



Basisbericht 2010/2011

Gesundheitsberichterstattung Berlin
Daten des Gesundheits- und Sozialwesens

Zeichenerklärung

- nichts vorhanden
- / Zahlenwert nicht sicher genug
- () Aussagewert ist eingeschränkt
- 0 weniger als die Hälfte von 1 in der letzten besetzten Stelle, jedoch mehr als nichts
- . Zahlenwert unbekannt oder geheim zu halten
- p vorläufige Zahl
- r berichtigte Zahl
- x Tabellenfach gesperrt, weil Aussage nicht sinnvoll
- s geschätzte Zahl
- ... Angabe fällt später an

Abweichungen bei der Summenbildung beruhen auf Abrundungen der Zahlen.

Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Quellenangabe gestattet.

Herausgeber:

Prof. Dr. Gerhard Meinlschmidt
Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz
Referat Gesundheitsberichterstattung, Epidemiologie,
Gemeinsames Krebsregister, Sozialstatistisches Berichtswesen,
Gesundheits- und Sozialinformationssysteme
Dienstgebäude: Oranienstraße 106, 10969 Berlin
ISSN 1617-9242

Fachliche Auskünfte

Telefon: (030) 9028 2660
Telefax: (030) 9028 2067
E-Mail: Gerhard.Meinlschmidt@senguv.berlin.de
Homepage: <http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/index.html>

Quellennachweis:

Der Bericht beruht auf Angaben
der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz und nach-
geordneter Einrichtungen,
der Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales und nachgeordneter
Einrichtungen,
des Amtes für Statistik Berlin-Brandenburg,
der Bezirksämter von Berlin,
der Krankenhäuser in Berlin
der Kammern der Heilberufe Berlin,
der Kassen(zahn-)ärztlichen Vereinigungen Berlin,
der Deutschen Rentenversicherung
sowie weiterer Informationsquellen.

Redaktionsschluss:

August 2011

Schutzgebühr:

15,- Euro (zuzüglich Porto)

Bezug:

Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz
Telefon: (030) 9028 1266
Telefax: (030) 9028 1372

Verzeichnis der am Bericht Beteiligten

Autorinnen und Autoren:	<p>Dr. Susanne Bettge, Britta Brandt, Bärbel Erdmann, Elke Heimbach genannt Göthe, Dr. Sabine Hermann, Anita Kis, Detlef Kolbow, Dagmar Mann, Dr. Sylke Oberwöhrmann, Dr. Mandy Schulz, Christiane Struck, Susanne Thomann, Monika Wojak Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz, Berlin</p> <p>Karin Stötzner / Katrin Ulmer (<i>Kapitel 7.4</i>) Patientenbeauftragte für Berlin / Büro der Patientenbeauftragten</p> <p>PD Dr. Christof Schaefer (<i>Kapitel 4.4.2</i>) Pharmakovigilanz- und Beratungszentrum für Embryonaltoxikologie im Berliner Betrieb für Zentrale Gesundheitliche Aufgaben</p> <p>Jörg-Manuel Koschnick (<i>Kapitel 5.3.2</i>) Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales, Berlin</p> <p>Detlef Kadler (<i>Kapitel 2.4</i>) Landesamt für Gesundheit und Soziales, Berlin</p> <p>Dr. Ellen Harnisch (<i>Kapitel 4.1.1 und 6.2.1</i>) Kassenärztliche Vereinigung Berlin</p> <p>Rüdiger Hartmann, Sandra Kirvel, Hans Oliva (<i>Kapitel 4.3</i>) FOGS-GmbH (Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich), Köln</p> <p>Jutta Künzel, Tim Pfeiffer-Gerschel, Martin Steppan (<i>Kapitel 7.3</i>) Institut für Therapieforchung, München</p>
Redaktionelle Bearbeitung:	<p>Christiane Struck Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz, Berlin</p>
Technische Umsetzung:	<p>Michael Ohlew Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz, Berlin</p>

Inhaltsverzeichnis

0	Gesundheitsberichterstattung und Sozialstatistisches Berichtswesen	9
1.	Vorbemerkungen	11
2	Bevölkerung und Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems	13
2.1	Berliner Bevölkerung	13
2.1.1	Stand, Entwicklung und Struktur	13
2.1.2	Haushalte und Familien	16
2.2	Ausgewählte Aspekte zur wirtschaftlichen und sozialen Lage	16
2.2.1	Bildungsabschlüsse und Erwerbstätigkeit	17
2.2.2	Arbeitslosigkeit und ausgewählte Aspekte zur Gesundheit von Arbeitslosen	18
2.2.3	Beschäftigung schwerbehinderter Menschen	25
2.2.4	Einnahmen und Ausgaben privater Haushalte	26
2.2.5	Empfängerinnen und Empfänger ausgewählter Leistungen nach SGB XII und nach dem Asylbewerberleistungsgesetz	27
2.3	Krankenversicherungsschutz der Berliner Bevölkerung	31
2.4	Umweltbezogener Gesundheitsschutz	35
2.5	Kernaussagen	38
2.6	Indikatoren im GSI	42
3.	Subjektiver Gesundheitszustand, Mortalität und abgeleitete Indikatoren	45
3.1	Subjektiver Gesundheitszustand	45
3.2	Mortalität und abgeleitete Indikatoren	49
3.2.1	Lebenserwartung	49
3.2.2	Durch Tod verlorene Lebensjahre	58

3.2.3	Allgemeine und vorzeitige Sterblichkeit	60
3.2.4	Todesursachenspezifische Sterblichkeit	66
3.2.5	Vermeidbare Sterbefälle	71
3.2.6	Säuglings- und Perinatalsterblichkeit	78
3.3	Kernaussagen	82
3.4	Indikatoren im GSI	88
4.	Ambulante Versorgung und Morbidität	91
4.1	Ambulante ärztliche, psychotherapeutische und zahnärztliche Versorgung	91
4.1.1	Vertragsärztliche und vertragspsychotherapeutische Versorgung	91
4.1.2	Kostenstrukturen ärztlicher, zahnärztlicher und psychotherapeutischer Praxen	96
4.2	Ambulante Morbidität	100
4.2.1	Häufigste Diagnosen und Behandlungsanlässe	101
4.2.2	Alters- und geschlechtsspezifische Morbiditätsspektren	102
4.2.3	Ausgewählte Diagnosen in der räumlichen Gliederung	110
4.2.4	Morbiditätsindizes in der räumlichen Gliederung	120
4.2.5	Zusammenhang von Sozialstruktur und ambulanter Morbidität	127
4.3	Steuerungsstrukturen in der psychiatrischen Versorgung - Ergebnisse einer Evaluation	132
4.3.1	Ausgangssituation, Ziele und Aufgabenstellung der Evaluation	132
4.3.2	Ausgewählte Ergebnisse der Untersuchung	134
4.3.3	Schlussfolgerungen	137
4.4	Öffentlicher Gesundheitsdienst und medizinische Einrichtungen	138
4.4.1	Öffentlicher Gesundheitsdienst in Berlin - Zielstruktur und Personalbedarf	138
4.4.2	Pharmakovigilanz- und Beratungszentrum für Embryonaltoxikologie	141
4.5	Krankheitskosten in ambulanten Einrichtungen	145

4.6	Kernaussagen	148
4.7	Indikatoren im GSI	154
5.	Pflegebedürftigkeit, Aufwendungen für Pflegeleistungen, Kosten und Personal in Pflegeeinrichtungen	157
5.1	Pflegebedürftigkeit	157
5.1.1	Pflegebedürftige Personen nach Alter	158
5.1.2	Pflegebedürftige Personen nach Pflegeart	160
5.1.3	Pflegebedürftige Personen nach Pflegestufen	163
5.2	Personal in Pflegeeinrichtungen	165
5.3	Aufwendungen für stationäre Pflegeleistungen und Gesundheitsleistungen nach Landespflegegeldgesetz	168
5.3.1	Aufwendungen für Leistungen in stationären Pflegeeinrichtungen	168
5.3.2	Gesundheitsleistungen nach Landespflegegeldgesetz	173
5.4	Krankheitskosten ambulanter und (teil-)stationärer Pflege	174
5.5	Kernaussagen	175
5.6	Indikatoren im GSI	178
6.	Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen und Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen	181
6.1	Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen	181
6.1.1	Body-Mass-Index, Ernährungsweise und körperliche Aktivitäten	181
6.1.2	Konsum von Tabak, Alkohol und Drogen	185
6.2	Gesundheitsvorsorge	189
6.2.1	Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen und Gesundheits-Check-up	189
6.2.2	Inanspruchnahme von Impfungen	190
6.3	Kernaussagen	192

6.4	Indikatoren im GSI	193
7.	Gesundheitsförderung und Gesundheitsschutz	195
7.1	Kindergesundheit und Kinderschutz - hier insbesondere Familienhebammen und frühe Hilfen	195
7.2	HIV/AIDS, sexuell übertragbare Infektionen und Hepatitiden - Berliner Rahmen- und Entwicklungskonzept zur Prävention	199
7.3	Inanspruchnahme der Drogen- und Suchthilfeinrichtungen in Berlin	200
7.3.1	Klientel der Suchthilfeinrichtungen nach Hauptsuchtdiagnosen und soziodemografischen Merkmalen	201
7.3.2	Regionale Verteilung der Suchthilfeklientel	206
7.4	Die Patientenbeauftragte für Berlin	212
7.5	Kernaussagen	213
7.6	Indikatoren im GSI	214
	Anhang	215
	Tabellenverzeichnis	215
	Erläuterungen	235
	Abkürzungen	255
	Publikationsverzeichnis	259
	Sachwortregister	265

0 Gesundheitsberichterstattung und Sozialstatistisches Berichtswesen

Anliegen der Gesundheitsberichterstattung (GBE) und des Sozialstatistischen Berichtswesens (SBW) in Berlin ist, die differenzierten Lebensverhältnisse und Lebenslagen sowie die gesundheitliche und soziale Versorgungssituation in ihrem zeitlichen Verlauf und in ihrer kleinräumigen Ausprägung systematisch zu erfassen, darzustellen und zu bewerten. Als Mittel dazu dienen Daten bzw. indikatorengestützte Beschreibungen und Analysen. Soziale Problemlagen in der Berliner Bevölkerung und deren Konzentration im städtischen Raum sind herauszuarbeiten, um eine fundierte Grundlage für die Entwicklung zielgerichteter und passgenauer Handlungsstrategien zu schaffen.

Die Berichterstattung dient als Planungsgrundlage für die Entwicklung und Durchführung von konkreten Maßnahmen und deren Evaluation. Sie informiert das Parlament und die Bürgerinnen und Bürger über die gesundheitliche und soziale Lage der Bevölkerung und sie stellt ihre Datenbestände der Wissenschaft zu Forschungszwecken zur Verfügung. Die Berichterstattung ist in diesem Sinne ein öffentliches Gut.

Bei der **Gesundheitsberichterstattung** handelt es sich um eine verdichtende, zielgruppenorientierte Darstellung und beschreibende Bewertung von Daten und Informationen, die für die Gesundheit der Bevölkerung, das Gesundheitswesen und die die Gesundheitssituation beeinflussenden Lebens- und Umweltbedingungen bedeutsam sind.

Die Berliner Gesundheitsberichterstattung verwendet folgende Berichtsformen:

- Der **Basisbericht** enthält Tabellen, die sich am Indikatorenansatz der Länder orientieren, Erläuterungen sowie Ergebnisbeschreibungen zu ausgewählten Schwerpunkten aus den behandelten Themenfeldern. Die Basisberichte werden jährlich herausgegeben.
- **Spezialberichte** werden zu Schwerpunktthemen erarbeitet und enthalten Analysen, Zusammenhänge und Handlungsempfehlungen für den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD), die Verantwortlichen der GBE sowie die politisch Verantwortlichen. Zu den Spezialberichten gehören auch die Sozialstrukturatlanten. Die Spezialberichte erscheinen in unregelmäßiger zeitlicher Folge.
- **Statistische Kurzinformationen** fokussieren in aller Kürze auf aktuellpolitische Themen und dienen als schnelle Information der politisch Verantwortlichen, der Fachebene sowie als Mitteilung an die Öffentlichkeit. Die Kurzinformationen erscheinen in unregelmäßiger zeitlicher Folge.
- In **Diskussionspapieren** werden aktuelle Forschungsergebnisse präsentiert. Das „Experimentieren“ mit Methoden und der Analyse von Inhalten im Sinne von „Werkstattberichten“ steht hierbei im Vordergrund. Kollegen und Interessierte werden aufgerufen, diese zu kommentieren, Anstöße zu geben und auf mögliche Fehler hinzuweisen. Die Diskussionspapiere erscheinen in unregelmäßiger zeitlicher Reihenfolge.
- Die **Grundausswertungen** enthalten Basisdaten z. B. zur gesundheitlichen und sozialen Lage von Kindern in Berlin aus den Einschulungsuntersuchungen. Die Daten bieten einen deskriptiven Überblick ohne tiefer gehende Kommentierung oder Interpretation. Jedem Inhaltsbereich ist eine kurze Darstellung zur Methodik der Datenerhebung vorangestellt.

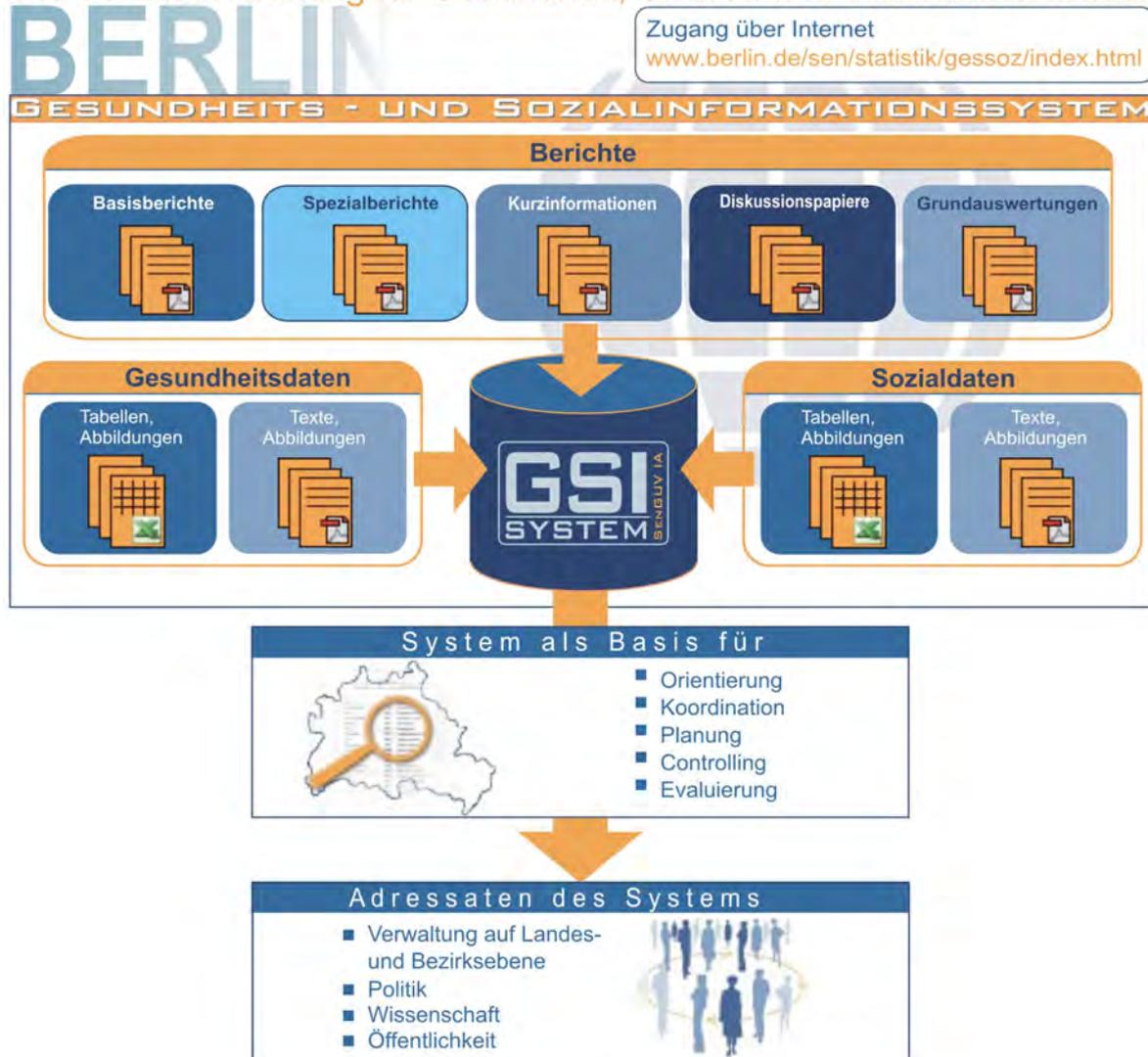
Das **Sozialstatistische Berichtswesen** des Landes Berlin umfasst die systematische und regelmäßige Beobachtung und Auswertung von statistischen Daten auf den Sozialrechtsgebieten des SGB XII, des SGB II, des Asylbewerberleistungsgesetzes, des Landespflegegeldgesetzes und damit im Zusammenhang stehenden sozialen Entwicklungen. Das Sozialstatistische Berichtswesen beinhaltet die Generierung, Aufbereitung und Auswertung der Sozialstatistik des Landes Berlin auf den genannten Rechtsgebieten ebenso wie die Berichterstattung über relevante Entwicklungen von Lebensverhältnissen und Lebenslagen in Berlin. **Ergebnisformen** des Sozialstatistischen Berichtswesens sind Daten und Statistiken und thematische Spezialberichte:

- In der **Sozialstatistik** werden zum einen die nach Leistungsarten differenzierten Einnahmen und Ausgaben und zum anderen die Empfänger der sozialen Leistungen unter Beachtung sozialstruktureller Merkmale betrachtet. Beide Betrachtungsperspektiven werden mit der räumlichen Sichtweise verschränkt.
- **Spezialberichte im Rahmen des Sozialstatistischen Berichtswesens** verfolgen die vertiefende Analyse von Erkenntnissen aus der Sozialstatistik nach unterschiedlichen Themenschwerpunkten. Die Spezialberichte erscheinen in unregelmäßiger zeitlicher Reihenfolge.

Die Veröffentlichungen der Gesundheitsberichterstattung und des Sozialstatistischen Berichtswesens stehen auf der Homepage des Statistikreferates der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz unter www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/index.html zur Verfügung. Die Ergebnisse werden auch in das Gesundheits- und Sozialinformationssystem (GSI) eingespeist, wo sie - überwiegend im zur Weiterverarbeitung geeigneten Excel-Format - unter <http://www.gsi-berlin.info> zugänglich sind. Die Nutzerinnen und Nutzer finden hier die Fülle der Informationen thematisch in regionaler und zeitlicher Differenzierung geordnet. Umfangreiche Suchfunktionen unterstützen das schnelle Auffinden der verfügbaren Texte, Tabellen oder Grafiken.

Einen Überblick über den Aufbau der Gesundheitsberichterstattung und des Sozialstatistischen Berichtswesens im GSI gibt die folgende Abbildung:

Gesundheitsberichterstattung und Sozialstatistisches Berichtswesen der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz



Quelle / Darstellung: SenGesUmV Referat I A

1. Vorbemerkungen

Basisberichte sind neben Spezialberichten, Statistischen Kurzinformationen und Diskussionspapieren eine etablierte Berichtsform der Berliner Gesundheitsberichterstattung (GBE). Der Basisbericht orientiert sich am Indikatorenansatz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder, der von der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) beschlossen wurde und der Vergleichbarkeit der Bundesländer dient. Standard ist hierbei die geschlechter- und migrantensensible Betrachtung ebenso wie der zeitliche und räumliche Vergleich. In 11 Themenfeldern wird ein Überblick über den Gesundheitszustand der Berlinerinnen und Berliner und das Gesundheitswesen in der Stadt gegeben. Aktuell stehen den Informationssuchenden 316 Indikatoren entsprechend dem Indikatorenansatz zur Verfügung, darüber hinaus 75 Tabellen mit ergänzenden, berlingspezifischen Informationen.

Inhaltliche Schwerpunkte

Ausgewählte Indikatoren werden im vorliegenden Basisbericht 2010/2011 ausführlich dargestellt, ergänzt um angrenzende und damit in Zusammenhang stehende Bereiche. Schwerpunkte bilden dabei Schlüsselindikatoren des Gesundheitszustandes wie Lebenserwartung, vorzeitige bzw. vermeidbare Sterblichkeit und Todesursachen, Pflegebedürftigkeit, gesundheitsrelevante Verhaltensweisen, Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen, Gesundheitsförderung und Gesundheitsschutz; außerdem werden die ambulante Morbidität und Versorgung thematisiert. Dieses Kapitel enthält neben Informationen zur ambulanten ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung, den Steuerungsstrukturen in der psychiatrischen Versorgung, dem öffentlichen Gesundheitsdienst und medizinischen Einrichtungen sowie den Krankheitskosten in ambulanten Einrichtungen vor allem Angaben zur ambulanten Morbidität der Berlinerinnen und Berliner. Mit dem Berichtsteil „Ambulante Morbidität“ werden erstmalig im Rahmen der Berliner Gesundheitsberichterstattung Informationen zu personenbezogenen Diagnosehäufigkeiten und Behandlungsanlässen aus Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Berlin präsentiert. Die Ergebnisse zeigen das Krankheitsspektrum, das in erster Linie im ambulanten Sektor behandelt wird, zum anderen geben sie Hinweise für eine an der Morbidität der Bevölkerung orientierten Bedarfs- und Versorgungsplanung. Das Sachwortregister mit mehr als 300 Stichworten ermöglicht den Nutzerinnen und Nutzern ein schnelles Auffinden der im Bericht enthaltenen Informationen zum Berliner Gesundheits- und Sozialwesen.

Veränderte Berichtsform

Seit 2008 steht neben den traditionellen Berichten im Internet außerdem das Gesundheits- und Sozialinformationssystem (GSI) mit rund 7.000 Dokumenten zur Verfügung, die täglich von Informationssuchenden aus unterschiedlichen Bereichen - Verbänden, Landes- und Bundeseinrichtungen, Verwaltungen, Politik, Universitäten - abgerufen werden. Die Ergebnisse der Berliner Gesundheitsberichterstattung können - überwiegend als Excel-Dateien - von der Seite des Gesundheits- und Sozialinformationssystems unter <http://www.gsi-berlin.info> heruntergeladen werden.

Im GSI können mit Hilfe umfangreicher Suchmöglichkeiten schnell und gezielt die von den Nutzerinnen und Nutzern gewünschten detaillierten Informationen zur gesundheitlichen und sozialen Lage der Bevölkerung recherchiert und unkompliziert weiterbearbeitet werden. Diesen Vorteil und die inzwischen große Akzeptanz des Systems nutzen wir, um den Umfang des Basisberichts nicht weiter anwachsen zu lassen. Der Basisbericht 2010/2011 enthält als Druckexemplar bzw. als pdf-Datei keine Tabellen mehr, diese werden ausschließlich im nutzerfreundlichen Excel-Format im GSI veröffentlicht. Dieses neue Berichtskonzept erlaubt auch, nach Erstellung einer Druckfassung thematisch dazugehörige aktuellere Daten in Tabellenform kurzfristig zu ergänzen.

Die Broschüre bzw. pdf-Datei enthält im Anhang ein Verzeichnis aller im GSI zur Verfügung stehenden Indikatoren und Tabellen des Basisberichts 2010/2011. Außerdem wird in den einzelnen Textbeiträgen auf die jeweils zugehörigen Tabellen verwiesen.

Der gesamte Tabellensatz des Basisberichts 2010/2011 kann im GSI über die erweiterte Suche http://www.gsi-berlin.info/gsi_suchen.asp mit folgenden Einstellungen angezeigt werden:

Kontext: „Basisbericht GBE Berlin 2010/2011“ auswählen.

Art: „Tabelle“ auswählen.

Zum Auffinden einer bestimmten Tabelle sind im GSI in der erweiterten Suche http://www.gsi-berlin.info/gsi_suchen.asp folgende Einstellungen vorzunehmen:

Kontext: „Basisbericht GBE Berlin 2010/2011“ auswählen,

Suchtext: das Wort Tabelle und die entsprechende Nummer (z. B. Tabelle 2.1-1) eingeben,

Such-Modus: „alle Wörter, Suche nur im Kommentar“ auswählen.

Von der pdf-Datei aus genügt ein Mausklick auf den Verweis im Text, um zur gewünschten Tabelle im GSI zu gelangen.

Neben der direkten Suche nach der Tabellenummer können auch die vielfältigen Suchmöglichkeiten nach inhaltlichen oder formalen Kriterien genutzt werden.

2 Bevölkerung und Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems

2.1 Berliner Bevölkerung

2.1.1 Stand, Entwicklung und Struktur

In Berlin lebten Ende 2010 3.460.725 Personen, 51 % von ihnen waren Frauen und 14 % hatten eine nichtdeutsche Staatsangehörigkeit. Nach Mitteilungen des Amtes für Berlin-Brandenburg stieg die **Bevölkerungszahl** Berlins im Jahr 2010 gegenüber dem Vorjahr um rd. 18.000 Personen, damit konnte im sechsten Jahr in Folge für die Bundeshauptstadt ein Bevölkerungszuwachs registriert werden.

Berliner Bevölkerung nimmt seit sechs Jahren zu

Die positive Bevölkerungsbilanz wurde insbesondere durch einen **Wanderungsgewinn** von 16.800 Personen bestimmt. Nach Berlin zogen im Jahr 2010 rd. 147.800 Personen, im Gegenzug verließen 131.000 Personen die Stadt. Den größten Anteil an dem Wanderungsgewinn hatten die Zugezogenen, die aus den alten Bundesländern ihren Wohnsitz nach Berlin verlagerten (13.700) - an das Berliner Umland verlor Berlin 4.100 und ans Ausland 1.200 Personen. Die größten Gewinne wiesen die Bezirke Pankow, Spandau und Steglitz-Zehlendorf (3.800, 3.100, 3.000 Personen) auf, Wanderungsverluste hatten Mitte, Neukölln und Friedrichshain-Kreuzberg (-1.500, -600, -300 Personen).

Die in Berlin lebenden 472.500 **ausländischen Bürger** kommen aus 190 unterschiedlichen Staaten:

- Knapp drei Viertel sind Europäer: 33 % bzw. 149.700 stammen aus den Staaten der Europäischen Union (26 ohne Deutschland), ein Viertel (41.000) darunter sind Polen, 15.800 Italiener, 13.200 Franzosen und 10.200 Briten. Aus den übrigen europäischen Ländern sind türkische Staatsangehörige mit 23 % (104.600) aller Ausländer am stärksten vertreten, gefolgt von serbischen Staatsbürgern (19.200; darunter auch Bürger des ehemaligen Serbien und Montenegro, die noch nicht den Nachfolgestaaten zugeordnet wurden) und 15.300 Bürgern der Russischen Föderation.
- Aus asiatischen Staaten stammen 14 % (die größte Gruppe sind 13.000 Vietnamesen), aus Amerika knapp 6 % (darunter die Hälfte, 12.700 Personen, aus den USA), aus Afrika 4 % und unter ein Prozent aus Australien und Ozeanien.

Seit dem Mikrozensus 2005 stehen auch Informationen über den **Migrationshintergrund** der Bevölkerung - d. h. neben dem aus der Staatsangehörigkeit erhobenen Merkmal „nichtdeutsch“ werden auch eingebürgerte und als Aussiedlerinnen und Aussiedler eingewanderte Personen sowie Personen, deren Eltern eines dieser Merkmale aufweisen, erfasst - zur Verfügung. Danach verfügten am 31.12.2010 insgesamt 26 % bzw. rd. 870.000 Berlinerinnen und Berliner über einen Migrationshintergrund. Die bezirkliche Spannweite liegt zwischen 45 % im Bezirk Mitte und 7 % im Bezirk Treptow-Köpenick. Berlin befindet sich mit seinem Migrantenanteil aber insgesamt im unteren Drittel der Großstädte, Städte wie Frankfurt a. M. (über 40 %), Stuttgart (38 %) oder Köln (33 %) haben einen deutlich höheren Anteil.

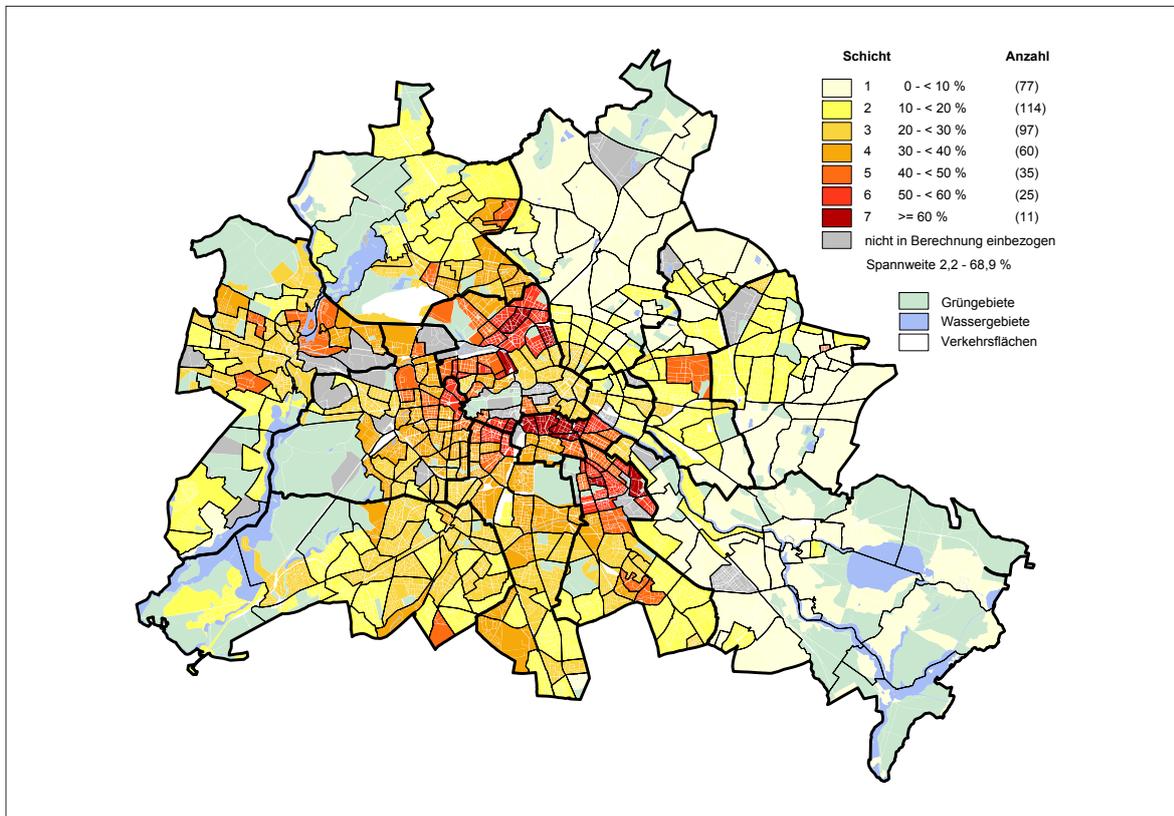
Spannweite des Migrationshintergrundes liegt zwischen 45 % in Mitte und 7 % in Treptow-Köpenick

In den **Berliner Planungsräumen**¹ - kleinste Raumeinheit im Konzept der lebensweltlich orientierten Räume (LOR) - liegen die Anteile von Personen mit Migrationshintergrund an der Bevölkerung zwischen 2 % in Märchenland (Bezirk Pankow) und 69 % am Askanischen Platz (Bezirk Friedrichshain-Kreuzberg). Die meisten Planungsräume mit Anteilen von 50 und mehr Prozent liegen im Bezirk

¹ Von den insgesamt 447 Berliner Planungsräumen wurden 419 mit einer Gesamteinwohnerzahl größer/gleich 1.000 in die Auswertung einbezogen.

Mitte, in den östlichen Bezirken Pankow und Treptow-Köpenick gibt es keine Planungsräume mit Anteilen über 30 Prozent, in Lichtenberg und Marzahn-Hellersdorf jeweils nur einen (Herzbergstraße und Helle-Mitte mit jeweils 41 %) (vgl. Abbildung 2.1)

Abbildung 2.1:
Anteil der Personen mit Migrationshintergrund an der Bevölkerung in Berlin am 31.12.2010 auf Planungsebene, in 7 Schichten

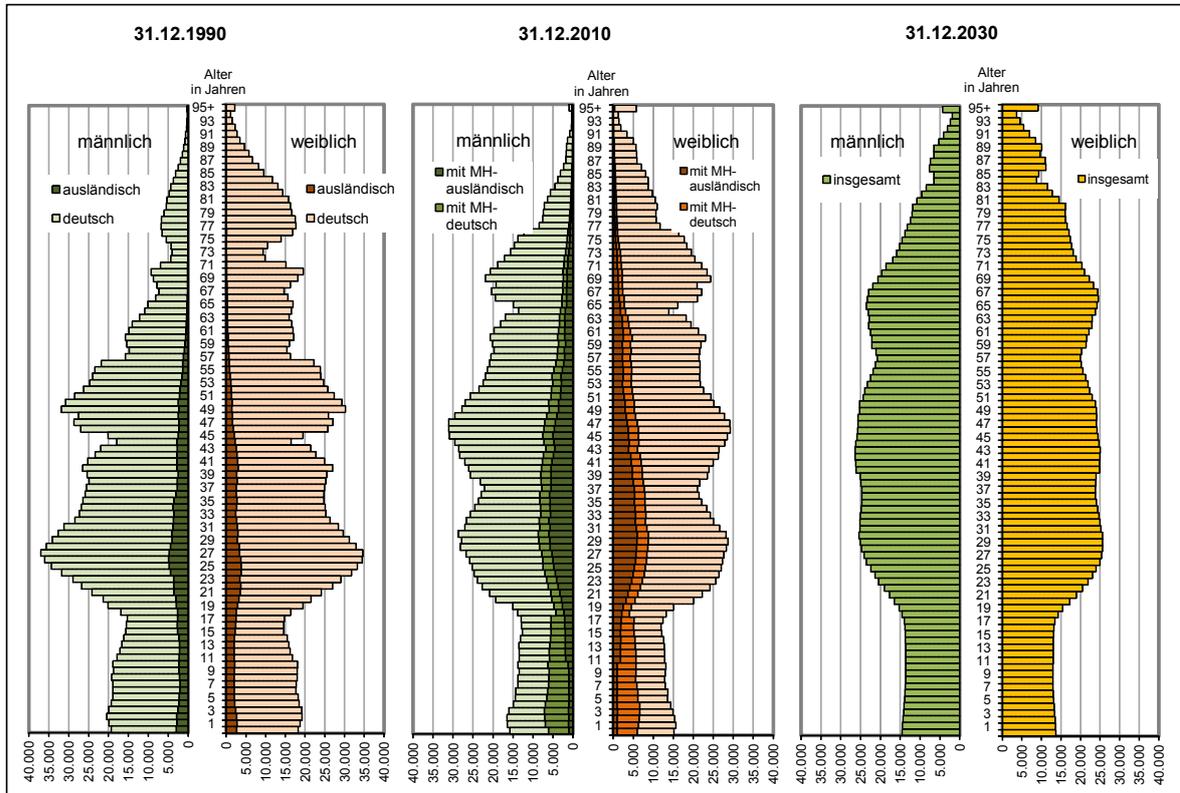


(Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Die Bevölkerungsentwicklung wird neben den Wanderungssalden von der Differenz zwischen Geborenen und Gestorbenen beeinflusst. Erfreulicherweise lässt sich für Berlin auch 2010 - fortgesetzt seit 2007 - ein **Geburtenüberschuss** feststellen. 32.234 Berlinerinnen und Berliner sind 2010 verstorben, knapp 2 % mehr als im Vorjahr (differenzierte Informationen zur Mortalität sind dem Kapitel 3 zu entnehmen). Im Verlaufe des Jahres 2010 kamen 33.393 Kinder lebend zur Welt, dies bedeutet einen Anstieg um 1.289 Kinder bzw. 4 % im Vergleich zum Vorjahr. Die zahlenmäßig meisten Lebendgeborenen sind in den Bezirken Pankow und Mitte mit 4.421 bzw. 3.846 zu beobachten, während es in Reinickendorf nur 1.937 waren. Die Geburtenziffer (Lebendgeborene je 1.000 Einwohner) beträgt für Berlin 9,7 und hat sich damit seit 2005 kontinuierlich erhöht.

Die **Altersstruktur** der Berliner Bevölkerung stellt sich wie folgt dar: 12 % bzw. 425.499 waren am 31.12.2010 Kinder und Jugendliche (0-14 Jahre), 69 % bzw. 2.374.144 waren im erwerbsfähigen Alter (15 - 64 Jahre) und 19 % bzw. 661.082 waren 65 Jahre und älter. Das Durchschnittsalter der Berlinerinnen und Berliner lag bei 43 Jahren und ist damit in den letzten zwanzig Jahren um vier Jahre gestiegen (Männer 42, Frauen 44 Jahre). Die Einwohnerinnen und Einwohner von Steglitz-Zehlendorf wiesen mit 47 Jahren das höchste Durchschnittsalter auf, während Friedrichshain-Kreuzberg die jüngste Bevölkerung im Alter von durchschnittlich 38 Jahren hatte. Die größten Veränderungen sind in den Bezirken Marzahn-Hellersdorf und Lichtenberg zu beobachten: Hier stieg das Durchschnittsalter seit Anfang der 1990er Jahre um 13 bzw. 8 Jahre.

Abbildung 2.2:
Alterspyramide der Berliner Bevölkerung (0 - 95+ Jahre) am 31.12.1990 und im Prognosejahr 2030 auf Basis der fortgeschriebenen Bevölkerung und am 31.12.2010 auf Basis des Einwohnerregisters nach Altersjahren, Geschlecht und Staatsangehörigkeit bzw. Migrationshintergrund (MH)



(Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg / SenStadt Berlin / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Der Altersaufbau Berlins, wie auch Deutschlands, weicht schon lange von der idealen Vorstellung ab, die sich in Form der klassischen **Bevölkerungspyramide** darstellen lässt: Danach stellen die stärksten Jahrgänge die Kinder und die Besetzungszahlen der jüngeren Jahrgänge verringern sich allmählich als Folge der Sterblichkeit. Stattdessen ist heute das mittlere Alter am stärksten besetzt: Die bevölkerungsstärksten Lebensjahre liegen zwischen 45 und 48 Jahren, dicht gefolgt von den 28- bis 30-Jährigen mit jeweils rund 30.000 Männern und Frauen pro Altersjahr und Geschlecht. Zwanzig Jahre zuvor waren die meisten Berlinerinnen und Berliner im Alter zwischen 25 und 35 Jahren, mit jeweils rund 35.000 Personen pro Lebensjahr und Geschlecht. Schaut man mit Hilfe der für Berlin vorliegenden Bevölkerungsprognose zwanzig Jahre voraus, so zeigt sich, dass sich das Volumen der einzelnen Altersjahre sehr angleicht, die 25- bis 50-Jährigen werden pro Lebensjahr mit jeweils 25.000 Frauen und Männer besetzt sein. Aber auch die 60- bis 70-Jährigen werden mit jeweils 40.000 pro Jahrgang gleichmäßig vertreten sein. Die vielen charakteristischen Einschnitte in der Alterspyramide - bedingt durch den ersten und zweiten Weltkrieg sowie den Geburtenknick in den 1970er Jahren - wachsen mehr und mehr raus, so dass sich die Form von einer vom Wind zerzausten Tanne hin zu einem Laubbaum - ähnlich einer Pappel - mit schmalen Stamm entwickelt (vgl. Abbildung 2.2).

mittleres Lebensalter
in Bevölkerungspyramide von 2010
am stärksten besetzt

Interessant ist die Verteilung der Menschen mit und ohne Migrationshintergrund (darstellbar nur für das Jahr 2010): Über 40 % eines Geburtsjahrganges der heute 0- bis 17-Jährigen haben einen Migrationshintergrund, da seit 01.01.2000 die Optionsregelung gilt, d. h. im Inland geborene Kinder ausländischer Eltern erhalten nach den in § 3 StAG genannten Voraussetzungen zunächst die deutsche Staatsangehörigkeit, ebenso wie Kinder unter 10 Jahren, deren Eltern bis zum 31.12.2000 einen Antrag für diese Regelung gestellt haben.

Ausführliche tabellarische Aufbereitungen zur Berliner Bevölkerung entsprechend dem Indikatorenansatz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder stehen in den Tabellen [2.1-1](#), [2.2-1](#), [2.3-1](#), [2.4-1](#), [2.5-1](#), [2.5z-1](#), [2.7-1](#), [2.7-2](#), [2.8-1](#), [2.9-1](#), [2.10-1](#), [2.10-2](#), [2.10z-1](#), [2.11-1](#) und [2.12-1](#) der Berliner Gesundheitsberichterstattung im Internet unter <http://www.gsi-berlin.info/> (Gesundheits- und Sozialinformationssystem - GSI) zum Herunterladen zur Verfügung.

2.1.2 Haushalte und Familien

54 % der Berliner Haushalte sind Einpersonenhaushalte – in einem Viertel leben 65-Jährige und Ältere

Im Jahr 2009 gab es in Berlin 1,99 Mio. Haushalte mit rund 3,43 Mio. Haushaltsmitgliedern. Damit ist die Zahl der Privathaushalte seit Anfang der 1990er Jahre um 12 % gestiegen, die Zahl der Haushaltsmitglieder um 1 % gesunken. Die durchschnittliche **Haushaltsgröße** ging zurück: 2009 lebten durchschnittlich 1,7 Personen in einem Haushalt, zwanzig Jahre zuvor waren es noch 1,9 Personen. Mit 54 % überwiegen die Einpersonenhaushalte gegenüber den Mehrpersonenhaushalten. In 25 % der Einpersonenhaushalte lebten ausschließlich Seniorinnen und Senioren. Über alle Altersgruppen betrachtet lebten in den Einpersonenhaushalten je zur Hälfte Frauen und Männer, mit zunehmendem Alter überwiegen in dieser Haushaltsform jedoch die Frauen (65 Jahre und älter: 74 % Frauen). Menschen mit ausländischer Staatsangehörigkeit leben häufiger in Mehrpersonenhaushalten.

In 15 % aller Haushalte lebten Familien - dazu zählen entsprechend dem Lebensformkonzept Ehepaare, nichteheliche und gleichgeschlechtliche Lebenspartnerschaften sowie alleinerziehende Mütter und Väter - mit mindestens einem Kind unter 18 Jahren: Von diesen 308.000 Haushalten verfügten drei Prozent nur über ein **monatliches Haushaltsnettoeinkommen** bis 900 EUR, 35 % gaben an, monatlich 2.600 EUR und mehr zur Verfügung zu haben. Alleinerziehende sind deutlich häufiger unter den Geringverdienern vertreten, 9 % haben nicht mehr als 900 EUR monatlich zur Verfügung, während in der obersten Einkommensgruppe nur sechs Prozent vertreten sind (vgl. im GSI verfügbare Tabellen [2.17-1](#) und [2.17-2](#)).

2.2 Ausgewählte Aspekte zur wirtschaftlichen und sozialen Lage

Die gesundheitswissenschaftliche Forschung der letzten Jahre zeigt eindrucksvoll den Zusammenhang zwischen genetischen, biologischen und psychologischen Konstitutionen der Menschen und den gesellschaftlichen, ökonomischen und ökologischen Lebens- und Arbeitsbedingungen². Die Potenziale der Menschen, individuelle und gesellschaftliche Risikofaktoren sowie die Art und Weise ihrer Interaktion entscheiden über Gesundheit oder Krankheit des Einzelnen bzw. ganzer Bevölkerungsgruppen.

Von den Facetten Arbeitslosigkeit, gesundheitsschädigende Arbeitsbedingungen (z. B. Lärm, Stress, unregelmäßige Arbeitszeiten), niedriges Bildungsniveau, niedriges Einkommen über längere Zeiträume (u. a. aus Transferleistungen wie Sozialhilfe, Arbeitslosen- und Wohngeld) sowie unzureichende Wohnbedingungen hinsichtlich der Wohnungsgröße und des Wohnumfeldes geht große soziale Benachteiligung aus. Welche Auswirkungen dies auf den Gesundheitszustand hat, lässt sich jedoch nicht eindeutig für einen Menschen oder eine Bevölkerungsgruppe bestimmen. Wesentlich scheint das Auftreten von Mehrfachbenachteiligungen in Verbindung mit der Dauer der Benachteiligung zu sein, jedoch können bestimmte Phänomene, wie sozialer Zusammenhalt der Familie und anderer sozialer Netze, kompensierend wirken.

Umfangreiche Beschreibungen gibt es z. B. über die Zusammenhänge zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit³. So werden negative Auswirkungen auf die psychosoziale Gesundheit wie Resi-

² Mielck, Andreas (2000): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Bern: Hans Huber; Wilkinson, Richard G. (2001): Kranke Gesellschaften. Soziales Gleichgewicht und Gesundheit. Wien: Springer.

³ DGB Bereich Arbeitsmarktpolitik (2010): Gesundheitsrisiko Arbeitslosigkeit - Wissensstand, Praxis und Anforderungen an eine arbeitsmarktintegrierte Gesundheitsförderung. arbeitsmarktaktuell 09/August 2010.

Grobe, T.; Schwarz, F. (2003): Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Robert Koch-Institut, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 13.

gnation, Rückzug, vermindertes Selbstwertgefühl, Schlafstörungen, depressive Störungen und Suchtmittelkonsum genannt. Konkret rauchen nach Angaben des Mikrozensus 2009 z. B. arbeitslose Männer mit 49 % häufiger als berufstätige (34 %).

Weniger eindeutig sind somatische Effekte auf Herz-Kreislaufkrankungen, Magen-Darm-Störungen oder bösartige Neubildungen. Aber auch hier gilt: Gesundheitsrelevante Folgen von Arbeitslosigkeit werden durch Alter, Geschlecht, Vorerkrankungen, den sozioökonomischen Status, die Qualifikation, die soziale Unterstützung und individuelle Bewältigungsressourcen beeinflusst. Insgesamt schätzen Arbeitslose ihren Gesundheitszustand zu 23 % als „weniger gut“ und „schlecht“ ein, Berufstätige nur zu 11 %.

2.2.1 Bildungsabschlüsse und Erwerbstätigkeit

2.2.1.1 Schul- und Ausbildungsabschlüsse

80 % der Berlinerinnen und Berliner haben nach Angaben des Mikrozensus 2009 einen allgemeinen **Schulabschluss**, nicht einbezogen wurden hier noch nicht Schulpflichtige und Schüler. Ohne Schulabschluss sind je fünf Prozent der Frauen und Männer, deutliche Unterschiede zeigt die Differenzierung nach Staatsangehörigkeit: So haben nur drei Prozent der Deutschen keinen Schulabschluss, während es in der ausländischen Berliner Bevölkerung 20 % sind.

Beschränkt man die Analyse auf die 15- bis 64-jährigen Berliner Erwerbstätigen, sinken die Anteile der Kategorie ohne Schulabschluss auf insgesamt drei Prozent. Hier zeigen sich Unterschiede zwischen Frauen (3 %) und Männern (4 %) sowie zwischen Erwerbstätigen mit deutscher (2 %) und ausländischer (15 %) Staatsangehörigkeit. Die Hälfte der Erwerbstätigen mit allgemeinem Schulabschluss hat die Fachhochschulreife bzw. das Abitur erworben, nur jeder Achte weist als höchsten Schulabschluss einen Hauptschulabschluss auf. Beim Vergleich der Geschlechter zeigt sich, dass Männer zu Lasten des mittleren Schulabschlusses häufiger mit der Hauptschule abschließen als Frauen (15 % bzw. 11 %). Abweichend stellt sich die Verteilung bei den erwerbstätigen ausländischen Berlinerinnen und Berlinern mit einem allgemeinem Schulabschluss dar: 22 % erreichten nur einen Hauptschulabschluss, dagegen 61 % den höchsten Abschluss (Fachhochschulreife bzw. Abitur) (vgl. im GSI verfügbare Tabellen [2.13-1](#) und [2.13-2](#)).

die Hälfte der Erwerbstätigen hat Fachhochschulreife bzw. Abitur erworben

Von allen Berlinerinnen und Berlinern haben 64 % einen **berufsbildenden bzw. Hochschulabschluss**, jede vierte Person ist ohne beruflichen Ausbildungsabschluss und 12 % sind unter 15 Jahre und damit noch zu jung für einen derartigen Abschluss. Bei Frauen liegt der Anteil ohne beruflichen Ausbildungsabschluss mit 26 % zwei Prozentpunkte über dem der Männer, während nahezu die Hälfte (47 %) der ausländischen Bevölkerung keinen Abschluss hat.

Unter den 15- bis 64-jährigen Erwerbstätigen liegt der Anteil derjenigen mit einem beruflichen Abschluss bei 81 %, 19 % sind ohne Abschluss. Wie in der Gesamtbevölkerung sind auch hier häufiger Männer (21 %) und ausländische Personen (37 %) ohne Berufsabschluss, allerdings weisen die geringeren Werte in dieser Altersgruppe auf positive Veränderungen der Bildungsstruktur in den jüngeren Jahrgängen hin.

19 % der Erwerbstätigen ohne beruflichen Abschluss, bei ausländischen Personen sogar 37 %

Über die Hälfte (52 %) der Erwerbstätigen mit beruflichem Abschluss hat eine Lehr- bzw. Anlernausbildung absolviert, zu dieser Kategorie zählen auch ein berufliches Praktikum, der Vorbereitungsdienst für den mittleren Dienst in der öffentlichen Verwaltung, ein berufsqualifizierender Abschluss an einer Berufsschule sowie der Abschluss einer 1-jährigen Schule des Gesundheitswesens. Die mittlere Berufsbildungskategorie Fachschulabschluss - dazu zählen auch Meister-/Technikerausbildung, Abschluss einer 2- oder 3-jährigen Schule des Gesundheitswesens, Abschluss

einer Fach- oder Berufsakademie, Abschluss einer Verwaltungsfachhochschule, Abschluss der Fachschule der ehemaligen DDR - haben 11 % der Berliner Erwerbstätigen erworben. Etwas mehr als ein Drittel (37 %) der Berliner Erwerbstätigen kann einen (Fach-)Hochschulabschluss nachweisen. Frauen haben gegenüber Männern häufiger einen mittleren Abschluss (13 % zu 9 %). Von den ausländischen Personen mit beruflichem Abschluss gehören 57 % zur höchsten Kategorie, 37 % zur niedrigsten - bei den Deutschen ist das Verhältnis genau umgekehrt (vgl. im GSI verfügbare Tabellen [2.14-1](#) und [2.14-2](#)).

Nach Ergebnissen der Arbeitskräfteerhebung⁴ traten junge Menschen in Deutschland später in den **Arbeitsmarkt** ein als noch 1999 und verblieben dafür länger in Bildung und Ausbildung. Dies macht sich besonders bei den 20- bis 24-Jährigen bemerkbar, von denen 2009 37 % erwerbstätig waren, während dies zehn Jahre zuvor - bei unveränderten Erwerbslosenanteilen - noch auf 44 % dieser Altersgruppe zutraf. Der Einstieg in den Arbeitsmarkt findet jedoch zunehmend über befristete Arbeitsverhältnisse statt: Von den 20- bis 24-jährigen Erwerbstätigen befanden sich 25 % in einem solchen Beschäftigungsverhältnis und von den 25- bis 29-Jährigen 16 %. 1999 lagen die Anteile noch bei 17 bzw. 10 %. Bei den älteren Erwerbstätigen von 35 bis 64 Jahren lag der Anteil 2009 nahezu unverändert bei knapp fünf Prozent.

2.2.1.2 Erwerbstätigkeit

Erwerbstätigenquote
in Berlin bei 65 % -
seit 1999 Anstieg
um 4 %-Punkte

1,55 Mio. Berlinerinnen und Berliner waren nach Angaben des Mikrozensus 2009 erwerbstätig, d. h. sie stehen in einem oder mehreren Arbeitsverhältnissen, betreiben selbständig ein Gewerbe oder eine Landwirtschaft oder üben einen freien Beruf aus. Die überwiegende Zahl der Erwerbstätigen (1,53 Mio.) war im Alter zwischen 15 und 64 Jahren, 48 % von ihnen waren weiblich. Die **Erwerbstätigenquote**, d. h. Erwerbstätige bezogen auf die Bevölkerung der gleichen Alters- und Geschlechtsgruppe, lag in Berlin bei 65 % mit einer bezirklichen Spannweite zwischen 54 % in Spandau und 76 % in Pankow. Die Erwerbstätigenquote der Frauen betrug 63 %, die der Männer 67 %, sie sind damit im Vergleich zu vor zehn Jahren um sechs bzw. drei Prozentpunkte gestiegen. Die höchsten Erwerbstätigkeitsquoten hatten Frauen zwischen dem 40. und 49. Lebensjahr mit durchschnittlich 76 %, für Männer lag der Gipfel zwischen dem 35. und 44. Lebensjahr mit durchschnittlich 82 %, wobei sie in den jeweils fünf Lebensjahren davor und danach dem Niveau der höchsten Frauenquoten entsprachen.

Der überwiegende Teil der Erwerbstätigen (61 %) arbeitete im Angestelltenverhältnis (dazu gehören auch Auszubildende in kaufmännischen und technischen Ausbildungsberufen), je 16 % waren Arbeiter und Arbeiterinnen (einschließlich Auszubildende in gewerblichen Ausbildungsberufen) sowie Selbständige. Unter den Erwerbstätigen mit Migrationshintergrund waren 22 % Selbständige, 24 % Arbeiter und Arbeiterinnen und nur 51 % Angestellte (vgl. im GSI verfügbare Tabellen [2.18-1](#), [2.18-2](#), [2.18-3](#), [2.18-4](#)).

2.2.2 Arbeitslosigkeit und ausgewählte Aspekte zur Gesundheit von Arbeitslosen

2.2.2.1 Zahl und Struktur der Arbeitslosen

Die Bundesagentur für Arbeit definiert die **Arbeitslosenquote** als Anteil der Arbeitslosen an der Gesamtzahl aller bzw. der abhängig zivilen Erwerbspersonen (vgl. Erläuterungen). Diese Bezugswerte liegen nicht für die gesundheitlichen Kategorien Schwerbehinderung und Abgang in Arbeitsunfähigkeit vor, d. h. es ist nicht bekannt, wie viele Schwerbehinderte bzw. Arbeitsunfähige

⁴ Im Internet unter <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statistiken/Arbeitsmarkt/content75/JungeMenschenlaengerinBildung,templateId=renderPrint.psm1> - zuletzt aufgerufen am 01.08.2011.

unter den zivilen Erwerbstätigen sind. Um jedoch für Vergleiche zwischen den Bezirken, den Altersgruppen und der Staatsangehörigkeit relative Zahlen zu bilden, werden die absoluten Zahlen der Arbeitslosen in Berlin bzw. in den Berliner Bezirken auf die entsprechenden Bevölkerungszahlen im erwerbsfähigen Alter von 15 bis 64 Jahren oder entsprechender Teilgruppen in Berlin bzw. den Berliner Bezirken bezogen.

Am 31.12.2010 waren in Berlin 218.697 Personen arbeitslos gemeldet, das entspricht bezogen auf die zivilen Erwerbspersonen einer Arbeitslosenquote von 12,8 % (bezogen auf die Anzahl der Einwohner im erwerbsfähigen Alter in Berlin liegt dieser Anteil bei 9,4 %). Die Arbeitslosenquote der Ausländerinnen und Ausländer lag bei 24,1 % (der Quotient aus ausländischen Arbeitslosen und ausländischer Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter ergab 12,2 %).

Arbeitslosenquote
lag am 31.12.2010
in Berlin bei 12,8 %

Von den 218.697 Berliner Arbeitslosen wurde der größte Teil (81,9 %) im **Rechtskreis des SGB II** (Grundsicherung für Arbeitssuchende) gezählt. Das waren 7,7 % der Einwohner im Alter von 15 bis 64 Jahren in Berlin. Unter der ausländischen Berliner Bevölkerung dieser Altersgruppe lag der Anteil der Arbeitslosen nach dem SGB II bei 11,0 %, bei den deutschen Staatsangehörigen war er mit 7,1 % niedriger.

Weniger als 20 % der Arbeitslosen waren im **Rechtskreis des SGB III** registriert. Deutlich geringer war daher deren Anteil an der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter (1,7 %). Anders als beim SGB II lag hier der Arbeitslosenanteil unter den Deutschen (1,8 %) höher als der unter den Ausländern (1,2 %).

Bei den Berliner **Männern** lagen die Anteile der Arbeitslosen an der Bevölkerung im Alter von 15 bis 64 Jahren höher als bei den **Berlinerinnen** (Männer: 124.475 Pers., 10,7 % / Frauen: 94.222 Pers., 8,2 % - die offizielle Arbeitslosenquote, d. h. berechnet auf die zivilen Erwerbspersonen, betrug 13,9 bzw. 11,5 %). Von 100 männlichen Ausländern dieser Altersgruppe waren 13 arbeitslos, unter den deutschen Männern betraf es ca. 10 von 100. Unter den ausländischen Frauen lag der Anteil der Arbeitslosen mit 11,3 % um 3,7 Prozentpunkte über dem Anteil bei den deutschen Frauen (7,6 %).

Der im **Vergleich der Berliner Bezirke** höchste Anteil an Arbeitslosen an den Einwohnern des Bezirks im erwerbsfähigen Alter war mit 12,3 % für den Bezirk Mitte zu verzeichnen, den niedrigsten Anteil hatte Steglitz-Zehlendorf mit 5,7 %. Betrachtet man für den Bezirksvergleich die offizielle Arbeitslosenquote, d. h. Arbeitslose bezogen auf die zivilen Erwerbspersonen, dann hat Neukölln mit 17,3 % den höchsten Wert, erst danach folgt Mitte mit 12,3 % und Steglitz-Zehlendorf hat mit 10,0 % die niedrigste Quote.

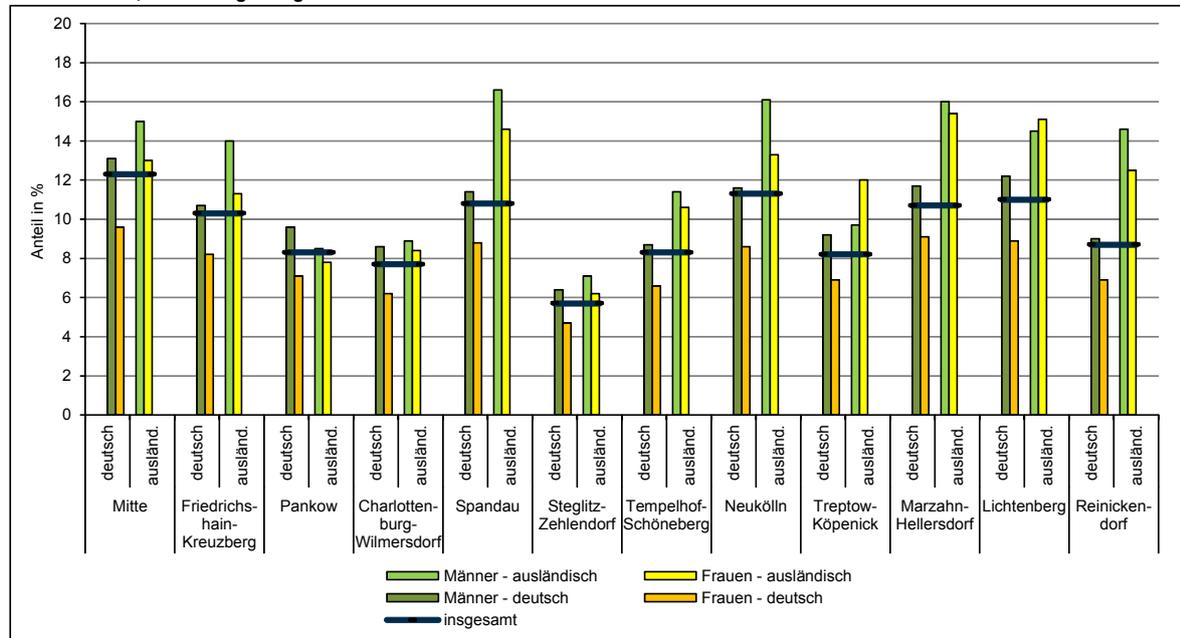
höchste Arbeitslosen-
quote in Neukölln
mit 17,3 %, niedrigste
in Steglitz-Zehlendorf
mit 10,0 %

Die Rate arbeitsloser ausländischer Männer zwischen 15 und 64 Jahren unter der gleichaltrigen männlichen Bezirksbevölkerung führte mit 16,6 % Spandau an; in Marzahn-Hellersdorf war der Arbeitslosenanteil unter den Ausländerinnen mit 15,4 % am höchsten. Deutsche Männer wie auch deutsche Frauen im Alter von 15 bis 64 Jahren wiesen die höchsten Anteile an Arbeitslosen im Bezirk Mitte (13,1 % bzw. 9,6 %) auf. In Steglitz-Zehlendorf waren bei deutschen bzw. ausländischen Frauen und Männern die niedrigsten Anteile zu verzeichnen.

Von den **15- bis 24-jährigen** Einwohnern in Berlin waren 5,5 % arbeitslos gemeldet. Betroffen waren 6,4 % der jungen Männer und 4,5 % der jungen Frauen. Nach Staatsangehörigkeit betrachtet gibt es kaum einen Unterschied bei den Arbeitslosenanteilen. Im bezirklichen Vergleich lag in Marzahn-Hellersdorf der Anteil von Arbeitslosen in dieser Altersgruppe (8,1 %) mehr als zweieinhalb Prozentpunkte höher als im Berliner Durchschnitt. In Steglitz-Zehlendorf waren mit 3,1 % die anteilmäßig wenigsten Arbeitslosen zu verzeichnen. Den höchsten Arbeitslosenanteil unter den jungen Ausländerinnen und Ausländern hatte mit 7,4 % Spandau und den niedrigsten Pankow (1,9 %). Steglitz-Zehlendorf hatte den kleinsten Arbeitslosenanteil an Deutschen (3,2 %) in der Altersgruppe der 15- bis 24-Jährigen, Marzahn-Hellersdorf mit 8,2 % den höchsten.

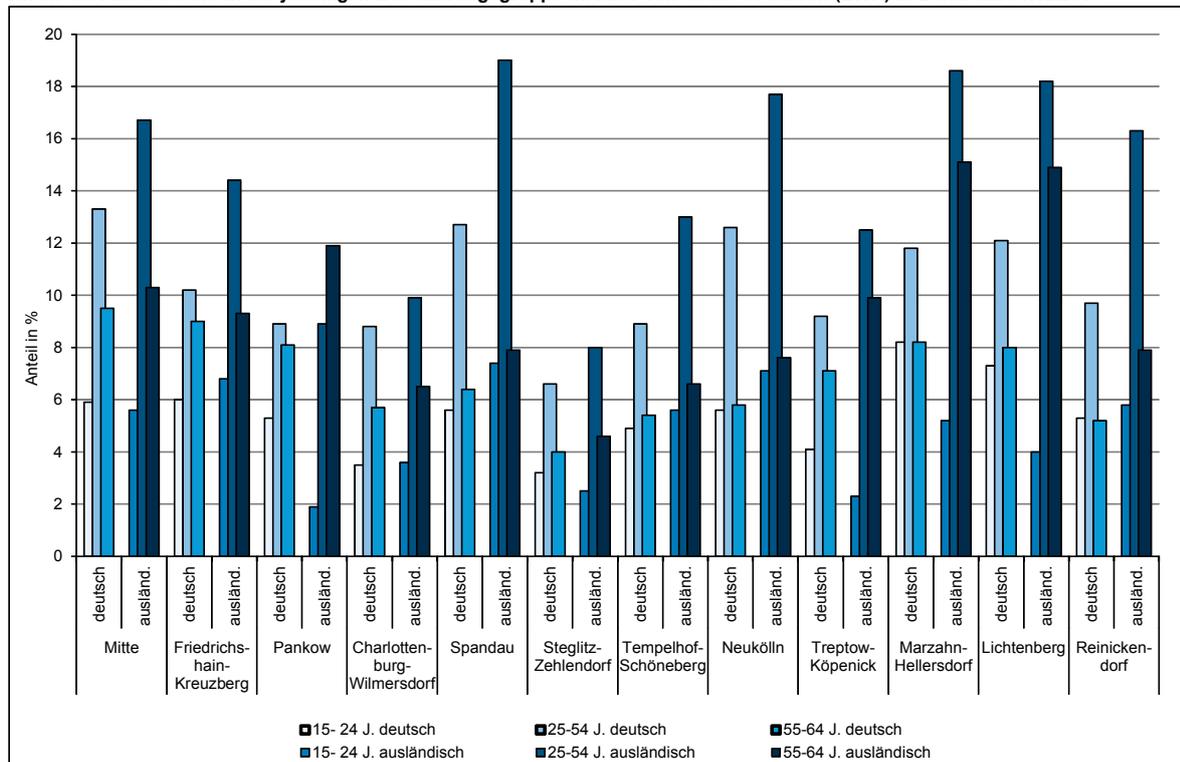
Der Anteil von Arbeitslosen an der Bevölkerung zwischen **25 und 55 Jahren** in Berlin war am Jahresende 2010 doppelt so hoch (11,0 %) wie in der Altersgruppe der 15- bis 24-Jährigen. Der Anteil in der ausländischen Bevölkerung (14,3 %) lag um 4 Prozentpunkte höher als in der deutschen

Abbildung 2.3:
Anteil der Arbeitslosen an der jeweiligen Bevölkerungsgruppe im Alter von 15 bis 64 Jahren (EWR) in Berlin am 31.12.2010 nach Bezirken, Staatsangehörigkeit und Geschlecht



(Datenquelle: Bundesagentur für Arbeit / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Abbildung 2.4:
Anteil der Arbeitslosen an der jeweiligen Bevölkerungsgruppe im Alter von 15 bis 64 Jahren (EWR) in Berlin am 31.12.2010



(Datenquelle: AFS Berlin-Brandenburg / Bundesagentur für Arbeit / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

(10,3 %). Männer (12,3 %) waren stärker betroffen als Frauen (9,7 %). In dieser Altersgruppe hatte Mitte mit 14,5 % den höchsten Anteil an Arbeitslosen, in Steglitz-Zehlendorf lag er am niedrigsten (6,8 %). Der Arbeitslosenanteil der gleichaltrigen Ausländerinnen und Ausländer lag in Spandau (19,0 %) am höchsten.

Unter der **55- bis 64-jährigen** Berliner Bevölkerung lag der Arbeitslosenanteil bei 6,8 %. Von den ausländischen Mitbürgerinnen und Mitbürgern waren 8,0 % arbeitslos. Bei den Deutschen betrug der Anteil 6,7 %. Männer (7,9 %) hatten einen höheren Arbeitslosenanteil als Frauen (5,8 %). Im Bezirksvergleich war wie bei den 25- bis 54-Jährigen Steglitz-Zehlendorf mit 4,1 % der Bezirk mit dem niedrigsten und Mitte (9,7 %) der Bezirk mit dem höchsten Anteil an Arbeitslosen. Die anteilig meisten Arbeitslosen unter den ausländischen 55- bis 64-Jährigen waren in Marzahn-Hellersdorf (15,1 %) zu finden. Nur 4,0 % der Deutschen waren es dagegen in Steglitz-Zehlendorf.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass in Berlin in allen drei Altersgruppen - bezogen auf die Einwohner gleichen Alters und Geschlechts - die ausländischen Männer am stärksten von Arbeitslosigkeit betroffen waren (vgl. Abbildungen 2.3 und 2.4).

2.2.2.2 Arbeitslosigkeit im Zeitraum 2000 bis 2010

Der zeitliche Verlauf der Arbeitslosenzahl im Jahresdurchschnitt seit 2000 zeigt in Berlin eine fast durchgehende Erhöhung bis zum Jahr 2005, wo sie mit 319.178 Arbeitslosen ihren Höchststand erreichte. Eine erhebliche Rolle spielte die Zusammenlegung von Arbeitslosen- und Sozialhilfe zu einer einheitlichen Grundsicherung für Arbeitssuchende (SGB II) ab dem 1. Januar 2005. Die Empfänger der früheren Arbeitslosenhilfe gemäß SGB III sowie arbeitsfähige Sozialhilfeempfänger werden seitdem nicht nur gemeinsam betreut, sondern auch auf gleicher Rechtsgrundlage statistisch erfasst⁵. Das Nebeneinander von zwei unterschiedlichen Systemen wurde abgeschafft. Das ließ die Arbeitslosenzahlen im Jahr 2005 in der Statistik steigen. Im Rechtskreis des SGB III blieben die Arbeitslosen, die Versicherungsleistungen aus der Arbeitslosenversicherung beziehen (Arbeitslosengeld I).

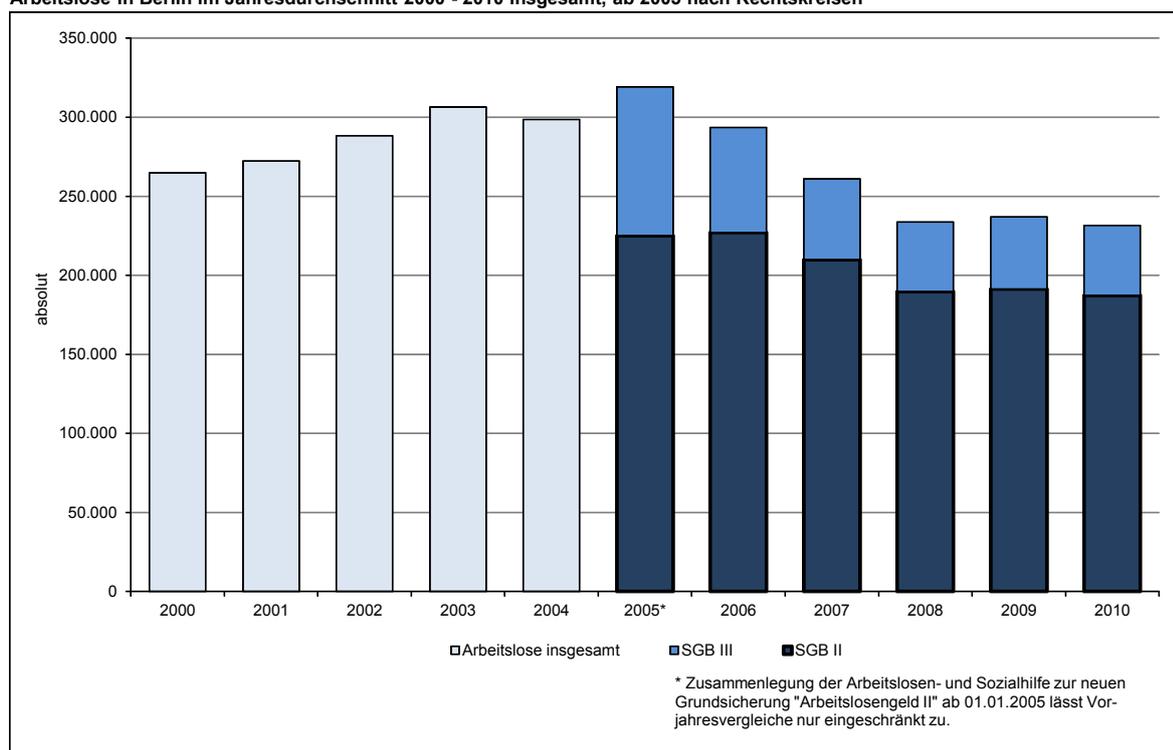
Die Vielzahl der **rechtlichen Veränderungen**, die Einfluss auf die Höhe der Arbeitslosenzahlen gehabt haben dürften, können an dieser Stelle nicht abschließend besprochen werden. Einfluss auf die sinkenden Arbeitslosenzahlen im weiteren Verlauf nach 2005 hatten u. a. die Erhöhung der Anzahl von Maßnahmen der aktiven Arbeitsförderung (§ 3 Abs. 4 SGB III) und von Leistungen zur Eingliederung (§ 16 SGB II). Die Teilnahme an diesen Maßnahmen sollte einen Einstieg in den Arbeitsmarkt begünstigen. Die Personen, die an diesen Maßnahmen teilnahmen, sind in der Zeit der Teilnahme nicht als arbeitslos gezählt worden. Auch die Personen, die die Hilfe von privaten Arbeitsvermittlern (seit 2002 freies Gewerbe) in Anspruch nahmen, erschienen nicht mehr in der Arbeitslosenstatistik.

Seit dem Jahr 2005 verringerten sich die Arbeitslosenzahlen, ab 2008 haben sie sich in ihrer Höhe nur geringfügig verändert. Im Jahresdurchschnitt 2010 gab es in Berlin 231.485 Arbeitslose. Auch das Größenverhältnis der Anzahl der Arbeitslosen nach SGB II bzw. nach SGB III hat sich seit 2008 stabilisiert, u. a. weil die anfänglichen Schwierigkeiten bei der Umstellung auf die verschiedenen Rechtskreise überwunden worden waren (vgl. Abbildung 2.5).

Ausführliche tabellarische Aufbereitungen zur Arbeitslosigkeit entsprechend dem Indikatorenansatz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder stehen die in den Tabellen [2.20-1](#), [2.20-2](#) und [2.21-1](#) der Berliner Gesundheitsberichterstattung im Internet unter <http://www.gsi-berlin.info/> (Gesundheits- und Sozialinformationssystem - GSI) zum Herunterladen zur Verfügung.

⁵ Vor 2005 wurden die Arbeitslosen durch die bundeseigenen Arbeitsagenturen und die Sozialhilfeempfänger durch die kommunalen Sozialämter betreut und verwaltet.

Abbildung 2.5:
Arbeitslose in Berlin im Jahresdurchschnitt 2000 - 2010 insgesamt, ab 2005 nach Rechtskreisen



(Datenquelle: Bundesagentur für Arbeit / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

2.2.2.3 Arbeitsunfähigkeit bei Arbeitslosen

Die Datenlage zum **Gesundheitszustand** der Arbeitslosen ist sehr eingeschränkt. Für einen bezirklich differenzierten Überblick steht z. Zt. nur die Arbeitslosenstatistik der Bundesagentur für Arbeit zur Verfügung, hier werden Arbeitslose erfasst nach Strukturmerkmalen wie Wohnort (Bezirk), Rechtskreisen SGB II/SGB III, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, Altersgruppen sowie den gesundheitlichen Merkmalen „Abgang in die Arbeitsunfähigkeit“⁶ und „Grad der Behinderung“.

Für die nachfolgende Darstellung wurden Sonderauswertungen der Bundesagentur für Arbeit, Regionaldirektion Ost, zum 31. Dezember 2010 verwendet.

7 % der im Dezember 2010 arbeitslos gemeldeten Personen waren krank

Danach lagen im Dezember 2010 in Berlin von den 218.697 gemeldeten Arbeitslosen 16.050 Krankmeldungen vor, das entspricht einem Anteil von 7 %. Fast drei Fünftel der Arbeitslosen sind **Männer** (124.475 / 57 %), ihr Anteil an den Krankmeldungen lag jedoch bei nur 49 %. Von den 94.222 arbeitslosen **Frauen** (43 % aller arbeitslos Gemeldeten) lagen somit häufiger Krankschreibungen vor. Das gilt für die deutschen Frauen mit 8 % (Männer 6 %) wie für die ausländischen arbeitslosen Frauen mit 10 % (Männer: 7 %) gleichermaßen.

Das Verhältnis **deutschen zu ausländischen Arbeitslosen** ist 78 % zu 22 %. Ähnlich fällt auch das Verhältnis der Krankmeldungen aus: Drei Viertel (12.144) der Krankmeldungen entfielen auf deutsche Arbeitslose, 3.865 Abgänge in die Arbeitsunfähigkeit auf ausländische Arbeitslose.

Erstaunliche Ergebnisse zeigten die Auswertungen nach **Rechtskreisen**: Die krankheitsbedingten Abmeldungen lagen im Rechtskreis SGB II (Arbeitslosengeld II, genannt „Hartz IV“) fast doppelt so hoch wie im Rechtskreis SGB III (Arbeitslosengeld I): 1.754 Arbeitsunfähigkeitsmeldungen (ent-

⁶ Die Daten werden monatlich ausgewertet und enthalten alle Arbeitslosen, die sich in dem betreffenden Monat krankgemeldet haben und damit aus der Arbeitslosenstatistik herausfallen. Dies ist eine Fallzählung, d. h., es ist möglich, dass sich eine Person in einem Monat mehrfach krank meldet. Die Dauer der Arbeitsunfähigkeit kann nicht ausgewiesen werden.

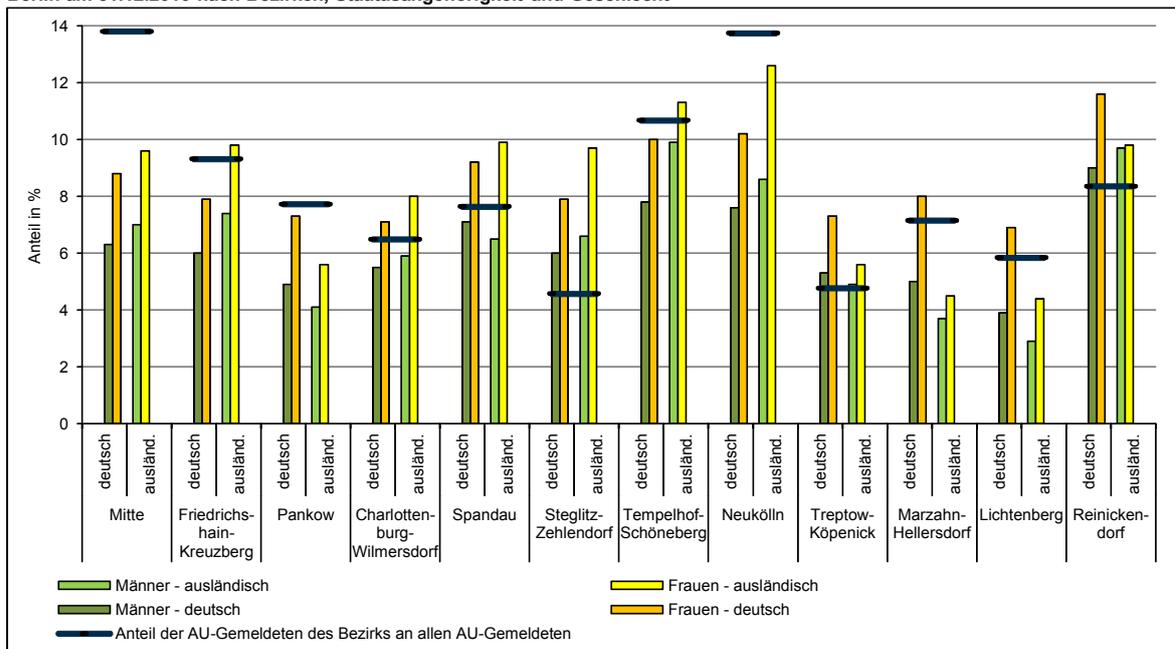
spricht 4 % der Arbeitslosen mit Anspruch nach SGB III) lagen im Dezember von den knapp 40.000 Arbeitslosengeld I-Empfängern und -Empfängerinnen vor. Bei den 179.200 Hartz IV-Empfängern und -Empfängerinnen lag der Anteil bei 8 % respektive 114.300 Krankmeldungen. Ähnliche Aussagen treffen bei Betrachtung nach Geschlecht und Staatsangehörigkeit zu: Auch bei diesen Gruppen lagen im Rechtskreis II mehr Abgänge in Arbeitsunfähigkeit vor und hier vermehrt bei den ausländischen Arbeitslosen. Besonders hoch fiel der Anteil bei den ausländischen Frauen aus: Von den 2.023 Krankmeldungen kamen zu 96 % (1.936) Arbeitsunfähigkeitsmeldungen von Ausländerinnen, die Leistungen nach SGB II erhielten. Das sind 10 % aller weiblichen ausländischen Arbeitslosen, die diese Transferleistungen erhielten. Lediglich 4 % der krankgemeldeten arbeitslosen Ausländerinnen (87 von 2.103) zählten in den Rechtskreis SGB III.

Für **altersspezifische Auswertungen** stehen drei Altersgruppen zur Verfügung: 15 - 24, 25 - 54 und 55 - 64 Jahre. Die über die gesamte Altersspanne von 15 bis 64 Jahren beschriebenen Auffälligkeiten zeigten sich in den drei Altersgruppen gleichermaßen. Jedoch steigt mit zunehmendem Alter der Anteil der Arbeitsunfähigkeitsmeldungen, Frauen im Alter zwischen 55 und 65 Jahren weisen die höchsten Anteile auf: So waren 10 % der Hartz IV beziehenden deutschen Frauen im Dezember 2010 krankgemeldet (SGB III lediglich 5 %; Männer 8 bzw. 4 %). Noch weit höher lag die Rate der älteren ausländischen Empfängerinnen von Arbeitslosengeld II mit fast 15 % vorgelegten Bescheinigungen (SGB III lediglich 6 %; Männer 10 bzw. 5 %).

höchster Anteil von AU-Meldungen bei 55- bis 64-jährigen Ausländerinnen mit Arbeitslosengeld II

Deutliche Unterschiede zeigen sich bei der Betrachtung der einzelnen **Berliner Bezirke**: Von den insgesamt 16.050 im Dezember 2010 eingereichten Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen der Berliner Arbeitslosen entfielen zahlenmäßig die wenigsten auf Steglitz-Zehlendorf (733 bzw. 5 %), während es in Neukölln und Mitte mit je rund 2.200 jeweils 14 % aller Bescheinigungen waren. Beim Verhältnis der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen zu den jeweils gemeldeten Arbeitslosen der Bezirke zeigt sich eine Spannweite von 5 % in Lichtenberg und 10 % in Reinickendorf (vgl. Abbildung 2.6).

Abbildung 2.6:
Anteil der arbeitsunfähig (AU) gemeldeten Arbeitslosen an den jeweiligen Arbeitslosen im Alter von 15 bis 64 Jahren (EWR) in Berlin am 31.12.2010 nach Bezirken, Staatsangehörigkeit und Geschlecht



(Datenquelle: Bundesagentur für Arbeit / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

2.2.2.4 Zahl und Struktur der Schwerbehinderten

6,3 % der Berliner Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter sind schwerbehindert

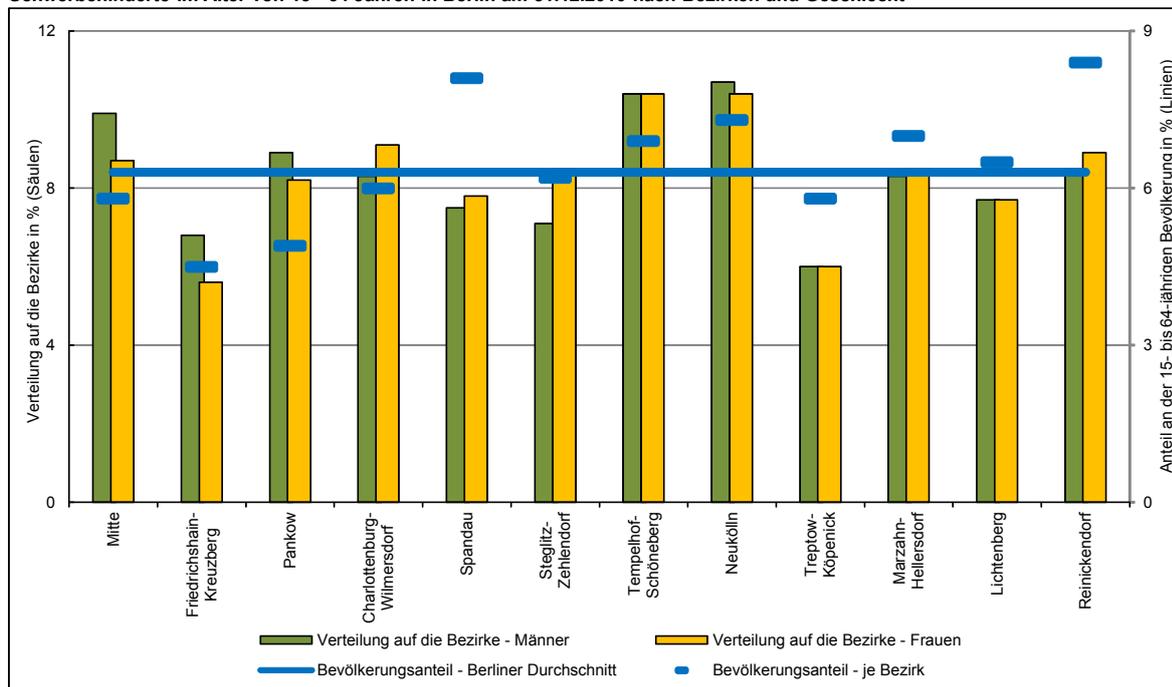
Laut Amt für Statistik Berlin-Brandenburg gab es 2009 in Berlin 146.607 schwerbehinderte Personen im Alter von 15 bis 64 Jahren, denen ein **Grad der Behinderung** (GdB) von 50 und mehr zuerkannt wurde (vgl. den zweijährlich erscheinenden Statistischen Bericht K II 1 - 2j/09 „Schwerbehinderte Menschen in Berlin 2009“ vom Amt für Statistik Berlin-Brandenburg). Damit wiesen 6,3 % der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter dokumentierte körperliche, geistige oder seelische Beeinträchtigung auf. 49 % dieser Behinderten waren **männlich** (6,2 % der männlichen Bevölkerung zwischen 15 und 64 Jahren) und 51 % bzw. 74.377 Personen waren **weiblich** (6,5 % der Frauen im erwerbsfähigen Alter).

Die **bezirkliche** Verteilung der Schwerbehinderten zeigt für Reinickendorf (8,4 %), Spandau (8,1 %), Neukölln (7,3 %) und Marzahn-Hellersdorf (7,0 %) jeweils über dem Berliner Durchschnitt liegende Anteile der Schwerbehinderten an der Bevölkerung. Unterdurchschnittliche Anteile wiesen die Bezirke Friedrichshain-Kreuzberg (4,5 %), Pankow (4,9 %) sowie Treptow-Köpenick und Mitte mit jeweils 5,8 % auf.

Von allen in Berlin lebenden Schwerbehinderten hatten im Dezember 2009 die meisten ihren Wohnsitz in Neukölln (15.489 bzw. 10,6 %), die wenigsten lebten in Treptow-Köpenick (8.817 bzw. 6,0 %).

Neukölln, Mitte, Pankow und Friedrichshain-Kreuzberg waren die einzigen Bezirke, in denen mehr männliche als weibliche Schwerbehinderte registriert waren (vgl. Abbildung 2.7).

Abbildung 2.7:
Schwerbehinderte im Alter von 15 - 64 Jahren in Berlin am 31.12.2010 nach Bezirken und Geschlecht



(Datenquelle: AFS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

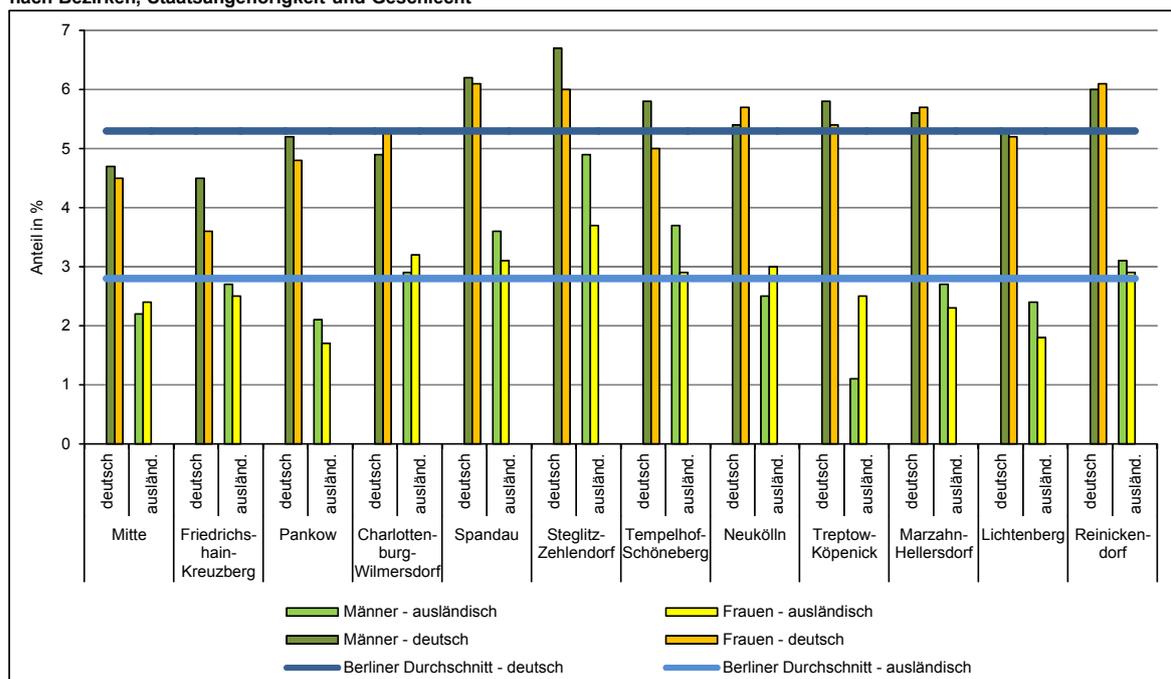
2.2.2.5 Schwerbehinderte Arbeitslose

2010 waren fast 5 % aller Arbeitslosen schwerbehindert

Im Dezember 2010 erfasste die Bundesagentur für Arbeit, Regionaldirektion Berlin-Brandenburg, 10.445 Berliner Arbeitslose mit einem Grad der Behinderung von 50 und mehr, das sind knapp 5 % aller Arbeitslosen (vgl. im GSI verfügbare Tabelle [2.20-2](#)). Etwas über 5 % der deutschen

Arbeitslosen waren schwerbehindert, bei den ausländischen Arbeitslosen lag der Prozentsatz knapp unter 3 %. Überdurchschnittlich viele schwerbehinderte deutsche Arbeitslose beiderlei **Geschlechts**, gemessen an den entsprechenden Arbeitslosen des **Bezirks**, wohnten in den Bezirken Steglitz-Zehlendorf, Reinickendorf und Spandau (je 6 %). In Steglitz-Zehlendorf gab es zudem einen überdurchschnittlichen Anteil Schwerbehinderter bei den ausländischen Arbeitslosen, insbesondere den männlichen. Die Anteile von Personen mit Schwerbehinderung an den ausländischen von Arbeitslosigkeit Betroffenen lagen in Pankow, Treptow-Köpenick und Lichtenberg mit je 2 % unter dem Durchschnitt (vgl. Abbildung 2.8).

Abbildung 2.8:
Anteil der schwerbehinderten Arbeitslosen an allen Arbeitslosen im Alter von 15 bis 64 Jahren in Berlin am 31.12.2010 nach Bezirken, Staatsangehörigkeit und Geschlecht



(Datenquelle: Bundesagentur für Arbeit / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Die Verteilung der schwerbehinderten Arbeitslosen auf die 12 Bezirke zeigt einen hohen Anteil ausländischer Arbeitsloser mit Schwerbehinderung zwischen 15 und 64 Jahren in Mitte (18 %) und Neukölln (17 %), während in Pankow (3 %), Marzahn-Hellersdorf (2 %) und Treptow-Köpenick (1 %) vergleichsweise wenige schwerbehinderte ausländische Arbeitslose lebten.

Im Dezember 2010 erhielt die Arbeitsagentur von den 10.445 schwerbehinderten Arbeitslosen 1.129 **Arbeitsunfähigkeitsmeldungen**, das heißt circa 11 % aller schwerbehinderten Arbeitslosen meldeten sich krank. Somit lag der Anteil um fast 4 %-Punkte über dem Wert aller krankgemeldeten Arbeitslosen. Auch dieser Gruppe ist gemein, dass sich zum einen wesentlich mehr Frauen als Männer arbeitsunfähig meldeten, zum anderen reichten besonders oft SGB II-Arbeitslose Krankmeldungen ein und hier fielen speziell die ausländischen Frauen mit einem Anteil von fast 20 % (95 von 483) auf. Ein Vergleich mit den Daten des Monats August 2010 bestätigte die Gesamtaussage, zeigte jedoch aufgrund der kleinen Fallzahlen Schwankungen in der bezirklichen Ausprägung, deshalb wird auf eine detaillierte Darstellung verzichtet.

2.2.3 Beschäftigung schwerbehinderter Menschen

In der Berliner Verwaltung sind seit 2006 deutlich mehr schwerbehinderte Menschen beschäftigt als vorgeschrieben. Zudem hat sich die Zahl der mit schwerbehinderten Beschäftigten besetzten Arbeitsplätzen in den vergangenen vier Jahren weiter erhöht, wie dem „Bericht über die Erfüllung

der Beschäftigungsquote schwerbehinderter Menschen in der Berliner Verwaltung 2010“ zu entnehmen ist⁷.

Berlin belegt mit Beschäftigungsquote für Schwerbehinderte von 7,89 % bundesweiten Spitzenplatz

Die **Berliner Verwaltung** hat gemäß § 71 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) - wie alle privaten und öffentlichen Arbeitgeber mit jahresdurchschnittlich monatlich mindestens 20 Arbeitsplätzen - die Pflicht, auf wenigstens 5 % der Arbeitsplätze schwerbehinderte Menschen zu beschäftigen. Tatsächlich waren es im Jahr 2009 im Jahresdurchschnitt 7,89 %, d. h. 3.575 mehr als im Gesetz vorgeschrieben. Im Vergleich der

Bundesländer belegt Berlin mit dieser **Beschäftigungsquote** den Spitzenplatz, gefolgt von Hessen (7,77 %) und Bremen (6,52 %). 2009 waren rund 64 % der schwerbehinderten Beschäftigten in den Berliner Behörden Frauen, etwa 36 % Männer.

Die Behörden der Berliner Verwaltung kommen somit der sozialpolitischen Verpflichtung bei der Beschäftigung schwerbehinderter Menschen vorbildlich nach. Die positive Entwicklung ist auf verschiedene Maßnahmen zur Förderung der Einstellung und Beschäftigung schwerbehinderter Menschen in der Berliner Verwaltung - wie die bevorzugte Vergabe öffentlicher Aufträge an die Behinderten-Werkstätten - zurückzuführen.

Die Beschäftigungsquote in der Berliner Verwaltung hat sich zwischen 2006 und 2009 wie folgt verbessert:

Tabelle 2.1:
Beschäftigungsquote schwerbehinderter Menschen in der Berliner Verwaltung 2006 - 2010

Jahr	Ist-Quote (in %)	Beschäftigung Schwerbehinderter		Arbeitsplätze insgesamt (Jahresdurchschnitt)
		Pflichtplätze (Soll)	besetzte Arbeitsplätze (Ist)	
2006	6,75	6.615	8.937	132.302
2007	7,10	6.430	9.139	128.607
2008	6,95	6.828	9.499	136.574
2009	7,89	6.164	9.739	123.291

(Datenquelle: SenInnSport, Berlin)

Betrachtet man **alle anzeigepflichtigen Berliner Arbeitgeber**, so lässt sich für 2009 in Berlin eine Beschäftigungsquote von 5,3 % feststellen, während sie in Deutschland nur bei 4,5 % lag. Das entsprach 49.953 bzw. 907.654 mit Schwerbehinderten besetzten Arbeitsplätzen. Seit 2006 ist die Beschäftigungsquote in Berlin um 0,5, bundesweit um 0,3 %-Punkte gestiegen (vgl. im GSI verfügbare Tabelle [2.18-5](#)).

2.2.4 Einnahmen und Ausgaben privater Haushalte

verfügbares Einkommen der Berlinerinnen und Berliner deutlich unter Bundesdurchschnitt

Entgegen dem Bundestrend hatten die privaten Haushalte Berlins im Jahr 2009 zwei Prozent mehr Einkommen zur Verfügung als im Jahr zuvor. Nach den Ergebnissen der „Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen der Länder“ betrug das verfügbare Einkommen der Haushalte berechnet je Einwohner im Durchschnitt 15.843 EUR, damit lag Berlin jedoch 3.140 EUR unter dem Wert für Deutschland und auf Rang 13 aller 16 Bundesländer.

Spitzenreiter im Bundesländervergleich sind Hamburg und Bremen mit 24.137 bzw. 21.156 EUR pro Einwohner und Jahr, noch geringer als in Berlin war das 2009 je Einwohner **verfügbare Einkommen** in Sachsen-Anhalt, Thüringen und Mecklenburg-Vorpommern mit Werten zwischen 15.568 und 15.226 EUR (vgl. im GSI verfügbare Tabellen [2.15-1](#), [2.15-2](#)).

⁷ Senatsverwaltung für Inneres und Sport (2010): Bericht über die Erfüllung der Beschäftigtenquote schwerbehinderter Menschen in der Berliner Verwaltung 2010. SenInnSport Berlin.

Anders als das sich aus der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung der Länder ergebende Gesamteinkommen der privaten Haushalte und der Organisationen ohne Erwerbszweck betrachtet die Einkommens- und Verbrauchsstichprobe die monatliche Einkommenssituation des einzelnen Haushalts. Dabei errechnet sich das verfügbare Einkommen aus der Summe aller erzielten Einkünfte, abzüglich Steuern und Pflichtbeiträge zur Sozialversicherung und bildet damit das Einkommen, das den Einwohnern für Konsum- und Sparzwecke zur Verfügung steht (vgl. auch Erläuterungen).

Auf Basis der zuletzt 2008 durchgeführten Einkommens- und Verbrauchsstichprobe können Einnahmen, insbesondere aber **Ausgaben der privaten Haushalte** dargestellt werden. Danach verfügte ein Berliner Haushalt pro Monat durchschnittlich über 2.331 EUR, die er zu 81 % für private Konsumausgaben verwendete und zu knapp acht Prozent sparte (Deutschland: 76 bzw. 11%). Die Sparrate differiert sehr nach Haushaltsgröße und -typ: So konnten allein lebende Männer sechs Prozent, alleinlebende Frauen jedoch nur zwei Prozent ihres monatlichen Einkommens zurücklegen, Haushalte mit drei bis vier Personen zwischen 11 und 15 %, Alleinerziehende nur zwei Prozent und Personen im Rentenalter griffen auf das Ersparte zurück. Pro Haushalt wurden 26 % des verfügbaren Monatseinkommens für Wohnen, Energie und Instandhaltung der Wohnung ausgegeben (Einpersonenhaushalte 31 %, Haushalte mit vier Personen 21 %), 12 % für Nahrungsmittel, Getränke und Tabakwaren (Alleinerziehende 15 %, Arbeitslose 19 %) und 11 % für Freizeit, Unterhaltung und Kultur (Arbeitslose und Haushalte mit Kindern nur acht bis neun Prozent, Rentner und Rentnerinnen 15 %) (vgl. im GSI verfügbare Tabelle [2.15z-1](#)).

2.2.5 Empfängerinnen und Empfänger ausgewählter Leistungen nach SGB XII und nach dem Asylbewerberleistungsgesetz

2.2.5.1 Leistungen nach dem 3. und 4. Kapitel des Sozialgesetzbuches (SGB) XII

Seit dem 01.01.2005 ist die **gesetzliche Grundlage** für den Leistungsbezug von Hilfe zum Lebensunterhalt (HzL) bzw. Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung das Sozialgesetzbuch (SGB) XII (3. und 4. Kapitel). Entsprechende Erläuterungen zu diesen Gesetzesgrundlagen wie auch zum Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) sind im Basisbericht 2009 bzw. zu den Veränderungen in der Sozialgesetzgebung im Basisbericht 2006/2007 zu finden.

Die nachfolgenden Ausführungen und die zugehörigen, im Gesundheits- und Sozialinformationssystem (GSI) unter <http://www.gsi-berlin.info/> verfügbaren Daten konzentrieren sich jeweils auf den Stand 31.12. der Jahre 2009 und 2010. Darüber hinaus sind weitere Daten im GSI im Bereich Sozialstatistisches Berichtswesen zugänglich, die fortlaufend aktualisiert werden.

Empfängerinnen und Empfänger von Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen (nach Kapitel 3, SGB XII)

Hilfe zum Lebensunterhalt erhielten in Berlin am 31.12.2010 6.946 Menschen. Am 31.12.2009 waren es 6.470 Personen. 2010 lag die **Empfängerzahl** somit um 7,4 % höher als 2009. Im Vergleich zu den Jahren 2007 und 2008, die im Basisbericht 2009 beschrieben wurden, haben sich die Empfängerzahlen (in den Altersgruppen 15 bis 64 Jahre und 65 Jahre und älter) deutlich verringert. Das hängt mit der Ende des Jahres 2007 begonnenen Umstellung auf die neue Fachsoftware im Bereich Soziales zusammen und muss bei der Betrachtung der Daten 2007 und 2008 bzw. der Zeitreihen berücksichtigt werden und hat rein technische Gründe. Die Anteile der Empfängerinnen und Empfänger von Hilfe zum Lebensunterhalt an der Gesamtbevölkerung je 1.000 lagen 2009 bei 1,9 und 2010 bei 2,0.

Am 31.12.2010 gab es 3.295 weibliche Empfänger von Hilfe zum Lebensunterhalt (1,9 je 1.000 Einwohnerinnen). Wie auch in den Jahren zuvor lag der **Frauenanteil** an allen Personen, die Hilfe zum Lebensunterhalt erhielten, unter 50 %.

Unter den Personen, die Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt am 31.12.2010 bezogen, hatten 1.037 Personen eine **ausländische Staatsbürgerschaft** (2,2 je 1.000 der ausländischen Bevölkerung), das waren 14,9 % aller Empfänger und Empfängerinnen. Ähnlich sah es zum Jahresende 2009 aus.

Sozialhilfe-
empfängerquote
bei unter 15-Jährigen
am höchsten

Betrachtet man die Empfängerinnen und Empfänger in den drei großen **Altersgruppen** 0 bis 14 Jahre, erwerbsfähiges Alter (15 bis 64 Jahre) und ab 65 Jahre zeigt sich, dass die Sozialhilfeempfängerquote je 1.000 der gleichaltrigen Bevölkerungsgruppe bei den unter 15-Jährigen mit 3,7 deutlich über den Quoten der anderen beiden Altersgruppen lag (15 bis 64 Jahre: 2,1 je 1.000 / ab 65 Jahre: 0,8 je 1.000). Bei den unter 15-Jährigen war gegenüber 2009 eine deutlich stärkere Zunahme der Empfängerquoten zu beobachten als bei den älteren Jahrgängen (Quoten 2009 in den drei Altersgruppen: 3,2 / 2,0 / 0,7).

Die meisten Empfänger und Empfängerinnen lebten am 31.12.2010 im Bezirk Mitte (888 Personen). In der weiteren **bezirklichen Reihenfolge** nach der Höhe der Empfängerzahl folgten Neukölln (822), Charlottenburg-Wilmersdorf (688) und Friedrichshain-Kreuzberg (620). Auch bei den Empfängerquoten (je 1.000 der Bezirksbevölkerung) lagen Mitte und Neukölln mit 2,7 bzw. 2,6 je 1.000 auf den vordersten Plätzen der bezirklichen Rangfolge, danach kamen Reinickendorf (2,4 je 1.000) und Friedrichshain-Kreuzberg (2,3 je 1.000). In den Jahren 2007 bis 2009 befanden sich Mitte und Neukölln stets unter den Bezirken mit den höchsten Empfängeranzahlen bzw. den höchsten Empfängerquoten. Die geringsten Empfängerzahlen wiesen Treptow-Köpenick (416 Personen) und Spandau (428 Personen) auf, die niedrigsten Empfängerquoten unter den im Bezirk Lebenden verzeichneten Pankow und Steglitz-Zehlendorf mit jeweils 1,5 je 1.000 Einwohner.

Die Kinder und Jugendlichen wiesen nicht nur die höchsten Empfängerquoten auf, sondern hier waren auch die größten Unterschiede zwischen den Bezirken zu beobachten; sie reichten von 5,6 je 1.000 in Marzahn-Hellersdorf bis 1,7 in Steglitz-Zehlendorf. Anders als bei den Gesamtquoten zählten Mitte und Friedrichshain-Kreuzberg, die hier Rang 5 bzw. Rang 8 belegten, nicht zu den vier Bezirken mit den meisten unter 15-Jährigen mit Bezug von Hilfe zum Lebensunterhalt in der Bevölkerung.

In der Altersgruppe der 15- bis 64-Jährigen waren die Empfängerquoten in den Bezirken eher gleich verteilt mit dem höchsten Wert in Mitte (2,7 je 1.000) und dem niedrigsten in Pankow (1,5 je 1.000). Die über 65-Jährigen waren bezogen auf die gleichaltrige Bevölkerung am häufigsten in Charlottenburg-Wilmersdorf auf Hilfe zum Lebensunterhalt angewiesen (2,3 je 1.000), gefolgt von Mitte (1,4) und Steglitz-Zehlendorf (1,1). In Treptow-Köpenick und Lichtenberg waren die wenigsten über 65-Jährigen mit Sozialhilfebezug (jeweils 0,2 je 1.000) anzutreffen (vgl. im GSI verfügbare Tabelle [2.22-1](#)).

Empfängerinnen und Empfänger von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung außerhalb von Einrichtungen (nach Kapitel 4, SGB XII)

Die **Empfängerzahlen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung** lagen Ende des Jahres 2010 mit 50.323 Personen rund 4,0 % über den Werten des Jahres 2009 (48.374 Personen). Diese Tendenz ist mit unterschiedlicher Ausprägung seit 2007 zu beobachten. Der Anteil der Grundsicherungsempfänger und -empfängerinnen bezogen auf die Bevölkerung insgesamt betrug 2010 14,5 je 1.000 Einwohner (2009: 14,1 je 1.000).

Von den Leistungsempfängern von Grundsicherung nach SGB XII waren 26.030 **weiblichen** (ca. 51,7 %) und 24.293 (48,3 %) **männlichen Geschlechts**. Im Vergleich zu 2009 erhöhte sich die Zahl der Leistungsempfänger stärker (+5,8 %) als die der Leistungsempfängerinnen (+2,4 %). Das Gleiche lässt sich am Bevölkerungsbezug ablesen, der bei der weiblichen Bevölkerung 2010 und 2009 14,7 bzw. 14,5 je 1.000 ausmachte, während die Quoten der männlichen Bevölkerung Ende des jeweiligen Jahres bei 14,3 bzw. 13,6 je 1.000 lagen.

Rund 19 % der Grundsicherungsempfänger und -empfängerinnen am Ende des Jahres 2010 hatten die **ausländische Staatsangehörigkeit** (9.408 Personen), die Empfängerzahl lag ca. 8,7 % über der von 2009. Ausländische Grundsicherungsempfänger hatten einen Anteil von 19,9 je 1.000 an der ausländischen Bevölkerung (2009: 18,3).

Hauptempfängergruppe von bedarfsorientierter Grundsicherung sind ältere Menschen; 2010 wurden 28.296 über 65-Jährige unterstützt, das waren 42,8 je 1.000 der gleichaltrigen Bevölkerung (2009: 41,8 je 1.000). Die Quote der 22.027 Empfängerinnen und Empfänger im **Alter** von 18 bis 64 Jahren lag bei 9,6 je 1.000 (2009: 9,1).

Die meisten Grundsicherungsempfänger und -empfängerinnen (6.609 Personen) lebten Ende des Jahres 2010 im **Bezirk** Mitte. Neukölln (6.399 Personen), Tempelhof-Schöneberg (6.024 Personen), Charlottenburg-Wilmersdorf (5.981 Personen) und Friedrichshain-Kreuzberg (5.061 Personen) hatten ebenfalls hohe Empfängerzahlen. Auch 2009 und 2008 zählten diese Bezirke zur Gruppe mit den höchsten Empfängerzahlen. Bezogen auf die jeweilige Bevölkerung wiesen dieselben Bezirke - in etwas veränderter Rangfolge - die höchsten Quoten auf. Neukölln hatte 2010 einen Empfängeranteil von 20,5 je 1.000 (2009: 19,9 je 1.000), Mitte 19,8 je 1.000 (2009: 18,6 je 1.000), Friedrichshain-Kreuzberg und Charlottenburg-Wilmersdorf jeweils 18,7 je 1.000 (2009: 18,3 bzw. 17,7 je 1.000) und Tempelhof-Schöneberg 17,9 je 1.000 (2009: 17,2 je 1.000).

Empfängerquoten von Grundsicherung am höchsten in Mitte, am niedrigsten in Treptow-Köpenick

Der Bezirk mit den geringsten Empfängerzahlen war wie im Jahr zuvor auch 2010 Treptow-Köpenick mit 1.972 Personen bzw. 8,1 je 1.000 der Bezirksbevölkerung, d. h. die Quote in Neukölln erreichte das Zweieinhalbfache dieses niedrigsten Bezirkswertes. Im Vergleich absoluter Empfängerzahlen folgten Marzahn-Hellersdorf und Lichtenberg mit 2.477 bzw. 2.790 Personen, in der Rangfolge nach Quoten wurden die an Treptow-Köpenick angrenzenden Plätze von Pankow (8,3 je 1.000 Einwohner) und Steglitz-Zehlendorf (9,6 je 1.000) belegt.

Die **bezirklichen Empfängerquoten** von bedarfsorientierter Grundsicherung in der **Altersgruppe** der 18- bis 64-Jährigen reichten von Neukölln mit dem höchsten Wert (13,3 je 1.000) bis Steglitz-Zehlendorf mit einer Quote von 6,2 je 1.000 Einwohner. Außerordentliche Unterschiede zwischen den Bezirken sind bei den Empfängerquoten der älteren Bevölkerung zu beobachten. Die meisten Empfängerinnen und Empfänger waren in Friedrichshain-Kreuzberg anzutreffen mit 101,6 je 1.000 über 65-Jährige, die niedrigste Quote wies Treptow-Köpenick mit 14,5 je 1.000 auf. Damit errechnete sich für Friedrichshain-Kreuzberg der siebenfache Wert von dem in Treptow-Köpenick und eine Spannweite von 87,1 (vgl. im GSI verfügbare Tabelle [2.22-1](#)).

Empfängerinnen und Empfänger von Sozialleistungen außerhalb von Einrichtungen nach dem 3. und 4. Kapitel des SGB XII

Zur Sicherung ihres Lebensunterhaltes empfangen am 31.12.2010 57.269 Menschen **Sozialleistungen nach dem 3. und 4. Kapitel des SGB XII** (Hilfe zum Lebensunterhalt und bedarfsorientierte Grundsicherung) außerhalb von Einrichtungen, das betraf 16,5 Personen von 1.000 der Bevölkerung. Die Empfängerzahl hat sich im Vergleich zu 2009 um 2.425 Personen (+4,4 %) bzw. um 0,6 je 1.000 Einwohner erhöht.

Von den rund 57.000 Sozialleistungsempfängerinnen und -empfängern außerhalb von Einrichtungen bezogen ca. 12 % **laufende Hilfe zum Lebensunterhalt** und ca. 88 % **bedarfsorientierte Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung**. Die Anteile der Hilfearten an der Gesamtempfängerzahl von Sozialleistungen nach 3. und 4. Kapitel SGB XII sind damit gegenüber dem Vorjahr fast unverändert geblieben (vgl. im GSI verfügbare Tabelle [2.22-1](#)).

2.2.5.2 Empfängerinnen und Empfänger ausgewählter Gesundheits- und Pflegeleistungen nach dem SGB XII

Auf Grundlage des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz - GMG) werden nicht krankenversicherte Empfängerinnen und Empfänger von laufenden Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) XII **leistungsrechtlich den gesetzlich Krankenversicherten gleichgestellt** (sogenanntes „Chipkartenverfahren“). Sie gelten als Anspruchsberechtigte nach § 264 Abs. 2 SGB V. Bezieher von Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Dritten Kapitel SGB XII müssen mindestens einen Monat im ununterbrochenen Leistungsbezug stehen. Insgesamt hat damit die überwiegende Mehrheit aller Leistungsberechtigten nach SGB XII einen Anspruch auf die Übernahme der Krankenbehandlung durch die gesetzlichen Krankenkassen. **Leistungen nach dem 5. Kapitel SGB XII - Hilfen zur Gesundheit** - werden insofern vom Sozialhilfeträger nur noch für den Personenkreis direkt erbracht, der im vorgenannten Sinne nicht leistungsberechtigt ist.

Am 31.12.2010 gab es 7.947 Anspruchsberechtigte nach § 264 SGB V. Im Vergleich zu 2006 waren das 791 Personen (-9,1 %) weniger. Hilfen zur Gesundheit nach dem 5. Kapitel SGB XII erhielten am 31.12. 2010 259 Personen. Auch von 2006 bis 2009 lag diese Empfängerzahl auf einem geringen Niveau von unter 300 Personen und verringerte sich seit 2006 sogar leicht.

Behinderte Menschen in die Gesellschaft einzugliedern, diese Aufgabe wird durch den Leistungskatalog der **Eingliederungshilfe für behinderte Menschen** gemäß § 53 Abs. 3 SGB XII unterstützt. Dazu gehören Gesundheitsleistungen wie Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und heilpädagogische Maßnahmen für Kinder. Ziel soll sein, eine drohende Behinderung zu verhüten oder eine Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern. Leistungsberechtigt sind Personen, die durch eine Behinderung im Sinne von § 2 Abs. 1 Satz 1 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) wesentlich in ihrer Fähigkeit, an der Gesellschaft teilzuhaben, eingeschränkt oder von einer solchen wesentlichen Behinderung bedroht sind.

Eingliederungshilfe für behinderte Menschen (6. Kapitel SGB XII) bezogen am 31.12.2010 24.562 Personen. Diese **Empfängerzahl** hat sich von 2006 im Vergleich zu 2010 um 22,9 % (+4.570 Personen) erhöht. Auch die Anzahl der Personen, die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erhielten, erhöhte sich von 2006 zu 2010 auf 106 Personen. Heilpädagogische Maßnahmen beanspruchten am 31.12.2010 326 Personen, 122 mehr als 2006.

Pflegebedürftige sind zunehmend auf Hilfe zur Pflege nach SGB XII angewiesen

Anspruch auf **Hilfe zur Pflege** nach dem 7. Kapitel SGB XII haben Personen, welche pflegebedürftig sind und den notwendigen Pflegebedarf nicht durch eigenes Einkommen, Vermögen oder durch die Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung sicherstellen können. Hilfe zur Pflege umfasst außerhalb von Einrichtungen die häusliche Pflege mit Anspruch auf Pflegegeld und andere Leistungen wie z. B. Hilfsmittel, angemessene Aufwendungen der Pflegepersonen und die Kostenübernahme für die Heranziehung einer besonderen Pflegekraft. In Einrichtungen sind es die stationäre Pflege, die teilstationäre Pflege und die Kurzzeitpflege.

Pflegeleistungen gemäß dem 7. Kapitel SGB XII nahmen am 31.12.2010 26.904 Personen in Anspruch, 4.593 **Leistungsberechtigte** (+20,6 %) mehr als am 31.12.2006. Die Empfängerzahl außerhalb von Einrichtungen (+35,7 %) erhöhte sich seit 2006 viel stärker als die Anzahl der Empfängerinnen und Empfänger, die in Einrichtungen (+5,9 %) lebten (vgl. im GSI verfügbare Tabelle [10.8z-1](#)).

2.2.5.3 Empfängerinnen und Empfänger von Regelleistungen nach Asylbewerberleistungsgesetz

Asylbewerber und -bewerberinnen erhalten **Regelleistungen nach § 2 und 3 des Asylbewerberleistungsgesetzes** (AsylbLG). Nach dem Rückgang der **Empfängerzahlen** in den letzten Jahren hat sich 2010 in Berlin die Empfängerzahl im Vergleich zu 2009 wieder erhöht. Am 31.12.2010 erhielten 11.317

Personen Leistungen nach dem AsylbLG, das entspricht einem Anstieg um 8,4 % (+876 Personen) seit dem 31.12.2009. Höhere Empfängerzahlen bei der Zentralen Leistungsstelle (ZLA) und der Zentralen Aufnahmeeinrichtung für Asylbewerber (ZAA) am 31.12.2010 trugen dazu bei.

Empfängerzahlen nach AsylbLG nach rückläufiger Tendenz erstmals wieder zunehmend

Die Empfängerrate von Leistungen nach dem AsylbLG an der Bevölkerung insgesamt lag am 31.12.2010 bei 3,3 je 1.000 und an der ausländischen Bevölkerung bei 24,0 je 1.000 (2009: 3,0 bzw. 22,1).

Das **Geschlechterverhältnis** unter den Asylbewerbern in Berlin lag 2010 wie 2009 bei rund 41 % Frauen zu ca. 59 % Männern.

Nach **Altersgruppen** differenziert war der Anstieg der Empfängerzahlen von 2009 zu 2010 am höchsten bei den 18- bis 24-Jährigen (+15,7 %) und bei den über 50-Jährigen (+13,3 %).

Die meisten Asylbewerber und -bewerberinnen waren zum 31.12.2010 wie auch in den Jahren zuvor - gemessen an den absoluten Zahlen und den Anteilen an der jeweiligen Bevölkerung - in den **Bezirken** Mitte (1.438 Personen / 4,3 je 1.000) und Friedrichshain-Kreuzberg (1.045 Personen / 3,9 je 1.000) untergebracht; bezogen auf die ausländische Bevölkerung des jeweiligen Bezirks führten jedoch Treptow-Köpenick (901 Personen / 112,4 je 1.000 der ausländischen Bevölkerung) und Marzahn-Hellersdorf (539 Personen / 52,6 je 1.000 der ausländischen Bevölkerung) die Rangliste an. Die Bezirke mit den geringsten Asylbewerberzahlen waren Steglitz-Zehlendorf und Reinickendorf (384 bzw. 316 Personen / jeweils 1,3 je 1.000 der Bezirksbevölkerung) (vgl. im GSI verfügbare Tabelle [2.22-2](#)).

2.3 Krankenversicherungsschutz der Berliner Bevölkerung

GKV-Versicherte in Berlin im Jahr 2010

Von den rund 3,4 Mio. Berlinerinnen und Berlinern ist der überwiegende Teil, d. h. rund 2,8 Mio., in der **gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert**. Das sind gemessen an der Berliner Bevölkerung rund 81 % GKV-Versicherte mit Wohnort in Berlin zum 1. Juli 2010.

81 % der Berliner Bevölkerung sind in der GKV versichert

Zu dem Versichertenkreis zählen mit einem Gesamtanteil von 76,4 % (61,7 % der Berliner Bevölkerung) die pflichtversicherten und freiwillig versicherten **Mitglieder und die Rentnerinnen und Rentner**. Darüber hinaus haben die unter bestimmten Voraussetzungen **beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen** ebenfalls Anspruch auf den vollen gesetzlichen Krankenversicherungsschutz, ihr Anteil liegt in Berlin bei 23,6 %.

Die bundesweiten Ersatzkassen (u. a. die Barmer Ersatzkasse, Techniker Krankenkasse) haben mit einem **Marktanteil** von 47,5 % den größten Versichertenanteil in Berlin. Bei der AOK-Gemeinschaft sind 26,0 % Berlinerinnen und Berliner versichert und das BKK-System hat einen Anteil von 21,6 %. Die **Versicherten- bzw. Mitgliederstruktur** der einzelnen Kassenarten ist jedoch unterschiedlich. So hat das AOK-System bei den Mitgliedern den höchsten Anteil an Rentenbeziehenden mit 43,8 % in Berlin zu verzeichnen. Bei den Ersatzkassen liegt der Anteil der Rentnerinnen und Rentner dagegen nur bei 25,6 % und bei den BKKn bei 26,7 % (vgl. im GSI verfügbare Tabellen [10.18-1](#), [10.18-2](#), [10.19-1](#), [10.19-2](#), [10.19-3](#) und [10.19-4](#)).

Gesundheitsfonds und Morbi-Risikostrukturausgleich

Seit dem 01.01.2009 verwaltet das Bundesversicherungsamt (BVA) zentral die zur Finanzierung der GKV benötigten Finanzmittel als **Gesundheitsfonds**. Hier fließen die Krankenversicherungsbeiträge und der Steuerzuschuss des Bundes für versicherungsfremde Leistungen zusammen. Im Startjahr

des Gesundheitsfonds 2009 war der Fonds so ausgestattet, dass die zu erwartenden Ausgaben der GKV zu 100 Prozent gedeckt wurden.

Risikostrukturausgleich seit Einführung des Gesundheitsfonds 2009 morbiditätsorientiert

Die Krankenkassen erhalten zur Finanzierung ihrer Ausgaben Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zur Deckung von Pflichtleistungen und für sonstige Ausgaben wie Verwaltungskosten. Für jeden Versicherten bekommen die Krankenkassen eine Grundpauschale in Höhe der durchschnittlichen Pro-Kopf-Ausgaben in der GKV sowie Zu- und Abschläge zum Ausgleich des nach Alter, Geschlecht und Krankheit unterschiedlichen Versorgungsbedarfs. Hierzu wurde der **Risikostrukturausgleich (RSA)** mit Einführung des Gesundheitsfonds weiterentwickelt als **morbiditätsorientierter RSA** (Morbi-RSA). Neben den bisherigen Merkmalen des RSA - Alter, Geschlecht und Bezug einer Erwerbsminderungsrente - werden nunmehr die Krankheitsrisiken anhand von 80 ausgewählten Krankheitsgruppen berücksichtigt, für die überdurchschnittlich hohe Leistungsausgaben bei den Krankenkassen anfallen. Damit erhalten Krankenkassen, die viele chronisch kranke Versicherte betreuen und dadurch einen höheren Leistungsaufwand haben, eine **gerechtere Zuweisung aus dem Gesundheitsfonds**. Die Leistungsansprüche der einzelnen Versicherten sind hiervon vollkommen unberührt, da der Morbi-RSA nur bei der Verteilung der Finanzzuweisungen aus dem Gesundheitsfonds eine Rolle spielt.

Bundeseinheitlicher Beitragssatz seit dem 01.01.2009 in der GKV

Mit der Einführung des Gesundheitsfonds zum 01.01.2009 wurde die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung neu gestaltet. Seit diesem Zeitpunkt zahlen alle GKV-Mitglieder/Beitragszahlende, d. h. auch die Berliner gesetzlich krankenversicherten Mitglieder, den gleichen Beitragssatz unabhängig davon, bei welcher gesetzlichen Krankenkasse sie versichert sind. Der **bundesweit einheitliche Beitragssatz** wurde zum 01.01.2009 auf 15,5 % festgesetzt. Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sowie Rentnerinnen und Rentner zahlen 8,2 % inklusive des gesetzlichen Sonderbeitrages (0,9 %), der Anteil von Arbeitgebern bzw. gesetzlicher Rentenversicherung (RV) liegt bei 7,3 %. Dieser bundeseinheitliche Beitragssatz gilt für alle gesetzlich versicherten Mitglieder, die bei Arbeitsunfähigkeit mindestens sechs Wochen Anspruch auf Entgeltfortzahlung haben sowie für Rentnerinnen und Rentner. Der ermäßigte Beitragssatz gilt für Mitglieder, die keinen Krankengeldanspruch haben (z. B. Selbständige) sowie für Bezieherinnen und Bezieher von ALG II. Er beträgt bundeseinheitlich 14,9 % inkl. des Sonderbeitrages von 0,9 %. Zum 01.07.2009 wurde im Rahmen des Konjunkturpaketes II der allgemeine Beitragssatz bis zum Jahresende 2010 um 0,6 Beitragssatzpunkte auf 14,9 % abgesenkt. Damit wurden sowohl Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber als auch Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer jeweils anteilig um 0,3 %-Punkte entlastet.

künftige Beitragssatzanpassungen gehen allein zu Lasten der beitragszahlenden Mitglieder

In Folge einer weiteren Finanzreform zum 01.01.2011 wurde der allgemeine Beitragssatz erneut auf 15,5 % bzw. der ermäßigte Beitragssatz auf 14,9 % angehoben. Der **Arbeitgeberbeitrag** ist seit diesem Zeitpunkt auf 7,3 % (allgemeiner Beitragssatz) bzw. auf 7,0 % (ermäßigter Beitragssatz) **festgeschrieben**. Zukünftige Beitragssatzanpassungen müssen von den Beitragszahlenden alleine getragen werden.

Erhebung von Zusatzbeiträgen - Konsequenzen für Versicherte und Krankenkassen

Reichen die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zur Deckung des Finanzbedarfs einer Krankenkasse nicht aus, ist die Krankenkasse verpflichtet, einen **Zusatzbeitrag** zu erheben, der von den beitragszahlenden Mitgliedern allein zu tragen ist.

