der Zahl der Leistungsempfängerinnen und -empfänger insgesamt können Doppelerfassungen entstehen, sofern Empfängerinnen und Empfänger von Tages- bzw. Nachtpflege, also teilstationärer Pflege zusätzlich auch ambulante Pflege oder Pflegegeld erhalten.

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

Originalquellen
· Pflegeeinrichtungen und Pflegegeldleistungen in Nordrhein-Westfalen
Düsseldorf: Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW, 2002 ff.
(Statistische Berichte LDS)
· Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW: http://www.lds.nrw.de

Dokumentationsstand
29.03.2005, Niedersächsisches Landesgesundheitsamt/lögd/ Landesamt f. Datenverarbeitung u. Statistik NRW

Indikator 3.51
Lebendgeborene nach Geburtsgewicht, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, Jahr

Definition
Das Geburtsgewicht der Lebendgeborenen ist ein wichtiger Indikator für den Gesundheitszustand und Ausdruck der pränatalen gesundheitlichen Versorgung und der sozialen Bedingungen. Das Geburtsgewicht stellt einen international üblichen Gesundheitsindikator dar, der vergleichsweise exakt bestimmt wird.
Als Lebendgeborene gelten Kinder, bei denen nach der Trennung vom Mutterleib Atmung eingesetzt hat oder irgend ein anderes Lebenszeichen wie Herzschlag, Pulsation der Nabelschnur oder deutliche Bewegung der willkürlichen Muskulatur beobachtet wurden. Das Geburtsgewicht ist das nach der Geburt des Neugeborenen zuerst festgestellte Gewicht. Untergewichtig Lebendgeborene (low-birthweight infants) haben ein Geburtsgewicht bis 2 499 g, Lebendgeborene mit einem Geburtsgewicht bis 1 499 g haben ein sehr niedriges Geburtsgewicht (very low birthweight). Normales Geburtsgewicht beträgt 2 500 g und mehr.
Die Darstellung der Lebendgeborenen nach Geburtsgewicht weist Unterschiede zwischen den kreisfreien Städten und Kreisen und einen deutlichen Zusammenhang zur sozialen Lage auf. Der Indikator eignet sich mit der für Nordrhein-Westfalen erarbeiteten Methode zur Bestimmung soziodemographischer Unterschiede zwischen den Regionen eines Landes (soziodemografische Clusteranalyse).

Datenhalter
Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik des Landes Nordrhein-Westfalen

Datenquelle
Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung

Periodizität
Jährlich, 31.12. (ab 2002)

Validität
Im vorliegenden Indikator werden die in der Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung erhobenen Lebendgeborenen nach dem Wohnort der Mutter erfasst. Die Angaben sind vollständig, nur für einige Lebendgeborene (ca. 2 ‰) fehlt das Geburtsgewicht. Im Indikator sind Kinder mit deutscher und ausländischer Staatsbürgerschaft enthalten.

Kommentar
Das Geburtsgewicht ist von der Reife eines Neugeborenen zu unterscheiden. Dennoch bedeutet ein erniedrigtes Geburtsgewicht häufig auch eine mangelnde Reife und eine stationäre Aufnahme in einer Kinderklinik, um das Neugeborene zu überwachen und mit entsprechender Unterstützung (Inkubator und andere medizinische Maßnahmen) sein weiteres Gedeihen sicherzustellen.
Die Ursachen für untergewichtig Neugeborene sind vielfältig und reichen von sozialen Faktoren (Status der Alleinerziehenden) über das Gesundheitsverhalten (Nikotinabusus, mangelhafte Inanspruchnahme der Schwangerschaftsvorsorge) bis zu gesundheitlichen Faktoren (Infektionen oder andere Erkrankungen der Mutter und des Kindes).

Vergleichbarkeit
Es gibt keine vergleichbaren WHO-, OECD- oder EU-Indikatoren zu untergewichtig Lebendgeborenen auf regionaler Ebene.

Originalquellen
Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW
Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung 2002 ff.

Dokumentationsstand
27.07.2005, Niedersächsisches Landesgesundheitsamt/lögd

Indikator 6.02
Versorgungsgrad mit an der vertragsärztlichen Tätigkeit teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten nach Fachgebieten, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, Jahr

Definition
Der Versorgungsgrad dient als Maßzahl zur Beschreibung von Ressourcenmengen, die für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung zur Verfügung stehen. Der Versorgungsgrad mit an der vertragsärztlichen Tätigkeit teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten wird anhand der Verhältniszahlen der Bedarfsplanung der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) dargestellt. Zur Arztgruppe der Psychotherapeuten gehören gemäß § 101 Abs. 4 Satz 1 SGB V die überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte sowie die Psychologischen Psychotherapeuten und die Kinder- und Jugendlichentherapeuten.
Auf der Grundlage von Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Bedarfsplanung in der vertragsärztlichen Versorgung werden Verhältniszahlen für den allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad herausgegeben (Grundlage §§ 99 – 105 SGB V). Die Bundesrepublik wird in Raumordnungsregionen nach unterschiedlichen Verdichtungsräumen gegliedert. Kreise und kreisfreie Städte werden verschiedenen Kreisgruppen zugeordnet. Auf dieser Grundlage wird ein differenzierter Versorgungsgrad als Ausgangsrelation für die Feststellung von Überversorgung oder Unterversorgung ermittelt. Eine Unterversorgung liegt vor, wenn der Stand der hausärztlichen Versorgung den in den Planungsblättern ausgewiesenen Bedarf um mehr als 25 % bzw. denjenigen der fachärztlichen Versorgung um mehr als 50 % unterschreitet. Eine Überversorgung liegt vor, wenn eine Überschreitung der örtlichen Verhältniszahl von mehr als 10 % vorliegt (bezogen auf örtliche Einwohner/Arztrelation).

Datenhalter
· Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
· Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe

Datenquelle
Planungsdaten für die ärztliche Versorgung

Periodizität
Jährlich, 31.12.

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

Kommentar
Für den Regionalvergleich des Versorgungsgrades mit an der vertragsärztlichen Tätigkeit teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten nach Fachgebieten ist eine Basistabelle der Kreise und kreisfreien Städte erforderlich. Die Berechnung des Versorgungsgrades erfolgt mit allgemeinen Verhältniszahlen – Einwohner je Arzt – nach definierten Raumgliederungen. Der Versorgungsgrad ist festgelegt in den Bedarfsplanungsrichtlinien-Ärzte vom 09. März 1993, zuletzt geändert am 31. Dezember 2004, in Kraft getreten am 15. Mai 2005.

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

Originalquellen
Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein, Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe
Bedarfsplan für die vertragsärztliche Versorgung
Planungsblätter für die fachärztliche Versorgung 2002 ff.

