



Landeshauptstadt  
Düsseldorf

# Basisgesundheitsbericht 2014

Indikatorengestützter Überblick zur gesundheitlichen Lage der Bevölkerung

**Kommunale  
Gesundheitsberichterstattung**



## Vorwort



Liebe Leserin,  
lieber Leser,

was hält uns gesund? Welche Krankheiten treten besonders häufig auf und welche gehen zurück? Und warum? Wie können wir Krankheiten vermeiden? Sind wir gut versorgt, wenn wir – aus welchem Grund auch immer – nicht gesund sind? Oder gesünder werden wollen? Antworten auf diese Fragen geben Daten und Statistiken im Rahmen der Kommunalen Gesundheitsberichterstattung (GBE).

Der Ihnen vorliegende Basisgesundheitsbericht ist der Auftakt zu einer künftig jährlichen Gesundheitsberichterstattung. Ausgewählte Gesundheitsdaten werden Ihnen regelmäßig und ganz im Sinne eines Monitoring, also der stetigen Beobachtung der gesundheitlichen Trends, präsentiert werden. Vergleichbar einer „Fieberkurve“ wird die gesundheitliche Entwicklung in unserer Landeshauptstadt aufgezeigt.

Mit Kooperationspartnern, wie beispielsweise der Kassenärztlichen Vereinigung, dem Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung, den Krankenkassen und dem Krebsregister des Landes NRW werden zukünftig in regelmäßigen Veröffentlichungen auch die kleinräumigen Gesundheitsdaten erhoben und der Öffentlichkeit dargestellt. Damit werden wir als erste deutsche Großstadt mit einer neu ausgerichteten Gesundheitsberichterstattung eine aussagekräftige Datenbasis zur Verfügung haben, um konkrete Handlungsempfehlungen abzuleiten und zielgerichtet die Gesundheit in der gesamten Stadt zu verbessern. Die Düsseldorfer Gesundheitskonferenz und das Gesundheitsamt sind dabei die „Knotenpunkte“ und „Vermittler“ der Gesundheitsdaten für die einzelnen Akteure.

Mit ihren „Daten für Taten“ richtet sich die Gesundheitsberichterstattung an die verantwortlichen Institutionen, die Politik, die Verwaltung sowie an die breite (Fach-)Öffentlichkeit. Sie schafft Grundlagen für die Steuerung der gesundheitlichen Versorgung vor Ort. Nicht zuletzt sind die vorliegenden Daten und Erkenntnisse auch für eine weitere Vernetzung innerhalb der Landeshauptstadt Düsseldorf wichtig. So können sich die Repräsentantinnen und Repräsentanten der unterschiedlichen Gesundheitsbereiche thematisch zusammenfinden, gemeinsam diskutieren und (innovative) Lösungen entwickeln. Dies ist auch eine Grundlage für die Etablierung „kleiner Netzwerke“ auf Stadtteilebene.

Ich bedanke mich bei allen, die an der Erstellung des Berichtes mitgewirkt haben und freue mich auf angelegte Diskussionen und konkrete Schritte, die das umfassende Ziel der Gesunden Stadt Düsseldorf verfolgen.

Ihr

Prof. Dr. Andreas Meyer-Falcke  
Beigeordneter für Personal und Gesundheit

## Einleitung

### Allgemeines und Datenquellen

Der vorliegende Basisgesundheitsbericht stellt eine Auswahl gesundheitsrelevanter Basisdaten für die Landeshauptstadt Düsseldorf dar. Hierzu dienen die verfügbaren Daten des Landesentrums für Gesundheit NRW (LZG.NRW) mit deren allgemeinen Indikatoren-Kommentierungen. So werden die Bezeichnung des Indikators, die genaue Definition, der Datenhalter, die Datenquelle, die Periodizität, die Validität sowie ein Kommentar des LZG.NRW mit Hinweisen zur Bedeutung des Indikators im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung vorangestellt.

Die diesjährig veröffentlichten Daten des LZG.NRW sind bis auf wenige Ausnahmen (bspw. Mikrozensus- Erhebung) aus dem Jahr 2012. Unter folgender Website sowie dem jährlich beziehbaren Daten-Tool GBE-Stat des LZG.NRW sind die vorliegenden Daten öffentlich verfügbar: [https://www.lzg.gc.nrw.de/themen/gesundheitsberichte\\_daten/gesundheitsindikatoren/index.html](https://www.lzg.gc.nrw.de/themen/gesundheitsberichte_daten/gesundheitsindikatoren/index.html)

Die in diesem Bericht enthaltenen Gesundheitsdaten werden in Tabellen bzw. zusätzlichen Grafiken dargestellt. Bei ausgewählten Indikatoren werden auch Trends über vier Jahre abgebildet. Es wird in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen, dass es, insbesondere bei kleineren Fallzahlen und bei Grafiken mit eng die Daten umreißen den Skalierungen, zu Effekten kommen kann, die kleinste Schwankungen bereits als sehr große Trendveränderungen erscheinen lassen können. Bitte berücksichtigen Sie dies bei der Lektüre.

Bei den bevölkerungsstatistischen Rahmendaten wird auf die jährlichen Veröffentlichungen und Publikationen des Amtes für Statistik und Wahlen der Landeshauptstadt Düsseldorf verwiesen.

### Zielgruppen/Themen und zugehörige Kennzeichnung

An dieser Stelle erfolgt ein Dank den Kolleginnen und Kollegen der Gesundheitsberichterstattung der Städte-Region Aachen, deren Systematik der LZG-Basisdaten-Zusammenstellung sowie der Indikatoren-Zuordnung zu den Zielgruppen und Themen für diesen Bericht aufgegriffen wurde. Diese Darstellungsform erleichtert es den Lesenden, die Daten zu ihren Themen bereits im Inhaltsverzeichnis zu finden:

Gf	Gesundheitsförderung/Prävention
Ge	Geschlechtsspezifität
K	Kinder und Jugendliche
P	Psychische Beeinträchtigung
Se	Seniorinnen und Senioren
So	Sozioökonomischer Bezug
V	Medizinische und soziale Versorgung

### Schwerpunkt Nicht-übertragbare Krankheiten (englisch: NCD, non-communicable diseases)

Ein Schwerpunkt des zusammengestellten Indikatorenkatalogs wird in der Landeshauptstadt Düsseldorf auf die sogenannten NCD (non-communicable diseases), die nicht-übertragbaren Krankheiten, gelegt. Diese nicht-übertragbaren Krankheiten sind eine Gruppe von Erkrankungen, zu denen Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, chronische Atemwegserkrankungen, Diabetes und psychische Störungen gehören. Die NCD sind auch in der Landeshauptstadt Düsseldorf für mehr als 2/3 aller Todesfälle und Krankheitslasten verantwortlich; mit steigenden Tendenzen. Darüber hinaus verdient die Adipositas Aufmerksamkeit: sie kann sowohl Resultat, als auch Ursache der gleichen, grundlegenden Risikofaktoren, und der nicht-übertragbaren Erkrankungen sein. Die NCD sind weitgehend vermeidbar und weisen gemeinsame Risikofaktoren und Determinanten, aber auch gemeinsame Handlungsmöglichkeiten auf. Ziel ist die Verringerung der Exposition gegenüber den wichtigsten Risikofaktoren für nicht-übertragbare Krankheiten, wie Rauchen, Alkoholmissbrauch, ungesunde Ernährung und Bewegungsmangel. Mit wirksamen Interventionen lässt sich ein signifikanter gesundheitlicher und ökonomischer Zugewinn erzielen.

## Basisgesundheitsbericht 2014

Diese Datenaufbereitung und -zusammenstellung wurde vom Amt für Statistik und Wahlen und dem Gesundheitsamt gemeinsam vorgenommen. Diese Kooperation bei der Gesundheitsberichterstattung hat sich sehr bewährt und soll zukünftig fortgesetzt und weiter ausgebaut werden.

## Inhaltsverzeichnis

Vorwort	02
Einleitung	03
Indikatorenkatalog	06
Hinweis zur Düsseldorfer Bevölkerungsstruktur	07
Gesundheitsindikatoren - Gesundheitszustand der Bevölkerung	08
Morbidity	08
Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen	32
Ausgewählte Krankheiten	37
Mortality	85

## Indikatorenkatalog

Nr.	Themenfeld/Indikator	Zielgruppe							Seitenzahl
		Gf = Gesundheitsförderung/ Prävention	Ge = Geschlechtsspezifität	K = Kinder und Jugendliche	P = Psychische Beeinträchtigung	Se = Seniorinnen und Senioren	So = Sozioökonomischer Bezug	V = Medizinische und soziale Versorgung	
<b>Gesundheitszustand der Bevölkerung (Morbidität)</b>									
1	Krankenhausfälle nach Geschlecht	■	■		■	■		■	8
2	Behandlungsfälle in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nach Geschlecht	■	■		■		■	■	10
3	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe nach Geschlecht	■	■		■		■	■	12
4	Rentenzugänge und -bestand wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nach Geschlecht	■	■		■		■	■	14
5	Schwerbehinderte Menschen nach Geschlecht und Altersklassen	■	■	■	■	■		■	17
6	Pflegebedürftige nach a. Geschlecht und b. Art der Pflege	■	■		■	■	■	■	20
7	MDK Pflegebegutachtungen nach a. Geschlecht und b. Pflegestufe		■		■	■	■	■	24
8	Lebendgeborene nach Geburtsgewicht	■		■			■	■	28
9	Säuglingssterbefälle nach Neonatal- und Postneonatalsterblichkeit	■		■			■	■	30
<b>Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen</b>									
10	Rauchverhalten, Mikrozensus	■	■				■		32
11	Body Mass Index, Mikrozensus	■					■		34
<b>Gesundheitszustand der Bevölkerung (Ausgewählte Krankheiten und NCD)</b>									
Krankenhausstatistik nach Altersklassen und Geschlecht für:									
12	Tuberkulose	■	■	■		■		■	38
13	Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane	■	■	■		■		■	41
14	Bösartige Neubildungen der Atmungsorgane	■	■	■		■		■	44
15	Bösartige Neubildungen der Brustdrüse	■	■	■		■		■	47
16	Ischämische Herzkrankheiten	■	■	■		■		■	50
17	Zerebrovaskuläre Krankheiten	■	■	■		■		■	53
18	Diabetes mellitus	■	■	■		■		■	56
19	Chronische Atemwegserkrankungen der unteren Atemwege COPD (chronic obstructive pulmonary disease - chronisch obstruktive Lungenerkrankung)	■	■	■		■		■	59
20	Psychische Erkrankungen - Organisch	■	■	■	■	■		■	62
21	Psychische Erkrankungen aufgrund von Substanzen	■	■	■	■	■		■	65
22	Psychische Erkrankungen - Affektive Störung	■	■	■	■	■		■	72
23	Adipositas	■	■	■	■	■		■	75
24	Einweisungen nach PsychKG	■	■		■			■	78
25	Vergiftungen, Verbrennungen unter 15 Jahren	■	■	■					81
26	Im Straßenverkehr verunglückte Personen nach Geschlecht	■	■						83
<b>Gesundheitszustand der Bevölkerung (Mortalität)</b>									
27	Sterbefälle nach Geschlecht		■					■	85
Sterbefälle nach Altersklassen und Geschlecht für:									
28	Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane	■	■	■		■		■	89
29	Bösartige Neubildungen der Atmungsorgane	■	■	■		■		■	92
30	Bösartige Neubildungen der Brustdrüse	■	■	■		■		■	95
31	Ischämische Herzkrankheiten	■	■	■		■		■	98
32	Zerebrovaskuläre Krankheiten	■	■	■		■		■	101
33	Diabetes mellitus	■	■	■		■		■	104
34	Chronische Atemwegserkrankungen der unteren Atemwege / COPD	■	■	■		■		■	107
35	Psychische Erkrankungen - Organisch	■	■	■	■	■		■	110
36	Adipositas	■	■	■		■		■	113
37	Lebenserwartung nach Geschlecht	■	■	■	■	■		■	116
38	Vermeidbare Sterbefälle nach ausgewählten Diagnosen	■	■		■	■	■		118

## Hinweis zur Düsseldorfer Bevölkerungsstruktur

Das Amt für Statistik und Wahlen versteht sich als Dienstleister in der Datenvorhaltung und -aufbereitung jeglicher kommunal-statistischer Daten. Insbesondere die kontinuierliche Abbildung bevölkerungsrelevanter Daten im Sinne von Entwicklungen und Trends dienen als unerlässliche Grundlage für Planungsprozesse. Darum werden die verlässlichen und aktuellen Statistiken zu Informationszwecken den politischen Gremien, der Verwaltung und der Öffentlichkeit umfänglich zugänglich gemacht.

Der Zugang erfolgt heute primär über den Internetauftritt des Amtes für Statistik und Wahlen. Mit wenigen, intuitiven Klicks erhält man eine tabellarische Übersicht zum Sachthema Bevölkerung. Darüber hinaus gelangt man über „Düsseldorf in Zahlen“ zu einem PDF Output, der einen groben Überblick über die Struktur der Gesamtstadt, aber auch der einzelnen Stadtteile



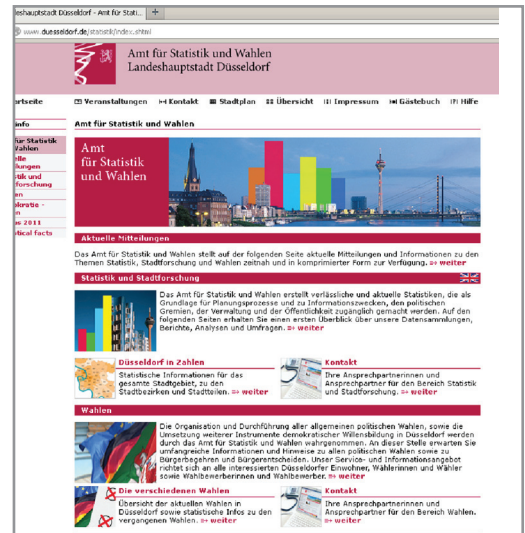
gibt. Weitergehend lässt sich aus dem restlichen, statistischen Angebot in Form von Berichten, Analysen und Umfragen auswählen.

Zahlreiche Veröffentlichungen halten zudem weiterreichende Informationen bereit. Umfängliches

Nachschlagewerk zum Bevölkerungsstand und zur -bewegung für Düsseldorf und die Region, in Form von Tabellen und Abbildungen, stellt beispielsweise das jährlich erscheinende statistische Jahrbuch dar (siehe Abbildung links).

Einen umfassenden und tiefer gehenden Überblick über die demografische Lage und deren mittelfristige Entwicklung gibt der regelmäßig aktualisierte Demografiebericht der Landeshauptstadt Düsseldorf.

Der derzeit aktuelle Demografiebericht 2011 hält sowohl die gesamtstädtische als auch die kleinräumige Ausgangslage und Entwicklung der städtischen Bevölkerung bis zum Jahr 2025 bereit (siehe Abbildung unten).



Im Themenfeld Gesundheit erschien zudem im Juli 2009 in der Kurzbericht-Reihe Düsseldorf Statistik Information II ein situativer Überblick „Schwerbehinderte Menschen“. Darüber hinaus erschienen im Zuge der kommunalen Sozialberichterstattung in den Jahren 2012 und 2013 der Bericht zur „Lebenssituation von Menschen mit Behinderung in Düsseldorf“ (Juni 2012) sowie der Bericht zur „Lebenssituation der Generation 55plus in Düsseldorf“ (April 2013) und der Bericht zur „Pflegesituation in Düsseldorf“ (November 2013).



## Gesundheitsindikatoren - Gesundheitszustand der Bevölkerung

### Morbidität

#### 1. (3.27) Krankenhausfälle nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, Jahr [Gf Ge P Se V]

##### Definition

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

Die Krankenhausfälle berechnen sich aus der Anzahl der Patienten, die in ein Krankenhaus aufgenommen, stationär behandelt und im Berichtsjahr entlassen wurden. Im vorliegenden Indikator sind Stundenfälle nicht enthalten. Stundenfälle bezeichnen Patienten, die stationär aufgenommen, aber am gleichen Tag wieder entlassen bzw. verlegt wurden oder verstorben sind. Die Daten werden der Krankenhausstatistik entnommen und sind auf die Wohnbevölkerung bezogen.

Zur Vergleichbarkeit der Daten zwischen den Kreisen/kreisfreien Städten wird eine indirekte Standardisierung auf die stationäre Behandlungshäufigkeit des Landes vorgenommen (SMR). Die Methodik ist im Anhang 1 beschrieben.

##### Datenhalter

Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik des Landes Nordrhein-Westfalen

##### Datenquelle

Krankenhausstatistik, Teil II - Diagnosen

##### Periodizität

Jährlich, 31. Dezember

##### Validität

Rechtsgrundlage ist die Verordnung über die Bundesstatistik für Krankenhäuser vom 10. April 1990. Alle Krankenhäuser sind berichtspflichtig, d. h. es liegt eine Totalerhebung vor.

Nicht enthalten sind Krankenhäuser im Straf-/Maßregelvollzug sowie Polizei- und Bundeswehrkrankenhäuser (sofern sie nicht oder nur im eingeschränkten Umfang für die zivile Bevölkerung tätig sind).

Da nicht berichtspflichtige Krankenhäuser in Düsseldorf nicht vertreten sind, wird von einer vollständigen Datenerfassung und einer ausreichenden Datenqualität ausgegangen.

##### Kommentar

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

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

Die Diagnosenstatistik liegt nach Behandlungs- und Wohnort vor. Die Indikatoren 3.24 bis 3.27 basieren auf dem Wohnortprinzip. Eine Ergänzung stellen die Indikatoren 3.24 bis 3.26 dar.

Der vorliegende Indikator ist ein Ergebnisindikator.

##### Vergleichbarkeit

Der Indikator ist nur bedingt vergleichbar mit den WHO-Indikatoren 6011 992952 Number of all hospital admissions and 6010 992902 In-patient care admissions per 100 population. Stundenfälle gehen in die WHO-Statistik mit einem Verweildauertag ein. Der Indikator gleicht dem EU-Indikator Total discharges per 100 000 populations by sex, also standardized. Dieser Indikator der Krankenhausfälle insgesamt ist neu und mit keinem bisherigen NRW-Indikator vergleichbar.

##### Originalquellen

Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW Krankenhausdiagnosestatistik 2000 ff.

##### Dokumentationsstand

17. Mai 2004, Niedersächsisches Landesgesundheitsamt/lögd



### Krankenhausfälle nach Geschlecht

Im NRW-Vergleich liegen die Krankenhausfälle insgesamt unter dem Durchschnitt, wobei die häufiger stationär behandelten Frauen zuletzt eine leichte Abnahme und die Männer eine leichte Zunahme an Betroffenen zu verzeichnen haben.

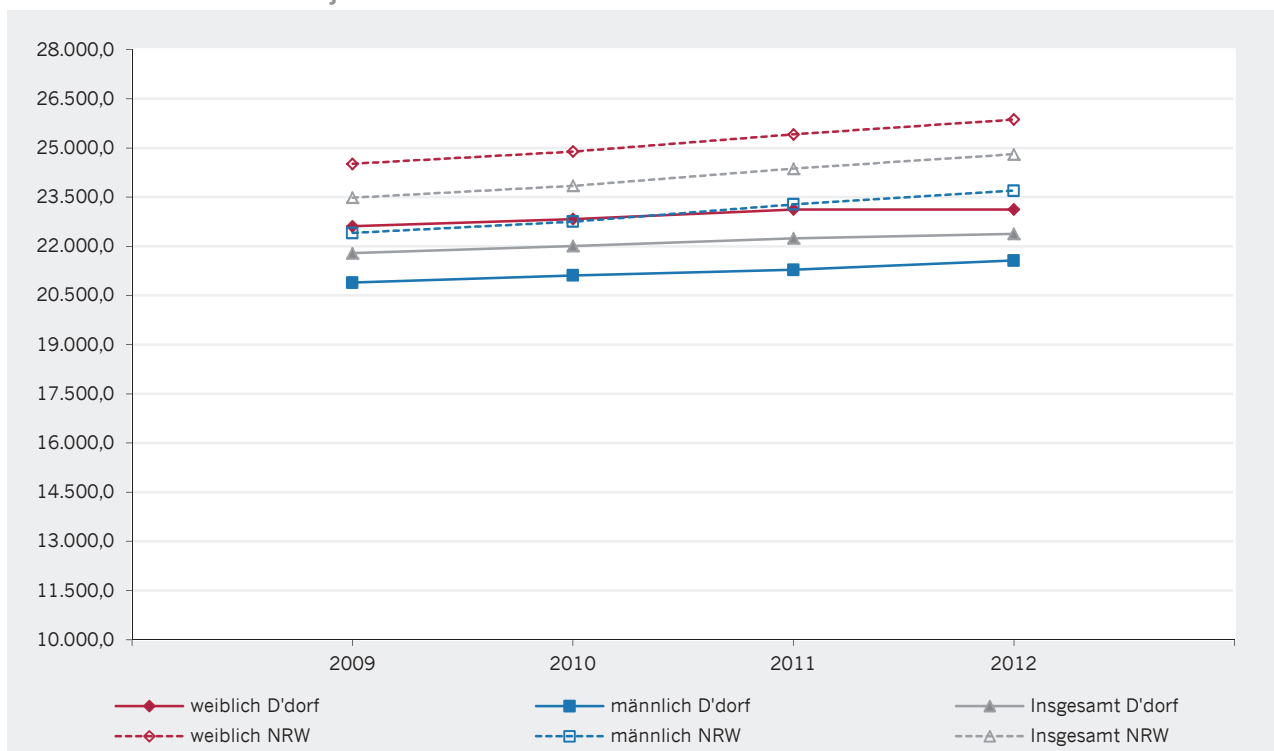
**Tab. 1: Krankenhausfälle nach Geschlecht 2012**

Verwaltungsbezirk	weiblich			männlich			insgesamt		
	Anzahl*	je 100 000 weibl. Einw.	SMR**	Anzahl*	je 100 000 männl. Einw.	SMR**	Anzahl*	je 100 000 Einwohner	SMR**
Düsseldorf	71 766	23 122,4	0,89	61 111	21 567,3	0,93	132 877	22 380,3	0,91
Nordrhein-Westfalen	2 358 757	25 867,8	1,00	2 067 051	23 695,2	1,00	4 425 808	24 805,5	1,00

Datenquelle/Copyright:  
Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW):  
Krankenhausstatistik, Teil II - Diagnosen (Krankenhäuser) über LZG.NRW

\* inkl. Stundenfälle, ohne Patienten mit unbekanntem Wohnsitz bzw. Geschlecht  
\*\* Standardized Morbidity Ratio: standardisiert an der stationären Behandlungshäufigkeit des Landes

**Abb. 1: Krankenhausfälle je 100.000 Einwohner nach Geschlecht 2009-2012**



## 2. (3.27\_01) Behandlungsfälle in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, Jahr [Gf Ge P So V]

### 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 Indikatoren-satz 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. Dezember

### Validität

Ab 2003 sind alle Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen über 100 Betten berichtspflichtig, d.h. es liegt keine Totalerhebung vor. Es wird dennoch 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 Indikatoren-satz aufgenommen. Die Diagnosedaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen werden ab dem Berichtsjahr 2003 jährlich erhoben.

Der vorliegende Indikator ist ein Prozessindikator.

### Vergleichbarkeit

Es gibt keine vergleichbaren WHO-, OECD- und EU-Indikatoren. Der Indikator ist mit keinem bisherigen NRW-Indikator vergleichbar.

### Originalquellen

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

**Dokumentationsstand:** 07. Juni 2006, lögd

### Behandlungsfälle in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nach Geschlecht

Zwar liegt der Trend unter dem des Landesdurchschnitts, aber ein Anstieg der Behandlungsfälle ist bei beiden Geschlechtern erkennbar.

**Tab. 2: Behandlungsfälle in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nach Geschlecht 2012**

Verwaltungsbezirk	weiblich			männlich			insgesamt		
	Anzahl*	je 100 000 weibl. Einw.	SMR**	Anzahl*	je 100 000 männl. Einw.	SMR**	Anzahl*	je 100 000 Einwohner	SMR**
Düsseldorf	4 901	1 579,1	0,80	3 726	1 315,0	0,81	8 627	1 453,0	0,81
Nordrhein-Westfalen	183 739	2 015,0	1,00	147 794	1 694,2	1,00	331 533	1 858,2	1,00

Datenquelle/Copyright:

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

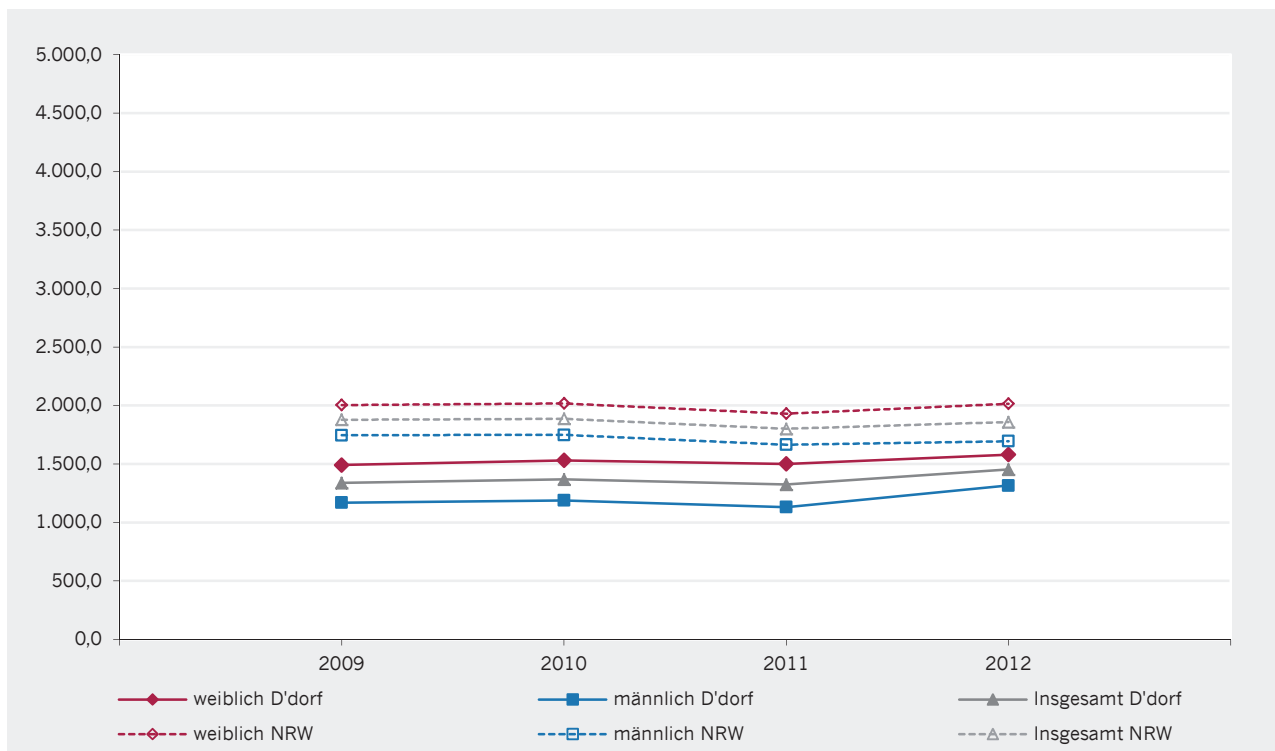
(Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen) über LZG.NRW

\* nur Einrichtungen mit mehr als 100 Betten

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

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

**Abb. 2: Behandlungsfälle in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen je 100.000 Einwohner nach Geschlecht 2009-2012**



### 3. (3.36) Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe nach Geschlecht (unter 65 Jahre), Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, Jahr [Gf Ge P So V]

#### Definition

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

Rehabilitative Maßnahmen werden unterteilt in medizinische, berufsfördernde und soziale Rehabilitation zur Teilhabe. Häufige Rehabilitationsmaßnahmen sind z.B. Anschlussheilbehandlungen im Anschluss an eine stationäre Behandlung, Kinderheilbehandlungen und Entwöhnungsbehandlungen. Die medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen werden als stationäre, ambulante oder gemischt stationär/ambulante Behandlungen in Einrichtungen durchgeführt.

Die Organisation der gesetzlichen Rentenversicherung wurde durch das Gesetz zur Organisationsreform in der gesetzlichen Rentenversicherung (RVOrgG) ab 1. Oktober 2005 grundlegend neu strukturiert. Die Aufgaben der gesetzlichen Rentenversicherung werden ab dem Zeitpunkt von zwei Bundesträgern sowie Regionalträgern unter dem Dach der Deutschen Rentenversicherung wahrgenommen.

Einer der Bundesträger und gleichzeitig Datenhalter für die Indikatoren zu Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstigen Leistungen zur Teilhabe ist die Deutsche Rentenversicherung Bund, ein Zusammenschluss der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) und des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR). Grundlagen der Statistik der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung sind im Sozialgesetzbuch Sechstes Buch (SGB VI) enthalten (Details s. Ind. 3.33).

#### Datenhalter

Deutsche Rentenversicherung Bund

#### Datenquelle

Statistik über abgeschlossene Leistungen zur Teilhabe

#### Periodizität

Jährlich, 31. Dezember

#### Validität

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

#### Kommentar

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

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

Der vorliegende Indikator ist ein Ergebnisindikator.

#### Vergleichbarkeit

Es gibt keine vergleichbaren WHO-, OECD- und EU-Indikatoren. Den Indikator gab es im bisherigen NRW-Indikatorensatz nicht, er wird neu in den Indikatorensatz aufgenommen.

#### Originalquellen

Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV)  
Medizinische und sonstige Leistungen zur Rehabilitation.  
Tabellenarten A und B. 2005 ff.

#### Dokumentationsstand

27. März 2008, LIGA.NRW/Deutsche Rentenversicherung Bund

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe nach Geschlecht (unter 65 Jahren)

Die Rehabilitationsleistungen bezogen auf die Altersgruppe im erwerbsfähigen Alter weisen nach leichtem Rückgang in den letzten Jahren in Düsseldorf und NRW wieder steigende Tendenz auf.

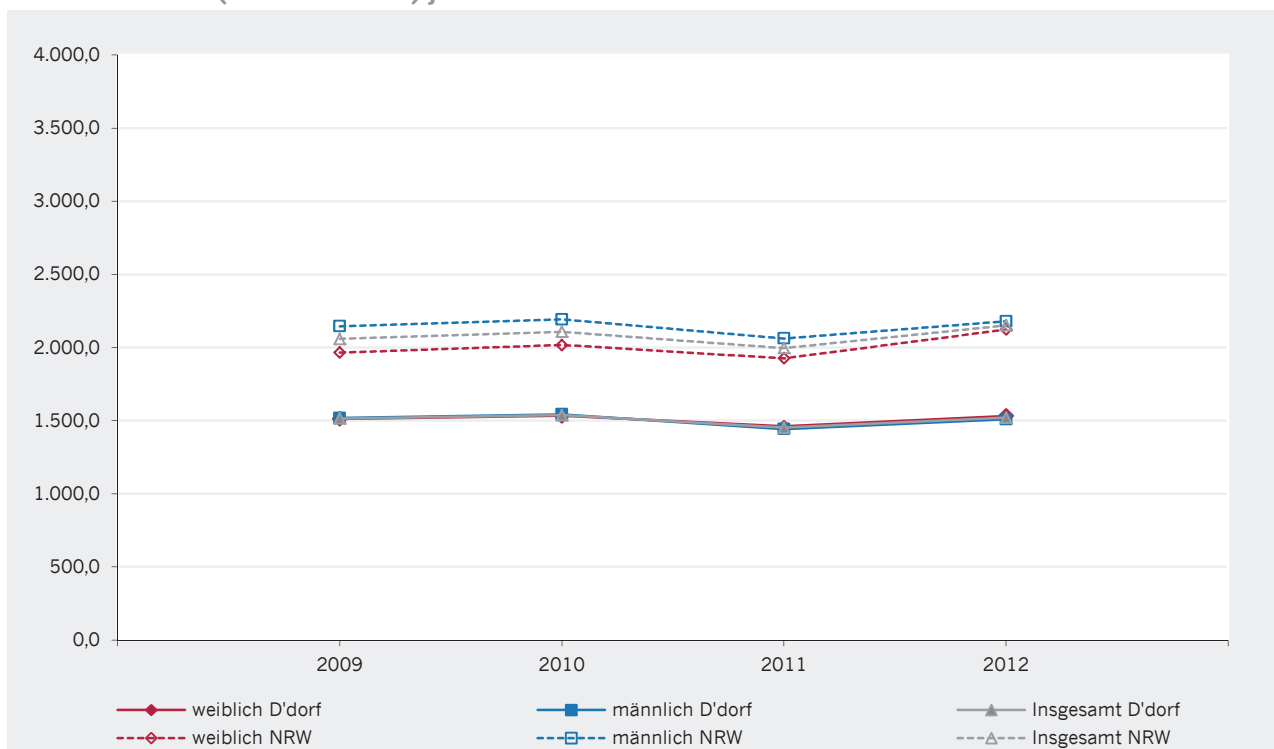
**Tab. 3: Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe nach Geschlecht (unter 65 Jahre) Geschlecht 2012**

Verwaltungsbezirk	weiblich		männlich		insgesamt	
	Anzahl	je 100 000 weibl. aktiv Versicherte	Anzahl	je 100 000 männl. aktiv Versicherte	Anzahl	je 100 000 aktiv Versicherte
Düsseldorf	2 200	1 531,8	2 142	1 508,7	4 342	1 520,3
Nordrhein-Westfalen*	86 693	2 123,7	93 799	2 179,1	180 492	2 152,1

Datenquelle/Copyright:  
Deutsche Rentenversicherung Bund:  
Statistik über abgeschlossene Leistungen zur Teilhabe über LZG.NRW

\* einschl. der Patienten mit nicht zuordenbarem Wohnsitz im Regierungsbezirk Köln

**Abb. 3: Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe nach Geschlecht (unter 65 Jahre) je 100.000 aktiv Versicherte nach 2009-2012**



#### 4. (3.40) Rentenzugänge und -bestand wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, Jahr [Gf Ge P So V]

##### Definition

Eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit erhalten Versicherte bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres auf Antrag, wenn die Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind. Die Anzahl der Frühberentungen wird krankheitsspezifisch in der Statistik der Rentenversicherer ausgewiesen. Seit dem 1. Januar 2001 können wegen Erwerbsunfähigkeit und Berufsunfähigkeit keine neuen Ansprüche entstehen, sondern nur noch wegen Erwerbsminderung.

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

Die Organisation der gesetzlichen Rentenversicherung wurde durch das Gesetz zur Organisationsreform in der gesetzlichen Rentenversicherung (RVOrgG) ab 1. Oktober 2005 grundlegend neu strukturiert. Durch die Zusammenführung der Rentenversicherung für Arbeiter und der Rentenversicherung der Angestellten zur allgemeinen Rentenversicherung gliedert sich die gesetzliche Rentenversicherung in nur noch zwei Versicherungszweige: die allgemeine Rentenversicherung und die knappschaftliche Rentenversicherung. Die Aufgaben der gesetzlichen Rentenversicherung werden ab 1. Oktober 2005 von zwei Bundesträgern sowie Regionalträgern unter dem Dach der Deutschen Rentenversicherung wahrgenommen. Bundesträger ist zum einen die sich aus dem Zusammenschluss von Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) und dem Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) ergebende Deutsche Rentenversicherung Bund und zum anderen die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, die aus dem Zusammenschluss der bislang eigenständigen Versicherungsträger Bahnversicherungsanstalt, Bundesknappschaft und Seekasse hervorgegangen ist. Für die Betreuung der Versicherten in der allgemeinen Rentenversicherung sind zudem Regionalträger (ehemalige Landesversicherungsanstalten) zuständig.

Mit der neuen Organisation wird die traditionelle Trennung zwischen Arbeitern und Angestellten in der Rentenversicherung aufgegeben.

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

Im vorliegenden Indikator werden sowohl die Neuzugänge als auch der Bestand wegen verminderter Erwerbsfähigkeit zum 31. Dezember des Berichtsjahres nach Kreisen und kreisfreien Städten und Geschlecht in absoluten Zahlen und je 100 000 der aktiv Versicherten ausgewiesen.

##### Datenhalter

Deutsche Rentenversicherung Bund

##### Datenquelle

Statistik über Rentenzugänge

Statistik über Rentenbestand

##### Periodizität

Jährlich, 31. Dezember

##### Validität

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

##### Kommentar

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

Der vorliegende Indikator ist ein Ergebnisindikator.

### Vergleichbarkeit

Die Rentenzugänge sind mit dem WHO-Indikator 2710 990401 New invalidity/disability cases per 100 000 vergleichbar. Es gibt keine Vergleichbarkeit mit OECD- und EU-Indikatoren. Dieser Indikator ist in Bezug auf Rentenzugänge und –bestand insgesamt mit dem bisherigen NRW-Indikator 2.12 bedingt vergleichbar.

### Originalquellen

- Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV)
- Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit. Tabellenarten C, D. 2005 ff.
  - Rentenbestand wegen verminderter Erwerbsfähigkeit. Tabellenart E. 2005 ff.
  - Aktiv Versicherte 2005 ff.

### Dokumentationsstand

27. März 2008, LIGA.NRW/Deutsche Rentenversicherung Bund

### Rentenzugänge und –bestand wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nach Geschlecht

Wenn auch die Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit für beide Geschlechter rückläufig sind - was aber einer rechnerischen Nennererhöhung geschuldet ist, da ab 1999 die geringfügig Verdienenden ebenfalls gezählt werden - ist der Trend der Rentenbestandszunahme unvermindert aufwärts weisend; dies entspricht dem demographischen Wandel.

**Tab. 4: Rentenzugänge und -bestand wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nach Geschlecht 2012**

Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit						
Verwaltungsbezirk	weiblich		männlich		insgesamt	
	Anzahl	je 100 000 weibl. aktiv Versicherte	Anzahl	je 100 000 männl. aktiv Versicherte	Anzahl	je 100 000 aktiv Versicherte
Düsseldorf	567	391,5	568	396,8	1 135	394,1
Nordrhein-Westfalen	19 369	470,9	19 999	461,5	39 368	466,1

Rentenbestand wegen verminderter Erwerbsfähigkeit						
Verwaltungsbezirk	weiblich		männlich		insgesamt	
	Anzahl	je 100 000 weibl. aktiv Versicherte	Anzahl	je 100 000 männl. aktiv Versicherte	Anzahl	je 100 000 aktiv Versicherte
Düsseldorf	4 448	3 071,1	4 129	2 884,5	8 577	2 978,4
Nordrhein-Westfalen	161 609	3 928,9	176 306	4 068,2	337 915	4 000,3

Datenquelle/Copyright: Deutsche Rentenversicherung Bund: Statistik über Rentenzugänge, Statistik über Rentenbestand über LZG.NRW

Abb. 4: Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit je 100.000 aktiv Versicherte nach Geschlecht 2009-2012

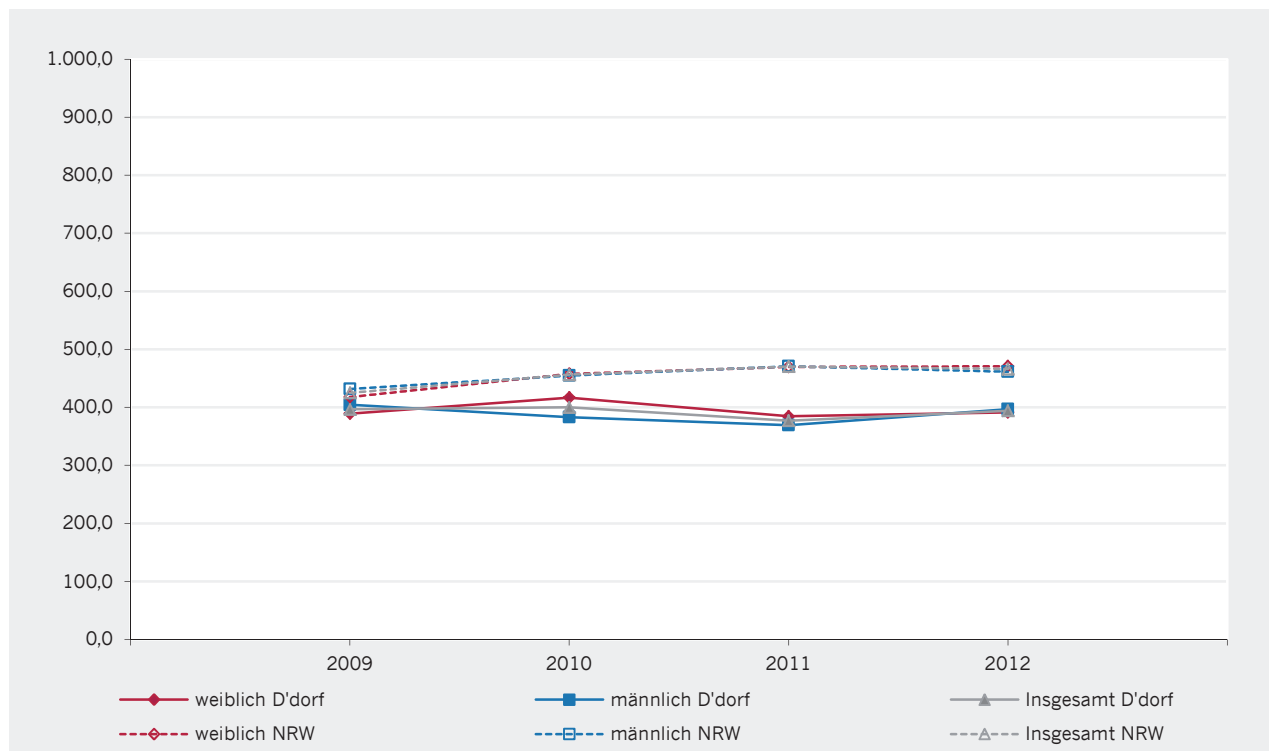
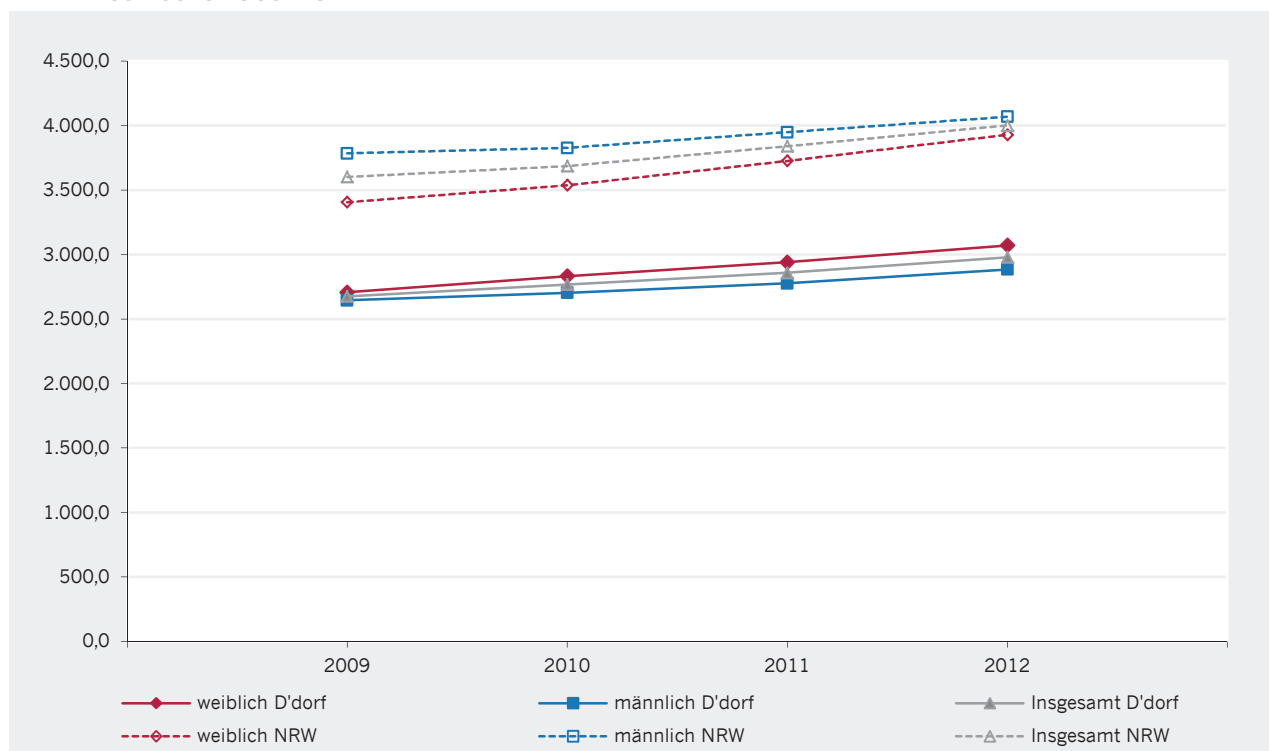


Abb. 5: Rentenbestand wegen verminderter Erwerbsfähigkeit je 100.000 aktiv Versicherte nach Geschlecht 2009-2012





## 5. (3.45) Schwerbehinderte Menschen (Grad der Behinderung von 50 und mehr) nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, Jahr [Gf Ge K P Se V]

### Definition

Schwerbehinderung führt zu einer Einschränkung der gesunden Lebenserwartung und der Lebensqualität der Betroffenen. Um das Ausmaß von Schwerbehinderung auf regionaler Ebene zu erkennen, wurde der vorliegende Indikator in den Indikatorenset aufgenommen. Schwerbehinderte Menschen im Sinne des Schwerbehindertengesetzes vom 19. Juni 2001 (BGBl. I S. 1046, 1047) sind Personen mit einem Grad der Behinderung von mindestens 50. Als Behinderung gilt die Auswirkung einer über sechs Monate andauernden Funktionsbeeinträchtigung, die auf einem regelwidrigen körperlichen, geistigen oder seelischen Zustand beruht. Unter Behinderung im Sinn des Schwerbehindertengesetzes ist die Auswirkung einer nicht nur vorübergehenden Funktionsbeeinträchtigung zu verstehen, die auf einem nicht der Regel entsprechenden körperlichen, geistigen oder seelischen Zustand beruht. Darunter ist der Zustand zu verstehen, der von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht. Im vorliegenden Indikator wird die Zahl der zum 31. Dezember registrierten schwerbehinderten Menschen (Bestandszahlen) im Abstand von zwei Jahren erhoben, die Aufgaben des Schwerbehindertenrechts nehmen ab dem 01. Januar 2008 die Kreise und kreisfreien Städte in NRW wahr. Zur Vergleichbarkeit der Angaben wird eine indirekte Altersstandardisierung vorgenommen (SMR). Als Standard gilt die Schwerbehindertenrate des Landes.

### Datenhalter

Landesbetrieb Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT.NRW)

### Datenquelle

Statistik über schwerbehinderte Menschen

### Periodizität

Zweijährlich, 31. Dezember

### Validität

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

### Kommentar

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

### Vergleichbarkeit

Es gibt keine vergleichbaren WHO-, OECD- und EU-Indikatoren auf regionaler Ebene. Der Indikator ist mit dem bisherigen NRW-Indikator 3.46 voll vergleichbar.

### Originalquellen

Schwerbehinderte in Nordrhein-Westfalen am 31. Dezember 2001

Düsseldorf: Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW

(Statistische Berichte LDS)

Schwerbehinderte Menschen in Nordrhein-Westfalen am 31. Dezember 2003 ff.

Düsseldorf: Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW

(Statistische Berichte LDS)

### Dokumentationsstand

19. Juli 2011, Niedersächsisches Landesgesundheitsamt, LIGA.NRW, IT.NRW

### Schwerbehinderte Menschen nach Geschlecht

Anteilig verzeichnen die Frauen gegenüber den Männern eine Zunahme von Schwerbehinderungen mit einem Grad der Behinderung von 50 und mehr. Im NRW-Vergleich sind die Zahlen von Düsseldorf geringer ausgeprägt.

**Tab. 5: Schwerbehinderte Menschen nach Geschlecht 2011**

Verwaltungsbezirk	weiblich			männlich			insgesamt		
	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	SMR*	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	SMR*	Anzahl	je 100 000 Einwohner	SMR*
Düsseldorf	25 427	8 202,7	0,94	22 635	8 015,0	0,85	48 062	8 113,2	0,89
Nordrhein-Westfalen	828 405	9 079,5	1,00	860 884	9 874,8	1,00	1 689 289	9 468,1	1,00

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

\* Standardized Morbidity Ratio: standardisiert an der Schwerbehindertenrate des Landes

**Abb. 6: Schwerbehinderte Menschen je 100.000 Einwohner nach Geschlecht 2007-2011**

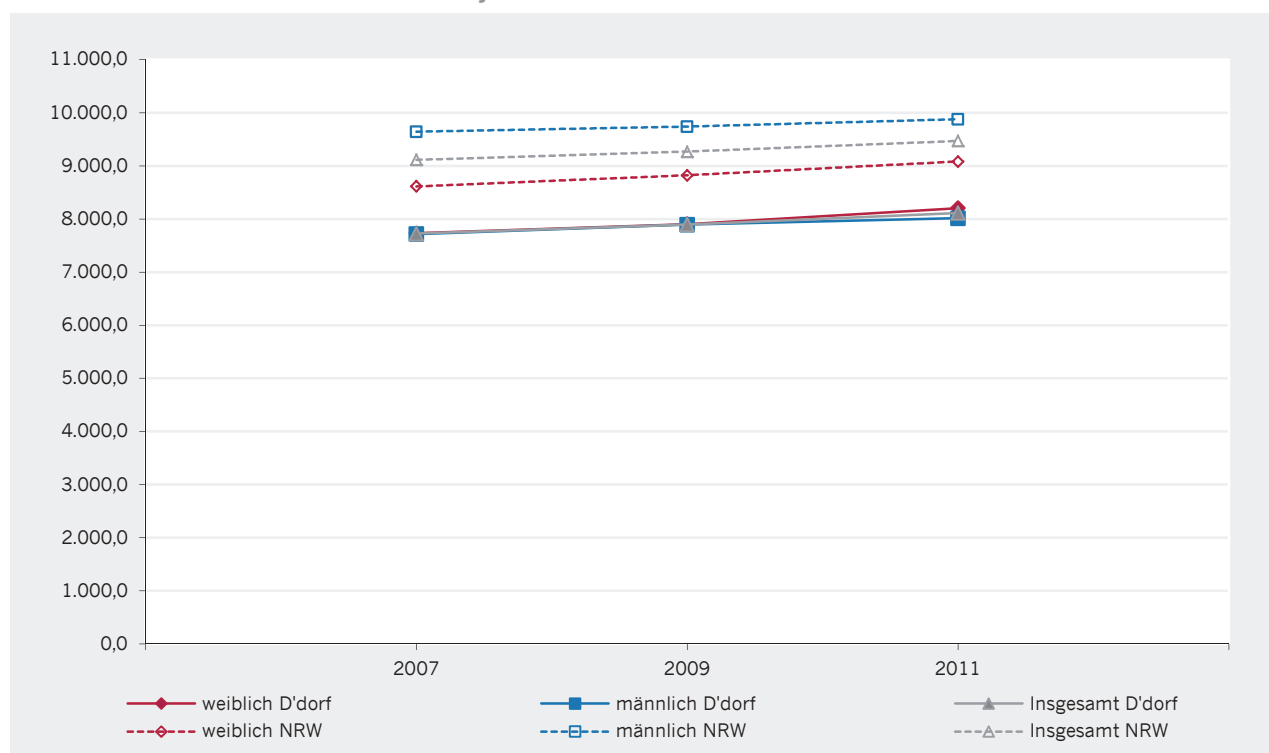
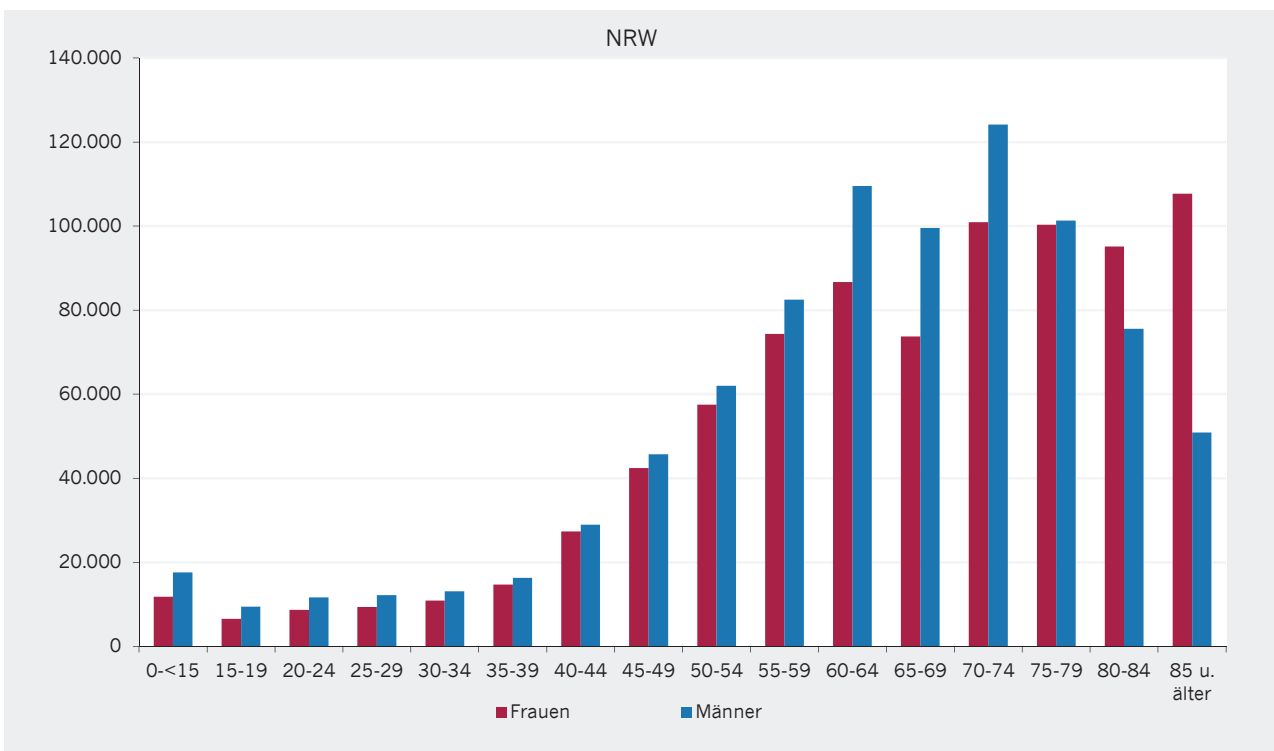
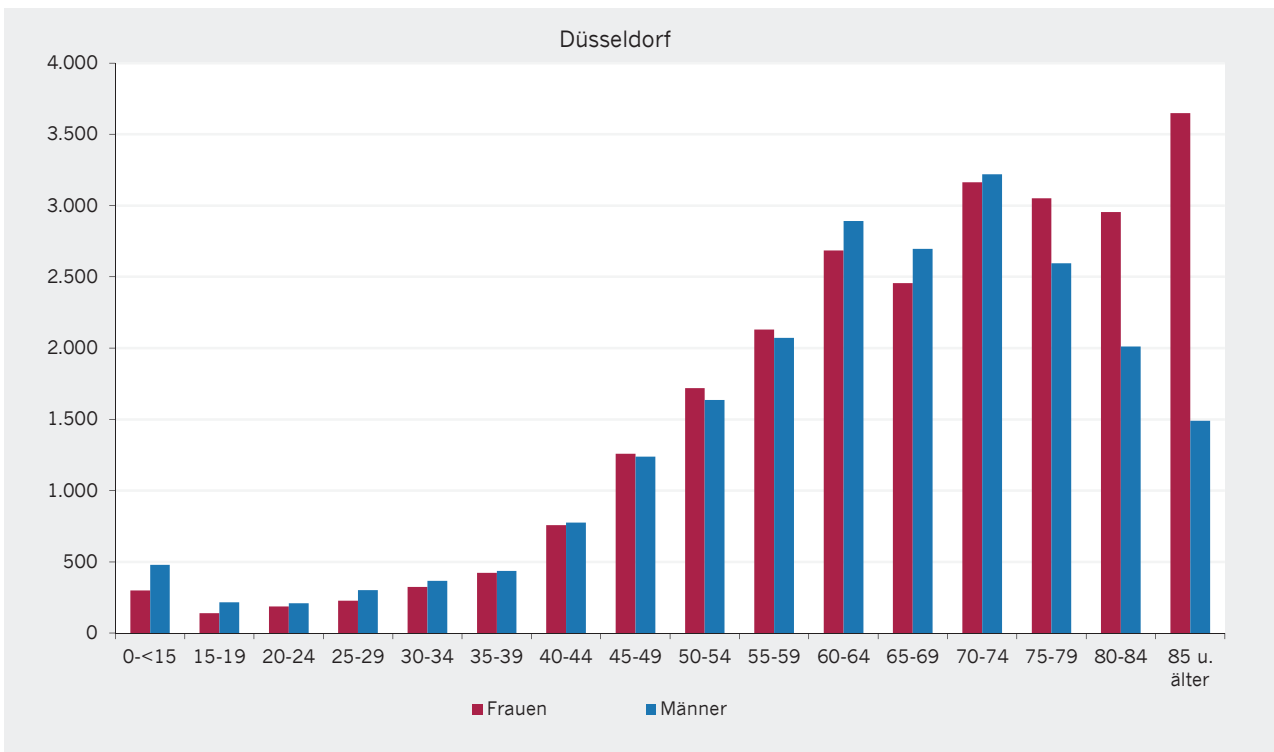


Abb. 7: Schwerbehinderte Menschen nach Alter und Geschlecht 2011



### 6.a (3.49) Pflegebedürftige nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, Jahr [Gf Ge P Se SO V]

#### 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. Dezember des Jahres.

#### Datenhalter

Landesbetrieb Information und Technik des Landes  
Nordrhein-Westfalen (IT.NRW )

#### Datenquelle

Pflegestatistik  
Fortschreibung des Bevölkerungsstandes

#### Periodizität

Zweijährlich, 15. Dezember, 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.