Bis zum Jahresende 2010 war die Höhe des Zusatzbeitrages begrenzt auf maximal ein Prozent des beitragspflichtigen Einkommens (max. 37,50 EUR im Monat) bzw. bei festen Zusatzbeiträgen bis zu 8 EUR ohne Einkommensprüfung. Während im Jahr 2009 nur eine Betriebskrankenkasse von ihren Mitgliedern einen Zusatzbeitrag von 8 EUR forderte, waren es im Jahr 2010 schon 13 gesetzliche

Krankenkassen, die einen Zusatzbeitrag erheben mussten. Darunter sind neben der Deutschen Angestellten Krankenkasse (DAK) mit rd. 4,6 Mio. Mitgliedern auch die City BKK, die aus der Fusion der BKK des Landes Berlin und der BKK des Landes Hamburg im Jahr 2004 hervorging. Von den rd. 180.000 Versicherten (Stand: Januar 2011) sind rd. 80.000 Berlinerinnen und Berliner bei dieser bundesunmittelbaren Krankenkasse versichert. Mit der Erhöhung des Zusatzbeitrages zum 01.01.2011 auf 15 EUR (seit 01.04.2010 pauschal 8 EUR) haben weitere Versicherte die CITY BKK verlassen. Die über Jahre bereits finanziell angeschlagene Krankenkasse konnte sich auch unter Gesundheitsfondsbedingungen nicht sanieren. Zum 1. Juli 2011 wird die **City BKK als erste Krankenkasse seit Einführung des Gesundheitsfonds** vom Bundesversicherungsamt als zuständige Aufsichtsbehörde **geschlossen**, weil ihre wirtschaftliche Leistungsfähigkeit auf Dauer nicht mehr gegeben ist.

Im Rahmen der letzten GKV-Finanzreform erfolgt ab 01.01.2011 eine grundsätzliche Neuregelung des Zusatzbeitrages. Der Zusatzbeitrag wird nur noch als Festbetrag erhoben. Die **Höhe des Zusatzbeitrages** ist nicht mehr begrenzt, sondern wird von den Krankenkassen eigenständig festgelegt. Die Belastungsgrenze der Mitglieder steigt auf zwei Prozent des beitragspflichtigen Einkommens. Es findet ein **Sozialausgleich** statt, der aus Steuermitteln finanziert wird. Der Sozialausgleich greift immer dann, wenn der durchschnittliche Zusatzbeitrag in der GKV die Grenze von zwei Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen eines Mitglieds übersteigt. Das wird vom Arbeitgeber bzw. vom Rentenversicherungsträger geprüft. Grundsätzlich sind alle Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen zur Zahlung des Zusatzbeitrages verpflichtet. Mitversicherte Angehörige zahlen den Zusatzbeitrag nicht. Für Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld II wird der Zusatzbeitrag aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds maximal bis zur Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitrages finanziert.

Höhe des von den Krankenkassen festgelegten Zusatzbeitrages ist nicht mehr begrenzt

Sonderkündigungsrecht der GKV-Mitglieder bei Erhebung von Zusatzbeiträgen

Die Mitglieder haben **bei der Erhebung bzw. Erhöhung des Zusatzbeitrages ein Sonderkündigungsrecht**, dass seit dem 01.01.2009 gilt. Die Frist dafür beträgt zwei Monate zum Monatsende. Die Kündigung muss spätestens an dem Tag bei der Kasse eingehen, ab dem der Zusatzbeitrag erhoben wird. Dann zahlt der Versicherte für den Kündigungszeitraum auch keinen Zusatzbeitrag mehr.

Die im Jahr 2010 von 13 gesetzlichen Krankenkassen eingeführten Zusatzbeiträge haben hunderttausende Versicherte veranlasst, ihre Krankenkasse zu wechseln. So profitierten die gesetzlichen Krankenkassen ohne Zusatzbeitrag u. a. von dem Sonderkündigungsrecht und hatten teilweise beträchtliche **Versichertenzuwächse**. Die bundesweit geöffnete Techniker Krankenkasse hat im Jahr 2010 (01.01.-01.10.2010) unter allen gesetzlichen Krankenkassen den höchsten Versichertenzuwachs von rd. 294.000 Neuzugängen. Zu den Gewinner-Kassenarten zählen auch die AOKn, die bundesweit ohne Zusatzbeitrag im Jahr 2010 auskamen. Die AOK Bayern hat rd. 89.500 Versicherte und die AOK Baden-Württemberg rd. 50.000 Versicherte dazu gewonnen und auch die fusionierte AOK Berlin-Brandenburg konnte einen Versichertenzuwachs von rd. 13.200 verzeichnen.

Dagegen hat die große Deutsche Angestellten Krankenkasse (DAK) rund 370.200 ihrer Versicherten (rd. 6 %) verloren und die KKH Allianz knapp 152.800 (rd. 7,5 %). Das BKK-System musste ebenfalls bei den BKKn mit Zusatzbeitrag im Jahr 2010 erhebliche **Versichertenverluste** hinnehmen. Die BKK Gesundheit verlor rd. 258.900 Versicherte (-18,8 %) und die Deutsche BKK rd. 115.300 Versicherte (-11,7 %). Die angeschlagene BKK für Heilberufe, die seit Anfang 2010 einen Zusatzbeitrag von 1 % vom Brutto und seit 01.01.2011 monatlich 10 EUR von ihren Mitgliedern fordert, hat im Jahr 2010 (01.01.-01.10.2010) rund 99.000 Versicherte (-41 %) verloren. Bei der City BKK, die bereits in den letzten Jahren erhebliche Versichertenverluste durch den bundesweit höchsten Beitragssatz von 16,9 % (im Jahr 2008) hinnehmen musste, wechselten seit Erhebung des Zusatzbeitrages weitere rd. 9.100 Versicherte (-4,6 %) die Kasse.

erhebliche Versichertenverluste in Krankenkassen nach Erhebung eines Zusatzbeitrages

Krankenkassenfusionen

Zahl der gesetzlichen Krankenkassen in den Jahren 2009/10 durch Fusionen von 202 auf 156 reduziert

Die Zahl der gesetzlichen Krankenkassen hat sich seit Anfang 2009 von 202 auf 156 Krankenkassen zum 01.01.2011 reduziert. Hintergrund ist die fortschreitende **Fusionswelle von Krankenkassen** innerhalb der jeweiligen Kassenart, wie die Vereinigung von AOKn, aber auch kassenartenübergreifende Fusionen u. a. zwischen AOKn und BKKn bzw. IKKn. Allein im BKK-System hat sich die Anzahl von 155 auf 121 BKKn in diesem Zeitraum reduziert (vgl. im GSI verfügbare Tabelle [10.23z-1](#)).

Rund die Hälfte der Krankenkassen hatte Anfang 2009 weniger als 50.000 Mitglieder. Je kleiner die Kassen sind, desto weniger überlebensfähig sind sie, wenn sie auf sich allein gestellt sind. Um zukünftig im **Kassenwettbewerb** zu bestehen, müssen die Krankenkassen größer und stärker werden. Die größere Marktpräsenz bietet u. a. Vorteile bei den Vertragsverhandlungen mit den Leistungserbringern (u. a. mit Krankenhäusern, Vertragsärztinnen und -ärzten und Pharmaunternehmen), um ihre Verhandlungsposition im Sinne der Versicherten zu stärken.

Für die Versicherten entstehen durch die Fusion von Krankenkassen **keine Nachteile**. Ein Sonderkündigungsrecht ergibt sich aus einer Kassen-Fusion nicht. Vielfach profitieren die Versicherten von kleinen Krankenkassen von einer Fusion, da ohne den Zusammenschluss mit einer größeren finanzstarken Kasse von einigen Kassen Zusatzbeiträge zu Lasten ihrer Mitglieder erhoben werden müssten. Mitglieder von fusionierten Kassen, die achtzehn Monate bereits bei einer der fusionierten Kassen versichert waren, können dennoch unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von zwei Monaten zu einer anderen Kasse wechseln. Versicherte, die einen Wahltarif oder Selbstbehalt vereinbart haben, sind in der Regel auch der fusionierten Kasse mit einer Bindungsfrist von bis zu drei Jahren verpflichtet.

Fusionen im AOK-System

stärkere Marktpositionen der AOK-Gemeinschaft durch Fusionen innerhalb der letzten Jahre

Die AOK-Gemeinschaft hat durch **Fusionen** ihre Wettbewerbs- und Marktpositionen innerhalb der letzten Jahre bundesweit gestärkt. Unter den 20 größten gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland sind 10 regionale AOKn zum 01.10.2010 vertreten. Neben zwei kassenartenübergreifenden Fusionen, der AOK Sachsen-Anhalt mit der BKK Sachsen-Anhalt (Fusion zum 01.04.2009) und der AOK Niedersachsen mit der IKK Niedersachsen (Fusion zum 01.04.2010) gab es innerhalb des AOK-Systems weitere Fusionen. Die AOK Westfalen-Lippe und die AOK Schleswig-Holstein fusionierten zum 01.10.2010 zur AOK NordWest und sind mit rd.1,9 Mio. Mitgliedern bundesweit die achtgrößte Krankenkasse.

Für die **AOK-Versicherten in Berlin** standen gleich **zwei AOK-Fusionen im Zeitraum 2010/2011** an. Zum 01. Januar 2010 vereinigten sich die AOK Berlin und die AOK Brandenburg zur AOK Berlin-Brandenburg - Die Gesundheitskasse. Die neue AOK ist mit Ihren rund 1,3 Mio. Versicherten - davon sind rund 700.000 Berlinerinnen und Berliner- die größte Krankenkasse in der Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg und belegt bundesweit Platz 15 unter den mitgliedersstärksten gesetzlichen Krankenkassen. Mit ihren rund 4.200 Beschäftigten (davon 2.300 in Berlin) zählt sie auch zu den großen Arbeitgebern in der Region. Die AOK-Versicherten können weiterhin ein flächendeckendes Netz von 72 Beratungsstandorten - davon 20 AOK-Servicecenter in Berlin - nutzen. Sitz der neuen AOK Berlin-Brandenburg ist seit 01.01.2010 die Brandenburger Landeshauptstadt Potsdam. Die AOK-Pflegekasse hat weiterhin ihren Sitz in Berlin. Mit der Sitzverlagerung der fusionierten AOK Berlin-Brandenburg hat das Land Berlin auch die Rechtsaufsicht über die AOK an das Land Brandenburg abgegeben. Eine Verwaltungsvereinbarung zwischen dem Land Brandenburg und dem Land Berlin auf Ebene der Gesundheits- und Sozialressorts sichert weiterhin, dass die zuständigen Berliner Senatsverwaltungen zeitnah über Probleme und Fortschritte in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung der AOK-Versicherten in der Hauptstadt informiert werden. Darüber

hinaus wurde in einer Kooperationsvereinbarung mit der AOK Berlin-Brandenburg geregelt, dass sich die Gesundheits- und Sozialverwaltungen in Berlin und die fusionierte AOK auch in Zukunft regelmäßig zu den Themen der Gesundheits- und Pflegepolitik austauschen.

Ein Jahr nach dem Zusammenschluss der AOK Berlin und der AOK Brandenburg erfolgte zum 01.01.2011 eine weitere Fusion mit der AOK Mecklenburg-Vorpommern zur neuen **AOK-Nordost**. Sitz der fusionierten Kasse ist weiterhin Potsdam. Für den Sitz der AOK-Pflegekasse bleibt Berlin als Standort erhalten. Die Rechtsaufsicht über die Kranken- und Pflegekasse verbleibt im Land Brandenburg. Die neue AOK-Nordost wird auch in Zukunft eng mit den drei Landesministerien zusammenarbeiten und sich zu gesundheits- und pflegepolitischen Schwerpunkten austauschen. Die neue AOK-Nordost ist mit 1,8 Mio. Versicherten die größte Krankenkasse in den drei Bundesländern und gehört zu den Top 10 der gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland. Als **Marktführer in Norddeutschland** kann die neue AOK-Nordost ihre Verhandlungsposition gegenüber Vertragspartnern stärker und für ihre Versicherten eine weitere Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung in allen Regionen, d. h. in den Städten und in den dünn besiedelten ländlichen Gebieten, vorantreiben. Das wohnortnahe Servicenetz bleibt mit 112 Standorten in den drei Bundesländern erhalten. Die AOK-Nordost startete ohne Zusatzbeitrag ins Jahr 2011⁸.

Berliner AOK-Versicherte seit Anfang 2011 in fusionierter AOK-Nordost mit 1,8 Mio. Versicherten

2.4 Umweltbezogener Gesundheitsschutz

Berliner Luftgüte

Die Luftqualitätsrichtlinie wird in nationales Recht durch das **Bundes-Immissionsschutzgesetz** (BImSchG) umgesetzt. Danach ist Berlin verpflichtet Luftparameter, die für Mensch und Natur eine Gefahr darstellen, zu erheben und die ermittelten Messwerte der Öffentlichkeit zugänglich zu machen. Dazu gehören u. a.: Schwebstaub (PM₁₀), Stickstoffdioxid (NO₂), Stickoxide (NO_x), Schwefeldioxid (SO₂), Benzol und Ozon (O₃). Für den Großteil dieser Luftparameter gibt es Grenzwerte und ergänzend Toleranzmargen.

Die **Berliner Luftqualität** wird kontinuierlich von der für den Umweltschutz zuständigen Senatsverwaltung mit Hilfe eines weitverzweigten **Messnetzes** gemessen. Mit Ausnahme des Feinstaubes und des Stickstoffdioxids nimmt die gesundheitsrelevante Luftbelastung ab bzw. bleibt unterhalb der Grenzwerte stabil.

Der von den Kraftfahrzeugen emittierte **Feinstaub** nimmt aufgrund der sich modernisierenden Fahrzeugflotte und der Fahreinschränkungen durch die Festsetzung der **Umweltzone** ab. Die Messungen beispielsweise an der starkbefahrenen Frankfurter Allee zeigen, dass damit auch der Gehalt an Dieselruß zurückgeht. Der Straßenverkehr trägt jedoch nur zu einem Anteil von ca. 35 % zur Feinstaubbelastung bei. Aufwirbelungen, meteorologische Bedingungen, wie kalte trockene Winter bei häufigen Hochdruckwetterlagen mit schwachen Winden und längere Heizperioden sind weitere Ursachen, die kaum zu beeinflussen sind.

⁸ Quellen:

1. G: GKV-Statistiken KM 6 und KM 1 / Gesundheitspolitische Informationen des BMG 01.11.
2. GKV Spitzenverband: Pressestelle GKV-SV 04.01.2011. Faktenblatt Thema: Änderungen zum 1.1.2011.
3. BVA-Beitrag: „So funktioniert der neue Risikostrukturausgleich im Gesundheitsfonds“, eingestellt auf BVA-Internetportal.
4. Dienst für Gesellschaftspolitik: dfg-Ranking vom 11. November 2010. Liste der deutschen Krankenkassen - Ranking nach Mitgliederzahlen Stichtag: 1. Oktober 2010.
5. Internetportal (www.krankenkassen.de): Liste der fusionierten Krankenkassen Oktober 2008 bis Januar 2011.
6. AOK-Pressinformation vom 29. Juni 2009 zur Fusion AOK Berlin-Brandenburg
7. Landespressestelle vom 11.09.2010: „AOK Berlin-Brandenburg - die Gesundheitskasse“, Länder Berlin und Brandenburg genehmigen Vereinigung.
8. AOK Forum für Berlin und Brandenburg (Ausgabe Winter): Artikel: AOK-Nordost startet zu Jahresbeginn - Bundesländer erteilen Genehmigung.
9. KV Blatt 02/11.
10. Dienst für Gesellschaftspolitik - Ranking Liste aller Krankenkassen in Deutschland nach Versicherten, Stichtag: 1. Oktober 2010 (Veränderung 01.01.2010 zum 01.10.2010).

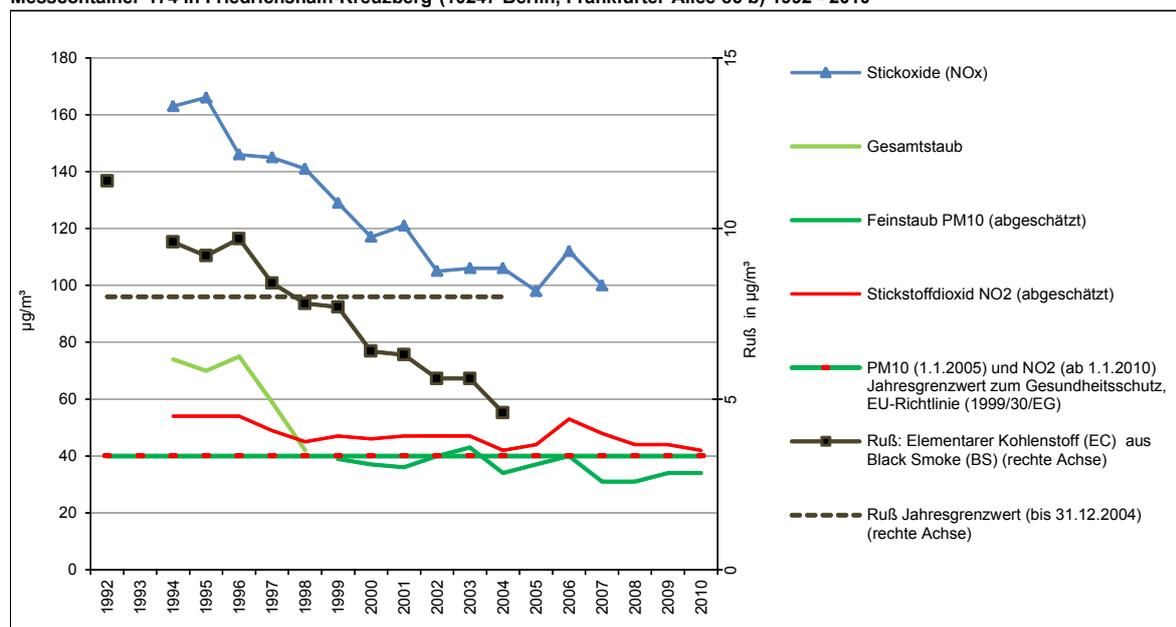
Die höchsten Konzentrationen an **Stickstoffoxiden** werden an eng bebauten, viel befahrenen Straßen gemessen, weil sich die Autoabgase dort nicht ungehindert ausbreiten können und daher nur langsam in der Atmosphäre verdünnt werden.

Hauptquelle der Luftbelastung durch Stickoxide in Berlin ist der Straßenverkehr

Stickstoffdioxid kann die menschliche Gesundheit nachhaltig schädigen, insbesondere können **Atemwegserkrankungen** zunehmen. Je höher die Stickstoffdioxid-Belastung in der Außenluft ist, desto ausgeprägter ist dieser Effekt. Schon eine vergleichsweise geringe Erhöhung an Stickstoffdioxid führt bei der Bevölkerung zu einem nachweisbaren Anstieg an Atemwegserkrankungen wie chronischem Husten oder chronischer Bronchitis sowie zu einer erhöhten Anfälligkeit gegenüber Atemwegs-Infekten. Die Hauptquelle der Luftbelastung durch Stickoxide in Berlin ist der Straßenverkehr, der stetig zunimmt. Der Beitrag des lokalen Verkehrs (ausschließlich Auspuffemissionen an stark befahrenen Straßen) verursacht mit 54 % mehr als die Hälfte der gesamten Belastung.

Die **bodennahe Ozonbelastung** folgt den jeweiligen meteorologischen Bedingungen. Hochdruckwetterlagen mit langer Sonnenscheindauer führen zum Anstieg der Messwerte am Stadtrand. Sie überschreitet in den Sommermonaten an einigen Standorten häufiger das festgelegte 8h-EU-Langfristziel. Aufgrund des Zusammenhangs mit der Stickoxidproblematik kann auch hier nur eine sinnvolle **Verkehrspolitik** Abhilfe schaffen (vgl. Abbildung 2.9 sowie im GSI verfügbare Tabellen [5.1-1](#), [5.2-1](#), [5.3-1](#), [5.4-1](#) und [5.5-1](#)).

Abbildung 2.9:
Verlauf der absoluten Jahresmittelwerte in $\mu\text{g}/\text{m}^3$ für Gesamtstaub, Ruß, Black Smoke, PM10, NO₂ und NO_x am BLUME-Messcontainer 174 in Friedrichshain-Kreuzberg (10247 Berlin, Frankfurter Allee 86 b) 1992 - 2010



(Datenquelle: SenStadt Berlin, BLUME-Messnetz, Umweltatlas Berlin)

Weitergehende Ausführungen sind dem Luftreinhalteplan und Aktionsplan für Berlin 2005 - 2010⁹ zu entnehmen.

Lärmschutz

Schall durchdringt unser Leben allorts und zu jeder Zeit. Schall wird aufgrund seiner Wahrnehmung, aber auch aufgrund objektiver Kriterien zum Lärm und kann zu nachhaltigen gesundheit-

⁹ SenStadt (2005): Luftreinhalteplan und Aktionsplan für Berlin 2005 – 2010. Unter <http://www.berlin.de/sen/umwelt/luftqualitaet/de/luftreinhalteplan/> im Internet verfügbar.

lichen Schäden führen. **Lärm** wird aufgrund seiner Verbreitung im Alltag von vielen Menschen als **prioritäre Umweltbelastung** empfunden. Dazu wurden in früheren Basisberichten (u. a. Basisberichte 2008 und 2005, jeweils Abschnitt 5.1.3 - Umweltbedingte Lärmbelastung) bereits differenzierte Ausführungen gemacht.

Lärmschutzpolitik - auch im Rahmen der Europäischen Union - ist es weiterhin, harmonisierte Grenzwerte für Produkte im Binnenmarkt festzulegen, um von Motorfahrzeugen, Haushaltsgeräten, zur Verwendung im Freien vorgesehene Geräte und Maschinen usw. ausgehende Emissionen zu begrenzen. Etwa 80 Mio EU-Bürger (ca. 20 %) sollen Erhebungen zufolge unter den Lärmpegeln leiden, die von Gesundheitsexperten als nicht akzeptabel eingestuft werden.

Nach Auswertungen der für den Umweltschutz zuständigen Senatsverwaltung sind allein vom Straßenverkehrslärm ca. 193.000 Menschen von Nachtpegeln >60 dB(A) betroffen. Nach den „Guidelines for Community Noise“ der WHO aus dem Jahr 1999 sollten **mittlere Außenschallpegel** von mehr als 55 dB(A) tagsüber, abends und nachts von über 45 bis 50 dB(A) vermieden werden, um erhebliche Belästigungen in nennenswertem Umfang zu vermeiden. Für einen ungestörten und gesunden Schlaf sind gemittelte Pegel von 30 dB(A) bzw. max. Schallpegelspitzen von 45 dB(A) notwendig. Im Jahr 2009 erschienen die „**Night Noise Guidelines for Europe**“, in denen als Jahresmittelwert nachts außen vor den Gebäuden ein gesundheitlich abgeleiteter Wert von max. 40 dB(A) formuliert wird. Nur wenn dieser Wert kurzfristig nicht erreicht werden sollte, gilt als vorübergehendes Ziel ein Maximalpegel von 55 dB(A).

193.000 Menschen
in Berlin von Nacht-
pegeln >60 dB(A)
durch Straßenver-
kehrslärm betroffen

Mit dem „Gesetz zur Umsetzung der EG-Richtlinie über die Bewertung und Bekämpfung von Umgebungslärm“ vom 24. Juni 2005 wurde die EG-Umgebungslärmrichtlinie in nationales Recht umgesetzt. Das **Bundes-Immissionsschutz-Gesetz** (§ 47) wurde entsprechend angepasst. Für das Land Berlin existiert seit 2008 ein **Lärmaktionsplan**, der sich schwerpunktmäßig mit den hauptsächlichen Lärmquellen Straßenverkehr, Straßenbahn und oberirdische U-Bahn beschäftigt¹⁰. Die nächste dem Aktionsplan zugrunde liegende Lärmkartierung erfolgt turnusgemäß 2012 (Daten zur Verkehrslärmexposition der Bevölkerung vgl. Basisbericht 2008 - Tabellen 5.2.8 und 5.2.9).

Wegen zahlreicher Baumaßnahmen vielerorts in Berlin werden die Bürgerinnen und Bürger immer wieder Lärmbelästigungen ausgesetzt sein. An ausgewählten Großbaustellen werden vor benachbarten Wohnhäusern Mittelungspegel von bis zu 80 dB(A) erreicht. Zu den rechtlichen Regelungen zum Schutz der Anwohner, aber auch zu unvermeidbaren Belästigungen, die hingenommen werden müssen, hat die für den Lärmschutz zuständige Senatsverwaltung eine **Baulärmbroschüre** herausgebracht¹¹.

Überwachung der Badegewässerqualität

Im Rahmen der Überwachung der Badegewässer wurden während der Badesaison 2010 vom 15. Mai bis 15. September regelmäßig in 14-tägigen Abständen insgesamt 38 Badestellen auf **mikrobiologische und physikalisch-chemische Parameter sowie auf Algenwachstum** untersucht. Bedingt durch Algenmassenentwicklungen war am häufigsten der Parameter für die **Sichttiefe** zu beanstanden (vgl. im GSI verfügbare Karte und Tabelle 5.14z-2). Die geringsten Sichttiefen wurden in den nährstoffreichen Badegewässerabschnitten der Dahme (25 cm) und Unterhavel (40 cm) festgestellt. Während im Frühjahr Kiesel-, Grün- und Goldalgen dominierten, war im Spätsommer das Wachstum von Blaualgen mit toxinproduzierenden Stämmen begünstigt. Gegenüber den Vorjahren war jedoch das mittlere und maximale Biovolumen von Blaualgen während der Badesaison 2010 wesentlich geringer. Klimatisch bedingt waren Algenblüten ebenso von wesentlich kürzerer Dauer als üblich. Die gemessenen Microcystinkonzentrationen in Gewässern mit Blaualgenansammlungen lagen

¹⁰ www.berlin.de/sen/umwelt/laerm/laermminderungsplanung/de/laermaktionsplan/index.shtml, zuletzt aufgerufen am 13.07.2011.

¹¹ SenGesUmV (2011): Baulärm. Informationen, Rechts- und Verwaltungsvorschriften. www.berlin.de/sen/umwelt/laerm/baulaerm/de/download/baulaerm-info.pdf, zuletzt aufgerufen am 13.07.2011.

in der Regel weit unter dem vom Umweltbundesamt vorgeschlagenen Warnwertes von 10 µg/l. Anlassbezogen wurden an der Unterhavel im Bereich dichten Algenvorkommens eine maximale Microcystinkonzentration von 15,1 µg/l ermittelt und entsprechende Empfehlungen und Warnhinweise ausgesprochen.

Aufgrund von **Grenzwertüberschreitungen bei mikrobiologischen Parametern** (vgl. im GSI verfügbare Karte und Tabelle [5.14z-1](#)) gab es während der Badesaison an insgesamt sieben Badestellen Beanstandungen. Hier wurde das Baden vorübergehend nicht empfohlen und über die Medien, das Internet und Aushänge in den Freibädern bekanntgegeben. Weitere Auskünfte erhielten die Badewilligen über das Badegewässertelefon des LAGeSo.

erstmals wurde für jedes EU-Badegewässer in Berlin ein Badegewässerprofil erstellt

Die Ursachen für diese Grenzwertüberschreitungen waren nicht in jedem Fall zu ermitteln. Um ein besseres Verständnis für die Einflussfaktoren, die sich auf die Badegewässerqualität auswirken, zu entwickeln, wurde erstmals für jedes EU-Badegewässer im Land Berlin ein **Badegewässerprofil** erstellt.

Mit der Erstellung von Badegewässerprofilen soll ein **aktives Management einer Badestelle** eingeführt werden, was über eine reine Qualitätsüberwachung durch Messungen von einzelnen Qualitätsparametern hinausgeht. Die Badegewässerprofile sollen künftig ermöglichen,

- zeitnah Vorhersagen zur Entwicklung der Badegewässerqualität zu treffen,
- Art, Häufigkeit und Dauer zu erwartender kurzzeitiger Verschmutzungen abzuschätzen,
- Ursachen von Verschmutzungen zu erkennen und zu beschreiben sowie
- entsprechende Bewirtschaftungsmaßnahmen zur Verbesserung der Badegewässerqualität abzuleiten.

Das jeweils örtlich zuständige Bezirksamt sorgt dafür, dass ab 2012 während der Badesaison **in der Nähe der Badegewässer Informationstafeln** aufgestellt werden. Diese Informationstafeln enthalten Informationen über die letzte EU-Einstufung des Badegewässers, mögliche kurzzeitige Verschmutzungen und deren Ursachen, sowie, falls erforderlich, ein Abraten vom Baden oder evtl. Badeverbote aus Gründen des vorbeugenden Gesundheitsschutzes.

2.5 Kernaussagen

Berliner Bevölkerung

- In Berlin leben derzeit 3.460.725 Personen, 51 % von ihnen sind Frauen und 14 % haben eine nichtdeutsche Staatsangehörigkeit. Die **Bevölkerungszahl** Berlins stieg im Jahr 2010 gegenüber dem Vorjahr um rd. 18.000 Personen, damit konnte im sechsten Jahr in Folge für die Bundeshauptstadt ein Bevölkerungszuwachs registriert werden.
- Die positive Bevölkerungsbilanz wurde insbesondere durch einen **Wanderungsgewinn** von 16.800 Personen bestimmt. Den größten Anteil an dem Wanderungsgewinn hatten die Zugezogenen, die aus den alten Bundesländern ihren Wohnsitz nach Berlin verlagerten. Erfreulicherweise lässt sich für Berlin auch im Jahr 2010 - fortgesetzt seit 2007 - ein **Geburtenüberschuss** feststellen. 32.234 Berlinerinnen und Berliner sind 2010 verstorben, knapp 2 % mehr als im Vorjahr. Im Verlaufe des Jahres 2010 kamen 33.393 Kinder lebend zur Welt, dies bedeutet einen Anstieg um 1.289 Kinder bzw. 4 % im Vergleich zum Vorjahr.
- Insgesamt 26 % bzw. rd. 870.000 Berlinerinnen und Berliner verfügten am 31.12.2010 über einen **Migrationshintergrund**. Die bezirkliche Spannweite liegt zwischen 45 % im Bezirk Mitte und 7 % im Bezirk Treptow-Köpenick. Berlin befindet sich mit seinem Migrantenteil aber insgesamt im unteren Drittel der Großstädte, Städte wie Frankfurt a. M. (über 40 %), Stuttgart (38 %) oder Köln (33 %) haben einen deutlich höheren Anteil.

- Die **Altersstruktur** der Berliner Bevölkerung stellt sich wie folgt dar: 12 % bzw. 425.499 waren am 31.12.2010 Kinder und Jugendliche (0 - 14 Jahre), 69 % bzw. 2.374.144 waren im erwerbsfähigen Alter (15 - 64 Jahre) und 19 % bzw. 661.082 waren 65 Jahre und älter. Das Durchschnittsalter der Berlinerinnen und Berliner lag bei 43 Jahren und ist damit in den letzten zwanzig Jahren um vier Jahre gestiegen.
- Im Jahr 2009 gab es in Berlin 1,99 Mio. Haushalte mit rund 3,43 Mio. Haushaltsmitgliedern. Damit ist die Zahl der Privathaushalte seit Anfang der 1990er Jahre um 12 % gestiegen, die Zahl der Haushaltsmitglieder um ein Prozent gesunken. Die durchschnittliche **Haushaltsgröße** ging zurück: 2009 lebten durchschnittlich 1,7 Personen in einem Haushalt, zwanzig Jahre zuvor waren es noch 1,9 Personen. Mit 54 % überwiegen die Einpersonen- gegenüber den Mehrpersonenhaushalten. In 25 % der Einpersonenhaushalte lebten ausschließlich Seniorinnen und Senioren.

Bildungsabschlüsse

- 96 % der 15- bis 64-jährigen Berliner Erwerbstätigen haben einen allgemeinen **Schulabschluss**. Ohne Schulabschluss sind drei Prozent, hier zeigen sich Unterschiede zwischen Frauen (3 %) und Männern (4 %) sowie zwischen Deutschen (2 %) und Ausländern (15 %). Die Hälfte der Erwerbstätigen hat die Fachhochschulreife bzw. das Abitur erworben, nur jeder Achte weist als höchsten Schulabschluss einen Hauptschulabschluss auf. Beim Vergleich der Geschlechter zeigt sich, dass Männer zu Lasten des mittleren Schulabschlusses häufiger mit der Hauptschule abschließen als Frauen (15 % bzw. 11 %).
- Einen **beruflichen Abschluss** haben 81 % der 15- bis 64-jährigen Berliner Erwerbstätigen, 19 % sind ohne Abschluss. Männer (21 %) und ausländische Personen (37 %) sind häufiger ohne Berufsabschluss. Die Hälfte der Erwerbstätigen hat eine Lehr- bzw. Anlernausbildung absolviert, die mittlere Berufsbildungskategorie Fachschulabschluss haben 11 % erworben und nahezu ein Drittel kann einen (Fach-)Hochschulabschluss nachweisen. Frauen haben gegenüber Männern häufiger einen mittleren Abschluss (13 % zu 9 %).

Erwerbstätigkeit, Arbeitslosigkeit und Beschäftigung Schwerbehinderter

- 1,55 Mio. Berlinerinnen und Berliner sind erwerbstätig, die **Erwerbstätigenquote**, d. h. Erwerbstätige bezogen auf die Bevölkerung der gleichen Alters- und Geschlechtsgruppe, liegt in Berlin bei 65 % mit einer bezirklichen Spannweite zwischen 54 % in Spandau und 76 % in Pankow. Die Erwerbstätigenquote der Frauen beträgt 63 %, die der Männer 67 %, sie ist damit im Vergleich zu vor zehn Jahren um 6 bzw. 3 %-Punkte gestiegen.
- Am 31.12.2010 waren in Berlin 218.697 Personen **arbeitslos** gemeldet, das entspricht bezogen auf die zivilen Erwerbspersonen einer Arbeitslosenquote von 12,8 % (Ausländer/innen 24,1 %, Männer 13,9 %, Frauen 11,5 %). Der größte Teil (82 %) der Arbeitslosen wurde im **Rechtskreis des SGB II** (Grundsicherung für Arbeitssuchende) gezählt, weniger als 20 % waren im **Rechtskreis des SGB III** registriert.
- **Gesundheitszustand von Arbeitslosen:** Im Dezember 2010 lagen von den gemeldeten Arbeitslosen 16.050 Krankmeldungen vor, das entspricht einem Anteil von 7 %. Von arbeitslosen Frauen lagen häufiger Krankschreibungen vor als von Männern: deutsche Frauen 8 % - Männer 6 %, ausländische Frauen 10 % - Männer 7 %. Im Dezember 2010 wurden 10.445 Berliner Arbeitslose mit einem Grad der Behinderung von 50 und mehr gezählt, das sind knapp 5 % aller Arbeitslosen. 11 % aller schwerbehinderten Arbeitslosen meldeten sich im genannten Monat krank, somit lag der Anteil um fast 4 %-Punkte über dem Wert aller krankgemeldeten Arbeitslosen. Insgesamt wiesen 6,3 % der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter dokumentierte körperliche, geistige oder seelische Beeinträchtigung auf (6,2 % der männlichen Bevölkerung zwischen 15 und 64 Jahren, 6,5 % der Frauen).
- In der Berliner Verwaltung sind seit 2006 deutlich mehr schwerbehinderte Menschen beschäftigt, als vorgeschrieben. Im Jahresdurchschnitt 2009 lag die Beschäftigungsquote bei 7,89 % (Soll 5 %), im Vergleich der Bundesländer belegt Berlin damit den Spitzenplatz, gefolgt von

Hessen (7,77 %) und Bremen (6,52 %). Rund 64 % der schwerbehinderten Beschäftigten in den Berliner Behörden waren Frauen, etwa 36 % Männer. Betrachtet man **alle anzeigepflichtigen Berliner Arbeitsgeber**, so lässt sich eine Beschäftigungsquote von 5,3 % feststellen, während sie in Deutschland nur bei 4,5 % lag.

Einkommen privater Haushalte

- Entgegen dem Bundestrend hatten die Einwohner Berlins im Jahr 2009 zwei Prozent mehr Einkommen zur Verfügung als im Jahr zuvor. Die Berliner Einwohnerinnen und Einwohner verfügten im Durchschnitt jeweils über 15.843 EUR, lagen damit jedoch 3.140 EUR unter dem Wert für Deutschland und auf Rang 13 aller 16 Bundesländer. Spitzenreiter im Bundesländervergleich sind Hamburg und Bremen mit 24.137 bzw. 21.156 EUR pro Einwohner und Jahr, noch geringer als in Berlin war das 2009 je Einwohner **verfügbare Einkommen** in Sachsen-Anhalt, Thüringen und Mecklenburg-Vorpommern mit Werten zwischen 15.568 und 15.226 EUR.

Leistungsberechtigte nach SGB XII und AsylbLG

- Zur Sicherung ihres Lebensunterhaltes erhielten in Berlin am 31.12.2010 57.269 Menschen **Sozialleistungen nach dem 3. und 4. Kapitel des SGB XII** (Hilfe zum Lebensunterhalt und bedarfsorientierte Grundsicherung) außerhalb von Einrichtungen, im Vergleich zu 2009 ein Anstieg um +4,4 %.
- Rund 88 % davon bezogen **bedarfsorientierte Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung**. Die meisten lebten im Bezirk Mitte. Fast jede fünfte Person dieser Empfängergruppe hatte eine ausländische Staatsbürgerschaft (19 %). Die Anspruchsberechtigten waren überwiegend ältere Menschen über 65 Jahre.
- Auch die Empfängerzahl der **Hilfe zum Lebensunterhalt** erhöhte sich 2010 gegenüber dem Vorjahr (+7,4 %). Der größte Anteil von ihnen wohnte auch im Bezirk Mitte. Fast 15 % waren ausländische Staatsangehörige. Der höchste Wert und auch der größte Anstieg der Empfängerquote (je 1.000 gleichaltriger Einwohner) war im Vergleich zu den übrigen Altersgruppen bei den unter 15-Jährigen zu verzeichnen.
- Bei den Empfängerzahlen von ausgewählten **Gesundheits- und Pflegeleistungen nach dem SGB XII** zeigten sich unterschiedliche Entwicklungen.
Die überwiegende Mehrheit aller **Leistungsberechtigten nach SGB XII** hat einen Anspruch auf die Übernahme der Krankenbehandlung durch die gesetzlichen Krankenkassen. Sowohl die Zahl dieser Berechtigten als auch die Empfängerzahl der vom Sozialhilfeträger direkt erbrachten Gesundheitsleistungen nach dem 5. Kapitel SGB XII sind seit dem Jahr 2006 rückläufig.
In der **Eingliederungshilfe für behinderte Menschen** (6. Kapitel SGB XII) stiegen dagegen bei den Gesundheitsleistungen die Empfängerzahlen, die sich insgesamt auf niedrigem Niveau bewegen, im Jahr 2010 an, wie Leistungen zur medizinischen Rehabilitation auf 106 Personen und heilpädagogische Maßnahmen für Kinder auf 326 Personen.
Bei den **Pflegeleistungen der Hilfe zur Pflege** nach dem 7. Kapitel SGB XII erhöhte sich die Empfängerzahl seit 2006 um 21 % auf 26.904 Personen, außerhalb von Einrichtungen viel stärker als in Einrichtungen.
- Die Empfängerzahlen von **Regelleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz** lagen 2010 in Berlin mit 11.317 Personen nach Jahren des Rückgangs erstmals über den Werten des Vorjahres (+8,4 %). Die meisten Leistungsberechtigten waren Männer (ca. 59 %) und der größte Teil der Empfänger und Empfängerinnen - gemessen an den absoluten Zahlen und den Anteilen an der jeweiligen Bevölkerung - lebten in den Bezirken Mitte und Friedrichshain-Kreuzberg. Differenziert nach Altersgruppen war der Anstieg der Empfängerzahlen von 2009 zu 2010 bei den 18- bis 24-Jährigen (+15,7 %) und bei den über 50-Jährigen (+13,3 %) am höchsten.

Krankenversicherungsschutz der Berliner Bevölkerung

- 81 % der Berliner Bevölkerung sind **gesetzlich krankenversichert**. Dabei haben die bundesweiten Ersatzkassen mit 47,5 % den höchsten Marktanteil in Berlin.
- Der **Gesundheitsfonds** regelt seit dem 01.01.2009 die Finanzierungsgrundlage der GKV neu.
- Die gesetzlichen Krankenkassen erhalten aus dem Gesundheitsfonds für alle Versicherten die gleiche Zuweisung als Grundpauschale. Mehrbelastungen für Versicherte mit bestimmten Krankheitsrisiken (80 ausgewählte behandlungsintensive und chronische Krankheiten) werden durch höhere Zuweisungen ausgeglichen (sog. **Morbi-RSA**).
- Es existiert ein einheitlicher, vom Staat festgelegter **Beitragsatz** in Höhe von (gegenwärtig) 15,5 %.
- Seit 01.01.2011 ist der Arbeitgeberanteil auf 7,3 % festgeschrieben. Die Lohnnebenkosten sollen dadurch begrenzt bleiben. Arbeitnehmer und Rentner zahlen 8,2 %. Künftige Beitragssatzerhöhungen gehen zu Lasten der gesetzlich kranken-versicherten Mitglieder.
- Die Krankenkassen können von ihren Mitgliedern einen **Zusatzbeitrag** erheben, wenn die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds ihre Kosten nicht decken. Bei der Einführung des Gesundheitsfonds wurde der Zusatzbeitrag zunächst auf 1 % der beitragspflichtigen Einnahmen begrenzt. Seit dem 01.01.2011 ist der Zusatzbeitrag der Höhe nach unbegrenzt. Übersteigt allerdings der durchschnittliche Zusatzbeitrag 2 % der beitragspflichtigen Einnahmen des Versicherten, erfolgt ein Sozialausgleich, in dem der einkommensabhängige Beitragsanteil entsprechend reduziert wird.
- **AOK Berlin** hat durch die Fusion mit AOK Brandenburg zum 01.01.2010 und mit der AOK Mecklenburg-Vorpommern zum 01.01.2011 zur AOK Nord-Ost ihre Wettbewerbs- und Marktposition gestärkt. Mit 1,8 Mio. Versicherten ist sie die größte Krankenkasse in Norddeutschland und gehört zu den TOP 10 bundesweit. Mit 112 Standorten, davon 20 Servicecenter in Berlin, sichert die Kasse ein wohnortnahes Beratungsangebot für ihre Versicherten.

Umweltbezogener Gesundheitsschutz

- In Berlin nimmt die **gesundheitsrelevante Luftbelastung** mit Ausnahme des Feinstaubes und des Stickstoffdioxids ab bzw. bleibt unterhalb der Grenzwerte stabil. Der von den Kraftfahrzeugen emittierte Feinstaub wird zwar weniger, aber der Straßenverkehr trägt – neben kaum zu beeinflussenden Faktoren - nur zu einem Anteil von ca. 35 % zur Feinstaubbelastung bei. Der stetig zunehmende Straßenverkehr ist dagegen die Hauptquelle der Luftbelastung durch Stickoxide.
- 193.000 Menschen sind in Berlin von Nachtpegeln >60 dB(A) durch **Straßenverkehrslärm** betroffen; in den „**Night Noise Guidelines for Europe**“ von 2009 wird ein gesundheitlich abgeleiteter Maximalpegel nachts außen vor den Gebäuden von max. 40 dB(A) im Jahresmittel angegeben. Lärmschutzpolitik wird in Berlin u. a. mit dem seit 2008 existierenden Lärmaktionsplan umgesetzt.
- Die im Rahmen der **Überwachung der Badegewässer** regelmäßig durchgeführten Untersuchungen der 38 Berliner Badestellen auf mikrobiologische und physikalisch-chemische Parameter sowie auf Algenwachstum ergaben, bedingt durch Algenmassenentwicklungen, am häufigsten Beanstandungen der Parameter für die Sichttiefe. Über eine reine Qualitätsüberwachung durch Messungen von einzelnen Parametern hinausgehend wurde erstmalig für jedes EU-Badegewässer im Land Berlin ein Badegewässerprofil erstellt.

2.6 Indikatoren im GSI

Die Tabellen sind ausschließlich in elektronischer Form im Gesundheits- und Sozialinformationssystem (GSI) veröffentlicht, verfügbar im Internet unter <http://www.gsi-berlin.info/>.

Zum **Auffinden einer Tabelle** sind im GSI in der **erweiterten Suche** folgende Einstellungen vorzunehmen:

- Kontext: „Basisbericht GBE Berlin 2010/2011“ auswählen,
- Suchtext: das Wort Tabelle und die entsprechende Nummer (z. B. Tabelle 2.1-1) eingeben,
- Such-Modus: „alle Wörter, Suche nur im Kommentar“ auswählen.

Tabelle 2.1-1:

Bevölkerung in Berlin 1990 - 2010 nach Geschlecht, Ausländeranteil und Bezirken

Tabelle 2.2-1:

Ausländische Bevölkerung in Berlin 1991 - 2010 nach Geschlecht und Bezirken

Tabelle 2.3-1:

Bevölkerung in Berlin 2009 und 2010 nach Geschlecht, Altersgruppen, Staatsangehörigkeit und Bezirken

Tabelle 2.4-1:

Ausländische Bevölkerung in Berlin 2009 und 2010 nach Geschlecht, Altersgruppen und Bezirken

Tabelle 2.5-1:

Deutsche und ausländische Bevölkerung in Berlin 2009 und 2010 nach Geschlecht und Bezirken

Tabelle 2.5z-1:

Bevölkerung (Einwohnerregisterstatistik) in Berlin 2007 - 2010 (Stand: 31.12.) nach Geschlecht, Migrationsstatus und Bezirken

Tabelle 2.7-1:

Altersstruktur und Lastenquotienten in Berlin 2009 und 2010 (Stand: 31.12.) nach Geschlecht und Bezirken

Tabelle 2.7-2:

Altersstruktur und Lastenquotienten in Berlin 1991 - 2010 (Stand: 31.12.) nach Geschlecht und Bezirken

Tabelle 2.8-1:

Mädchen- und Frauenanteil an der Bevölkerung in Berlin 2009 und 2010 (Stand: 31.12.) nach Altersgruppen und Bezirken

Tabelle 2.9-1:

Bevölkerungsentwicklung in Berlin 1991 - 2010 nach Staatsangehörigkeit

Tabelle 2.10-1:

Lebendgeborene, Geburtenziffer und Fruchtbarkeitsziffer in Berlin 1991 - 2010 nach Geschlecht, Legitimität, Staatsangehörigkeit und Bezirken

Tabelle 2.10-2:

Lebendgeborene in Berlin 1991 - 2010 nach Staatsangehörigkeit des Kindes und der Eltern

Tabelle 2.10z-1:

Totgeborene in Berlin 1991 - 2010 nach Geschlecht, Legitimität, Staatsangehörigkeit und ab 2005 nach Bezirken

Tabelle 2.11-1:

Wanderungen der Bevölkerung über die Bezirks- und Landesgrenzen von Berlin 2009 nach Staatsangehörigkeit und Bezirken

Tabelle 2.12-1:

Bevölkerung am 31.12.2009 und Bevölkerungsprognose (auf Basis der Bevölkerungsfortschreibung, Ausgangsjahr 2007) in Berlin in den Prognosejahren 2010, 2015, 2020, 2025 und 2030 nach Altersgruppen, Lastenquotienten und Bezirken

Tabelle 2.13-1:

Allgemeiner Schulabschluss der Bevölkerung und der Erwerbstätigen in Berlin 2009 nach Geschlecht und Staatsangehörigkeit der Befragten

Tabelle 2.13-2:

Allgemeiner Schulabschluss der Bevölkerung in Berlin 2008 (Stand: November 2010) nach Geschlecht und Migrationsstatus der Befragten

Tabelle 2.14-1:

Beruflicher Ausbildungsabschluss der Bevölkerung und der Erwerbstätigen in Berlin 2009 nach Geschlecht, Alter und Staatsangehörigkeit der Befragten

Tabelle 2.14-2:

Beruflicher Ausbildungsabschluss der Bevölkerung in Berlin 2008 (Stand: November 2010) nach Geschlecht und Migrationsstatus der Befragten

Tabelle 2.15-1:

Verfügbares Einkommen der privaten Haushalte und privaten Organisationen ohne Erwerbszweck in Berlin 1991 - 2009

Tabelle 2.15-2:

Verfügbares Einkommen der privaten Haushalte und privaten Organisationen ohne Erwerbszweck in Deutschland 2005 - 2008 nach Bundesländern

Tabelle 2.15z-1:

Verfügbares Einkommen, Ausgaben und Ersparnis privater Haushalte in Berlin 2008 nach ausgewählten Merkmalen

Tabelle 2.17-1:

Familien in Berlin 2009 nach Lebensformen, Alter der Kinder, monatlichem Familiennettoeinkommen und Geschlecht der Alleinerziehenden

Tabelle 2.17-2:

Privathaushalte in Berlin 2009 nach Haushaltsgröße und monatlichem Haushaltsnettoeinkommen sowie Geschlecht, Altersgruppen und Staatsangehörigkeit der Haupteinkommensbezieher/Haupteinkommensbezieherinnen

Tabelle 2.18-1:

Erwerbstätige und Erwerbstätigenquote in Berlin 2009 nach Geschlecht, Altersgruppen und Bezirken

Tabelle 2.18-2:

Bevölkerung, Erwerbstätige und Erwerbstätigenquote in Berlin 1997 - 2009 nach Geschlecht und Altersgruppen

Tabelle 2.18-3:

Bevölkerung in Berlin 2009 nach Geschlecht, Erwerbs- und Migrationsstatus

Tabelle 2.18-4:

Bevölkerung in Berlin 2008 nach Geschlecht, Erwerbsstatus, Stellung im Beruf und Migrationsstatus

Tabelle 2.18-5:

Schwerbehinderte Menschen in Beschäftigung (Anzeigeverfahren SGB IX) in Berlin und Deutschland 1991 - 2009 nach ausgewählten Gliederungsmerkmalen

Tabelle 2.20-1:

Arbeitslose und Arbeitslosenquoten in Berlin im Jahresdurchschnitt 1998 - 2010 nach Geschlecht, Altersgruppen, Staatsangehörigkeit, Schwerbehinderung und Rechtskreisen

Tabelle 2.20-2:

Arbeitslose nach Rechtskreisen SGB II und SGB III in Berlin im Dezember 2010 nach Geschlecht, Altersgruppen, Staatsangehörigkeit und Schwerbehinderung

Tabelle 2.21-1:

Arbeitslose nach Rechtskreisen SGB II und SGB III in Berlin am 31.12.2010 nach Geschlecht, Altersgruppen, Staatsangehörigkeit und Bezirken

Tabelle 2.22-1:

Empfängerinnen und Empfänger von Leistungen gemäß 3. und 4. Kapitel Sozialgesetzbuch (SGB) XII außerhalb von Einrichtungen in Berlin 2007 - 2010 (Stand: 31.12.) nach Geschlecht, Altersgruppen, Staatsangehörigkeit und Bezirken

Tabelle 2.22-2:

Empfängerinnen und Empfänger von Regelleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) in Berlin 2007 - 2010 (Stand: 31.12.) nach Geschlecht, Altersgruppen und Bezirken

Tabelle 5.1-1:

Stickstoffdioxid in der Außenluft in Berlin 2009 und 2010 nach Messstationen

Tabelle 5.2-1:

Schwefelstoffdioxid in der Außenluft in Berlin 2009 und 2010 nach Messstationen

Tabelle 5.3-1:

Feinstaub in der Außenluft in Berlin 2009 und 2010 nach Messstationen

Tabelle 5.4-1:

Ozon in der Außenluft in Berlin 2005 - 2010 nach Messstationen

Tabelle 5.5-1:

Benzol und Ruß in der Außenluft in Berlin 2008 - 2010 nach Messstationen

Tabelle 5.14-1:
Ergebnisse der Badegewässerüberwachung in Berlin 2003 - 2010

Tabelle 5.14z-1:
Jahresauswertung der während der jeweiligen Badesaison 14-tägig durchgeführten mikrobiologischen Untersuchungen von Berliner Badegewässern 2001 - 2010

Tabelle 5.14z-2:
Jahresauswertung der während der Badesaison 14-tägig durchgeführten Sichttiefenmessungen in Berliner Badegewässern 2009 und 2010

Tabelle 10.8z-1:
Ausgaben sowie Empfängerinnen und Empfänger ausgewählter Gesundheits- und Pflegeleistungen nach dem SGB XII in Berlin 2005 - 2010 nach Hilfearten

Tabelle 10.18-1:
Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und mitversicherte Familienangehörige in Berlin 2004 - 2010 (Stichtag: 1. Juli) nach Geschlecht und Altersgruppen

Tabelle 10.18-2:
Versichertenstruktur in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Deutschland am 1. Juli 2010 nach Geschlecht und Bundesländern

Tabelle 10.19-1:
Versichertenstruktur (Mitglieder und mitversicherte Familienangehörige) in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Berlin 2009 und 2010 (Stichtag: 1. Juli) nach allgemeiner Krankenversicherung (AKV), Krankenversicherung der Rentner (KVdR) und Kassenarten

Tabelle 10.19-2:
Verhältnis von Mitgliedern der allgemeinen Krankenversicherung (AKV) zu Mitgliedern der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Berlin 2000 - 2010 (Stand: 1. Juli) nach Kassenarten sowie 2009 und 2010 nach Bundesländern

Tabelle 10.19-3:
Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und GKV-Versicherte insgesamt mit Wohnort in Berlin 1998 - 2010 (Stichtag: 1. Juli) nach Bevölkerungsanteil, Kassenarten und Marktanteilen

Tabelle 10.19-4:
Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und GKV-Versicherte insgesamt in Deutschland am 1. Juli 2009 nach Kassenarten, Marktanteilen und Bundesländern

Tabelle 10.23z-1:
Zahl der gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland 2006 - 2011 (Stand: 01.01.) nach Kassenarten

3. Subjektiver Gesundheitszustand, Mortalität und abgeleitete Indikatoren

3.1 Subjektiver Gesundheitszustand

Angaben zur subjektiven Bewertung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung gehören in der Bundesrepublik Deutschland mittlerweile zum regelmäßigen Bestandteil der Gesundheitsberichterstattung. Grundlage der nachfolgenden Angaben sind die vom Robert Koch-Institut (RKI) im Rahmen eines *bundesweiten Gesundheitsmonitorings* regelmäßig durchgeführten Gesundheitsbefragungen. Die subjektive Morbidität ist als Prädiktor für Morbidität und Mortalität anerkannt.

Die Ergebnisse der Gesundheitsbefragungen dienen der Schließung von Informationslücken der Struktur- und Prozessdaten der amtlichen Statistik (z. B. Prävalenz von Krankheiten und Gesundheitsstörungen, Inanspruchnahme von primären und sekundären Präventionsangeboten sowie von Gesundheitsleistungen).

Nachfolgende Ausführungen geben Auskunft über ausgewählte und im Indikatorensetz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder enthaltene subjektive Gesundheitsindikatoren, die in den Tabellen [3.15-1](#), [3.17-1](#), [3.17-2](#), [3.17-3](#), [3.18-1](#) der Berliner Gesundheitsberichterstattung im Internet unter <http://www.gsi-berlin.info/> (Gesundheits- und Sozialinformationssystem - GSI) zum Herunterladen zur Verfügung stehen. Die Daten entstammen den Auswertungen der GEDA-Studie 2009 (GEDA steht für „Gesundheit in Deutschland aktuell“)¹, wo im Rahmen einer telefonischen Befragung insgesamt 21.262 Personen (12.114 Frauen und 9.148 Männer) ab 18 Jahren *Fragen zu ihrem allgemeinen Gesundheitszustand, zu Krankheiten und Befunden und zu deren Einfluss auf ihre Gesundheit* beantworteten. Des Weiteren wurde von den Frauen und Männern Auskunft über die Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitsversorgungssystems gegeben. Die Stichprobengröße ist nicht ausreichend, um einzelne Bundesländer repräsentativ abzubilden. Für berlingspezifische Aussagen werden deshalb lediglich verbale Angaben zum Verhältnis Berlin - Bundesdurchschnitt gemacht.

Subjektive Einschätzung des Gesundheitszustands

Die Aussagen zur *subjektiven Einschätzung des Gesundheitszustandes* haben sich - so das Ergebnis der GEDA-Studie - in den letzten Jahren kaum verändert. Wie bereits bei früheren Surveys gesehen schätzten auch in der vorliegenden Befragung 68 % der Frauen und fast drei Viertel der Männer (73 %) ihren Gesundheitszustand als „sehr gut“ und „gut“ ein. Der hohe Anteil sinkt mit zunehmendem Alter. Immerhin bezeichnete aber auch bei den über 65-Jährigen noch etwa die Hälfte der Befragten (46 % der Frauen und 52 % der Männer) ihren Gesundheitszustand als „sehr gut“ oder „gut“. Einen „schlechten“ oder sogar „sehr schlechten“ Gesundheitszustand zu haben, gaben dagegen nur 7 % der Frauen und 6 % der Männer an. Der Anteil lag bei den Frauen in allen Altersgruppen über dem der Männer. Berliner Frauen schätzten ihren Gesundheitszustand etwas schlechter als der Bundesdurchschnitt ein. Berliner Männer lagen dagegen auf Bundesniveau.

70% der Bevölkerung schätzen ihren Gesundheitszustand als sehr gut und gut ein

Hinsichtlich der Bildungsgruppen schätzten sowohl Frauen als auch Männer aus der oberen Bildungsgruppe ihren Gesundheitszustand durchweg positiver ein als Personen der unteren Bildungsgruppe. Das war in allen betrachteten Altersgruppen der Fall (vgl. Abbildung 3.1 und im GSI verfügbare Tabelle [3.15-1](#)).

Die Frage nach *Aktivitätseinschränkungen im Alltag*, bezogen auf die körperliche Gesundheit, beantwortete fast ein Drittel der Frauen (32 %) damit, „eingeschränkt“ (20 %) oder sogar „erheblich

¹ Robert Koch-Institut (2011): Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2009“. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin. Im Internet unter <http://www.rki.de/gbe>, Pfad Gesundheitsberichte / Beiträge verfügbar.

eingeschränkt“ (13 %) zu sein. Bei den Männern lag der Anteil mit 29 % (19 % von ihnen eingeschränkt, 10 % erheblich eingeschränkt) unter dem der Frauen. Berliner Frauen und Männer fühlten sich etwas weniger als Befragte aus dem übrigen Bundesgebiet in ihren Alltagsaktivitäten eingeschränkt.

Der Anteil der Befragten, die über gesundheitsrelevante Einschränkungen bei der Ausübung ihrer Alltagsaktivitäten berichteten, stieg mit zunehmendem Alter. Erwartungsgemäß fühlten sich über 65-Jährige (Frauen 54 %, Männer 51 %) am stärksten gesundheitsbedingten Einschränkungen ausgesetzt.

Hinsichtlich des Bildungsstatus zeigte sich bei den Frauen, die sich erheblich eingeschränkt fühlten, der mit Abstand höchste Anteil in der Gruppe der unteren Bildungsgruppe. Das konnte in allen Altersgruppen beobachtet werden. Bereits im Alter von 45 bis 64 Jahren berichtete jede fünfte Frau aus der unteren Bildungsgruppe über erhebliche gesundheitsbedingte körperliche Einschränkungen. Bei den über 65-jährigen Frauen war der Anteil mit 30 % besonders hoch. Im Vergleich zu ihnen fühlten sich nur 14 % der über 65-jährigen Frauen aus der oberen Bildungsgruppe erheblich eingeschränkt.

Frauen fühlen sich häufiger als Männer seelischen Belastungen ausgesetzt

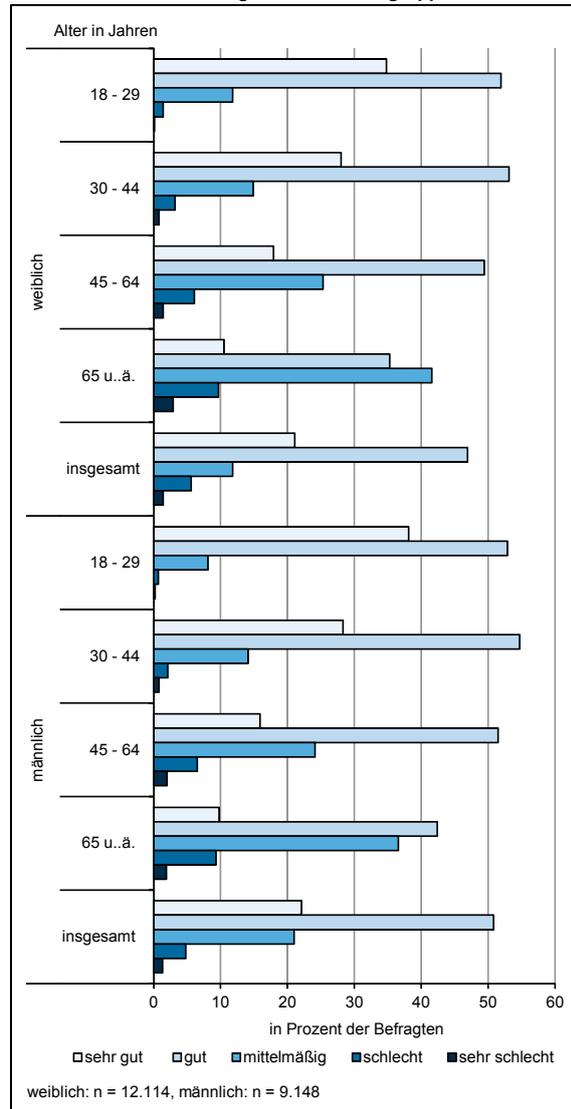
Neben der körperlichen Gesundheit übt die **psychische Gesundheit** einen erheblichen Einfluss auf die Lebens- und Leistungsqualität aus. Insgesamt fühlte sich mehr als jede zehnte befragte Person durch seelische Belastungen beeinträchtigt. Zwischen den Geschlechtern gab es signifikante Unterschiede. So gaben 13 % der befragten Frauen, aber nur 8 % der Männer an, seelisch belastet zu sein. Die deutlichsten Unterschiede konnten dabei in der Gruppe der 18- bis 29-Jährigen beobachtet werden (14 % Frauen, 6 % Männer). Berlinerinnen und Berliner berichteten deutlich häufiger als Frauen und Männer aus dem übrigen Bundesgebiet über seelische Belastungen.

Wie bei der körperlichen Gesundheit gaben auch hinsichtlich der psychischen Gesundheit Befragte aus der unteren und mittleren Bildungsgruppe häufiger seelische Belastungen an als Personen mit hohem Bildungsstatus. Das traf auf fast alle Altersgruppen und auf Männer und Frauen gleichermaßen zu (vgl. Abbildung 3.2 und im GSI verfügbare Tabelle [3.17-1 GSI](#)).

Selbstauskunft zur Prävalenz von Krankheiten

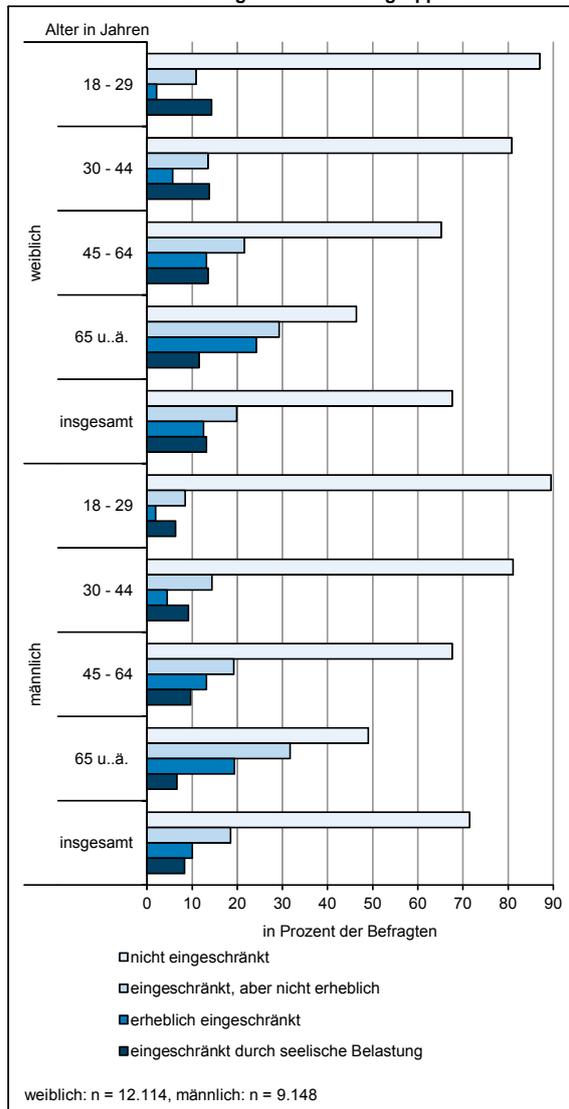
Den überwiegend positiven Aussagen (sehr gut bis gut) zum Gesundheitszustand standen bei der Frage nach dem **Vorhandensein von Krankheiten** (z. B. ischämische Herzkrankheiten) und

Abbildung 3.1:
Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes
in Deutschland 2009
nach Geschlecht und ausgewählten Altersgruppen



(Datenquelle: RKI, GEDA 2009 / Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Abbildung 3.2:
Selbstauskunft zu gesundheitlichen Einschränkungen in
Deutschland 2009
nach Geschlecht und ausgewählten Altersgruppen



(Datenquelle: RKI, GEDA 2009 / Darstellung: SenGesUmV - I A -)

gesundheitsrelevanten Befunden (Beispiel: Bluthochdruck) zum Teil hohe Prävalenzen gegenüber. Bei der Selbstauskunft zur Prävalenz von chronischen Krankheiten (lang andauernde Krankheiten, die nicht vollständig geheilt werden können) zeigte sich, dass 42 % der Frauen und 36 % der Männer an einer chronischen Erkrankung litten. Männer aus Berlin gaben häufiger als Männer aus dem übrigen Bundesgebiet an, an einer chronischen Erkrankung zu leiden. Auch bei den Frauen lag der Anteil leicht über dem Bundesniveau.

Befragte aus der unteren und mittleren Bildungsgruppe berichteten häufiger als Personen aus der oberen Bildungsgruppe von einer oder sogar mehreren lang andauernden chronischen Erkrankungen (vgl. im GSI verfügbare Tabelle 3.18-1 GSI).

Hinsichtlich ausgewählter und häufig auftretender Krankheiten und pathologischer Befunde

Bluthochdruck und Fettstoffwechselstörungen am häufigsten verbreitet

waren Bluthochdruck, erhöhte Blutfettwerte (bei den Frauen auch Arthrose) am häufigsten verbreitet. Bei den meisten Angaben handelte es sich um Krankheiten und Befunde, die mit eher negativen Gesundheitsverhaltensweisen vergesellschaftet sind (wie etwa körperliche Inaktivität, zu hohe, fett- und zuckerreiche Kalorienzufuhr und Rauchen). Bei mehr als jeder vierten Person, das betraf sowohl Frauen als auch Männer, wurde eine ärztlich diagnostizierte **Hypertonie** festgestellt. Bei den über 65-Jährigen lag die 12-Monatsprävalenz des Bluthochdrucks z. B. bei den Frauen bei 55 % und bei den Männern bei 54 %. Während sich der Anteil der Hypertonieprävalenz bei den Berliner Frauen auf Bundesniveau bewegte, gaben Berliner Männer deutlich seltener als Männer aus dem übrigen Bundesgebiet einen bekannten Bluthochdruck an.

Fettstoffwechselstörungen gaben 20 % der Männer (bei über 65-jährigen Männern lag der Anteil bereits bei 36 %) und 22 % der Frauen an. Bei den über 65-jährigen Frauen lag die Prävalenz von Hypercholesterinämie mit 44 % noch höher als bei den Männern. Männer aus Berlin gaben insgesamt nicht häufiger als Befragte aus dem übrigen Bundesgebiet an, erhöhte Blutfettwerte zu haben. Bei den Frauen lag der Anteil in Berlin jedoch über dem Bundesdurchschnittswert.

Arthrose stand bei den Frauen mit einer 12-Monatsprävalenz von 23 % an dritter Stelle der genannten Krankheiten. Von den über 65-jährigen Frauen waren sogar 46 % der Befragten von Arthrose betroffen (vgl. Abbildung 3.3). Die Prävalenzdaten der Berlinerinnen bewegten sich in etwa auf Bundesniveau.

Bei psychischen Krankheiten stehen **Depressionen** an vorderster Stelle. Acht Prozent aller Frauen und nahezu jeder zwanzigste Mann (5 %) gaben bei der Befragung an, in den letzten 12 Monaten an einer Depression gelitten zu haben. Am häufigsten betroffen waren 45- bis 64-Jährige: jede zehnte Frau und 7 % der Männer. Unabhängig vom Alter berichteten Berlinerinnen und Berliner deutlich häufiger als Frauen und Männer aus dem übrigen Bundesgebiet darüber, dass bei ihnen eine ärztlich diagnostizierte Depression oder depressive Verstimmung bestand.

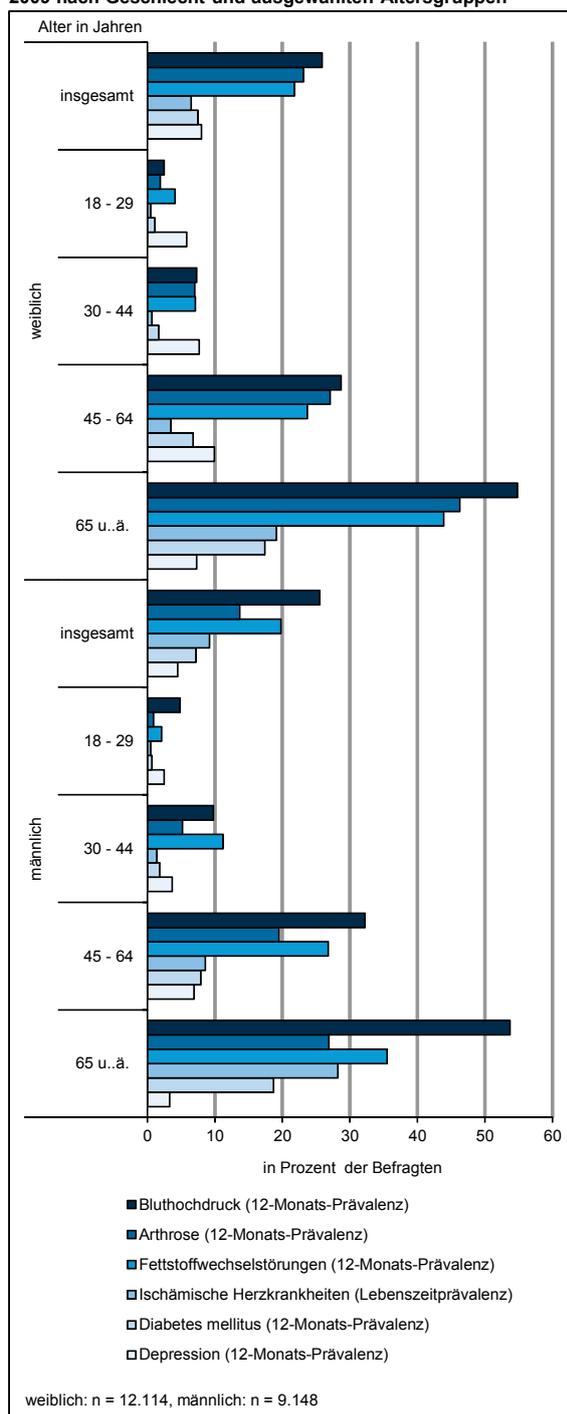
Personen, die der oberen Bildungsgruppe zugeordnet wurden, litten erheblich seltener an Depressionen als Frauen und Männer der unteren und mittleren Bildungsgruppe.

Arzneimittelverordnungen

Chronische Krankheiten und pathologische Befunden, die zum einen als Folge des Alters betrachtet, zum anderen aber auch auf ein langjähriges Einwirken von prädisponierenden Risikofaktoren zurückgeführt werden müssen, bedürfen einer stetigen und zumeist auch medikamentösen Therapie. Wie der Abbildung 3.4 entnommen werden kann, ist eine steigende Tendenz von **Arzneimittelverordnungen** in Zusammenhang mit chronischen Krankheiten bei den meisten der verordnungstärksten Indikationsgruppen (ATC-Gruppen 2. Ebene) zu beobachten.

An der Spitze der verordneten Arzneimittel stehen seit Jahren die zur Behandlung von Bluthochdruck verordneten Angiotensinhemmer (z. B. ACE-Hemmer, Sartane und Angiotensinrezeptorenantagonisten), die alle anderen Arzneimittelgruppen nach Umsatz (in Mio Euro) und DDD (definierte Tagesdosen) übertreffen. So belief sich der Umsatz derartiger zu Lasten der GKV verordneten Präparate im Jahr 2009 in der Bundesrepublik Deutschland auf insgesamt 2.055.500 EUR, das waren immerhin 7,2 % des Gesamtumsatzes (28.499.400 EUR). Bezogen auf Tagesdosen je GKV-Versicherten stellten Angiotensinhemmer einen Anteil von 20 %. Insgesamt lag der Anteil der in Abbildung 3.4 zu Lasten der GKV verordneten sieben ATC-Gruppen, bezogen auf DDD je GKV-Versicherten, bei 55 %².

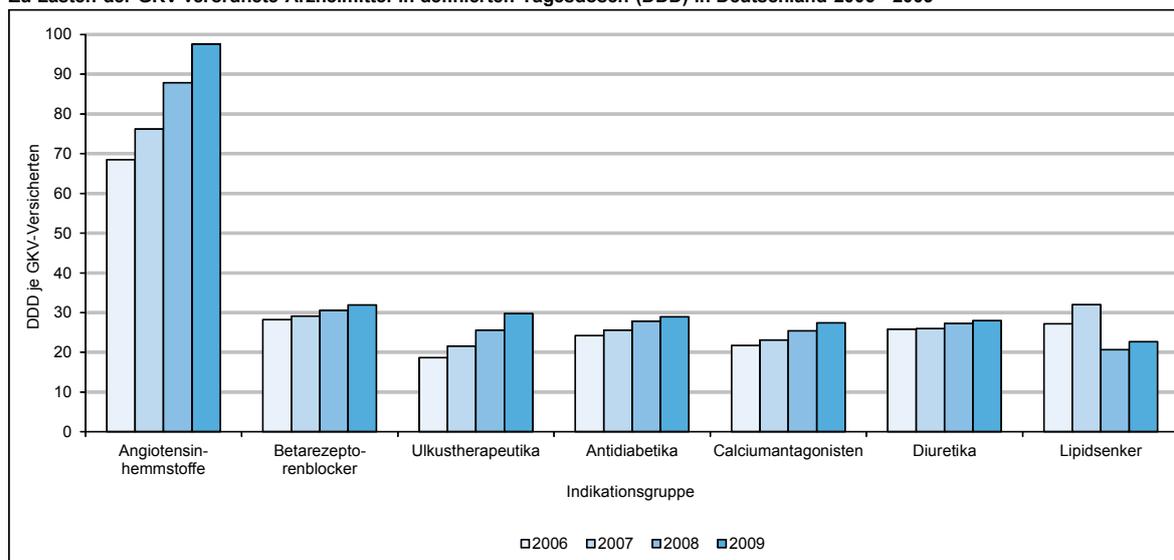
Abbildung 3.3:
Häufig genannte Krankheiten und Befunde in Deutschland 2009 nach Geschlecht und ausgewählten Altersgruppen



(Datenquelle: RKI, GEDA 2009 / Darstellung: SenGesUmV - I A -)

² vgl. auch <http://www.gbe-bund.de>, Pfad Gesundheitsversorgung / Arzneimittelversorgung, Heil- und Hilfemittel / Tabelle (gestaltbar): Arzneimittel nach ATC-Gruppen, Tagesdosen je Arzt der Fachgruppe.

Abbildung 3.4:
Zu Lasten der GKV verordnete Arzneimittel in definierten Tagesdosen (DDD) in Deutschland 2006 - 2009



(Datenquelle: StBA, GKV-Arzneimittelindex, ATC-Gruppen (2. Ebene) / Darstellung: SenGesUmV - I A -)

3.2 Mortalität und abgeleitete Indikatoren

Angaben zum Mortalitätsgeschehen und davon abgeleitete Indikatoren - wie etwa Lebenserwartung, vorzeitige und vermeidbare Sterblichkeit, Säuglings- und Perinatalsterblichkeit - dienen der Beschreibung der gesundheitlichen und sozialen Lage der Bevölkerung. Die Auswertungen des verfügbaren Datenmaterials geben nützliche Hinweise zu gesundheitsrelevanten Risikofaktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und mögliche Defizite im Gesundheitsversorgungssystem verdeutlichen.

Nachfolgende Ausführungen stellen die (allgemeine) Mortalität und davon abgeleitete Kennziffern dar. Die Kriterien orientieren sich an der Systematik der Indikatoren des Themenfeldes 3 „Gesundheitszustand der Bevölkerung“ des Indikatorensetzes für die Gesundheitsberichterstattung der Länder. Die *in die Auswertung einbezogenen Daten* betreffen im Wesentlichen den Zeitraum 2007 bis 2009 (zusammengefasst); betrachtet wird die Mortalität in Berlin sowie im regionalen (Bezirke) und überregionalen (Bundesländer) Vergleich. Die jeweiligen Kennziffern für Deutschland insgesamt und die für den Bundesländervergleich verwendeten Daten entstammen dem Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes^{3 4}.

Ausführliche tabellarische Aufbereitungen zum Berliner Mortalitätsgeschehen und zu den davon abgeleiteten Indikatoren entsprechend dem Indikatorensetz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder stehen in der Berliner Gesundheitsberichterstattung im Internet unter <http://www.gsi-berlin.info/> (Gesundheits- und Sozialinformationssystem - GSI) zum Herunterladen zur Verfügung.

3.2.1 Lebenserwartung

Mit dem Indikator Lebenserwartung werden die mittlere Lebenserwartung (auch durchschnittliche Lebenserwartung genannt), d. h. die Lebenserwartung bei Geburt, und die fernere Lebenserwartung beschrieben, die angibt, wie viele Lebensjahre eine Person im Alter x im Durchschnitt gesehen noch vor sich hat (vgl. auch die Erläuterungen im Anhang).

³ <http://www.gbe-bund.de/>, Recherche nach Themen: Gesundheitsberichterstattung, Themenfeld 3 - Gesundheitszustand der Bevölkerung.

⁴ Vgl. auch: Elisabeth Gaber; Manfred Wildner (2011): Sterblichkeit, Todesursachen und regionale Unterschiede. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 52. Robert Koch-Institut, Berlin. Die in diesem Bericht getroffenen Aussagen zur regionalen Sterblichkeit im Bundesländervergleich sind mit den nachfolgenden Ausführungen nur bedingt vergleichbar, z. B. wegen unterschiedlicher Vergleichszeiträume und Todesursachen, konkurrierender Ansätze bei vermeidbarer Sterblichkeit u. a.

Die Lebenserwartung zählt neben Geburtenraten und Wanderungsbewegungen zu den wichtigsten Determinanten des demografischen Wandels. Sie wird von zahlreichen **Einflussfaktoren** bestimmt. Neben Umweltfaktoren und sozioökonomischen Bedingungen spielen, abhängig vom Gesundheitsbewusstsein, die Lebensweise sowie hormonelle und genetische Faktoren eine wichtige Rolle. Während in der Dritten Welt nach wie vor unsauberes Trinkwasser, unzureichende Hygiene und Ernährung wie auch eine mangelhafte medizinische Versorgung die Lebenserwartung verkürzen, üben in den hochentwickelten Industriestaaten die sogenannten Schlüsselfaktoren⁵ Rauchen, Übergewicht, Bluthochdruck, Diabetes mellitus und körperliche Inaktivität den wesentlichsten Einfluss auf die Lebensdauer aus. Je nachdem wie günstig oder ungünstig diese fünf Faktoren wirken, verlängern oder verkürzen sie die Lebensdauer.

Mittlere und fernere Lebenserwartung

Im **internationalen Vergleich** der letzten Jahre (2007 bis 2009 zusammengefasst) belegte Deutschland laut Angaben des Statistischen Bundesamtes⁶ hinsichtlich der mittleren Lebenserwartung bei den Frauen (82,5 Jahre) den 20. und bei den Männern (77,3 Jahre) den 21. Rang. Frauen aus Japan hatten mit 86,0 und Männer aus Island mit 80,0 Jahren die weltweit höchste Lebenserwartung. Demgegenüber mussten Frauen aus Afghanistan und Männer aus Simbabwe mit jeweils 43,9 Jahren mit der weltweit niedrigsten Lebenserwartung rechnen.

Die mittlere Lebenserwartung steigt hierzulande ständig an. Der Anstieg wird auf etwa zwei bis drei Monate pro Jahr beziffert. Die Lebenserwartung nimmt aber auch bei älteren Personen zu. In Bezug auf die fernere Lebenserwartung kann aus den aktuellen Sterbeverhältnissen abgeleitet werden, dass nahezu jede zweite in **Deutschland** lebende Frau (49,3 %) und fast jeder dritte Mann (31,1 %) den 85. Geburtstag erleben können. Diese Aussage trifft auch auf Frauen (48,4 %) und Männer (31,6 %) aus **Berlin** zu. Das 60. Lebensjahr erreichen mindestens 94 % der Frauen und 89 % der Männer. Demzufolge können derzeit 60-jährige Frauen mit einer ferneren Lebenserwartung von durchschnittlich 24,8 Jahren (Berlinerinnen 24,6) und gleichaltrige Männer von 21,0 Jahren (Berliner 21,1) rechnen. 80-jährige Frauen haben noch 9,0 (Berlin 9,2), gleichaltrige Männer immerhin noch 7,7 (Berlin 8,0) Jahre vor sich. Statistisch gesehen können sogar noch 100-Jährige mit zwei weiteren Lebensjahren rechnen, Frauen und Männer gleichermaßen (vgl. im GSI verfügbare Tabelle [3.9-1](#)).

Anstieg der Lebenserwartung seit 1993 in Berlin stärker als bundesweit

Hinsichtlich der mittleren Lebenserwartung stieg diese in Berlin bei den Frauen in der Zeit von 1993/1995 (78,6 Jahre) bis 2007/2009 (82,2 Jahre) um 3,6 Jahre und damit stärker als im Bundesdurchschnitt an. Bundesweit belief sich der Zugewinn auf 3,0 Jahre (1993/1995: 79,5, 2007/2009: 82,5 Jahre). Berlinerinnen hatten nur noch eine um 0,3 Jahre unter dem

Bundesniveau liegende Lebenserwartung. Auch bei den Männern profitierten Berliner mit einem Zugewinn von 5,3 Jahren (1993/1995: 71,9, 2007/2009: 77,2 Jahre) deutlich stärker als Männer aus dem übrigen Bundesgebiet (4,3 Jahre, 1993/1995: 73,0, 2007/2009: 77,3 Jahre) (vgl. Abbildungen 3.5 und 3.6 sowie im GSI verfügbare Tabelle [3.10-1](#)).

Lebenserwartung der Männer liegt nach wie vor deutlich unter der der Frauen

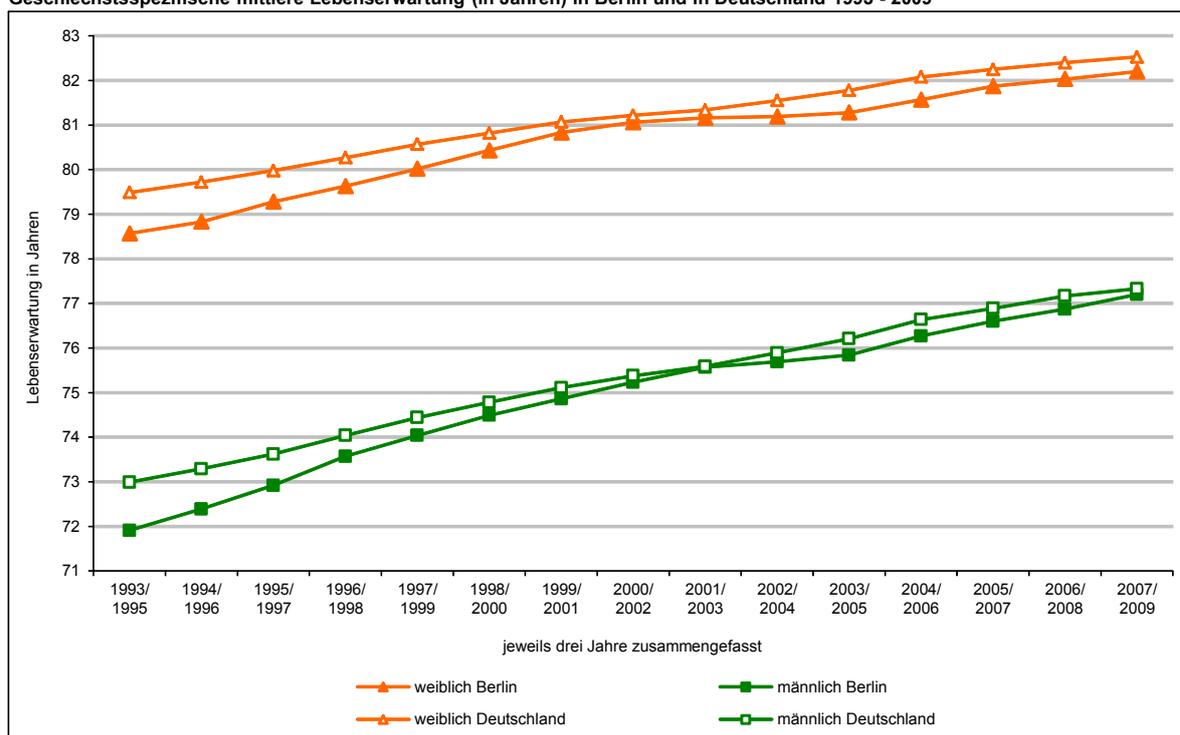
Obwohl der Anstieg der Lebenserwartung bei **Männern** stärker war als bei **Frauen**, hatten sie im Vergleich zu den Frauen eine immer noch kürzere Lebenserwartung, und zwar im Durchschnitt gesehen um 5,2 Jahre. In Berlin war die Differenz in den letzten Jahren mit 5,0 Jahren etwas geringer als im Bundesdurchschnitt (vgl. Abbildung 3.5). In den

neuen Bundesländern waren die geschlechtsspezifischen Unterschiede am größten, vor allem in Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt, wo Frauen gegenüber Männern eine im Durchschnitt gesehen 6,7 bzw. 6,3 Jahre längere Lebenserwartung hatten. Demgegenüber lebten Frauen in Baden-Württemberg, Hessen und Hamburg im Mittel „nur“ 4,6 bzw. 4,8 Jahre länger als Männer (vgl. Abbildung 3.6).

⁵ Laurel Yates et al. (2008): Archives of Internal Medicine, Bd. 168, S. 284.

⁶ <http://databank.worldbank.org/ddp/home.do>.

Abbildung 3.5:
Geschlechtsspezifische mittlere Lebenserwartung (in Jahren) in Berlin und in Deutschland 1993 - 2009



(Datenquelle: StBA / AfS Berlin-Brandenburg / Darstellung: SenGesUmV - I A -)

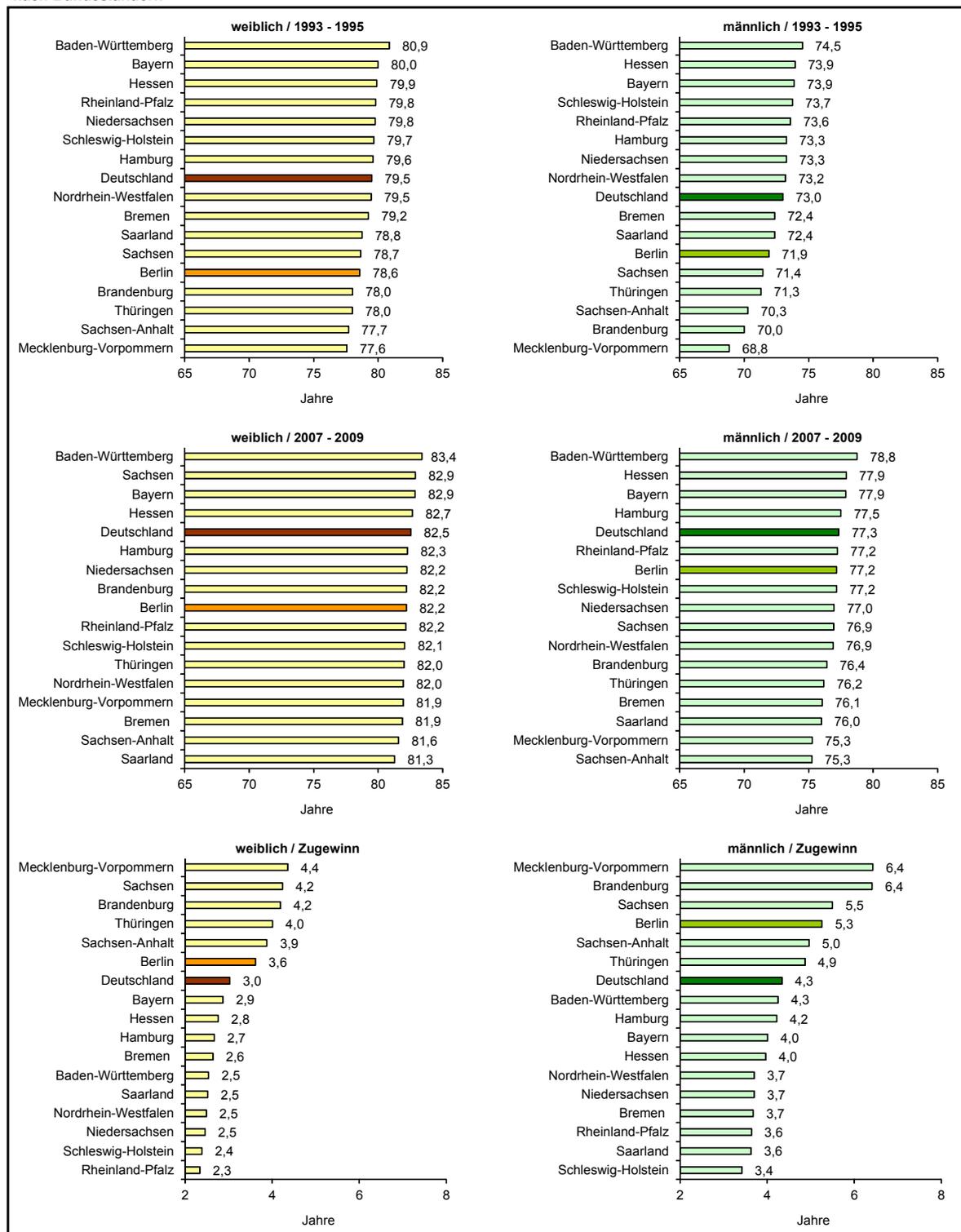
Seit der Wiedervereinigung Deutschlands haben sich die Lebenserwartungsunterschiede zwischen den **Bundesländern** stark vermindert. Nach wie vor gibt es jedoch deutliche Differenzen. Berlin nimmt den neuesten Sterbetafeln (2007/2009) zufolge im Bundesländervergleich eine eher günstige Position ein. Berlinerinnen belegten den achten und Männer den sechsten Rang. Nach wie vor können Frauen aus Baden-Württemberg mit durchschnittlich 83,4 Jahren mit der bundesweit höchsten Lebenserwartung rechnen. Sie lag dort mehr als zwei Jahre über der der Frauen aus dem Saarland (81,3 Jahre), dem Bundesland mit der niedrigsten mittleren Lebenserwartung. Auch bei den Männern konnten Baden-Württemberger mit durchschnittlich 78,8 Jahren mit der längsten Lebenserwartung von allen Bundesländern rechnen. Die niedrigsten Werte wurden für Männer aus Sachsen-Anhalt und Mecklenburg-Vorpommern (je 75,3 Jahre) ermittelt (vgl. Abbildung 3.6).

Im Vergleich neue versus alte Bundesländer (jeweils ohne ehemals Berlin-Ost und Berlin-West) fiel auf, dass die Lebenserwartung der Frauen in den neuen Ländern von 1993/1995 (78,0 Jahre) bis 2007/2009 (82,4) um 4,4 Jahre und die der Männer um 5,9 Jahre (von 70,4 auf 76,3 Jahre) deutlich stärker als in den Ländern des früheren Bundesgebietes anstieg. Dort nahm sie bei den Frauen (von 79,7 auf 82,6 Jahre) um 2,9 und bei den Männern (von 73,4 auf 77,6 Jahre) um durchschnittlich 4,2 Jahre zu. Während sich die Lebenserwartung der Frauen mittlerweile fast angeglichen hat, hatten Männer in den neuen Bundesländern gegenüber der männlichen Bevölkerung des früheren Bundesgebietes immer noch eine kürzere Lebenserwartung, und zwar im Durchschnitt gesehen um 1,3 Jahre.

Den aktuellen Berechnungen zufolge ließ die durchschnittliche Lebenserwartung im **Berliner Bezirksvergleich** ebenfalls eine erhebliche Spannweite erkennen (2,6 Jahre bei den Frauen und 3,7 Jahre bei den Männern).

Seit Jahren können Frauen aus Treptow-Köpenick mit 83,5 Jahren - vor Frauen aus Steglitz-Zehlendorf (83,4) und Charlottenburg-Wilmersdorf (83,3) - mit der berlinweit höchsten Lebenserwartung rechnen. Sie bewegte sich 2007/2009 in den genannten Bezirken sogar auf dem Niveau des im

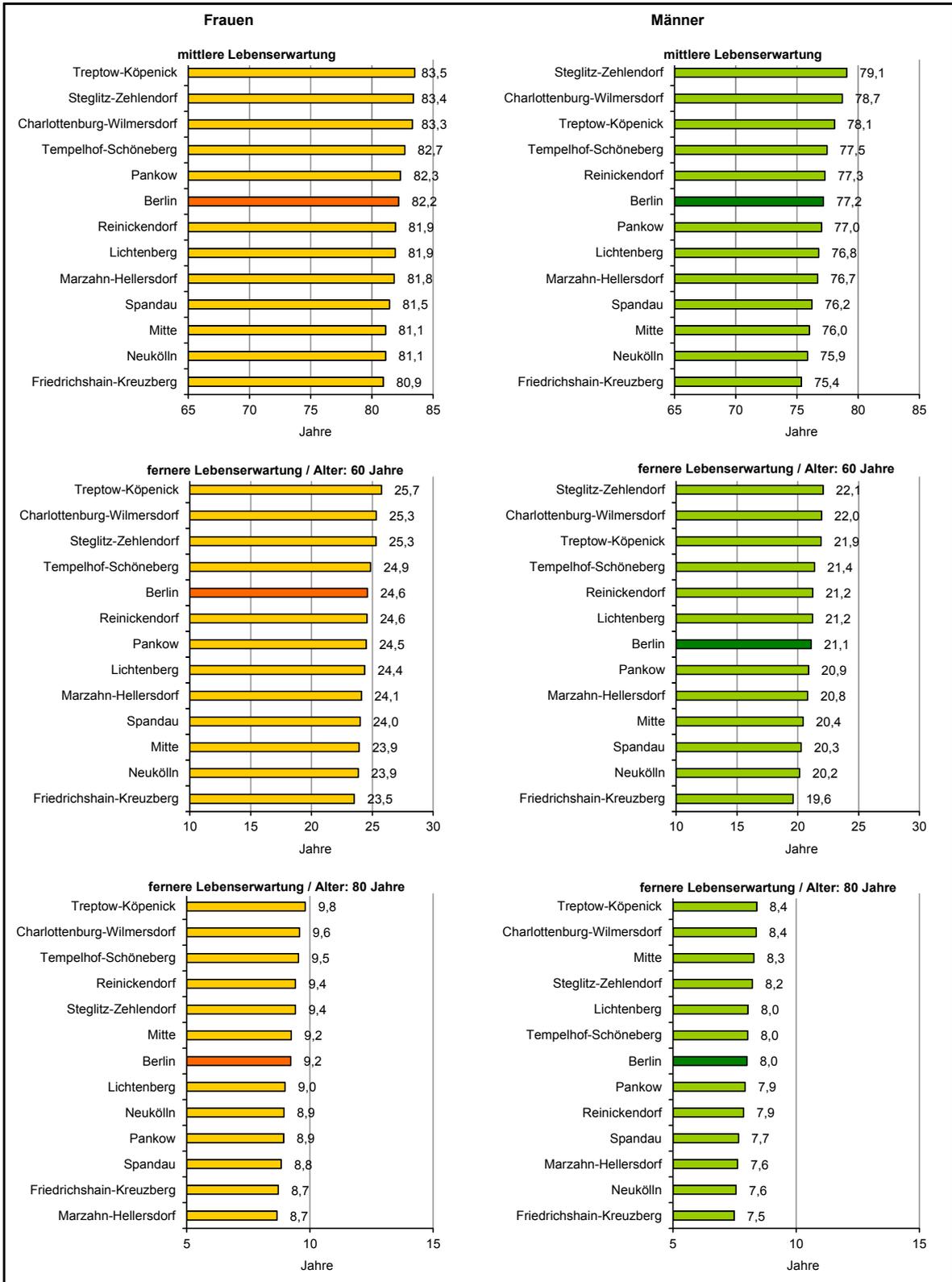
Abbildung 3.6:
Geschlechtsspezifische mittlere Lebenserwartung (in Jahren) in Deutschland 1993 - 1995 und 2007 - 2009 (jeweils zusammengefasst) nach Bundesländern



Die Werte für Bayern werden seit 2004/2006 aufgrund einer länderspezifischen Methodik ermittelt.
 (Datenquelle: StBA, Destatis / AFS Berlin-Brandenburg / Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Bundesländervergleich ermittelten höchsten Wertes. Die berlinweit niedrigste Lebenserwartung hatten - wie bereits bei früheren Auswertungen gesehen - Frauen aus Friedrichshain-Kreuzberg (80,9 Jahre), gefolgt von Frauen aus Neukölln und Mitte (je 81,1). In diesen Bezirken lag sie noch unter dem im Bundesländervergleich ermittelten niedrigsten Wert (vgl. Abbildungen 3.6 und 3.7).

Abbildung 3.7:
Geschlechtsspezifische mittlere und fernere Lebenserwartung (in Jahren) in Berlin 2007 - 2009 (zusammengefasst)
nach ausgewählten Altersgruppen und Bezirken



(Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Auch bei den Männern wurde in den Berliner Bezirken Friedrichshain-Kreuzberg (75,4 Jahre), Neukölln (75,9) und Mitte (76,0) die berlinweit niedrigste Lebenserwartung beobachtet. In Friedrichshain-Kreuzberg lag sie in etwa auf dem Niveau der Männer aus Sachsen-Anhalt und Mecklenburg-

Vorpommern, den Ländern mit den bundesweit niedrigsten Werten. Männer aus Steglitz-Zehlendorf (79,1 Jahre), gefolgt von Männern aus Charlottenburg-Wilmersdorf (78,7) und aus Treptow-Köpenick (78,1) konnten im Bezirksvergleich wiederum mit der höchsten Lebenserwartung rechnen. In Steglitz-Zehlendorf lag sie zudem über der der Männer aus Baden-Württemberg (vgl. Abbildungen 3.6 und 3.7).

in Bezirken mit ungünstigen sozialen Bedingungen nach wie vor niedrigste Lebenserwartung

Obwohl alle Berliner Bezirke vom Anstieg der Lebenserwartung profitieren konnten, Bezirke mit schlechteren sozialen Bedingungen sogar stärker als Bezirke mit guten, wirkte sich dieser Effekt nicht bei allen Altersgruppen in gleichem Maße aus. Die „Kluft“ wird zwar etwas kleiner, macht aber nach wie vor auf das Problem einer bestehenden sozialen Ungleichheit in den Lebensbedingungen innerhalb der Bezirke aufmerksam.

Auch die neuesten Berliner Lebenserwartungsberechnungen bestätigen den **Zusammenhang von Lebenserwartung und sozialer Lage** der Bevölkerung. So zeigt sich, dass Frauen und Männer aus Bezirken mit den berlinweit schlechtesten sozialen Bedingungen (wie etwa in Friedrichshain-Kreuzberg, Neukölln, Mitte) die niedrigste Lebenserwartung aufweisen, während diese in Bezirken mit den besten sozialen Verhältnissen (z. B. Steglitz-Zehlendorf, Charlottenburg-Wilmersdorf und Treptow-Köpenick) am höchsten ist (vgl. im GSI verfügbare Tabelle 3.10-2). Die Aussage trifft sowohl auf die mittlere als auch auf die fernere Lebenserwartung zu.

Lebenserwartung mit und ohne Pflegebedürftigkeit

Mit dem Anstieg der Lebenserwartung erreichen immer mehr Menschen das **sogenannte vierte Lebensalter**⁷. Unter demografischen Aspekten wird das vierte Alter (auch Hochaltrigkeit) als das Lebensalter angegeben, bei dem etwa die Hälfte der Angehörigen der jeweiligen Geburtskohorte verstorben ist. Die Multimorbidität im Alter setzt mit zunehmender Lebenserwartung heutzutage später ein. Je stärker Multimorbidität ausgeprägt ist, umso häufiger führt sie zu chronischen Erkrankungen, die dann oft auch eine Pflegebedürftigkeit nach sich ziehen. Angaben zu Behinderungen und Krankheiten (z. B. Demenzformen, Krankheiten des Bewegungsapparates, Tumorleiden, Folgen von Schlaganfällen und Unfällen), die zur Pflegebedürftigkeit führen, liegen im Rahmen der Pflegestatistik nicht vor (zum alters- und geschlechtsspezifischen Pflegerisiko vgl. auch Kapitel 5, Abschnitt 5.1 Pflegebedürftigkeit und im GSI verfügbare Tabelle 3.47-1). Mit Hilfe von Gesundheitsindikatoren, die sowohl die Mortalität als auch die Morbidität berücksichtigen, ist es möglich, Fragen zu beantworten, die Aufschluss darüber geben, ob die **durch den Anstieg der Lebenserwartung gewonnenen Jahre in Gesundheit oder chronischer Krankheit** (z. B. Demenz) und in damit zusammenhängender Pflegebedürftigkeit verbracht werden. Mit Einführung der Pflegeversicherung stehen seit 1999 Daten zur Prävalenz der Pflegebedürftigkeit zur Verfügung, die zur Berechnung der pflegebedürftigkeitsfreien Lebenserwartung (auch gesunde Lebenserwartung / Dependency-free Life Expectancy - DFLE) verwendet werden können.

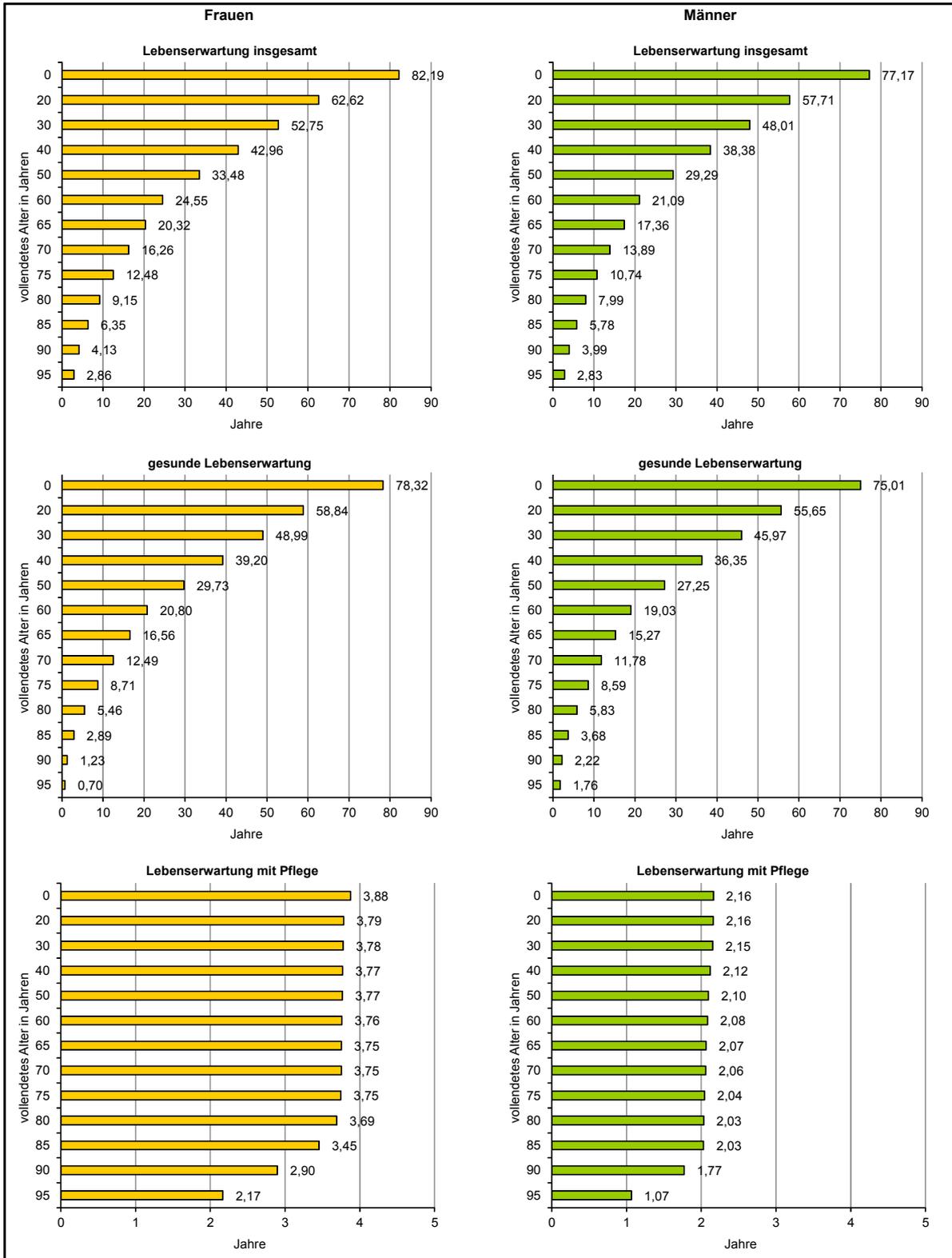
Die Tatsache, dass ältere Menschen bei meist guter Lebensqualität länger physisch und psychisch gesund bleiben, geht mit einer Zunahme von behinderungs- und pflegebedürftigkeitsfreien Lebensjahren einher. Da jedoch immer mehr Personen davon profitieren, ist gleichzeitig mit einem weiteren Anstieg von Pflegefällen zu rechnen. Das ist insbesondere der Fall, wenn geburtenstarke Jahrgänge (die sogenannten „Babyboomer“) ein höheres Alter erreichen⁸.

Wie den aktuellen Daten zur Berechnung der Lebenserwartung unter Berücksichtigung der Pflegebedürftigkeit für Berlin entnommen werden kann, ist in den höheren **Altersgruppen** von zunehmenden gesundheitlichen Einschränkungen auszugehen, die die Chancen auf eine pflegebedürftigkeitsfreie Restlebenszeit sinken lassen. Die Auswertungen ergaben, dass **Frauen** aufgrund dessen, dass sie im Durchschnitt gesehen eine um fünf Jahre längere Lebenserwartung haben, deutlich

⁷ Robert Koch-Institut (2009): Gesundheit und Krankheit im Alter. Eine gemeinsame Veröffentlichung des Statistischen Bundesamtes, des Deutschen Zentrums für Altersfragen und des Robert Koch-Instituts. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin. Im Internet unter <http://www.rki.de/gbe>, Pfad Gesundheitsberichte / Beiträge verfügbar.

⁸ Vgl. <http://www.hoepflinger.com/fhtop/fhalter1.html>.

Abbildung 3.8:
Geschlechtsspezifische Lebenserwartung (in Jahren) in Berlin 2007 - 2009 (zusammengefasst) ohne und mit Pflegebedürftigkeit
(Pflegebedürftige: Stand: 15.12.2009)
nach ausgewählten Altersgruppen (vollendetes Alter)



(Datenquelle: AFS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

mehr Jahre in Pflege verbringen werden als **Männer**. Der prozentuale Anteil der verbleibenden Lebenserwartung ohne Pflegebedürftigkeit lag bei den Frauen in allen Altersgruppen unter dem der Männer.

Die altersspezifische Aufgliederung der Lebenserwartung mit und ohne Pflegebedürftigkeit zeigt, dass Berliner Männer, deren durchschnittliche Lebenserwartung in den Jahren 2007/2009 bei 77,2 Jahren lag, nach derzeitigen Verhältnissen rund 2,2 Jahre bzw. mit einem Anteil von 2,9 % an ihrer Gesamtlebenserwartung von Pflegebedürftigkeit betroffen wären. Demgegenüber müssen Berlinerinnen, deren durchschnittliche Lebenserwartung sich auf 82,2 Jahre belief, mit fast vier Jahren (3,9) Pflegebedarf rechnen. Das entspräche immerhin 4,7 % ihrer Gesamtlebenserwartung.

Bezogen auf die fernere Lebenserwartung hatte eine 65-jährige männliche Person aus Berlin im genannten Zeitraum eine noch zu erwartende Lebenszeit von 17,4 Jahren. Von diesen würden dann 2,1 Jahre auf Pflegebedürftigkeit entfallen, die 12 % seiner verbleibenden „Restlebenszeit“ entsprächen. Bei einem 80-jährigen Mann, dessen fernere Lebenserwartung im Durchschnitt gesehen auf 8,0 Jahre beziffert wurde, entfielen auf diese Zeit etwa 2,0 Jahre bzw. ein Viertel seiner Restlebenszeit, die er pflegebedürftig wäre. Und ein 90-jähriger Berliner muss damit rechnen, 1,8 Jahre bzw. ca. 45 % seiner noch zu verbleibenden vier Lebensjahre mit Pflegebedürftigkeit zu verbringen.

Frauen verbringen Restlebenszeit deutlich länger mit Pflegebedarf als Männer

Bei den Frauen zeichnete sich gegenüber den Männern, insbesondere in den hohen Altersgruppen, ein ungünstigeres Bild ab. So hatte eine 65-jährige Berlinerin nach den aktuellen Lebenserwartungsberechnungen noch durchschnittlich 20,3 Jahre vor sich. Von diesen müsste sie mit 3,8 Jahren Pflegebedürftigkeit rechnen, die immerhin nahezu ein Fünftel (19 %) ihrer Restlebenszeit ausmachen würde. Eine 80-jährige Frau kann im Durchschnitt gesehen noch 9,2 Jahre leben, 40 % davon bzw. 3,7 Jahre wäre sie jedoch pflegebedürftig. Bei den 90-jährigen Frauen würden sogar fast drei Viertel (71 % bzw. 2,9 Jahre) der noch durchschnittlichen 4,1 verbleibenden Lebensjahre mit Pflegebedürftigkeit verbracht werden müssen (vgl. Abbildung 3.8 und im GSI verfügbare Tabelle [3.11-1](#)).

Gewinn an Lebenserwartung unter Ausschluss gesundheitsrelevanter Todesursachen

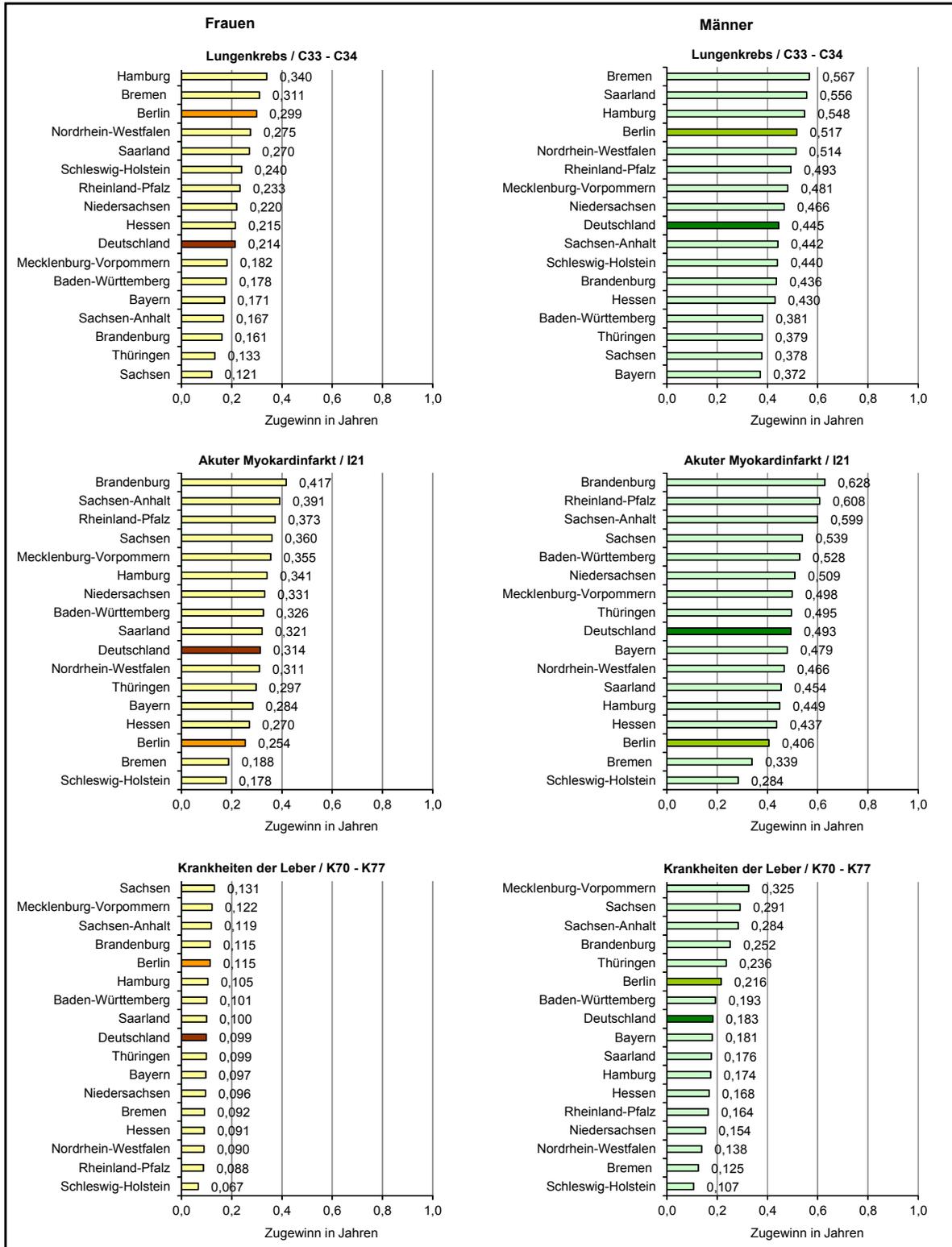
Um **künftige Entwicklungstendenzen** der Lebenserwartung abschätzen zu können, werden unterschiedliche Erklärungsmethoden eingesetzt (z. B. Fortschreibungsmodelle, Generationensterbetafeln). Eine weitere Methode zur Einschätzung der Entwicklung der Lebenserwartung besteht darin, definierte gesundheitsrelevante, die Lebenserwartung beeinflussende Todesursachen auszuschließen. Mit Hilfe dieser Berechnungsmethode kann ein **hypothetischer Gewinn an Lebenserwartung** ermittelt werden.

Für Deutschland und die westlichen Industriestaaten ist hinreichend bekannt, dass der Anstieg der Lebenserwartung seit Anfang der achtziger Jahre fast zur Hälfte auf den starken Rückgang der **Sterblichkeit an Krankheiten des Kreislaufsystems** zurückgeführt werden konnte. Das liegt zum Großteil an den enormen medizinisch-technologischen Fortschritten in der Kardiologie⁹.

Würde hierzulande z. B. nach den derzeitigen Sterbeverhältnissen (Periode 2007/2009) die Herzkreislaufmortalität (ICD-10 Nrn. I00 - I99) unter der Voraussetzung, dass diese nicht durch andere Todesursachen kompensiert wird, eliminiert, dann hätten Männer insgesamt eine maximale Erhöhung der Lebenserwartung von 4,5 und im Alter von 65 Jahren eine Verlängerung der Restlebenszeit von 4,7 Jahren. Bei Frauen würde der Ausschluss 5,6 bzw. 5,8 Jahre erlauben. Hinsichtlich der **Krebssterblichkeit** (ICD-10 Nrn. C00 - C97) würde eine Eliminierung derartiger Todesursachen bei den Männern insgesamt 2,0 und bei 65-Jährigen 1,6 Jahre Zugewinn an Lebensjahren bringen (Frauen je 1,6 Jahre). Bei der **nichtnatürlichen Mortalität** (ICD-10 Nrn. V01 - Y98) wären die zusätzlichen Lebensjahre bei Wegfall aller in Frage kommenden Todesursachen eher gering; bei den Männern wären insgesamt 0,5 Jahre (Frauen 0,2) und jeweils nur 0,1 Jahre bei den 65-Jährigen an zusätzlicher Lebensdauer möglich. Eine Eliminierung der Suizidsterblichkeit würde sich dabei wegen zu geringer Fallzahlen fast gar nicht auf die Lebenserwartung auswirken.

⁹ Vgl. Weiland, Stephan K. et al. (2006): Zunahme der Lebenserwartung: Größenordnung, Determinanten und Perspektiven. Dtsch. Ärztebl. 103 (2006), Heft 16, Seiten A-1072 - A-1077. Im Internet unter <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=51114>.

Abbildung 3.9:
Gewinn an Lebenserwartung (bei Geburt) unter Ausschluss ausgewählter gesundheitsrelevanter Todesursachen in Deutschland
2007 - 2009 (zusammengefasst)
nach Geschlecht und Bundesländern



(Datenquelle: StBA, Destatis / AFS Berlin-Brandenburg / Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Die Zugewinne an Lebenserwartung bei Geburt und bei 65-Jährigen unter Ausschluss der Herz-Kreislauf- und Krebssterblichkeit sowie der nichtnatürlichen Sterbefälle für Berlin entsprechen in etwa denen für Deutschland insgesamt.

Zugewinn bei Ausschluss primärpräventiv vermeidbarer Mortalität in Berlin über Bundesniveau

Bei **länderspezifischer Betrachtung** von ausgewählten, häufigen und zudem in bestimmten Altersgruppen auch zu den vermeidbar zählenden Todesursachen (vermeidbare Sterbefälle vgl. im GSI verfügbare Tabelle 3.13-3) fiel auf, dass sich bei einem jeweiligen Ausschluss die Lebenserwartung der Männer um maximal 0,6 Jahre und die der Frauen um höchstens 0,4 Jahre verlängern würde. Bezüglich der **Lungenkrebssterblichkeit**,

die nach Art der Vermeidbarkeit neben der Sterblichkeit an Krankheiten der Leber zu den primärpräventiv vermeidbaren Todesfällen zählt, könnten z. B. Männer aus Bremen und dem Saarland 0,6 Jahre länger leben. Aber auch Berliner Männer könnten mit 0,5 Jahren einen überdurchschnittlichen Gewinn an Lebenszeit erwarten. Bei den Frauen würden Berlinerinnen nach Frauen aus Hamburg und Bremen (je 0,3 Jahre) am stärksten vom Zugewinn an Lebenserwartung profitieren.

In Bezug auf die **Sterblichkeit infolge von Krankheiten der Leber**, die in den meisten Fällen, insbesondere aber bei den unter 65-jährig Gestorbenen, alkoholbedingter Genese ist, gehört Berlin nach den neuen Bundesländern zu den Ländern, in denen sich die Lebenserwartung der Frauen mit 0,12 und die der Männer mit 0,22 Jahren am deutlichsten erhöhen würde (vgl. Abbildung 3.9, zu Sterberaten auch Abbildungen 3.16 und 3.17).

Nach Ausschluss der **Herzinfarktsterblichkeit** (zählt zu den tertiärpräventiv vermeidbaren Todesursachen) wären bei den Männern ebenfalls 0,6 Jahre an Lebensverlängerung möglich, und zwar in Brandenburg, Rheinland-Pfalz und Sachsen-Anhalt. Auch bei den Frauen würde der Zugewinn mit rund 0,4 Jahren in diesen Ländern am stärksten ausfallen. Die bei beiden Geschlechtern in Berlin, Bremen und Schleswig-Holstein am niedrigsten liegenden Zugewinne sind auf eine in diesen Bundesländern in der Todesursachenstatistik erfolgte Fehlsignierung zurückzuführen, die in Berlin zu einer Unterschätzung des Zugewinns führte (vgl. auch Abschnitt 3.2.5). Sie können daher nicht ausreichend bewertet werden.

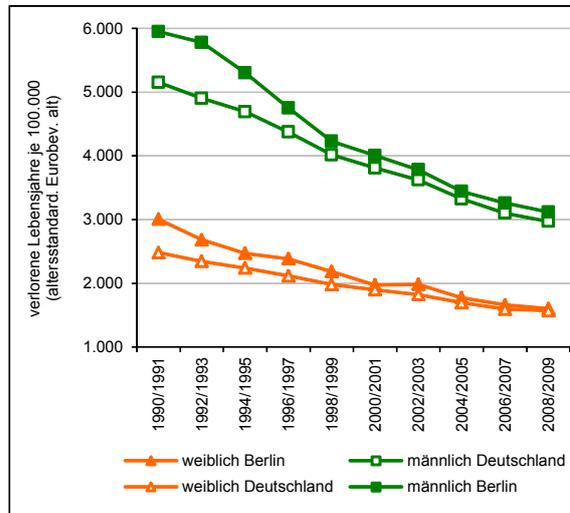
Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass der Zugewinn an Lebenserwartung bei Eliminierung der Todesursache Lungenkrebs in den neuen Bundesländern (Frauen: 0,15 / Männer 0,42 Jahre) geringer als in den Ländern des ehemaligen Bundesgebietes (Frauen 0,25 / Männer 0,48 Jahre) ausfallen würde. Versus bei der Herzinfarktsterblichkeit und der Sterblichkeit infolge von chronischen Krankheiten der Leber: Mit dem Wegfall der Todesursache akuter Myokardinfarkt würde sich die Lebenserwartung der Frauen aus den neuen Ländern um 0,36 und die der Männer um 0,55 Jahre erhöhen (alte Bundesländer: Frauen 0,29 / Männer 0,46 Jahre). Würde die Sterblichkeit an Leberkrankheiten eliminiert, dann könnten Frauen aus den neuen Ländern 0,12 Jahre (alte Bundesländer 0,09) und Männer im Durchschnitt gesehen 0,28 Jahre (alte Bundesländer 0,16) länger leben.

3.2.2 Durch Tod verlorene Lebensjahre

Neben klassischen Mortalitätsindikatoren wie die allgemeine und vorzeitige Sterblichkeit, Lebenserwartung und Säuglingssterblichkeit kann die Berechnung der durch Tod verlorenen potenziellen Lebensjahre (Potential Years of Life Lost - PYLL) als wirksamer Indikator zur Beschreibung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung herangezogen werden. Bei der Bewertung der durch Tod verlorenen Lebensjahre ist neben der Todesursache das Sterbealter eine wichtige Information. Die Bezeichnung „verlorene Lebensjahre“ steht für die **Anzahl der Jahre, die zwischen dem ersten und dem 65. Lebensjahr durch Tod verloren gehen** (vgl. auch Erläuterungen im Anhang). Da es sich meist um Todesfälle handelt, die im aktiven Erwerbsalter auftreten, hat der Indikator vor allem eine volkswirtschaftliche Relevanz. Die Zahl von PYLL gibt u. a. Hinweise darauf, wie viele Jahre durch differentes individuelles Gesundheitsverhalten und durch eine unterschiedliche Inanspruchnahme von kurativen und präventiven Versorgungsangeboten gewonnen werden bzw. verloren gehen.

Die altersstandardisierten Raten der durch Tod verlorenen potenziellen Lebensjahre sind bei **Frauen** nur etwa halb so hoch wie bei **Männern**. Bei beiden Geschlechtern kam es seit Anfang der

Abbildung 3.10:
Durch Tod verlorene Lebensjahre (PYLL / Alter: 1 - 64 Jahre)
in Berlin und in Deutschland 1990 - 2009 (jeweils zwei Jahre
zusammengefasst)
nach Geschlecht



(Datenquelle: StBA / AFS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

neunziger Jahre zu einem - bis Ende der neunziger Jahre sogar starken - Rückgang. Berliner Frauen konnten bei erheblich höheren Ausgangswerten (1990/1991: 3.007, 2008/2009: 1.603 je 100.000) mit minus 47 % deutlich intensiver als Frauen aus dem übrigen Bundesgebiet (minus 37 %, von 2.483 auf 1.572 Jahre je 100.000) von der Reduktion profitieren. Während die Rate der Frauen in Berlin Anfang der neunziger Jahre noch über ein Fünftel über dem Bundesniveau lag, hatten sie in den letzten zwei Jahren nur noch einen um zwei Prozent höher liegenden Wert. Auch bei den Männern kam es in Berlin mit 48 % (von 5.949 auf 3.118 je 100.000) zu einem Rückgang, der über dem Bundesdurchschnitt (42 %, 1990/1991: 5.153, 2008/2009: 2.972 je 100.000)

Rückgang der durch Tod verlorenen Lebensjahre in Berlin stärker als im Bundesdurchschnitt

lag. Berliner Männer hatten jedoch in den letzten Jahren einen immer noch um fünf Prozent über dem Bundesniveau liegenden Wert (vgl. Abbildung 3.10).