Dokumentationsstand
06.10.2005, Senatsverwaltung f. Gesundheit, Soziales u. Verbraucherschutz Berlin/lögd

Indikator 6.10 02
Betten in stationären und teilstationären Gesundheitseinrichtungen für Suchtkranke, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, Jahr

Definition
Generell umfasst die Suchtbehandlung, anerkannt gemäß der Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger vom 04.05.2001, die akutmedizinische Entzugsbehandlung sowie die Entwöhnungsbehandlung, die als ambulante oder stationäre Form medizinischer Rehabilitation erfolgen kann. Die Kosten werden in der Regel von Krankenkassen und Rentenversicherungen bzw., bei Suchtkranken, die weder den Schutz der Kranken- bzw. Rentenversicherungen genießen, von den Sozialhilfeträgern übernommen.
Der Indikator 6.10_02 weist die Betten, bzw. Plätze in stationären und teilstationären Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe der Landschaftsverbände in Nordrhein-Westfalen im regionalen Vergleich aus.
Unter Suchtkrankenbehandlung werden die Betten für die stationäre bzw. die Plätze für die teilstationäre Entzugsbehandlung (sog. Entgiftung) nach SGB V angegeben (sowohl für die Behandlung Alkohol-, Medikamenten-, und Drogenabhängiger als auch für die Behandlung nicht stoffgebundener Süchte).
Unter Suchtentwöhnung werden die Betten für die stationäre, bzw. die Plätze für die teilstationäre suchtmedizinische Rehabilitation Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängiger zu Lasten der Rentenversicherungsträger aufgeführt.
Unter Maßregelvollzug werden die Betten für suchtkranke Straftäter in forensischen Fachkliniken in der Trägerschaft der Landschaftsverbände erfasst. Rechtsgrundlage für die Aufnahme ist eine gerichtliche Verurteilung nach § 64 StGB zu einer Maßregel der Besserung und Sicherung in einer Entziehungsanstalt.

Datenhalter
· Landschaftsverband Rheinland
· Landschaftsverband Westfalen-Lippe

Datenquelle
Psychiatrische Basisdokumentation

Periodizität
Jährlich, 31.12.

Validität
Die Informationen durch die Landschaftsverbände sind datenbankbasiert und durch die Mitarbeiter in den Fachbereichen plausibilisiert und qualitätsgesichert.

Kommentar
Die Angaben im Indikator beziehen sich ausschließlich auf die Kliniken für Erwachsenenpsychiatrie, die den Landschaftsverbänden unterstehen.

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

Originalquellen
Landschaftsverband Rheinland und Landschaftsverband Westfalen-Lippe
Betten, bzw. Plätze für Suchtbehandlung 2003 ff.
Ausgewählte Tabellen

Dokumentationsstand
20.04.2006 Landschaftsverband Rheinland/lögd

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

Definition
Der vorliegende Indikator gibt Auskunft über die Zahl von Menschen mit Behinderungen in Einrichtungen des Ambulant Betreuten Wohnens im regionalen Vergleich. Wohnen im Rahmen der Eingliederungshilfe bezieht sich auf körperlich, geistig, seelisch behinderte Menschen und Suchtkranke. Die Angaben erfolgen sowohl in absoluter Fallzahl als auch bezogen auf je 100 000 Einwohner im Alter von 18 und mehr Jahren.
Ambulant Betreutes Wohnen ist eine Betreuungsform außerhalb der eigenen Familie für volljährige behinderte Menschen im Sinne von § 39 Abs. 1 Satz 1 BSHG, die einer stationären Hilfe in einer Einrichtung an sich nicht, noch nicht oder nicht mehr bedürften, aber die vorübergehend oder für längere Zeit oder auf Dauer nicht ohne Hilfe selbstständig leben können. Ambulant Betreutes Wohnen kann in Form von Einzel- oder Paarwohnen oder Wohngemeinschaften erfolgen.
Die Verordnung zur Änderung der Verordnung zur Ausführung des Bundessozialhilfegesetzes (AV-BSHG) vom 20.06.2003 regelt u. a. die Übertragung der Zuständigkeit für das ambulante selbstständige Wohnen behinderter Menschen von den örtlichen auf die überörtlichen Sozialhilfeträger. Damit werden Zuständigkeit und Kostenträgerschaft für alle ambulanten, teilstationären und vollstationären Leistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe zum Wohnen bei den Landschaftsverbänden Rheinland und Westfalen-Lippe zusammengeführt. Die Zuständigkeitsverlagerung erfolgt mit dem Ziel, bisherige, sich aus der geteilten Zuständigkeit und Kostenträgerschaft für Ambulant Betreutes Wohnen einerseits und stationäres Wohnen im Rahmen der Eingliederungshilfe andererseits ergebende Hemmnisse für einen flächendeckenden und bedarfsgerechten Auf- und Ausbau von Angeboten selbstständigen Wohnens zu beseitigen und bestehende regionale Unterschiede im Umfang der Angebote auszugleichen.

Datenhalter
· Landschaftsverband Rheinland
· Landschaftsverband Westfalen-Lippe

Datenquelle
Statistik zur Eingliederungshilfe nach § 39 Bundessozialhilfegesetz

Periodizität
Halbjährlich, 30.6. und 31.12., erstmalig 2004

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

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

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

Originalquellen
- Landschaftsverband Westfalen-Lippe
Anzahl der Klienten im Betreuten Wohnen in Westfalen-Lippe, Stichtag: 31.12.2004, Sonderauswertung
- Landschaftsverband Rheinland
Anzahl der Klienten im Betreuten Wohnen im Rheinland, Stichtag: 31.12.2004, Sonderauswertung

Dokumentationsstand:
06.01.2006, Landschaftsverband Rheinland/Landschaftsverband Westfalen-Lippe/lögd

Indikator 6.23 01
Plätze im stationären Wohnen im Rahmen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, Jahr

Definition
Zum 01.07.2003 sind in Nordrhein-Westfalen die Zuständigkeiten für stationäre und ambulante Leistungen der Eingliederungshilfe zum Wohnen bei den beiden Landschaftsverbänden Rheinland und Westfalen-Lippe zusammengeführt worden (Verordnung zur Änderung der Verordnung zur Ausführung des Bundessozialhilfegesetzes (AV-BSHG) vom 20.06.2003)
Der vorliegende Indikator weist die Anzahl der Plätze im stationären Wohnen im Rahmen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen sowie die Platzzahlen pro 100 000 Einwohner im regionalen Vergleich aus. Plätze im Rahmen der Eingliederungshilfe werden für körperlich, geistig und seelisch behinderte Menschen sowie für Suchtkranke bereitgestellt. Unterschieden wird zwischen Plätzen für Erwachsene (ohne Wohnplätze für Kinder und Jugendliche, ohne Internate, ohne Kurzzeitplätze, ohne Pflegeplätze SGB XI für Behinderte) und Plätzen für Kinder und Jugendliche (< 18 Jahre, inklusive Internate).
Stationäres Wohnen bedeutet Leben in einer Wohneinrichtung für behinderte Menschen oder in kleineren Außenwohngruppen mit umfassender Betreuung bis zu 24 Stunden täglich durch feste Bezugspersonen. Der Umfang der Betreuung richtet sich nach den persönlichen Bedürfnissen des behinderten Menschen.