Durch die Reformen der Pflegeversicherung im Sommer 2008 ist der Anreiz, Leistungen der teilstationären Pflege parallel zu Pflegegeld und/oder ambulanten Sachleistungen zu beziehen, deutlich angestiegen. Um Doppelerfassungen in der Summe der Pflegearten und damit eine Überhöhung der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen zu vermeiden, werden ab der Erhebung 2009 die teilstationär durch Heime Versorgten nicht mehr zusätzlich addiert.

Der vorliegende Indikator ist ein Ergebnisindikator.

#### Vergleichbarkeit

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

Dieser Indikator ist mit dem bisherigen NRW-Indikator 7.50 (erstmalig mit den Daten der neuen Pflegestatistik für das Berichtsjahr 1999 erstellt) bis auf die Altersstandardisierung voll vergleichbar.

#### Originalquellen

Pflegeeinrichtungen und Pflegegeldleistungen in  
Nordrhein-Westfalen

Düsseldorf: Landesbetrieb Information und Technik NRW (IT.NRW), 2002 ff.

(Statistische Berichte LDS)

Landesbetrieb Information und Technik des Landes  
Nordrhein-Westfalen (IT.NRW ): <http://www.it.nrw.de/>

#### Dokumentationsstand

07. Juni 2011, Niedersächsisches Landesgesundheitsamt/ LIGA.NRW/Landesbetrieb Information und Technik NRW (IT.NRW)

### Pflegebedürftige nach Geschlecht

Insgesamt nimmt die Pflegebedürftigkeit der Bevölkerung zu. Der Anteil ist bei den Frauen höher als bei den Männern.

**Tab. 6: Pflegebedürftige Menschen nach Geschlecht 2011**

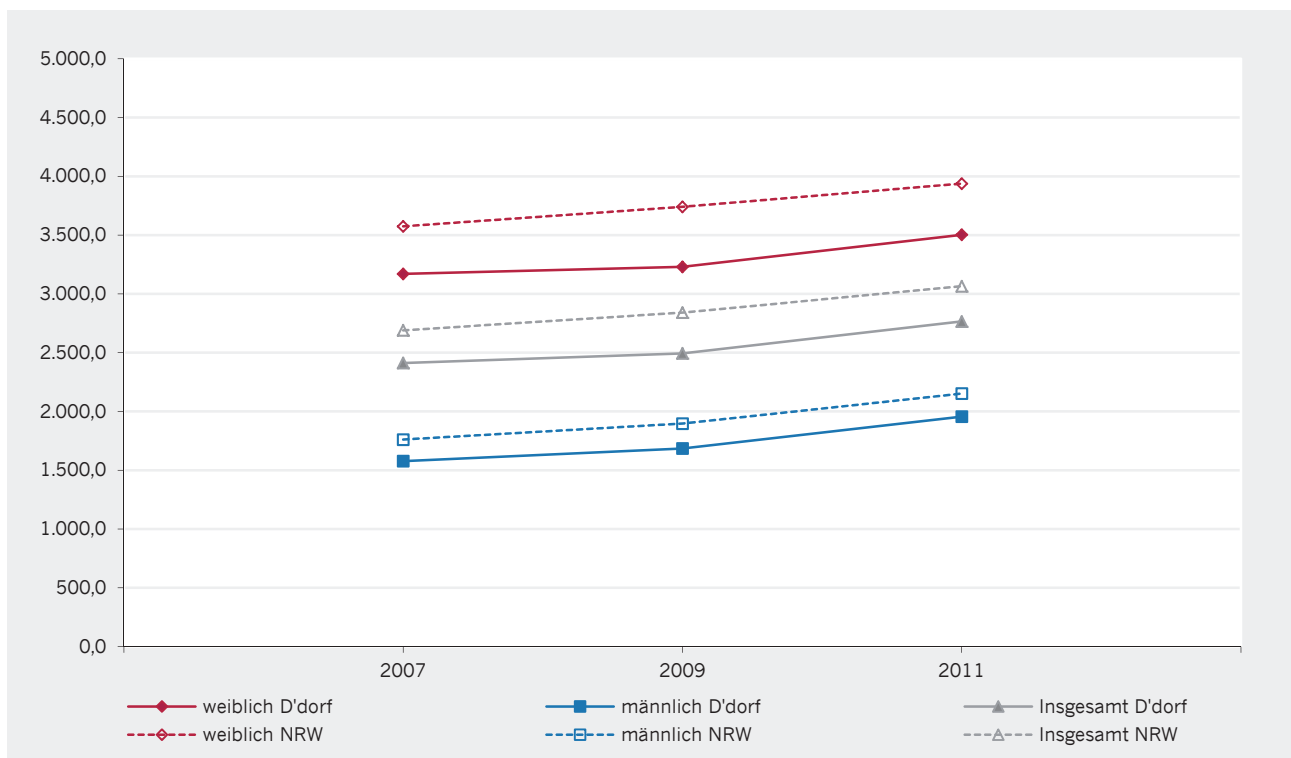
Verwaltungsbezirk	weiblich			männlich			insgesamt		
	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	SMR**	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	SMR**	Anzahl	je 100 000 Einwohner	SMR**
Düsseldorf	10 857	3502,4	0,94	5 524	1956,0	0,98	16 381	2765,2	0,96
Nordrhein-Westfalen	359 271	3937,7	1,00	187 598	2151,8	1,00	546 869	3065,1	1,00

Datenquelle/Copyright:  
IT.NRW: Pflegestatistik über  
LZG.NRW

\* ohne Pflegebedürftige, die noch keiner Pflegestufe zugeordnet sind; ab 2009 Gesamtzahl der Pflegebedürftigen ohne teilstationäre Unterbringungen

\*\* Standardized Morbidity Ratio: standardisiert an der Rate der Pflegebedürftigen des Landes

**Abb. 8: Pflegebedürftige Menschen je 100.000 Einwohner nach Geschlecht 2007-2011**



## 6.b (3.49\_01) Pflegebedürftige nach Art der Pflege, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, Jahr [Gf P Se So V]

### Definition

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

Als pflegebedürftig werden alle Personen erfasst, die aufgrund der Entscheidung der Pflegekasse bzw. privater Versicherungsunternehmen eine Pflegestufe (einschließlich Härtefälle) haben.

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

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

Während in Indikator 3.49 die Pflegebedürftigen nach Geschlecht aufgeführt sind, wird im vorliegenden Indikator eine Untergliederung der Pflegebedürftigen nach der Art der Pflege vorgenommen, wobei ab dem Berichtsjahr 2009 die teilstationär versorgten Pflegebedürftigen nicht mehr aufgeführt werden.

### Datenhalter

Landesbetrieb Information und Technik des Landes Nordrhein-Westfalen (IT.NRW)

### Datenquelle

Pflegestatistik  
Fortschreibung des Bevölkerungsstandes

### Periodizität

Zweijährlich, 15. Dezember, erstmalig 1999

### Validität

Bei der Pflegestatistik handelt es sich um eine Totalerhebung mit Auskunftspflicht.

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

### Kommentar

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

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

Durch die Reformen der Pflegeversicherung im Sommer 2008 ist der Anreiz, Leistungen der teilstationären Pflege parallel zu Pflegegeld und/oder ambulanten Sachleistungen zu beziehen, deutlich angestiegen. Um Doppelerfassungen in der Summe der Pflegearten und damit eine Überhöhung der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen zu vermeiden, werden deshalb ab der Erhebung 2009 die teilstationär durch Heime Versorgten nicht mehr zusätzlich addiert.

Bei den Angaben im Indikator handelt es sich um Bestandsdaten. Der Bezug auf die Wohnbevölkerung erfolgt mit Stichtagsdaten zum 31. Dezember des Jahres. Der vorliegende Indikator ist ein Ergebnisindikator.

### Vergleichbarkeit

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

Dieser Indikator ist bedingt vergleichbar mit den bisherigen NRW-Indikatoren 7.46, 7.47 und 7.45, in denen (erstmalig mit den Daten der neuen Pflegestatistik für das Berichtsjahr 1999 erstellt) die Pflegebedürftigen jeweils nach Pflegestufen und Art der Pflege (ambulant, stationär, bzw. Pflegegeldempfänger) erfasst wurden.

**Originalquellen**

Pflegeeinrichtungen und Pflegegeldleistungen in Nordrhein-Westfalen  
 Düsseldorf: Landesbetrieb Information und Technik NRW (IT.NRW), 2002 ff. (Statistische Berichte LDS)  
 Landesbetrieb Information und Technik des Landes Nordrhein-Westfalen (IT.NRW ): <http://www.it.nrw.de/>

**Dokumentationsstand**

07. Juni 2011, LIGA.NRW

**Pflegebedürftige Menschen nach Art der Pflege**

Die Zahlen in der stationären Pflege nehmen leicht ab, und der Anteil der ambulant Pflegebedürftigen nimmt leicht zu. Auffallend ist der vergleichsweise stark ansteigende Trend der Pflegegeldempfänger, was durch gesetzliche Neuregelungen erklärt werden kann.

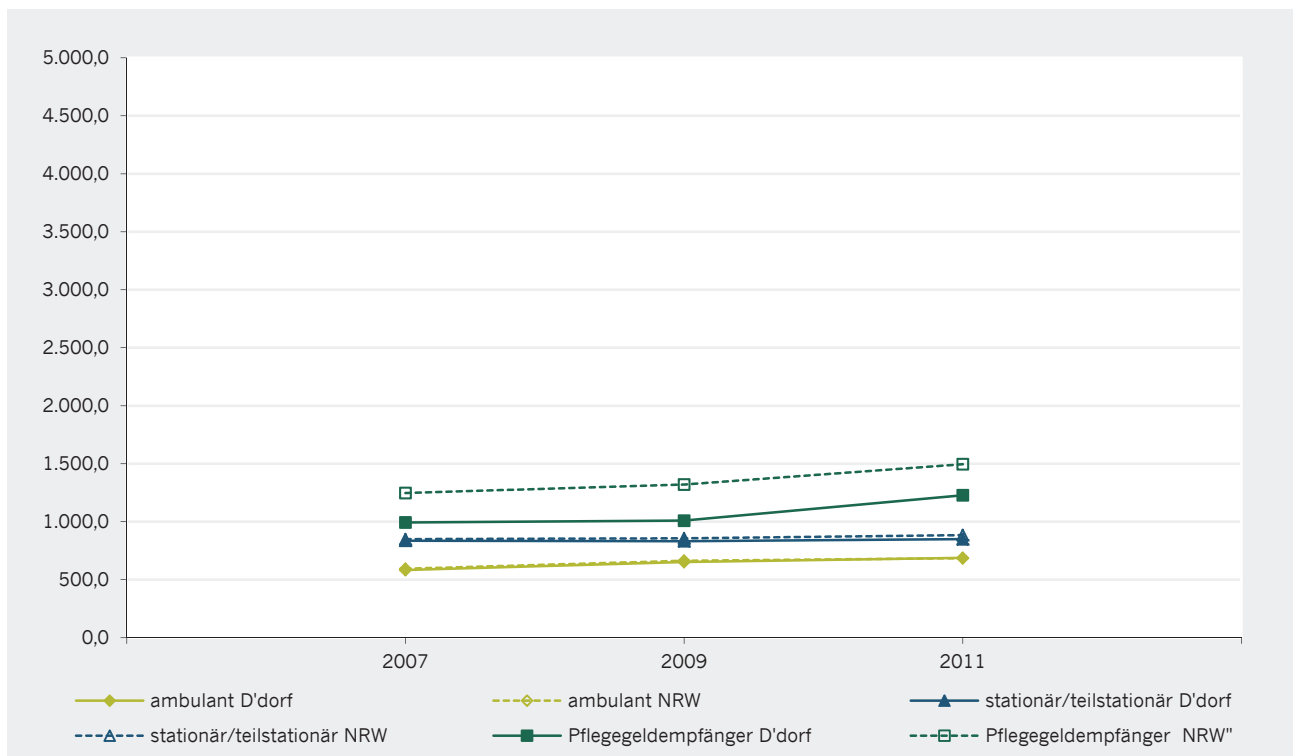
**Tab. 7: Pflegebedürftige Menschen nach Art der Pflege 2011**

Verwaltungsbezirk	Insgesamt*	je 100 000 Einwohner	davon					
			durch ambulante Pflegeeinrichtungen betreut		in stationären/ teilstationären Pflegeeinrichtungen betreut		Pflegegeldempfänger**	
			Anzahl	je 100 000 Einw.	Anzahl	je 100 000 Einw.	Anzahl	je 100 000 Einw.
Düsseldorf	16 381	2 765,2	4 075	687,9	5 031	849,3	7 275	1 228,1
Nordrhein-Westfalen	546 869	3 065,1	122 249	685,2	157 783	884,3	266 837	1 495,6

Datenquelle/Copyright:  
 IT.NRW: Pflegestatistik, Fortschreibung des Bevölkerungsstandes über LZG.NRW

\* ohne Pflegebedürftige, die noch keiner Pflegestufe zugeordnet sind;  
 ab 2009 ohne teilstationäre Unterbringungen (Erläuterung s. Kommentar)  
 \*\* Pflegebedürftige, die ausschl. Pflegegeld erhalten

**Abb. 9: Pflegebedürftige Menschen je 100.000 Einwohner nach Art der Pflege 2007-2011**



## 7.a (3.49\_02) MDK-Pflegebegutachtungen nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, Jahr [Gf P SE So V]

### 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. Dezember

### 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 eingestuft Fälle. Während die Pflegestatistik eine Bestandsstatistik darstellt, gibt die Statistik der Pflege-Begutachtungen einen Überblick über die jährlich neu hinzu kommenden Pflegebedürftigen (Zugangstatistik). 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.

Der vorliegende Indikator ist ein Ergebnisindikator.

### Vergleichbarkeit

Es gibt keine vergleichbaren WHO-, OECD- und EU-Indikatoren. Der Indikator ist nicht vergleichbar mit dem bisherigen Indikator 7.25.

### Originalquellen

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

### Dokumentationsstand

12. April 2005, lögd/ Medizinischer Dienst d. Krankenversicherung Westfalen-Lippe



### MDK-Pflegebegutachtungen nach Geschlecht

Die Zahl der Erstbegutachtungen nimmt sowohl für die Frauen, als auch für die Männer zu. Dies betrifft auch die Anzahl der Begutachtungen im NRW-Vergleich aus dem Jahr 2012.

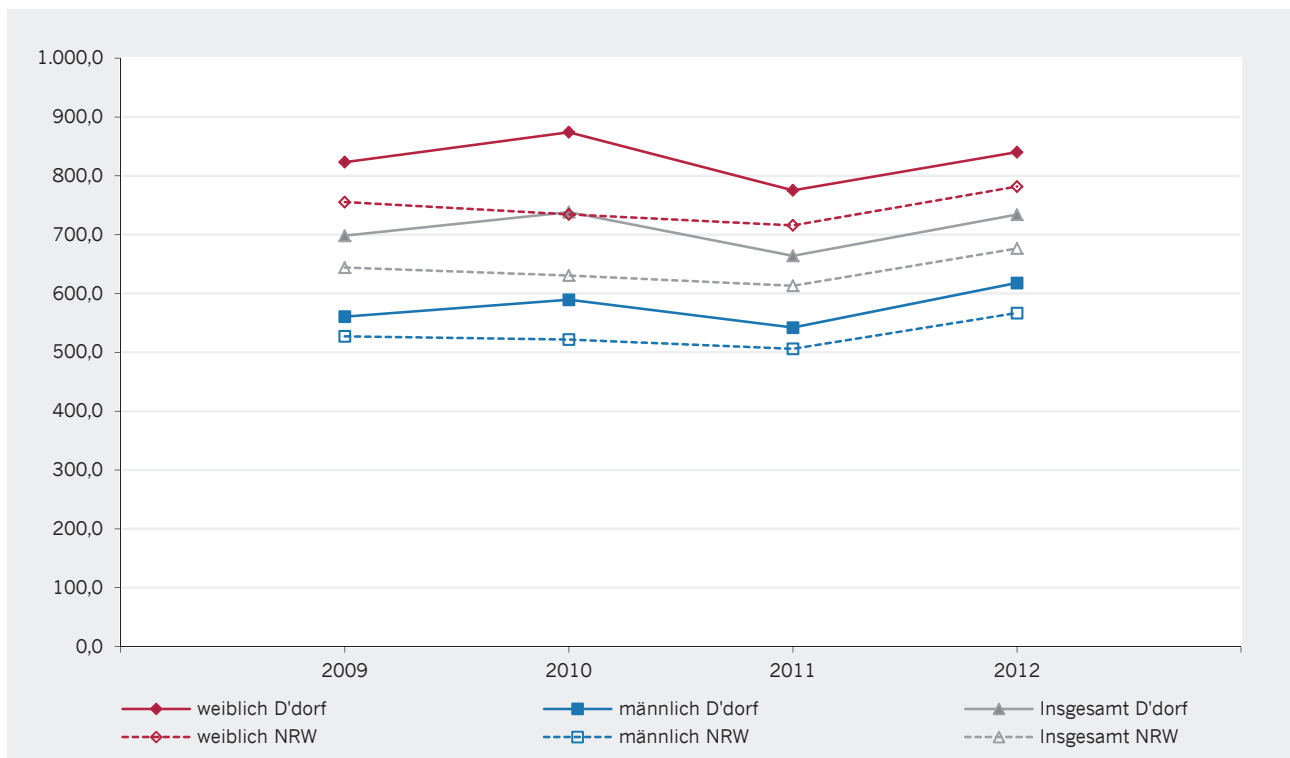
**Tab. 8: Medizinischer Dienst der Krankenkassen (MDK) Erstbegutachtungen nach Geschlecht 2012**

Verwaltungsbezirk	Durchgeführte Erstgutachten nach Geschlecht*					
	weiblich		männlich		insgesamt	
	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	Anzahl	je 100 000 Einwohner
Düsseldorf	2 608	840,3	1 751	618,0	4 359	734,2
Nordrhein-Westfalen	71 284	781,8	49 447	566,8	120 731	676,7

Datenquelle/Copyright:  
MDK Westfalen-Lippe, MDK Nordrhein:  
Ergebnisse der Pflege-Begutachtungen über LZG.NRW

\* Einstufung in Pflegestufen I-III

**Abb. 10: Erstbegutachtete Menschen je 100.000 Einwohner nach Geschlecht 2009-2012**



## 7.b (3.48\_01) MDK-Pflegebegutachtungen nach Pflegestufen, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, Jahr [P SE So V]

### 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 Leistungen nach dem SGB XI sind die Pflegekassen (Krankenkassen). 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. 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. Dadurch soll eine Begutachtung nach einheitlichen Kriterien sicher gestellt werden.

Der MDK ordnet den Versicherten, je nach Schweregrad der Pflegebedürftigkeit, eine der drei folgenden Pflegestufen zu (SGB XI § 15):

Pflegestufe I = erheblich Pflegebedürftige

Personen mit mindestens einmal täglich Hilfebedarf bei mindestens 2 Verrichtungen aus den Bereichen Körperpflege, Ernährung oder Mobilität.

Pflegestufe II = Schwerpflegebedürftige

Personen mit mindestens dreimal täglichem Hilfebedarf zu verschiedenen Tageszeiten bei der Körperpflege, Ernährung oder Mobilität.

Pflegestufe III = Schwerstpflegebedürftige

Personen mit einem täglichen Hilfebedarf rund um die Uhr, auch nachts, bei der Körperpflege, Ernährung oder Mobilität.

Darüber hinaus wird in besonders schwerwiegenden Fällen die Pflegestufe III und ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand (Härtefall) festgestellt. Die Entscheidung über das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit und die 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. Dezember

### Validität

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

### Kommentar

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

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

Der vorliegende Indikator ist ein Ergebnisindikator.

### Vergleichbarkeit

Es gibt keine vergleichbaren WHO-, OECD- und EU-Indikatoren. Der Indikator ist bedingt vergleichbar mit dem bisherigen Indikator 7.25, der als Landestabelle geführt wurde.

### Originalquellen

Medizinische Dienste der Krankenversicherung (MDK)  
Nordrhein und Westfalen-Lippe

Ergebnisse der Pflege-Begutachtungen 2002 ff.

### Dokumentationsstand

08. Juni 2004, Iögd/Medizinischer Dienst d. Krankenversicherung Westfalen-Lippe

### MDK-Pflegebegutachtungen nach Pflegestufen

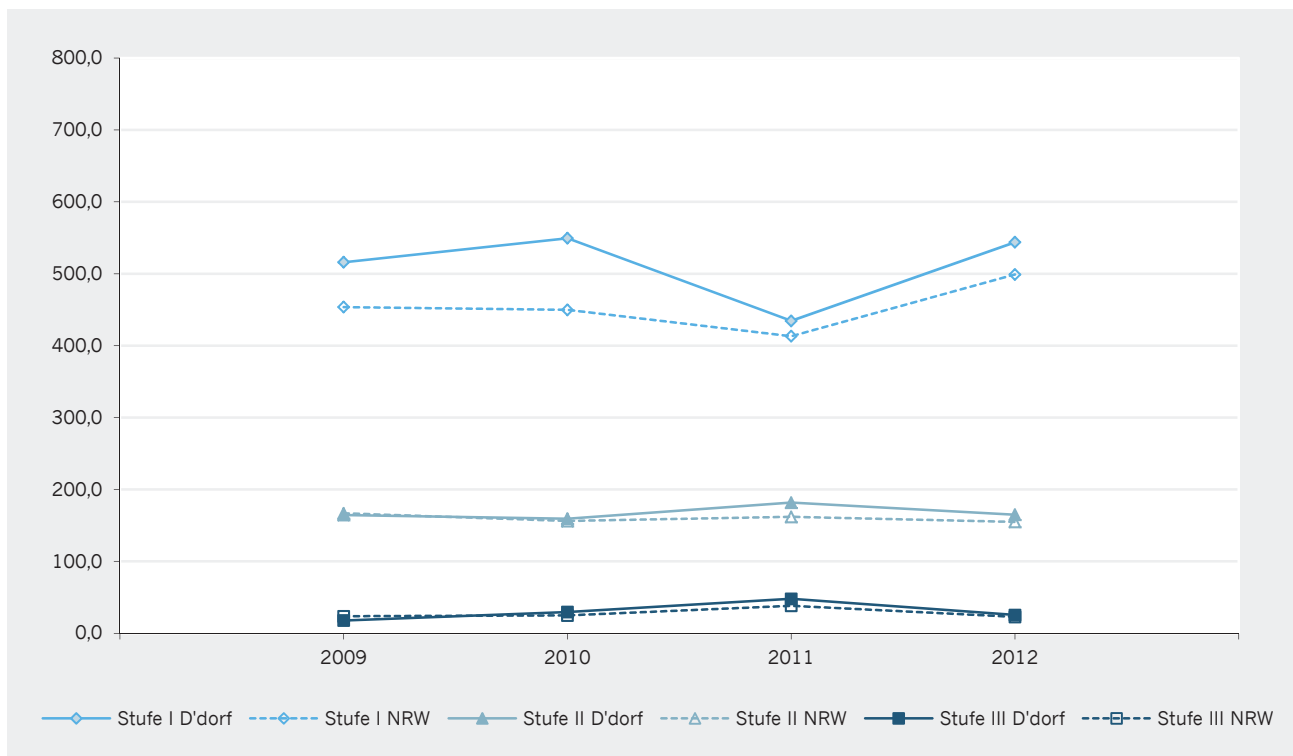
Während die Pflegestufen II und III eher gleichbleiben, oder sogar rückläufig sind, kann nach stärkerem Abfall der erstbegutachteten Menschen in der Pflegestufe I nun wieder eine deutliche Zunahme festgestellt werden.

**Tab. 9: MDK Erstbegutachtungen nach Pflegestufe 2012**

Verwaltungsbezirk	Durchgeführte Erstgutachten nach Pflegestufen					
	Stufe I		Stufe II		Stufe III	
	insgesamt	je 100 000 Einw.	insgesamt	je 100 000 Einw.	insgesamt	je 100 000 Einw.
Düsseldorf	3 229	543,9	979	164,9	151	25,4
Nordrhein-Westfalen	89 021	498,9	27 636	154,9	4 074	22,8

Datenquelle/Copyright:  
MDK Westfalen-Lippe, MDK Nordrhein: Ergebnisse der Pflege-Begutachtungen über LZG.NRW

**Abb. 11: Erstbegutachtete Menschen je 100.000 Einwohner nach Pflegestufe 2009-2012**



## 8. (3.51) Lebendgeborene nach Geburtsgewicht, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, Jahr [Gf K So V]

### 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. Dezember (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).

Der vorliegende Indikator ist ein Ergebnisindikator.

### Vergleichbarkeit

Es gibt keine vergleichbaren WHO-, OECD- oder EU-Indikatoren zu untergewichtig Lebendgeborenen auf regionaler Ebene. Der Indikator ist mit dem bisherigen NRW-Indikator 3.39 bedingt vergleichbar.

### Originalquellen

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

### Dokumentationsstand

27. Juli 2005, Niedersächsisches Landesgesundheitsamt/lögd

## Lebendgeborene nach Geburtsgewicht

Der Anteil der untergewichtigen Lebendgeborenen ist in der Landeshauptstadt Düsseldorf sowohl bei den unter 1500g-Lebendgeborenen als auch bei den unter 2500g-Lebendgeborenen geringer als im NRW-Vergleich.

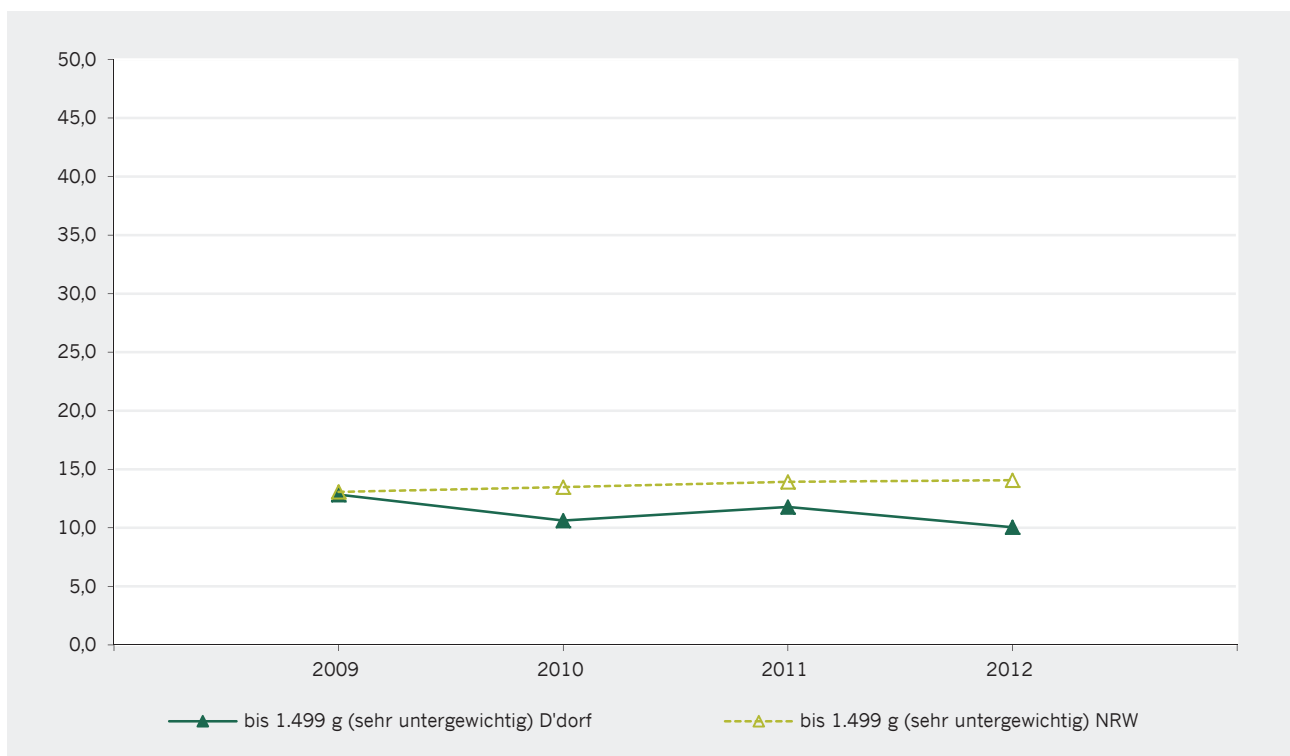
**Tab. 10: Lebendgeborene nach Geburtsgewicht 2012**

Verwaltungsbezirk	Lebendgeborene							ohne Gewichtsangabe
	Insgesamt	zus. mit Angaben zum Geburtsgewicht	darunter mit einem Geburtsgewicht:					
			bis 2 499 g		bis 1 499 g			
			Anzahl	je 1 000 Lebendgeb.	Anzahl	je 1 000 Lebendgeb.		
Düsseldorf	5 922	5 870	387	65,9	59	10,1	52	
Nordrhein-Westfalen	145 755	145 397	10 474	72,0	2 045	14,1	358	

Datenquelle/Copyright:

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

**Abb. 12: Lebendgeborene nach Geburtsgewicht je 1.000 Lebendgeborenen 2009-2012**



## 9. (3.53\_01) Säuglingssterbefälle nach Neonatal- und Postneonatalsterblichkeit, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, Jahr [Gf K So V]

### Definition

Die Säuglingssterblichkeit wird meist zeitlich und international verglichen und ist ein Indikator für die allgemeine Qualität der Lebensverhältnisse und der medizinischen (insbesondere der geburtshilflichen) Betreuung. Die Säuglingssterblichkeit beinhaltet lebend geborene Kinder, die nachgeburtlich verstorben sind. Totgeborene Kinder sind darin nicht eingeschlossen.

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

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

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

### Datenhalter

Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik des Landes Nordrhein-Westfalen

### Datenquelle

Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung

### Periodizität

Jährlich, 31. Dezember

### Validität

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

### Kommentar

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

Der vorliegende Indikator ist ein Ergebnisindikator.

### Vergleichbarkeit

Vergleichbar mit den WHO-Indikatoren 1110 070100 Infant mortality rate, per 1000 live births, 1120 070101 Neonatal mortality rate, per 1000 live births, 1150 070104 Postneonatal mortality, per 1000 live births. Vergleichbar mit dem OECD-Indikator zu Infant mortality und mit den EU-Indikatoren zu Infant-, Neonatal- und Postneonatal mortality.

Der Indikator 3.53 ist bis auf die Berechnung der unter einem Monat gestorbenen Säuglinge je 1 000 Lebendgeborene mit dem bisherigen NRW-Indikator 3.4 voll vergleichbar. Der Indikator 3.53\_01 ist mit dem bisherigen NRW-Indikator 3.5a voll vergleichbar.

### Originalquellen

Eheschließungen, Geborene und Gestorbene in Nordrhein-Westfalen 1980 ff.

Düsseldorf: Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW (Statistische Berichte LDS)

Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW Späte Neonatalsterblichkeit, Postneonatalsterblichkeit, Neonatalsterblichkeit 1980 ff.

### Dokumentationsstand

28. September 2005, Niedersächsisches Landesgesundheitsamt/lögd

### Säuglingssterbefälle nach Neonatal- und Postneonatalsterblichkeit

In 2012 sind die Zahlen der Säuglingssterbefälle in Düsseldorf deutlich gesunken, und liegen jetzt im NRW-weiten Durchschnitt.

**Tab. 11: Säuglingssterbefälle nach Neonatal- und Postneonatalsterblichkeit 2012**

Verwaltungsbezirk	Lebendgeborene insgesamt	Gestorbene Säuglinge									
		0* - 6 Tagen (frühe Neonatalsterb.)		7 - 27 Tagen (späte Neonatalsterb.)		28 - 364 Tagen (Postneonatalsterb.)		unter 1 Monat** (Neonatalsterblichkeit)		unter 1 Jahr	
		insges.	je 1 000 Leb.geb.	insges.	je 1 000 Leb.geb.	insges.	je 1 000 Leb.geb.	insges.	je 1 000 Leb.geb.	insges.	je 1 000 Leb.geb.
Düsseldorf	5 922	14	2,4	2	0,3	6	1,0	16	2,7	22	3,7
Nordrhein-Westfalen	145 755	327	2,2	61	0,4	164	1,1	388	2,7	552	3,8

Datenquelle/Copyright:

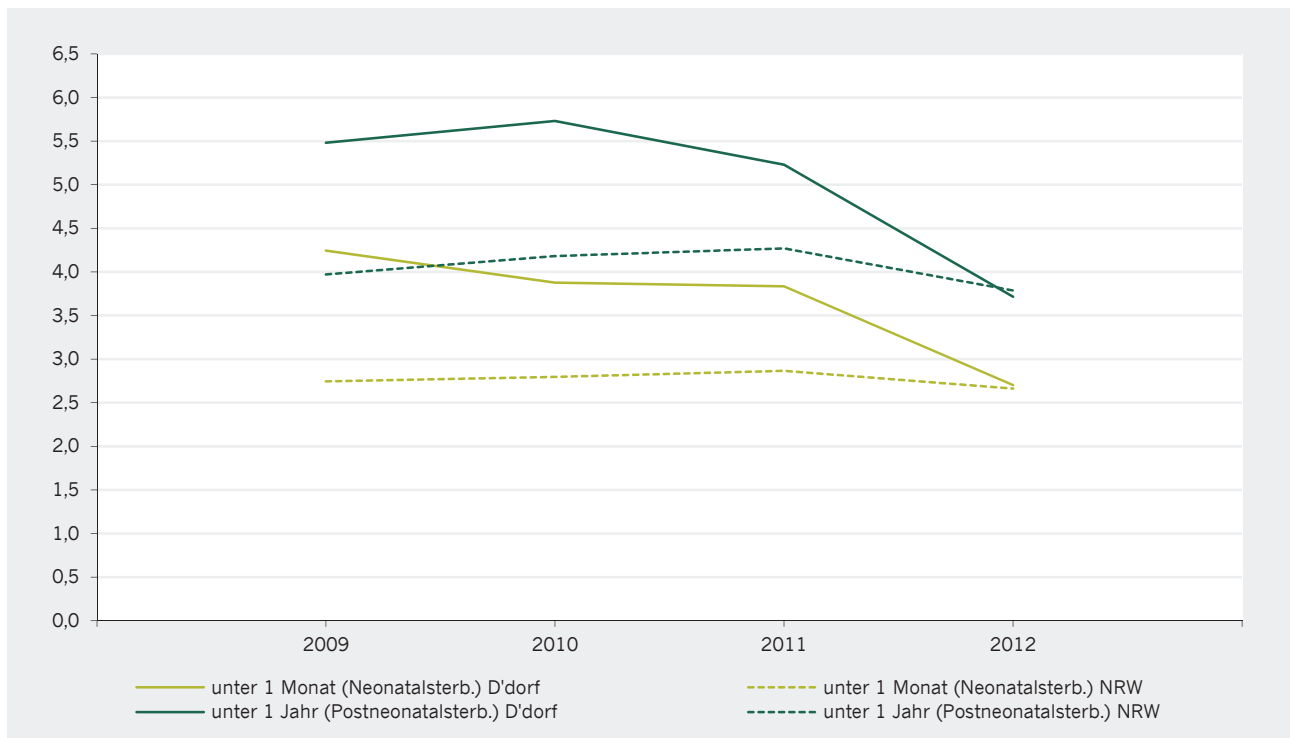
Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW):

Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung über LZG.NRW

\* am Tag der Geburt gestorben

\*\* in den ersten 28 Tagen gestorben

**Abb. 13: Säuglingssterbefälle nach Neonatal- und Postneonatalsterblichkeit je 1.000 Lebendgeborenen 2009-2012**



## Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen

### 10. (4.1\_02) Rauchverhalten, Mikrozensus, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, Jahr [Gf Ge So]

#### Definition

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

Nach dem Mikrozensusgesetz 2005 vom 24. Juni 2004 (BGBl. I S. 1350) findet **alle vier Jahre eine Zusatzerhebung Gesundheitszustand der Bevölkerung zum Mikrozensus statt**. Sie liefert u. a. Informationen über Rauchgewohnheiten.

Das Rauchverhalten ist geschlechts-, und altersabhängig. Unter regelmäßigem Rauchen wird tägliches Rauchen verstanden, auch wenn es sich nur um geringe Tabakmengen handelt.

Im Indikator 4.1\_02 wird der Anteil der Nichtraucher, der Raucher insgesamt und der starken Raucher nach Kreisen und kreisfreien Städte in Prozent ausgewiesen. Der Indikator 4.1 bezieht sich auf den Bundesgesundheits-survey und der Zusatzstichprobe NRW. Die Methodik der Befragung ist vergleichbar. **Die Zahl der Befragten resultiert aus einer Hochrechnung der 1 %-Stichprobe auf die Bevölkerung des Landes Nordrhein-Westfalen.**

#### Datenhalter

Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik des Landes Nordrhein-Westfalen

#### Datenquelle

Mikrozensus, Zusatzerhebung Gesundheit

#### Periodizität

Ab 2005 vierjährlich

#### Validität

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

#### Kommentar

Der Indikator zum Rauchverhalten der Bevölkerung wird als Länderindikator geführt.

Der Indikator zählt zur Gruppe der Gesundheitsdeterminanten.

#### Vergleichbarkeit

Eingeschränkte Vergleichbarkeit mit dem WHO-Indikator 3010 171010 % of regular daily smokers, age 15+ years/male/female wegen der fehlenden Unterscheidung nach Geschlecht. Daily smokers werden als OECD-Indikator auf der Basis des Health Interview Surveys der WHO erfasst, in der EU wird Regular smoking erfasst. Der Indikator ist neu im Indikatorensetz.

#### Originalquellen

Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW  
Mikrozensus 2005

#### Dokumentationsstand

15. August 2007, Iögd/Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW



Rauchverhalten, Mikrozensus

Das Rauchverhalten in Düsseldorf entspricht weitgehend der NRW-Statistik. Es rauchen mehr Männer als Frauen; bei beiden Geschlechtern besteht ein rückläufiger Trend. Dieser ist bei den Männern allerdings ausgeprägter. Die rückläufige Tendenz ist bei den Frauen in NRW stärker ausgeprägt als bei den Düsseldorferinnen.

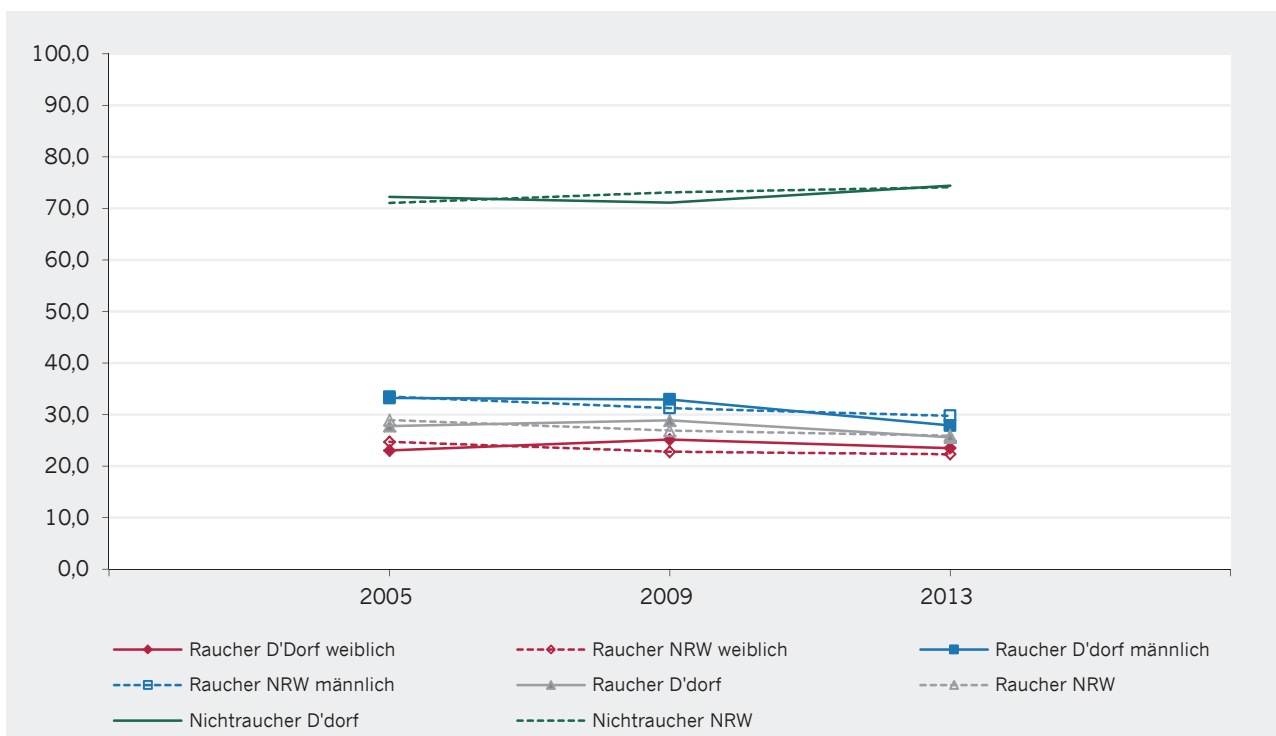
Tab. 12: Rauchverhalten der Bevölkerung\* 2013

Verwaltungsbezirk	Insgesamt			weiblich			männlich		
	Nicht-raucher <sup>1)</sup>	Raucher <sup>1)</sup>	darunter regelmäßig <sup>1)</sup>	Nicht-raucher <sup>1)</sup>	Raucher <sup>1)</sup>	darunter regelmäßig <sup>1)</sup>	Nicht-raucher <sup>1)</sup>	Raucher <sup>1)</sup>	darunter regelmäßig <sup>1)</sup>
Anteil der Befragten in % mit Angaben zum Rauchverhalten**									
Düsseldorf	74,4	25,6	21,7	76,5	23,5	19,9	72,1	27,9	23,7
Nordrhein-Westfalen	74,1	25,9	22,8	77,7	22,3	19,4	70,2	29,8	26,5

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

Quelle: it.nrw Pressemitteilung vom 07. November 2014 [http://www.it.nrw.de/presse/pressemitteilungen/2014/pres\\_312\\_14.html](http://www.it.nrw.de/presse/pressemitteilungen/2014/pres_312_14.html)

Abb. 14: Rauchverhalten der Bevölkerung\* 2005, 2009 und 2013 nach Geschlecht



Quelle: it.nrw Pressemitteilung vom 07. November 2014 [http://www.it.nrw.de/presse/pressemitteilungen/2014/pres\\_312\\_14.html](http://www.it.nrw.de/presse/pressemitteilungen/2014/pres_312_14.html)

## 11. (4.8\_02) Body Mass Index (BMI) der erwachsenen Bevölkerung, Mikrozensus, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, Jahr [Gf So]

### Definition

Durch Adipositas werden sowohl die Gesundheit als auch die Lebensdauer negativ beeinflusst. Übergewicht wird mit Herz-Kreislauf-Risikofaktoren wie Bluthochdruck (Hypertonie), erhöhten Blutfettwerten (Hypercholesterinämie) sowie der Entstehung von Krankheiten (insbesondere Diabetes mellitus und bestimmte Malignome) in Verbindung gebracht. Darüber hinaus kann das Übergewicht den Knochen- und Bandapparat überlasten und so arthrotische Gelenkschäden verstärken. Das andere Extrem ist Untergewicht, das ebenfalls zu gesundheitlichen Störungen führt. Zur Definition von Gewichtskategorien wie Untergewicht, Normalgewicht, Übergewicht und Adipositas (Fettleibigkeit) wird der sogenannte Body Mass Index (BMI) benutzt. Der Body Mass Index wird aus dem Quotienten des Gewichtes in kg und dem Quadrat der Größe in m<sup>2</sup> berechnet.

Nach dem Mikrozensusgesetz 2005 vom 24. Juni 2004 (BGBl. I S. 1350) **findet alle vier Jahre eine Zusatzerhebung Gesundheitszustand der Bevölkerung zum Mikrozensus statt.** Sie liefert u. a. Informationen über Körpergröße und Körpergewicht sowie daraus resultierend erstmalig Berechnungen des Body-Mass-Index. Im Bundesgesundheitsurvey wurde der BMI nach Messungen der Körpergröße und des Gewichtes exakt berechnet (Ind. 4.8). Die im vorliegenden Indikator angegebenen Maße der Befragten wurden nach derselben Methode berechnet. Es wird der Prozentsatz der Untergewichtigen, Normalgewichtigen, Übergewichtigen und Adipösen insgesamt nach Kreisen und kreisfreien Städten dargestellt. **Die Zahl der Befragten resultiert aus einer Hochrechnung der 1 %-Stichprobe auf die Bevölkerung des Landes Nordrhein-Westfalen.**

### Datenhalter

Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik des Landes Nordrhein-Westfalen

### Datenquelle

Mikrozensus, Zusatzerhebung

### Periodizität

Ab 2005 vierjährlich

### Validität

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

### Kommentar

Der Indikator 4.8\_02 zum Body Mass Index (BMI) der erwachsenen Bevölkerung von 15 Jahren und älter wird in Nordrhein-Westfalen als Länderindikator ohne Angabe des Geschlechts geführt. Bei der Zuordnung zu den Gruppen unter-, normal-, übergewichtig und adipös wurden für Frauen und Männer unterschiedliche Grenzwerte angewendet (s. Fußnote Indikatortabelle). Im Mikrozensus werden Angaben zu den Körpermaßen nicht gemessen, sondern erfragt. Die Ergebnisse des im Mikrozensus berechneten BMI liegen deutlich unter den gemessenen Werten beim Bundes-Gesundheitssurvey.

### Vergleichbarkeit

Keine Vergleichbarkeit mit Indikatoren der WHO. Eine nur bedingte Vergleichbarkeit mit dem OECD-Indikator Obese population und dem EU-Indikator Body mass index. Angaben zum BMI von 30 und mehr gehörten im bisherigen Indikatorensetz zu den fakultativen Indikatoren. Der Indikator ist neu im Indikatorensetz.

### Originalquellen

Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW  
Mikrozensus 2005

### Dokumentationsstand

27. März 2008, LIGA.NRW/Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW

## Body Mass Index (BMI) der erwachsenen Bevölkerung, Mikrozensus

Zwar ist der Anteil der Normalgewichtigen in Düsseldorf höher als im Landesdurchschnitt, dennoch fällt für Düsseldorf auf, dass der Anteil der massiv adipösen Erwachsenen eine steigende Tendenz aufweist.

Die Düsseldorferinnen liegen dabei sogar über dem Landesdurchschnitt.

**Tab. 13: Body Mass Index (BMI) der erwachsenen Bevölkerung 2013**

Verwaltungsbezirk	Bevölkerung am Ort der Hauptwohnung (ab 18 Jahren)									
	darunter Personen, die Angaben zu Körpergewicht und -größe gemacht haben									
	insgesamt	zusammen	Body-Mass-Index (BMI) Klassifikation <sup>1)</sup>					Körpergröße in Meter	Körpergewicht in Kilogramm	BMI <sup>1)</sup>
			untergewichtig	normalgewichtig	übergewichtig					
Anzahl		Anteil <sup>2)</sup> in Prozent					Durchschnittswerte			
<b>insgesamt</b>										
Düsseldorf	507 000	344 000	3,1	48,6	34,0	13,2	1,0	1,7	75,6	25,5
Nordrhein-Westfalen	14 628 000	10 314 000	2,1	45,1	36,6	15,1	1,1	1,7	76,9	25,9
<b>weiblich</b>										
Düsseldorf	264 000	175 000	5,4	56,8	24,5	12,0	1,4	1,7	67,4	24,5
Nordrhein-Westfalen	7 587 000	5 204 000	3,5	53,2	28,9	13,2	1,2	1,7	68,8	25,1
<b>männlich</b>										
Düsseldorf	243 000	169 000	0,7	40,0	43,9	14,5	0,7	1,8	84,1	26,2
Nordrhein-Westfalen	7 041 000	5 110 000	0,7	36,9	44,4	16,9	1,0	1,8	85,1	26,7

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

\*) 2005 u. 2009: Hochrechnung auf Basis der Fortschreibung der Volkszählung 1987;  
2013: Hochrechnung auf Basis der Fortschreibung des Zensus 2011  
1) siehe Erläuterungen; 2) an der Bevölkerung mit Angaben zu Körpergewicht u. -größe

### Erläuterung

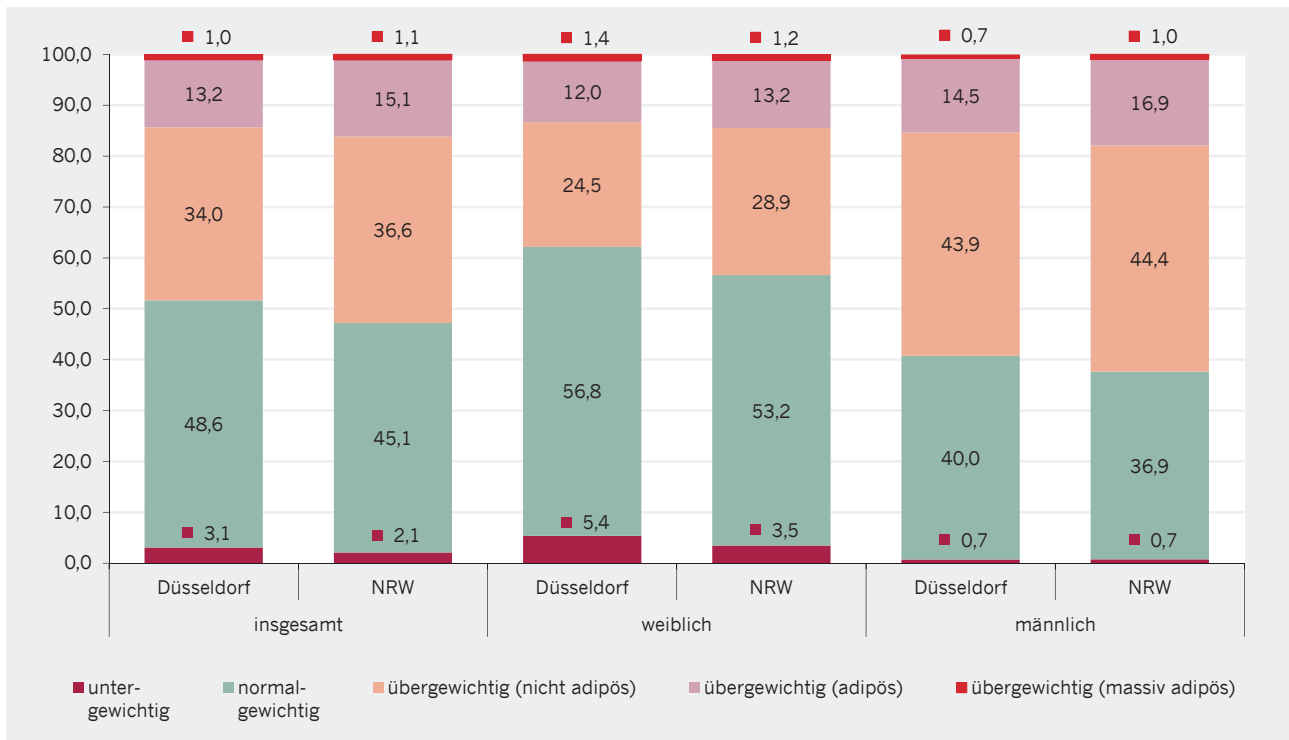
Die Klassifizierung des Body-Mass-Index (BMI) bei Erwachsenen wurde gemäß der World Health Organization (WHO, Stand 2008) vorgenommen:

Kategorie	Body-Mass-Index (von ... bis unter ... kg/m <sup>2</sup> )	
Untergewicht	unter 18,5	
Normalgewicht	18,5 - 25	
Übergewicht	Präadipositas	25 - 30
	Adipositas Grade I-II	30 - 40
	Adipositas Grad III	40 oder mehr

$$\text{Berechnung: BMI} = \frac{\text{Gewicht (in kg)}}{[\text{Größe (in m)}]^2}$$

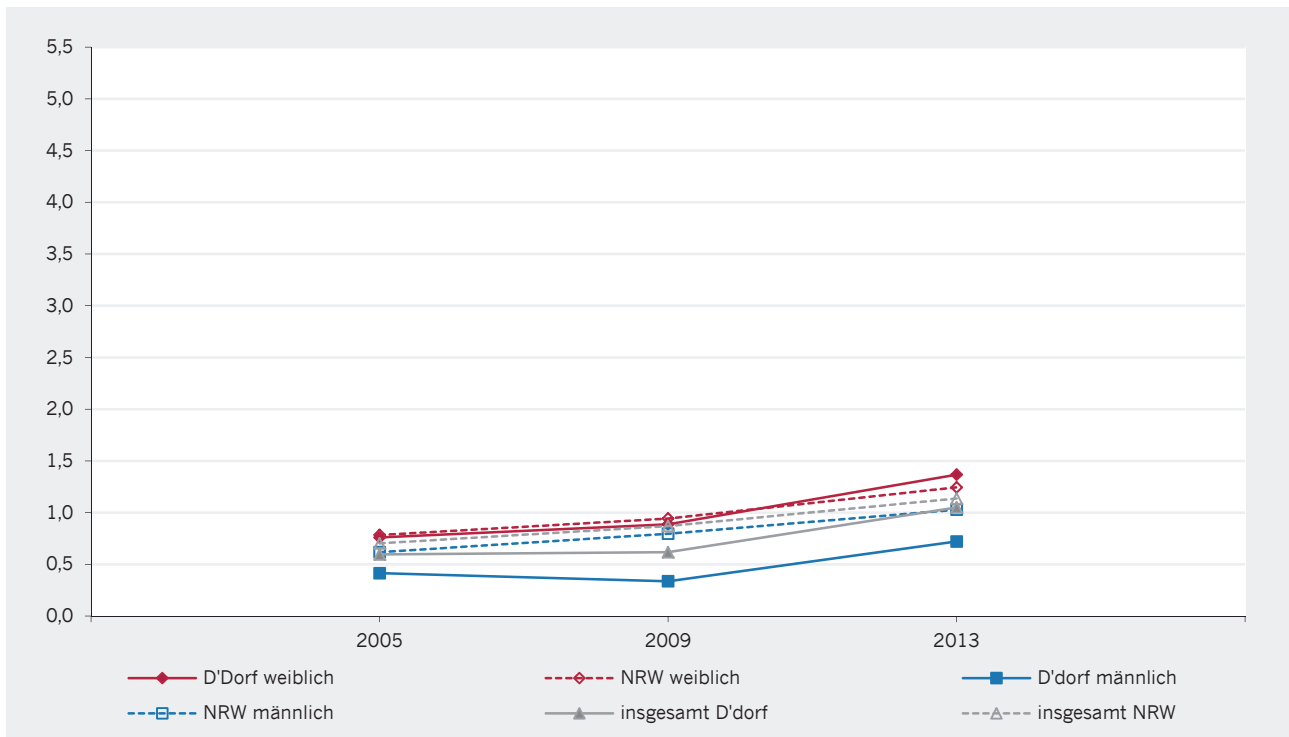
Quelle: it.nrw Pressemitteilung vom 27. November 2014 [http://www.it.nrw.de/presse/pressemitteilungen/2014/pres\\_331\\_14.html](http://www.it.nrw.de/presse/pressemitteilungen/2014/pres_331_14.html)

Abb. 15: Body Mass Index (BMI) Klassifikation der erwachsenen Bevölkerung nach Geschlecht 2013 in %



Quelle: it.nrw Pressemitteilung vom 27. November 14 [http://www.it.nrw.de/presse/pressemitteilungen/2014/pres\\_331\\_14.html](http://www.it.nrw.de/presse/pressemitteilungen/2014/pres_331_14.html)

Abb. 16: Anteil der massiv adipösen, erwachsenen Bevölkerung nach Geschlecht 2005 - 2013 in %



Quelle: it.nrw Pressemitteilung vom 27. November 2014 [http://www.it.nrw.de/presse/pressemitteilungen/2014/pres\\_331\\_14.html](http://www.it.nrw.de/presse/pressemitteilungen/2014/pres_331_14.html)

## Ausgewählte Krankheiten

### Krankenhausfälle ausgewählter Krankheitsgruppen/Krankheiten

#### Definition

Die Krankenhausdiagnose-Statistik ist Bestandteil der 1990 eingeführten amtlichen Krankenhausstatistik (weitere Erhebungsteile: I. Grunddaten und III. Kostenachweis). Die Krankenhausstatistik erstreckt sich auf alle Krankenhäuser sowie alle Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. Im Folgenden werden die Datendefinitionen für die allgemeinen und sonstigen Krankenhäuser dargestellt. Diese Definitionen sind im allgemeinen auch für die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen gültig, die auf einer eigenen Hilfeseite behandelt werden.