Todesursachen für den Verlust an potenziellen Lebensjahren

Bösartige Neubildungen sind hierzulande bei beiden Geschlechtern die wichtigste Ursache für den Verlust an potenziellen Lebensjahren. An zweiter Stelle rangieren die so genannten **nichtnatürlichen Todesursachen** (z. B. Unfälle, Suizide), gefolgt von **Krankheiten des Kreislaufsystems**. In **Berlin** belegten diese 2009 Platz zwei und nichtnatürliche Todesursachen Rang drei (vgl. im GSI verfügbare Tabelle 3.12-1).

Bei den Frauen wurden im Jahr 2009 in Berlin 41 % (Deutschland 40 %) aller verlorenen Lebensjahre auf bösartige Neubildungen zurückgeführt. Weitere 16 % (Deutschland 14 %) gingen zu Lasten von Krankheiten des Kreislaufsystems und 13 % (Deutschland 14 %) wurden durch nichtnatürliche Todesursachen verursacht. Bei den Männern gingen in Berlin 22 % (Deutschland 24 %) aller verlorenen Lebensjahre auf das Konto von bösartigen Neubildungen. Nichtnatürliche Todesursachen zeichneten sich in Berlin zu 22 % (Deutschland 25 %) verantwortlich. Gemessen an der Gesamtzahl aller PYLL stellten Krankheiten des Kreislaufsystems einen Anteil von 21 % (Deutschland 18 %).

Die **länderspezifischen Auswertungen** der Daten des Jahres 2009 zeigten, dass Frauen aus Bremen (2.022 je 100.000), dem Saarland (1.859) und Sachsen-Anhalt (1.763) die größten Verluste an Lebensjahren zu beklagen hatten. Im Durchschnitt gesehen lagen die Raten ein Drittel über denen der Frauen aus Baden-Württemberg (1.334), Sachsen (1.412) und Bayern (1.467). Dort hatten Frauen die bundesweit höchste Rate. Berlinerinnen hatten mit 1.553 je 100.000 den sechsniedrigsten Wert im Ländervergleich. Auch bei den Männern wurde die höchste Rate in Sachsen-Anhalt (3.932 je 100.000) beobachtet, gefolgt von Männern aus Mecklenburg-Vorpommern (3.884) und Bremen (3.518). Demgegenüber verzeichneten Männer aus Baden-Württemberg (2.493), Hamburg (2.755) und Hessen (2.757) die bundesweit geringsten Verluste. Auch für Berliner Männer wurde mit 3.149 je 100.000 ein überdurchschnittlich hoher, im Ländervergleich der siebthöchste, Wert, ermittelt.

Generell fiel auf, dass Frauen aus den neuen Bundesländern (1.594 je 100.000) gegenüber Frauen aus den Ländern des früheren Bundesgebietes (1.658) etwas niedriger liegende Werte (minus 4 %) aufwiesen. Bei den Männern lagen diese mit durchschnittlich 3.570 je 100.000 allerdings über ein Fünftel über dem Niveau der männlichen Personen aus den alten Bundesländern (2.922 je 100.000).

Herzinfarkt und Lungenkrebs häufigste Ursachen für die durch Tod verlorenen Lebensjahre

Als zum Tode führende gesundheitsrelevante Krankheiten, die mit einem hohen Verlust an potenziell verlorenen Lebensjahren einhergehen, sind in erster Linie **Herzinfarkte** und **Lungenkrebs**, bei den Frauen auch **Brustkrebs**, zu nennen. Zusammen mit Brustkrebs stellten diese drei Todesursachen im Jahr 2009 fast ein Fünftel aller PYLL. Bei den Männern ging etwa jedes achte verlorene Lebensjahr auf Tod infolge von Herzinfarkt und bösartigen Neubildungen der Lunge zurück. Bei den durch tödlich verlaufende Herzinfarkte verursachten PYLL lagen die Verluste bei den Männern (Deutschland 180, Berlin 197 je 100.000) um ein Mehrfaches über denen der Frauen (Deutschland 40, Berlin 42 je 100.000). Aber auch bei den durch bösartige Neubildungen der Lunge verursachten verlorenen Lebensjahren hatten Männer gegenüber Frauen, wenn auch nicht so stark ausgeprägt wie beim Herzinfarkt, eine deutlich höhere Rate (Männer: Deutschland 165, Berlin 202 je 100.000, Frauen: Deutschland 97, Berlin 114 je 100.000).

Berlin gehört zu den Bundesländern mit höchsten Verlusten an Lebensjahren durch Lungenkrebs

Hinsichtlich der PYLL infolge von Lungenkrebs gehörte Berlin zu den **Bundesländern** mit den höchsten Verlusten, Berlinerinnen mit fünft- und Berliner Männer mit vierthöchster Rate im Ländervergleich. Am höchsten fiel diese bei Frauen aus dem Saarland und Hamburg sowie bei Männern aus Bremen und Sachsen-Anhalt aus. Demgegenüber hatten Frauen aus Sachsen und Sachsen-Anhalt sowie Männer aus Bayern und Baden-Württemberg die niedrigsten Werte. Während bei weiblichen Personen aus den neuen im Vergleich zu Frauen aus den alten Bundesländern (71 bzw. 10 je 100.000) eine um 35 % niedriger liegende altersstandardisierte Rate beobachtet wurde, gab es bei den Männern keine Unterschiede (jeweils 179 je 100.000). Trotz einer - auf beide Geschlechter zutreffenden - weit unter dem Bundesdurchschnitt liegenden vorzeitigen Herzinfarktsterblichkeit (vgl. auch Abbildungen 3.15 und 3.16) ging diese in Berlin mit über dem Bundesdurchschnitt liegenden Verlusten an potenziellen Lebensjahren einher. Die meisten der durch Tod infolge von Herzinfarkten verursachten PYLL wurden jedoch bei den Frauen in Sachsen-Anhalt, Saarland und Bremen und bei den Männern in Sachsen-Anhalt, Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg registriert. Im Vergleich neue versus alte Bundesländer lagen die Raten der Frauen in den neuen Ländern 30 % (56 bzw. 43 je 100.000) und die der Männer sogar 62 % (262 bzw. 161 je 100.000) über den Vergleichswerten der alten Bundesländer (vgl. Abbildung 3.11).

3.2.3 Allgemeine und vorzeitige Sterblichkeit

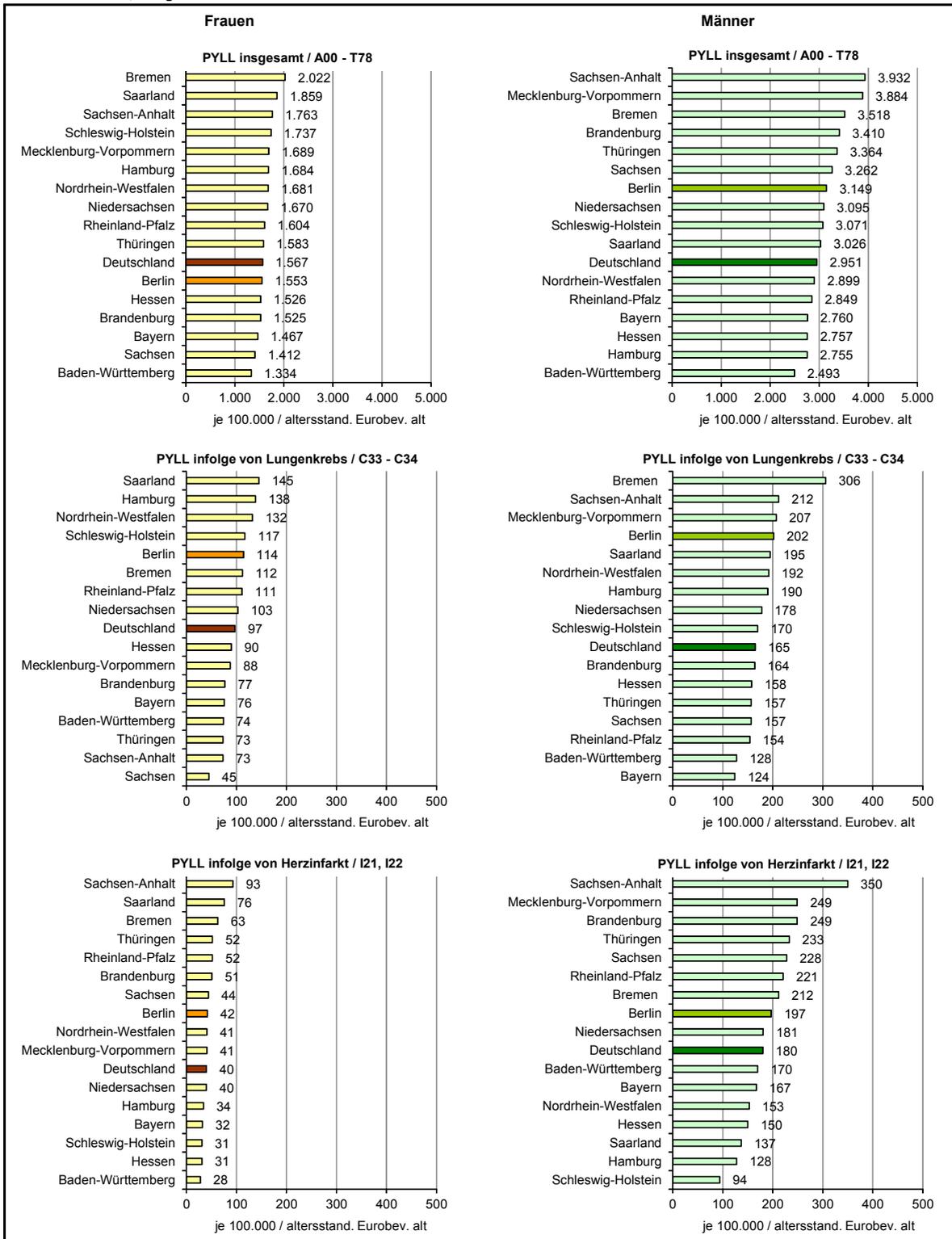
Die Indikatoren „allgemeine und vorzeitige Sterblichkeit“ gelten als zuverlässige Prädiktoren zur Beschreibung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung. Das trifft besonders auf die vorzeitige Sterblichkeit zu, mit der die Sterbeverhältnisse der unter 65-jährigen Bevölkerung erfasst werden. Sie ist eine äußerst sensible Variable, aus der sich ebenso die Qualität der Gesundheitsversorgung und deren Inanspruchnahme sowie das persönliche risikobehaftete und wenig gesundheitsförderliche Verhalten ableiten lassen. Wenn bei unter 65-Jährigen vermehrt Todesfälle auftreten, kann das u. a. als ein Hinweis auf erhöhte Gesundheitsrisiken, die auf Unfälle, Umweltbelastungen oder gesundheitlich belastende Arbeitsbedingungen zurückgehen, gewertet werden. Die überwiegende Mehrzahl der vorzeitigen Todesfälle geht jedoch zu Lasten von Erkrankungen, die zu einem großen Teil negativen Gesundheitsverhaltensweisen geschuldet sind und darauf zurückzuführende Sterbefälle dann nicht selten vermeidbar gewesen wären.

Ausführliche Angaben zur gesundheitlichen Lage der unter 65-jährigen Berliner Bevölkerung können dem Basisbericht 2009 der Berliner Gesundheitsberichterstattung¹⁰ entnommen werden.

Im Jahr 2009 starben in Berlin 31.713 Personen (17.128 **weiblichen** und 14.585 **männlichen** Geschlechts). Das entsprach bei Frauen einer altersstandardisierten Rate von 470 und bei Männern

¹⁰ Meinschmidt, Gerhard (Hrsg.) (2010): Basisbericht 2009. Gesundheitsberichterstattung Berlin - Daten des Gesundheits- und Sozialwesens. Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz, Berlin. Im Internet verfügbar unter <http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/gesundheitsbasis.html>.

Abbildung 3.11:
Durch Tod verlorene Lebensjahre (PYLL / Alter: 1 - 64 Jahre) in Deutschland 2009
nach Geschlecht, ausgewählten Todesursachen und Bundesländern



(Datenquelle: StBA, Destatis / AFS Berlin-Brandenburg / Darstellung: SenGesUmV - I A -)

von 698 Gestorbenen je 100.000. Bei beiden Geschlechtern war das der bis dahin niedrigste Wert. Die Hälfte der *gestorbenen Personen* (50 % der Männer und 48 % der Frauen) verstarben in einem Berliner Krankenhaus. Die Zahl der jeweils im häuslichen Milieu, in Pflegeheimen/Hospizen oder an anderen als den genannten Orten Gestorbenen liegt nicht vor.

altersstandardisierte Mortalitätsraten in Berlin im Jahr 2009 auf bis dahin niedrigstem Niveau

Die allgemeine Sterblichkeit ging in Berlin seit Anfang der neunziger Jahre bei den Frauen um 36 % und bei den Männern um 42 % und damit auch stärker als im Bundesdurchschnitt zurück. Bundesweit verringerte sie sich in der Zeit von 1991 bis 2009 um 29 % bei den Frauen und um 35 % bei den Männern. Berlinerinnen hatten im Jahr 2009 gegenüber Frauen aus dem Bundesgebiet (462 je 100.000) ein um zwei Prozent über und Berliner Männer ein um zwei Prozent unter dem Bundesniveau (712 je 100.000) liegendes Sterberisiko (vgl. im GSI verfügbare Tabelle [3.1-1](#)).

Berliner Männer verzeichneten gegenüber gleichaltrigen Berlinerinnen in fast allen **Altersgruppen** höhere Sterberaten, einzige Ausnahme bildeten die über 90-Jährigen. Besonders gravierend waren die Unterschiede im jüngeren Erwachsenenalter (hier: 20 - 34 Jahre), wo für Männer im Vergleich zu Frauen dreimal so hohe Mortalitätsraten ermittelt wurden (vgl. im GSI verfügbare Tabelle [3.6-1](#)).

Über 80 % der im Jahr 2009 in Berlin verstorbenen Personen (15.048 weiblichen, 10.577 männlichen Geschlechts) hatten das 65. Lebensjahr bereits überschritten. Gemessen an der Gesamtzahl aller Gestorbenen bezifferte sich der Anteil bei den Frauen auf 88 % und bei den Männern auf 73 %. Wie die allgemeine Sterblichkeit nahm auch die Alterssterblichkeit in Berlin stärker als im übrigen Bundesgebiet ab (Frauen: Berlin minus 33 %, Deutschland 29 %; Männer: Berlin minus 40 %, Deutschland 34 %). Mit Werten von 3.210 je 100.000 bei den Frauen und 4.296 je 100.000 bei den Männern war das 2009 in Berlin bei den über 65-Jährigen ebenfalls die bislang niedrigste Sterbeziffer. Die Alterssterblichkeit der Berlinerinnen bewegte sie sich nur noch knapp über dem Bundesniveau (3.184 je 100.000) und die der Berliner Männer lag sogar sechs Prozent darunter (Deutschland 4.556 je 100.000).

Obwohl die vorzeitige stärker als die allgemeine Sterblichkeit zurückging, wurde im Jahr 2009 fast jede fünfte in Berlin gestorbene Person (27 % der gestorbenen Männer und 12 % der Frauen) keine 65 Jahre alt. Gemessen an der Gesamtmortalität lag der Anteil der **vorzeitigen Sterblichkeit** in Berlin in allen **Bezirken** mit negativen Sozialindizes deutlich über dem Gesamtberliner Niveau, während er in Bezirken mit einer günstigen Sozialstruktur deutlich darunter lag. So war z. B. in den letzten Jahren etwa jede siebente gestorbene Frau aus den Bezirken Friedrichshain-Kreuzberg und Mitte jünger als 65. Bei den Männern traf das sogar auf jeden dritten bis vierten Sterbefall zu. Demgegenüber waren in Steglitz-Zehlendorf nur 9 % der weiblichen und 20 % der männlichen Sterbefälle in einem Alter von unter 65 Jahren (vgl. im GSI verfügbare Tabelle [3.3-2](#)).

Das Verhältnis der Männer (4.008 vorzeitige Todesfälle) zu den Frauen (2.080) lag bei 2:1. Bei beiden Geschlechtern kam es in Berlin in der Zeit von 1991 bis 2009 zu einem Rückgang (jeweils um 44 %) der vorzeitigen Sterblichkeit. Mit 131 Gestorbenen je 100.000 bei den Frauen und 254 je 100.000 bei den Männern erreichte diese 2009 ihren niedrigsten Stand. Bundesweit fiel der Rückgang der Mortalitätsraten deutlich schwächer aus (Frauen 32 %, Männer 38 %). Frauen (125 je 100.000) hatten aber immer noch eine um fünf und Männer (237 je 100.000) um sieben Prozent unter den entsprechenden Berliner Werten liegende vorzeitige Sterblichkeit.

In Bezug auf die **allgemeine Sterblichkeit** konnte Berlin im **Bundesländervergleich** im Zeitraum 2007/2009 bei den Männern mit der sechsniedrigsten (712 je 100.000) Sterberate aufwarten, Frauen (474 Gestorbenen je 100.000) erreichten den siebenten Rang. Das höchste Sterberisiko wurde bei Frauen aus dem Saarland und aus Sachsen-Anhalt beobachtet mit Werten, die etwa 17 % über der bundesweit niedrigsten Sterblichkeit (das traf auf Frauen aus Baden-Württemberg und Sachsen zu) lagen. Bei den Männern wurde das höchste Sterberisiko in Sachsen-Anhalt und in Mecklenburg-Vorpommern ermittelt. Dort hatten Männer gegenüber männlichen Personen aus Baden-Württemberg und Hessen, deren Raten auf die bundesweit niedrigsten beziffert wurden, eine um etwa ein Drittel höher liegende Sterblichkeit. Während die allgemeinen Sterberaten der Frauen aus den neuen Bundesländern (477 je 100.000) sich denen der Frauen aus den alten Ländern (470 je 100.000) nahezu ähnelten, hatten Männer aus den neuen (808 je 100.000) gegenüber männlichen Personen aus den alten Bundesländern (718 je 100.000) noch immer um 13 % höher liegende Ziffern.

Der **vorzeitigen Sterblichkeit**, die wichtige Hinweise auf gesundheitsrelevante Risiken und mögliche Präventionspotenziale gibt, muss besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden. Im Gegensatz zur Alterssterblichkeit wird die vorzeitige Sterblichkeit von nur wenigen Todesursachen dominiert (vgl. Abschnitt 3.2.4). Nahezu die Hälfte der bei den unter 65-jährig Gestorbenen kodierte Todesursachen zählte zu den sogenannten „vermeidbaren Sterbefällen“ (vgl. Abschnitt 3.2.5). Die vorzeitige Sterblichkeit steht in besonders engem Kontext zur Sozialstruktur der Bevölkerung. Ein niedriger Sozialstatus zählt zu den wichtigsten Determinanten der vorzeitigen Morbidität und Mortalität¹¹.

Hinsichtlich der vorzeitigen Sterblichkeit zählte Berlin im **Bundesvergleich** zu den Ländern, in denen Frauen erheblich über dem Bundesniveau liegende Mortalitätsraten verzeichneten, im Ranking belegten Berlinerinnen den fünfthöchsten Wert. Das mit Abstand höchste Risiko, vor Vollendung des 65. Lebensjahres zu sterben, hatten jedoch Frauen aus Bremen und aus dem Saarland. Die Sterberaten lagen dort im Durchschnitt 17 % über denen der Frauen aus Baden-Württemberg und Sachsen, für die die günstigsten Werte ermittelt wurden. Auffällig war, bei Frauen stärker als bei Männern, dass alle drei Stadtstaaten (Berlin, Hamburg, Bremen) ein über dem Bundesniveau liegendes vorzeitiges Sterberisiko hatten. Bei den Männern lag es in Berlin zwar über dem Bundesdurchschnitt, im Ländervergleich belegten sie aber immer noch einen mittleren Rang. Die bundesweit höchste vorzeitige Sterblichkeit hatten Männer aus Sachsen-Anhalt und Mecklenburg-Vorpommern, deren Sterbeniveau 45 % über dem der Männer aus Baden-Württemberg und Bayern lag. Dort hatten Männer das geringste Risiko, vor Vollendung des 65. Lebensjahres zu sterben. Der Vergleich neue versus alte Bundesländer ergab, dass Frauen aus den neuen Ländern (122 je 100.000) eine um 9 % unter dem Niveau der Frauen aus den alten Bundesländern (134 je 100.000) liegende vorzeitige Sterblichkeit hatten. Demgegenüber lag diese bei den Männern 17 % darüber (neue BL: 284, alte BL: 242 je 100.000).

vorzeitige Mortalität
in Stadtstaaten bei
beiden Geschlechtern
über Bundesniveau

Die jeweiligen alters- und geschlechtsspezifischen Sterberaten nach Bundesländern (allgemeine, vorzeitige und Alterssterblichkeit) können der Abbildung 3.12 entnommen werden.

Die Höhe der Sterberate, insbesondere aber die der vorzeitigen Sterblichkeit, steht in engem Zusammenhang mit der Sozialstruktur der Bevölkerung. Das spiegelt sich auch in den Auswertungen des Sterbgeschehens in den **Berliner Bezirken** wider. Ungünstige Prädiktoren (wie niedriges Bildungsniveau, hohe Arbeitslosenquote, hoher Anteil an Transferleistungsempfängern, überdurchschnittlich hoher Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund sind in Bezirken mit erhöhtem Sterberisiko (z. B. Mitte, Neukölln, Friedrichshain-Kreuzberg) deutlich häufiger anzutreffen als in Bezirken, deren Bevölkerung eine gute soziale Lage bescheinigt werden kann (z. B. Steglitz-Zehlendorf, Charlottenburg-Wilmersdorf, Treptow-Köpenick).

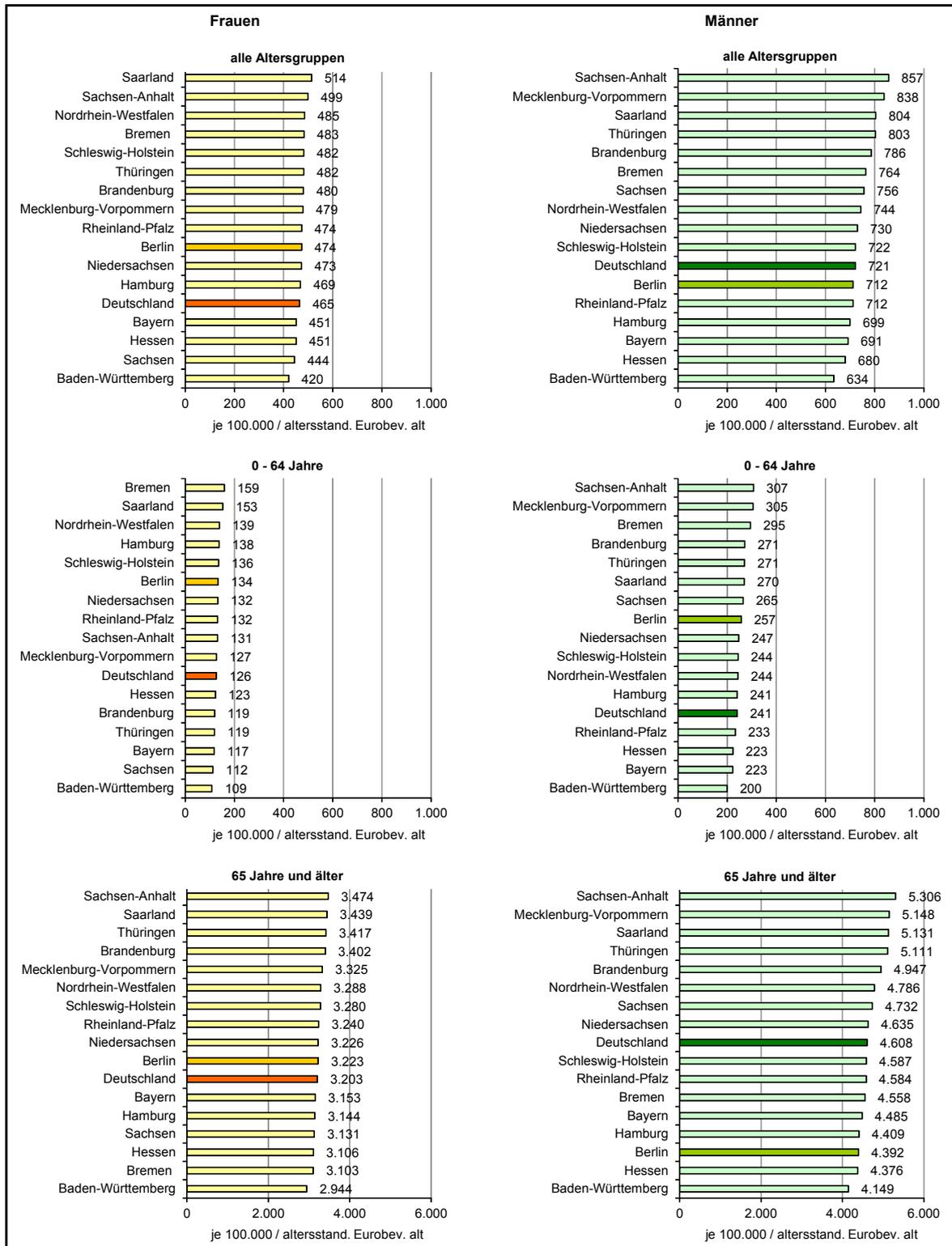
Die Sterberaten in den Berliner Bezirken unterliegen einer erheblichen Schwankungsbreite. Die höchste allgemeine Sterblichkeit wurde im Zeitraum 2007/2009 bei den Frauen in Friedrichshain-Kreuzberg (546 je 100.000), Mitte (517) und Neukölln (515) beobachtet; das Sterberisiko lag in Friedrichshain-Kreuzberg noch deutlich über dem des Saarlandes (514 je 100.000), dem Bundesland, wo Frauen im selben Zeitraum von

allgemeine und vor-
zeitige Sterblichkeit in
Bezirken mit ungünstiger
Sozialstruktur
deutlich erhöht

allen Bundesländern das höchste hatten. Demgegenüber wiesen Frauen aus Charlottenburg-Wilmersdorf (421 je 100.000) noch vor Frauen aus Treptow-Köpenick (431) und Steglitz-Zehlendorf (442) die berlinweit niedrigsten Sterberaten auf, die sich wiederum auf dem Sterbeniveau der Frauen aus Baden-Württemberg (bundesweit niedrigster Wert) bewegten. Wie bei den Frauen wurde auch bei den Männern die höchste Sterblichkeit in Kreuzberg (845 je 100.000), Neukölln (789) und Mitte (757) ermittelt. In Friedrichshain-Kreuzberg lag sie im überregionalen Vergleich in etwa auf dem Niveau der Männer aus Sachsen-Anhalt und Mecklenburg-Vorpommern, im Bezirksvergleich mehr als ein Drittel über den Bezirken mit der niedrigsten Sterblichkeit (Charlottenburg-Wilmersdorf mit

¹¹ Vgl. Siegrist, J. (2005): Medizinische Soziologie. Urban&Fischer S. 180.

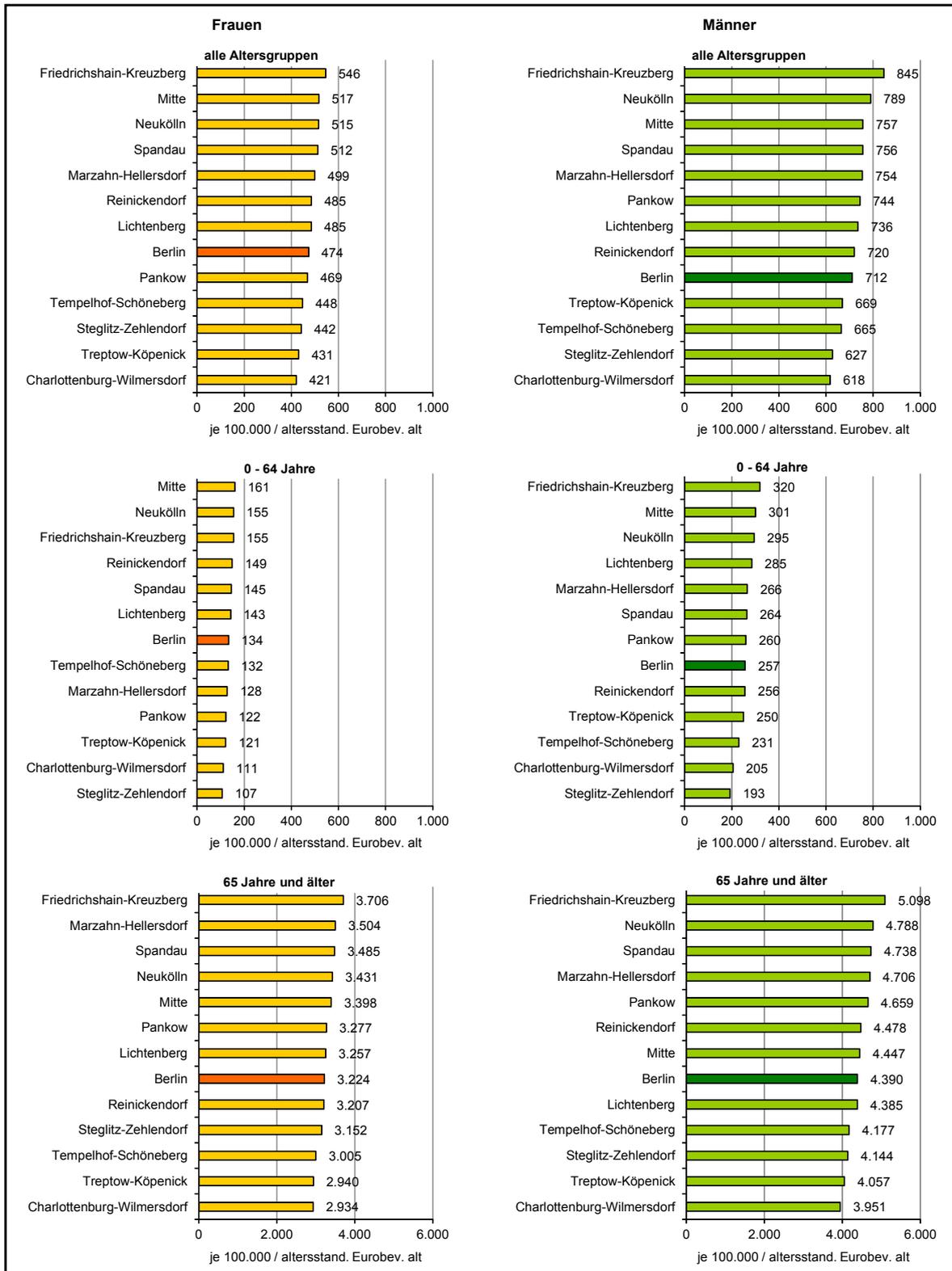
Abbildung 3.12:
Geschlechtsspezifische Mortalität (ICD-10 Nrn. A00 - T98), darunter vorzeitige Sterblichkeit und Alterssterblichkeit, in Deutschland 2007 - 2009 (zusammengefasst) nach Bundesländern



(Datenquelle: StBA, Destatis / AfS Berlin-Brandenburg / Darstellung: SenGesUmV - I A -)

618 und Steglitz-Zehlendorf mit 627 je 100.000), wo die männliche Bevölkerung sogar niedrigere Sterberaten aufwies als in Baden-Württemberg und Hessen.

Abbildung 3.13:
Geschlechtsspezifische Mortalität (ICD-10 Nrn. A00 - T98, darunter vorzeitige Sterblichkeit und Alterssterblichkeit,
in Berlin 2007 -2009 (zusammengefasst)
nach Bezirken



(Datenquelle: AFS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Auf Berliner Bezirksebene hatten Frauen aus Mitte (161 Gestorbene je 100.000), Neukölln und Friedrichshain-Kreuzberg (je 155) die höchste vorzeitige Sterblichkeit. Sie lag dort etwa 50 % über der der Frauen aus Steglitz-Zehlendorf (107 je 100.000), Charlottenburg-Wilmersdorf (111) und

Treptow-Köpenick (121), wo für Frauen die niedrigsten Raten errechnet wurden. Frauen aus Mitte hatten sogar noch ein höheres Sterberisiko als Frauen aus Bremen, das Bundesland mit den höchsten Werten im Ländervergleich. Demgegenüber lag das Risiko, vorzeitig zu sterben, bei Frauen aus Steglitz-Zehlendorf unter dem der Frauen aus Baden-Württemberg, dem Land mit der bundesweit niedrigsten vorzeitigen Sterblichkeit.

Wie bei den Frauen wiesen auch unter 65-jährige Männer aus Steglitz-Zehlendorf (193 je 100.000) das berlinweit niedrigste vorzeitige Sterberisiko auf, das sogar noch unter dem bundesweit niedrigsten Wert der Männer aus Baden-Württemberg lag. Aber auch in Charlottenburg-Wilmersdorf (205 je 100.000) hatten Männer ein vergleichbar geringes Risiko, vorzeitig zu sterben. Gegenüber Männern aus Steglitz-Zehlendorf hatten männliche Personen aus Friedrichshain-Kreuzberg (320 je 100.000) eine um mehr als zwei Drittel höher liegende Sterberate. Sie lag noch über der der Männer aus Sachsen-Anhalt, die auf Länderebene die höchste vorzeitige Sterblichkeit aufwiesen. Nach Männern aus den Friedrichshain-Kreuzberg hatten aber auch Männer aus den Bezirken Mitte (301 je 100.000) und Neukölln (295) ein deutlich erhöhtes vorzeitiges Sterberisiko, welches z. B. 55 % über dem der Männer aus Steglitz-Zehlendorf lag (vgl. Abbildungen 3.12 und 3.13 sowie im GSI verfügbare Tabelle [3.7-1](#)).

3.2.4 Todesursachenspezifische Sterblichkeit

Für die Gesundheitsberichterstattung der Länder hat die Aus- und Bewertung der *Todesursachenstatistik* einen hohen Stellenwert. Im Rahmen des Themenfeldes 3 „Gesundheitszustand der Bevölkerung“ des Indikatorensetzes für die Gesundheitsberichterstattung der Länder beziehen sich allein 35 (bzw. 29 %) der insgesamt 119 Indikatoren auf das Mortalitätsgeschehen.

Die jährlich zur Verfügung stehende amtliche Todesursachenstatistik ist die am häufigsten genutzte und eine der wichtigsten Datenquellen zur epidemiologischen Forschung von Krankheits- und Todesursachen, zumal Morbiditätsdaten hierzulande nach wie vor nur defizitär zur Verfügung stehen. Bei der unikausal, manuell nach den Regeln der WHO (aktuell: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme / 10. Revision / Version 2011¹²) durch Laiensignierer kodierte Todesursachenstatistik handelt es sich um die am weitesten zurückgehende medizinische Statistik. Das monokausale Auswahlverfahren entspricht jedoch infolge zunehmender multifaktorieller Krankheiten und damit einhergehender Sterbeprozesse nicht immer den Anforderungen einer zeitgerechten Darstellung der daraus ableitbaren Gesundheitsindikatoren. Umso wichtiger ist, dass die Daten eine hohe Validität und Reliabilität aufweisen¹³.

Todesursachenspektrum

Krebs bei unter 65- und Kreislauferkrankheiten bei über 65-Jährigen häufigste Todesursachen

Je nach Alter wird das *Todesursachenspektrum* von bestimmten Diagnosegruppen bzw. Einzeldiagnosen bestimmt. Das trifft sowohl auf die Gesamt- als auch auf die vorzeitige und die Alterssterblichkeit zu. Während bei über 65-Jährigen in erster Linie Krankheiten des Kreislaufsystems (2009 in Berlin 46 % bei Frauen und 38 % bei Männern), allen voran ischämische Herz- und zerebrovaskuläre Krankheiten, als Todesursache kodiert werden, führen bei den unter 65-Jährigen bösartige Neubildungen die Liste der häufigsten Todesursachen an. Im Jahr 2009 ging bei unter 65-jährigen Berlinerinnen beispielsweise fast jeder zweite (47 %) und bei Männern weit mehr als jeder vierte Sterbefall (28 %) zu Lasten einer Krebserkrankung. Herz-Kreislaufkrankheiten standen bei ihnen dann an zweiter Stelle der Häufigkeitsskala. Das betraf jeden siebenten weiblichen und mehr als jeden vierten männlichen vorzeitigen Sterbefall. Auf Platz drei der Todesursachenstatistik rangierten Verletzungen und Vergiftungen (z. B. Transportmittel- und sonstige Unfälle, Suizide etc.). In den letzten Jahren gingen

¹² <http://www.dimdi.de/static/de/klasi/diagnosen/icd10/htmlamtl2011/index.htm>.

¹³ Schelhase, T.; Weber, S. (2007): Die Todesursachenstatistik in Deutschland - Probleme und Perspektiven. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, Vol. 50, Seiten 969 - 976. Im Internet verfügbar unter <http://www.springerlink.com/content/r75525846214877w/>.

in Berlin jährlich etwa 7 % der weiblichen und 12 % der männlichen vorzeitigen Todesfälle auf das Konto dieser sogenannten nichtnatürlichen Todesfälle.

Bösartige Neubildungen hatten auch bei über 65-Jährigen einen beträchtlichen Anteil (Frauen 20 %, Männer 30 %) am Todesursachengeschehen. Nach Herz-Kreislaufkrankheiten lagen sie an zweiter Stelle, gefolgt von Krankheiten des Atmungssystems, die den dritten Rang innehatten (Frauen 8 %, Männer 9 %).

Zu Todesursachen nach Hauptdiagnose- und Altersgruppen (Fälle absolut, rohe und altersstandardisierte Mortalitätsraten) vgl. auch im GSI verfügbare Tabelle [3.2-1](#).

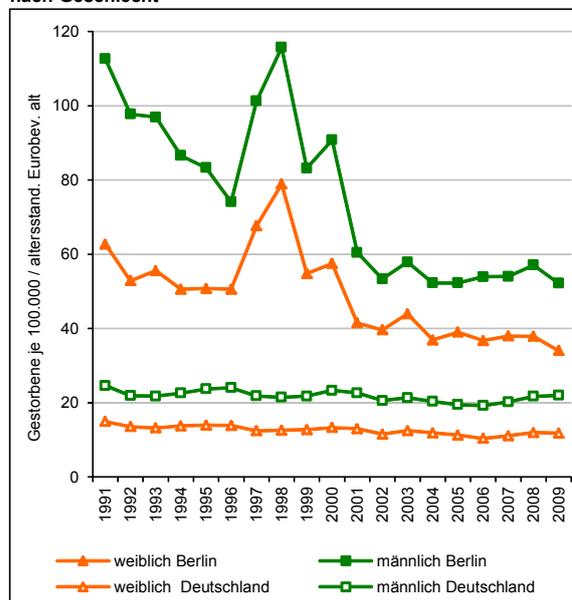
Sterbefälle mit unbekannter, ungenauer und unspezifischer Todesursache

Der in Berlin weit über dem Bundesdurchschnitt liegende Anteil von Todesfällen, bei denen **keine eindeutige Todesursache** verschlüsselt wurde (ICD-10 Nrn. R00 - R99 / Symptome u. abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind), muss nach wie vor als unbefriedigend und für die Auswertung des tatsächlichen Todesursachenspektrums als erschwerend angesehen werden. Im Jahr 2009 wurde in Berlin bei 2.331 Verstorbenen (1.256 weiblichen und 1.075 männlichen Geschlechts) eine entsprechende (unspezifische oder „unbekannte“) Todesursache kodiert. Das waren zwar 212 Fälle weniger als im Vorjahr, was aber darauf zurückzuführen ist, dass in Berlin seit 2009 der Teil der zuvor fehlinterpretierten Kodierregel A (betrifft ICD-10 Nr. R54 / Senilität) nunmehr korrekt eingehalten wurde. Dadurch kam es von 2008 zu 2009 zu einem Rückgang der altersstandardisierten Sterberate

Anteil ungenau
bezeichneter Todes-
ursachen in Berlin
überdurchschnittlich
hoch

der nicht eindeutig verschlüsselten Todesursachen, der sich bei den Frauen auf 10 % und bei den Männern auf etwa 9 % bezifferte (vgl. Abbildung 3.14).

Abbildung 3.14:
Mortalitätsraten der gestorbenen Personen mit unbekannter, ungenauer und unspezifischer Todesursache (ICD-10 Nrn. R 00 - R 99) in Berlin und in Deutschland (ohne Berlin) 1991 - 2009 nach Geschlecht



(Datenquelle: StBA / AfS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Die Mortalitätsrate derjenigen, bei denen die Todesursache nicht näher bezeichnet oder als unbekannt angegeben wurde, lag in den letzten zwanzig Jahren in Berlin bei beiden Geschlechtern zum Teil um ein Mehrfaches über dem Bundesniveau. Die Differenzen können anhand des vorliegenden Datenmaterials an dieser Stelle nicht interpretiert werden.

Die in Berlin zu beobachtenden erheblich über dem Bundesdurchschnitt liegenden Mortalitätsraten mit nicht näher bezeichneter oder unbekannter Todesursache haben verschiedene Gründe. Neben der Tatsache, dass allgemein der monokausale Charakter der Todesursachenstatistik und die Qualität der den Laiensignierern in den Statistischen Ämtern vorliegenden Leichenschauischeine die Zuordnung einer korrekten Todesursache erschweren, können statistische Geheimhaltungsvorschriften zu einer Erhöhung der Todesursache ICD-10 Nr. R99 (sonstige ungenau oder nicht näher bezeichnete Todesursachen) führen, da alle geheimhaltungspflichtigen Fälle unter dieser Diagnose kodiert werden müssen. Durch die Anwendung eines automatischen Geheimhaltungsprogramms werden die Daten so anonymisiert, dass bei regionaler Auswertung (in Berlin Bezirksebene) ein Personenbezug verhindert wird. Damit können Differenzen zwischen Todesursachen, die auch noch Altersgruppen und Geschlecht unterscheiden, auftreten.

fehlende Leichenschauschein
mindern Zuverlässigkeit
der kodierten
Todesursachen

Als Hauptgrund der in Berlin weit über dem Bundesniveau liegenden Raten muss jedoch der hier überdurchschnittlich hohe Anteil von **fehlenden Totenscheinen** genannt werden. Jährlich werden für weit über 1.000 gestorbene Personen (im Jahr 2009 betraf das 718 weibliche und 584 männliche Sterbefälle) dem für die Todesursachenkodierung zuständigen Amt für Statistik Berlin-Brandenburg keine Totenscheine übersandt. Die

Sterbefälle werden lediglich über die (standesamtliche) Sterbefallzählkarte, die keinerlei Angaben zur Todesursache enthält, bekannt. Da bisher dafür keine eigene Schlüsselnummer vorgegeben ist, erhalten die betroffenen Fälle als Todesursache die ICD-10 Nr. R99. Eine Unterscheidung zwischen den tatsächlich via Totenschein registrierten unbekanntem Todesursachen und den Sterbefällen, bei denen kein Leichenschauschein vorhanden war, ist somit nicht möglich.

Die hohe Zahl der fehlenden Leichenschauschein führte in Berlin dazu, dass die Todesursache R 99 in den letzten zwanzig Jahren bei beiden Geschlechtern bezüglich der häufigsten Einzeltodesursachen an vierter Stelle rangierte. Bei Berlinerinnen entsprach das, gemessen an allen kodierten Todesursachen, einem Anteil von 4,6 % und bei den Berliner Männern von 4,9 %. Im Vergleich dazu rangierte die ICD-10 Nr. R 99 in Deutschland bei den Frauen auf dem 19. und bei den Männern auf dem 11. Rang. Das entsprach einem Anteil von 1,1 % bei den Frauen und von 1,8 % bei den Männern.

Besonders stark wirkte sich der hohe Anteil der fehlenden Leichenschauschein auf die vorzeitige Sterblichkeit aus. Hinsichtlich deren Häufigkeitsverteilung nach Einzeltodesursachen rangiert die ICD-10 Nr. R99 in Berlin seit Jahren an dritter Stelle. Bei den Frauen gingen z. B im Jahr 2009 5,2 % und bei den Männern sogar 7,0 % aller Sterbefälle auf diese Kodiernummer zurück, eine Tatsache, die das tatsächliche Todesursachenspektrum und dessen Häufigkeitsverteilung, insbesondere im Hinblick auf gesundheitsrelevante Todesursachen wie Herzinfarkt, zerebrovaskuläre Insulte und Lungenkrebs, unrealistisch widerspiegelt (vgl. im GSI verfügbare Tabelle [3.8-1](#)).

Erstmals erhielten mit der Auswertung der Todesursachenstatistik für das Jahr 2009 in Berlin Sterbefälle, bei denen kein Leichenschauschein vorhanden war, mittels Hilfssignierung eine Kennung mit dem Ziel, die Rate der tatsächlichen unbekanntem Todesursachen darzustellen und einen Vergleich mit anderen Bundesländern zu ermöglichen. Die unter Nichtberücksichtigung der Sterbefälle mit fehlenden Totenscheinen altersstandardisierte Mortalitätsrate (ICD-10 Nrn. R00 - R99) ergab, dass diese bei den Frauen in Berlin (14,4 Gestorbene je 100.000) im Vergleich zu Frauen aus dem gesamten Bundesgebiet (11,8 je 100.000) nur noch ein Fünftel über deren Niveau lag. Berliner Männer (23,7 je 100.000) hatten gegenüber Männern aus dem Bundesgebiet (21,9 je 100.000) dann nur noch einen um 8 % höheren - und nicht wie in Abbildung 3.14 dargestellt fast zweieinhalbmal darüber liegenden - Wert. Bei separater Betrachtung der Todesursache R99 unter Nichtberücksichtigung der Sterbefälle mit fehlenden Totenscheinen stellte sich heraus, dass die Raten in Berlin bei Männern (6,6 je 100.000) 48 % und bei Frauen (2,4 je 100.000) sogar 58 % unter dem Bundesniveau (Männer 12,8 / Frauen 5,6 je 100.000) lagen. Die Ergebnisse zeigen einmal mehr, dass hinsichtlich einer Verbesserung der Datenlage dringend Handlungsbedarf, und zwar nicht nur in Berlin, besteht.

Die vom Amt für Statistik Berlin-Brandenburg vorgeschlagene und mit der Todesursachenstatistik 2009 vorgehaltene Lösung, Todesfälle mit fehlendem Leichenschauschein ab dem Auswertungsjahr 2009 auch weiterhin separat auszuweisen, wurde im Sinne der Qualitätssicherung an das Statistische Bundesamt weitergegeben. Die technische Umsetzung könnte bundesweit möglicherweise dann auch erstmals Bestandteil der Auswertungen der Todesursachenstatistik für das 2010 sein.

Todesursachen nach Einzeldiagnosen

In Bezug auf die **Häufigkeitsverteilung der Sterbefälle nach Einzeldiagnosen** sind die nach dem Grundleiden kodierten Todesursachen stark alters- und geschlechtsabhängig. Bezogen auf alle Altersgruppen führte im Jahr 2009 die chronische ischämische Herzkrankheit, gefolgt vom akuten Myokardinfarkt und Herzinsuffizienz bei den Berliner Frauen das Todesursachenspektrum an. Das

entsprach in etwa auch dem bundesweiten Ranking. Lungenkrebs war bei den Berliner Männern erstmals Todesursache Nummer eins, gefolgt von chronischer ischämischer Herzkrankheit und akutem Myokardinfarkt. Bundesweit war bei den Männern chronische ischämische Herzkrankheit die häufigste, akuter Myokardinfarkt die zweithäufigste und Lungenkrebs die dritthäufigste Todesursache. Von Todesursache R99 einmal abgesehen (siehe oben) ergaben die Auswertungen der zehn häufigsten Todesursachen, dass deren Verteilung in Berlin - nach den bis 2006/2007 durch Nichtbeachtung von Kodierregeln verursachten Disparitäten - bei beiden Geschlechtern nunmehr der für Deutschland insgesamt entspricht (vgl. Abbildung 3.15 und im GSI verfügbare Tabelle [3.8z-1](#), Tabelle 3.2.6 b aus Basisbericht 2006/2007 und Tabelle 3.2.6 d aus Basisbericht 2008 - Nachtrag).

Hinsichtlich der vorzeitigen Sterblichkeit war Lungenkrebs in Berlin bei den unter 65-jährigen Frauen die **häufigste Todesursache**. Im Jahr 2009 ging mehr als jeder zehnte weibliche vorzeitige Sterbefall (226 bzw. 10,9 %), vor Brustkrebs (9,4 %, 196 Fälle) und akutem Myokardinfarkt (63 Fälle, 3,0 %) zu Lasten einer bösartigen Neubildung der Lunge. Demgegenüber führte deutschlandweit Brustkrebs (5.130 Fälle bzw. 10,9 %) noch vor Lungenkrebs (4.273 bzw. 9,1 %) und alkoholischer Leberkrankheit (1.597 bzw. 3,4 %) das Todesursachenspektrum bei Frauen an. Bei den unter 65-jährigen Männern war Lungenkrebs sowohl in Berlin (389 Sterbefälle bzw. 9,7 %) als auch im Bundesgebiet (8.130 Fälle, 9,0 %) Todesursache Nummer eins. Die zweithäufigste Todesursache ging bei ihnen zu Lasten von akuten Herzinfarkten (Berlin 289 bzw. 7,2 %, Deutschland 6.832 bzw. 7,6 %). Auf Platz drei rangierten bundesweit Todesfälle infolge einer alkoholischen Leberkrankheit, die einen Anteil von 4,4 % (insgesamt 3.914 Todesfälle) an der vorzeitigen Mortalität hatten. Alkoholbedingte Todesfälle (wie etwa alkoholische Leberkrankheit, psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (Alkoholsucht)) zählten auch in Berlin bei beiden Geschlechtern zu den häufigsten Todesursachen (Berliner Daten vgl. im GSI verfügbare Tabelle [3.8-1](#) / Bundesdaten: www.gbe-bund.de).

Lungenkrebs bei unter 65-Jährigen Berlinerinnen und Berlinern Todesursache Nummer eins

Infolge von nichtnatürlichen Todesursachen (ICD-10 Nrn. V01 - Y98 / Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität) starben im Jahr 2009 in Berlin insgesamt 1.079 Personen. Mit 385 Sterbefällen hatten sie bei den Frauen einen Anteil von 2,2 % an der Gesamtmortalität. Bei Männern ging fast jeder zwanzigste Sterbefall (insgesamt 694) zu Lasten einer nichtnatürlichen Todesursache. Mehr als jede dritte an derartigen Todesursachen gestorbene Berlinerin (138 Todesfälle) und 478 (bzw. 69 %) der gestorbenen Berliner Männer wurden keine 65 Jahre alt. Die vorzeitige Sterberate von 9,9 Gestorbenen je 100.000 bei den Frauen im Zeitraum 2007/2009 in Berlin lag 4 % über dem Bundesniveau (9,5 je 100.000). Berliner Männer hatten dagegen mit 28,8 Gestorbenen je 100.000 einen um 6 % darunter liegenden Wert (30,6 je 100.000).

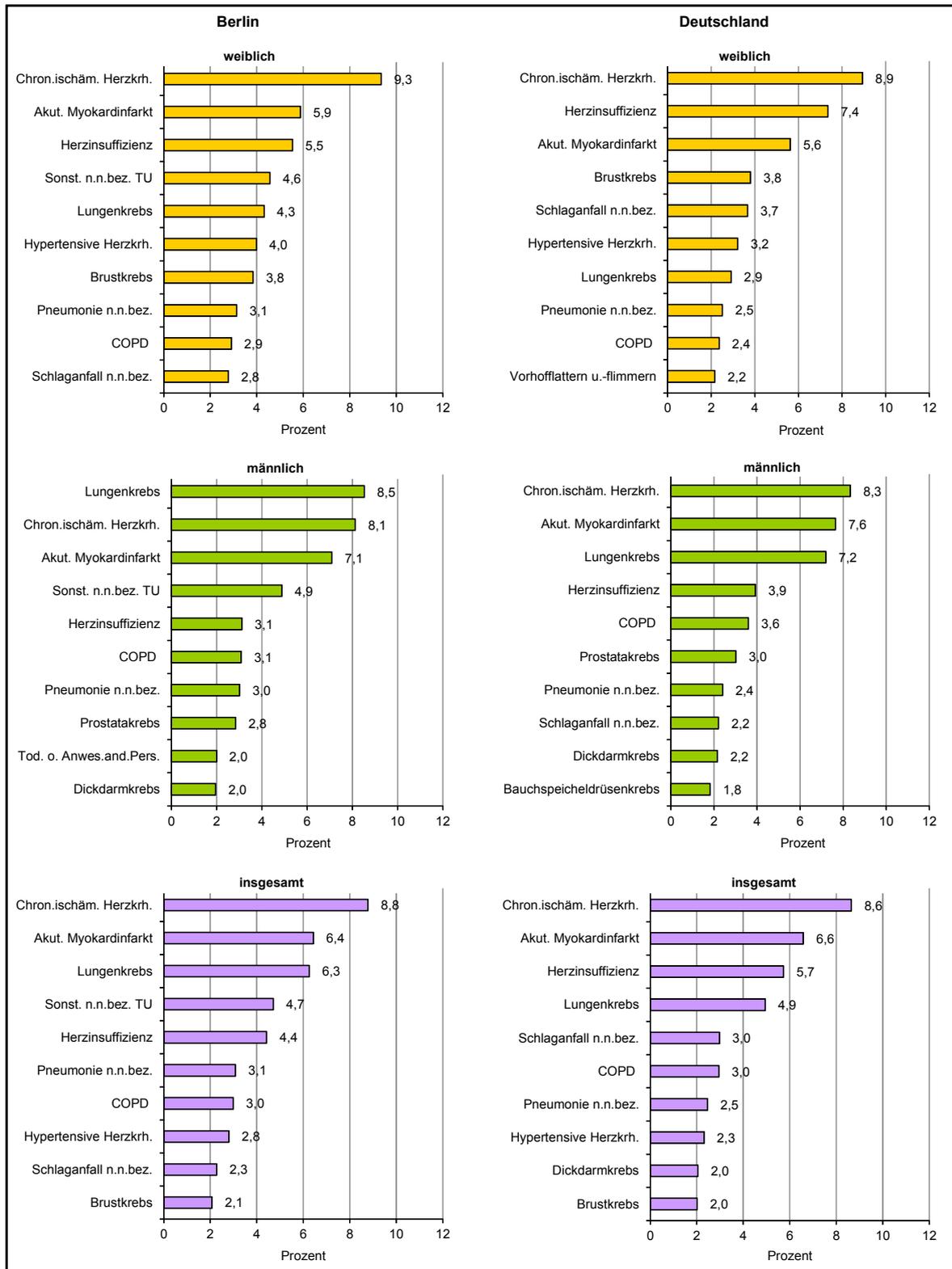
Jeder vierte nichtnatürliche weibliche Sterbefall und 37 % der männlichen Todesfälle wurde in Berlin durch eine Selbsttötung verursacht. Bei unter 65-Jährigen gingen sogar jeweils 40 % zu Lasten eines **Suizids**. Insgesamt nahmen sich in den letzten drei Jahren 295 Berlinerinnen das Leben, 185 bzw. 63 % von ihnen wurden keine 65 Jahre alt. Die Zahl der männlichen Suizidenten belief sich auf insgesamt 771, von denen wiederum 552 bzw. 72 % jünger als 65 Jahre waren. Berliner Männer (13,1 je 100.000) hatten insgesamt gegenüber Männern aus dem übrigen Bundesgebiet (14,9 je 100.000) eine deutlich niedriger liegende Suizidrate. Hinsichtlich des Alterssuizids lag diese sogar 17 % unter dem Bundesniveau (Berlin 28,6, Deutschland 34,3).

Männer haben in Berlin ein unter dem Bundesdurchschnitt liegendes Suizidrisiko

Demgegenüber lag das Suizidrisiko der Berlinerinnen insgesamt auf Bundesniveau (jeweils 4,4 je 100.000). Bei unter 65-Jährigen lag es knapp darüber (Berlin 3,8 / Deutschland 3,7 je 100.000), bei über 65-Jährigen jedoch 7 % darunter (Berlin 9,3 / Deutschland 9,9) (vgl. im GSI verfügbare Tabelle [3.89-2](#)).

Hinsichtlich der Suizidhäufigkeit waren zwischen den Berliner Bezirken große Unterschiede zu beobachten. Während bei der Alterssuizidalität kein Zusammenhang von Höhe der Suizidrate

Abbildung 3.15:
Häufigste Todesursachen in Berlin und in Deutschland 2009
nach Geschlecht



(Datenquelle: StBA / AFS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

und der jeweiligen Sozialstruktur festgestellt werden kann, wurde in den letzten Jahren bei unter 65-Jährigen bei beiden Geschlechtern in Bezirken mit einer schlechten sozialen Lage (wie etwa in Mitte, Friedrichshain-Kreuzberg, bei den Frauen auch in Neukölln) eine erhöhte Suizidgefährdung

beobachtet. Ein stark erhöhtes Suizidrisiko wurde auch bei Männern in Reinickendorf beobachtet. Möglicherweise wird dieses dort durch die in Strafvollzugsanstalten verübten Suizidzahlen beeinflusst. In Bezug auf die geringste Suizidgefährdung wurde in Bezirken mit den berlinweit günstigsten sozialen Bedingungen (z. B. Steglitz-Zehlendorf, Charlottenburg-Wilmersdorf, Treptow-Köpenick) bei Frauen und Männern die berlinweit niedrigsten Raten gemessen (vgl. im GSI verfügbare Tabelle [3.89-1](#)).

3.2.5 Vermeidbare Sterbefälle

Als vermeidbare Todesfälle (VTF) werden Sterbefälle bezeichnet, die in einem definierten Alter (das 65. Lebensjahr üblicherweise nicht überschreitend) auftreten und durch angemessene Behandlung oder durch Präventionsinterventionen weitestgehend oder gänzlich vermeidbar gewesen wären. Der Indikator gibt indirekt Aufschluss über Effektivität und Qualität des Gesundheitsversorgungssystems, zu dem u. a. Möglichkeiten der Diagnostik, der Therapie, Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen und andere präventive Interventionen zählen. Bei der **Definition der vermeidbaren Sterblichkeit** gibt es eine Reihe von konkurrierenden Ansätzen. So schließt das Konzept des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen elf Todesursachen bzw. -gruppen ein. Im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung der Länder beziehen sich die meisten Bundesländer (u. a. auch Berlin) jedoch auf die Vorschläge der von einer EU-Arbeitsgruppe (Holland 1988), nach deren Definition derzeit 29 Todesursachen bzw. Todesursachengruppen als vermeidbar gelten. Die jeweiligen ICD-10-Nrn. und definierten Altersgruppen können den im Gesundheits- und Sozialinformationssystem (GSI) verfügbaren Metadaten des Indikators 3.13 - vermeidbare Sterbefälle entnommen werden.

Vermeidbare Todesfälle nach Art ihrer Vermeidbarkeit

Bei Nutzung des letztgenannten Konzeptes ist es sinnvoll, die definierten vermeidbaren Todesfälle nach Art ihrer Vermeidbarkeit einzuteilen in:

- Sekundärpräventiv / überwiegend durch medizinische Maßnahmen vermeidbare VTF (z. B. Mamma- und Zervixkarzinom, perinatale Sterbefälle).
- Tertiärpräventiv / überwiegend durch medizinische und präventive Maßnahmen vermeidbare VTF (z. B. ischämische Herzkrankheiten, Hochdruck- und zerebrovaskuläre Krankheiten).
- Primärpräventiv / überwiegend durch primärpräventive Maßnahmen vermeidbare VTF (z. B. Lungenkrebs, Krankheiten der Leber).

Zu den jeweiligen Anteilen bzw. Sterberaten vgl. im GSI verfügbare Tabellen [3.13-1](#), [3.13-2](#), [3.13-3](#).

Der Definition folgend kam es in den letzten drei Jahren (2007/2009) in **Berlin** jährlich etwa zu 2.610 VTF. Das waren ca. 880 weniger als Ende der neunziger Jahre (1997/1999) (vgl. im GSI verfügbare Tabelle [3.13-1](#)). Die Zahl der **weiblichen** VTF belief sich auf durchschnittlich 970 per anno und lag damit deutlich, und zwar um mehr als 40 %, unter der der **Männer** (1.640 Sterbefälle). Vom Rückgang der vermeidbaren Sterblichkeit profitierten die durch medizinische und tertiärpräventive Maßnahmen zu vermeidenden Sterbefälle mit jeweils über 30 % am stärksten. Demgegenüber gingen die durch primärpräventive Interventionen zu verhindernden VTF, die meist auf gesundheitsschädigende Verhaltensweisen zurückzuführen sind, lediglich um 16 % zurück. Sie machen in Berlin mittlerweile die Hälfte aller vermeidbaren Sterbefälle aus.

Sieht man einmal von der Perinatalsterblichkeit ab (vgl. Abschnitt 3.2.6), nimmt die vermeidbare Sterblichkeit ab dem 30. Lebensjahr zu. Männer haben in allen **Altersgruppen** deutlich höhere Raten als Frauen. Bei beiden Geschlechtern wird das höchste Risiko im Alter von 60 bis unter 65 Jahren beobachtet. Die altersspezifischen Auswertungen zeigen, dass je nach Altersgruppe bereits jeder zweite bis dritte Sterbefall durch entsprechende Interventionen zu vermeiden gewesen wäre.

Unter Einbeziehung von Todesfällen, die ebenfalls als vermeidbar einzustufen sind (z. B. AIDS, Suizide, Alkohol- und Drogenabhängigkeit), treffen diese Aussagen gleichermaßen zu (vgl. im GSI verfügbare Tabelle [3.13z-1](#)).

Vermeidbares Todesursachenspektrum

Lungenkrebs und Krankheiten der Leber für die Hälfte der VTF verantwortlich

Ischämische Herzkrankheiten (zu denen auch der akute Herzinfarkt zählt), Krankheiten der Leber und Lungenkrebs (als Einzeltodesursache mit Abstand auf Rang eins) dominieren bei den Berliner Männern das **vermeidbare Todesursachenspektrum**. Die drei genannten, in bestimmten Altersgruppen als vermeidbar einzustufenden Todesursachen stellten bei ihnen in der Zeit von 2007 bis 2009 mit 3.659 Todesfällen drei Viertel der insgesamt ermittelten vermeidbaren Sterbefälle (4.928). Auch bei den Berliner Frauen ist Lungenkrebs mittlerweile Todesursache Nummer eins, gefolgt von Brustkrebs und Krankheiten der Leber. Zu Lasten der genannten Todesursachen gingen bei ihnen in den letzten Jahren insgesamt 1.803 Sterbefälle. Gemessen an allen weiblichen VTF (2.922) entsprach das einem Anteil von 62 % (vgl. im GSI verfügbare Tabelle [3.13-2](#)).

Nachfolgende Ausführungen zu den häufigsten - und in den meisten Fällen auf negative Gesundheitsverhaltensweisen zurückzuführenden - vermeidbaren Todesfällen im **Ländervergleich** beziehen auch Sterbefälle infolge von psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol ein. Diese sind zwar nicht Bestandteil der gemäß EU-Arbeitsgruppe definierten VTF, sollten aber in das Konzept aufgenommen werden. Wegen des hohen Anteils des zu den ischämischen Herzkrankheiten (ISHD) gehörenden akuten Myokardinfarktes wurde dieser separat ausgewiesen (hierzu und zu weiteren VTF vgl. Abbildungen 3.16 bis 3.19). Aus Gründen der Datenverfügbarkeit und der damit zusammenhängenden Vergleichbarkeit mit der vorzeitigen Sterblichkeit wurden für die ausgewählten (vermeidbaren) Todesursachen altersstandardisierte Sterberaten für die 0- bis unter 65-jährige Bevölkerung ermittelt.

Sterblichkeit durch Lungenkrebs und Alkoholmissbrauch in Berlin überdurchschnittlich hoch

Bezüglich der VTF, die fast ausschließlich auf gesundheitsschädigendes Verhalten, z. B. Tabak- und Alkoholmissbrauch, zurückzuführen sind, wurden in allen drei Stadtstaaten erhöhte Sterberaten beobachtet. Das war bei beiden Geschlechtern der Fall. Frauen aus Berlin (13,3 je 100.000) hatten z. B. auf Länderebene in den letzten Jahren die fünft- und Männer (23,6 je 100.000) die siebthöchste Lungenkrebssterblichkeit. Hinsichtlich der Sterblichkeit infolge von psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol wiesen Frauen (2,8) den dritt- und Männer (11,3) den vierthöchsten Wert auf. Auch bei den vermeidbaren Sterbefällen infolge von Krankheiten der Leber hatten Berlinerinnen (6,3 je 100.000) und Berliner Männer (16,5) das jeweils sechsthöchste Sterberisiko. Die bei beiden Geschlechtern in Berlin zu beobachtenden erhöhten Sterberaten bei Hochdruck- und zerebrovaskulären Krankheiten versus niedrige Werte bei akutem Myokardinfarkt lassen sich mit der bis 2007 praktizierten Nichtbeachtung einer Kodierregel, von der hauptsächlich Herzinfarkte (ICD-10 Nrn. I21, I22 und Hochdruckkrankheiten (ICD-10 Nrn. I10, I11.0) betroffen waren, erklären. Die Entwicklung der Herzinfarktsterblichkeit kann daher in Berlin noch nicht abgeschätzt werden, da aus den korrigierten und seit nunmehr drei Jahren verfügbaren Daten Sterberaten errechnet wurden, die sich auf dem Niveau von 1998/1999 bewegten. Umfangreiche Informationen zur Problematik können dem Basisbericht 2009 entnommen werden.

Auf Länderebene variierte die Höhe der vermeidbaren Sterblichkeit erheblich. Die oft zitierte Ost-West-Differenz, d. h. neue versus alte Bundesländer, beschränkt sich im Wesentlichen auf die alkoholbedingte und auf die Herzkreislaufsterblichkeit. So hatten Frauen aus den neuen Ländern mit 7,5 Gestorbenen gegenüber Frauen aus den alten Ländern (5,6) eine um ein Drittel und Männer (24,7 je 100.000, alte BL 11,6) eine mehr als doppelt so hohe Sterberate bei Krankheiten der Leber. Alle fünf neuen Länder verzeichneten bei den Männern das höchste bis fünftöchste Sterberisiko. Auch bei der Herzinfarktsterblichkeit hatten Männer aus den neuen Ländern im Vergleich zu Männern aus

dem früheren Bundesgebiet mit einem Wert von 25,5 (alte BL 16,4) eine um 56 % höher liegende Sterblichkeit. Bei Frauen (neue BL 5,2, alte BL 4,4) lag sie ein Fünftel darüber.

Demgegenüber hatten Frauen aus den Ländern der ehemaligen DDR hinsichtlich der Lungenkrebssterblichkeit (7,0 je 100.000) ein um 44 % unter dem Niveau der Frauen aus dem ehemaligen Bundesgebiet (12,6 je 100.000) liegendes Sterberisiko. Für alle fünf neuen Länder wurden die bundesweit niedrigsten Raten errechnet (vgl. Abbildung 3.18). Bei den Männern gab es keine gravierenden Ost-West-Unterschiede mehr (neue BL 22,4, alte BL 23,0). Männer aus Mecklenburg-Vorpommern (dritthöchste Rate) und Sachsen-Anhalt (fünfhöchster Wert) hatten im Vergleich zu den drei anderen neuen Bundesländern eine um mehr als ein Fünftel höher liegende Lungenkrebssterblichkeit.

Vermeidbare Sterbefälle, insbesondere die, die durch tertiäre und primärpräventive Interventionen als vermeidbar gelten, haben einen engen Bezug zur Sozialstruktur der Bevölkerung und hängen stark von deren Gesundheitsbewusstsein (Inanspruchnahme und Einhaltung der Therapie, Inanspruchnahme von Früherkennungsmaßnahmen, negative Gesundheitsverhaltensweisen) ab. Der Zusammenhang stellt sich am besten bei kleinräumiger Analyse dar (vgl. Sozialstrukturatlas Berlin 2008¹⁴). Im **Berliner Bezirksvergleich** wurde deutlich, dass Sterbefälle, die zu Lasten von negativen Gesundheitsverhaltensweisen (z. B. Rauchen, Alkoholmissbrauch, Übergewicht, mangelnde Gesundheitskompetenz) gehen, in Bezirken mit niedrigem sozioökonomischen Status deutlich häufiger auftreten als in Bezirken mit höherem sozioökonomischen Status. Angehörige aus letztgenannten Schichten praktizieren deutlich häufiger gesundheitsförderliche Verhaltensweisen und sorgen somit für ein geringeres Sterberisiko.

Der Darstellung der vermeidbaren Sterblichkeit (Zeitraum 2007/2009) in den Abbildungen 3.18 und 3.19 kann entnommen werden, dass bei beiden Geschlechtern in Bezirken mit den schlechtesten sozialen Gegebenheiten, ein erhöhtes vermeidbares Sterberisiko beobachtet werden konnte; das traf insbesondere auf Friedrichshain-Kreuzberg, Mitte, Neukölln und zunehmend auch auf Spandau, Marzahn-Hellersdorf und Lichtenberg zu. Abgesehen von Lungenkrebs wurden aber bei beiden Geschlechtern die höchsten Raten auf Länderebene nicht erreicht. Bei den meist mit günstigen Sozialindizes versehenen Berliner Bezirken, in denen Frauen und Männer seit Jahren die berlinweit niedrigste vermeidbare Sterblichkeit aufwiesen, lag das Sterberisiko dennoch teilweise über den im Bundesländervergleich ermittelten niedrigsten Werten. Am Beispiel der Frauen aus Steglitz-Zehlendorf zeigte sich, dass die vermeidbare Lungenkrebssterblichkeit mit einer Rate von 10,3 je 100.000 zwar 50 % unter der der Frauen aus Friedrichshain-Kreuzberg (20,8), aber immer noch um mehr als zwei Drittel über der der Frauen aus Sachsen (5,3 je 100.000) lag. Bezogen auf vermeidbare Sterbefälle infolge von Alkoholabhängigkeit hatten Frauen aus Steglitz-Zehlendorf (1,6 je 100.000) im Vergleich zu Mitte (4,6) ein um 65 % niedriger liegendes Sterberisiko, gegenüber Frauen aus Baden-Württemberg (0,7) lag es aber um mehr als das Doppelte darüber. Diese Konstellation traf auch auf Männer zu.

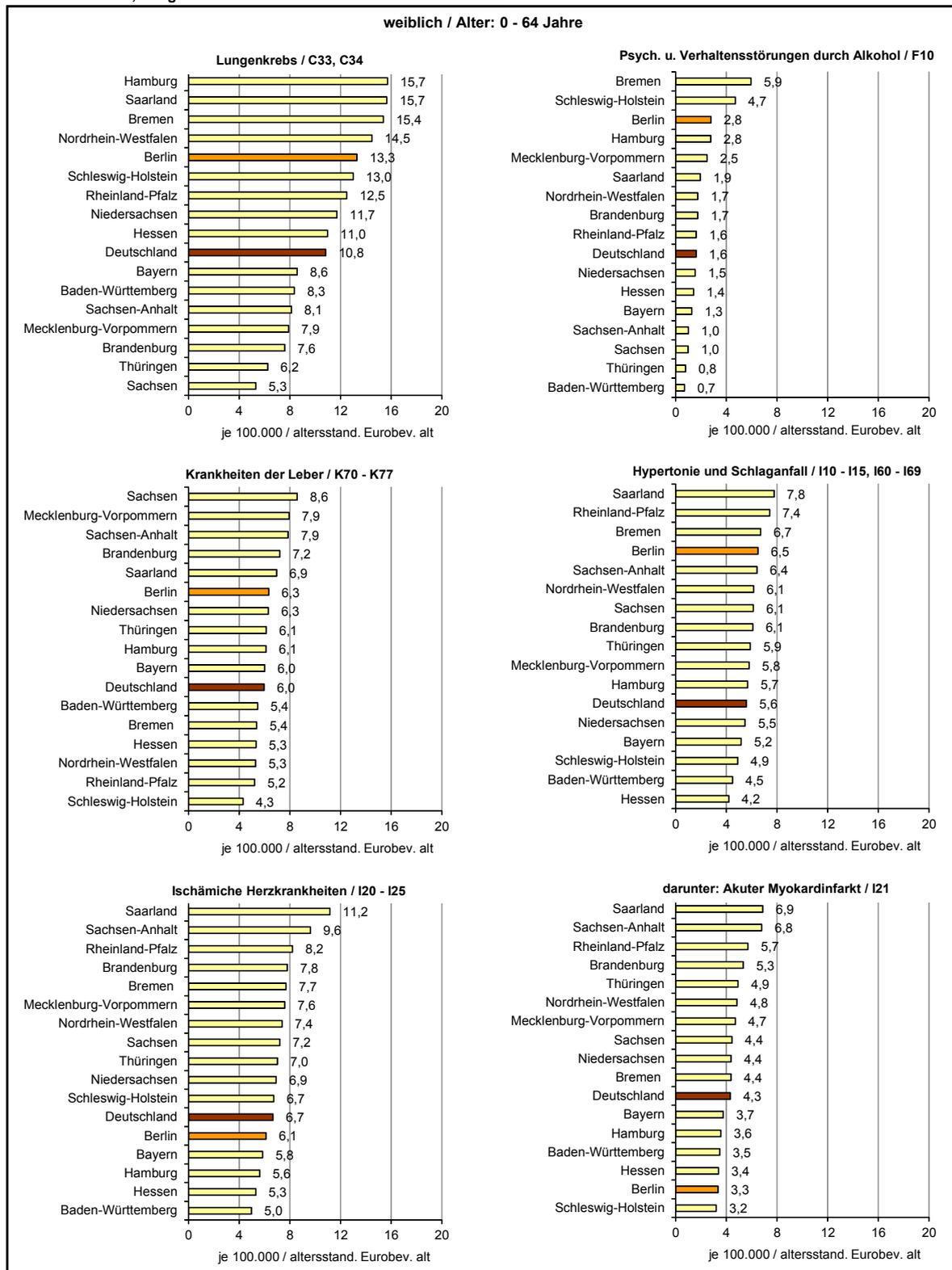
Die im Ländervergleich zu beobachtenden, alkoholbedingte und Herz-Kreislaufsterblichkeit betreffenden „Ost-West-Differenzen“ können auch auf die Berliner Bezirke übertragen werden. In Bezug auf Krankheiten der Leber lag das Sterberisiko der Frauen in den ehemaligen Ostbezirken (hier ohne ehemals Mitte und Friedrichshain) mit 6,8 je 100.000 15 % und das der Männer (21,7) sogar 72 % über dem der Frauen und Männer aus den ehemaligen Westbezirken (ohne ehemals Kreuzberg, Wedding und Tiergarten) (Frauen 5,9, Männer 12,6 je 100.000).

Hinsichtlich der Lungenkrebssterblichkeit wiesen Frauen aus den ehemaligen östlichen Bezirken Berlins eine Sterberate (10,0 je 100.000) auf, die mehr als ein Drittel unter der der Frauen aus den westlichen Bezirken der Stadt lag (14,7 je 100.000). Auch bei den Männern lag sie, wenn auch nicht so stark wie bei den Frauen, 16 % darunter (östliche Bezirke 20,8, westliche Bezirke 24,7 je 100.000).

Das hinsichtlich alkoholassoziierter und Herz-Kreislauf bezogener Mortalität sowohl auf Länderebene als auch auf Bezirksebene zu beobachtende höhere Sterberisiko in den neuen Bundesländern

¹⁴ Meinschmidt, G. (Hrsg.) (2009): Sozialstrukturatlas Berlin 2008 - Ein Instrument der quantitativen, interregionalen und intertemporalen Sozialraumanalyse und -planung. Sen GesUmV, Berlin. Im Internet unter <http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/gesundheits/spezial.html>.

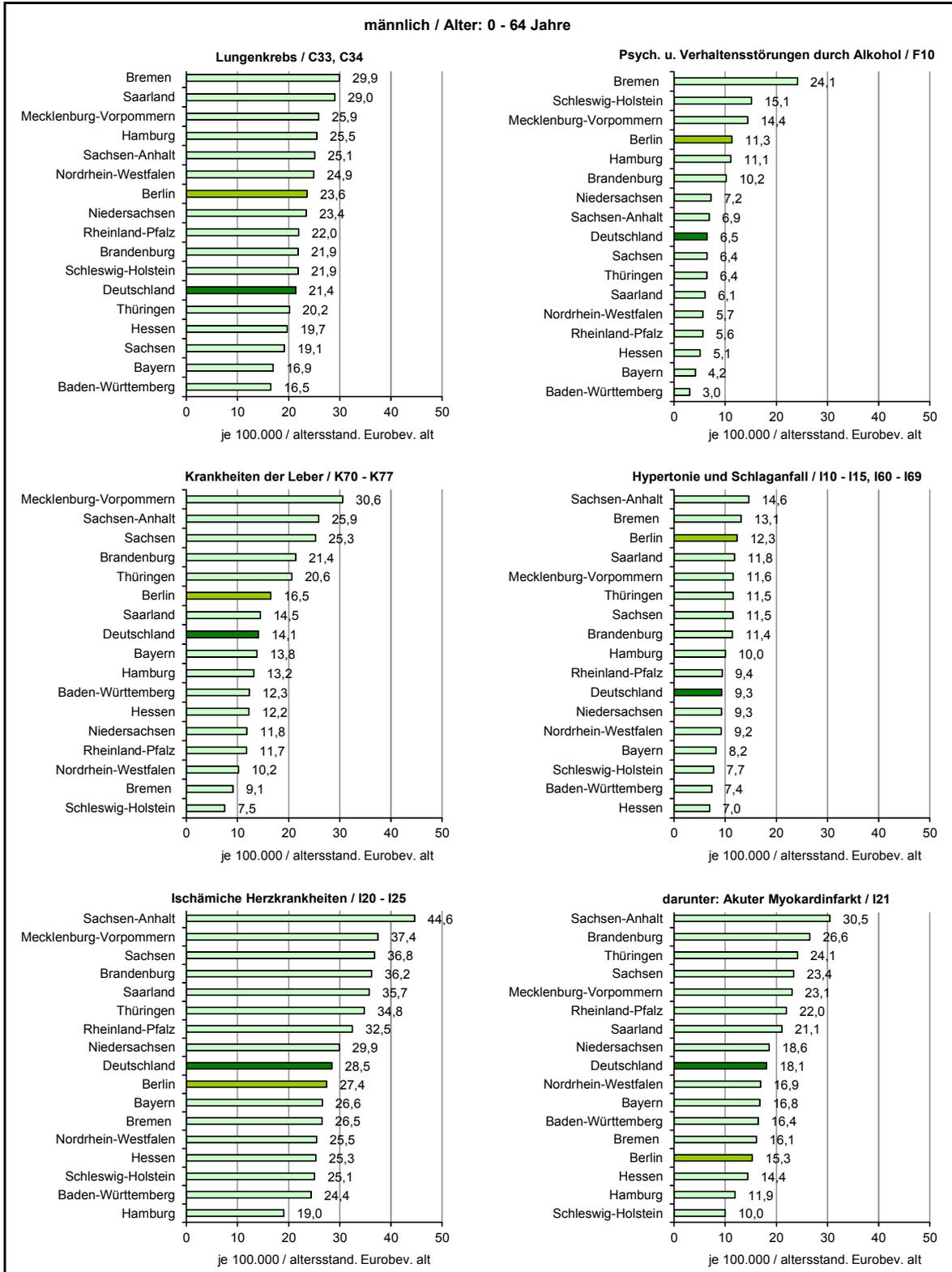
Abbildung 3.16:
Vermeidbare Mortalität in Deutschland 2007 - 2009 (zusammengefasst)
nach Geschlecht, ausgewählten Todesursachen und Bundesländern



(Datenquelle: StBA, Destatis / AfS Berlin-Brandenburg / Darstellung: SenGesUmV - I A -)

und in den ehemaligen Ostbezirken Berlins weist auch 20 Jahre nach Mauerfall auf noch immer bestehende Unterschiede in den Lebensbedingungen und -gewohnheiten (Ernährungsgewohnheiten, Alkoholmissbrauch, körperliche Betätigung) der jeweiligen Bevölkerung hin. Als Ursachen

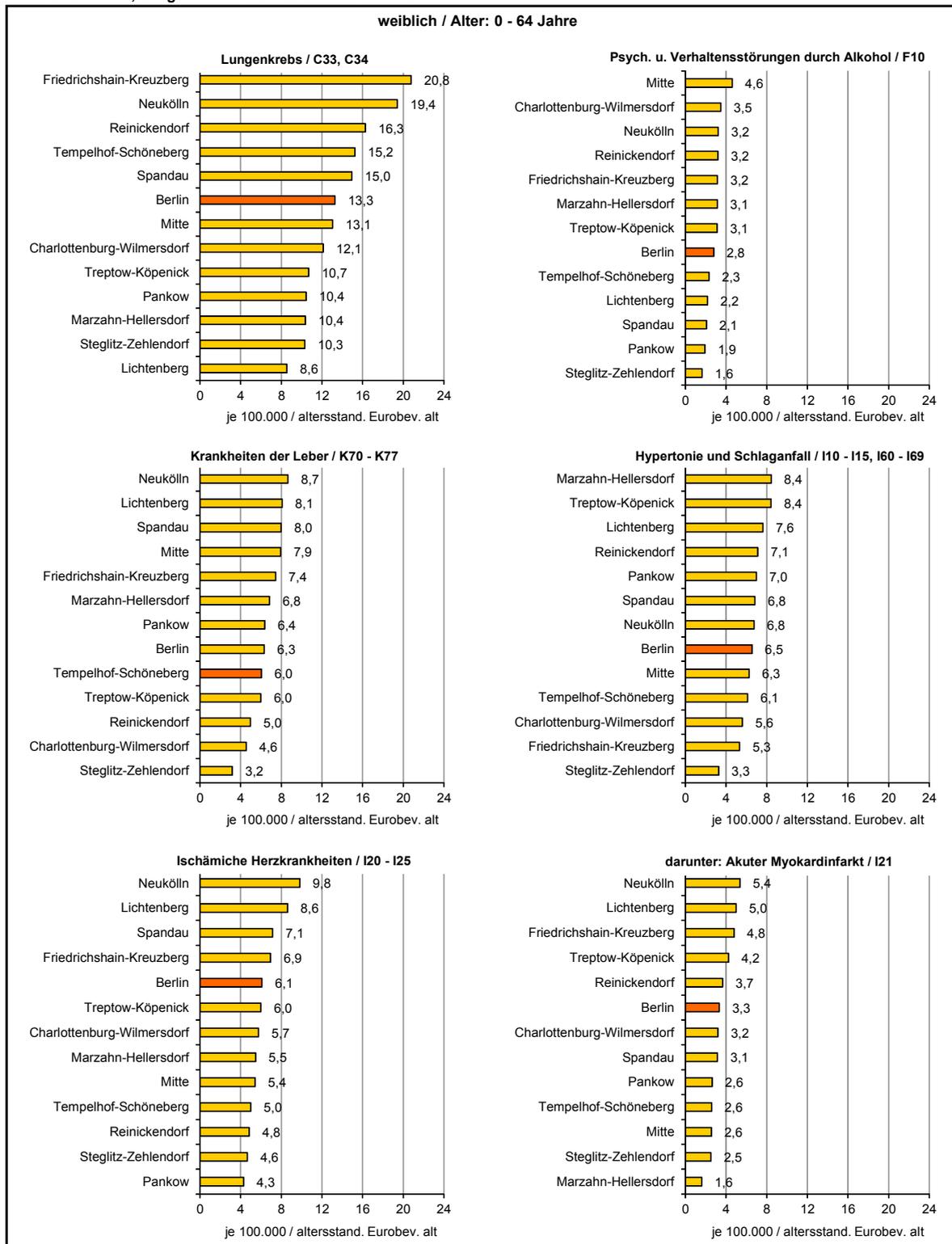
Abbildung 3.17:
Vermeidbare Mortalität in Deutschland 2007 - 2009 (zusammengefasst)
nach Geschlecht, ausgewählten Todesursachen und Bundesländern



(Datenquelle: StBA, Destatis / AFS Berlin-Brandenburg / Darstellung: SenGesUmV - I A -)

für die Unterschiede kommen neben den klassischen Risikofaktoren aber auch sozioökonomische Risikofaktoren wie Arbeitslosigkeit und Stress infrage. Die medizinische Infrastruktur und deren Inanspruchnahme spielen ebenfalls eine Rolle.

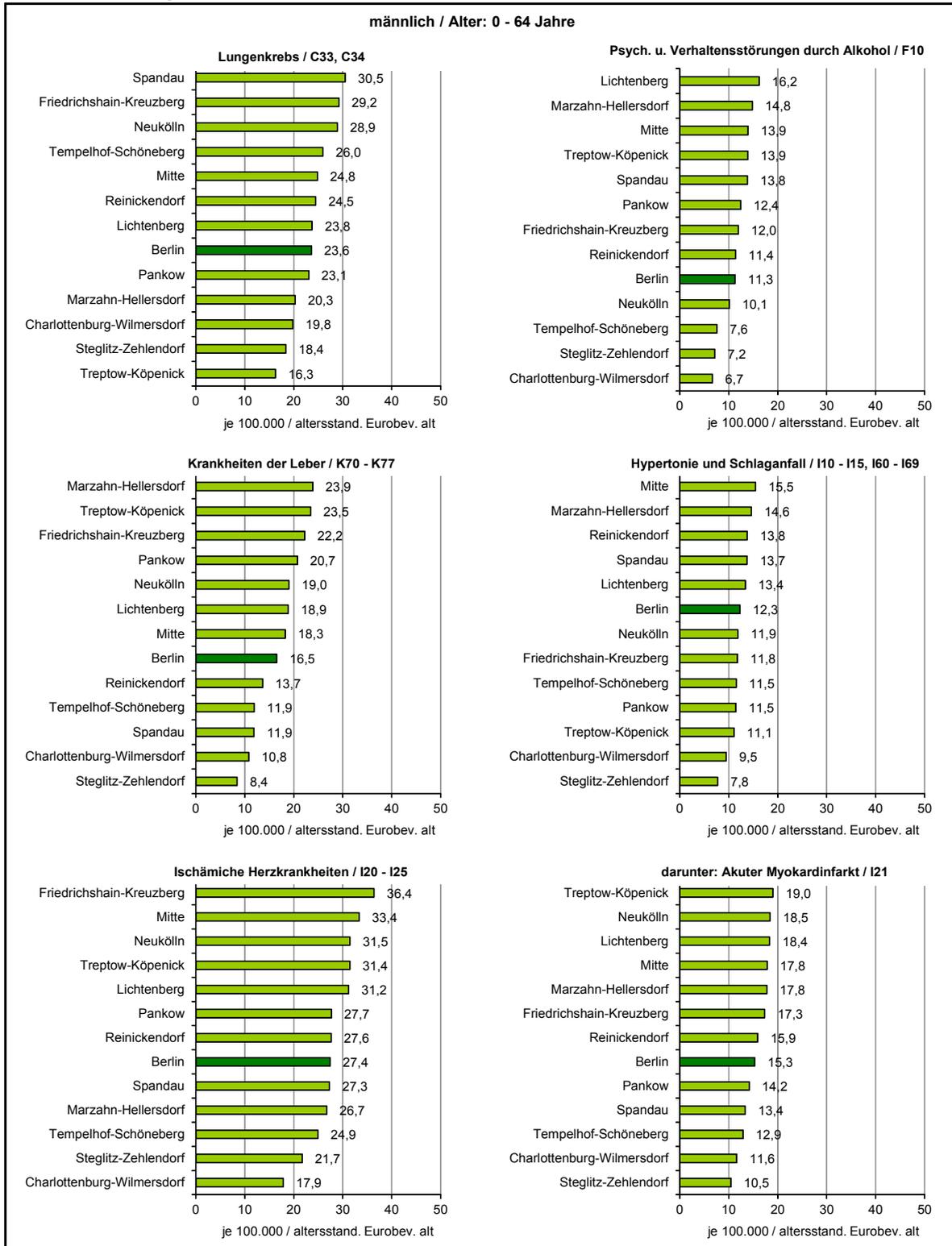
Abbildung 3.18:
Vermeidbare Mortalität in Berlin 2007 - 2009 (zusammengefasst)
nach Geschlecht, ausgewählten Todesursachen und Bezirken



(Datenquelle: AFS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Die Folgen unterschiedlicher Lebensgewohnheiten (z. B. hoher Alkoholkonsum) werden am Beispiel des ehemaligen Ostbezirks Treptow-Köpenick (vor der Bezirksreform Treptow und Köpenick) deutlich: trotz guter sozialer Bedingungen und einer hohen Lebenserwartung der dort lebenden

Abbildung 3.19:
Vermeidbare Mortalität in Berlin 2007 - 2009 (zusammengefasst)
nach Geschlecht, ausgewählten Todesursachen und Bezirken



(Datenquelle: AFS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Menschen ist nach wie vor bei alkoholbedingter wie bei Herz-Kreislaufsterblichkeit (hier insbesondere die Herzinfarktsterblichkeit betreffend) bei beiden Geschlechtern ein zum Teil weit über dem Berliner Durchschnitt liegendes Sterberisiko zu beobachten (vgl. Abbildungen 3.16 - 3.19).

3.2.6 Säuglings- und Perinatalsterblichkeit

Säuglingssterblichkeit

Mit der Säuglingssterblichkeit werden alle **innerhalb des ersten Lebensjahres Gestorbenen** erfasst. Sie gilt nach wie vor als ein sensibler Indikator zur Beurteilung der gesundheitlichen Lage einer Bevölkerung, mit dessen Hilfe der qualitative Stand der Prävention und die geburtshilfliche-pränatale sowie neonatologische Versorgung reflektiert werden kann. Zudem kann sie als ein Qualitätsmaß der gesundheitlichen Betreuung im Säuglingsalter genutzt werden.

Säuglingssterblichkeit
2010 auf bisher
niedrigstem Niveau

Im Jahr 2010 starben in **Berlin** insgesamt 101 Säuglinge innerhalb ihres ersten Lebensjahres. Das entsprach einer Rate von 3,0 Gestorbenen je 1.000 Lebendgeborene, die damit über ein Fünftel unter dem Vorjahresniveau (3,9 je 1.000) lag und zudem der bisher in Berlin niedrigste Wert ist. Auch in der Bundesrepublik Deutschland wurde mit einem Wert von 3,4 Gestorbenen je 1.000 Lebendgeborene die bis dahin niedrigste Säuglingssterblichkeit ermittelt (vgl. im GSI verfügbare Tabellen [3.53-1](#), [3.54-1](#)). Da die Sterberate in Berlin in den letzten Jahren jedoch immer wieder Schwankungen unterlag, kann daraus noch kein eindeutiger Trend abgeleitet werden. Vom Rückgang der Säuglingssterblichkeit konnte die Frühsterblichkeit (Gestorbene in den ersten sieben Lebenstagen) am stärksten profitieren. Sie ging von 2009 (64 bzw. 2,0 Gestorbene je 1.000) bis 2010 um etwa 29 % zurück und erreichte einen Wert von 1,4 Gestorbenen je 1.000 Lebendgeborene, der ebenfalls unter dem Bundesniveau (1,7 je 1.000) lag (vgl. Abbildung 3.20). Insgesamt starben im Jahr 2010 47 Berliner Säuglinge innerhalb der ersten Lebenswoche, 38 bzw. 81 % von ihnen bereits am ersten Lebenstag.

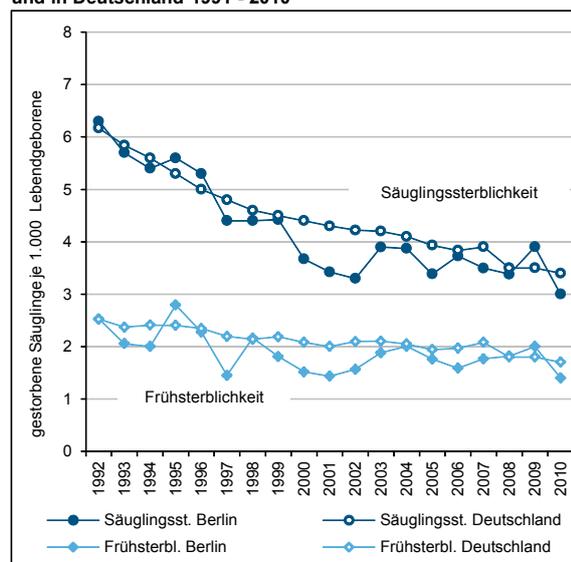
Nachfolgende Ausführungen zur Säuglingssterblichkeit im **Bundesländervergleich** beziehen sich auf den Dreijahreszeitraum 2007/2009, da zum Zeitpunkt der Bearbeitung (August 2011) Daten für die Periode 2008/2010 lediglich für Berlin (3,4 je 1.000) und Deutschland insgesamt (3,5), nicht aber für andere Bundesländer zur Verfügung standen.

Im Zeitraum 2007/2009 zählte Berlin zu den Bundesländern mit der höchsten Säuglingssterblichkeit. Berlin belegte im genannten Zeitraum mit 3,6 je 1.000 Lebendgeborene dem sechsthöchsten Wert. Das höchste Sterberisiko hatten Säuglinge aus Bremen (5,8 ‰), NRW (4,4 ‰) und Niedersachsen (4,4 ‰). Demgegenüber wiesen Säuglinge aus Sachsen (2,5 ‰), Brandenburg (2,8 ‰) und Baden-Württemberg (3,1 ‰) die niedrigsten Sterberaten auf. Generell konnte beobachtet werden, dass Säuglinge aus den neuen Bundesländern mit 3,0 Gestorbenen je 1.000 Lebendgeborene ein fast um ein Viertel geringeres Mortalitätsrisiko hatten als Säuglinge aus den Ländern des früheren Bundesgebietes (3,9 ‰) (vgl. Abbildung 3.21 und im GSI verfügbare Tabelle [3.54-1](#)).

ausländische
Säuglinge haben
höheres Sterberisiko

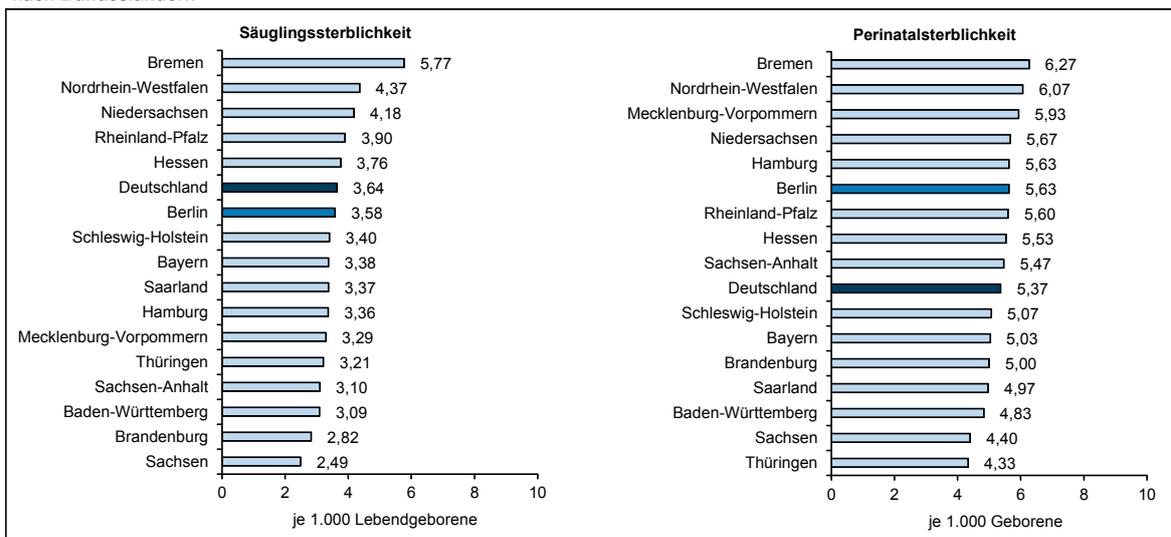
Ausländische Säuglinge haben gegenüber deutschen ein deutlich höheres Sterberisiko. Die Entwicklung der Säuglingssterblichkeit nach **Staatsangehörigkeit** zeigt, dass sich die Sterbeziffer der Säuglinge ausländischer Herkunft in **Berlin** von 1992 bis 1999 bei höheren Ausgangs-

Abbildung 3.20:
Säuglingssterblichkeit, darunter Frühsterblichkeit, in Berlin
und in Deutschland 1991 - 2010



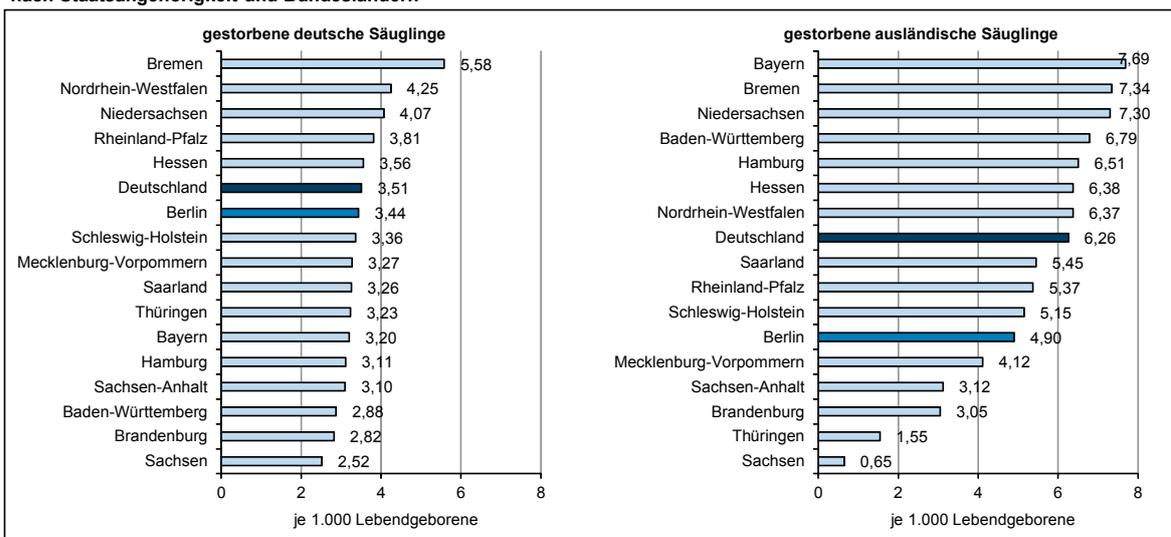
(Datenquelle: STBA / AfS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Abbildung 3.21:
Säuglings- und Perinatalsterblichkeit in Deutschland 2007 - 2009 (zusammengefasst)
nach Bundesländern



(Datenquelle: StBA, Destatis / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Abbildung 3.22:
Säuglingssterblichkeit in Deutschland 2007 - 2009 (zusammengefasst)
nach Staatsangehörigkeit und Bundesländern



(Datenquelle: StBA, Destatis / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

werten zunächst stärker (minus 52 %) als die der deutschen (minus 19 %) reduzierte. Gegenüber deutschen hatten ausländische Säuglinge in der Zeit von 1995 bis 1999 zum Teil deutlich niedriger liegende Werte. Mit Inkrafttreten des neuen Staatsangehörigkeitsgesetzes (StAG) am 01.01.2000 kam es allerdings zu erheblichen Veränderungen in der Bevölkerungsstatistik, u. a. verbunden mit Auswirkungen auf die Deskription des Säuglingssterblichkeitsgeschehens nach Staatsangehörigkeit. Ein Ergebnis war z. B., dass die Sterblichkeit der „deutschen“ Säuglinge von 1999 auf 2000 von 4,8 Gestorbenen je 1.000 deutsche Lebendgeborene auf 3,1 ‰ zurückging, während sie sich bei den „ausländischen“ Säuglingen nahezu verdreifachte (von 2,6 auf 8,4 Gestorbene je 1.000 ausländische Lebendgeborene). Seitdem liegt die Säuglingssterblichkeit, insbesondere aber die Frühsterblichkeit, innerhalb der ausländischen Bevölkerung erheblich über der der deutschen. Ob die gegenüber den Vorjahren niedrigere Sterblichkeit der letzten drei Jahre bei ausländischen Lebendgeborenen eine Trendwende einläutet, bleibt abzuwarten (vgl. im GSI verfügbare Tabelle [3.53-1](#)).

Die Säuglingssterblichkeit der deutschen Kinder lag hinsichtlich der Häufigkeitsverteilung im **Ländervergleich** jeweils etwas unter der insgesamt errechneten Rate. Bezogen auf die ausländische Bevölkerung hatten Säuglinge aus Bayern (7,7 je 1.000), Bremen und Niedersachsen (je 7,3) das höchste Sterberisiko. Erwartungsgemäß lag dieses in allen fünf neuen Bundesländern (z. B. in Sachsen mit 0,7 und Thüringen mit 1,6) weit darunter. Berliner Säuglinge mit ausländischer Staatsangehörigkeit wiesen im Ländervergleich den sechstniedrigsten Wert (4,9 ‰) auf. Inwieweit die relativ „hohe“ Säuglingssterblichkeit innerhalb der deutschen Bevölkerung in Berlin durch den nicht unbeträchtlichen Anteil von Lebendgeborenen mit ausländischen Eltern, die jährlich gemäß StAG bei Geburt die deutsche Staatsangehörigkeit erhalten, beeinflusst wird, kann anhand des zur Verfügung stehenden Datenmaterials nicht beurteilt werden (vgl. Abbildung 3.22).

Perinatalsterblichkeit

Die **Perinatalsterblichkeit** gibt Auskunft über die Frühsterblichkeit und die Zahl der Totgeborenen. Sie dient in erster Linie der Beurteilung von Wirksamkeit der unmittelbaren geburtshilflich-neonatologischen Betreuung. Des Weiteren liefert sie wichtige Informationen über die Qualität und Effektivität der Schwangerenbetreuung. Außerdem erlaubt gerade die Frühsterblichkeit Aussagen über den erreichten Stand bei der Vermeidbarkeit von Säuglingssterblichkeitsfällen. Nach der Definition zählen perinatale Sterbefälle nämlich zu den vermeidbaren Todesfällen (vgl. auch im GSI verfügbare Tabellen [3.13-2](#) und [3.13-3](#)).

Nachdem **Berlin** bis 1994, die bundesweit niedrigste Perinatalsterblichkeit (Totgeborene und in der ersten Lebenswoche Gestorbene je 1.000 Geborene) aufweisen konnte, traf das in den Folgejahren nicht mehr zu. Mit der Änderung des Personenstandsgesetzes (PStG) und der dazugehörigen Ausführungsverordnung (PStV) zum 01.04.1994, in der festgelegt wurde, dass Totgeburten bereits ab einem Gewicht von 500 Gramm in das Sterbebuch des zuständigen Meldeamtes einzutragen sind, kam es in Berlin zu einem überproportionalen Anstieg der Perinatalsterblichkeit. Trotz des seit etwa 1997 wieder einsetzenden und bis 2009 anhaltenden rückläufigen Trends wurden auch in den letzten Jahren Werte erreicht, die deutlich über dem Bundesniveau lagen (2008/2010: Berlin 5,9, Deutschland 5,3 je 1.000 Geborene). Berlin zählt immer noch zu **Bundesländern** mit den höchsten Werten (z. B. 2007/2009 5,6 je 1.000, das entsprach dem fünfthöchsten Wert). Im Bundesländervergleich wurden in Bremen (6,3 ‰), NRW (6,1 ‰) und Mecklenburg-Vorpommern (5,9 ‰) die höchsten Perinatalsterberaten beobachtet. Demgegenüber lagen die Raten in Thüringen (4,3 ‰), Sachsen (4,4 ‰), und Baden-Württemberg (4,8 ‰) weit darunter (vgl. Abbildung 3.21). Bezüglich neue versus alte Bundesländer wurde in den neuen Ländern eine Perinatalsterblichkeit von 5,0 je 1.000 Geborene ermittelt, die acht Prozent unter der der alten Bundesländer lag (5,5 ‰) lag (vgl. im GSI verfügbare Tabellen [3.55-1](#) und [3.55-2](#)).

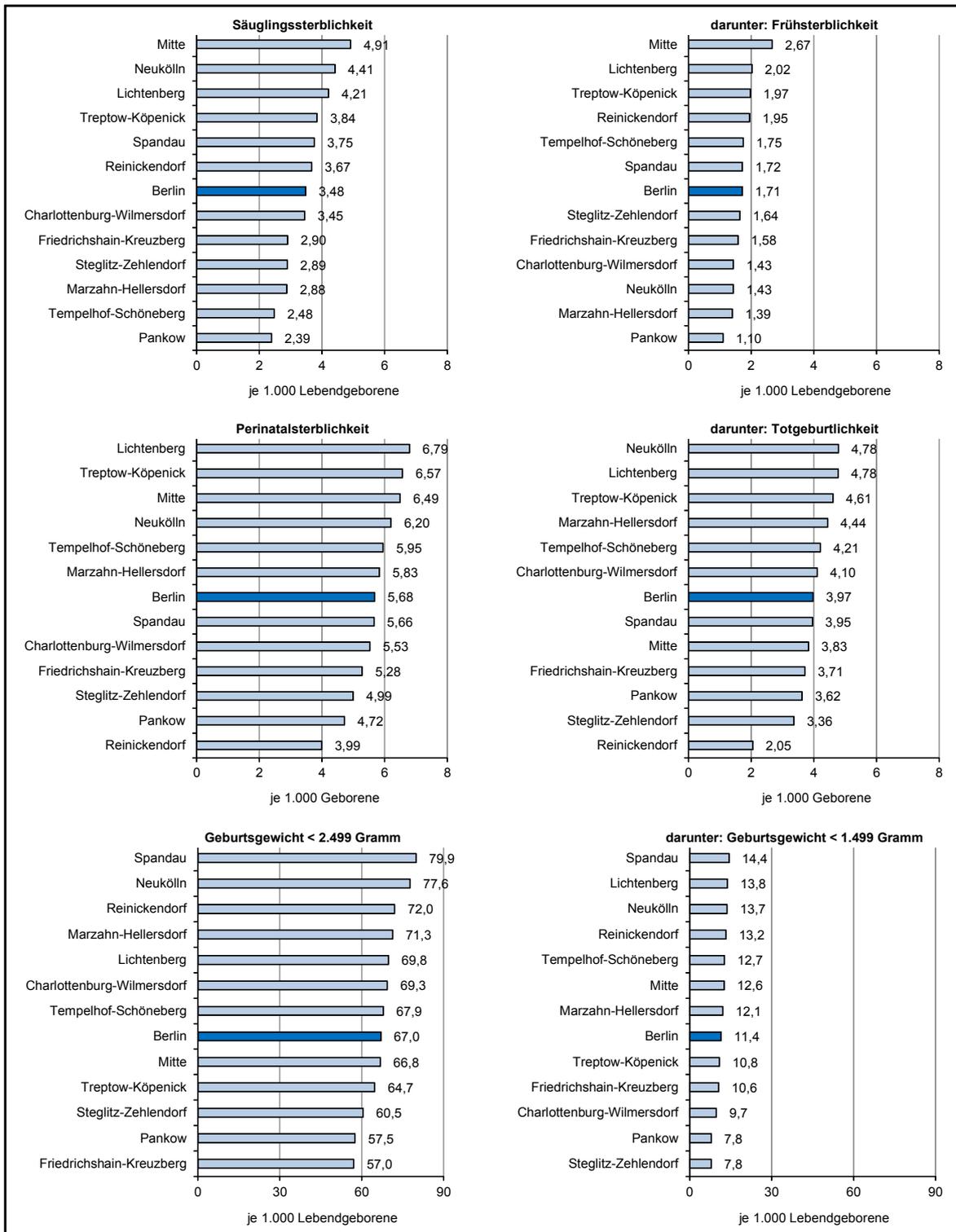
Säuglings- und Perinatalsterblichkeit in Bezirken mit schlechter Sozialstruktur erhöht

Innerhalb der **Berliner Bezirke** unterlagen sowohl Säuglings- als auch Perinatalsterblichkeit erheblichen Schwankungen. Beide Indikatoren stehen in engem Zusammenhang mit der jeweiligen sozialen Lage. In den letzten fünf Jahren (2006/2010) wurde z. B. bei Säuglingen aus Bezirken mit negativen Sozialindizes die höchste Säuglingssterblichkeit beobachtet, das traf auf die Bezirke Mitte, Neukölln und Lichtenberg zu. Obwohl Säuglinge aus dem Bezirk Mitte mit 4,9 ‰ das höchste Sterberisiko von allen Berliner Bezirken hatten, lag dieses immer noch deutlich unter dem der höchsten Rate auf Länderebene. In Bezirken mit einer vergleichsweise guten Sozialstruktur (z. B. in Steglitz-Zehlendorf, Treptow-Köpenick, aber auch Pankow) wurde eine zum Teil deutlich unter dem Berliner Durchschnittsniveau liegende Säuglingssterblichkeit ermittelt (vgl. Abbildung 3.23).

Todesursachenspezifische Säuglingssterblichkeit

Ein zu niedriges **Geburtsgewicht** verursachte die meisten Sterbefälle im Säuglingsalter. Im Jahr 2009 konnte in Berlin allein in 43 Fällen bzw. bei 35 % der 124 im ersten Lebensjahr Gestorbenen ein zu

Abbildung 3.23:
Säuglingssterblichkeit, Perinatalsterblichkeit und Lebendgeborene mit niedrigem Geburtsgewicht in Berlin 2006 - 2010
(zusammengefasst)
nach Bezirken



(Datenquelle: AFS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

niedriges Geburtsgewicht als Todesursache verantwortlich gemacht werden. Über die Hälfte von ihnen starb bereits am ersten Lebenstag. Nur etwa jeder siebente Säugling lebte länger als einen Monat. Bezogen auf je 1.000 Lebendgeborene wurden in Spandau, Lichtenberg und Neukölln die meisten Kinder mit einem Geburtsgewicht von unter 1.500 Gramm geboren. In den genannten

Bezirken lagen die Raten mit durchschnittlich 14 je 1.000 fast doppelt so hoch wie in Steglitz-Zehlendorf, Pankow und Charlottenburg (8 je 1.000) (vgl. Abbildung 3.23).

Plötzlicher Kindstod in Berlin häufiger als im Bundesdurchschnitt

Nach Sterbefällen infolge von extremer Unreife belegte der „**Plötzliche Kindstod**“ (Sudden infant death syndrome - SIDS / Gestorbene im ersten Lebensjahr) Rang zwei des Todesursachenspektrums. Im Jahr 2009 starben sieben weibliche und fünf männliche Säuglinge aus Berlin an SIDS. Die Sterberaten haben sich seit 2004 kaum verändert (vgl. im GSI verfügbare Tabelle 3.56-1). Mit 0,37 gestorbenen Säuglingen je 1.000 Lebendgeborene hatten Säuglinge aus Berlin gegenüber Säuglingen aus dem gesamten Bundesgebiet (0,29) eine erhöhte Mortalität.

3.3 Kernaussagen

Subjektiver Gesundheitszustand

- Die Mehrheit der Frauen und Männer in Deutschland erfreut sich einer guten Gesundheit. Mehr als zwei Drittel der in der „GEDA-Studie 2009“ befragten Frauen (68 %) und nahezu drei Viertel der Männer (73 %) schätzten ihren **Gesundheitszustand** sehr gut bzw. gut ein. Bis auf die Gruppe der 45- bis 64-Jährigen bewerteten Männer ihre Gesundheit durchweg positiver als Frauen.
- Etwas mehr als jede zehnte Person (13 % der Frauen, 10 % der Männer) fühlte sich in ihrer körperlichen Gesundheit stark eingeschränkt. In Alltagsaktivitäten eingeschränkt zu sein, aber nicht erheblich, gab jeder fünfte Befragte an (20 % der Frauen und 19 % der Männer). Männer gaben in jedem Alter weniger **gesundheitsbedingte körperliche Einschränkungen** an als Frauen.
- Hinsichtlich ihrer **psychischen Gesundheit** berichtete ein Zehntel der befragten Personen, seelisch eingeschränkt zu sein. Frauen waren mit einem Anteil von 13 % erheblich häufiger betroffen als Männer (8 %). So wurde z. B. in den letzten 12 Monaten bei 8 % der Frauen, aber nur bei etwas mehr als 4 % der Männer eine Depression diagnostiziert.
- Zwei Fünftel der befragten Personen gaben eine oder mehrere **chronische Krankheiten** an. Frauen leiden demzufolge mit einem Anteil von 42 % deutlich häufiger als Männer (36 %) an chronischen Krankheiten.
- Hinsichtlich der Prävalenz von **chronischen Krankheiten und pathologischen Befunden** waren Bluthochdruck (Frauen 26 %, Männer 25 %), erhöhte Blutfettwerte (Frauen 22 %, Männer 20 %), Arthrose (Frauen 23 %, Männer 14 %), Diabetes mellitus (Frauen 8 %, Männer 7 %) und ischämische Herzkrankheiten (Frauen 7 %, Männer 9 %) am häufigsten verbreitet.
- Körperliche und seelische Gesundheit stehen in engem **Zusammenhang mit der Bildung**. Sowohl Frauen als auch Männer mit niedrigem Bildungsstatus schätzten ihren Gesundheitszustand in jedem Alter deutlich seltener als sehr gut bzw. gut ein als das bei Angehörigen der oberen Bildungsgruppe der Fall war. Sie gaben auch deutlich häufiger Einschränkungen ihres körperlichen und seelischen Wohlbefindens an. Die Prävalenz chronischer Krankheiten war innerhalb der niedrigen Bildungsgruppe häufiger zu beobachten als in der oberen Bildungsgruppe.

Lebenserwartung

- Die durchschnittliche Lebenserwartung steigt in Deutschland ständig an. Der **Anstieg** wird auf etwa zwei bis drei Monate pro Jahr beziffert. Aber auch die fernere Lebenserwartung nimmt stetig zu. Aus den aktuellen Sterbeverhältnissen kann abgeleitet werden, dass nahezu jede zweite in Deutschland lebende Frau (49 %) und fast jeder dritte Mann (31 %) den 85. Geburtstag erleben kann. Diese Aussage trifft auch auf Frauen (48 %) und Männer (32 %) aus Berlin zu.
- Nach wie vor haben aber **Männer** im Vergleich zu den **Frauen** eine deutlich geringere Lebenserwartung. Die Differenz bewegte sich in den letzten Jahren zwischen 6,7 Jahren in Mecklenburg-Vorpommern und 4,6 Jahren in Baden-Württemberg. In Berlin belief sie sich auf 5,0 Jahre und lag damit etwas günstiger als im Bundesdurchschnitt (5,2 Jahre).

- Die mittlere Lebenserwartung nahm in Berlin bei den Frauen von **1993/1995** (78,6 Jahre) bis **2007/2009** (82,2 Jahre) um 3,6 und bei den Männern (1993/1995: 71,9, 2007/2009: 77,2 Jahre) um 5,3 Jahre und damit stärker als im gesamten Bundesgebiet zu. Im Bundesdurchschnitt stieg sie bei den Frauen um 3,6 Jahre und bei den Männern um 4,3 Jahre. Mit 82,5 Jahren hatten Frauen bundesweit nur noch eine um 0,3 Jahre über der der Berlinerinnen liegende Lebenserwartung. Bei den Männern hatten Berliner in etwa das Bundesniveau (77,3 Jahre) erreicht.
- Im **Bundesländervergleich** nimmt Berlin mittlerweile eine eher günstige Position ein. Frauen belegten den achten und Männer den sechsten Rang. Nach wie vor können jedoch Frauen (83,4 Jahre) und Männer (78,8 Jahre) aus Baden-Württemberg mit der bundesweit höchsten Lebenszeit rechnen. Demgegenüber wurde die niedrigste Lebenserwartung bei den Frauen im Saarland (81,3 Jahre) und bei den Männern in Sachsen-Anhalt (75,3 Jahre) ermittelt.
- Den **Zusammenhang von Lebenserwartung und sozialer Lage** der Bevölkerung bestätigten auch die neuesten Lebenserwartungsberechnungen für die **Berliner Bezirke**. Obwohl die Lebenserwartung in Bezirken mit eher schlechten sozialen Bedingungen stärker als in Bezirken mit einer vergleichsweise guten Lage anstieg, wirkt sich dieser Effekt nicht bei allen Altersgruppen in gleichem Maße aus. Frauen und Männer aus Friedrichshain-Kreuzberg (80,9 bzw. 75,4 Jahre), Neukölln (81,1 bzw. 75,9 Jahre) und Mitte (81,1 bzw. 76,0 Jahre), Bezirke mit ungünstiger sozialer Lage, hatten nach wie vor die niedrigste Lebenserwartung. Am höchsten war diese wiederum in Bezirken mit einer günstigen Sozialstruktur: Frauen aus Treptow-Köpenick (83,5 Jahre), Steglitz-Zehlendorf (83,4) und Charlottenburg-Wilmersdorf (83,3) hatten die höchsten Werte; Männer aus diesen Bezirken wiesen ebenfalls die berlinweit höchste Lebenserwartung auf, in Steglitz-Zehlendorf belief sie sich auf 79,1, in Charlottenburg-Wilmersdorf auf 78,7 und in Treptow-Köpenick auf 78,1 Jahre.
- Die Tatsache, dass immer mehr ältere Menschen bei meist guter Lebensqualität länger physisch und psychisch gesund bleiben, geht mit einer Zunahme von **behinderungs- und pflegebedürftigkeitsfreien Lebensjahren** einher. Da jedoch immer mehr Personen davon profitieren, ist gleichzeitig von einem weiteren Anstieg von Pflegefällen im hohen Alter zu rechnen.
- Aufgrund ihrer höheren Lebenserwartung verbringen mehr Frauen als Männer ihre **Restlebenszeit in Pflegebedürftigkeit**. Die altersspezifische Aufgliederung der Lebenserwartung mit und ohne Pflegebedürftigkeit ergab, dass Berliner Männer nach derzeitigen Verhältnissen, gemessen an ihrer Gesamtlebenszeit, mit rund 2,2 Jahren und Berliner Frauen mit fast vier (3,9) Jahren Pflegebedarf rechnen müssen.
- Bezogen auf die fernere Lebenserwartung hätte ein 65-jähriger Mann aus Berlin eine noch zu erwartende Lebenszeit von 17,4 Jahren. Von dieser würden dann 2,1 Jahre bzw. 12 % seiner Restlebenszeit auf Pflegebedürftigkeit entfallen. Bei einer gleichaltrigen Berlinerin läge dieser Anteil bereits bei einem Fünftel, sie müsste mit rund 3,8 Jahren Pflege rechnen. Bei den 80-Jährigen müsste ein Mann mit 2,1 Jahren bzw. 25 % seiner noch verbleibenden acht Lebensjahre mit Pflegebedarf rechnen, bei Frauen wären es 3,7 Jahre bzw. 40 % der noch zu erwartenden 9,2 Lebensjahre. In einem Lebensalter von 90 Jahren sind die Bedingungen für Frauen noch ungünstiger. Während 45 % der 90-jährigen Männer den Rest ihrer Lebenszeit mit Pflegebedürftigkeit verbringen müssten, läge der Anteil bei den Frauen bereits bei 71 %.
- Eine Methode zur Einschätzung der weiteren Entwicklung der Lebenserwartung ist der **Ausschluss von Todesursachen**. Damit kann der Lebenserwartungszugewinn (in Monaten bzw. Jahren) ermittelt werden. Bei Betrachtung ausgewählter häufiger und zudem in bestimmten Altersgruppen auch zu den vermeidbar zählenden Todesursachen stellte sich heraus, dass sich bei Ausschluss solcher Todesursachen die Lebenserwartung der Männer um maximal 0,6 Jahre (z. B. bei Lungenkrebs und akutem Myokardinfarkt) und die der Frauen um 0,4 Jahre bei akutem Herzinfarkt und um 0,3 Jahre bei Ausschluss der Lungenkrebssterblichkeit erhöhen würde.
- Bezüglich der Eliminierung der Sterblichkeit der durch primärpräventive Interventionen zu verhindernden vermeidbaren Todesfälle am Beispiel von **Lungenkrebs** und **Krankheiten der Leber** fiel auf, dass Berlinerinnen und Berliner im Ländervergleich überdurchschnittliche Lebenserwartungszugewinne erwarten könnten.

Durch Tod verlorene Lebensjahre

- Die Berechnung der durch Tod verlorenen potenziellen Lebensjahre (PYLL) ist ein wirksamer Indikator zur Beschreibung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung. Insbesondere liefert er Erkenntnisse zur (vermeidbaren) vorzeitigen Sterblichkeit, zum Gesundheitsverhalten, zur Prävention und zur Früherkennung. Da es sich im Wesentlichen um **Todesfälle** handelt, die **im aktiven Erwerbsalter** auftreten, hat er aber auch eine wichtige volkswirtschaftliche Relevanz.
- Die altersstandardisierte Rate der PYLL ist **seit Anfang der neunziger Jahre rückläufig**. Berlinerinnen und Berliner profitierten mit einem Rückgang von 47 % bzw. 48 % stärker als Frauen und Männer aus dem gesamten Bundesgebiet, deren Verluste sich im Durchschnitt um 37 % bzw. 42 % verringerten. Mit 1.603 je 100.000 lag der Wert in Berlin in den Jahren 2008/2009 bei den Frauen nur noch zwei Prozent über dem Bundesniveau (1.572 je 100.000). Berliner Männer hatten jedoch mit 3.118 je 100.000 immer noch eine um fünf Prozent über dem Bundesdurchschnitt (2.972 je 100.000) liegende Rate.
- Bösartige Neubildungen **verursachten** im Jahr 2009 in Berlin die meisten PYLL, 41 % bei den Frauen und 22 % bei den Männern. Zu Lasten von Sterbefällen infolge von Krankheiten des Kreislaufsystems gingen 16 % aller PYLL bei Frauen und 21 % bei den Männern. Nichtnatürliche Todesursachen waren für 13 % aller durch Tod verlorenen Lebensjahre bei den Frauen und für 22 % bei den Männern verantwortlich.
- Im **Bundesländervergleich** wiesen Frauen aus Berlin (1.553 verlorene Lebensjahre je 100.000) die sechsniedrigste Rate im Bundesländervergleich auf. Demgegenüber lag die Rate bei den Berliner Männern (3.149 je 100.000, das entsprach dem siebthöchsten Wert) deutlich über dem Bundesdurchschnitt.
- Zu den Todesursachen, die mit besonders hohen Verlusten an potenziell verlorenen Lebensjahren einhergehen, zählen in erster Linie **Herzinfarkte** und **Lungenkrebs**, bei den Frauen auch **Brustkrebs**. Zusammen mit Brustkrebs stellten diese drei Todesursachen bei den Berlinerinnen fast ein Fünftel aller PYLL. Bei den Männern ging etwa jedes achte verlorene Lebensjahr zu Lasten von Herzinfarkt und bösartigen Neubildungen der Lunge.
- Berlin zählte zu den Bundesländern mit den höchsten Verlusten der durch Tod infolge von Lungenkrebs verlorenen Lebensjahre. Auf Länderebene wiesen Frauen aus Berlin (114 je 100.000) den fünft- und Männer (202 je 100.000) den vierthöchsten Wert auf. Berlinerinnen hatten eine um 18 % und Berliner Männer eine um 22 % über dem Bundesdurchschnitt liegende Rate (Frauen 97, Männer 165 je 100.000).
- Trotz einer in Berlin bei beiden Geschlechtern weit unter dem Bundesdurchschnitt liegenden vorzeitigen Herzinfarktsterblichkeit ging diese mit über dem Bundesdurchschnitt liegenden Verlusten an potenziellen Lebensjahren einher. Berlinerinnen (42 je 100.000) hatten gegenüber Frauen aus dem gesamten Bundesgebiet (40 je 100.000) einen um fünf und Berliner Männer (197 je 100.000) einen um neun Prozent über dem Bundesniveau (180 je 100.000) liegenden Wert.

Allgemeine und vorzeitige Sterblichkeit

- Allgemeine und vorzeitige Sterblichkeit können als zuverlässige **Prädiktoren zur Beschreibung der gesundheitlichen Lage** der Bevölkerung herangezogen werden. Aus der vorzeitigen Sterblichkeit, mit der Sterbeverhältnisse der unter 65-jährigen Bevölkerung erfasst werden, kann sowohl die Qualität der Gesundheitsversorgung als auch deren Inanspruchnahme abgeleitet, aber auch Rückschlüsse auf risikobehaftete und wenig gesundheitsförderliche Verhaltensweisen gezogen werden. Daraus ergeben sich wiederum mögliche Präventionspotenziale.
- Die **allgemeine Sterblichkeit** ging in Berlin seit Anfang der neunziger Jahre bei beiden Geschlechtern (Frauen 36 %, Männern 42 %) stärker als im Bundesdurchschnitt (Frauen 29 %, Männer 35 %) zurück (Gestorbene 2009: 17.128 Frauen, 14.585 Männer). Mit einer altersstandardisierten Rate von 470 je 100.000 wurde bei Berlinerinnen im Jahr 2009 der bis dahin niedrigste Stand ermittelt, der nur noch knapp über dem Bundesniveau (462 je 100.000) lag. Demgegenüber wiesen

Berliner Männer (698 je 100.000) eine knapp unter dem Bundesdurchschnitt (712 je 100.000) liegende Sterblichkeit auf.