Datenhalter
· Landschaftsverband Rheinland
· Landschaftsverband Westfalen-Lippe

Datenquelle
Statistik zur Eingliederungshilfe nach § 39 Bundessozialhilfegesetz

Periodizität
Halbjährlich, 30.6. und 31.12., erstmalig 2004

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

Kommentar
Gemäß § 4 der Rahmenvereinbarung Eingliederungshilfe Wohnen erstellten die Landschaftsverbände erstmals zum Stichtag 30.06.2004 und seitdem halbjährlich zu den Stichtagen 31.12. und 30.6. eine Übersicht über die in ihrem Gebiet in Anspruch genommenen Angebote an stationären Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung im Bereich Wohnen. Die Übersicht ist nach örtlichen Trägern der Sozialhilfe und nach Ziel- und Altersgruppen aufgegliedert.

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

Originalquellen
- Landschaftsverband Rheinland
Rahmenvereinbarung Eingliederungshilfe Wohnen (§ 4)
Stationäre Wohnplätze für Menschen mit Behinderungen (Erwachsene, Kinder), Sonderauswertung
- Landschaftsverband Westfalen-Lippe
Rahmenvereinbarung Eingliederungshilfe Wohnen (§ 4)
LWL-Platzzahlentwicklung stationäres Wohnen (Erwachsene, Kinder), Sonderauswertung

Dokumentationsstand:
30.01.2006, Landschaftsverband Rheinland/Landschaftsverband Westfalen-Lippe/lögd

Indikator 6.23 02
Personen in stationären Wohneinrichtungen für Menschen mit Behinderungen nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, Jahr

Definition
Die Verordnung zur Änderung der Verordnung zur Ausführung des Bundessozialhilfegesetzes (AV-BSHG) vom 20.06.2003 regelt die Übertragung (vorerst befristet) der Zuständigkeit für das ambulante selbstständige Wohnen behinderter Menschen von den örtlichen auf die überörtlichen Sozialhilfeträger. Damit werden Zuständigkeit und Kostenträgerschaft für alle ambulanten, teilstationären und vollstationären Leistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe zum Wohnen bei den Landschaftsverbänden Rheinland und Westfalen-Lippe zusammengeführt. Die Zuständigkeitsverlagerung erfolgt mit dem Ziel, bisherige, sich aus der geteilten Zuständigkeit und Kostenträgerschaft für ambulant betreutes Wohnen einerseits und stationärem Wohnen im Rahmen der Eingliederungshilfe andererseits ergebende Hemmnisse für einen flächendeckenden und bedarfsgerechten Auf- und Ausbau von Angeboten selbstständigen Wohnens zu beseitigen und bestehende regionale Unterschiede im Umfang der Angebote auszugleichen.
Der vorliegende Indikator gibt Auskunft über die Zahl von Menschen mit Behinderungen in stationären Wohneinrichtungen im regionalen Vergleich. Wohnen im Rahmen der Eingliederungshilfe bezieht sich auf körperlich, geistig, seelisch behinderte Menschen und Suchtkranke. Die Angaben erfolgen sowohl in absoluter Fallzahl als auch bezogen auf je 100 000 Einwohner. Das Verhältnis von ambulanten zu stationären wohnbezogenen Hilfen für Menschen mit Behinderungen wird unter Hinzuziehung des Indikators 6.23 Personen im Ambulant Betreuten Wohnen berechnet.
Erläuterungen zum Ambulant Betreuten Wohnen siehe Indikator 6.23. Stationäres Wohnen bedeutet Leben in einer Wohneinrichtung für behinderte Menschen oder in kleineren Außenwohngruppen mit umfassender Betreuung bis zu 24 Stunden täglich durch feste Bezugspersonen. Der Umfang der Betreuung richtet sich nach den persönlichen Bedürfnissen des behinderten Menschen.

Datenhalter
· Landschaftsverband Rheinland
· Landschaftsverband Westfalen-Lippe

Datenquelle
Statistik zur Eingliederungshilfe nach § 39 Bundessozialhilfegesetz

Periodizität
Halbjährlich, 30.6. und 31.12., erstmalig 2004

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

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

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

Originalquellen
· Landschaftsverband Westfalen-Lippe
Rahmenvereinbarung Eingliederungshilfe Wohnen - stationäres Wohnen zum 31.12.2004, Sonderauswertung
· Landschaftsverband Westfalen-Lippe
Rahmenvereinbarung Eingliederungshilfe Wohnen - stationäres Wohnen zum 31.12.2004, Sonderauswertung

Dokumentationsstand
25.01.2006, Landschaftsverband Rheinland/Landschaftsverband Westfalen-Lippe/lögd

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

Definition
Unter dem Begriff Kariesprophylaxe werden Maßnahmen zur Verhinderung von Zahnerkrankungen (Karies) zusammengefasst. Sie werden unterschieden in Gruppenprophylaxe und Individualprophylaxe. Gesetzliche Grundlage sind für die Gruppenprophylaxe § 21 SGB V, für die Individualprophylaxe § 22 SGB V.
Gemäß § 21 SGB V haben die Krankenkassen im Zusammenwirken mit den Zahnärzten und den für die Zahngesundheitspflege in den Ländern zuständigen Stellen Maßnahmen zur Erkennung und Verhütung von Zahnerkrankungen bei Versicherten, die das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, zu fördern und sich an den Kosten zur Durchführung zu beteiligen. Die Maßnahmen werden vorrangig in Gruppen, insbesondere in Kindergärten und Schulen durchgeführt und sollen sich insbesondere auf Ernährungsberatung, Zahnschmelzhärtung und Mundhygiene erstrecken.
Indikator 7.10 stellt die Anzahl der durch ein- bis viermalige Prophylaxemaßnahmen bzw. -impulse tatsächlich erreichten Vorschul- und Schulkinder dar und weist den Anteil der durch wenigstens eine Karies-Prophylaxemaßnahme erreichten Kinder nach Einrichtungstyp im Regionalvergleich aus. Bezugszahl ist die Anzahl der in allen Einrichtungen gemeldeten Kinder und das Schuljahr.
Ein Vergleich zum Indikator 7.9, der eine Übersicht über das Land darstellt, ist gegeben.