Mit der Krankenhausdiagnose-Statistik wird sowohl der Behandlungs- als auch der Wohnort des Patienten erfasst. Der vorliegende Datensatz ist **nach dem Wohnort organisiert!** Er stellt also die Krankheitshäufigkeit und nicht Versorgungskennziffern der Kommune dar.

Die Meldungen zur Diagnosestatistik beziehen sich auf alle im Laufe des Berichtsjahres entlassenen vollstationären Patienten. Die Angaben betreffen auch die im Krankenhaus verstorbenen Patienten, nicht jedoch teilstationär oder ambulant behandelte Patienten sowie gesunde Neugeborene.

**Patienten, die mehrfach innerhalb eines Jahres vollstationär behandelt wurden, werden auch mehrfach erfasst.** Dies ist bei der Auswertung zu beachten, vor allem bei Diagnosen, die häufig mit wiederholten Krankenhausaufnahmen einhergehen, wie bestimmte Krebserkrankungen oder auch AIDS. In diesen Fällen kann aus der Zahl der Krankenhausfälle nur sehr bedingt auf die Erkrankungshäufigkeit in der Bevölkerung geschlossen werden.

Als Hauptdiagnose ist diejenige zum Zeitpunkt der Entlassung bekannte Diagnose angegeben, die hauptsächlich die Behandlungsdauer bzw. den Umfang der medizinischen Leistungen bestimmt hat. Sie ist entsprechend der dreistelligen ICD-10 Klassifikation verschlüsselt. Im vorliegenden Datensatz sind die Fälle mit fehlender/fehlerhafter Diagnoseverschlüsselung unter dem Schlüssel »000« zusammengefasst.

Fälle mit fehlender Alters- bzw. Geschlechtsangabe oder unbekanntem Wohnort sind im vorliegenden Datensatz nicht enthalten. Die sog. Stundenfälle sind bis zum Berichtsjahr 2003 einschl. nicht enthalten. Stundenfälle bezeichnen Patienten, die stationär aufgenommen, aber am gleichen Tag wieder entlassen bzw. verlegt wurden oder verstorben sind.

Der Datensatz beinhaltet alle Behandlungsfälle von Patienten mit Wohnsitz in Nordrhein-Westfalen, unabhängig vom Bundesland, in dem die Behandlung erfolgte. Die Fälle werden jeweils nach dem Wohnort der Patienten ausgewertet und auf die mittlere Jahresbevölkerung des Wohnortes bezogen.

Die direkt standardisierten Behandlungsraten werden auf der Grundlage der alten (1976) Europäischen Standardbevölkerung berechnet. Im alten HOSPIDat-Modul (Daten vor 2000, ICD-9) wurde die »neue Europabevölkerung« verwendet. (Die altersstandardisierten Raten der beiden Module sind daher nicht miteinander vergleichbar!). Die Altersstandardisierung macht die Behandlungsraten unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen, Regionen oder Zeiträume vergleichbar, indem sie den Einfluss eines unterschiedlichen Altersaufbaus der Bevölkerung durch Gewichtungen kontrolliert. Altersstandardisierte Erkrankungs- oder Sterbeziffern stellen fiktive Kennziffern dar, die zeigen, wie die Erkrankungshäufigkeit oder Sterblichkeit in der untersuchten Bevölkerung wäre, wenn die Altersstruktur der Standardbevölkerung zugrunde läge. Die standardisierten Ziffern verschiedener Bevölkerungen sind somit vergleichbar, weil sie auf die gleiche Altersstruktur bezogen wurden.

**Die mit HOSPIDat erstellten Auswertungstabellen dürfen für die Belange der Gesundheitsberichterstattung frei verwendet werden. Das Programm selbst sowie die mitgelieferten Datendateien dürfen jedoch nicht weitergegeben werden!**

## 12. Tuberkulose TBC (A15-A19) [Gf Ge K Se V]

Im NRW-Vergleich liegen die Tuberkuloseraten in der Landeshauptstadt Düsseldorf höher, insbesondere bei den Männern in der Lebensmitte und ab dem 75. Lebensjahr. Die Frauen weisen eine rückläufige Tendenz bei den Tuberkulosebehandlungen auf.

### ICD-10 Definition

- A15 Tuberkulose der Atmungsorgane, bakteriologisch oder histologisch gesichert
- A16 Tuberkulose der Atmungsorgane, weder bakteriologisch noch histologisch gesichert
- A17† Tuberkulose des Nervensystems
- A18 Tuberkulose sonstiger Organe
- A19 Miliartuberkulose

† = Sekundärschlüsselnummer

**Tab. 14: Krankenhausfälle Tuberkulose nach Geschlecht 2012**

Verwaltungsbezirk	männlich		weiblich		insgesamt	
	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	Anzahl	je 100 000 Einwohner
Düsseldorf	54	19,1	14	4,5	68	11,5
Nordrhein-Westfalen	903	10,4	537	5,9	1 440	8,1

Quelle LZG.NRW: GBR-Stat 2014

Tab. 15: Krankenhausfälle Tuberkulose nach Alter und Geschlecht 2012

Alter	Düsseldorf						NRW					
	männlich		weiblich		insgesamt		männlich		weiblich		insgesamt	
	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	Anzahl	je 100 000 Einwohner	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	Anzahl	je 100 000 Einwohner
0 - <1	-	-	-	-	-	-	4	5,43	2	2,84	6	4,16
1 - 4	-	-	-	-	-	-	14	4,58	21	7,23	35	5,87
5 - 9	-	-	-	-	-	-	20	4,97	9	2,36	29	3,70
10 - 14	-	-	-	-	-	-	12	2,63	11	2,53	23	2,58
15 - 19	2	16,27	-	-	-	-	23	4,58	21	4,41	44	4,50
20 - 24	-	-	-	-	-	-	50	8,92	39	7,27	89	8,11
25 - 29	-	-	2	8,41	-	-	54	10,02	48	9,14	102	9,58
30 - 34	7	29,45	2	8,10	9	18,57	41	7,81	43	8,24	84	8,02
35 - 39	8	36,78	2	9,28	10	23,09	71	13,83	37	7,18	108	10,50
40 - 44	10	40,72	-	-	-	-	53	7,73	29	4,30	82	6,03
45 - 49	6	23,76	-	-	-	-	86	10,92	35	4,58	121	7,80
50 - 54	2	9,58	-	-	-	-	88	12,44	29	4,13	117	8,30
55 - 59	5	29,47	-	-	-	-	81	13,60	28	4,59	109	9,04
60 - 64	-	-	-	-	-	-	57	11,09	31	5,73	88	8,34
65 - 69	2	15,41	-	-	-	-	36	8,87	18	4,05	54	6,35
70 - 74	-	-	3	16,28	-	-	84	17,57	38	6,83	122	11,79
75 - 79	4	38,97	-	-	-	-	56	16,56	40	9,15	96	12,38
80 - 84	-	-	-	-	-	-	45	21,90	33	10,31	78	14,84
85 u. älter	-	-	-	-	-	-	28	21,88	25	7,89	53	11,92
Insgesamt	54	19,06	14	4,51	68	11,45	903	10,35	537	5,89	1 440	8,07
Altersstand. an Europabev. alt		17,00		3,69		10,22		9,27		5,59		7,36

einschl. Stundenfälle, ohne Patienten mit unbekanntem Wohnsitz bzw. Geschlecht  
Quelle LZG.NRW: GBR-Stat 2014

"-" weniger als 2 Fälle bzw. Randsummen geheimzuhalten

Abb. 17: Krankenhausfälle Tuberkulose je 100.000 Einwohner nach Geschlecht 2009-2012

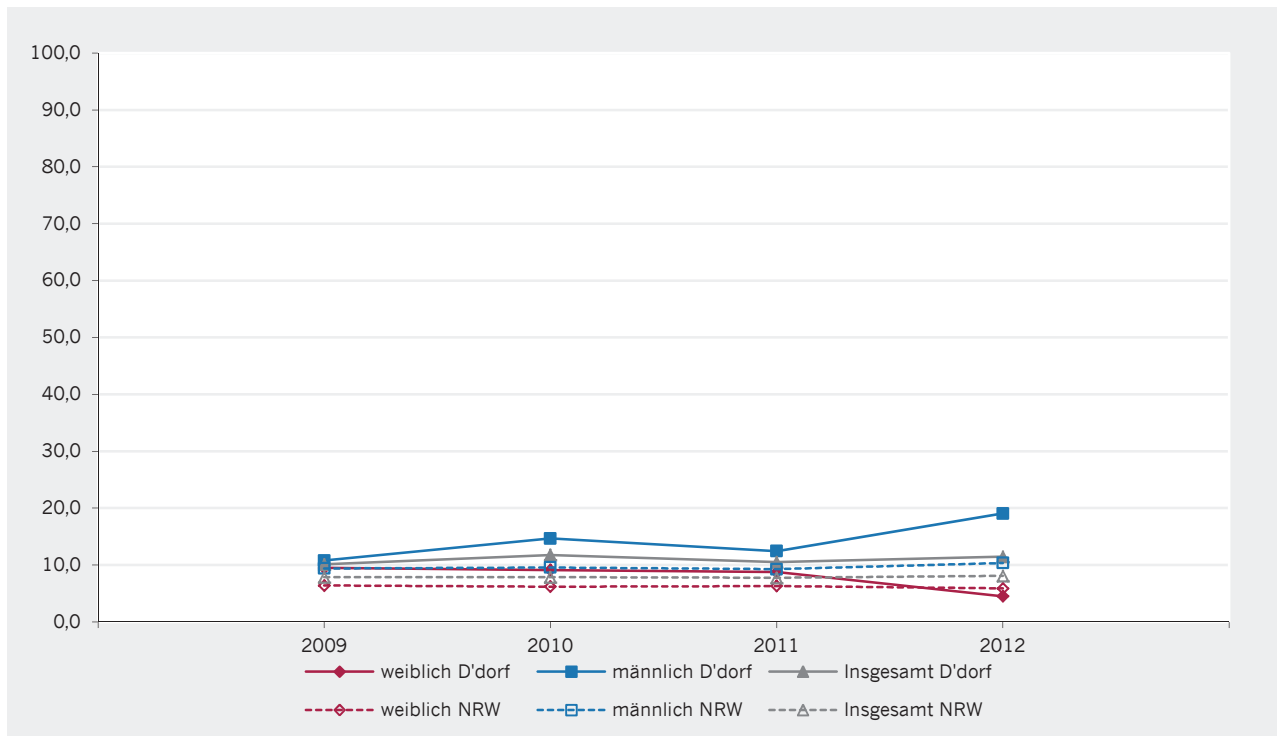
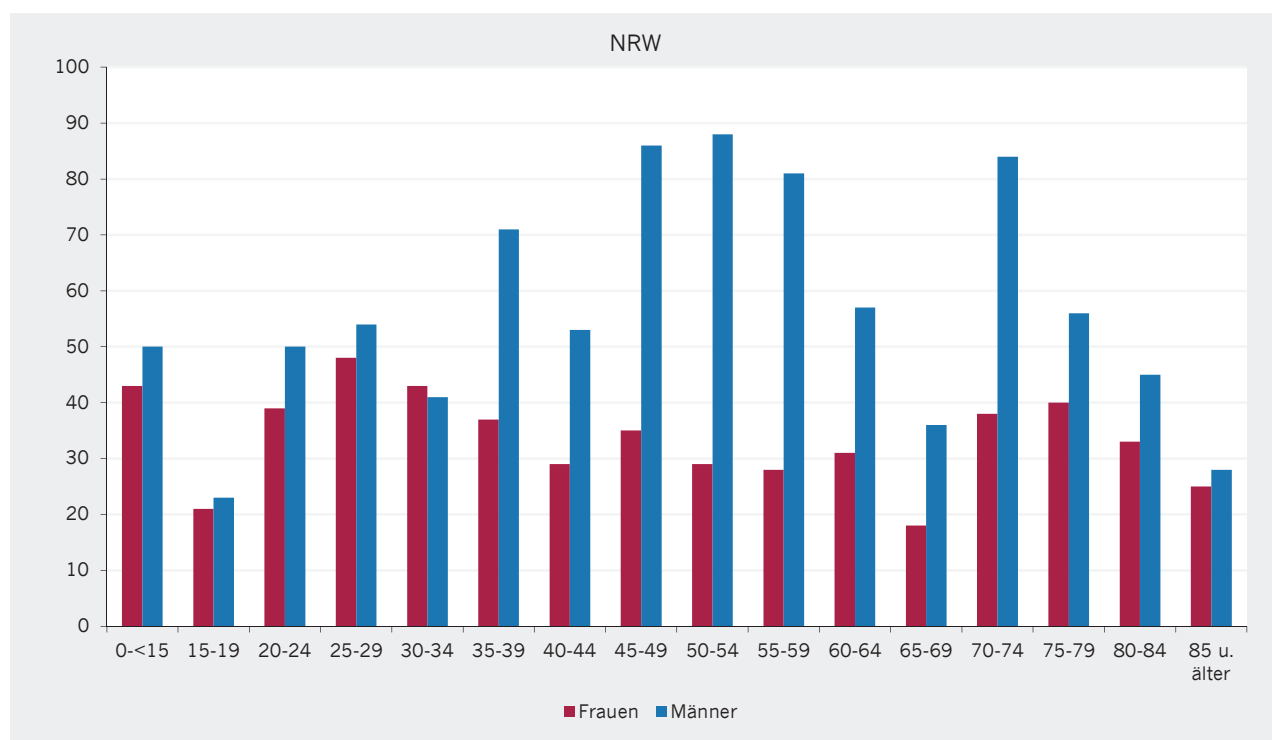
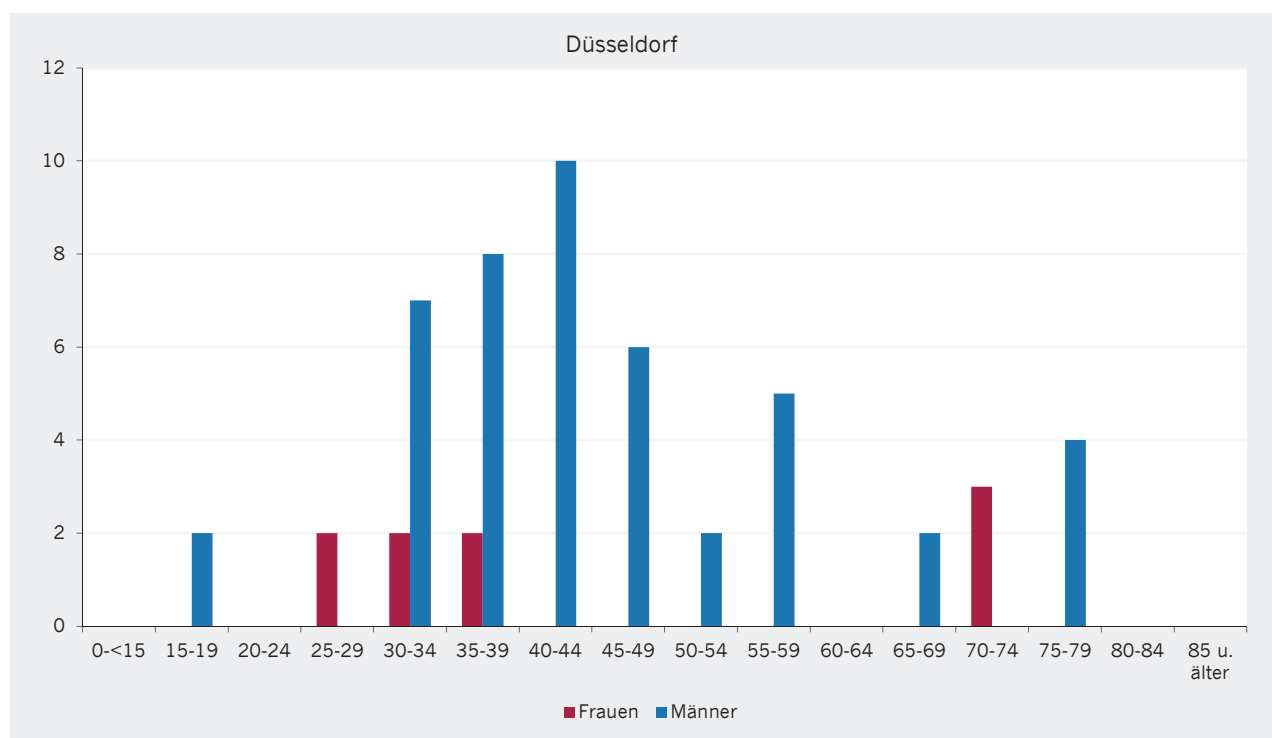


Abb. 18: Krankenhausfälle Tuberkulose nach Alter und Geschlecht 2012





### 13. Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane (C18-C20) [Gf Ge K Se V]

Die Fallzahlen sind bei Männern gegenüber den Vorjahren wieder steigend, bei Frauen in 2012 wieder sinkend, dennoch liegt der Frauenanteil höher als der NRW-Schnitt.

#### ICD-10 Definition

Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane (C18-C20)

- C18 Bösartige Neubildung des Kolons
- C19 Bösartige Neubildung am Rektosigmoid, Übergang
- C20 Bösartige Neubildung des Rektums

**Tab. 16: Krankenhausfälle Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane nach Geschlecht 2012**

Verwaltungsbezirk	männlich		weiblich		insgesamt	
	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	Anzahl	je 100 000 Einwohner
Düsseldorf	635	224,1	594	191,4	1 229	207,0
Nordrhein-Westfalen	20 106	230,5	15 377	168,6	35 483	198,9

Quelle: LZG.NRW: GBE-Stat 2014

einschl. Stundenfälle, ohne Patienten mit unbekanntem Wohnsitz bzw. Geschlecht

Tab. 17: Krankenhausfälle Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane nach Alter und Geschlecht 2012

Alter	Düsseldorf						NRW					
	männlich		weiblich		insgesamt		männlich		weiblich		insgesamt	
	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	Anzahl	je 100 000 Einwohner	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	Anzahl	je 100 000 Einwohner
0 - <1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1 - 4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5 - 9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
10 - 14	-	-	-	-	-	-	-	-	17	3,91	-	-
15 - 19	-	-	-	-	-	-	2	0,40	15	3,15	17	1,74
20 - 24	-	-	-	-	-	-	5	0,89	12	2,24	17	1,55
25 - 29	-	-	13	54,69	-	-	39	7,24	25	4,76	64	6,01
30 - 34	-	-	9	36,45	-	-	88	16,76	38	7,28	126	12,03
35 - 39	9	41,38	-	-	-	-	126	24,54	105	20,38	231	22,46
40 - 44	8	32,57	3	12,69	11	22,82	274	39,97	260	38,59	534	39,29
45 - 49	20	79,21	19	76,03	39	77,63	666	84,54	486	63,60	1152	74,23
50 - 54	58	277,68	63	295,75	121	286,80	1125	159,01	843	120,13	1968	139,65
55 - 59	48	282,89	45	244,75	93	263,05	1680	282,16	1051	172,20	2731	226,50
60 - 64	81	538,92	46	266,37	127	393,21	2458	478,32	1484	274,44	3942	373,79
65 - 69	63	485,32	68	436,37	131	458,62	2910	717,23	1776	399,74	4686	551,28
70 - 74	119	792,75	110	597,01	229	684,89	4309	901,09	3015	541,52	7324	707,66
75 - 79	142	1383,61	75	539,22	217	897,73	3503	1035,74	2637	602,95	6140	791,68
80 - 84	60	1016,60	82	830,55	142	900,16	1980	963,62	1931	603,08	3911	744,01
85 u. älter	26	730,95	61	607,21	87	639,56	940	734,68	1682	530,87	2622	589,50
Insgesamt	635	224,11	594	191,38	1229	207,00	20106	230,48	15377	168,64	35483	198,87
Altersstand, an Europabev. alt		162,72		121,82		139,75		157,62		98,17		125,66

Quelle: LZG.NRW: GBE-Stat 2014

"-" weniger als 2 Fälle bzw. Randsummen geheimzuhalten

Abb. 19: Krankenhausfälle Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane je 100.000 Einwohner nach Geschlecht 2009-2012

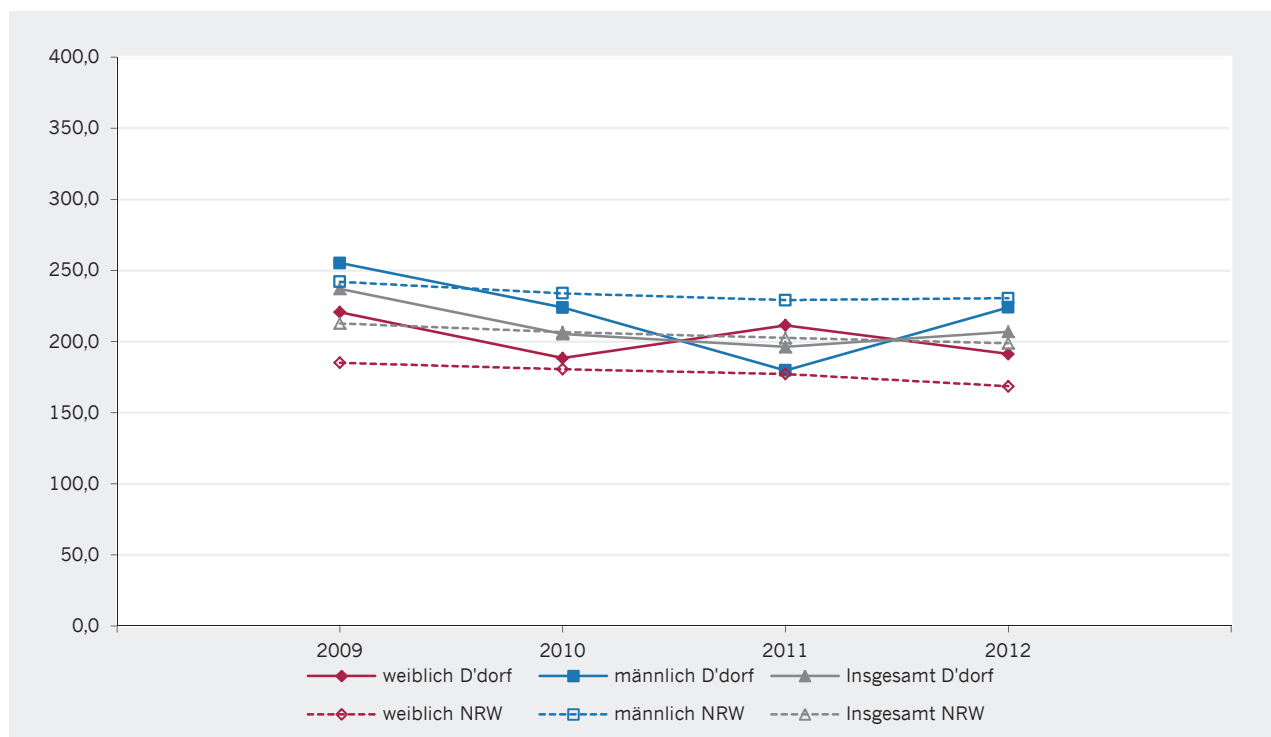
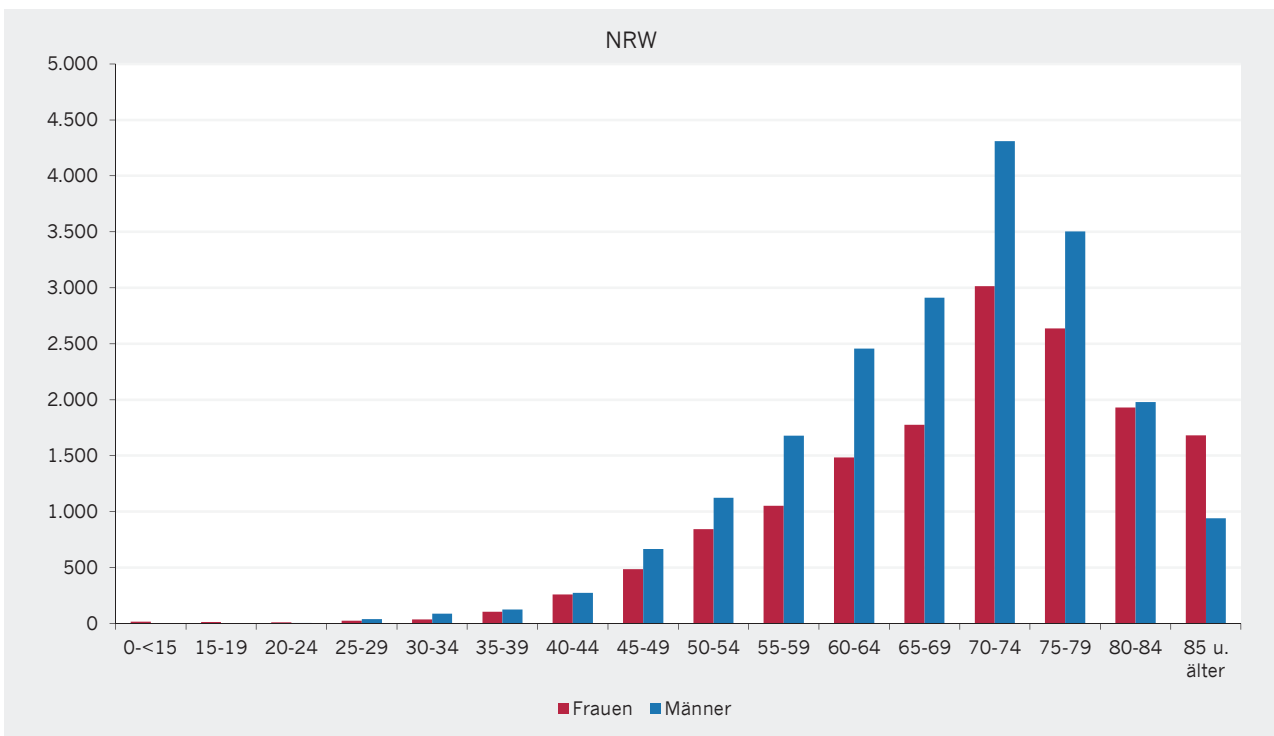
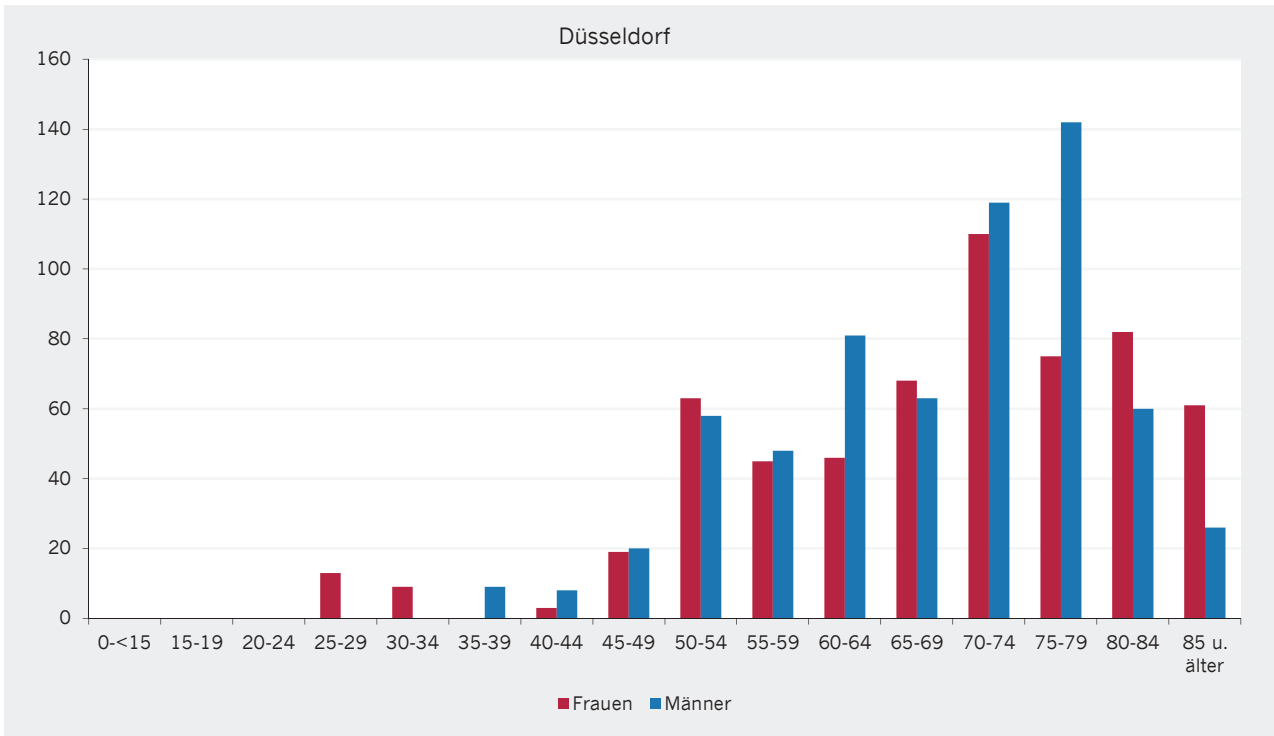


Abb. 20: Krankenhausfälle Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane nach Alter und Geschlecht 2012



## 14. Bösartige Neubildungen der Atmungsorgane (C32-C34) [Gf Ge K Se V]

Auf hohem und überdurchschnittlichem Niveau gegenüber NRW verharren die bösartigen Neubildungen der Atmungsorgane, wobei Männer annähernd doppelt so häufig betroffen sind wie Frauen.

### ICD-10 Definition

Bösartige Neubildungen der Atmungsorgane und sonstiger intrathorakaler Organe (C32-C34)

C32 Bösartige Neubildung des Larynx

C33 Bösartige Neubildung der Trachea

C34 Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge

**Tab. 18: Krankenhausfälle Bösartige Neubildungen der Atmungsorgane nach Geschlecht 2012**

Verwaltungsbezirk	männlich		weiblich		insgesamt	
	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	Anzahl	je 100 000 Einwohner
Düsseldorf	1 422	501,9	842	271,3	2 264	381,3
Nordrhein-Westfalen	36 389	417,1	18 843	206,6	55 232	309,6

Quelle: LZG.NRW: GBE-Stat 2014

einschl. Stundenfälle, ohne Patienten mit unbekanntem Wohnsitz bzw. Geschlecht

Tab. 19: Krankenhausfälle Bösartige Neubildungen der Atmungsorgane nach Alter und Geschlecht 2012

Alter	Düsseldorf						NRW					
	männlich		weiblich		insgesamt		männlich		weiblich		insgesamt	
	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	Anzahl	je 100 000 Einwohner	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	Anzahl	je 100 000 Einwohner
0 - <1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1 - 4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5 - 9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
10 - 14	-	-	-	-	-	-	-	-	2	0,46	-	-
15 - 19	-	-	-	-	-	-	8	1,59	-	-	-	-
20 - 24	-	-	-	-	-	-	21	3,75	5	0,93	26	2,37
25 - 29	-	-	3	12,62	-	-	9	1,67	19	3,62	28	2,63
30 - 34	-	-	-	0,00	-	-	22	4,19	29	5,56	51	4,87
35 - 39	2	9,20	-	0,00	-	-	66	12,85	68	13,20	134	13,03
40 - 44	18	73,29	4	16,92	22	45,65	297	43,33	267	39,63	564	41,50
45 - 49	29	114,85	53	212,08	82	163,21	1150	145,98	958	125,36	2108	135,83
50 - 54	78	373,44	84	394,33	162	383,99	2677	378,37	1983	282,58	4660	330,67
55 - 59	112	660,07	113	614,60	225	636,42	4104	689,28	2811	460,57	6915	573,51
60 - 64	299	1989,35	123	712,26	422	1306,58	5736	1116,22	3150	582,54	8886	842,58
65 - 69	281	2164,70	189	1212,86	470	1645,43	5993	1477,09	3094	696,40	9087	1069,04
70 - 74	310	2065,15	138	748,98	448	1339,87	7960	1664,58	3194	573,67	11154	1077,72
75 - 79	198	1929,26	77	553,60	275	1137,68	5124	1515,02	1846	422,08	6970	898,70
80 - 84	76	1287,70	44	445,66	120	760,70	2483	1208,41	972	303,57	3455	657,27
85 u. älter	18	506,04	13	129,40	31	227,89	739	577,59	444	140,13	1183	265,97
Insgesamt	1422	501,85	842	271,29	2264	381,32	36389	417,14	18843	206,65	55232	309,56
Alters-stand. an Europa-bev. alt		384,39		205,10		284,75		295,77		147,71		216,08

einschl. Stundenfälle, ohne Patienten mit unbekanntem Wohnsitz bzw. Geschlecht  
Quelle: LZG.NRW: GBE-Stat 2014

"-" weniger als 2 Fälle bzw. Randsummen geheimzuhalten

Abb. 21: Krankenhausfälle Bösartige Neubildungen der Atmungsorgane je 100.000 Einwohner nach Geschlecht 2009-2012

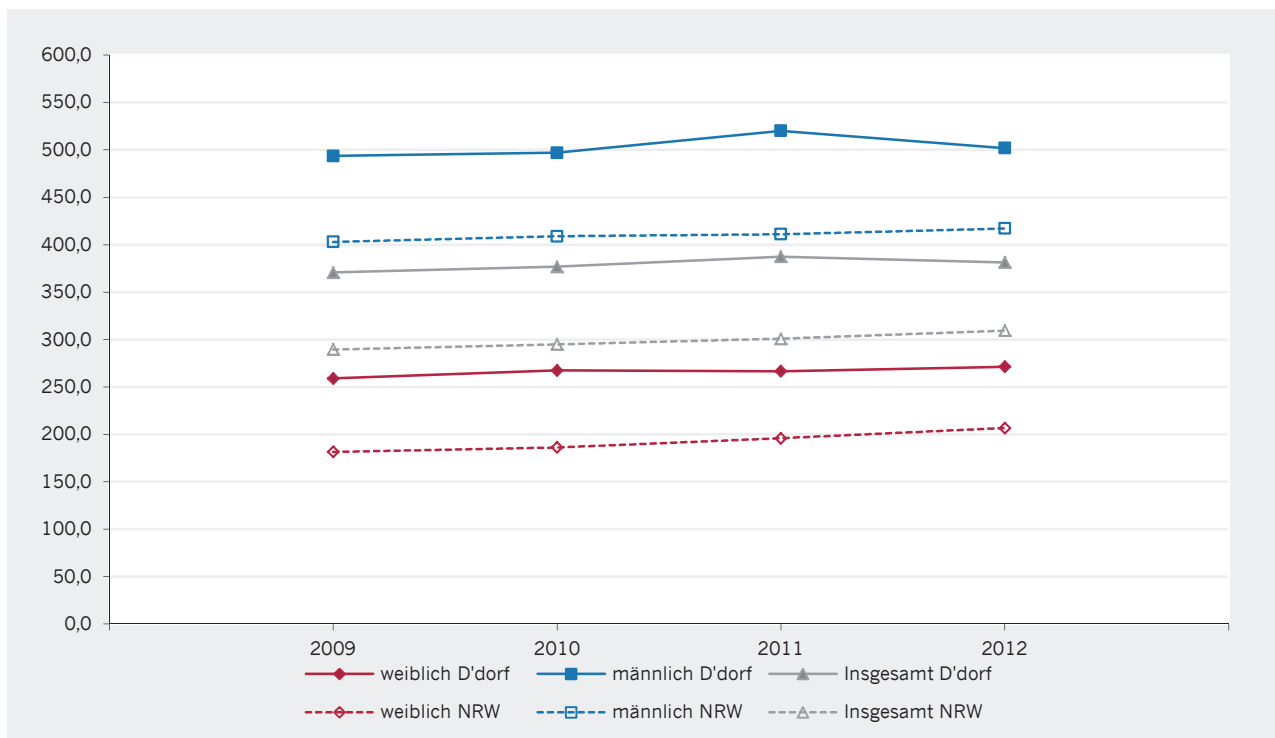
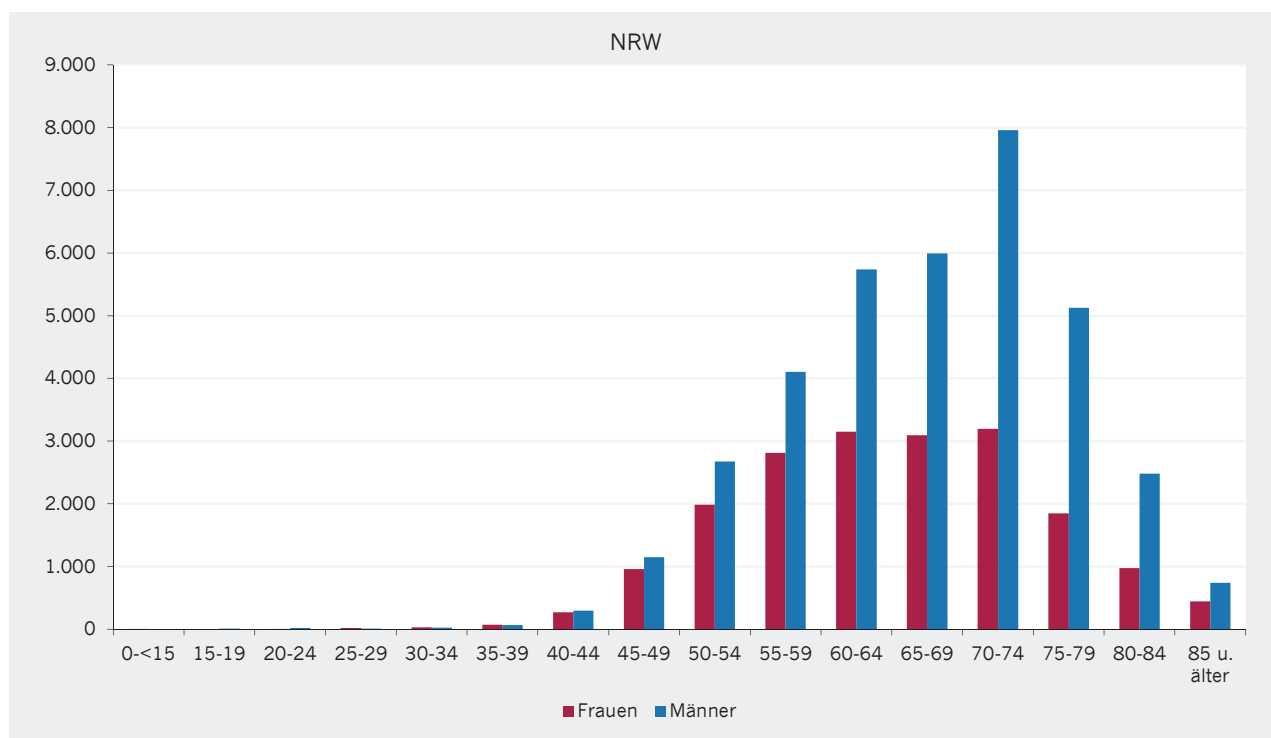
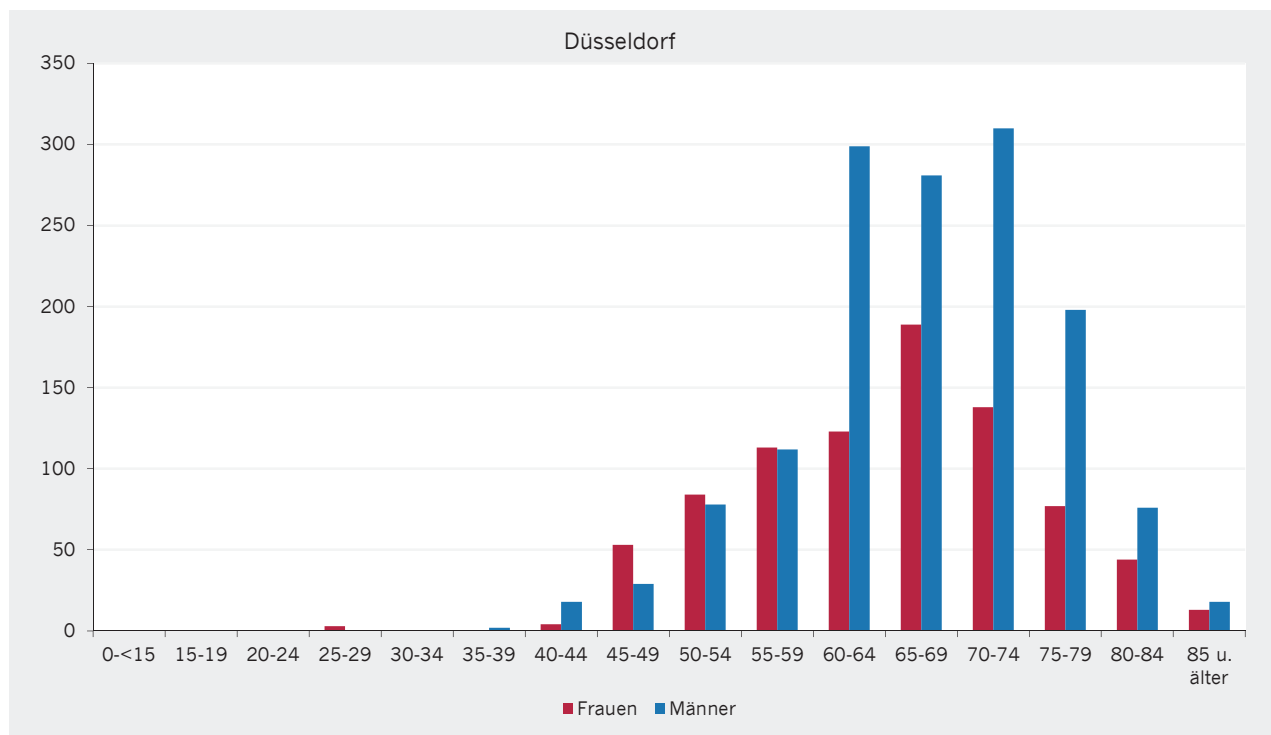


Abb. 22: Krankenhausfälle Bösartige Neubildungen der Atmungsorgane nach Alter und Geschlecht 2012



## 15. Bösartige Neubildungen der Brustdrüsen (C50) [Gf Ge K Se V]

Die Krankenhausfälle nähern sich dem NRW-Durchschnitt und sind gegenüber den Vorjahren deutlich gesunken.

### ICD-10 Definition

Bösartige Neubildungen der Brustdrüse [Mamma] (C50)

C50 Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]

**Tab. 20: Krankenhausfälle Bösartige Neubildungen der Brustdrüsen nach Geschlecht 2012**

Verwaltungsbezirk	männlich		weiblich		insgesamt	
	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	Anzahl	je 100 000 Einwohner
Düsseldorf	9	3,2	1 097	353,4	1 106	186,3
Nordrhein-Westfalen	217	2,5	32 041	351,4	32 258	180,8

Quelle: LZG.NRW: GBE-Stat 2014

einschl. Stundenfälle, ohne Patienten mit unbekanntem Wohnsitz bzw. Geschlecht

Tab. 21: Krankenhausfälle Bösartige Neubildungen der Brustdrüsen nach Alter und Geschlecht 2012

Alter	Düsseldorf						NRW					
	männlich		weiblich		insgesamt		männlich		weiblich		insgesamt	
	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	Anzahl	je 100 000 Einwohner	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	Anzahl	je 100 000 Einwohner
0 - <1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1 - 4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5 - 9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
10 - 14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15 - 19	-	-	-	-	-	-	2	0,4	2	0,4	4	0,4
20 - 24	-	-	3	16,58	-	-	-	0,0	19	3,5	-	-
25 - 29	-	-	3	12,62	-	-	2	0,4	178	33,9	180	16,9
30 - 34	-	-	16	64,80	-	-	-	-	417	79,9	-	-
35 - 39	-	-	26	120,60	-	-	-	-	823	159,8	-	-
40 - 44	2	8,14	64	270,78	66	136,9	5	0,7	2 006	297,7	2 011	148,0
45 - 49	-	-	88	352,14	-	-	10	1,3	3 323	434,8	3 333	214,8
50 - 54	-	-	105	492,91	-	-	7	1,0	4 023	573,3	4 030	286,0
55 - 59	-	-	118	641,79	-	-	16	2,7	3 662	600,0	3 678	305,0
60 - 64	-	-	164	949,68	-	-	26	5,1	3 985	737,0	4 011	380,3
65 - 69	-	-	172	1103,77	-	-	17	4,2	3 623	815,5	3 640	428,2
70 - 74	2	13,32	156	846,68	158	472,5	58	12,1	3 899	700,3	3 957	382,3
75 - 79	-	-	84	603,93	-	-	30	8,9	3 104	709,7	3 134	404,1
80 - 84	3	50,83	57	577,33	60	380,3	25	12,2	1 743	544,4	1 768	336,3
85 u. älter	-	-	41	408,12	-	-	19	14,9	1 234	389,5	1 253	281,7
Insgesamt	9	3,18	1 097	353,45	1106	186,3	217	2,5	32 041	351,4	32 258	180,8
Alters-stand. an Europa-bev. alt		2,07		270,61		144,5		1,7		260,8		135,3

einschl. Stundenfälle, ohne Patienten mit unbekanntem Wohnsitz bzw. Geschlecht  
Quelle: LZG.NRW: GBE-Stat 2014

"-" weniger als 2 Fälle bzw. Randsummen geheimzuhalten

Abb. 23: Krankenhausfälle Bösartige Neubildungen der Brustdrüsen je 100.000 Einwohner nach Geschlecht 2009-2012

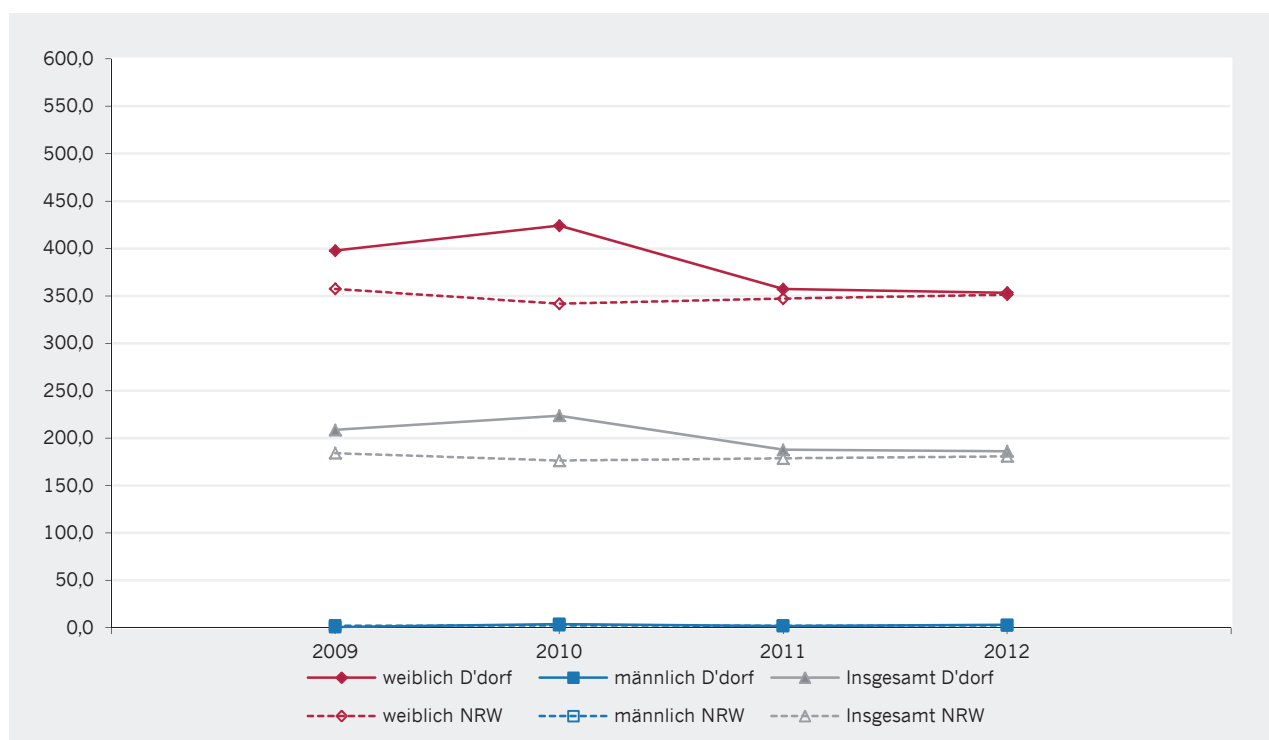
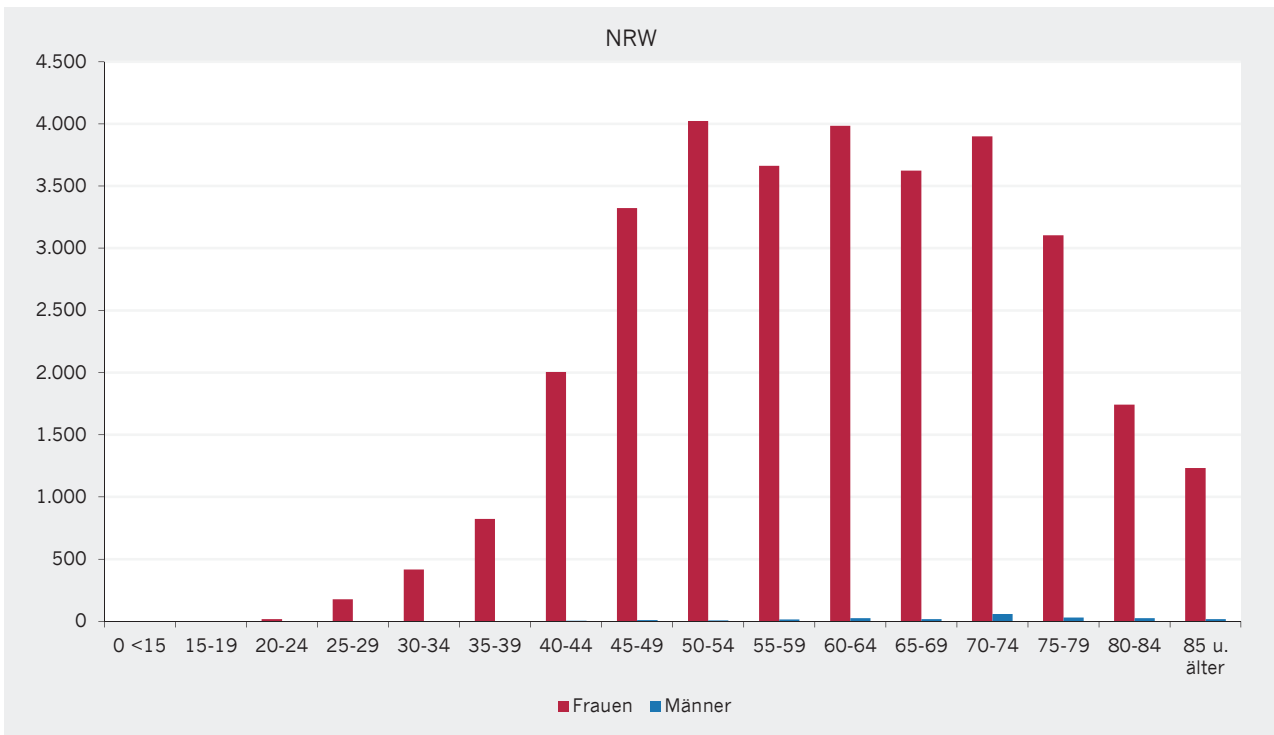
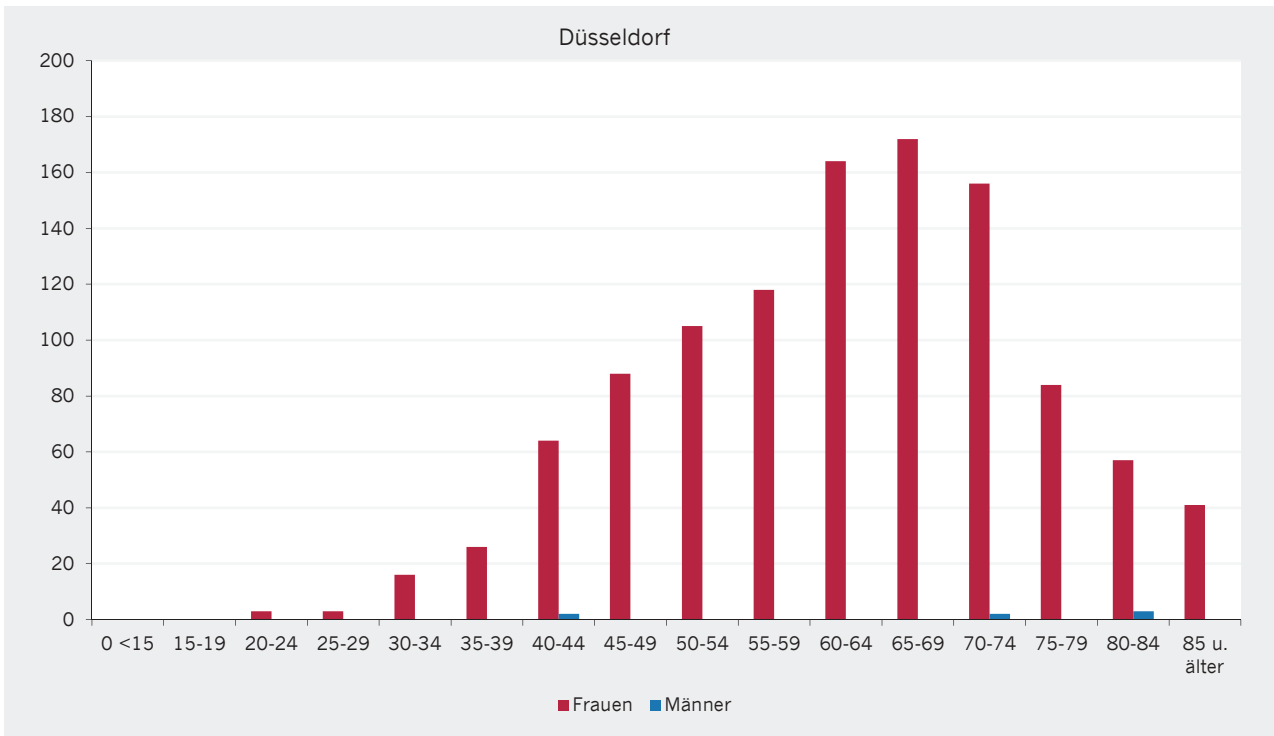




Abb. 24: Krankenhausfälle Bösartige Neubildungen der Brustdrüsen nach Alter und Geschlecht 2012



## 16. Ischämische Herzkrankheiten (I21-I22)

**[Gf Ge K Se V]**

Zwar liegen die Krankenhausfälle unter dem NRW-Schnitt, und Männer sind doppelt so häufig betroffen wie Frauen, aber tendenziell ist ein weiterer Rückgang möglich.