- Obwohl die **vorzeitige Sterblichkeit** in Berlin bei beiden Geschlechtern (jeweils um 44 %) ebenfalls stärker als im übrigen Bundesgebiet zurückging (Frauen 32 %, Männer 38 %) und sie im Jahr 2009 ihren bislang niedrigsten Wert erreichte, hatten Berlinerinnen (131 je 100.000) immer noch ein um fünf und Berliner Männer (254 je 100.000) ein um sieben Prozent über dem Bundesdurchschnitt (Frauen 125, Männer 237 je 100.000) liegendes vorzeitiges Sterberisiko.
- Die allgemeine Sterblichkeit der Berliner Frauen erreichte im **Bundesländervergleich** in den letzten Jahren den siebenten und die der Berliner Männer sogar den sechsniedrigsten Rang. Hinsichtlich der vorzeitigen Sterblichkeit zählte Berlin jedoch zu den Bundesländern mit einem über dem Bundesdurchschnitt liegenden Sterberisiko. Auffällig war, dass Frauen und Männer aus den drei Stadtstaaten über dem Bundesniveau liegende vorzeitige Sterberaten hatten. Im Länderranking verzeichneten Berlinerinnen den sechshöchsten Wert. Obwohl über dem Bundesdurchschnitt liegend, hatten Berliner Männer im Ländervergleich ein im Mittelfeld liegendes vorzeitiges Sterberisiko.
- Die vorzeitige Sterblichkeit, steht in engen Zusammenhang mit der Sozialstruktur der Bevölkerung. Dieser Kontext spiegelt sich in den Auswertungen des Sterbegeschehens in den **Berliner Bezirken** wider. In Bezirken mit negativen Sozialindizes konnte durchweg ein höheres vorzeitiges Sterberisiko beobachtet werden als in Bezirken, deren Bevölkerung eine gute soziale Lage bescheinigt werden kann.
- Frauen aus Mitte, Friedrichshain-Kreuzberg und Neukölln hatten bezüglich der vorzeitigen Sterblichkeit im Bezirksvergleich nach wie vor die höchsten Mortalitätsraten. Diese lagen in den genannten Bezirken etwa 50 % über denen der Frauen aus Steglitz-Zehlendorf, Charlottenburg-Wilmersdorf und Treptow-Köpenick. Während das vorzeitige Sterberisiko im Bezirk Mitte noch über dem der Frauen aus Bremen lag, hatten Frauen aus Steglitz-Zehlendorf ein noch unter dem der Frauen aus Baden-Württemberg liegendes Risiko.
- Auch bei den Männern konnte das seit vielen Jahren in Friedrichshain-Kreuzberg, Mitte und Neukölln bestehende erhöhte vorzeitige Sterberisiko bestätigt werden. Die Werte lagen dort fast zwei Drittel über denen der Männer aus Steglitz-Zehlendorf und Charlottenburg-Wilmersdorf, die mit der berlinweit niedrigsten vorzeitigen Sterblichkeit aufwarten konnten. Die erhöhte Mortalitätsrate der Männer aus Friedrichshain-Kreuzberg lag sogar noch über der der Männer aus Sachsen-Anhalt, dem Land mit der bundesweit höchsten Rate. Demgegenüber wiesen Männer aus Steglitz-Zehlendorf eine unter dem Wert der Männer aus Baden-Württemberg liegende vorzeitige Sterblichkeit auf.

Todesursachenspezifische Sterblichkeit

- Die jährlich zur Verfügung stehende amtliche **Todesursachenstatistik** ist die am häufigsten genutzte und eine der wichtigsten Datenquellen, die zur Beschreibung der gesundheitlichen Lage herangezogen wird.
- Je nach Alter wird das **Todesursachenspektrum** von spezifischen Todesursachen dominiert. Während bei über 65-Jährigen bei Frauen fast die Hälfte und bei Männern 38 % aller Todesursachen auf Krankheiten des Kreislaufsystems zurückgeführt werden konnten, führten bei unter 65-Jährigen bösartige Neubildungen, zu deren Lasten immerhin 47 % der Todesfälle bei Frauen und 28 % bei den Männer gingen, das Todesursachenspektrum an.
- Nach **Einzel-todesursachen** waren im Jahr 2009 in Berlin bei den Frauen chronische ischämische Herzkrankheit, gefolgt von Myokardinfarkt und Herzinsuffizienz die häufigsten Todesursachen. Bei den Männern traf das auf Lungenkrebs, chronisch ischämische Herzkrankheit und Myokardinfarkt zu.
- Hinsichtlich der **vorzeitigen Mortalität** wird das Todesursachenspektrum im Wesentlichen von **Todesursachen, die auf negative (und vermeidbare) Gesundheitsverhaltensweisen zurückzu-**

führen sind, bestimmt. Lungenkrebs ist bei unter 65-Jährigen in Berlin mittlerweile bei beiden Geschlechtern (bundesweit auch bei den Männern) Todesursache Nummer eins, etwa jeder zehnte Sterbefall geht derzeit in Berlin zu Lasten einer bösartigen Neubildung der Lunge. Brustkrebs war bei den Berliner Frauen ebenfalls für nahezu jeden zehnten Sterbefall verantwortlich. Bundesweit führte Brustkrebs, noch vor Lungenkrebs, die Häufigkeitsskala an. Sowohl in Berlin als auch bundesweit zählen bei unter 65-Jährigen Sterbefälle, die alkoholbedingter Genese sind (wie etwa alkoholische Leberkrankheit und Alkoholabhängigkeit), zu den häufigsten Todesursachen. Das trifft auf beide Geschlechter gleichermaßen zu.

- Die Zahl der im Jahr 2009 in Berlin **an nichtnatürlichen Todesursachen gestorbenen Personen** belief sich auf 1.079 (385 weiblichen, 694 männlichen Geschlechts). Mehr als ein Drittel der gestorbenen Frauen und 69 % der gestorbenen Männer wurden keine 65 Jahre alt. Knapp 27 % der nichtnatürlichen Sterbefälle ging zu Lasten eines Suizids (85 Frauen, 201 Männer). Männer aus Berlin hatten in den letzten Jahren gegenüber Männern aus dem Bundesgebiet eine deutlich niedriger liegende Suizidrate. Demgegenüber lag das Suizidrisiko der Berlinerinnen auf Bundesniveau.
- Ein Kontext von Höhe der **Suizidrate** und jeweiliger Sozialstruktur konnte in Berlin bei der unter 65-jährigen Bevölkerung festgestellt werden. In Bezirken mit negativen Sozialindizes wurde eine erhöhte Suizidgefährdung beobachtet. Versus wurde in den Bezirken mit den günstigsten sozialen Bedingungen das niedrigste Suizidrisiko ermittelt.
- Die in Berlin weit über dem Bundesdurchschnitt liegende Rate von gestorbenen Personen, bei denen **keine eindeutige Todesursache verschlüsselt** wurde, ist nach wie vor unbefriedigend und erschwert die Auswertung des tatsächlichen Todesursachenspektrums erheblich. Grund dafür sind im Wesentlichen fehlende, d. h. dem Amt für Statistik Berlin-Brandenburg nicht zugesandte Leichenschauschein. Im Jahr 2009 betraf das allein 718 weibliche und 584 männliche Sterbefälle. Diese gehen als Todesursache „unbekannt“ in die Statistik ein und erhöhen die Rate derer, bei denen keine andere Todesursache zutreffend war, um ein Vielfaches.

Vermeidbare Sterbefälle

- Als vermeidbare Todesfälle (VTF) werden Sterbefälle bezeichnet, die in einem definierten Alter auftreten und durch angemessene Behandlung sowie durch Präventionsmaßnahmen weitestgehend oder gänzlich **vermieden werden könnten**.
- Je nach **Art der Vermeidbarkeit** werden sie in sekundärpräventive (derzeit 19 %), tertiärpräventive (32 %) und primärpräventive (49 %) VTF unterteilt.
- In den letzten drei Jahren starben in **Berlin** jährlich etwa 2.610 Personen (970 weiblichen und 1.640 männlichen Geschlechts) an den sogenannten VTF. Das waren ca. 880 bzw. 25 % weniger als Ende der neunziger Jahre.
- Die vermeidbare Sterblichkeit nimmt ab dem 30. Lebensjahr kontinuierlich zu. Männer haben gegenüber Frauen in allen **Altersgruppen** deutlich höhere Sterberaten. Gemessen an der Gesamt mortalität liegt der Anteil der VTF je nach Altersgruppe, insbesondere das mittlere Erwachsenenalter betreffend, bei bis zu 50 %.
- Ischämische Herzkrankheiten, Krankheiten der Leber und Lungenkrebs dominierten mit einem Anteil von 74 % (2007/2009: 3.659 Sterbefälle) bei den Berliner Männern das **vermeidbare Todesursachenspektrum**. Auch bei den Berliner Frauen war Lungenkrebs Todesursache Nummer eins, gefolgt von Brustkrebs und Krankheiten der Leber. Diese stellten mit insgesamt 1.803 Sterbefällen 62 % aller weiblichen VTF.
- Bei Betrachtung der vermeidbaren Sterblichkeit auf **Länderebene** fiel auf, dass VTF, die fast ausschließlich auf gesundheitsschädigendes Verhalten zurückzuführen sind (z. B. Lungenkrebs, Leberzirrhose), in allen drei Stadtstaaten bei beiden Geschlechtern erhöhte Sterberaten aufwiesen.

- Die oft zitierte **Ost-West-Differenz**, d. h. neue versus alte Bundesländer, beschränkte sich im Wesentlichen auf die alkoholbedingte und auf die Herz-Kreislaufsterblichkeit. Bezogen auf Krankheiten der Leber wurde in allen fünf neuen Bundesländern das höchste Sterberisiko ermittelt. Aber auch bei der Herzinfarktsterblichkeit hatten Männer und Frauen aus den neuen Ländern im Vergleich zur Bevölkerung des früheren Bundesgebietes weit höher liegende Werte.
- Vermeidbare Sterbefälle, insbesondere die, die durch tertiäre und primärpräventive Interventionen als vermeidbar gelten, stehen in **Zusammenhang mit der Sozialstruktur** der Bevölkerung. Die Sterberaten der VTF, die auf negative Gesundheitsverhaltensweisen zurückzuführen sind, lagen bei beiden Geschlechtern in **Bezirken** mit ungünstigen Sozialindizes (insbesondere Friedrichshain-Kreuzberg, Mitte, Neukölln und zunehmend auch Spandau, Marzahn-Hellersdorf und Lichtenberg) deutlich über denen der Frauen und Männer aus Bezirken mit guter sozialer Lage (wie etwa Steglitz-Zehlendorf und Charlottenburg-Wilmersdorf).
- Die im Ländervergleich hinsichtlich alkoholbedingter und Herz-Kreislaufsterblichkeit zu beobachtenden „Ost-West-Unterschiede“ können auch auf die Berliner Bezirke übertragen werden. In Bezug auf Krankheiten der Leber lag das Sterberisiko der Frauen in den ehemaligen Ostbezirken Berlins 15 % und das der Männer sogar 72 % über dem der Frauen und Männer aus den ehemaligen Bezirken von Berlin-West. Versus bei Lungenkrebs, wo Frauen aus den östlichen Bezirken Berlins auch in den letzten Jahren noch immer eine um mehr als ein Drittel niedrigere vermeidbare Lungenkrebssterblichkeit aufwiesen als Frauen aus den Westbezirken. Auch bei den Männern lag sie noch 16 % darunter.

Säuglings- und Perinatalsterblichkeit

- Der Indikator Säuglingssterblichkeit (**Gestorbene im ersten Lebensjahr**) dient der Beurteilung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung und reflektiert den Stand der Prävention und die geburtshilfliche-pränatale sowie neonatologische Versorgung. Die Perinatalsterblichkeit (**Frühsterblichkeit und Totgeburtlichkeit**) gibt Auskunft über die Wirksamkeit der unmittelbaren geburtshilflich-neonatologischen Betreuung und liefert zudem wichtige Informationen über die Qualität und Effektivität der Schwangerenbetreuung.
- Im Jahr 2010 starben in **Berlin** insgesamt 101 Säuglinge, das entsprach einer Rate von 3,0 Gestorbenen je 1.000 Lebendgeborene, die damit über ein Fünftel unter dem Vorjahreswert (3,9 ‰) lag und zudem der bis dahin niedrigste Wert war.
- Berliner Säuglinge hatten im Jahr 2010 gegenüber Säuglingen aus dem gesamten **Bundesgebiet** (3,4 Gestorbene je 1.000 Lebendgeborene) ein um 12 % niedriger liegendes Sterberisiko.
- Auf **Länderebene** zählte Berlin im Dreijahreszeitraum 2007/2009 aber zu den Ländern mit der höchsten Säuglingssterblichkeit (sechshöchster Wert). Die höchsten Raten hatten Säuglinge aus Bremen, NRW und Niedersachsen. Säuglinge aus Sachsen (2,5 ‰) und Brandenburg (2,8 ‰) wiesen dagegen die mit Abstand niedrigsten Werte auf, die deutlich unter drei Promille lagen.
- Bezogen auf die **Perinatalsterblichkeit** wurden in Berlin, trotz des seit etwa 1997 wieder einsetzenden rückläufigen Trends, auch in den letzten Jahren Werte erreicht, die immer noch zu den **bundesweit** höchsten zählten (z. B. 2007/2009 5,6 je 1.000 Geborene, das entsprach dem bundesweit fünfthöchsten Wert). Die höchsten Raten wurden in Bremen (6,3 ‰) und NRW (6,1 ‰), die niedrigsten in Thüringen (4,3 ‰) und Sachsen (4,4 ‰) beobachtet.
- Innerhalb der **Berliner Bezirke** unterlagen sowohl Säuglings- als auch Perinatalsterblichkeit erheblichen Schwankungen. Der Zusammenhang mit der jeweiligen Sozialstruktur konnte bei beiden Indikatoren bestätigt werden. In den letzten fünf Jahren (2006 bis 2010) hatten Säuglinge aus Bezirken mit negativen Sozialindizes ein erhöhtes Risiko, innerhalb des ersten Lebensjahres zu sterben; das traf insbesondere auf die Bezirke Mitte, Neukölln und Lichtenberg zu. In Bezirken mit einer vergleichsweise guten Sozialstruktur (z. B. Steglitz-Zehlendorf, Treptow-Köpenick, aber auch Pankow) lag die Säuglingssterblichkeit dagegen zum Teil weit unter dem Berliner Durchschnitt.

- Bei mehr als einem Drittel (35 % bzw. 43 Fälle) der im Jahr 2009 in Berlin gestorbenen Säuglinge war ein zu niedriges **Geburtsgewicht** die Todesursache. Je 1.000 Lebendgeborene wurden die meisten Säuglinge mit einem Geburtsgewicht von unter 1.500 Gramm in Spandau, Lichtenberg und Neukölln geboren. Die Raten lagen dort durchschnittlich fast doppelt so hoch wie in Steglitz-Zehlendorf, Pankow und Charlottenburg.

3.4 Indikatoren im GSI

Die Tabellen sind ausschließlich in elektronischer Form im Gesundheits- und Sozialinformationssystem (GSI) veröffentlicht, verfügbar im Internet unter <http://www.gsi-berlin.info/>.

Zum **Auffinden einer Tabelle** sind im GSI in der **erweiterten Suche** folgende Einstellungen vorzunehmen:

- Kontext: „Basisbericht GBE Berlin 2010/2011“ auswählen,
- Suchtext: das Wort Tabelle und die entsprechende Nummer (z. B. Tabelle 3.1-1) eingeben,
- Such-Modus: „alle Wörter, Suche nur im Kommentar“ auswählen.

Tabelle 3.1-1:

Geschlechtsspezifische Gesamtsterblichkeit, vorzeitige Sterblichkeit und Alterssterblichkeit in Berlin und in Deutschland 1991 – 2009

Tabelle 3.2-1:

Geschlechtsspezifische Mortalitätsraten (insgesamt / vorzeitig / ab 65 Jahren) in Berlin 2009 nach Todesursachen (Hauptdiagnosegruppen)

Tabelle 3.3-2:

Geschlechtsspezifische Gesamt- und vorzeitige Sterblichkeit in Berlin 2004 - 2009 nach Staatsangehörigkeit und Bezirken

Tabelle 3.6-1:

Geschlechts- und altersspezifische Mortalität in Berlin 1999 – 2009

Tabelle 3.7-1:

Geschlechtsspezifische Mortalität (insgesamt / vorzeitig / ab 65 Jahren) in Berlin 1999 - 2001 und 2007 - 2009 (jeweils zusammengefasst) nach Bezirken

Tabelle 3.8-1:

Geschlechtsspezifische Sterblichkeit (fünf Altersgruppen / vorzeitig / ab 65 Jahren) in Berlin 2009 nach den häufigsten Todesursachen (Einzeldiagnosen)

Tabelle 3.8z-1:

Geschlechtsspezifische Sterblichkeit in Berlin und in Deutschland 2009 nach den zehn häufigsten Todesursachen (Einzeldiagnosen)

Tabelle 3.9-1:

Geschlechts- und altersspezifische Lebenserwartung (in Jahren) in Berlin und in Deutschland 2007 - 2009 (zusammengefasst)

Tabelle 3.10-1:

Geschlechtsspezifische (mittlere) Lebenserwartung (in Jahren) in Deutschland 1993 - 2009 (jeweils drei Jahre zusammengefasst) nach Bundesländern

Tabelle 3.10-2:

Geschlechtsspezifische (mittlere) Lebenserwartung (in Jahren) in Berlin 2004 - 2009 (jeweils drei Jahre zusammengefasst) nach Bezirken

Tabelle 3.11-1:

Mittlere und fernere Lebenserwartung (darunter mit und ohne Pflegebedürftigkeit (in Jahren) in Berlin 2006 - 2009 nach Geschlecht und Altersgruppen

Tabelle 3.12-1:

Anzahl der durch Tod verlorenen Lebensjahre (PYLL) (Alter 1 - 64 Jahre) in Berlin 2009 nach Geschlecht und Hauptdiagnosegruppen

Tabelle 3.13-1:

Vermeidbare Todesfälle in Berlin 1996 - 2009 nach Art der Vermeidbarkeit und prozentualem Anteil an der vorzeitigen und an der Gesamtsterblichkeit sowie an allen vermeidbaren Todesfällen

Tabelle 3.13-2:

Vermeidbare Todesfälle in Berlin 2007 - 2009 nach Geschlecht und Todesursachen

Tabelle 3.13-3:
Vermeidbare Todesfälle in Berlin 2006 - 2009 nach Todesursachen und Art der Vermeidbarkeit

Tabelle 3.13z-1:
Geschlechts- und altersspezifische Mortalitätsraten der vermeidbaren Todesfälle und der Gesamtsterblichkeit in Berlin 2009

Tabelle 3.15-1:
Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes in Deutschland 2009 nach Geschlecht, ausgewählten Altersgruppen und Bildungsgruppe

Tabelle 3.17-1:
Selbstauskunft der erwachsenen Bevölkerung zur Prävalenz gesundheitlicher Einschränkungen und Beeinträchtigung durch seelische Belastungen in Deutschland 2009 nach Geschlecht, ausgewählten Altersgruppen und Bildungsgruppe

Tabelle 3.17-2:
Selbstauskunft der erwachsenen Bevölkerung zur Prävalenz von Sehbeeinträchtigungen in Deutschland 2009 nach Geschlecht, ausgewählten Altersgruppen und Bildungsgruppe

Tabelle 17-3:
Selbstauskunft der erwachsenen Bevölkerung zur Prävalenz von Hörbeeinträchtigungen in Deutschland 2009 nach Geschlecht, ausgewählten Altersgruppen und Bildungsgruppe

Tabelle 3.18-1:
Selbstauskunft der erwachsenen Bevölkerung zur Prävalenz chronischen Krankseins, zu ausgewählten Krankheiten und Befunden in Deutschland 2009 nach Geschlecht, ausgewählten Altersgruppen und Bildungsgruppe

Tabelle 3.47-1:
Pflegebedürftige Personen in Berlin am 15.12.2009 nach Geschlecht, Altersgruppen und Leistungsart

Tabelle 3.53-1:
Säuglingssterblichkeit in Berlin 1991 - 2010 nach Früh-, Spät- und Postneonatalsterblichkeit sowie Neonatalsterblichkeit und Staatsangehörigkeit

Tabelle 3.54-1:
Gestorbene im ersten Lebensjahr in Berlin 1994 - 2010 (jeweils drei Jahre zusammengefasst) nach Bezirken und in Deutschland 1996 - 2010 (jährlich) nach Bundesländern

Tabelle 3.55-1:
Perinatale Sterblichkeit in Berlin 1991 - 2010

Tabelle 3.55-2:
Perinatale Sterblichkeit in Berlin 1994 - 2010 (jeweils drei Jahre zusammengefasst) nach Bezirken und in Deutschland 1996 - 2010 (jährlich) nach Bundesländern

Tabelle 3.56-1:
Häufigste Todesursachen bei Säuglingen (darunter Plötzlicher Kindstod) in Berlin 2009 und 2010 nach Geschlecht

Tabelle 3.89-1:
Geschlechtsspezifische Mortalität bei Suizid und Ereignissen, Umstände unbestimmt (alle Altersgruppen / 0 bis 65 Jahre / ab 65 Jahren) in Berlin 2007 - 2009 (zusammengefasst) nach Bezirken

Tabelle 3.89-2:
Geschlechts- und altersspezifische Mortalität bei Suizid in Berlin und Deutschland 1992 - 2009

4. Ambulante Versorgung und Morbidität

4.1 Ambulante ärztliche, psychotherapeutische und zahnärztliche Versorgung

4.1.1 Vertragsärztliche und vertragspsychotherapeutische Versorgung

4.1.1.1 Vielfältigere Möglichkeiten der Berufsausübung im ambulanten Bereich

Seit 2007 hat der Gesetzgeber in mehreren Schritten neue Möglichkeiten geschaffen, die **Berufsausübung** im ambulanten medizinischen und psychotherapeutischen Bereich **flexibler zu gestalten**. Dies kommt der Sicherstellung der ambulanten Versorgung zugute, denn Ärztinnen, Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (PT) nutzen immer stärker dieses Angebot, um Art und Umfang ihrer Berufstätigkeit auf die Erfordernisse ihrer Patientenversorgung und ihrer eigenen Lebensplanung zuzuschneiden.

Die **rechtlichen Grundlagen** bieten das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) vom 01.07.2007 und das GKV-Organisationsweiterentwicklungsgesetz (GKV-OrgWG) vom Oktober 2008. Mit letzterem wurde nicht nur die bisherige **Altersgrenze** von 68 Jahren für die Kassenarztstätigkeit aufgehoben, es ermöglicht ab 2009 auch **sogenannte Teilzulassungen**, indem der volle Versorgungsauftrag einer Person auf die Hälfte beschränkt werden kann. Damit wird die Möglichkeit geboten, dass der/die Niedergelassene (Arzt/Ärztin/PT) einen halben Sitz verkaufen kann, wenn das Fachgebiet der Bedarfsplanung unterliegt, oder gründen kann, wenn das Fachgebiet nicht der Bedarfsplanung unterliegt.

Die Statistiken zu im ambulanten ärztlichen und psychotherapeutischen Bereich Niedergelassenen und Angestellten ab 2008 spiegeln diese Entwicklung wider. Der Wandel in den Teilnahmeformen an der vertragsärztlichen Versorgung wird zunehmend deutlich. Er zeigt sich insbesondere an den Anstellungsformen.

Anstellungsformen

Die **Relation** zwischen Ärztinnen/Ärzten/PT in freier **Niederlassung mit eigenem Kassensitz** und denen, die auf einem **Angestelltensitz** arbeiten, verändert sich zugunsten der Angestellten. Der Trend zur Anstellung zeigt sich im ärztlichen Bereich deutlicher als bei den Psychologischen bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen/-psychotherapeuten (PPT bzw. KJPT). Bereits seit 2007 sinkt die Anzahl der niedergelassenen Ärztinnen/Ärzte stetig, währenddessen die Anzahl der ärztlichen Angestellten deutlich steigt. Betrug das Verhältnis 2007 noch 6.281 Niedergelassene (einschließlich in Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 Tätige) zu 276 Angestellten, so stehen 2011 5.878 Niedergelassenen bereits 825 angestellte Ärztinnen/Ärzte gegenüber. Bei den Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen steigt nach wie vor sowohl die Anzahl der Niedergelassenen als auch die der Angestellten und erreicht 2011 mit 1.694 Zugelassenen und 50 Angestellten die bisher höchsten Werte (vgl. im GSI verfügbare Tabelle 6.1z-1). Hierbei ist jedoch zu beachten, dass mit dem GKV-OrgWG Quoten für die Sitze der KJPT eingeführt wurden (20 % der PT-Sitze für KJPT). Dies zog in Berlin eine Änderung der Bedarfsplanungsfeststellung nach sich, und die Fachgruppe der PT wurde 2010 um 81 Sitze für die Zulassung von KJPT entsperrt.

seit 2007 beobachteter Trend zur Anstellung im ärztlichen Bereich setzt sich weiter fort

Anstellung bei Ärztin/Arzt/PT in Niederlassung

Seit 2007 kann (bei angeordneter Überversorgung durch den Landesausschuss Ärzte/Krankenkassen) ein niedergelassener Arzt/eine niedergelassene Ärztin mit eigenem Sitz auf die Zulassung

verzichten und sich auf dem bisherigen Sitz von einem anderen Arzt/einer anderen Ärztin oder einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) anstellen lassen. Der anstellende Kollege/die anstellende Kollegin kann fachgleich oder fachfremd sein. Seither kann der einzelne Arzt/die einzelne Ärztin auch fachfremde Kolleginnen/Kollegen und Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten auf bis zu drei Vollzeitsitzen anstellen. PPT bzw. KJPT dürfen dagegen nur Angestellte der eigenen Fachgruppe beschäftigen. Der Angestelltensitz gehört nun zum Sitz der anstellenden Person (Arzt/Ärztin oder PPT/KJPT) oder zum MVZ. Die Aufteilung der **Arbeitszeiten auf dem Angestelltensitz** kann flexibel gestaltet werden, er muss aber aus Gründen der Sicherstellung voll besetzt sein (Vollzeitstelle, halbe Stelle, Viertelstelle). Es können also bis zu vier Ärztinnen/Ärzte/PT auf einem Angestelltensitz beschäftigt sein. Gerade für ältere Ärztinnen/Ärzte/PT ist diese Übertragung und Umwandlung ihres bisherigen Sitzes in eine Anstellung attraktiv. Ermöglicht sie ihnen doch, weiter vertragsärztlich/vertragspsychotherapeutisch, auch mit eingeschränktem Umfang, bei einem Kollegen/einer Kollegin oder einem MVZ bei festem Gehalt tätig zu sein, ohne weiterhin eine eigene Praxis führen zu müssen.

Anstellung im Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ)

Erwerb von ausgeschriebenen Kassensitzen in MVZ, um darauf Angestellte zu beschäftigen

Augenfällig wird die Veränderung zugunsten der Angestelltensitze in den MVZ. Schon seit 2004 können MVZ ausgeschriebene Sitze von Ärztinnen/Ärzten, die ihre Zulassung zurückgeben, erwerben und ärztliche Angestellte darauf beschäftigen. Von dieser Möglichkeit machen die MVZ regen Gebrauch. Hinzu kommt ab 2007 die oben beschriebene Übertragung von Sitzen mit Anstellung der bisherigen Inhaber/innen für mindestens ein halbes Jahr. Nach dieser Frist geht dieser Sitz auf das anstellende MVZ dauerhaft über. Zu Beginn des Jahres 2011 stehen bei den MVZ der Anzahl von 169 Niedergelassenen mittlerweile 649 Angestellte gegenüber. Zum Vergleich: 2007 betrug das Verhältnis 121 Niedergelassene zu 240 Angestellten. Das rasante Wachstum der Angestelltenanzahl hält somit an (vgl. im GSI verfügbare Tabelle [6.1-1](#)).

Hälftiger Versorgungsauftrag

Seit 2009 können Ärztinnen/Ärzte und PPT/KJPT einen halben Sitz verkaufen bzw. gründen, sich also auf den hälftigen Versorgungsauftrag beschränken. Wie sich anhand der Statistik zeigt, wird diese Möglichkeit zunehmend attraktiv: waren 2009 nur 10 Ärztinnen/Ärzte/PT mit hälftigem Versorgungsauftrag tätig, so nutzen 2011 bereits 103 zur Versorgung Zugelassene diese Möglichkeit (vgl. im GSI verfügbare Tabelle [6.1z-1](#)).

Jobsharing

Jobsharing nur im Rahmen des bisherigen Leistungsumfangs eines Kassensitzes möglich

Auch das bereits seit 1999 bestehende Jobsharing wird mit den Jahren stärker genutzt. Dies ist allerdings eine Anstellungsform, die den Niedergelassenen/die Niedergelassene beschränkt, denn hier teilen sich zwei Ärztinnen/Ärzte, PPT oder KJPT jeweils desselben Fachgebietes den bisherigen Leistungsumfang des Kassensitzes, wobei dieser Umfang nicht ausgeweitet werden darf. Jobsharing gibt es als Anstellungsverhältnis oder als Gemeinschaftspraxis mit Senior- und Juniorpartner. Gab es zum 01.01.2007 insgesamt 107 Jobsharer (nach § 101 Abs. 1 Nr. 4 oder Nr. 5 SGB V), so stieg diese Anzahl über die Jahre weiter an: 2008 auf 123, 2009 auf 135, 2010 auf 147 und 2011 beträgt sie 169.

Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V

Die Zahl der hier angestellten Ärztinnen und Ärzte ist seit 2008 rückläufig, nachdem sie zuvor angestiegen war: von 255 im Jahr 2008 auf 226 Anfang 2011. Diese Einrichtungen umfassen derzeit 5 Gesundheitszentren, ein kleines Ambulatorium und verschiedene Gemeinschaftspraxen, die zu den Sana-Kliniken Berlin-Brandenburg gehören.

Kombinationsmöglichkeiten

Eine wachsende Zahl der in der ambulanten ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung Tätigen nutzt die sich bietenden Kombinationsmöglichkeiten, wie angestellt an mehreren Orten tätig zu werden: beispielsweise durch Teilzeitverträge auf einem oder mehreren Angestelltensitzen an zwei MVZ, oder einer hälftigen Zulassung und Anstellung, oder durch Anstellung im niedergelassenen Bereich und einer Nebentätigkeit am Krankenhaus.

Praxisformen

Bei den Praxisformen hält die Tendenz weg von der Einzelpraxis hin zu wirtschaftlicheren Kooperationsformen, die schon seit Jahren sichtbar wird, weiter an. Hierbei zeigt sich, dass sich in den letzten Jahren Kooperationen zu größeren Einheiten zusammenschließen.

anhaltende Tendenz weg von der Einzelpraxis hin zu wirtschaftlicheren Kooperationsformen

Einzelpraxen

Betrachtet man ausschließlich die haus- bzw. fachärztlich in Einzelpraxen Tätigen, so zeigt sich in beiden Versorgungsbereichen eine sinkende Tendenz. Die Anzahl hausärztlicher Einzelpraxen sank von 1.726 am 01.01.2009 auf 1.637 Anfang 2011, fachärztliche Einzelpraxen einschließlich Praxen der PPT/KJPT gingen leicht von 3.744 am 01.01.2009 auf 3.724 Anfang 2011 zurück (vgl. im GSI verfügbare Tabelle [6.1-1](#)).

Fachgleiche örtliche Berufsausübungsgemeinschaften

Wie die Einzelpraxen nehmen auch standort- und fachgleiche örtliche Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) im hausärztlichen Bereich einschließlich darin arbeitende Ärztinnen und Ärzte seit 2009 zahlenmäßig ab - von 374 BAG mit 713 Ärztinnen/Ärzten am 01.01.2009 auf 349 mit 688 Tätigen Anfang 2011. Im fachärztlichen bzw. psychotherapeutischen Bereich zeigt sich allerdings bei geringer werdender Anzahl der BAG eine größere Menge der dort Tätigen - 2009 waren es 532 Praxen mit 1.142 Ärztinnen/Ärzten/PT, 2011 sind es nur 514 Praxen, aber 1.145 dort Beschäftigte (vgl. im GSI verfügbare Tabelle [6.1-1](#)).

Fachübergreifende örtliche und überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften

Fachübergreifende örtliche Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) wachsen seit 2010 wieder leicht, Anfang 2011 auf 58 Praxen mit 166 Beschäftigten, wobei ihre Anzahl 2009 (66 / 189) höher war. Demgegenüber zeigen sich die überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften (üBAG) als attraktiveres Kooperationsmodell. Anzahlmäßig erreichten sie am 01.01.2011 ihren bisherigen Höchststand mit 55 Praxen und 152 Ärzten (vgl. im GSI verfügbare Tabelle [6.1-1](#)). Das liegt vor allem daran, dass üBAG größere Umsätze erwirtschaften können, indem die beteiligten Ärzte flexibel an den unterschiedlichen Standorten entsprechende Sprechzeiten je nach Patientenaufkommen anbieten können, was die Behandlungsfälle steigen lässt.

Alle BAG, so auch die üBAG, sind allerdings Kooperationsformen, die der gemeinsamen Behandlung derselben Patientenkiel dienen sollen. Deshalb werden ab dem 01.07.2011 bundesweit nach Vorgabe der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) die Honorarzuschläge für alle standortübergreifenden Kooperationsformen - so auch für die MVZ - vom **Kooperationsgrad**, d. h. dem Grad der gemeinsamen Behandlung der Patientinnen und Patienten durch alle jeweils beteiligten Ärztinnen und Ärzte abhängig gemacht. Damit will die KBV einer faktischen Filialisierung von Kooperationen entgegenwirken.

BAG sollen der gemeinsamen Behandlung derselben Patientenkiel dienen

Medizinische Versorgungszentren (MVZ)

Nach raschem Wachstum seit 2004 stagniert seit 2009 die Anzahl der MVZ ebenso wie die Verteilung der Trägerschaften auf ärztliche und sonstige, es zeigt sich jedoch ein weiteres Anwachsen der bestehenden MVZ in Bezug auf die Anzahl der niedergelassenen und insbesondere der angestellten Ärztinnen/Ärzte/PT, die 2011 einen Spitzenwert erreichen: Waren es 2009 141 MVZ mit 159 Niedergelassenen und 516 Angestellten, so sind es 2011 140 MVZ mit - wie oben bereits erwähnt - 169 niedergelassenen und sogar 649 angestellten Ärztinnen/Ärzten/PT.

In jedem MVZ wird eine **ambulante fachübergreifende Versorgung in einheitlicher Trägerschaft** angeboten. Es dominiert weiterhin die vertragsärztliche Trägerschaft mit jetzt (anfang 2011) 85 MVZ gegenüber der von Krankenhäusern und sonstigen Trägern mit 55 MVZ (vgl. im GSI verfügbare Tabelle 6.1-1).

Größer werdende Kooperationsformen

Konzentration von Kassensitzen in MVZ zum Nachteil der flächendeckenden Versorgung

Die Tendenz zu größer werdenden Kooperationsformen lässt sich am besten an den MVZ erkennen. Wie die Zahlen belegen, werden durch den Ankauf von ausgeschriebenen Arzt/PT-Sitzen immer mehr Sitze und mehr ärztlich und psychotherapeutisch Tätige an ihren Standorten konzentriert. Zwar wird damit das ambulante Angebot mit **unterschiedlichen Fachrichtungen „unter einem Dach“** für die Patientinnen und Patienten

deutlich verbessert. Jedoch kommen die an die MVZ verkauften Sitze einer flächendeckenden wohnortnahen ambulanten Versorgung nicht mehr in jedem Fall zugute.

Hinzu kommt mit Inkrafttreten des VÄndG ab 2007 die Möglichkeit, dass sich MVZ untereinander oder MVZ mit BAG oder mit Einzelpraxen zu üBAG zusammenschließen können. Seit 2009 ist dieser Trend erkennbar. Es bilden beispielsweise MVZ in derselben Trägerschaft eine üBAG, es gibt mehrfach den Zusammenschluss von zwei MVZ, in einem Fall sogar von vier MVZ. Bisher gibt es neun solcher üBAG- oder BAG-Kooperationen von MVZ untereinander oder mit MVZ-Beteiligung. Bei der Bildung solch großer Einheiten steht offenbar der **Effekt der Effizienzsteigerung durch Abrechnungs- und Honorarvorteile** im Vordergrund, der mit der Versorgung der Patientinnen und Patienten durch die Ärztinnen, Ärzte, Psychotherapeutinnen und -therapeuten im flexibleren Sprechstundeneinsatz an den unterschiedlichen Standorten erreicht werden soll.

4.1.1.2 Bedarfsplanung, Inanspruchnahme und ambulanter Notfalldienst

Bedarfsplanung

Nach der derzeit gültigen Bedarfsplanung besteht in Berlin als einheitlichem Planungsbereich **in nahezu allen der Bedarfsplanung unterliegenden Zulassungsfachgebieten** - inzwischen auch bei den ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten - **Überversorgung**. Für das Jahr 2010 hat der Landesausschuss Ärzte und Krankenkassen eine **Mindestquote für KJPT** entsprechend dem Gesetzesbeschluss von 2008 festgelegt, wonach 20 % der Psychotherapeutesitze den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen/-therapeuten (KJPT) vorbehalten sind. Daraufhin legte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) bis Ende 2009 Kriterien für die Berechnung der KJPT-Sitze fest. Für den Planungsbereich Berlin wurden daraufhin 81 KJPT-Sitze entsperrt, für die das Zulassungsverfahren stattfand. Außerdem wurden 3 Sitze für das Fachgebiet Anästhesie entsperrt.

2011 Entsperrungen für 19 Hausarzt- und 4 Anästhesistsitze

Für das Jahr 2011 hat der Landesausschuss Entsperrungen für 19 Hausarztsitze und 4 Anästhesistsitze beschlossen. Diese hohe Anzahl der Hausarztsitze ergibt sich sowohl aus dem Bevölkerungswachstum als auch daraus, dass Hausarztsitze nach Zulassungsrückgabe nicht wei-

tergegeben, auch in MVZ Angestelltensitze mit Hausärzten/-ärztinnen nicht wiederbesetzt werden konnten und damit erloschen sind. Die Entsperrung der Anästhesistsitze geht auf das Bevölkerungswachstum zurück (vgl. im GSI verfügbare Tabelle [6.2-1](#)).

Behandlungsfälle

Nach der Einführung der Praxisgebühr zum 01.01.2004 hat 2009 die Menge der ambulanten **ärztlichen Behandlungsfälle** erstmals wieder das Niveau von 2003 (24.295.443 Fälle) mit insgesamt 24.817.616 Fällen übertroffen und verharrte auch 2010 mit 24.708.707 Fällen auf diesem Niveau (vgl. im GSI verfügbare Tabelle [7.19-1](#)).

Im **hausärztlichen Versorgungsbereich** werden die Fallzahlen von 2003 mit 8.049.972 Fällen nach wie vor nicht wieder erreicht, nähern sich doch allmählich wieder an - 2009 waren es 7.328.294 Fälle. Anders sieht es im **fachärztlichen Bereich** aus: Die 16.245.471 Behandlungsfälle aus dem Jahr 2003 wurden erstmals 2009 mit 17.489.322 Fällen übertroffen. In beiden Versorgungsbereichen stagnierte die Inanspruchnahme im Jahr 2010 (vgl. im GSI verfügbare Tabelle [7.20-1](#)).

Demgegenüber nahm die Anzahl der **psychotherapeutischen und psychosomatischen Behandlungsfälle** weiter zu. 2003 erbrachten Psychologische sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen/-therapeuten (PPT, KJPT), ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärztinnen/Ärzte, psychotherapeutisch weitergebildete Ärztinnen/Ärzte mit mehr als 90 % ihrer Leistungen in der Psychotherapie, ermächtigte psychologische Ausbildungsinstitute sowie Fachärztinnen/-ärzte (FÄ) für Psychosomatik und Psychotherapie 208.628 Fälle. Allein in den letzten drei Jahren stieg deren Inanspruchnahme von 259.612 (2008) über 378.784 (2009) auf insgesamt 390.112 Fälle im Jahr 2010 an - ein bisheriger Höchststand. Dieser enormen Zunahme der Behandlungsfälle innerhalb kurzer Zeit liegt die Ausweitung der psychosomatischen Leistungen zugrunde.

gestiegene Fallzahl
aufgrund der Aus-
weitung psychoso-
matischer Leistungen

Im Hinblick auf diese Entwicklung ist zunächst zu berücksichtigen, dass im Zuge der Honorarreform ab 01.01.2009 die beiden **Honorargruppen der psychotherapeutisch tätigen Leistungserbringer neu zusammengesetzt** worden sind. Waren bis zum 31.12.2008 die ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärztinnen/Ärzte (FÄ für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Neurologie und Psychiatrie/Nervenärzte) mit den FÄ für Psychosomatik und Psychotherapie in derselben Honorargruppe zusammengefasst, so wechselten zum 01.01.2009 die ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärztinnen/Ärzte in die andere Honorargruppe, wo sie sich seither zusammen mit den PPT, KJPT und Ärztinnen/Ärzten mit mehr als 90 % Psychotherapie-Leistungserbringung befinden. Die Fachärztinnen/-ärzte für Psychosomatik und Psychotherapie bilden hingegen nun allein eine Honorargruppe, denn sie verstehen sich in der Ausrichtung ihres Fachgebietes anders als die anderen Fachgruppen dahingehend, die psychische und die somatische Verfassung ihrer Patientinnen und Patienten in einem ganzheitlichen Zusammenhang zu sehen und daraus therapeutische Lösungen zu finden. Aufgrund der strikten Budgetierung ihrer Leistungen bis Ende 2008 war es ihnen jedoch nur in eingeschränktem Maße möglich, neben der Psychotherapie auch psychosomatisch tätig zu werden.

Berücksichtigt werden muss also zudem, dass ihnen ihr Honorarbudget seit der Honorarreform erlaubt, in weitaus stärkerem Maße Patientinnen und Patienten auch **psychosomatisch** zu behandeln. Dies schlägt sich in deutlich gestiegenen Fallzahlen nieder: Erbrachten 2008 ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärztinnen/Ärzte und Fachärztinnen/-ärzte für Psychosomatik zusammen 42.168 vor allem **psychotherapeutisch** orientierte Fälle, so wurden 2009 allein im Fachgebiet Psychosomatik und Psychotherapie 133.687 Behandlungsfälle gezählt, im Jahr 2010 waren es sogar 135.224 Fälle. Damit sind hier die durchschnittlichen Fallzahlen pro Quartal nahezu dreimal höher als die der Psychotherapeutinnen/-therapeuten und psychotherapeutisch tätigen Ärztinnen/Ärzte anderer Fachrichtungen. Auch daran wird erkennbar, dass diese Fachärztinnen/-ärzte nun verstärkt

psychosomatische Krankheitsbilder unter Anwendung der Methoden, die in ihrem Gebührenordnungs-Abrechnungskapitel stehen, behandeln (vgl. im GSI verfügbare Tabellen [7.19-1](#) und [7.22-1](#)).

Ambulanter Notfalldienst und Service-Leistungen

Die Kassenärztliche Vereinigung (KV) ist gemäß §§ 75 Abs. 1, 311 (4 d) SGB V für die **Sicherstellung eines Notdienstes zu sprechstundenfreien Zeiten** verantwortlich.

ÄBD führte 2010 über 153.000 Hausbesuche durch

Der **Ärztliche Bereitschaftsdienst (ÄBD)** der KV Berlin ist darüber hinaus ein zentral geregelter Hausbesuchsdienst mit KV-eigener Leitstelle. Er steht der Bevölkerung auch weiterhin rund um die Uhr zur Verfügung. Im ÄBD sind insgesamt 26 Fahrzeuge eines externen Dienstleisters im Einsatz. Im fahrenden Dienst wurden im Jahr 2010 die derzeit rd. 300 Ärztinnen und Ärzte (275 vertragsärztlich, davon überwiegend hausärztlich Tätige sowie rd. 25 nicht vertragsärztlich Beschäftigte aus Krankenhäusern und dem öffentlichen Gesundheitsdienst) zu rd. 153.000 Einsätzen gerufen. Sie sind schichtweise im Einsatz. Für den seit 2004 bestehenden eigenständigen Leichenschauendienst im ÄBD (Todesfeststellung und Leichenschau) sind 30 Ärztinnen und Ärzte tätig.

Neben den Hausbesuchsdiensten wird in der KV-Leitstelle täglich ein **telefonischer Beratungsdienst** von einem/einer der 30 Beratungsärzte/Beratungsärztinnen durchgeführt. Als weiteren Service bietet die ÄBD-Leitstelle Auskünfte über Adressen von wohnortnahen Haus- und Facharzt- bzw. Psychotherapeutenpraxen an (vgl. im GSI verfügbare Tabelle [7.25z-1](#)).

Die **KV Berlin** betreibt derzeit noch eine **eigene Erste-Hilfe-Stelle**. Diese befindet sich in Lichtenberg am Krankenhaus Lindenhof. Dort bietet die KV ausschließlich einen kinderärztlichen Bereitschaftsdienst mittwochs 15 bis 22 Uhr, am Wochenende und feiertags 8 bis 22 Uhr an. Alle anderen KV-eigenen Erste-Hilfe-Stellen wurde sukzessive wegen zu geringer Auslastung und wachsender Defizite geschlossen.

Weiterhin bestehen **zwischen der KV Berlin und Berliner Kliniken Kooperationsverträge** für Dienste niedergelassener Kinder- und Hausärzte/ärztinnen in den dortigen Rettungsstellen: eine allgemeinmedizinische und internistische Erstversorgung sowie einen kinderärztlichen Bereitschaftsdienst in den DRK-Kliniken Mark Brandenburg (Wedding), ausschließlich kinderärztliche Bereitschaftsdienste in den DRK-Kliniken Westend (Charlottenburg) sowie im St. Joseph-Krankenhaus (Tempelhof) (vgl. im GSI verfügbare Tabelle [7.25z-2](#)).

4.1.2 Kostenstrukturen ärztlicher, zahnärztlicher und psychotherapeutischer Praxen

Einen Überblick über Einkommenssituation und Wirtschaftlichkeit von ärztlichen, psychotherapeutischen und zahnärztlichen Praxen in Deutschland gibt die **Kostenstrukturstatistik**, die das Statistische Bundesamt im vierjährigen Turnus durchführt. Die Stichprobenerhebung mit einem Auswahlatz von 5 % der Einrichtungen erfasst die **in den Praxen erwirtschafteten Umsätze** bzw. die Einnahmen und die für die Leistungserbringung erforderlichen Aufwendungen sowie deren Zusammensetzung. Die aktuell zur Verfügung stehenden Daten betreffen das Jahr 2007¹; Ergebnisse für das Erhebungsjahr 2011 werden voraussichtlich nicht vor 2013 vorliegen.

Arztpraxen

In der Kostenstrukturstatistik liegen für 2007 aus der Stichprobe hochgerechnete Daten für **70.917 Arztpraxen** vor, davon waren 51.673 Einzel- und 17.071 Gemeinschaftspraxen mit 51.673 bzw. 39.569 Praxisinhaberinnen und -inhabern. Für die in der Gesamtzahl enthaltenen 2.174 Praxisgemein-

¹ Statistisches Bundesamt (2009): Unternehmen und Arbeitsstätten. Kostenstruktur bei Arzt- und Zahnarztpraxen, Praxen von psychologischen Psychotherapeuten sowie Tierarztpraxen 2007. Fachserie 2, Reihe 1.6.1. Im Internet abrufbar unter www.destatis.de/publikationen, Suchbegriff: Arztpraxen.

schaften konnten keine vollständigen Werte ermittelt werden, wegen des eingeschränkten Ausgawerts werden die Daten im Folgenden nicht berücksichtigt. Erstmals waren Medizinische Versorgungszentren (MVZ) an der Erhebung beteiligt, deren Ergebnisse wurden jedoch nicht in die Kostenstatistik aufgenommen. Die MVZ gehören zu den **neuen ärztlichen Kooperationsformen**, die sich Ärztinnen und Ärzten durch das Vertragsrechtsänderungsgesetz bieten (vgl. oben Abschnitt 4.1.1). Diese vielfältigen Möglichkeiten der Berufsausübung werden zunehmend genutzt und sollen in die nächste Kostenstrukturerhebung für das Berichtsjahr 2011 einbezogen werden.

Die **Einnahmen aus selbständiger ärztlicher Tätigkeit** betragen im Durchschnitt, d. h. im arithmetischen Mittel, 399.000 EUR je Praxis; der Median lag hingegen deutlich niedriger: die Hälfte aller Arztpraxen erwirtschafteten höchstens Einnahmen von 284.000 EUR, damit wird eine erhebliche Ungleichverteilung der Einnahmen offenbar. Das zeigt sich mehr oder weniger ausgeprägt bei allen Fachrichtungen; der relativ größte Einfluss weniger auf die Höhe der durchschnittlichen Einnahmen aller Praxen ist bei Innerer Medizin und Augenheilkunde (arithmetisches Mittel / Median in Tsd. EUR: 489 / 315 bzw. 433 / 282) festzustellen. Die höchsten Einnahmen je Praxis wurden mit durchschnittlich 2,106 Mio. EUR (Median: 1,564 Mio. EUR) in der Fachrichtung Radiologie und Nuklearmedizin erzielt, die niedrigsten in der Allgemeinmedizin und bei Praktischen Ärztinnen und Ärzten mit durchschnittlich 296.000 EUR (Median: 248.000 EUR).

Einnahmenhöhe je Praxis lässt eine erhebliche Ungleichverteilung erkennen

Die **kassenärztliche Tätigkeit** erbrachte 71 %, die **privatärztliche** 26 % der Einnahmen. 2007 wurden weniger Einnahmen auf vertragsärztlicher Basis erzielt als das im **vorangegangenen Erhebungsjahr 2003** (75 %) der Fall war, der Anteil der Einnahmen durch privatärztliche Tätigkeit hat dagegen zugenommen (2003: 22 %). Auch hier unterscheiden sich die Fachrichtungen deutlich voneinander: In der Allgemeinmedizin und bei praktischen Ärztinnen/Ärzten machte 2007 Kassenarztztätigkeit 82 % der Einnahmen aus, während sie in Praxen für Haut- und Geschlechtskrankheiten nur etwa zur Hälfte (51 %) an den Einnahmen beteiligt war.

Die Ergebnisse der Kostenstrukturstatistik sind im Wesentlichen durch die 57.397 Arztpraxen im **früheren Bundesgebiet** (einschließlich Berlin-West) geprägt, die 81 % der Gesamtmenge ausmachten, während nur etwa jede fünfte Praxis (19 % bzw. 13.520) in den **neuen Bundesländern und Berlin-Ost** zu finden war. So lagen die Einnahmen je Praxis im früheren Bundesgebiet mit 425.000 EUR verhältnismäßig nah am Bundesdurchschnittswert, dagegen ist mit 286.000 EUR ein erhebliches Gefälle zum Niveau in den neuen Ländern und Berlin-Ost zu erkennen.

Auch in der Verteilung der Einnahmequellen unterschieden Ost und West sich markant voneinander: In den Arztpraxen im früheren Bundesgebiet wurden gut zwei Drittel der Einnahmen (69 %) durch kassenärztliche Tätigkeit erwirtschaftet, der Einnahmeanteil aus privatärztlicher Tätigkeit lag bei 28 %. Eine als Einnahmequelle weitaus größere Bedeutung erlangte die Kassenarztztätigkeit in den neuen Bundesländern mit 84 % der Einnahmen, während die privatärztliche Tätigkeit hier mit einem Anteil von 12 % nur eine geringe Rolle spielten.

Durchschnittlich 52 % ihrer Einnahmen (206.000 EUR je Praxis) mussten Arztpraxen **für die Kosten aufwenden**, die ihnen durch ihr Angebot und ihre Leistungserbringung entstehen, 2003 hatte der Anteil an den Einnahmen mit 54 % (190.000 EUR je Praxis) noch um 2 %-Punkte höher gelegen. Zu den Aufwendungen gehören solche für das Personal, für Material und fremde Laborarbeiten, für Mieten und Leasing sowie für sonstige betriebliche Aufwendungen. Der größte Posten war für **Personalkosten** (einschließlich Honorare für gelegentliche Assistenz und Praxisvertretung) zu verbuchen, sie machten fast die Hälfte der Aufwendungen bzw. 2007 und 2003 gleichermaßen annähernd ein Viertel der Einnahmen (24 %) aus. Auch die Fachrichtungen wiesen nur eine geringe Spannbreite bei den Personalaufwendungen auf (niedrigster Anteil: Urologie 21 % / höchster: Kinderheilkunde sowie Allgemeinmedizin und Praktische Ärztinnen/Ärzte: 25 %), und das, obwohl der statistische Mittelwert der **in den Praxen tätigen Personen** (einschließlich der

für Personalaufwendungen wurde fast ein Viertel der Einnahmen ausgegeben

Praxisinhaber und -inhaberinnen) von Fachgebiet zu Fachgebiet stark variiert, er reicht von 6,2 in den Praxen Neurologie, Psychiatrie, Kinderpsychiatrie und Psychotherapie bis zu durchschnittlich 22,2 Beschäftigten in Radiologie- und Nuklearmedizinpraxen. Auf alle Fachrichtungen bezogen wurden je Arztpraxis im Schnitt 7,4 Arbeitskräfte ermittelt.

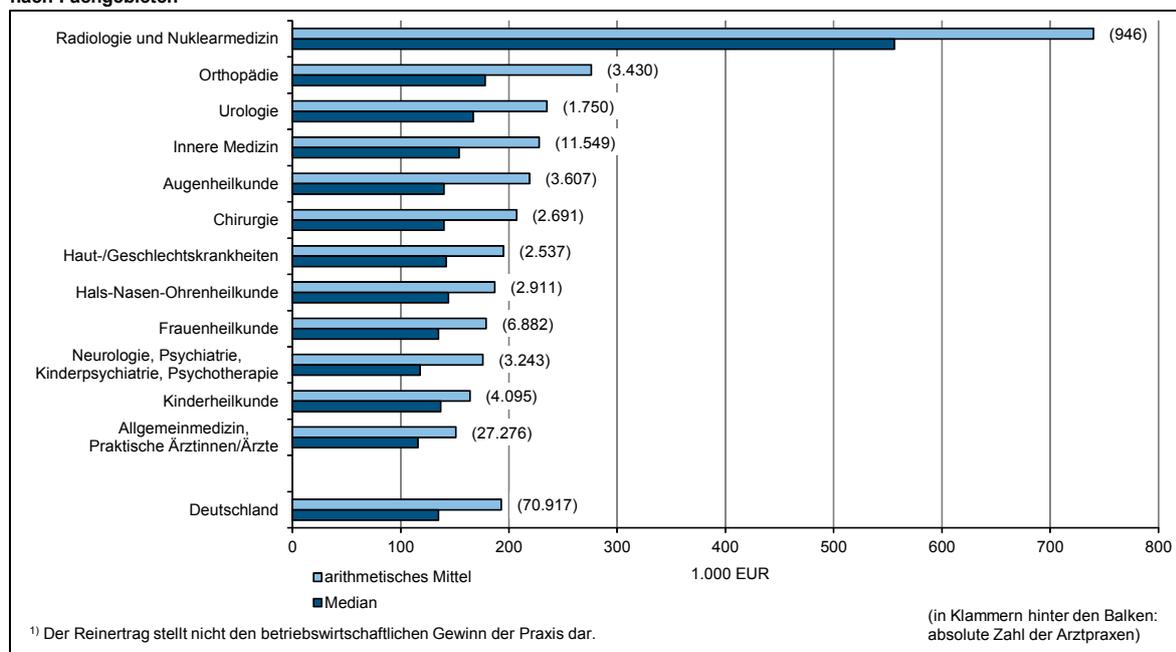
Mit Blick auf die **Aufwendungen insgesamt** sind im Gegensatz zu den Personalaufwendungen wieder große Unterschiede zwischen den Fachgebieten zu beobachten: Während ihr Anteil in Praxen der Fachrichtungen Neurologie, Psychiatrie, Kinderpsychiatrie, Psychotherapie mit 47 % der Einnahmen zu Buche schlug, war in Radiologie- und Nuklearmedizinpraxen mit 65 % ein weitaus höherer Anteil für die Leistungserbringung aufzuwenden.

Aus der Differenz von Einnahmen und Aufwendungen wird der durchschnittliche **Reinertrag einer Praxis** errechnet. Der so ermittelte Reinertrag stellt nicht den betriebswirtschaftlichen Gewinn der Praxis dar, da aus diesem Überschuss noch Zahlungen für die private Vorsorge (z. B. Alters- und Krankenversicherung der Praxisinhaber/innen und Familienangehöriger), für Versorgungseinrichtungen der Ärztinnen/Ärzte, zur Einkommens- und Kirchensteuer sowie eventuelle Aufwendungen für eine Praxisübernahme u. a. geleistet werden müssen.

Als Reinertrag blieb einer Praxis 2007 durchschnittlich etwas weniger als die Hälfte der Einnahmen (48 %), was entsprechend dem **gegenüber 2003** niedriger ausgefallenen Aufwandsanteil ein Reinertragsplus von 2 %-Punkten bedeutete. Bezogen auf die in EUR bezifferten Durchschnittswerte je Praxis (2003: 164.000 EUR / 2007: 193.000 EUR) konnten die Arztpraxen innerhalb von vier Jahren eine Zunahme des Reinertrags um 18 % verbuchen.

Wie schon bei den Einnahmen beobachtet ist auch in Bezug auf den Reinertrag eine erhebliche Ungleichverteilung festzustellen, abzulesen an der Differenz zwischen arithmetischem Mittel und Median, deren Werte 2007 je Praxis insgesamt 193.000 bzw. 135.000 EUR betragen (vgl. Abbildung 4.1).

Abbildung 4.1:
Durchschnittlicher Reinertrag¹⁾ je Arztpraxis (in EUR) in Deutschland 2007
nach Fachgebieten



(Datenquelle: StBA / Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Die Betrachtung der Praxen nach Fachgebieten zeigt für die Radiologie/Nuklearmedizin mit 35 % den niedrigsten an den Einnahmen gemessenen Reinertragsanteil, gleichwohl war hier der mit gro-

ßem Abstand höchste Reinertrag je Praxis mit durchschnittlich 740.000 EUR (Median: 556.000 EUR) zu verzeichnen. Für Allgemeinmedizin und Praktische Ärzte/Ärztinnen wurde mit 51 % ein über dem Durchschnitt liegender Reinertragsanteil an den Einnahmen und gleichzeitig der niedrigste Reinertrag je Praxis (151.000 EUR) ermittelt.

Obgleich 2007 in den Arztpraxen der **neuen Bundesländer und von Berlin-Ost** mit der Hälfte der Einnahmen (50 %) anteilig ein höherer Reinertrag erzielt wurde als im **früheren Bundesgebiet**, lag der dort je Praxis ermittelte Wert im Schnitt bei 142.000 EUR und damit fast ein Drittel unter dem der alten Bundesländer, für die ein durchschnittlicher Reinertrag von 205.000 EUR je Praxis errechnet wurde (vgl. im GSI verfügbare Tabellen [11.1-1](#), [11.1-2](#) und [11.1-3](#)).

Zahnarztpraxen

Im Berichtsjahr 2007 lagen hochgerechnete Daten für **40.964 Zahnarztpraxen** vor, davon hatten 32.456 ihren Standort im **früheren Bundesgebiet** (einschließlich Berlin-West) und 8.508 waren in den **neuen Bundesländern und Berlin-Ost** beheimatet. Ähnlich sah die Verteilung nach Praxisart aus: Es gab deutschlandweit 31.749 Einzel- und 8.384 Gemeinschaftspraxen.

Als durchschnittlich je Praxis erzielte **Einnahmen** wurde für 2007 ein Betrag von 462.000 EUR ermittelt, der naturgemäß bei den Gemeinschaftspraxen mit 757.000 EUR höher lag als bei Einzelpraxen mit rund 377.000 EUR. Etwa je zur Hälfte wurden die Einnahmen über die Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZV) bzw. nicht über die KZV vereinnahmt: der KZV-Anteil betrug insgesamt 52 %, in Einzelpraxen 53 % und in Gemeinschaftspraxen 50 %.

Die **Aufwendungen**, die die Zahnarztpraxen zu begleichen hatten, machten auf alle Praxen bezogen zwei Drittel (66 %) der Einnahmen aus, die Einzelpraxen mussten mit 68 % etwas mehr, die Gemeinschaftspraxen mit 62 % etwas weniger ihrer Einnahmen aufwenden. Wie bei den Arztpraxen war auch bei den Zahnarztpraxen ein erheblicher Teil der Einnahmen (23 %) für **Personalaufwendungen** zu veranschlagen, anders als bei den Arztpraxen war dies jedoch nicht der größte Kostenfaktor, sondern in Zahnarztpraxen war der durchschnittliche Aufwendungsanteil für Material und fremde Laborarbeiten sogar noch höher als der für das Personal. Im Schnitt waren im Jahr 2007 in einer Zahnarztpraxis acht **Personen tätig**, 6,7 in Einzel- und 12,4 in Gemeinschaftspraxen.

Der nach Abzug der Aufwendungen von den Einnahmen verbleibende **Reinertrag**, der nicht den betriebswirtschaftlichen Gewinn der Zahnarztpraxis darstellt (vgl. oben den Abschnitt „Arztpraxen“), ergab für 2007 einen Durchschnittswert je Praxis von insgesamt 159.000 EUR; damit konnten die Zahnarztpraxen einen um 11 % höheren Reinertrag erzielen als **vier Jahre zuvor** (143.000 EUR). Die in Einzelpraxen erwirtschafteten Reinerträge betragen im arithmetischen Mittel 123.000 EUR und in Gemeinschaftspraxen 286.000 EUR. Die auf **regionaler Ebene** für 2007 ermittelten Werte ergaben durchschnittliche Reinerträge von 172.000 EUR im früheren Bundesgebiet und von 110.000 EUR in den neuen Bundesländern und Berlin-Ost (vgl. im GSI verfügbare Tabellen [11.1-1](#) und [11.2-1](#)).

2007 erzielten Zahnarztpraxen im Schnitt einen um 11 % höheren Reinertrag als vier Jahre zuvor

Psychotherapeutenpraxen

Die in der Kostenstrukturstatistik für 12.256 Psychotherapeutenpraxen hochgerechneten Daten betreffen **Praxen von Psychologischen** sowie von **Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und -therapeutinnen**. Psychotherapeutisch tätige Ärztinnen und Ärzte sind nicht hier, sondern in der Wirtschaftsgruppe der Arztpraxen (siehe oben) erfasst.

In der Mehrzahl wurden die Psychotherapeutenpraxen als Einzelpraxen (11.011) geführt, die 551 Gemeinschaftspraxen machten nur einen Anteil von 4,5 % der Gesamtzahl aus. Daher unterscheidet sich die Anzahl der Praxisinhaberinnen und -inhaber (13.971) weniger von der Praxisgesamtzahl als das im ärztlichen (96.190 Inhaber/innen, 70.917 Praxen) und zahnärztlichen (51.704 Inhaber/innen, 40.964 Praxen) Bereich der Fall ist.

Mit 9.972 Praxen überwog der Bereich Psychologische Psychotherapie, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie wurde in 2.285 Praxen angeboten.

Durchschnittlich erwirtschaftete eine Psychotherapeutenpraxis im Jahr 2007 **Einnahmen** von rund 85.000 EUR, die zu 82 % als Kassenpraxis über die gesetzliche Krankenversicherung abgerechnet wurden.

Ein Drittel der Einnahmen wurde für Personal- und Betriebskosten aufgewendet, darunter 3 % für **Personal**; damit lag der Personalkostenanteil bedeutend niedriger als bei Arzt- und Zahnarztpraxen. Der Unterschied ist darauf zurückzuführen, dass in einer Psychotherapeutenpraxis im Mittel 1,9 Personen tätig waren, während es in einer ärztlichen Praxis durchschnittlich 7,0 und in einer zahnärztlichen 8,0 Personen gab.

Reinertrag je Inhaber/in in Psychotherapeutenpraxen fast ein Drittel niedriger als in Arztpraxen

Aus der Differenz von Einnahmen und Aufwendungen errechnete sich ein durchschnittlicher **Reinertrag** je Praxis von 57.000 EUR (Median: 51.000 EUR). Die Berechnung je Praxisinhaber/je Praxisinhaber ergab im arithmetischen Mittel einen im Vergleich zu ärztlichen und zahnärztlichen Praxisinhaberinnen und -inhabern niedrigen Reinertrag von 50.000 EUR, im ärztlichen und zahnärztlichen Bereich lag das entsprechende Reinertragsniveau durchschnittlich 2,8-fach (142.000 EUR, ärztlich) bzw. zweieinhalbfach (126.000 EUR, zahnärztlich) höher. Auch hier ist zu beachten, dass der Reinertrag - wie oben unter Arztpraxen beschrieben - nicht gleichzusetzen ist mit dem betriebswirtschaftlichen Gewinn (vgl. im GSI verfügbare Tabellen [11.1-1](#) und [11.3-1](#)).

4.2 Ambulante Morbidität

Daten über ambulante Behandlungsanlässe erstmalig personenbezogen in der Berliner GBE

Mit dem Berichtsteil „Ambulante Morbidität“ werden erstmalig im Rahmen der Berliner Gesundheitsberichterstattung Informationen zu personenbezogenen Diagnosehäufigkeiten und Behandlungsanlässen aus **Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Berlin** präsentiert (vgl. im Anhang den Abschnitt Erläuterungen / Ambulante Morbidität). Bisher konnten zur ambulanten Morbidität nur fallbezogene Diagnosedaten des jeweils ersten Quartals jedes Jahres ausgewertet werden. Aus diesen Daten lässt sich jedoch kein Personenbezug ableiten. Beispielsweise werden mehrere Arztbesuche einer Person aufgrund derselben Erkrankung als mehrere Behandlungsfälle gezählt. Dadurch ist die Aussagefähigkeit der fallbezogenen Diagnosedaten eingeschränkt.

Im Rahmen einer Kooperationsvereinbarung zwischen der KV Berlin und der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz wurden für das Abrechnungsjahr 2007 auch **anonymisierte Personendaten** zur Verfügung gestellt, mit denen die Abrechnungsdiagnosen einzelnen Patientinnen und Patienten zugeordnet werden können.

Zur **Auswertung** kamen die zur Leistungsbegründung verschlüsselten Diagnosedaten aller vier Quartale des Abrechnungsjahres 2007. Dabei wurden Diagnosehäufigkeiten nach Alter und Geschlecht sowie in der regionalen Verteilung (Planungsräume) für mehr als 2,7 Millionen Berlinerinnen und Berliner ausgewertet. Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass es sich hierbei nur um Personen handelt, die in der gesetzlichen Krankenversicherung Mitglied oder mitversichert sind (in Berlin waren dies im Jahr 2007 87,6 % der Bevölkerung) und im Jahr 2007 mindestens einmal eine Ärztin oder einen Arzt aufgesucht haben. Diagnosen oder Behandlungsanlässe, die für eine Person mehrmals im Jahr abgerechnet wurden, wurden dabei nur einmal gezählt.

Aufgrund des bekannten **Zusammenhangs zwischen der gesundheitlichen und der sozialen Lage** wurden anhand der Systematik der lebensweltlich orientierten Räume (LOR) die Informationen zur ambulanten Morbidität mit Erkenntnissen aus den sozialstrukturellen Untersuchungen für Berlin verknüpft.

Die im vorliegenden Datenmaterial beobachteten **Häufigkeiten von Abrechnungsdiagnosen** erlauben einen Einblick in die im ambulanten Bereich behandelte Krankheitslast und in die Gründe für die Inanspruchnahme der vertragsärztlichen Versorgung. Hierzu wurden **verschiedene Betrachtungsweisen** gewählt: die häufigsten zur Leistungsbegründung verschlüsselten Diagnosen insgesamt, das Diagnose- und Inanspruchnahmespektrum der Berliner GKV(gesetzliche Krankenversicherung)-Bevölkerung, die Darstellung von altersstandardisierten Diagnosehäufigkeiten in der kleinräumigen Gliederung und darauf basierend die vorherrschenden Morbiditätsmuster (Morbiditätsindizes).

Daten geben Aufschluss über Gründe der Inanspruchnahme vertragsärztlicher Versorgung

Eine Beurteilung der zeitlichen Entwicklung in der ambulanten Morbidität ist zum jetzigen Zeitpunkt nicht möglich, da nur das Abrechnungsjahr 2007 für die Analyse zur Verfügung stand. Ebenso können keine Aussagen zur Differenzierung der ambulanten Morbidität nach Staatsangehörigkeit oder Migrationsstatus getroffen werden, da diese Angaben nicht im KV-Abrechnungsdatensatz enthalten sind.

4.2.1 Häufigste Diagnosen und Behandlungsanlässe

Anhand der zur Leistungsbegründung angegebenen ICD-Schlüsselnummern (= Abrechnungsdiagnosen) wird im folgenden Abschnitt auf deren Häufigkeit in der GKV-Bevölkerung, unabhängig vom behandelnden Arzt, eingegangen. Hierbei ist zu beachten, dass es sich bei der Angabe einer Abrechnungsdiagnose, auch wenn sie zu Abrechnungszwecken als gesichert gekennzeichnet wurde, nicht zwangsläufig um eine manifeste Erkrankung handelt, sondern global gesprochen um den Anlass, warum beim Vertragsarzt eine medizinische Leistung nachgefragt wurde. Die Häufigkeitsangaben sind somit nicht gleichbedeutend mit der in der Bevölkerung tatsächlich vorliegenden Morbidität. Vielmehr muss an dieser Stelle von der **behandelten oder Behandlungsmorbidität** im ambulanten Sektor gesprochen werden. Diese kann aus verschiedenen Gründen von der tatsächlich vorherrschenden Morbidität in der Bevölkerung abweichen, z. B. wenn trotz vorliegender Erkrankung keine ambulante Versorgung gesucht oder keine GKV-Leistung nachgefragt wurde.

Häufige Abrechnungsdiagnosen

Anhand der vorliegenden Abrechnungsdiagnosen wird deutlich, dass die **Gründe** für die Inanspruchnahme einer ambulanten vertragsärztlichen Versorgung **vielfältig** sind. Neben der Behandlung typischer Volkskrankheiten und akuter Infekte kommt Untersuchungen im Rahmen von Gesundheitsvorsorge, Früherkennung und Empfängnisverhütung eine bedeutende Stellung zu.

Im vorliegenden Datenmaterial wurde insgesamt, d. h. arztgruppenunabhängig, für den mit Abstand höchsten Personenanteil von 46,2 % mindestens einmal im Jahr 2007 die **laborspezifische Diagnose „UUU“** angegeben (vgl. Tabelle 4.1). Das bedeutet, dass bei fast jeder zweiten Person eine Laborleistung abgerechnet wurde, deren Abrechnungsdiagnose jedoch keinen Aufschluss über die zugrunde liegende Erkrankung vorsieht (für weitere Erläuterungen der Diagnose „UUU“ vgl. auch den Abschnitt Erläuterungen / Ambulante Morbidität im Anhang des Berichts).

Bei den **Abrechnungsdiagnosen mit Krankheitswert** kommen am häufigsten Rückenschmerzen und Bluthochdruck (essentielle Hypertonie) vor. Bei einem Viertel der GKV-Bevölkerung wurde im Jahr 2007 wenigstens einmal die Abrechnungsdiagnose Rückenschmerzen gestellt und in gleicher Größenordnung die Abrechnungsdiagnose Hypertonie. Bei etwa jeweils 600.000 Personen wurden Sehfehler (Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler) sowie spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen verschlüsselt, gefolgt von akuten Infektionen der oberen Atemwege und Störungen des Fettstoffwechsels (Lipoproteinstoffwechsel). Bei 13 % bis 17 % der GKV-Bevölkerung wurden wenigstens einmal im Jahr Leistungen im Rahmen einer Allgemeinuntersuchung abgerechnet, im Hinblick auf eine Kontrazeption behandelt bzw. geimpft (vgl. Tabelle 4.1).

Tabelle 4.1:
Häufigste Diagnosen/Behandlungsanlässe der GKV-Bevölkerung in Berlin 2007

ICD-10	Bezeichnung	Patienten	
		n	%
UUU	Laboruntersuchungen	1.277.464	46,2
M54	Rückenschmerzen	716.426	25,9
I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	694.124	25,1
H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	613.848	22,2
Z12	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	590.312	21,4
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	514.497	18,6
E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	505.519	18,3
Z25	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen andere einzelne Viruskrankheiten	473.031	17,1
Z30	Kontrazeptive Maßnahmen	381.769	13,8
Z00	Allgemeinuntersuchung und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	358.911	13,0

(Datenquelle: KV Berlin / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

4.2.2 Alters- und geschlechtsspezifische Morbiditätsspektren

In Abgrenzung zu den häufigsten abrechnungsrelevanten ICD-Schlüsselnummern aus der vorangegangenen Betrachtung werden im Folgenden die ausgewählten (häufigen) Diagnosen/Behandlungsanlässe als Einzeldiagnosen bzw. inhaltlich sinnvolle Diagnosegruppen (vgl. die Tabelle im Anhang, Abschnitt Erläuterungen, unter Ambulante Morbidität / Abrechnungsdiagnosen) nach **Geschlecht** und in sieben **Altersgruppen** (Kinder und Jugendliche bis 14 Jahre, Erwachsene in 10-Jahres-Schritten, Ältere ab 65 Jahre) verwendet.

Ziel des vorliegenden Abschnitts ist die Abbildung des Spektrums der ambulanten Morbidität in den ausgewählten Altersgruppen in Form von „Morbiditätsprofilen“. Zur Darstellung dessen wurden Netzdiagramme gewählt. Diese geben nach Frauen und Männern getrennt (außer für die Altersgruppe 0 bis 14 Jahre) häufige Abrechnungsdiagnosen wieder, die auf wenigstens 10 % der jeweils betrachteten Alters- und Geschlechtsgruppe zutreffen. Zum Vergleich enthalten die Diagramme zusätzlich für alle abgebildeten Diagnosen bzw. Diagnosegruppen die prozentuale Häufigkeit über alle Altersgruppen.

Kinder und Jugendliche (0 bis 14 Jahre)

akute Krankheiten, Impfungen und Vorsorge sind häufigste Behandlungsanlässe unter 15-Jähriger

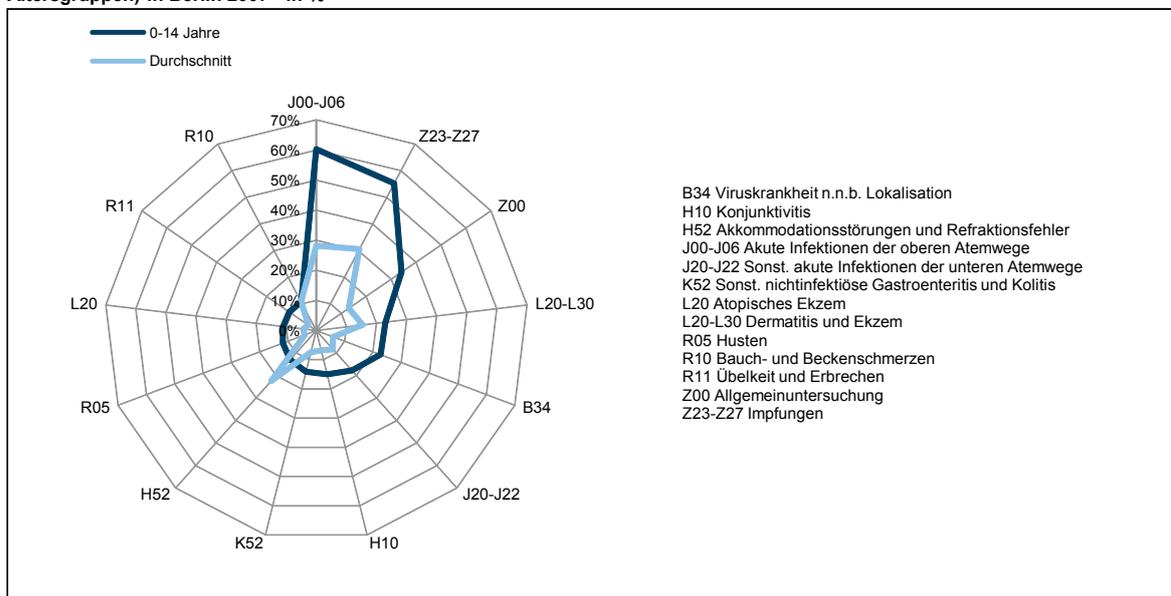
Bezüglich akuter Krankheiten und Beschwerden wurde anhand der Abrechnungsdaten im vertragsärztlichen Bereich festgestellt, dass etwa 60 % der Kinder und Jugendlichen im Jahre 2007 wenigstens einmal aufgrund einer akuten Infektion der oberen Atemwege (J00-J06) beim Arzt vorstellig wurden, jeweils etwa 23 % wegen Dermatitis und Ekzem bzw. einer Viruskrankheit einer nicht näher bezeichneten Lokalisation, 18 % wegen einer akuten Infektion der unteren Atemwege, 15 % wegen Bindehautentzündung (Konjunktivitis), 14 % auf Grund einer nichtinfektiösen Magen-/Darmentzündung (Gastroenteritis und Kolitis) sowie jeweils mehr als 10 % wegen Symptomen wie Husten, Übelkeit und Erbrechen oder Bauch- und Beckenschmerzen.

Neben den akuten Anlässen spielen in dieser Altersklasse Leistungen, die der Prävention und Gesunderhaltung der Kinder und Jugendlichen (Impfungen, Vorsorgeuntersuchungen) dienen, eine entscheidende Rolle. Für mehr als die Hälfte der Kinder und Jugendlichen wurde eine Impfung abgerechnet und für etwa jeden Dritten eine Allgemeinuntersuchung (dazu gehören auch die sogenannten U-Untersuchungen U1 bis U9).

Mit einer relativen Häufigkeit von etwa 10 % sind auch Leistungen zur Behandlung von Sehfehlern (Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler) in dieser Altersgruppe nennenswert.

Die Behandlungsanlässe treten in dieser Altersgruppe *in beiden Geschlechtern* nahezu gleich häufig auf, weswegen auf eine geschlechtsspezifische Darstellung verzichtet wurde (vgl. Abbildung 4.2).

Abbildung 4.2:
Häufigste ambulante Behandlungsanlässe (>10% der Altersklasse), 0 bis 14 Jahre, im Vergleich zum Durchschnitt (alle Altersgruppen) in Berlin 2007 - in %



(Datenquelle: KV Berlin / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

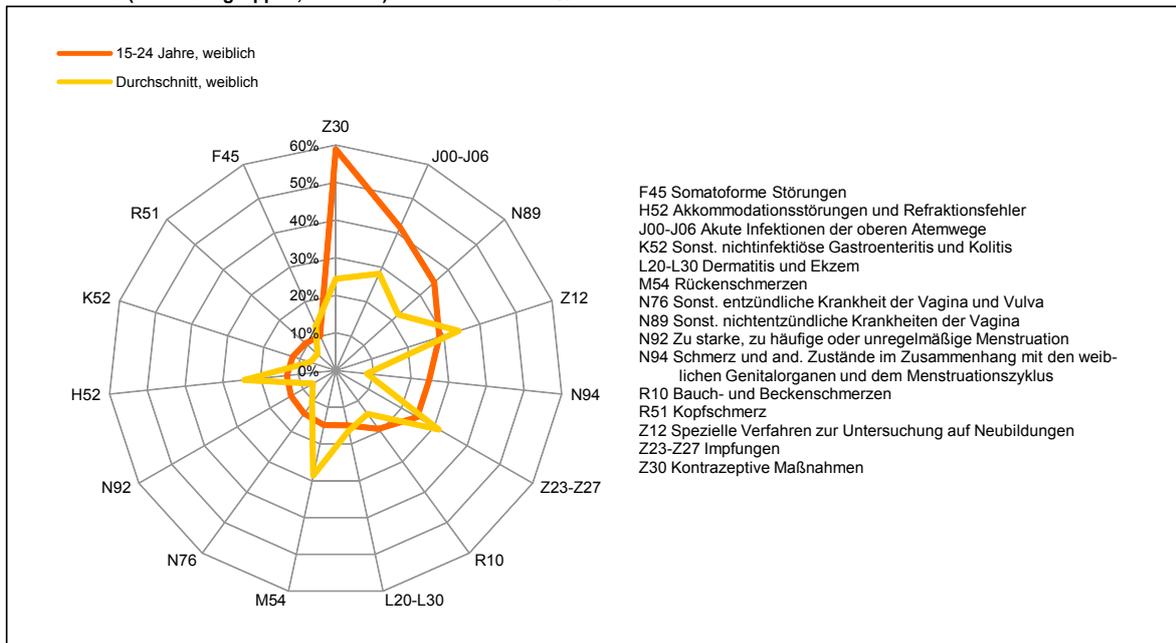
Junge Erwachsene I (15 bis 24 Jahre)

Mit dem Eintritt in das junge Erwachsenenalter werden geschlechtsspezifische Unterschiede bei den Behandlungsanlässen deutlich. In der Altersklasse der 15- bis 24-jährigen **Frauen** stehen nun Leistungen im Zusammenhang mit Empfängnisverhütung (Kontrazeption; ca. 60 %) und Beschwerden aufgrund des Menstruationszyklusses bzw. Krankheiten der weiblichen Genitalorgane im Vordergrund. Akute Infektionskrankheiten der oberen Atemwege sowie Impfleistungen stellen mit 42 % bzw. 25 % der Patientinnen immer noch einen erheblichen Anteil an Behandlungsanlässen dar. Im Vergleich zur vorherigen Altersgruppe kommen noch weitere Behandlungsanlässe hinzu. So wurden für knapp 30 % der Patientinnen Leistungen im Rahmen von speziellen Untersuchungen auf Neubildungen (Krebsvorsorge) abgerechnet. Rückenschmerzen, Kopfschmerzen und somatoforme Störungen wurden als leistungsbegründende Diagnose bei 10 - 15 % der Patientinnen dieser Altersklasse angegeben.

im jungen Erwachsenenalter werden geschlechtsspezifische Unterschiede deutlich

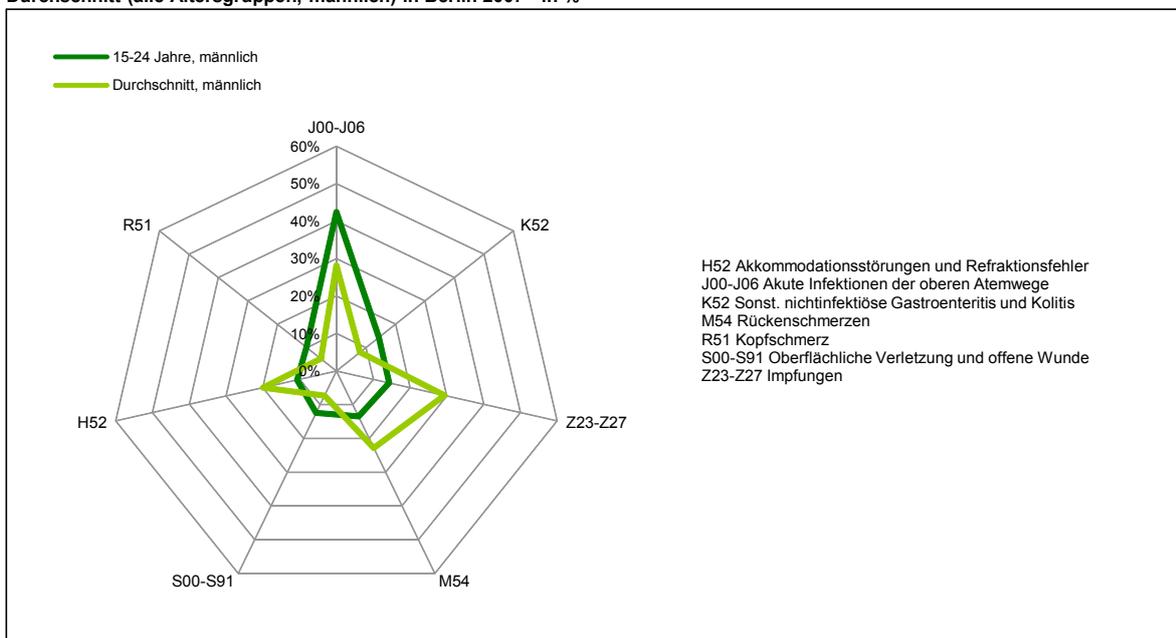
Während bei den jungen Frauen Leistungen im Zusammenhang mit der Empfängnisverhütung die akuten Infekte überholt haben, stehen diese bei den jungen **Männern** noch an erster Stelle. Mit einem Anteil von 42 % machten akute Infektionen der oberen Atemwege den mit Abstand häufigsten Behandlungsanlass aus. Die zweithäufigste Diagnose betraf nichtinfektiöse Magen-/Darmtraktzündungen (Durchfall, Erbrechen; Gastroenteritis und Kolitis) mit 14 % der Patienten. Wie schon bei den Frauen beobachtet, gewinnen auch bei den Männern dieser Altersklasse Rückenschmerzen und Kopfschmerzen an Bedeutung für den Behandlungsanlass. Im Unterschied zu den Frauen dieser Altersgruppe zeichnen sich die Männer zusätzlich durch in Anspruch genommene Leistungen aufgrund von oberflächlichen Verletzungen und offenen Wunden aus, nicht jedoch aufgrund somatoformer Störungen (vgl. Abbildungen 4.3 a und 4.3 b).

Abbildung 4.3 a:
Häufigste ambulante Behandlungsanlässe (>10% der Altersklasse und Geschlecht), 15 bis 24 Jahre, weiblich, im Vergleich zum Durchschnitt (alle Altersgruppen, weiblich) in Berlin 2007 - in %



(Datenquelle: KV Berlin / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Abbildung 4.3 b:
Häufigste ambulante Behandlungsanlässe (>10% der Altersklasse und Geschlecht), 15 bis 24 Jahre, männlich, im Vergleich zum Durchschnitt (alle Altersgruppen, männlich) in Berlin 2007 - in %



(Datenquelle: KV Berlin / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Junge Erwachsene II (25 bis 34 Jahre)

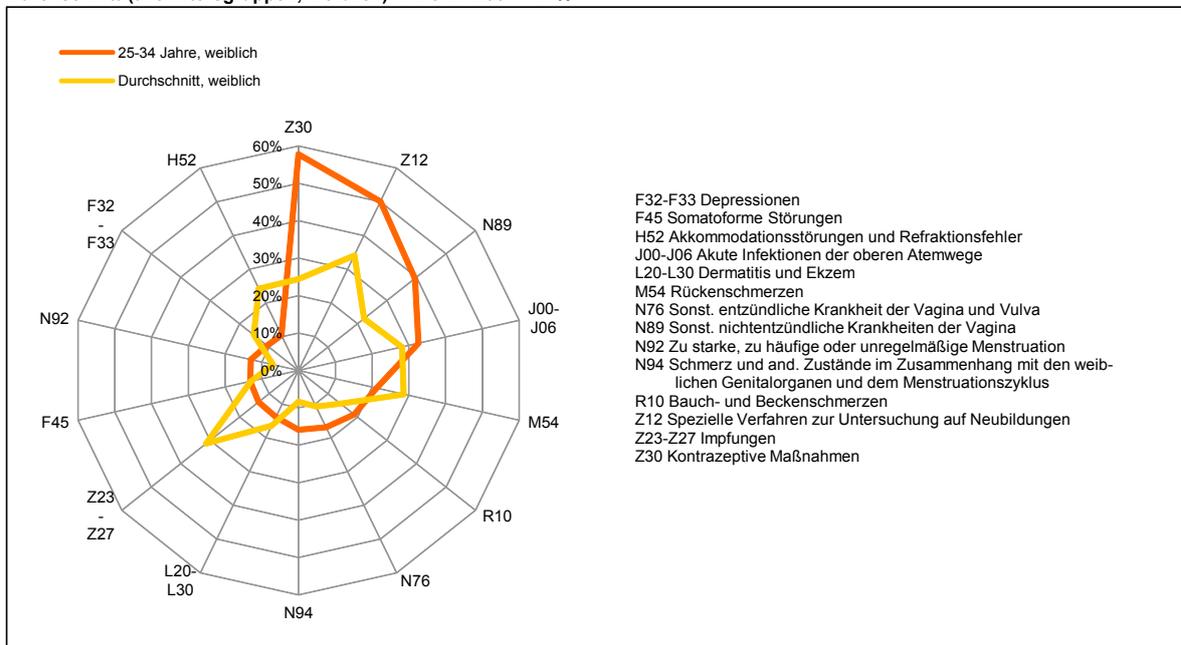
Mehr als die Hälfte der 25- bis 34-jährigen **Frauen**, die im Jahr 2007 ambulante Leistungen im Rahmen der GKV in Anspruch nahmen, wurde wegen empfängnisverhütender Maßnahmen (Kontrazeption) bei einer Ärztin oder einem Arzt vorstellig. Genau die Hälfte nahm Krebsvorsorgeuntersuchungen (spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen) wahr. Damit stellen diese beiden Behandlungsanlässe die häufigsten abrechnungsrelevanten Diagnosen dar. Akute Beschwerden und Infekte sowie Impfungen nehmen in ihrer Bedeutung für eine Inanspruchnahme ab. An Bedeutung gewinnen dafür psychische und Verhaltensstörungen wie somatoforme Störungen und

Depressionen, die bei 13 % bzw. 11 % der Patientinnen dieser Altersgruppe leistungs begründend angegeben wurden.

Während Frauen medizinische Leistungen häufig aufgrund der Geschlechtsspezifik (Empfängnisverhütung, Krebsvorsorge, Krankheiten der weiblichen Genitalorgane) in Anspruch nehmen und zunehmend auch wegen psychischer und Verhaltensstörungen, sind bei den **Männern** nur wenige Behandlungsanlässe zahlenmäßig ausschlaggebend für eine ambulant-medizinische Inanspruchnahme. Wenn auch im Vergleich zu jüngeren Altersklassen anteilig rückläufig, so sind bei 25- bis 34-jährigen Männern akute Infektionen der oberen Atemwege nach wie vor mit 31 % der häufigste Behandlungsanlass. Abnehmend sind auch Impfanlässe, die nur noch bei 11 % der Männer dieser Altersgruppe zur Inanspruchnahme führen. Zunehmend sind in diesem Alter hingegen Rückenschmerzen, die nunmehr bei 20 % der Patienten zur Leistungs begründung erschienen (vgl. Abbildungen 4.4 a und 4.4 b).

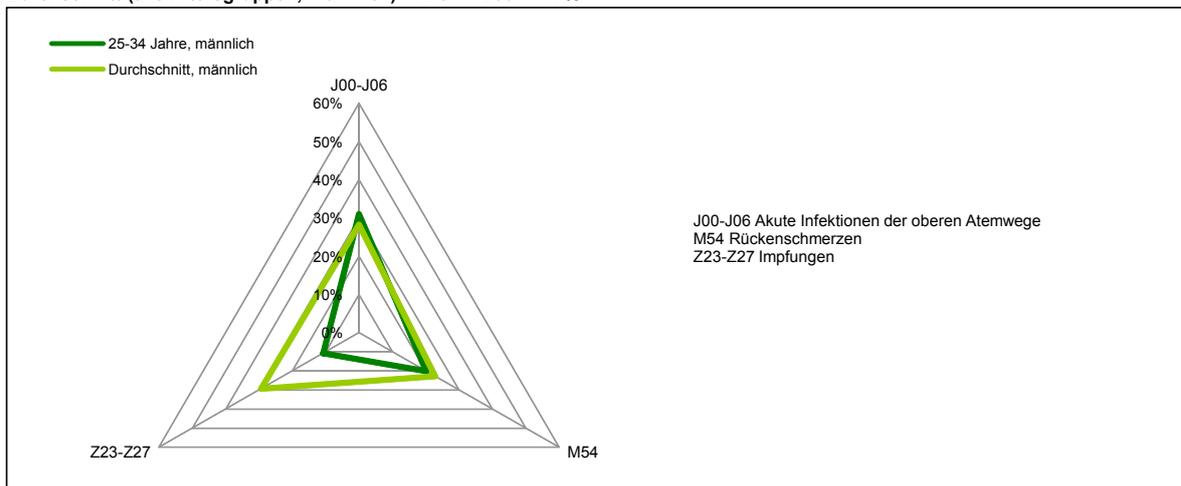
bei 25- bis 34-jährigen Männern verteilen sich 62 % der Behandlungsanlässe auf drei Diagnosen

Abbildung 4.4 a:
Häufigste ambulante Behandlungsanlässe (>10% der Altersklasse und Geschlecht), 25 bis 34 Jahre, weiblich, im Vergleich zum Durchschnitt (alle Altersgruppen, weiblich) in Berlin 2007 - in %



(Datenquelle: KV Berlin / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Abbildung 4.4 b:
Häufigste ambulante Behandlungsanlässe (>10% der Altersklasse und Geschlecht), 25 bis 34 Jahre, männlich, im Vergleich zum Durchschnitt (alle Altersgruppen, männlich) in Berlin 2007 - in %



(Datenquelle: KV Berlin / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Erwachsene im erwerbsfähigen Alter I (35 bis 44 Jahre)

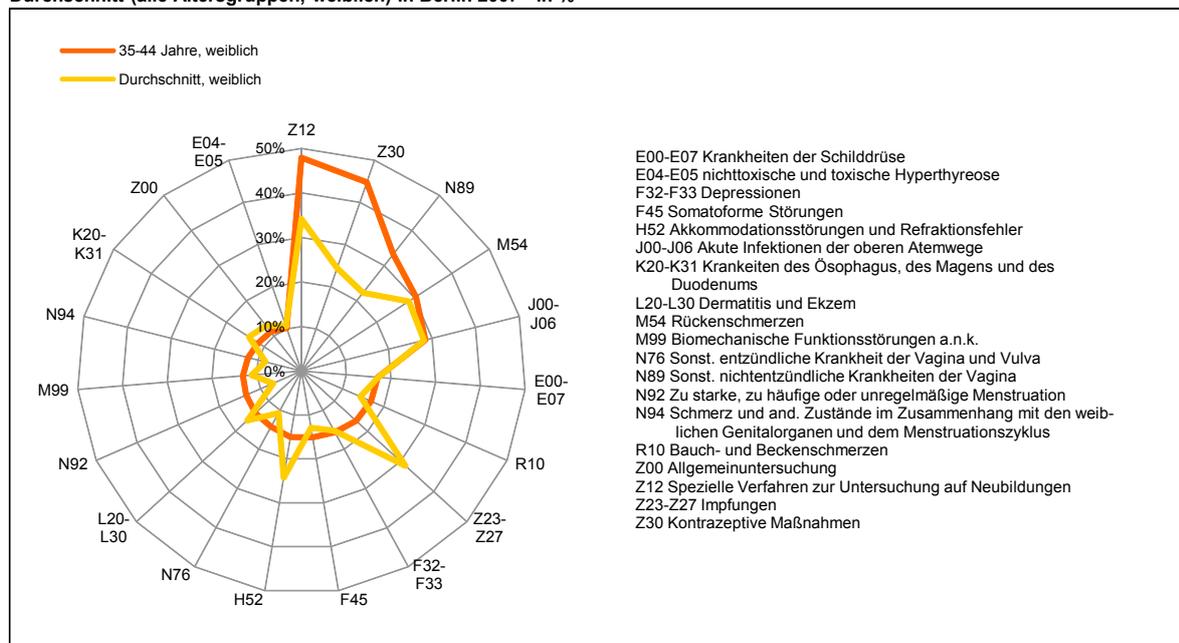
geschlechtsspezifische Diagnosen ausschlaggebend für Häufigkeit der Behandlungsanlässe

Auch in der Altersklasse der 35- bis 44-Jährigen bleiben geschlechtsspezifische Diagnosen ausschlaggebend für die Darstellung der häufigsten Behandlungsanlässe. Bei Männern und Frauen gewinnen jedoch Rückenschmerzen und neue Diagnosen aus dem endokrinen, dem Herz-Kreislauf- und dem Magen-Darm-Bereich an Bedeutung.

Bei den 35- bis 44-jährigen **Frauen** haben Untersuchungen auf Neubildungen die Leistungen zur Empfängnisverhütung (Kontrazeption) als häufigsten Behandlungsanlass abgelöst. Dies ist insbesondere auf den sinkenden prozentualen Anteil der Frauen mit Leistungen zu kontrazeptiven Maßnahmen zurückzuführen (45 % vs. 58 % in der Altersklasse 25 - 34 Jahre). Wegen Rückenschmerzen wurden nunmehr Leistungen für fast jede dritte Patientin in dieser Altersklasse erbracht. Erstmals treten Schilddrüsenerkrankungen als häufiger Behandlungsanlass in Erscheinung, genauso wie sonstige biomechanische Funktionsstörungen wie z. B. Wirbelfehlstellungen bzw. „-blockaden“ und Krankheiten der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms (Krankheiten des Ösophagus, des Magens und des Duodenums). Der prozentuale Anteil an Patientinnen mit den abrechnungsrelevanten Diagnosen Depression und somatoforme Störungen ist im Vergleich zu jüngeren Altersklassen weiter steigend.

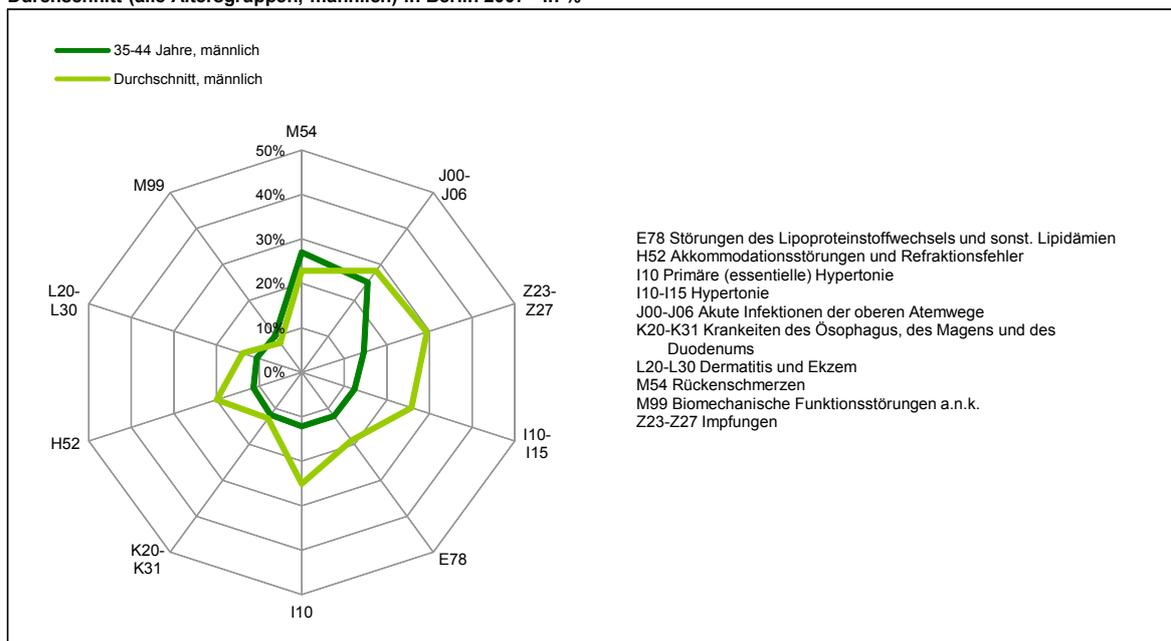
Unter den 35- bis 44-jährigen **Männern** machen Rückenschmerzen vor akuten Infektionen der oberen Atemwege mit 27 % der Patienten den prozentual höchsten Anteil abrechnungsrelevanter Diagnosen aus. Mit etwa 12 % der Patienten erscheint der Bluthochdruck (primäre Hypertonie) als häufiger Behandlungsanlass dieser Altersklasse, ebenso wie Fettstoffwechselstörungen (Störungen des Lipoproteinstoffwechsels) und Krankheiten der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms (Krankheiten des Ösophagus, des Magens und des Duodenums). Bis auf letztere Diagnose bilden diese neuen Diagnosen eine Besonderheit der männlichen Vertreter dieser Altersgruppe (Abbildungen 4.5 a und 4.5 b).

Abbildung 4.5 a:
Häufigste ambulante Behandlungsanlässe (>10% der Altersklasse und Geschlecht), 35 bis 44 Jahre, weiblich, im Vergleich zum Durchschnitt (alle Altersgruppen, weiblich) in Berlin 2007 - in %



(Datenquelle: KV Berlin / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Abbildung 4.5 b:
Häufigste ambulante Behandlungsanlässe (>10% der Altersklasse und Geschlecht), 35 bis 44 Jahre, männlich, im Vergleich zum Durchschnitt (alle Altersgruppen, männlich) in Berlin 2007 - in %



(Datenquelle: KV Berlin / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

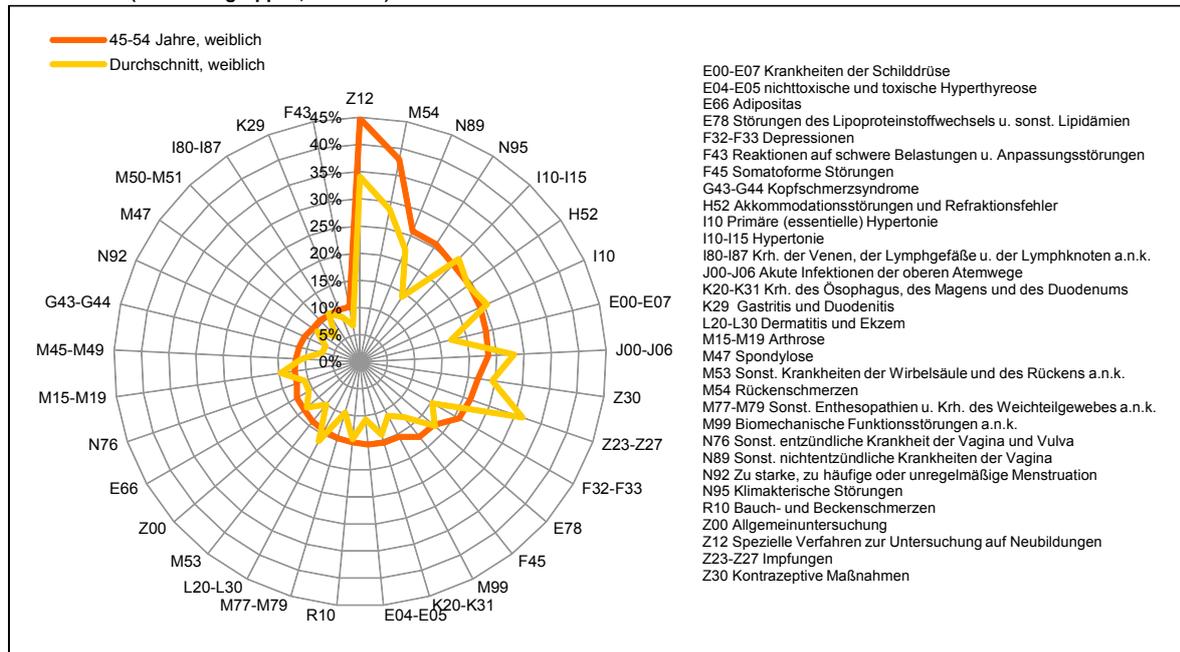
Erwachsene im erwerbsfähigen Alter II (45 bis 54 Jahre)

Geschlechtsspezifische abrechnungsrelevante Diagnosen spielen bei **Frauen** auch in der Altersklasse von 45 bis 54 Jahren eine entscheidende Rolle. Klimakterische Störungen nehmen in dieser Altersklasse eine besondere Stellung ein. Als neue, häufig angegebene Diagnosen kommen auch Bluthochdruck (Hypertonie, bei ca. 25 % der Patientinnen), Fettstoffwechselstörungen (Störungen des Lipoproteinstoffwechsels, 18 %) und Adipositas (13 %) hinzu sowie verschiedene Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems (neben Rückenschmerzen) und Kopfschmerzsyndrome. Der Anteil von Patientinnen mit einer abrechnungsrelevanten Diagnose aus dem Bereich der psychischen und Verhaltensstörungen nimmt weiter zu (Depressionen 21 %, somatoforme Störungen 18 %, Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen 10 %). Insgesamt haben sich unter den Frauen dieser Altersgruppe die Anzahl und das Spektrum relevanter Diagnosen deutlich erhöht, was für eine zunehmende Bedeutung von Ko- und Multimorbidität spricht.

Wie bei den Frauen nimmt auch bei den Männern dieser Altersgruppe die Bedeutung von Muskel-Skelett-Krankheiten (insbesondere Rückenschmerzen) und Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems für die Inanspruchnahme ambulant-medizinischer Leistungen weiter zu. Unter den 45- bis 54-jährigen **Männern** haben sich Rückenschmerzen als häufigste Diagnose herausgestellt, dicht gefolgt jedoch von Bluthochdruck (Hypertonie), der bei knapp 30 % der Patienten zur Leistungsbegründung kam. Deutlich gestiegen im Vergleich zur vorherigen Altersgruppe ist auch der Anteil von Patienten mit Fettstoffwechselstörungen (Störungen des Lipoproteinstoffwechsels, von 12 % auf 25 %). Erstmals mit einer relativen Häufigkeit von mehr als 10 % hinzugekommen sind psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen und Depressionen (bei 13 % bzw. 12 % der Patienten) sowie Adipositas (13 %) (vgl. Abbildungen 4.6 a und 4.6 b).

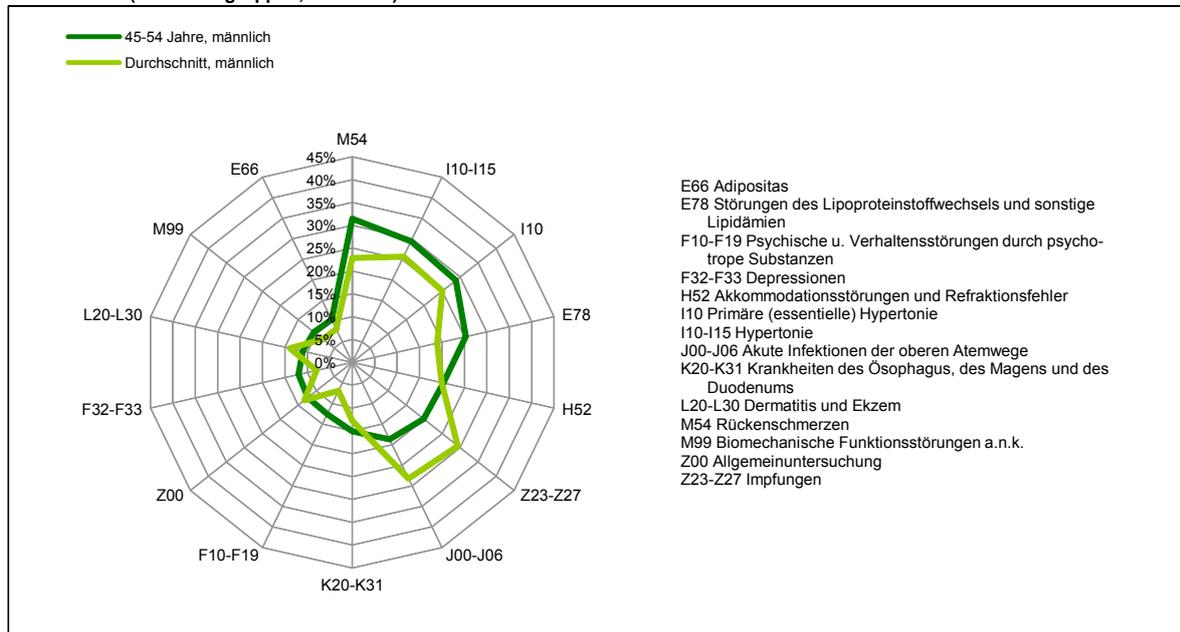
Gebrauch psychotroper Substanzen begründet bei Männern dieses Alters jeden 10. Arztbesuch

Abbildung 4.6 a:
Häufigste ambulante Behandlungsanlässe (>10% der Altersklasse und Geschlecht), 45 bis 54 Jahre, weiblich, im Vergleich zum Durchschnitt (alle Altersgruppen, weiblich) in Berlin 2007 - in %



(Datenquelle: KV Berlin / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Abbildung 4.6 b:
Häufigste ambulante Behandlungsanlässe (>10% der Altersklasse und Geschlecht), 45 bis 54 Jahre, männlich, im Vergleich zum Durchschnitt (alle Altersgruppen, männlich) in Berlin 2007 - in %



(Datenquelle: KV Berlin / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Erwachsene im erwerbsfähigen Alter III (55 bis 64 Jahre)

Hypertonie etabliert sich bei 55- bis 64-Jährigen als häufigste abrechnungsrelevante Diagnose

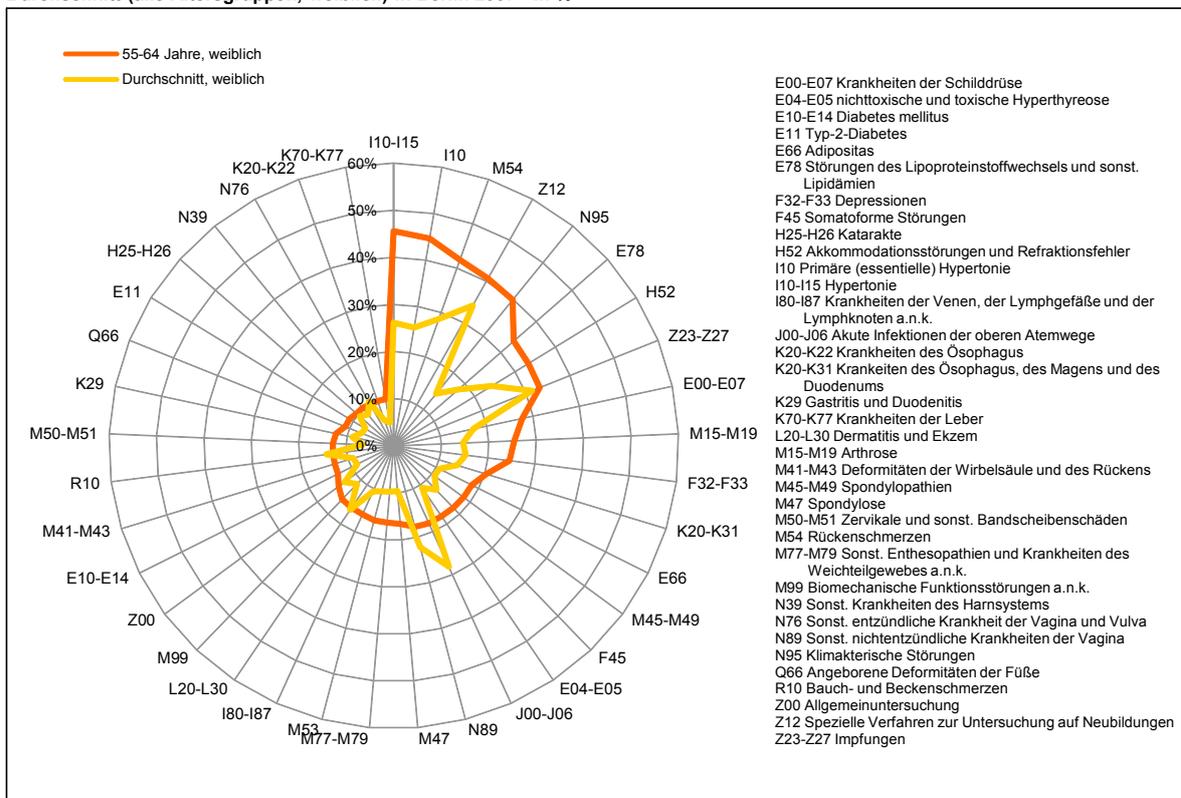
Bei **Frauen** der Altersklasse von 55 bis 64 Jahren stehen nun nicht mehr die gynäkologisch-bezogenen Diagnosen an erster Stelle, sondern der Bluthochdruck (Hypertonie), welcher bei fast jeder 2. Frau zur Leistungsbegründung verschlüsselt wurde. Mit jeweils etwa 40 % nehmen Krebsvorsorgeuntersuchungen (spezielle Verfahren zur Untersuchung

auf Neubildungen) und klimakterische Störungen aber auch in dieser Altersklasse einen hohen Stellenwert bei der ambulant-medizinischen Inanspruchnahme ein. Neben den Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems sind endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (darunter auch erstmalig Diabetes mellitus), Augenkrankheiten (Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler, Katarakte) sowie Krankheiten des Verdauungssystems (nun auch Krankheiten der Leber) unter den häufigsten Diagnosen vertreten. In Relation dazu haben akute Infektionskrankheiten erheblich an Bedeutung verloren.

Auch bei den 55- bis 64-jährigen **Männern** bildet der Bluthochdruck (Hypertonie) mit mehr als 50 % die am häufigsten verschlüsselte Diagnose, gefolgt von Fettstoffwechselstörungen (Störungen des Lipoproteinstoffwechsels) und Rückenschmerzen, die bei 40 % bzw. 34 % der Männer zur Leistungsbegründung kamen. In Analogie zu den Frauen dieser Altersklasse spielen auch bei Männern neben Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems hauptsächlich Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (Diabetes mellitus, Adipositas) sowie Krankheiten des Verdauungssystems (nun auch Krankheiten der Leber), aber auch Erkrankungen der Herzkranzgefäße (ischämische Herzkrankheiten) eine zunehmende Rolle im Rahmen der Behandlungsanlässe. Mit Vergrößerung der Prostata (Prostatahyperplasie) und Krebsvorsorgeuntersuchungen (spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen) nehmen bei Männern erstmalig geschlechtsspezifische Behandlungsanlässe eine bedeutsame Rolle ein.

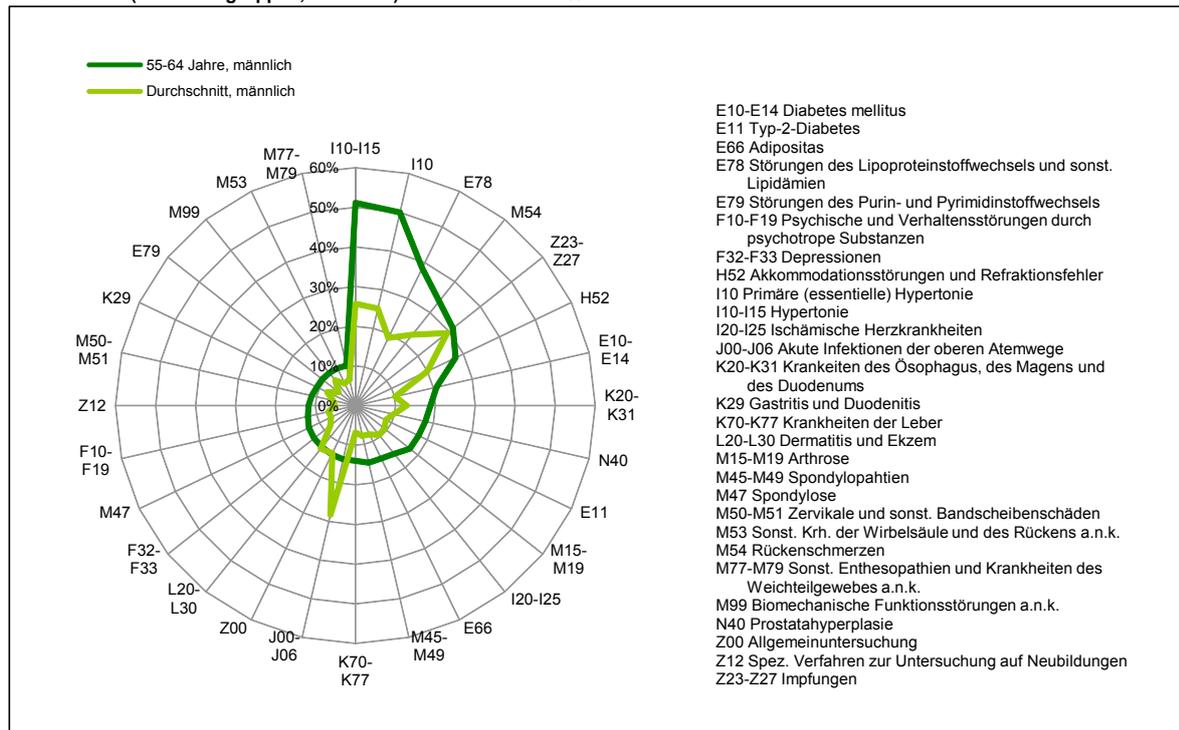
An Relevanz gewinnen bei beiden Geschlechtern auch wieder Impfungen und Sehfehler (Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler) (vgl. Abbildungen 4.7 a und 4.7 b).

Abbildung 4.7 a:
Häufigste ambulante Behandlungsanlässe (>10% der Altersklasse und Geschlecht), 55 bis 64 Jahre, weiblich, im Vergleich zum Durchschnitt (alle Altersgruppen, weiblich) in Berlin 2007 - in %



(Datenquelle: KV Berlin / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Abbildung 4.7 b:
Häufigste ambulante Behandlungsanlässe (>10% der Altersklasse und Geschlecht), 55 bis 64 Jahre, männlich, im Vergleich zum Durchschnitt (alle Altersgruppen, männlich) in Berlin 2007 - in %



(Datenquelle: KV Berlin / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Ältere (65 Jahre und älter)

im Alter ab 65 Jahren gleichen sich die Morbiditätsprofile von Männern und Frauen an

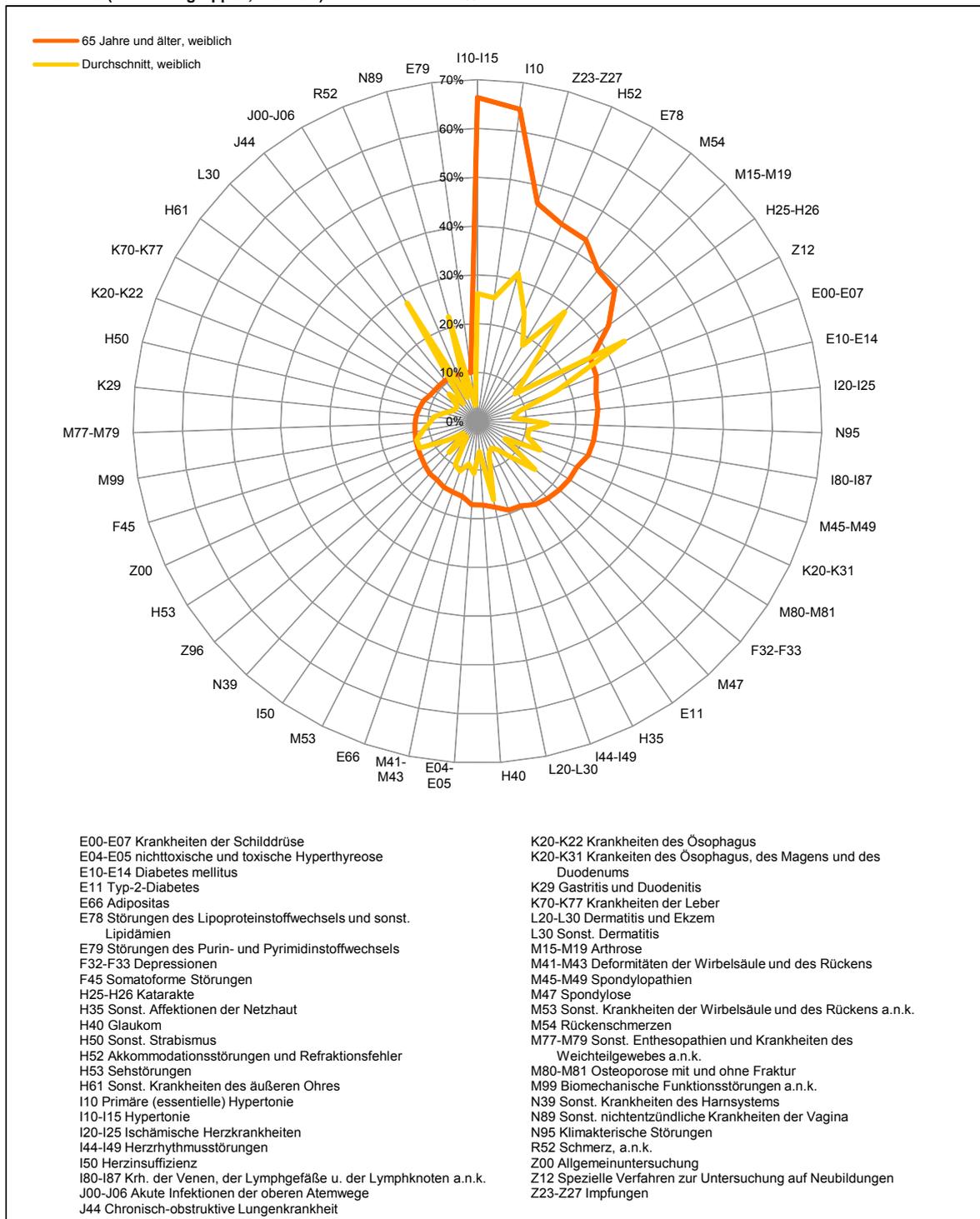
Bluthochdruck (Hypertonie) ist bei **Männern** und **Frauen** im Alter von 65 Jahren und älter die zentrale abrechnungsrelevante Diagnose, insgesamt waren zwei von drei behandelten Personen dieser Altersklasse davon betroffen. Impfungen, Krankheiten der Augen und des Kreislaufsystems nehmen bei beiden Geschlechtern einen zunehmenden Stellenwert ein: Für knapp jede zweite Person wurde eine Immunisierung zur Leistungsbegründung herangezogen. Katarakte, Affektionen der Netzhaut, Glaukom oder Sehstörungen bestimmen ebenso das Profil an häufigen Behandlungsanlässen wie auch die bereits in jüngeren Altersklassen aufgezeigten endokrinen Krankheiten, Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems oder des Muskel- und Skelettsystems. Für jeweils über 40 % der Männer und Frauen wurden Fettstoffwechselstörungen (Störungen des Lipoproteinstoffwechsels) bzw. Sehfehler (Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler) verschlüsselt. Die Profile für Männer und Frauen gleichen sich an, weiterhin bedeutende **geschlechtsspezifische Diagnosen** sind beim Mann die Vergrößerung der Prostata (Prostatahyperplasie) mit 34 % und bei Frauen klimakterische Störungen mit 24 %. Hier ist allerdings unklar, ob es sich tatsächlich um einen aktuellen Behandlungsanlass handelt oder ob die in den Jahren der hormonellen Umstellung gestellte Diagnose als Dauerdiagnose weiter mitgeführt wurde.

Die Anzahl der Diagnosen, die bei wenigstens 10 % der Personen der Altersklasse vorlagen, weist bei Männern, aber stärker noch bei Frauen auf ein Vorliegen mehrerer Erkrankungen bei einer Person (Multimorbidität) hin (vgl. Abbildungen 4.8 a und 4.8 b).