Datenhalter
Landesarbeitsgemeinschaften zur Förderung der Jugendzahnpflege Nordrhein und Westfalen-Lippe

Datenquelle
Dokumentation der Maßnahmen in der Gruppenprophylaxe

Periodizität
Jährlich, nach Schuljahren

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

Kommentar
Der Indikator informiert über die Anzahl und den Anteil von Vorschul- und Schulkindern, die von Maßnahmen der Karies-Gruppenprophylaxe erreicht wurden. Mehrfachzählungen sind möglich, da bis zu 4 Prophylaxemaßnahmen/Schuljahr, in einzelnen Kreisen sogar bis zu 5 Prophylaxemaßnahmen/Schuljahr, durchgeführt werden.

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

Originalquellen
· Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Jugendzahnpflege in Nordrhein im AOK-Landesverband
Dokumentation der Maßnahmen in der Gruppenprophylaxe nach Verwaltungsbezirken
Jahresauswertung Schuljahr 2003/2004 ff.
· Arbeitskreis Zahngesundheit Westfalen-Lippe
Dokumentation der Maßnahmen in der Gruppenprophylaxe nach Verwaltungsbezirken
Jahresauswertung Schuljahr 2003/2004 ff.

Dokumentationsstand
21.03.2006, Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg/lögd

Indikator 7.23 01
Methadon-Substitutionsbehandlung - Substituierende Ärzte, substituierte Patienten nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, Jahr

Definition
In NRW ab 1987 zunächst als wissenschaftlich begleitetes Erprobungsverfahren eingeführt, hat sich die Substitutionsbehandlung opiatabhängiger Personen inzwischen etabliert und bewährt.
Zu beachten sind die einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen, insbesondere des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) und der Betäubungsmittelverschreibungs-Verordnung (BtMVV). Voraussetzung für die Substitution Opiatabhängiger ist gemäß § 5 Abs. 2 BtMVV das Vorliegen einer suchttherapeutischen Qualifikation des behandelnden Arztes. Diese wird von den Ärztekammern nach dem allgemeinen anerkannten Stand der Wissenschaft festgelegt (s. Richtlinie der Bundesärztekammer vom 22.März 2002). Ausnahme: bis zu drei Substitutionspatienten können bei regelmäßiger Hinzuziehung eines Konziliarius auch von einem Arzt ohne Fachkundenachweis betreut werden (§ 5 Abs. 3 BtMVV). Gesonderte Richtlinien des Bundesausschusses Ärzte und Krankenkassen sind für die Substitution zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung zu berücksichtigen (BUB-Richtlinien vom 28. Oktober 2002).
Gemäß § 5 a BtMVV führt das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (Bundesopiumstelle) für die Länder als vom Bund entliehenes Organ ein Register mit Daten über das Verschreiben von Substitutionsmitteln (Substitutionsregister). Seit dem 1.7.2002 ist jeder Arzt, der eine Substitutionsbehandlung bei einem opiatabhängigen Patienten durchführt, verpflichtet, diese unverzüglich dem Substitutionsregister zu melden. Ebenfalls verpflichtend ist die Abmeldung, wenn die Behandlung beendet ist. Die An- und Abmeldeverpflichtung gegenüber dem Substitutionsregister besteht unabhängig vom Versicherungsstatus des Patienten (privat, KV, ect.).
Im Indikator werden die Anzahl der substituierenden Ärzte insgesamt (gemäß § 5 Abs. 2 und 3 BtMVV) und die Anzahl der mit Methadon bzw. anderen Opiat-Ersatzmedikamenten substituierten Patienten im Regionalvergleich für den Zeitraum 1.1 bis 31.12. des jeweiligen Berichtsjahres dargestellt. Dabei wird die Anzahl der Patienten nicht nach dem Wohnsitz der Patienten ausgewiesen, sondern dem Kreis oder der kreisfreien Stadt zugeordnet, in der sie substituiert werden.

Datenhalter
Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) - Bundesopiumstelle

Datenquelle
Substitutionsregister

Periodizität
Jährlich

Validität
Wegen der erforderlichen Genehmigung zur Substitutionsbehandlung wird eine vollständige Erfassung der substituierenden Ärzte vorausgesetzt. Die Vollständigkeit der Patientenzahlen hängt von der Einhaltung der An- und Abmeldepflicht der behandelnden Ärztinnen und Ärzte ab. Da das Substitutionsregister alle gemeldeten Patienten, unabhängig vom Versicherungsstatus des Patienten (privat, KV, etc.), ausweist, ist die Zahl der behandelten Patienten deutlich höher als im Indikator 7.23_01 des Jahres 2004, da in den dort genutzten Zahlen der Kassenärztlichen Vereinigungen Privatpatienten nicht mit einbezogen waren.

Kommentar
Aufgelistet sind alle Ärzte, die nach § 5 Abs. 2 BtMVV mit suchttherapeutischer Qualifikation und nach § 5 Abs. 3 ohne Fachkundenachweis im jeweiligen Berichtszeitraum Substitutionsmittel verschrieben haben.

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

Originalquellen
Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) - Bundesopiumstelle
Substitutionsstatistik nach § 5a Abs. 7 BtMVV
Ausgewählte Tabellen 2005 ff.

Dokumentationsstand
17.05.2006, lögd

Indikator 7.34
Pflegegeldempfänger nach Pflegestufen und Geschlecht, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, Jahr

Definition
Der Indikator gibt Auskunft über die absolute Anzahl von Pflegegeldempfängern und über die prozentuale Verteilung auf die einzelnen Pflegestufen. Dargestellt wird neben dem Landesergebnis auch die Häufigkeit von Pflegegeldempfängern in den einzelnen Regionen (Kreisen, kreisfreien Städten und Regierungsbezirken). Die Angaben erfolgen für Frauen und Männer getrennt. Als pflegebedürftig werden alle Personen erfasst, die aufgrund der Entscheidung der Pflegekasse bzw. privater Versicherungsunternehmen eine Pflegestufe I - III (einschließlich Härtefälle) haben. Der Grad der Pflegebedürftigkeit wird unterschieden in:

· Pflegebedürftige der Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige)

sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

· Pflegebedürftige der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige)

sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

· Pflegebedürftige der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige)

sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

Die Definitionen und Abgrenzungen der Statistik beruhen auf dem Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI). Die Rechtsgrundlage für die Statistik bildet ebenfalls das SGB XI (§ 109 Abs. 1 in Verbindung mit der Pflegegeldstatistikverordnung vom 24.11.1999, BGBL. I S. 2282). Die Zahl der Pflegegeldempfänger wird vom Statistischen Bundesamt bei den Spitzenverbänden der Pflegekassen erhoben, die Ergebnisse werden den Ländern zur Verfügung gestellt.