**ICD-10 Definition**

Ischämische Herzkrankheiten (I21-I22)

I21 Akuter Myokardinfarkt

I22 Rezidivierender Myokardinfarkt

**Tab. 22: Krankenhausfälle Ischämische Herzkrankheiten nach Geschlecht 2012**

Verwaltungsbezirk	männlich		weiblich		insgesamt	
	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	Anzahl	je 100 000 Einwohner
Düsseldorf	2 199	776,1	1 311	422,4	3 510	591,2
Nordrhein-Westfalen	74 766	857,1	41 515	455,3	116 281	651,7

Quelle: LZG.NRW: GBE-Stat 2014

einschl. Stundenfälle, ohne Patienten mit unbekanntem Wohnsitz bzw. Geschlecht

Tab. 23: Krankenhausfälle Ischämische Herzkrankheiten nach Alter und Geschlecht 2012

Alter	Düsseldorf						NRW					
	männlich		weiblich		insgesamt		männlich		weiblich		insgesamt	
	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	Anzahl	je 100 000 Einwohner	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	Anzahl	je 100 000 Einwohner
0 - <1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1 - 4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5 - 9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
10 - 14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15 - 19	-	-	-	-	-	-	18	3,59	6	1,26	24	2,45
20 - 24	-	-	-	-	-	-	74	13,21	34	6,34	108	9,85
25 - 29	-	-	-	-	-	-	124	23,01	44	8,37	168	15,78
30 - 34	13	54,70	3	12,15	16	33,02	326	62,09	101	19,35	427	40,78
35 - 39	24	110,35	7	32,47	31	71,58	824	160,48	231	44,84	1 055	102,57
40 - 44	47	191,38	10	42,31	57	118,27	2 179	317,90	658	97,66	2 837	208,73
45 - 49	111	439,60	43	172,07	154	306,52	4 695	595,98	1 419	185,68	6 114	393,95
50 - 54	150	718,15	47	220,64	197	466,95	6 831	965,50	2 104	299,82	8 935	634,02
55 - 59	201	1 184,58	76	413,36	277	783,50	8 332	1 399,39	2 956	484,32	11 288	936,19
60 - 64	241	1 603,46	73	422,72	314	972,20	8 758	1 704,29	3 475	642,65	12 233	1 159,95
65 - 69	259	1 995,22	125	802,16	384	1 344,35	8 620	2 124,57	4 113	925,75	12 733	1 497,97
70 - 74	386	2 571,45	223	1 210,31	609	1 821,39	12 439	2 601,21	7 003	1 257,80	19 442	1 878,52
75 - 79	363	3 536,98	237	1 703,93	600	2 482,21	10 692	3 161,32	7 412	1 694,74	18 104	2 334,29
80 - 84	257	4 354,46	229	2 319,46	486	3 080,82	7 138	3 473,89	6 110	1 908,25	13 248	2 520,25
85 u. älter	145	4 076,47	238	2 369,10	383	2 815,56	3 715	2 903,57	5 849	1 846,05	9 564	2 150,26
Insgesamt	2 199	776,07	1 311	422,39	3 510	591,18	74 766	857,06	41 515	455,28	116 281	651,73
Alters-stand. an Europa-bev. alt	570,02		228,87		382,75		609,14		253,83		422,41	

einschl. Stundenfälle, ohne Patienten mit unbekanntem Wohnsitz bzw. Geschlecht  
Quelle: LZG.NRW: GBE-Stat 2014

"-" weniger als 2 Fälle bzw. Randsummen geheimzuhalten

Abb. 25: Krankenhausfälle Ischämische Herzkrankheiten je 100.000 Einwohner nach Geschlecht 2009-2012

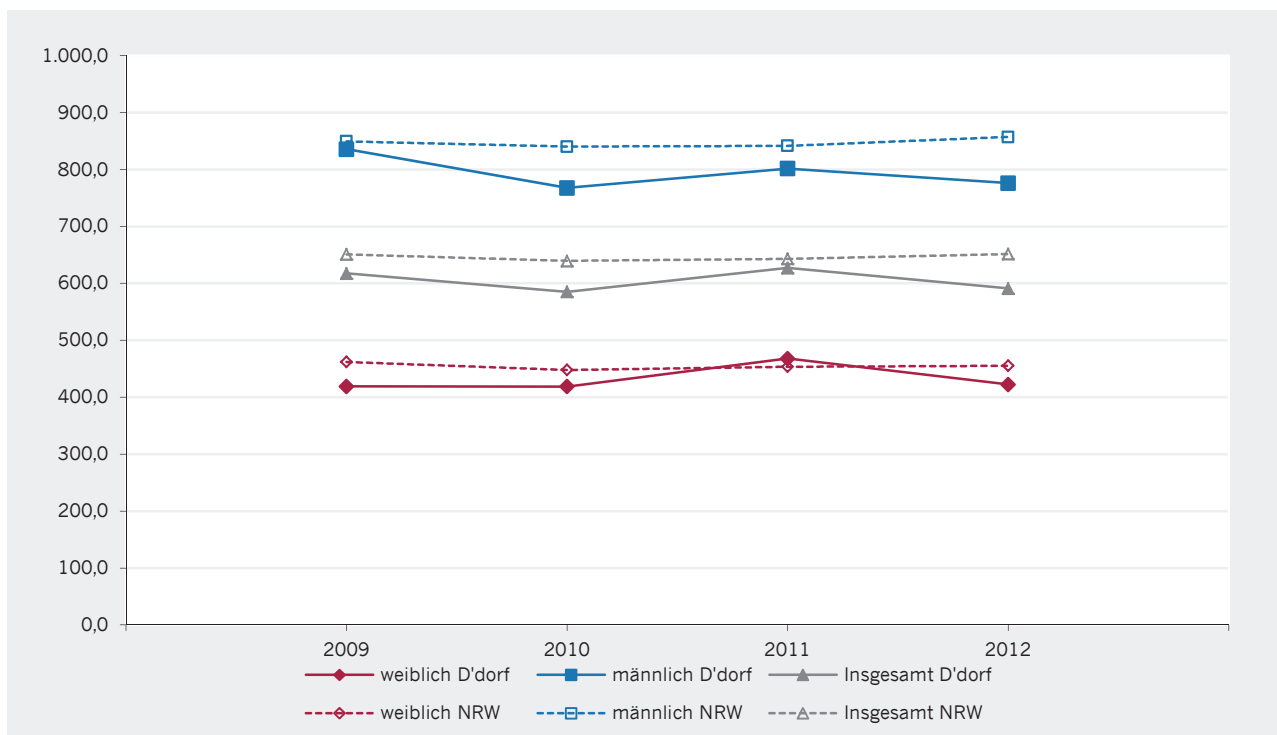
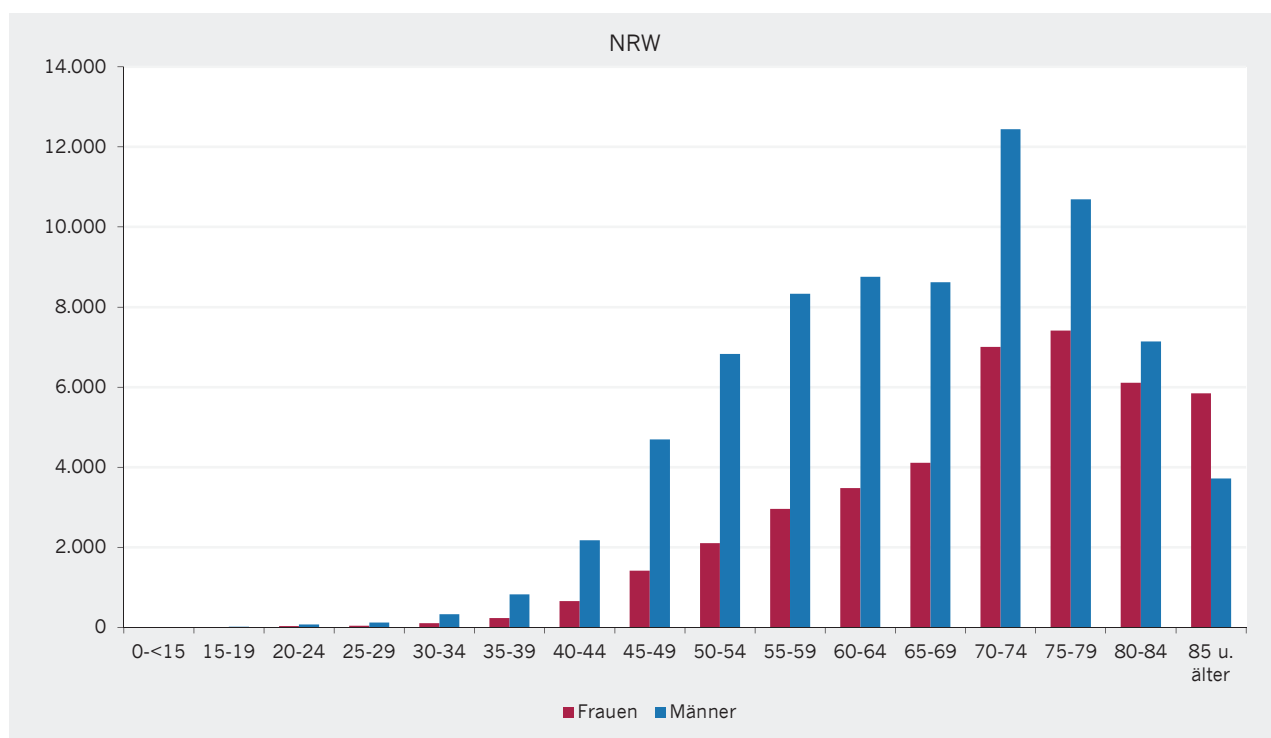
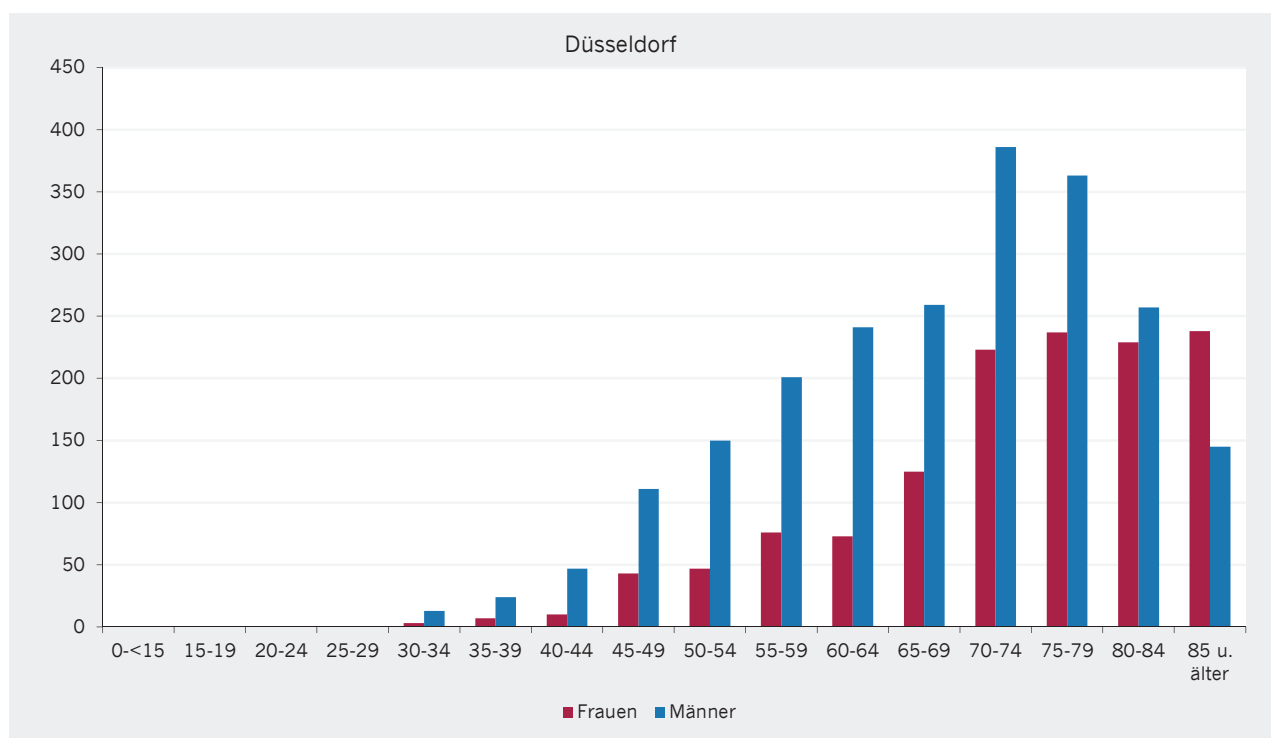


Abb. 26: Krankenhausfälle Ischämische Herzkrankheiten nach Alter und Geschlecht 2012



## 17. Zerebrovaskuläre Krankheiten (I60-I66)

**[Gf Ge K Se V]**

Männer sind häufiger betroffen als Frauen, bei denen eine rückläufige Tendenz klar auszumachen ist. Bei Männern ist ein leichter Anstieg der Krankenhausfälle feststellbar.

**ICD-10 Definition**

## Zerebrovaskuläre Krankheiten (I60-I66)

- I60 Subarachnoidalblutung
- I61 Intrazerebrale Blutung
- I62 Sonstige nichttraumatische intrakranielle Blutung
- I63 Hirninfarkt
- I64 Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet
- I65 Verschluss und Stenose präzerebraler Arterien ohne resultierenden Hirninfarkt
- I66 Verschluss und Stenose zerebraler Arterien ohne resultierenden Hirninfarkt

**Tab. 24: Krankenhausfälle zerebrovaskuläre Krankheiten nach Geschlecht 2012**

Verwaltungsbezirk	männlich		weiblich		insgesamt	
	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	Anzahl	je 100 000 Einwohner
Düsseldorf	1 101	388,6	1 014	326,7	2 115	356,2
Nordrhein-Westfalen	36 230	415,3	34 561	379,0	70 791	396,8

Quelle: LZG.NRW: GBE-Stat 2014

einschl. Stundenfälle, ohne Patienten mit unbekanntem Wohnsitz bzw. Geschlecht

Tab. 25: Krankenhausfälle zerebrovaskuläre Krankheiten nach Alter und Geschlecht 2012

Alter	Düsseldorf						NRW					
	männlich		weiblich		insgesamt		männlich		weiblich		insgesamt	
	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	Anzahl	je 100 000 Einwohner	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	Anzahl	je 100 000 Einwohner
0 - <1	-	-	-	-	-	-	32	43,41	12	17,06	44	30,54
1 - 4	-	-	-	-	-	-	5	1,64	5	1,72	10	1,68
5 - 9	-	-	-	-	-	-	6	1,49	6	1,57	12	1,53
10 - 14	-	-	-	-	-	-	13	2,85	7	1,61	20	2,25
15 - 19	-	-	-	-	-	-	38	7,57	33	6,92	71	7,26
20 - 24	-	-	-	-	-	-	58	10,35	50	9,32	108	9,85
25 - 29	3	14,56	-	-	-	-	81	15,03	121	23,03	202	18,98
30 - 34	8	33,66	5	20,25	13	26,83	141	26,85	135	25,86	276	26,36
35 - 39	15	68,97	7	32,47	22	50,80	270	52,59	203	39,41	473	45,99
40 - 44	20	81,44	12	50,77	32	66,40	572	83,45	482	71,54	1 054	77,55
45 - 49	38	150,50	18	72,03	56	111,46	1 186	150,55	872	114,11	2 058	132,61
50 - 54	52	248,96	27	126,75	79	187,25	1 905	269,25	1 129	160,88	3 034	215,29
55 - 59	65	383,07	38	206,68	103	291,34	2 700	453,48	1 454	238,23	4 154	344,52
60 - 64	140	931,47	60	347,44	200	619,23	3 729	725,66	1 940	358,77	5 669	537,54
65 - 69	125	962,95	78	500,55	203	710,68	4 007	987,60	2 336	525,79	6 343	746,22
70 - 74	206	1 372,33	158	857,53	364	1 088,65	6 582	1 376,41	4 715	846,85	11 297	1 091,53
75 - 79	181	1 763,62	164	1 179,09	345	1 427,27	6 504	1 923,05	5 781	1 321,82	12 285	1 584,00
80 - 84	136	2 304,30	171	1 732,00	307	1 946,12	5 015	2 440,67	6 320	1 973,84	11 335	2 156,32
85 u. älter	109	3 064,38	275	2 737,41	384	2 822,91	3 386	2 646,43	8 960	2 827,94	12 346	2 775,73
Insgesamt	1 101	388,57	1 014	326,70	2 115	356,23	36 230	415,31	34 561	379,02	70 791	396,77
Alters-stand. an Europa-bev. alt		281,62		165,34		218,21		277,82		185,30		229,37

einschl. Stundenfälle, ohne Patienten mit unbekanntem Wohnsitz bzw. Geschlecht  
Quelle: LZG.NRW: GBE-Stat 2014

"-" weniger als 2 Fälle bzw. Randsummen geheimzuhalten

Abb. 27: Krankenhausfälle zerebrovaskuläre Krankheiten je 100.000 Einwohner nach Geschlecht 2009-2012

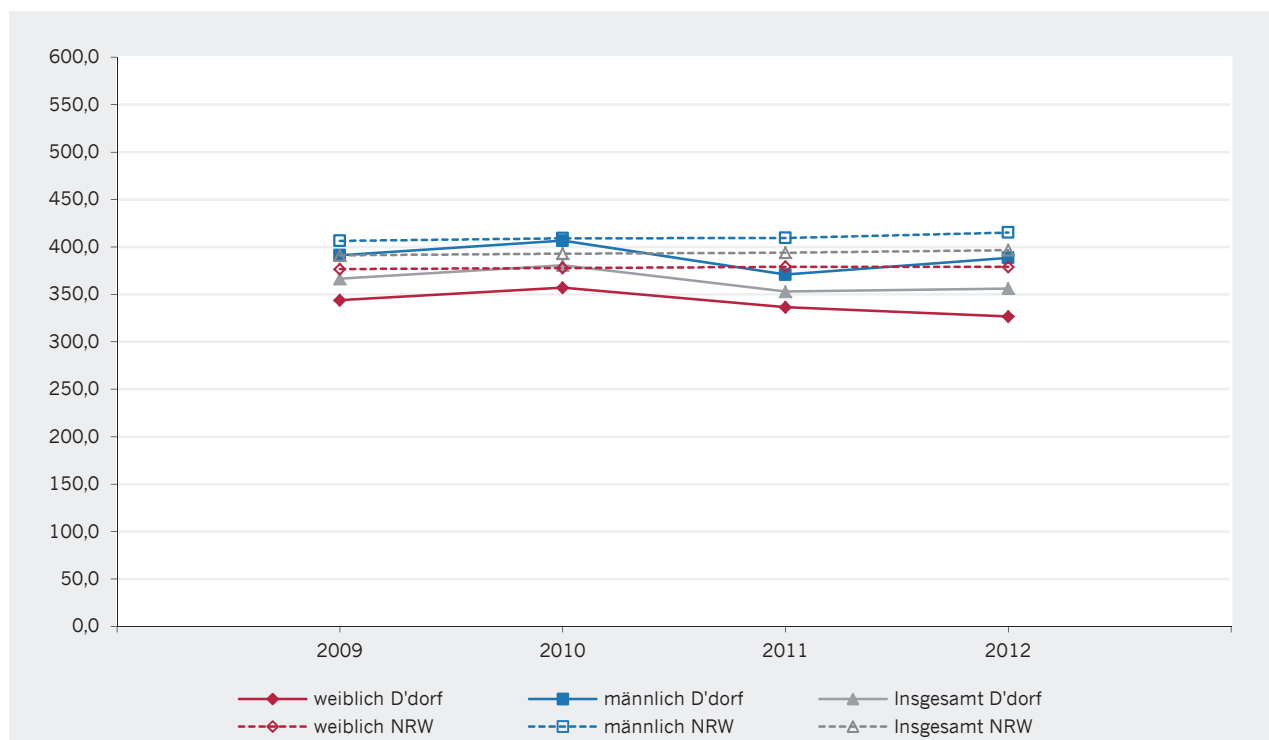
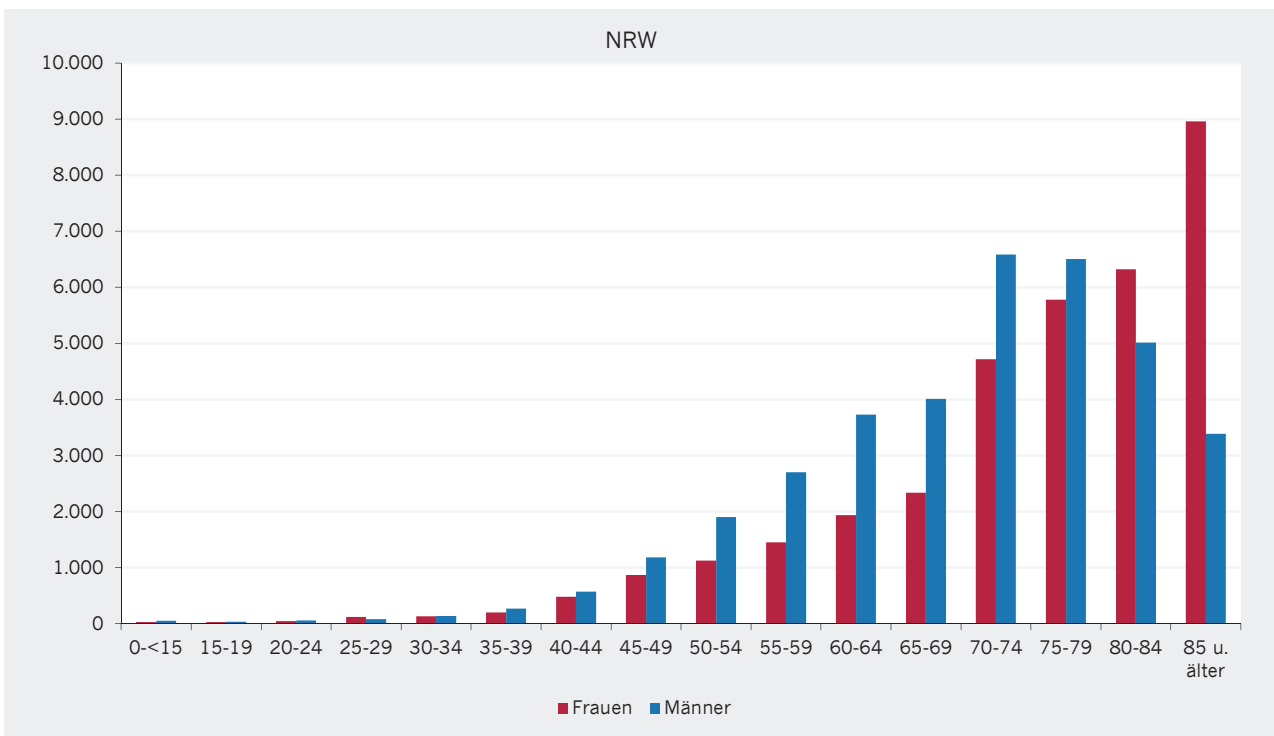
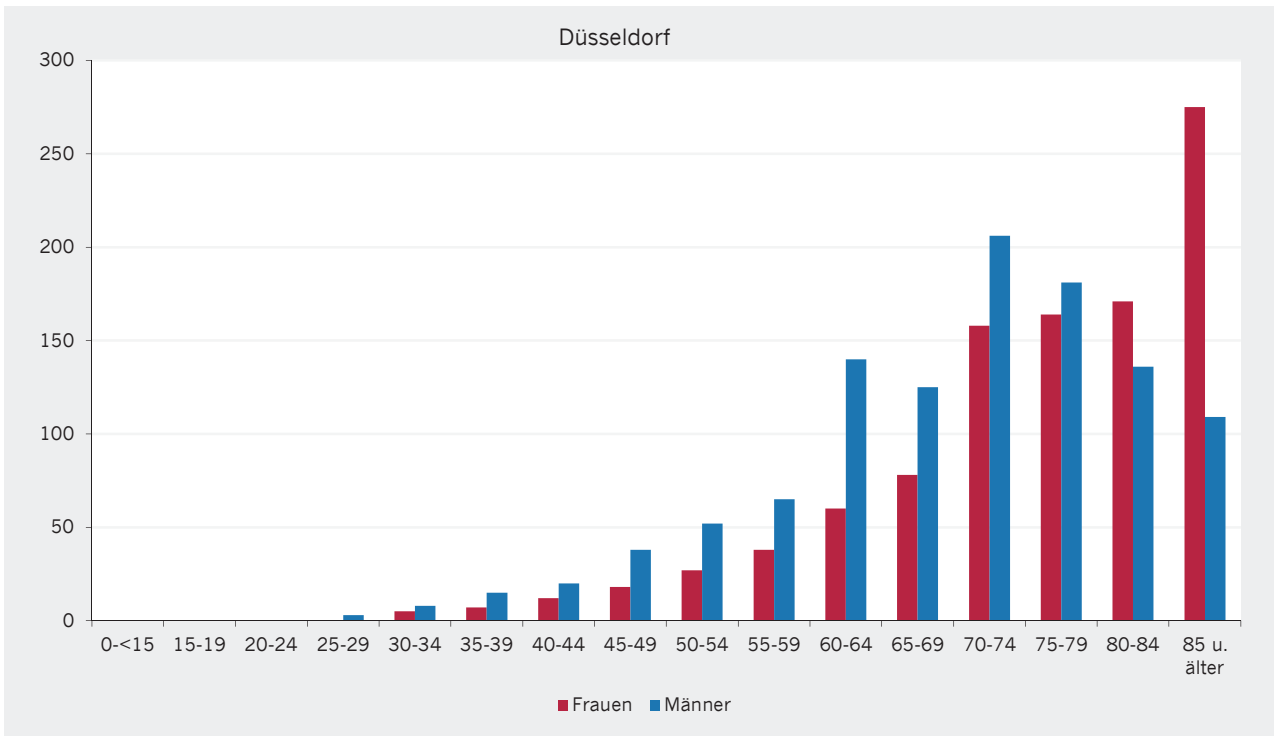


Abb. 28: Krankenhausfälle zerebrovaskuläre Krankheiten nach Alter und Geschlecht 2012



## 18. Diabetes mellitus (E11-E14) [Gf Ge K Se V]

Überwiegend zeigt sich der Diabetes bei Männern und hat aktuell auch wieder eine steigende Tendenz. Bei Frauen bleibt das Niveau der Krankenhausfälle annähernd gleich.

### ICD-10 Definition

Diabetes mellitus (E11-E14)

- E11 Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]
- E12 Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition]
- E13 Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus
- E14 Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus

**Tab. 26: Krankenhausfälle Diabetes mellitus nach Geschlecht 2012**

Verwaltungsbezirk	männlich		weiblich		insgesamt	
	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	Anzahl	je 100 000 Einwohner
Düsseldorf	587	207,2	418	134,7	1 005	169,3
Nordrhein-Westfalen	20 795	238,4	16 931	185,7	37 726	211,4

Quelle: LZG.NRW: GBE-Stat 2014

einschl. Stundenfälle, ohne Patienten mit unbekanntem Wohnsitz bzw. Geschlecht



Tab. 27: Krankenhausfälle Diabetes mellitus nach Alter und Geschlecht 2012

Alter	Düsseldorf						NRW					
	männlich		weiblich		insgesamt		männlich		weiblich		insgesamt	
	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	Anzahl	je 100 000 Einwohner	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	Anzahl	je 100 000 Einwohner
0 - <1	-	-	-	-	-	-	4	5,43	-	-	-	-
1 - 4	-	-	-	-	-	-	4	1,31	-	-	-	-
5 - 9	-	-	-	-	-	-	2	,50	3	0,79	5	,64
10 - 14	-	-	2	18	-	-	14	3,07	20	4,61	34	3,82
15 - 19	-	-	-	-	-	-	34	6,78	36	7,55	70	7,15
20 - 24	-	-	-	-	-	-	48	8,57	42	7,83	90	8,21
25 - 29	2	9,71	-	-	-	-	78	14,47	72	13,70	150	14,09
30 - 34	3	12,62	2	8,10	5	10,32	118	22,47	95	18,20	213	20,34
35 - 39	17	78,16	-	-	-	-	293	57,06	113	21,94	406	39,47
40 - 44	10	40,72	4	16,92	14	29,05	556	81,12	275	40,82	831	61,14
45 - 49	32	126,73	15	60,02	47	93,55	1 010	128,21	446	58,36	1 456	93,82
50 - 54	33	157,99	17	79,80	50	118,51	1 402	198,16	682	97,19	2 084	147,88
55 - 59	61	359,50	13	70,71	74	209,31	1 862	312,73	963	157,78	2 825	234,30
60 - 64	73	485,70	25	144,77	98	303,42	2 369	461,00	1 179	218,04	3 548	336,43
65 - 69	67	516,14	44	282,36	111	388,60	2 392	589,55	1 300	292,60	3 692	434,34
70 - 74	82	546,27	65	352,78	147	439,65	3 629	758,89	2 384	428,19	6 013	580,99
75 - 79	91	886,68	71	510,46	162	670,20	3 395	1 003,81	3 076	703,32	6 471	834,36
80 - 84	74	1 253,81	70	709,00	144	912,84	2 340	1 138,82	2 861	893,54	5 201	989,42
85 u. älter	40	1 124,54	88	875,97	128	940,97	1 245	973,07	3 384	1 068,05	4 629	1 040,73
Insgesamt	587	207,17	418	134,68	1 005	169,27	20 795	238,38	16 931	185,68	37 726	211,44
Alters-stand. an Europa-bev. alt		155,37		73,06		110,70		165,96		97,57		130,52

einschl. Stundenfälle, ohne Patienten mit unbekanntem Wohnsitz bzw. Geschlecht  
Quelle: LZG.NRW: GBE-Stat 2014

"-" weniger als 2 Fälle bzw. Randsummen geheimzuhalten

Abb. 29: Krankenhausfälle Diabetes mellitus je 100.000 Einwohner nach Geschlecht 2009-2012

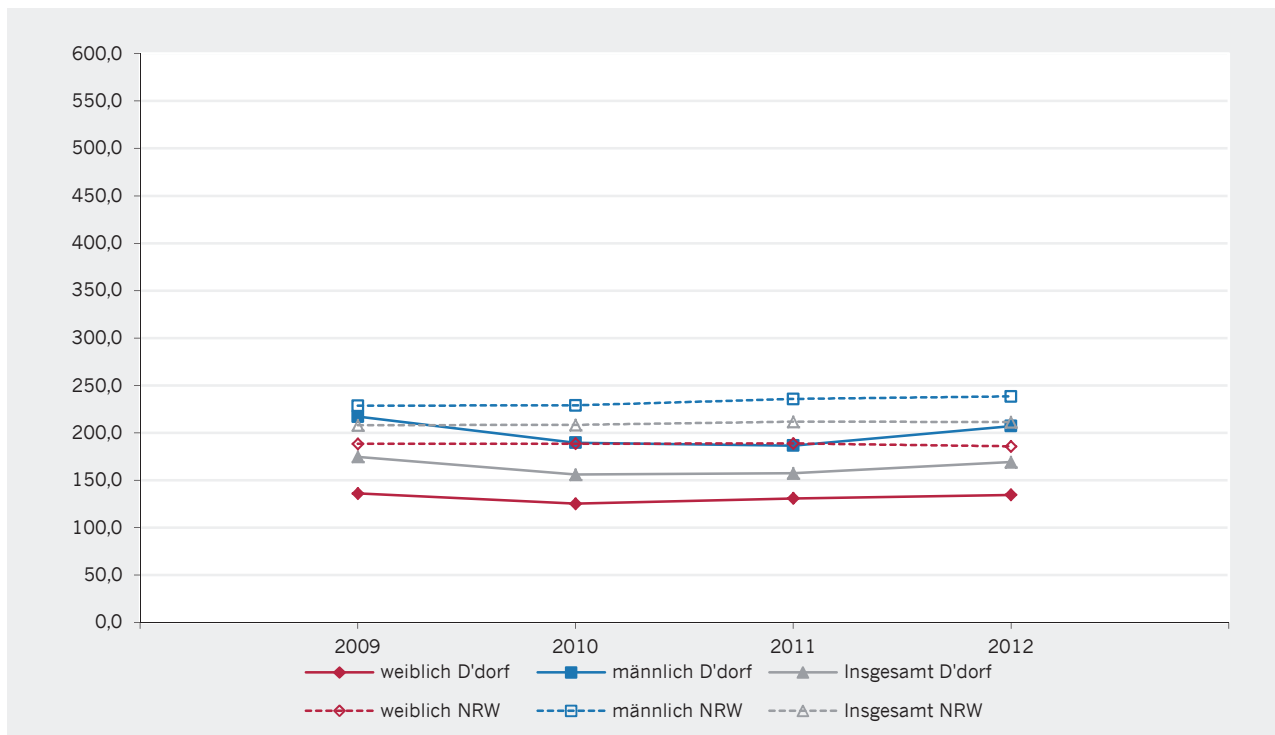
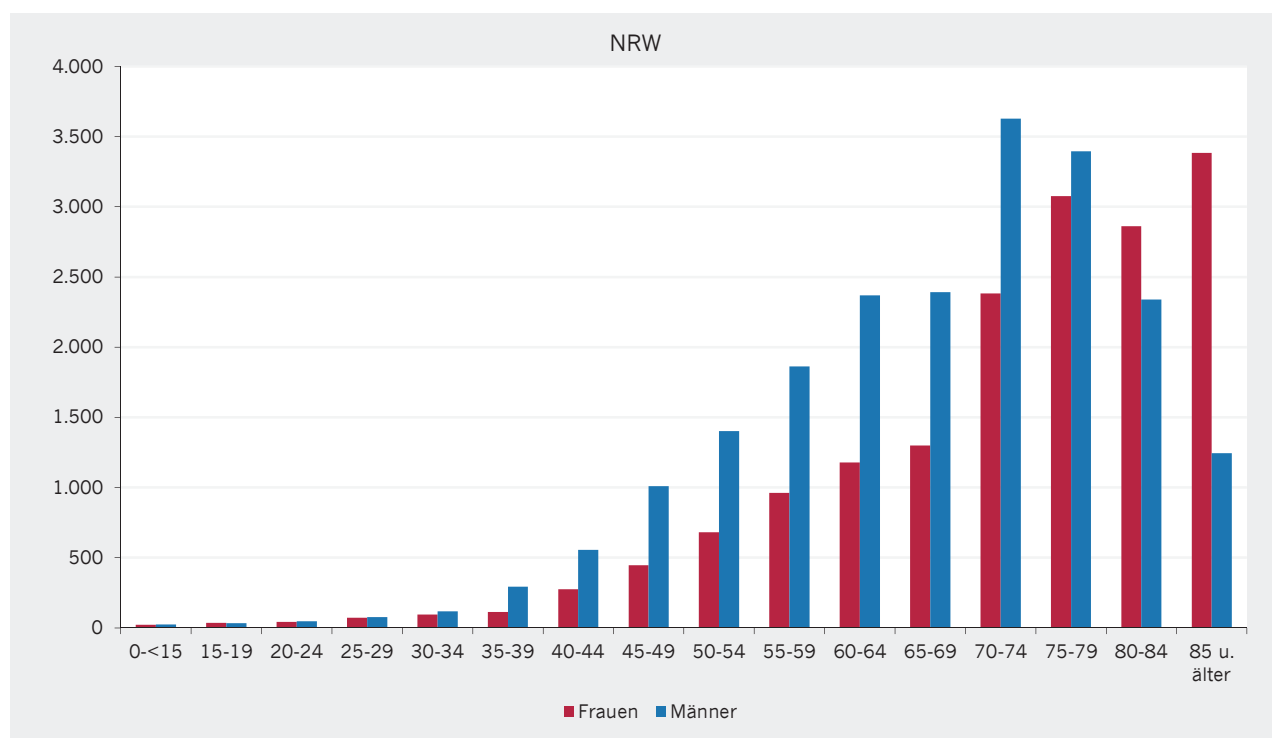
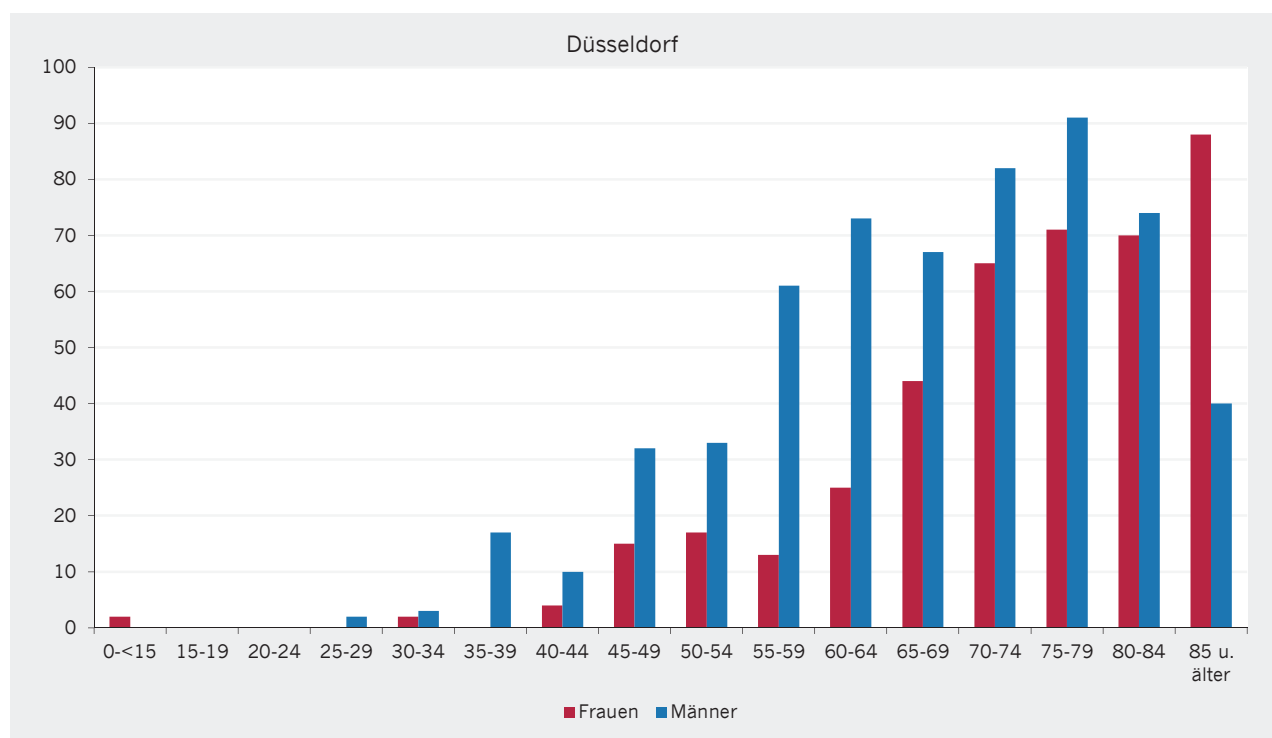


Abb. 30: Krankenhausfälle Diabetes mellitus nach Alter und Geschlecht 2012



## 19. Chronische Atemwegserkrankungen der unteren Atemwege - COPD (J40-J44) [Gf Ge K Se V]

Die Fallzahlen liegen im Schnitt unter denen von NRW. Dennoch ist auffällig, dass Männer häufiger betroffen sind, und nach vorheriger, rückläufiger Tendenz, die Fallzahlen bei Frauen wieder zunehmen.

### ICD-10 Definition

Chronische Krankheiten der unteren Atemwege (J40-J44)

- J40 Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet
- J41 Einfache und schleimig-eitrige chronische Bronchitis
- J42 Nicht näher bezeichnete chronische Bronchitis
- J43 Emphysem
- J44 Sonstige chronische obstruktive Lungenerkrankungen

**Tab. 28: Krankenhausfälle COPD nach Geschlecht 2012**

Verwaltungsbezirk	männlich		weiblich		insgesamt	
	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	Anzahl	je 100 000 Einwohner
Düsseldorf	833	294,0	814	262,3	1 647	277,4
Nordrhein-Westfalen	32 259	369,8	27 851	305,4	60 110	336,9

Quelle: LZG.NRW: GBE-Stat 2014

einschl. Stundenfälle, ohne Patienten mit unbekanntem Wohnsitz bzw. Geschlecht

Tab. 29: Krankenhausfälle COPD nach Alter und Geschlecht 2012

Alter	Düsseldorf						NRW					
	männlich		weiblich		insgesamt		männlich		weiblich		insgesamt	
	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	Anzahl	je 100 000 Einwohner	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	Anzahl	je 100 000 Einwohner
0 - <1	2	67	-	-	-	-	56	75,96	29	41	85	59
1 - 4	7	62	6	56	13	59	172	56,27	91	31	263	44
5 - 9	2	16	-	-	-	-	62	15,41	33	8,65	95	12,12
10 - 14	-	-	-	-	-	-	38	8,32	32	7,37	70	7,86
15 - 19	-	-	-	-	-	-	26	5,18	64	13,43	90	9,20
20 - 24	-	-	3	17	-	-	57	10,17	65	12,12	122	11,12
25 - 29	-	-	3	13	-	-	75	13,92	90	17,13	165	15,50
30 - 34	3	12,62	-	-	-	-	115	21,90	90	17,24	205	19,58
35 - 39	9	41,38	3	14	12	28	159	30,97	164	31,84	323	31,40
40 - 44	7	28,50	7	29,62	14	29,05	453	66,09	380	56,40	833	61,29
45 - 49	41	162,38	23	92,04	64	127,39	853	108,28	884	115,68	1 737	111,92
50 - 54	50	239,38	41	192,47	91	215,70	1 697	239,85	1 707	243,25	3 404	241,54
55 - 59	64	377,18	59	320,90	123	347,91	2 560	429,96	2 567	420,59	5 127	425,22
60 - 64	101	671,99	91	526,96	192	594,46	3 741	727,99	3 169	586,06	6 910	655,22
65 - 69	122	939,84	125	802,16	247	864,72	4 307	1 061,54	3 491	785,75	7 798	917,39
70 - 74	124	826,06	129	700,14	253	756,67	6 268	1 310,75	4 271	767,11	10 539	1 018,29
75 - 79	157	1 529,77	130	934,65	287	1 187,32	5 314	1 571,20	3 969	907,50	9 283	1 196,93
80 - 84	98	1 660,45	84	850,81	182	1 153,72	3 984	1 938,91	3 406	1 063,75	7 390	1 405,84
85 u. älter	43	1 208,88	108	1 075,05	151	1 110,05	2 322	1 814,83	3 349	1 057,01	5 671	1 275,00
Insgesamt	833	293,98	814	262,27	1 647	277,40	32 259	369,79	27 851	305,43	60 110	336,90
Alters-stand. an Europa-bev. alt		219,57		166,09		189,93		254,17		187,62		216,54

einschl. Stundenfälle, ohne Patienten mit unbekanntem Wohnsitz bzw. Geschlecht  
Quelle: LZG.NRW: GBE-Stat 2014

"-" weniger als 2 Fälle bzw. Randsummen geheimzuhalten

Abb. 31: Krankenhausfälle COPD je 100.000 Einwohner nach Geschlecht 2009-2012

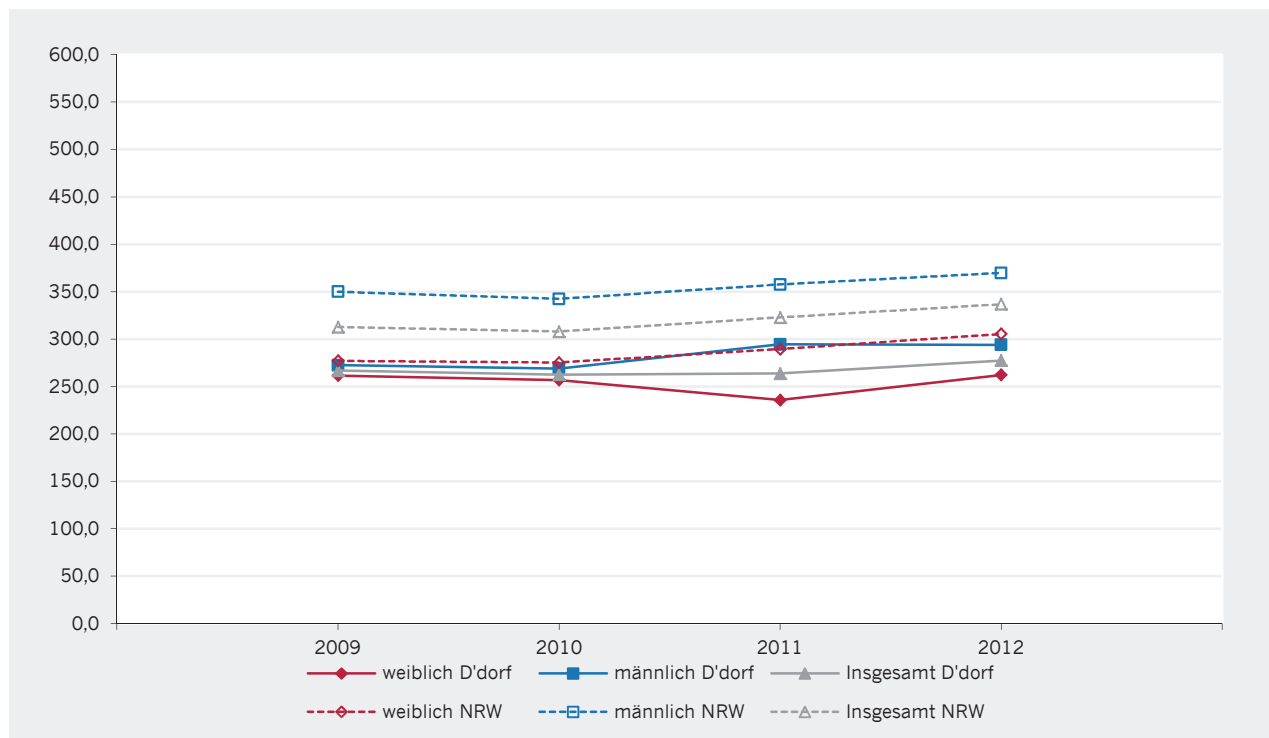
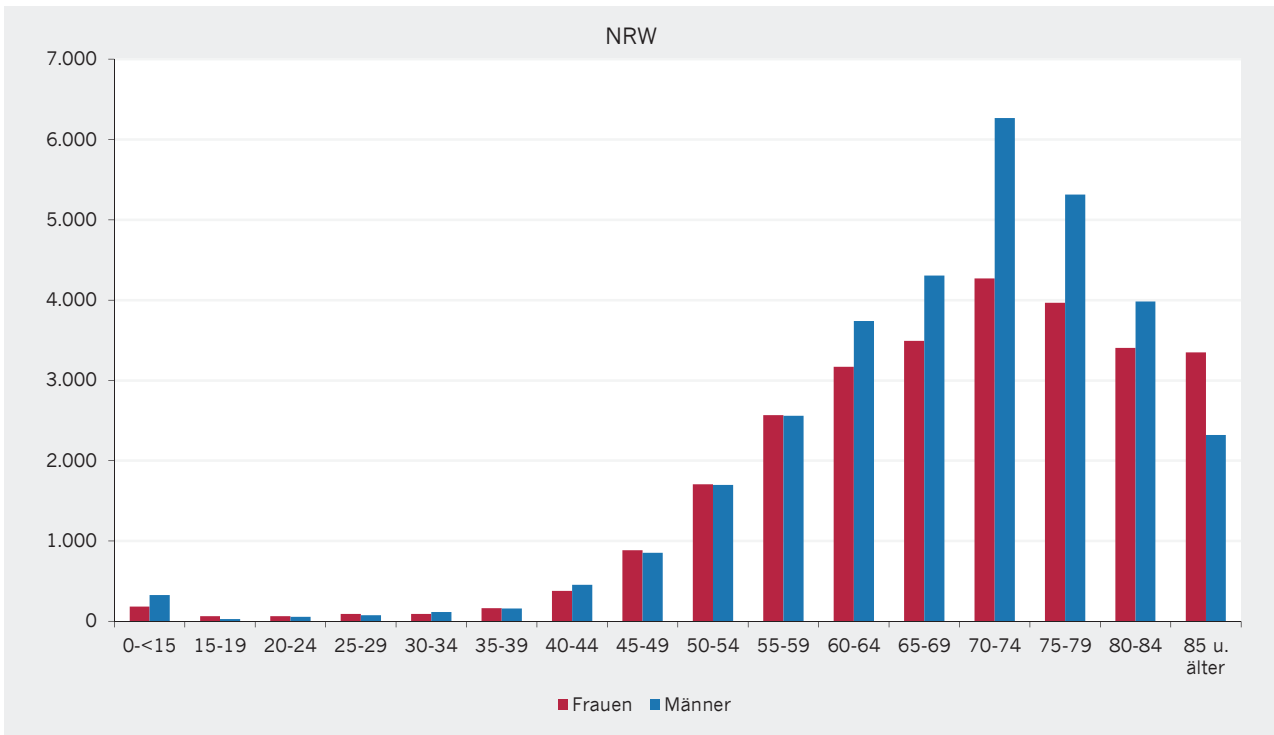
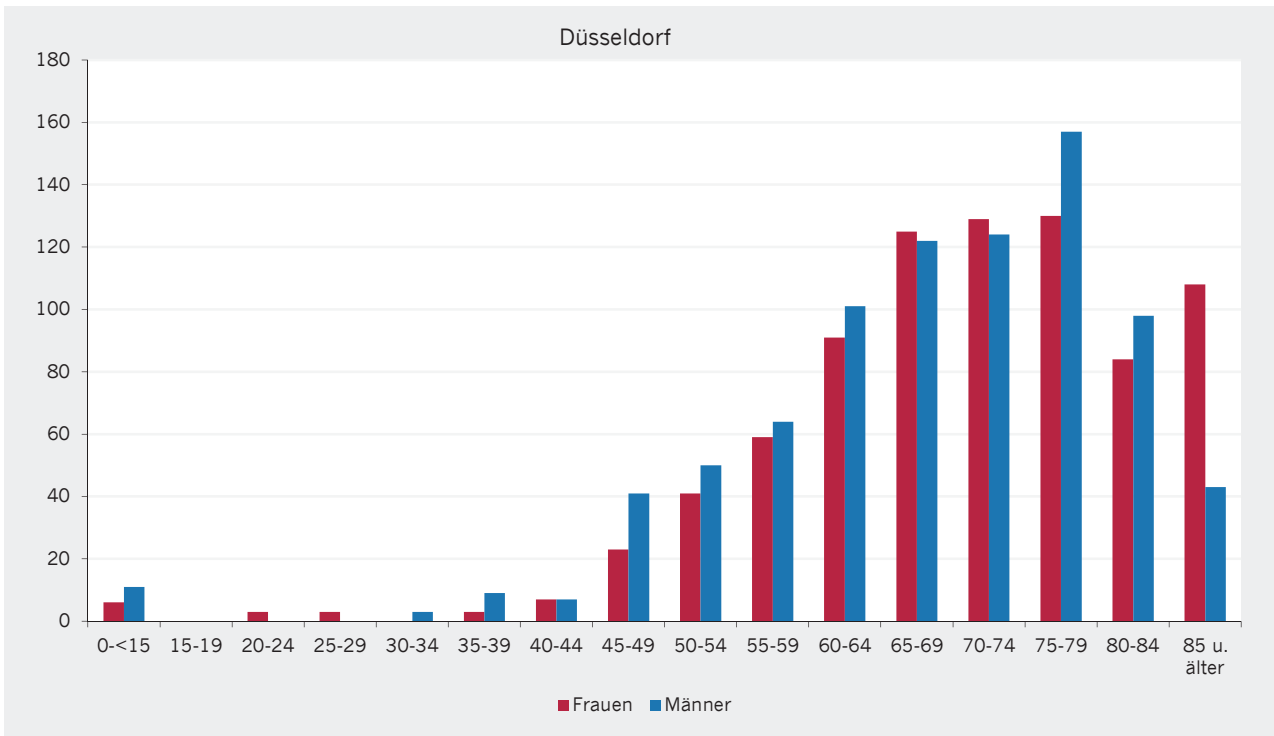


Abb. 32: Krankenhausfälle COPD nach Alter und Geschlecht 2012



## 20. Psychische Erkrankungen - Organisch (F00-F03) [Gf Ge K P Se V]

Nach sinkenden Zahlen bei beiden Geschlechtern in Düsseldorf ist aktuell ein deutlicher Anstieg bei den Männern zu verzeichnen.