4.2.3 Ausgewählte Diagnosen in der räumlichen Gliederung

Die Verortung im Raum, also die Kodierung der Adressinformation der im Jahre 2007 im Rahmen des GKV-Leistungskataloges behandelten Berliner und Berlinerinnen, ermöglicht die **Aggregation**

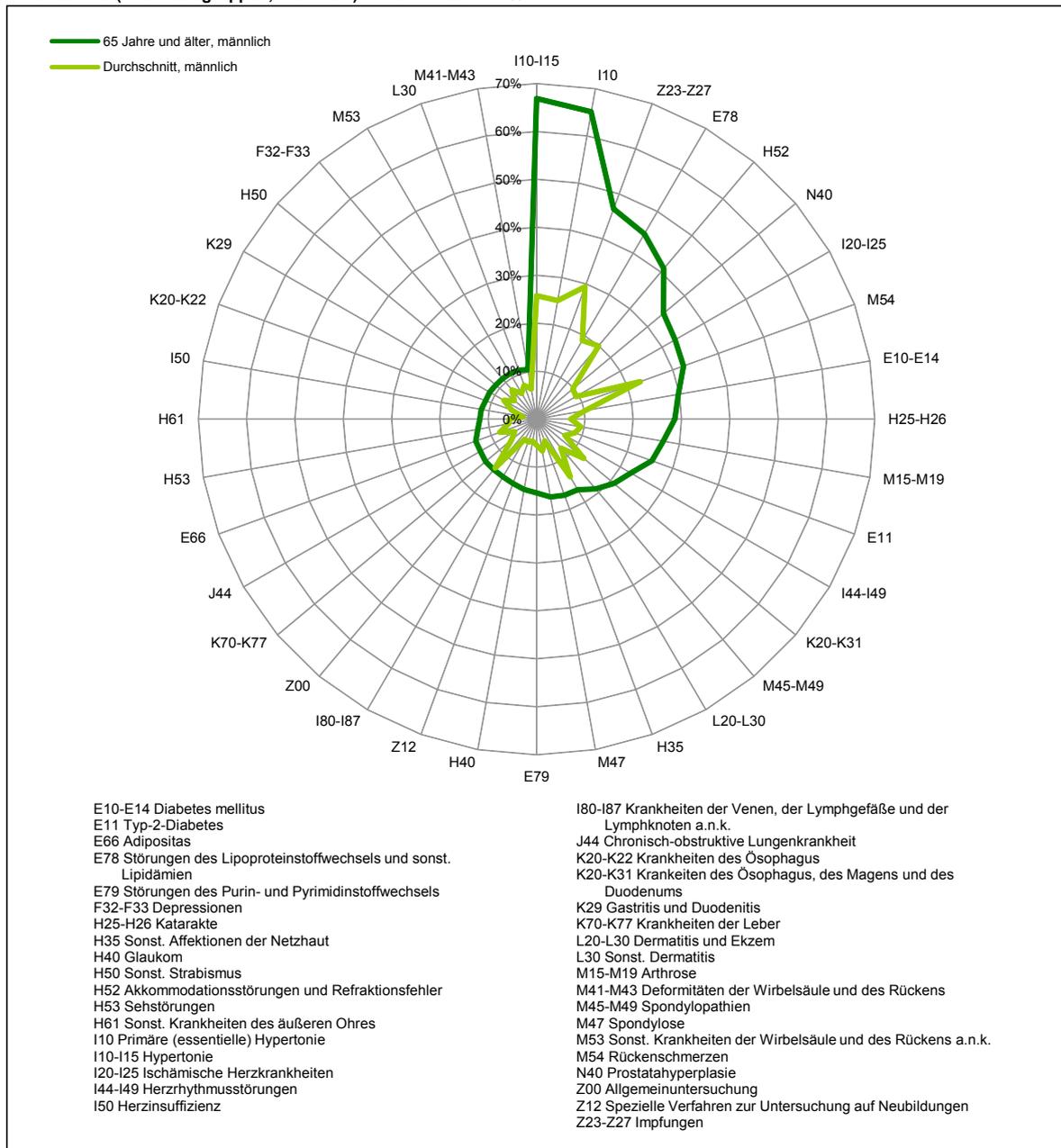
Abbildung 4.8 a:
Häufigste ambulante Behandlungsanlässe (>10% der Altersklasse und Geschlecht), 65 Jahre und älter, weiblich, im Vergleich zum Durchschnitt (alle Altersgruppen, weiblich) in Berlin 2007 - in %



(Datenquelle: KV Berlin / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

der Individualdaten auf die Ebenen des regionalen Gliederungssystems der lebensweltlich orientierten Räume (LOR). Hierfür wurden **alterstandardisierte Morbiditätsraten (SMR)** für ausgewählte Abrechnungsdiagnosen auf der Ebene der Planungsräume berechnet (zu LOR bzw. SMR vgl. im Anhang den Abschnitt Erläuterungen unter Ambulante Morbidität / Erstellung des aggregierten Datensatzes bzw. Standardisierte Morbiditätsraten). Die standardisierte Morbiditätsrate gibt an, ob eine Diagnose im betrachteten Sozialraum häufiger (Werte > 1) oder seltener (Werte < 1) als

Abbildung 4.8 b:
Häufigste ambulante Behandlungsanlässe (>10% der Altersklasse und Geschlecht), 65 Jahre und älter, männlich, im Vergleich zum Durchschnitt (alle Altersgruppen, männlich) in Berlin 2007 - in %



(Datenquelle: KV Berlin / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

im Berliner Durchschnitt gestellt wurde, wenn man die Bevölkerungen der Planungsräume vorher bezüglich ihrer Altersstruktur dem Berliner Durchschnitt vergleichbar gemacht hat.

Mit den standardisierten Morbiditätsraten der Planungsräume kann die räumliche Verteilung der Diagnosen und Behandlungsanlässe veranschaulicht werden. Sozialräumliche Disparitäten, die dabei erkennbar werden, können mit bekannten Erkenntnissen zur Berliner Sozialstruktur² verglichen werden.

² Meinschmidt, G. (Hrsg.) (2009) Sozialstrukturatlas Berlin 2008 – Ein Instrument der quantitativen, interregionalen und intertemporalen Sozialraumanalyse und -planung. Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz, Berlin.

Für die räumliche Darstellung wurden die **Diagnosen** ausgewählt, die auf der Ebene der Planungsräume substantielle **Zusammenhänge zu Indizes der Berliner Sozialstruktur** aufweisen (vgl. Abschnitt 4.2.5 Zusammenhang von Sozialstruktur und ambulanter Morbidität). Dabei wird unterschieden zwischen **Diagnosen chronischer Erkrankungen** (im Abrechnungsdatensatz als Dauerdiagnosen gekennzeichnet) und **Diagnosen akuter Erkrankungen und Behandlungsanlässe** (im Datensatz als Tagesdiagnosen gekennzeichnet).

Allerdings zeigen einige Diagnosen eine weitgehend gleichmäßige Verteilung über die Sozialräume, was sich an einer geringen Streubreite der standardisierten Morbiditätsraten ablesen lässt. Daher wird **auf eine detaillierte räumliche Darstellung für die Diagnosen verzichtet**, bei denen die SMR der Planungsräume mehrheitlich nahe am Berliner Durchschnitt liegen. Als Kriterium wurde ein Anteil von mehr als zwei Dritteln der einbezogenen 417 Planungsräume mit einer SMR zwischen 0,80 und 1,20 gewählt.

Unter den Diagnosen chronischer Erkrankungen wurde der Bluthochdruck (essentielle Hypertonie) von der räumlichen Darstellung ausgenommen, der als sehr häufige Diagnose sich zwar räumlich ähnlich verteilt wie der auf ähnlichen Risikofaktoren beruhenden Typ-II-Diabetes (vgl. unten stehenden Abschnitt zu Typ-II-Diabetes), aber insgesamt nur in wenigen Sozialräumen substantielle Abweichungen vom Berliner Durchschnitt aufweist.

Akute Erkrankungen und Behandlungsanlässe sind von dieser geringen Streuung häufiger betroffen als Diagnosen chronischer Erkrankungen. Im Einzelnen betrifft dies die besonders häufigen Diagnosen akute Infektionen der oberen Atemwege und Rückenschmerzen, weiterhin die oberflächlichen Verletzungen und offenen Wunden und die ebenfalls sehr häufig kodierte Behandlungsanlässe Krebsvorsorge (spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen) und Empfängnisverhütung (kontrazeptive Maßnahmen). Zumindest für empfängnisverhütende Maßnahmen war eine weitgehend gleichmäßige Verteilung der Nachfrage über die Wohnquartiere der Stadt zu erwarten, wenn man davon ausgeht, dass Frauen im reproduktiven Alter vor und nach der Phase der Familienplanung eine Kontrazeption wünschen.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird bei der Beschreibung der standardisierten Morbiditätsraten im Raum synonym der Begriff „Erkrankungsraten“ verwendet.

Für die **kartografische Darstellung** sind die SMR in sieben Schichten eingeteilt worden, so dass sich in jeder Schicht gleich viele Planungsräume befinden. Dabei ist die erste Schicht (in den Abbildungen hellgelb eingefärbt) gleichbedeutend mit einer im Vergleich zum Berliner Durchschnitt unterdurchschnittlichen Erkrankungsrate und die siebente Schicht (in den Abbildungen dunkelrot eingefärbt) gleichbedeutend mit einer überdurchschnittlichen Rate zu verstehen.³

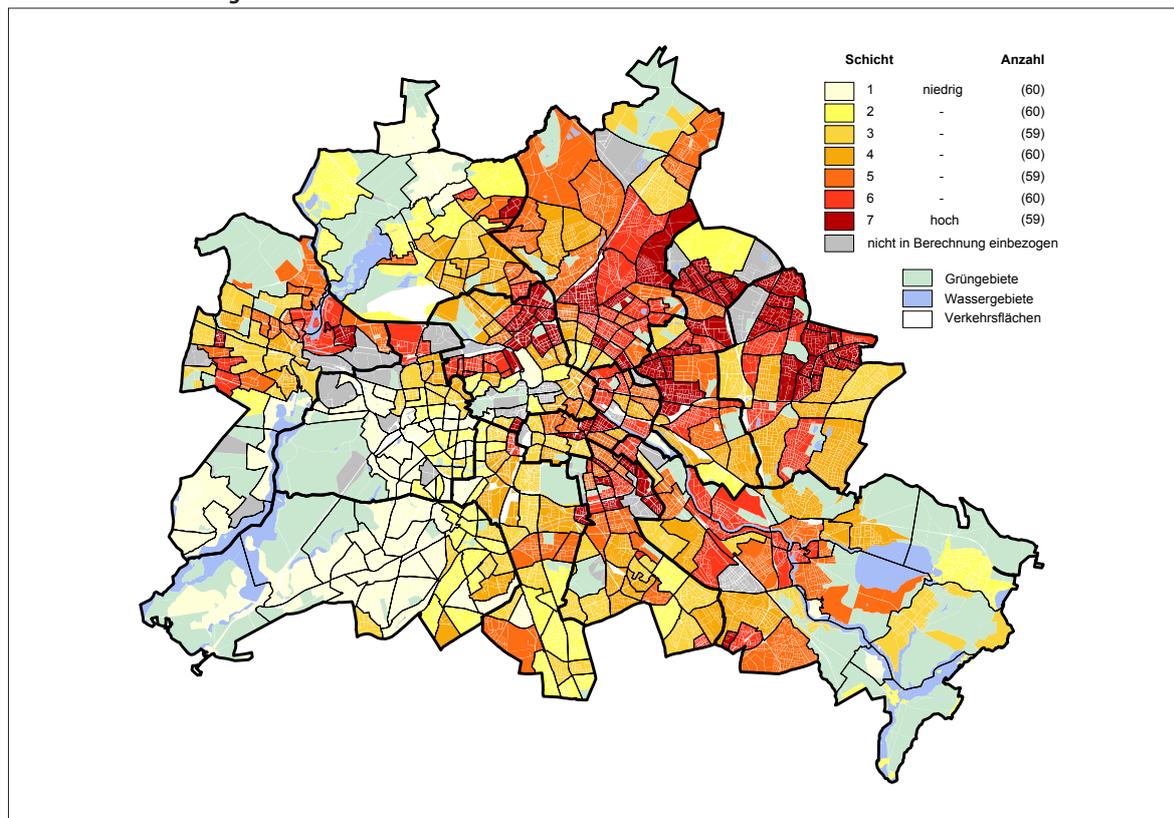
Räumliche Darstellung ausgewählter Diagnosen chronischer Erkrankungen

Typ-II-Diabetes (E11)

Bereinigt für Altersunterschiede in der Raumebene zeichnen sich eine Vielzahl von Planungsräumen in den Bezirken Pankow, Lichtenberg, Marzahn-Hellersdorf, Friedrichshain-Kreuzberg, Neukölln (nur nördliches Neukölln) und Mitte durch überdurchschnittliche (bezogen auf den Berliner Durchschnitt) Morbiditätsraten für Typ-II-Diabetes aus. Dem gegenüber stehen zumeist unterdurchschnittliche Raten in den Bezirken Reinickendorf, Charlottenburg-Wilmersdorf und Steglitz-Zehlendorf. Da es sich beim Typ-II-Diabetes um eine **ernährungsabhängige Krankheit** handelt, vermag die Darstellung von Erkrankungsdaten auf eine Ungleichverteilung von relevanten Lebensstilfaktoren in der räumlichen Gliederung hinzuweisen. Mit einer gewissen Konzentration von hohen Erkrankungsdaten scheinen die ehemaligen Ostberliner Bezirke eher konfrontiert als die ehemaligen Westberliner Bezirke (vgl. Abbildung 4.9 und im GSI verfügbare Tabelle [3.23z-1](#)).

³ Die Tabellen, die den Karten zugrunde liegen, können im Gesundheits- und Sozialinformationssystem der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz Berlin abgerufen werden: <http://www.gsi-berlin.info>.

Abbildung 4.9:
Standardisierte Morbiditätsraten (ambulante Abrechnungsdaten der GKV-Bevölkerung) für Typ-II-Diabetes (E11) auf der LOR-Ebene der Planungsräume in Berlin 2007



(Datenquelle: KV Berlin / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

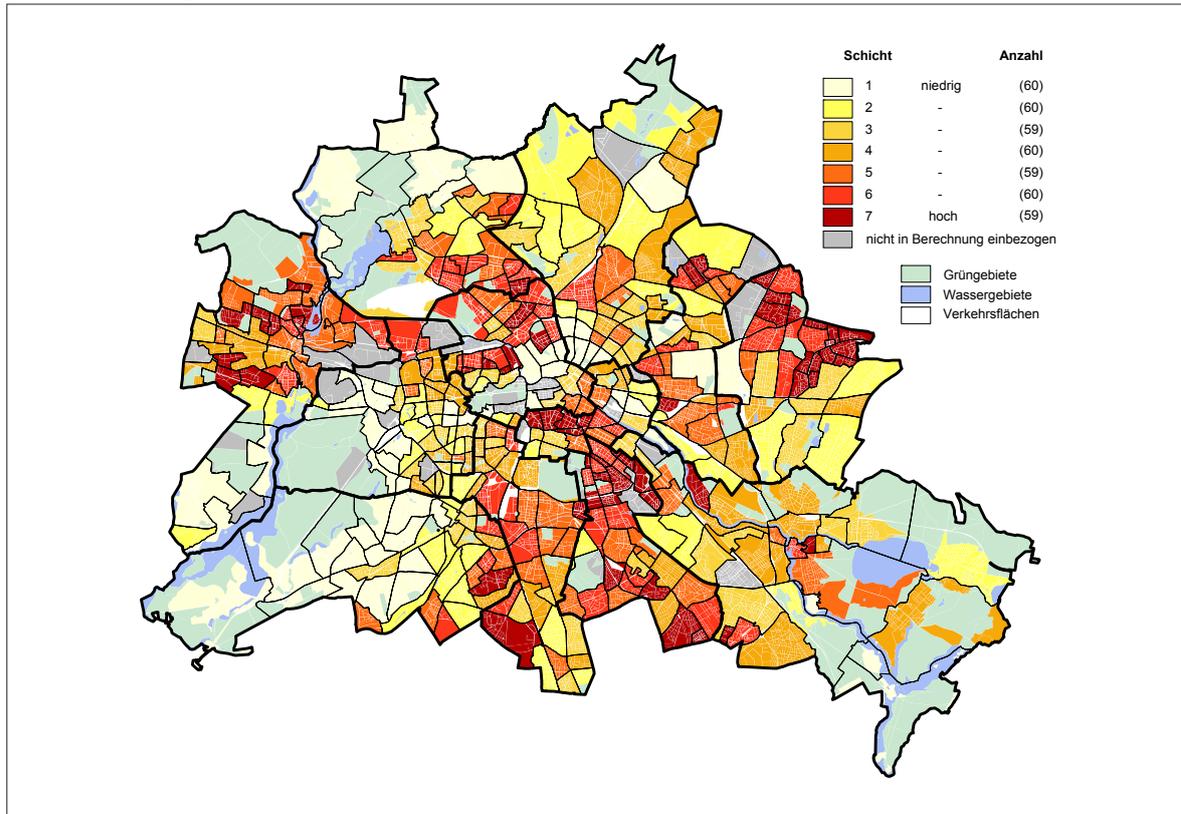
Adipositas (E66)

Im Gegensatz zum Typ-II-Diabetes zeigt die Adipositas eine gleichmäßigere Verteilung über das gesamte Stadtgebiet ohne erkennbare Konzentration auf einen Stadtteil. Da die Adipositas ebenso wie Typ-II-Diabetes stark **von den Lebensstilfaktoren abhängt** und ein Risikofaktor für die Entwicklung eines Typ-II-Diabetes ist, waren Ähnlichkeiten in der räumlichen Verteilung zu vermuten und sind auch zu erkennen. Planungsräume mit überdurchschnittlich hohen Erkrankungsraten an Adipositas (Fettsucht) liegen in den Bezirken Neukölln, Friedrichshain-Kreuzberg (Kreuzberg-Nord, Kreuzberg-Ost), Marzahn-Hellersdorf (Hellersdorf, Marzahn), Mitte (Moabit, Wedding, Gesundbrunnen) in Verbindung mit Reinickendorf Ost und Spandau (SPA 1, 2 und 3). Auch an den Grenzen von Steglitz-Zehlendorf und Tempelhof-Schöneberg sind einige Planungsräume aus der höchsten Schicht der Morbiditätsrate für Adipositas zu finden. Weniger hoch ausgeprägt scheint die Rate in Charlottenburg-Wilmersdorf und in Pankow (vgl. Abbildung 4.10 und im GSI verfügbare Tabelle [3.23z-1](#)).

Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10)

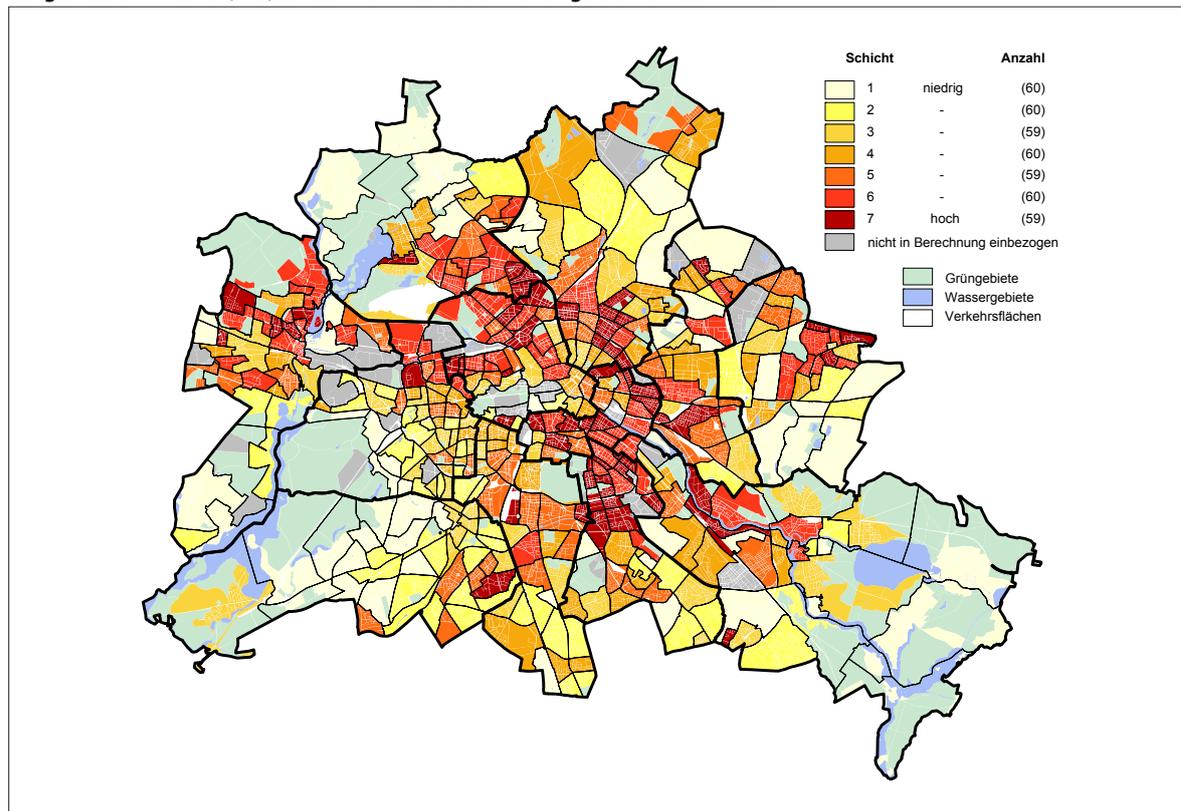
Anhand der kartografischen Darstellung wird deutlich, dass sich Planungsräume mit hohen Raten von Alkoholkrankheit im innerstädtischen Raum und den unmittelbar angrenzenden Gebieten häufen und zur Peripherie hin abnehmen. Ausnahmen davon bilden einige Planungsräume in Hellersdorf und in Spandau. Überwiegend unterdurchschnittliche SMR für diese Diagnose sind in Steglitz-Zehlendorf und Kaulsdorf-Mahlsdorf (Marzahn-Hellersdorf) zu finden (vgl. Abbildung 4.11 und im GSI verfügbare Tabelle [3.23z-1](#)).

Abbildung 4.10:
Standardisierte Morbiditätsraten (ambulante Abrechnungsdaten der GKV-Bevölkerung) für Adipositas (E66) auf der LOR-Ebene der Planungsräume in Berlin 2007



(Datenquelle: KV Berlin / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Abbildung 4.11:
Standardisierte Morbiditätsraten (ambulante Abrechnungsdaten der GKV-Bevölkerung) für psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10) auf der LOR-Ebene der Planungsräume in Berlin 2007



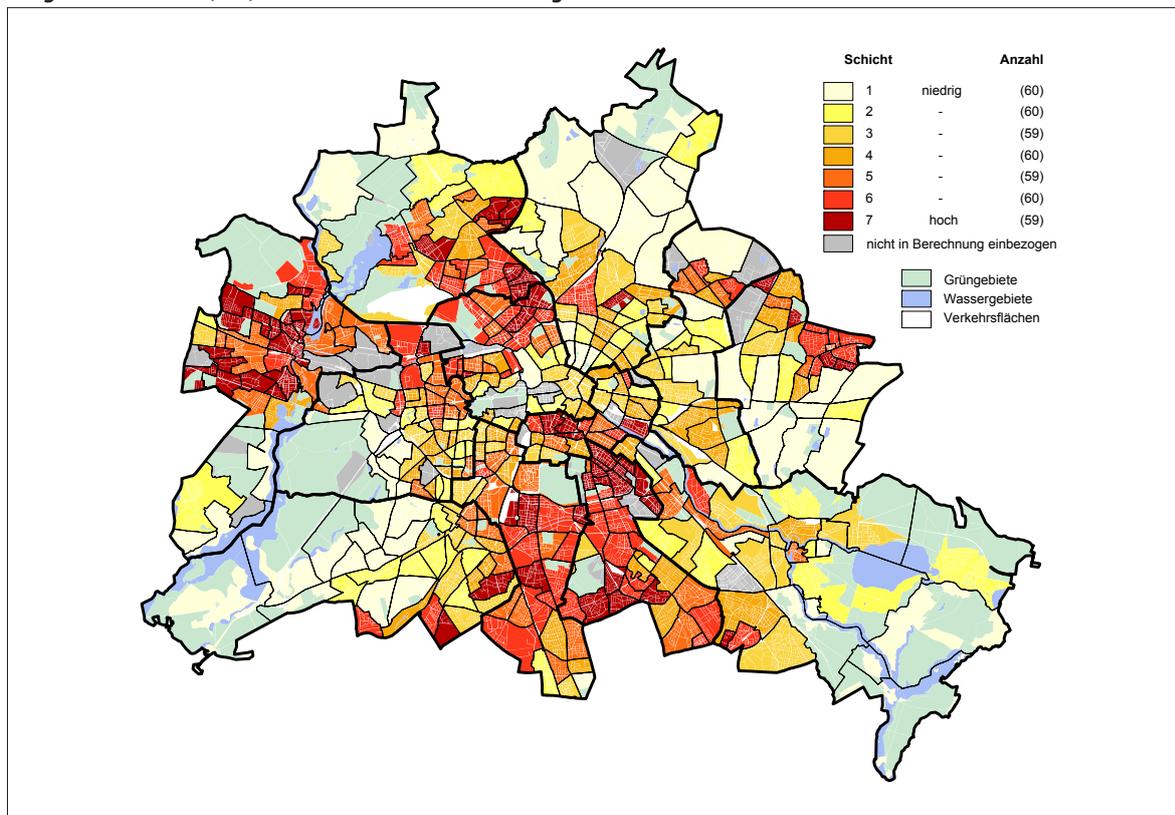
(Datenquelle: KV Berlin / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak (F17)

Diese Diagnose wird gestellt, wenn die **Nikotinabhängigkeit einen Behandlungsanlass** darstellt. Dies war bei ca. 3,5 % aller behandelten Personen der Fall, wogegen der Mikrozensus 2009 einen Tabakkonsum bei insgesamt 32 % der Berlinerinnen und Berliner ausweist (vgl. auch Abschnitt 6.1.3). Ballungsräume mit den höchsten Raten tabakassoziierter Störungen betreffen Gebiete Spandau, den Bezirk Neukölln, Reinickendorf Ost und angrenzende Planungsräume des Bezirks Mitte (Wedding, Gesundbrunnen), Kreuzberg-Nord und auch große Teile Tempelhof-Schönebergs. Eine Konzentration von Planungsräumen mit unterdurchschnittlichen Raucheranteilen ist anhand der vorliegenden Daten in Pankow, Marzahn-Hellersdorf (Biesdorf, Kaulsdorf, Mahlsdorf) und Steglitz-Zehlendorf zu beobachten (vgl. Abbildung 4.12 und im GSI verfügbare Tabelle [3.23z-1](#)).

Abbildung 4.12:

Standardisierte Morbiditätsraten (ambulante Abrechnungsdaten der GKV-Bevölkerung) für psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak (F17) auf der LOR-Ebene der Planungsräume in Berlin 2007

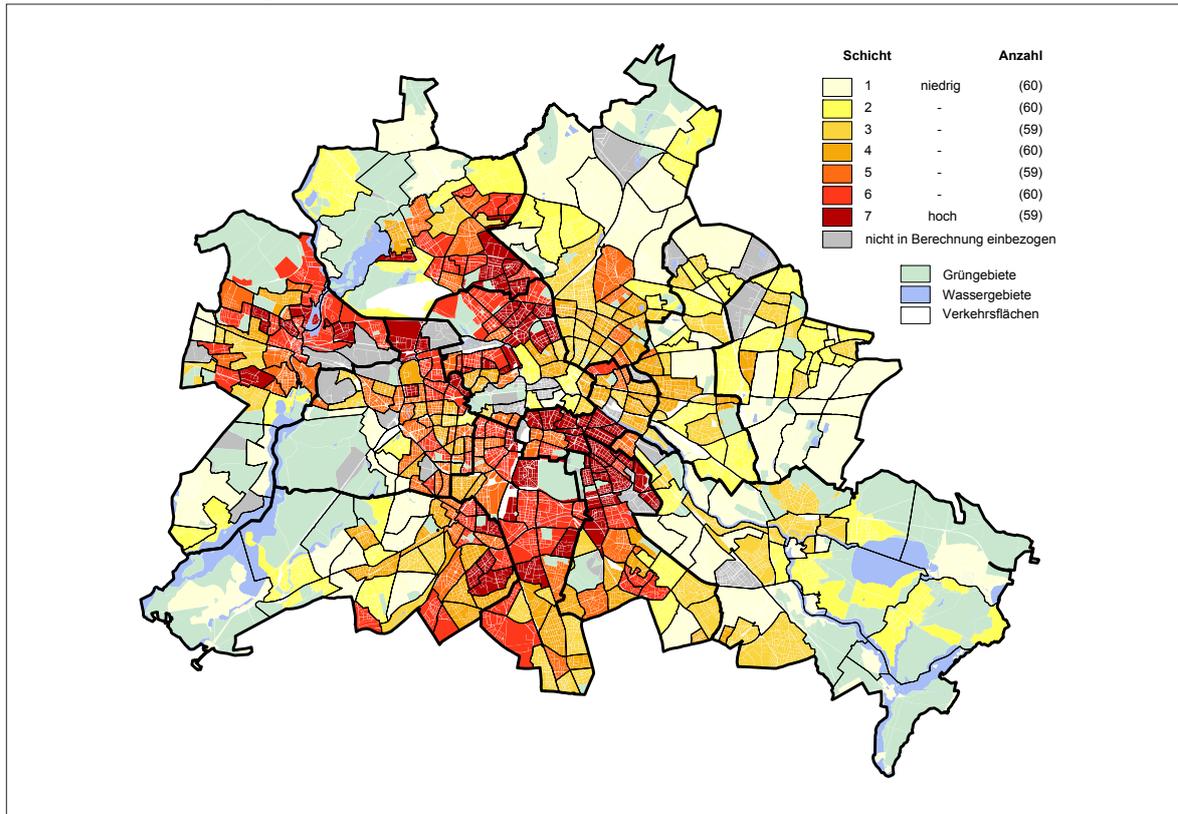


(Datenquelle: KV Berlin / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Depressionen (F32-F33)

Die regionale Verteilung von Morbiditätsraten für Depressionen zeigt eine deutliche Konzentration von Planungsräumen mit überdurchschnittlichen Raten in den ehemaligen Westberliner Bezirken. Planungsräume mit hohen Erkrankungsraten an Depressionen finden sich in Mitte und angrenzenden Gebieten Reinickendorfs, im Westteil Friedrichshain-Kreuzbergs (Kreuzberg-Nord/Süd/Ost), in Neukölln, Tempelhof-Schöneberg und angrenzenden Räumen von Steglitz-Zehlendorf, Charlottenburg-Wilmersdorf und Spandau. Auffällig viele Planungsräume mit unterdurchschnittlichen Morbiditätsraten sind hingegen in Pankow, Lichtenberg, Marzahn-Hellersdorf und Treptow-Köpenick zu finden (vgl. Abbildung 4.13 und im GSI verfügbare Tabelle [3.23z-1](#)). Eine derart deutliche Trennung zwischen Ost- und Westteil der Stadt legt die Vermutung nahe, dass hier neben Risikofaktoren für Depressionen **weitere Einflussgrößen** auf die Erkrankungsverteilung im Raum relevant sind, wie zum Beispiel die Verfügbarkeit von Psychotherapeuten oder Nervenärzten.

Abbildung 4.13:
Standardisierte Morbiditätsraten (ambulante Abrechnungsdaten der GKV-Bevölkerung) für Depressionen (F32-F33) auf der LOR-Ebene der Planungsräume in Berlin 2007



(Datenquelle: KV Berlin / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

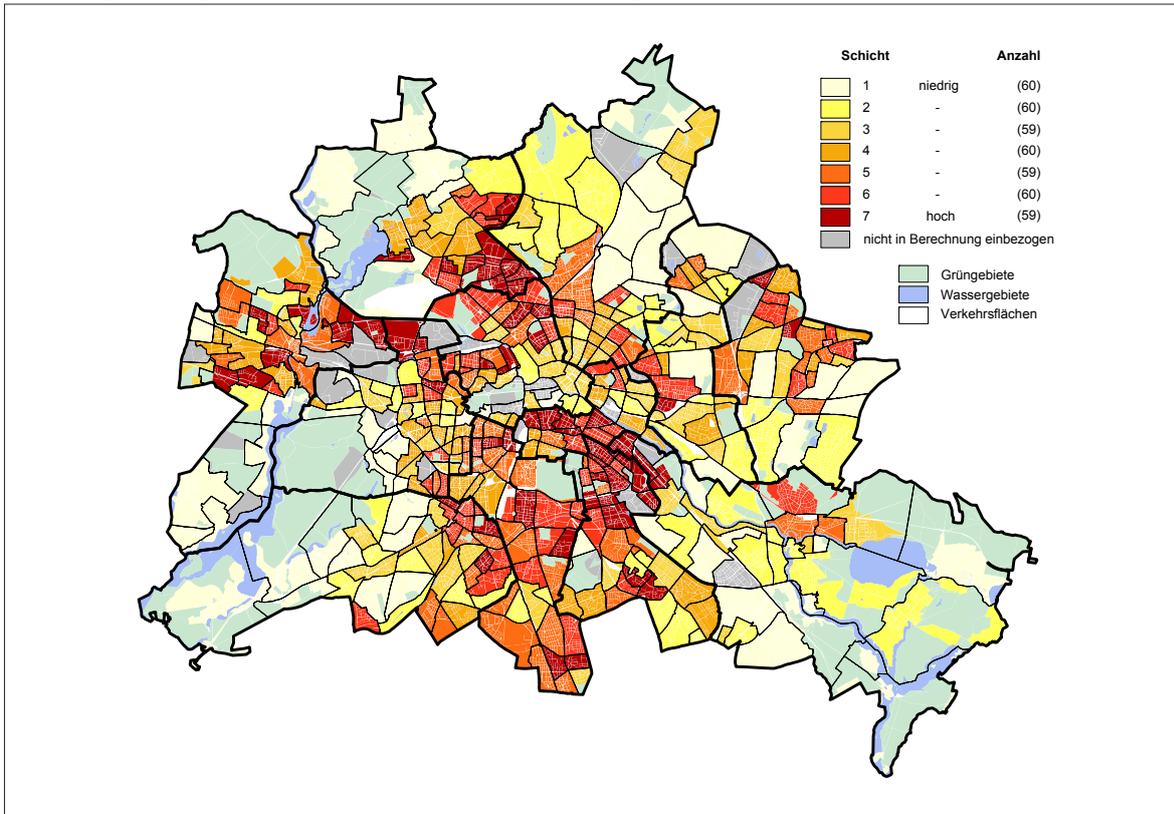
Phobische Störungen und andere Angststörungen (F40-F41)

Die kleinräumige Verteilung der Erkrankungsdaten für phobische Störungen und andere Angststörungen zeigt ähnliche Tendenzen wie die für Depressionen (vgl. vorhergehenden Absatz). Die Trennschärfe zwischen ehemaligen Ost- und Westberliner Bezirken ist für die vorliegende Diagnose jedoch weniger stark ausgeprägt als für Depressionen. Eine Ballung von Planungsräumen mit hohen Erkrankungsdaten ist im nördlichen Neukölln und angrenzenden Räumen Treptow-Köpenicks sowie Kreuzbergs und im östlichen Reinickendorf festzustellen (vgl. Abbildung 4.14 und im GSI verfügbare Tabelle [3.23z-1](#)).

Chronisch obstruktive Lungenkrankheit (J44)

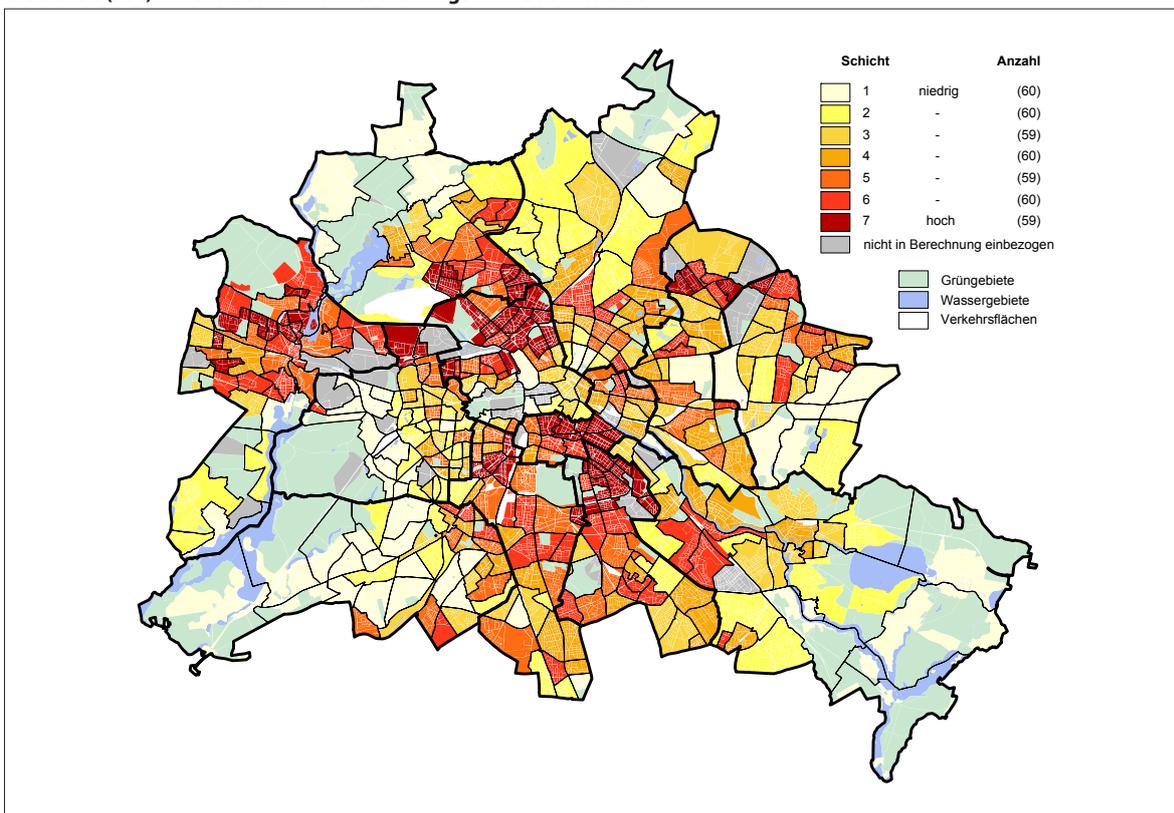
Die chronisch obstruktive Lungenkrankheit (COPD, chronic obstructive pulmonary disease) ist eine Erkrankung, die häufig **mit Rauchen im Zusammenhang** steht. So ist es wenig verwunderlich, dass die räumliche Verteilung dieser Krankheit deutliche Ähnlichkeiten mit der Verteilung der Diagnose zum Rauchen (vgl. oben den Absatz Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak) aufzeigt. Eine Konzentration von Räumen mit hohen Erkrankungsdaten für COPD findet sich hauptsächlich in Kreuzberg, Neukölln, Wedding und Gesundbrunnen (Mitte) und in Teilen Spandaus, welche auch bezüglich der Rauchdiagnose mit überdurchschnittlichen Raten aufgefallen sind. Ein in der kleinräumigen Gliederung bestehender Zusammenhang zwischen beiden Größen ist offensichtlich (vgl. Abbildung 4.15 und im GSI verfügbare Tabelle [3.23z-1](#)).

Abbildung 4.14:
Standardisierte Morbiditätsraten (ambulante Abrechnungsdaten der GKV-Bevölkerung) für phobische Störungen und andere Angststörungen (F40-F41) auf der LOR-Ebene der Planungsräume in Berlin 2007



(Datenquelle: KV Berlin / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Abbildung 4.15:
Standardisierte Morbiditätsraten (ambulante Abrechnungsdaten der GKV-Bevölkerung) für chronisch obstruktive Lungenerkrankung (J44) auf der LOR-Ebene der Planungsräume in Berlin 2007



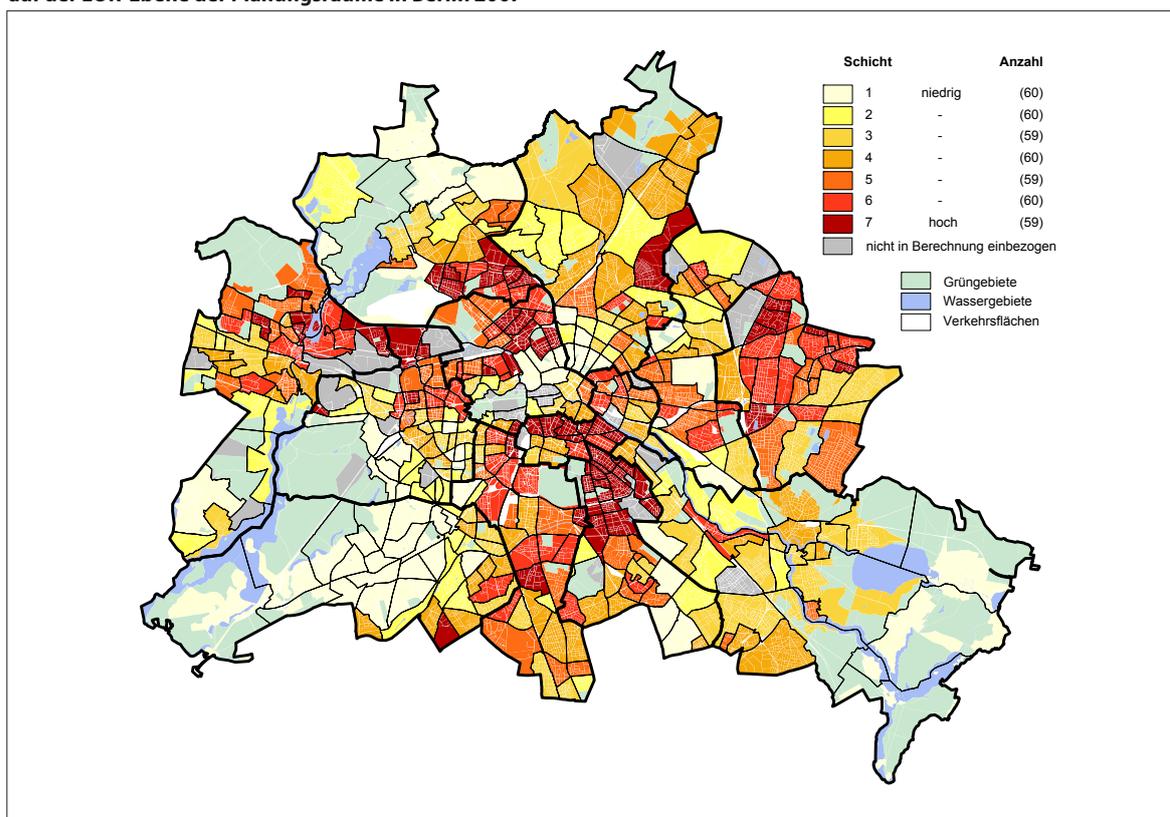
(Datenquelle: KV Berlin / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Räumliche Darstellung ausgewählter Diagnosen akuter Erkrankungen und Behandlungsanlässe

Gastritis und Duodenitis (K29)

Für die akute Magen-/Darmrentzündung sind unter Berücksichtigung von Alterseffekten hohe Erkrankungsraten besonders häufig in Neukölln, Friedrichshain-Kreuzberg, Marzahn-Hellersdorf, Mitte (außer Zentrum) und in Teilen Spandaus zu beobachten. Eher unterdurchschnittliche Erkrankungsraten treten zumeist in Planungsräumen Steglitz-Zehlendorfs und in der Peripherie Reinickendorfs oder Treptow-Köpenicks auf (vgl. Abbildung 4.16 und im GSI verfügbare Tabelle [3.23z-2](#)).

Abbildung 4.16:
Standardisierte Morbiditätsraten (ambulante Abrechnungsdaten der GKV-Bevölkerung) für Gastritis und Duodenitis (K29) auf der LOR-Ebene der Planungsräume in Berlin 2007

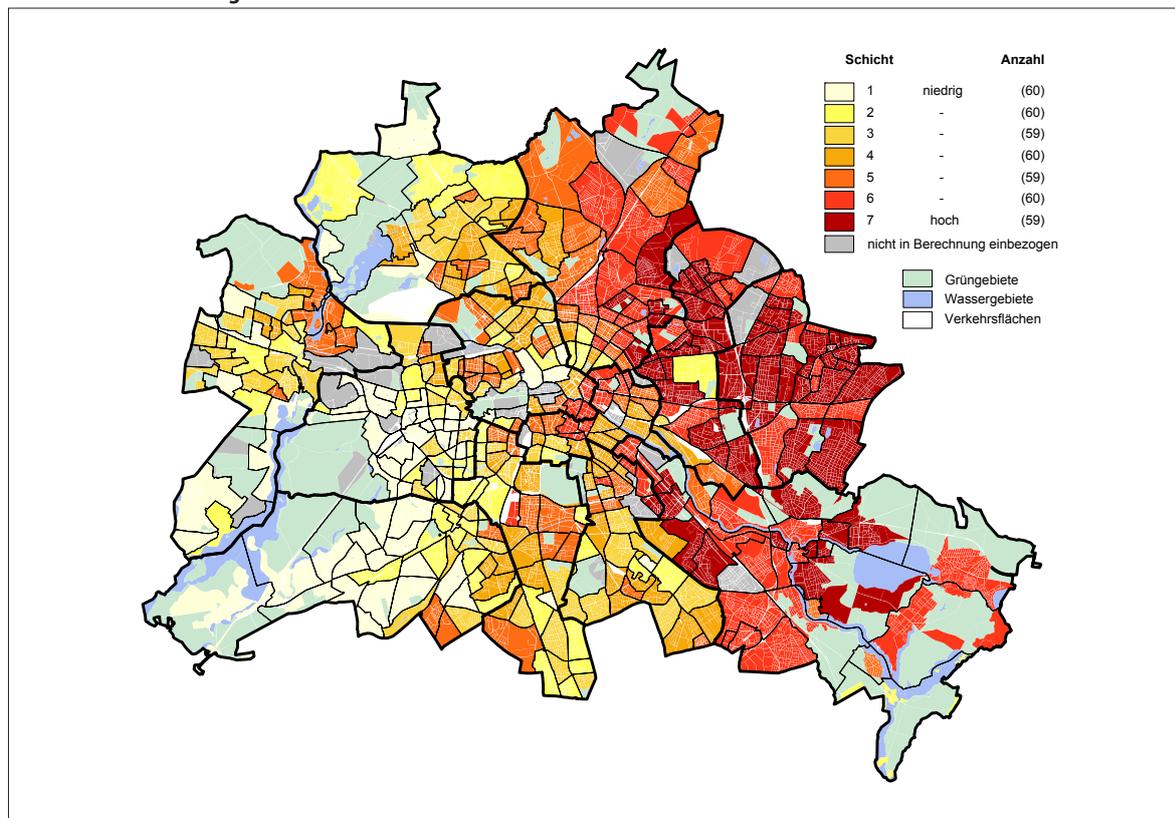


(Datenquelle: KV Berlin / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Impfungen (Z23-Z27)

Bei der Inanspruchnahme von Impfungen wird eine Ost-West-Trennung Berlins deutlich: Während die Planungsräume ehemaliger Ostberliner Bezirke zu einem hohen Anteil überdurchschnittliche Raten im Hinblick auf Impfungen aufweisen, ist der Westteil der Stadt und insbesondere Steglitz-Zehlendorf und Charlottenburg-Wilmersdorf zumeist durch Planungsräume mit unterdurchschnittlichen Raten gekennzeichnet. Fraglich ist, ob diese Verteilung durch das Gesundheitsbewusstsein der Bevölkerung zu erklären ist oder durch das Angebot von Ärzten und Ärztinnen, Impfungen im Rahmen von Routineuntersuchungen den Patienten und Patientinnen auch anzubieten. Zumindest ist bekannt, dass die **Impfbereitschaft** in der damaligen DDR und teilweise noch heute in den ehemaligen Ostberliner Bezirken höher war als im übrigen Bundesgebiet (vgl. Abbildung 4.17 und im GSI verfügbare Tabelle [3.23z-2](#)).

Abbildung 4.17:
Standardisierte Morbiditätsraten (ambulante Abrechnungsdaten der GKV-Bevölkerung) für Impfungen (Z23-Z27) auf der LOR-Ebene der Planungsräume in Berlin 2007



(Datenquelle: KV Berlin / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

4.2.4 Morbiditätsindizes in der räumlichen Gliederung

Wie aus der Betrachtung des alters- und geschlechtsspezifischen Morbiditätsspektrums und der Darstellung ausgewählter Diagnosen in der räumlichen Gliederung hervorging, treten bestimmte Krankheiten bzw. gesundheitsrelevante Verhaltensweisen in bestimmten Gruppen und aggregiert in bestimmten Gebieten auf. Zur **Abbildung bestehender Morbiditätsmuster in der räumlichen Gliederung** werden mit Hilfe der Faktorenanalyse so genannte **Morbiditätsindizes** gebildet, die die Räume hinsichtlich der dort vorherrschenden Krankheiten bzw. gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen charakterisieren. Ebenso wie für die standardisierten Morbiditätsraten werden anhand der Ausprägung der Morbiditätsindizes die Planungsräume in sieben gleich große Schichten eingeteilt, die nachfolgend kartografisch dargestellt sind.⁴

Da die Gesundheit in engem Zusammenhang mit der sozialen Lage steht, soll im nächsten Schritt eine entsprechende Korrelation zwischen der über die Morbiditätsindizes abgebildeten Morbiditätsstruktur und den aus der Sozialraumanalyse abgeleiteten Sozialstrukturindizes hergestellt werden.

Es wurden vier Hintergrundfaktoren (im Folgenden Morbiditätsindizes genannt) zur Beschreibung des Morbiditätsgeschehens auf der Grundlage der auf Planungsebene vorliegenden standardisierten Morbiditätsraten identifiziert (zur Erläuterung der Methode siehe im Anhang den Abschnitt Erläuterungen unter Ambulante Morbidität / Bildung von Faktoren zur Beschreibung von Morbiditätsmustern). Jeder **Morbiditätsindex (oder Faktor) ist durch bestimmte Diagnosen oder Diagnosegruppen gekennzeichnet**, die auf der Aggregationsebene der Planungsräume eine ähnliche Verteilung aufweisen. Um die Diagnosen bzw. Diagnosegruppen den vier Morbiditäts-

⁴ Die Tabellen, die den Karten zugrunde liegen, können im Gesundheits- und Sozialinformationssystem der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz Berlin abgerufen werden: <http://www.gsi-berlin.info>.

indizes zuzuordnen, werden die Korrelationen der Diagnosen mit den Morbiditätsindizes (auch Faktorladungen genannt) herangezogen. Eine Diagnose oder Diagnosegruppe wird einem Morbiditätsindex zugeordnet, wenn sie mit ihm eine Korrelation $> 0,50$ aufweist.

Tabelle 4.2 zeigt die vier Morbiditätsindizes mit den dazugehörigen Faktorladungen der eingehenden Diagnosen. Faktorladungen $> 0,50$, die dazu führen, dass die Diagnose dem entsprechenden Morbiditätsindex zugeordnet wird, sind in der Tabelle farbig unterlegt, Faktorladungen $< 0,10$, die als unbedeutend erachtet werden, sind nicht aufgeführt.

Tabelle 4.2:

Faktorladungen (Korrelationen zwischen Morbiditätsindizes und Diagnosen (ambulante Abrechnungsdaten der GKV-Bevölkerung)) auf der Ebene der Planungsräume in Berlin 2007

Diagnosegruppe/Diagnose (ICD-10)		Morbiditätsindex			
		I	II	III	IV
A00-B99	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten				
A09	Diarrhoe und Gastroenteritis	0,544	0,332	0,196	
A15-A19	Tuberkulose	0,616		-0,146	
B37	Kandidose	0,622	-0,170	0,269	0,217
C00-D48	Neubildungen				
C33-C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	0,449	0,328	-0,142	0,108
C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse			0,533	0,256
C61	Bösartige Neubildung der Prostata	-0,283	0,546		
E00-E90	Endokrine Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten				
E04-E05	Nichttoxische und toxische Hyperthyreose		0,860	0,270	
E11	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus	0,526	0,720		
E66	Adipositas	0,786	0,376	0,154	
E78	Störungen des Lipidstoffwechsels und sonstige Lipidämien	0,594	0,342	0,374	0,314
F00-F99	Psychische und Verhaltensstörungen				
F10-F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	0,846			0,126
F32-F33	Depressive Episode, rezidivierende depressive Störung	0,858	-0,272		0,163
F40-F41	Phobische Störungen, andere Angststörungen	0,771		0,202	
F43	Reaktion auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	0,676			
F45	Somatoforme Störungen	0,711		0,250	0,203
G00-G99	Krankheiten des Nervensystems				
G43-G44	Kopfschmerzsyndrome	0,707	0,284	0,384	
G47	Schlafstörungen	0,721	0,302		
H00-H59	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde				
H10	Konjunktivitis	0,499	0,348	0,222	-0,270
H35	Sonst. Affektionen der Netzhaut	0,186	0,549	0,202	
H43	Affektionen des Glaskörpers			0,531	
H50	Sonst. Strabismus	0,264	-0,192	0,586	
H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	0,300	0,552	0,412	
H53	Sehstörungen		0,560	0,271	-0,176
H60-H95	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes				
H60	Otitis externa	0,516	-0,244	0,124	0,321
I00-I99	Krankheiten des Kreislaufsystems				
I10-I15	Hypertonie	0,294	0,896	0,166	
I20-I25	Ischämische Herzkrankheiten	0,109	0,889	-0,145	0,162
I44-I49	Herzrhythmusstörungen		0,815		0,291
I50	Herzinsuffizienz	0,589	0,131		0,249
I73	Sonst. periphere Gefäßerkrankungen	0,680	0,384		
I80-I87	Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten, a.n.k.	0,366	0,656	0,312	0,107
J00-J99	Krankheiten des Atmungssystems				
J00-J06	Akute Infektionen der oberen Atemwege	0,729	0,495	0,107	
J20-J22	Sonst. akute Infektionen der unteren Atemwege	0,577	0,347	0,170	0,230
J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	0,732	-0,165	0,121	-0,229
J44	Sonst. chronische obstruktive Lungenkrankheit	0,854	0,167		
J45-J46	Asthma bronchiale, Status asthmaticus	0,715	0,175	0,377	

noch Tabelle 4.2:

Diagnosegruppe/Diagnose (ICD-10)		Morbiditätsindex			
		I	II	III	IV
K00-K93	Krankheiten des Verdauungssystems				
K20-K22	Krankheiten des Ösophagus	0,450	0,676		
K25-K28	Ulcus-Krankheiten	0,851			
K29	Gastritis und Duodenitis	0,834	0,254		
K52	Sonst. nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	0,654	0,384	0,261	-0,113
K70-K77	Krankheiten der Leber	0,666	0,113	0,302	0,293
M00-M99	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und der Bindegewebes				
M15-M19	Arthrose	0,454	0,644	0,290	0,300
M25	Sonst. Gelenkkrankheiten, a.n.k.	0,690	0,151		0,305
M41-M43	Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens	0,341	0,231	0,284	0,600
M45-M49	Spondylopathien	0,342	0,276	0,288	0,635
M54	Rückenschmerzen	0,847	0,311	0,154	0,102
M62	Sonst. Muskelkrankheiten	0,202	0,222	-0,103	0,647
M77-M79	Sonst. Enthesopathien und Krankheiten des Weichteilgewebes, a.n.k.	0,766	0,175	0,277	0,254
M80-M81	Osteoporose mit und ohne Fraktur	0,182	0,752		0,226
N00-N99	Krankheiten des Urogenitalsystems				
N39	Sonst. Krankheiten des Harnsystems	0,577		0,317	0,350
N40	Prostatahyperplasie	-0,206	0,729		0,263
N76	Sonst. entzündliche Krankheit der Vagina und der Vulva	0,363		0,565	
N89	Sonst. nichtentzündliche Krankheiten der Vagina		0,111	0,588	
N92	Zu starke, zu häufige oder unregelmäßige Menstruation	0,182	0,246	0,617	-0,184
N94	Schmerz und andere Zustände im Zusammenhang mit den weiblichen Genitalorganen und dem Menstruationszyklus		0,357	0,604	0,153
N95	Klimakterische Störungen		0,217	0,697	0,138
R00-R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, a.n.k.				
R05	Husten	0,671	0,159		-0,115
R10	Bauch- und Beckenschmerzen	0,906		0,107	
R11	Übelkeit und Erbrechen	0,752	0,368		-0,177
R42	Schwindel und Taumel	0,829			0,104
R51	Kopfschmerz	0,910			
R52	Schmerz, a.n.k.	0,738			0,195
S00-T98	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen				
S00-S91	Oberflächliche Verletzung und offene Wunde	0,710	0,393		0,150
S02-S92	Fraktur	0,549	0,322	0,125	0,285
S03-S93	Luxation, Verstauchung und Zerrung	0,549	0,208	0,334	0,121
T14	Verletzung an einer nicht näher benannten Körperregion	0,627			
Z00-Z99	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen				
Z00	Allgemeinuntersuchung	0,224	0,595	-0,104	
Z12	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen		0,596	0,537	-0,143
Z23-Z27	Notwendigkeit der Impfung (Immunisierung)	0,131	0,923		
Z30	Kontrazeptive Maßnahmen	-0,104	0,552	0,665	

(Datenquelle: KV Berlin / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Morbiditätsindex I

Morbiditätsindex I:
 Infektionskrankheiten,
 psychosomatische
 Beschwerden und
 Adipositas

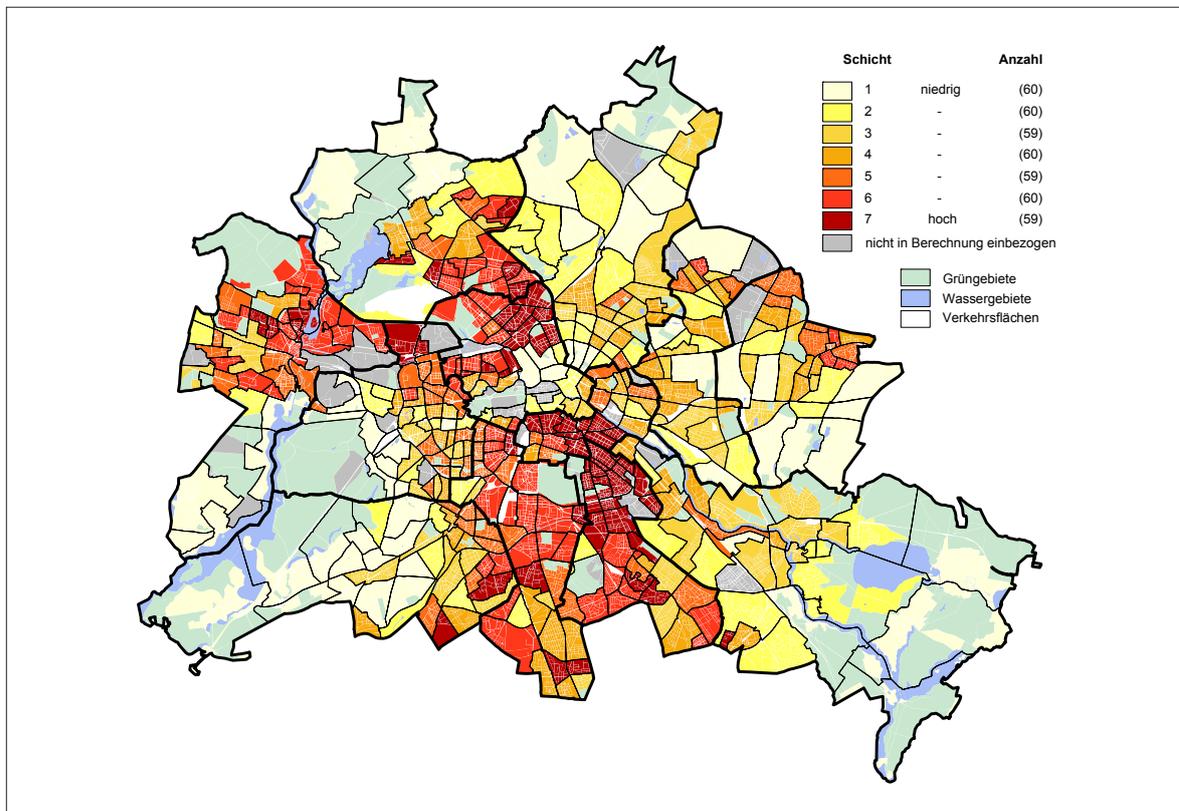
Der *erste Faktor* vereint die meisten *Diagnosen bzw. Diagnosegruppen* auf sich und ist gekennzeichnet durch ein relativ breites Spektrum an akuten und chronischen Krankheiten. Eine hohe Werteausprägung für den Morbiditätsindex I geht mit hohen Raten an akuten Infektionskrankheiten wie Durchfall und Magen-/Darmentzündung, Gehörgangsentzündung, Infekten der Atemwege, und Krankheiten des Harnsystems einher, aber auch an akuten Symptomen wie Rückenschmerzen, Husten, Bauch- und Beckenschmerzen, Kopfschmerz oder Verletzungen. Diese Merkmale sprechen dafür, dass in diesem Index relevante Behandlungsanlässe der *jüngeren Patientinnen und Patienten* (0 bis 14 Jahre, 15 bis 24 Jahre) zum

Tragen kommen und dadurch möglicherweise Räume gekennzeichnet sind, in denen viele Kinder leben und in denen trotz Altersstandardisierung diese Krankheiten einen häufigeren Behandlungsanlass bieten.

Daneben sind aber ebenso Krankheiten des *Erwachsenenalters*, welche eher als chronisch zu bezeichnen sind, wie Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (Adipositas, Fettstoffwechselstörungen), psychische und Verhaltensstörungen, Atemwegskrankheiten (Bronchitis, chronisch obstruktive Lungenkrankheit, Lungenkrebs), sonstige periphere Gefäßkrankheiten, Krankheiten des Verdauungssystems oder einige Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems ausschlaggebend. Auch bei diesen Merkmalen gehen hohe Indexwerte mit hohen SMR einher. Aus der alters- und geschlechtsspezifischen Betrachtungsweise ist bekannt, dass diese Krankheiten ihren Gipfel zumeist im höheren erwerbsfähigen Alter, jedoch nicht in der höchsten Altersklasse haben. Morbiditätsindex I vereint demnach sowohl typische Krankheiten des Kindes- und Jugendalters als auch des Erwachsenenalters ohne nennenswerte Einflüsse des Geschlechts.

Die *kartografische Darstellung* (vgl. Abbildung 4.18) zeigt eine deutliche Konzentration von Planungsräumen mit hohen Werten für den Morbiditätsindex I in den zentralen Berliner Bezirken (hier hauptsächlich in Moabit, Wedding und Kreuzberg) und den zentrumsnahen Planungsräumen angrenzender Bezirke, insbesondere Spandau, Reinickendorf, Neukölln und Tempelhof-Schöneberg. In den Planungsräumen der übrigen Bezirke liegen in überwiegenderem Maße mittlere bis niedrige Index-Werte vor (vgl. im GSI verfügbare Tabelle 3.23z-3). Über einen möglichen Zusammenhang der räumlichen Verteilung dieses Morbiditätsindex zur Sozialstruktur Berlins wird unten im Abschnitt 4.2.5 Zusammenhang von Sozialstruktur und ambulanter Morbidität berichtet.

Abbildung 4.18:
Morbiditätsindex I (ambulante Abrechnungsdaten der GKV-Bevölkerung) auf der LOR-Ebene der Planungsräume



(Datenquelle: KV Berlin / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Morbiditätsindex II

Morbiditätsindex II:
Alterserkrankungen
(vor allem von
Männern) und
Krankheitsvorsorge

Der **zweite Faktor** charakterisiert zum einen typische Alterskrankheiten des männlichen Geschlechts (Prostatakrebs, Prostatavergrößerung), aber auch **Krankheiten**, von denen in der alters- und geschlechtsspezifischen Darstellung gezeigt wurde, dass sie häufiger bei **Männern** angegeben wurden als bei Frauen, wie z. B. Diabetes mellitus oder Krankheiten des Kreislaufsystems. Zu einem gewissen Maß kennzeichnet der Morbiditätsindex II also Krankheiten, die eher dem männlichen Geschlecht zuzuschreiben sind, aber auch solche, deren Auftreten eine starke **Alterskomponente** beinhaltet. So erklären sich dementsprechend die Korrelationen zu Augenkrankheiten und zu Osteoporose.

Als weitere Auffälligkeit dieses Indexes ist der starke Zusammenhang zu den so genannten Z-Diagnosen (d. h. Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitssystems führen) zu nennen. Hier zeigen insbesondere Impfungen, Allgemeinuntersuchungen und Krebsvorsorgeuntersuchungen (vgl. dazu auch Kapitel 6.2 Gesundheitsvorsorge) deutliche Korrelationen. Wie an anderer Stelle gezeigt, sind Impfungen und Allgemeinuntersuchungen in besonderem Maße abrechnungsrelevant unter Kindern, aber auch zum Teil unter älteren Personen, wohingegen Krebsvorsorgeuntersuchungen eine entscheidende Rolle im Behandlungsspektrum junger Frauen und Frauen mittleren Alters zeigen. Dies macht eine inhaltliche Interpretation insofern schwierig, als dass die hier aufgezeigten Merkmale weder einer bestimmten Altersklasse noch einem Geschlecht zuzuordnen sind. Möglicherweise steht an dieser Stelle das individuelle Gesundheitsverhalten (Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen etc.), welches neben Alter und Geschlecht von weiteren Faktoren abhängt, im Vordergrund. Morbiditätsindex II ist somit gekennzeichnet durch Krankheiten des Alters (insbesondere der Männer) und durch ein gewisses Gesundheitsvorsorgeverhalten.

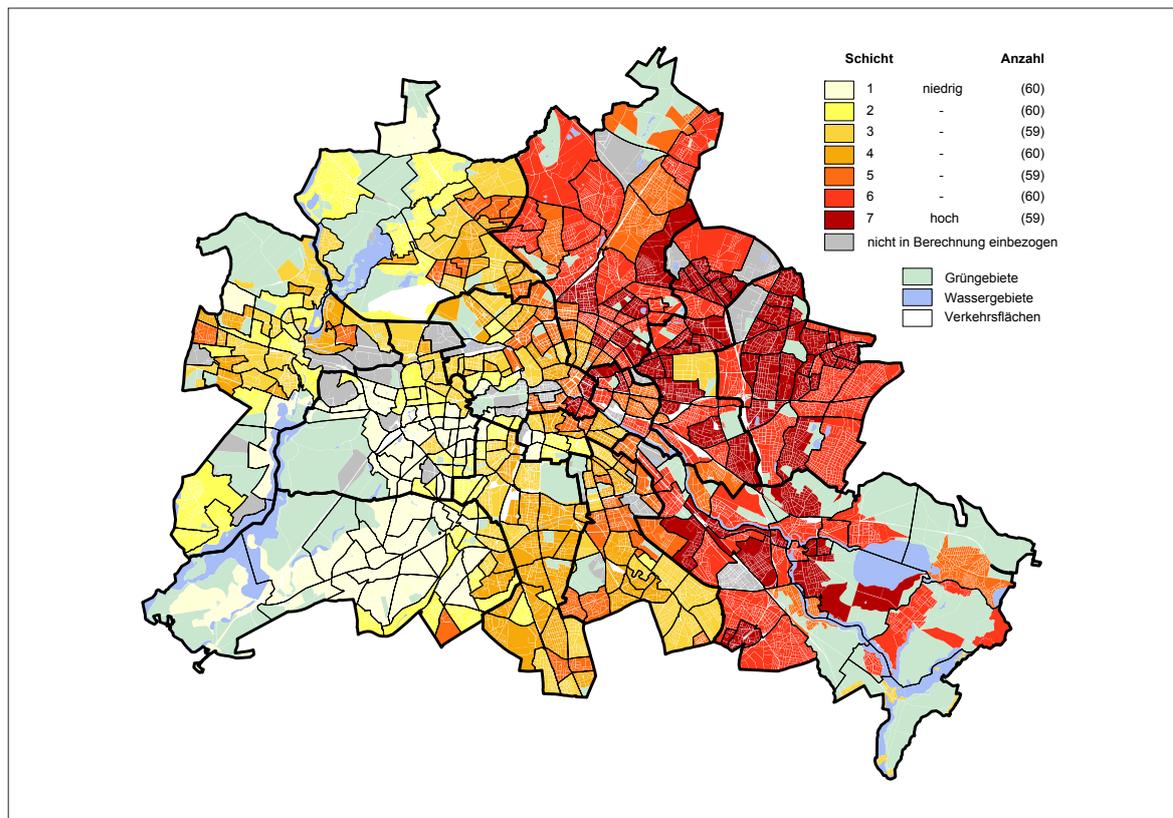
In der **kartografischen Darstellung** (vgl. Abbildung 4.19) wird deutlich, dass der Morbiditätsindex II starke räumliche Disparitäten anhand der damaligen Grenze zwischen Ost- und West-Berlin aufweist. Bis auf wenige Ausnahmen sind die Planungsräume mit hohen Index-Werten in den Bezirken Pankow, Lichtenberg, Marzahn-Hellersdorf und Treptow-Köpenick zu finden und zusätzlich in ehemaligen Ostberliner Gebieten der Bezirke Mitte und Friedrichshain-Kreuzberg (vgl. im GSI verfügbare Tabelle [3.23z-3](#)).

Diese Verteilung legt die Vermutung nahe, dass es auch 17 Jahre nach der deutschen Wiedervereinigung Unterschiede bezüglich der gesundheitlichen Lage, wie über den Morbiditätsindex II charakterisiert, zwischen Gebieten der damaligen DDR und BRD gibt. Diese Vermutung wird unterstützt durch Untersuchungen des Robert Koch-Instituts, die zeigen, dass sowohl die Prävalenz von einigen Herz-Kreislauf-Krankheiten als auch die Häufigkeit eines diagnostizierten Diabetes mellitus in den neuen Bundesländern nach wie vor höher ausfällt als in den alten Bundesländern. Ebenso wurde beobachtet, dass die Impfkzeptanz und damit die Durchimpfungsrate in der Bevölkerung der neuen Bundesländer höher sind als die der alten Bundesländer⁵.

Die Möglichkeiten von Erklärungen für die kleinräumige Ausprägung des Morbiditätsindex II gehen jedoch über eine tatsächlich vorliegende verschiedene Krankheitslast bzw. ein tatsächlich vorliegendes unterschiedliches Vorsorgeverhalten hinaus. Die regionale Verteilung bietet zusätzlich Raum für Spekulationen bezüglich eines historisch gewachsenen Inanspruchnahmeverhaltens auf Seiten der Patientinnen und Patienten (welches sich wiederum auf die Wahrscheinlichkeit einer Diagnosestellung auswirkt), aber auch eines historisch bedingten Kodier- bzw. Abrechnungsverhaltens auf vertragsärztlicher Seite. Es werden außerdem Handlungsspielräume im Rahmen der regionalen medizinischen Versorgungssituationen und -bedarfe eröffnet. Dem kann mit der vorliegenden Arbeit an dieser Stelle nicht nachgegangen werden.

⁵ Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2009): 20 Jahre nach dem Fall der Mauer: Wie hat sich die Gesundheit in Deutschland entwickelt? Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin.

Abbildung 4.19:
Morbiditätsindex II (ambulante Abrechnungsdaten der GKV-Bevölkerung) auf der LOR-Ebene der Planungsräume in Berlin 2007



(Datenquelle: KV Berlin / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Morbiditätsindex III

Der **dritte Faktor** ist gekennzeichnet durch starke Korrelationen zu **Diagnosen**, die ausschließlich das **weibliche Geschlecht** betreffen. So vereinen sich im Morbiditätsindex III neben bösartigen Neubildungen der weiblichen Brustdrüse und Krankheiten der weiblichen Genitalorgane bzw. Zuständen in Verbindung mit dem weiblichen Menstruationszyklus auch typische Behandlungsanlässe von Frauen wie kontrazeptive Maßnahmen oder spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen. Hohe Indexwerte gehen somit mit hohen Raten an den aufgezeigten frauenspezifischen Behandlungsanlässen einher.

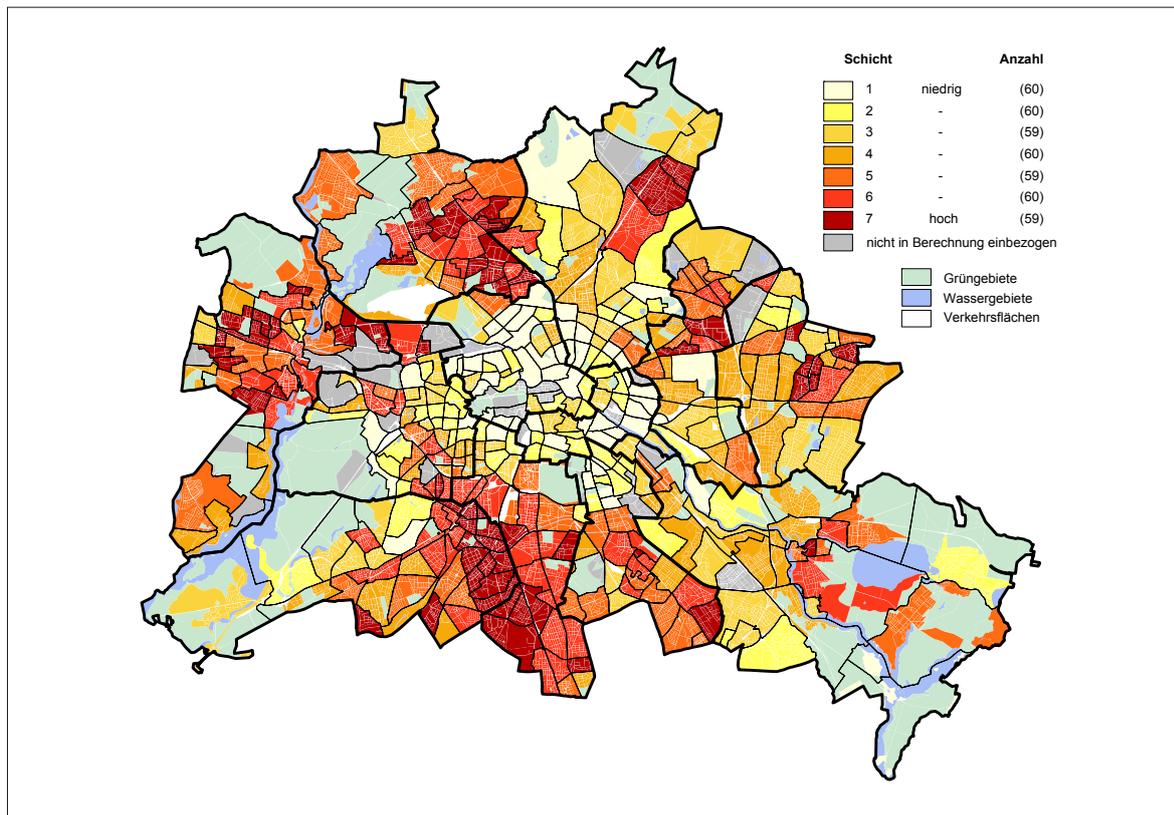
Morbiditätsindex III:
spezifisch weibliche
Behandlungsanlässe

In der **kartografischen Darstellung** (vgl. Abbildung 4.20) wird deutlich, dass auch der Morbiditätsindex III sich ungleich über die Stadtgebiete verteilt. Gebiete mit hohen Index-Werten sind vor allem in den Außenbezirken zu finden. So bilden z. B. die Planungsräume in den Bereichen Reinickendorf Ost und Waidmannslust im Bezirk Reinickendorf, die Regionen im Osten Steglitz-Zehlendorfs zusammen mit Mariendorf, Marienfelde und Lichtenrade und Teile Spandaus größere räumlich zusammenhängende Gebiete mit hohen Ausprägungen des Morbiditätsindex III. Demgegenüber ist das Berliner Zentrum nahezu komplett durch Planungsräume mit niedrigen Index-Werten gekennzeichnet (vgl. im GSI verfügbare Tabelle [3.23z-3](#)). Hierzu ist die vorhandene räumliche Morbiditätsstruktur jedoch nicht unabhängig von der vorherrschenden Versorgungsstruktur zu betrachten.

Da zur Berechnung der altersstandardisierten Morbiditätsraten die Bevölkerung insgesamt, d. h. nicht getrennt nach männlich und weiblich, verwendet wurde, ist nicht auszuschließen, dass mit der räumlichen Verteilung des Morbiditätsindex III auch regionale Unterschiede in Anteilen von Männern und Frauen an der Bevölkerung zum Tragen kommen.

Bekannt ist jedoch auch, dass sich bestimmte Krankheitsrisiken, wie sie im Morbiditätsindex III abgebildet sind, unterscheiden. An dieser Stelle wäre der Brustkrebs zu nennen, der in den ehemaligen Westberliner Bezirken noch immer höhere Erkrankungsraten aufweist als in den ehemaligen Ostberliner Bezirken. Im Sinne einer am Versorgungsbedarf ausgerichteten Bedarfsplanung kommt der räumlichen Ausprägung dieses Morbiditätsindex in jedem Fall eine besondere Bedeutung zu.

Abbildung 4.20:
Morbiditätsindex III (ambulante Abrechnungsdaten der GKV-Bevölkerung) auf der LOR-Ebene der Planungsräume in Berlin 2007



(Datenquelle: KV Berlin / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

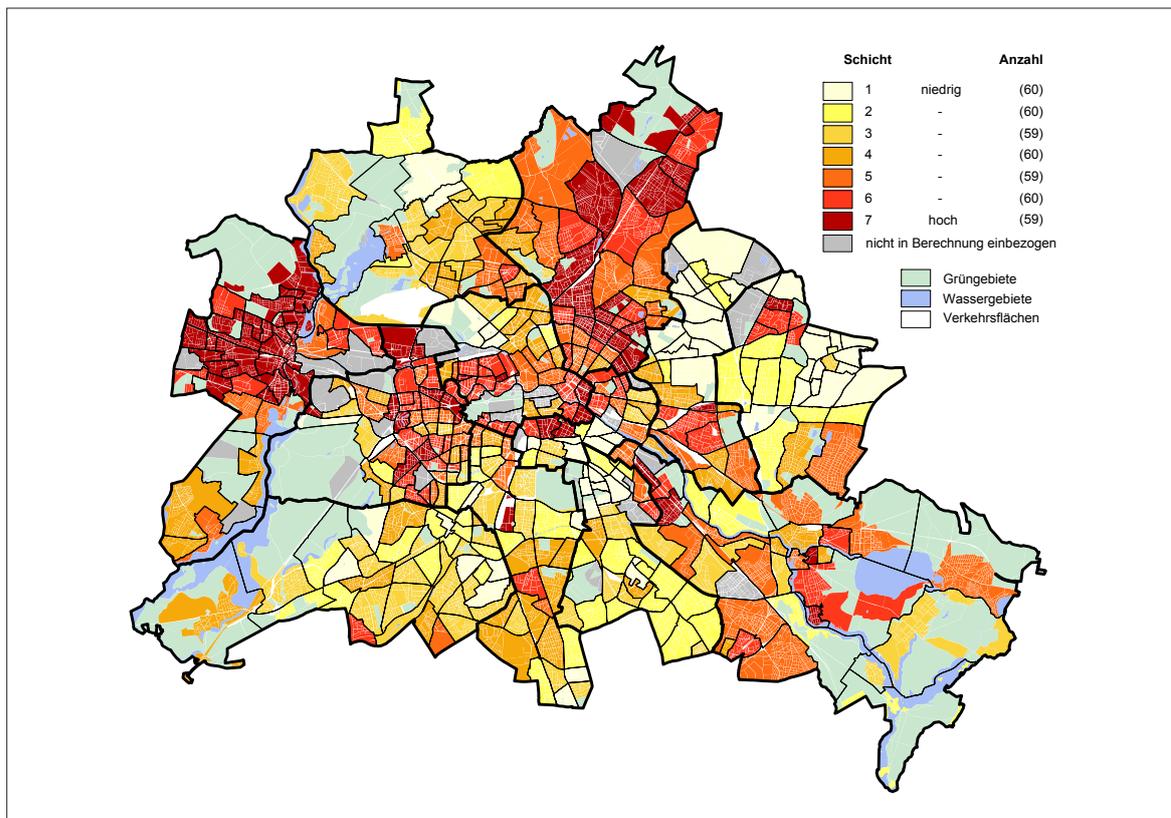
Morbiditätsindex IV

Morbiditätsindex IV:
(vorwiegend degenerative) Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems

Der **vierte Faktor** vereint nur wenige **Diagnosen** auf sich, hat sich im Laufe der Analyse jedoch als spezifisch und äußerst robust herausgestellt. Morbiditätsindex IV korreliert in besonderem Maße mit Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes und hier mit degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule und des Rückens (Deformitäten, Spondylopathien) und sonstigen Muskelkrankheiten, d. h. hohe Indexwerte gehen mit hohen Morbiditäts-Raten an den zuvor genannten Krankheiten einher. In den vorliegenden Daten sind diese Krankheiten besonders häufig bei **älteren Menschen** angegeben worden und bei **Frauen** zu einem etwas höheren Maße als bei **Männern**.

Kartografisch dargestellt (vgl. Abbildung 4.21) wird sichtbar, dass eine Konzentration von Planungsräumen mit hohen Werten des Morbiditätsindex IV im innerstädtischen Bereich Berlins zu finden ist (Moabit, Charlottenburg, Kreuzberg-Nord, Zentrum) sowie hauptsächlich in Spandauer und Pankower Planungsräumen. Eine niedrigere Ausprägung der Krankheitslast durch das Muskel-Skelett-System stellt sich im Sinne des identifizierten Hintergrundfaktors für Regionen Lichtenbergs (Hohenschönhausen Nord und Süd, Lichtenberg Nord), Marzahn-Hellersdorfs (Hellersdorf, Kaulsdorf/Mahlsdorf) sowie eine Mehrzahl von Planungsräumen Neuköllns und Steglitz-Zehlendorfs dar (vgl. im GSI verfügbare Tabelle [3.23z-3](#)).

Abbildung 4.21:
Morbiditätsindex IV (ambulante Abrechnungsdaten der GKV-Bevölkerung) auf der LOR-Ebene der Planungsräume in Berlin 2007



(Datenquelle: KV Berlin / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

4.2.5 Zusammenhang von Sozialstruktur und ambulanter Morbidität

Berliner Sozialstruktur

Mit dem Sozialstrukturatlas Berlin 2008⁶ wurden auf einer breiten Datenbasis (Datenstand 2006 bzw. 2004 - 2006 bei Indikatoren zum Gesundheitszustand) aus den Bereichen Bevölkerung, Einkommen, Erwerbsleben, Bildung und Gesundheit die jüngsten Auswertungen im Sinne einer Beschreibung der *in Berlin vorherrschenden sozialstrukturellen Dimensionen* veröffentlicht. Im Rahmen der zunehmenden Bedeutung einer sozialraumorientierten Politik und Planung wurde die Berliner Sozialstruktur neben der bezirklichen Darstellungsweise auch in der Tiefe des Raumes nach dem für Berlin etablierten Gliederungssystem der Lebensweltlich orientierten Räume (LOR) analysiert. Hier waren zwei Faktoren ausschlaggebend, Sozialindex I und II, deren Dimensionen auf der Ebene der Planungsräume im Folgenden kurz erläutert sind. Eine weitere Größe stellt der im Rahmen einer dynamischen Betrachtungsweise der sozialen Lage errechnete „Veränderungsindex“ SI(Δ t)R dar. Alle drei Parameter werden auf ihre Beziehung zu den ebenfalls in der kleinräumigen Gliederung vorliegenden Morbiditätsdaten untersucht (vgl. den folgenden Abschnitt „Korrelation zwischen ausgewählten Diagnosehäufigkeiten und Sozialstrukturindizes“).

Der **Sozialindex I** korreliert mit Indikatoren der Arbeitslosigkeit nach dem SGB II sowie mit der entsprechenden finanziellen Hilfebedürftigkeit („Hartz IV“) und spiegelt somit die seit Jahren beobachtete soziale Betroffenheit mit sich verstetigender sozialer Belastung und prekären Lebenslagen wider. Prägend für den Sozialindex I ist ebenfalls eine Vielzahl von Indikatoren aus dem Gesundheitsbereich. So geht aus der Sozialstrukturanalyse hervor, dass eine ungünstige soziale und gesundheitliche Lage gegenseitig in starker Wechselwirkung stehen.

⁶ Meinschmidt, G. (Hrsg.) (2009) Sozialstrukturatlas Berlin 2008 - Ein Instrument der quantitativen, interregionalen und intertemporalen Sozialraumanalyse und -planung. Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz, Berlin.

Der **Sozialindex II** weist starke Korrelationen zu Indikatoren des Arbeitsmarktes auf, wie z. B. Anteil sozialversicherungspflichtig Beschäftigter, sowie zu Indikatoren der Arbeitslosigkeit nach SGB III und den verbundenen finanziellen Hilfebedürftigkeiten (also Alg I) und charakterisiert somit Potenziale für mögliche zukünftige soziale Belastungen. Im Sozialindex II kommt somit eine Abhängigkeit von sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung in Abgrenzung zu anderen Einkommensquellen (dies können u. a. selbstständige Tätigkeit, Rentenbezug, aber auch Bezug von Grundsicherungsleistungen sein) zum Ausdruck. Bezüglich Definition und Bedeutung der Indikatoren wird auf die Ausführungen im Sozialstrukturatlas (Kapitel 3, Literaturangabe siehe Fußnote oben) verwiesen.

Der **Sozialindex(Δt)R** beschreibt die Veränderung der sozialen Lage zwischen der Erhebung im Jahre 2003 und den jüngsten Berechnungen aus dem Sozialstrukturatlas 2008 (Literaturangabe siehe oben). Dabei werden die Ränge des Sozialindex 2003 und 2008 verglichen und als Rangverschiebung im Sozialindex I (negative Werte = Rangverschlechterung, positive Werte = Rangverbesserung) ausgedrückt.

Wie aus den sozialstrukturellen Berechnungen bekannt ist, zeigt sich auch in der Tiefe des Raumes ein starker Zusammenhang zwischen gesundheitlicher und sozialer Lage. Die bis dato verfügbaren Gesundheitsdaten beschränkten sich allerdings auf Informationen aus der amtlichen Todesursachenstatistik und Krebsregisterdaten. Mit dem vorliegenden Datenmaterial ist es nunmehr erstmalig möglich, Morbiditätsdaten des ambulanten Sektors mit sozialstrukturellen Daten für Berlin zusammenzuführen.

Im Folgenden sind sowohl für ausgewählte Diagnosen als auch für die Morbiditätsindizes (vgl. Abschnitt 4.2.4 Morbiditätsindizes in der räumlichen Gliederung) Ergebnisse aus der Korrelationsanalyse mit Sozialstrukturindizes auf der Ebene der Planungsräume zusammengetragen.

Korrelation zwischen ausgewählten Diagnosehäufigkeiten und Sozialstrukturindizes

Chronische Erkrankungen (Dauerdiagnosen)

Raten chronischer Erkrankungen steigen mit sinkendem Sozialindex I (also hoher sozialer Belastung)

Die Korrelationsanalyse zwischen standardisierten Morbiditätsraten der hier dargestellten **Dauerdiagnosen** und den **Sozialstrukturindizes** zeigt deutliche Zusammenhänge zur Erkrankungshäufigkeit, insbesondere für den **Sozialindex I**. Für alle ausgewiesenen Diagnosen bestehen mittelstarke bis starke inverse Beziehungen zum Sozialindex I. Das bedeutet, dass mit sinkendem Sozialindex I (also hoher sozialer Belastung) die Erkrankungsraten für Typ-II-Diabetes, Adipositas, psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol und Tabak, Depressionen, phobische Störungen und andere Angststörungen, essentielle Hypertonie (Bluthochdruck) und chronisch obstruktive Lungenkrankheit (COPD) steigen. Besonders hoch ist dieser Zusammenhang für die ernährungsabhängigen Krankheiten (Typ-II-Diabetes, Adipositas), für alkoholabhängige Störungen und für die tabakassoziierte Lungenkrankheit COPD.

Der **Sozialindex II** korreliert zumeist schwach mit den dargestellten Diagnosen. Eine Ausnahme bildet der Bluthochdruck, der eine mittelstarke inverse Beziehung zum Sozialindex II aufweist, welche sogar stärker ausfällt als jene zum Sozialindex I. Somit steigt mit sinkendem Sozialindex II (also hoher Anteil von Alg I-Empfängern und sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Sinne einer "Abhängigkeit vom sozialversicherungspflichtigen Arbeitsmarkt"⁷) die Erkrankungsrate für Bluthochdruck.

Eine ähnliche Beziehung wurde auch für den **Sozialindex(Δt)R** beobachtet (vgl. oben den Abschnitt „Berliner Sozialstruktur“). In Räumen mit einer Verschlechterung der sozialen Lage (Rangverschlechterung im Sozialindex I) zwischen den Jahren 2003 und 2008 sind anhand des vorliegenden Datenmaterials höhere Bluthochdruckraten zu verzeichnen als in Räumen mit Rangverbesserungen.

⁷ Sozialstrukturatlas Berlin 2008, a. a. O., S. 273.

Die für das Erkrankungsrisiko bedeutsame Beziehung zwischen den zuvor genannten Krankheiten und der sozialen Lage ist aus der Literatur hinreichend bekannt. So verringert eine ungünstige soziale Lage die Chancen für eine positive Lebensführung (gesunde Ernährung, Bewegung, Nicht-rauchen, mentale und soziale Gesundheit) und wirkt auf die Entstehung von Krankheiten, die mit diesen Risikofaktoren verbunden sind. Dieser Zusammenhang ist anhand der vorliegenden Daten auch in der Tiefe des Raumes zu beobachten (vgl. Tabelle 4.3).

Tabelle 4.3:
Korrelation zwischen ausgewählten Dauerdiagnosen der GKV-Bevölkerung in Berlin 2007 und Sozialstrukturindizes für Berlin 2008 auf der Ebene der Planungsräume, n=417

Diagnose (ICD-10)	Sozialindex I		Sozialindex II		Sozialindex(Δ)R ¹⁾	
	Korrelationskoeffizient	(p-Wert) ²⁾	Korrelationskoeffizient	(p-Wert) ²⁾	Korrelationskoeffizient	(p-Wert) ²⁾
Typ-II-Diabetes (E11)	-0,721	(<0,001)	-0,382	(<0,001)	-0,393	(<0,001)
Adipositas (E66)	-0,762	(<0,001)	-0,354	(<0,001)	-0,384	(<0,001)
Psych. und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10)	-0,795	(<0,001)	0,021	(ns) ³⁾	-0,182	(<0,001)
Psych. und Verhaltensstörungen durch Tabak (F17)	-0,686	(<0,001)	-0,127	(<0,01)	-0,226	(<0,001)
Depressionen (F32-F33)	-0,656	(<0,001)	0,232	(<0,001)	0,032	(ns) ³⁾
Phobische Störungen u. and. Angststörungen (F40-F41)	-0,661	(<0,001)	-0,068	(ns) ³⁾	-0,123	(<0,05)
Essentielle Hypertonie (I10)	-0,471	(<0,001)	-0,670	(<0,001)	-0,515	(<0,001)
Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (J44)	-0,794	(<0,001)	-0,056	(ns) ³⁾	-0,173	(<0,001)

¹⁾ Sozialindex(Δ)R = Differenz zwischen Rang des Sozialindex I 2003 und 2008.

²⁾ Korrelationskoeffizient nach Pearson.

³⁾ ns = nicht signifikant (p>0,05).

(Datenquelle: KV Berlin / SenGesUmV Berlin / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Akute Erkrankungen und Behandlungsanlässe (Tagesdiagnosen)

Auch für die ausgewählten **Tagesdiagnosen** bestehen relevante **Zusammenhänge zur Berliner Sozialstruktur**. Akute Infektionen der oberen Atemwege, Magen-/Darmentzündungen (Gastritis und Duodenitis), Rückenschmerzen und Verletzungen zeigen mittelstarke bis starke inverse Korrelationen zum **Sozialindex I**. Dies bedeutet, dass mit sinkendem Sozialindex I (also steigender sozialer Belastung) die Erkrankungsraten der genannten Diagnosen ansteigen.

akute Infektionen korrelieren mit Sozialindex I, Gesundheitsvorsorge mit Sozialindex II

Im Gegensatz dazu zeigt der **Sozialindex II** nur schwache Beziehungen zu den zuvor genannten Krankheiten, jedoch deutliche Zusammenhänge zu den Diagnoseraten von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen, Impfungen und kontrazeptiven Maßnahmen. Hier werden auf der Raumebene mit sinkendem Sozialindex II (also hoher Anteil von Alg I-Empfängern und sozialversicherungspflichtig Beschäftigten) steigende Raten für die letztgenannten Diagnosen beobachtet.

Die Korrelationen zwischen ausgewiesenen Tagesdiagnosen und dem **Sozialindex(Δ)R** sind zumeist nur schwach ausgeprägt. Am höchsten fallen sie noch für die Raten von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen, Impfungen und kontrazeptiven Maßnahmen aus. Hier geht eine Rangverschlechterung im Sozialindex I mit steigenden Diagnoseraten einher.

Bezüglich des Zusammenhangs zwischen akuten Krankheiten und der sozialen Belastung, ausgedrückt über den Sozialindex I, werden wohl zum Teil die gleichen Faktoren eine Rolle spielen wie für die chronischen Krankheiten (vgl. Tabelle 4.3). Eine gesunde Lebensweise mit einer vitamin- und mineralstoffreichen Ernährung und körperlicher Aktivität wirkt sich positiv auf das Immunsystem des Körpers aus und kann somit die Infektanfälligkeit reduzieren. Der Zusammenhang zwischen Rückenschmerzen und einem niedrigen Sozialindex I ist möglicherweise auf stärkere körperliche Beanspruchung bei niedrigem Sozialstatus zurückzuführen, kann aber auch auf häufigere psychosomatische Beschwerden bei sozialer Benachteiligung hinweisen.

Davon abzugrenzen sind die gefundenen Beziehungen zum Sozialindex II, die auf ein erhöhtes Gesundheitsbewusstsein im Sinne der Inanspruchnahme von Leistungen zur Gesundheitsvorsorge (Krebsvorsorgeuntersuchungen und Impfungen) hinweisen (vgl. Tabelle 4.4).

Tabelle 4.4:

Korrelation zwischen ausgewählten Tagesdiagnosen der GKV-Bevölkerung in Berlin 2007 und Sozialstrukturindizes für Berlin 2008 auf der Ebene der Planungsräume, n=417

Diagnose (ICD-10)	Sozialindex I		Sozialindex II		Sozialindex(Δ)R ¹⁾	
			Korrelationskoeffizient (p-Wert) ²⁾			
Akute Infektionen der oberen Atemwege (J00-J06)	-0,734	(<0,001)	-0,313	(<0,001)	-0,337	(<0,001)
Gastritis und Duodenitis (K29)	-0,764	(<0,001)	-0,058	(ns) ³⁾	-0,211	(<0,001)
Rückenschmerzen (M54)	-0,684	(<0,001)	-0,228	(<0,001)	-0,289	(<0,001)
Oberflächliche Verletzung und offene Wunde (S00-S91)	-0,711	(<0,001)	-0,276	(<0,001)	-0,312	(<0,001)
Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen (Z12)	0,129	(<0,01)	-0,649	(<0,001)	-0,356	(<0,001)
Impfungen (Z23-Z27)	-0,287	(<0,001)	-0,537	(<0,001)	-0,401	(<0,001)
Kontrazeptive Maßnahmen (Z30)	0,149	(<0,01)	-0,736	(<0,001)	-0,389	(<0,001)

¹⁾ Sozialindex(Δ)R = Differenz zwischen Rang des Sozialindex I 2003 und 2008.

²⁾ Korrelationskoeffizient nach Pearson.

³⁾ ns = nicht signifikant (p>0,05).

(Datenquelle: KV Berlin / SenGesUmV Berlin / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Korrelation zwischen Morbiditätsindizes und Sozialstrukturindizes

Die Korrelationskoeffizienten für den Zusammenhang zwischen den Sozialstrukturindizes I und II und den Morbiditätsindizes I bis IV sind in Tabelle 4.5 aufgelistet. Da relevante Korrelationen zum Sozialindex(Δ)R nicht gefunden wurden, wurde auf dessen Darstellung verzichtet.

Die Korrelationsmatrix zeigt, dass in den vorliegenden Daten allgemein betrachtet ein statistischer Zusammenhang zwischen der räumlichen Sozialstruktur und der Morbiditätsstruktur des ambulanten Sektors existiert. Die abgeleiteten Faktoren für die Morbiditätsstruktur zeigen jedoch eine differenzierte Beziehung zu den Faktoren der Sozialstruktur. Während der Morbiditätsindex I die stärkste und auch einzige Korrelation zum Sozialindex I aufweist und die Morbiditätsindizes II und III einen moderaten Zusammenhang zum Sozialindex II zeigen, besteht keine statistische lineare Abhängigkeit zwischen dem Morbiditätsindex IV und den Sozialstrukturindizes. Auf die relevanten Korrelationen wird im Folgenden im Einzelnen eingegangen.

Tabelle 4.5:

Korrelation zwischen Morbiditätsindizes der GKV-Bevölkerung in Berlin 2007 und Sozialstrukturindizes für Berlin 2008 auf der Ebene der Planungsräume, n=417

Morbiditäts-index	Sozialindex I		Sozialindex II	
	Korrelationskoeffizient (p-Wert) ¹⁾			
Index I	-0,815	(<0,0001)	0,068	(ns) ²⁾
Index II	-0,220	(<0,0001)	-0,582	(<0,0001)
Index III	0,239	(<0,0001)	-0,578	(<0,0001)
Index IV	-0,029	(ns) ²⁾	-0,098	(<0,05)

¹⁾ Korrelationskoeffizient nach Pearson.

²⁾ ns = nicht signifikant (p>0,05).

(Datenquelle: KV Berlin / SenGesUmV Berlin / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Morbiditätsindex I und Sozialindex I

Die Korrelationsanalyse ergab eine starke inverse Beziehung zwischen dem Sozialindex I und den Ausprägungen des Morbiditätsindex I, d. h. mit sinkendem Sozialindex I (also niedrigem Sozialstatus oder hoher sozialer Belastung) steigt das durch den Morbiditätsindex I abgebildete Krankheitsgeschehen und umgekehrt. Ausnahmen von diesem Zusammenhang bilden einige Regionen in Tempelhof, Mariendorf und Britz-Buckow bzw. Marzahn und Hellersdorf, die unter der gegebenen Sozialstruktur bezüglich der Ausprägung des Morbiditätsindex I schlechter bzw. besser abschnitten.

Im Sinne der **inhaltlichen Aussagekraft des Morbiditätsindex I** sind demnach in der kleinräumigen Gliederung Berlins Zusammenhänge zwischen der sozialen Belastung und dem vermehrten Auftreten von akuten Krankheiten und Beschwerden (Infektionskrankheiten, Rückenschmerzen, Verletzungen etc.), chronischen Krankheiten der Atemwege (Bronchitis, chronisch obstruktive Lungenkrankheit, Lungenkrebs), des metabolischen Syndroms (Adipositas, Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörungen und Insulinresistenz) sowie psychischen und Verhaltensstörungen (vgl. Tabellen 4.4 und 4.5) nachweisbar.

Die in dem vorliegenden Datenmaterial gefundene Beziehung zwischen sozialer Deprivation und der über den Morbiditätsindex I ausgedrückten Krankheitslast unterstreicht den aus der Sozialraumanalyse bekannten Zusammenhang zwischen der sozialen und der gesundheitlichen Lage und verweist auf die Komplexität dieses Zusammenhangs sowie der Wechselwirkungen. Hinsichtlich des mit steigender **sozialer Belastung** vermehrten Auftretens von akuten Krankheiten und Beschwerden könnte von einer erhöhten Infektanfälligkeit aufgrund eines schlechten körperlichen Gesamtzustandes ausgegangen werden. Ebenso könnten somatische Beschwerden als Folge der sozialen Belastung (in Verbindung mit psychischen Störungen) zur ärztlichen Inanspruchnahme führen.

Erkrankungsraten stehen in Zusammenhang mit Sozialstatus und Lebensstil

Bezüglich Krankheiten, deren Auftreten durch eine starke **Lebensstilkomponente** (z. B. Ernährung, Rauchen, Bewegung) bestimmt ist, verdeutlicht die dargestellte Korrelation zwischen Sozialindex I und Morbiditätsindex I die Beziehung von Sozialstatus, Lebensstil und Morbidität. Da ein niedriger Sozialstatus häufig mit ungünstigen Ernährungsgewohnheiten und Rauchen einhergeht, ist ein vermehrtes Auftreten von Adipositas oder Lungenkrebs in den entsprechenden Bevölkerungsgruppen zu erwarten. Obwohl eine Ursache-Wirkungsbeziehung zwischen Risikofaktor und Krankheit im Rahmen dieser Korrelationsanalyse nicht nachgewiesen werden kann, ist davon auszugehen, dass eine ungünstige soziale Lage über die genannten Lebensstilgewohnheiten die Entstehung oben genannter Krankheiten beeinflusst. Bezüglich des Auftretens von psychischen Störungen und Verhaltensstörungen kann von einer wechselseitigen Beziehung zur sozialen Lage ausgegangen werden. Da psychische und soziale Problemlagen oft dicht beieinander liegen, ist im Rahmen dieser Analyse nicht trennbar, ob die soziale Belastung zu psychischen und Verhaltensstörungen geführt hat oder umgekehrt.

Morbiditätsindex II / III und Sozialindex II

Mit einem Korrelationskoeffizienten von jeweils -0,58 besteht zwischen den Morbiditätsindizes II und III und dem Sozialindex II eine mittelstarke negative lineare Abhängigkeit, d. h. dass mit sinkendem Sozialindex II (also hoher Anteil von Alg I-Empfängern und sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Sinne einer möglichen Vorstufe zur Manifestation sozialer Problemlagen) steigende Werte für die oben genannten Morbiditätsindizes einhergehen und umgekehrt.

Für den **Morbiditätsindex II** bedeutet dies im Detail, dass in Räumen mit unterdurchschnittlichem Sozialindex II vermehrt Krankheitsbilder aus dem Herz-Kreislauf-Bereich (Hypertonie, ischämische Herzkrankheiten, Herzrhythmusstörungen), Diabetes, Krankheiten der Prostata und der Augen, Osteoporose, aber auch ein erhöhtes Impfvorsorgeverhalten beobachtet werden. Im Gegensatz zur räumlichen Verteilung des Sozialindex II sind jedoch Abweichungen zur räumlichen Ausdifferenzierung des Morbiditätsindex II zu beobachten. Dies betrifft zum einen die zentrumsnahen Bereiche der Bezirke Mitte (südöstliches Zentrum), Friedrichshain-Kreuzberg (Friedrichshain Ost und West) und Pankow (Prenzlauer Berg), in denen zum Teil überdurchschnittliche Sozialindex II-Werte (also niedrige Anteile Alg I-Empfänger) gepaart mit hohen Morbiditätsindex II-Werten vorliegen. Zum anderen liegen in Planungsräumen in Marienfelde (Tempelhof-Schöneberg) und Teilen Spandaus unterdurchschnittliche Sozialindex II-Werte vor, diese sind jedoch wiederum durch eine niedrige Ausprägung des Morbiditätsindex II gekennzeichnet.

Alterserkrankungen und Vorsorge stärker ausgeprägt in Gebieten mit niedrigem Sozialindex II

Die zuvor genannten Abweichungen spiegeln die scharfe Trennung von Räumen mit hohen und niedrigen Werten für den Morbiditätsindex II wieder (vgl. Abschnitt 4.2.4 Morbiditätsindizes in der räumlichen Gliederung und Abbildung 4.18). Für die Korrelation mit der Sozialstruktur, ausgedrückt über den arbeitsmarktbezogenen Sozialindex II, bedeutet das, dass die abgebildete Krankheitslast neben der Komponente Sozialstruktur noch durch weitere (unbekannte) Faktoren beeinflusst wird.

Die Korrelation zwischen Morbiditätsindex II und Sozialindex II kann auch im Sinne einer Stresshypothese interpretiert werden. In Räumen mit niedrigem Sozialindex II sind viele Bewohnerinnen und Bewohner abhängig beschäftigt oder beziehen Arbeitslosengeld I und sind potenziell von sozialem Abstieg bedroht, was sich negativ auf ihre gesellschaftliche Teilhabe und darüber vermittelt auf ihren gesundheitsbezogenen Lebensstil auswirken kann. Dies könnte eine höhere Rate an Herz-Kreislauf-Erkrankungen in diesen Räumen erklären.

frauenspezifische
Behandlungsanlässe
vermehrt in Sozial-
räumen mit niedrigem
Sozialindex II

Auf den **Morbiditätsindex III** bezogen wird über die Korrelation mit dem Sozialindex II ausgedrückt, dass in Räumen mit unterdurchschnittlichem Sozialindex II vermehrt gesundheitliche Problemlagen mit Ursprung in der Gynäkologie (Frauenheilkunde) auftreten sowie das damit zusammenhängende Inanspruchnahmeverhalten zur Krebsvorsorge und zur Empfängnisverhütung. Im Kontrast zum Morbiditätsindex II bilden hier vermehrt Räume in den östlichen Bezirken Berlins Ausnahmen von diesem Zusammenhang, welche hinsichtlich des Morbiditätsindex III weniger stark betroffen sind als es die Ausprägung des Sozialindex II vermuten lassen würde. Dies gilt umgekehrt für einige Regionen von Steglitz-Zehlendorf, Charlottenburg-Wilmersdorf und Reinickendorf, wo bei einem eher überdurchschnittlichen Sozialindex II hohe Ausprägungen des Morbiditätsindex III zu Tage traten. Diese Beobachtung könnte mit dem erhöhten Brustkrebsvorkommen in den ehemaligen Westberliner Bezirken erklärt werden.

Da es sich bei gynäkologischen Behandlungsanlässen zumeist nicht um durch den Lebensstil aktiv zu beeinflussende Gesundheitslagen handelt, ist nicht in erster Linie davon auszugehen, dass die soziale Lage und damit zusammenhängende Lebensgewohnheiten das Krankheitsrisiko bestimmen (ausgenommen Brustkrebs). Denkbar ist jedoch ein gewisses Inanspruchnahmeverhalten aufgrund einer möglicherweise drohenden prekären Lebenslage („Gehe ich zur Krebsvorsorge, bleibe ich gesund und behalte meine Arbeit“ oder „Lasse ich mir die Pille verschreiben, werde ich nicht schwanger und verliere nicht meinen Job“). Denkbar ist auch, dass eine gewisse soziale Belastung das Auftreten und Erleben gynäkologischer Beschwerden (z. B. Schmerz, klimakterische Beschwerden) und somit die medizinische Inanspruchnahme beeinflusst. Wie schon beim Morbiditätsindex II angeführt ist es wahrscheinlich, dass auch bei der räumlichen Ausprägung des Morbiditätsindex III weitere Faktoren eine relevante Rolle in Bezug auf das über diesen Index ausgedrückte Auftreten von Krankheiten spielen.

4.3 Steuerungsstrukturen in der psychiatrischen Versorgung - Ergebnisse einer Evaluation

4.3.1 Ausgangssituation, Ziele und Aufgabenstellung der Evaluation

Entwicklung fallbe-
zogener und institu-
tioneller Steuerung
unter Beteiligung der
Leistungsanbieter

Vor dem Hintergrund (begrenzter) öffentlicher Mittel stellt die **Optimierung von Steuerungsinstrumenten** und -verfahren eine zentrale Aufgabe der Kommunen und Länder dar. Diese Aufgabe ist unter der Bedingung segmentierter bzw. „versäulter“ Strukturen des Hilfesystems nur möglich, indem die Leistungsanbieter an der Steuerung der Hilfeerbringung (fallbezogene Steuerung) und der Angebotsentwicklung (institutionelle Steuerung) beteiligt werden. Dies gilt vor allem für diejenigen Bereiche der gesundheitlichen und sozialen Versorgung, in denen Menschen mit erheblichen (gesundheitlichen) Beeinträchtigungen

und schwierigen sozialen Problemlagen auf komplexe Hilfen angewiesen sind. So wurden denn auch vor allem im Bereich der psychiatrischen Versorgung inzwischen unterschiedliche Steuerungsinstrumente entwickelt. Diese zielen u. a. auf die Steuerung individueller Hilfeerbringung (wie z. B. Hilfeplanung, Fallkonferenzen), die bedarfsgerechte Weiterentwicklung der Angebote (Komplexleistungen) und die Strukturen des Hilfesystems (z. B. gemeindepsychiatrischer Verbund) sowie einen effektiven Ressourceneinsatz auf Basis festgelegter Budgets (regionale Psychiatriebudgets, Trägerbudgets etc.). Mit Blick auf diese Aspekte zeigen sich **bundesweit z. T. vergleichbare Anforderungen und Lösungsansätze, aber auch unterschiedliche Entwicklungsstände und Vorgehensweisen**. Dabei ergeben sich (länderspezifische/regionale) Unterschiede, z. B. hinsichtlich der Schwerpunktsetzung bei der Umsetzung der Instrumente sowie dem angestrebten bzw. erreichten Grad der Vereinheitlichung, Formalisierung und Verbindlichkeit:

- Für einige Leistungen der Eingliederungshilfe bestehen unterschiedliche Finanzierungsformen: Einerseits werden stationäre bzw. teilstationäre Leistungen ganz überwiegend einrichtungsbezogen auf Basis von (Hilfe-)Bedarfsgruppen finanziert. Andererseits erfolgt die Finanzierung ambulanter Hilfen (vor allem Betreutes Wohnen) z. T. zeitbasiert (z. B. nach Fachleistungsstunden).
- Zugleich werden zur Erfassung des individuellen Hilfebedarfs der Leistungsberechtigten z. T. nach Zielgruppen (geistig und/oder körperlich behinderte Personen sowie psychisch Kranke und Suchtkranke) differenzierte Verfahren der Hilfeplanung (u. a. Metzler-Verfahren, Hilfeplandinstrumente der Aktion Psychisch Kranke) eingesetzt.

Fallbezogene Steuerung der psychiatrischen Hilfgewährung

Im Land *Berlin* erfolgen die **Vergabe und Steuerung von Leistungen der Eingliederungshilfe** nach § 53 und § 54 Sozialgesetzbuch (SGB) XII **für seelisch behinderte Menschen** seit vielen Jahren unter Einbeziehung der „Steuerungsgremien Psychiatrie“ (SGP), die in jedem der zwölf Berliner Bezirke bestehen. In diesen Steuerungsgremien werden der aktuelle Hilfebedarf der Betroffenen festgestellt und (bedarfsgerechte) Maßnahmen vorgeschlagen. Die SGP **setzen sich** i. d. R. aus Leistungserbringern, dem Leistungsträger (Fallmanagement), den psychiatrischen Kliniken, den Sozialpsychiatrischen Diensten (SpD), den Psychiatriekoordinatorinnen bzw. Psychiatriekoordinatoren und weiteren Diensten der psychiatrischen Versorgungsregion sowie - sofern gewünscht - den Klientinnen und Klienten **zusammen**.

Steuerungsgremium
Psychiatrie (SGP) in
jedem Berliner Bezirk

Die **Rahmengesäftsordnung der Steuerungsgremien Psychiatrie (RGO - SGP)**, mit der die Arbeit dieser Gremien einen verbindlichen, einheitlichen Rahmen erhalten hat, wurde im März 2007 in Kraft gesetzt. Auf Basis der RGO - SGP sowie der daraus abgeleiteten **Geschäftsordnungen der einzelnen bezirklichen SGP** nehmen die „Steuerungsgremien Psychiatrie“ seit diesem Zeitpunkt (landesweit vergleichbar) - in Abgrenzung zum Fallmanagement in der Eingliederungshilfe - verschiedene (grundsätzliche) Aufgaben wahr.

Die Bestimmungen zur Zuständigkeit, zu den Aufgaben und der Arbeitsweise der bezirklichen Steuerungsgremien Psychiatrie sind seit Februar 2007 in den **„Ausführungsvorschriften zur Eingliederung behinderter Menschen nach dem Zwölften Sozialgesetzbuch“** (AV Eingliederungshilfe - AV EH) grundlegend festgelegt. Dabei regeln vor allem die §§ 10 a bis 10 c (im Unterabschnitt 3: Verfahren zur Feststellung der Voraussetzungen der §§ 53 ff. SGB XII) der AV EH die Ausgestaltung der Zusammenarbeit von Fallmanagement und Steuerungsgremien mit Blick auf den Personenkreis seelisch behinderte Menschen.

Entsprechend diesen Bestimmungen der AV EH sowie RGO - SGP **erarbeiten die Steuerungsgremien ihre fachlichen Empfehlungen** auf der Grundlage des Berliner Behandlungs- und Rehabilitationsplans (BBRP), bei dessen Erstellung die Kompetenzen der Leistungserbringer aus dem jeweiligen bezirklichen Pflichtversorgungssystem frühzeitig einzubeziehen sind. Regelmäßig werden in den SGP alle Erstanträge behandelt sowie über Träger-/Maßnahmenwechsel bei divergierenden Einschätzun-

gen zwischen Leistungsanbieter, SpD und Fallmanagement entschieden. Die Steuerungsgremien arbeiten konsensorientiert; Beschlüsse basieren auf Mehrheitsentscheidungen, Minderheitsvoten werden dokumentiert. Die fachlichen Empfehlungen der SGP sind von allen beteiligten Personen und Institutionen bei ihren Entscheidungen und Maßnahmen maßgeblich zu berücksichtigen.

Evaluation der bezirklichen Steuerungsgremien Psychiatrie

Untersuchung der-zeitiger Steuerung mit Blick auf Bedarfsgerechtigkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit

Vor diesem kurz beschriebenen Hintergrund und unter Berücksichtigung stark gestiegener Fallzahlen im Bereich des Betreuten Wohnens und der tagesstrukturierenden Angebote für seelisch behinderte Menschen sowie neuer Gruppen von Leistungsempfängern und -empfängerinnen wurde seitens der Gesundheitsverwaltung die Entscheidung getroffen, die derzeitige (fallbezogene) Steuerung an der Schnittstelle Gesundheit und Soziales mit Blick auf Bedarfsgerechtigkeit, Qualität sowie Wirtschaftlichkeit zu untersuchen. Mit der Evaluation wurde im Oktober 2010 die Firma FOGS GmbH⁸ beauftragt. Die Evaluation war mit der **Erwartung** verknüpft, Hinweise zu einer zeitgemäßen, zukunftsorientierten und flexiblen Steuerung psychiatrischer Hilfen sowie Vorschläge zu deren Umsetzung zu erhalten.

Im Einzelnen sollten **Fragestellungen zu vier Themenkomplexen** beantwortet werden:

- Auf Basis einer **Bestandsaufnahme** und -analyse der bezirklichen Steuerungsgremien ist ein Ist-Soll-Vergleich aufzustellen.
- Analyse der **Handlungsfähigkeit** der bezirklichen Steuerungsgremien.
- Erfassung und Bewertung von Anreizen, Absprachen oder Verpflichtungen von Leistungserbringern, nicht nur in das entgeltfinanzierte System der Eingliederungshilfe hinein zu vermitteln, sondern **Klientinnen und Klienten auch aus dem Hilfesystem zu entlassen**.
- Beschreibung und Analyse der Konsequenzen, die sich daraus ergeben, dass das **Budgetkontrollsystem seit 2010 nicht mehr angewandt** wird.

4.3.2 Ausgewählte Ergebnisse der Untersuchung

Nachfolgend werden - mit Blick auf die Ziele und grundsätzlichen Fragestellungen - die wichtigsten Ergebnisse der Evaluation zusammengefasst, wobei sich die Struktur der nachfolgenden Ausführungen an den vier Themenkomplexen der Ausschreibung orientiert.

Umsetzung der Verfahrensregelungen und Funktion der Steuerungsgremien

- Es zeigt sich, dass die **Verwaltungs- und Ausführungsvorschriften**, die die Aufgaben, Arbeitsweise und Zusammensetzung der SGP landeseinheitlich und verbindlich beschreiben, in den zwölf befragten SGP (in den wesentlichen Teilen) **praktisch umgesetzt** werden. Darauf weisen sowohl die Analyse der Geschäftsordnungen von elf Bezirken als auch die Ergebnisse der verschiedenen durchgeführten Erhebungen hin.
- Sowohl die **Verfahrensregelungen der Rahmengeschäftsordnung (RGO)** als auch die **AVEH** werden von fast allen Berliner Bezirken und den im Rahmen der Evaluation befragten Akteuren als **positiv** und - gemessen an den intendierten Aufgaben der SGP - als **zielführend** bewertet. Die auf dieser (formalen) Grundlage herausgebildete Zusammenarbeit von SGP und Fallmanagement im Hinblick auf die jeweils definierten Aufgaben wird - nach anfänglichen Problemen - ganz überwiegend als kollegial und konstruktiv beurteilt. Als Stärken werden insbesondere die gute Kommunikation und die damit verbundene Verbindlichkeit der Absprachen hervorgehoben. Die regelmäßige Teilnahme des Fallmanagements an den SGP hat zu einer höheren (gegenseitigen) Akzeptanz der an der Erarbeitung fachlicher Empfehlungen beteiligten Akteure geführt.

⁸ Hartmann, Rüdiger; Kirvel, Sandra; Oliva, Hans (2011): Abschlussbericht - Projekt „Evaluation der Steuerungsstrukturen in der psychiatrischen Versorgung“ im Auftrag der SenGUV Berlin. FOGS, Köln. Im Internet verfügbar unter: www.berlin.de/lb/psychiatrie/veroeffentlichungen/index.html.

Diese zeigt sich auch darin, dass nur selten abweichende Einschätzungen zwischen den fachlichen Empfehlungen des SGP und dem Fallmanagement bestehen und insofern die Empfehlungen i. d. R. einvernehmlich getroffen werden. Nicht zuletzt die kontinuierliche Mitarbeit des Fallmanagements in den Steuerungsgremien hat im Verlauf der letzten Jahre dazu beigetragen, die administrativen Wege zu verkürzen und die Planungssicherheit für die Klientinnen bzw. Klienten und Leistungserbringer zu erhöhen.

positive Bewertung
der Zusammenarbeit
von SGP und
Fallmanagement

- Zu den **positiven Entwicklungen** der letzten Jahre zählen die gestiegene Verbindlichkeit fachlicher Empfehlungen der SGP, die „regelhafte“ Einbeziehung aller am Verfahren beteiligten Akteure - u. a. Leistungserbringer, Fallmanagement, SpD - und die damit für alle Seiten verbundene (Entscheidungs-)Transparenz. Die SGP tragen erheblich dazu bei, die bezirkliche Pflichtversorgung und eine personenzentrierte Hilfeerbringung umzusetzen. Insofern ist davon auszugehen, dass sich darüber auch die Qualität der Versorgung verbessert.
- Ein Vergleich der **Geschäftsordnungen (GO) der Bezirke** mit der landesweit gültigen RGO verdeutlicht, dass die große Mehrzahl der GO in Aufbau und Inhalt weitgehend an die RGO angelehnt ist. Abweichungen sind eher den jeweiligen „bezirklichen“ Rahmenbedingungen geschuldet, die sich aber nicht negativ auf die Aufgabenwahrnehmung und Arbeitsweise der SGP auswirken. Viele GO sind seit ihrer erstmaligen Erstellung aktualisiert worden und bilden weitgehend die Praxis der Arbeit in den SGP ab.
- Die Psychiatriekoordinatorinnen bzw. Psychiatriekoordinatoren haben im Verlauf der letzten Jahre unterschiedliche Gründe beobachtet, **die eine (bedarfsgerechte) Vermittlung von Klientinnen und Klienten durch das Steuerungsgremium erschweren bzw. verhindern**: Rund drei Viertel der Befragten geben fehlende Kapazitäten bei einigen Leistungsangeboten und/oder zu lange Wartezeiten auf einen Platz an. Auch das Fehlen zielgruppenspezifischer Angebote - u. a. für Klientinnen und Klienten mit Mehrfachdiagnosen und/oder hohem Betreuungsbedarf bzw. bei wohnungslosen Personen - wird als Grund genannt.
- Aus den Befragungen geht hervor, dass die **Bezirke enger kooperieren**: In drei Viertel der Gremien bezieht sich die Zusammenarbeit in erster Linie auf die Aufnahme von Klientinnen und Klienten aus anderen Bezirken und/oder auf die Vermittlung von Betroffenen in Angebote anderer Bezirke. Als weitere Aspekte der Kooperation werden die (gegenseitige) kollegiale Beratung oder der regelmäßige Austausch der Psychiatrie-/Suchthilfe Koordination zu wichtigen (psychiatriepolitischen oder versorgungsstrukturellen) Themen sowie Versorgungsengpässe/-bedarfe genannt. Von der Mehrzahl der Befragten wird im Hinblick auf eine bezirksübergreifende (fallbezogene) Zusammenarbeit vorgeschlagen, eine einheitliche Vorgehens-/Verfahrensweise, z. B. auf Basis eines standardisierten Überleitungsbogens, umzusetzen. Als hilfreich wird auch die Einhaltung der Zuständigkeitsregelung durch alle Akteure erachtet. Angeregt wird außerdem die frühzeitige Information der SGP über die Notwendigkeit eines Wechsels eines Klienten/einer Klientin in einen anderen Bezirk.

Handlungsfähigkeit der Steuerungsgremien

- Die **bezirklichen Steuerungsgremien setzen sich** aus der zuständigen Psychiatriekoordinatorin bzw. dem Psychiatriekoordinator, dem Träger der Sozialhilfe (Fallmanagement), dem Sozialpsychiatrischen Dienst (als Fachbehörde), Vertreterinnen bzw. Vertreter der zuständigen Kliniken sowie den bezirklichen Leistungserbringern **zusammen**. In zwei Drittel der Gremien sind darüber hinaus noch weitere Institutionen/Personen repräsentiert, beispielsweise Vertreterinnen bzw. Vertreter überregional aufnehmender Heimeinrichtungen oder zuwendungsfinanzierte Angebote und/oder Zuverdienstprojekte. Die **Teilnahmefrequenz** wird für nahezu alle stimmberechtigten Institutionen als regelmäßig angegeben. Teilweise nehmen außerdem weitere nicht stimmberechtigte Institutionen teil. Dazu zählen u. a. rechtliche Betreuerinnen und Betreuer, andere Leistungsanbieter

regelmäßige
Teilnahme aller
stimmberechtigten
Institutionen an den
SGP-Sitzungen

- ter (z. B. Anbieter häuslicher psychiatrischer Pflege) und Klientinnen und Klienten bzw. deren Angehörige.
- Alle SGP verfügen über einen fixen **Sitzungsrhythmus**: Die Mehrzahl der Steuerungsgremien tagt alle 14 Tage bzw. zweimal im Monat, ein Drittel trifft sich monatlich, ein SGP wöchentlich. Bei der Hälfte der befragten Steuerungsgremien können - neben den regulären Sitzungen - bei Bedarf weitere außerordentliche Sitzungen stattfinden, wobei diese bisher eher selten einberufen wurden.
 - Zu den Aufgaben der Psychiatriekoordinatorinnen bzw. Psychiatriekoordinatoren zählen i. d. R. die Vorbereitung und Moderation der SGP. Der **Zeitaufwand, der durchschnittlich mit der Teilnahme an einer Sitzung verbunden** ist, umfasst mindestens drei bis maximal 20 Stunden. Darüber hinaus entstehen auch bei anderen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Bezirksamts Arbeitsaufwände für die Vor- und Nachbereitung der Sitzungen. In über der Hälfte der SGP liegt der zeitliche Umfang der geleisteten Arbeit der bezirklichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zwischen einer bis zu drei Stunden.
 - Den Sitzungen der SGP gehen verschiedene vorbereitende Aktivitäten voraus, die jedoch nicht die fachliche Zuständigkeit des SGP berühren. Das SGP erarbeitet seine **fachlichen Empfehlungen auf der Grundlage des Berliner Behandlungs- und Rehabilitationsplans** (BBRP). Ein vollständig bearbeiteter BBRP liegt in den wenigsten Fällen vor: Die große Mehrzahl der Hilfepläne ist entweder „überwiegend bearbeitet“ oder „unvollständig bearbeitet“. In den Interviews im Rahmen der Evaluation wurde darauf hingewiesen, dass die BBRP „im Betreuungsverlauf des Klienten/der Klientin“ vervollständigt werden. I. d. R. können die fachlichen Empfehlungen des SGP auf der Grundlage vorliegender BBRP ausgesprochen werden, auch wenn vollständig bearbeitete BBRP „wünschenswert“ bleiben. Zu den Informationen, die in (fast) allen Steuerungsgremien in den Sitzungen zur Behandlung der Anträge regelhaft vorliegen, zählen der Hilfebedarf sowie Aussagen zu Krankheitserleben und Ressourcen der Klientinnen und Klienten, die Schweigepflichtentbindungserklärung, persönliche Angaben (u. a. Darstellung der Ziele und Wünsche) sowie Aussagen zum beteiligten Personenkreis im Rahmen der Hilfebedarfsfeststellung und die Benennung des geplanten Leistungsumfangs.
 - Die **Träger der verschiedenen Hilfen und Angebote** sind Teil des bezirklichen Pflichtversorgungssystems Psychiatrie und leisten einen wichtigen Beitrag zur Sicherstellung der Versorgung seelisch behinderter Menschen. Die regelmäßige Teilnahme der Leistungsanbieter an den SGP stellt eine wichtige Voraussetzung dafür dar, dass die SGP ihre Steuerungsfunktion wahrnehmen können. Die Angaben der Träger bilden die Grundlage für die Einschätzung der Auslastung des Hilfesystems. „Naturgemäß“ haben die Träger ein (wirtschaftliches) Interesse daran, ihre Einrichtungen und Plätze zu belegen. Gleichwohl lässt sich - zumindest auf Basis der Evaluation - nicht erkennen, dass die Träger ihre „Marktmacht“ zu Lasten des Leistungsträgers und der Klientinnen und Klienten „missbrauchen“ würden.