Datenhalter: Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik des Landes Nordrhein-Westfalen

Datenquelle: Pflegestatistik

Periodizität: Zweijährlich, 15.12.; erstmalig 1999

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

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

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

Originalquellen
· Pflegeeinrichtungen und Pflegegeldleistungen in Nordrhein-Westfalen (Düsseldorf: Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW, 2002 ff. (Statistische Berichte LDS))
· Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW: http://www.lds.nrw.de

Dokumentationsstand
29.03.2005, Ministerium f. Soziales, Gesundheit u. Verbraucherschutz Schleswig-Holstein/Sozialministerium Mecklenburg-Vorpommern/lögd

Indikator 7.36
In stationären und teilstationären Pflegeeinrichtungen betreute Pflegebedürftige nach Pflegestufen und Geschlecht, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, Jahr

Definition
Der Indikator gibt Auskunft über die absolute Zahl von Pflegebedürftigen, die in stationären und teilstationären Pflegeeinrichtungen betreut werden, und über die prozentuale Verteilung der Pflegebedürftigen nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegestufe). Dargestellt werden neben dem Landesergebnis auch die entsprechenden Zahlen für die einzelnen Regionen (Kreise, kreisfreie Städte, Regierungsbezirke). Die Angaben erfolgen für Frauen und Männer getrennt.
Als pflegebedürftig werden alle Personen erfasst, die aufgrund der Entscheidung der Pflegekasse bzw. privater Versicherungsunternehmen eine Pflegestufe I - III (einschließlich Härtefälle) haben. Der Grad der Pflegebedürftigkeit wird unterschieden in:
· Pflegebedürftige der Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige)
sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigsten zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
· Pflegebedürftige der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige)
sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
· Pflegebedürftige der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige)
sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen. Voll- und teilstationäre Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime) sind Einrichtungen, in denen Pflegebedürftige unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft gepflegt werden und ganztägig (vollstationär) und/oder nur tagsüber oder nur nachts (teilstationär) untergebracht und verpflegt werden können. Die Definitionen und Abgrenzungen der Statistik beruhen auf dem Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI). Die Rechtsgrundlage für die Statistik bildet ebenfalls das SGB XI (§ 109 Abs. 1 in Verbindung mit der Pflegegeldstatistikverordnung vom 24.11.1999, BGBL. I S. 2282). Auskunftspflichtig sind die Träger der stationären und teilstationären Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime), mit denen ein Versorgungsvertrag gemäß SGB XI § 72 besteht bzw. die gemäß § 73 Abs. 3 und 4 Bestandsschutz genießen und danach zugelassen sind.

Datenhalter: Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik des Landes Nordrhein-Westfalen

Datenquelle: Pflegestatistik

Periodizität: Zweijährlich, 15.12.; erstmalig 1999

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

Kommentar
Im Indikator sind Personen, die sich in stationären Pflegeeinrichtungen befinden und keiner Pflegestufe zugeordnet sind (Pflegestufe 0), nicht enthalten. Der Anteil der Personen, der Kombinationsleistungen in Anspruch nimmt, kann in dem vorliegenden Indikator nicht gesondert ausgewiesen werden.

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

Originalquellen
Pflegeeinrichtungen und Pflegegeldleistungen in Nordrhein-Westfalen (Düsseldorf: Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW, 2002 ff. (Statistische Berichte LDS)) und Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW: http://www.lds.nrw.de

Dokumentationsstand
29.03.2005, Ministerium f. Soziales, Gesundheit u. Verbraucherschutz Schleswig-Holstein/Sozialministerium Mecklenburg-Vorpommern/lögd

Indikator 8.08
Ärztinnen/Ärzte und Zahnärztinnen/Zahnärzte in ambulanten Einrichtungen, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, Jahr

Definition
Im Indikator 8.8 werden die Ärzte in Personen ausgewiesen, die an der vertragsärztlichen Versorgung als Haus-, Fach- und Zahnärzte teilnehmen sowie die regionale Versorgungsdichte. Erläuterungen der Begriffe ambulante Einrichtungen, vertragsärztliche, hausärztliche und fachärztliche Versorgung sind in den Indikatoren 8.5 und 8.7 zu finden. Ab 2002 enthält der Indikator auch die Anzahl der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Anästhesisten und ärztlichen Psychotherapeuten, die im bisherigen Indikator 6.1 nicht einbezogen waren.
Die in ambulanten Einrichtungen tätigen psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit psychotherapeutischem Versorgungsauftrag sind im Indikator 8.13 enthalten.
Unter Zahnärzten versteht man Zahnärzte, Kieferorthopäden und Oralchirurgen.

Datenhalter
Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein, Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe, Kassenzahnärztliche Vereinigung Nordrhein, Kassenzahnärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe, Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW

Datenquelle
- Ärzteregister der KV Nordrhein und der KV Westfalen-Lippe
- Zahnärzteregister der der KZV Nordrhein und der KZV Westfalen-Lippe
- Fortschreibung des Bevölkerungsstandes

Periodizität
Jährlich, 31.12.

Validität
§ 95 SGB V Abs. 2 regelt die Eintragung der Ärzte und Zahnärzte in Ärzteregister der Kassenärztlichen/Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KV/KZV) als Voraussetzung für die Zulassung als Vertragsarzt/Vertragszahnarzt. Bedingt durch die Meldepflicht sowie Zulassungs- bzw. Ermächtigungsordnung ist von einer guten Datenqualität auszugehen.

Kommentar
Im vorliegenden Indikator sind in ambulanten Einrichtungen tätige Ärzte und Zahnärzte mit vertragsärztlichem/vertragszahnärztlichem Versorgungsauftrag enthalten, einschließlich der bei ihnen gemäß Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV), bzw. gemäß Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte (Zahnärzte-ZV) angestellten Ärzte und Zahnärzte. Praktische Ärzte sowie Ärzte ohne Gebietsbezeichnung sind in der Regel als Hausärzte tätig.
Die verwendeten Zahlen sind Stichtagszahlen der Kassenärztlichen/Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, bezogen auf die Gesamtbevölkerungszahl zum 31.12. jeden Jahres. Der Bezug auf die Wohnbevölkerung lässt außer Acht, dass Patienten auch von Ärzten/Zahnärzten einer angrenzenden Region versorgt werden können.

Vergleichbarkeit
Es gibt keine vergleichbaren WHO-/OECD- und vorgesehene EU-Indikatoren über ambulant tätige Ärzte und Zahnärzte im regionalen Vergleich.

Originalquellen
Kassenärztliche Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe
Bedarfsplan für die vertragsärztliche Versorgung
Planungsblätter für die fachärztliche Versorgung 2002 ff.
Kassenzahnärztliche Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe
Bedarfsplan für die vertragszahnärztliche Versorgung
Planungsblätter für die zahnärztliche und kieferorthopädische Versorgung 2002 ff.