### ICD-10 Definition

Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (F00-F03)

F00\* Demenz bei Alzheimer-Krankheit (G30.-†)

F01 Vaskuläre Demenz

F02\* Demenz bei anderenorts klassifizierten Krankheiten

F03 Nicht näher bezeichnete Demenz

\* = Sekundärschlüsselnummer

**Tab. 30: Krankenhausfälle Psychische Erkrankungen (organisch) nach Geschlecht 2012**

Verwaltungsbezirk	männlich		weiblich		insgesamt	
	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	Anzahl	je 100 000 Einwohner
Düsseldorf	108	38,1	108	34,8	216	36,4
Nordrhein-Westfalen	2 469	28,3	3 710	40,7	6 179	34,6

Quelle: LZG GBE-Stat 2014

einschl. Stundenfälle, ohne Patienten mit unbekanntem Wohnsitz bzw. Geschlecht

Tab. 31: Krankenhausfälle Psychische Erkrankungen (organisch) nach Alter und Geschlecht 2012

Alter	Düsseldorf						NRW					
	männlich		weiblich		insgesamt		männlich		weiblich		insgesamt	
	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	Anzahl	je 100 000 Einwohner	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	Anzahl	je 100 000 Einwohner
0 - <1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1 - 4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5 - 9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
10 - 14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15 - 19	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
20 - 24	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
25 - 29	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
30 - 34	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
35 - 39	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
40 - 44	-	-	-	-	-	-	2	,29	2	0,30	4	,29
45 - 49	-	-	-	-	-	-	3	,38	6	0,79	9	,58
50 - 54	-	-	-	-	-	-	17	2,40	10	1,43	27	1,92
55 - 59	-	-	-	-	-	-	48	8,06	37	6,06	85	7,05
60 - 64	6	39,92	-	-	-	-	67	13,04	44	8,14	111	10,53
65 - 69	7	53,92	2	12,83	9	31,51	141	34,75	114	25,66	255	30,00
70 - 74	15	99,93	14	75,98	29	86,73	366	76,54	344	61,79	710	68,60
75 - 79	24	233,85	17	122,22	41	169,62	572	169,12	624	142,68	1 196	154,21
80 - 84	30	508,30	31	313,99	61	386,69	686	333,86	998	311,69	1 684	320,36
85 u. älter	23	646,61	43	428,03	66	485,19	566	442,37	1 531	483,21	2 097	471,46
Insgesamt	108	38,12	108	34,80	216	36,38	2 469	28,30	3 710	40,69	6 179	34,63
Alters-stand. an Europa-bev. alt		24,35		12,95		17,54		16,20		14,63		15,41

einschl. Stundenfälle, ohne Patienten mit unbekanntem Wohnsitz bzw. Geschlecht  
Quelle: LZG GBE-Stat 2014

"-" weniger als 2 Fälle bzw. Randsummen geheimzuhalten

Abb. 33: Krankenhausfälle Psychische Erkrankungen (organisch) je 100.000 Einwohner nach Geschlecht 2009-2012

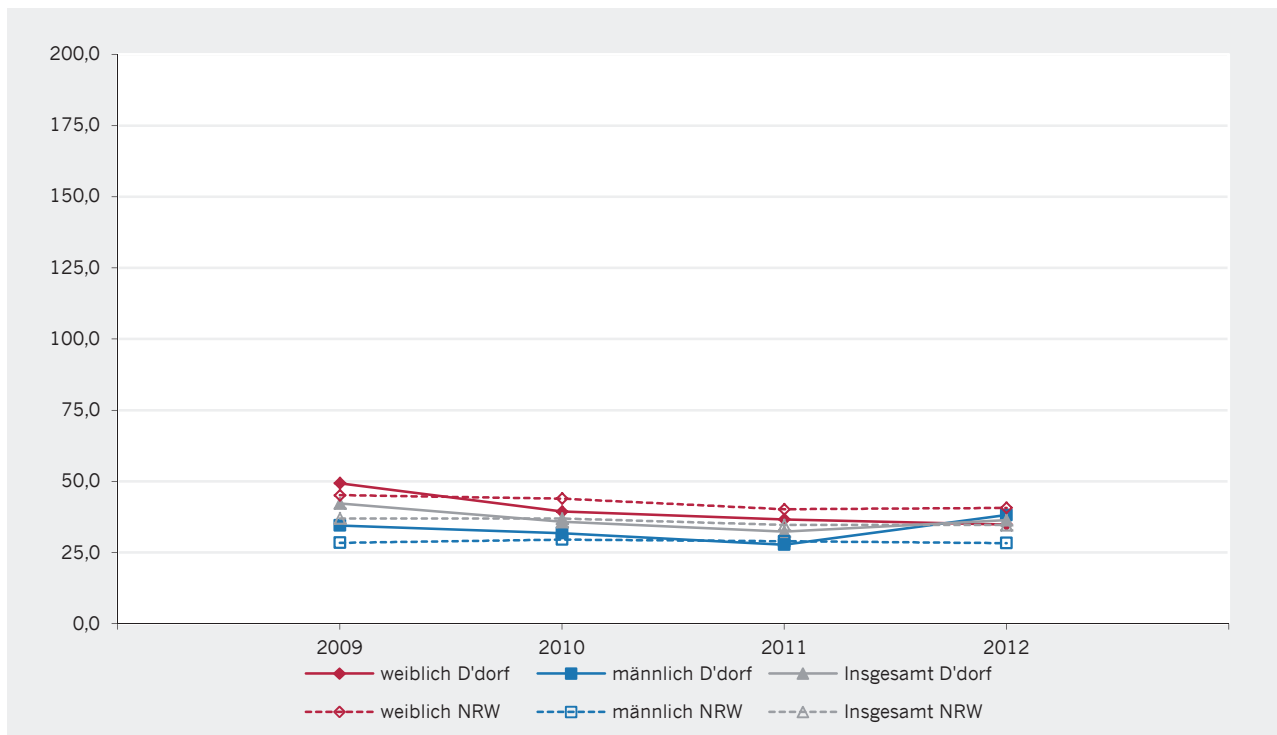
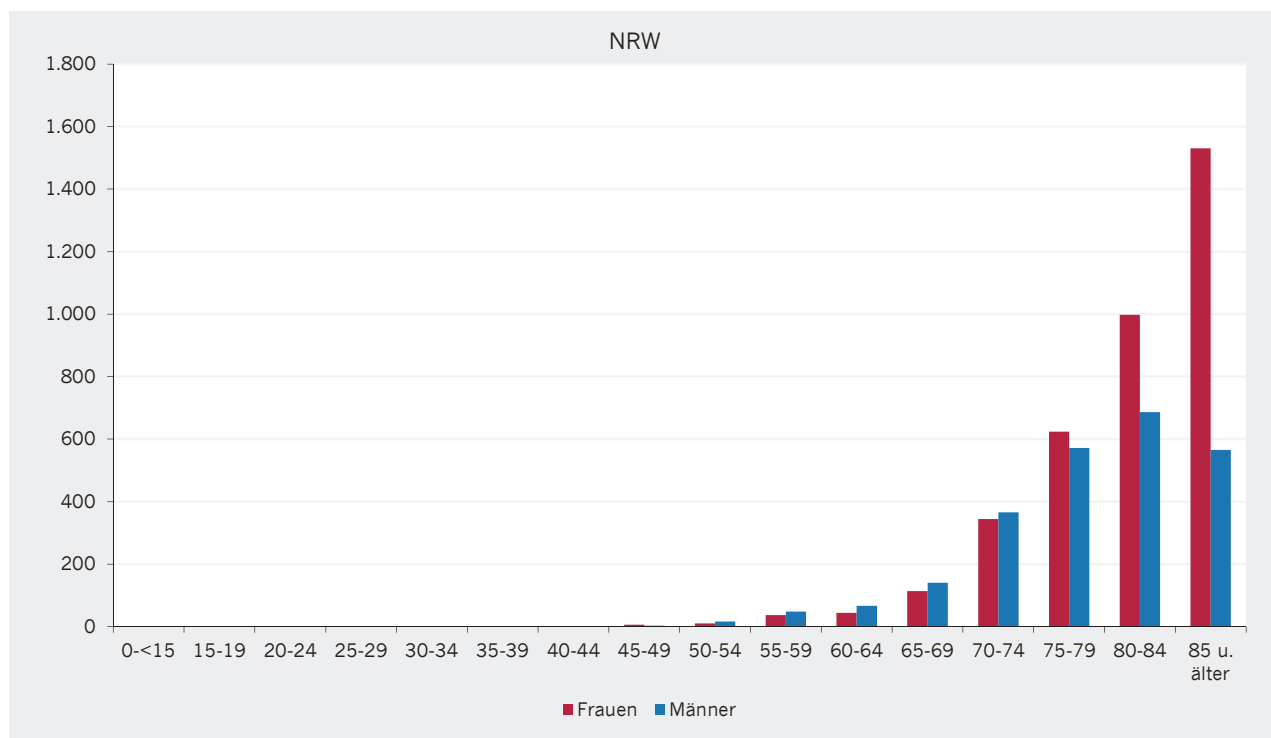
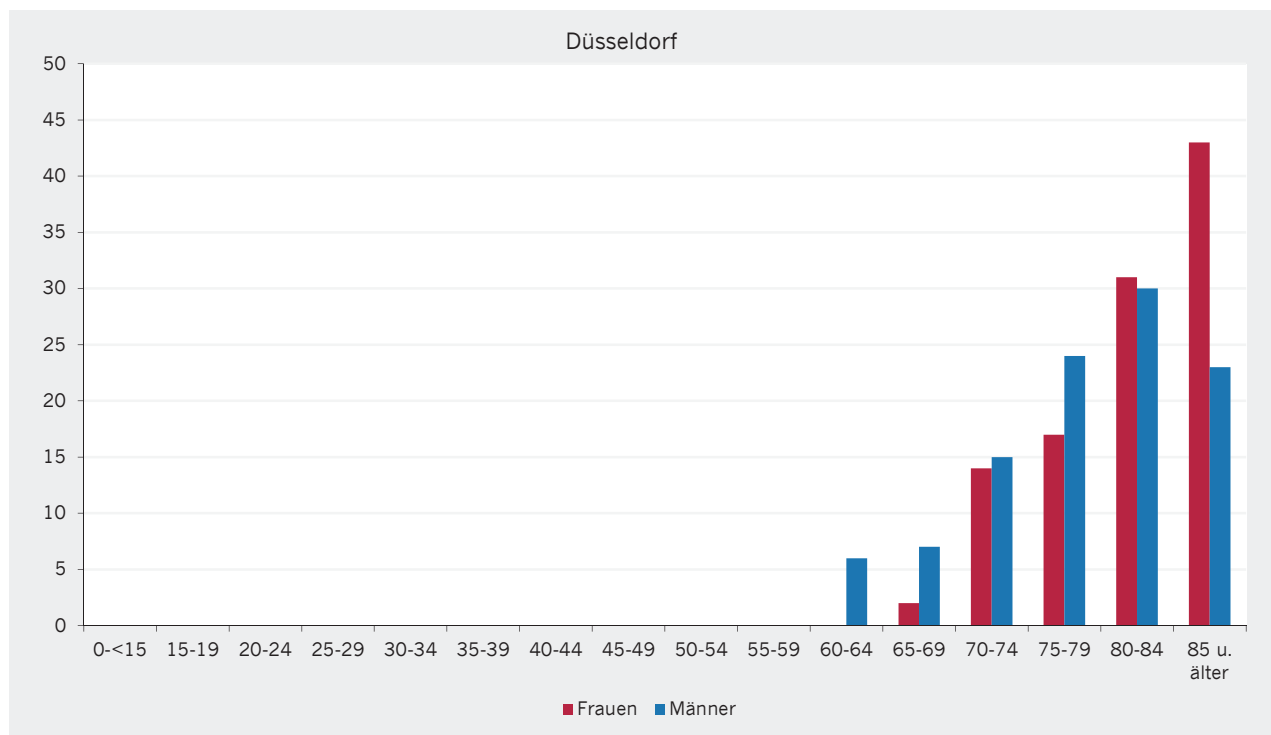


Abb. 34: Krankenhausfälle Psychische Erkrankungen (organisch) nach Alter und Geschlecht 2012





## 21. Psychische Erkrankungen aufgrund ausg., psychotropen Substanzen (F10, F12, F17) [Gf Ge K P Se V]

Bei den psychischen Erkrankungen durch Alkohol sind Männer deutlich stärker betroffen, insbesondere im mittleren Lebensalter. Eine steigende Tendenz ergibt sich sowohl bei Männern als auch bei Frauen.

### ICD-10 Definition

Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10, F12, F17)

F10 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol

F12 Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide

F17 Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak

**Tab. 32: Krankenhausfälle Psychische Erkrankungen durch Alkohol nach Geschlecht 2012**

Verwaltungsbezirk	männlich		weiblich		insgesamt	
	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	Anzahl	je 100 000 Einwohner
Düsseldorf	1 910	674,1	809	260,7	2 719	458,0
Nordrhein-Westfalen	55 436	635,5	22 035	241,7	77 471	434,2

einschl. Stundenfälle, ohne Patienten mit unbekanntem Wohnsitz bzw. Geschlecht  
Quelle: LZG.NRW: GBE-Stat 2014

"—" weniger als 2 Fälle bzw. Randsummen geheimzuhalten

Tab. 33: Krankenhausfälle Psychische Erkrankungen durch Alkohol nach Alter und Geschlecht 2012

Alter	Düsseldorf						NRW					
	männlich		weiblich		insgesamt		männlich		weiblich		insgesamt	
	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	Anzahl	je 100 000 Einwohner	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	Anzahl	je 100 000 Einwohner
0 - <1	-	-	-	-	-	-	10	13,56	7	9,95	17	11,8
1 - 4	-	-	-	-	-	-	7	2,29	8	2,75	15	2,5
5 - 9	-	-	-	-	-	-	-	-	3	0,79	-	-
10 - 14	14	116,12	17	149,46	31	132,31	414	90,69	543	125,03	957	107,4
15 - 19	69	561,16	59	488,57	128	525,19	3 468	691,06	2 061	432,39	5 529	565,1
20 - 24	43	272,01	29	160,32	72	212,40	2 350	419,38	1 174	218,83	3 524	321,3
25 - 29	62	300,96	24	100,97	86	193,82	2 371	439,96	899	171,10	3 270	307,2
30 - 34	136	572,20	60	242,98	196	404,45	3 699	704,50	1 141	218,57	4 840	462,2
35 - 39	181	832,22	66	306,15	247	570,35	4 735	922,19	1 407	273,13	6 142	597,1
40 - 44	285	1160,47	80	338,48	365	757,36	7 265	1059,90	2 673	396,74	9 938	731,2
45 - 49	354	1401,98	148	592,24	502	999,18	9 236	1172,42	3 648	477,36	12 884	830,2
50 - 54	363	1737,92	141	661,91	504	1194,62	8 930	1262,17	3 422	487,64	12 352	876,5
55 - 59	190	1119,75	66	358,97	256	724,10	6 346	1065,83	2 150	352,26	8 496	704,6
60 - 64	102	678,64	48	277,95	150	464,43	3 385	658,72	1 229	227,28	4 614	437,5
65 - 69	49	377,47	38	243,86	87	304,58	1 426	351,47	703	158,23	2 129	250,5
70 - 74	41	273,13	15	81,41	56	167,48	1 134	237,14	545	97,89	1 679	162,2
75 - 79	17	165,64	17	122,22	34	140,66	460	136,01	285	65,16	745	96,1
80 - 84	4	67,77	-	-	-	-	155	75,43	95	29,67	250	47,6
85 u. älter	-	-	-	-	-	-	44	34,39	42	13,26	86	19,3
Insgesamt	1 910	674,08	809	260,65	2 719	457,96	55 436	635,48	22 035	241,65	77 471	434,2
Alters-stand. an Europa-bev. alt		615,25		263,05		436,29		595,62		239,94		417,9

einschl. Stundenfälle, ohne Patienten mit unbekanntem Wohnsitz bzw. Geschlecht

"-" weniger als 2 Fälle bzw. Randsummen geheimzuhalten

Abb. 35: Krankenhausfälle Psychische Erkrankungen durch Alkohol je 100.000 Einwohner nach Geschlecht 2009-2012

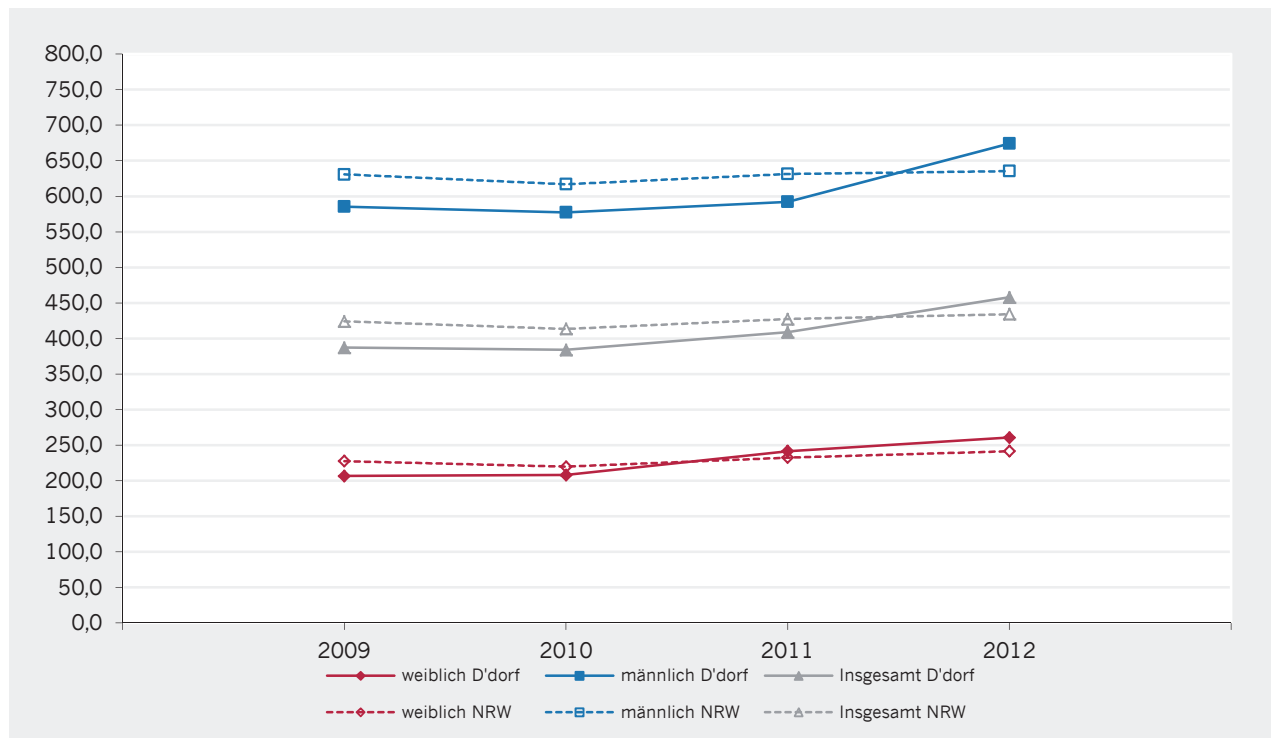
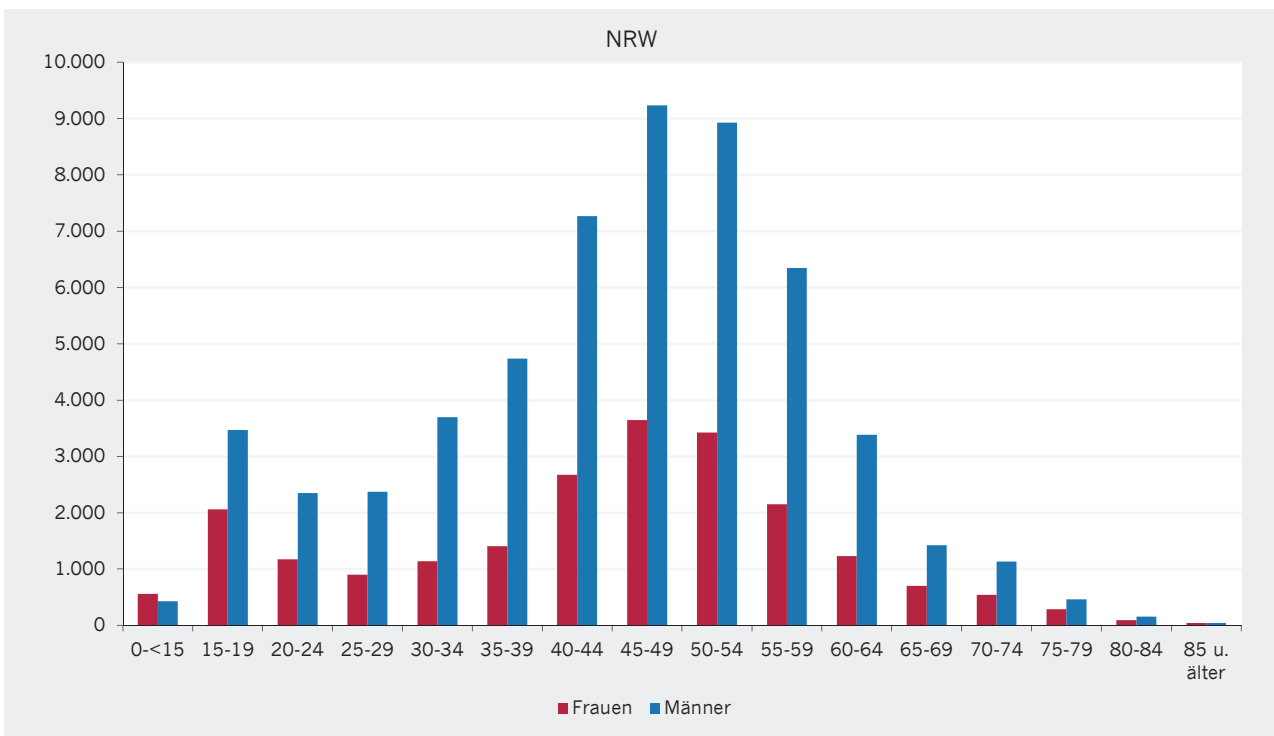
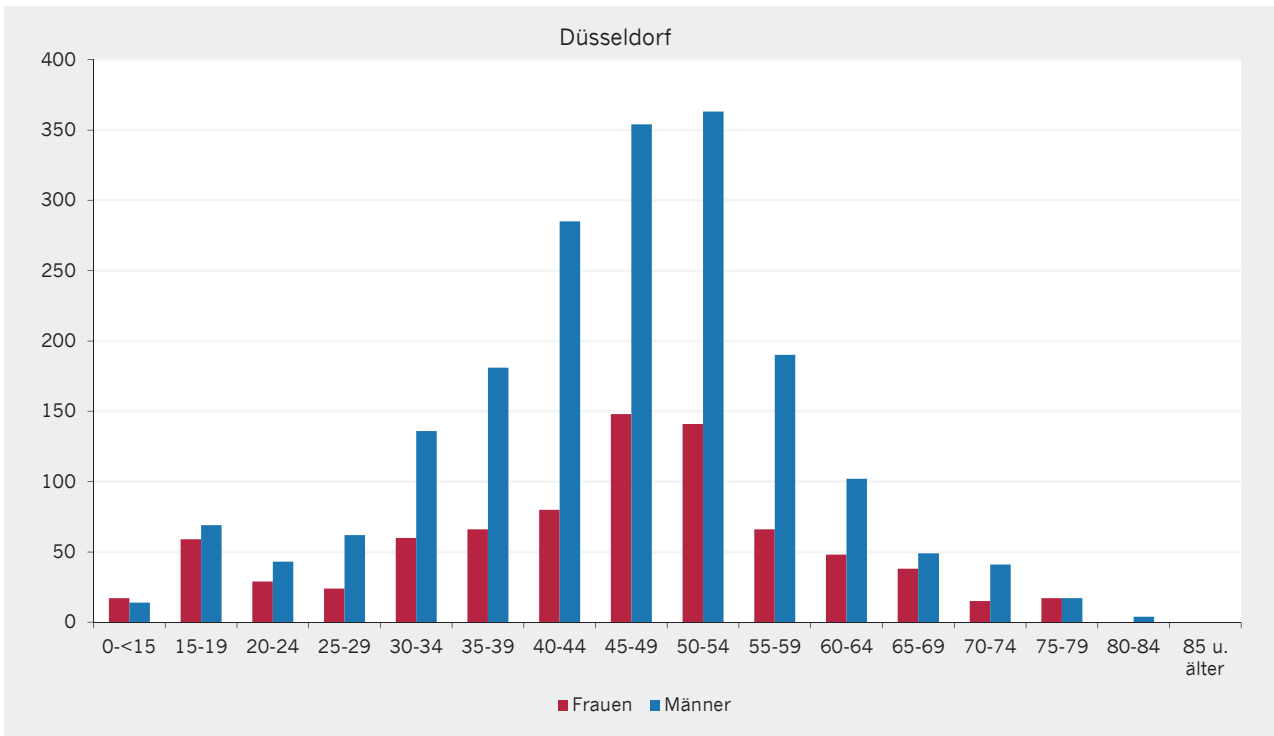


Abb. 36: Krankenhausfälle Psychische Erkrankungen durch Alkohol nach Alter und Geschlecht 2012



Cannabinoid-bedingte psychische Erkrankungen sind zwar rückläufig, dennoch überwiegen bei den Männern, und hier ausgeprägt zwischen dem 15. und dem 25. Lebensjahr anzutreffen.

**Tab. 34: Krankenhausfälle Psychische Erkrankungen durch Cannabinoide nach Geschlecht 2012**

Verwaltungsbezirk	männlich		weiblich		insgesamt	
	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	Anzahl	je 100 000 Einwohner
Düsseldorf	34	12,0	12	3,9	46	7,7
Nordrhein-Westfalen	1 985	22,8	542	5,9	2 527	14,2

einschl. Stundenfälle, ohne Patienten mit unbekanntem Wohnsitz bzw. Geschlecht  
Quelle: LZG.NRW: GBE-Stat 2014

"-" weniger als 2 Fälle bzw. Randsummen geheimzuhalten

**Tab. 35: Krankenhausfälle Psychische Erkrankungen durch Cannabinoide nach Alter und Geschlecht 2012**

Alter	Düsseldorf						NRW					
	männlich		weiblich		insgesamt		männlich		weiblich		insgesamt	
	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	Anzahl	je 100 000 Einwohner	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	Anzahl	je 100 000 Einwohner
0 - <1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1 - 4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5 - 9	-	-	-	-	-	-	2	0,50	-	-	-	-
10 - 14	2	16,59	-	-	-	-	39	8,54	41	9,44	80	9,0
15 - 19	9	73,19	5	41,40	14	57,44	576	114,78	176	36,92	752	76,9
20 - 24	11	69,59	3	16,58	14	41,30	593	105,83	134	24,98	727	66,3
25 - 29	5	24,27	-	-	-	-	384	71,25	89	16,94	473	44,4
30 - 34	4	16,83	2	8,10	6	12,38	183	34,85	45	8,62	228	21,8
35 - 39	2	9,20	-	-	-	-	92	17,92	24	4,66	116	11,3
40 - 44	-	-	-	-	-	-	64	9,34	13	1,93	77	5,7
45 - 49	-	-	-	-	-	-	24	3,05	9	1,18	33	2,1
50 - 54	-	-	-	-	-	-	19	2,69	8	1,14	27	1,9
55 - 59	-	-	-	-	-	-	7	1,18	-	-	-	-
60 - 64	-	-	-	-	-	-	-	-	2	0,37	-	-
65 - 69	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
70 - 74	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
75 - 79	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
80 - 84	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
85 u. älter	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Insgesamt	34	12,00	12	3,87	46	7,75	1 985	22,75	542	5,94	2 527	14,2
Alters-stand. an Europa-bev. alt		14,95		5,22		9,93		25,92		7,43		16,8

einschl. Stundenfälle, ohne Patienten mit unbekanntem Wohnsitz bzw. Geschlecht

"-" weniger als 2 Fälle bzw. Randsummen geheimzuhalten

**Abb. 37: Krankenhausfälle Psychische Erkrankungen durch Cannabinoide je 100.000 Einwohner nach Geschlecht 2009-2012**

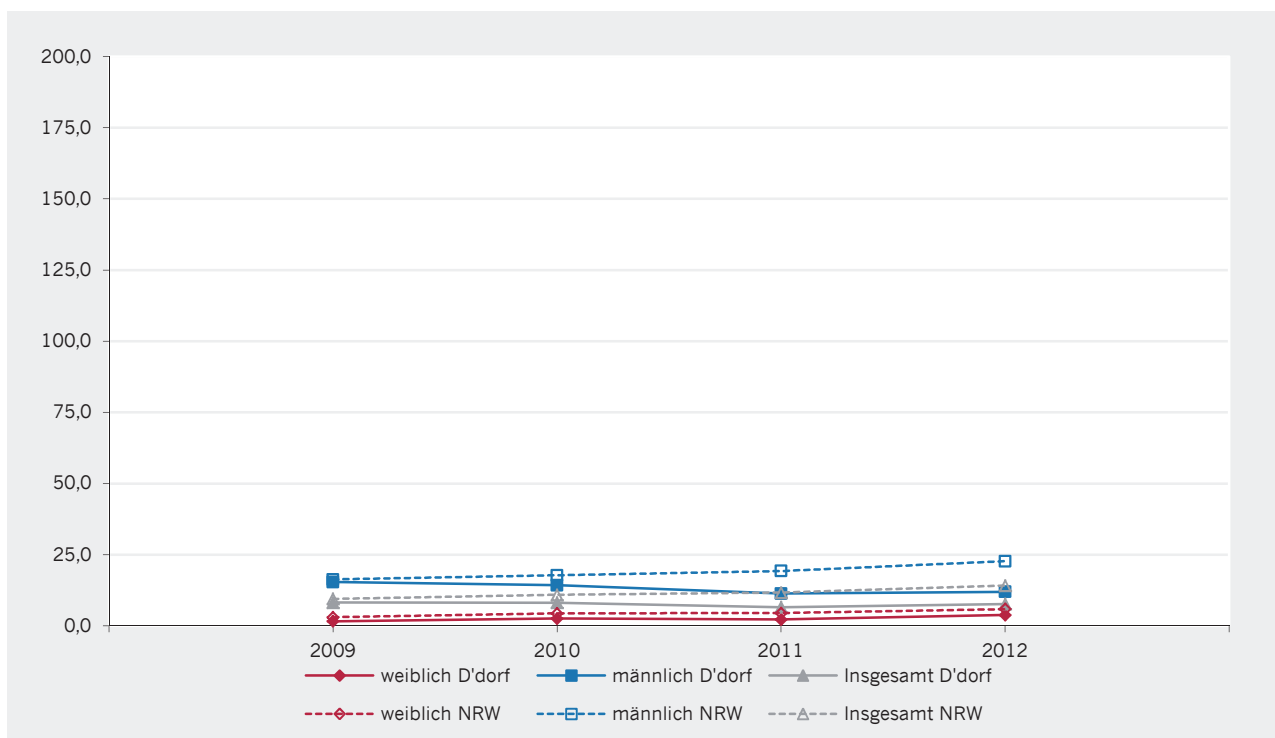
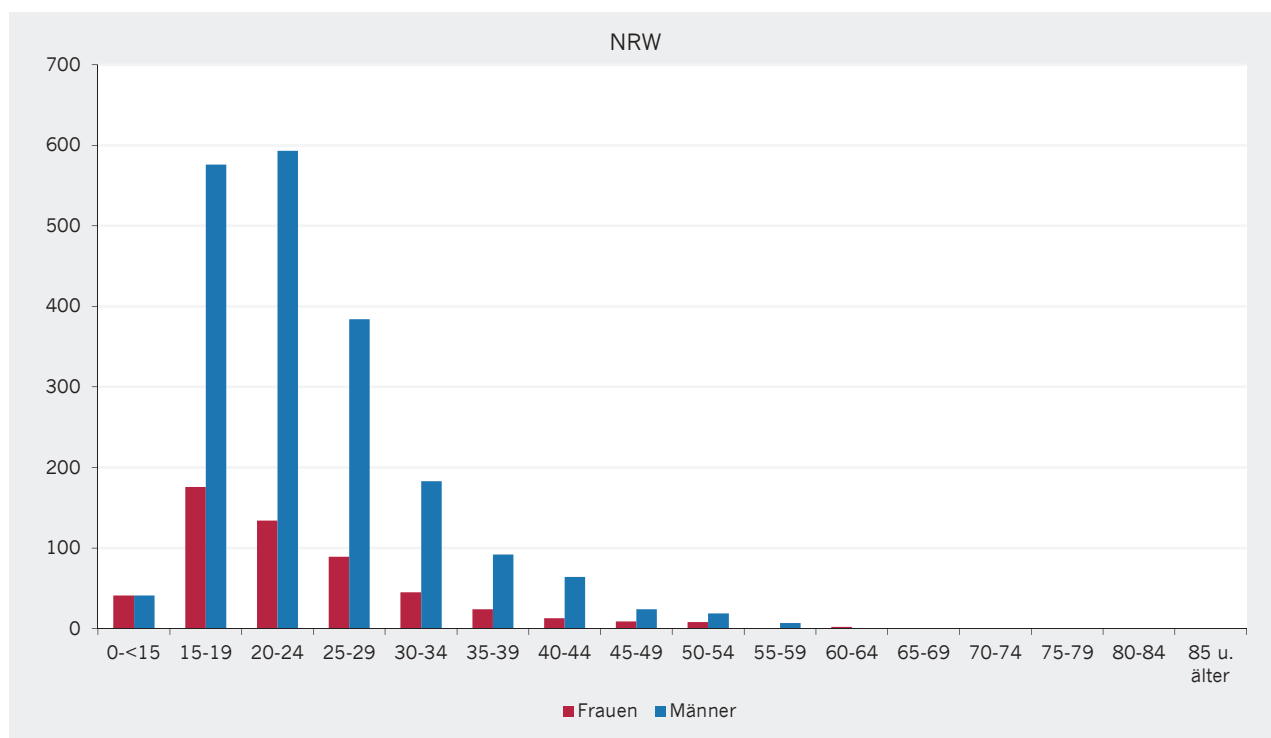
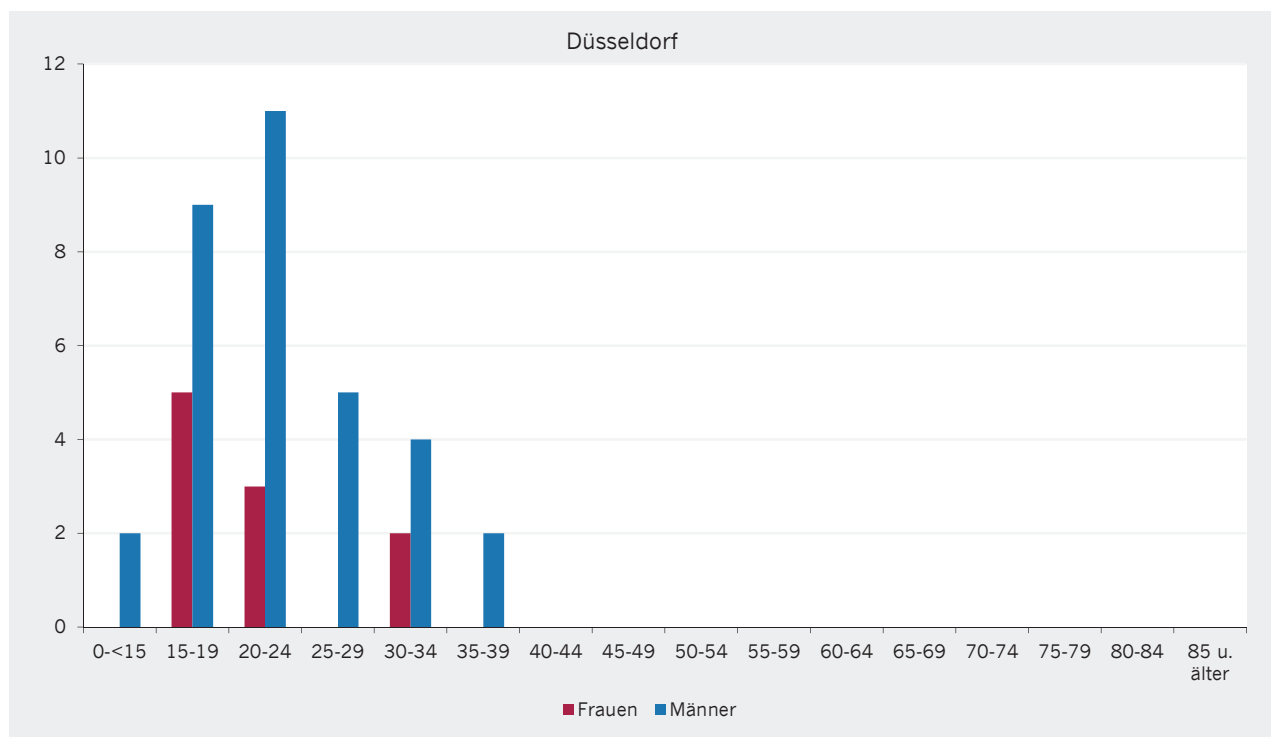


Abb. 38: Krankenhausfälle Psychische Erkrankungen durch Cannabionide nach Alter und Geschlecht 2012



Bei den psychischen, tabakbedingten Erkrankungen waren für Düsseldorf insgesamt nur zwei Fälle verzeichnet.

**Tab. 36: Krankenhausfälle Psychische Erkrankungen durch Tabak nach Geschlecht 2012**

Verwaltungsbezirk	männlich		weiblich		insgesamt	
	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	Anzahl	je 100 000 Einwohner
Düsseldorf	2	0,7	-	-	-	-
Nordrhein-Westfalen	29	0,3	11	0,1	40	0,2

einschl. Stundenfälle, ohne Patienten mit unbekanntem Wohnsitz bzw. Geschlecht  
Quelle: LZG.NRW: GBE-Stat 2014

"-" weniger als 2 Fälle bzw. Randsummen geheimzuhalten

## 22. Psychische Erkrankungen Affektive Störung (F32-F33) [Gf Ge K P Se V]

Die depressiven Störungen liegen im Vergleich zu NRW höher, wobei Frauen deutlich häufiger betroffen sind.

### ICD-10 Definition

Affektive Störungen (F32-F33)

F32 Depressive Episode

F33 Rezidivierende depressive Störung

**Tab. 37: Krankenhausfälle Psychische Erkrankungen (Affektiv) nach Geschlecht 2012**

Verwaltungsbezirk	männlich		weiblich		insgesamt	
	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	Anzahl	je 100 000 Einwohner
Düsseldorf	1 008	356	1 575	507	2 583	435
Nordrhein-Westfalen	26 483	303,6	41 241	452,3	67 724	379,6

Quelle: LZG.NRW: GBE-Stat 2014

einschl. Stundenfälle, ohne Patienten mit unbekanntem Wohnsitz bzw. Geschlecht



Tab. 38: Krankenhausfälle Psychische Erkrankungen (Affektiv) nach Alter und Geschlecht 2012

Alter	Düsseldorf						NRW					
	männlich		weiblich		insgesamt		männlich		weiblich		insgesamt	
	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	Anzahl	je 100 000 Einwohner	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	Anzahl	je 100 000 Einwohner
0 - <1	-	-	-	-	-	-	-	-	3	4,26	-	-
1 - 4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5 - 9	-	-	-	-	-	-	15	3,73	5	1,31	20	2,55
10 - 14	2	16,59	12	105,50	14	59,75	258	56,52	690	158,88	948	106,42
15 - 19	36	292,78	76	629,35	112	459,54	1 311	261,24	2 699	566,24	4 010	409,82
20 - 24	70	442,81	106	585,99	176	519,20	2 048	365,48	2 899	540,37	4 947	451,02
25 - 29	66	320,37	119	500,63	185	416,94	1 784	331,04	2 541	483,62	4 325	406,36
30 - 34	60	252,44	113	457,62	173	356,99	1 752	333,68	2 479	474,87	4 231	404,07
35 - 39	76	349,44	108	500,97	184	424,87	1 849	360,11	2 442	474,04	4 291	417,17
40 - 44	102	415,33	121	511,95	223	462,71	2 734	398,87	3 754	557,19	6 488	477,35
45 - 49	136	538,61	154	616,25	290	577,22	3 500	444,29	4 492	587,80	7 992	514,96
50 - 54	124	593,67	162	760,49	286	677,90	3 267	461,76	4 364	621,87	7 631	541,49
55 - 59	99	583,45	113	614,60	212	599,65	2 605	437,52	3 408	558,38	6 013	498,70
60 - 64	70	465,74	89	515,37	159	492,29	1 514	294,62	2 358	436,07	3 872	367,15
65 - 69	41	315,85	61	391,45	102	357,09	1 001	246,72	1 786	401,99	2 787	327,88
70 - 74	59	393,05	89	483,04	148	442,64	1 180	246,76	2 481	445,61	3 661	353,73
75 - 79	32	311,80	97	697,39	129	533,68	828	244,82	2 223	508,29	3 051	393,39
80 - 84	19	321,92	93	941,96	112	709,98	518	252,10	1 576	492,21	2 094	398,35
85 u. älter	16	449,82	62	617,16	78	573,40	317	247,76	1 041	328,56	1 358	305,32
Insgesamt	1 008	355,75	1 575	507,45	2 583	435,05	26 483	303,58	41 241	452,28	67 724	379,58
Alters-stand. an Europa-bev. alt		322,22		449,15		388,52		279,36		415,83		348,15

einschl. Stundenfälle, ohne Patienten mit unbekanntem Wohnsitz bzw. Geschlecht  
Quelle: LZG.NRW: GBE-Stat 2014

"-" weniger als 2 Fälle bzw. Randsummen geheimzuhalten

Abb. 39: Krankenhausfälle Psychische Erkrankungen (Affektiv) je 100.000 Einwohner nach Geschlecht 2009-2012

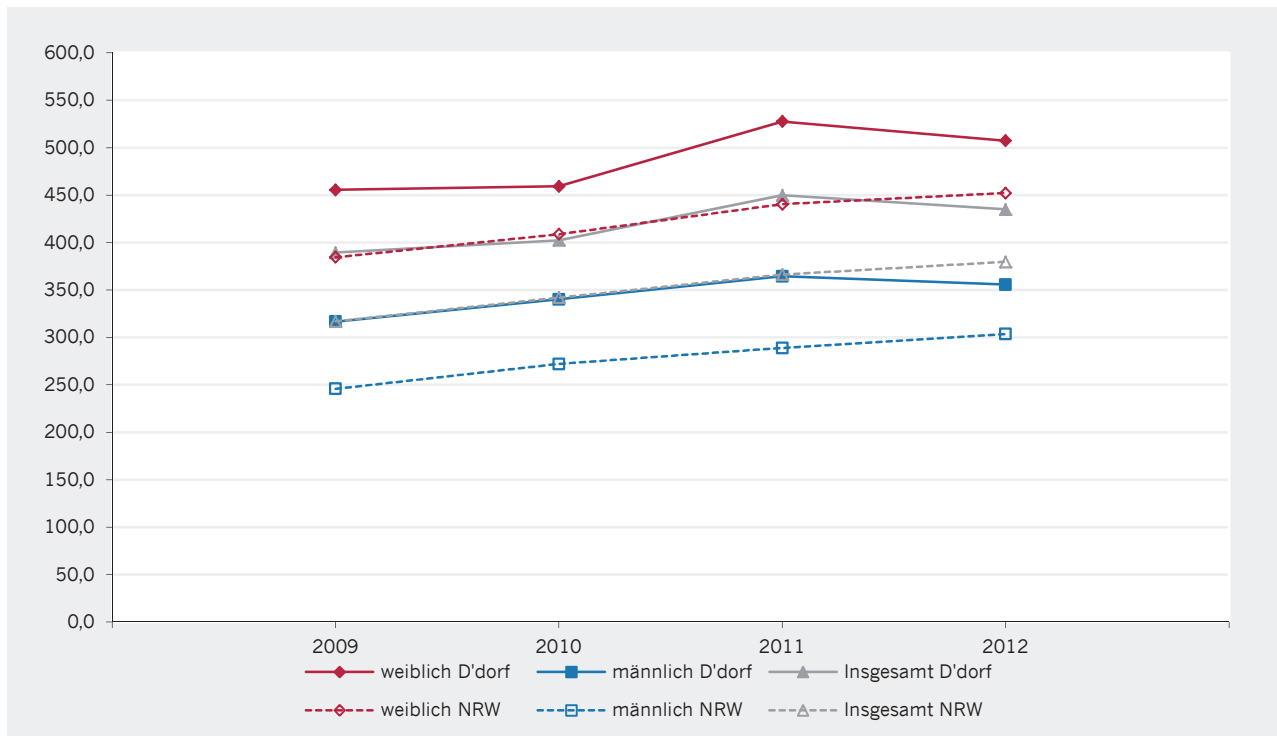
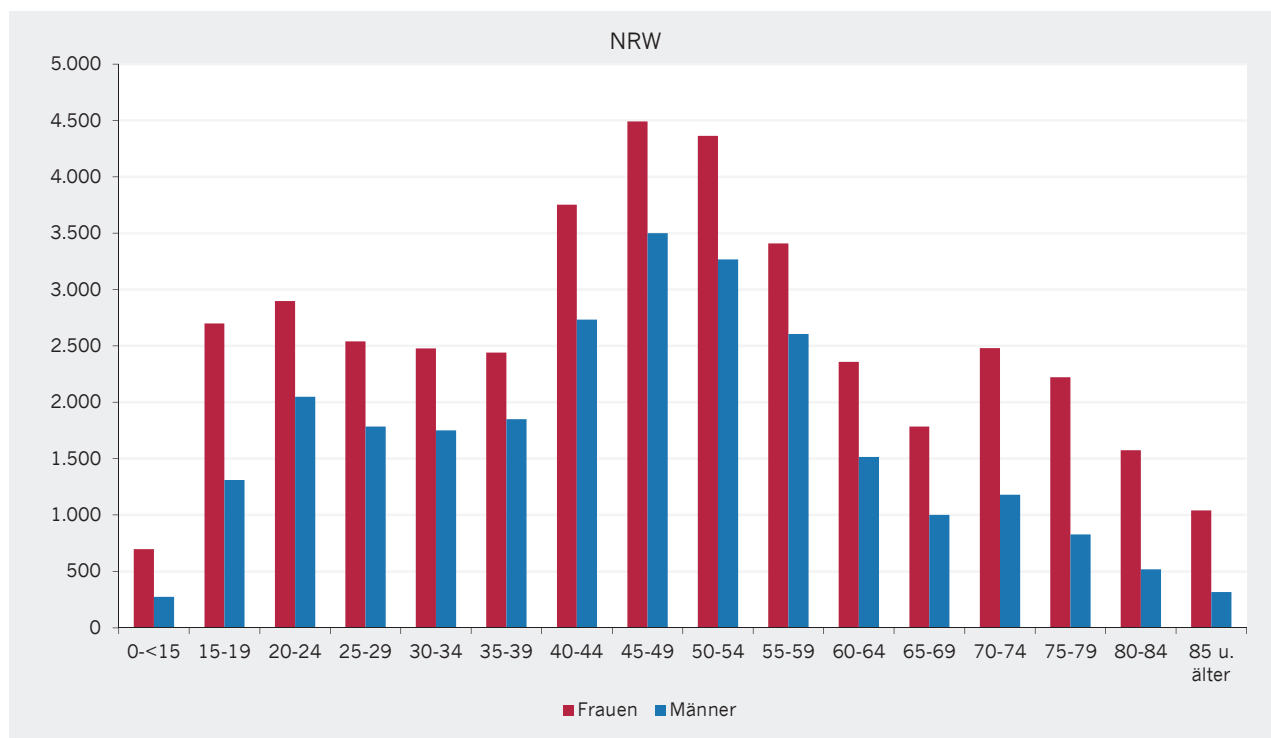
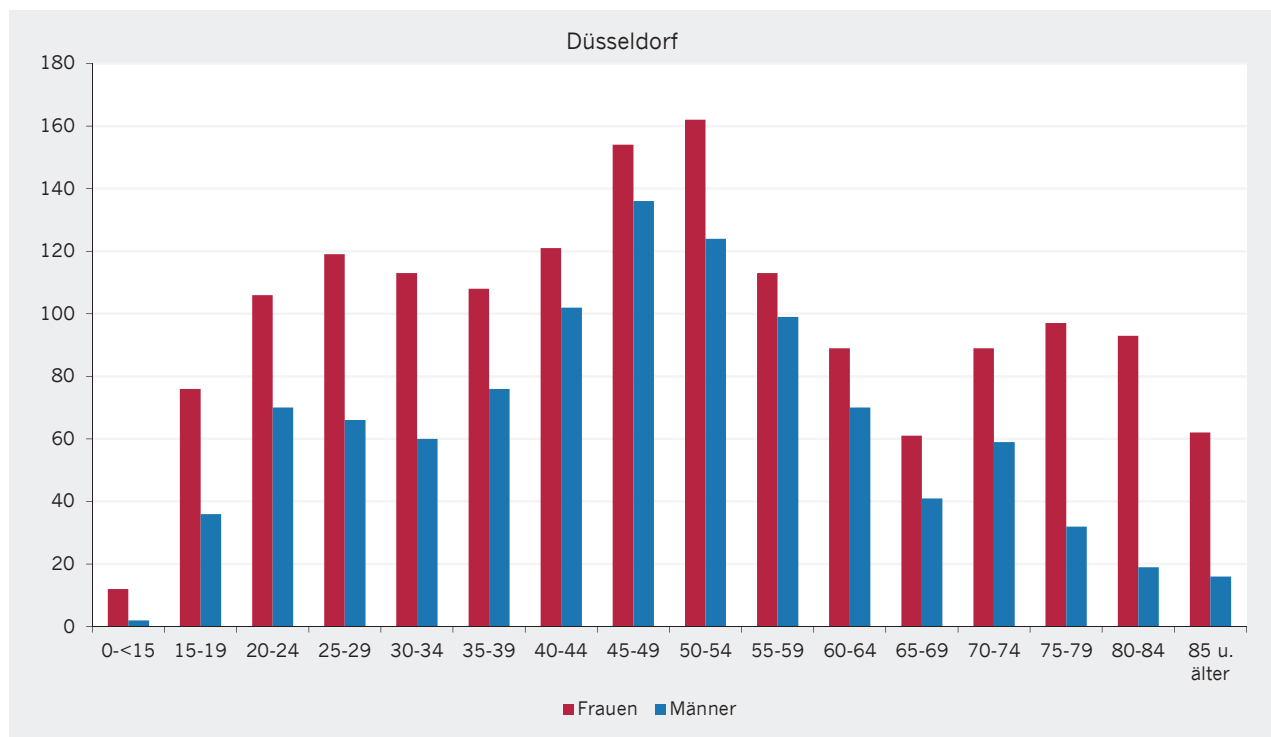


Abb. 40: Krankenhausfälle Psychische Erkrankungen (Affektiv) nach Alter und Geschlecht 2012



### 23. Adipositas (E65-E68) [Gf Ge K Se V]

Die Adipositas nimmt in der Bevölkerung stetig zu. Frauen sind durchschnittlich doppelt so häufig und früher betroffen als Männer. Im Landesvergleich liegen in Düsseldorf weniger Adipositas-Fälle vor.