Entlassung von Klientinnen und Klienten aus dem Hilfesystem

nicht in allen SGP gibt es ein Entlassungsmanagement

- Die praktischen Möglichkeiten, die bestehen, um im Rahmen der Steuerungsgremien ein „Entlassungsmanagement“ zu realisieren, werden unterschiedlich beurteilt: Während zwei Drittel der befragten Bezirke angeben, dass bereits (gute) Beispiele für ein Entlassungsmanagement existieren, betrachten die übrigen die Organisation des **Übergangs vom stationären in den ambulanten Bereich** entweder nicht als Aufgabe des SGP oder als generell schwierig bzw. im Rahmen des SGP nicht leistbar. Demnach kann Entlassungsmanagement nur in Ausnahme- bzw. Einzelfällen geleistet werden. Um eine effektive Überleitung zu realisieren, wird der regelhafte Austausch bzw. die ständige Kooperation der (Versorgungs-)Beteiligten als eine wichtige Voraussetzung eingestuft.
- Die Hälfte der befragten Bezirke gibt an, dass Klientinnen und Klienten auch ohne Einschaltung der SGP vermittelt werden. Auf eine **Stellungnahme des Gremiums** wird jedoch nur in Einzel-

oder Ausnahmefällen verzichtet (z. B. wenn sich eine Klinik an überregionale Leistungsanbieter wendet) sowie in eiligen Fällen/Notfällen. Häufig wird dann das Gremium nachträglich informiert bzw. einbezogen.

- In allen SGP werden auch **alternative Überlegungen zur Hilfestellung nach SGB XII** (z. B. zuwendungsfinanzierte niedrigschwellige Hilfen oder nicht-psychiatrische Unterstützungsangebote) thematisiert: In der einen Hälfte der Gremien werden solche Überlegungen regelhaft oder häufig angestellt; in der anderen Hälfte werden alternative Überlegungen zur Hilfestellung nur selten diskutiert. Als Beispiele werden Empfehlungen zu/Hinweise auf Kontakt- und Beratungsstellen, Zuverdienstangebote und/oder Suchtberatungsstellen genannt. Da diese Maßnahmen die Bedarfe der betreffenden Personen oftmals nicht (vollständig) decken können, werden sie eher zur Überbrückung genutzt.

Beschreibung der Konsequenzen der Nicht-Fortführung der Budgetkontrolle

- Im Zusammenhang mit der künftigen **Überprüfung und Steuerung der Auslastung des Hilfesystems** verweist ein Teil der Bezirke darauf, dass der Fortfall des Budgetkontrollprogramms u. a. die Kontrolle der Träger-Auslastung erschwert hat. Von einigen Befragten wird vorgeschlagen, dass die SGP diese Aufgabe (auch weiterhin) wahrnehmen sollen, da sich das „Modell SGP“ nachhaltig bewährt hat und auch eine „gegenseitige Kontrollfunktion der Träger“ ausgeübt wird. Diese Kontrolle würde auf den umfassenden Angaben der beteiligten Träger basieren und eine Vertrauensbasis zwischen den Akteuren voraussetzen, die z. Z. gegeben ist. Andere empfehlen, das fehlende Budgetkontrollprogramm durch ein anderes Controllinginstrument wie z. B. regionale Psychriatriebudgets („Bezirksbudget“) zu ersetzen. Der Einsatz flexibler Budgets - z. B. mit der Möglichkeit, einen Teil der Mittel zwischen den Trägern umzusteuern - wird als weiterer (alternativer) Ansatz genannt.

Fortfall des Budgetkontrollprogramms erschwert Auslastungskontrolle

4.3.3 Schlussfolgerungen

Sowohl die Rahmengeschäftsordnung für die **bezirklichen Steuerungsgremien** als auch die Ausführungsvorschriften zur Eingliederung seelisch behinderter Menschen haben - wie die Ergebnisse der Evaluation zeigen - zu einer Angleichung der Bezeichnungen, der Zuständigkeiten und Aufgaben, der Arbeitsweisen und der Dokumentation der SGP beigetragen. Gleichwohl bilden sich auch weiterhin - wie zu Beginn des Prozesses intendiert - „lokale bzw. bezirkliche Besonderheiten“ in der Arbeit der Steuerungsgremien ab. Die aus den SGP in den einzelnen Bezirken entwickelten Kooperationsbeziehungen stellen aus Sicht fast aller Befragten eine verlässliche „Vertrauens- und Arbeitsbasis“ dar, der auch künftig für die Arbeit ein hoher Stellenwert zukommt.

Arbeit der SGP durch Vereinheitlichung und weiterhin auch durch bezirkliche Besonderheiten geprägt

Nachfolgend sollen, ausgehend von den Befunden der Untersuchung sowie den daraus abgeleiteten Stärken und Problemfeldern der Steuerung, ausgewählte Schlussfolgerungen dargestellt werden:

- Die Arbeitsweise der SGP muss auch weiterhin durch eine **hohe Fachlichkeit** geprägt sein, wobei der fallbezogenen Steuerung - Fallvorstellungen und daraus abgeleitete fachliche Empfehlungen zu Leistungen der Eingliederungshilfe - eine herausragende Bedeutung zukommt.
- Hinsichtlich der Fallbesprechungen sollten in den SGP vor allem folgende **Qualitätsstandards** umgesetzt werden: (möglichst) vollständige Angaben zu den zu behandelnden Personen, ausreichende Zeitkontingente für die Erörterung der Einzelfälle sowie Vorstellung einer angemessenen Zahl von Klientinnen und Klienten.
- Die **Vermittlung von Klientinnen und Klienten in Angebote und Hilfeleistungen** sollte (weiterhin) am individuellen Hilfebedarf der Betroffenen orientiert sein und das Wunsch- und Wahlrecht des Einzelnen berücksichtigen. Dies setzt - auch bzw. vor allem angesichts der bestehenden

- Platzkapazitäten und der (möglicherweise) daraus resultierenden Konkurrenzsituationen zwischen den Anbietern - „ergebnisoffene“ Fallbesprechungen voraus. Keinesfalls sollten eindeutige „Vorfestlegungen“ in Hinblick auf das Hilfeangebot bzw. die Hilfeangebote getroffen werden.
- Auffallend ist, dass nur eine geringe Zahl von Klientinnen und Klienten **das psychiatrische Hilfesystem verlässt**. Auch mit Blick auf diesen Aspekt sollten ggf. vertiefende Analysen durchgeführt werden.
 - Unterlagen und Dokumente, die als **Informationsgrundlage der fachlichen Empfehlungen** dienen, sollten (möglichst) rechtzeitig und vollständig vorliegen. Zugleich wird auch eine zeitnahe Realisierung von Begutachtungsterminen durch den Sozialpsychiatrischen Dienst (SpD) angeregt. Dies war zum Befragungszeitpunkt aufgrund unzureichender personeller Ressourcen der SpD in einigen Fällen nicht möglich bzw. die Begutachtung durch den SpD war mit längeren Wartezeiten verbunden.
 - Seitens des Fallmanagements werden unterschiedliche Formen der **Mitwirkung im SGP** umgesetzt: Zum einen nehmen (meist mehrere) Fallmanagerinnen bzw. Fallmanager (auf Basis von Buchstabengruppen, Geburtsdaten etc.) an den Steuerungsgremien teil; zum anderen vertreten in einigen Gremien Leitungskräfte (Gruppenleitung) das Fallmanagement in den Steuerungsrunden. Vor diesem Hintergrund sollte das Fallmanagement prüfen, ob künftig neben einer „Koordination“, die kontinuierlich am SGP teilnimmt und auch als zentraler Ansprechpartner fungiert, weitere Fallmanagerinnen und Fallmanager einzelfallbezogen an dem SGP beratend teilnehmen.
 - Zu den zukünftigen Aufgaben des SGP sollte auch eine **Weiterentwicklung eines Entlassungsmanagements** gehören. Die SGP könnten sich darüber austauschen, welche Beispiele es für ein derartiges Entlassungsmanagement bereits gibt bzw. ob die SGP Entlassungsmanagement im Rahmen ihrer Arbeit überhaupt umfassend leisten können. Wichtig für eine erfolgreiche Überleitung von der stationären in die ambulante Betreuung ist zudem die Fortführung und/oder ggf. die Intensivierung des regelhaften Austauschs der Beteiligten.
 - Es kann davon ausgegangen werden, dass zukünftig auch „**neue**“ Träger ein Angebot für die Zielgruppe(n) in einigen Bezirken vorhalten werden und am Steuerungsgremium teilnehmen. Es sollte sichergestellt werden, auch diese Träger verbindlich in die regionale Pflichtversorgung einzubinden sind.

4.4 Öffentlicher Gesundheitsdienst und medizinische Einrichtungen

4.4.1 Öffentlicher Gesundheitsdienst in Berlin - Zielstruktur und Personalbedarf

Seit der Verabschiedung des Gesundheitsdienst-Gesetzes (GDG) haben sich die **Rahmenbedingungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD)** verändert. Dazu zählen die quantitative und strukturelle Bevölkerungsentwicklung ebenso wie die qualitativen Veränderungen von gesundheitlichen und sozialen Problemlagen in der Stadt. Darüber hinaus gewannen in den vergangenen Jahren Themen wie die Verbesserung des Kinderschutzes, in dessen Rahmen das Abgeordnetenhaus von Berlin das „Berliner Gesetz zum Schutz und Wohl des Kindes“ beschlossen hat, oder die Vermeidung von Altersarmut zunehmend an Bedeutung. Zudem wurden politische Programme wie z. B. das Demografiekonzept und das Integrationskonzept des Senats verabschiedet, das unter anderem eine Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von Migrantinnen und Migranten in besonderen Problemlagen vorsieht.

Reformprozess im ÖGD - Folgeprojekt „Umsetzung des Gesundheitsdienst-Gesetzes“

Um den genannten Veränderungen sowie den beschriebenen Rahmenbedingungen des GDG gerecht zu werden, wurde auf der Basis des seit 2003 laufenden Reformprozesses im ÖGD im Rahmen

des Folgeprojektes „Umsetzung des Gesundheitsdienst-Gesetzes (GDG)“ gemeinsam mit den Bezirken die **Zielstruktur des ÖGD** im Land Berlin einschließlich der erforderlichen **Personalressourcen** entwickelt und abgestimmt. Der Personalbedarf für die Aufgabenwahrnehmung in einer einheitlichen Grundstruktur und den Zentren (neben den Gesundheitsämtern eingerichtete Zentren, welche die dort verorteten Aufgaben für die gesamte Stadt wahrnehmen) sowie für die Durchführung der regionalisierten Aufgaben basiert ausschließlich auf europa-, bundes- und landesrechtlichen Vorgaben. Damit liegt nach mehrjähriger Diskussion erstmals eine einheitliche Ämterstruktur im Sinne eines „Mustergesundheitsamtes“ vor (vgl. auch http://www.berlin.de/sen/gesundheit/oegd_reform/gesetze_literatur/).

Entwicklung einer einheitlichen Ämterstruktur im Sinne eines „Mustergesundheitsamtes“

Personal - Verteilungsschlüssel, derzeitige Ausstattung und Nachbesetzungsbedarf

Für die personelle Ausstattung der Fachbereiche und Zentren im ÖGD wurden **Verteilungsschlüssel** vorgelegt, die sich an bundesweit gültigen Standards ebenso orientieren wie an fallbezogenen bzw. bevölkerungsbezogenen Dimensionen und damit der Unterschiedlichkeit zwischen den Bezirken in der Sozial- und Aufgabenstruktur Rechnung tragen.

Für den ÖGD wurde der **Personalbedarf** mit einer **Zielzahl von 1.905 Vollzeitäquivalenten (VZÄ) bis 2015** ermittelt. Unter Berücksichtigung des Personalbedarfskonzeptes des Senats wurde die Zwischenstufe bis 2013 mit 1.844 VZÄ beschlossen. Diese bis 2013 angestrebte Zielzahl von 1.844 VZÄ ist nach derzeitigem Stand mindestens erforderlich, um die gesetzlich vorgeschriebenen Aufgaben weitestgehend erfüllen zu können.

Aufgrund der demografischen Entwicklung ist von einem **dynamischen Prozess des Personalbedarfs** auszugehen. Mit der Anwendung der unterschiedlichen Schlüssel als Grundlage für die Personalbemessung ist ein Modell geschaffen worden, das sowohl den derzeitigen Personalbedarf abbildet als auch in der Zukunft die ggf. erforderliche Anpassung der Ausstattung ermöglicht. Hierbei ist sowohl eine Korrektur der Zielzahl nach oben als auch nach unten denkbar, für die jeweils das erforderliche Budget zur Verfügung gestellt werden muss.

neues Personal-Bemessungsmodell erlaubt flexible Anpassung an veränderte Bedingungen

Die **derzeitige Ausstattung des ÖGD** erlaubt nur eingeschränkt, sein besonderes Profil im Wettbewerb mit anderen Leistungsanbietern flexibel und schnell auf sich ändernde Bedarfslagen auszurichten und sein Leistungsspektrum im Versorgungsnetz optimal darzustellen.

Zurzeit sind die gesetzlich vorgeschriebenen Aufgaben nicht in vollem Umfang und mit der erforderlichen Qualität in allen Bezirken zu erfüllen. Damit ist bereits jetzt absehbar, dass das Modell in einem nächsten Schritt modifiziert werden muss. Die dem Personalbedarf des ÖGD zugrunde gelegten **Berechnungsschlüssel** müssen bezüglich der Tiefenschärfe der zu erledigenden Aufgaben **einer weitergehenden Prüfung unterzogen** werden. Das kann sowohl zur Novellierung des GDG als auch in letzter Konsequenz zur Konzipierung eines Landesgesundheitsamtes führen.

Aus der Abfrage in den Bezirken (Stand: Januar 2011) wird deutlich, dass insbesondere in den medizinischen Qualifikationen ((Fach-)Ärztinnen/Ärzte) und bei der Ausstattung der Fachbereiche und Zentren mit Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern ein erheblicher **Nachbesetzungsbedarf** besteht, weil u. a. hier vorhersehbar in den nächsten drei Jahren zahlreiche Dienstkräfte durch Erreichen des Rentenalters bzw. die Beendigung der Altersteilzeit ausscheiden.

Arbeitsfeld ÖGD

Perspektivisch kann der ÖGD seinem gesetzlichen und gesellschaftlichen Auftrag nur gerecht werden, wenn neben der Klärung der Tarifsituation für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auch die Erhöhung der Attraktivität in den Fokus weiterer Bemühungen rückt.

Aufgabenerfüllung sichern durch Gestaltung und Darstellung des ÖGD als attraktives Arbeitsfeld

Dazu gehören Angebote für **interessierte Ärztinnen und Ärzte** zur beruflichen Entwicklung (z. B. die Weiterbildung zum Facharzt/zur Fachärztin im öffentlichen Gesundheitswesen). Dies setzt voraus, dass eine enge Verzahnung von medizinischen Fakultäten und dem ÖGD vorgenommen wird z. B. durch praxisbezogene Ausbildungsphasen für die Bereiche Kinderheilkunde, Psychiatrie und Allgemeinmedizin. Es muss gelingen, jungen Ärztinnen und Ärzten den ÖGD als interessantes Arbeitsfeld sowohl bei der Erfüllung der klassischen Aufgaben des Gesundheitsschutzes (z. B. Prävention und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten) als auch bei Aufgaben im Rahmen des Kinderschutzes und der Koordination früher Hilfen nahe zu bringen. Nicht zuletzt könnte die Darstellung der Vorteile der Beschäftigung im ÖGD nach außen (z. B. günstigere Arbeitszeitgestaltung als in Krankenhäusern) dazu führen, dass die Entscheidung potenzieller Bewerberinnen und Bewerber, eine Tätigkeit im ÖGD aufzunehmen, positiv ausfällt.

Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination

Zu den künftigen Herausforderungen eines an den Grundsätzen von Public Health orientierten ÖGD gehören außerdem gemäß § 6 GDG die **Berücksichtigung sozialräumlicher Problemlagen** und die **Bewertung der Wirksamkeit von Maßnahmen des ÖGD**.

Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination sowie die finanzpolitische Steuerung sind nur auf der Grundlage **belastbarer Daten für eine Bestands- und Bedarfsanalyse** umsetzbar. Die Anforderungen bezüglich der Datenerhebung werden durch die bestehenden und noch ausbaufähigen Fachverfahren gewährleistet.

Maßnahmen zur besseren Nutzung der Ressourcen und zur Geschäftsprozessoptimierung

Für die Zukunft sind bereits vorhandene **Steuerungsinstrumente** kontinuierlich weiterzuentwickeln. Ferner gilt es, die Entwicklung von Verfahrensstandards, Bearbeitungsformen und Formen der weiteren Zusammenarbeit innerhalb und zwischen den Fachbereichen sowie zwischen dem ÖGD und anderen Leistungserbringern zu befördern. Veränderte **Zusammenarbeitsformen** sind durch Personalentwicklungsmaßnahmen zu stabilisieren.

Durch die Fachbereichsgründungen und die Zentrenbildung wurden Prozesse in Gang gesetzt, die eine bessere Nutzung der verbleibenden Ressourcen und Geschäftsprozessoptimierungen zur Folge haben werden. Ein relevanter Baustein wird dabei die Anwendung bereits bewährter Komponenten der Informations- und Kommunikationstechnik wie z. B. der bestehenden Fachverfahren sein. Die im Folgenden aufgelisteten wichtigsten **Komponenten für effiziente Arbeits- und Geschäftsprozesse** sind zu berücksichtigen:

- Sicherstellung des Verfahrensbetriebs (Verfahrensbetreuung) in allen Diensten durch die Einrichtung einer zentralen Instanz, der IT-Bereichsordinatorin/dem IT-Bereichsordinator im Bereich der Amtsleitung.
- Weiterentwicklung des vorhandenen Portfolios an IT-Fachverfahren und Konsolidierung auf einer aktuellen technologischen Basis mit möglichen zentralen Betriebsformen, beispielsweise bei den Verfahren Sozialpsychiatrischer Dienst Informationssystem (SpDI), Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst Informationssystem (KiPsi) und Beratungsstellen für Behinderte Informationssystem (BfBI).
- Anstreben der einheitlichen Anwendung der Module aus dem Projekt EPIDEM über alle Fachbereiche.
- Schulungsoffensive als Ergänzung zu den Angeboten der Verwaltungsakademie oder standardisierter Fortbildungsangebote anderer Einrichtungen mit einer speziellen Ausrichtung auf den Adressatenkreis des ÖGD und auf vorhandene IT-Lösungen.

Die Struktur der Fachverfahren, bestehend aus klientenbezogenen Daten (Basisdaten, Verlaufsdaten und Daten für die Kosten-Leistungs-Rechnung), schafft bei vollständiger Erhebung aller Merkmale *eine der Voraussetzungen für die Steuerung des Personalbedarfs* im ÖGD.

4.4.2 Pharmakovigilanz- und Beratungszentrum für Embryonaltoxikologie

Angaben zur *Verträglichkeit von Medikamenten in der Schwangerschaft* auf Beipackzetteln, in der Roten Liste und in Pharmakologiebüchern sind teils von haftungsrechtlichen und ökonomischen Erwägungen beeinflusst, teils auch zu allgemein gehalten und wissenschaftlich oft nicht aktuell. Daraus resultiert häufig ein Überschätzen des *Medikamentenrisikos* mit der Folge, dass

Arzneimittel-
informationen zur
Schwangerschaft
oft missverständlich

- notwendige Medikamente nicht verschrieben oder nicht eingenommen werden oder
- nach bereits erfolgter Einnahme erwünschte und intakte Schwangerschaften abgebrochen werden oder
- überzogene Diagnostik durchgeführt wird.

Andererseits kann ein Informationsmangel dazu führen, dass unzureichend erprobte oder riskante Medikamente mit einem erhöhten Risiko für das Ungeborene verschrieben werden.

Falldokumentation - Grundlage der Pharmakovigilanz-Tätigkeit

Hier springt das Pharmakovigilanz- und Beratungszentrum (PVZ) Embryonaltoxikologie (angesiedelt im BBGes - Berliner Betriebe für zentrale gesundheitliche Aufgaben) ein und bietet unabhängig und für jeden zugänglich aktuelle Informationen an, damit die Pharmakotherapie bei Schwangeren optimiert und Ängste und Fehlentscheidungen vermieden werden können (Pharmakovigilanz heißt in diesem Zusammenhang die *Erfassung und Auswertung von Schwangerschaftsverläufen nach Medikamenteneinnahme* zur Verbesserung der Arzneisicherheit für das ungeborene Kind).

Pharmakovigilanz
zur Verbesserung der
Arzneisicherheit für
das ungeborene Kind

Das Pharmakovigilanz-Zentrum Embryonaltoxikologie hat 2010 insgesamt 12.167 Beratungen zu Arzneimittel-Expositionen oder Kontakt mit anderen Noxen durchgeführt. Anlässlich der Beratung wird eine Follow-up-Prozedur verabredet, um den Schwangerschaftsverlauf nach Arzneimiteleinahme und das Befinden des Kindes beim Stillen unter Medikamenten zu erfragen. Diese *Falldokumentationen* sind Grundlage der Pharmakovigilanz-Tätigkeit im weiteren Sinne, d. h. dem Erfassen von unerwünschten Arzneimittelwirkungen (UAW), dem Aufdecken von Signalen und der Durchführung epidemiologischer Studien zur Arzneisicherheit in der Schwangerschaft. Der weitaus größte Teil der 2010 begonnenen Falldokumentationen ist aufgrund der zum Zeitpunkt der Berichterstattung (21.03.2011) noch ausstehenden Schwangerschaftsergebnisse unvollständig, d. h. hinsichtlich des Schwangerschaftsausgangs liegen noch keine Daten vor.

Grundlage der *Falldatenerhebung* ist ein detaillierter Fragenkatalog, der zu mindestens drei Zeitpunkten abgefragt wird: a) bei Erstkontakt mit dem Pharmakovigilanzzentrum, z. B. während der Frühschwangerschaft anlässlich einer Arzneimittelberatung, b) 6 Wochen nach der Ersterfassung sowie c) 8 Wochen nach dem errechneten Geburtstermin bzw. während der Stillzeit.

Jeweils wird nach allen Expositionen einschließlich Genussmitteln und Drogen gefragt. Außerdem werden die Eigen- und Familienanamnese, die Ergebnisse pränataler Diagnostik, der Schwangerschafts- und Geburtsverlauf sowie das Befinden bzw. die Entwicklungsdaten des Kindes erhoben (vgl. die Online- und Download-Fragebögen in der Embryotox-Informationsdatenbank <http://www.embryotox.de/fragebogen.html>).

Die Falldatenerhebung schließt die Auswertung von Klinik-Entlassungsberichten, Rückfragen an behandelnde Ärztinnen und Ärzte und die Schwangere ein. Die Erhebung und Prüfung der Daten zu verschiedenen Zeitpunkten während und nach der Schwangerschaft erfolgt gemäß Empfehlungen der europäischen Fachgesellschaft ENTIS (European Network of Teratology Information Services). Ziel ist ein **valider Datensatz**, der sowohl epidemiologischen Auswertungen zugeführt werden kann als auch den Anforderungen einer „biologischen“ Plausibilitätsprüfung genügt.

Anfragen und Follow-up-Verfahren im zeitlichen und regionalen Vergleich

Die 12.167 Beratungen im Jahr 2010 bedeuten einen Rückgang um 2,2 % im Vergleich zum Vorjahr. Tabelle 4.6 spezifiziert die Veränderungen gegenüber dem Vorjahr nach **exponierter Person** - d. h. bei Beratungen zur Medikamenteneinnahme durch die Schwangere, durch den Vater (paternale Exposition) und bei Stillenden - sowie nach **Bundesländern**. Außerdem gibt die Tabelle einen Überblick zur Herkunft der Anfragen nach Ländern (Deutschland und andere) und nach dem Status der Anfragenden.

Abbildung 4.22 zeigt die Anteile, die die einzelnen Bundesländer an allen **Anfragen aus Deutschland** und an der Auswahl der Anfragen mit Follow-up-Verfahren hatten und im Vergleich dazu die Bevölkerungsanteile der jeweiligen Bundesländer. 2010 wurden insgesamt 5.640 Anfragen aus Deutschland einem Follow-up-Verfahren zum Ausgang der Schwangerschaft unterzogen.

Zahl der Follow-up-Verfahren 2010 um 38 % höher als 2009

Die Zahl der Anfragen, die einem **Follow-up-Verfahren** zum weiteren klinischen Verlauf der Schwangerschaft und Befinden des Neugeborenen unterzogen wurden, hat sich 2010 mit 5.852 initiierten Follow-ups gegenüber dem Vorjahr (4.238 Follow-ups) um 38,1 % und damit deutlich erhöht. Die Zahlen umfassen prospektive Verlaufsbeobachtungen, also während der Schwangerschaft initiierte Follow-ups und retrospektive Fallberichte zu Schwangerschaften, die erst nach deren Abschluss identifiziert wurden.

Die Entscheidung für die Vereinbarung eines Follow-up-Verfahrens

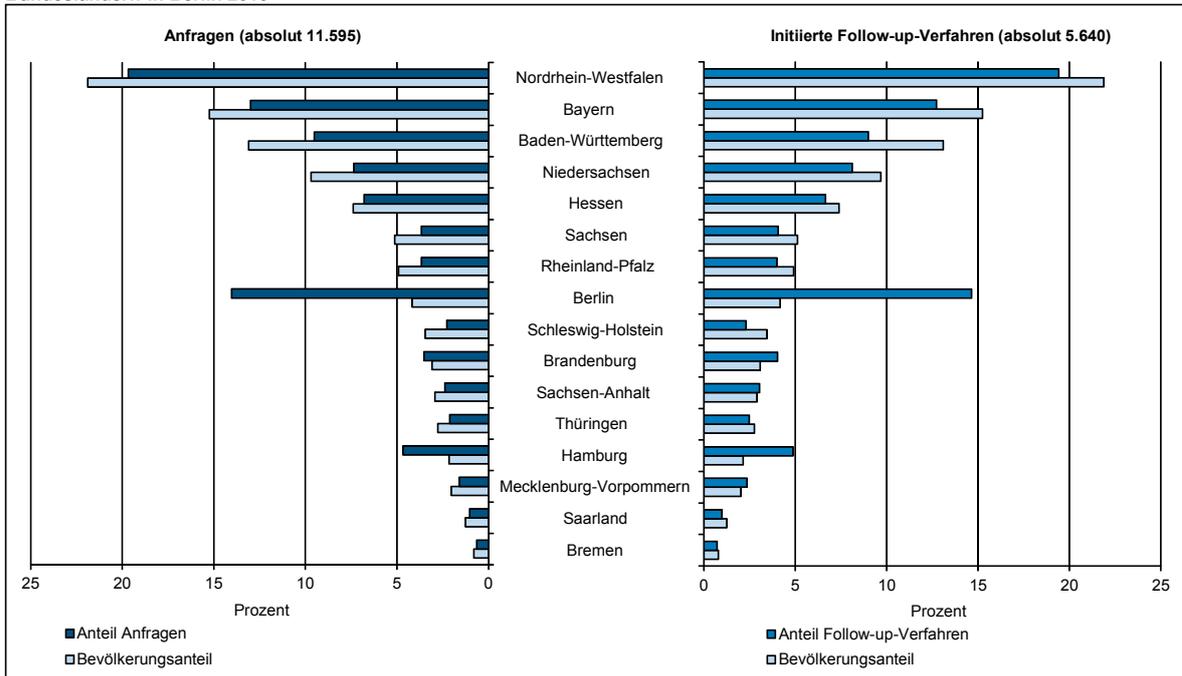
richtet sich nach den Medikamenten, die bei der Beratung erhoben werden. D. h. vor allem Schwangere, die Medikamente mit unzureichender Datenlage oder bekanntem entwicklungstoxischem Potenzial einnehmen, werden in das Follow-up Programm aufgenommen. Die **Rücklaufquote** (Responder) lag in den vergangenen Jahren bei 85 % (2009: 87,9 %, Stand 11.01.2011). Zu 2010 lässt sich noch keine Rücklaufquote angeben, da viele Schwangerschaften noch nicht ausgetragen sind und demzufolge das Follow-up-Verfahren noch nicht abgeschlossen ist.

Tabelle 4.6:
Anfragen an das Pharmakovigilanz- und Beratungszentrum für Embryonaltoxikologie in Berlin 2010 nach exponierter Person, Status der Anfragenden und Herkunftsland

Merkmal	Anfragen		
	absolut	Anteil in %	Veränd. zu 2009 in %
Exponierte Person			
Schwangere	9.291	76,4	-1,3
Paternal	337	2,8	-6,6
Stillende	2.539	20,9	-4,3
Status der Anfragenden			
Laien (Patient/in, Angehörige)	6.214	51,1	.
Fachkräfte (Ärztin/Arzt, Apotheker/in, andere Gesundheitsberufe)	5.952	48,9	.
Herkunftsland			
Deutschland	11.595	95,3	.
Österreich	225	1,8	.
Schweiz	235	1,9	.
sonstige	112	0,9	.
Bundesland			
Baden-Württemberg	1.103	9,1	-1,3
Bayern	1.507	12,4	1,3
Berlin	1.627	13,4	1,1
Brandenburg	409	3,4	3,3
Bremen	74	0,6	-2,6
Hamburg	542	4,5	-11,9
Hessen	787	6,5	8,0
Mecklenburg-Vorpommern	185	1,5	-22,3
Niedersachsen	852	7,0	1,5
Nordrhein-Westfalen	2.281	18,7	1,0
Rheinland-Pfalz	424	3,5	0,2
Saarland	120	1,0	-5,5
Sachsen	424	3,5	-3,0
Sachsen-Anhalt	276	2,3	-1,1
Schleswig-Holstein	264	2,2	-9,9
Thüringen	245	2,0	25,6
insgesamt	12.167	100,0	-2,2

(Datenquelle: BBGes - PVZ Embryonaltoxikologie Berlin)

Abbildung 4.22:
Anfragen und Follow-up-Verfahren im Pharmakovigilanz- und Beratungszentrum für Embryonaltoxikologie in der Verteilung nach Bundesländern in Berlin 2010

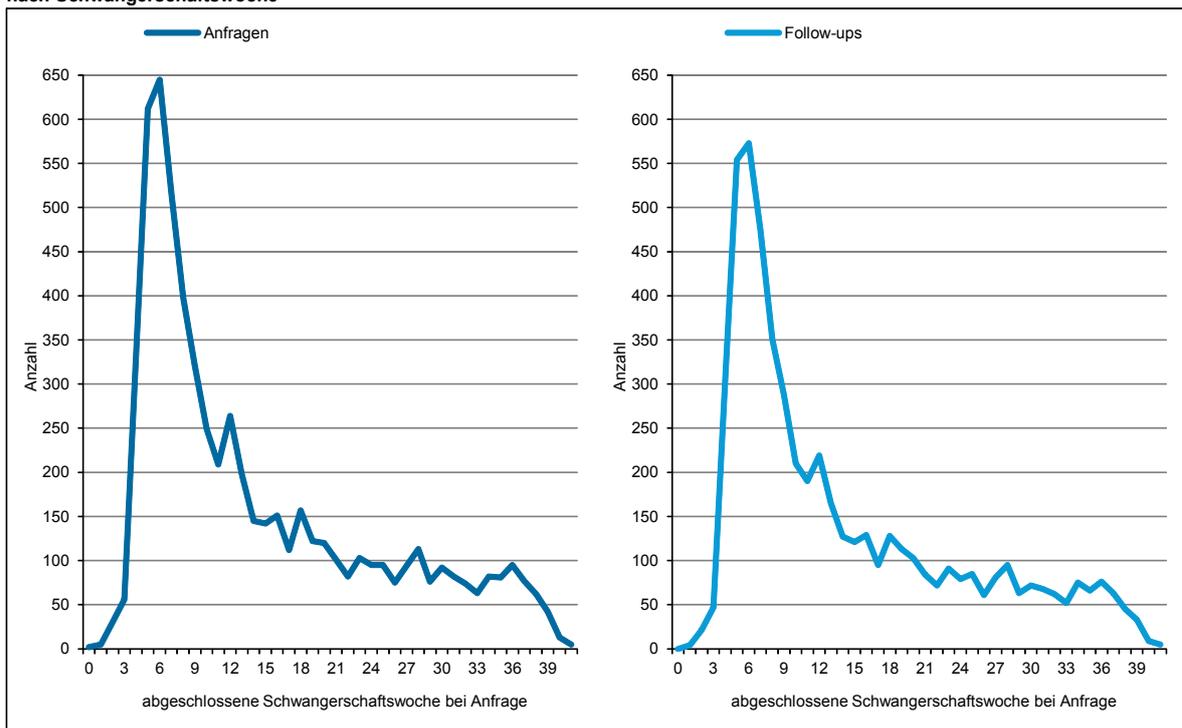


(Datenquelle und Darstellung: PVZ Embryonaltoxikologie Berlin)

Zeitpunkt der Konsultationen nach Schwangerschaftswoche

In der 7. Schwangerschaftswoche wurden die meisten Anfragen gestellt. Der Median für den Zeitpunkt der Konsultationen lag bei Woche 11, der Mittelwert bei Woche 14,4. Auch bei den einem Follow-up unterzogenen Schwangerschaften fanden die meisten Erstkontakte in der 7. Schwangerschaftswoche statt; der Median lag hier in Woche 10, der Mittelwert bei Woche 14,1 (vgl. Abbildung 4.23).

Abbildung 4.23:
Anfragen und Follow-up-Verfahren im Pharmakovigilanz- und Beratungszentrum für Embryonaltoxikologie in Berlin 2010 nach Schwangerschaftswoche



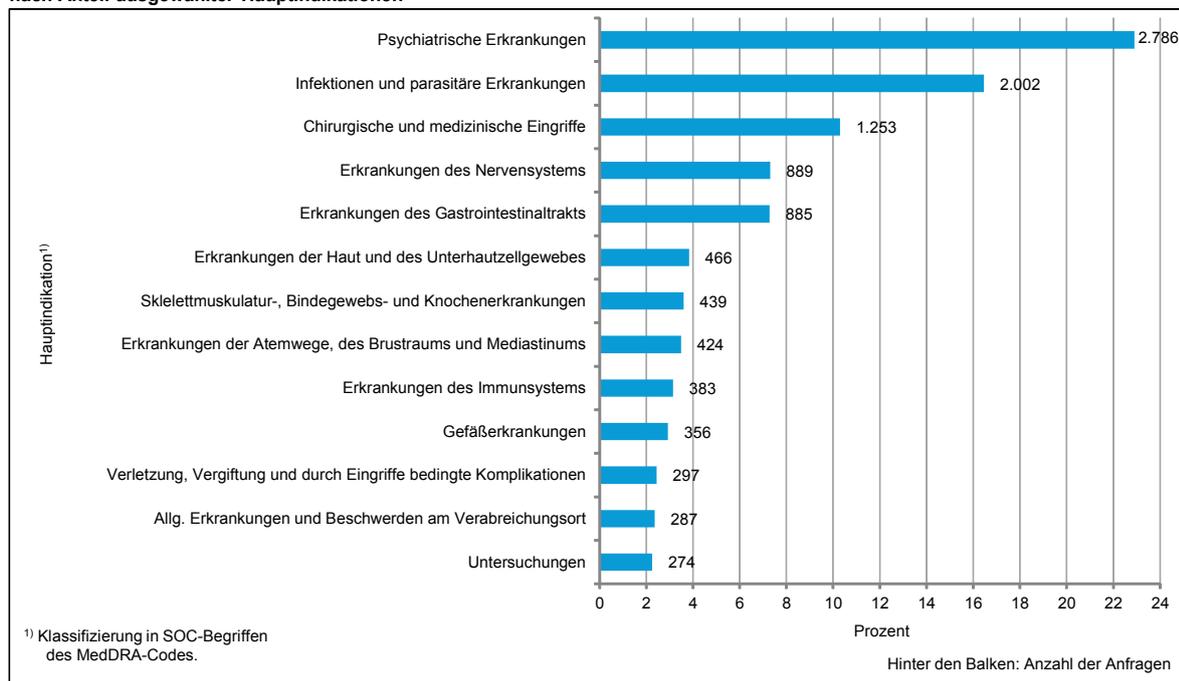
(Datenquelle und Darstellung: PVZ Embryonaltoxikologie Berlin)

Alter der Schwangeren und Hauptindikationen der Anfragen

Anfrage zu durchschnittlich 3 Medikamenten oder Noxen pro Beratungsfall

Das durchschnittliche **Alter** der prospektiv erfassten Schwangeren betrug 31 Jahre (Minimum 14, Maximum 51). Die jeweiligen **Hauptindikationen der Anfragen** sind in Abbildung 4.24 dargestellt. Wie in den Vorjahren stehen psychiatrische Erkrankungen bzw. die hierfür eingesetzten Medikamente an erster Stelle. Die Klassifizierung der Behandlungsindikationen folgt den SOC (System Organ Class)-Begriffen als oberste Ebene des MedDRA-Codes. Falls für die Hauptindikationen mehrere SOC in Frage kommen, so ist pro Fall nur die primäre SOC (definiert nach MedDRA - Medical Dictionary for Regulatory Activities) angegeben. Insgesamt wurden pro Beratungsfall durchschnittlich etwas mehr als 3 Medikamente oder Noxen angefragt.

Abbildung 4.24: Anfragen ans Pharmakovigilanz- und Beratungszentrum für Embryonaltoxikologie in Berlin 2010 nach Anteil ausgewählter Hauptindikationen



(Datenquelle und Darstellung: PVZ Embryonaltoxikologie Berlin)

Zwei Beispiele von zahlreichen Embryotox-Projekten

Fachöffentlichkeitsarbeit und Forschung zur Fetotoxizität der sogenannten Sartan-Antihypertensiva, die im zweiten und dritten Trimenon zum Fruchtwassermangel und schweren Schäden beim Feten führen können.

bei Sartanen fehlt oft der Hinweis auf spezielles Risiko nach dem 1. Trimenon

Sartane sind zur Behandlung der arteriellen Hypertonie zugelassen. Zu den Sartanen zählen Candesartan, Eprosartan, Irbesartan, Losartan, Olmesartan, Telmisartan und Valsartan. In der Schwangerschaft sind Sartane kontraindiziert. Aber nicht bei allen Produkten wird darauf hingewiesen, dass sie vor allem nach dem ersten Trimenon riskant sind. Dem Pharmakovigilanzzentrum für Embryonaltoxikologie liegen über 20 Berichte einer Behandlung im zweiten und dritten Trimenon vor, allein acht in der ersten Jahreshälfte 2010. Man muss von einer wesentlich höheren Dunkelziffer behandelter Schwangerer ausgehen.

Erstaunlicherweise erhielt das Berliner Institut in den letzten Jahren nicht weniger sondern eher mehr **Berichte zur Einnahme von Sartanen im 2. und 3. Trimenon** im Vergleich zu den genauso riskanten ACE-Hemmern, obwohl diese generell weiter verbreitet sind. Das könnte daran liegen,

dass die Gefahrenlage hier besser bekannt ist und dass den Sartanen als „modernere“ Arzneigruppe nicht nur therapeutische Vorteile sondern auch eine größere Anwendungssicherheit in der Schwangerschaft unterstellt wird.

Eine Behandlung mit Sartanen im zweiten und dritten Trimenon kann Nierenfunktionsstörungen beim Feten, Oligo- oder Anhydramnion, Kontrakturen, mangelnde Schädelverknöcherung, Lungenhypoplasie und dialysepflichtiges Nierenversagen beim Neugeborenen verursachen.

Die **Langzeitentwicklung der Kinder**, die pränatal exponiert waren, ist unzureichend untersucht. Diese Fragestellung ist Gegenstand einer kürzlich konzipierten Nachbeobachtungsstudie im Pharmakovigilanzzentrum für Embryonaltoxikologie.

Die mütterlichen Medikamente sollten eingehend geprüft werden, wenn eines der oben genannten Symptome während der Schwangerschaft, bei Geburt oder beim Neugeborenen diagnostiziert wird.

Austausch mit Russland zur Verbesserung der Mutter-Kind-Gesundheit

Seit 2009 besteht eine enge Kooperation über das Koch-Mechnikov-Forum zwischen den recht neuen **Embryotox-Zentren in Moskau und Petersburg** und dem in Berlin. Das Moskauer Zentrum hat in Anlehnung an das 2008 eröffnete deutsche Informationsportal www.embryotox.de eine russische Internetseite eröffnet, www.embryotox.ru, die ebenfalls Informationen zur Verträglichkeit von Medikamenten in der Schwangerschaft anbietet. Im Februar 2011 wurde das erste deutsch-russische Seminar zur Arzneysicherheit in Schwangerschaft und Stillzeit an der Mechnikov-Akademie in Petersburg veranstaltet, zu dem über 100 Ärztinnen und Ärzte der Fachgebiete Kinderheilkunde, Gynäkologie, Humangenetik und Pharmakologie aus verschiedenen Teilen Russlands kamen.

2011 erstes deutsch-russisches Seminar zur Arzneysicherheit in Schwangerschaft/Stillzeit in Petersburg

Ein wichtiger **Aspekt der deutsch-russischen Zusammenarbeit** ist die Optimierung der Beratung von klinisch tätigen Ärztinnen und Ärzten zur Vermeidung von Fehlentscheidungen im Zusammenhang mit der Therapie Schwangerer. Ein weiterer Schwerpunkt des PVZ Embryonaltoxikologie liegt in der Optimierung der Risikointerpretation, die berücksichtigen muss, ob eine Therapieempfehlung ausgesprochen oder das Risiko einer suspekten Arzneimittelaufnahme abgeschätzt werden soll.

International steht Berlin vorbildlich da. Andere Embryotox-Zentren in Europa und Nordamerika kämpfen um ihr Überleben, da Politiker dort noch von der **präventionsmedizinischen Relevanz** überzeugt werden müssen, dass die Embryonaltoxikologie einen entscheidenden Beitrag zur vorgeburtlichen Mutter-Kind-Gesundheit mit lebenslangen Auswirkungen leistet. Das Berliner Embryotox-Zentrum ist nicht nur in Russland, sondern ebenso in vielen **westlichen Ländern** auch in dieser Hinsicht ein geschätzter Kooperationspartner.

4.5 Krankheitskosten in ambulanten Einrichtungen

In der vom Statistischen Bundesamt zweijährlich durchgeführten **Krankheitskostenrechnung**⁹ werden u. a. die **in ambulanten Einrichtungen anfallenden Kosten** für im Zusammenhang mit Gesundheit stehende Prävention, Behandlung, Rehabilitation und Pflege beziffert (vgl. auch Basisbericht 2009, Kapitel 11 - Krankheitskosten in der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter); die aktuell vorliegenden Daten betreffen das **Erhebungsjahr 2008**.

In diesem Jahr entstanden in Deutschland durch Leistungen und Inanspruchnahme ambulanter Gesundheitseinrichtungen Kosten in Höhe von 130,9 Mrd. EUR, die Berechnung auf die Bevölkerung ergab im Durchschnitt Aufwendungen von annähernd 1.600 EUR je Einwohner. Damit

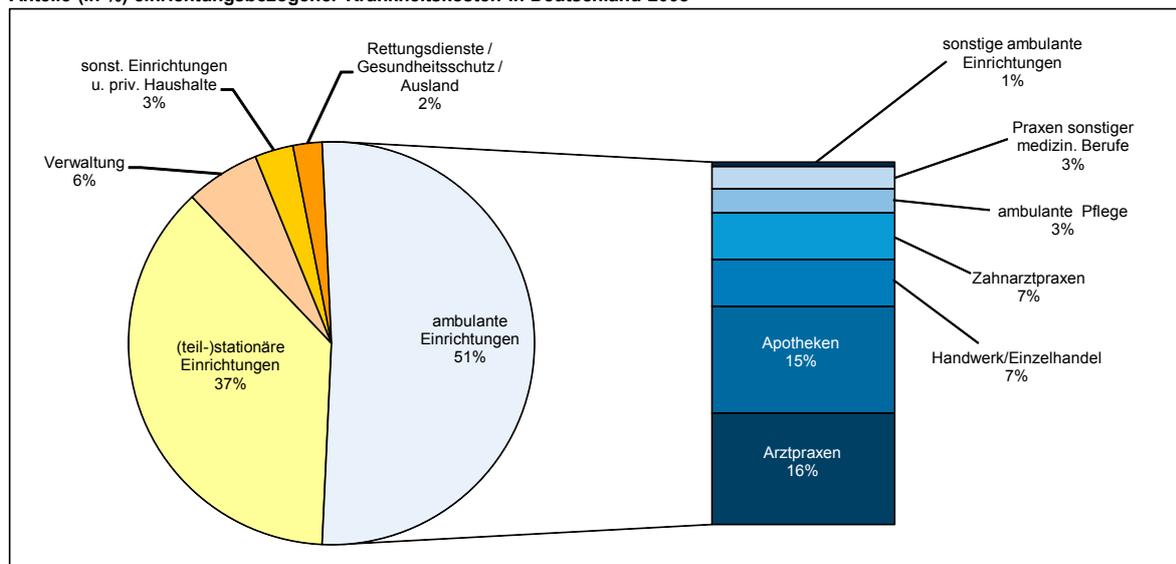
Krankheitskosten je Einw. im ambulanten Bereich 2008 mit 1.600 EUR ein Fünftel höher als 2002

⁹ Informationen und Ergebnisse zur Krankheitskostenstatistik im Internet verfügbar unter www.destatis.de (Pfad: weitere Themen/Gesundheit/Krankheitskosten bzw. zur Fachserie 12, Reihe 7.2: Publikationen/Fachveröffentlichungen/Gesundheit) oder unter www.gbe-bund.de, Suchbegriff „Krankheitskosten“.

entstanden 2008 fast ein Fünftel (19,4 %) höhere Krankheitskosten je Einwohner als im *Jahr 2002*, die Zunahme der insgesamt in ambulanten Einrichtungen angefallenen Kosten lag mit 18,9 % nur wenig darunter.

In ambulanten Einrichtungen entstand mehr als die Hälfte der Gesamtkrankheitskosten, mit leicht steigender Tendenz (2002: 50,3 %, 2008: 51,5 %). Zu den *in der Krankheitskostenstatistik erfassten ambulanten Einrichtungen* zählen neben Arzt- und Zahnarztpraxen sowie Praxen der sonstigen medizinischen Berufe zum einen die Betriebe des Gesundheitshandwerks und zum anderen die Apotheken und der Einzelhandel, die die ambulante Gesundheitsversorgung der Bevölkerung sicherstellen; außerdem gehören in diese Kategorie Einrichtungen ambulanter Pflege und unter „sonstige“ zusammengefasste Einrichtungen, z. B. Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen, sozialpsychiatrische und psychosoziale Dienste, Tagesstätten für psychisch Kranke und Behinderte, Leistungen von Dialysezentren und Hospizdienste u. a. Die größten Posten teilten sich im ambulanten Bereich im Jahr 2008 Arztpraxen und öffentliche Apotheken mit Gesamtkostenanteilen von 15,8 % (40,2 Mrd. EUR) bzw. 15,1 % (38,5 Mrd. EUR), gefolgt von Gesundheitshandwerk/-einzelhandel (6,7 % / 17,0 Mrd. EUR), Zahnarztpraxen (6,6 % / 16,8 Mrd. EUR), ambulanter Pflege (3,4 % / 8,6 Mrd. EUR), Praxen sonstiger medizinischer Berufe (3,2 % / 8,1 Mrd. EUR) und dem sonstigen ambulanten Bereich, der trotz der Vielzahl hier berücksichtigter Einrichtungen mit einem Anteil von 0,7 % und Kosten in Höhe von 1,7 Mrd. EUR eine vergleichsweise geringe Rolle spielt. Hinsichtlich der einrichtungsbezogenen Kostenanteile waren seit 2002 keine nennenswerten Verschiebungen zu beobachten (vgl. Abbildung 4.25).

Abbildung 4.25:
Anteile (in %) einrichtungsbezogener Krankheitskosten in Deutschland 2008



(Datenquelle: StBA / Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Geschlechtsspezifische Krankheitskosten

Kostenniveau in der weiblichen Bevölkerung höher als in der männlichen

Wie bei den Gesamtkosten zeigt die geschlechtsspezifische Betrachtung auch bei den ambulanten Krankheitskosten ein deutlich höheres **Niveau** für die **weibliche Bevölkerung** mit einer Gesamtsumme von 73,7 Mrd. EUR und Pro-Kopf-Kosten von 1.759 EUR; die entsprechenden Werte der **männlichen Bevölkerung** lagen bei 57,2 Mrd. EUR bzw. 1.422 EUR pro

Person. Die Unterschiede waren mehr oder weniger ausgeprägt bei den meisten Einrichtungsarten zu beobachten, bei den Kosten im Gesundheitshandwerk/-einzelhandel fiel der Unterschied am geringsten aus. Eine Ausnahme machten die Kosten im Zusammenhang mit Zahnarztpraxen, die in der männlichen Bevölkerung (8.377 Mio. EUR / 200 EUR je Einw.) sogar geringfügig höher waren als in der weiblichen (8.410 Mio. EUR / 209 EUR je Einw.).

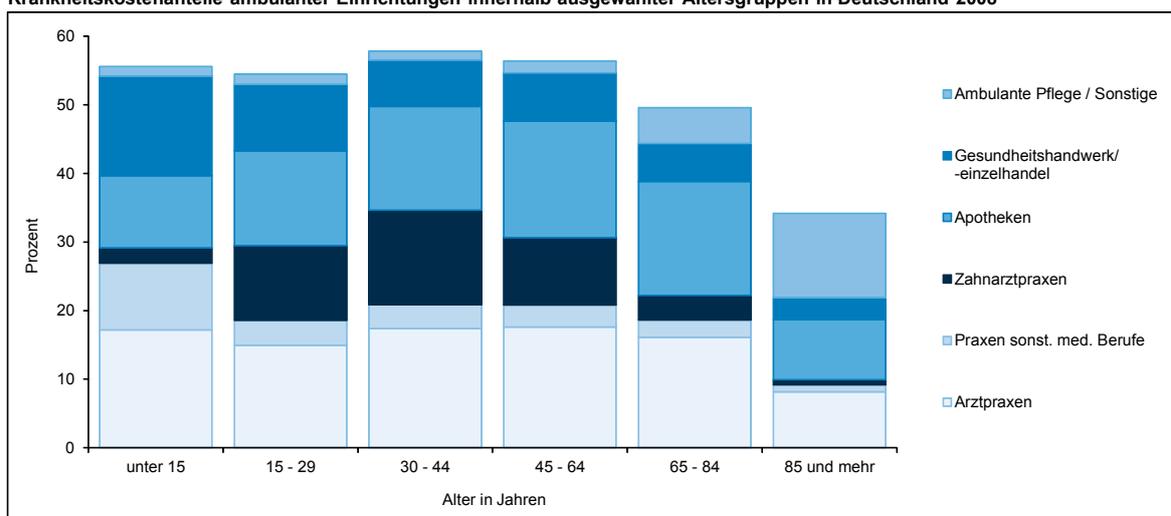
Im Gegensatz zum Kostenniveau war die **Kosten auf die einzelnen Einrichtungsarten** bei Männern und Frauen etwa gleich **verteilt** und - wie bei den Kosten insgesamt gesehen - wurde auch bei beiden Geschlechtern jeweils etwas mehr als die Hälfte der Krankheitskosten (männlich: 51,9 % / weiblich: 51,2 %) durch Leistungen und Inanspruchnahme ambulanter Einrichtungen verursacht.

Altersspezifische Krankheitskosten

Die in ambulanten Einrichtungen entstehenden Krankheitskosten unterschieden sich in den in der Erhebung ausgewiesenen **sechs Altersgruppen** deutlich voneinander. Die **Pro-Kopf-Kosten** lagen 2008 in der Altersgruppe 15 bis 29 Jahre (717 EUR) niedriger als bei den unter 15-Jährigen (754 EUR); bei den weiteren vier Altersklassen stiegen die Kosten pro Person erwartungsgemäß mit dem Alter an bis auf 5.073 EUR in der Altersgruppe ab 85 Jahren. Anders als die hohen Pro-Kopf-Kosten vermuten lassen könnten, hatten ambulante Einrichtungen für 85 Jahre und Ältere eine vergleichsweise geringe Bedeutung: Nur etwa ein Drittel (34,2 %) der Krankheitskosten entstanden in dieser Altersgruppe durch ambulante Leistungen und Inanspruchnahme. Auch die Krankheiten der 65- bis 84-Jährigen verursachten mit 3.232 EUR pro Person überdurchschnittlich hohe Kosten im ambulanten Bereich, während der **Kostenanteil** (49,6 %) an den in dieser Altersgruppe insgesamt angefallenen Krankheitskosten hier noch knapp unter dem Durchschnitt lag. In der Versorgung der unter 65-Jährigen hingegen spielten ambulante im Vergleich zu den übrigen Einrichtungen die größte Rolle mit Kostenanteilen zwischen 54,5 % (15 - 29 Jahre) und 57,8 % (30 - 44 Jahre).

Bei der **Kostenverteilung auf die einzelnen ambulanten Bereiche innerhalb der Altersgruppen** fallen einige Unterschiede auf: Der Kostenanteil der Arztpraxen war bei 85 Jahre und Älteren (8,1 %) nur halb so hoch wie in den anderen Altersgruppen; die höchsten Kostenanteile der Zahnarztpraxen betrafen die drei Altersgruppen 15 - 29, 30 - 44 und 45 - 64 Jahre (10,9 % / 13,8 % / 9,8 %); die anteiligen Kosten der Praxen sonstiger medizinischer Berufe lagen bei den unter 15-Jährigen (9,7 %) höher als in allen anderen Altersgruppen, ebenso im Bereich Gesundheitshandwerk/-einzelhandel (14,5 %); ein vergleichsweise niedriger Anteil entstand in dieser Altersgruppe für Apotheken (10,5 %), noch weniger gaben anteilig die 85 Jahre und Älteren (8,8 %) in Apotheken aus, wogegen der Anteil der durch ambulante Pflege verursachten Kosten (11,9 %) hier im Vergleich zu den anderen Altersgruppen am höchsten lag (vgl. Abbildung 4.26).

Abbildung 4.26:
Krankheitskostenanteile ambulanter Einrichtungen innerhalb ausgewählter Altersgruppen in Deutschland 2008



(Datenquelle: StBA / Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Ambulante Krankheitskosten nach Hauptdiagnosegruppen

zahnärztliche Leistungen und Zahnersatz bilden den größten ambulanten Kostenfaktor

Ein Fünftel der in ambulanten Einrichtungen entstandenen Kosten war im Jahr 2008 mit 26,2 Mrd. EUR (319 EUR je Einw.) auf **Krankheiten des Verdauungssystems** zurückzuführen, die damit bezogen auf Hauptdiagnosegruppen den größten Kostenfaktor im ambulanten Bereich darstellten. Dass die Diagnosegruppe in der Kostenbilanz eine derartige Bedeutung erlangte, ist darauf zurückzuführen, dass innerhalb dieser Krankheitsgruppe entsprechend der Internationalen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10) die **Kosten für zahnärztliche Leistungen und Zahnersatz** den Krankheiten der Mundhöhle, Speicheldrüsen und Kiefer - worunter beispielsweise Zahnkaries, Krankheiten des Parodonts oder Störungen im Zusammenhang mit der Zahnentwicklung fallen - zugeordnet sind. Daher fielen drei Viertel der insgesamt dieser Diagnosegruppe zugehörigen Krankheitskosten (75,3 %) im ambulanten Bereich und hier überwiegend in Zahnarztpraxen und im Gesundheitshandwerk/-einzelhandel (zusammen 60,1 %) an.

Zu den hauptsächlichen **Kostenverursachern in ambulanten Einrichtungen** gehörten neben den Verdauungskrankheiten insbesondere Krankheiten des Kreislaufsystems mit 16,3 Mrd. EUR bzw. 199 EUR je Einw. sowie Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes mit 15,2 Mrd. EUR bzw. 185 EUR je Einw. Die beiden Diagnosegruppen machten jeweils über ein Zehntel (12,5 % bzw. 11,6 %) der im ambulanten Bereich entstandenen Krankheitskosten aus.

Im Hinblick auf die Bedeutung, die der ambulante Bereich für die den jeweiligen Krankheitsgruppen zugeordneten Kosten einnahm, fanden sich die beiden oben genannten (Kreislauf- und Muskel-Skelett-System) eher auf mittleren Plätzen der Rangskala wieder; zu den Hauptdiagnosegruppen, deren **Kosten ganz überwiegend in ambulanten Einrichtungen entstanden**, gehörten hingegen Krankheiten des Auges/der Augenanhangsgebilde (5.434 Mio. EUR / 79,4 %) und - wie oben erwähnt - Krankheiten des Verdauungssystems (26.226 Mio. EUR / 75,3 %), gefolgt von der Diagnosegruppe Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (10.179 Mio. EUR / 74,3 %), Krankheiten des Ohres und Warzenfortsatzes (1.891 Mio. EUR / 73,9 %), Z-Klassifikation (5.840 Mio. EUR / 71,8 %) sowie Krankheiten der Haut und Unterhaut (2.651 Mio. EUR / 67,0 %).

Eine Übersicht über die genannten Daten und weitere Angaben zu Krankheitskosten in ambulanten Einrichtungen sind zusammengestellt in der im GSI verfügbaren Tabelle [11.8z-1](#).

4.6 Kernaussagen

Vertragsärztliche und vertragspsychotherapeutische Versorgung

- Die seit 2007 schrittweise eingeführten neuen Möglichkeiten, die **Berufsausübung** im ambulanten medizinischen und psychotherapeutischen Bereich **flexibler zu gestalten**, werden von Ärztinnen, Ärzten, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (PT) immer stärker genutzt, was der Sicherstellung der ambulanten Versorgung zugutekommt.
- Anfang 2011 gab es in der vertragsärztlichen Versorgung 5.878 niedergelassene und 825 angestellte Ärztinnen und Ärzte, damit setzte sich der Trend zur **Anstellung** weiter fort. Bei den **Praxisformen** hält die Tendenz weg von der Einzelpraxis hin zu wirtschaftlicheren Kooperationsformen, die schon seit Jahren sichtbar wird, weiter an. Hierbei zeigt sich, dass sich in den letzten Jahren Kooperationen zu größeren Einheiten zusammenschließen (z. B. Medizinische Versorgungszentren (MVZ), fachübergreifende örtliche und überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften).
- Nach der derzeit gültigen Bedarfsplanung besteht in Berlin als einheitlichem Planungsbereich in nahezu allen der Bedarfsplanung unterliegenden Zulassungsfachgebieten **Übersversorgung**.

- Nach der Einführung der Praxisgebühr zum 01.01.2004 hat 2009 die Menge der ambulanten **ärztlichen Behandlungsfälle** erstmals wieder das Niveau von 2003 (24,3 Mio. Fälle) mit insgesamt 24,8 Mio. Fällen übertroffen (2010: 24,7 Mio. Fälle). Aufgrund veränderter Honorargruppenzusammensetzung und der Ausweitung des psychosomatischen Leistungskatalogs der Fachärztinnen und -ärzte für Psychosomatik und Psychotherapie wurde bei der Gesamtzahl **psychotherapeutischer und psychosomatischer Behandlungsfälle** eine außerordentliche Zunahme (2008: 259.612 / 2010: 390.112) registriert.

Kostenstruktur ärztlicher, zahnärztlicher und psychotherapeutischer Praxen

- Einen Überblick über Einkommenssituation und Wirtschaftlichkeit von ärztlichen, psychotherapeutischen und zahnärztlichen Praxen in Deutschland gibt die **Kostenstrukturstatistik**, die das Statistische Bundesamt im vierjährigen Turnus durchführt.
- Die Einnahmen aus **selbständiger ärztlicher Tätigkeit** betragen in Deutschland im arithmetischen Mittel 399.000 EUR je Praxis. Die Hälfte aller Arztpraxen erwirtschaftete höchstens Einnahmen von 284.000 EUR; die offensichtliche Ungleichverteilung der Einnahmen betraf mehr oder weniger ausgeprägt alle Fachrichtungen.
Die Einnahmen je Praxis im früheren Bundesgebiet lagen mit 425.000 EUR verhältnismäßig nah am Bundesdurchschnittswert, dagegen ist mit 286.000 EUR ein erhebliches Gefälle zum Niveau in den neuen Ländern und Berlin-Ost zu erkennen. Die kassenärztliche Tätigkeit erbrachte 71 %, die privatärztliche 26 % der Einnahmen.
Durchschnittlich 52 % ihrer Einnahmen (206.000 EUR je Praxis) mussten Arztpraxen für die Kosten aufwenden, die ihnen durch ihr Angebot und ihre Leistungserbringung entstehen, davon fiel etwa die Hälfte auf Personalkosten.
- Als durchschnittlich je **Zahnarztpraxis** erzielte Einnahmen wurde für 2007 ein Betrag von 462.000 EUR ermittelt; etwa je zur Hälfte wurden die Einnahmen über die Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZV) bzw. nicht über die KZV vereinnahmt.
Die **Aufwendungen**, die die Zahnarztpraxen zu begleichen hatten, machten auf alle Praxen bezogen zwei Drittel (66 %) der Einnahmen aus, davon war etwa ein Viertel für Personalaufwendungen zu veranschlagen.
Der nach Abzug der Aufwendungen von den Einnahmen verbleibende Reinertrag (der nicht den betriebswirtschaftlichen Gewinn der Zahnarztpraxis darstellt) ergab für 2007 einen Durchschnittswert je Praxis von insgesamt 159.000 EUR, 172.000 EUR im früheren Bundesgebiet und 110.000 EUR in den neuen Bundesländern und Berlin-Ost.
- Die in der Kostenstrukturstatistik erfassten **Psychotherapeutenpraxen** betreffen Praxen von Psychologischen sowie von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und -therapeutinnen (nicht psychotherapeutisch tätige Ärztinnen und Ärzte). Durchschnittlich erwirtschaftete eine Psychotherapeutenpraxis im Jahr 2007 Einnahmen von rund 85.000 EUR, die zu 82 % als Kassenpraxis über die gesetzliche Krankenversicherung abgerechnet wurden.
Im Unterschied zu Arzt- und Zahnarztpraxen wurden in Psychotherapeutenpraxen nur durchschnittlich 3 % der Einnahmen für Personal aufgewendet, was darauf zurückzuführen ist, dass in einer Psychotherapeutenpraxis im Mittel 1,9 Personen tätig waren, während es in einer ärztlichen Praxis durchschnittlich 7,0 und in einer zahnärztlichen 8,0 Arbeitskräfte gab.
Der Reinertrag (nicht gleichzusetzen mit dem betriebswirtschaftlichen Gewinn) je Inhaber/in einer Psychotherapeutenpraxis lag mit einem arithmetischen Mittel von 50.000 EUR erheblich unter den entsprechenden Werten im ärztlichen (142.000 EUR) und zahnärztlichen (126.000 EUR) Bereich.

Alters- und geschlechtsspezifische ambulante Morbiditätsspektren

- Anhand der **vertragsärztlichen Abrechnungsdaten** aus dem Jahre 2007 wurden **Auswertungen zur ambulanten Morbidität** vorgenommen. Daten von mehr als 2,7 Millionen Berlinerinnen und Berlinern, die im Jahr 2007 vertragsärztlich im Rahmen des GKV-Leistungskataloges behandelt

wurden, bilden die Grundlage der Auswertungen zur ambulanten Morbidität. Darin abgebildet ist das Morbiditätsspektrum der GKV-Bevölkerung über die gesamte Lebensspanne vom Neugeborenen bis zu den Langlebigen.

- **Rückenschmerzen, Bluthochdruck** (Hypertonie) sowie **Sehfehler** (Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler) sind laut Abrechnungsdaten der KV Berlin die in der Berliner GKV-Bevölkerung im Jahre 2007 am häufigsten verschlüsselten Diagnosen. Für jeweils etwa jeden vierten GKV-Versicherten wurden diese Krankheiten als Abrechnungsdiagnosen verschlüsselt. Neben chronischen Leiden spielen **akute Infekte** sowie **Früherkennungsuntersuchungen** und die Verabreichung von **Impfungen** eine bedeutende Rolle bei der Nachfrage von Leistungen im Rahmen der vertragsärztlich-medizinischen Versorgung.
- Die Qualität der Krankheitslast und der Behandlungsanlässe hängt vom Geschlecht, stärker jedoch vom Alter der Personen ab. Während akute gesundheitliche Beeinträchtigungen sowie Vorsorgeuntersuchungen den Schwerpunkt der Behandlungsanlässe unter Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen ausmachen, stehen bei der älteren Bevölkerung chronische bzw. degenerative Erkrankungen im Vordergrund. Die vorliegenden Daten belegen auch, dass sich Frauen und Männer hinsichtlich der sie betreffenden Morbidität sowie hinsichtlich des Inanspruchnahmeverhaltens unterscheiden.
- Das anhand der Abrechnungsdaten dargestellte Morbiditätsspektrum verschiebt sich mit steigendem **Lebensalter** von akuten Krankheiten hin zu chronischen gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Diese Verschiebung findet bei beiden Geschlechtern gleichermaßen statt. Atemwegsinfekte und weitere Infektionskrankheiten sind neben der Gesundheitsvorsorge die häufigsten Vorstellungsanlässe unter Kindern und Jugendlichen. Krankheiten des Kreislaufsystems, Stoffwechselstörungen und Erkrankungen des Muskel- und Skelettsapparates kennzeichnen den Schwerpunkt der Behandlungsanlässe älterer Personen.
- **Geschlechtsspezifische Unterschiede** beim Behandlungsspektrum ergeben sich ab dem jungen Erwachsenenalter. Da die meisten Frauen zumindest während ihrer reproduktiven Phase und häufig auch darüber hinaus regelmäßig in gynäkologischer Behandlung sind, führen Diagnosen, die nur das weibliche Geschlecht betreffen, auch deren Morbiditäts- und Inanspruchnahmespektrum über das gesamte Erwachsenenalter an. Bei Männern setzt diese Spezifik erst im höheren Alter mit dem vermehrten Auftreten von Krankheiten der männlichen Genitalorgane (insbesondere Vergrößerung der Prostata) ein. Bei den über 65-Jährigen nehmen geschlechtsspezifische Diagnosen eine untergeordnete Rolle ein.
- Männer und Frauen weisen neben Diagnosen, die nur ein Geschlecht betreffen, auch weitere Unterschiede in der Ausprägung bestimmter Diagnosen auf. So zeigen die vorliegenden Daten, dass **psychische und Verhaltensstörungen** (bis auf psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen) bei Frauen nicht nur altersmäßig eher auftreten als bei Männern, sondern auch häufiger. Bei Männern hingegen treten insbesondere **Krankheiten des Kreislaufsystems** (bis auf Venenkrankheiten) eher und häufiger im Rahmen der Leistungsbegründung in Erscheinung als bei Frauen. Weiterhin sind Migräne, Krankheiten der Schilddrüse und Muskel- und Skelettkrankheiten (insbesondere Osteoporose) unter Frauen verbreiteter als unter Männern. Im Gegensatz dazu waren bei Männern Verletzungen, Krankheiten der Leber und Diabetes häufiger angegeben als bei Frauen.
- Frauen weisen bei ihrem ambulanten Morbiditätsspektrum ab dem jungen Erwachsenenalter über alle weiteren Altersgruppen eine höhere **Anzahl an abrechnungsrelevanten Diagnosen** auf als Männer. Dies liegt zum einen wohl in der bereits erwähnten regelmäßigen Inanspruchnahme im Rahmen der gynäkologischen Versorgung. Zum anderen könnten auch geschlechtsspezifische Inanspruchnahmemuster (Frauen gehen früher und öfter zum Arzt als Männer) für diese Beobachtung mitbestimmend sein. Die Frage, ob Frauen multimorbider sind als Männer, lässt sich damit nicht eindeutig beantworten.

Ausgewählte ambulante Diagnosen in der kleinräumigen Gliederung

- Die **kleinräumige Verteilung von Behandlungsanlässen** zeigt regionale Besonderheiten auf und bildete die Ausgangslage für die Betrachtung von Morbiditätsmustern.
- Sowohl **chronische als auch akute Erkrankungen** sind geprägt durch verschiedene **räumliche Verteilungen** über das Berliner Stadtgebiet. So werden anhand der Abrechnungsdaten zum Beispiel Typ-II-Diabetes, kontrazeptive Maßnahmen und Gesundheitsvorsorgeleistungen wie beispielsweise Impfungen vorrangig in den früheren Ostberliner Stadtteilen beobachtet, wohingegen Depressionen und Angststörungen eher in den ehemaligen Westberliner Bezirken zu beobachten sind.
- Die betrachteten Diagnosen zeigen zumeist einen deutlichen **Zusammenhang zur Berliner Sozialstruktur**. Insbesondere Krankheiten mit einer starken Lebensstilkomponente (Ernährung, Bewegung, mentale Gesundheit) sind in der räumlichen Gliederung mit der Höhe der sozialen Belastung korreliert. Typ-II-Diabetes, Adipositas, psychische Krankheiten, chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD), aber auch Infekte, Rückenschmerzen und Verletzungen zeigen in Gebieten mit niedrigem **Sozialindex I** überdurchschnittliche Erkrankungsraten. Die räumliche Verteilung des Bluthochdrucks zeigt einen moderaten Zusammenhang zum Sozialindex I, ist jedoch stärker noch mit dem **Sozialindex II** korreliert. Hier werden in Gebieten mit niedrigem Sozialindex II (also hohe Anzahl an Alg I-Empfängern und sozialversicherungspflichtig Beschäftigten) überdurchschnittliche Erkrankungsraten für Bluthochdruck beobachtet. Die gefundenen Zusammenhänge werden gestützt durch die bekannte Beziehung zwischen Gesundheit und sozialer Lage. So verringert eine ungünstige soziale Lage die Chancen für eine positive Lebensführung (gesunde Ernährung, Bewegung, Nichtrauchen, mentale und soziale Gesundheit) und wirkt auf die Entstehung von Krankheiten, die mit diesen Risikofaktoren verbunden sind. Mit dem Index zur Veränderung der Sozialstruktur im Zeitraum von 2003 bis 2008 (**Sozialindex(Δt) R**) zeigen die Diagnosen und Behandlungsanlässe größtenteils nur geringere Zusammenhänge. Lediglich die Erkrankungsrate an Bluthochdruck ist in Gebieten mit negativer Veränderung des Sozialindex I erhöht.
- Nicht krankheitsbezogene Behandlungsanlässe, die der **Gesundheitsvorsorge** dienen, wie Krebsvorsorgeuntersuchungen, Impfungen oder **kontrazeptive Maßnahmen**, zeigen keine Korrelation zum Sozialindex I, sind jedoch negativ mit dem **Sozialindex II** verbunden. Das heißt, auch hier liegen in Gebieten mit niedrigem Sozialindex II eher überdurchschnittliche Raten der zuvor genannten Behandlungsanlässe vor.

Ambulante Morbiditätsindizes

- Anhand von Diagnosehäufigkeiten wurden auf der LOR-Ebene der Planungsräume sogenannte Morbiditätsindizes gebildet. In der Analyse wurden **vier Indizes** identifiziert, die unterschiedliche Muster von Krankheiten und Behandlungsanlässen wiedergaben. Diese wiesen eine spezifische regionale Verteilung sowie eine deutliche Korrelation zur Sozialstruktur auf.
- Mit der Identifikation von vier distinkten Morbiditätsindizes auf der Ebene der Berliner Planungsräume wird eine Beschreibung **regionaler Muster von gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Gesundheitsverhalten** ermöglicht. Die Ausprägungen aller vier Indizes zeigen in der kleinräumigen Gliederung Berlins deutlich unterscheidbare Verteilungsmuster.
- **Morbiditätsindex I** vereint akute Infektionen und Beschwerden, psychische und Verhaltensstörungen, chronische Krankheiten der Atemwege sowie Konditionen des metabolischen Syndroms (Adipositas, Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörungen und Insulinresistenz) auf sich. Eine Konzentration von Planungsräumen mit hohen Werten für den Morbiditätsindex I ist in den Bezirken Mitte und Friedrichshain-Kreuzberg sowie in den zentrumsnahen Planungsräumen angrenzender Bezirke, insbesondere Spandau, Reinickendorf, Neukölln und Tempelhof-Schöneberg zu finden.
- **Morbiditätsindex II** umschreibt chronische Krankheiten des Alters wie Diabetes, Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems, der Prostata und der Augen sowie ein gewisses Gesundheitsvorsorgever-

halten, insbesondere Impfungen. Planungsräume mit hohen Index-Werten treten hauptsächlich in den Bezirken Pankow, Lichtenberg, Marzahn-Hellersdorf und Treptow-Köpenick auf.

- **Morbiditätsindex III** umfasst frauenspezifische Krankheiten und Behandlungsanlässe und zeigt in Planungsräumen der Regionen Reinickendorf Ost und Waidmannslust im Bezirk Reinickendorf, der Regionen im Osten Steglitz-Zehlendorfs zusammen mit Mariendorf, Marienfelde und Lichtenrade und Teilen Spandaus Ballungszentren mit hohen Index-Werten.
- **Morbiditätsindex IV** zeigt einen starken Zusammenhang zu degenerativen Krankheiten des Bewegungsapparates. In der regionalen Verteilung ist dieser Index in Planungsräumen des innerstädtischen Bereichs Berlins (Moabit, Charlottenburg, Kreuzberg-Nord, Zentrum) sowie in Spandauer und Pankower Planungsräumen hoch ausgeprägt.
- Die **Sozialstruktur** weist in der kleinräumigen Gliederung deutliche Beziehungen zur Morbiditätsstruktur auf.
- Eine hohe soziale Belastung (**Sozialindex I**) geht mit einer hohen Ausprägung des Morbiditätsindex I und somit mit einer Vielzahl an gesundheitlichen Einschränkungen, die deutlich durch Lebensgewohnheiten beeinflusst sind, einher.
- Die Abhängigkeit vom sozialversicherungspflichtigen Arbeitsmarkt (**Sozialindex II**) zeigt Beziehungen zu den Morbiditätsindizes II und III auf und scheint neben den darin beschriebenen Krankheiten mit einem gewissen Gesundheitsvorsorgeverhalten einherzugehen. Dies geht sowohl aus der im Morbiditätsindex II enthaltenen Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen als auch aus der im Morbiditätsindex III ausgewiesenen Krebsvorsorge und Empfängnisverhütung hervor.

Steuerungsstrukturen in der psychiatrischen Versorgung

- Qualitative Veränderungen der fallbezogenen Steuerung in der psychiatrischen Versorgung und die Einführung des Fallmanagements in der Eingliederungshilfe des SGB XII haben ab dem Jahr 2005 zu einer grundlegenden Neuausrichtung des psychiatrischen Steuerungssystems insgesamt geführt. Dieser Prozess wurde durch die dargestellte **Evaluation des Steuerungssystems 2010/2011 auf seine Leistungsfähigkeit, Qualität, Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit** untersucht. Als Ergebnis können nachfolgende Punkte benannt werden:
 - Die fallbezogene Steuerung durch die Steuerungsgremien Psychiatrie (SGP) wird mit überwiegend sehr **hoher Fachlichkeit** weitgehend landeseinheitlich umgesetzt.
 - **Voraussetzung für eine qualitativ gute Steuerung** sind ausreichende zeitliche Ressourcen pro Klientin bzw. Klient, eine ergebnisoffene Fallvorstellung, die Beteiligung des Fallmanagements und der Leistungserbringer, ausreichende vorbereitende Aktivitäten (Berliner Behandlungs- und Rehabilitationsplan (BBRP), Gutachten des Fachdienstes etc.) und alternative Überlegungen zur Hilfestellung durch nicht psychiatrische Angebote.
 - Die SGP haben sich nachhaltig bewährt und tragen zur **Qualität der Versorgung von psychisch kranken Menschen** bei.
 - Ein **Finanzcontrollinginstrument** ist nicht Voraussetzung für die fachliche Arbeit des SGP, trägt jedoch wesentlich zur Übersicht und Kontrolle der finanziellen Auswirkungen der Empfehlungen des Gremiums bei.
- Insgesamt können die **Ergebnisse der Evaluation** als ausgesprochen befriedigend bezeichnet werden, da die Fallsteuerung im Land Berlin eine hohe fachliche Qualität erreicht hat.

Öffentlicher Gesundheitsdienst - Zielstruktur und Personalbedarf

- Aufbauend auf der einheitlichen Ämterstruktur der Berliner Verwaltung ist für die 12 Bezirke ein **Organigramm der Grundstruktur** entwickelt und umgesetzt worden.
- Sowohl die Grundstruktur wie auch die Zentren sind **personell unterlegt**.
- Eine **Zielzahl für die personelle Ausstattung** des ÖGD in Berlin ist für die Jahre 2013 bzw. 2015 entwickelt worden.

- Die **Verteilung** der berlinweit geltenden Zielzahl **auf die Bezirke** erfolgt gemäß zwischen der Hauptverwaltung und den Bezirken festgelegten Schlüsseln (gleichmäßige Verteilung, fallbezogene Verteilung; bevölkerungsbezogene Verteilung; Verteilung anhand sozialstruktureller Merkmale).
- Für unterschiedliche Dienste in den Fachbereichen der Bezirke werden **Fachverfahren zur Geschäftsprozessoptimierung** erarbeitet (Kinder- und Jugendgesundheitsdienst, Zentren für sexuelle Gesundheit und Familienplanung).

Pharmakovigilanz- und Beratungszentrum für Embryonaltoxikologie

- Das Pharmakovigilanz- und Beratungszentrum (PVZ) Embryonaltoxikologie (angesiedelt im BBGes - Berliner Betriebe für zentrale gesundheitliche Aufgaben) bietet auf der Grundlage von Erfassung und Auswertung von Schwangerschaftsverläufen nach Medikamenteneinnahme zur **Verbesserung der Arzneisicherheit für das ungeborene Kind** unabhängig und für jeden zugänglich aktuelle Informationen an, damit die Pharmakotherapie bei Schwangeren optimiert und Ängste und Fehlentscheidungen vermieden werden können.
- Im Jahr 2010 wurden aus allen Bundesländern 12.167 **Anfragen**, darunter 1.627 (14 %) aus Berlin, ans PVZ gestellt und 5.640 **Follow-up-Verfahren** zu Verlauf und Ausgang der Schwangerschaft sowie Befinden des Neugeborenen initiiert.
- In der 7. **Schwangerschaftswoche** wurden die meisten Anfragen gestellt, das durchschnittliche **Alter** der prospektiv erfassten Schwangeren betrug 31 Jahre. Bei den **Hauptindikationen** der Anfragen standen wie in den Vorjahren psychiatrische Erkrankungen bzw. die hierfür eingesetzten Medikamente an erster Stelle.

Krankheitskosten in ambulanten Einrichtungen

- Aus der vom Statistischen Bundesamt zweijährlich durchgeführten Krankheitskostenrechnung geht hervor, dass in Deutschland im Jahr 2008 **Kosten in Höhe von 130,9 Mrd. EUR durch Leistungen und Inanspruchnahme ambulanter Gesundheitseinrichtungen** entstanden, die mehr als die Hälfte (52 %) der Gesamtkrankheitskosten ausmachten. Die Berechnung auf die Bevölkerung ergab im Durchschnitt Aufwendungen von annähernd 1.600 EUR je Einwohner, fast ein Fünftel (19 %) mehr als im Jahr 2002.
- Das ambulante Krankheitskostenniveau war in der **weiblichen** Bevölkerung mit Pro-Kopf-Kosten von 1.759 EUR höher als in der **männlichen** mit 1.422 EUR pro Person. Die Pro-Kopf-Kosten lagen 2008 in der **Altersgruppe** 15 bis 29 Jahre (717 EUR) niedriger als bei den unter 15-Jährigen (754 EUR); bei den weiteren vier Altersklassen stiegen die Kosten pro Person erwartungsgemäß mit dem Alter an bis auf 5.073 EUR in der Altersgruppe ab 85 Jahren.
- Ein Fünftel der in ambulanten Einrichtungen entstandenen Kosten war im Jahr 2008 mit 26,2 Mrd. EUR (319 EUR je Einwohner) auf Krankheiten des Verdauungssystems zurückzuführen, die damit bezogen auf **Hauptdiagnosegruppen** den größten Kostenfaktor im ambulanten Bereich darstellten. Das ist darin begründet, dass in dieser Krankheitsgruppe die Kosten für zahnärztliche Leistungen und Zahnersatz enthalten sind. Daher fielen 60 % der insgesamt dieser Diagnosegruppe zugehörigen Krankheitskosten in Zahnarztpraxen und im Gesundheitshandwerk/-einzelhandel an. Zu den hauptsächlichen Kostenverursachern in ambulanten Einrichtungen gehörten neben den Verdauungskrankheiten insbesondere Krankheiten des Kreislaufsystems (16,3 Mrd. EUR bzw. 199 EUR je Einwohner) sowie Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (15,2 Mrd. EUR bzw. 185 EUR je Einwohner).

4.7 Indikatoren im GSI

Die Tabellen sind ausschließlich in elektronischer Form im Gesundheits- und Sozialinformationssystem (GSI) veröffentlicht, verfügbar im Internet unter <http://www.gsi-berlin.info/>.

Zum **Auffinden einer Tabelle** sind im GSI in der **erweiterten Suche** folgende Einstellungen vorzunehmen:

- Kontext: „Basisbericht GBE Berlin 2010/2011“ auswählen,
- Suchtext: das Wort Tabelle und die entsprechende Nummer (z. B. Tabelle 3.23z-1) eingeben,
- Such-Modus: „alle Wörter, Suche nur im Kommentar“ auswählen.

Tabelle 3.23z-1:

Standardisierte Morbiditätsraten (SMR) der GKV-Bevölkerung in Berlin 2007 für ausgewählte Diagnosen chronischer Erkrankungen (Dauerdiagnosen) mit Rang und Schichtangabe auf der Ebene der Planungsräume

Tabelle 3.23z-2:

Standardisierte Morbiditätsraten (SMR) der GKV-Bevölkerung in Berlin 2007 für ausgewählte Diagnosen akuter Erkrankungen und Behandlungsanlässe (Tagesdiagnosen) mit Rang und Schichtangabe auf der Ebene der Planungsräume

Tabelle 3.23z-3:

Morbiditätsindex I bis IV der GKV-Bevölkerung in Berlin 2007 mit Rang und Schichtangabe auf der Ebene der Planungsräume

Tabelle 6.1-1:

Ärztlich geleitete ambulante Gesundheitseinrichtungen in Berlin 2005 – 2011 nach Versorgungsbereich, Art der Einrichtung sowie dort tätigen Ärztinnen/Ärzten und Psychotherapeutinnen/-therapeuten

Tabelle 6.1z-1:

Struktur der vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung in Berlin 1997 - 2011 (Stichtag: 01.01.) nach beteiligten Ärztinnen/Ärzten und Psychotherapeutinnen/-therapeuten

Tabelle 6.1z-2:

An der kassenärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen und Ärzte in Berlin 1995 – 2011 nach Teilnahmeform und Bezirken

Tabelle 6.2-1:

Versorgungsgrade mit an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen/Ärzten und Psychotherapeutinnen/-therapeuten, Zulassungsbeschränkungen und mögliche Neuniederlassungen in Berlin 1997 – 2011 nach Fachgebieten

Tabelle 6.3-1:

Ermächtigungen von Hochschulambulanzen, Psychiatrischen Institutsambulanzen und Sozialpädiatrischen Zentren zur ambulanten vertragsärztlichen/vertragspsychotherapeutischen Versorgung in Berlin 2010 und 2011 (Stichtag: 01.01.) nach Fachgebieten

Tabelle 7.19-1:

Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher und psychotherapeutischer Versorgung (nach § 72 SGB V und PsychThG) in Berlin 2001 - 2009

Tabelle 7.20-1:

Inanspruchnahme ambulanter vertragsärztlicher Versorgung (nach § 72 SGB V) in Berlin 2006 - 2010 nach Fachgruppen

Tabelle 7.20z-1:

Selbstauskunft der erwachsenen Bevölkerung zum Arztbesuch in den letzten 12 Monaten in Deutschland 2009 nach Geschlecht, ausgewählten Altersgruppen und Bildungsgruppe

Tabelle 7.22-1:

Inanspruchnahme ambulanter psychotherapeutischer Versorgung durch Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten (PT) sowie psychotherapeutischer und psychosomatischer Versorgung durch Ärztinnen/Ärzte in Berlin 2000 - 2009

Tabelle 7.25z-1:

Leistungen des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes (ÄBD) der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin 1995 - 2010

Tabelle 7.25z-2:

Vertragsärztliche ambulante Versorgung (Fallzahlen) in der Erste-Hilfe-Stelle der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Berlin sowie in den Erste-Hilfe-Stellen/Rettungsstellen in Krankenhäusern in Berlin 1995 - 2010

Tabelle 11.1-1:

Kostenstruktur in Arztpraxen, Zahnarztpraxen und psychotherapeutischen Praxen sowie dort tätige Personen in Deutschland 2003 und 2007 nach Regionen

Tabelle 11.1-2:

Kostenstruktur in Arztpraxen und dort tätige Personen in Deutschland 2003 und 2007 nach Praxisform und Regionen

Tabelle 11.1-3:

Kostenstruktur in Arztpraxen und dort tätige Personen in Deutschland 2007 nach Fachgebieten und Regionen

Tabelle 11.2-1:

Kostenstruktur in Zahnarztpraxen und dort tätige Personen in Deutschland 2007 nach Praxisform und Regionen

Tabelle 11.3-1:

Kostenstruktur von psychotherapeutischen Praxen und dort tätige Personen in Deutschland 2007 nach Praxisform und Fachrichtung

Tabelle 11.8z-1:

Krankheitskosten in ambulanten Einrichtungen in Deutschland 2008 nach Geschlecht, ausgewählten Altersgruppen und Hauptdiagnosegruppen

5. Pflegebedürftigkeit, Aufwendungen für Pflegeleistungen, Kosten und Personal in Pflegeeinrichtungen

5.1 Pflegebedürftigkeit

Seit 1999 wird in Deutschland **zweijährlich** (jeweils im Dezember, zuletzt 2009) von den Statistischen Ämtern des Bundes und der Länder gemäß Pflegestatistik-Verordnung (PflegeStatV) vom 24.11.1999 eine **Pflegestatistik** geführt. Ziel dieser Statistik ist es, Daten über das Angebot und die Nachfrage der pflegerischen Versorgung der Bevölkerung zu erhalten. Erfasst werden Angaben zu den pflegebedürftigen Personen und deren Versorgungsstruktur wie z. B. Pflegeart, Pflegeeinstufung und Versorgungsart (Pflegeheime/ambulante Dienste (einschließlich Personal) sowie Empfängerinnen und Empfänger von Pflegegeld).

Die Pflegestatistik besteht aus zwei Erhebungen. Bei der ersten handelt es sich um die so genannte Einrichtungsstatistik, bei der Informationen zu den ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen einschließlich der dort tätigen Personen sowie über die von ihnen versorgten pflegebedürftigen Personen und an die Pflegeheime zu zahlenden Entgelte vorgehalten werden. Bei der zweiten Erhebung werden ergänzend dazu Angaben über die Inanspruchnahme von Pflegegeldleistungen gemacht. Mit der Einrichtungsstatistik werden alle ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen erfasst, mit denen die Pflegekassen einen Versorgungsvertrag abgeschlossen haben. Zu den stationären Einrichtungen zählen sowohl vollstationäre (Dauer- und Kurzzeitpflege) als auch teilstationäre (Tages- und Nachtpflege) Einrichtungen¹. Über die Versorgungssituation und -entwicklung in Berlin wird im Landespflegeplan berichtet, der z. Z. von der Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales erarbeitet und voraussichtlich noch in diesem Jahr veröffentlicht wird.

Laut **Definition gemäß SGB XI** gelten Personen dann als **pflegebedürftig**, wenn sie wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder schweren Behinderung für gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im täglichen Leben auf Dauer, voraussichtlich aber für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße Hilfe benötigen (§§ 14 Abs. 1 und 15 SGB XI). Angaben über die zur Pflegebedürftigkeit führenden Behinderungen und Krankheiten (wie Krankheiten des Bewegungsapparates, psychische Erkrankungen, Demenzformen, Tumorleiden, Schlaganfälle, Folgeschäden von schweren Unfällen) werden mit der Pflegestatistik nicht erfasst.

Um Leistungen nach SGB XI zu erhalten, bedarf es der Feststellung des Vorliegens einer Pflegebedürftigkeit seitens der gesetzlichen Pflegekasse bzw. des privaten Versicherungsunternehmens und der Zuordnung zu einer Pflegestufe (I bis III, einschließlich Härtefälle) (vgl. Erläuterungen im Anhang).

Nachfolgende Auswertungen zur Pflegebedürftigkeit beziehen sich im Wesentlichen auf das **Auswertungsjahr 2009** und stellen ausgewählte Berliner Ergebnisse im Vergleich mit Deutschland insgesamt und den Bundesländern dar. Infolge möglicher Einschränkungen aufgrund von Auswirkungen der Reformen der Pflegeversicherung im Jahr 2008 (vgl. Erläuterungen im Anhang sowie Veröffentlichungen des Amtes für Statistik Berlin-Brandenburg² und des Statistischen Bundesamtes³) wird auf einen zeitlichen Vergleich der Ergebnisse und deren Interpretation in Bezug auf frühere Auswertungen weitgehend verzichtet.

Die im Indikatorensatz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder enthaltenen **Indikatoren zur Pflegebedürftigkeit** können Tabellen [3.46-1](#), [3.47-1](#) und [3.48-1](#) entnommen werden, die in der Berliner Gesundheitsberichterstattung im Internet unter <http://www.gsi-berlin.info/> (Gesundheits- und Sozialinformationssystem - GSI) zum Herunterladen zur Verfügung stehen.

¹ Ausführliche tabellarische Darstellungen stehen im Internet unter <http://www.gbe-bund.de>, Suchwort „Pflegestatistik“, zur Verfügung.

² http://www.statistik-berlin-brandenburg.de/Publikationen/Stat_Berichte/2010/SB_K8-1_j02-09_BE.pdf.

³ <http://www.destatis.de> über den Pfad Services: Publikationen / Fachveröffentlichungen / Sozialleistungen / Veröffentlichungen für die Bereiche: Pflege.

5.1.1 Pflegebedürftige Personen nach Alter

Pflegerisiko in Berlin deutlich über dem Bundesdurchschnitt

Im Dezember 2009 waren in Berlin 101.351 Personen **von Pflegebedürftigkeit betroffen**, davon 69.080 weiblichen und 32.271 männlichen Geschlechts. Im Vergleich dazu belief sich die Zahl im Jahr 1999 auf insgesamt 80.871 Pflegebedürftige (57.712 Frauen, 23.159 Männer). Die absolute Zahl der Pflegebedürftigen nahm innerhalb von zehn Jahren bei den Frauen um 20 % und bei den Männern sogar um 39 % zu. Demzufolge waren Ende 2009 in Berlin 3,9 % der weiblichen (1999: 3,3 %) und 1,9 % der männlichen Bevölkerung (1999: 1,4 %) pflegebedürftig.

Das **altersstandardisierte Pflegerisiko** (Bezug je 100.000 Einwohner) stieg in der Zeit von 1999 (1.558 je 100.000) bis 2009 (1.874 je 100.000) um etwa ein Fünftel an. Bei den Berlinerinnen nahm es um 22 % (1999: 1.634, 2009: 1.999 je 100.000) und damit deutlich stärker als bei den Berliner Männern zu, deren altersstandardisierte Rate sich im genannten Zeitraum um 8 % (1999: 1.483, 2009: 1.602 je 100.000) erhöhte. Im **Vergleich zum Bundesgebiet** - insgesamt waren bundesweit im Jahr 2009 2.338.252 Personen bzw. 1.609 je 100.000 von Pflege betroffen - hatten Pflegebedürftige in Berlin ein um 17 % über dem Bundesdurchschnitt liegendes Pflegerisiko. Bei den Berlinerinnen lag die Pflegewahrscheinlichkeit ein knappes Fünftel und bei den Berliner Männern etwa 12 % über dem Bundesniveau (Frauen: 1.566.482 Fälle absolut bzw. 1.681 je 100.000; Männer: 771.770 Pflegebedürftige bzw. 1.428 je 100.000).

in Berlin bezieht etwa die Hälfte der über 85-Jährigen Leistungen aus der Pflegeversicherung

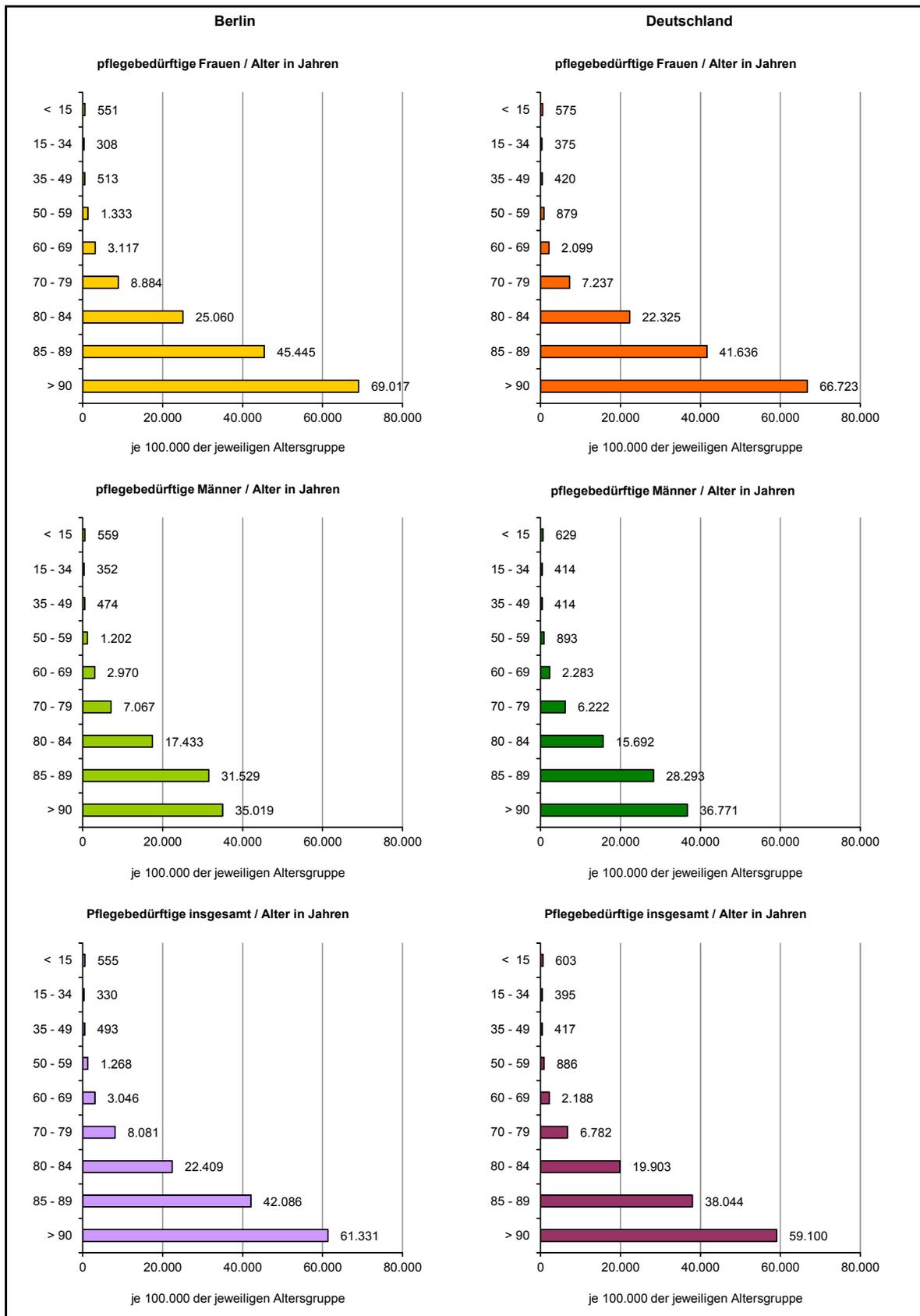
Ende 2009 war in Berlin nur etwa jede fünfte pflegebedürftige Person (insgesamt 19.375 Fälle) unter 65 Jahre alt, knapp die Hälfte der Pflegebedürftigen (48.589) befand sich im **Alter** von 65 bis 84 Jahren. Das 85. Lebensjahr hatte jede dritte (33.387) von Pflegebedürftigkeit betroffene Person überschritten. Das Pflegerisiko steigt mit zunehmendem Alter stark an und erreichte bei den über 95-jährigen Frauen und bei den 90- bis 94-jährigen Männern seinen höchsten Stand (vgl. im GSI verfügbare Tabelle [3.47-1](#)). Bezogen auf hochbetagte Personen (85 Jahre und älter) konnte generell festgestellt werden, dass knapp die Hälfte (49 %) von ihnen pflegebedürftig war. Der Anteil der Frauen (insgesamt 28.119 Pflegefälle über 85-jähriger Berlinerinnen) lag jedoch mit 54 % deutlich über dem der Männer (insgesamt 5.268 bzw. 33 %). Im Vergleich zum Bundesgebiet, wo 44 % aller über 85-Jährigen (49 % der Frauen und 31 % der Männer) Leistungen aus der Pflegeversicherung erhielten, waren demzufolge hochbetagte Personen aus Berlin - Frauen und Männer gleichermaßen - häufiger von Pflegebedürftigkeit betroffen.

Männer waren in fast allen Altersgruppen seltener als Frauen pflegebedürftig

Die **geschlechts- und altersspezifische Auswertung** ergab, dass - abgesehen von den unter 35-Jährigen (2.514 weibliche und 2.787 männliche Pflegefälle) - Berliner Männer gegenüber gleichaltrigen Berliner Frauen deutlich seltener von Pflegebedürftigkeit betroffen waren. Das Pflegerisiko der Männer lag z. B. bei den 70- bis 79-Jährigen ein Fünftel, bei den 80- bis 89-Jährigen nahezu ein Drittel und bei den über 90-Jährigen knapp 50 % unter dem der Berlinerinnen. Ein Grund dafür, dass Frauen nach wie vor häufiger als Männer pflegebedürftig werden, ist ihre um etwa fünf Jahre längere Lebenserwartung, mit der sie dann mehr pflegeintensive Altersgruppen als Männer erreichen. Das unterstützt auch die These, dass eine Verlängerung der Lebenserwartung mit einer Zunahme des Pflegerisikos einhergeht.

Die (insbesondere) bei den älteren Männern gegenüber älteren Frauen zu beobachtende niedriger liegende Pflegebedürftigkeit traf auf das gesamte **Bundesgebiet** zu. Im Bundesvergleich fiel auf, dass die Pflegewahrscheinlichkeit der Berlinerinnen und Berliner in fast allen Altersgruppen zum Teil erheblich über den Bundeswerten lag. 50- bis 69-jährige Berlinerinnen hatten beispielsweise eine um etwa 50 % und gleichaltrige Berliner eine um mehr als ein Drittel höher liegende Quote. Bei den 70- bis 79-Jährigen lag das Pflegerisiko der Berlinerinnen fast ein Viertel und das der Männer 14 % über dem Bundesniveau. Aber auch bei den 80- bis 89-Jährigen lag es in Berlin bei beiden Geschlechtern noch ein Zehntel über den Bundesdurchschnittswerten (vgl. Abbildung 5.1).

Abbildung 5.1:
Pflegebedürftige Personen in Berlin und in Deutschland 2009 (Stand: 15.12.) nach Geschlecht und Altersgruppen



(Datenquelle: StBA / AFS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Die Pflegequoten der einzelnen **Bundesländer** ließen eine erhebliche Schwankungsbreite erkennen. Hinsichtlich der pflegeintensiven Altersgruppen zählte Berlin zu den Bundesländern mit einem vergleichsweise hohen Anteil an Pflegebedürftigen: 75- bis 84-jährige Berliner Frauen belegten Rang 4 (Männer Rang 7), 85- bis 89-jährige Rang 6 (Männer Rang 5) und auch über 90-Jährige hatten noch deutlich über dem Bundesdurchschnitt liegende Werte (Frauen: Rang 8 / Männer: Rang 10). Die höchste Prävalenz an pflegebedürftigen Personen wurde jedoch in den neuen Bundesländern beobachtet, allen voran in Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg. In Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg erhielten im Jahr 2009 zwei Drittel der über 85-jährigen Frauen und die Hälfte aller über 85-jährigen Männer Leistungen aus der Pflegeversicherung. Im Vergleich dazu waren nur 45 % der über 85-jährigen Frauen in Baden-Württemberg, gefolgt von Hamburgerinnen und Frauen aus Rheinland-Pfalz (jeweils 49 %) pflegebedürftig. Auch bei den Männern wiesen diese drei Länder mit etwa 27 % bundesweit die niedrigsten Pflegequoten auf (vgl. Abbildung 5.2).

Die in den neuen Bundesländern über dem Bundesniveau liegenden Pflegequoten könnten zum einem damit zusammenhängen, dass der Wanderungssaldo dort in den jüngeren Altersgruppen nach wie vor negativ ist und der Anteil der älteren Bevölkerung und damit das Risiko, im Alter von Pflegebedürftigkeit betroffen zu sein, steigt. In Mecklenburg-Vorpommern nahm z. B. die Zahl der unter 65-Jährigen von 2003 bis 2009 um 10 % ab (vgl. Berlin minus zwei Prozent). Bei den 15- bis unter 44-Jährigen betrug der Rückgang bei beiden Geschlechtern über 20 % (Berlin: Frauen minus fünf, Männer minus sechs Prozent). Demgegenüber kam es bei den über 65-Jährigen zu einer Bevölkerungszunahme um 19 % (Frauen 14 %, Männer 25 %) (Berlin: Männer 34 %, Frauen 14 %). Bei den über 85-Jährigen nahm die männliche Bevölkerung in Mecklenburg-Vorpommern sogar um 64 % und die weibliche um 26 % zu. Im Vergleich dazu belief sich der Anstieg in Berlin bei den Männern auf 39 % und bei den Frauen auf lediglich zwei Prozent.

Pflegebedürftigkeit beeinflusst durch sozioökonomische Faktoren

Die Hauptgründe dafür, dass Frauen und Männer in den neuen Bundesländern früher und zudem deutlich häufiger als Frauen und Männer aus den meisten Ländern des früheren Bundesgebietes von Pflegebedürftigkeit betroffen waren, sind aber in den immer noch zwischen den Bundesländern bestehenden unterschiedlichen Lebensbedingungen zu suchen - wozu das höher liegende Armutsrisiko, die Arbeitslosenquote und damit zusammenhängende Transferleistungen zählen. Die in den neuen Bundesländern mit ungünstigen sozioökonomischen Faktoren häufiger einhergehenden negativen Gesundheitsverhaltensweisen und deren Auswirkungen haben einen maßgeblichen Einfluss auf die Gesundheitschancen der Bevölkerung. Darauf weisen auch die Auswertungen der GEDA-Studie 2009⁴, hin (vgl. Kapitel 3.1 „Subjektiver Gesundheitszustand“), die auf ein über dem Bundesdurchschnitt liegendes Auftreten von bedeutsamen Gesundheitsrisiken (wie etwa auf eine höhere Prävalenz des metabolischen Syndroms und auf einen höheren riskanten Alkoholkonsum) aufmerksam machen, die eine erhöhte chronische Krankheitslast nach sich ziehen. Diese hat wiederum erhebliche Auswirkungen auf die Mortalität und davon ableitete Indikatoren (vgl. jeweilige Abbildungen des Kapitels 3.2). So hatten, bis auf Frauen aus Sachsen, Frauen und Männer aus den anderen neuen Bundesländern eine unter dem Bundesniveau liegende Lebenserwartung. In Bezug auf die durch Tod verlorenen potenziellen Lebensjahre wiesen sie die höchsten Verluste auf. Aber auch die Sterberaten (allgemeine, vorzeitige und Alterssterblichkeit) lagen deutlich über dem Bundesniveau. Das traf insbesondere auf vermeidbare Todesfälle, die zu Lasten von übermäßigem Alkoholkonsum gingen, und auf koronare Herzkrankheiten (z. B. Herzinfarkt) sowie zerebrovaskuläre Krankheiten (z. B. akuter Schlaganfall) zu.

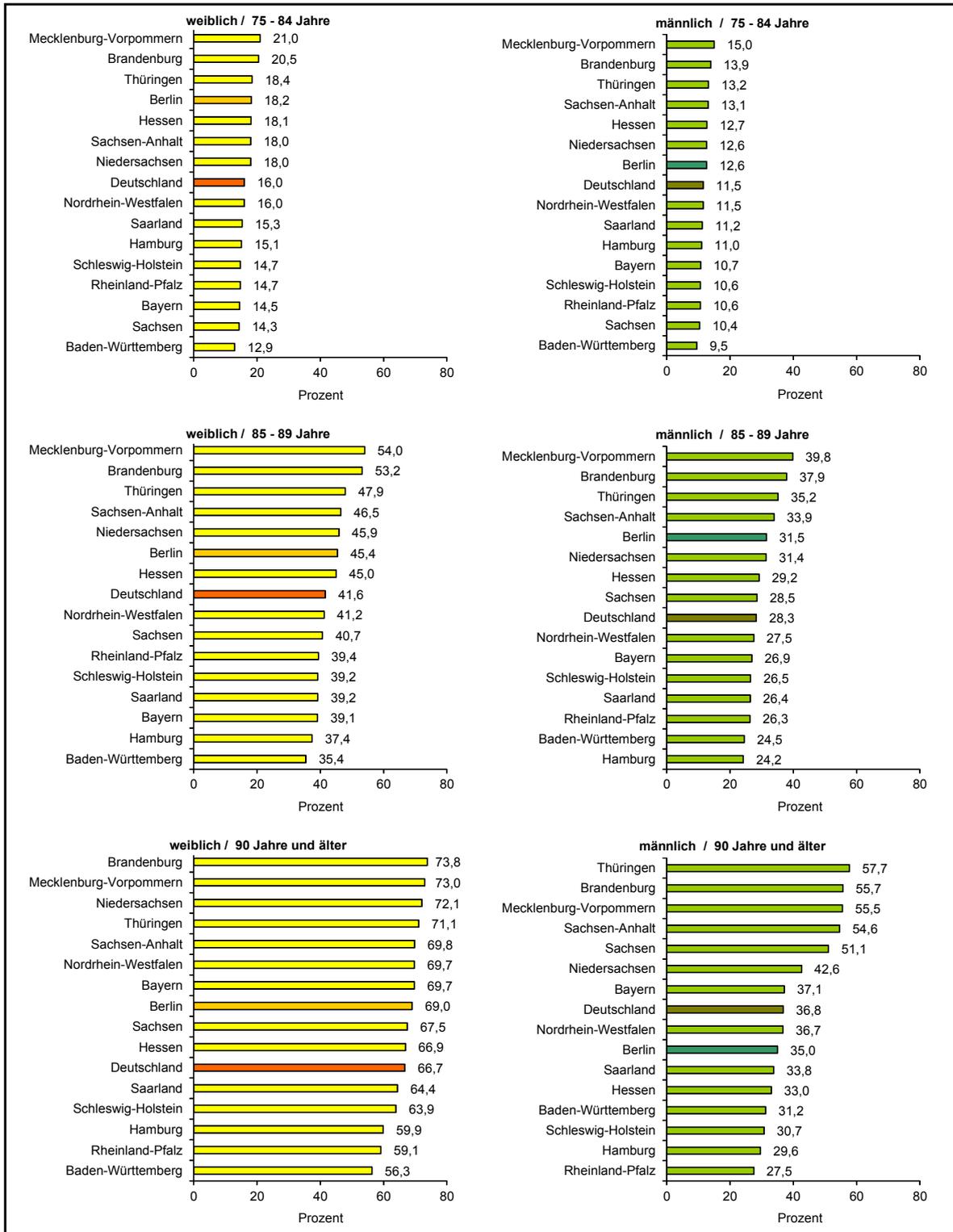
5.1.2 Pflegebedürftige Personen nach Pflegeart

in Berlin werden drei Viertel aller Pflegebedürftigen zu Hause versorgt

Hinsichtlich der **Versorgungsstrukturen** erfolgt die Betreuung von pflegebedürftigen Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen und im häuslichen Milieu. In Letztgenanntem wird sie durch ambulante (professionelle) Pflegedienste und durch Angehörigenpflege gewährleistet. Der

⁴ Robert Koch-Institut (2011): Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2009“. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin. Im Internet unter <http://www.rki.de/gbe>, Pfad Gesundheitsberichte / Beiträge verfügbar.

Abbildung 5.2:
Pflegequoten (Prozentanteil pflegebedürftiger Personen an der Bevölkerung) in Deutschland 2009 (Stand: 15.12.)
nach Geschlecht, ausgewählten Altersgruppen und Bundesländern (ohne Bremen)



Für Bremen sind geschätzte Daten im Deutschlandergebnis enthalten.
 (Datenquelle: StBA / AFS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

größte Teil aller pflegebedürftigen Personen in Berlin wird *im häuslichen Wohnumfeld* versorgt. Im Jahr 2009 betraf das 75.338 Personen bzw. 74 % aller Pflegebedürftigen. *Deutschlandweit* belief sich die Zahl der zu Hause betreuten Personen auf 1.620.762. Das entsprach, gemessen an allen Pflegebedürftigen, einem Anteil von 69 %. In Berlin war im Vergleich zum gesamten Bundesgebiet

ein höherer Anteil derer, die im häuslichen Bereich versorgt wurden, zu beobachten. Das traf sowohl auf Frauen (Berlin 72 %, Deutschland 66 %) als auch auf Männer (Berlin 80 %, Deutschland 77 %) zu, wobei pflegebedürftige Männer generell häufiger als pflegebedürftige Frauen zu Hause betreut wurden (vgl. Abbildung 5.3).

Etwa jede zweite pflegebedürftige Person (insgesamt 49.075), die im Jahr 2009 in Berlin in ihrer gewohnten häuslichen Umgebung betreut wurde, zählte zu den sogenannten **Pflegegeldempfängern und -empfängerinnen**. Das bedeutet, dass die Pflege allein durch Personen aus dem privaten Umfeld - in der Regel durch Angehörige - und ohne professionelle Hilfe erfolgte. Männer (17.817 bzw. 55 % aller männlichen Pflegebedürftigen) wurden deutlich häufiger als Frauen (31.258 bzw. 48 % aller pflegebedürftigen weiblichen Personen) von Angehörigen gepflegt. Demgegenüber lag der Anteil derjenigen, die zwar im häuslichen Milieu betreut wurden, für die aber **ambulante Pflege** durch professionelle Dienste in Anspruch genommen werden musste, bei den Frauen (18.397, bzw. 27 %) über dem der Männer (7.866 bzw. 24% aller männlichen Pflegefälle).

Frauen waren deutlich häufiger als Männer auf stationäre Pflege angewiesen

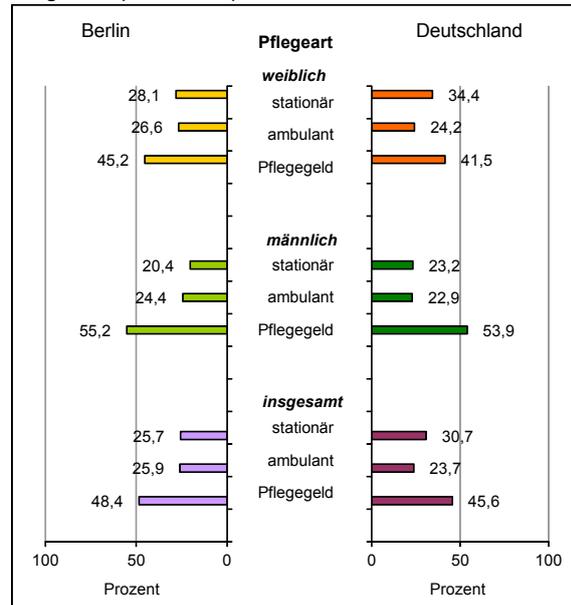
Auf (**voll-**)stationäre Pflege waren im Jahr 2009 in Berlin 26.013 Pflegebedürftige angewiesen. Ihr Anteil an allen pflegebedürftigen Personen lag mit knapp 26 % noch unter dem **Bundesdurchschnitt** (31 %). Frauen befanden sich deutlich häufiger als Männer in einem Pflegeheim. Während von den pflegebedürftigen Berliner Männern nur etwa jeder fünfte (insgesamt 6.588 Pflegefälle) vollstationär in einer entsprechenden Einrichtung gepflegt wurde, betraf das mit 19.425 Pflegefällen weit mehr als jede vierte pflegebedürftige Berlinerin (vgl. Abbildung 5.3). Besonders deutlich waren die geschlechtsspezifischen Unterschiede bei den über 90-Jährigen, wo sich mit 6.059 Pflegefällen fast jede zweite der insgesamt 12.940 über 90-jährigen pflegebedürftigen Berlinerinnen in stationärer Betreuung befand. Versus traf das lediglich auf jeden dritten (681 Pflegebedürftige) der insgesamt 1.918 über 90-jährigen männlichen Pflegefälle zu (vgl. im GSI verfügbare Tabelle [3.47-1](#)).

Auch bei den die Pflege betreffenden Versorgungsstrukturen gab es zwischen den **Bundesländern** deutliche Unterschiede. Hinsichtlich der **stationären Versorgung** zählte Berlin 2009 zu den Bundesländern mit einem vergleichsweise niedrigen Versorgungsanteil. Der höchste Anteil an stationär versorgten Pflegebedürftigen wurde in Schleswig-Holstein (41 %), vor Baden-Württemberg (34 %), Sachsen und Bayern (je 33 %) ermittelt. Am niedrigsten war er in Hessen, Brandenburg (je 25 %) und Berlin (26 %).

Der geringe Anteil der in Hessen in Pflegeheimen stationär versorgten Personen ging mit dem bundesweit höchsten Anteil von **Pflegegeldempfängerinnen und -empfängern** einher, 54 % aller von Pflege betroffenen Personen wurden hier von ihren Angehörigen gepflegt. Überdurchschnittlich häufig war das auch in Rheinland-Pfalz (50 %), Thüringen (49 %) und Berlin (48 %) der Fall. Die niedrigsten Anteile wurden demgegenüber in Schleswig-Holstein (38 %), Hamburg und Sachsen (je 19 %) beobachtet.

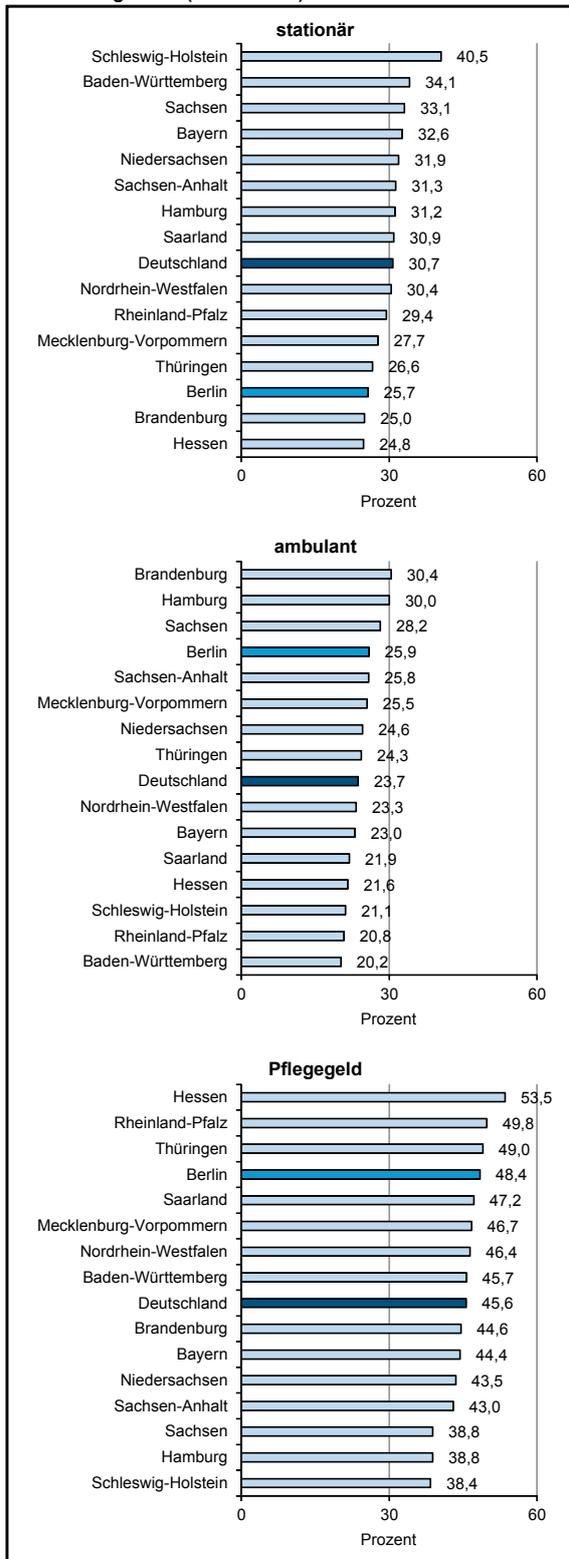
Die von den **ambulanten Diensten** gewährleistete Pflege hatte in Brandenburg und in Hamburg die bundesweit größte Bedeutung, für jeweils 30 % aller pflegebedürftigen Personen wurden dort

Abbildung 5.3: Pflegebedürftige Personen in Berlin und in Deutschland 2009 (Stand: 15.12.) nach Geschlecht und Verteilung auf die Pflegearten (Anteile in %)



(Datenquelle: StBA / AFS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Abbildung 5.4:
Pflegebedürftige Personen in Deutschland 2009 (Stand: 15.12.) nach Bundesländern (ohne Bremen) und Verteilung auf die Pflegearten (Anteile in %)



Für Bremen sind geschätzte Daten im Deutschlandergebnis enthalten.
 (Datenquelle: StBA / AFS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesUmv - I A -)

derartige Leistungen in Anspruch genommen. Auch in Berlin, wo für mehr als jeden vierten zu Hause gepflegten Pflegefall auf (zusätzliche) professionelle Hilfe zurückgegriffen wurde, lag der Anteil über dem Bundesdurchschnittswert. In Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein betraf das dagegen nur etwa jeden fünften zu Hause versorgten Pflegefall, damit wurde in diesen Ländern am seltensten ambulante professionelle Hilfe benötigt. Zu den Versorgungsstrukturen im Ländervergleich vgl. Abbildung 5.4.

5.1.3 Pflegebedürftige Personen nach Pflegestufen

Die **Pflegestufen** (I bis III) ergeben sich aus der Schwere der Pflegebedürftigkeit. Daraus resultiert dann die Höhe der Leistungen aus der Pflegekasse. Pflegestufe I steht für „erheblich pflegebedürftig“, Pflegestufe II für „schwerpflegebedürftig“ und Pflegestufe III für „schwerstpflegebedürftig“.

Der allgemein gebräuchliche Begriff „Pflegestufe 0“ (zusätzliche Betreuungsleistungen bei eingeschränkter Alltagskompetenz (§ 45 a und b, SGB XI)) bezeichnet im Sinne der Pflegeversicherung keine Pflegestufe und wird in der Pflegestatistik nicht ausgewiesen (zur Definition siehe Erläuterungen).

Von den Ende 2009 in **Deutschland** insgesamt nach der Schwere der Pflegebedürftigkeit eingestuften pflegebedürftigen Personen wurden 1.247.564 (53,6 %) in Pflegestufe I, 787.018 (33,8 %) in Pflegestufe II und 293.096 (12,6 %) in Pflegestufe III eingruppiert. 10.574 Pflegebedürftige hatten (noch) keine Zuordnung.

In **Berlin** hatten 189 Personen bzw. 0,2 % der Pflegebedürftigen, 93 Frauen und 96 Männer, noch keine endgültige Einstufung; bei den Betroffenen handelte es sich um Pflegebedürftige, die vollstationär betreut wurden. Leistungen nach **Pflegestufe I** erhielten 57.200 bzw. 56,4 % aller Pflegebedürftigen, 39.375 weiblichen (57,0 % aller pflegebedürftigen Frauen) und 17.825 männlichen Geschlechts (55,2 % aller pflegebedürftigen Berliner Männer). In **Pflegestufe II** wurden 32.404 (32,0 %) Personen, 21.778 Frauen und 10.626 Männer, eingruppiert. Gemessen an allen von Pflege betroffenen Personen belief sich der Anteil derjenigen mit Pflege-

2009 war jede neunte von Pflegebedürftigkeit betroffene Person (11 %) schwerstpflegebedürftig

gemessen an allen von Pflege betroffenen Personen belief sich der Anteil derjenigen mit Pflege-

stufe II bei den Berlinerinnen auf 31,5 % und bei den Berlinern auf 32,9 %. Leistungen, die der **Pflegestufe III** entsprachen, bekamen 11.558 bzw. 11,4 % aller Pflegebedürftigen. Demzufolge war im Jahr 2009 in Berlin etwa jede neunte von Pflegebedürftigkeit betroffene Person (7.834 bzw. 11,3 % aller weiblichen und 3.724 bzw. 11,5 % aller männlichen Pflegefälle) schwerstpflegebedürftig und auf eine intensive tägliche Pflege (regelmäßiger Hilfebedarf täglich rund um die Uhr, mindestens 300 Minuten, hiervon mindestens 240 Minuten Hilfe bei der Grundpflege, mindestens einmal jede Nacht) angewiesen.

Erwartungsgemäß nimmt die Einstufung der Pflegebedürftigkeit in einen höheren Schweregrad mit dem **Alter** stark zu. Ende 2009 war in Berlin mehr als jede vierte (3.062 Fälle) aller pflegebedürftigen 11.558 Personen mit Pflegestufe III in einem Alter von 65 bis 79 Jahren, jede zweite schwerstpflegebedürftige Person (insgesamt 5.727 Fälle) war älter als 80 Jahre. Während das auf fast zwei Drittel (4.751 bzw. 60,6 %) der insgesamt 7.834 in Pflegestufe III eingestuften Berlinerinnen zutraf, lag der Anteil bei den Männern, die Leistungen gemäß dieser Pflegestufe erhielten, bei 26,2 % (976 von insgesamt 3.724 Fällen) (vgl. Tabelle 5.1).