Dokumentationsstand
31.01.2005, Senatsverwaltung f. Gesundheit, Soziales u. Verbraucherschutz Berlin/lögd/Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein/Statistisches Bundesamt

Indikator 8.13
Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in ambulanten Einrichtungen, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, Jahr

Definition
Im Indikator 8.13 werden alle Psychotherapeuten in Personen ausgewiesen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Der Indikator reflektiert den Versorgungsgrad und inwieweit eine ausgewogene Relation zwischen ärztlichen Psychotherapeuten(40 %) und psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichentherapeuten (60 %) besteht. Im § 72 SGB V und in dem am 1.1.1999 in Kraft getretenen Psychotherapeutengesetz ist die Teilnahme der psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- u. Jugendlichentherapeuten an der vertragsärztlichen Versorgung geregelt. § 101 (4) SGB V setzt den Anteil der ärztlichen Psychotherapeuten an der vertragsärztlichen Versorgung mit 40 % fest. Da der Versorgungsgrad für Psychotherapeuten insgesamt errechnet wird, kann es, trotz einer sich aus diesem Wert ergebenen Überversorgung, noch zu möglichen Neuniederlassungen ärztlicher Psychotherapeuten kommen, um den Anspruch auf den Mindestversorgungsanteil jeder Fachgruppe zu berücksichtigen.
Die Erläuterungen der Begriffe ambulante Einrichtungen und vertragsärztliche Versorgung sind dem Indikator 8.5 und dem Indikator 8.7 sinngemäß zu entnehmen.

Datenhalter
· Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
· Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe

Datenquelle
· Ärzteregister der KV Nordrhein
· Ärzteregister der KV Westfalen-Lippe

Periodizität
Jährlich, 31.12.

Validität
§ 95 SGB V Abs. 2 regelt die Eintragung der Ärzte/Zahnärzte/Psychotherapeuten in Ärzteregister der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) als Voraussetzung für die Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung. Bedingt durch die Meldepflicht sowie Zulassungs- bzw. Ermächtigungsordnung ist von einer guten Datenqualität auszugehen.

Kommentar
Im vorliegenden Indikator sind nur in ambulanten Einrichtungen tätige Psychotherapeuten mit vertragsärztlichem Versorgungsauftrag enthalten.
Die verwendeten Zahlen sind Stichtagszahlen der Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe bezogen auf die Gesamtbevölkerungszahl am 31.12. jeden Jahres.

Vergleichbarkeit
Es gibt keine Indikatoren in den WHO-, OECD- und EU-Indikatorensätzen zu Psychotherapeuten.

Originalquellen
Kassenärztliche Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe
Bedarfsplan für die vertragsärztliche Versorgung
Planungsblätter für die fachärztliche Versorgung 2002 ff.

Dokumentationsstand
02.02.2005, Senatsverwaltung f. Gesundheit, Soziales u. Verbraucherschutz Berlin/lögd/Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein/Statistisches Bundesamt

Indikator 8.15
Physiotherapeutinnen/Physiotherapeuten, Masseurinnen/Masseure, med. Bademeisterinnen/ Bademeister in ambulanten Einrichtungen nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, Jahr

Definition
Durch die Zunahme von Erkrankungen des Bewegungsapparates ist es für die therapeutische Versorgung der Bevölkerung notwendig, den Versorgungsgrad mit Physikalischen Therapeuten im Indikator 8.15 nachzuweisen. Die Ausübung der Berufe des Physiotherapeuten sowie des Masseurs und medizinischen Bademeisters wird durch das Gesetz über die Berufe in der Physiotherapie (Masseur- und Physiotherapeutengesetz - MPhG) vom 26. Mai 1994 geregelt. Durch das neue Berufsgesetz wurde auch die frühere Berufsbezeichnung Krankengymnast durch die Bezeichnung Physiotherapeut ersetzt.
In diesem Indikator wird, wie im Indikator 8.14, der Begriff ambulante Einrichtungen entsprechend der Klassifikation der Einrichtungen der Gesundheitspersonalrechnung des Statistischen Bundesamtes definiert. Zu ambulanten Einrichtungen gehören z. B. Arzt-/Zahnarztpraxen, Praxen sonstiger medizinischer Berufe, Einrichtungen der ambulanten Pflege und sonstige ambulante Einrichtungen. Erfasst werden selbstständige Physiotherapeuten, Masseure und med. Bademeister in Niederlassungen und angestellte Physikalische Therapeuten in den verschiedenen ambulanten Einrichtungen.
Die angestellten Physikalischen Therapeuten in ambulanten Einrichtungen erhält man durch Subtraktion der im Krankenhaus und in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen tätigen Physiotherapeuten (Krankenhausstatistik) von der Zahl der Physiotherapeuten etc. (Berufsgruppe 852 „ Masseure, Krankengymnasten und verwandte Berufe) aus der Statistik der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten. Für die Gesamtzahl der in ambulanten Einrichtungen Tätigen muss nun die Zahl der selbstständig tätigen Physikalischen Therapeuten (IKK-Nordrhein, AOK Westfalen-Lippe) addiert werden.
Zur Darstellung der Versorgungssituation in den Regionen wird der Bezug von Physikalischen Therapeuten in ambulanten Einrichtungen zur Bevölkerung hergestellt.

Datenhalter
IKK-Nordrhein, AOK Westfalen-Lippe, Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik des Landes Nordrhein-Westfalen

Datenquelle
Sondererhebung, Beschäftigtenstatistik, Krankenhausstatistik, Teil I - Grunddaten, Fortschreibung des Bevölkerungsstandes

Periodizität: Jährlich, 31.12.

Validität
Durch das Zusammenführen verschiedener Datenquellen kann das Ergebnis nur einen Schätzwert darstellen. Die Übersicht ist nach dem Aussetzen der Statistik der Berufe des Gesundheitswesens möglicherweise unvollständig oder gar nicht mehr vorhanden.

Kommentar
Gegenwärtig liegen die Zahlen nur auf Bundesebene im Rahmen der Gesundheitspersonalrechnung vor. Auf Länderebene können nur Hilfskonstruktionen wie die angegebene verwendet werden. Da die Statistik der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten nicht nach ambulanten und stationären Einrichtungen unterscheidet, müssen die Angaben aus mehreren Datenquellen berechnet werden. Die verwendeten Zahlen sind Stichtagszahlen des Landesamtes für Datenverarbeitung und Statistik NRW, bezogen auf die Gesamtbevölkerungszahl am 31.12.

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

Originalquellen
- IKK-Nordrhein, AOK Westfalen-Lippe (Sondererhebung zu Einrichtungen der Physikalischen Therapie)
- Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik des Landes Nordrhein-Westfalen (Beschäftigtenstatistik, Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in Gesundheitsberufen, Sonderauswertung 2002 ff., Krankenhausstatistik, Teil I - Grunddaten, Personal der allgemeinen und sonstigen Krankenhäuser sowie Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, Sonderauswertung 2002 ff.)