#### ICD-10 Definition

Adipositas und sonstige Überernährung (E65-E68)

E65 Lokalisierte Adipositas

E66 Adipositas

E67 Sonstige Überernährung

E68 Folgen der Überernährung

**Tab. 39: Krankenhausfälle Adipositas nach Geschlecht 2012**

Verwaltungsbezirk	männlich		weiblich		insgesamt	
	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	Anzahl	je 100 000 Einwohner
Düsseldorf	27	9,5	52	16,8	79	13,3
Nordrhein-Westfalen	946	10,8	1 894	20,8	2 840	15,9

Quelle: LZG NRW GBE-Stat 2014

einschl. Stundenfälle, ohne Patienten mit unbekanntem Wohnsitz bzw. Geschlecht

Tab. 40: Krankenhausfälle Adipositas nach Alter und Geschlecht 2012

Alter	Düsseldorf						NRW					
	männlich		weiblich		insgesamt		männlich		weiblich		insgesamt	
	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	Anzahl	je 100 000 Einwohner	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	Anzahl	je 100 000 Einwohner
0 - <1	-	-	-	-	-	-	2	2,71	-	-	-	-
1 - 4	-	-	-	-	-	-	6	1,96	8	2,75	14	2,35
5 - 9	-	-	-	-	-	-	19	4,72	10	2,62	29	3,70
10 - 14	-	-	-	-	-	-	31	6,79	28	6,45	59	6,62
15 - 19	-	-	-	-	-	-	18	3,59	21	4,41	39	3,99
20 - 24	-	-	-	-	-	-	32	5,71	61	11,37	93	8,48
25 - 29	-	-	5	21,03	-	-	48	8,91	129	24,55	177	16,63
30 - 34	-	-	3	12,15	-	-	41	7,81	145	27,78	186	17,76
35 - 39	-	-	-	-	-	-	64	12,46	239	46,39	303	29,46
40 - 44	6	24,43	3	12,69	9	18,67	114	16,63	284	42,15	398	29,28
45 - 49	4	15,84	12	48,02	16	31,85	146	18,53	279	36,51	425	27,38
50 - 54	-	-	5	23,47	-	-	135	19,08	223	31,78	358	25,40
55 - 59	4	23,57	5	27,19	9	25,46	100	16,80	158	25,89	258	21,40
60 - 64	3	19,96	3	17,37	6	18,58	80	15,57	125	23,12	205	19,44
65 - 69	-	-	6	38,50	-	-	22	5,42	69	15,53	91	10,71
70 - 74	2	13,32	3	16,28	5	14,95	56	11,71	61	10,96	117	11,30
75 - 79	2	19,49	4	28,76	6	24,82	21	6,21	35	8,00	56	7,22
80 - 84	-	-	-	-	-	-	7	3,41	17	5,31	24	4,57
85 u. älter	-	-	-	-	-	-	4	3,13	-	-	-	-
Insgesamt	27	9,53	52	16,75	79	13,31	946	10,84	1894	20,77	2840	15,92
Alters-stand. an Europa-bev. alt		8,58		14,36		11,61		10,01		20,45		15,22

einschl. Stundenfälle, ohne Patienten mit unbekanntem Wohnsitz bzw. Geschlecht  
Quelle: LZG GBE-Stat 2014

"-" weniger als 2 Fälle bzw. Randsummen geheimzuhalten

Abb. 41: Krankenhausfälle Adipositas je 100.000 Einwohner nach Geschlecht 2009-2012

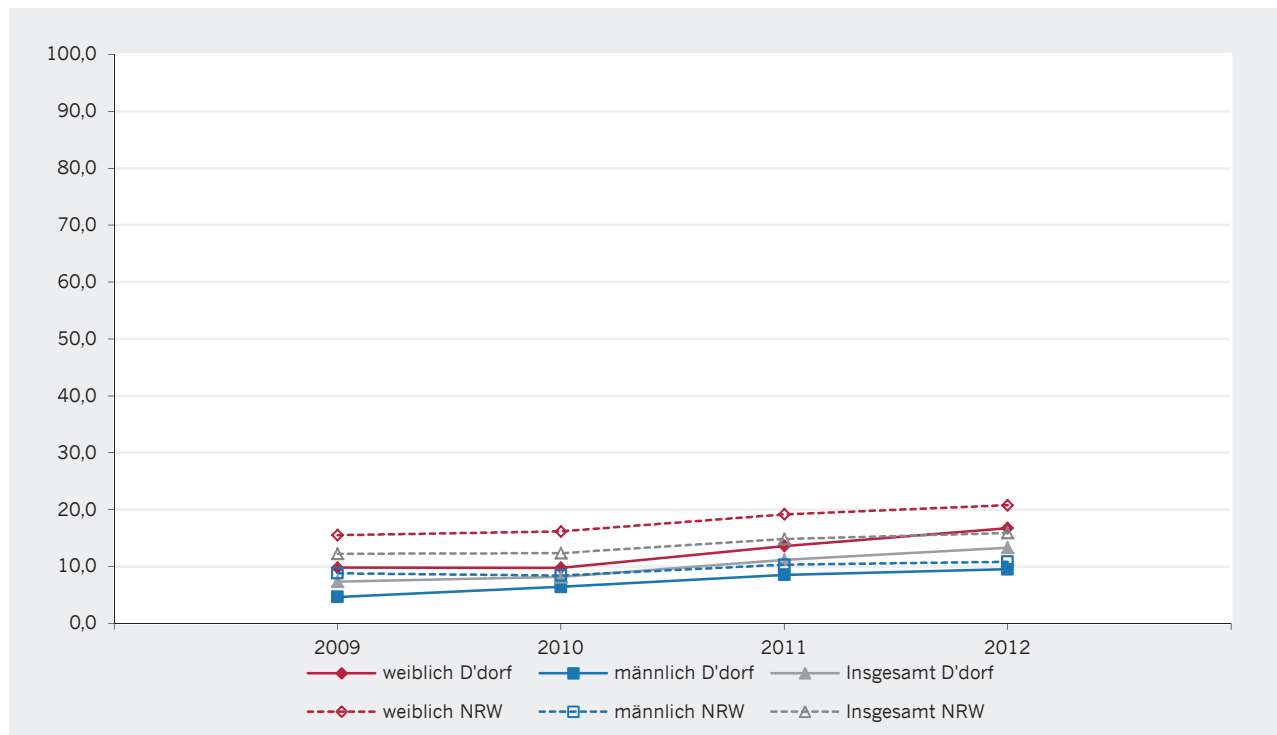
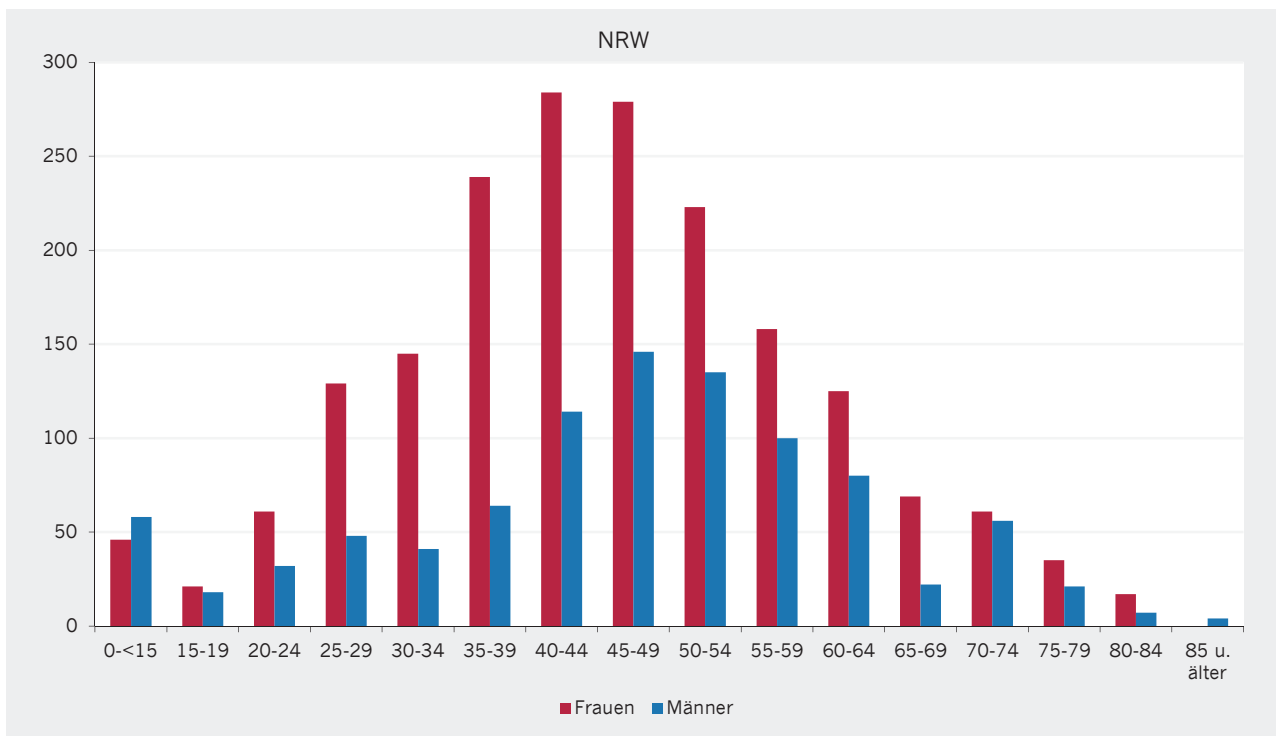
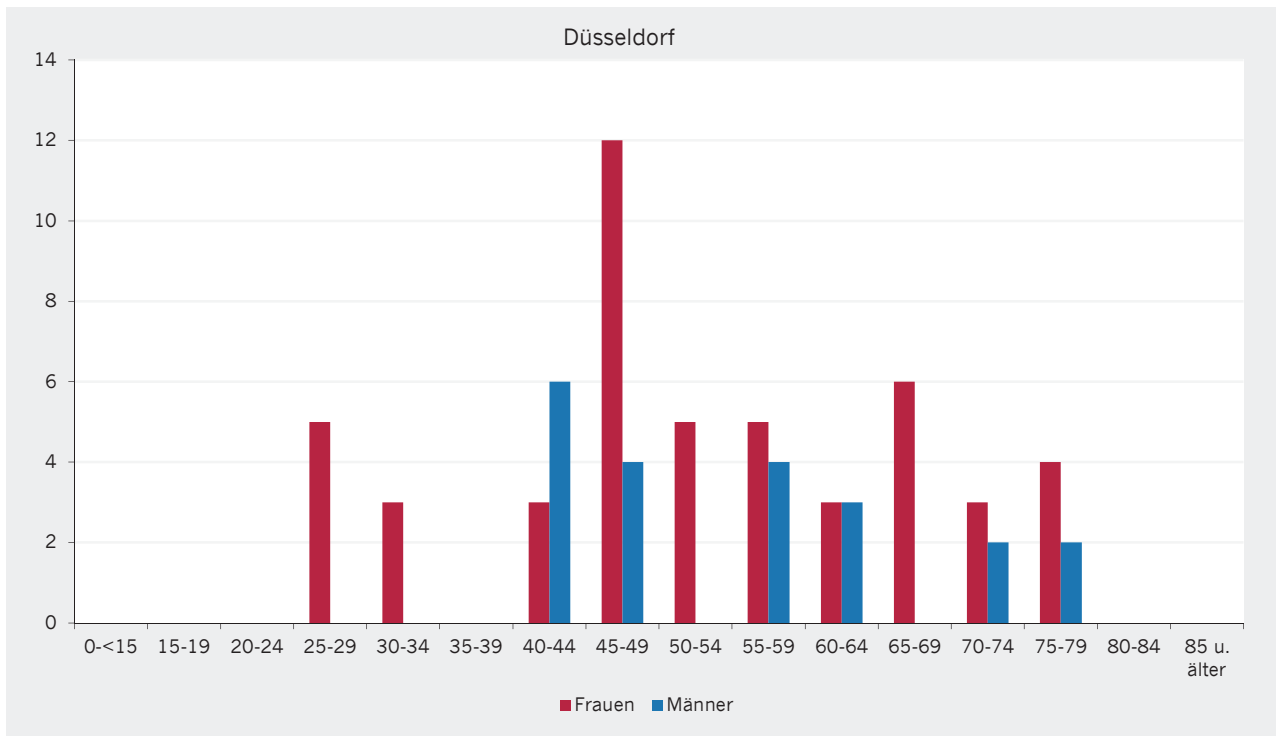


Abb. 42: Krankenhausfälle Adipositas nach Alter und Geschlecht 2012



## 24. (3.87) Einweisungen nach dem PsychKG und Betreuungsgesetz, nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen, im Zeitvergleich [Gf Ge P V]

### Definition

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

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

**Im Indikator 3.87 werden Einweisungen nach dem Betreuungsgesetz bzw. den Unterbringungsgesetzen der Länder nach Alter und Geschlecht in Absolutzahlen und als Rate je 100 000 der durchschnittlichen Bevölkerung im Zeitvergleich ausgewiesen.**

**Die Angaben werden auf den Wohnort des Unterbrachten/Eingewiesenen bezogen.**

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

### Datenhalter

Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen  
Landschaftsverband Rheinland (ab 2003)  
Landschaftsverband Westfalen-Lippe (ab 2003)

### Datenquelle

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

### Periodizität

Jährlich, 31. Dezember

### Validität

Seit dem Inkrafttreten des Betreuungsgesetzes (Betreuung) im Jahr 1992 ist das Verfahren bei zivilrechtlichen Unterbringungen (nach dem Betreuungsrecht) und öffentlich-rechtlichen Unterbringungen (nach Unterbringungsgesetz des Landes bzw. PsychKG) bundesweit einheitlich geregelt. Ein Landesgesetz in Nordrhein-Westfalen regelt das Unterbringungsverfahren.

Die zuständigen Amtsgerichte melden in Zusammenarbeit mit den örtlichen Ordnungsbehörden und den Gesundheitsämtern den jeweiligen Justizministerien der Länder die Fallübersichten über die Unterbringung nach dem PsychKG.

Die Zahlen sind nur auf Amtsgerichtsbezirksebene verfügbar, diese decken sich aber nicht immer mit den Grenzen der Gebietskörperschaften. In den Angaben können auch Fälle enthalten sein, die nicht zu einer Unterbringung geführt haben. Die Daten sind nicht vollständig und nur begrenzt aussagefähig. Es gehen nur die Angaben der Kommunen in diesen Indikator ein, die die Daten entsprechend den Vorgaben geliefert haben.

**Kommentar**

Voraussetzung für die Einrichtung einer Betreuung ist nach § 1896 BGB, dass ein Volljähriger aufgrund einer psychischen Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung seine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht besorgen kann. Das Psychischkrankengesetz sieht einen Katalog staatlicher Maßnahmen vor, solche Kranke notfalls zur Therapie zu zwingen (Unterbringung nach PsychKG).

**Vergleichbarkeit**

Es gibt keine direkt vergleichbaren Indikatoren der WHO, OECD oder EU zu Einweisungen nach dem PsychKG und Betreuungsgesetz. Im bisherigen NRW-Indikatorensatz gab es keinen vergleichbaren Indikator.

**Originalquellen**

Anwendungspraxis des Unterbringungsrechts nach dem PsychKG und des Betreuungsrechtes des Bundes.  
Erhebung des lögd 2000 ff.

**Dokumentationsstand**

09. November 2004, lögd

### Einweisungen nach dem PsychKG und Betreuungsgesetz, nach Geschlecht

Sowohl bei Männern als auch bei Frauen nehmen die Einweisungen zu; verglichen mit NRW sogar überdurchschnittlich.

**Tab. 41: Einweisungen nach dem PsychKG und Betreuungsgesetz nach Geschlecht 2012**

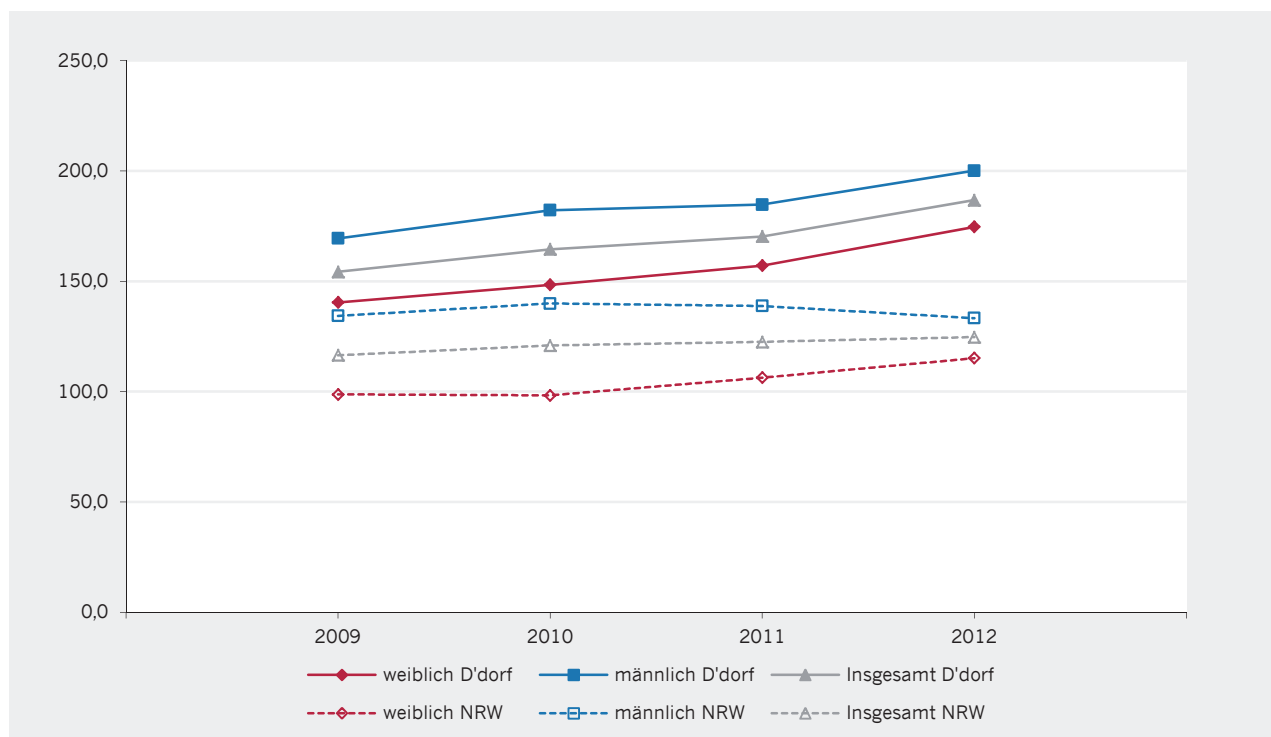
Verwaltungsbezirk	Unterbringungen nach dem PsychKG						Betreuungsrechtliche Unterbringungen					
	Insgesamt		weiblich		männlich		Insgesamt		weiblich		männlich	
	Anzahl*	je 100 000 Einw.**	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.**	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.**	Anzahl	je 100 000 Einw.	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.
Düsseldorf	1 109	186,8	542	174,6	567	200,1	•	•	•	•	•	•
Nordrhein-Westfalen	22 244	124,7	10 502	115,2	11 632	133,3	•	•	•	•	•	•

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

<sup>1</sup> Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten

\* einschließlich Patienten mit unbekanntem Geschlecht  
\*\* bezogen auf die Bevölkerung der meldenden Kreise, kreisfreien Städte und Gemeinden  
"•" Zahlenwert unbekannt oder geheimzuhalten

**Abb. 43: Einweisungen nach dem PsychKG und Betreuungsgesetz je 100.000 Einwohner nach Geschlecht 2009-2012**





## 25. (3.111\_01) Krankenhausfälle infolge von Verbrennungen und Vergiftungen bei Kindern unter 15 Jahren nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, Jahr [Gf Ge K]

### Definition

Die alters- und geschlechtsspezifischen stationären Behandlungsraten infolge von Verbrennungen und Vergiftungen reflektieren die Morbiditätssituation der unter 15-jährigen Bevölkerung. Schwere Verbrennungen und Vergiftungen bei Kindern sollten kleinräumig analysiert werden, weil sie prinzipiell durch präventive Maßnahmen ausgeschlossen werden können, und weil sie bei sozial ungünstigen Verhältnissen häufiger auftreten. Nach der geltenden Klassifikation der Krankheiten zählen zu Verbrennungen und Verätzungen (T20 – T32) und Vergiftungen (T36 – T65) Verletzungen verschiedenen Grades und Umfangs der Körperoberfläche und Vergiftungen durch Medikamente, Betäubungsmittel, Chemikalien, Rauchvergiftungen und Nahrungsmittel. Bei stationären Behandlungen wird die Hauptdiagnose von den behandelnden Ärzten bei der stationären Entlassung kodiert. Der Indikator weist die Krankenhausfälle infolge von Verbrennungen und Vergiftungen insgesamt und nach Geschlecht mit Bezug auf die Wohnbevölkerung der Altersgruppe und des Berichtsjahres aus, leichtere ambulant behandelte Verletzungen sind somit in dem Indikator nicht enthalten.

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

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

### Datenhalter

Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik des Landes Nordrhein-Westfalen

### Datenquelle

Krankenhausstatistik, Teil II - Diagnosen

### Periodizität

Jährlich, 31. Dezember

### Validität

Rechtsgrundlage ist die Verordnung über die Bundesstatistik für Krankenhäuser vom 10. April 1990. Alle Krankenhäuser sind berichtspflichtig, d. h. es liegt eine Totalerhebung vor. Nicht enthalten sind Krankenhäuser im Straf-/Maßregelvollzug sowie Polizei- und Bundeswehrkrankenhäuser (sofern sie nicht oder nur im eingeschränkten Umfang für die zivile Bevölkerung tätig sind). Es wird von einer vollständigen Datenerfassung und einer ausreichenden Datenqualität ausgegangen (s. a. Kommentar zu Indikator 3.110).

### Kommentar

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

### Vergleichbarkeit

Nicht vergleichbar mit den WHO-Indikatoren 2540 992928 Hospital discharges, injury & poisoning/ 100 000 population, 2541 992978 Hospital discharges, injury and poisoning und dem OECD-Indikator Health care utilisation, Discharge rates by diagnostic categories, Injury & poisoning, da keine Differenzierung nach Altersgruppen vorgenommen wird. Der Indikator ist nicht vergleichbar mit dem EU-Indikator Morbidity, disease-specific, Diseases/disorders of large impact, Road traffic injuries, der nur Straßenverkehrsunfälle enthält. Der Indikator ist mit dem bisherigen NRW-Indikator 3.32 voll vergleichbar.

### Originalquellen

Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW Krankenhausstatistik, Teil II – Diagnosen. 2001 ff.

### Dokumentationsstand

05. Januar 2004, Iögd/Landesamt f. Datenverarbeitung u. Statistik NRW

### Krankenhausfälle infolge von Verbrennungen und Vergiftungen unter 15 Jahren nach Geschlecht

Insgesamt liegen die Krankenhausfälle unter dem landesweiten Durchschnitt und weisen eine zurückgehende Tendenz auf.

**Tab. 42: Krankenhausfälle infolge von Verbrennungen und Vergiftungen bei Kindern unter 15 Jahren nach Geschlecht 2012**

Verwaltungsbezirk	Krankenhausfälle infolge von Verbrennungen (T20 - T32) und Vergiftungen (T36 - T65) bei Kindern unter 15 Jahren					
	weiblich		männlich		insgesamt	
	Anzahl**	je 100 000 weibl. Einw. <15 J.	Anzahl**	je 100 000 männl. Einw. <15 J.	Anzahl**	je 100 000 Einw. <15 J.
Düsseldorf	39	106,1	37	95,6	76	100,7
Nordrhein-Westfalen	1 303	110,7	1 558	125,8	2 861	118,5

Datenquelle/Copyright:  
Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW):  
Krankenhausstatistik, Teil II - Diagnosen (Krankenhäuser) über LZG.NRW

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

**Abb. 44: Krankenhausfälle infolge von Verbrennungen und Vergiftungen bei Kindern unter 15 Jahren je 100.000 Einwohner <15 nach Geschlecht 2009-2012**



## 26. (3.118) Im Straßenverkehr verunglückte Personen nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, Jahr [Gf Ge]

### Definition

Aus den Straßenverkehrsberichten geht hervor, dass in dicht besiedelten Gebieten mehr Personen im Straßenverkehr verunglücken, jedoch in Großstädten weniger tödliche Verkehrsunfälle registriert werden. Die Zahl verletzter und getöteter Personen infolge von Straßenverkehrsunfällen unterscheidet sich sowohl zwischen Kreisen, kreisfreien Städten, Stadtbezirken als auch zwischen Bundesländern.

Betrachtet man das Unfallgeschehen nach Regionen, so fallen vor allem die Ballungszentren und jene Regionen entlang von Hauptverkehrsrouten durch hohe Unfallzahlen auf. Bezieht man die Zahl der Unfälle auf die Einwohner, so zeigt sich auch hier, dass die Ballungszentren - vor allem aufgrund der hohen Verkehrsdichte - erhöhte Unfallraten aufweisen. Im Gegensatz dazu ist die auf Einwohner bezogene Getötetenrate in den Städten niedrig. Hier konzentrieren sich die hohen Werte auf die höheren Fahrgeschwindigkeiten auf den Außerortstraßen (Fernstraßen, Autobahnen).

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

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

### Datenhalter

Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik des Landes Nordrhein-Westfalen

### Datenquelle

Statistik der Straßenverkehrsunfälle

### Periodizität

Jährlich, 31. Dezember

### Validität

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

### Kommentar

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

Der Indikator zählt zu den Ergebnisindikatoren.

### Vergleichbarkeit

Der vorliegende Indikator ist vergleichbar mit dem WHO-Indikator 1740-42 110202 SDR, motor vehicle traffic accidents/100 000 population/male/female. Im OECD-Indikatorensetz gibt es keinen entsprechenden Indikator. Der Indikator ist vergleichbar mit dem EU-Indikator Road traffic injuries. Der Indikator ist mit dem bisherigen NRW-Indikator 3.35, der sich nur auf verunglückte Fußgänger und Fahrradfahrer nach Verwaltungsbezirken bezog, nicht vergleichbar.

### Originalquellen

Straßenverkehrsunfälle in Nordrhein-Westfalen 2001 ff. Düsseldorf: Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW (Statistische Berichte LDS)

### Dokumentationsstand

27. Februar 2003, lögd/Landesamt f. Datenverarbeitung u. Statistik NRW

### Im Straßenverkehr verunglückte Personen nach Geschlecht

Wenn auch der Trend für Düsseldorf wieder rückläufig ist, so ist doch festzustellen, dass die Anzahl der betroffenen Männer und Frauen gemessen am Landesdurchschnitt z. T. deutlich höher ist.

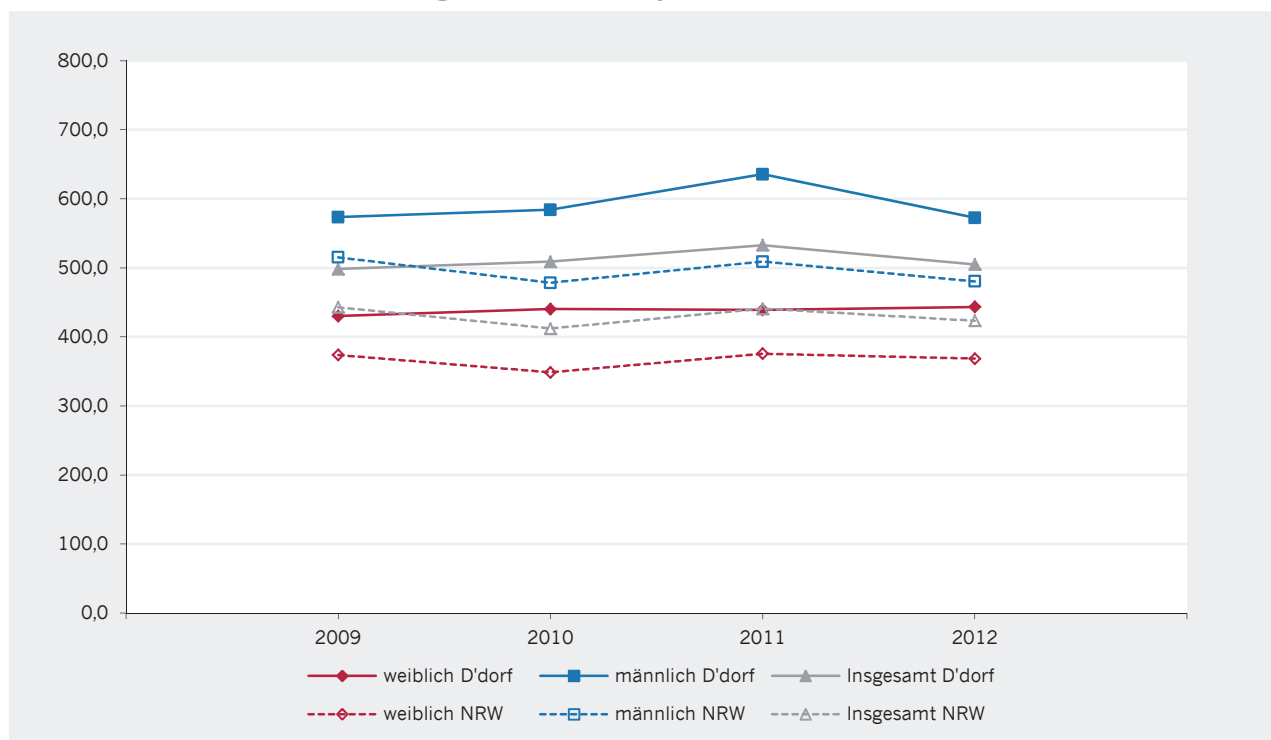
**Tab. 43: Im Straßenverkehr verunglückte Personen nach Geschlecht 2012**

Verwaltungsbezirk	Im Straßenverkehr verunglückte Personen						Dar.: tödlich	
	weiblich		männlich		insgesamt*		weibl.	männl.
	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	Anzahl	je 100 000 Einw.	Anzahl	
Düsseldorf	1 376	443,3	1 622	572,4	2 999	505,1	5	8
Nordrhein-Westfalen	33 612	368,6	41 919	480,5	75 541	423,4	135	393

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

\* einschl. Personen unbek. Geschlechts

**Abb. 45: Im Straßenverkehr verunglückte Personen je 100.000 Einwohner nach Geschlecht 2009-2012**



## Mortalität

### 27. (3.7) Sterbefälle nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, Jahr [Gf Ge V]

#### Definition

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

**Die Zahl der Gestorbenen enthält nicht die Totgeborenen, die nachträglich beurkundeten Kriegssterbefälle und die gerichtlichen Todeserklärungen. Unberücksichtigt bleiben außerdem alle Gestorbenen, die Angehörige der im Bundesgebiet stationierten ausländischen Streitkräfte sind, sowie minderjährige Verstorbene, deren Väter bzw. bei Nichteheleichen, deren Mütter Angehörige der im Bundesgebiet stationierten ausländischen Streitkräfte sind. Für die Registrierung der Sterbefälle ist die letzte Wohngemeinde, bei mehreren Wohnungen die Hauptwohnung des Gestorbenen maßgebend.**

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

#### Datenhalter

Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik des Landes Nordrhein-Westfalen

#### Datenquelle

Statistik der Sterbefälle  
Fortschreibung der Bevölkerung

#### Periodizität

Jährlich, 31. Dezember

#### Validität

Die Zahlen werden der Bevölkerungsstatistik und der Todesursachenstatistik eines Landes entnommen. Die Validität setzt die Weiterleitung einer Todesbescheinigung an das zuständige Einwohnermeldeamt voraus, sodass Verstorbene in die Statistik der Kommune und des Bundeslandes eingehen, in der/dem sie mit ihrem Hauptwohnsitz gemeldet waren. Informationen über die Zahl der Todesfälle und die Todesursachen gelten in der Bundesrepublik aufgrund der sorgfältig geführten Bevölkerungsstatistik und den zentralen Kodierungen in der Todesursachenstatistik in den Statistischen Landesämtern als zuverlässig.

#### Kommentar

Die absolute Zahl Gestorbener ebenso wie die Sterberate (Zahl der Gestorbenen pro Jahr je 100 000 Einwohner) berücksichtigt nicht die Altersstruktur der Bevölkerung. Diese ist jedoch maßgeblich für eine zwischen den Regionen vergleichbare Sterberate. Besteht etwa ein Zuzug nicht mehr Erwerbstätiger aus den Industriegebieten in eher ländlich geprägte Verwaltungsbezirke, so erhöht sich der Altersdurchschnitt der Bevölkerung und damit auch die Sterblichkeit der Bevölkerung in diesen Verwaltungsbezirken. Durch die Altersstandardisierung wird dieser Struktureffekt eliminiert, dadurch sind die Regionen unabhängig von ihrer Altersstruktur vergleichbar. Die indirekte Standardisierung durch das SMR-Konzept erbringt bei kleineren Fallzahlen, die in einer Region zu erwarten sind, stabilere Vergleichsdaten als die direkte Standardisierung. Bei SMR-Berechnungen ist der Standardwert des Bundeslandes = 1,0 (beobachtete gleich erwartete Fälle), die Ergebnisse der Kreise und kreisfreier Städte lassen sich als prozentuale Abweichung von diesem Landesdurchschnitt interpretieren. Die SMR-Quotienten lassen sich nur innerhalb des Landes vergleichen, nicht zwischen den Ländern.

Der Indikator ist ein Ergebnisindikator.

#### Vergleichbarkeit

Es gibt keine vergleichbaren Indikatoren im WHO- und im OECD-Indikatorensetz. Im EU-Indikatorensetz sind keine regionalen Angaben vorgesehen. Der Indikator ist mit dem bisherigen NRW-Indikator 3.3a bezüglich Anzahl und je 100 000 Einwohner voll vergleichbar.

**Originalquellen**

Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW  
Statistik der Sterbefälle 2001 ff.

Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW  
Fortschreibung der Bevölkerung 2001 ff.

**Dokumentationsstand**

28. Januar 2004, Niedersächsisches Landesgesundheits-  
amt/lögd

**Sterbefälle nach Geschlecht**

Im Jahr 2012 ist ein deutlicher Anstieg bei der weiblichen Bevölkerung der Landeshauptstadt Düsseldorf zu verzeichnen. In wie weit dieser einmalige Anstieg einer Krankheitsgruppe zuzuordnen ist, oder sich als dauerhafter Trend bestätigt, kann nur vermutet werden. Die Situation sollte weiter beobachtet werden.

**Tab. 44: Sterbefälle nach Geschlecht 2012**

Verwaltungsbezirk	weiblich			männlich			insgesamt		
	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	SMR*	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	SMR*	Anzahl	je 100 000 Einwohner	SMR*
Düsseldorf	3 301	1 063,6	1,02	2 772	978,3	1,00	6 073	1 022,9	1,01
Nordrhein-Westfalen	101 059	1 108,3	1,00	92 648	1 062,0	1,00	193 707	1 085,7	1,00

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

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

Abb. 46: Sterbefälle, standardisiert an der Mortalitätsrate des Landes (= 1), dargestellt als Standardized Mortality Ratio - SMR 2009 – 2012 nach Geschlecht

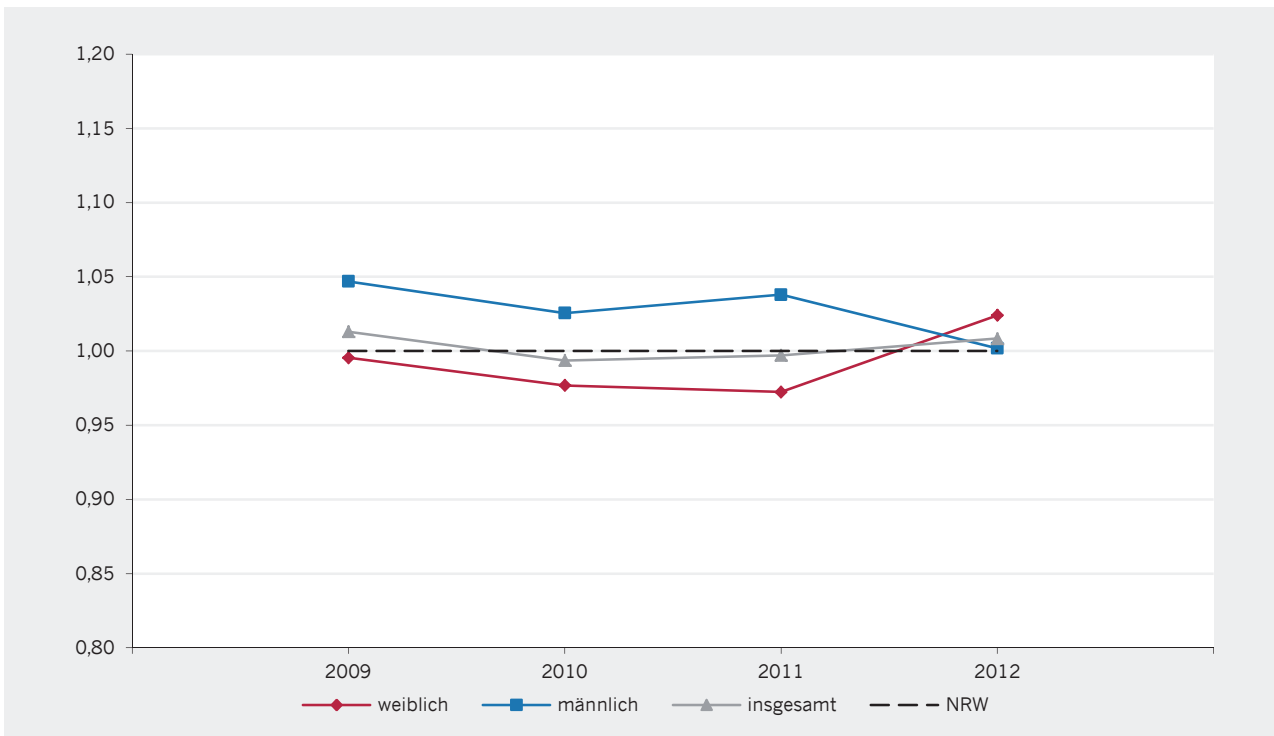
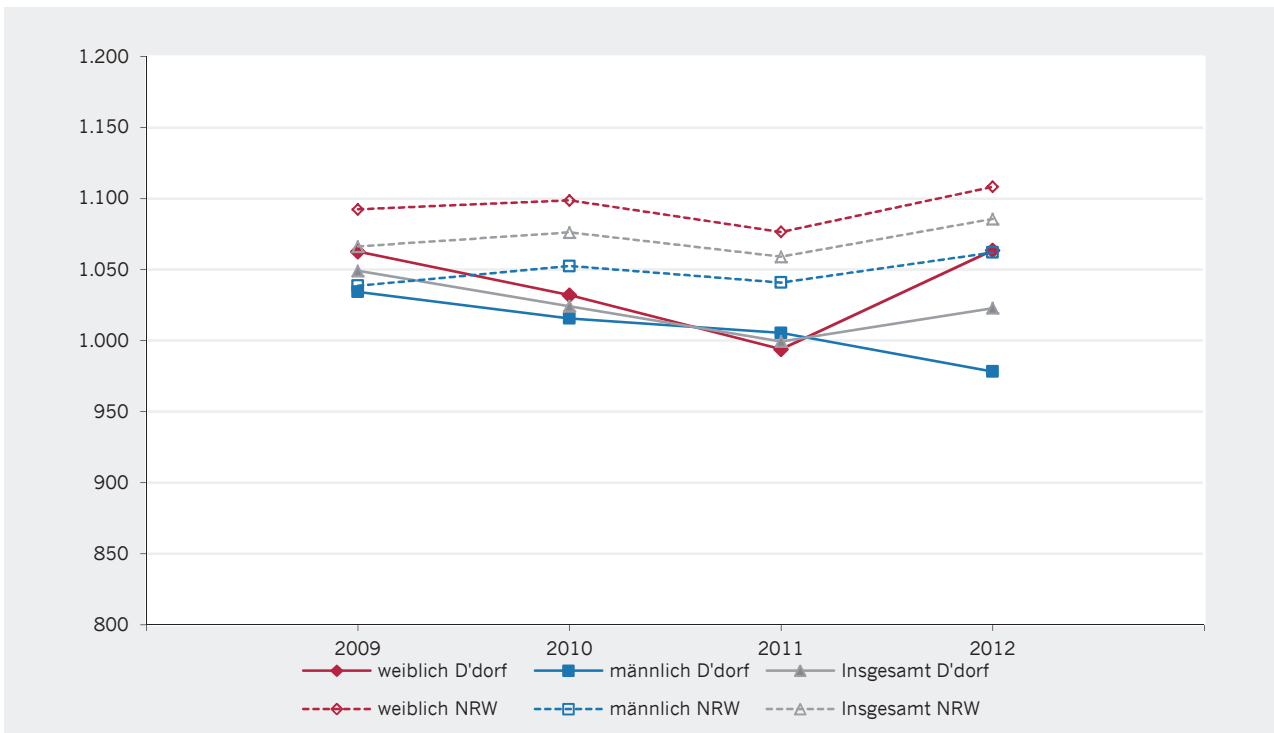


Abb. 47: Sterbefälle je 100.000 Einwohner nach Geschlecht 2009 – 2012



## Sterbefälle ausgewählter Krankheitsgruppen/ Krankheiten

### Definition

Für die Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung werden bei Sterbefällen der Sterbetag, das Geschlecht, Alter, der Familienstand und die Wohngemeinde erfasst. Die Todesursachenstatistik umfasst alle im Berichtsjahr Gestorbenen ohne die Totgeborenen und ohne die nachträglich beurkundeten Kriegssterbefälle und die gerichtlichen Todeserklärungen. Sie stützt sich auf den Leichenschauschein, der von dem, den Tod feststellenden, Arzt ausgefüllt wird, sowie auf die Sterbefallzählkarte. Die Verschlüsselung erfolgt nach den Regeln der geltenden internationalen Klassifikation der Todesursachen, unikausal nach dem Grundleiden im zuständigen Statistischen Landesamt. Im vorliegenden Datensatz wird der dreistellige ICD-10 Schlüssel verwendet, der seit 1998 gültig ist.

Die Altersgruppen der 1- bis 14jährigen wird aus Datenschutzgründen zusammengefasst. Die Diagnose »R99« beinhaltet nicht nur Fälle mit unbekannter Todesursache, sondern auch die Verstorbenen, deren Todesursache das IT.NRW aus Datenschutzgründen für die Aggregatebene »Kreise« nicht mitteilt. Der Datensatz enthält alle im Laufe des Berichtsjahres verstorbenen Personen mit Wohnsitz in Nordrhein-Westfalen. Die Fälle werden jeweils auf die Bevölkerung des Wohnortes bezogen.

Die allgemeine Sterbeziffer gibt die Anzahl der Sterbefälle auf 100.000 der mittleren Bevölkerung an. Die direkt standardisierten Sterbeziffern werden auf der Grundlage der alten (1976) Europäischen Standardbevölkerung berechnet (im alten MORTAdat-Modul (Daten nach der ICD-9 bis 1997) wurde die »neue Europabevölkerung« verwendet. (Die altersstandardisierten Raten der beiden Module sind daher nicht miteinander vergleichbar!) Die Altersstandardisierung macht die Sterbeziffern unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen, Regionen oder Zeiträume vergleichbar, indem sie den Einfluss eines unterschiedlichen Altersaufbaus der Bevölkerung durch Gewichtungen kontrolliert. Altersstandardisierte Erkrankungs- oder Sterbeziffern stellen fiktive Kennziffern dar, die zeigen, wie die Erkrankungshäufigkeit oder Sterblichkeit in der untersuchten Bevölkerung wäre, wenn die Altersstruktur der Standardbevölkerung zugrunde läge. Die standardisierten Ziffern verschiedener Bevölkerungen sind somit vergleichbar, weil sie auf die gleiche Altersstruktur bezogen wurden.

Das neue MORTAdat-Modul erlaubt im Gegensatz zur ICD-9 Version die Auswertung der Unfälle und Verletzungen sowohl nach der Art der Verletzungen (Klasse XIX, S00 - T98) als auch nach der äußeren Ursache der Verletzung (Klasse XX, V01 - Y98, E-Klassifikation der ICD-9). Die Sterbefälle der Klasse XIX sind also identisch mit denen der Klasse XX und können nicht gemeinsam in eine Auswertung einbezogen werden (das Programm verhindert dies automatisch).

### Datenhalter

Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik des Landes Nordrhein-Westfalen

### Datenquelle

Statistik der Sterbefälle

Anm.: In Nordrhein-Westfalen verbleibt ein Exemplar der Todesbescheinigung (Totenschein, vertraulicher Teil mit Angaben zur Todesursache) bei der für den Sterbeort zuständigen Unteren Gesundheitsbehörde, ein weiteres Exemplar wird vom Krebsregister bzw. der Unteren Gesundheitsbehörde des nordrhein-westfälischen Wohnsitzes (bei abweichendem Sterbeort) verwendet. Das IT.NRW erhält ebenfalls ein Exemplar für die amtliche Todesursachenstatistik. Somit sollten die regional aufbewahrten Totenscheine nunmehr mit den Angaben von IT.NRW über Verstorbene übereinstimmen, da das IT.NRW ebenfalls eine Umsortierung der Verstorbenen nach dem letzten Wohnort vornimmt.

**Die mit MORTAdat erstellten Auswertungstabellen dürfen für die Belange der Gesundheitsberichterstattung frei verwendet werden, das Programm selbst sowie die mitgelieferten Datendateien dürfen jedoch nicht weitergegeben werden!**



## 28. Sterbefälle Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane (C18-C20) [Gf Ge K Se V]

Es lassen sich eindeutig rückläufige Tendenzen bei den bösartigen Neubildungen der Verdauungsorgane feststellen. Alters- und geschlechtsdifferenziert ist eine Verdoppelung, bei den Männern gar eine Verdreifachung unter den Hochaltrigen zu verzeichnen.

### ICD-10 Definition

Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane (C18-C20)

- C18 Bösartige Neubildung des Kolons
- C19 Bösartige Neubildung am Rektosigmoid, Übergang
- C20 Bösartige Neubildung des Rektums

**Tab. 45: Sterbefälle Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane nach Geschlecht 2012**

Verwaltungsbezirk	männlich		weiblich		insgesamt	
	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	Anzahl	je 100 000 Einwohner
Düsseldorf	68	24,0	69	22,2	137	23,1
Nordrhein-Westfalen	3 012	34,5	2 858	31,3	5 870	32,9

Quelle: LZG.NRW: GBE-Stat 2014

"-" weniger als 2 Fälle bzw. Randsummen geheimzuhalten

Tab. 46: Sterbefälle Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane nach Alter und Geschlecht 2012

Alter	Düsseldorf						NRW					
	männlich		weiblich		insgesamt		männlich		weiblich		insgesamt	
	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	Anzahl	je 100 000 Einwohner	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	Anzahl	je 100 000 Einwohner
0 - <1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1 - 14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15 - 19	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
20 - 24	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
25 - 29	-	-	-	-	-	-	3	0,56	-	-	-	-
30 - 34	-	-	-	-	-	-	7	1,33	4	0,77	11	1,05
35 - 39	-	-	-	-	-	-	6	1,17	4	0,78	10	0,97
40 - 44	-	-	-	-	-	-	18	2,63	19	2,82	37	2,72
45 - 49	2	7,92	-	-	-	-	57	7,24	52	6,80	1 09	7,02
50 - 54	5	23,94	6	28,17	11	26,07	88	12,44	80	11,40	1 68	11,92
55 - 59	2	11,79	3	16,32	5	14,14	154	25,86	94	15,40	2 48	20,57
60 - 64	3	19,96	5	28,95	8	24,77	221	43,01	125	23,12	3 46	32,81
65 - 69	7	53,92	7	44,92	14	49,01	278	68,52	178	40,06	4 56	53,65
70 - 74	8	53,29	7	37,99	15	44,86	544	113,76	373	66,99	9 17	88,60
75 - 79	20	194,87	13	93,46	33	136,52	595	175,92	439	100,38	10 34	133,32
80 - 84	10	169,43	9	91,16	19	120,44	526	255,99	506	158,03	10 32	196,32
85 u. älter	10	281,14	19	189,13	29	213,19	513	400,95	982	309,94	14 95	336,12
Insgesamt	68	24,00	69	22,23	137	23,07	3 012	34,53	2 858	31,34	58 70	32,90
Alters-stand. an Europa-bev. alt		16,38		12,01		13,71		21,75		14,00		17,38

Quelle: LZG.NRW: GBE-Stat 2014

"-" weniger als 2 Fälle bzw. Randsummen geheimzuhalten

Abb. 48: Sterbefälle Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane je 100.000 Einwohner nach Geschlecht 2009-2012

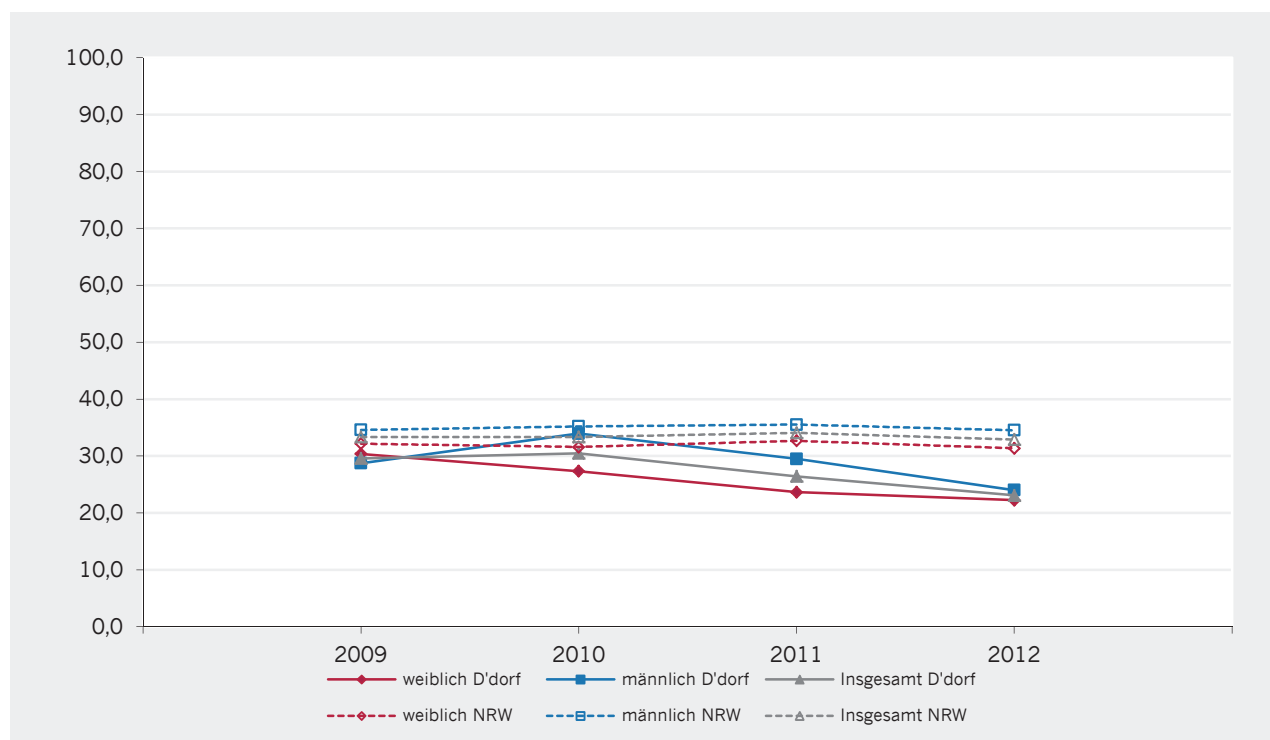
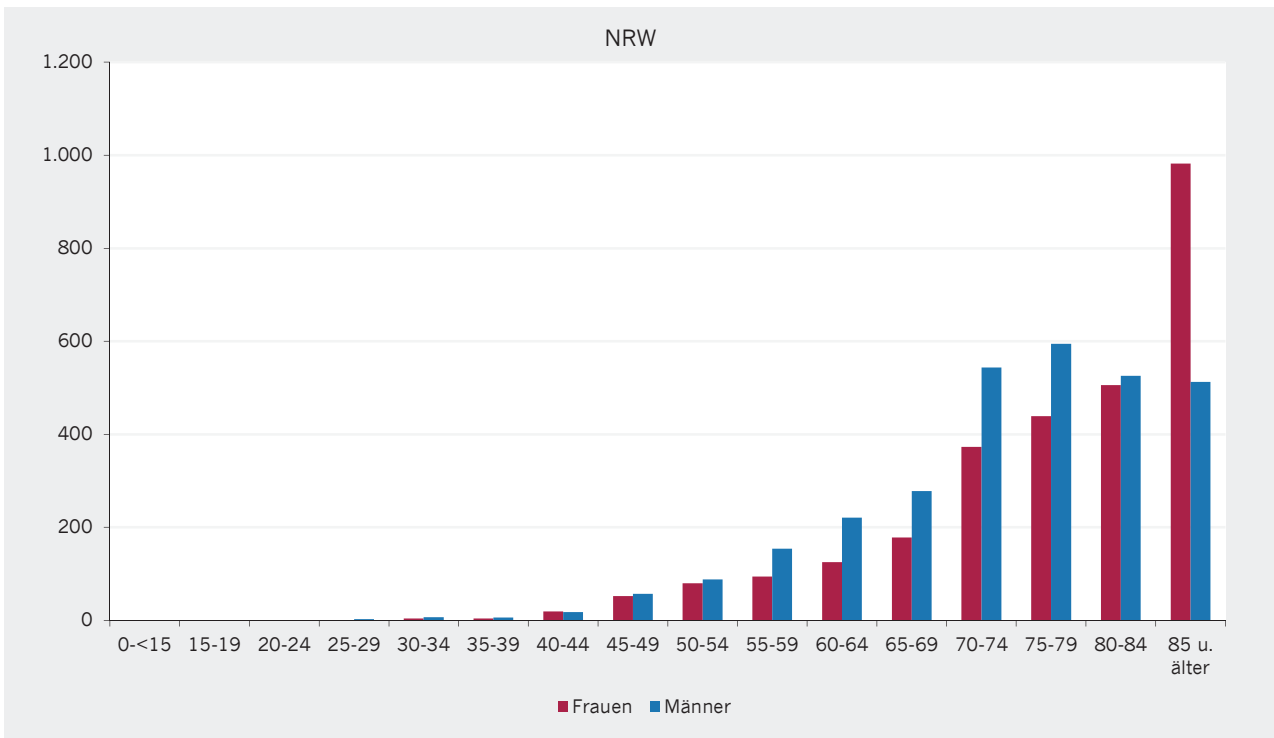
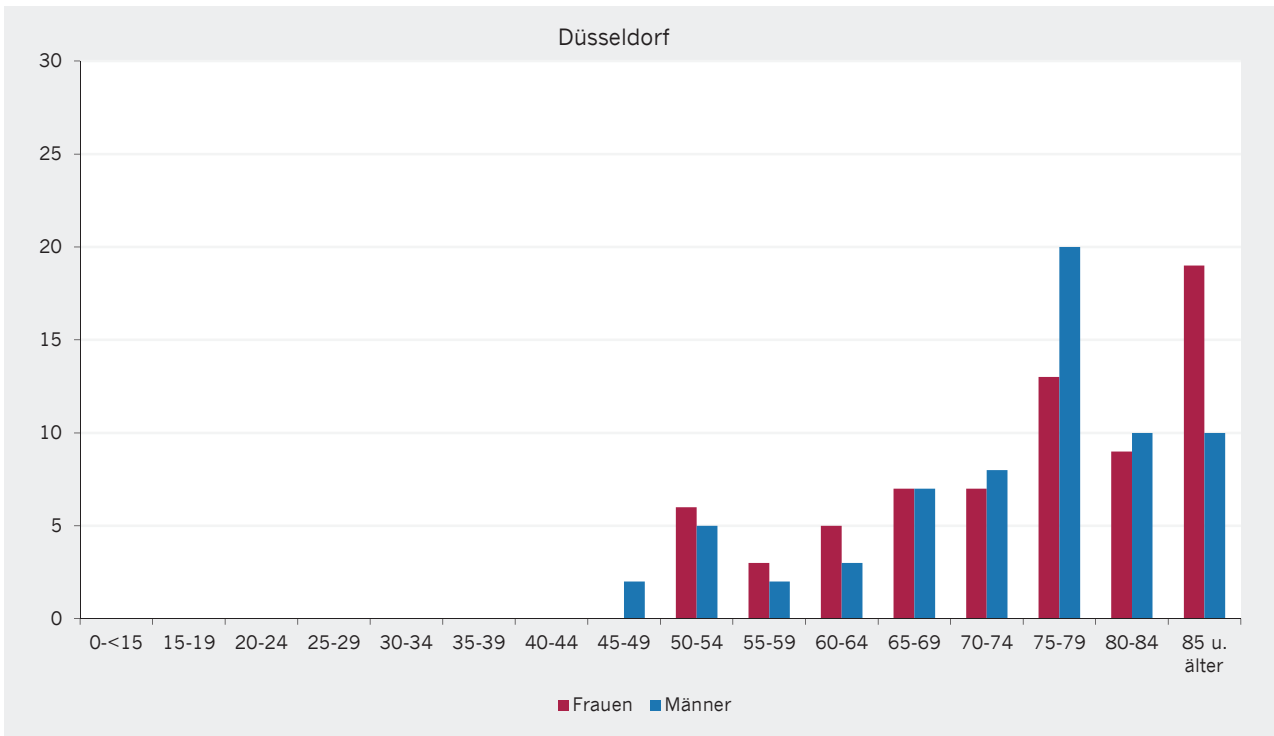


Abb.49: Sterbefälle Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane nach Alter und Geschlecht 2012



## 29. Sterbefälle Bösartige Neubildungen der Atmungsorgane (C32-C34) [Gf Ge K Se V]

Während bei den Männern die Fallzahlen ständig zunah-  
men, ist zum Jahre 2012 ein drastischer Rückgang der  
Todesfälle zu verzeichnen. Der Anteil der Frauen steigt  
vergleichsweise stetig an.