Tabelle 5.1:
Pflegebedürftige Personen in Berlin am 15.12.2009
nach Geschlecht, Altersgruppen und Pflegestufen

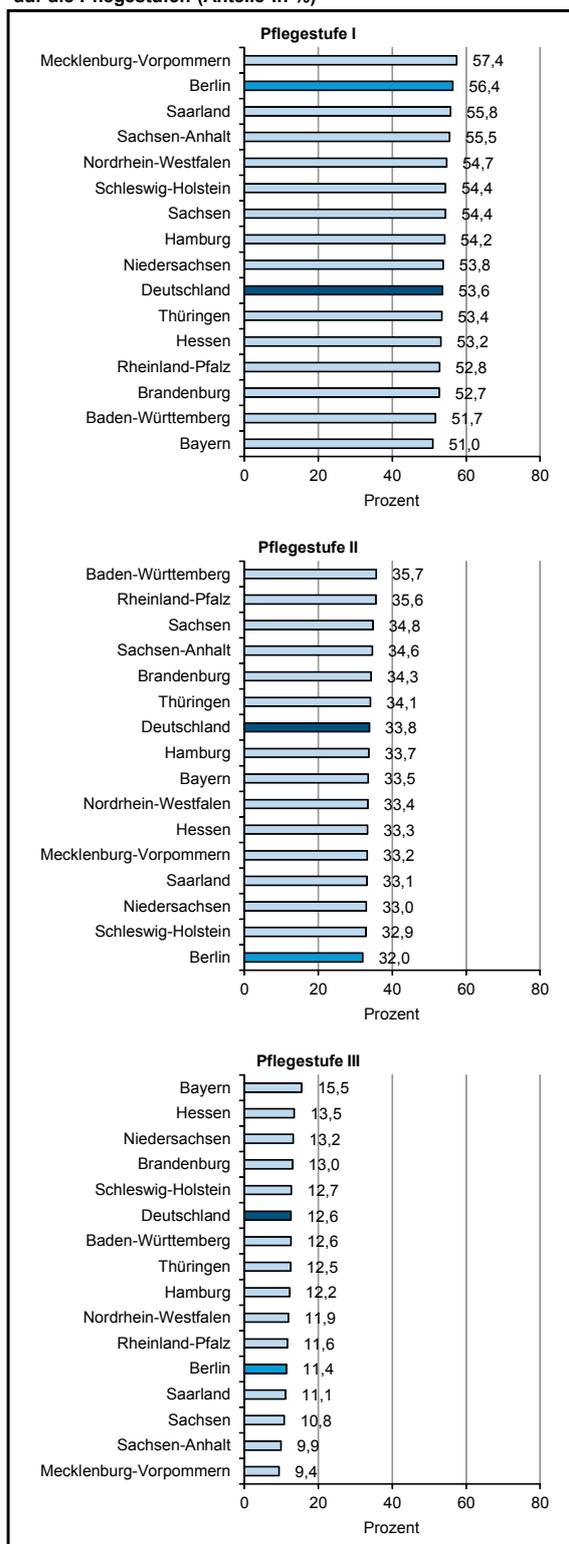
Pflegestufe	alle Altersgruppen		Pflegebedürftige im Alter von ... Jahren							
			0 - 64		65 - 79		80 - 89		90 und älter	
	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich
	absolut									
I	39.375	17.825	5.442	5.178	11.683	7.229	16.473	4.423	5.777	995
II	21.778	10.626	3.011	2.929	5.379	4.277	8.277	2.704	5.111	716
III	7.834	3.724	1.393	1.376	1.690	1.372	2.710	772	2.041	204
zusammen	68.987	32.175	9.846	9.483	18.752	12.878	27.460	7.899	12.929	1.915
ohne Zuordnung	93	96	13	33	32	43	37	17	11	3
insgesamt	69.080	32.271	9.859	9.516	18.784	12.921	27.497	7.916	12.940	1.918
	Anteil der Pflegestufen innerhalb der jeweiligen Altersgruppe in %									
I	57,0	55,2	55,2	54,4	62,2	55,9	59,9	55,9	44,6	51,9
II	31,5	32,9	30,5	30,8	28,6	33,1	30,1	34,2	39,5	37,3
III	11,3	11,5	14,1	14,5	9,0	10,6	9,9	9,8	15,8	10,6
zusammen	99,9	99,7	99,9	99,7	99,8	99,7	99,9	99,8	99,9	99,8
ohne Zuordnung	0,1	0,3	0,1	0,3	0,2	0,3	0,1	0,2	0,1	0,2
insgesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anteil der Pflegestufen nach Altersgruppen in %									
I	100,0	100,0	13,8	29,0	29,7	40,6	41,8	24,8	14,7	5,6
II	100,0	100,0	13,8	27,6	24,7	40,3	38,0	25,4	23,5	6,7
III	100,0	100,0	17,8	36,9	21,6	36,8	34,6	20,7	26,1	5,5
zusammen	100,0	100,0	14,3	29,5	27,2	40,0	39,8	24,6	18,7	6,0
ohne Zuordnung	100,0	100,0	14,0	34,4	34,4	44,8	39,8	17,7	11,8	3,1
insgesamt	100,0	100,0	14,3	29,5	27,2	40,0	39,8	24,5	18,7	5,9

(Datenquelle: AFS Berlin-Brandenburg / Berechnung: SenGesUmV - I A -)

über die Hälfte der schwerstpflegebedürftigen Personen werden in Berlin zu Hause gepflegt

Von allen in Berlin lebenden Schwerstpflegebedürftigen wurden 5.530 (4.188 Frauen und 1.342 Männer) **vollstationär** in einem Pflegeheim betreut. Die Zahlen machen deutlich, dass bei fast der Hälfte aller gemäß Pflegestufe III eingruppierten Frauen (3.646 bzw. 47 %) und bei mehr als zwei Drittel aller schwerstpflegebedürftigen Männer (2.382 bzw. 64 %) die **Pflege im gewohnten häuslichen Umfeld** gewährleistet

Abbildung 5.5:
Pflegebedürftige Personen in Deutschland 2009 (Stand:
15.12.) nach Bundesländern (ohne Bremen) und Verteilung
auf die Pflegestufen (Anteile in %)



Anteilsberechnung ohne Fälle, bei denen noch keine Zuordnung einer Pflegestufe erfolgte.
 Für Bremen sind geschätzte Daten im Deutschlandergebnis enthalten.
 (Datenquelle: StBA / Darstellung: SenGesUmV - I A -)

wurde. Bei nahezu jeder vierten zu pflegenden Frau (1.785 bzw. 23 %) und bei mehr als jedem dritten schwerstpflegebedürftigen Mann (1.342 bzw. 36 %) wurde die 24-Stundenbetreuung ausschließlich durch deren Angehörige erbracht (vgl. im GSI verfügbare Tabelle [3.48-1](#)).

Die Betrachtung der Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufen im *Bundesländervergleich* ergab, dass in Berlin der Anteil derjenigen, die Leistungen nach Pflegestufe I erhielten (56 %), bundesweit am zweithöchsten war, nur Mecklenburg-Vorpommern lag mit einem Anteil von 57 % noch darüber. Am seltensten wurde Pflegestufe I in Bayern (51 %) und Baden-Württemberg (52 %) vergeben. Demgegenüber hatte Berlin hinsichtlich des Anteils an pflegebedürftigen Personen, die die Voraussetzungen der Pflegestufe II erfüllten, mit 32 % die bundesweit niedrigste Quote. In Baden-Württemberg fiel diese mit 36 % am höchsten aus. Hinsichtlich der Eingruppierung in die Pflegestufe III zählte Berlin mit 11 % ebenfalls zu den Ländern, in denen diese Einstufung am seltensten erfolgte. Der mit Abstand niedrigste Anteil an schwerstpflegebedürftigen Personen wurde in Mecklenburg-Vorpommern (9 %) ermittelt und der höchste in Bayern, wo etwa jede siebte von Pflegebedürftigkeit betroffene Person (16 %) als schwerstpflegebedürftig eingestuft wurde (vgl. Abbildung 5.5).

5.2 Personal in Pflegeeinrichtungen

Nachfolgende Informationen zur personellen Ausstattung in den Pflegeeinrichtungen, mit denen die Pflegekassen einen Versorgungsvertrag abgeschlossen bzw. mit denen ein Versorgungsvertrag gemäß Bestandschutzregelungen (§ 73 SGB XI) als abgeschlossen gilt, entstammen im Wesentlichen den Berichten des Statistischen Bundesamtes⁵ und des Amtes für Statistik Berlin-Brandenburg⁶, denen weiterführende und ausführlichere Angaben entnommen werden können.

Die im Indikatorensetz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder enthaltenen *Indikatoren* zu den in Berlin beschäftigten Personen nach Geschlecht, deren Beschäftigungsverhält-

⁵ Statistisches Bundesamt (2011): Pflegestatistik 2009: 3. Bericht: Ländervergleich - ambulante Pflegedienste / 4. Bericht: Ländervergleich - Pflegeheime. Im Internet verfügbar unter <http://www.destatis.de> über den Pfad Services: Publikationen / Fachveröffentlichungen / Sozialleistungen / Veröffentlichungen für die Bereiche: Pflege.

⁶ Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (2010): Statistischer Bericht - K VIII 1-2/09. Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen sowie Empfänger von Pflegegeldleistungen in Berlin 2009. Im Internet verfügbar unter <http://extranet.statistik-bbb.de> über den Pfad Statistiken / Öffentliche Sozialleistungen / Pflege / Statistische Berichte.

nis, Berufsabschlüssen, dem Trägerbereich sowie nach den Tätigkeitsbereichen stehen im Gesundheits- und Sozialinformationssystem (GSI) unter <http://www.gsi-berlin.info/> mit den Tabellen 8.24-1 und 8.25-1 zur Verfügung.

Personal in (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen / Pflegeheimen

Im Dezember 2009 gab es in **Deutschland** 11.634 nach SGB XI zugelassene voll- bzw. teilstationäre Pflegeeinrichtungen, in denen 845.007 Pflegeplätze zur Verfügung standen. Im Durchschnitt betreute eine stationäre Pflegeeinrichtung 64 pflegebedürftige Personen. Die Zahl des beschäftigten Personals belief sich auf 621.391 Personen, von denen 207.126 bzw. 33,3 % vollzeitbeschäftigt waren. Weitere 369.331 (59,4 %) Beschäftigte waren teilzeitbeschäftigt. 44.934 Personen hatten sonstige Beschäftigungsverhältnisse. Zu diesen zählten z. B. Praktikantinnen/Praktikanten, Auszubildende, Zivildienstleistende und Helferinnen/Helfer im freiwilligen sozialen Jahr. Gemessen an allen in stationären Einrichtungen Beschäftigten stellten sie einen Anteil von immerhin 7,2 %.

Der Haupteinsatzbereich des Personals in den stationären Einrichtungen war der Bereich Pflege und Betreuung. Hier waren 413.128 Personen bzw. 66,5 % tätig.

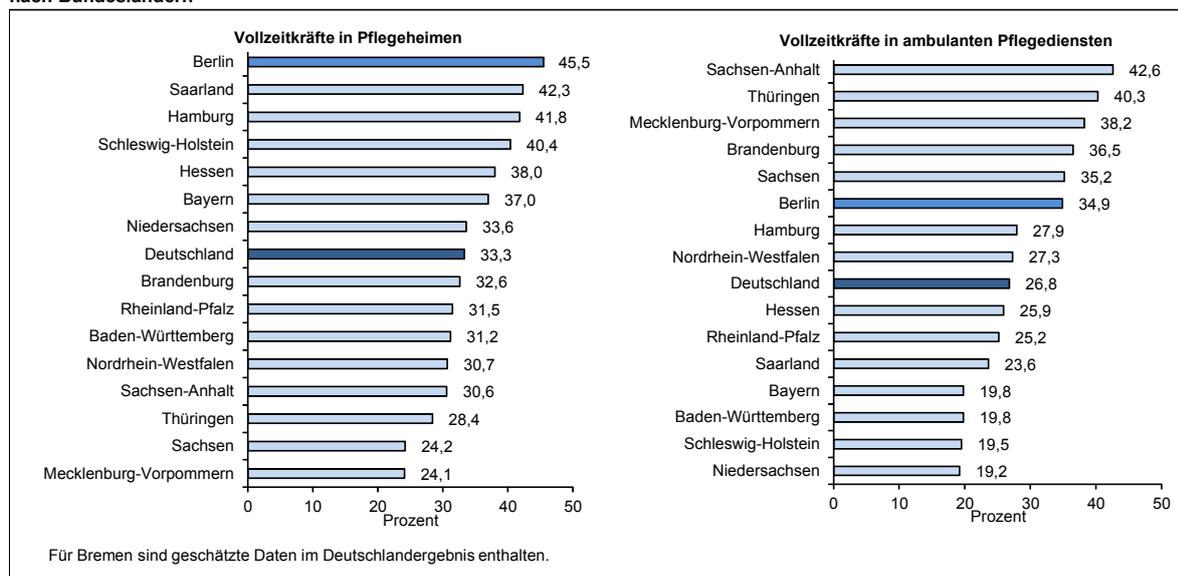
In **Berlin** gab es Ende 2009 378 stationäre Pflegeeinrichtungen mit insgesamt 33.665 zur Verfügung stehenden Pflegeplätzen. Durchschnittlich wurden je Pflegeheim etwa 73 pflegebedürftige Personen betreut. Insgesamt waren im genannten Jahr in den Berliner Einrichtungen 19.674 Personen beschäftigt, 15.696 (79,8 %) weiblichen und 3.978 (20,2 %) männlichen Geschlechts. Die Zahl der **in Vollzeit Beschäftigten** belief sich auf 8.954 Personen. ihr Anteil an allen in Berliner Pflegeheimen Tätigen von 45,5 % lag damit deutlich über dem Bundesniveau betraut (vgl. im GSI verfügbare Tabelle 8.24-1).

Vollzeitbeschäftigung
in Pflegeheimen
in Berlin bundesweit
am höchsten

Im **Ländervergleich** hatte Berlin im Jahr 2009 von allen Bundesländern die mit Abstand höchste Vollzeitbeschäftigtenquote. Ein Anteil von über 40 % wurde außer in Berlin nur noch im Saarland, in Hamburg und in Schleswig-Holstein beobachtet. Die niedrigsten Vollzeitbeschäftigungsquoten wiesen die neuen Bundesländer auf, allen voran Mecklenburg-

Vorpommern und Sachsen. In diesen beiden Ländern war nur etwa jede vierte in einem Pflegeheim tätige Arbeitskraft „ganztags“ beschäftigt (vgl. Abbildung 5.6).

Abbildung 5.6:
Anteil vollzeitbeschäftigter Personen in den Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten in Deutschland 2009 (Stand: 15.12.)
nach Bundesländern



(Datenquelle: StBA, Destatis / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

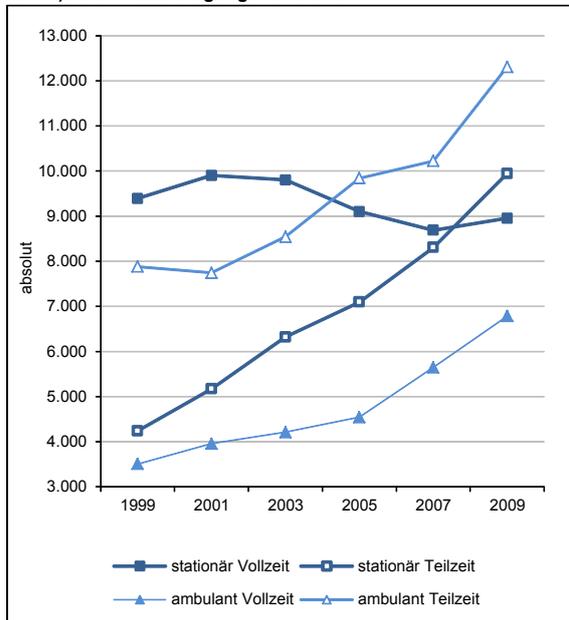
Teilzeitbeschäftigt waren in den Berliner stationären Pflegeeinrichtungen im Dezember 2009 insgesamt 9.945 Personen. Das betraf somit jede zweite (50,5 %) in Pflegeheimen beschäftigte Arbeitskraft. Der Anteil der Teilzeitbeschäftigung lag in Berlin erheblich unter dem Bundesdurchschnittswert. Deutlich darunter lag er auch bei Personen mit **sonstigen Beschäftigungsverhältnissen** (775 bzw. 3,9 %) (vgl. im GSI verfügbare Tabelle [8.24-1](#)).

Fast drei Viertel des in den Pflegeheimen in Berlin tätigen Personals hatte seinen **Arbeitsschwerpunkt** im Bereich der Pflege und Betreuung. Dort waren allein 11.468 Frauen und 2.617 Männer eingesetzt. Des Weiteren arbeitete mehr als jede zehnte (insgesamt 2.104 bzw. 10,7 %) der in Berlin beschäftigten Personen im Hauswirtschaftsbereich, deren Anteil damit deutlich unter dem Bundesdurchschnitt (17,4 %) lag (vgl. im GSI verfügbare Tabelle [8.25-1](#)).

Die Zahl der in den Berliner Pflegeheimen tätigen Personen ist von **1999** (14.581 Beschäftigte) **bis 2009** um mehr als ein Drittel angestiegen. In

Teilzeitbeschäftigung
stark angestiegen

Abbildung 5.7:
Personal in Pflegeeinrichtungen in Berlin 1999 - 2009 (Stand: 15.12.) nach Beschäftigungsverhältnis



(Datenquelle: AFS Berlin-Brandenburg / Darstellung: SenGesUmw - I A -)

der Zeit von 2007 bis 2009 wurden z. B. 1.939 bzw. 10,9 % mehr Arbeitskräfte gezählt. Demgegenüber stieg die Zahl der stationär betreuten Pflegefälle in Berlin lediglich um zehn Prozent an (1999: 23.629 / 2009: 26.013 Pflegebedürftige). Während jedoch die Zahl der Vollzeitkräfte von 1999 bis 2007 eher zurückging und von 2007 bis 2009 nur unterdurchschnittlich - und zwar um 264 Arbeitskräfte, was einem Anstieg von 3,0 % entsprach - zunahm, gingen immer mehr Personen einer Teilzeitbeschäftigung nach. Im Jahr 1999 waren 4.239 Beschäftigte in Teilzeit tätig, zehn Jahre später lag die Zahl mit 9.945 weit mehr als doppelt so hoch. Allein von 2007 bis 2009 bezifferte sich der Anstieg der Teilzeitkräfte (insgesamt 1.638) auf 19,7 %. Das heißt aber auch, dass der Anstieg des Personals im Wesentlichen auf die starke Zunahme der Teilzeitbeschäftigten zurückzuführen war. Zur Entwicklung des in Pflegeheimen tätigen Personals nach Beschäftigungsverhältnis vgl. Abbildung 5.7.

Personal in ambulanten Pflegeeinrichtungen / ambulanten Pflegediensten

Am 15. Dezember 2009 waren in **Deutschland** 12.026 ambulante Pflegedienste zugelassen. Je ambulante Pflegeeinrichtung wurden im Durchschnitt gesehen rund 46 pflegebedürftige Menschen versorgt. Insgesamt arbeiteten zu diesem Zeitpunkt 268.890 Personen im ambulanten Pflegebereich. Mehr als jeder Vierte (71.964) von ihnen ging einer Vollzeitbeschäftigung nach. Die überwiegende Mehrheit der Beschäftigten, das betraf 189.827 bzw. 70,6 %, war jedoch teilzeitbeschäftigt. Die Zahl der Personen mit sonstigen Beschäftigungsverhältnissen belief sich auf 7.099. Sie stellten einen Anteil von 2,6 % an der Gesamtbeschäftigtenzahl.

Die meisten im ambulanten Bereich tätigen Personen (187.710) hatten ihren Arbeitsschwerpunkt in der Grundpflege. Etwa 14 % (36.602) versahen ihren Dienst im hauswirtschaftlichen Bereich.

In **Berlin** gab es Ende 2009 505 ambulante Pflegeeinrichtungen, die für die Betreuung von 26.263 Pflegefällen zuständig waren. Die durchschnittliche Zahl der zu betreuenden Pflegebedürftigen je Pflegedienst lag bei 52 und damit über dem Bundesniveau. Insgesamt waren bei den ambulanten Pflegediensten 19.408 Personen, 15.493 bzw. 79,8 % Frauen

auch in ambulanten
Pflegediensten
in Berlin Vollzeit-
beschäftigung weit
über Bundesniveau

und 3.915 bzw. 20,2 % Männer, beschäftigt. 6.783 Arbeitskräfte gingen einer **Vollzeitbeschäftigung** nach. Mit einem Anteil von 34,9 % lag der Anteil der im ambulanten Bereich vollzeitbeschäftigten Personen damit deutlich unter dem des stationären Bereichs. Im Vergleich zum übrigen Bundesgebiet waren in Berlin prozentual gesehen aber auch im ambulanten Bereich immer noch mehr Arbeitskräfte vollzeitbeschäftigt.

Der **Bundesländervergleich** des Jahres 2009 ergab, dass bezüglich der in den ambulanten Pflegeeinrichtungen eingesetzten Vollzeitkräfte Berlin die sechsthöchste Beschäftigtenquote aufwies. Anders als im stationären wurde im ambulanten Bereich in den neuen Bundesländern die höchste Vollzeitbeschäftigung beobachtet, sie lag z. B. in Sachsen-Anhalt und Thüringen bei über 40 %. Dagegen ging in Niedersachsen, Schleswig-Holstein, Baden-Württemberg und Bayern nur etwa jede fünfte Arbeitskraft einer Vollzeitbeschäftigung nach (vgl. Abbildung 5.6).

Teilzeitbeschäftigt waren in den Berliner ambulanten Pflegediensten im Dezember 2009 insgesamt 12.310 Personen. Mit einem Anteil von 63,4 % lag dieser deutlich unter dem Bundesniveau. Ebenfalls darunter lag er bei Personen mit sonstigen Beschäftigungsverhältnissen (315 bzw. 1,6 %) (vgl. im GSI verfügbare Tabelle [8.24-1](#)).

Über zwei Drittel der im Jahr 2009 in Berlin in ambulanten Pflegediensten beschäftigten Personen hatten ihren **Arbeitsschwerpunkt** in der Grundpflege. Diese Tätigkeit verrichteten 10.440 weibliche und 2.413 männliche Arbeitskräfte. Etwa jede siebente Arbeitskraft, insgesamt 2.941, wurde im Hauswirtschaftsbereich eingesetzt. 1.154 beschäftigte Personen waren mit der Verwaltung oder Geschäftsführung betraut (vgl. im GSI verfügbare Tabelle [8.25-1](#)).

Auch im ambulanten Bereich nahm in Berlin die Zahl der Beschäftigten in den letzten zehn Jahren kontinuierlich zu. Von **1999** (11.648 Beschäftigte) **bis 2009** stieg sie um mehr als zwei Drittel und damit noch erheblich stärker als im stationären Bereich an. Allein von 2007 bis 2009 belief sich der Anstieg auf 3.323 Arbeitskräfte bzw. 20,7 %. Bundesweit wurde eine Zunahme von 13,8 % ermittelt.

Die Zahl der von den ambulanten Pflegediensten in Berlin zu betreuenden pflegebedürftigen Personen stieg von 1999 (18.437) bis 2009 (26.263) um 42 % an, die Zunahme lag damit unter der der Personalentwicklung.

Vollzeitkräfte profitierten in den ambulanten Pflegeeinrichtungen deutlich stärker als Teilzeitkräfte von der günstigen Personalentwicklung. So nahm die Zahl der Vollzeitbeschäftigten in Berlin von 1999 (3.508) bis 2009 (6.783) um 93,4 % zu, während bei der Teilzeitbeschäftigung (1999: 7.883 / 2009: 12.310) ein Zuwachs von 56,2 % zu verzeichnen war (vgl. Abbildung 5.7).

5.3 Aufwendungen für stationäre Pflegeleistungen und Gesundheitsleistungen nach Landespflegegeldgesetz

5.3.1 Aufwendungen für Leistungen in stationären Pflegeeinrichtungen

Die Pflegestatistik enthält neben Angaben zu Einrichtungen, Personal und Pflegebedürftigen auch Daten zu Aufwendungen, die Pflegeheime den Pflegebedürftigen bzw. deren Kostenträgern in Rechnung stellen. Rechtsgrundlage ist die „Verordnung zur Durchführung einer Bundesstatistik über Pflegeeinrichtungen sowie über die häusliche Pflege (**Pflegestatistik-Verordnung - PflegeStatV**)“ vom 24. November 1999. Danach umfassen die **Erhebungsmerkmale** „an die Pflegeeinrichtung nach Art und Höhe der Pflegeleistung zu zahlende Entgelte für allgemeine Pflegeleistungen nach Pflegeklassen und Unterkunft und Verpflegung“. Kosten für Zusatzleistungen und Investitionsaufwand, die den Pflegebedürftigen gesondert in Rechnung gestellt werden können (nach § 82 Abs. 3 und 4 SGB XI), sind nicht in den hier ausgewiesenen Vergütungen enthalten. Aufwendungen für Leistungen der ambulanten Dienste gehören nicht zum Merkmalskatalog der Pflegestatistik. Die Erhebung wird seit 1999 zweijährlich jeweils zum Stand vom 15.12. durchgeführt.

Zur Finanzierung der Leistungen werden einrichtungsindividuell Pflegesätze und Entgelte für Unterkunft und Verpflegung zwischen den Vertragsparteien (Pflegeheim und Kostenträger) ausgehandelt, die es einem Pflegeheim bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen.

Seit dem 1. Juli 1996 können Pflegebedürftige zur Finanzierung der Pflegekosten auf die **Leistungen der Pflegeversicherung** zurückgreifen; die Leistungsvoraussetzungen sind geregelt in § 33 SGB XI. Die Pflegeversicherung ist jedoch keine Vollversicherung, die alle Kosten im Zusammenhang mit der Pflegebedürftigkeit übernimmt. Sie trägt aber mit ihrem Leistungsangebot dazu bei, die mit der Pflegebedürftigkeit verbundenen persönlichen und finanziellen Belastungen der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen zu tragen. Zur Finanzierung der Pflegeheimkosten, die über den von der Pflegeversicherung übernommenen Betrag hinausgehen, müssen die Pflegebedürftigen bzw. deren Angehörige eigene finanzielle Mittel aufwenden oder entsprechend dem Nachranggrundsatz (§ 2 SGB XII) im Bedarfsfall auf Sozialleistungen wie die Hilfe zur Pflege im Rahmen der Sozialhilfe oder die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (SGB XII) (vgl. Kapitel 2.2.5.2 Empfängerinnen und Empfänger ausgewählter Gesundheits- und Pflegeleistungen nach dem SGB XII) zurückgreifen.

Pflegeversicherung trägt seit 1996 zur Finanzierung der Pflegekosten bei

Von den stationären Berliner Pflegeeinrichtungen werden **drei verschiedene Pflegearten** angeboten, zum einen Langzeit- und Kurzzeitpflege, beides vollstationäre Leistungen, zum anderen die teilstationäre Tagespflege.

Tagespflege

Auf **teilstationäre Pflege** - in Berlin z. Z. nur in Form von Tagespflege verfügbar - haben Pflegebedürftige **Anspruch**, „wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder wenn dies zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist“ (§ 41 SGB XI). Für Tagespflege standen in Berlin zum Stichtag 15.12.2009 in 66 **Einrichtungen** 1.202 **Plätze** zur Verfügung, davon 11 Einrichtungen, deren Angebot außer der Tagespflege auch noch andere Pflegearten umfasste, und 55 Einrichtungen, die ausschließlich Tagespflegeplätze (insgesamt 986) bereithielten.

Mit 688 Plätzen war über die Hälfte (51,2 %) des Tagespflegeangebots in Einrichtungen freige-meinnütziger **Träger** angesiedelt, private Träger hielten mit 499 Plätzen 48,8 % des Angebots vor; erstmals war auch ein öffentlicher Träger mit 15 Plätzen (1,2 %) am Tagespflegeangebot beteiligt (vgl. im GSI verfügbare Tabelle [6.20-1](#)).

Zum Zeitpunkt der Erhebung gab es in der teilstationären Versorgung 1.509 **Pflegebedürftige**, die das Berliner Tagespflegeangebot nutzten, das waren 5,5 % aller in stationärer Pflege befindlichen Menschen (vgl. im GSI verfügbare Tabelle [7.33-1](#)).

Der **Pflegesatz**, den die Einrichtungen durchschnittlich pro Person und Tag für Tagespflege berechneten, betrug in den **Pflegeklassen 1 bis 3** 60, 62 bzw. 65 EUR, für **Unterkunft und Verpflegung** waren durchschnittlich 10 EUR zu zahlen. Damit ergab sich - berechnet anhand von 30,4 Tagessätzen - eine monatliche Vergütung für Tagespflege, Unterkunft und Verpflegung in den drei Pflegeklassen von 2.129, 2.189 bzw. 2.300 EUR pro Person. Damit zeigten sich zwischen den einzelnen Pflegeklassen keine großen Vergütungsunterschiede; der Tagespflegesatz in Klasse 2 lag nur 3,3 % und der in Klasse 3 9,4 % über dem der Pflegeklasse 1 (vgl. Abbildung 5.8).

Gegenüber der vorangegangenen Erhebung von 2007 war eine **Kostenzunahme** in den drei Pflegeklassen um 3,0 %, 2,9 % bzw. 2,3 % zu beobachten. Mit der deutlich stärkeren Anhebung der Vergütungen in privaten Einrichtungen um 8,0 % in Klasse 1 und jeweils 7,5 % in den Pflegeklassen 2 und 3 wurde das Preisniveau dem der freigemeinnützigen Einrichtungen annähernd angeglichen (vgl. im GSI verfügbare Tabelle [11.8-1](#)).

bei Tagespflege in Stufe 1 blieb nach Abzug der Pflegekassenleistung ein Eigenanteil von 80 %

Die den Pflegebedürftigen entstehenden pflegebedingten Aufwendungen der teilstationären Pflege,

die Aufwendungen der sozialen Betreuung und die Aufwendungen für die in der Einrichtung notwendigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege werden bis zu einem festgelegten Höchstsatz von der **Pflegekasse** übernommen. Zum Erhebungszeitpunkt der Pflegestatistik 2009 waren das monatlich für Pflegebedürftige der Pflegestufe 1 bis zu 420 EUR, der Pflegestufe 2 bis zu 980 EUR und der Pflegestufe 3 bis zu 1.470 EUR. Diese Leistungsbeträge unterscheiden sich beträchtlich von den tatsächlich erhobenen durchschnittlichen Pflegesätzen, insbesondere in der Pflegeklasse 1: Ausgehend von den Vergütungen, die Berliner Pflegebedürftige für Tagespflege sowie Unterkunft und Verpflegung im Schnitt zu zahlen hatten, blieb ihnen nach Kostenübernahme durch die Pflegekasse noch ein Anteil von 36,1 % bzw. ein Betrag von 830 EUR, den sie selbst zu tragen hatten, vorausgesetzt, sie waren in Pflegestufe 3. Bei Pflegestufe 2 mussten 55,2 % bzw. 1.209 EUR aus eigenen Mitteln aufgebracht werden und bei Pflegestufe 1 betrug der Eigenanteil an der monatlichen Vergütung sogar 80,3 % bzw. 1.709 EUR. Dabei sind Kosten, die den Pflegebedürftigen zusätzlich von den Pflegeheimen in Rechnung gestellt werden können, nicht berücksichtigt.

Kurzzeitpflege

Anspruch auf Kurzzeitpflege besteht nach § 42 SGB XI, wenn die „häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden kann und auch teilstationäre Pflege nicht ausreicht, z. B. für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung oder in sonstigen Krisensituationen; in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist“; er ist auf vier Wochen im Kalenderjahr beschränkt. Im Dezember 2009 gab es in Berlin 31 **Einrichtungen**, in denen 523 **Kurzzeitpflegeplätze** zur Verfügung standen, darunter waren 22 Pflegeheime, deren Plätze (372) ausschließlich für Kurzzeitpflege vorgesehen waren.

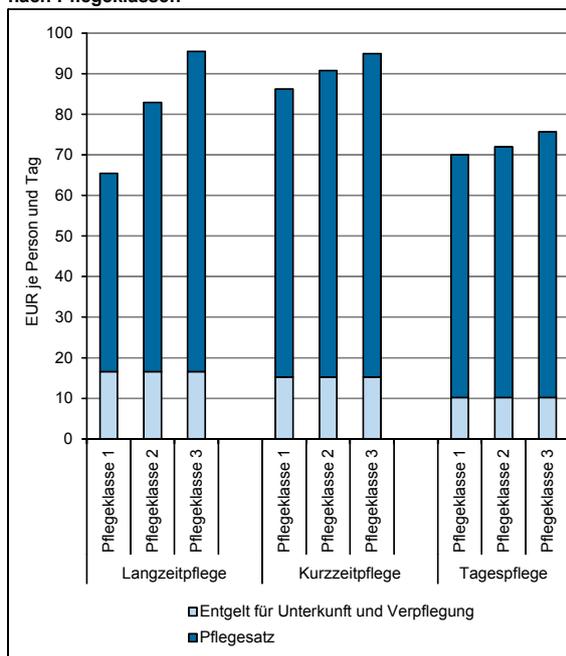
Mit 268 Plätzen befand sich etwas mehr als die Hälfte (51,2 %) des Berliner Kurzzeitpflegeangebots in Einrichtungen freigemeinnütziger **Träger**, die weiteren 255 Plätze (48,8 %) fanden sich in Pflegeheimen privater Träger. Ein Angebot öffentlicher Träger bestand für die Kurzzeitpflege nicht (vgl. im GSI verfügbare Tabelle 6.20-1).

Der Pflegestatistik ist zu entnehmen, dass zum Stichtag 15.12.2009 in Berlin 339 **Pflegebedürftige** die Kurzzeitpflege in Anspruch genommen haben, das waren 1,2 % aller zu diesem Zeitpunkt in stationären Einrichtungen betreuten Menschen (vgl. im GSI verfügbare Tabelle 7.33-1).

Pflegesatzniveau bei Kurzzeitpflege in privaten Pflegeheimen niedriger als in freigemeinnützigen

Für die Kurzzeitpflege wurde Pflegebedürftigen der Pflegeklasse 1 im Durchschnitt ein Pflegesatz von 71 EUR in Rechnung gestellt, in der Pflegeklasse 2 waren es 76 EUR und in Klasse 3 80 EUR. Trotz gegenüber

Abbildung 5.8: Durchschnittliche Vergütungen für Langzeit-, Kurzzeit- und Tagespflege in Pflegeeinrichtungen in Berlin am 15.12.2009 nach Pflegeklassen



(Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg / Darstellung: SenGesUmV - I A -)

2007 überdurchschnittlich gestiegener Kosten in den privaten Einrichtungen um 4 % bzw. 7 % in den Pflegeklassen 2 und 3 lag das Niveau hier in allen Pflegeklassen (66 / 73 / 78 EUR) unter dem der freigemeinnützigen Pflegeheime (75 / 78 / 81 EUR). Das **Engelt für Unterkunft und Verpflegung** betrug durchschnittlich 15 EUR (freigemeinnützig: 16 EUR / privat: 15 EUR) (vgl. Abbildung 5.8 und im GSI verfügbare Tabelle [11.8-1](#)).

Die **Kostenübernahme der Pflegekasse** für Kurzzeitpflege (pflegebedingte Aufwendungen und Aufwendungen der sozialen Betreuung) ist pro Kalenderjahr auf vier Wochen beschränkt und bis zu einem Gesamtbetrag von 1.432 EUR möglich.

Langzeitpflege

Das von Berlinerinnen und Berlinern weitaus am häufigsten genutzte Angebot war nach wie vor die **vollstationäre Langzeitpflege**, auf die Pflegebedürftige **Anspruch** haben, „wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des einzelnen Falles nicht in Betracht kommt“ (§ 43 SGB XI).

Das **Langzeitpflegeangebot** in Berlin wurde zum Stichtag 15.12.2009 mit 31.940 **Plätzen** in 299 **Einrichtungen** vorgehalten, darunter befanden sich 286 Heime, deren Angebot mit 30.116 Plätzen ausschließlich Langzeitpflege umfasste. Die Dauerpflegeplätze standen zur Hälfte (50,1 %) in Pflegeheimen privater **Träger** (149 Einrichtungen) zur Verfügung, ein fast ebenso hoher Anteil (47,0 % / 142 Heime) wurde von freigemeinnützigen Trägern vorgehalten. Öffentliche Träger ergänzten das Angebot mit 925 Dauerpflegeplätzen (2,9 %) in acht Einrichtungen (vgl. im GSI verfügbare Tabelle [6.20-1](#)).

Die Langzeitpflege wurde Mitte Dezember 2009 von 25.674 Menschen **in Anspruch genommen**, das waren 93,3 % der zu diesem Zeitpunkt stationär untergebrachten Pflegebedürftigen (vgl. im GSI verfügbare Tabelle [7.33-1](#)).

Die durchschnittlichen **Dauerpflegesätze** betragen 2009 in den Pflegeklassen 1 bis 3 49, 66 bzw. 79 EUR pro Person und Tag, für **Unterkunft und Verpflegung** wurde im Schnitt ein Tagessatz von 17 EUR verlangt. Berechnet anhand von 30,4 Tagessätzen ergab das für Langzeitpflege, Unterkunft und Verpflegung zusammen in den Pflegeklassen 1 bis 3 pro gepflegte Person durchschnittliche monatliche Kosten von 1.989, 2.521 bzw. 2.903 EUR. Anders als bei Tages- und Kurzzeitpflege war damit in den einzelnen Pflegeklassen eine sehr unterschiedliche Bewertung der Pflegeleistungen zu erkennen: Der durchschnittliche Pflegesatz in Pflegeklasse 2 betrug 2.018 EUR und lag damit 35,8 % über dem der Pflegeklasse 1 mit 1.486 EUR, für die Langzeitpflege in Klasse 3 wurde 61,5 % mehr als in Klasse 1 in Rechnung gestellt, die Differenz machte mehr als 900 EUR im Monat aus (vgl. Abbildung 5.8).

für Dauerpflege in Pflegeklasse 3 wurde eine um 62 % höhere Vergütung berechnet als in Pflegeklasse 1

Im **Vergleich zur Erhebung 2007** waren in den drei Pflegeklassen mit 5,5 %, 3,7 % bzw. 3,8 % bei der Langzeitpflege größere Steigerungsraten als bei den anderen beiden Pflegearten zu beobachten. Die durchschnittlichen Vergütungssätze in Einrichtungen privater und freigemeinnütziger Träger unterschieden sich kaum voneinander, das Kostenniveau für Langzeitpflege, Unterkunft und Verpflegung in Heimen öffentlicher Träger lag dagegen etwas unter dem Gesamtdurchschnitt, in den drei Pflegeklassen um 3,6 %, 2,4 % bzw. 1,9 % (vgl. im GSI verfügbare Tabelle [11.8-1](#)).

Die **Pflegekasse** übernimmt für Pflegebedürftige in Langzeitpflege „im Rahmen der pauschalen Leistungsbeträge ... die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege“ (§ 43 SGB XI). Der Anspruch beträgt je Kalendermonat 1.023 EUR für Pflegebedürftige in Pflegestufe 1 und 1.279 EUR in Pflegestufe 2. Pflegebedürftige der Pflegestufe 3 hatten bis Dezember 2009 einen Anspruch von 1.470 EUR, seit dem 01.01.2010 beträgt der Höchstsatz 1.510 EUR im Kalendermonat.

Das bedeutete für die im Dezember in Langzeitpflege betreuten Berliner und Berlinerinnen, dass sie durchschnittlich knapp die Hälfte des vom Pflegeheim in Rechnung gestellten Betrages selbst tragen mussten; in Pflegeklasse 1 waren das 966 EUR (48,6 %), in Pflegeklasse 2 1.242 EUR (49,3 %) und in Pflegeklasse 3 blieb den Pflegebedürftigen mit 1.433 EUR ein Eigenanteil von 49,4 %. In § 43 Abs. 2 SGB XI ist festgelegt, dass „der von der Pflegekasse einschließlich einer Dynamisierung nach § 30 zu übernehmende Betrag 75 vom Hundert des Gesamtbetrages aus Pflegesatz, Entgelt für Unterkunft und Verpflegung und gesondert berechenbaren Investitionskosten ... nicht übersteigen darf“.

Vergütungen für Langzeitpflege im Bundesvergleich

Vergütungsniveau für Langzeitpflege in den neuen Bundesländern deutlich niedriger als in den alten

Die Berechnung der Vergütungen aller Pflegeeinrichtungen ergab **deutschlandweit** in den drei Pflegeklassen Durchschnittswerte von 1.979 EUR, 2.410 EUR bzw. 2.866 EUR für Langzeitpflege einschließlich Entgelt für Unterkunft und Verpflegung pro Person und Monat. Dabei lässt die Gegenüberstellung der **Bundesländer** eine große Spanne von den höchsten bis zu den niedrigsten Vergütungen erkennen; sie reicht in Pflegeklasse 1 von 1.543 EUR in Sachsen bis zu 2.180 EUR in Baden-Württemberg, in Pflegeklasse 2 von 1.864 EUR ebenfalls in Sachsen bis zu 2.711 EUR in Nordrhein-Westfalen und in Pflegeklasse 3 von 2.267 EUR in Sachsen-Anhalt bis zu 3.263 EUR wiederum in Nordrhein-Westfalen. Insgesamt werden die Leistungen in den neuen Bundesländern weitaus günstiger angeboten als in den alten Bundesländern und Berlin, wobei in Schleswig-Holstein und Niedersachsen zwar höhere Vergütungssätze verlangt werden als in den neuen Ländern, diese jedoch noch deutlich unter den Bundesdurchschnittswerten bleiben.

Die in **Berlin** berechneten Vergütungen bewegten sich im bundesweiten Vergleich im mittleren Bereich mit prozentualen Abweichungen vom jeweiligen gesamtdeutschen Mittelwert in den drei Pflegeklassen von 0,5 %, 4,6 % bzw. 1,3 %. Von den Stadtstaaten **Hamburg** und Bremen kann nur Hamburg betrachtet werden, da die Daten für Bremen nicht rechtzeitig für die Pflegestatistik 2009 vorlagen; für das Deutschlandergebnis wurden geschätzte Daten für Bremen berücksichtigt (vgl. Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2009, Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Deutschlandergebnisse). In Hamburg mussten Pflegebedürftige mit deutlich höheren Kosten rechnen als in Berlin, die Vergütungen lagen in den drei Pflegeklassen um 2,9 %, 7,8 % bzw. 10,7 % über den Bundeswerten (vgl. Abbildung 5.9 und im GSI verfügbare Tabelle [11.8-5](#)).

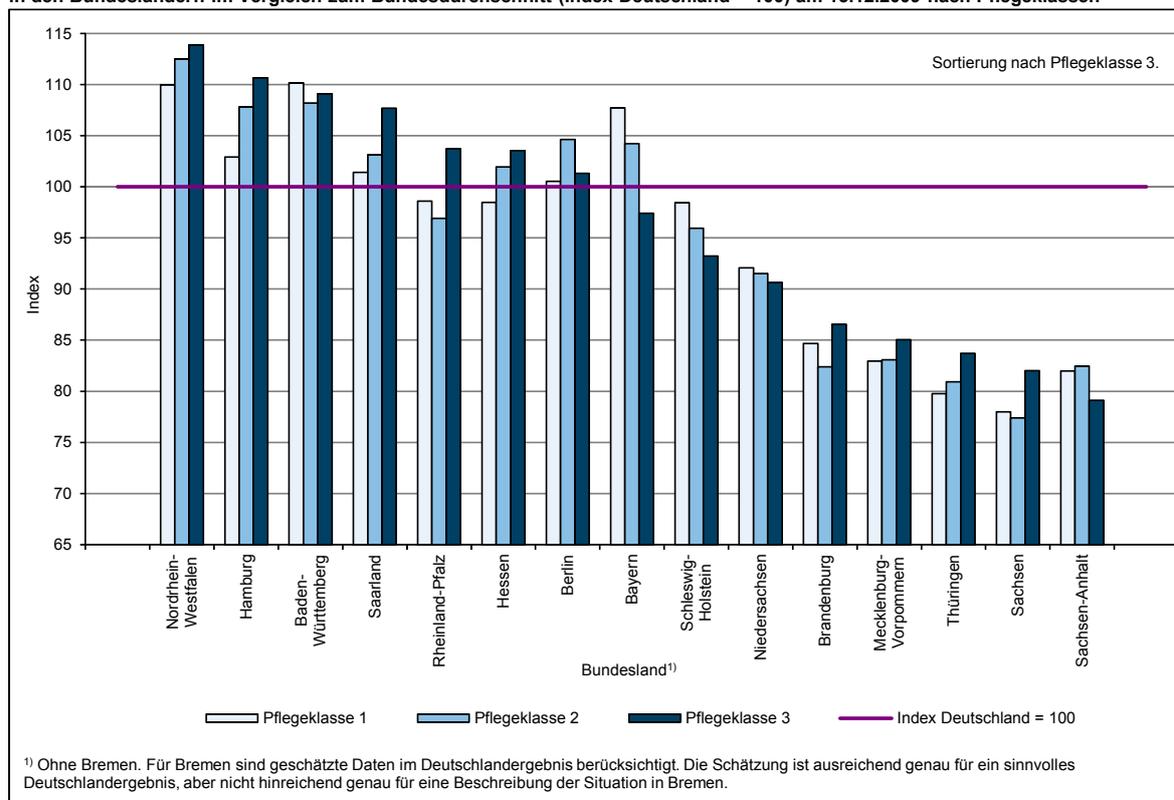
Langzeitpflege im Bezirksvergleich

Die in Berlin verfügbaren **Langzeitpflegeplätze** waren sehr ungleichmäßig auf die Bezirke verteilt: Das mit Abstand größte Angebot war in Steglitz-Zehlendorf zu finden, sowohl im Hinblick auf die absolute Zahl (4.671 Plätze bzw. 14,6 %) als auch im Verhältnis je 100.000 Einwohner im Alter von 65 und mehr Jahren (6.578). Auch Pankow war mit mehr Dauerpflegeplätzen (absolut 3.538 bzw. anteilig 11,1 % / 6.002 je 100.000 65 Jahre und Ältere) ausgestattet als die meisten übrigen Bezirke. Die wenigsten Plätze hatte Friedrichshain-Kreuzberg (absolut 1.759 bzw. anteilig 5,5 %) zu bieten, was sich jedoch auf die 65 Jahre und ältere Bevölkerung bezogen ganz anders darstellte, hier nahm Friedrichshain-Kreuzberg mit 6.455 Plätzen je 100.000 den zweiten Platz auf der Rangskala der Bezirke ein; das Schlusslicht in der bevölkerungsbezogenen Rangfolge bildete mit 3.512 Plätzen je 100.000 65 Jahre und Ältere Tempelhof-Schöneberg (vgl. im GSI verfügbare Tabelle [6.18-1](#)).

Pflegesätze für Langzeitpflege in Friedrichshain-Kreuzberg und Pankow am niedrigsten

Was die Langzeitpflegesätze angeht, wartete Tempelhof-Schöneberg mit **Vergütungen** pro Person und Tag (in den drei Pflegeklassen 51 EUR, 69 EUR bzw. 81 EUR) auf, die den Berliner Durchschnitt weiter überschritten (um 5,1 %, 3,2 % bzw. 2,5 %) als die der anderen Bezirke, gefolgt von Neukölln (3,0 %, 2,0 % bzw. 1,4 % über dem Durchschnitt) und Mitte (2,4 %, 1,4 % bzw. 0,9 % über dem Durchschnitt). In Friedrichshain-

Abbildung 5.9:
Durchschnittliche Vergütungen (Pflegesätze plus Entgelt für Unterkunft und Verpflegung) bei Langzeitpflege in Pflegeeinrichtungen in den Bundesländern im Vergleich zum Bundesdurchschnitt (Index Deutschland = 100) am 15.12.2009 nach Pflegeklassen



(Datenquelle: StBA / Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Kreuzberg und Pankow entstanden den Pflegebedürftigen dagegen Langzeitpflegekosten (in den drei Pflegeklassen 46/63/77 EUR bzw. 47/64/77 EUR), die vergleichsweise weit unter dem Berliner Durchschnitt (um -6,9/-4,4/-3,0 % bzw. -4,0/-3,0/-2,4 %) lagen. Für Unterkunft und Verpflegung wurde pro Person und Tag ein durchschnittliches Entgelt in Höhe von 16 oder 17 EUR verlangt (vgl. im GSI verfügbare Tabelle [11.8-2](#)).

Oben beschriebene und weitere Angaben zu Vergütungen stationärer und teilstationärer Pflege sind in den Tabellen [11.8-1](#), [11.8-2](#), [11.8-3](#), [11.8-4](#) und [11.8-5](#) zusammengestellt, die im GSI zum Herunterladen zur Verfügung stehen.

5.3.2 Gesundheitsleistungen nach Landespflegegeldgesetz

Nach dem Landespflegegeldgesetz (LPfGG) werden pauschale **Geldleistungen an blinde, hochgradig sehbehinderte und gehörlose Menschen** zum Ausgleich ihrer behinderungsbedingten Mehraufwendungen gewährt. Die Leistungen werden unabhängig von eigenem Einkommen oder Vermögen bereitgestellt.

Zweckgleiche Leistungen werden auf den Leistungsanspruch nach dem LPfGG angerechnet. Hierzu gehören insbesondere auch die Leistungen der Pflegeversicherung, weil diese ebenfalls - teilweise bedingt durch die vorliegende Behinderung - Pflege und Unterstützung im Alltag gewährleisten. Bei **häuslicher Pflege** wird ein gesetzlich festgelegter Teilbetrag des Pflegegeldes aus der Pflegeversicherung in Anrechnung gebracht, auch wenn die betroffene Person beispielsweise die Sachleistung (Pflege durch einen ambulanten Pflegedienst) in Anspruch nimmt.

Die Leistungen nach dem LPfGG tragen nach wie vor dazu bei, dass sich die Betroffenen trotz ihrer Behinderung das Leben in der eigenen Häuslichkeit organisieren können. Darüber hinaus sichern sie die **Teilhabe am gesellschaftlichen Leben**.

Etwa 8.400 Betroffene erhielten 2010 LPfGG-Leistungen

Für die Jahre 2009 und 2010 hat das Land Berlin für die Leistungen nach dem LPfGG jeweils 24,5 Mio. EUR für knapp 8.400 **Betroffene** zur Verfügung gestellt.

Über die Hälfte (56,2 %) der Menschen, die am 31.12.2010 Leistungen nach LPfGG erhielten, waren weiblichen **Geschlechts**. Der Blick auf die **Altersstruktur** zeigt, dass die meisten Leistungsempfangenden (55,7 %) der Altersgruppe ab 55 Jahren angehörten, etwa ein Drittel war zwischen 25 und 54 Jahre alt und jede 10. Person (10,4 %) mit LPfGG-Leistungserhalt befand sich im Alter von unter 25 Jahren.

Bezogen auf die **Berechtigtengruppen** hatten die Blinden und die gehörlosen Blinden mit 39,4 % den größten Anteil, gefolgt von der Gruppe der Gehörlosen mit 27,2 %. Zur Gruppe hochgradig Sehbehinderter und gehörloser hochgradig Sehbehinderter gehörten 18,8 % der Leistungsempfängerinnen und -empfänger, weitere 14,6 % machten die Bestandsschutzfälle aus (vgl. im GSI verfügbare Tabelle [10.8z-4](#)).

5.4 Krankheitskosten ambulanter und (teil-)stationärer Pflege

In der vom Statistischen Bundesamt zweijährlich durchgeführten **Krankheitskostenrechnung**⁷ (vgl. auch Kapitel 4.5 Krankheitskosten in ambulanten Einrichtungen) werden u. a. die in Zusammenhang mit Pflege stehenden Kosten, die in Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten anfallen, beziffert; die aktuell vorliegenden Daten betreffen das Erhebungsjahr 2008. Die Krankheitskostenrechnung wird auf Bundesebene durchgeführt, Ergebnisse für die Bundesländer stehen nicht zur Verfügung.

Jeder 10. Euro der Gesamtkrankheitskosten wurde für Pflege ausgegeben

Von den in Deutschland im Jahr 2008 entstandenen Krankheitskosten in Höhe von 254,3 Mrd. EUR entfielen 28,5 Mrd. EUR auf **Pflegeeinrichtungen**, davon 8,6 Mrd. EUR auf ambulante Pflegedienste und 19,9 Mrd. EUR auf Pflegeheime. Damit wurde etwas mehr als jeder zehnte EUR (11,2 %) der Gesamtkrankheitskosten für ambulante (3,4 %) und (teil-)stationäre (7,8 %) Pflege ausgegeben.

Bezogen auf die Bevölkerung errechneten sich für 2008 **Pro-Kopf-Ausgaben** von insgesamt 3.100 EUR, in Pflegeeinrichtungen waren es durchschnittlich 350 EUR je Einwohner. Das bedeutete **gegenüber 2002** in der Pflege eine Kostensteigerung von 25,6 %, die damit deutlich höher ausfiel als die Gesamtkostenzunahme je Einwohner von 16,7 %. Ein noch größerer Unterschied war zwischen ambulantem und stationärem Bereich zu beobachten: 2002 lagen die Pro-Kopf-Kosten in der ambulanten Pflege noch bei 80 EUR und in der stationären Pflege bei durchschnittlich 200 EUR pro Person, 2008 waren es bereits 110 EUR bzw. 240 EUR; d. h. dass im Jahr 2008 im Schnitt je Einwohner in ambulanten Diensten ein Drittel (33,5 %) und in Pflegeheimen ein Fünftel (22,4 %) mehr Mittel aufgewendet wurden als sechs Jahre zuvor.

Die für 2008 ermittelten **geschlechtsspezifischen Krankheitskosten** beliefen sich im Pflegebereich für Männer auf 7,9 Mrd. EUR und für Frauen auf 20,6 Mrd. EUR. Die Berechnung auf die Bevölkerung ergab Kosten von 200 EUR je männliche und 490 EUR je weibliche Person. Während 2002 die Pro-Kopf-Kosten in der weiblichen Bevölkerung noch fast dreimal so hoch waren wie in der männlichen, ging der Unterschied im Jahr 2008 aufs 2,5-Fache zurück, da die Kostensteigerung bei den Männern erheblich stärker ausfiel als bei den Frauen.

Nach **Altersgruppen** betrachtet verursachte im Jahr 2008 die Pflege unter 65-Jähriger vergleichsweise geringe Kosten (zusammen rund 2,5 Mrd. EUR), während der weit überwiegende Teil der in

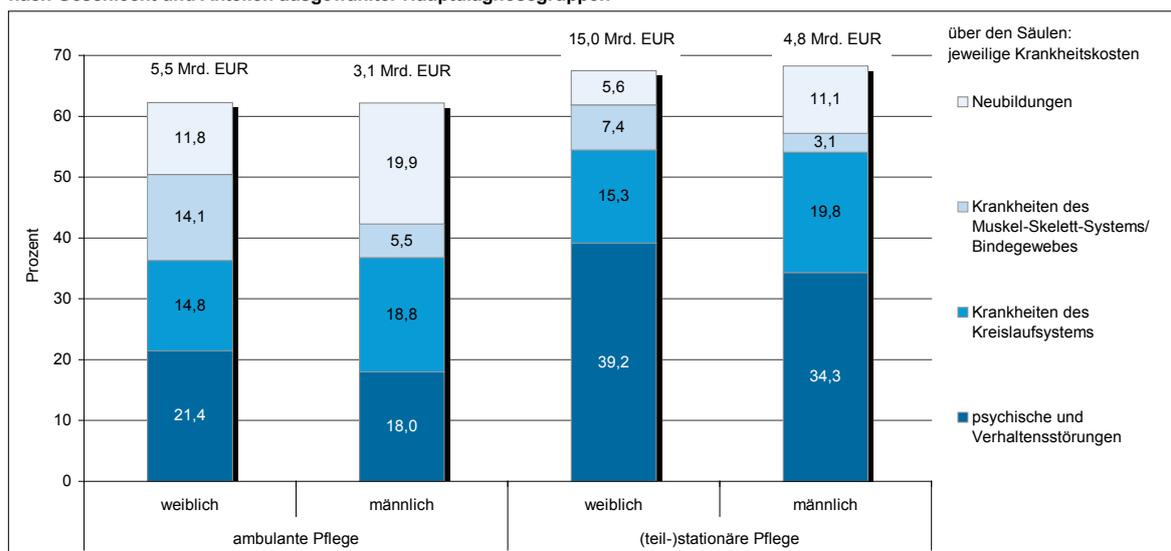
⁷ Informationen und Ergebnisse zur Krankheitskostenstatistik im Internet verfügbar unter www.destatis.de (Pfad: weitere Themen/Gesundheit/Krankheitskosten bzw. zur Fachserie 12, Reihe 7.2: Publikationen/Fachveröffentlichungen/Gesundheit) oder unter www.gbe-bund.de, Suchbegriff „Krankheitskosten“.

Pflegeheimen und Pflegediensten entstandenen Kosten (91,2 % / 26,0 Mrd. EUR) die über 65-jährige Bevölkerung betraf. Die Pro-Kopf-Kosten für Pflege erreichten in den beiden ausgewiesenen Altersgruppen 65 bis 84 Jahre und 85 Jahre und älter 890 bzw. 7.218 EUR, bei den Frauen lagen die entsprechenden Werte mit 1.052 bzw. 8.196 EUR noch weitaus höher als bei den Männern mit 684 bzw. 4.435 EUR.

In den Altersgruppen ab 45 Jahren begründete die (teil-)stationäre Pflege weitaus höhere Kosten als die ambulante; bei den 30- bis 44-Jährigen waren die Kosten etwa gleich auf die beiden Pflegebereiche verteilt, bei den unter 30-Jährigen hingegen stand die ambulante Pflege deutlich im Vordergrund.

Bezogen auf Krankheitsgruppen nach ICD-10 zeigten sich psychische und Verhaltensstörungen als größter Kostenfaktor, das traf auf stationäre Pflegeeinrichtungen und die dort betreuten Männer und Frauen zu; in der ambulanten Pflege war das hingegen nur bei den Frauen der Fall, bei den ambulanten Pflegekosten der Männer standen Neubildungen an erster Stelle, dicht gefolgt von Krankheiten des Kreislaufsystems und erst an dritter Stelle von psychischen und Verhaltensstörungen. In der ambulanten Pflege insgesamt gingen 20,2 % (1.739 Mio. EUR / 21 EUR je Einwohner) der Kosten auf diese Diagnosegruppe zurück, in der (teil-)stationären Pflege waren es sogar 38,0 % (7.549 Mio. EUR / 92 EUR je Einwohner) (vgl. Abbildung 5.10 und im GSI verfügbare Tabelle [11.8z-2](#)).

Abbildung 5.10:
Krankheitskosten in ambulanten und (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen in Deutschland 2008 nach Geschlecht und Anteilen ausgewählter Hauptdiagnosegruppen



(StBA, Krankheitskostenrechnung / Darstellung: SenGesUmV - I A -)

5.5 Kernaussagen

Pflegebedürftigkeit

- Im Sinne des Sozialgesetzbuch SGB XI waren Ende 2009 in Berlin 101.351 Personen, 69.080 weiblichen und 32.271 männlichen Geschlechts, anerkannt pflegebedürftig. Die absolute **Zahl der Pflegebedürftigen** nahm seit 1999 bei den Frauen um 20 % und bei den Männern um 39 % zu. Demzufolge waren im Dezember 2009 3,9 % der weiblichen (1999: 3,3 %) und 1,9 % der männlichen Bevölkerung (1999: 1,4 %) von Pflegebedürftigkeit betroffen.
- Nach der altersstandardisierten Berechnung hatten Berlinerinnen mit 1.999 Pflegefällen je 100.000 ein um fast ein Fünftel höher liegendes **Pflegerisiko** als Frauen aus dem gesamten Bundesgebiet (1.681 je 100.000). Auch das Pflegerisiko der Berliner lag mit 1.602 Pflegebedürftigen je 100.000 etwa 12 % über dem aller in Deutschland wohnenden Männer (1.428 je 100.000).

- Pflegebedürftigkeit ist stark **altersabhängig** und betrifft in mehr als 80 % der Fälle über 65-jährige Personen. Bezogen auf die über 85-jährige **Berliner Bevölkerung** konnte festgestellt werden, dass knapp die Hälfte von ihnen pflegebedürftig war, wobei der Anteil bei den Frauen (insgesamt 28.119 über 85-jährige Pflegebedürftige) mit 54 % erheblich über dem der Männer (5.268 Fälle bzw. 33 %) lag.
- **Berliner Männer** waren in fast allen Altersgruppen seltener als **Berliner Frauen** von Pflege betroffen. Lediglich im Kindes- und Jugendalter sowie im jüngeren Erwachsenenalter hatten Männer gegenüber Frauen etwas höher liegende Raten. Innerhalb der pflegeintensiven Altersgruppen lagen die **Pflegequoten** jedoch erheblich unter denen der Frauen (z. B. ein Drittel bei 80- bis 89-Jährigen und 50 % bei den über 90-Jährigen).
- Im **Bundesvergleich** hatten sowohl Frauen als auch Männer aus Berlin jenseits des 35. Lebensjahres gegenüber Gleichaltrigen aus dem gesamten Bundesgebiet erheblich höher liegende Pflegequoten. Je nach Altersgruppe lagen diese bei den Berlinerinnen 10 % bis 52 % und bei den Berliner Männern 11 % bis 35 % über den Bundesdurchschnittswerten. Im Länderranking rangierte Berlin jedoch im mittleren Bereich.
- Die meisten Personen, die Leistungen aus der Pflegeversicherung bezogen, wurden **zu Hause gepflegt**. Mit einem Anteil von 74 % (75.338 Pflegefälle) lag dieser in Berlin über dem Bundesniveau (69 %). Männer wurden deutlich häufiger als Frauen im häuslichen Umfeld versorgt: In Berlin zählte weit über die Hälfte (17.817 bzw. 55 %) aller von Pflege betroffenen Männer zu den sogenannten **Pfleggeldempfängern**, die ausschließlich von ihren Angehörigen gepflegt wurden; bei den Berlinerinnen traf diese Aussage auf 31.258 bzw. 45 % aller Pflegefälle zu. Demgegenüber lag der Anteil der Pflegebedürftigen, die zwar im häuslichen Umfeld versorgt wurden, jedoch professionelle **ambulante Pflege** beanspruchten, bei den Frauen (18.397 Fälle bzw. 27 %) über dem der Männer (7.866 bzw. 24 %).
- Auf **stationäre Pflege** waren Ende 2009 in Berlin 19.425 bzw. 28 % aller pflegebedürftigen Frauen und damit erheblich mehr als Männer (6.588 bzw. 20 % aller männlichen Pflegefälle) angewiesen. Insgesamt lag der Anteil der in Berlin in Pflegeheimen vollstationär betreuten pflegebedürftigen Personen (26.013 Fälle bzw. 26 %) unter dem Bundesdurchschnitt (31 %).
- Hinsichtlich der nach der Schwere der Pflegebedürftigkeit eingruppierten Pflegefälle wurden 57.200 Berliner (39.375 Frauen und 17.825 Männer) in **Pflegestufe I** eingestuft. Das entsprach einem Anteil von 56 % (Frauen: 57 %, Männer: 55 %). Leistungen nach **Pflegestufe II** erhielten 32.404 Personen bzw. 32 % aller Pflegebedürftigen, 21.778 bzw. 32 % weiblichen und 10.626 bzw. 33 % männlichen Geschlechts. Als schwerstpflegebedürftig (**Pflegestufe III**) galten 11.558 Pflegebedürftige. Dabei handelte es sich um 7.834 Frauen und 3.724 Männer. In Berlin war demzufolge jede neunte pflegebedürftige Person auf eine 24-Stundenbetreuung angewiesen ist. Immerhin 6.028 von ihnen, also über die Hälfte (52 %) aller in Pflegestufe III eingestuften Fälle, wurde zu Hause gepflegt. Mit 61 % lag der Anteil bei den Männern (2.382 Schwerstpflegebedürftige) jedoch erheblich über dem der Frauen, von denen im Jahr 2009 insgesamt 3.646 (47 % aller schwerstpflegebedürftigen Berlinerinnen) im häuslichen Umfeld versorgt wurden.
- In Bezug auf die Pflegestufeneingruppierung im **Ländervergleich** wies Berlin den bundesweit zweithöchsten Anteil derer auf, die Leistungen gemäß Pflegestufe I bezogen. Versus bei Pflegestufe II, die in Berlin von allen Bundesländern am seltensten vergeben wurde. Aber auch bei der Einstufung in Pflegestufe III zählte Berlin zu den Bundesländern (2009 viertniedrigster Wert) mit den geringsten Anteilen an Schwerstpflegebedürftigen.

Personal in Pflegeeinrichtungen

- In Berlin waren im Dezember 2009 in den 378 zugelassenen **stationären Pflegeeinrichtungen** (Pflegeheimen) mit insgesamt 33.665 zur Verfügung stehenden Pflegeplätzen **19.674 Personen beschäftigt**. Der Anteil der weiblichen Arbeitskräfte (15.696) belief sich auf 80 % und der der männlichen (3.978 Beschäftigte) auf 20 %. Fast ein Viertel der Beschäftigten Personen, 11.468 Frauen und 2.614 Männer, hatte seinen Arbeitsschwerpunkt im Bereich Pflege und Betreuung.

- Nahezu die Hälfte der Beschäftigten (8.954 bzw. 46 %) arbeitete in **Vollzeit**. Deren Anteil lag in Berlin weit über dem Bundesniveau (33 %). Zudem hatte Berlin von allen Bundesländern die mit Abstand höchste Vollbeschäftigtenquote.
- **Teilzeitkräfte** machten im Jahr 2009 51 % aller Beschäftigten aus. Insgesamt gingen 9.945 Personen einem derartigen Beschäftigungsverhältnis nach.
- Die Zahl der in den Berliner Pflegeheimen beschäftigten Personen nahm **in den letzten zehn Jahren** um mehr als ein Drittel zu. Der Anstieg ging jedoch ausschließlich auf das Konto von Teilzeitkräften, deren Zahl sich weit mehr als verdoppelte. Während 1999 4.239 Personen teilzeitbeschäftigt waren, gingen in 2009 9.945 einem derartigen Beschäftigungsverhältnis nach. Das entsprach einem Anstieg von 135 %.
- Ende Dezember 2009 gab es in Berlin 505 **ambulante Pflegeeinrichtungen**, die für die Betreuung von 26.263 pflegebedürftigen Personen zuständig waren. In den ambulanten Pflegediensten **arbeiteten 19.408 Personen**. Die überwiegende Mehrheit (15.493 bzw. 80 %) des Personals war weiblichen Geschlechts.
- Der Anteil der **Vollzeitbeschäftigten**, insgesamt 6.783, lag bei etwas mehr als einem Drittel und damit deutlich unter der der Vollzeitbeschäftigung im stationären Bereich. Die Rate der Vollzeitkräfte im ambulanten Sektor lag in Berlin immer noch erheblich über dem Bundesdurchschnitt. Im Bundesländervergleich wies Berlin die sechsthöchste Quote auf.
- Einer **Teilzeitbeschäftigung** gingen in den Berliner ambulanten Pflegediensten 12.310 bzw. 63 % der dort eingesetzten Arbeitskräfte nach.
- In den ambulanten Pflegeeinrichtungen hat die Zahl der Arbeitskräfte **in den letzten zehn Jahren** ebenfalls stark zugenommen. Insgesamt gesehen legte sie dort um zwei Drittel und damit noch stärker als im stationären Bereich zu.
- Vollzeitkräfte profitierten deutlich stärker als Teilzeitkräfte von der günstigen Personalentwicklung. Die Zahl der Vollzeitbeschäftigten nahm z. B. von 1999 (3.508) bis 2009 (6.783) um 93 % zu. Demgegenüber verzeichneten Teilzeitbeschäftigte (1999: 7.883, 2009: 12.310) einen Zuwachs von 56 %.

Aufwendungen für stationäre Pflegeleistungen

- Teilstationäre Pflege - in Berlin z. Z. nur in Form von Tagespflege verfügbar - wurde Ende 2009 von ca. sechs Prozent aller in stationärer Pflege befindlichen Berlinerinnen und Berlinern in Anspruch genommen. Mit 688 Plätzen war über die Hälfte (51 %) des **Tagespflegeangebots** in Einrichtungen freigemeinnütziger Träger angesiedelt, private Träger hielten mit 499 Plätzen 49 % des Angebots vor.
- Mit **Monatssätzen für Tagespflege**, Unterkunft und Verpflegung in den drei Pflegeklassen von 2.129, 2.189 bzw. 2.300 EUR pro Person zeigten sich zwischen den einzelnen Pflegeklassen keine großen Vergütungsunterschiede.
- Ausgehend von den Vergütungen, die Berliner Pflegebedürftige für Tagespflege sowie Unterkunft und Verpflegung im Schnitt zu zahlen hatten, blieb ihnen nach **Kostenübernahme durch die Pflegekasse** noch ein beträchtlicher Eigenanteil, der in Pflegestufe 1 80 % bzw. 1.709 EUR der monatlichen Vergütung betrug, in Pflegestufe 2 55 % bzw. 1.209 EUR und in Pflegestufe 3 36 % bzw. ein Betrag von 830 EUR.
- Das Berliner **Kurzzeitpflegeangebot** mit 268 Plätzen wurde am 15.12.2009 von 1,2 % aller zu diesem Zeitpunkt in stationären Einrichtungen betreuten Menschen genutzt.
- Für die Kurzzeitpflege wurde Pflegebedürftigen der Pflegeklasse 1 im Durchschnitt ein **Tagessatz** (Pflegesatz + Entgelt für Unterkunft und Verpflegung) von 86 EUR in Rechnung gestellt, in der Pflegeklasse 2 waren es 91 EUR und in Klasse 3 95 EUR.
- Das **Langzeitpflegeangebot** von 31.940 Plätzen in 299 Einrichtungen im Dezember 2009 wurde von 25.674 Menschen in Anspruch genommen, das waren 93 % der zu diesem Zeitpunkt stationär untergebrachten Pflegebedürftigen.

- Mit **monatlichen Kosten für Langzeitpflege** in den drei Pflegestufen von 1.989, 2.521 bzw. 2.903 EUR war - anders als bei Tages- und Kurzzeitpflege - in den einzelnen Pflegeklassen eine sehr unterschiedliche Bewertung der Pflegeleistungen zu erkennen.
- Nach **Übernahme der Kosten durch die Pflegeversicherung** blieben den im Dezember in Langzeitpflege betreuten Berlinern und Berlinerinnen durchschnittlich noch knapp die Hälfte des vom Pflegeheim in Rechnung gestellten Betrages, den sie selbst tragen mussten.
- Die in Berlin berechneten Vergütungen bewegten sich im **bundesweiten Vergleich** im mittleren Bereich mit prozentualen Abweichungen vom jeweiligen gesamtdeutschen Mittelwert in den drei Pflegeklassen von 0,5 %, 4,6 % bzw. 1,3 %. In Hamburg mussten Pflegebedürftige mit deutlich höheren Kosten rechnen als in Berlin, die Vergütungen lagen in den drei Pflegeklassen um drei, acht bzw. elf Prozent über den Bundeswerten.
- Das mit Abstand größte Angebot an Langzeitpflegeplätzen in den Berliner **Bezirken** war in Steglitz-Zehlendorf zu finden, sowohl im Hinblick auf die absolute Zahl (4.671 Plätze bzw. 14,6 %) als auch im Verhältnis je 100.000 Einwohner im Alter von 65 und mehr Jahren (6.578). Das Schlusslicht in der bevölkerungsbezogenen Rangfolge bildete mit 3.512 Plätzen je 100.000 65 Jahre und Ältere Tempelhof-Schöneberg.
- Im Vergleich zum Berliner Durchschnitt wurden in Tempelhof-Schöneberg die höchsten Vergütungen für Langzeitpflege verlangt, am niedrigsten lagen sie in Friedrichshain-Kreuzberg und Pankow.

Krankheitskosten ambulanter und stationärer Pflege

- Von den in Deutschland im Jahr 2008 entstandenen **Krankheitskosten** in Höhe von 254,3 Mrd. EUR entfielen 28,5 Mrd. EUR (11 %) auf **Pflegeeinrichtungen**, davon 8,6 Mrd. EUR auf ambulante Pflegedienste und 19,9 Mrd. EUR auf Pflegeheime.
- Die **Kosten je Einwohner** von durchschnittlich 350 EUR im Jahr 2008 bedeuteten eine Kostensteigerung gegenüber 2002 von 26 %.
- Die Pro-Kopf-Kosten betragen in der **weiblichen** Bevölkerung 490 EUR und in der **männlichen** 200 EUR.
- Die in Pflegeheimen und Pflegediensten entstandenen Kosten betrafen zum weit überwiegenden Teil (91 % / 26,0 Mrd. EUR) die **über 65-jährige Bevölkerung**; die Pro-Kopf-Kosten erreichten in den Altersgruppen 65 bis 84 Jahre und 85 Jahre und älter 890 bzw. 7.218 EUR.
- **Psychische und Verhaltensstörungen** stellten in stationären Pflegeeinrichtungen bei beiden Geschlechtern und bei Frauen in ambulanter Pflege den größten Kostenfaktor dar; bei den ambulanten Pflegekosten der Männer standen Neubildungen an erster Stelle.

5.6 Indikatoren im GSI

Die Tabellen sind ausschließlich in elektronischer Form im Gesundheits- und Sozialinformationssystem (GSI) veröffentlicht, verfügbar im Internet unter <http://www.gsi-berlin.info/>.

Zum **Auffinden einer Tabelle** sind im GSI in der **erweiterten Suche** folgende Einstellungen vorzunehmen:

- Kontext: „Basisbericht GBE Berlin 2010/2011“ auswählen,
- Suchtext: das Wort Tabelle und die entsprechende Nummer (z. B. Tabelle 3.46-1) eingeben,
- Such-Modus: „alle Wörter, Suche nur im Kommentar“ auswählen.

Tabelle 3.46-1:

Pflegebedürftige Personen in Berlin 1999 - 2009 (Stand: 15.12.) nach Geschlecht und Leistungsart

Tabelle 3.47-1:

Pflegebedürftige Personen in Berlin am 15.12.2009 nach Geschlecht, Altersgruppen und Leistungsart

Tabelle 3.48-1:

Pflegebedürftige Personen in Berlin 1999 - 2009 (Stand: 15.12.) nach Geschlecht, Pflegestufen und Leistungsart

Tabelle 6.17-1:

Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen in Berlin 1999 - 2009 (Stichtag 15.12.) nach Art der Pflegeeinrichtung und verfügbaren Plätzen

Tabelle 6.18-1:

Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen in Berlin 2007 und 2009 (Stichtag 15.12.) nach Art der Pflegeeinrichtung, verfügbaren Plätzen und Bezirken

Tabelle 6.19-1:

Ambulante Pflegeeinrichtungen in Berlin 2001 - 2009 (Stichtag: 15.12.) nach Art, Größenklassen, Pflegebedürftigen und Trägerschaft

Tabelle 6.20-1:

(Teil-)stationäre Pflegeeinrichtungen in Berlin 2007 und 2009 (Stichtag: 15.12.) nach Art, verfügbaren Plätzen und Trägerschaft

Tabelle 7.33-1:

Pflegebedürftige in Berlin am 15.12.2009 nach Geschlecht, ausgewählten Altersgruppen und Art der Leistungen

Tabelle 7.33-2:

Von ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen betreute Pflegebedürftige in Berlin am 15.12.2009 nach Art der Leistungen, Trägergruppen und Bezirken

Tabelle 7.34-1:

Pflegegeldempfänger und Pflegegeldempfängerinnen in Berlin am 31.12.2009 nach Geschlecht, ausgewählten Altersgruppen, Pflegestufen, Art der Pflegeleistung und Leistungsträger

Tabelle 7.35-1:

Inanspruchnahme ambulanter Pflege in Berlin am 15.12.2009 nach Geschlecht, ausgewählten Altersgruppen, Pflegestufen und Bezirken

Tabelle 7.36-1:

Inanspruchnahme (teil-)stationärer Pflege in Berlin am 15.12.2009 nach Geschlecht, ausgewählten Altersgruppen, Pflegestufen und Bezirken

Tabelle 7.36-2:

Inanspruchnahme voll- und teilstationärer Pflege in Berlin am 15.12.2009 nach Geschlecht, ausgewählten Altersgruppen und Bezirken

Tabelle 7.36-3:

Langzeit- und Tagespflege in Berlin am 15.12.2009 nach verfügbaren Plätzen, betreuten Pflegebedürftigen und Auslastung

Tabelle 8.24-1:

Personal in Pflegeeinrichtungen in Berlin 1999 - 2009 (Stichtag: 15.12.) nach Geschlecht, 2007 und 2009 zusätzlich nach Beschäftigungsverhältnis, Berufsabschluss und Trägerbereich der Einrichtung

Tabelle 8.25-1:

Personal in Pflegeeinrichtungen in Berlin 2009 (Stichtag: 15.12.) nach Geschlecht und Tätigkeitsbereichen

Tabelle 10.8z-4 :

Aufwand für Pflegegelder, Sachleistungen und Rentenversicherungsbeiträge an Pflegepersonen nach dem Landespflegegeldgesetz - LPfIGG (bis 2003: Gesetz über Pflegeleistungen - PflegeG) in Berlin 1991 - 2010 und Empfängerinnen und Empfänger von Pflegegeld gemäß Landespflegegeldgesetz - LPfIGG in Berlin 2005 - 2010 (Stichtag: 31.12.) nach Geschlecht, Alters- und Berechtigtenengruppen

Tabelle 11.8-1:

Durchschnittliche Vergütung für Langzeitpflege, Kurzzeitpflege und Tagespflege in (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen in Berlin 1999 - 2009 (Stichtag: 15.12.) nach Pflegeklassen sowie Art der Vergütung und des Trägers

Tabelle 11.8-2:

Langzeitpflege, Kurzzeitpflege und Tagespflege in (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen in Berlin am 15.12.2009 nach verfügbaren Plätzen, durchschnittlicher Vergütung, Pflegeklassen und Bezirken

Tabelle 11.8-3:

Durchschnittliche Vergütung für (teil-)stationäre Leistungen von Pflegeeinrichtungen in Berlin am 15.12.2009 nach Pflegeklassen, Art der Vergütung und Kapazitätsgrößenklassen (verfügbare Plätze) der Einrichtung

Tabelle 11.8-4:
Pflegeeinrichtungen mit Langzeitpflege in Berlin am 15.12.2009 nach Pflegeklassen, Höhe der Vergütung (Größenklassen) und Kapazitätsgrößenklassen (verfügbare Plätze)

Tabelle 11.8-5:
Durchschnittliche Vergütung der Langzeitpflege in Pflegeeinrichtungen in Deutschland 1999 - 2009 (Stand: 15.12.) nach Bundesländern, Pflegeklassen und Art der Vergütung

Tabelle 11.8z-2:
Krankheitskosten in ambulanten und (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen in Deutschland 2008 nach Geschlecht, ausgewählten Altersgruppen und Hauptdiagnosegruppen

6. Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen und Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen

6.1 Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen

6.1.1 Body-Mass-Index, Ernährungsweise und körperliche Aktivitäten

6.1.1.1 Body-Mass-Index

Der Body-Mass-Index (BMI) ist das gebräuchlichste Maß zur Beurteilung von Übergewicht und Adipositas (Fettsucht). Er ist vergleichsweise einfach zu erheben (wird berechnet aus Körpergewicht und -größe: $\text{BMI} = \text{Gewicht (kg)} / \text{Größe (m}^2\text{)}$) und es liegen klare Einteilungen zu Normal-, Über- und Untergewicht im Erwachsenen- und Kindesalter vor. Danach gelten **Erwachsene** mit einem BMI von kleiner 18,5 als untergewichtig, bei Werten zwischen 18,5 und 24,9 als normalgewichtig, zwischen 25 und 29,9 als übergewichtig und bei einem BMI von 30 und mehr als adipös.

Während des Wachstums unterliegt der BMI starken Veränderungen, deshalb wurden für **Kinder und Jugendliche** BMI-Normwerttabellen entwickelt. In diesen werden die BMI-Werte von Kindern und Jugendlichen aus den Datensätzen größerer nationaler und internationaler Erhebungen getrennt nach Geschlecht und Altersstufen ausgewertet. Allgemein gilt, dass Kinder und Jugendliche, deren BMI nach dem gewählten Referenzsystem oberhalb des 90. Perzentil der Normstichprobe liegt, als übergewichtig bezeichnet werden, bei einem BMI oberhalb des 97. Perzentil als adipös. Auf der anderen Seite werden Kinder und Jugendliche mit einem BMI unterhalb des 10. Perzentil als untergewichtig bezeichnet¹.

Adipositas ist nach Angaben der WHO das größte chronische Gesundheitsproblem. Die Adipositas mit ihren möglichen Folgekrankheiten wie Arteriosklerose, Diabetes mellitus, arterielle Hypertonie oder degenerative Gelenkerkrankungen stellt ein zunehmendes gesundheitspolitisches Problem dar. In den meisten westlichen Industrienationen hat der Anteil an übergewichtigen Menschen in den letzten beiden Jahrzehnten bei Frauen die 30 %-Marke und bei Männern die 40 %-Marke überschritten. Die **Deutschen** nehmen bezüglich des Übergewichts in Europa mit 43 % übergewichtigen Frauen und 60 % übergewichtigen Männern (BMI 25 u. m.) nach Angaben des Mikrozensus 2009 einen Spitzenplatz ein, jede 7. Frau bzw. jeder 6. Mann (14 bzw. 16 %) hat sogar einen BMI von 30 und mehr und gilt damit als adipös. Einen medizinisch wünschenswerten BMI zwischen 18,5 und 24,9 weisen im Alter zwischen 18 und 29 Jahren noch zwei Drittel der Deutschen auf, während es bei den 65-jährigen und älteren nur noch ein Drittel ist.

Adipositas ist
großes chronisches
Gesundheitsproblem

Mit zunehmender Verbreitung der Adipositas ist ein erheblicher Kostenanstieg im Gesundheitssystem zu erwarten. Nach Angaben einer Krankheitskostenstudie aus dem Jahr 2008 ergeben sich für das Bezugsjahr 2003 in Deutschland direkte **Behandlungskosten** für Adipositas in Höhe von 86 Mio. EUR, für assoziierte Komorbiditäten 11 Mrd. EUR. Die indirekten Kosten - d. h. Kosten, die beispielsweise durch den Verlust von Lebensqualität, Produktivitätsverlust durch krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit oder durch vorzeitige Berentung hervorgerufen werden - betragen 1,4 bis 1,6 Mrd. EUR, auf die nationale Produktivität bezogen bedeutet das einen Verlust von ca. 500.000 Erwerbsjahren im Jahr. Die WHO geht in Trendberechnungen von einem weiteren Zuwachs an Adipositas aus, danach sind in Deutschland bis 2020 Gesamtausgaben für Adipositas in Höhe von mindestens 26 Mrd. EUR zu erwarten².

13 Mrd. EUR jährliche
Behandlungskosten für
Adipositas in
Deutschland

¹ Für die Daten der Einschulungsuntersuchungen werden die Normwerttabellen von Kromeyer-Hauschild entsprechend der Empfehlung der Arbeitsgemeinschaft Adipositas verwendet.

² <http://www.adipositas-gesellschaft.de/index.php?id=42>: Auszug aus: Knoll K.-P.; Hauner H. (2008): Kosten der Adipositas in der Bundesrepublik Deutschland - Eine aktuelle Krankheitskostenstudie Adipositas 2008 (Vol. 2), Heft 4 2008; 204-210.

BMI bei Berliner Kindern

Für **Kinder im Einschulungsalter** kann anders als im Schul- und Jugendlichenalter keine Zunahme im Anteil von Übergewichtigen oder Adipösen festgestellt werden. Der Anteil Übergewichtiger (inkl. Adipöser) liegt unter den Einschülerinnen und Einschülern seit Jahren konstant um die 10 %, dem aufgrund der Perzentileinteilung zu erwartenden Wert.

Übergewicht bei Kindern häufig bei schlechter sozialer Lage und Migrationshintergrund

Die Konstanz bedeutet jedoch nicht, dass hier kein Handlungsbedarf bestünde, denn die ersten Lebensjahre sind die entscheidenden für die Primärprävention. Zudem zeigen sich Disparitäten nach sozialer Lage und Migrationshintergrund. So ist der Anteil der **übergewichtigen und adipösen Kinder** in der unteren Sozialstatusgruppe mit 17 % rund viermal so hoch wie in der oberen Statusgruppe (4 %). Kinder mit einem

Migrationshintergrund sind doppelt so häufig von Übergewicht oder Adipositas betroffen wie ihre deutschen Altersgenossen (15 % vs. 7 %).

Auf der anderen Seite stehen die **untergewichtigen Kinder**, wobei hier verlässliche Angaben über den Krankheitswert fehlen, zumal Ess-Störungen wie Anorexie oder Bulimie in diesem jungen Alter noch kaum auftreten dürften. Auch hier bewegt sich die Größenordnung mit knapp 10 % in dem Bereich, der aufgrund der gewählten Methodik zu erwarten ist. Anders als beim Übergewicht sind die Unterschiede zwischen den sozialen Statusgruppen und nach Migrationshintergrund geringer und in umgekehrter Richtung: So sind Kinder aus der oberen Statusgruppe mit knapp 10 % etwas häufiger untergewichtig als Kinder aus der unteren Sozialstatusgruppe mit rund 8 %. Während Kinder deutscher Herkunft in 10 % der Fälle untergewichtig sind, trifft dies für Migrantenkinder nur in rund 7 % der Fälle zu (vgl. im GSI verfügbare Tabelle [4.9-1](#)).

BMI bei Berliner Erwachsenen

Berlin gehört zu den Bundesländern mit den geringsten Anteilen an Übergewicht

Der durchschnittliche BMI der deutschen Männer lag nach Angaben des **Mikrozensus 2009** bei 26,3 und für Frauen bei 24,9 kg/m². Übergewicht, d. h. einen BMI von 25 und mehr, hatten entsprechend der aktuellen Daten 51 % der Deutschen (Frauen 43 %, Männer 60 %), darunter waren 15 % Adipöse (Frauen 14 %, Männer 16 %) - sechs Jahre zuvor waren es

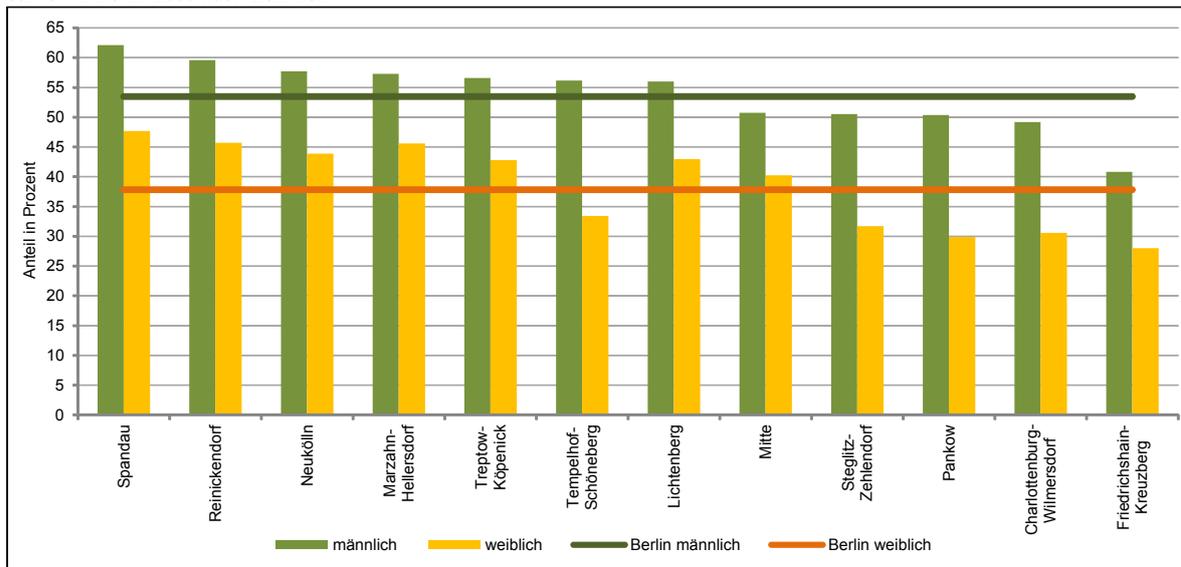
jeweils zwei Prozentpunkte weniger. Berlin nimmt unter den Bundesländern mit 46 % Übergewichtigen (Frauen 38 %, Männer 54 %), darunter 12 % Adipösen (Frauen und Männer je 12 %), zwischen Hamburg (44 %) und Bremen (47 %) den zweitgünstigsten Platz ein, aber auch hier ist ein Anstieg von drei Prozentpunkten gegenüber 2003 zu beobachten.

Neben dem Mikrozensus stehen 2009 auch die Angaben der **GEDA** zur Verfügung (GEDA steht für „Gesundheit in Deutschland aktuell“)³, wo im Rahmen einer telefonischen Befragung insgesamt 21.300 Personen (12.100 Frauen und 9.200 Männer) ab 18 Jahren Fragen zu ihrem allgemeinen Gesundheitszustand, zu Krankheiten und Befunden und zu deren Einfluss auf ihre Gesundheit, zum Gesundheitsverhalten sowie die Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitsversorgungssystems gegeben haben. Die Stichprobengröße ist nicht ausreichend, um einzelne Bundesländer repräsentativ abzubilden, für berlinspezifische Aussagen können deshalb lediglich verbale Angaben zum Verhältnis Berlin - Bundesdurchschnitt gemacht werden. Danach sind die Angaben zum Übergewicht den Ergebnissen des Mikrozensus sehr ähnlich: 45 % der deutschlandweit befragten Frauen und 60 % der befragten Männer geben an, Übergewicht zu haben (BMI 26 u. m.). Die obere Bildungsgruppe ist bei den Frauen in allen Altersgruppen davon seltener betroffen als die mittlere und untere, bei den Männern mit Ausnahme der 18- bis 29-Jährigen (hier obere Bildungsgruppe höchster Anteil Übergewicht) ebenso. Berlinerinnen und Berliner geben - ähnlich wie im Mikrozensus - deutlich seltener als Frauen und Männer aus dem übrigen Bundesgebiet Übergewicht an.

³ Robert Koch-Institut (2011): Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2009“. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin. Im Internet verfügbar unter <http://www.rki.de/gbe>, Pfad Gesundheitsberichte / Beiträge.

Das Risiko Übergewicht ist nach Angaben des Mikrozensus 2009 ungleich über die Berliner **Bezirke** verteilt: In Reinickendorf betrifft es 39 % der Bevölkerung ab 18 Jahren (Frauen 31 %, Männer 47 %), während es in Friedrichshain-Kreuzberg nur 25 % sind (Frauen 19 %, Männer 31 %). Hinzu kommen Adipöse, hier ist der Spitzenreiter Spandau mit 17 % (Frauen 18 %, Männer 16 %), während es in Pankow, Friedrichshain-Kreuzberg und Charlottenburg-Wilmersdorf nur 9 bis 10 % sind (Frauen 8-10 %, Männer 9-10 %) (vgl. Abbildung 6.1).

Abbildung 6.1:
Anteil übergewichtiger (einschließlich adipöser) Männer und Frauen (Body-Mass-Index 25 und mehr) in der Bevölkerung ab 18 Jahren in Berlin 2009 nach Bezirken



(Datenquelle: AFS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Vergleicht man die Verteilung des BMI in der Berliner Bevölkerung ab 18 Jahren nach ihrer **Beteiligung am Erwerbsleben** - Erwerbstätige, Erwerbslose⁴ und Nichterwerbspersonen⁵ -, so zeigt sich, dass 61 % der Erwerbstätigen einen BMI bis 25 und damit einen medizinisch risikoärmeren Wert aufweisen, als die anderen beiden Gruppen (Erwerbslose 53 %, Nichterwerbspersonen 47 %). 40 % der Erwerbstätigen sind übergewichtig, jede dritte erwerbstätige Frau (29 %) und jeder zweite erwerbstätige Mann (vgl. im GSI verfügbare Tabellen [4.8-1](#), [4.8-2](#) und [4.8-3](#)).

6.1.1.2 Ernährung und körperliche sowie sportliche Aktivitäten

Ernährung

Als **Ursachen für Übergewicht** gelten vor allem zu viel und falsche Ernährung (zu hohe Energiezufuhr) und Bewegungsmangel (mangelnder Energieverbrauch). Veränderte Lebensbedingungen - wie weniger körperliche Arbeit und zunehmende sitzende Tätigkeiten, geringe Bewegung im Alltag durch Auto, Fahrstuhl und Rolltreppe, passive Freizeit (Fernsehen, Computer), keine geregelten Mahlzeiten, Werbung für zucker- und fetthaltige Lebensmittel - begünstigen Fehl- und Überernährung sowie Bewegungsmangel und damit die Entwicklung von Übergewicht. Teilweise dient Essen auch zur Kompensation für seelische Belastungen oder hat genetische Ursachen.

Veränderte
Lebensbedingungen
Hauptursache für
Übergewicht

⁴ Nach dem sog. „Erwerbskonzept“ sind das alle Personen mit Wohnsitz im Bundesgebiet (Inländerkonzept), die eine unmittelbar oder mittelbar auf Erwerb gerichtete Tätigkeit ausüben oder suchen (Selbständige, Mithelfende Familienangehörige, abhängig Erwerbstätige), unabhängig von der Bedeutung des Ertrages dieser Tätigkeit für ihren Lebensunterhalt und ohne Rücksicht auf die von ihnen tatsächlich geleistete oder vertragsmäßig zu leistende Arbeitszeit. Die Erwerbspersonen setzen sich zusammen aus den Erwerbstätigen und den Erwerbslosen. Vgl. auch Erläuterungen.

⁵ Personen, die keine - auch keine geringfügige - auf Erwerb gerichtete Tätigkeit ausüben oder suchen.

Belegt werden können diese Ursachen nur partiell mit Daten, für die erwachsene Bevölkerung stehen Angaben aus GEDA, der 2009 durchgeführten deutschlandweiten telefonischen Befragung zur Verfügung (ausführlichere Informationen zu GEDA siehe oben unter BMI bei Berliner Erwachsenen).

hoher Obst- und Gemüseanteil in der Ernährung hilft Übergewicht zu vermeiden

Der Verzehr von ausreichend **Obst und Gemüse** gilt als ein entscheidendes Element einer gesunden Ernährung. Ein hoher Obst- und Gemüsekonsum kann z. B. helfen, Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems inklusive Hypertonie zu vermeiden bzw. den Verlauf positiv zu beeinflussen und das Typ-2-Diabetes-Risiko zu mindern, darüber hinaus werden vorbeugende Wirkungen auf verschiedene Krebsarten beobachtet. Wegen seines relativ geringen Energiegehalts kann ein hoher Obst- und Gemüseanteil in der Ernährung dazu beitragen, eine Gewichtszunahme, und somit Übergewicht, zu vermeiden⁶.

Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung empfiehlt, täglich zwei Portionen Obst (insgesamt 250 g) und drei Portionen Gemüse (insgesamt 400 g) zu konsumieren⁷.

GEDA erfragt die Häufigkeit des Obst- und Gemüsekonsums, nicht jedoch die Mengen, insofern kann die Umsetzung dieser Ernährungsempfehlungen nur zum Teil beurteilt werden.

Die Umfrageergebnisse sehen wie folgt aus: Etwa 72 % der **Frauen** und 53 % der **Männer** konsumieren (zumindest einmal) täglich Obst. Dabei steigt der Anteil bei beiden Geschlechtern mit zunehmendem Alter: 18- bis 29-jährige Frauen geben zu 60 % einen täglichen Obstverzehr an, 65-jährige und ältere zu 83 %; bei Männern liegt die Spannweite zwischen 39 % in der unteren und 72% in der oberen Altersgruppe. Der Gemüseverzehr liegt deutlich unter dem für Obst: Weniger als die Hälfte der Deutschen gaben an, täglich (zumindest einmal) Gemüse zu verzehren (Frauen 54 %, Männer 37 %), mit ähnlichen Werten über alle Altersgruppen. Auffällig ist, dass die Anteile beim Obstkonsum in der oberen Bildungsgruppe immer am höchsten liegen, bei Gemüse verzehrt bei Männern die mittlere Bildungsgruppe in allen Altersgruppen am wenigsten (vgl. im GSI verfügbare Tabellen [4.11-1](#) und [4.11-2](#)).

Berlinerinnen und Berliner geben ihren Obst- und Gemüsekonsum sogar noch etwas geringer an als Frauen und Männer aus dem übrigen Bundesgebiet.

Das bedeutet, dass etwa ein Drittel der Frauen und die Hälfte der Männer die Empfehlung für den Obstverzehr nicht erreichen und die Hälfte der Frauen sowie nahezu zwei Drittel der Männer den empfohlenen Gemüsekonsum nicht umsetzen.

Körperliche und sportliche Aktivitäten

körperliche Aktivität hilft bei Vermeidung von Übergewicht und Folgekrankheiten

Als körperliche Aktivität wird in der GEDA-Befragung jede Bewegung definiert, die durch die Skelettmuskulatur produziert wird und den Energieverbrauch über den Grundumsatz anhebt, sportliche Aktivitäten sind eine spezifische Form darunter, die mit konkreten Sportarten (wie Wandern, Joggen, Schwimmen, Tanzen) verbunden werden. Eine Vielzahl wissenschaftlicher Studien zeigt, dass die allgemeine körperliche Aktivität - noch stärker gezielte Balance-, Kraft- und Ausdauerübungen - sowohl bei der Vermeidung als auch bei der Rehabilitation von Herzkrankheiten, Schlaganfall, Adipositas, Diabetes mellitus Typ 2, Osteoporose, Rückenschmerzen und verschiedenen Krebsarten eine wesentliche Rolle spielt. Der Indikator „körperlich aktiv“ beruht auf den **Empfehlungen** des US-amerikanischen Centers of Disease Control and Prevention (CDC), dass Erwachsene sich mindestens an fünf Tagen pro Woche jeweils für mindestens 30 Minuten körperlich betätigen sollten. Dabei sollte die Atemfrequenz zunehmen bzw. man sollte dabei

⁶ Robert Koch-Institut (2011): Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2009“. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin., S. 109.

⁷ Weitere Informationen unter <http://www.dge.de/modules.php?name=St&file=vollwert>, zuletzt aufgerufen am 22.08.2011.

ins Schwitzen geraten⁸. Diese Empfehlungen haben zum Beispiel auch Eingang gefunden in den „Ratgeber zur gesundheitlichen Prävention“ des Bundesministeriums für Gesundheit⁹.

38 % der **Frauen** und 46 % der **Männer** sind in Deutschland nach Angaben von GEDA pro Woche mehr als 2,5 Stunden **körperlich aktiv**, die Hälfte von ihnen sogar mindestens 5-mal pro Woche mindestens 30 Minuten - letztere entsprechen damit den o. g. Empfehlungen. Die körperlichen Aktivitäten sinken mit zunehmendem Alter: 18- bis 29-jährige Frauen sind zu 44 % körperlich aktiv, 65-jährige und ältere zu 27 %; bei Männern liegt die Spannweite zwischen 60 % in der unteren und 35 % in der oberen Altersgruppe. Bis zum 64. Lebensjahr geben weibliche und männliche Angehörige der unteren Bildungsgruppen häufiger körperliche Aktivitäten an als höhere, danach verhält es sich umgekehrt. Möglicherweise fallen bei den Erstgenannten mehr körperliche Aktivitäten am Arbeitsplatz an, während in den oberen Bildungsgruppen sitzende Tätigkeiten häufiger sind.

Als **sportlich aktiv** bezeichnen sich nach eigenen Angaben im Rahmen der GEDA-Umfrage 64 % der deutschen **Frauen** und **Männer**, jedoch steigt mit zunehmendem Alter der Anteil derer, die keinen Sport betreiben. Grundsätzlich betreiben obere Bildungsgruppen mehr Sport als untere, in der Kategorie „über vier Stunden Sport pro Woche“ verhält es sich jedoch umgekehrt (vgl. im GSI verfügbare Tabellen [4.12-1](#) und [4.13-1](#)).

Berlinerinnen und Berliner liegen mit ihren angegebenen allgemeinen körperlichen sowie sportlichen Aktivitäten noch unter denen der Frauen und Männer aus dem gesamten Bundesgebiet.

6.1.2 Konsum von Tabak, Alkohol und Drogen

6.1.2.1 Raucherinnen und Raucher

Erwachsene

Der Anteil der Raucherinnen und Raucher ist in Deutschland nach Angaben des **Mikrozensus 2009** gegenüber der letzten Erhebung vor vier Jahren um gut einen Prozentpunkt auf 26 % gesunken (befragt wurde die Bevölkerung über 15 Jahre). In Berlin ist der gleiche Trend zu beobachten, allerdings hat sich Berlin mit einem aktuellen Raucheranteil von 31 % (Frauen 26 %, Männer 36 %) an die Spitze aller Bundesländer geschoben (niedrigster Wert: Baden-Württemberg 23 %). Die aus der **GEDA-Untersuchung** vorliegenden Angaben zum Rauchverhalten sind denen des Mikrozensus sehr ähnlich. Bei Frauen und Männern ist das Rauchverhalten sehr stark von der Zugehörigkeit zu den Bildungsschichten abhängig: Die derzeitigen Raucherinnen und Raucher gehören am häufigsten zur unteren Bildungsgruppe, während diejenigen, die mit dem Rauchen aufgehört oder nie geraucht haben, in der oberen Bildungsgruppe am häufigsten vorkommen.

Berlin liegt mit einem Raucheranteil von 31 % an der Spitze aller Bundesländer

Das durchschnittliche Alter der Berliner Raucherinnen und Raucher bei **Rauchbeginn** hat sich in den letzten Jahrzehnten deutlich verringert: So gaben die heute 65-jährigen und älteren Frauen und Männer an, mit 22 bzw. 18 Jahren begonnen zu haben. Von den befragten unter 25-Jährigen gaben Frauen und Männer gleichermaßen an, mit 16 Jahren begonnen zu haben. Von den heute 65-Jährigen und Älteren haben 69 % der Frauen nie geraucht, während es bei den Männern nur jeder Dritte (37 %) war.

Befragt nach den täglich gerauchten Zigaretten gaben Männer über alle Altersgruppen einen deutlich höheren **Konsum** als Frauen (Werte in Klammern) an: 13 % (24 %) aller Raucher (Raucherinnen)

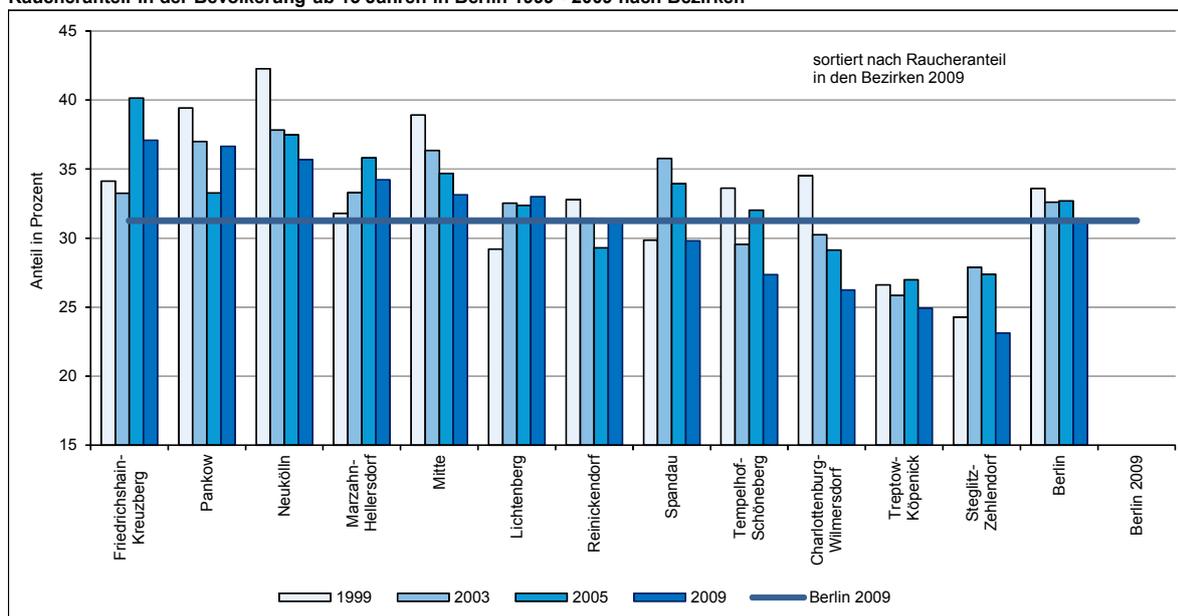
⁸ Robert Koch-Institut (2011): Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2009“. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin., S. 103-106.

⁹ Bundesministerium für Gesundheit (2010): Ratgeber zur gesundheitlichen Prävention. Berlin. Im Internet unter <http://www.bmg.bund.de/>, Rubrik Publikationen / Suchbegriff „Ratgeber zur gesundheitlichen Prävention“, zuletzt aufgerufen am 22.08.2011.

verbrauchten täglich unter fünf Zigaretten, 69 % (67 %) 5 bis 20, 16 % (8 %) 21 bis 40 und zwei (ein) Prozent rauchten 40 und mehr.

Der Anteil der Raucherinnen und Raucher sowie seine zeitliche Entwicklung ist nach Angaben des Mikrozensus 2009 ungleich über die **Berliner Bezirke** verteilt: In den Bezirken Mitte, Charlottenburg-Wilmersdorf und Neukölln sinkt der Raucheranteil seit dem ersten Messzeitpunkt 1999 kontinuierlich, während in Friedrichshain-Kreuzberg und Marzahn Hellersdorf seit 2005 und in Pankow, Lichtenberg und Reinickendorf im Jahr 2009 ein Anstieg zu beobachten ist. Den höchsten Raucherinnenanteil hatte 2009 Pankow mit 31 %, den niedrigsten Treptow-Köpenick (20 %). Die bezirkliche Spannweite bei den Rauchern lag zwischen 44 % in Friedrichshain-Kreuzberg und 24 % in Steglitz-Zehlendorf (vgl. Abbildung 6.2 und im GSI verfügbare Tabellen [4.1-1](#), [4.1-2](#), [4.1-3](#), [4.2-1](#), [4.3-1](#) und [4.5-1](#)).

Abbildung 6.2:
Raucheranteil in der Bevölkerung ab 15 Jahren in Berlin 1999 - 2009 nach Bezirken



(Datenquelle: AFS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Auswirkungen auf Kinder

Tabakrauch schädigt nicht nur die Gesundheit von Raucherinnen und Rauchern - vor allem deren Herz, Gefäße, Augen, Haut und das Immunsystem, sondern durch das Passivrauchen auch Familienangehörige, Kollegen und andere. Der Schutz vor dem Passivrauchen gilt als die effizienteste (kostengünstigste) und effektivste (wirksamste) Einzelmaßnahme in der **Tabakprävention**: Sie schützt den Bevölkerungsteil, der keine Tabakwaren konsumiert, senkt die Einstiegsquote bei Kindern und Jugendlichen, motiviert Tabakkonsumenten zum Ausstieg und lässt sich zu geringsten Kosten umsetzen. Deshalb wurden in den letzten Jahren erfolgreich Nichtraucherschutzgesetze - in Berlin 2008 - eingeführt.

Einen Überblick zu Raucherinnen und Rauchern im Haushalt von Berliner Kindern im Einschulungsalter geben die jährlichen Einschulungsuntersuchungen¹⁰.

Im Kindesalter kommt dem **Rauchverhalten der Haushaltsmitglieder** in zweierlei Hinsicht eine wichtige Bedeutung zu: so gibt es zum einen Auskunft zur kindlichen Exposition gegenüber Tabak-

¹⁰ Grundausswertungen der Einschulungsdaten ab 2006 unter <http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/gesundheit/grundausswertungen.html>, Einzeltabellen unter <http://www.gsi-berlin.info/>.

rauch, zum anderen zum Rauchverhalten der unmittelbaren Bezugspersonen des Kindes in seiner Vorbildfunktion für späteres eigenes Gesundheitsverhalten. Dabei geht es - unabhängig von der Familienkonstellation - um das Vorbildverhalten von im Haushalt mit dem Kind zusammenlebenden Erwachsenen oder auch älteren Geschwistern.

Insgesamt hat der Anteil von **Nichtraucherhaushalten**, in denen Kinder im Einschulungsalter leben, über die letzten Jahre von 53 % 2005 auf 62 % 2010 deutlich zugenommen. Unverändert blieben hingegen die Verhältnisse mit Blick auf die Differenzierung nach sozialer Lage und Migrationshintergrund: während rund 85 % der Kinder aus Familien der oberen Sozialstatusgruppe in Nichtraucherhaushalten aufwachsen, sind es in der unteren Statusgruppe lediglich 39 %. Nach der einfachen Differenzierung nach dem Migrationshintergrund leben deutsche Kinder etwas häufiger in Nichtraucherhaushalten (64 % vs. 58 %), allerdings zeigt die detaillierte Analyse nach Herkunftsgruppen, dass die Aussage so pauschal nicht zutrifft. So liegt der Anteil der Nichtraucherhaushalte bei deutschen Familien mit 64 % eher im Mittelfeld, zwischen den Familien aus westlichen Industrie- oder sonstigen Staaten (77 % bzw. 81 %) und den Familien aus osteuropäischen oder arabischen Ländern (57 %). Am niedrigsten ist der Anteil mit 44 % Nichtraucherhaushalten bei türkischen Familien. Dabei ist zu berücksichtigen, dass diese Verteilung durch die Unterschiede im Sozialstatus in den verschiedenen Herkunftsgruppen beeinflusst wird (vgl. im GSI verfügbare Tabelle [4.5z-1](#)).

Kinder aus Familien der unteren sozialen Schicht wachsen nur zu 39 % in Nichtraucherhaushalten auf

6.1.2.2 Alkoholkonsum

Nach Angaben der GEDA-Untersuchung konsumierten 2009 ein Drittel der in Deutschland befragten Männer (34 %) und gut ein Fünftel der befragten Frauen (22 %) Alkohol in einem gesundheitlich riskanten Ausmaß. Am häufigsten praktizierten 18- bis 29-Jährige einen riskanten Alkoholkonsum (Frauen 30 %, Männer 45 %). Je höher die Bildungsschicht, desto häufiger wurde diese Konsumform angegeben, eine Ausnahme bilden hier die 18- bis 29-Jährigen mit einer sehr ähnlichen Verteilung von der unteren zur oberen Bildungsgruppe.

30 % der 18- bis 29-jährigen Frauen und 45 % der Männer praktizieren riskanten Alkoholkonsum

Berlinerinnen und Berliner geben sehr ähnliche Auskünfte über ihren Alkoholkonsum wie Frauen und Männer im Bundesdurchschnitt.

Zur **Messung der individuellen Alkoholkonsummenge** werden unterschiedliche **Instrumente** eingesetzt, gebräuchlich sind Frequenz-Mengen-Indizes, zu denen auch der in GEDA 2009 verwendete AUDIT-C (Alcohol Use Disorder Identification Test Consumption) gehört. Die Angaben zum Alkoholkonsum beruhen auf Selbstangaben der Befragten (wie oft wie viel), wobei sowohl das Erinnerungsvermögen, die richtige Einschätzung von Glasgrößen sowie die soziale Erwünschtheit der Antworten die Ergebnisse beeinflussen können. Zudem werden in der Literatur unterschiedliche Grenzwerte für einen als riskant betrachteten Alkoholkonsum angegeben. Daher ist ein Vergleich der o. g. Anteile von Befragten mit riskantem Alkoholkonsum mit den Ergebnissen anderer Studien erschwert. Hier sind die nächsten Erhebungswellen von GEDA mit gleichbleibender Methodik abzuwarten. Die mit dem beschriebenen Verfahren erhobenen Daten erlauben jedoch keine Aussagen über Häufigkeit und Ausprägung von Alkoholmissbrauch sowie -abhängigkeit in der Bevölkerung. Hierzu bedarf es einer detaillierten Erhebungsmethodik, wie sie z. B. in den epidemiologischen Suchtsurveys (vgl. folgenden Abschnitt 6.1.2.3) oder dem Bundes-Gesundheitssurvey 1998 sowie seiner Nachfolgestudie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS) durchgeführt wird¹¹ (vgl. im GSI verfügbare Tabellen [4.7-1](#) und [4.7-2](#)).

¹¹ Robert Koch-Institut (2011): Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2009“. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin., S. 121-123.

6.1.2.3 Epidemiologischer Suchtsurvey: Konsum psychoaktiver Substanzen

Repräsentativerhebung zum Konsum psychoaktiver Substanzen in Berlin im 6-Jahres-Turnus

Alle drei Jahre findet bundesweit der sogenannte *epidemiologische Suchtsurvey*¹² statt, eine Repräsentativerhebung zum Konsum verschiedener psychoaktiver Substanzen. Um genaue Aussagen für die Situation in Berlin treffen zu können, wird die *Berliner Stichprobe* alle sechs Jahre aufgestockt und bietet somit die Möglichkeit einer eigenen Auswertung für das Land. Ebenso stockt Hamburg die Stichproben alle sechs Jahre auf, allerdings finden die Aufstockungen jeweils versetzt statt.

Das Institut für Therapieforschung München, das den Suchtsurvey seit 1990 regelmäßig durchführt, hat eine Aufstellung der Trends seit 1995 zu verschiedenen psychoaktiven Substanzen in Hamburg (HH) und Berlin (BE) vorgenommen und diese Zahlen den Bundesergebnissen gegenübergestellt. Im Folgenden sind die wichtigsten Ergebnisse, die sich auf die Altersgruppe der 18- bis 59-Jährigen beziehen, zusammengefasst.

Konsum von Alkohol

Der Trend in der Lebenszeitprävalenz beim Alkoholkonsum zwischen 1995 und 2009 zeigt einen leichten Anstieg von rd. 92 % (BE, HH) bzw. rd. 94 % (Bund) auf rd. 97 %. Die 30-Tage-Prävalenz ist sowohl in den beiden Stadtstaaten als auch bundesweit konstant und liegt zwischen 77 und 78 %. Überall konsumierten Männer mit 82,9 % (Bund) bzw. 85 % (BE) öfter bzw. mehr als Frauen mit 70,2 % (Bund), 74,6 % (HH) und 72% (BE).

Konsum von Tabak

Der Trend beim Tabakkonsum ist im Gegensatz zum Alkoholkonsum überall leicht rückläufig, in Berlin ist der rückläufige Trend von 45,6 % im Jahr 1995 (30-Tage-Prävalenz) auf 34 % 2009 am deutlichsten.

Konsum von Cannabis

Über die Jahre 1995 - 2009 hat es einen Anstieg beim Cannabiskonsum gegeben: bundesweit von 12 % auf 27,5 %, in Hamburg von 27 % auf 45 % und in Berlin von 15 % auf 33 %. Damit liegt die Prävalenz in Berlin deutlich unter derjenigen von Hamburg. Die Prävalenz der letzten 12 Monate ist in Berlin (3,7 % im Jahr 1995 und 10,5 % 2006) und Hamburg (5,8 % 1997 auf 11 % im Jahr 2009) höher als im Bundesgebiet, wo die Prävalenz allgemein von 4,4 % 1995 auf 5,2 % anstieg.

Auch bei der 30-Tage-Prävalenz hat Berlin einen Anstieg zu verzeichnen: von 2,3 % 1995 auf 6 % 2006. In allen Untersuchungen liegen die Werte für Männer über denen der Frauen.

Illegale Drogen ohne Cannabis

Beim Konsum der übrigen illegalen Drogen liegt die Lebenszeitprävalenz in Hamburg und Berlin im Jahr 2009 zwischen 13 und 14 %, bundesweit bei rd. 8 %. Die 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenzen weisen entsprechend überall geringere Werte aus.

Konsum von Medikamenten

Interessant sind die Prävalenzen von Schmerzmitteln. Während auf Bundesebene mit 63 % und Hamburg mit 67 % die 12-Monats-Prävalenz zwischen 1995 und 2009 im Wesentlichen gleich geblieben ist, stieg diese in Berlin von 54 % auf 65 % an. In allen Untersuchungen sind Frauen vom Medikamentenkonsum stärker betroffen als Männer. In Berlin liegt die 12-Monats-Prävalenz bei Frauen bei rd. 70 %, bei Männern je nach Jahr zwischen 45 % und 55 %.

¹² Vgl. Angaben im Internet unter www.ift.de/index.php?id=310.

Ergänzender Hinweis

In einem Projekt der Universität Duisburg-Essen und des Instituts für Therapieforschung München wurde erstmals untersucht, wie hoch die von der öffentlichen Hand für den Gesamtbereich „illegale Drogen“ aufgewendeten Ausgaben in Deutschland sind. Das Ergebnis - eine erste Abschätzung der öffentlichen Ausgaben im Kontext von Missbrauch und Abhängigkeit von illegalen Drogen - wurde im Jahr 2010 veröffentlicht¹³.

6.2 Gesundheitsvorsorge

6.2.1 Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen und Gesundheits-Check-up

Die Inanspruchnahme der verschiedenen Früherkennungsuntersuchungen, auf die die gesetzlich Krankenversicherten ein Anrecht haben, gibt im Jahr 2010 ein uneinheitliches Bild ab: Gegenüber 2008 gingen 2009 und 2010 mehr **Männer** zur Krebsfrüherkennung (Krebserkrankungen der **Prostata** und des **äußeren Genitales**, anspruchsberechtigt sind Männer ab 45 Jahren, jährliche Untersuchung), mit 145.847 Männern (2008: 135.428) nahmen 2009 25,2 % der Anspruchsberechtigten (2008: 23,9 %) die Möglichkeit einer Früherkennungsuntersuchung wahr, im Jahr 2010 erhöhte sich die Teilnahmerate noch einmal auf 25,9 % (152.576 Untersuchte). Demgegenüber stagnierte die Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen bei den **Frauen** (Krebserkrankungen des **Genitales** und **Brustkrebs (Abtasten)**, anspruchsberechtigt sind Frauen ab 20 bzw. für Brustabtasten ab 30 Jahren, jährliche Untersuchung) auf dem Niveau der letzten Jahre, das jedoch 2010 mit 695.728 Frauen bzw. 55,2 % der Anspruchsberechtigten (2009: 695.574 Frauen bzw. 55,6 % / 2008: 696.312 bzw. 56,0 %) immer noch mehr als doppelt so hoch lag als bei den Männern.

Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen bei Frauen deutlich höher als bei Männern

Die Teilnahme an der **Vorsorge-Koloskopie**, bei der für die GKV-Bevölkerung ab 55 Jahren ein Anspruch auf maximal zwei Untersuchungen im Abstand von mindestens 10 Jahren besteht, lässt gegenüber 2008 sowohl bei Frauen (2010: 11.884 / 2009: 13.975 / 2008: 15.539) als auch bei Männern (2010: 10.235 / 2009: 11.776 / 2008: 12.716) eine rückläufige Tendenz erkennen.

Das **Hautkrebsscreening**, das seit dem 01. Juli 2008 zum Präventionskatalog für gesetzlich Krankenversicherte ab dem Alter von 35 Jahren in zweijährlichem Turnus gehört, wurde 2009 von 33,0 % der anspruchsberechtigten Frauen und 28,5 % der anspruchsberechtigten Männer genutzt. Das entspricht etwa der deutschlandweiten Teilnahmerate, die die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) auf rund 30 % der berechtigten Männer und Frauen im Alter von 35 bis 74 Jahren beziffert hat. Die ersten Berliner Vergleichszahlen über ein ganzes Jahr zeigen jedoch, dass im Jahr 2009 mehr Versicherte diese Kassenleistung genutzt haben als im darauffolgenden Jahr 2010 mit Teilnahmequoten von 28,8 % bei den Frauen und 25,8 % bei den Männern. In allen Jahren seit Einführung des Hautkrebsscreenings nahmen deutlich mehr Frauen als Männer diese Leistung in Anspruch.

Beim **Mammographie-Screening** waren ab 2008 alle vier Berliner Screening-Einheiten betriebsbereit und bauten noch einen Überhang an anspruchsberechtigten Frauen ab, die am Screening teilnehmen wollten. Deshalb nahmen 2008 mehr Frauen (102.412) als 2009 (96.192) das Screening in Anspruch. Bezogen auf die anspruchsberechtigten 50- bis 69-jährigen in der GKV versicherten Frauen und den zweijährlichen Untersuchungsturnus lag die Teilnahme im Jahr 2008 bei 55 % und 2009 bei 52 %. Die Zahlen für 2010 weisen mit 104.345 Frauen eine noch höhere Teilnahme als 2008 aus, die Inanspruchnahme erreichte damit die bislang höchste Quote von 56,9 % (vgl. Tabelle [7.16-1](#)).

¹³ Mostardt, S. et al. (2010): Schätzung der Ausgaben der öffentlichen Hand durch den Konsum illegaler Drogen in Deutschland. Das Gesundheitswesen 2010, 72 (12), Seiten 886-894.

Am **Gesundheits-Check-up** (anspruchsberechtigt sind gesetzlich Versicherte ab 35 Jahren, Untersuchung zweijährlich) beteiligten sich im Jahr 2010 gegenüber 2008 deutlich mehr GKV-Versicherte, Frauen ebenso wie Männer, jedoch weniger als 2009, in dem ein bisheriger Höchststand erreicht wurde. Die Gesamtfallzahl betrug 502.454 (2010) gegenüber 508.391 (2009) und 462.720 (2008), was Teilnahmequoten von 58,4 %, 59,3 % bzw. 54,1 % der Berechtigten entspricht. Wie bei den anderen Früherkennungsuntersuchungen war auch hier eine höhere Inanspruchnahme bei den Frauen (2010: 61,4 % / 2009: 62,2 % / 2008: 56,4 %) als bei den Männern (2010: 54,4 % / 2009: 55,5 % / 2008: 50,9 %) zu beobachten (vgl. Tabelle [7.17-1](#)).

6.2.2 Inanspruchnahme von Impfungen

Impfungen sind sowohl auf der Individual- als auch auf der Bevölkerungsebene eine wichtige **Präventionsmaßnahme**. So ist es erfreulich, dass Schutzimpfungen inzwischen von Kindern und Erwachsenen deutlich vermehrt in Anspruch genommen werden, wie die Ergebnisse der zweiten Nationalen Impfkonzferenz, die im Februar 2011 auf eine Initiative der Gesundheitsminister der Länder stattfand, zeigen. Bei den Impfungen im Kindesalter wie auch bei den Gripeschutzimpfungen haben sich die Impfquoten in den letzten zehn Jahren kontinuierlich erhöht. Allerdings bestehen bundesweit Defizite beim Impfschutz von Kindern gegen Pertussis, Hepatitis B und den zweiten Impfungen gegen Masern, Mumps und Röteln. Einen unzureichenden Impfschutz weisen auch Jugendliche und Erwachsene auf. Insbesondere liegen die Quoten bei der Masernimpfung noch unter den Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation¹⁴.

Die **Datenlage** ist allerdings je nach Altersgruppe sehr unterschiedlich: Für Kinder im Einschulungsalter werden die notwendigen Informationen im Rahmen der jährlichen Einschulungsuntersuchungen erhoben, für ältere Kinder, Jugendliche und Erwachsene werden Impfdaten im Rahmen von Surveys erhoben. So wurde mit der GEDA-Erhebung 2009 die Inanspruchnahme von Gripeschutz- und Tetanusimpfung der Bevölkerung ab 18 Jahren in Deutschland erfragt.

Kinder

Die Auswertungen zum **Impfstatus der Einschülerinnen und Einschüler** und hier insbesondere zur Vollständigkeit der Impfungen richten sich nach den Vorgaben des RKI, dem nach § 34 Abs. 11 Infektionsschutzgesetz die Daten der Einschulungsuntersuchung übermittelt werden. Das Robert Koch-Institut hat Ende 2007 die Kriterien für die Beurteilung der Vollständigkeit der Grundimmunisierungen zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung überarbeitet und strenger gefasst (Näheres hierzu siehe Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz: Grundausswertung Einschulungsuntersuchung 2010¹⁵).

Im Zeitverlauf von 2002 bis 2010 ist für alle Impfungen grundsätzlich ein Anstieg zu beobachten, wenn auch in unterschiedlichen Größenordnungen. Während die Zuwächse in den **Impfquoten** bei den Impfungen gegen Tetanus, Diphtherie und Poliomyelitis auf dem bereits erreichten vergleichsweise hohen Niveau um die 3 % liegen, ist die Impfquote der seit 1995 als Standardimpfung empfohlenen Hepatitis B-Impfung von 2002 bis 2008 um rund 19 % angestiegen. Der 2009 folgende Abfall auf das Niveau von 2005 ist jedoch überwiegend methodisch durch die Anwendung der strengeren Beurteilungskriterien bedingt (s. o.). Dies gilt analog auch für den leichten Rückgang der Impfquoten gegen Poliomyelitis und Hib 2009/2010 gegenüber 2008.

Auch der Anteil der gegen Mumps, Masern und Röteln geimpften Einschülerinnen und Einschüler hat im Beobachtungszeitraum von 2002 bis 2010 zugenommen. Dies gilt vor allem für den Anteil der Kinder, die (mindestens) noch eine zweite Impfdosis erhalten haben, der um fünfzig Prozentpunkte

¹⁴ Vgl. Informationen des BMG im Internet unter <http://www.bmg.bund.de/paevention/frueherkennung-und-vorsorge/impfungen.html>, zuletzt aufgerufen am 22.08.2011.

¹⁵ Grundausswertungen der Einschulungsdaten ab 2006 unter <http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/gesundheits/grundausswertungen.html>.

angestiegen ist, auch wenn das Niveau mit knapp 90 % nach wie vor nicht die Zielvorgaben der WHO einer Impfquote von 95 % mit zwei Masernimpfungen erreicht.

Die relativ neu in den Impfkalendar aufgenommenen Impfungen gegen Meningokokken C und Varizellen weisen erwartungsgemäß einen starken Anstieg der Impfquoten im jeweiligen Beobachtungszeitraum auf. Die deutlich niedrigere Impfquote im Falle der Pneumokokkenimpfung dürfte zum einen an dem aufwendigeren Impfschema liegen (bis zu 4 separate Impfdosen im 1. Lebensjahr) und zum anderen daran, dass anders als für die Meningokokken ein Nachholen der Impfung jenseits des 2. Lebensjahres nicht vorgesehen ist.

Anders als in anderen gesundheitlichen Bereichen im Kindesalter zeigt sich für Kinder aus **Migrantenfamilien** bei der Inanspruchnahme der Impfungen in Berlin ein positiveres Bild als für die Kinder deutscher Herkunft. So weisen Kinder mit einem Migrationshintergrund durchweg höhere Impfquoten auf als die Kinder deutscher Herkunft. Einzige Ausnahme bildet hier die Hib-Impfquote: die leicht niedrigere Impfquote bei Kindern nichtdeutscher Herkunft ist am ehesten auf aus dem Ausland zugezogene Kinder zurückzuführen¹⁶ (vgl. im GSI verfügbare Tabellen [7.11-1](#), [7.12-1](#), [7.13-1](#) und [7.14-1](#)).