Dokumentationsstand
15.12.2005, Senatsverwaltung f. Gesundheit, Soziales u. Verbraucherschutz Berlin/lögd/Statistisches Bundesamt

Indikator 8.16 01
Ambulant tätige Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, Jahr

Definition
Der Indikator 8.16_01 gibt Auskunft über Heilpraktiker und die Versorgungsdichte.
Heilpraktiker ist die Berufsbezeichnung für Personen, die eine staatliche Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde besitzen. Die staatliche Erlaubnis zur Berufsausübung wird nach Überprüfung zum Ausschluss einer Gefahr für die Volksgesundheit durch die untere Gesundheitsbehörde erteilt. Die Erlaubnis kann nur erteilt werden, wenn der Antragsteller das 25. Lebensjahr erreicht hat, Bürger eines EU-Staates ist, eine abgeschlossene Schulbildung nachweisen kann und die Zuverlässigkeit zur Berufsausübung gegeben ist.
Grundlage für die Erteilung der o. g. Erlaubnis ist das Heilpraktikergesetz von 1939 in Verbindung mit der ersten Durchführungsverordnung zum Heilpraktikergesetz und die Richtlinie zur Durchführung des Heilpraktikergesetzes des Ministeriums für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen vom 18.05.1999.
Der moderne Heilpraktikerberuf gliedert sich nach der Neufassung des Psychotherapeutengesetzes in den allgemein praktizierenden Heilpraktiker und den 1993 eingeführten eingeschränkten Heilpraktiker mit Zulassung auf dem Gebiet der Psychotherapie.
Heilpraktiker mit Vollzulassung sind zu beschränkter diagnostischer und therapeutischer Tätigkeit berechtigt. Sie wenden u. a. Methoden der Naturheilkunde oder andere Lehren der sogenannten Alternativmedizin an und führen Zusatzbezeichnungen zur obligatorischen Berufsbezeichnung Heilpraktiker wie z. B. Homöopathie, Akupunktur, Bioenergetik oder Atemtherapie. Maximal dürfen 3 Zusatzbezeichnungen (Heilverfahren) angegeben werden, eine verbindliche gesetzliche Grundlage besteht nicht.
Heilpraktikern für Psychotherapie ist generell jede Verordnung von Medikamenten und jede körperliche Behandlung untersagt. Sie dürfen nur psychotherapeutisch wirken. Von ihnen werden z. B. die systemische Familientherapie, autogenes Training und Hypnose angeboten.

Datenhalter
Untere Gesundheitsbehörden des Landes Nordrhein-Westfalen

Datenquelle
Heilpraktikererhebung

Periodizität
Jährlich, erstmals 2005

Validität
Wegen der zum Teil nicht wahrgenommenen An- oder Abmeldungen durch die Heilpraktiker geben die Zahlenangaben nur den gemeldeten Stand wieder, jedoch nicht unbedingt die Anzahl der tatsächlich tätigen Heilpraktiker. Angaben zu Heilpraktikern, zur Nebenberuflichkeit und zu Praxisgemeinschaften liegen nicht für alle Kreise und kreisfreien Städte vor und sind auch nicht vollständig.

Kommentar
Die Kreise und kreisfreien Städte sind als untere Gesundheitsbehörde für die Kenntnisüberprüfung und Erteilung der Erlaubnis zuständig. Die Zulassung wird aufgrund einer amtlich durchgeführten Kenntnisüberprüfung gewährt, die in dem für den Wohnsitz des Antragstellers zuständigen Gesundheitsamt durchgeführt wird.
Mit dieser Untersuchung wurden, erstmals nach mehrjähriger Unterbrechung durch das Aussetzen der Statistik der Berufe des Gesundheitswesens, Daten zur Anzahl von Heilpraktikern in Nordrhein-Westfalen erhoben.
Die Zahl der Heilpraktiker in diesem Indikator stimmt mit der aus der Gesundheitspersonalrechnung für NRW geschätzten Zahl im Indikator 8.16 nicht überein.

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

Originalquellen
Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (loegd), Bestand zugelassener Heilpraktiker in NRW, Sondererhebung der Regierungsbezirke 2005 ff.

Dokumentationsstand
08.02.2006, lögd/Kooperation Deutscher Heilpraktikerverbände e.V./Senatsverwaltung f. Gesundheit, Soziales u. Verbraucherschutz Berlin

Indikator 8.19
Personal im Pflegedienst in allgemeinen und sonstigen Krankenhäusern nach Berufen, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, Jahr

Definition
Grundlage für eine hohe Pflegequalität ist gut ausgebildetes Pflegepersonal. Im Indikator 8.19 wird das Pflegepersonal der allgemeinen und, ab dem Berichtsjahr 2004, der sonstigen Krankenhäuser nach Krankenhausstatistikverordnung (KHStV) (Erklärungen hierzu sind im Indikator 8.17 nachlesbar) nach Berufen und Geschlecht differenziert im Regionalvergleich dargestellt. Die Zahl der ausgewiesenen Pflegekräfte enthält voll- und teilzeitbeschäftigte Personen. Sonstige Pflegepersonen beinhaltet Krankenpflegepersonal (ohne staatliche Prüfung) einschließlich Zivildienstleistende und Praktikanten.
Das Personal im Pflegedienst in Krankenhäusern ist in der Gesundheitspersonalrechnung des Bundes in den übrigen Gesundheitsdienstberufen enthalten.

Datenhalter
Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik des Landes Nordrhein-Westfalen

Datenquelle
Krankenhausstatistik, Teil I - Grunddaten

Periodizität
Jährlich, 31.12.

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

Kommentar
Da die Ergebnisse für die allgemeinen und sonstigen Krankenhäuser in NRW ab dem Berichtsjahr 2004 nur noch zusammengefasst, d. h. für die Krankenhäuser insgesamt, veröffentlicht werden, weist der Indikator 8.19 ab dem Berichtsjahr 2004 zusätzlich zu dem Pflegepersonal der allgemeinen Krankenhäuser auch das Pflegepersonal der sonstigen Krankenhäuser aus.
Das neue Krankenpflegegesetz (KrPflG) verändert die bisherigen Berufsbezeichnungen Krankenschwester/-pfleger und Kinderkrankenschwester/-pfleger. Die neuen Berufsbezeichnungen lauten ab 1. Januar 2004 „Gesundheits- und Krankenpfleger/-in“, bzw. „Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in“. Nach altem Gesetz examinierte Pflegekräfte dürfen die alte Berufsbezeichnung weiterführen.
Die verwendeten Zahlen sind Stichtagszahlen der Krankenhausstatistik des Landesamtes für Datenverarbeitung und Statistik NRW zum 31.12. jeden Jahres.

Vergleichbarkeit
Es gibt keine vergleichbaren Indikatoren im WHO-, OECD- und im vorgesehenen EU-Indikatorensatz auf regionaler Ebene.