### ICD-10 Definition

Bösartige Neubildungen der Atmungsorgane (C32-C34)

C32 Bösartige Neubildung des Larynx

C33 Bösartige Neubildung der Trachea

C34 Bösartige Neubildung der Bronchien und der  
Lunge

**Tab. 47: Sterbefälle Bösartige Neubildungen der Atmungsorgane nach Geschlecht 2012**

Verwaltungsbezirk	männlich		weiblich		insgesamt	
	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	Anzahl	je 100 000 Einwohner
Düsseldorf	202	71,3	175	56,4	377	63,5
Nordrhein-Westfalen	7 919	90,8	4 079	44,7	11 998	67,2

Quelle: LZG.NRW: GBE-Stat 2014

"-" weniger als 2 Fälle bzw. Randsummen geheimzuhalten

Tab. 48: Sterbefälle Bösartige Neubildungen der Atmungsorgane nach Alter und Geschlecht 2012

Alter	Düsseldorf						NRW					
	männlich		weiblich		insgesamt		männlich		weiblich		insgesamt	
	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	Anzahl	je 100 000 Einwohner	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	Anzahl	je 100 000 Einwohner
0 - <1	-	-	-	-	-	-	2	2,71	3	4,26	5	3,47
1 - 14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,00
15 - 19	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
20 - 24	-	-	-	-	-	-	2	0,36	-	-	-	-
25 - 29	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
30 - 34	-	-	-	-	-	-	6	1,14	4	0,77	10	0,96
35 - 39	-	-	-	-	-	-	5	0,97	9	1,75	14	1,36
40 - 44	3	12,22	-	-	-	-	45	6,57	26	3,86	71	5,22
45 - 49	5	19,80	7	28,01	12	23,88	165	20,95	125	16,36	290	18,69
50 - 54	15	71,82	12	56,33	27	64,00	372	52,58	265	37,76	637	45,20
55 - 59	14	82,51	11	59,83	25	70,71	621	104,30	400	65,54	1021	84,68
60 - 64	22	146,37	18	104,23	40	123,85	963	187,40	494	91,36	1457	138,15
65 - 69	35	269,62	27	173,27	62	217,06	1114	274,57	542	121,99	1656	194,82
70 - 74	39	259,81	25	135,69	64	191,41	1588	332,08	657	118,00	2245	216,92
75 - 79	27	263,08	30	215,69	57	235,81	1400	413,94	523	119,58	1923	247,95
80 - 84	22	372,75	15	151,93	37	234,55	1038	505,17	516	161,16	1554	295,63
85 u. älter	19	534,16	29	288,67	48	352,86	597	466,60	513	161,91	1110	249,56
Insgesamt	202	71,29	175	56,38	377	63,50	7919	90,78	4079	44,73	11998	67,25
Alters-stand. an Europa-bev. alt		52,74		34,72		42,34		60,41		26,88		41,79

Quelle: LZG.NRW: GBE-Stat 2014

"-" weniger als 2 Fälle bzw. Randsummen geheimzuhalten

Abb. 50: Sterbefälle Bösartige Neubildungen der Atmungsorgane je 100.000 Einwohner nach Geschlecht 2009-2012

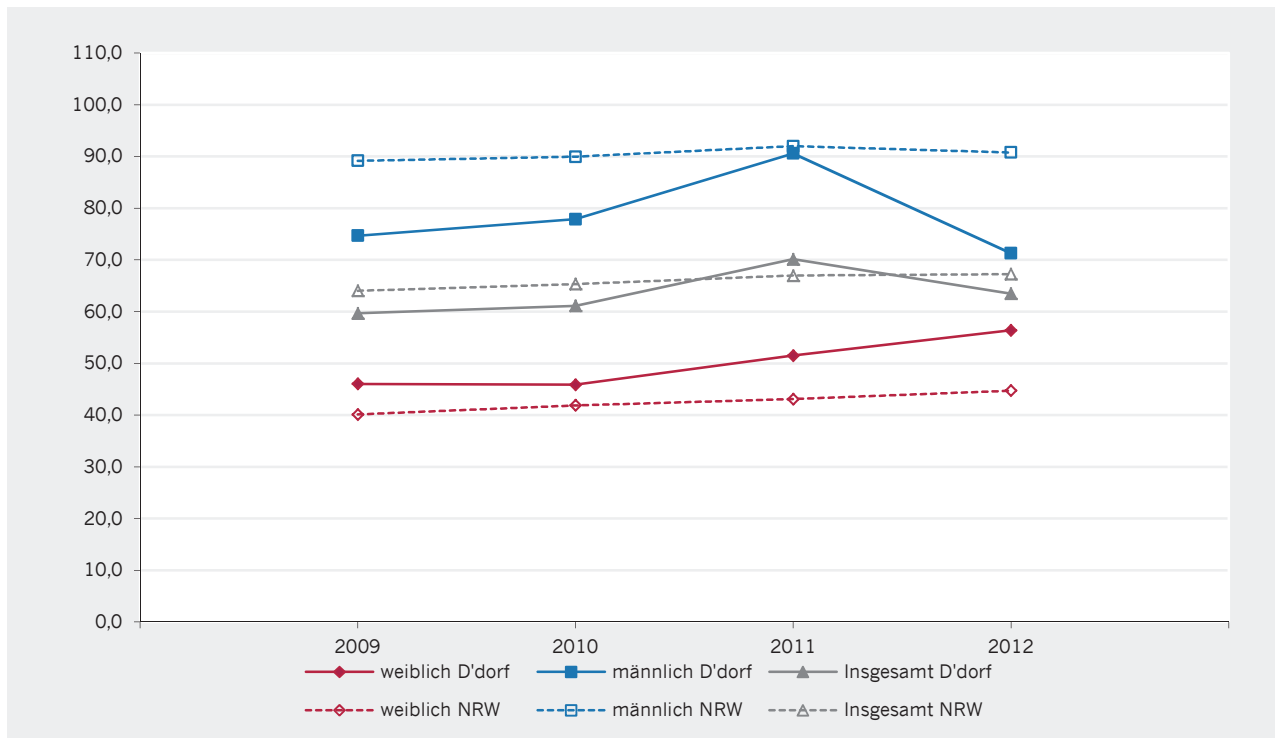
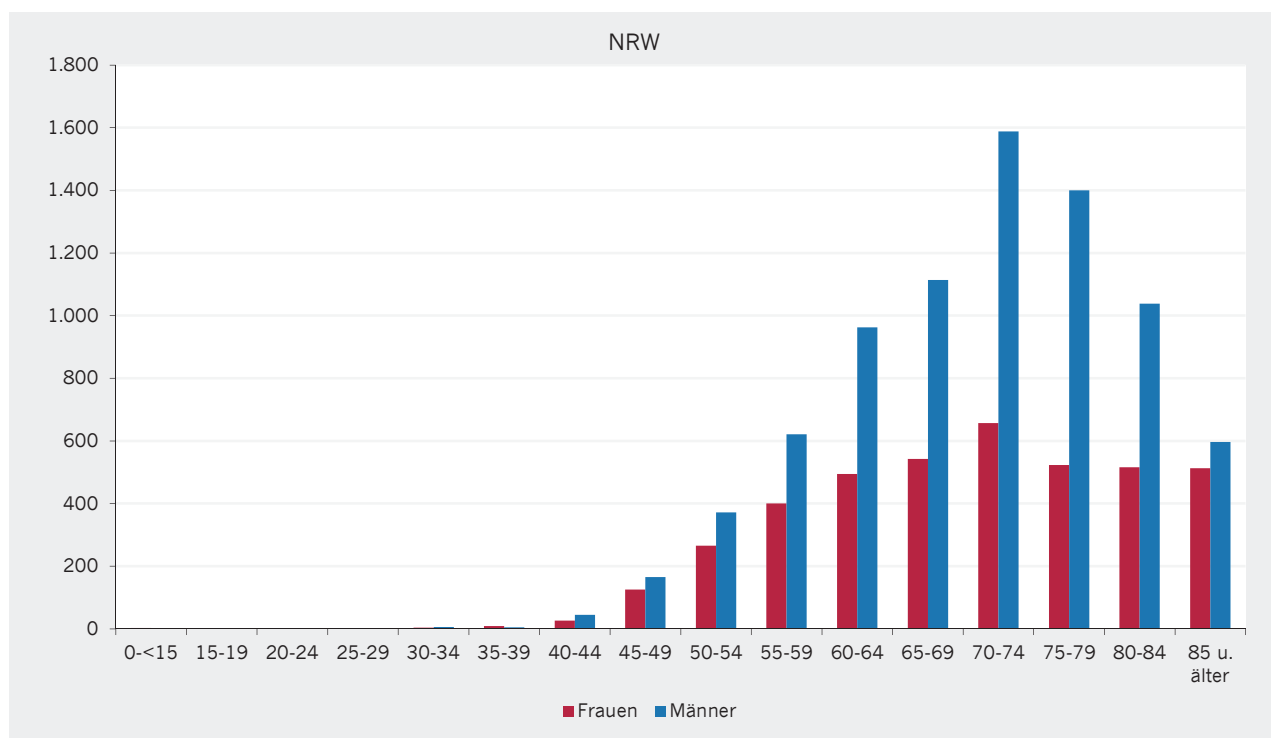
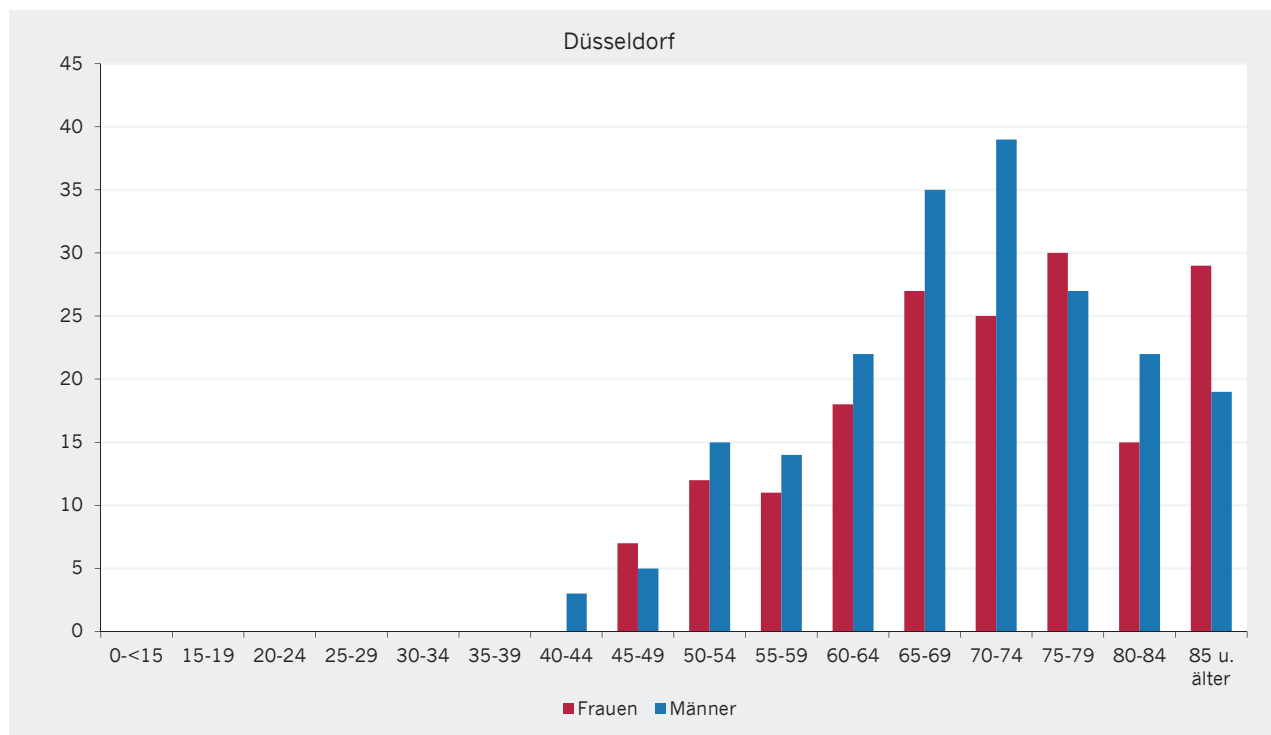


Abb. 51: Sterbefälle Bösartige Neubildungen der Atmungsorgane nach Alter und Geschlecht 2012



### 30. Sterbefälle Bösartige Neubildungen der Brustdrüsen (C50) [Gf Ge K Se V]

Der stetig wachsende Trend der vergangenen Jahre bei den Frauen ist in diesem Jahre wieder rückläufig. Ab dem 60. Lebensjahr zeigen sich steigende Fallzahlen. Aufklärungskampagnen sind etabliert, und haben möglicherweise zu einem Rückgang der Sterbefälle bei den 75-85-jährigen Frauen geführt.

#### ICD-10 Definition

Bösartige Neubildungen der Brustdrüse [Mamma] (C50-C50)

C50 Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]

**Tab. 49: Sterbefälle Bösartige Neubildungen der Brustdrüsen nach Geschlecht 2012**

Verwaltungsbezirk	männlich		weiblich		insgesamt	
	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	Anzahl	je 100 000 Einwohner
Düsseldorf	-	-	125	40,3	-	-
Nordrhein-Westfalen	36	0,4	4 081	44,8	4 117	23,1

Quelle: LZG.NRW: GBE-Stat 2014

"-" weniger als 2 Fälle bzw. Randsummen geheimzuhalten

Tab. 50: Sterbefälle Bösartige Neubildungen der Brustdrüsen nach Alter und Geschlecht 2012

Alter	Düsseldorf						NRW					
	männlich		weiblich		insgesamt		männlich		weiblich		insgesamt	
	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	Anzahl	je 100 000 Einwohner	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	Anzahl	je 100 000 Einwohner
0 - <1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1 - 14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15 - 19	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
20 - 24	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
25 - 29	-	-	-	-	-	-	-	-	4	0,76	-	-
30 - 34	-	-	-	-	-	-	-	-	13	2,49	-	-
35 - 39	-	-	-	-	-	-	-	-	24	4,66	-	-
40 - 44	-	-	3	12,69	-	-	2	0,29	83	12,32	85	6,25
45 - 49	-	-	4	16,01	-	-	-	-	139	18,19	-	-
50 - 54	-	-	6	28,17	-	-	-	-	220	31,35	-	-
55 - 59	-	-	7	38,07	-	-	7	1,18	282	46,20	2 89	23,97
60 - 64	-	-	10	57,91	-	-	-	-	347	64,17	-	-
65 - 69	-	-	13	83,42	-	-	6	1,48	384	86,43	3 90	45,88
70 - 74	-	-	18	97,69	-	-	5	1,05	567	101,84	5 72	55,27
75 - 79	-	-	17	122,22	-	-	2	0,59	622	142,22	6 24	80,46
80 - 84	-	-	15	151,93	-	-	7	3,41	557	173,96	5 64	107,29
85 u. älter	-	-	32	318,53	-	-	4	3,13	838	264,49	8 42	189,31
Insgesamt	-	-	125	40,27	-	-	36	0,41	4 081	44,76	41 17	23,07
Alters-stand. an Europa-bev. alt	-	-	-	22,58	-	-	-	0,29	-	24,62	-	13,61

Quelle: LZG.NRW: GBE-Stat 2014

"-" weniger als 2 Fälle bzw. Randsummen geheimzuhalten

Abb. 52: Sterbefälle Bösartige Neubildungen der Brustdrüsen je 100.000 Einwohner nach Geschlecht 2009-2012

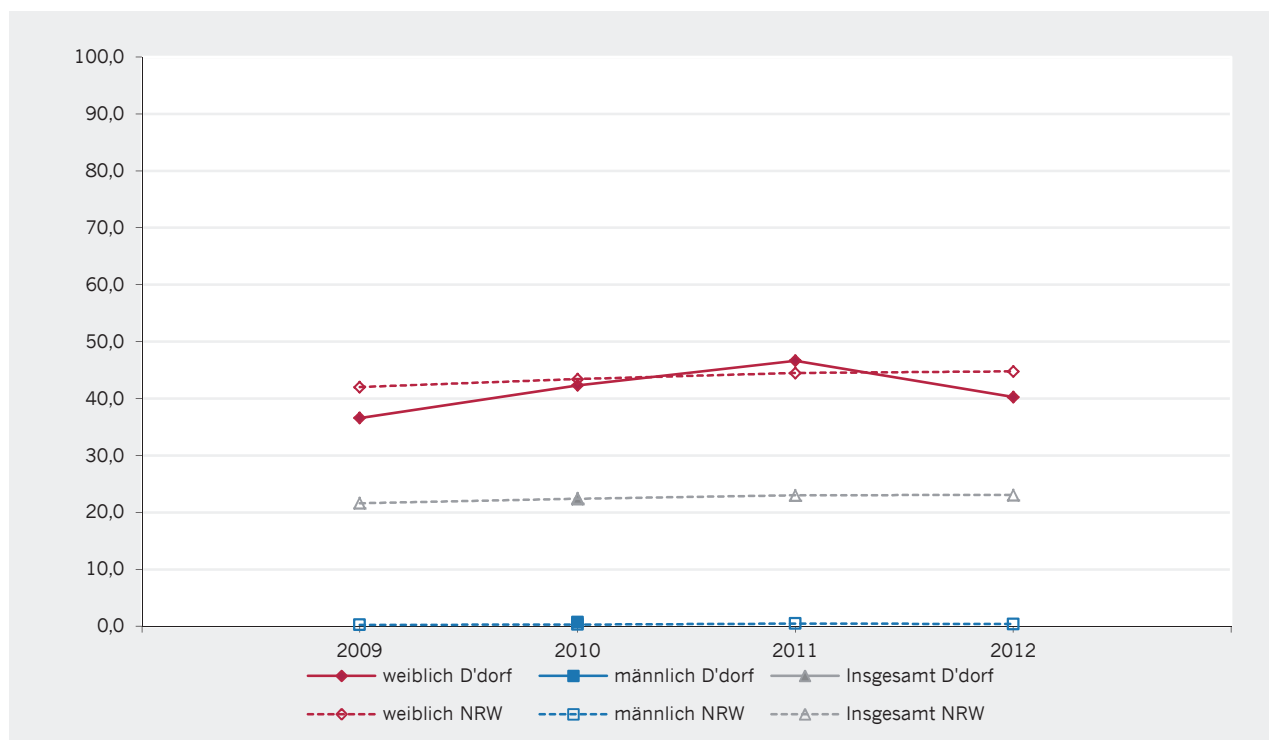
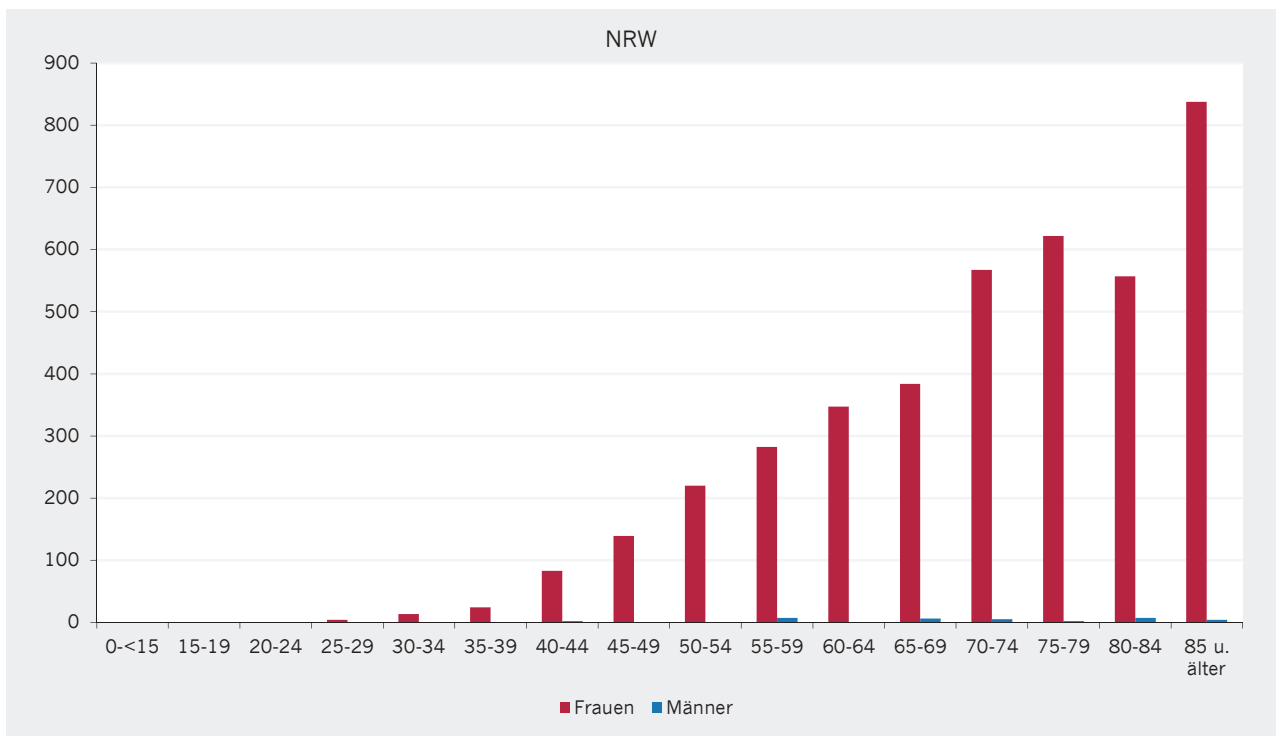
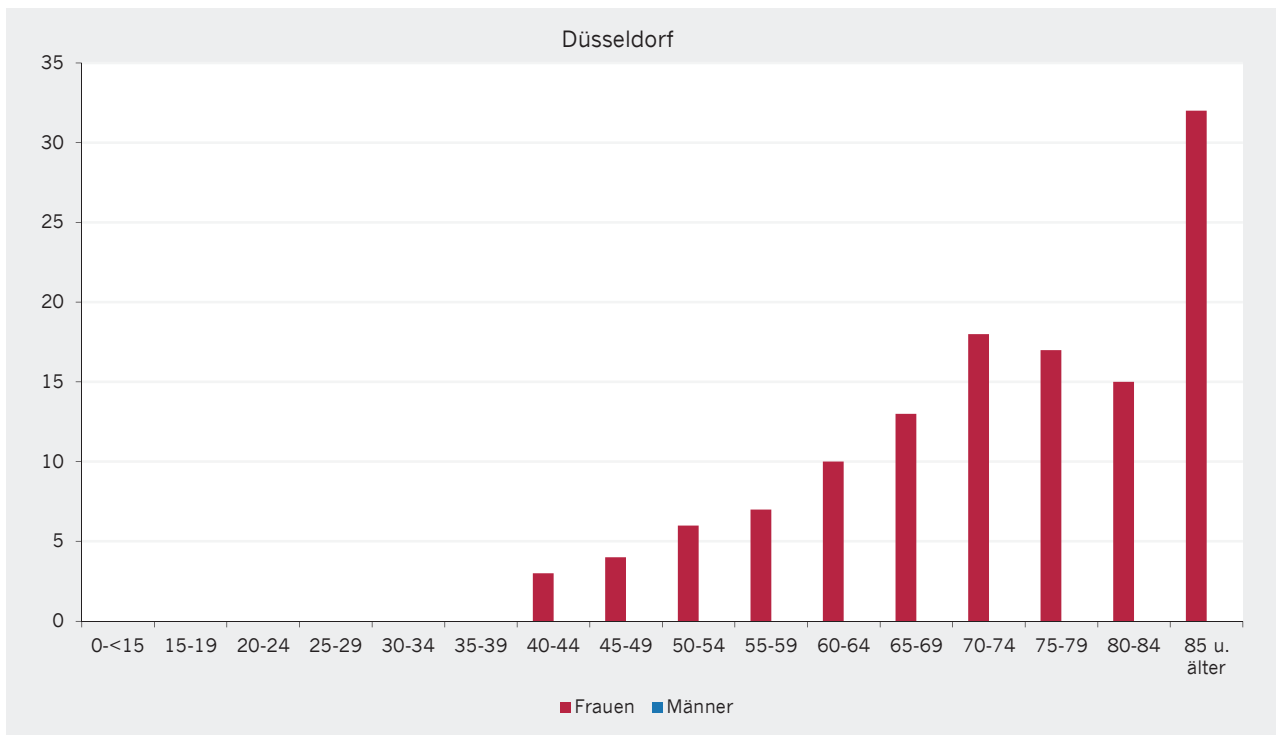




Abb. 53: Sterbefälle Bösartige Neubildungen der Brustdrüsen nach Alter und Geschlecht 2012



### 31. Sterbefälle Ischämische Herzkrankheiten (I21-I22) [Gf Ge K Se V]

Neben der altersbedingten Zunahme an Sterbefällen, insbesondere bei den Männern, ist tendenziell ein moderater Rückgang zu verzeichnen. Einzig die 85-jährigen und älteren Frauen weisen exponierte Zahlen auf, was damit zu begründen ist, dass der Anteil der Frauen in dieser Gruppe grundsätzlich höher liegt als bei den Männern.

#### ICD-10 Definition

Ischämische Herzkrankheiten (I21-I22)

I21 Akuter Myokardinfarkt

I22 Rezidivierender Myokardinfarkt

**Tab. 51: Sterbefälle Ischämische Herzkrankheiten nach Geschlecht 2012**

Verwaltungsbezirk	männlich		weiblich		insgesamt	
	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	Anzahl	je 100 000 Einwohner
Düsseldorf	153	54,0	147	47,4	300	50,5
Nordrhein-Westfalen	5 417	62,1	4 710	51,7	10 127	56,8

Quelle: LZG.NRW: GBE-Stat 2014

"-" weniger als 2 Fälle bzw. Randsummen geheimzuhalten

Tab. 52: Sterbefälle Ischämische Herzkrankheiten nach Alter und Geschlecht 2012

Alter	Düsseldorf						NRW					
	männlich		weiblich		insgesamt		männlich		weiblich		insgesamt	
	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	Anzahl	je 100 000 Einwohner	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	Anzahl	je 100 000 Einwohner
0 - <1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1 - 14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15 - 19	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
20 - 24	-	-	-	-	-	-	2	0,36	-	-	-	-
25 - 29	-	-	-	-	-	-	4	0,74	5	0,95	9	0,85
30 - 34	-	-	-	-	-	-	4	0,76	-	-	-	-
35 - 39	2	9,20	-	-	-	-	21	4,09	7	1,36	28	2,72
40 - 44	3	12,22	2	8,46	5	10,37	46	6,71	13	1,93	59	4,34
45 - 49	3	11,88	2	8,00	5	9,95	134	17,01	40	5,23	174	11,21
50 - 54	3	14,36	2	9,39	5	11,85	214	30,25	42	5,99	256	18,17
55 - 59	3	17,68	2	10,88	5	14,14	289	48,54	80	13,11	369	30,60
60 - 64	13	86,49	4	23,16	17	52,63	396	77,06	159	29,40	555	52,63
65 - 69	13	100,15	3	19,25	16	56,01	448	110,42	154	34,66	602	70,82
70 - 74	20	133,24	11	59,70	31	92,71	802	167,71	377	67,71	1 179	113,92
75 - 79	23	224,11	16	115,03	39	161,34	923	272,90	623	142,45	1 546	199,34
80 - 84	35	593,02	30	303,86	65	412,04	1 018	495,43	930	290,45	1 948	370,58
85 u. älter	35	983,98	75	746,57	110	808,65	1 116	872,24	2 280	719,61	3 396	763,52
Insgesamt	153	54,00	147	47,36	300	50,53	5 417	62,10	4 710	51,65	10 127	56,76
Alters-stand. an Europa-bev. alt		36,98		18,99		26,51		39,54		19,71		28,70

Quelle: LZG GBE-Stat 2014

"-" weniger als 2 Fälle bzw. Randsummen geheimzuhalten

Abb. 54: Sterbefälle Ischämische Herzkrankheiten je 100.000 Einwohner nach Geschlecht 2009-2012

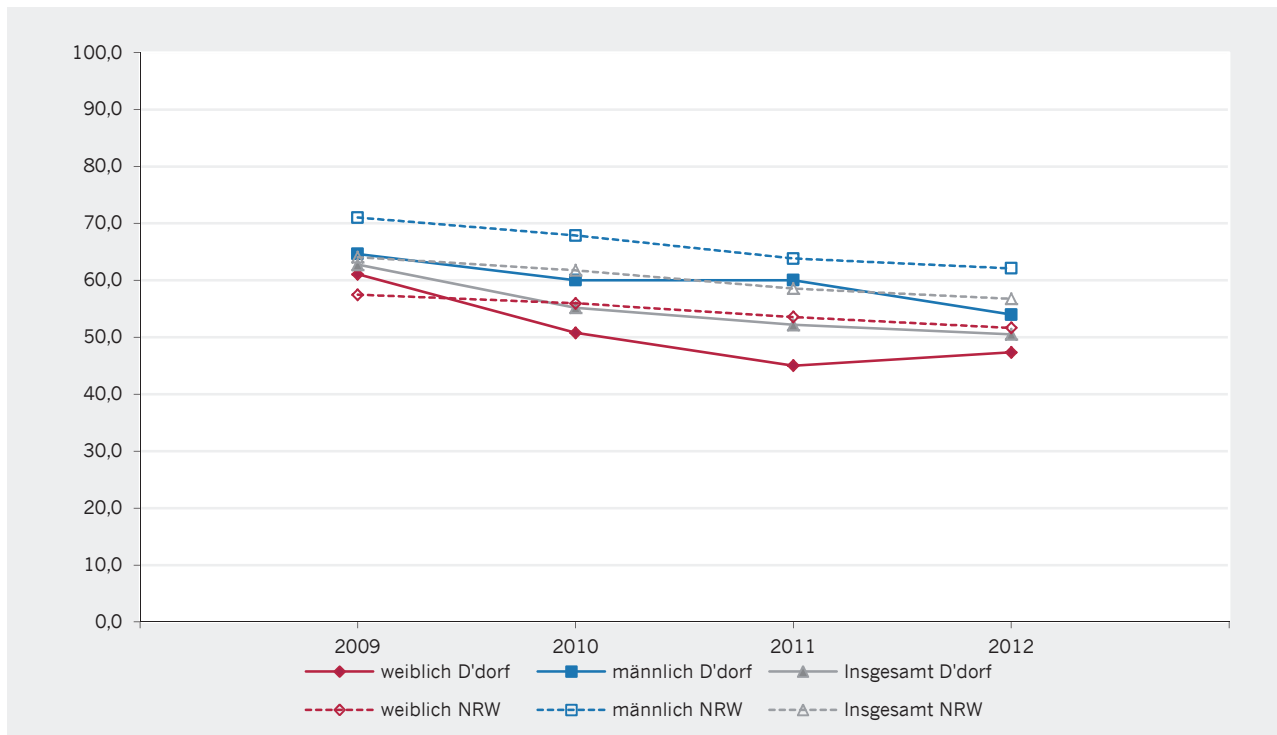
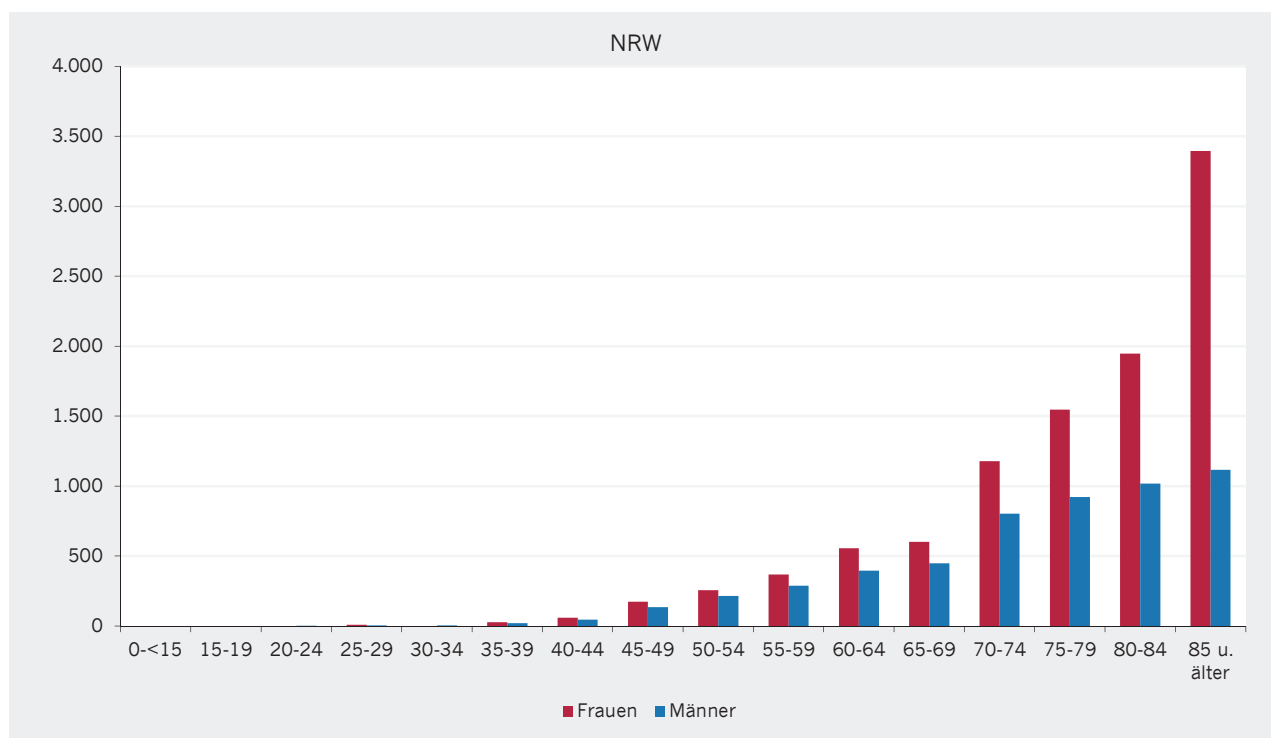
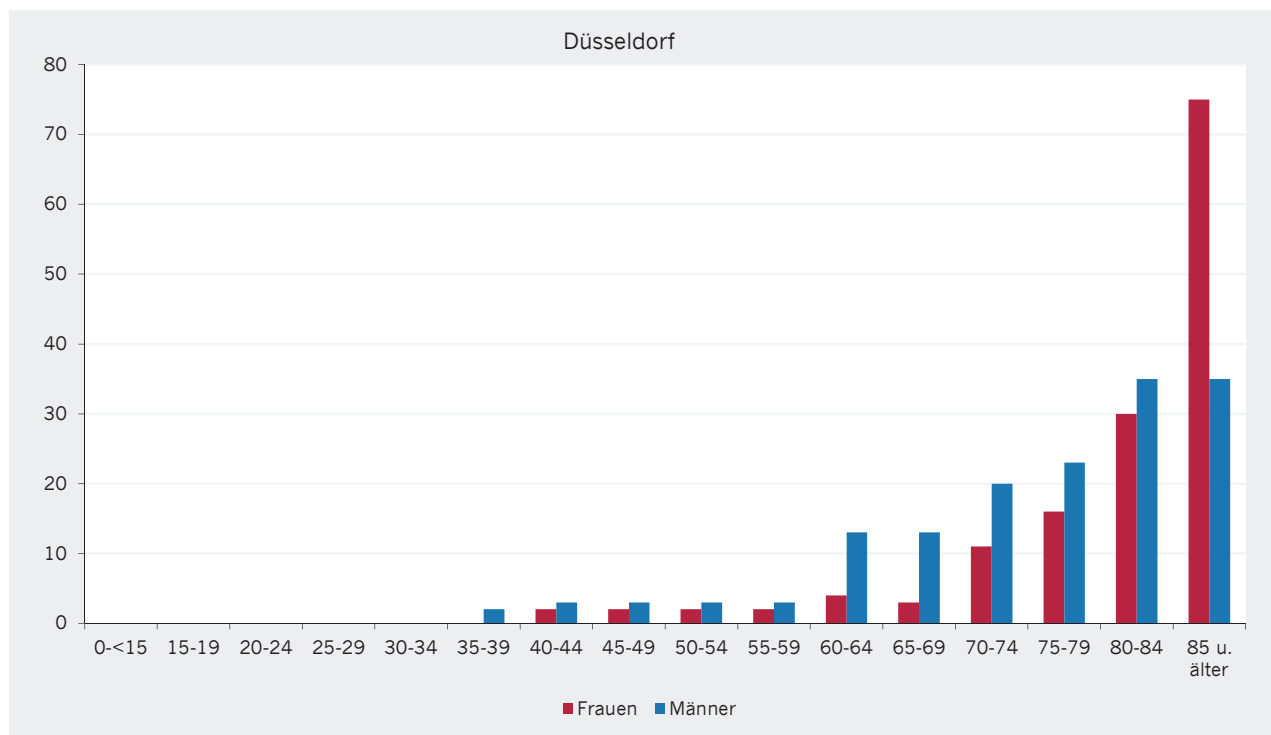


Abb. 55: Sterbefälle Ischämische Herzkrankheiten nach Alter und Geschlecht 2012



### 32. Sterbefälle Zerebrovaskuläre Krankheiten (I60-I66), [Gf Ge K Se V]

Der Trend ist bei den Düsseldorfern rückläufig, bei den Düsseldorfern, insbesondere bei den Hochaltrigen, wieder deutlich steigend.

#### ICD-10 Definition

Zerebrovaskuläre Krankheiten (I60-I66)

- I60 Subarachnoidalblutung
- I61 Intrazerebrale Blutung
- I62 Sonstige nichttraumatische intrakranielle Blutung
- I63 Hirninfarkt
- I64 Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet
- I65 Verschluss und Stenose präzerebraler Arterien ohne resultierenden Hirninfarkt
- I66 Verschluss und Stenose zerebraler Arterien ohne resultierenden Hirninfarkt

**Tab. 53: Sterbefälle Zerebrovaskuläre Krankheiten nach Geschlecht 2012**

Verwaltungsbezirk	männlich		weiblich		insgesamt	
	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	Anzahl	je 100 000 Einwohner
Düsseldorf	135	47,6	261	84,1	396	66,7
Nordrhein-Westfalen	4 240	48,6	6 683	73,3	10 923	61,2

Quelle: LZG.NRW: GBE-Stat 2014

"-" weniger als 2 Fälle bzw. Randsummen geheimzuhalten

Tab. 54: Sterbefälle Zerebrovaskuläre Krankheiten nach Alter und Geschlecht 2012

Alter	Düsseldorf						NRW					
	männlich		weiblich		insgesamt		männlich		weiblich		insgesamt	
	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	Anzahl	je 100 000 Einwohner	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	Anzahl	je 100 000 Einwohner
0 - <1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1 - 14	-	-	-	-	-	-	2	0,17	2	0,18	4	0,18
15 - 19	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
20 - 24	-	-	-	-	-	-	3	0,54	-	-	-	-
25 - 29	-	-	-	-	-	-	3	0,56	5	0,95	8	0,75
30 - 34	-	-	-	-	-	-	4	0,76	6	1,15	10	0,96
35 - 39	-	-	-	-	-	-	14	2,73	9	1,75	23	2,24
40 - 44	2	8,14	-	-	-	-	28	4,08	17	2,52	45	3,31
45 - 49	2	7,92	2	8,00	4	7,96	38	4,82	45	5,89	83	5,35
50 - 54	3	14,36	2	9,39	5	11,85	92	13,00	55	7,84	147	10,43
55 - 59	3	17,68	-	-	-	-	130	21,83	82	13,44	212	17,58
60 - 64	14	93,15	3	17,37	17	52,63	195	37,95	102	18,86	297	28,16
65 - 69	7	53,92	6	38,50	13	45,51	255	62,85	173	38,94	428	50,35
70 - 74	23	153,22	21	113,98	44	131,59	569	118,99	432	77,59	1 001	96,72
75 - 79	23	224,11	28	201,31	51	210,99	818	241,86	773	176,75	1 591	205,14
80 - 84	26	440,53	59	597,59	85	538,83	981	477,43	1 353	422,56	2 334	444,01
85 u. älter	31	871,52	136	1 353,77	167	1 227,67	1 108	865,99	3 628	1 145,06	4 736	1 064,79
Insgesamt	135	47,64	261	84,09	396	66,70	4 240	48,60	6 683	73,29	10 923	61,22
Alters-stand. an Europa-bev. alt		32,53		32,12		33,40		29,45		26,30		28,24

Quelle: LZG.NRW: GBE-Stat 2014

"-" weniger als 2 Fälle bzw. Randsummen geheimzuhalten

Abb. 56: Sterbefälle Zerebrovaskuläre Krankheiten je 100.000 Einwohner nach Geschlecht 2009-2012

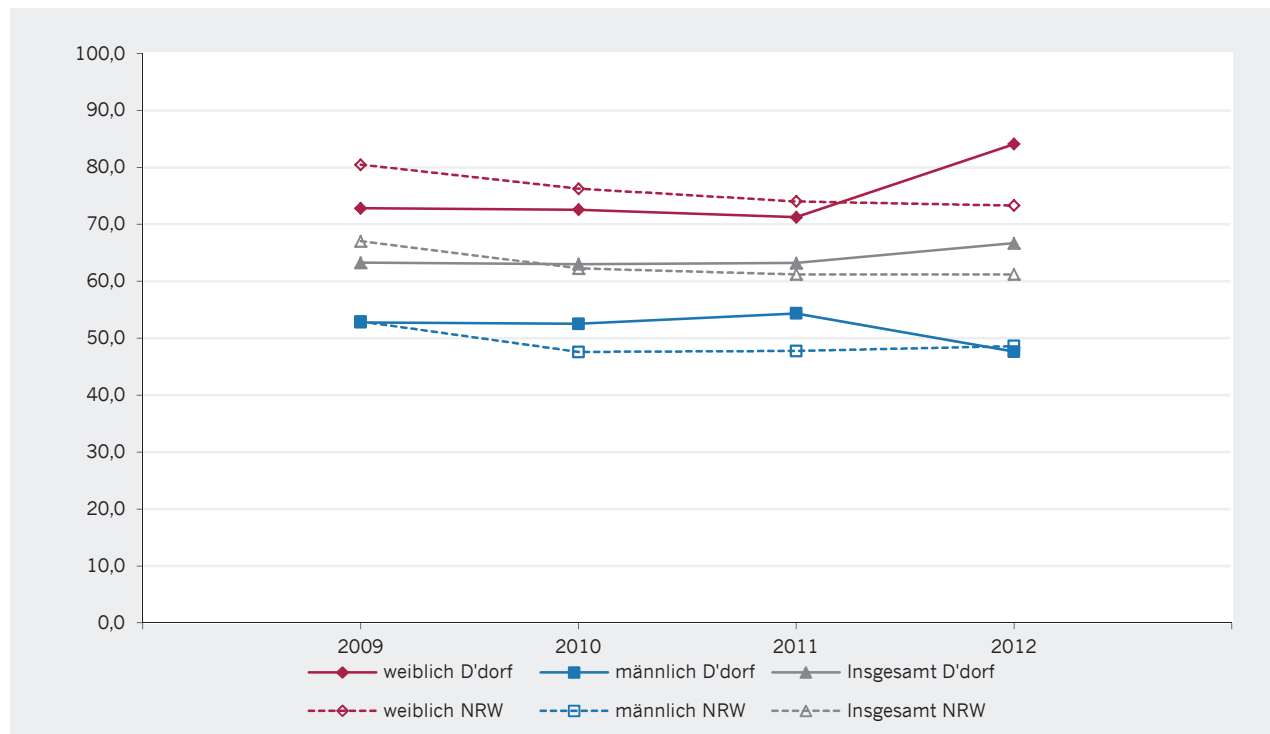
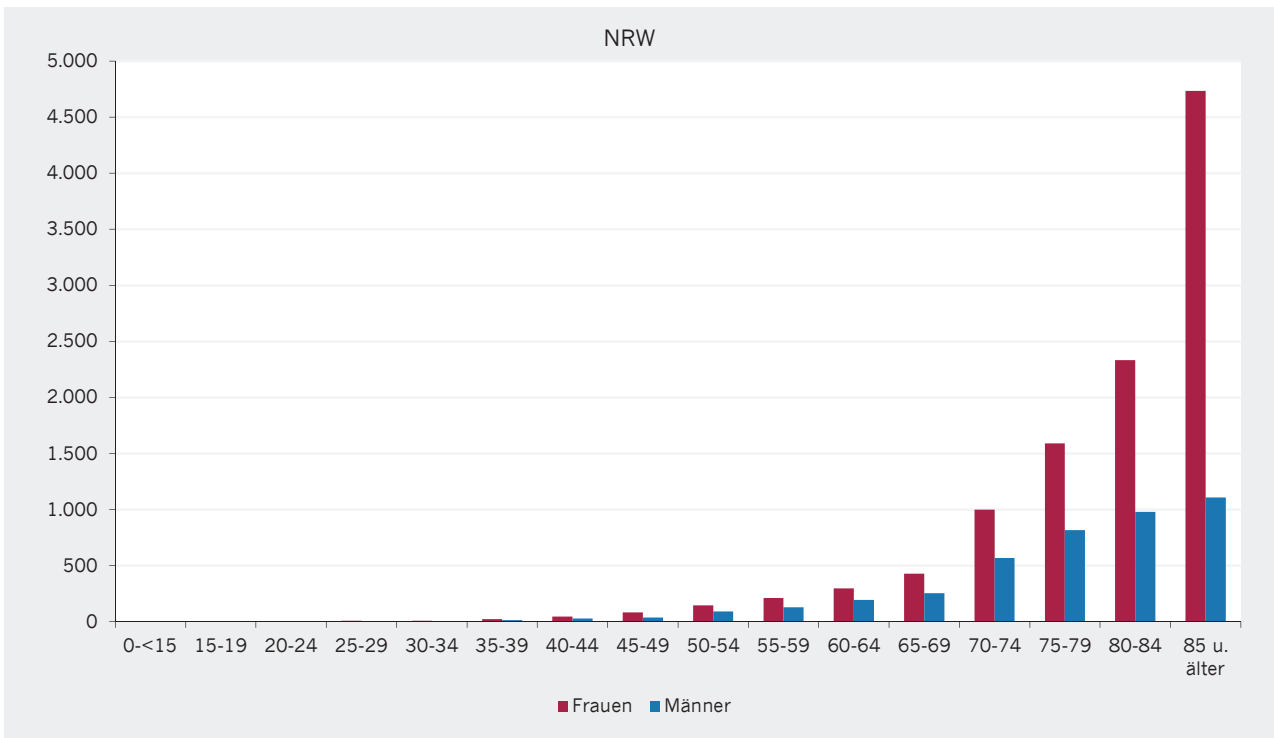
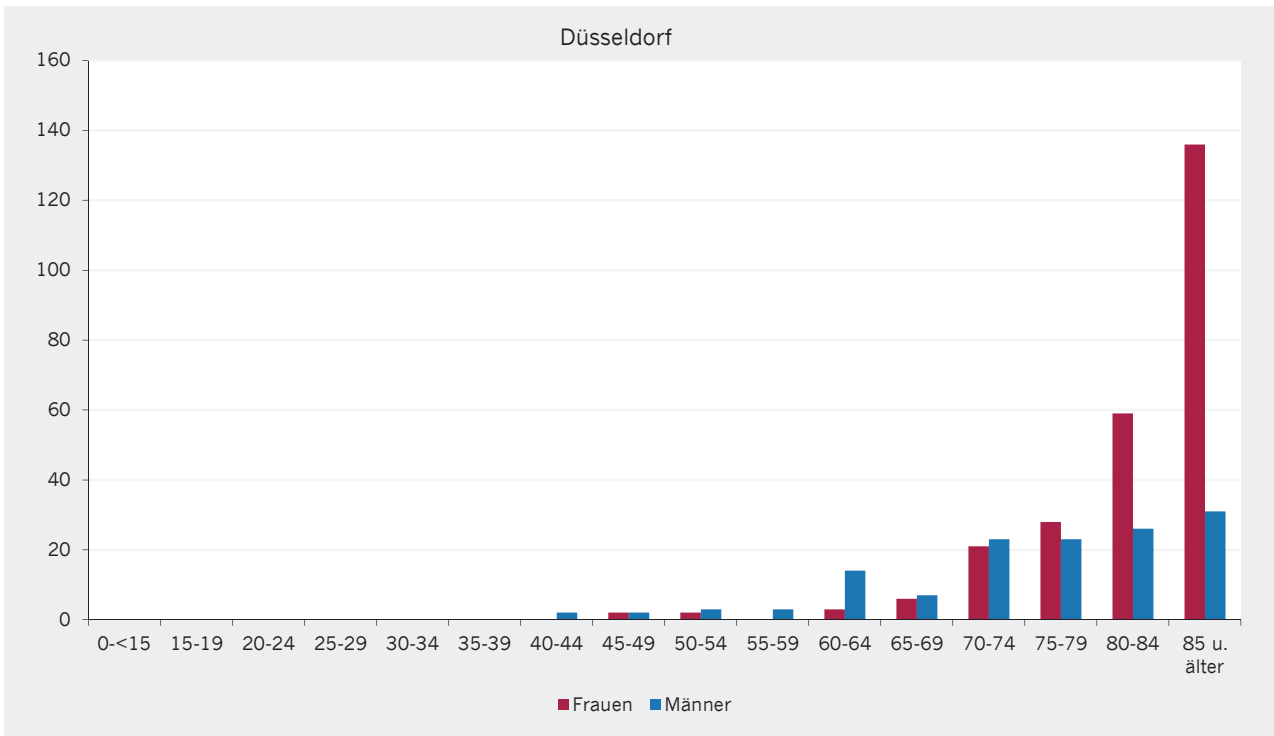


Abb. 57: Sterbefälle Zerebrovaskuläre Krankheiten nach Alter und Geschlecht 2012



## 33. Sterbefälle Diabetes mellitus (E11-E14)

**[Gf Ge K Se V]**

Die Düsseldorfer Zahlen liegen unter dem NRW-Schnitt. Obwohl in der Gruppe der 65-Jährigen und älter die Männer häufiger betroffen sind, kann ab dem 80. Lebensjahr auffallend und deutlich ein überproportionaler Anteil bei den Frauen festgestellt werden.

**ICD-10 Definition**

Diabetes mellitus (E11-E14)

- E11 Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]
- E12 Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition]
- E13 Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus
- E14 Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus

**Tab. 55: Sterbefälle Diabetes mellitus nach Geschlecht 2012**

Verwaltungsbezirk	männlich		weiblich		insgesamt	
	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	Anzahl	je 100 000 Einwohner
Düsseldorf	16	5,6	25	8,1	41	6,9
Nordrhein-Westfalen	1 302	14,9	1 751	19,2	3 053	17,1

Quelle: LZG.NRW: GBE-Stat 2014

"–" weniger als 2 Fälle bzw. Randsummen geheimzuhalten



Tab. 56: Sterbefälle Diabetes mellitus nach Alter und Geschlecht 2012

Alter	Düsseldorf						NRW					
	männlich		weiblich		insgesamt		männlich		weiblich		insgesamt	
	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	Anzahl	je 100 000 Einwohner	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	Anzahl	je 100 000 Einwohner
0 - <1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1 - 14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15 - 19	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
20 - 24	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
25 - 29	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
30 - 34	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
35 - 39	-	-	-	-	-	-	2	0,39	-	-	-	-
40 - 44	-	-	-	-	-	-	4	0,58	-	-	-	-
45 - 49	-	-	-	-	-	-	10	1,27	5	0,65	15	0,97
50 - 54	-	-	-	-	-	-	28	3,96	11	1,57	39	2,77
55 - 59	-	-	-	-	-	-	45	7,56	13	2,13	58	4,81
60 - 64	-	-	-	-	-	-	63	12,26	33	6,10	96	9,10
65 - 69	2	15,41	-	-	-	-	102	25,14	64	14,41	166	19,53
70 - 74	3	19,99	2	10,85	5	14,95	206	43,08	106	19,04	312	30,15
75 - 79	3	29,23	-	-	-	-	257	75,99	252	57,62	509	65,63
80 - 84	2	33,89	7	70,90	9	57,05	292	142,11	362	113,06	654	124,41
85 u. älter	4	112,45	14	139,36	18	132,32	293	229,00	903	285,00	1 196	268,89
Insgesamt	16	5,65	25	8,05	41	6,91	1 302	14,93	1 751	19,20	3 053	17,11
Alters-stand. an Europa-bev. alt		3,95		3,01		3,52		9,03		6,89		7,98

Quelle: LZG GBE-Stat 2014

"-" weniger als 2 Fälle bzw. Randsummen geheimzuhalten

Abb. 58: Sterbefälle Diabetes mellitus je 100.000 Einwohner nach Geschlecht 2009-2012

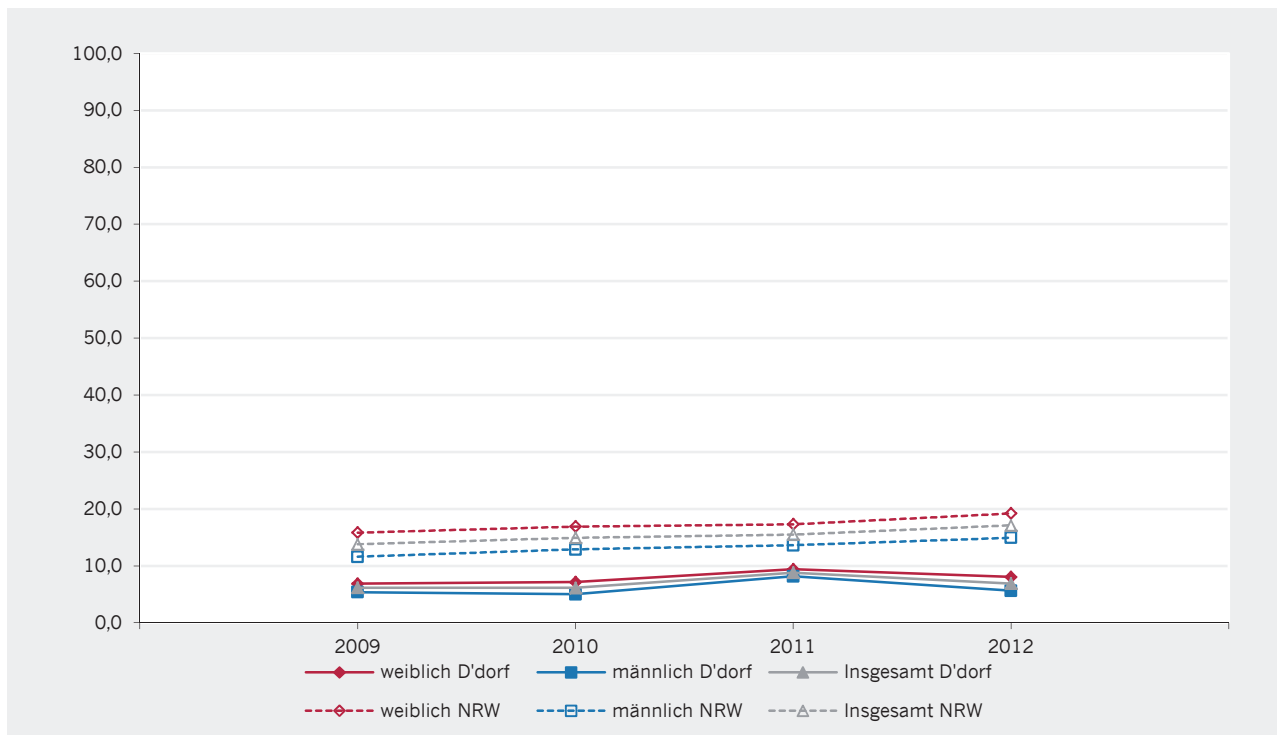
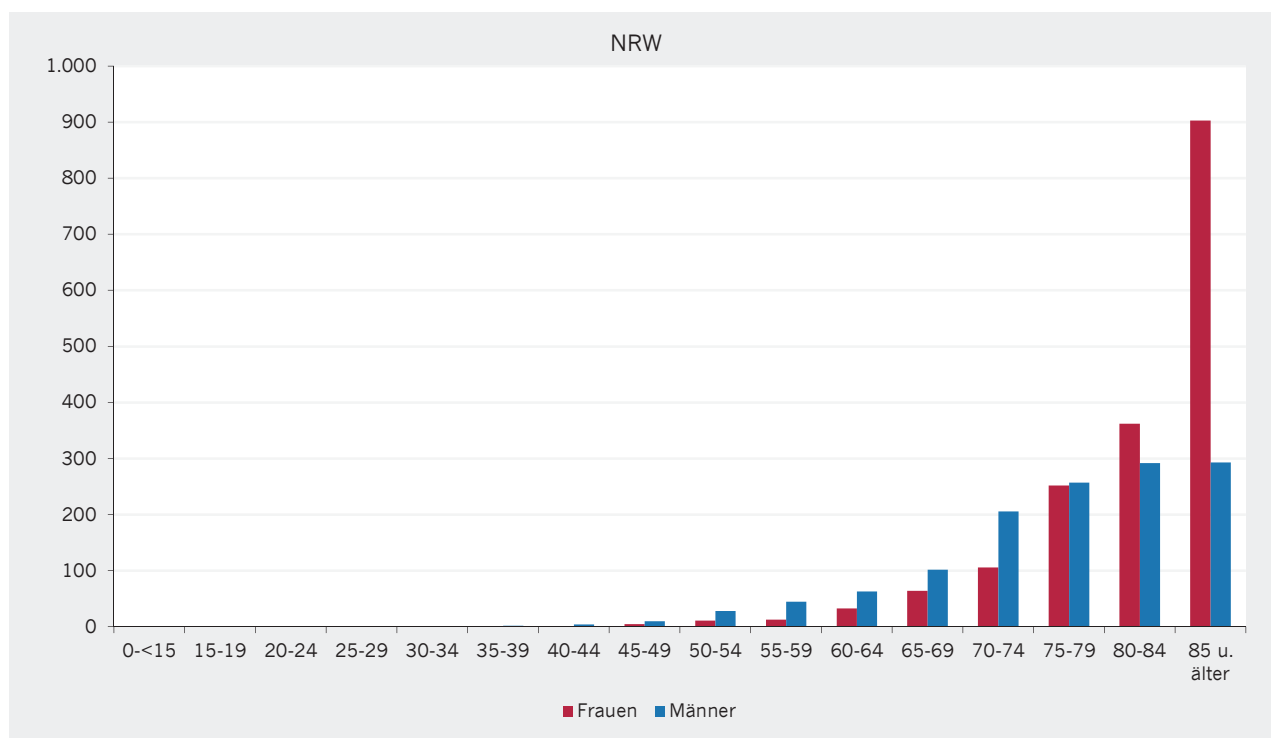
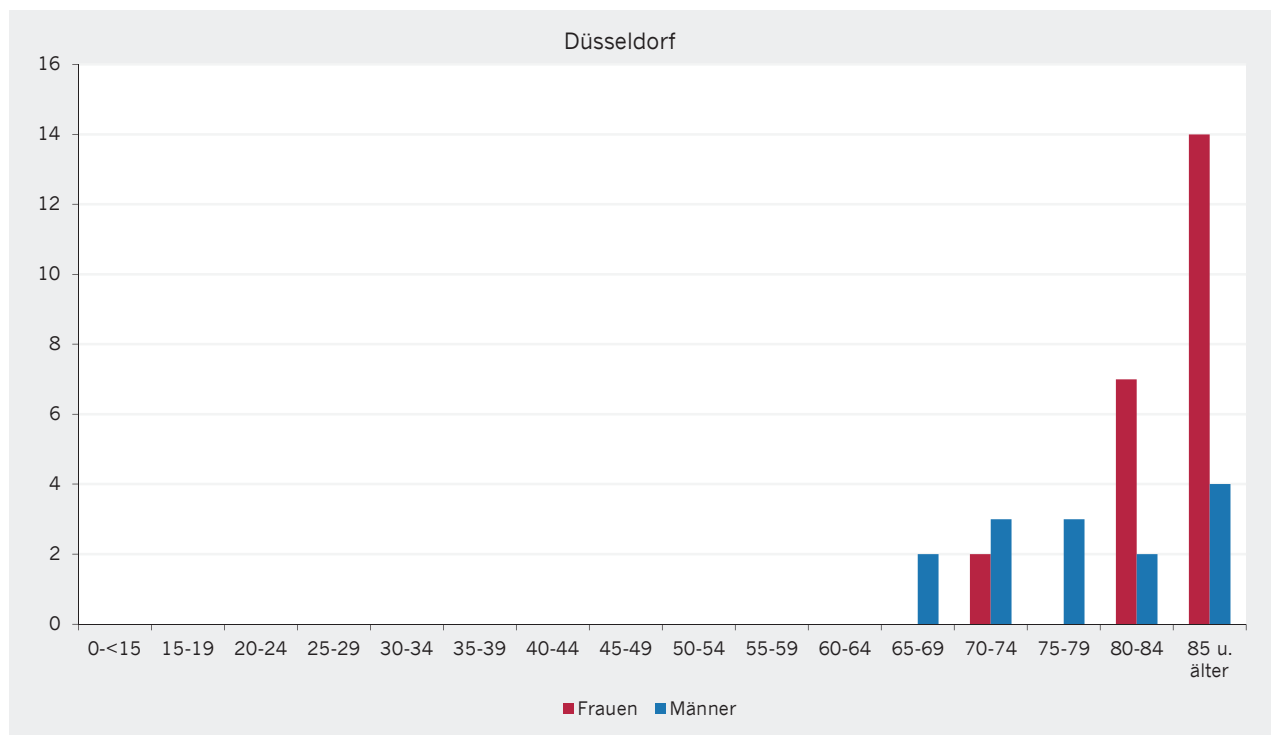


Abb. 59: Sterbefälle Diabetes mellitus nach Alter und Geschlecht 2012



### 34. Sterbefälle Chronische Atemwegserkrankungen der unteren Atemwege - COPD (J40-J44) [Gf Ge K Se V]

Insgesamt liegt ein leicht zurückgehender Trend vor. Die überdurchschnittliche Häufigkeit von betroffenen Männern in 2011 nähert sich in 2012 wieder dem NRW-Durchschnitt. Bei den Frauen ist eine Zunahme in 2012 ablesbar, die insbesondere von enormen Anteilen der 85-Jährigen und älter geprägt ist.

#### ICD-10 Definition

Chronische Krankheiten der unteren Atemwege (J40-J47)

- J40 Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet
- J41 Einfache und schleimig-eitrige chronische Bronchitis
- J42 Nicht näher bezeichnete chronische Bronchitis
- J43 Emphysem
- J44 Sonstige chronische obstruktive Lungenerkrankungen

Tab. 57: Sterbefälle COPD nach Geschlecht 2012

Verwaltungsbezirk	männlich		weiblich		insgesamt	
	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	Anzahl	je 100 000 Einwohner
Düsseldorf	114	40,2	125	40,3	239	40,3
Nordrhein-Westfalen	4 160	47,7	3 438	37,7	7 598	42,6

Quelle: LZG.NRW: GBE-Stat 2014

"-" weniger als 2 Fälle bzw. Randsummen geheimzuhalten

Tab. 58: Sterbefälle COPD nach Alter und Geschlecht 2012

Alter	Düsseldorf						NRW					
	männlich		weiblich		insgesamt		männlich		weiblich		insgesamt	
	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	Anzahl	je 100 000 Einwohner	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	Anzahl	je 100 000 Einwohner
0 - <1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1 - 14	-	-	-	-	-	-	-	-	2	0,2	-	-
15 - 19	-	-	-	-	-	-	2	0,4	-	-	-	-
20 - 24	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
25 - 29	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
30 - 34	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
35 - 39	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
40 - 44	-	-	-	-	-	-	11	1,6	4	0,6	15	1,1
45 - 49	-	-	-	-	-	-	19	2,4	14	1,8	33	2,1
50 - 54	3	14,4	3	14,1	6	14,2	50	7,1	61	8,7	111	7,9
55 - 59	3	17,7	3	16,3	6	17,0	115	19,3	79	12,9	194	16,1
60 - 64	4	26,6	5	29,0	9	27,9	254	49,4	169	31,3	423	40,1
65 - 69	11	84,7	8	51,3	19	66,5	366	90,2	244	54,9	610	71,8
70 - 74	22	146,6	10	54,3	32	95,7	653	136,6	427	76,7	1 080	104,4
75 - 79	26	253,3	16	115,0	42	173,8	837	247,5	530	121,2	1 367	176,3
80 - 84	21	355,8	14	141,8	35	221,9	954	464,3	668	208,6	1 622	308,6
85 u. älter	23	646,6	65	647,0	88	646,9	895	699,5	1 238	390,7	2 133	479,6
Insgesamt	114	40,2	125	40,3	239	40,3	4 160	47,7	3 438	37,7	7 598	42,6
Alters-stand. an Europa-bev. alt		26,55		17,56		21,38		28,78		16,10		21,23

Quelle: LZG GBE-Stat 2014

"-" weniger als 2 Fälle bzw. Randsummen geheimzuhalten

Abb. 60: Sterbefälle COPD je 100.000 Einwohner nach Geschlecht 2009-2012

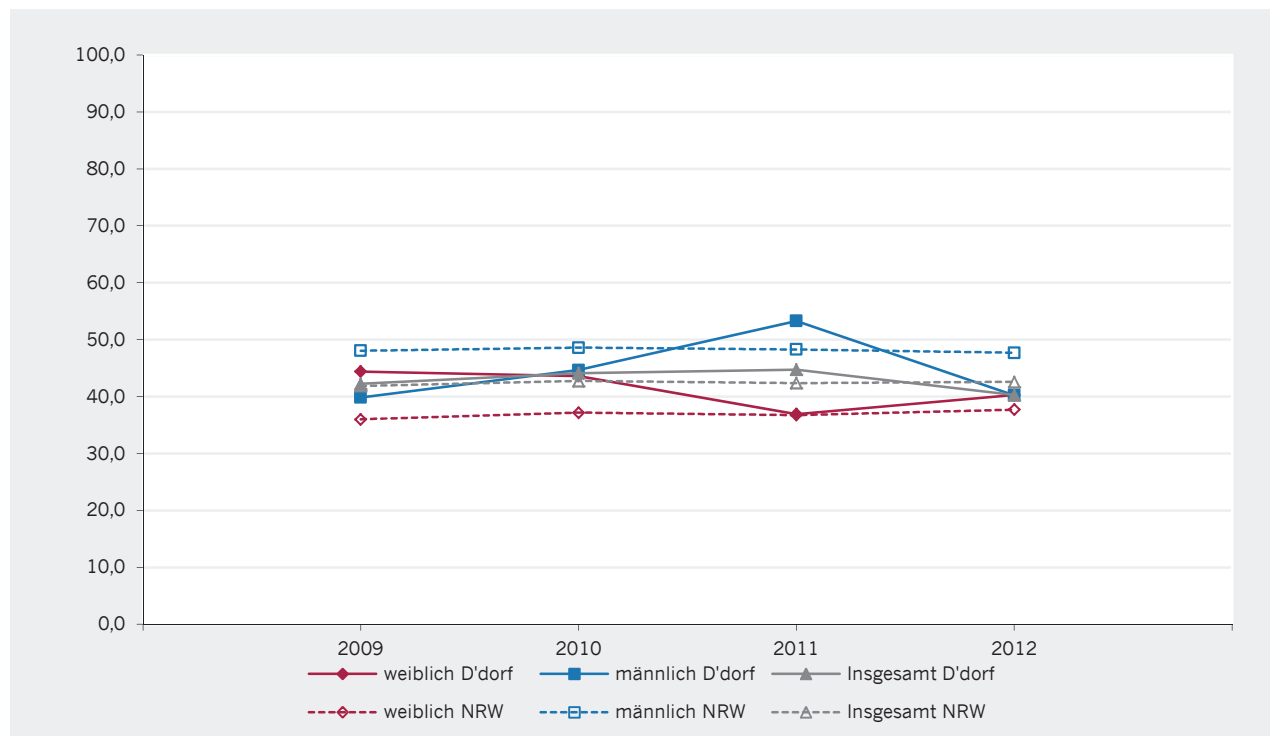
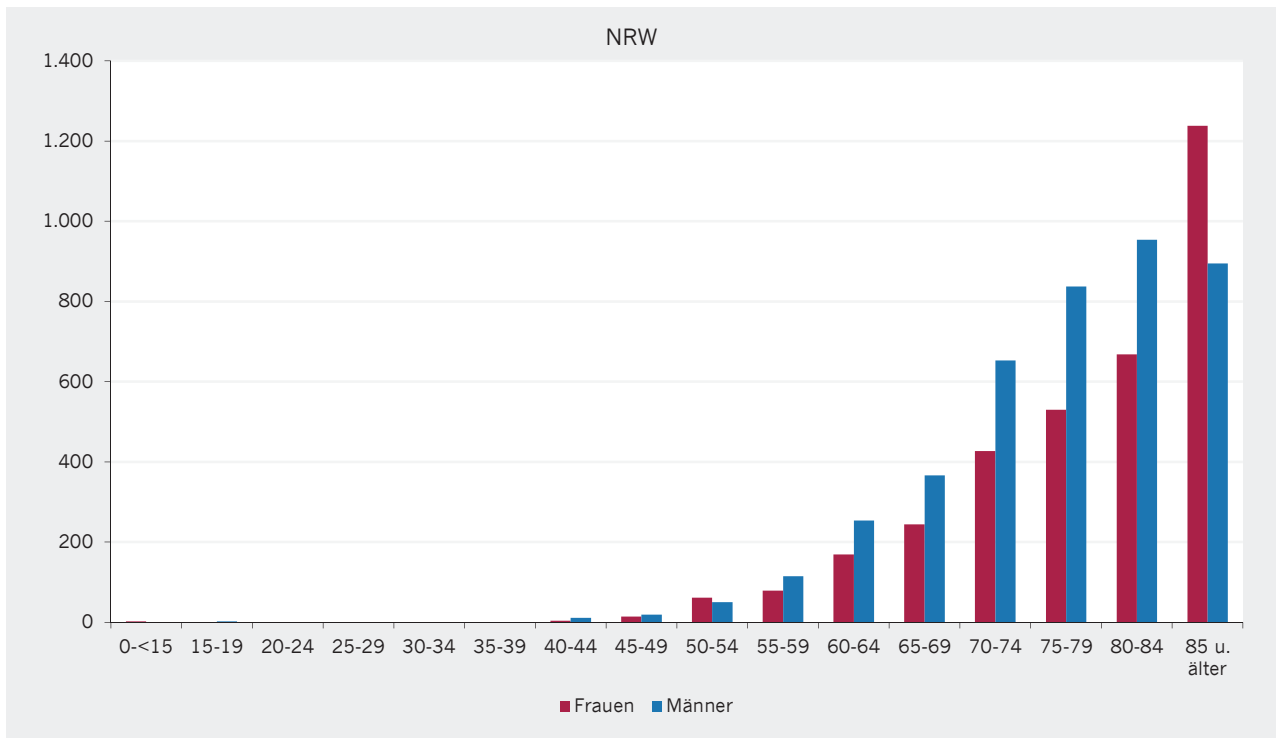
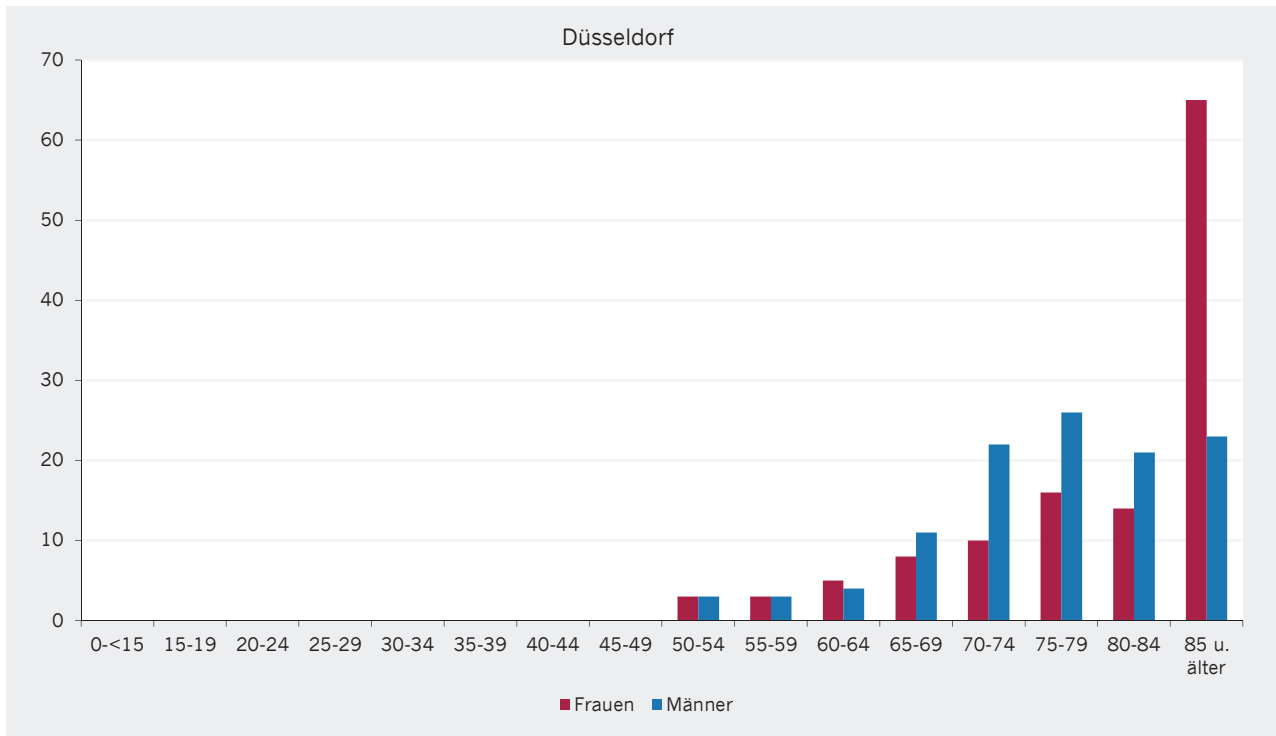


Abb. 61: Sterbefälle COPD nach Alter und Geschlecht 2012



### 35. Sterbefälle Psychische Erkrankungen - Organisch (F00-F03) [Gf Ge K P Se V]

Bei leicht steigendem Trend, konzentrieren sich die Sterbefälle auf die Hochaltrigen. In der Gruppe der 85-Jährigen und Älteren sind erheblich mehr Frauen betroffen.

#### ICD-10 Definition

Organische Störungen (F00-F03)

F00\* Demenz bei Alzheimer-Krankheit (G30.-†)

F01 Vaskuläre Demenz

F02\* Demenz bei anderenorts klassifizierten Krankheiten

F03 Nicht näher bezeichnete Demenz

\* = Sekundärschlüsselnummer

Tab. 59: Sterbefälle Psychische Erkrankungen (Organisch) nach Geschlecht 2012

Verwaltungsbezirk	männlich		weiblich		insgesamt	
	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	Anzahl	je 100 000 Einwohner
Düsseldorf	31	10,9	67	21,6	98	16,5
Nordrhein-Westfalen	1 255	14,4	2 945	32,3	4 200	23,5

Quelle: LZG GBE-Stat 2014

Tab. 60: Sterbefälle Psychische Erkrankungen (Organisch) nach Alter und Geschlecht 2012

Alter	Düsseldorf						NRW					
	männlich		weiblich		insgesamt		männlich		weiblich		insgesamt	
	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	Anzahl	je 100 000 Einwohner	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	Anzahl	je 100 000 Einwohner
0 - <1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1 - 14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15 - 19	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
20 - 24	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
25 - 29	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
30 - 34	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
35 - 39	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
40 - 44	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
45 - 49	-	-	-	-	-	-	-	-	3	0,4	-	-
50 - 54	-	-	-	-	-	-	3	0,4	2	0,3	5	0,4
55 - 59	-	-	-	-	-	-	6	1,0	2	0,3	8	0,7
60 - 64	-	-	-	-	-	-	17	3,3	7	1,3	24	2,3
65 - 69	-	-	-	-	-	-	35	8,6	19	4,3	54	6,4
70 - 74	-	-	-	-	-	-	94	19,7	78	14,0	172	16,6
75 - 79	7	68,2	8	57,5	15	62,1	201	59,4	207	47,3	408	52,6
80 - 84	9	152,5	6	60,8	15	95,1	350	170,3	564	176,1	914	173,9
85 u. älter	13	365,5	51	507,7	64	470,5	547	427,5	2 063	651,1	2 610	586,8
Insgesamt	31	10,9	67	21,6	98	16,5	1 255	14,4	2 945	32,3	4 200	23,5
Alters-stand. an Europa-bev. alt		7,08		7,32		7,40		8,38		9,94		9,61

Quelle: LZG GBE-Stat 2014

"-" weniger als 2 Fälle bzw. Randsummen geheimzuhalten

Abb. 62: Sterbefälle Psychische Erkrankungen (Organisch) je 100.000 Einwohner nach Geschlecht 2009-2012

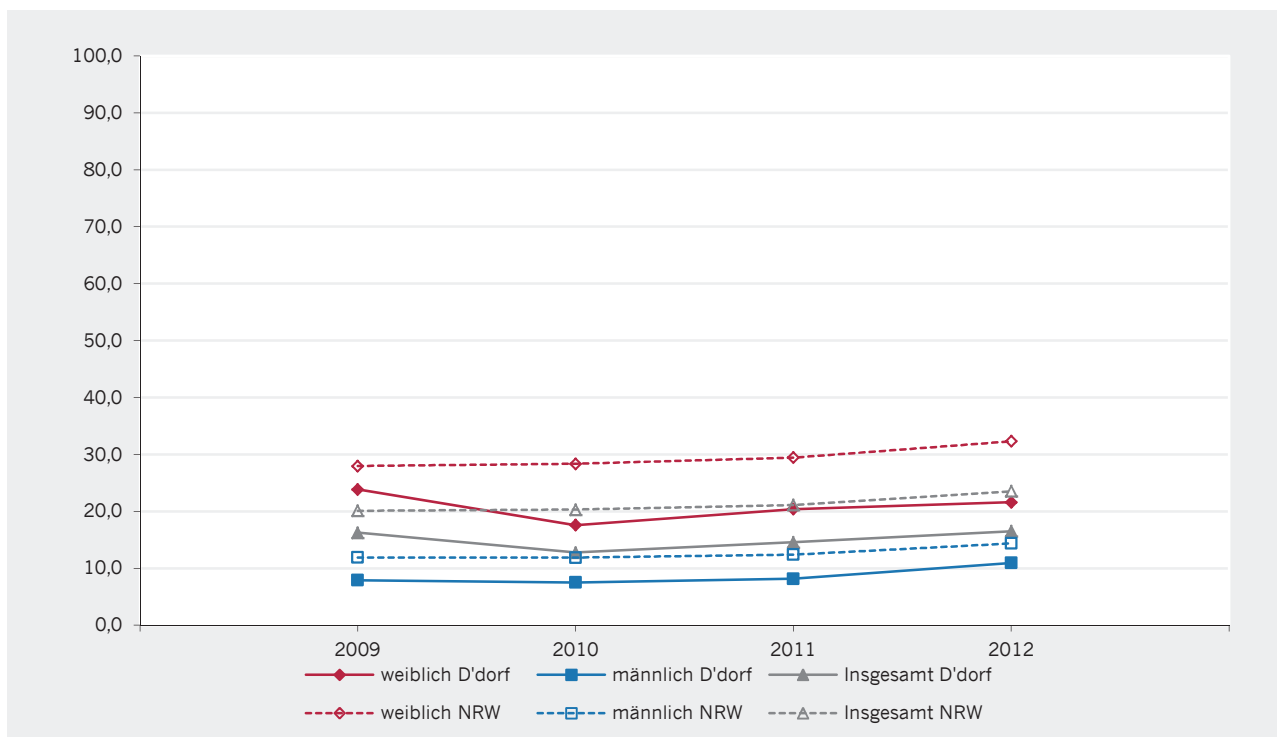
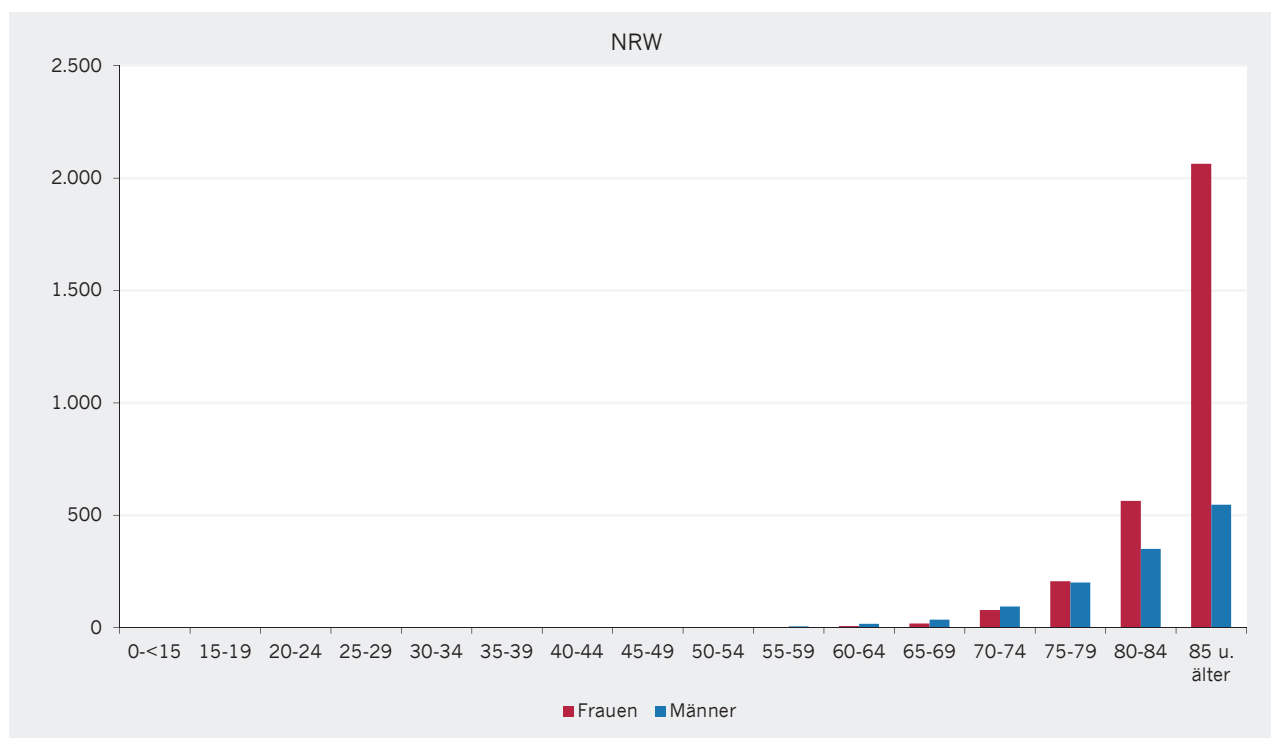
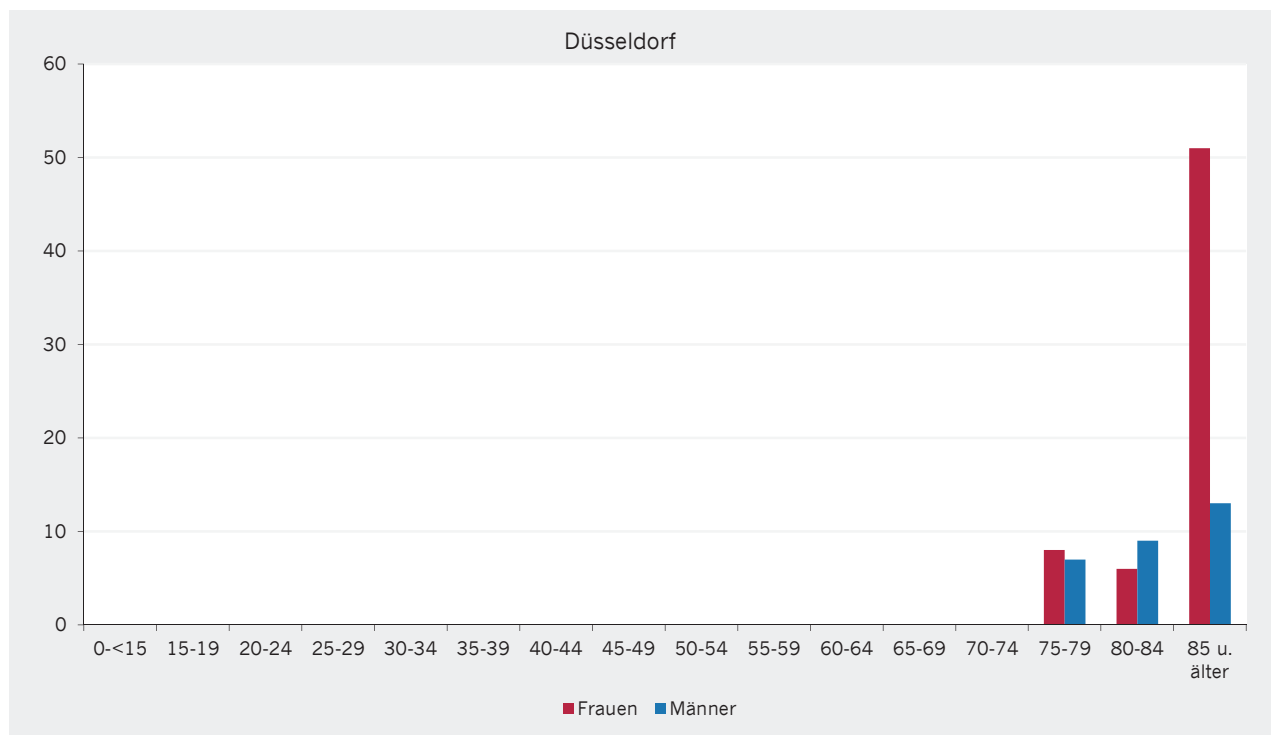


Abb. 63: Sterbefälle Psychische Erkrankungen (Organisch) nach Alter und Geschlecht 2012





## 36. Sterbefälle Adipositas (E65-E68)

**[Gf Ge K Se V]**

Der Trend ist gleichbleibend, speziell bei den Männern ist in der späteren Lebensmitte (50+) eine Häufung festzustellen.

**ICD-10 Definition**

Adipositas und sonstige Überernährung (E65-E68)

E65 Lokalisierte Adipositas

E66 Adipositas

E67 Sonstige Überernährung

E68 Folgen der Überernährung

**Tab. 61: Sterbefälle Adipositas nach Geschlecht 2012**

Verwaltungsbezirk	männlich		weiblich		insgesamt	
	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	Anzahl	je 100 000 Einwohner
Düsseldorf	4	1,4	7	2,3	11	1,9
Nordrhein-Westfalen	372	4,3	403	4,4	775	4,3

Quelle: LZG NRW GBE-Stat 2014

Tab. 62: Sterbefälle Adipositas nach Alter und Geschlecht 2012

Alter	Düsseldorf						NRW					
	männlich		weiblich		insgesamt		männlich		weiblich		insgesamt	
	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	Anzahl	je 100 000 Einwohner	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	Anzahl	je 100 000 Einwohner
0 - <1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1 - 14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15 - 19	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
20 - 24	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
25 - 29	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
30 - 34	-	-	-	-	-	-	2	0,38	-	-	-	-
35 - 39	-	-	-	-	-	-	3	0,58	2	0,39	5	0,49
40 - 44	-	-	-	-	-	-	23	3,36	8	1,19	31	2,28
45 - 49	2	7,92	-	-	-	-	26	3,30	14	1,83	40	2,58
50 - 54	-	-	-	-	-	-	34	4,81	32	4,56	66	4,68
55 - 59	-	-	2	10,88	-	-	44	7,39	30	4,92	74	6,14
60 - 64	-	-	-	-	-	-	63	12,26	43	7,95	106	10,05
65 - 69	-	-	2	12,83	-	-	48	11,83	42	9,45	90	10,59
70 - 74	-	-	-	-	-	-	50	10,46	52	9,34	102	9,86
75 - 79	-	-	-	-	-	-	47	13,90	73	16,69	120	15,47
80 - 84	-	-	-	-	-	-	24	11,68	57	17,80	81	15,41
85 u. älter	-	-	-	-	-	-	6	4,69	48	15,15	54	12,14
Insgesamt	4	1,41	7	2,26	11	1,9	372	4,26	403	4,42	775	4,34
Alters-stand. an Europa-bev. alt		1,09		1,65		1,42		3,18		2,60		2,92

Quelle: LZG GBE-Stat 2014

"-" weniger als 2 Fälle bzw. Randsummen geheimzuhalten

Abb. 64: Sterbefälle Adipositas je 100.000 Einwohner nach Geschlecht 2009-2012

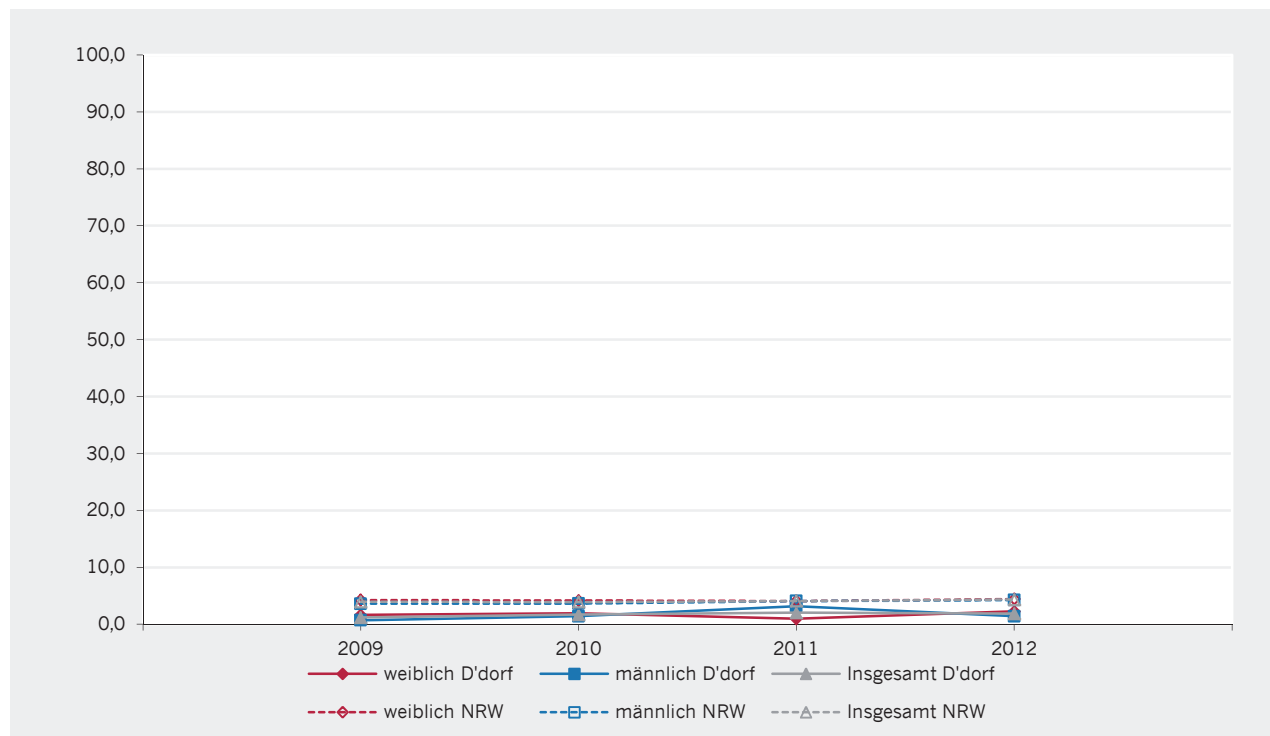
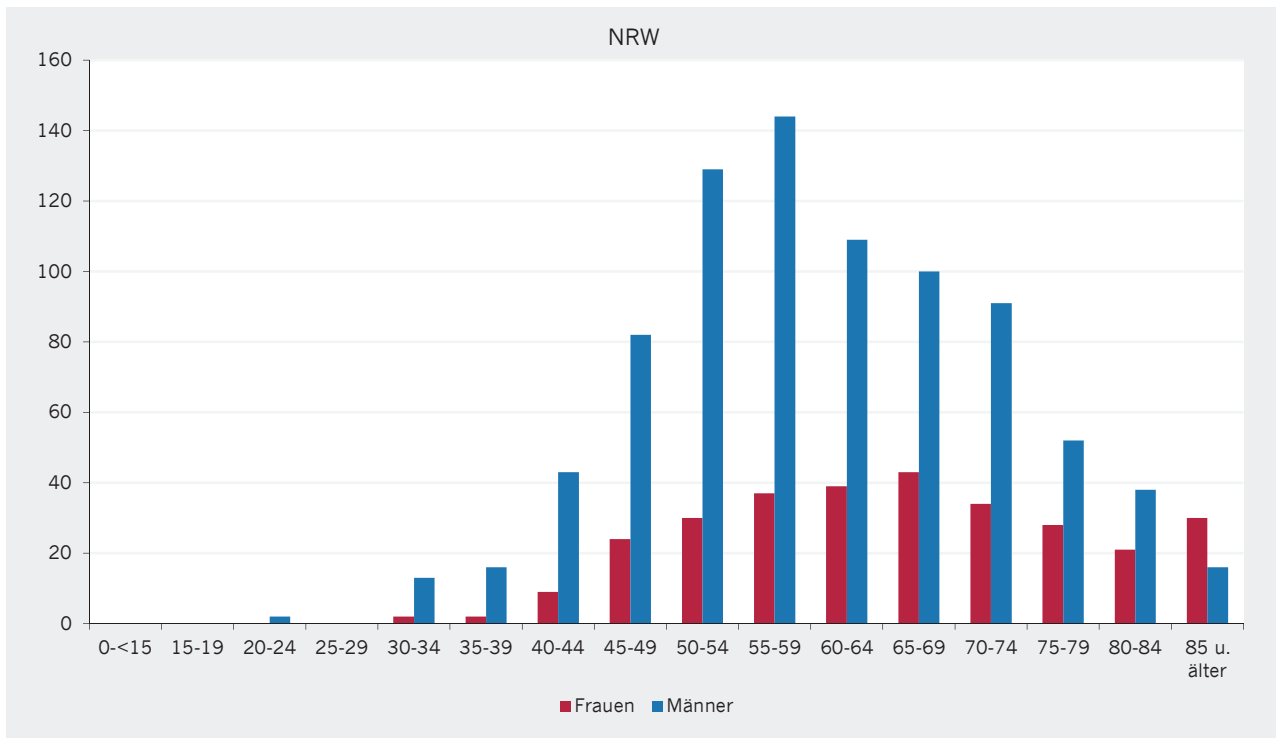
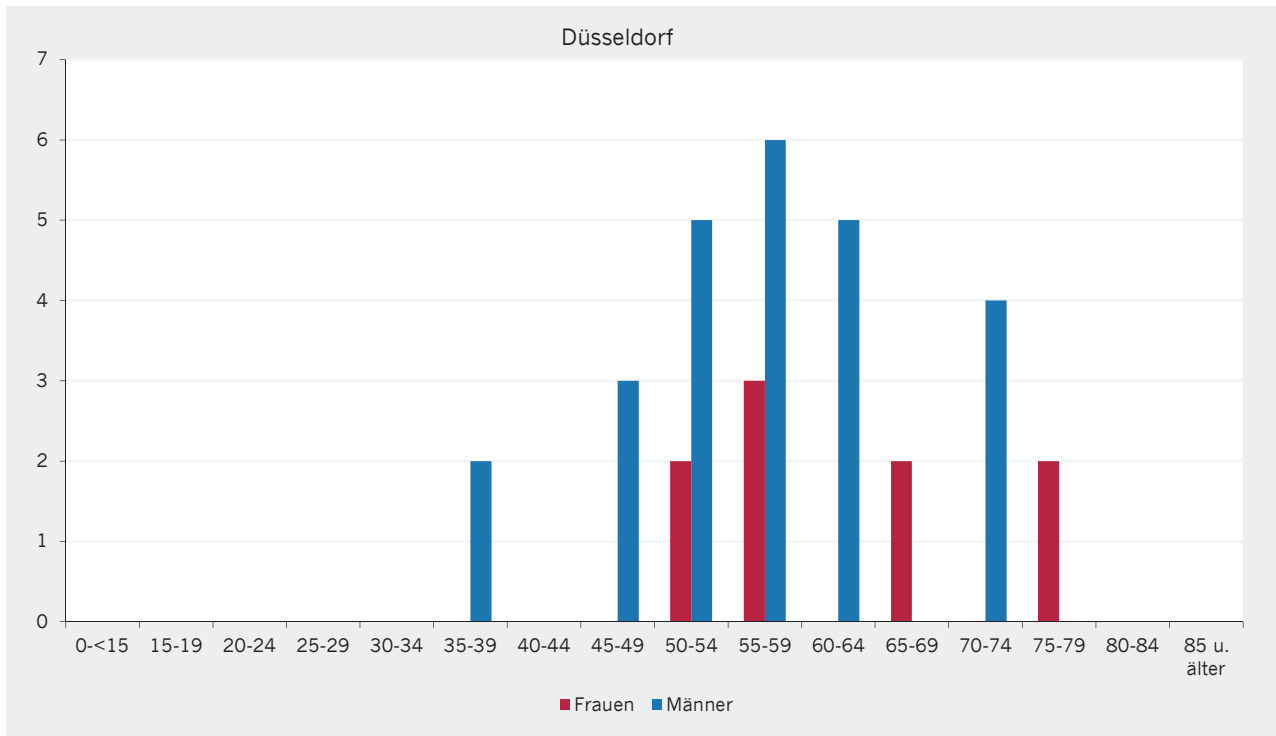


Abb. 65: Sterbefälle Adipositas nach Alter und Geschlecht 2012



### 37. (3.10) Lebenserwartung nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 3-Jahres-Mittelwerte [Gf Ge K P Se V]

#### Definition

Die mittlere Lebenserwartung erlaubt allgemeine Rückschlüsse auf die gesundheitliche Lage, die medizinische Versorgung und den Lebensstandard einer Bevölkerung (s. Kommentar zu Indikator 3.9). Da die Lebenserwartung im Prinzip der um die Alterseffekte bereinigten Sterblichkeit entspricht, ist sie besonders geeignet für die vergleichende Analyse regionaler Unterschiede. Die Abweichung vom Landesdurchschnitt ermöglicht hierbei eine schnelle Orientierung bezüglich der relativen Position der einzelnen Regionen zueinander.

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

#### Datenhalter

Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik des Landes Nordrhein-Westfalen  
lögd

#### Datenquelle

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

#### Periodizität

Jährlich

#### Validität

Vollständige Sterbetafeln werden in der Regel im Anschluss an eine Volkszählung zur Verfügung gestellt. Dazwischen werden sog. abgekürzte Sterbetafeln erstellt, die jeweils für drei Jahre berechnet werden. Abgekürzte Sterbetafeln erfahren im Unterschied zu den vollständigen Sterbetafeln keine Glättung (Ausgleichung) und unterliegen im stärkeren Maß kurzfristigen Schwankungen (Quelle: NLS).

Die Validität ist durch die größeren Zeitabstände zwischen der Erstellung der herangezogenen Sterbetafel und dem Berechnungszeitpunkt der Lebenserwartung eingeschränkt.

Für die Berechnung der Lebenserwartung auf Regional-ebene sollten die aggregierten Daten mehrerer Jahre (3 - 5) verwendet sowie ein Streuungsparameter (Konfidenzintervall) angegeben werden (s. Anhang 1. Statistische Methoden).

#### Kommentar

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

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

Der Indikator zählt zu den Ergebnisindikatoren.

#### Vergleichbarkeit

(Siehe Hinweise beim Indikator 3.9). Es gibt keine Angaben zur Lebenserwartung auf regionalem Niveau in den Indikatorensätzen der WHO, OECD und der Indikatorenliste der EU. Der Indikator ist voll vergleichbar mit dem bisherigen NRW-Indikator 3.7a.

#### Originalquellen

Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW  
Statistik der Sterbefälle 2000 ff.

Mittlere Lebenserwartung Neugeborener. Eigene Berechnung des lögd anhand abgekürzter Sterbetafeln (q(x) nach Farr), Nordrhein-Westfalen 2000 – 2002 ff. aggregiert.

#### Dokumentationsstand

14. Januar 2004, Niedersächsisches Landesgesundheitsamt/lögd

## Lebenserwartung nach Geschlecht

Die mittlere Lebenserwartung der Düsseldorferinnen und Düsseldorfer liegt bei Frauen bei 82,34 Jahren, und bei Männern bei 77,39 Jahren. Das bedeutet, dass die Frauen ca. 5 Jahre älter werden als die Männer.

**Tab. 63: Lebenserwartung nach Geschlecht 2012 (3-Jahresmittelwert)**

Verwaltungsbezirk	Mittlere Lebenserwartung bei der Geburt in Jahren		Abweichung vom Landesdurchschnitt in Jahren	
	weiblich	männlich	weiblich	männlich
Düsseldorf	82,34	77,39	-0,05	-0,18
Nordrhein-Westfalen	82,32	77,53	x	x

Datenquelle/Copyright:

Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW):

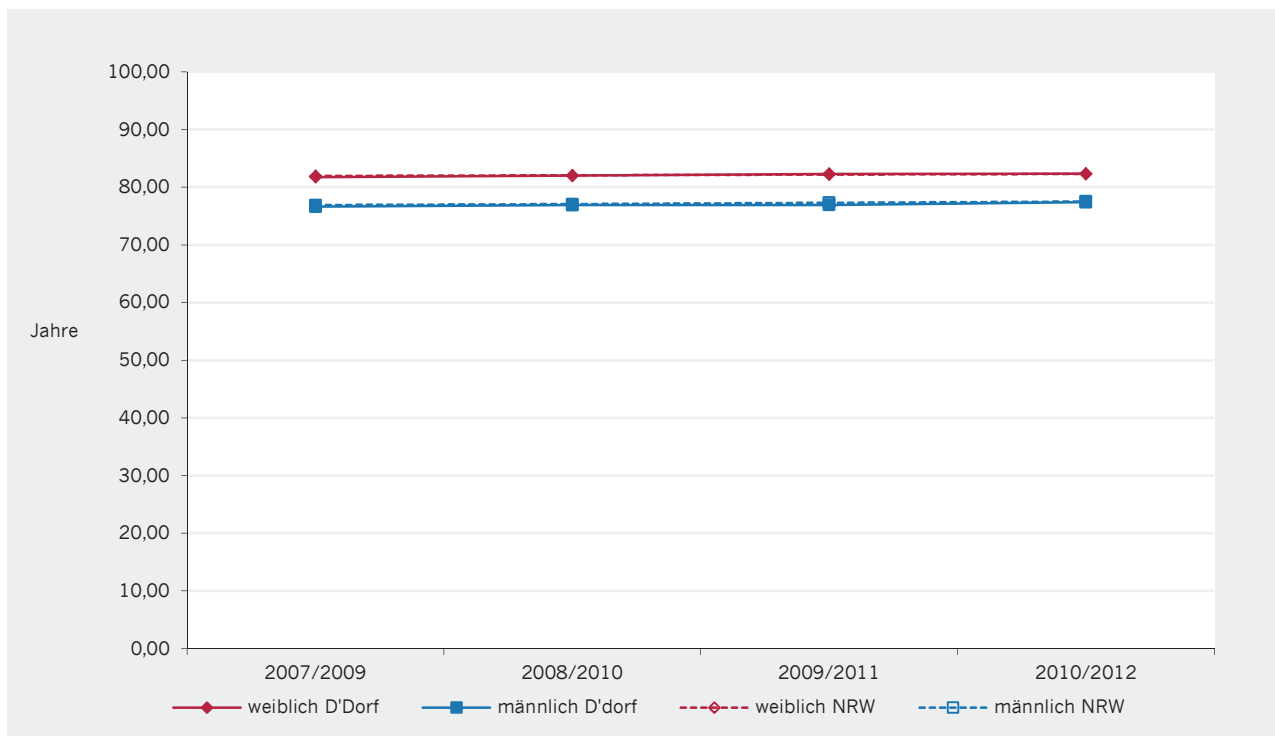
Statistik der Sterbefälle, Sterbetafeln,

LZG.NRW: Eigene Berechnung

<sup>1</sup> 3-Jahres-Mittelwerte

"x" keine Angabe, weil Aussage nicht sinnvoll

**Abb. 66: Mittlere Lebenserwartung bei der Geburt in Jahren nach Geschlecht 2009-2012 (3-Jahresmittelwert)**



### 38. (3.14) Vermeidbare Sterbefälle nach ausgewählten Diagnosen, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 5-Jahres-Mittelwert [Gf Ge Se So V]

#### Definition

Der Begriff Vermeidbare Sterbefälle bezieht sich auf ausgewählte Todesursachen, die unter adäquaten Behandlungs- und Vorsorgebedingungen als vermeidbar (für die jeweils betrachtete Altersgruppe) gelten (s. Kommentar zu Indikator 3.13). Der Indikator 3.14 greift gezielt die sechs häufigsten Todesursachen bei den vermeidbaren Sterbefällen auf und stellt sie im regionalen Vergleich dar. Da die vermeidbaren Sterbefälle indirekt die Qualität und Effektivität der gesundheitlichen Versorgung im Hinblick auf adäquate Inanspruchnahme, Diagnostik und Therapie widerspiegeln, können durch die regionale Aufspaltung Auswirkungen unterschiedlicher Versorgungs- und Inanspruchnahmestrukturen aufgezeigt werden. Gleichzeitig kann ein erhöhter Bedarf an präventiven Maßnahmen identifiziert werden und die Effektivität solcher Maßnahmen bewertet werden.

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

#### Datenhalter

Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik des Landes Nordrhein-Westfalen

#### Datenquelle

Todesursachenstatistik  
Fortschreibung des Bevölkerungsstandes

#### Periodizität

Jährlich, 31. Dezember

#### Validität

Die Fallzahlen sind im Regionalvergleich mit jährlicher Angabe zu gering. Um zeitliche Schwankungen auszugleichen, wird deshalb der 5-Jahres-Mittelwert ermittelt (s. Anlage 1: Statistische Methoden).

Zum 1. Januar 1998 wurde die 10. Revision der ICD-Klassifikation eingeführt. Dies erforderte die Umstellung der Kodierung.

#### Kommentar

Die ausgewählten Todesursachen lassen sich klassifizieren als:

primärpräventiv vermeidbar (Lebensweise, z. B. Lungenkrebs, Leberzirrhose);

sekundärpräventiv vermeidbar (Früherkennung, z. B. Brustkrebs);

tertiärpräventiv vermeidbar (Qualität der medizinischen Versorgung, z. B. ischämische Herzkrankheiten, Hypertonie und zerebrovaskuläre Krankheiten).

Unter der Voraussetzung, dass sowohl die präventiven als auch die kurativen Maßnahmen zur Vermeidung existieren, eingesetzt und in Anspruch genommen werden, ist zu erwarten, dass die Sterblichkeit an diesen Todesursachen im Zeitvergleich zurückgeht oder zumindest nicht zunimmt. Die Daten der indirekten Standardisierungen können nur innerhalb des Bundeslandes verglichen werden. Ergänzend siehe Indikatoren 3.12 und 3.13.

Die vermeidbare Sterblichkeit zählt zu den Ergebnisindikatoren.

#### Vergleichbarkeit

Es gibt keine WHO- oder OECD-Indikatoren zur vermeidbaren Sterblichkeit. Im künftigen Indikatorensetz der EU ECHI wird ein Indikator zur vermeidbaren Sterblichkeit enthalten sein.

Der Indikator 3.14 wurde von 12 auf die sechs häufigsten Diagnosen/Diagnosegruppen wegen der begrenzten Fallzahlen reduziert. Der Indikator ist mit dem bisherigen NRW-Indikator 3.13 bis auf die Diagnosegruppe K70 – K77 voll vergleichbar.

#### Originalquellen

Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW  
Todesursachenstatistik 1998 ff.  
Fortschreibung des Bevölkerungsstandes 1998 ff.

#### Dokumentationsstand

11. März 2004 Niedersächsisches Landesgesundheitsamt/lögd

Vermeidbare Sterbefälle nach ausgewählten Diagnosen im 5-Jahres-Mittelwert

Während die Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei abnehmendem Trend die vermeidbaren Sterbefälle anführen, nehmen die Brustkrebs-Erkrankungen und die Krankheiten der Leber zu. Gleichbleibend oder mit geringer Abnahme rangieren die Verkehrsunfälle und bösartigen Neubildungen der Luftröhre.

Tab. 64: Vermeidbare Sterbefälle nach ausgewählten Diagnosen 2012 (5-Jahresmittelwert)

Verwaltungsbezirk	Bösart. Neubild. d. Luftröhre, Bronchien u. d. Lunge (C33 - C34)		Brustkrebs (C50)		Ischämische Herzkrankheit (I20 - I25)		Hypertonie und zerebrovask. Krankh. (I10 - I15 u. I60 - I69)		Krankheiten der Leber (K70 - K77)		Transportmittelunfälle inner- u. außerhalb des Verkehrs (V01 - V99) <sup>2</sup>	
	15 - 64 Jh., insg.		25 - 64 Jh., weibl.		35 - 64 Jh., insg.		35 - 64 Jh., insg.		15 - 74 Jh., insg.		alle Altersgr., insg.	
	Mittelwert*	SMR**	Mittelwert*	SMR**	Mittelwert*	SMR**	Mittelwert*	SMR**	Mittelwert*	SMR**	Mittelwert*	SMR**
Düsseldorf	104	0,99	37	0,99	67	0,92	36	1,01	68	0,99	14	0,68 á
Nordrhein-Westfalen	3 372	1,00	1 152	1,00	2 329	1,00	1 140	1,00	2 133	1,00	656	1,00

\* 5-Jahres-Mittelwert

\*\* Standardized Mortality Ratio: standardisiert an der Mortalitätsrate des Landes

á signifikant über dem Landesdurchschnitt

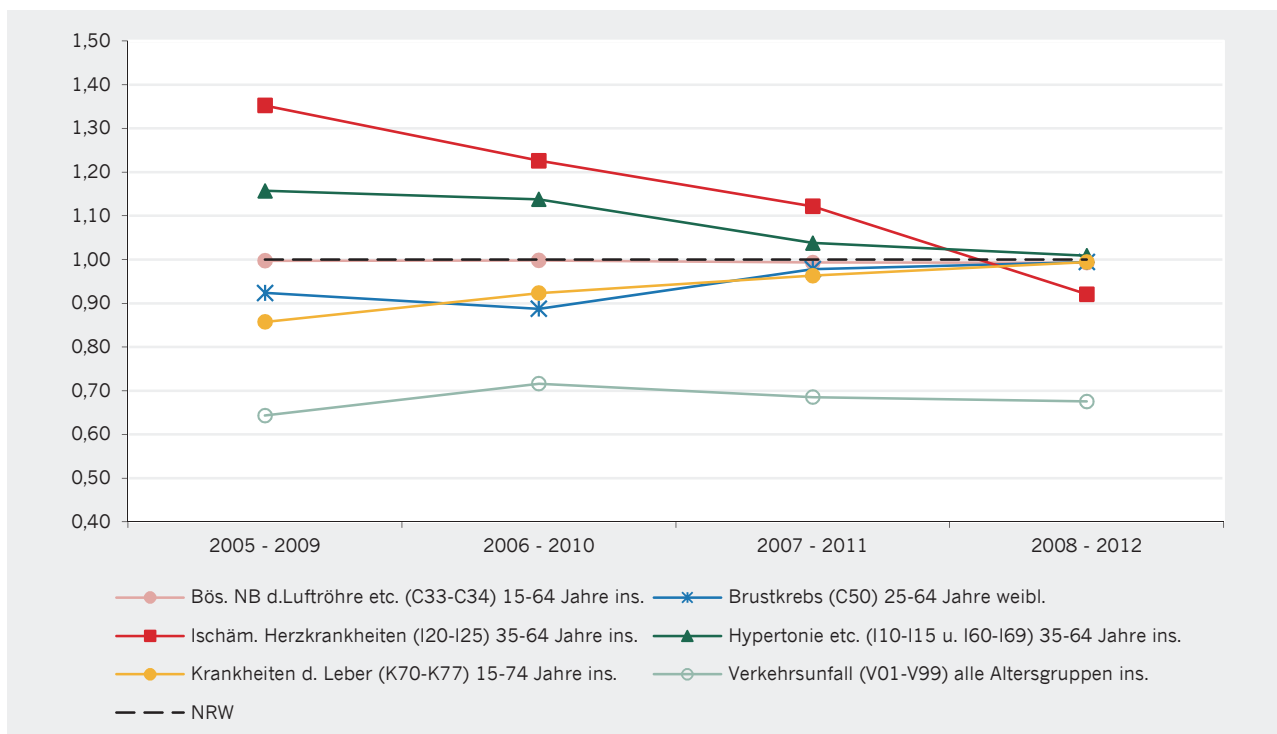
â signifikant unter dem Landesdurchsch. (Signifikanzniveau 0,01)

<sup>2</sup> Aussagewert eingeschränkt, da der Wert Fehler aufweisen kann

Datenquelle/Copyright:

Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW): Todesursachenstatistik, Fort. d. Bevölkerungsstandes über LZG.NRW

Abb. 67: Vermeidbare Sterbefälle standardisiert an der Mortalitätsrate des Landes (= 1), dargestellt als Standardized Mortality Ratio nach ausgewählten Diagnosen 2009-2012 (5-Jahresmittelwert)



**Herausgegeben von der**  
Landeshauptstadt Düsseldorf  
Der Oberbürgermeister  
Gesundheitsamt & Amt für Statistik und Wahlen

**Verantwortlich**  
Dr. med. Klaus Göbels, Manfred Golschinski

**Bericht/Redaktion**  
Christoph Gormanns, Mareike Joeres

**Gestaltung**  
Waldemar Wittek

IX/15-0.3  
[www.duesseldorf.de](http://www.duesseldorf.de)