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

Dokumentationsstand
01.12.2006, Senatsverwaltung f. Gesundheit, Soziales u. Verbraucherschutz Berlin/lögd/Statistisches Bundesamt

Indikator 8.27
Personal kommunaler Dienststellen (Gesundheitsverwaltung und sonstige Einrichtungen der Gesundheitspflege) nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, Jahr

Definition
Indikator 8.27 fasst das Personal kommunaler Dienststellen der Gesundheitsverwaltung und der Einrichtungen der Gesundheitspflege, differenziert nach kreisfreien Städten und Kreisen, Geschlecht und dem Umfang des Beschäftigungsverhältnisses zusammen. Gemäß den Zuordnungsvorschriften zum Gliederungsplan kommunaler Haushalte gehören zur Gesundheitsverwaltung:

- Gesundheitsamt, Medizinalaufsicht, Apothekenaufsicht
- Verwaltungsaufgaben des

Gesundheitsschutzes, z. B. Seuchenvorsorge, Desinfektionen, Seuchenabwehr, Impfwesen,
der Gesundheitspflege, z. B. schulärztlicher und schulzahnärztlicher Dienst,
der Gesundheitserziehung und der Gesundheitsberatung,
zu Sonstigen Einrichtungen und Maßnahmen der Gesundheitspflege:

- Ambulatorien, Bakteriologische und Chemische Untersuchungsanstalten als Einrichtungen des Gesundheitsdienstes, Desinfektionsanstalten, Entseuchungsanstalten
- Gemeindepflegestationen, Gemeindeschwesternstationen, Hebammenfortbildungskurse, Krankenpflegestationen
- Mütterberatungsstellen, Mütterschulungskurse
- Sanitätsdienst
- Ärztliche Auskunfts- und Beratungsstellen
- Rettungsstationen, Rettungsstellen, Unfallmeldestellen, Unfallstationen
- Als Einrichtungen der Gesundheitspflege: Drogenberatung, Sozialstationen, Altenpflegeseminar u. ä.
- Fleischbeschau

Zu den Teilzeitbeschäftigten zählen auch die geringfügig Beschäftigten sowie Altersteilzeitbeschäftigte in der Arbeitsphase des Blockmodells (sofern nicht Vollzeitbeschäftigt) sowie des Teilzeitmodells. Altersteilzeitbeschäftigte in der Freistellungsphase des Blockmodells bleiben ebenso unberücksichtigt wie beurlaubte Bedienstete. Vollzeitäquivalente sind das Aggregat der Vollzeitbeschäftigten sowie der über die Arbeitszeitfaktoren (AZF) auf Vollzeitstellen umgerechneten Anzahl der Teilzeitbeschäftigten; geringfügig Beschäftigte, die keine Kennung des AZF haben, mussten dabei unberücksichtigt bleiben.

Datenhalter: Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik des Landes Nordrhein-Westfalen

Datenquelle: Personalstandstatistik

Periodizität: Jährlich, 30. Juni

Validität
Die Personalstandstatistik wird jährlich zum Stichtag 30. Juni als Vollerhebung durchgeführt. Folglich sind stichprobenbedingte Fehler ausgeschlossen. Bei einer Vollerhebung sind nicht- stichprobenbedingte Fehler (z. B. Messfehler) nicht völlig zu vermeiden, werden aber durch die Anbindung an die Personalabrechnungsstellen sowie durch entsprechend konzipierte Plausibilitätsprüfungen im Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW minimiert, so dass die Ergebnisse den hohen Qualitätsstandards der amtlichen Statistik im vollen Umfang genügen.

Kommentar
Gem. § 6 des Gesetzes über die Statistiken der öffentlichen Finanzen und des Personals im öffentlichen Dienst (Finanz- und Personalstatistikgesetz – FPStatG) vom 6. März 2006 (BGBl. I S. 439) führt das Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW jährlich zum Stichtag 30.Juni eine Erhebung über die Beschäftigten der öffentlichen Arbeitgeber und dabei u. a. der Gemeinden und Gemeindeverbände durch (Personalstandstatistik). Im Indikator dargestellt werden ausschließlich Beschäftigte, die von den Kommunen bezahlt werden. Vom Land, den Bezirksregierungen und den Landschaftsverbänden bezahlte Beschäftigte sind derzeit nicht enthalten. Alle voll- und teilzeitbeschäftigten Personen werden auch auf Vollzeitäquivalente umgerechnet.

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

Originalquellen
LDS. Informationssystem Finanzstatistik (ISF): Ausgewählte Angaben aus der Personalstandstatistik 2005 ff.

Dokumentationsstand
18.10.2006, Landesamt f. Datenverarbeitung u. Statistik NRW/lögd

Nutzerbefragung zur Fortschreibung 2006

Um unsere Gesundheitsberichterstattung nutzerorientiert weiterentwickeln zu können, würden wir uns freuen, wenn sie diesen Fragebogen ausgefüllt an das

Gesundheitsamt Hagen
z. Hd. Frau Dr. Specht
Berliner Platz 22 **Fax: 02331/207-2453**

58089 Hagen

zurücksenden würden. Für Ihre Mühe vielen Dank.

1. Wie bewerten Sie den Bericht insgesamt? (bitte Zutreffendes ankreuzen)

sehr gut		mittel		sehr schlecht
1	2	3	4	5

2. Können Sie die Daten für Ihre Arbeit nutzen?

☐ eher ja ☐ eher nein

3. Das Datenangebot (Tabellen) ist für meine Zwecke vom Umfang her insgesamt

☐ zu knapp ☐ gerade richtig ☐ zu umfangreich

4. Wie bewerten Sie das Informationsangebot hinsichtlich folgender Aspekte im einzelnen:

a) Inhaltliche Erläuterungen
☐ zu knapp
☐ gerade richtig
☐ zu umfangreich

b) Ableitung von Konsequenzen
☐ zu knapp
☐ gerade richtig
☐ zu umfangreich

c) Grafische Darstellungen (ohne Tabellen)
☐ zu knapp
☐ gerade richtig
☐ zu umfangreich

5. Welche Themen in diesem Bericht sind für Sie von besonderem Interesse?

_____

_____

6. Welche Themen sollten Ihrer Meinung nach in Zukunft noch aufgenommen werden?

_____

_____

8. Gesundheitsberichterstattung wünsche ich mir ...

☐ in Papierform ☐ im Internet ☐ als Mail-Sendung

9. Ich bin Mitarbeiter/in

☐ in der Gesundheitsverwaltung (Behörde, Sozialversicherung)
☐ in einer anderen Gesundheitseinrichtung (Praxis, Krankenhaus, Beratungsstelle etc.)
☐ in der Wissenschaft
☐ sonstige Einrichtung _____

10. ☐ **Ich bin an weiteren Berichten interessiert. Meine Adresse (postalisch, Mail):**

_____