In Bezug auf Kinder besseres Impfverhalten in Migrantenfamilien als in deutschen Familien

Erwachsene

Die Ständige Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut empfiehlt unter anderem für Personen über 60 Jahre, Personen mit chronischen Erkrankungen sowie Personen mit erhöhter Gefährdung aufgrund beruflicher Exposition, wie beispielsweise medizinischem Personal, jährlich eine **Influenza-Impfung** mit einem an die zirkulierenden Viren angepassten Impfstoff. Ziel der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist es, für das Jahr 2010 eine Durchimpfungsrate von 75 % für ältere Menschen und chronisch Kranke zu erreichen¹⁷.

Entsprechend der Selbstauskunft der erwachsenen Bevölkerung im Rahmen der GEDA-Umfrage sind insgesamt 32 % der Frauen und 30 % der Männer in der Wintersaison 2007/2008 dieser Empfehlung nachgekommen. Mit dem Lebensalter steigen die Inanspruchnahmeraten: Sind es zwischen 18 und 29 Jahren noch 18 % der Frauen und 17 % der Männer - also nur rund jede sechste Person, liegen die Raten bei 65-Jährigen und Älteren bei 62 bzw. 59 %. Berlinerinnen und Berliner geben sehr ähnliche Auskünfte über ihre Inanspruchnahme von Gripeschutzimpfungen wie Frauen und Männer aus dem gesamten Bundesgebiet (vgl. im GSI verfügbare Tabelle [7.14z-2](#)).

jede dritte Frau und jeder dritte Mann ließen sich gegen Grippe impfen

Die Ständige Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut empfiehlt die **Grundimmunisierung gegen Tetanus** in den ersten 15 Lebensmonaten sowie zwei Auffrischungsimpfungen im Kindes- und Jugendalter. Im Erwachsenenalter sollte die Auffrischung der Impfung alle 10 Jahre erfolgen¹⁸. Die erwachsene Bevölkerung wurde deshalb im Rahmen von GEDA nach einer innerhalb der letzten 10 Jahre vorgenommenen Impfung gegen Tetanus gefragt. Nahezu drei Viertel der Befragten haben dies bejaht (Frauen 72 %, Männer 75 %). Die Inanspruchnahmeraten sinken mit zunehmendem Lebensalter. Berlinerinnen und Berliner haben einen geringeren Tetanusimpfschutz als Frauen und Männer im Bundesdurchschnitt (vgl. im GSI verfügbare Tabelle [7.14z-2](#)).

über 70 % der Bevölkerung haben Tetanusschutz

¹⁶ Sofern Kinder nicht gegen Hib grundimmunisiert sind, ist jenseits des 1. Lebensjahres lediglich eine einmalige Impfung erforderlich. Nach dem fünften Lebensjahr wird eine nachträgliche Grundimmunisierung im Sinne einer Standardimpfung als entbehrlich angesehen. Diese Sonderfälle sind jedoch in den Beurteilungskriterien nicht abgebildet und werden so fälschlicherweise als unvollständig immunisiert erfasst.

¹⁷ Robert Koch-Institut (2011): Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2009“. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin., S. 134.

¹⁸ Robert Koch-Institut (2011): Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2009“. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin., S. 137.

6.3 Kernaussagen

Body-Mass-Index, Ernährungsweise und körperliche Aktivitäten

- Die Deutschen nahmen 2009 bezüglich des Übergewichts in Europa mit 43 % **übergewichtigen Frauen** und 60 % **übergewichtigen Männern** (BMI 25 u. m.) einen Spitzenplatz ein, jede siebte Frau bzw. jeder sechste Mann (14 bzw. 16 %) hatte sogar einen BMI von 30 und mehr und galt damit als adipös. Die mit Adipositas verbundenen direkten und indirekten (Verlust von Lebensqualität, Produktivitätsverlust durch krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit oder durch vorzeitige Berentung) Behandlungskosten werden für Deutschland auf jährlich 13 Mrd. EUR geschätzt.
- 80 % der **Kinder im Einschulungsalter** sind normalgewichtig. Der Anteil Übergewichtiger (inkl. Adipöser) und Untergewichtiger liegt unter den Einschülerinnen und Einschülern seit Jahren jeweils konstant um die 10 %, mit Disparitäten nach sozialer Lage und Migrationshintergrund.
- Erwachsene **Berlinerinnen und Berliner** nahmen 2009 unter den Bundesländern mit 46 % Übergewichtigen (Frauen 38 %, Männer 54 %), darunter 12 % Adipösen (Frauen und Männer je 12 %), zwischen Hamburg (44 %) und Bremen (47 %) den zweitgünstigsten Platz ein, mit einem Anstieg von drei Prozentpunkten gegenüber 2003.
- Die von der Deutschen Gesellschaft für Ernährung empfohlenen täglichen **Verzehrmengen** für **Obst** erreichten 2009 etwa ein Drittel der Frauen und die Hälfte der Männer nicht, die für **Gemüse** erreichten die Hälfte der Frauen sowie nahezu zwei Drittel der Männer nicht.
- Nur 20 % der Frauen und 23 % der Männer erreichten 2009 die Empfehlungen zur **körperlichen Aktivität**, d. h. sie sind mindestens 5-mal pro Woche mindestens 30 Minuten aktiv.

Konsum von Tabak, Alkohol und Drogen

- Berlin lag 2009 mit einem **Raucheranteil** von 31 % (Frauen 26 %, Männer 36 %) an der Spitze aller Bundesländer (niedrigster Wert: Baden-Württemberg 23 %). Gegenüber der letzten Erhebung vor vier Jahren ist der Raucheranteil, wie bundesweit auch, um gut einen Prozentpunkt gesunken.
- Der Anteil von **Nichtraucherhaushalten**, in denen Kinder im Einschulungsalter leben, hat über die letzten Jahre von 53 % 2005 auf 62 % 2010 deutlich zugenommen. Differenzierungen gibt es nach sozialer Lage und Migrationshintergrund: während rund 85 % der Kinder aus Familien der oberen Sozialstatusgruppe in Nichtraucherhaushalten aufwachsen, sind es in der unteren Statusgruppe lediglich 39 %. Nach dem Migrationshintergrund leben deutsche Kinder etwas häufiger in Nichtraucherhaushalten (64 % vs. 58 %), allerdings mit deutlichen Unterschieden nach Herkunftsgruppen: Familien aus westlichen Industrie- oder sonstigen Staaten 77 % bzw. 81 %, aus osteuropäischen oder arabischen Ländern 57 %, aus türkischen Familien 44 %.
- 2009 konsumierte ein Drittel der in Deutschland befragten Männer (34 %) und gut ein Fünftel der befragten Frauen (22 %) **Alkohol** in einem gesundheitlich riskanten Ausmaß, am häufigsten 18- bis 29-Jährige (Frauen 30 %, Männer 45%).

Epidemiologischer Suchtsurvey: Konsum psychoaktiver Substanzen

- Bei der Verbreitung des illegalen Drogenkonsums bestehen zwischen den **Großstädten Berlin und Hamburg** nahezu keine Unterschiede. Der Konsum illegaler Drogen wird u. a. dadurch gekennzeichnet, dass sich die Verbreitung vor allem auf großstädtische Ballungsräume konzentriert.
- Sowohl unter Jugendlichen als auch bei Erwachsenen ist **Alkohol** das am weitesten verbreitete Rauschmittel. Unterschiede zwischen den Großstädten Hamburg und Berlin auf der einen und ländlichen Gebieten auf der anderen Seite spielen hier keine Rolle.
- Die Zahlen zur Lebenszeitprävalenz ermöglichen jedoch keine Aussage über die aktuelle Konsumsituation sowie über damit verbundene Risiken oder Gefährdungen. Der **Probierkonsum** illegaler Substanzen ist vor allem als Jugendphänomen zu sehen.
- Der **Cannabiskonsum** erfährt in der jüngeren Bevölkerung in Großstädten wie Berlin oder Hamburg eine ähnliche Verbreitung wie der Konsum von Alkohol und Tabak.

Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen und Gesundheits-Check-up

- Die Inanspruchnahme der verschiedenen **Früherkennungsuntersuchungen**, auf die die gesetzlich Krankenversicherten ein Anrecht haben, gibt im Jahr 2010 ein uneinheitliches Bild ab: Gegenüber 2008 gingen 2009 und 2010 mehr Männer zur Krebsfrüherkennung, 2010 lag die Teilnahmerate bei 25,9 %. Demgegenüber stagnierte die Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen bei den Frauen auf dem Niveau der letzten Jahre, das jedoch 2010 mit 55,2 % der Anspruchsberechtigten immer noch mehr als doppelt so hoch lag als bei den Männern. Die Teilnahme an der Vorsorge-Koloskopie lässt gegenüber 2008 bei Frauen und Männern eine rückläufige Tendenz erkennen. Das Hautkrebscreening wurde 2009 von 33,0 % der anspruchsberechtigten Frauen und 28,5 % der anspruchsberechtigten Männer genutzt.
- Beim **Mammographie-Screening** erreichte die Inanspruchnahme 2010 mit 56,9 % die bislang höchste Quote.
- Am **Gesundheits-Check-up** beteiligten sich im Jahr 2010 54,1 % der Berechtigten (Frauen 61,4 %, Männer 54,4 %).

Inanspruchnahme von Impfungen

- Im Zeitverlauf von 2002 bis 2010 ist bei **Kindern im Einschulungsalter** für alle Impfungen grundsätzlich ein Anstieg zu beobachten. Anders als in anderen gesundheitlichen Bereichen im Kindesalter zeigt sich für Kinder aus Migrantenfamilien bei der Inanspruchnahme der Impfungen in Berlin ein positiveres Bild als für die Kinder deutscher Herkunft: Kinder mit einem Migrationshintergrund wiesen durchweg höhere Impfquoten auf als die Kinder deutscher Herkunft.
- 32 % der **Frauen** und 30 % der **Männer** sind in der Wintersaison 2007/2008 der Empfehlung zur Gripeschutzschießimpfung nachgekommen, die Inanspruchnahmeraten nahmen mit steigendem Lebensalter zu. Der für Erwachsene alle 10 Jahre empfohlenen Auffrischungsimpfung gegen Tetanus folgten 2009 drei Viertel der Bevölkerung (Frauen 72 %, Männer 75 %), bei mit zunehmendem Lebensalter sinkenden Inanspruchnahmeraten.

6.4 Indikatoren im GSI

Die Tabellen sind ausschließlich in elektronischer Form im Gesundheits- und Sozialinformationssystem (GSI) veröffentlicht, verfügbar im Internet unter <http://www.gsi-berlin.info/>.

Zum **Auffinden einer Tabelle** sind im GSI in der **erweiterten Suche** folgende Einstellungen vorzunehmen:

- Kontext: „Basisbericht GBE Berlin 2010/2011“ auswählen,
- Suchtext: das Wort Tabelle und die entsprechende Nummer (z. B. Tabelle 4.1-1) eingeben,
- Such-Modus: „alle Wörter, Suche nur im Kommentar“ auswählen.

Tabelle 4.1-1:

Selbstauskunft der erwachsenen Bevölkerung zum Rauchverhalten in Deutschland 2009 nach Geschlecht, ausgewählten Altersgruppen und Bildungsgruppe

Tabelle 4.1-2:

Rauchverhalten in Berlin 2009 nach Geschlecht und Alter

Tabelle 4.1-3:

Rauchverhalten in Berlin 2009 nach Geschlecht und Bezirken

Tabelle 4.2-1:

Rauchverhalten in Berlin 2009 nach Geschlecht, Alter und Zigarettenkonsum

Tabelle 4.3-1:

Nichtraucherinnen und Nichtraucher in Berlin 2009 nach Geschlecht und Alter

Tabelle 4.5-1:

Durchschnittliches Alter der Raucherinnen und Raucher bei Rauchbeginn in Berlin 2009 nach Geschlecht und Alter

Tabelle 4.5z-1:

Raucher/innen im Haushalt der Einschülerinnen und Einschüler zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchungen in Berlin 2007 - 2010 nach sozialer Lage und Migrationshintergrund

Tabelle 4.7-1:

Selbstauskunft der erwachsenen Bevölkerung zum Alkoholkonsum in Deutschland 2009 nach Geschlecht, ausgewählten Altersgruppen und Bildungsgruppe

Tabelle 4.7-2:

Selbstauskunft der erwachsenen Bevölkerung zum Rauschtrinken (Binge-Drinking) in Deutschland 2009 nach Geschlecht, ausgewählten Altersgruppen und Bildungsgruppe

Tabelle 4.8-1:

Selbstauskunft der erwachsenen Bevölkerung zum Körpergewicht in Deutschland 2009 nach Geschlecht, ausgewählten Altersgruppen und Bildungsgruppe

Tabelle 4.8-2:

Body-Mass-Index (BMI) der erwachsenen Bevölkerung in Berlin 2009 nach Geschlecht und Alter

Tabelle 4.8-3:

Body-Mass-Index (BMI) der erwachsenen Bevölkerung in Berlin 2009 nach Geschlecht und Bezirken

Tabelle 4.9-1:

Body-Mass-Index (BMI) bei Kindern zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchungen in Berlin 2007 - 2010 nach Geschlecht und Migrationshintergrund

Tabelle 4.11-1:

Selbstauskunft der erwachsenen Bevölkerung zur Häufigkeit des Obstverzehrs in Deutschland 2009 nach Geschlecht, ausgewählten Altersgruppen und Bildungsgruppe

Tabelle 4.11-2:

Selbstauskunft der erwachsenen Bevölkerung zur Häufigkeit des Gemüseverzehrs in Deutschland 2009 nach Geschlecht, ausgewählten Altersgruppen und Bildungsgruppe

Tabelle 4.12-1:

Selbstauskunft der erwachsenen Bevölkerung zur Häufigkeit körperlicher Aktivität in Deutschland 2009 nach Geschlecht, ausgewählten Altersgruppen und Bildungsgruppe

Tabelle 4.13-1:

Selbstauskunft der erwachsenen Bevölkerung zur Häufigkeit sportlicher Aktivität in Deutschland 2009 nach Geschlecht, ausgewählten Altersgruppen und Bildungsgruppe

Tabelle 7.11-1:

Ausgewählte Impfquoten bei Einschülern und Einschülerinnen in Berlin 2002 - 2010 nach Migrationshintergrund (Teil 1)

Tabelle 7.12-1:

Ausgewählte Impfquoten bei Einschülern und Einschülerinnen in Berlin 2002 - 2010 nach Migrationshintergrund (Teil 2)

Tabelle 7.13-1:

Ausgewählte Impfquoten bei Einschülern und Einschülerinnen in Berlin 2007 - 2010 nach Bezirken (Wohnort der Kinder) (Teil 1)

Tabelle 7.14-1:

Ausgewählte Impfquoten bei Einschülern und Einschülerinnen in Berlin 2007 - 2010 nach Bezirken (Wohnort der Kinder) (Teil 2)

Tabelle 7.14z-2:

Selbstauskunft der erwachsenen Bevölkerung zur Inanspruchnahme von Gripeschutzimpfung und Tetanusimpfung in Deutschland 2009 nach Geschlecht, ausgewählten Altersgruppen und Bildungsgruppe

Tabelle 7.16-1:

Beteiligung von GKV-Versicherten an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen in Berlin 1998 - 2010 nach Geschlecht

Tabelle 7.17-1:

Beteiligung von GKV-Versicherten am Gesundheits-Check-up in Berlin 1996 - 2010 nach Geschlecht

7. Gesundheitsförderung und Gesundheitsschutz

7.1 Kindergesundheit und Kinderschutz - hier insbesondere Familienhebammen und frühe Hilfen

Kindern durch ein positives und ihnen zugewandtes Lebensumfeld ein gesundes Aufwachsen zu ermöglichen (Kindergesundheit) und sie gleichzeitig vor Gefährdungen für ihr Wohl zu schützen (Kinderschutz), ist nicht nur ein Gebot der Menschlichkeit, sondern auch Ausdruck gesamtgesellschaftlicher Verantwortung¹. Kindergesundheit und Kinderschutz sind nach Jahren intensiver Auseinandersetzung gesellschaftliche Themen geworden. In Berlin etwa sind wesentliche Inhalte und Ziele zur Förderung der Kindergesundheit und des Kinderschutzes im **Berliner Gesetz zum Schutz und Wohl des Kindes**² integriert, mithin in der Konzeption „Netzwerk Kinderschutz“³ verankert. Daneben haben die Mitglieder der Landesgesundheitskonferenz **Gesundheitsziele für Kinder**⁴ verabschiedet, die in den Handlungsfeldern Bewegung, Ernährung und kognitive Sprachentwicklung neben einer allgemeinen Verbesserung auch den Abbau von Benachteiligung aufgrund sozial bedingter Ungleichheit oder Migrationshintergrund in den Fokus gerückt haben. Auch die Berliner Gesundheitsberichterstattung setzt sich in dem neuen **Spezialbericht „Sozialstruktur und Kindergesundheit** - Ein Atlas für Berlin auf Basis der Einschulungsuntersuchungen 2007/2008⁵ mit sozialstrukturellen Analysen der Lebenslagen von Kindern und deren Familien auseinander.

Kindergesundheit und Kinderschutz sind Ausdruck gesamtgesellschaftlicher Verantwortung

Kinder brauchen heute bessere Chancen und einen besseren Zugang zu den Leistungen und Ressourcen, die sie benötigen, um gesund und gewaltfrei aufwachsen zu können. Deshalb verfolgen die aus den jeweiligen Zielen abzuleitenden Maßnahmen einen primärpräventiven, gesundheitsfördernden Ansatz mit frühestmöglichem Beginn und die Herstellung gesundheitlicher Chancengleichheit. Der **öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) und dessen Auftrag zur subsidiären und sozialkompensatorischen Aufgabenwahrnehmung**⁶ bietet hier vielfältige Möglichkeiten und Handlungsansätze.

Maßnahmen verfolgen primärpräventiven, gesundheitsfördernden Ansatz

Kinder-Früherkennungsuntersuchungen

In den letzten Jahren haben nahezu alle Bundesländer Strategien zur Verbesserung der Kindergesundheit und des Kinderschutzes entwickelt, die trotz ihrer Verschiedenheit im Wesentlichen darauf ausgerichtet sind, grundsätzlich die **Teilnahme aller Kinder an den Kinder-Früherkennungsuntersuchungen** sicherzustellen und Anknüpfungspunkte für notwendige Hilfeleistungen des ÖGD und/oder der Kinder- und Jugendhilfe aufzuzeigen⁷.

Die Fokussierung auf das Instrument der Kinder-Früherkennungsuntersuchungen folgt insbesondere der bundesweiten Verpflichtung⁸, die Vorsorgeuntersuchungen engmaschiger und besser zu gestalten, um sie als **Instrument zur Prävention und Aufdeckung von Kindesmissbrauch und -vernachlässigung** nutzen zu können. Um Kindeswohlgefährdungen rechtzeitig zu begegnen,

¹ Kolbow, Detlef (2009): Die 'Einladung' zum Kinderschutz - Früherkennungsuntersuchungen für Kinder in Korrelation zum verbindlichen Einladungs-wesen, S. 1.

² Das Gesetz ist im Internet abrufbar unter <http://www.berlin.de/sen/gesundheits/kindergesundheit/kschg/index.html>.

³ Das „Konzept für ein Netzwerk Kinderschutz“ ist im Internet http://www.berlin.de/sen/jugend/kinder_und_jugendschutz/ abrufbar unter „Umsetzung des Schutzauftrages nach § 8a SGB VIII bei Kindeswohlgefährdung“.

⁴ Die Gesundheitsziele für Kinder sind im Internet abrufbar unter <http://www.berlin.de/sen/gesundheits/gesundheitspolitik/lgk/beschluesse/>.

⁵ Bettge, Susanne; Oberwöhrmann, Sylke et al. (2011): Sozialstruktur und Kindergesundheit - Ein Atlas für Berlin auf Basis der Einschulungsuntersuchungen 2007/2008. Spezialbericht 2011-1. Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz, Berlin, Seite 14. Im Internet verfügbar unter: <http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/gesundheits/spezial.html>.

⁶ Vgl. § 1 Abs. 2 Gesundheitsdienst-Gesetz - GDG (im Internet abrufbar unter http://www.berlin.de/sen/gesundheits/oegd_reform/gesetze_literatur/).

⁷ Kolbow, Detlef (2009): Maßnahmen zur Stärkung des Kinderschutzes in Berlin: Präventiver Kinderschutz durch ein soziales Frühwarnsystem. In: Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz, Berlin: Gesundheitsberichterstattung - Basisbericht 2009, Seite 588.

⁸ Ergebnisprotokoll der Ministerpräsidentenkonferenz vom 19. Dezember 2007 in Berlin.

bedarf es der frühzeitigen Identifikation der kausalen Faktoren und der Einleitung von Hilfen, um die Wahrscheinlichkeit der Gefährdung und die hieraus folgenden Schäden zu senken.

Vor diesem Hintergrund hat der Gemeinsame Bundesausschuss seine „**Kinder-Richtlinien**“⁹ dahingehend geändert, dass der untersuchende Arzt bzw. die untersuchende Ärztin bei erkennbaren Zeichen einer Kindesvernachlässigung oder -misshandlung die notwendigen Schritte einzuleiten hat¹⁰. Nach Maßgabe dieser Regelung liegt es nun nicht mehr im ärztlichen Ermessen, auf Anzeichen einer Kindeswohlgefährdung zu achten. Doch das **Erkennen von Gefährdungen**, die viele Gesichter haben kann, und das Einschätzen möglicher Probleme kann unter Umständen sehr schwierig sein. Neueste Erkenntnisse aus Wissenschaft und Praxis über Anzeichen möglicher Gefährdungen und deren Diagnosen aus medizinischer, psychiatrischer/psychologischer und sozialpädagogischer Sicht rezipiert die Dokumentation zur Fachtagung „Kinderschutz - Handeln im Rahmen interdisziplinärer Kooperation“¹¹.

Kindeswohlgefährdung in den ersten Lebensjahren

Kindeswohlgefährdung in den ersten fünf Lebensjahren am größten

Nach Fegert und Ziegenhain (2009) ist die Kindeswohlgefährdung in den ersten fünf Lebensjahren am größten¹². Säuglinge und Kleinkinder sind also in existenzieller Weise abhängig von der **Fürsorge und dem Funktionieren ihrer elterlichen Bezugspersonen** wie in keiner anderen späteren Entwicklungsphase. In der alltäglichen Praxis zeigt sich, dass die große Mehrheit der Eltern sich nach besten Kräften bemüht, ihre Kinder liebevoll zu erziehen und zu fördern¹³. Wir müssen aber zur Kenntnis nehmen, dass eine nicht unerhebliche Zahl von Kindern aus unterschiedlichen Gründen unter Lebensumständen aufwächst, die für eine gesunde Entwicklung unzutraglich sind¹⁴. „So leben etwa sieben bis zehn Prozent aller Schwangeren und jungen Mütter in schwierigen sozialen oder psychosozialen Lebenssituationen. Sie sind mit einer Schwangerschaft, der Entbindung und der anschließenden Betreuung ihres Kindes so überfordert, dass Kindesvernachlässigung oder sogar Kindesmisshandlung drohen“¹⁵. Manche Familien scheitern aber an begrenzten materiellen oder psychosozialen Ressourcen oder stoßen durch eigene Belastungen oder Erkrankungen an Grenzen und können ihre Ziele nicht ohne Hilfen verwirklichen¹⁶.

Elternrecht ist ein Recht im Interesse des Kindes

Die **staatliche Aufmerksamkeit** muss sich daher vorwiegend auf diese Familien richten. Hier muss der Staat i. S. des Grundgesetzes¹⁷ wachen und betroffene Kinder davor bewahren, dass ihre Entwicklung Schaden leidet. Der Staat muss in die Bresche springen, wenn und solange das Kindeswohl gefährdet ist und Eltern nicht gewillt oder in der Lage sind, eine solche Gefährdung abzuwenden. Eltern können grundsätzlich frei von staatlichem Einfluss nach eigenen Vorstellungen darüber entscheiden, wie sie ihrer Verantwortung gerecht werden wollen (**Elternrecht**). Maßgebliche Richtschnur für ihr Handeln muss aber das Kindeswohl sein, denn das Elternrecht ist ein Recht im Interesse des Kindes.

⁹ Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres („Kinder-Richtlinien“), im Internet abrufbar unter http://www.g-ba.de/downloads/62-492-506/RL_Kinder_2010-12-16.pdf.

¹⁰ Bekanntmachung eines Beschlusses des G-BA über eine Änderung der Kinder-Richtlinien: Verdacht auf Kindesmisshandlung vom 21. Februar 2008, Bundesanzeiger. Nr. 57 (S. 1344) vom 15. April 2008.

¹¹ Vgl. zu dieser Thematik das Internetportal „Kindeswohlgefährdung“, abrufbar unter <http://www.berlin.de/sen/gesundheits/kindergesundheit/kwohlgef/index.html>, bzw. die Dokumentation zur Fachtagung „Kinderschutz - Handeln im Rahmen interdisziplinärer Kooperation“, im Internet abrufbar unter <http://www.berlin.de/sen/gesundheits/kindergesundheit/index.html>.

¹² Fegert, Jörg M.; Ziegenhain, Ute et al. (2009): Frühe Hilfen im Kinderschutz - Rechtliche Rahmenbedingungen und Risikodiagnostik in der Kooperation von Gesundheits- und Jugendhilfe, Juventa Verl., Weinheim und München, Seite 11.

¹³ Hartmann, W.; Teichert-Barthel, U. (2011): Gemeinsame Stellungnahme des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) und des Bundesverbandes der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (BVÖGD) zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung eines aktiven Schutzes von Kindern und Jugendlichen (Bundeskinderschutzgesetz - BKiSchG) vom 22. Dezember 2010, Seite 1.

¹⁴ Kolbow, Detlef (2009): Maßnahmen zur Stärkung des Kinderschutzes in Berlin: Präventiver Kinderschutz durch ein soziales Frühwarnsystem, In: Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz, Berlin: Gesundheitsberichterstattung - Basisbericht 2009, Seite 585.

¹⁵ Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit (2007): Kinderschutz in Niedersachsen, Seite 10.

¹⁶ Hartmann, W.; Teichert-Barthel, U. (2011): Gemeinsame Stellungnahme ... vgl. Fußnote oben.

¹⁷ Vgl. Artikel 6 Absatz 2 Satz 2 Grundgesetz, im Internet abrufbar unter <http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/gg/gesamt.pdf>.

Einsatz von Familienhebammen

Die Weichen für eine positive und gesunde Entwicklung des Kindes werden in der Schwangerschaft und frühen Kindheit gestellt. Deshalb ist es besonders wichtig, Müttern und Vätern **von Geburt an - bestmöglich sogar schon vorgeburtlich - Hilfen anzubieten** (Frühförderung)¹⁸. Der Schlüssel, um Säuglingen und Kleinkindern besser helfen und sie effektiver schützen zu können, liegt im Zugang zu ihren Familien. Gelingt dies, werden Möglichkeiten eröffnet, schwierige Lebenssituationen, erschwerte Erziehungsbedingungen oder möglicherweise sogar schon konkrete Gefährdungen zu erkennen und auf sie zu reagieren¹⁹. In der Regel haben Hebammen und Entbindungspfleger zu dieser Zielgruppe einen optimalen Zugang, auch dann, wenn diese Familien keine Hilfen annehmen wollen.

Schlüssel zu effektivem Kinderschutz liegt im Zugang zu den Familien vor und nach der Geburt

Vor diesem Hintergrund wurden bundesweit zahlreiche Projekte für Hebammen in Familien gestartet. Auch in Berlin konnte mit Unterstützung des Berliner Hebammenverbandes e. V. das **Modellprojekt „Guter Start ins Leben - Wie Hebammen helfen“**²⁰ insbesondere zur Stärkung der Hebammenhilfe²¹ gestartet werden.

Aus den vielfältig gewonnenen Erkenntnissen heraus soll **bundesweit** das **Netzwerk „Frühe Hilfen“**²² gestärkt werden, um Schwangeren und jungen Müttern bzw. Vätern möglichst früh Hilfen schon während der Schwangerschaft anzubieten. Zentraler Baustein des **geplanten Bundeskinderschutzgesetzes** (BKISchG)²³ ist daher der Einsatz von Familienhebammen. Sie sollen in bestimmten Fällen junge Familien nach der Geburt eines Kindes medizinisch und sozial betreuen.

Berliner Modellprojekt „Aufsuchende Elternhilfe - präventiver Kinderschutz vor und nach der Geburt“

Vor kurzem noch wurden in Berlin kaum entsprechende Projekte vorgehalten. Aus diesen Gründen hatte der Senat 2007 in einigen Berliner Bezirken²⁴ die „Aufsuchende Elternhilfe - präventiver Kinderschutz vor und nach der Geburt“ als eine **Maßnahme der Konzeption „Netzwerk Kinderschutz“** initiiert und verschiedene Träger, die in diesen Regionen ansässig sind, mit der Umsetzung des Projektes beauftragt²⁵. Das inzwischen **bis Dezember 2011 befristete Modellprojekt** ist sozialraumorientiert und „richtet sich an die Zielgruppe der werdenden Eltern in schwierigen Lebenslagen, die aus Mangel an Erfahrungen, Kenntnissen oder Motivation bzw. aus Überforderung nicht in der Lage sind, sich die notwendige Unterstützung zu organisieren (...). Das Angebot verfolgt daher den aufsuchenden Ansatz [i. S. einer Geh-Struktur] und richtet sich direkt an die Familie. Der Schwerpunkt der Hilfe liegt insbesondere auf der Koordinierung der Hilfesysteme und sozialen Netze sowie der Stärkung der Selbsthilfepotenziale der [Familien] mit dem **Ziel einer selbständigen Lebensführung mit dem Kind**“²⁶. Der Senat verfolgt mit der Initiative das Ziel, differenzierte **Erkenntnisse über die Zielgruppe und den Umfang des Hilfebedarfs** zu

Interventionen aufsuchender Elternhilfe beugen krisenhaften Entwicklungen vor

¹⁸ Konzept für ein Netzwerk Kinderschutz (2007): 3.2 Frühförderung, Seite 11, nähere Angaben vgl. Fußnote oben.

¹⁹ Meysen, Thomas; Schönecker, Lydia et al. (2009): Frühe Hilfen im Kinderschutz - Rechtliche Rahmenbedingungen und Risikodiagnostik in der Kooperation von Gesundheits- und Jugendhilfe, Juventa Verl., Weinheim und München, Seite 25.

²⁰ Vgl. zu dieser Thematik das Internetportal „Information und Beratung / Vor und nach der Geburt - Hebammen helfen“, abrufbar unter <http://www.berlin.de/sen/gesundheits/kindergesundheit/beratung/index.html#Hebammen>.

²¹ Hebammenhilfe umfasst die Beratung und Betreuung während Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit, sie ist Beratung, Begleitung und Versorgung von Mutter und Kind. Hebammenhilfe kann von jeder schwangeren, gebärenden oder entbundenen Frau in Anspruch genommen werden.

²² <http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/kinder-und-jugend,did=115002.html>

²³ Kabinettdorlage „Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung eines aktiven Schutzes von Kindern und Jugendlichen (Bundeskinderschutzgesetz - BKISchG)“ vom 14. März 2011.

²⁴ Modellregionen (Innenstadtteile) Charlottenburg, Schöneberg, Mitte, Kreuzberg und Neukölln von Berlin.

²⁵ Initiative für Berliner Einzelfall- und Familienhilfe e.V. (Ibaf), NAVITAS GmbH, Wigwam Connect und der Verband alleinerziehender Mütter und Väter (VAMV). Der Träger VAMV ist nach einem Jahr auf eigenen Wunsch aus dem Projekt ausgeschieden, da er für die zu betreuenden Fälle die erforderliche Fachkompetenz nicht ausreichend gewährleisten konnte. Die Arbeit wurde von den anderen Trägern übernommen.

²⁶ BegleitAG „Aufsuchende Elternhilfe“ (2011): Beschreibung der Leistung über die Erbringung von Aufsuchender Elternhilfe (Modellphase) nach § 16 SGB VIII, Berlin.

gewinnen. Die vorliegenden Ergebnisse zeigen, dass die „Aufsuchende Elternhilfe“ geeignet ist, punktgenau zu intervenieren, um einer krisenhaften Entwicklung vorzubeugen²⁷.

Bundeskinderschutzgesetz

In verschiedenen Feldern des präventiven und des intervenierenden Kinderschutzes besteht **gesetzgeberischer Handlungsbedarf**, insbesondere dann, wenn Modellprojekte, wie etwa die „Aufsuchende Elternhilfe“, die sich in der Praxis bewährt haben, zeitlich befristet oder deren Finanzierungen nicht oder nicht ausreichend gesichert sind. In dem neuen Koalitionsvertrag haben die Regierungsparteien sich verpflichtet, ein neues Kinderschutzgesetz auf den Weg zu bringen: „Wir wollen einen aktiven und wirksamen Kinderschutz. Hierzu werden wir ein Kinderschutzgesetz, unter Berücksichtigung eines wirksamen Schutzauftrages und insbesondere präventiver Maßnahmen (z. B. Elternbildung, Familienhebammen, Kinderschwestern und sonstiger niedrigschwelliger Angebote) auch im Bereich der Schnittstelle zum Gesundheitssystem (...) auf den Weg bringen“²⁸.

Das Ziel, die Startchancen einer Familie zu verbessern und Hilfe von Anfang an zu leisten, ist eine zentrale **Zielstellung des Bundeskinderschutzgesetzes** (BKisSchG): Der am 16. März 2011 im Bundeskabinett beschlossene Gesetzentwurf beinhaltet als Kern die Vorhaltung eines möglichst frühzeitigen, koordinierten und multiprofessionellen Angebots im Hinblick auf die Entwicklung von Kindern vor allem in den ersten (drei) Lebensjahren für Mütter und Väter sowie schwangere Frauen und werdende Väter (Frühe Hilfen).

Das BKisSchG wird insbesondere durch eine **auf vier Jahre befristete Bundesinitiative zum Aus- und Aufbau des Einsatzes von Familienhebammen** flankiert. Der Einsatz von Familienhebammen könnte eine sinnvolle Ergänzung zu den initiierten Geh-Strukturen i. S. einer aufsuchenden Hilfe sein, denn Familienhebammen sind so nah an werdenden Familien wie kaum jemand anderes.

Bundesinitiative zur Erprobung verschiedener Modelle der Einbindung von Familienhebammen

Verschiedene Modellprojekte in den Bundesländern wie z. B. der von der Stiftung EINE CHANCE FÜR KINDER konzipierte Einsatz qualifizierter freiberuflicher Familienhebammen²⁹ haben die vorbeugende Wirkung von Familienhebammen in belasteten Familien gezeigt. Sie sind im Hinblick auf die Förderung einer gesunden Entwicklung des Kindes eine zentrale Unterstützung und haben eine wichtige Lotsenfunktion. Der Bund will mit der zeitlich befristeten Initiative verschiedene Modelle der Einbindung von Familienhebammen (und vergleichbar qualifizierten Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger) in die Netzwerkstrukturen erproben, mithin Erkenntnisse vor allem mit Blick auf die Notwendigkeit und Ausgestaltung gesetzgeberischer Regelungen oder die Überprüfung von bestehenden Gesetzen gewinnen. Für die Modellphase stellt er ab 2012 jährlich 30 Mio. EUR für eine Zeit von vier Jahren zur Verfügung und erwartet, dass die Bundesländer ab 2016 die **dauerhafte Finanzierung** der Kosten übernehmen.

Für die Bundesfamilienministerin ist der Schutz der Kinder vor Vernachlässigung und Missbrauch das wichtigste Gesetzesvorhaben in dieser Legislaturperiode. Die größte Herausforderung besteht jedoch darin, die wertvollen Ansätze i. S. einer aufsuchenden Hilfe zu bündeln und dauerhaft in die Praxis zu überführen.

²⁷ Knießer, Isolde; Al Suadi, Marion (2008): Modellprojekt „Aufsuchende Elternhilfe“ Berlin, Dokumentation 14. bundesweiter Kongress Armut und Gesundheit - Gerechtigkeit schafft mehr Gesundheit für alle. Gesundheit Berlin (Hrsg.), Berlin 2008, Seite 2 oder im Internet verfügbar unter http://www.gesundheitberlin.de/download/Knie%DFer,_Al-Suadi.pdf.

²⁸ Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP vom 26.10.2009, Seite 69, unter <http://www.cdu.de/doc/pdfc/091026-koalitionsvertrag-cducsu-fdp.pdf> im Internet abrufbar.

²⁹ Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit (2007), Kinderschutz in Niedersachsen, S. 10 ff.

7.2 HIV/AIDS, sexuell übertragbare Infektionen und Hepatitiden - Berliner Rahmen- und Entwicklungskonzept zur Prävention

Ende 2009 lebten in Berlin insg. rd. 11.200 Menschen mit einer **HIV-Infektion**, darunter rd. 9.900 Männer und rd. 1.300 Frauen. Mit 12,8 Infektionen auf 100.000 Einwohner hat Berlin mit die höchste Inzidenzrate deutscher Großstädte.

In den letzten Jahren ist insbesondere in Großstädten wie Berlin vor allem bei **Männern, die Sex mit Männern haben (MSM)**, ein Anstieg der HIV-Neuinfektionen zu verzeichnen. Mit 88 % ist der Anteil an den HIV-Neudiagnosen bei der Gruppe der MSM in Berlin extrem hoch³⁰.

MSM bilden Gruppe mit dem höchsten HIV-Infektionsrisiko

Gleichzeitig ist bei der Gruppe der MSM ein Anstieg an **sexuell übertragbaren Infektionen (STI)** und **Hepatitisinfektionen** zu konstatieren. Sexuell übertragbare Infektionen und Hepatitisinfektionen stellen einen wichtigen Kofaktor bei der Übertragung von HIV dar, da sich das Übertragungsrisiko von HIV beim Vorhandensein einer sexuell übertragbaren Infektion deutlich erhöht.

Die Interpretation der epidemiologischen Daten zeigt deutlich auf, dass eine sinnvolle Prävention von HIV/AIDS nur in Verbindung mit gleichzeitiger Prävention von sexuell übertragbaren Infektionen erfolgreich sein kann.

Der medizinische Fortschritt in den letzten Jahren, vor allem die antiretrovirale Therapie, hat zu einer längeren Lebenserwartung der Betroffenen und einer deutlichen Zunahme ihrer Lebensqualität geführt. Dadurch haben sich aber auch die **Anforderungen an die Prävention und Versorgung verändert**. Es gilt, Antworten zu finden auf die „Normalisierung“ von AIDS: die längere Lebenserwartung führt zu einem Anstieg des Beratungsbedarfs von Menschen mit HIV und AIDS, insbesondere auch zu einem Beratungsbedarf hinsichtlich Rückkehrmöglichkeiten ins Erwerbsleben.

Rahmenkonzept zur Prävention von HIV/AIDS, sexuell übertragbaren Infektionen und Hepatitisinfektionen

Um den veränderten Anforderungen an die Präventionsarbeit sowie der Versorgung von Menschen mit HIV/AIDS und/oder chronischer Hepatitis C Rechnung zu tragen, hat die Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz ein **Rahmenkonzept** zur Prävention von HIV/AIDS, sexuell übertragbaren Infektionen und Hepatitisinfektionen in Berlin entwickelt, das im **Herbst 2010 vorgelegt** wurde.

Das Konzept wurde in Abstimmung mit freien Trägern, dem Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband sowie Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes erstellt und umfasst folgende **Hauptziele**:

- Verankerung des **Präventionswissens** in den Zielgruppen,
- Stärkung der Handlungskompetenzen für die individuelle Gesunderhaltung sowie Förderung eines nachhaltigen Schutzverhaltens und dessen Implementierung im persönlichen **Lebensstil**,
- Stärkung der zielgruppenspezifischen Angebote durch verbindliche **Kooperationen der Projekte** im Handlungsfeld, mit angrenzenden Bereichen und mit den Institutionen in der Regelversorgung,
- Verbesserung der gesundheitsbezogenen **Chancengleichheit**,
- Verstärkung der **Prävention in Betriebsstätten**, in denen sexuelle Begegnungen stattfinden und/oder sexuelle Dienstleistungen angeboten werden,
- Förderung eines akzeptierenden und **solidarischen Umgangs** mit Menschen mit HIV/AIDS und/oder Hepatitiden,

³⁰ Robert Koch-Institut (RKI) (2010): Epidemiologische Kurzinformation „HIV/AIDS in Berlin - Eckdaten“, Stand Ende 2009.

Die vom RKI zusammengestellten Eckdaten zur Abschätzung der HIV-Neuinfektionen und der Zahl der in Berlin lebenden Menschen mit HIV erfolgt in jedem Jahr neu auf der Grundlage aller zur Verfügung stehenden Daten und Informationen und stellen keine automatische Fortschreibung früher publizierter Daten dar.

- Förderung der Gesundheit bei **Menschen in Haft**,
- Stärkung der **Selbsthilfe** und des ehrenamtlichen Engagements.

Das Rahmenkonzept richtet sich hinsichtlich Prävention neben der Allgemeinbevölkerung an **spezifische Zielgruppen**:

- Männer, die Sex mit Männern haben,
- Frauen in der Sexarbeit,
- Menschen aus Hochprävalenzländern,
- Menschen mit riskantem Drogenkonsum (diese sind insbesondere auch dem Risiko der Übertragung mit Hepatitis C ausgesetzt),
- Menschen in Haft.

Bei der letztgenannten Gruppe handelt es sich um Menschen in einem besonderen Setting, die auch einem doppelten Infektionsrisiko ausgesetzt sind, nämlich sich einerseits durch Sexualkontakte, andererseits durch unsterilen Drogenkonsum zu infizieren. Aus diesem Grunde sind **Inhaftierte** bewusst als Zielgruppe von Präventionsmaßnahmen in das Rahmenkonzept aufgenommen worden.

Der Fokus der Prävention muss aber auf **MSM als der größten Hauptbetroffenengruppe** gelegt werden.

Entwicklungskonzept für die HIV-/AIDS-/STI- und Hepatitisprävention

Verfahrensvorschläge zur Umsetzung des Rahmenkonzepts

In Ergänzung zum Rahmenkonzept hat die Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz die Erstellung eines **Entwicklungskonzepts** für die HIV-/AIDS-/STI- und Hepatitisprävention in Berlin³¹ in Auftrag gegeben mit der Maßgabe, konkrete Verfahrensvorschläge und Umsetzungsschritte aufzuzeigen. Dieses Entwicklungskonzept wurde zum Welt-AIDS-Tag **am 01.12.2010 vorgelegt** und beinhaltet neben der Situationsdarstellung der AIDS-Infrastruktur in Berlin einen sehr konkreten Umsetzungsvorschlag:

Es sollen **neun verschiedene Themengruppen**, an denen je nach Problemstellung unterschiedliche Beteiligte vertreten sind (Senatsverwaltungen, der öffentliche Gesundheitsdienst, freie Träger und Betroffene) eingerichtet werden, deren **Ziel** es ist, in einem partizipativ gestalteten Prozess einen gemeinsam getragenen Konsens einerseits für die Lösung erkannter Problemlagen und andererseits zur Optimierung bestehender Schnittstellen zu anderen Strukturen zu erarbeiten.

Für die **Umsetzung des Verfahrensvorschlages** wird mit einer Dauer von 18 - 24 Monaten gerechnet. Der Umsetzungsprozess soll dabei extern begleitet und moderiert werden.

7.3 Inanspruchnahme der Drogen- und Suchthilfeinrichtungen in Berlin

Da die Drogen- und Suchthilfeinrichtungen in Berlin nahezu vollständig an der bundesweit einheitlichen **Dokumentation des Deutschen Kerndatensatzes (KDS) der Suchtkrankenhilfe** teilnehmen, liegen in diesem Bereich verlässliche Daten über die Behandlungsnachfrage sowohl in ambulanten als auch in stationären Einrichtungen vor. Im Folgenden werden die wichtigsten **Auswertungsergebnisse der Suchthilfestatistik Berlin** des Jahres 2009 dargestellt.

Die jährliche Auswertung der Kerndaten und die Berichterstattung für die Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz wird vom Institut für Therapieforchung, München (IFT) durchgeführt; die folgenden Angaben wurden der aktuellen Veröffentlichung entnommen³².

³¹ Rahmen- und Entwicklungskonzept sind im Internet abrufbar unter http://www.berlin.de/sen/gesundheits/oegd_reform/gesetze_literatur/index.html#Konzepte.

³² Steppan, Martin; Künzel, Jutta; Pfeiffer-Gerschel, Tim (2010): Suchthilfestatistik 2009 - Jahresreport zur aktuellen Situation der Suchthilfe in Berlin. IFT Institut für Therapieforchung, München. Die Publikation wird im Internet unter <http://www.berlin.de/lb/drogen-sucht/bilanz/> zur Verfügung gestellt.

Im Jahr 2009 wurden in 46 ambulanten Beratungsstellen und 13 stationären Einrichtungen, die sich an der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) beteiligt haben, **19.053 ambulante Betreuungen und 2.570 stationäre Behandlungen** durchgeführt. Mit diesem Betreuungsvolumen zählt die Berliner Suchtkrankenhilfe zu den größten Versorgungssystemen im Suchtbereich in Deutschland. Als Themenschwerpunkt wurde dieses Jahr darüber hinaus die regionale Entwicklung im zeitlichen Verlauf betrachtet, sodass regionale Verlagerungen, Brennpunkte und regionale Veränderungen in der Berliner Suchthilfe besser beleuchtet werden können.

Berliner Suchtkrankenhilfe zählt bundesweit zu den größten Versorgungssystemen im Suchtbereich

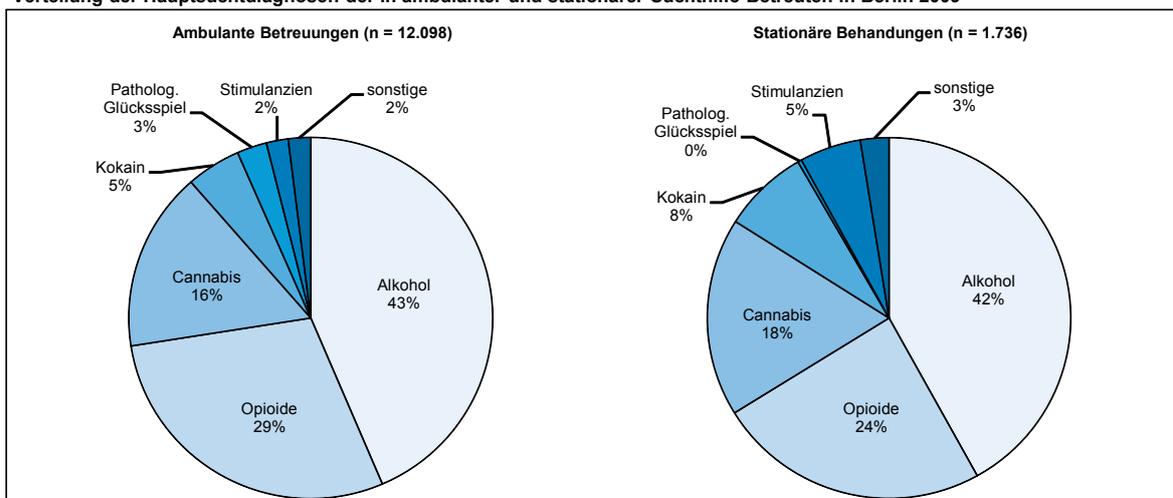
7.3.1 Klientel der Suchthilfeeinrichtungen nach Hauptsuchtdiagnosen und soziodemografischen Merkmalen

Verteilung nach Hauptsuchtdiagnosen

Die diagnostischen Informationen zur Klientel der Berliner Suchthilfe beruhen auf der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, ICD-10. Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf die sechs großen Diagnosebereiche der ambulanten und stationären Suchthilfe. Wie aus Abbildung 7.1 ersichtlich, kommt der größte Teil der Patientinnen und Patienten in die **ambulanten Einrichtungen** aufgrund einer Problematik mit Alkohol (43,6 %). Die nächsten Gruppen bilden Opiatabhängige mit 29,0 % und Menschen mit einer Hauptsuchtdiagnose Cannabis (16,0 %). Das Verhältnis der drei größten Patientengruppen in den **stationären Einrichtungen** verteilt sich ähnlich (41,9 % / 24,3 % / 17,8 %). Weitere häufige **Hauptdiagnosen** sind Probleme aufgrund des Konsums von Kokain (bzw. Crack: ambulant 4,9 % / stationär 7,7 %) und Stimulanzien (MDMA³³ und verwandte Substanzen, Amphetamine, Ephedrin, Ritalin etc.: ambulant 1,9 % / stationär 5,5 %). Pathologisches Glücksspiel stellt den sechsten großen Hauptdiagnosebereich dar (ambulant 2,7 % / stationär 0,3 %). Zu den weiteren Hauptsuchtdiagnosen (in der Abbildung 7.1 unter „sonstige“ zusammengefasst) zählen Sedativa/Hypnotika, Tabak, andere psychotrope Substanzen, Halluzinogene und flüchtige Lösungsmittel (vgl. Abbildung 7.1).

Alkohol häufigster Grund für die Inanspruchnahme der Suchthilfe

Abbildung 7.1: Verteilung der Hauptsuchtdiagnosen der in ambulanter und stationärer Suchthilfe Betreuten in Berlin 2009



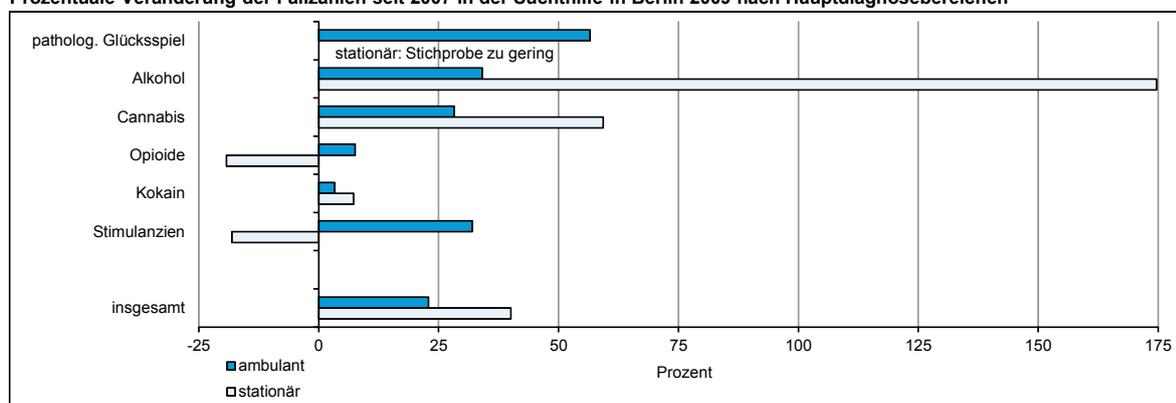
(Datenquelle: Institut für Therapieforschung München / Darstellung: SenGesUmV - I A -)

³³ 3,4-Methylenedioxy-N-methylamphetamin.

Im **Vergleich zu den früheren Jahren** hat sich im stationären Bereich seit 2008 eine starke Verschiebung ergeben, da sich in diesem Jahr mit der Vivantes Hartmut-Spittler-Klinik erstmals eine große stationäre Alkoholtherapieeinrichtung an der Dokumentation des KDS beteiligte. In den Jahren zuvor lag der Anteil der Patientinnen und Patienten mit der Hauptdiagnose Alkoholabhängigkeit in stationären Einrichtungen nur bei rd. 20 %. Dennoch ist davon auszugehen, dass die Zahl der in Berliner stationären Einrichtungen Betreuten im Vergleich zum Bundesdurchschnitt noch nicht die tatsächliche Behandlungsnachfrage abbildet, da im Bundesdurchschnitt der Anteil der Alkoholpatientinnen und -patienten in stationären Suchthilfeeinrichtungen bei rd. 70 % liegt.

Die längsschnittliche Veränderung seit dem Jahr 2007 (Einführung des neuen Deutschen Kernsatzes) zeigt eine Zunahme der Inanspruchnahme der Berliner Suchthilfe im ambulanten Bereich um 22,9 % und in stationären Einrichtungen um 40,1 %. Diese Veränderungen und die für die jeweiligen Substanzgruppen werden in der Darstellung der Abbildung 7.2 deutlich. Im Hinblick auf die Zunahme im stationären Bereich und vor allem hinsichtlich der stark gestiegenen Fallzahlen wegen alkoholbezogener Störungen ist die oben erwähnte erstmalige Beteiligung der stationären Vivantes-Alkoholtherapieeinrichtung an der Dokumentation des KDS zu berücksichtigen.

Abbildung 7.2:
Prozentuale Veränderung der Fallzahlen seit 2007 in der Suchthilfe in Berlin 2009 nach Hauptdiagnosebereichen



(Datenquelle: Institut für Therapieforchung München / Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Substanzbezogene Komorbiditäten

In der Systematik des KDS werden neben den Hauptdiagnosen auch Einzeldiagnosen für alle Substanzen vergeben, die zusätzlich zur primären Problematik in schädlicher oder abhängiger Weise konsumiert werden. Das ermöglicht die Beurteilung weiterer Suchtprobleme der Patientinnen und Patienten und die Analyse von Konsummustern.

Die Auswertung zeigt, dass bei den Betroffenen mit einer vorwiegenden **Alkoholproblematik** der Konsum von weiteren Substanzen eine untergeordnete Rolle spielt. Lediglich der Konsum von Tabak (ambulant 28,1 % / stationär 80,9 %) und Cannabis (ambulant 10,9 % / stationär 26,2 %) spielt bei dieser Gruppe zusätzlich eine große Rolle.

Opioidabhängige oft wegen des Konsums weiterer Substanzen erheblich belastet

Bei **Opioidabhängigen** wurde wie auch in den Vorjahren sowohl in ambulanten als auch stationären Einrichtungen die größte Zahl ergänzender substanzbezogener Störungen diagnostiziert. Bei einem großen Teil der Betroffenen mit einer primären opioidbezogenen Störung liegt auch noch eine Einzeldiagnose aufgrund des Konsums von Tabak vor (ambulant 63,4 % / stationär 77,7 %). Darüber hinaus spielen bei dieser Patientengruppe ergänzende Störungen aufgrund des Konsums von Cannabis (ambulant 38,0 % / stationär 54,1 %), Kokain (ambulant 31,0 % / stationär 47,7 %), Alkohol (ambulant 28,8 % / stationär 45,9 %) und Benzodiazep-

pinen (ambulant 20,7 % / stationär 27,9 %) eine wichtige Rolle und unterstreichen die erhebliche Mehrfachbelastung, der diese Personengruppe allein aufgrund des Konsums verschiedener Substanzen unterliegt. Außerdem werden von nennenswerten Anteilen der Klientel mit einer primären Opioidproblematik auch Amphetamine (ambulant 9,2 % / stationär 25,4 %), MDMA (ambulant 5,0 % / stationär 18,0 %) und LSD (ambulant 3,5 % / stationär 12,4 %) in problematischer Weise gebraucht, so dass es zur Vergabe entsprechender Einzeldiagnosen kommt.

Altersstruktur

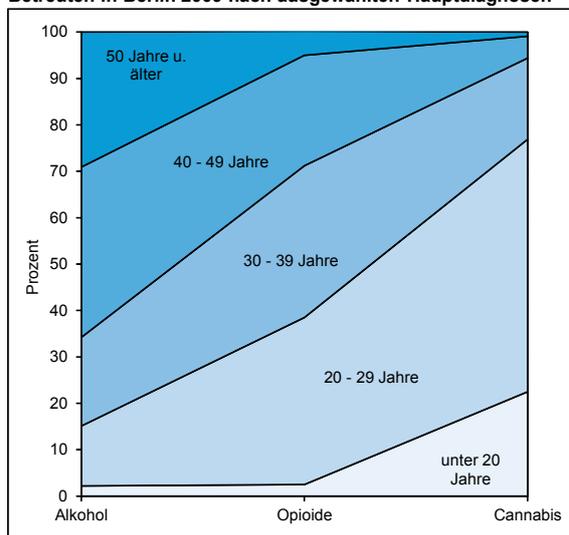
Das **Durchschnittsalter** der Patientinnen und Patienten variiert erheblich zwischen den Substanzgruppen. Betroffene mit Störungen aufgrund des Konsums von Cannabis sind die durchschnittlich jüngsten (Durchschnittsalter ambulant: 25 Jahre; stationär: 26 Jahre), gefolgt von Patientinnen und Patienten mit Problemen im Zusammenhang mit Stimulanzien (ambulant 29 Jahre; stationär: 27 Jahre). Die wegen Kokainkonsums Betreuten waren im Durchschnitt 32 Jahre alt (ambulant und stationär). Betroffene mit einem primären Problem aufgrund des Konsums von Opioiden waren im Schnitt 34 Jahre (ambulant) bzw. 31 Jahre (stationär) alt. Die beiden durchschnittlich ältesten Gruppen sind die der wegen pathologischen Glücksspiels (ambulant und stationär 38 Jahre) bzw. wegen Alkoholkonsums (ambulant 43 Jahre, stationär 42 Jahre) Betreuten.

Durchschnittsalter
am niedrigsten
bei Personen mit
Cannabiskonsum

Da jedoch das Durchschnittsalter keinen Hinweis auf die **Verteilung der Altersgruppen** ergibt, soll im Folgenden kurz auf die jeweils größten Gruppen der Hauptdiagnosen Alkohol, Opioiden und Cannabis in den ambulanten Einrichtungen eingegangen werden.

Die Alkoholpatientinnen und -patienten sind zu rd. 50 % zwischen 40 und 54 Jahre alt (zwischen 14 und 20 % je Fünferaltersgruppe). Immerhin noch einen Anteil von 10,9 % machen die 35- bis 39-Jährigen aus, die übrigen Altersklassen verteilen sich auf die restlichen rd. 40 %.

Abbildung 7.3:
Altersverteilung bei den in der ambulanten Suchthilfe
Betreuten in Berlin 2009 nach ausgewählten Hauptdiagnosen



(Datenquelle: Institut für Therapieforschung München / Darstellung: SenGesUmw - I A -)

Bei den wegen Opioidkonsums Betreuten sind die Altersgruppen von 20 - 24 bis 40 - 44 Jahren am stärksten vertreten mit Prozentanteilen zwischen 14 und 22 %, insgesamt sind 84 % der Opioidabhängigen in ambulanter Behandlung im Alter von 20 bis 44 Jahren.

Mehr als die Hälfte (54 %) der ambulant betreuten Cannabiskonsumtinnen und -konsumenten sind zwischen 20 und 30 Jahre alt, weitere 12 % gehören der Altersgruppe 30 - 34 Jahre an. 23 % der wegen Cannabiskonsums Betreuten sind unter 20 Jahre alt, darunter 11 % Minderjährige und 12 % 18- bis 19-Jährige. Im Gegensatz dazu sind bei den übrigen Substanzen Patientinnen und Patienten dieses jungen Alters fast gar nicht vertreten (vgl. Abbildung 7.3).

Beziehungsstatus

Nach wie vor ist ein erheblicher Teil der Betroffenen nahezu aller Hauptdiagnosegruppen **alleinstehend**. Unter den Betreuten mit einer primären Alkohol-, Opioid- oder Kokainproblematik trifft dies auf etwa jeden zweiten zu. Unter den stationär Behandelten sind die Anteile der Alleinstehenden im Vergleich zum ambulanten Segment mit Ausnahme von stimulanzenbezogenen Störungen

höher. Da die Cannabispatientinnen und -patienten zum Teil noch sehr jung sind (vgl. oben den Abschnitt „Altersstruktur“), ist davon auszugehen, dass sie zwar nicht in fester Partnerschaft, aber dennoch häufig in festen sozialen Bezügen (Familie) leben.

Berufliche Integration

In Verbindung mit anderen Indikatoren wie z. B. den Informationen zum Beziehungsstatus liefert die berufliche Integration ergänzende Hinweise zum Grad der sozialen Exklusion der behandelten Personengruppen.

Der höchste Anteil **erwerbsloser Personen** findet sich unter den betreuten Opioid- (ambulant 68,3 %, stationär 65,5 %) und Stimulanzienkonsumenten (ambulant 52,8 %; stationär 76,5 %), gefolgt von Patientinnen und Patienten mit primären Cannabisproblemen (ambulant 48,7 %, stationär 62,4 %) und Alkoholstörungen (ambulant 47,3 %, stationär 60,1 %). Unter den Betreuten mit einem primären Problem im Zusammenhang mit dem Konsum von Kokain sind die Vergleichswerte etwas geringer (ambulant 44,4 %, stationär 48,6 %). Die niedrigste Quote Erwerbsloser findet sich in der Gruppe der pathologischen Glücksspieler (ambulant 38,3 %, stationär Stichprobe zu gering).

Suchthilfeklientel in Berlin häufiger von Arbeitslosigkeit betroffen als bundesweit

Ein **Vergleich der Berliner Daten** zur beruflichen Integration mit den Daten der Deutschen Suchthilfestatistik für Deutschland zeigt, dass für alle Hauptdiagnosegruppen sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich in Berlin der Anteil der Erwerbspersonen geringer und jener der Erwerbslosen größer war als im Bundesschnitt. Insgesamt stehen diese

Ergebnisse in Übereinstimmung mit einer allgemein erhöhten Arbeitslosigkeit in Berlin, die nach Angaben der Bundesagentur für Arbeit im Beobachtungszeitraum 2009 bei 14,1 % und damit um ca. 6 Prozentpunkte über dem Bundesdurchschnitt lag. Bis auf Opioide und Kokain liegen alle weiteren Substanzgruppen deutlich über dieser Differenz von 6 Prozentpunkten, sodass man davon ausgehen muss, dass sich die allgemein erhöhte Arbeitslosigkeit in Berlin in noch stärkerem Ausmaß auf diese Personengruppen auswirkt. Die im Vergleich zu anderen Substanzgruppen geringeren Unterschiede zwischen Berliner und Bundesergebnissen für Opioide könnten auch dadurch bedingt sein, dass im Bundesdurchschnitt die Erwerbslosigkeitsrate von Patientinnen und Patienten mit opioidbezogenen Störungen ein dermaßen hohes Niveau erreicht hat (ambulant 61 %; stationär 60 %), dass dies durch die erhöhte Arbeitslosigkeit in Berlin kaum noch steigerbar ist. Die vergleichbaren Ergebnisse für Kokain könnten auch damit zu tun haben, dass Kokain aufgrund seines hohen Marktpreises eine etwas andere Zielgruppe anspricht, die weniger von Arbeitslosigkeit betroffen ist als andere Suchtgruppen.

Schulabschluss

Patientinnen und Patienten mit den Hauptdiagnosen Alkohol und pathologisches Spielen weisen das höchste Bildungsniveau auf, während die Patientengruppen mit Störungen aufgrund des Konsums der illegalen Substanzen Kokain, Cannabis, Stimulanzien und Opioide wesentlich geringere Bildungsgrade aufweisen.

Im **Vergleich** zur bundesdeutschen Suchthilfestatistik zeigt sich, dass in Berlin eine tendenziell bessere schulische Qualifikation der Betroffenen zu beobachten ist.

Wohnsituation

Auch die Wohnsituation (hier jeweils in den letzten sechs Monaten vor der Betreuung) gibt Hinweise auf die soziale Situation der Patientinnen und Patienten. Unabhängig von der Hauptsuchtdiagnose zeigt eine Analyse der Wohnsituation der Betroffenen, dass der überwiegende Anteil der Behandelten **selbständig wohnt**. Ein weiterer relevanter Anteil Betreuer wohnt bei anderen Personen wie Familie oder Freunden.

Bei einigen Störungsgruppen (vor allem bei den illegalen Substanzen) entfällt ein nicht unerheblicher Anteil auf Personen, die in **Justizvollzugsanstalten** untergebracht sind, wobei dieser Wert bei kokainbezogenen Störungen am höchsten ist (ambulant 21,2 %, stationär 28,2 %). Mit Ausnahme von alkoholbezogenen Störungen (ambulant 4,5 %; stationär 7,9 %) entfallen bei den anderen Störungen noch deutliche Anteile auf Patientinnen und Patienten, die **bei anderen Personen untergebracht** sind, wobei diese Wohnsituation am stärksten bei den cannabisbezogenen Störungen ausgeprägt ist (ambulant 22,5 %; stationär 23,8 %). Dies ist mit der jüngeren Klientel zu erklären, d. h. ein Großteil der wegen Cannabiskonsums Behandelten wohnt noch bei den Eltern.

kokainbezogene Suchthilfe betrifft zu einem erheblichen Teil Häftlinge in Justizvollzugsanstalten

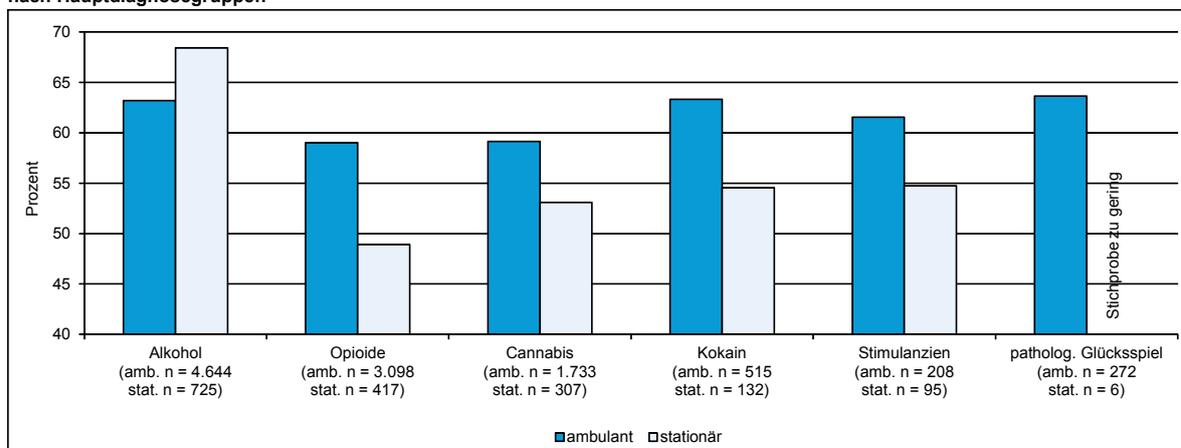
Behandlungsauflagen

Behandlungsauflagen stehen in der Regel in Zusammenhang mit gerichtlichen Verfahren im Bereich des Konsums illegaler Substanzen; bei den Auflagen für **Abhängige illegaler Drogen** finden meist die §§ 35 ff. Betäubungsmittelgesetz „Therapie statt Strafe“ Anwendung. Entsprechend selten sind solche Behandlungsauflagen bei Patientinnen und Patienten wegen Alkoholkonsums und pathologischen Glücksspiels zu finden. Innerhalb der Gruppe illegale Drogen erhalten für die ambulante Behandlung am häufigsten Betroffene mit der Hauptdiagnose Kokain gerichtliche Auflagen (31,3 %), bei einem stationären Aufenthalt sind es 47,4 %. In den ambulanten Einrichtungen hat die Cannabisklientel zu 19,3 % und die Opioidklientel zu 28,8 % gerichtliche Auflagen. In den stationären Einrichtungen trifft das auf 29,7 % der Betroffenen mit einer Hauptsuchtdiagnose Cannabis und mehr als die Hälfte (51,9 %) der Opioidpatientinnen und -patienten zu, die damit im stationären Bereich den höchsten Anteil mit angeordneten Behandlungsauflagen aufweisen.

Behandlungserfolg

Als ein Indikator für den Behandlungserfolg wurde die Planmäßigkeit der Beendigung der Betreuung erfasst. Dabei zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, aber nur geringe Unterschiede zwischen den Störungsgruppen. Durchweg sind die **planmäßigen Beendigungen** im stationären Bereich geringer als im ambulanten, nur die Behandlungen Alkoholabhängiger wurden bei stationärer Therapie häufiger planmäßig beendet als bei ambulanter (vgl. Abbildung 7.4).

Abbildung 7.4:
Anteil planmäßiger Beendigungen der Betreuung in ambulanter und stationärer Suchthilfe in Berlin 2009 nach Hauptdiagnosegruppen



(Datenquelle: Institut für Therapieforschung München / Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Im **Vergleich** mit den Daten der Deutschen Suchthilfestatistik für Deutschland zeigt sich, dass in Berlin im ambulanten Bereich höhere Planmäßigkeitsraten bei Opioiden und bei pathologischem Glücksspiel (jeweils +7 %-Punkte) als im Bundesschnitt zu verzeichnen waren. Im stationären Bereich

waren hingegen in Berlin durchweg geringere Planmäßigkeitsraten als im Bundesdurchschnitt zu beobachten (Alkohol -15; Opioide -4; Cannabis und Kokain jeweils -5 und Stimulanzien -8 %-Punkte; bei pathologischem Glücksspiel war die Stichprobe im stationären Bereich zu gering).

weitaus höherer
Behandlungserfolg
nach planmäßiger
Therapiebeendigung

Betrachtet man den **Behandlungserfolg** über alle Hauptdiagnosegruppen, zeigt sich, dass eine planmäßige Beendigung der Therapie mit einem höheren Behandlungserfolg assoziiert ist, während eine unplanmäßige Beendigung mit einem niedrigeren Behandlungserfolg verknüpft ist. Dabei kamen zu einem positiven Ergebnis der Therapie 73,6 % der ambulant und 84,5 % der stationär Behandelten, die die Therapie planmäßig beendeten. Bei denjenigen, deren Therapie unplanmäßig beendet wurde, kamen etwas weniger als ein Drittel (31,7 %) der ambulanten und nicht mal ein Fünftel (18,5 %) der stationären Patientinnen und Patienten zu einem positiven Therapieergebnis.

7.3.2 Regionale Verteilung der Suchthilfeklientel

Für die Analyse des Suchthilfesystems ist es von großer Bedeutung, wie sich die Berliner Abhängigen in der Stadt verteilen. Durch die Möglichkeit, Wohnort sowie Behandlungsort entsprechend den Hauptdiagnosen zu ermitteln, gelingt es, Aussagen über die Belastung der jeweiligen Bezirke mit Suchtmittelabhängigen zu treffen. Tabelle 7.1 gibt einen Überblick über Fallzahlen und Prävalen-

Tabelle 7.1:
Fallzahlen und Behandlungsprävalenzen (Behandelte pro 1.000 Einwohner) in der Suchthilfe in Berlin 2009
nach ausgewählten Hauptdiagnosen und Bezirken

Bezirk / Segmentierung	Behandelte ¹⁾ mit der Hauptdiagnose ...														
	Alkohol			Opioide			Cannabis			Kokain			Path. Spielen		
	abs.	je t. E. ²⁾	Rang	abs.	je t. E. ²⁾	Rang	abs.	je t. E. ²⁾	Rang	abs.	je t. E. ²⁾	Rang	abs.	je t. E. ²⁾	Rang
Mitte	522	1,62	8	1215	3,76	1	301	0,93	2	169	0,52	1	37	0,11	5
Friedrichshain- Kreuzberg	246	0,94	11	550	2,11	3	230	0,88	3	99	0,38	3	17	0,07	10
Pankow	918	2,59	3	410	1,16	8	264	0,74	6	97	0,27	5	21	0,06	12
Charlottenburg- Wilmerdorf	531	1,71	7	427	1,38	6	271	0,87	4	118	0,38	3	35	0,11	5
Spandau	434	2,01	4	360	1,67	4	170	0,79	5	42	0,19	6	35	0,16	1
Steglitz- Zehlendorf	399	1,39	9	197	0,69	12	207	0,72	7	53	0,18	9	26	0,09	8
Tempelhof- Schöneberg	441	1,35	10	433	1,33	7	233	0,71	8	63	0,19	6	25	0,08	9
Neukölln	565	1,87	5	1108	3,66	2	363	1,2	1	126	0,42	2	44	0,15	3
Treptow-Köpenick	419	1,78	6	183	0,78	11	114	0,49	12	31	0,13	11	25	0,11	5
Marzahn- Hellersdorf	920	3,74	1	228	0,93	10	156	0,63	10	18	0,07	12	40	0,16	1
Lichtenberg	793	3,16	2	395	1,57	5	163	0,65	9	35	0,14	10	34	0,14	4
Reinickendorf	60	0,25		280	1,16	8	149	0,62	11	47	0,19	6	17	0,07	10
Geografische Segmentierungs- tendenz ³⁾		3,98 ⁴⁾			5,45			2,45			7,43			2,67	

Farbliche Hervorhebung hell: niedrigster Wert der Spalte.

Farbliche Hervorhebung dunkel: höchster Wert der Spalte.

¹⁾ Personen mit Abhängigkeit (ohne Personen mit schädlichem Gebrauch), n = 16.338; 7.744 Fälle konnten nicht zugeordnet werden.

²⁾ Je 1.000 Einwohner.

³⁾ Verhältnis aus der höchsten und der niedrigsten Behandlungsprävalenz.

⁴⁾ Ohne Berücksichtigung von Reinickendorf (vgl. dazu unten den Abschnitt "Behandlungsprävalenz für alkoholbezogene Störungen").

(Datenquelle: Institut für Therapieforchung München)

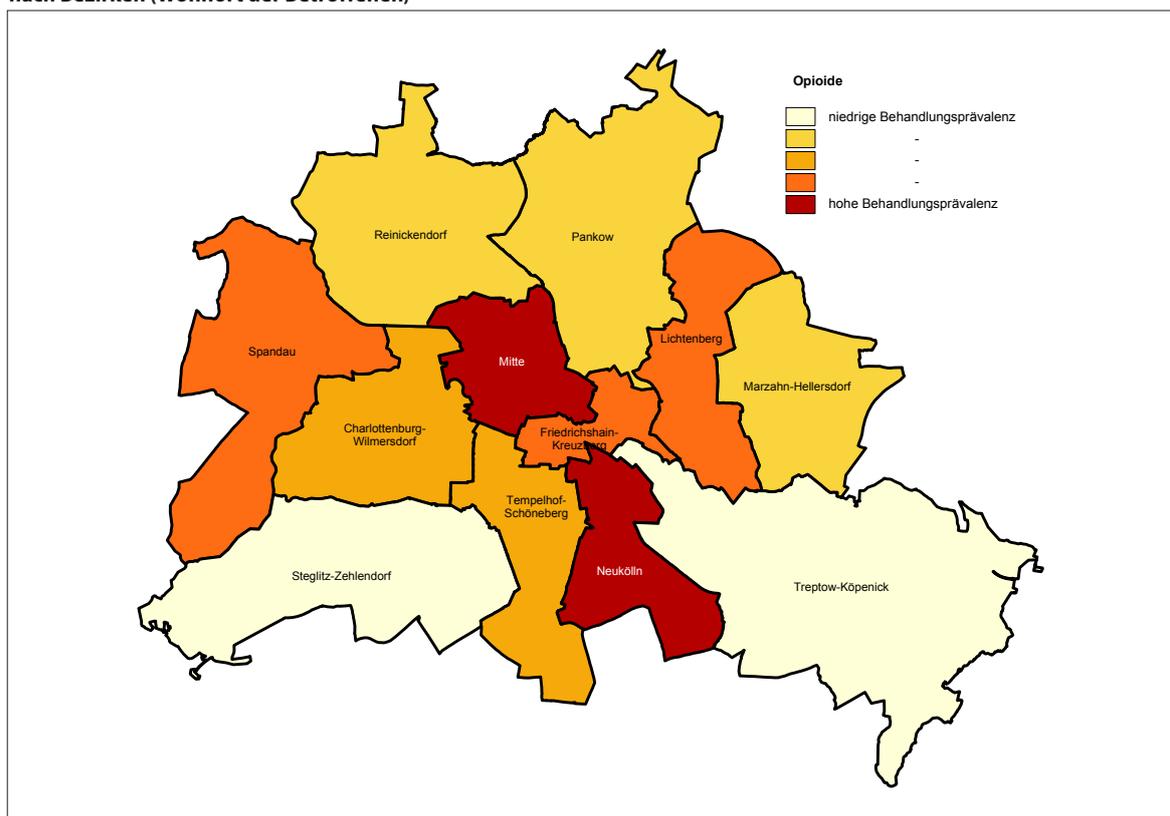
zen in den Berliner Bezirken von Behandelten, die in Abhängigkeit ihres Suchtverhaltens stehen, deren Verteilung im Stadtgebiet (nach Wohnort der Betroffenen) im Folgenden erläutert und in Karten dargestellt wird. Bei Betrachtung der kartografischen Darstellungen ist zu beachten, dass die Vergleichbarkeit der Hauptdiagnosen ausschließlich für die Verteilung auf die Bezirke gegeben ist, nicht hingegen für die Höhe der Behandlungsprävalenzen.

Behandlungsprävalenz für Opioidabhängigkeit

Der geografischen Verteilung von opioidbezogenen Störungen kommt besondere Bedeutung zu, da mit diesen Störungen die größten gesellschaftlichen und gesundheitsrelevanten Probleme verbunden sind.

Abbildung 7.5 verdeutlicht die Behandlungsprävalenz (Behandelte pro 1.000 Einwohner) in den Berliner Bezirken für die Klientel mit der Hauptdiagnose Opioidabhängigkeit. **Besonders stark belastet** sind die Bezirke Mitte (3,76 je 1.000 Einwohner) und Neukölln (3,66 je 1.000) sowie in etwas geringerem Umfang die Bezirke Friedrichshain-Kreuzberg (2,11 je 1.000) Spandau (1,67 je 1.000) und Lichtenberg (1,57 je 1.000). Am wenigsten belastet ist der Bezirk Steglitz-Zehlendorf (0,69 je 1.000 Einwohner).

Abbildung 7.5:
Behandlungsprävalenz von Personen mit der Hauptsuchtdiagnose Opioidabhängigkeit 2009 in Berlin nach Bezirken (Wohnort der Betroffenen)



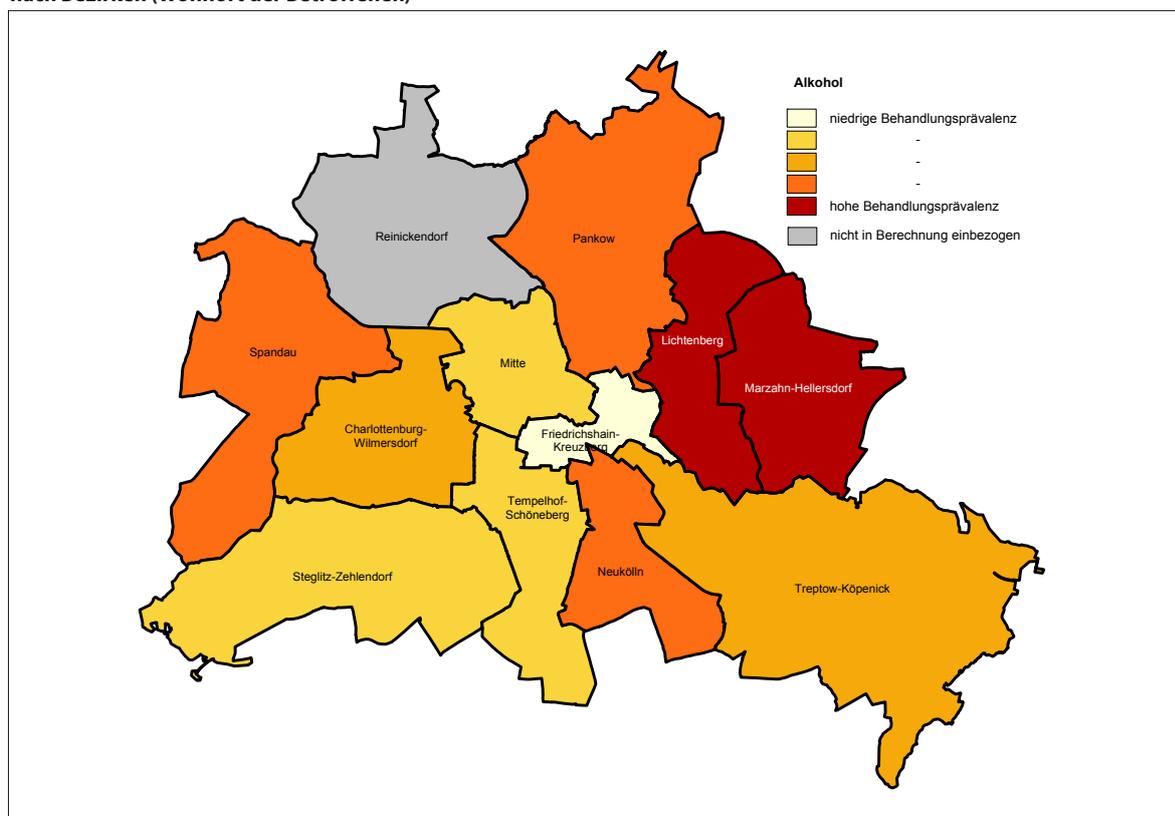
(Datenquelle: Institut für Therapieforschung München / Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Behandlungsprävalenz für alkoholbezogene Störungen

Es zeigt sich im Gegensatz zu opioidbezogenen Störungen, dass die Behandlungsprävalenz alkoholbezogener Störungen **gleichmäßiger über die Stadt verteilt** ist, wobei die Bezirke mit den höchsten Raten im östlichen Teil der Stadt zu finden sind. Aus dem Rahmen fällt der Bezirk Reinickendorf, dessen niedrige Behandlungsprävalenz (0,25 je 1.000) allerdings nicht die Realität im

Bezirk widerspiegelt: Dieser niedrige Wert ist insbesondere darauf zurückzuführen, dass die einzige spezialisierte Beratungsstelle „Rettungsring e. V.“ sich nach wie vor nicht an der Suchthilfestatistik beteiligt und daher deren Klientel in der Statistik fehlt. Es ist davon auszugehen, dass die meisten Betreuten dieser Beratungsstelle auch im Bezirk wohnen, aber nur die in Reinickendorf wohnenden Alkoholklientinnen und -klienten der Drogenberatung Nord in die Jahresstatistiken eingehen. Besonders stark belastet von alkoholbezogenen Problemen ist die Bevölkerung in den Bezirken Marzahn-Hellersdorf (3,74 je 1.000 Einwohner) und Lichtenberg (3,16 je 1.000); weitere Bezirke mit hoher Behandlungsprävalenz sind Pankow (2,59 je 1.000) und Spandau (2,01 je 1.000), die niedrigste Rate alkoholbezogener Suchthilfefälle ist in Friedrichshain-Kreuzberg zu beobachten (vgl. Abbildung 7.6).

Abbildung 7.6:
Behandlungsprävalenz für alkoholbezogene Störungen 2009 in Berlin
nach Bezirken (Wohnort der Betroffenen)

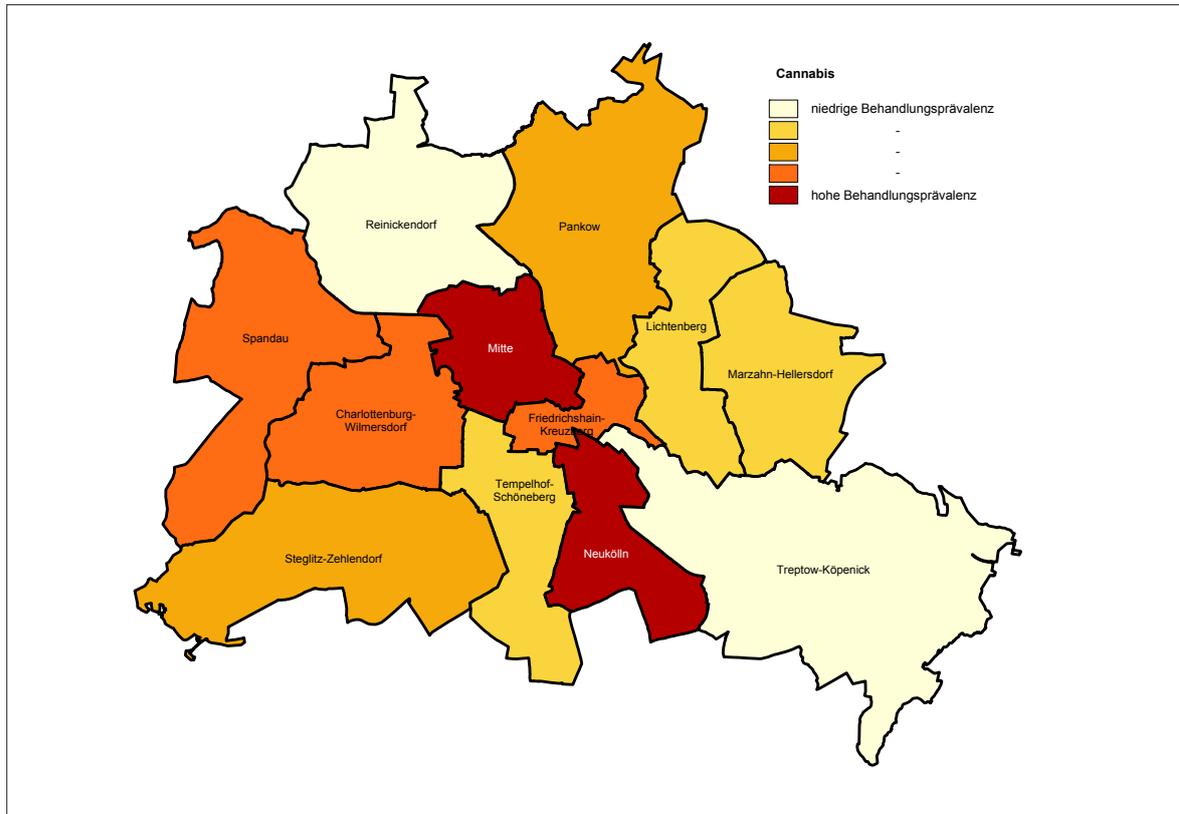


(Datenquelle: Institut für Therapieforschung München / Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Behandlungsprävalenz für cannabisbezogene Störungen

Abbildung 7.7 veranschaulicht die Behandlungsprävalenz für cannabisbezogene Störungen (Abhängigkeit) in Berlin für das Jahr 2009. Die grafische Analyse zeigt, dass in Neukölln (1,2 je 1.000 Einwohner) und Mitte (0,93 je 1.000) die höchsten Behandlungsnachfragen zu beobachten sind, gefolgt von Friedrichshain-Kreuzberg (0,88 je 1.000), Charlottenburg-Wilmersdorf (0,87 je 1.000), und Spandau (0,79 je 1.000). Eine besonders niedrige Behandlungsprävalenz zeigte sich in Treptow-Köpenick (0,49 je 1.000 Einwohner), die um mehr als die Hälfte geringer ist als in Neukölln. Cannabis ist jene Substanz, die am wenigsten zur lokalen Brennpunktbildung neigt und deren Konsum somit als **am gleichmäßigsten über Berlin verteilt** erachtet werden kann.

Abbildung 7.7:
Behandlungsprävalenz für cannabisbezogene Störungen 2009 in Berlin
nach Bezirken (Wohnort der Betroffenen)



(Datenquelle: Institut für Therapieforschung München / Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Behandlungsprävalenz für kokainbezogene Störungen

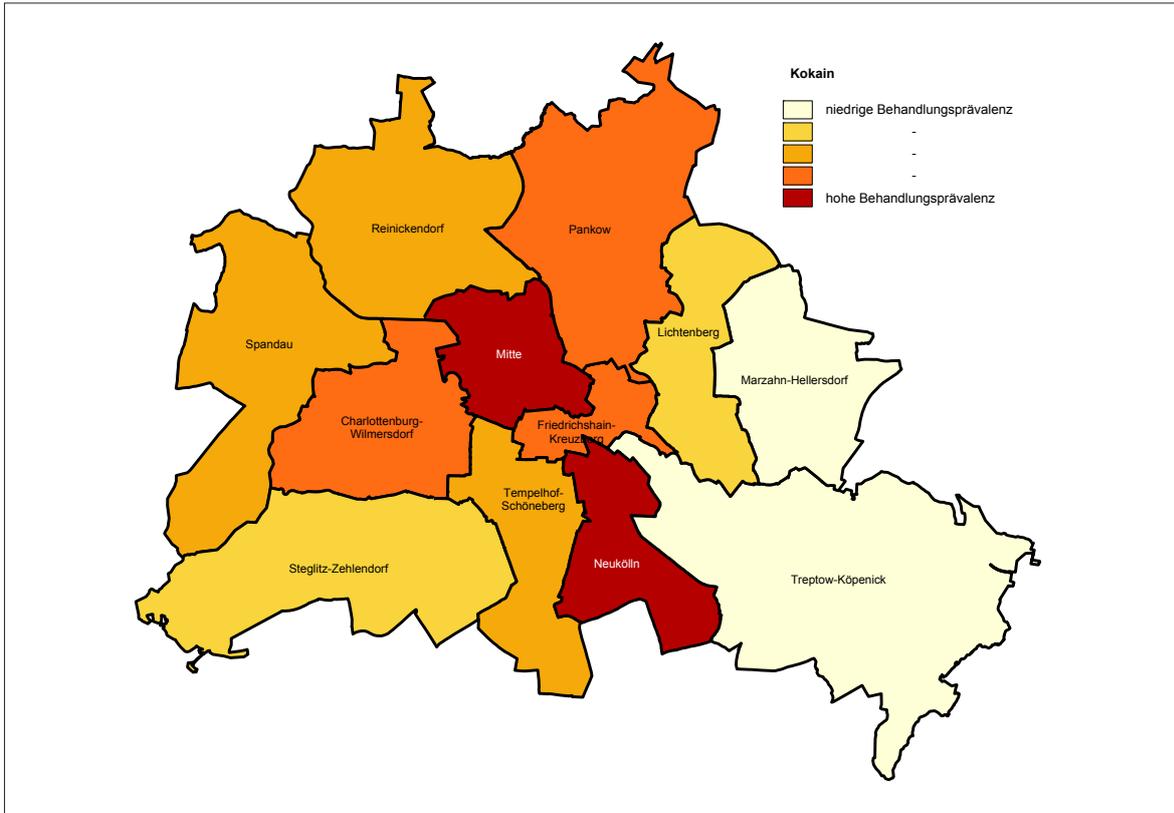
Den Erkenntnissen der Studie zufolge ist Kokain jene illegale Substanz, die nach den Opioiden und im Gegensatz zur Verbreitung des Cannabiskonsums am ehesten dazu tendiert, **lokale Schwerpunkte** zu bilden. Die höchste Behandlungsprävalenz für kokainbezogene Störungen zeigte sich im Jahr 2009 in den Bezirken Mitte (0,52 je 1.000 Einwohner) und Neukölln (0,42 je 1.000). Darüber hinaus sind hohe Behandlungsprävalenzen in Charlottenburg-Wilmersdorf, Friedrichshain-Kreuzberg (jeweils 0,38 je 1.000) und Pankow (0,27 je 1.000) zu beobachten. Besonders gering war die Behandlungsprävalenz in Marzahn-Hellersdorf, die mit 0,07 je 1.000 Einwohner um mehr als das Siebenfache geringer ist als in Mitte.

Mit der Konzentration auf die Bezirke Mitte, Neukölln und in etwas geringerem Maß Friedrichshain-Kreuzberg weist das grafische Verbreitungsmuster kokainbezogener Störungen in Berlin eine starke Ähnlichkeit mit jenen von Opioiden und - mit weitaus geringeren Unterschieden zwischen den Bezirken - von Cannabis auf (vgl. Abbildung 7.8).

Behandlungsprävalenz für pathologisches Glücksspiel

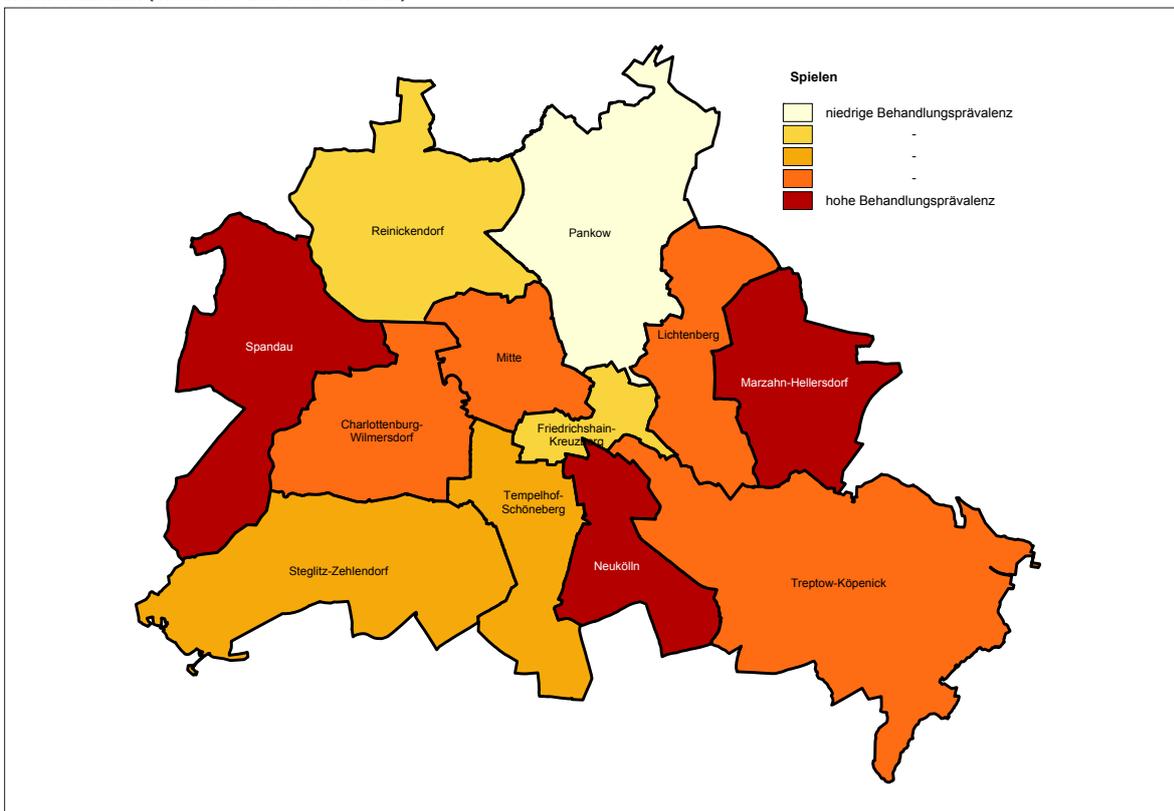
Die geografische Verteilung von Störungen im Zusammenhang mit pathologischem Glücksspiel in einer Großstadt sind von besonderem Interesse, da noch relativ wenig Erkenntnisse über soziologische und milieuspezifische Verbreitungsmuster dieser Störungen vorliegen. Aufgrund der leichten Zugänglichkeit vieler Glücksspielarten würde man im Gegensatz zu illegalen Drogen bei pathologischem Glücksspiel von einer geringeren lokalen Brennpunktneigung ausgehen.

Abbildung 7.8:
Behandlungsprävalenz für kokainbezogene Störungen 2009 in Berlin
nach Bezirken (Wohnort der Betroffenen)



(Datenquelle: Institut für Therapieforschung München / Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Abbildung 7.9:
Behandlungsprävalenz für pathologisches Glücksspiel 2009 in Berlin
nach Bezirken (Wohnort der Betroffenen)



(Datenquelle: Institut für Therapieforschung München / Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Abbildung 7.9 veranschaulicht die geografische Verteilung der Behandlungsprävalenz für pathologisches Glücksspiel im Jahr 2009. Die Analyse zeigt, dass die höchste Behandlungsprävalenz in Marzahn-Hellersdorf, Spandau (jeweils 0,16 je 1.000 Einwohner), Neukölln (0,15 je 1.000) und Lichtenberg (0,14 je 1.000) zu verzeichnen ist. Die geringste Behandlungsprävalenz war in Pankow mit 0,06 je 1.000 Einwohner zu beobachten, was in etwa einer zweieinhalbfach geringeren Behandlungswahrscheinlichkeit der Einwohner dieses Bezirks gegenüber Marzahn-Hellersdorf bzw. Spandau gleichkommt. Damit weist pathologisches Glücksspiel eine wie erwartet **geringe lokale Brennpunktneigung** auf.

Fazit regionale Behandlungsprävalenz

Die Auswertungen der regionalen Verteilungen zeigen, dass die verschiedenen Substanzen unterschiedliche Behandlungsprävalenzen in den Bezirken aufweisen. Als **Indikator für die Stärke der geografischen Schwerepunktbildung** einer Störung wurde das Verhältnis der Behandlungsprävalenz des Bezirks mit der höchsten Therapienachfrage zu dem Bezirk mit der geringsten Therapienachfrage („geografische Segmentierungstendenz“) herangezogen. Dabei zeigte sich, dass kokainbezogene Störungen am stärksten zur geografischen Segmentierung tendieren mit einer etwa 7-fach höheren Therapieprävalenz in Mitte als in Marzahn-Hellersdorf. Eine ebenfalls starke Neigung zur Brennpunktbildung war bei opioidbezogenen Störungen zu erkennen, deren Behandlungsprävalenz in Mitte mehr als 5-fach höher lag als die in Steglitz-Zehlendorf. Im Gegensatz dazu wiesen die Behandlungsprävalenzen der übrigen betrachteten Suchtbereiche keine Segmentierungstendenzen auf mit Werten von 2,45 für Cannabis und 2,67 für pathologisches Glücksspiel, sie können damit als gleichmäßiger über den urbanen Lebensraum in Berlin verteilt erachtet werden als der Kokain- und Opioidkonsum. Auch für alkoholbezogene Störungen kann von einer annähernd gleichen Verteilung über alle Bezirke ausgegangen werden, denn ohne die Berücksichtigung von Reinickendorf (vgl. oben den Abschnitt „Behandlungsprävalenz für alkoholbezogene Störungen“) ergibt sich eine Segmentierungstendenz von 3,98 (Marzahn-Hellersdorf mit einer Prävalenz von 3,74 zu Friedrichshain-Kreuzberg mit 0,94 je 1.000 Einwohner).

Belastung der Berliner Bezirke durch illegale Drogen bzw. durch Alkohol und pathologisches Glücksspiel

Um überprüfen zu können, welche der **Behandlungsprävalenzmuster** sich ähneln, wurde von den Autoren des Berliner Suchthilfeberichts die Möglichkeit der Korrelationsrechnung und der Faktorenanalyse genutzt. Dabei zeigte sich, dass einerseits die Behandlungsprävalenzen für Alkohol und pathologisches Glücksspiel ($r=0,61$) und andererseits die Behandlungsprävalenzen der illegalen Drogen ($0,39 < r < 0,83$) hoch miteinander korrelieren, dagegen Alkohol und pathologisches Glücksspiel mit den Behandlungsprävalenzen der illegalen Drogen nicht oder negativ korrelieren (Ausnahme: pathologisches Glücksspiel und Stimulanzen, $r=0,51$). Diese scheinbare Zweiteilung nach der Legalität wird durch die Ergebnisse einer Hauptkomponentenanalyse gestützt, die klar darauf hindeuten, dass sich einerseits die geografischen Verteilungsmuster der Behandlungsprävalenzen illegaler Drogen (Opioide, Cannabis, Kokain, Stimulanzen) stark ähneln und andererseits die von Alkohol und pathologischem Glücksspiel vergleichbar sind.

ähnliche Behandlungsprävalenzmuster jeweils für legale bzw. illegale Drogen zu beobachten

Diese Analysen gestatten es, ein **Ranking der Bezirke** hinsichtlich ihrer Belastung durch diese beiden Abhängigkeitsfaktoren (illegale Substanzen / Alkohol und pathologisches Glücksspiel) darzustellen. Der am stärksten belastete Bezirk ist Neukölln, das bei den illegalen Drogen auf dem ersten Platz ist und bei Alkohol und pathologischem Glücksspiel den zweiten Rang einnimmt. Was die „legalen“ Abhängigkeitsproblematiken Alkohol und pathologisches Glücksspiel anlangt, ist der führende Bezirk Marzahn-Hellersdorf, wobei dort illegale Drogen eine geringe Rolle spielen (Rang 11). Die geringste Gesamtbelastung entsteht in den Bezirken Steglitz-Zehlendorf und

Reinickendorf, wobei darauf hinzuweisen ist, dass die Aussagekraft für Reinickendorf aus den oben dargestellten Gründen erheblich eingeschränkt ist. Aus Tabelle 7.2 können die Belastungen in den jeweiligen Bezirken im Einzelnen ersehen werden.

7.4 Die Patientenbeauftragte für Berlin

Seit November 2004 ist in Berlin das Amt der Patientenbeauftragten auf Landesebene installiert. Zu ihren Aufgaben gehört es, Kompetenzen und Erfahrungen von Patientinnen und Patienten für eine Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung nutzbar zu machen. Dazu werden Anfragen und Beschwerden aufgenommen und ausgewertet.

Die Ergebnisse dieser Arbeit fanden Eingang in die nachfolgend beschriebenen **Projekte** und Aktivitäten des Büros der Patientenbeauftragten.

Nach einer Vielzahl von Beschwerden hatte sich 2009 ein **Arbeitskreis** unter Federführung der Patientenbeauftragten mit **Problemen bei der ambulanten pflegerischen Versorgung von geriatrischen Patientinnen und Patienten** befasst.

Handlungshilfe „Alt und krank - wer hilft?“

Ziel war es, eine Arbeitshilfe zu erstellen, mit der Akteure in der Praxis (z. B. Betreuer, Pflegedienste oder Angehörige) Wissen an die Hand bekommen, um bei konkreten Problemen ihre Rechte einfordern zu können. Diese Handlungshilfe „Alt und krank - wer hilft? - Ein Leitfaden für gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten bei Problemen in der gesundheitlichen Versorgung“ liegt nun vor. Sie kann kostenfrei im Büro der Patientenbeauftragten angefordert werden. Daneben steht sie auf der Internetseite der Patientenbeauftragten unter www.berlin.de/lb/patienten in der Rubrik „Publikationen“ zum Download bereit.

Das **PatientenForum Berlin** in Kooperation mit der Berlin School of Public Health und Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V. wurde weitergeführt. 2010 ging es um folgende Themen:

- Patientenrechtgesetz stärkt Patientinnen und Patienten!
- Wie viel Medizin verträgt der Mensch?
- Fünf Jahre Ethik-Kommissionen des Landes Berlin.

Das PatientenForum Berlin stellt eine Reihe von Informations-, Diskussions- und Qualifizierungsangeboten bereit, die eine aktive Beteiligung von Patientinnen und Patienten in Berlin ermöglichen. Die Veranstaltungen des Forums finden regelmäßig statt. Mehr unter: <http://www.berlin.de/lb/patienten/patientenforum/index.html>.

Tabelle 7.2:
Ranking der Belastung der Bezirke durch illegale Substanzen, Alkohol und pathologisches Glücksspiel in Berlin 2009

Bezirk	illegale Drogen	Alkohol / path. Glücksspiel
	Rangplatz ¹⁾	
Neukölln	1	2
Mitte	2	8
Friedrichshain-Kreuzberg	3	11
Charlottenburg-Wilmersdorf	4	7
Spandau	5	3
Tempelhof-Schöneberg	6	9
Pankow	7	6
Lichtenberg	8	4
Reinickendorf ²⁾	9	12
Steglitz-Zehlendorf	10	10
Marzahn-Hellersdorf	11	1
Treptow-Köpenick	12	5

¹⁾ Rangplätze der Belastung (basierend auf Faktorwerten der Hauptkomponentenanalyse, berechnet nach Bartlett-Regression). Rangplatz 1 entspricht dem höchsten Wert, Rangplatz 12 dem niedrigsten.

²⁾ Da die Klientel der Beratungsstelle "Rettungsring e. V." nicht in die Suchthilfestatistik einfließt, ist nicht auszuschließen, dass der Bezirk Reinickendorf tatsächlich einen anderen Rangplatz belegen würde.

(Datenquelle: Institut für Therapieforschung München)

7.5 Kernaussagen

Kindergesundheit und Kinderschutz

- Kindergesundheit und Kinderschutz sind nach Jahren intensiver Auseinandersetzung **gesellschaftliche Themen** geworden: das zeigen die Konzeption „Netzwerk Kinderschutz“, das Berliner Gesetz zum Schutz und Wohl des Kindes, die LGK-Gesundheitsziele für Kinder, der Kinderatlas „Sozialstruktur und Kindergesundheit“ etc.
- Der **öffentliche Gesundheitsdienst** ist gefordert, seine Angebote subsidiär und sozialkompensatorisch auszurichten; er muss Angebote i. S. einer „Geh-Struktur“ vorhalten, um insbesondere Familien zu erreichen, die sich in krisenhaften Lebenssituationen befinden.
- Die Instrumentalisierung der **Früherkennungsuntersuchungen** für Kinder im Kontext des Kinderschutzes dient neben der Feststellung von Entwicklungsauffälligkeiten auch der Identifikation kritischer Faktoren im Hinblick auf Anzeichen einer Kindeswohlgefährdung.
- Der **Zugang zu Familien** bereits in der Schwangerschaft und frühen Kindheit ermöglicht die Weichenstellung für eine positive und gesunde Entwicklung des Kindes: Bundesmodellprojekt „Frühe Hilfen“, Berliner Modellprojekt „Aufsuchende Elternhilfe“, Bundesinitiative „Familienhebammen“ nach dem Bundeskinderschutzgesetz etc.
- Der Einsatz von **Familienhebammen** ist eine sinnvolle Ergänzung zu den bereits initiierten Geh-Strukturen. Familienhebammen haben eine vorbeugende Wirkung insbesondere in belasteten Familien bereits gezeigt.

Präventionskonzept für HIV/AIDS, sexuell übertragbare Infektionen und Hepatitiden

- Eine sinnvolle **Prävention von HIV/AIDS** kann nur in Verbindung mit gleichzeitiger Prävention von sexuell übertragbaren Krankheiten erfolgreich sein.
- Aufgrund des medizinischen Fortschritts in den vergangenen Jahren haben sich die **Anforderungen an Prävention und Versorgung** im Bereich HIV/AIDS verändert.
- Das **Berliner Rahmenkonzept und das Entwicklungskonzept** setzen neue Akzente bezüglich Prävention und Versorgung im Bereich „HIV/AIDS, sexuell übertragbare Infektionen und Hepatitiden“. Ziel ist ein durch einen partizipativen Prozess mit allen Beteiligten erreichter Konsens zur Lösung erkannter Problemlagen und zur Optimierung bestehender Schnittstellen.

Inanspruchnahme der Drogen- und Suchthilfeinrichtungen in Berlin

- Ebenso wie auf der Bundesebene sind **Probleme aufgrund von Alkoholkonsum** in der Berliner Suchthilfe der häufigste Grund für die Inanspruchnahme von Hilfen.
- Die Berliner Klientinnen und Klienten des Suchthilfesystems sind häufiger von **Arbeitslosigkeit** betroffen als in anderen Teilen Deutschlands.
- Die Behandlung ist im ambulanten Sektor eher mit einem **erfolgreichen Abschluss** verknüpft als im stationären Bereich. Dies gilt vor allem für die Patientinnen und Patienten, die aufgrund ihrer Alkoholproblematik in Behandlung sind.
- Mit den Angeboten der Suchtprävention und dem differenzierten Hilfesystem ist es in Berlin gelungen, die Problematik zu begrenzen und durch die **hohe Erreichbarkeit** eine sehr gute Inanspruchnahme der Hilfen zu erreichen.
- Die integrierten Suchthilfedienste im ambulanten Bereich ermöglichen durch gute Vernetzung und Kooperation in den Regionen der Stadt eine **wohnortnahe** und den Bedarfen der Betroffenen **angemessene Versorgung**.
- Durch die Etablierung der landesweiten Arbeitsgemeinschaft Statistik wird weiterhin eine **hohe Datenqualität** gewährleistet, die valide Ergebnisse der Jahresstatistiken sicherstellt.

7.6 Indikatoren im GSI

Die Tabellen sind ausschließlich in elektronischer Form im Gesundheits- und Sozialinformationssystem (GSI) veröffentlicht, verfügbar im Internet unter <http://www.gsi-berlin.info/>.

Zum **Auffinden einer Tabelle** sind im GSI in der **erweiterten Suche** folgende Einstellungen vorzunehmen:

- Kontext: „Basisbericht GBE Berlin 2010/2011“ auswählen,
- Suchtext: das Wort Tabelle und die entsprechende Nummer (z. B. Tabelle 3.63-1) eingeben,
- Such-Modus: „alle Wörter, Suche nur im Kommentar“ auswählen.

Tabelle 3.63-1:

Gemeldete AIDS-Erkrankte in Berlin 1994 - 2009 (Stand: 31.12.2009, Nachmeldungen möglich) nach Geschlecht, Diagnosejahr und Betroffenenengruppe

Tabelle 3.64-1:

Gemeldete gesicherte HIV-Erstdiagnosen in Berlin 1994 - 2009 (Stand: 31.12.2009, Nachmeldungen möglich) nach Geschlecht, Diagnosejahr und Betroffenenengruppe

Tabelle 6.10-1:

Gesundheitseinrichtungen für Suchtkranke in Berlin 2009 (Stichtag 31.12.)

Tabelle 7.5-1:

Inanspruchnahme des Krankheitsfrüherkennungsprogramms für Kinder in Berlin 2001 - 2009 nach Migrationshintergrund

Tabelle 7.6-1:

Inanspruchnahme des Krankheitsfrüherkennungsprogramms für Kinder in Berlin 2007 - 2009 nach Bezirken (Wohnort der Kinder)

Tabelle 7.6z-1:

Erstkontakte des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes (KJGD) bei Familien mit Säuglingen in Berlin 2007 - 2009 nach Beratungsbedarf in schwierigen Lebenslagen und Bezirken

Tabelle 7.6z-2:

Ausgewählte Leistungen und Inanspruchnahme des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes (KJGD) in Berlin 2007 - 2009

Anhang

Tabellenverzeichnis

Die Tabellen des Basisberichts 2010/2011 entsprechend den 11 Themenfeldern des Indikatoren-satzes der Gesundheitsberichterstattung der Länder sind ausschließlich in elektronischer Form im **Gesundheits- und Sozialinformationssystem (GSI)** veröffentlicht, verfügbar im Internet unter <http://www.gsi-berlin.info/>.

Der **gesamte Tabellensatz des Basisberichts 2010/2011** kann im GSI über die **erweiterte Suche** mit folgenden Einstellungen angezeigt werden:

- Kontext: „Basisbericht GBE Berlin 2010/2011“ auswählen.
- Art: „Tabelle“ auswählen..

Zum **Auffinden einer bestimmten Tabelle** sind im GSI in der **erweiterten Suche** folgende Einstellungen vorzunehmen:

- Kontext: „Basisbericht GBE Berlin 2010/2011“ auswählen,.
- Suchtext: das Wort Tabelle und die entsprechende Nummer (z. B. Tabelle 2.1-1) eingeben,
- Such-Modus: „alle Wörter, Suche nur im Kommentar“ auswählen.

Neben der direkten Suche nach der Tabellenummer können auch die vielfältigen Suchmöglichkeiten nach inhaltlichen oder formalen Kriterien genutzt werden.

Themenfeld 2: Bevölkerung und bevölkerungsspezifische Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems

Tabelle 2.1-1:

Bevölkerung in Berlin 1990 - 2010 nach Geschlecht, Ausländeranteil und Bezirken

Tabelle 2.2-1:

Ausländische Bevölkerung in Berlin 1991 - 2010 nach Geschlecht und Bezirken

Tabelle 2.3-1:

Bevölkerung in Berlin 2009 und 2010 nach Geschlecht, Altersgruppen, Staatsangehörigkeit und Bezirken

Tabelle 2.4-1:

Ausländische Bevölkerung in Berlin 2009 und 2010 nach Geschlecht, Altersgruppen und Bezirken

Tabelle 2.5-1:

Deutsche und ausländische Bevölkerung in Berlin 2009 und 2010 nach Geschlecht und Bezirken

Tabelle 2.5z-1:

Bevölkerung (Einwohnerregisterstatistik) in Berlin 2007 - 2010 (Stand: 31.12.) nach Geschlecht, Migrationsstatus und Bezirken

Tabelle 2.7-1:

Altersstruktur und Lastenquotienten in Berlin 2009 und 2010 (Stand: 31.12.) nach Geschlecht und Bezirken

Tabelle 2.7-2:

Altersstruktur und Lastenquotienten in Berlin 1991 - 2010 (Stand: 31.12.) nach Geschlecht und Bezirken

Tabelle 2.8-1:

Mädchen- und Frauenanteil an der Bevölkerung in Berlin 2009 und 2010 (Stand: 31.12.) nach Altersgruppen und Bezirken

Tabelle 2.9-1:

Bevölkerungsentwicklung in Berlin 1991 - 2010 nach Staatsangehörigkeit

Tabelle 2.10-1:

Lebendgeborene, Geburtenziffer und Fruchtbarkeitsziffer in Berlin 1991 - 2010 nach Geschlecht, Legitimität, Staatsangehörigkeit und Bezirken

Tabelle 2.10-2:

Lebendgeborene in Berlin 1991 - 2010 nach Staatsangehörigkeit des Kindes und der Eltern

Tabelle 2.10z-1:

Totgeborene in Berlin 1991 - 2010 nach Geschlecht, Legitimität, Staatsangehörigkeit und ab 2005 nach Bezirken

Tabelle 2.11-1:

Wanderungen der Bevölkerung über die Bezirks- und Landesgrenzen von Berlin 2009 und 2010 nach Staatsangehörigkeit und Bezirken

Tabelle 2.12-1:

Bevölkerung am 31.12.2010 und Bevölkerungsprognose (auf Basis der Bevölkerungsfortschreibung, Ausgangsjahr 2007) in Berlin in den Prognosejahren 2010, 2015, 2020, 2025 und 2030 nach Altersgruppen, Lastenquotienten und Bezirken

Tabelle 2.13-1:

Allgemeiner Schulabschluss der Bevölkerung und der Erwerbstätigen in Berlin 2009 nach Geschlecht und Staatsangehörigkeit der Befragten

Tabelle 2.13-2:

Allgemeiner Schulabschluss der Bevölkerung in Berlin 2008 (Stand: November 2010) nach Geschlecht und Migrationsstatus der Befragten

Tabelle 2.14-1:

Beruflicher Ausbildungsabschluss der Bevölkerung und der Erwerbstätigen in Berlin 2009 nach Geschlecht, Alter und Staatsangehörigkeit der Befragten

Tabelle 2.14-2:

Beruflicher Ausbildungsabschluss der Bevölkerung in Berlin 2008 (Stand: November 2010) nach Geschlecht und Migrationsstatus der Befragten

Tabelle 2.15-1:

Verfügbares Einkommen der privaten Haushalte und privaten Organisationen ohne Erwerbszweck in Berlin 1991 - 2009

Tabelle 2.15-2:

Verfügbares Einkommen der privaten Haushalte und privaten Organisationen ohne Erwerbszweck in Deutschland 2005 - 2008 nach Bundesländern

Tabelle 2.15z-1:

Verfügbares Einkommen, Ausgaben und Ersparnis privater Haushalte in Berlin 2008 nach ausgewählten Merkmalen

Tabelle 2.15z-2:

Verfügbares Einkommen, ausgewählte Ausgaben und Ersparnis privater Haushalte in Deutschland 2008 nach Bundesländern

Tabelle 2.17-1:

Familien in Berlin 2009 nach Lebensformen, Alter der Kinder, monatlichem Familiennettoeinkommen und Geschlecht der Alleinerziehenden

Tabelle 2.17-2:

Privathaushalte in Berlin 2009 nach Haushaltsgröße und monatlichem Haushaltsnettoeinkommen sowie Geschlecht, Altersgruppen und Staatsangehörigkeit der Haupteinkommensbezieher/Haupteinkommensbezieherinnen

Tabelle 2.17-3:

Bevölkerung in Berlin 2002 - 2009 nach monatlichem Nettoeinkommen

Tabelle 2.17z-1:

Bevölkerung in Berlin 2008 nach Geschlecht, überwiegendem Lebensunterhalt und Migrationsstatus (Stand: November 2010)

Tabelle 2.18-1:

Erwerbstätige und Erwerbstätigenquote in Berlin 2009 nach Geschlecht, Altersgruppen und Bezirken

Tabelle 2.18-2:

Bevölkerung, Erwerbstätige und Erwerbstätigenquote in Berlin 1997 - 2009 nach Geschlecht und Altersgruppen

Tabelle 2.18-3:

Bevölkerung in Berlin 2009 nach Geschlecht, Erwerbs- und Migrationsstatus

Tabelle 2.18-4:

Bevölkerung in Berlin 2008 nach Geschlecht, Erwerbsstatus, Stellung im Beruf und Migrationsstatus

Tabelle 2.18-5:

Schwerbehinderte Menschen in Beschäftigung (Anzeigeverfahren SGB IX) in Berlin und Deutschland 1991 - 2009 nach ausgewählten Gliederungsmerkmalen

Tabelle 2.19-1:

Alleinerziehende mit minderjährigen Kindern in Berlin 1992 - 2009 nach Geschlecht und Erwerbsstatus

Tabelle 2.19z-1:

Selbstauskunft der erwachsenen Bevölkerung zur Verfügbarkeit sozialer Unterstützung in Deutschland 2009 nach Geschlecht, ausgewählten Altersgruppen und Bildungsgruppe

Tabelle 2.20-1:

Arbeitslose und Arbeitslosenquoten in Berlin im Jahresdurchschnitt 1998 - 2010 nach Geschlecht, Altersgruppen, Staatsangehörigkeit, Schwerbehinderung und Rechtskreisen

Tabelle 2.20-2:

Arbeitslose nach Rechtskreisen SGB II und SGB III in Berlin im Dezember 2010 nach Geschlecht, Altersgruppen, Staatsangehörigkeit und Schwerbehinderung

Tabelle 2.21-1:

Arbeitslose nach Rechtskreisen SGB II und SGB III in Berlin am 31. Dezember 2010 nach Geschlecht, Altersgruppen, Staatsangehörigkeit und Bezirken

Tabelle 2.22-1:

Empfängerinnen und Empfänger von Leistungen gemäß 3. und 4. Kapitel Sozialgesetzbuch (SGB) XII außerhalb von Einrichtungen in Berlin 2007 - 2010 (Stand: 31.12.) nach Geschlecht, Altersgruppen, Staatsangehörigkeit und Bezirken

Tabelle 2.22-2:

Empfängerinnen und Empfänger von Regelleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) in Berlin 2007 - 2010 (Stand: 31.12.) nach Geschlecht, Altersgruppen und Bezirken

Tabelle 2.24-1:

Empfängerhaushalte von Wohngeld in Berlin 2005 - 2010 (Stand: 31.12.) nach Bezirken

Tabelle 2.24-2:

Empfängerhaushalte von Wohngeld in Berlin 2009 und 2010 (Stand: 31.12.) nach Erwerbsstatus, sozialer Stellung, Haushaltsgröße und Bezirken

Themenfeld 3: Gesundheitszustand der Bevölkerung

Tabelle 3.1-1:

Geschlechtsspezifische Gesamtsterblichkeit, vorzeitige Sterblichkeit und Alterssterblichkeit in Berlin und in Deutschland 1991 - 2009

Tabelle 3.2-1:

Geschlechtsspezifische Mortalitätsraten in Berlin 2009 nach Altersgruppen und Todesursachen (Hauptdiagnosegruppen)

Tabelle 3.2-2:

Geschlechts- und altersspezifische Mortalitätsraten in Berlin 1992 - 2009 nach den häufigsten Todesursachen (Hauptdiagnosegruppen)

Tabelle 3.2z-1:

Geschlechts- und altersspezifische Sterblichkeit in Berlin 1996 - 2009 nach ausgewählten Todesursachen und Staatsangehörigkeit

Tabelle 3.3-1:

Geschlechts- und altersspezifische Gesamtsterblichkeit in Berlin 1994 - 2009 nach Staatsangehörigkeit

Tabelle 3.3-2:

Geschlechtsspezifische Gesamt- und vorzeitige Sterblichkeit in Berlin 2004 - 2009 nach Staatsangehörigkeit und Bezirken

Tabelle 3.3-3:

Geschlechts- und altersspezifische Mortalität in Berlin 1995 - 2009 nach Bezirken

Tabelle 3.5-1:

Geschlechtsspezifische vorzeitige Sterblichkeit in Berlin 1994 - 2009 nach Staatsangehörigkeit

Tabelle 3.6-1:

Geschlechts- und altersspezifische Mortalität in Berlin 1999 - 2009

Tabelle 3.6-2:

Geschlechts- und altersspezifische Mortalität in Berlin 2008 und 2009 nach Staatsangehörigkeit

Tabelle 3.6z-1:

Geschlechtsspezifische Mortalität in Berlin 1999 - 2009 nach Altersgruppen

Tabelle 3.7-1:

Geschlechts- und altersspezifische Mortalität in Berlin 1999 - 2001 und 2007 - 2009 (jeweils zusammengefasst) nach Bezirken

Tabelle 3.8-1:

Geschlechts- und altersspezifische Sterblichkeit in Berlin 2009 nach den häufigsten Todesursachen (Einzeldiagnosen)

Tabelle 3.8z-1:

Geschlechtsspezifische Sterblichkeit in Berlin und in Deutschland 2009 nach den zehn häufigsten Todesursachen (Einzeldiagnosen)

Tabelle 3.9-1:

Geschlechts- und altersspezifische Lebenserwartung (in Jahren) in Berlin und in Deutschland 2007 - 2009 (zusammengefasst)

Tabelle 3.10-1:
Geschlechtsspezifische (mittlere) Lebenserwartung (in Jahren) in Deutschland 1993 - 2009 (jeweils drei Jahre zusammengefasst) nach Bundesländern

Tabelle 3.10-2:
Geschlechtsspezifische (mittlere) Lebenserwartung (in Jahren) in Berlin 2004 - 2009 (jeweils drei Jahre zusammengefasst) nach Bezirken

Tabelle 3.11-1:
Mittlere und fernere Lebenserwartung (darunter mit und ohne Pflegebedürftigkeit (in Jahren) in Berlin 2006 - 2009 nach Geschlecht und Altersgruppen

Tabelle 3.12-1:
Anzahl der durch Tod verlorenen Lebensjahre (PYLL) (Alter 1 - 64 Jahre) in Berlin 2009 nach Geschlecht und Hauptdiagnosegruppen

Tabelle 3.13-1:
Vermeidbare Todesfälle in Berlin 1996 - 2009 nach Art der Vermeidbarkeit und prozentualem Anteil an der vorzeitigen und an der Gesamtsterblichkeit sowie an allen vermeidbaren Todesfällen

Tabelle 3.13-2:
Vermeidbare Todesfälle in Berlin 2007 - 2009 nach Geschlecht und Todesursachen

Tabelle 3.13-3:
Vermeidbare Todesfälle in Berlin 2006 - 2009 nach Todesursachen und Art der Vermeidbarkeit

Tabelle 3.13z-1:
Geschlechts- und altersspezifische Mortalitätsraten der vermeidbaren Todesfälle (VTF) und der Gesamtsterblichkeit in Berlin 2009

Tabelle 3.14-1:
Ausgewählte vermeidbare Todesfälle in Berlin 2007 - 2009 (zusammengefasst) nach Geschlecht, Todesursachen und Bezirken

Tabelle 3.15-1:
Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes in Deutschland 2009 nach Geschlecht, ausgewählten Altersgruppen und Bildungsgruppe

Tabelle 3.15z-1:
Selbstauskunft der erwachsenen Bevölkerung zur Prävalenz von mindestens 50 Krankheitstagen in den letzten 12 Monaten in Deutschland 2009 nach Geschlecht, ausgewählten Altersgruppen und Bildungsgruppe

Tabelle 3.17-1:
Selbstauskunft der erwachsenen Bevölkerung zur Prävalenz gesundheitlicher Einschränkungen und Beeinträchtigung durch seelische Belastungen in Deutschland 2009 nach Geschlecht, ausgewählten Altersgruppen und Bildungsgruppe

Tabelle 3.17-2:
Selbstauskunft der erwachsenen Bevölkerung zur Prävalenz von Sehbeeinträchtigungen in Deutschland 2009 nach Geschlecht, ausgewählten Altersgruppen und Bildungsgruppe

Tabelle 3.17-3:
Selbstauskunft der erwachsenen Bevölkerung zur Prävalenz von Hörbeeinträchtigungen in Deutschland 2009 nach Geschlecht, ausgewählten Altersgruppen und Bildungsgruppe

Tabelle 3.18-1:
Selbstauskunft der erwachsenen Bevölkerung zur Prävalenz chronischen Krankseins, zu ausgewählten Krankheiten und Befunden in Deutschland 2009 nach Geschlecht, ausgewählten Altersgruppen und Bildungsgruppe

Tabelle 3.19-1:
Die häufigsten Diagnosen in der allgemeinärztlichen sowie in der hausärztlich- und fachärztlich-internistischen Praxis in Berlin 2006 - 2009 (jeweils I. Quartal)

Tabelle 3.20-1:
Die häufigsten Diagnosen in der Frauenarztpraxis in Berlin 2006 - 2009 (jeweils I. Quartal)

Tabelle 3.21-1:
Die häufigsten Diagnosen in der Kinderarztpraxis in Berlin 2006 - 2009 (jeweils I. Quartal)

Tabelle 3.22-1:
Die häufigsten Diagnosen in der orthopädischen Praxis in Berlin 2006 - 2009 (jeweils I. Quartal)

Tabelle 3.23-1:
Die häufigsten Diagnosen in der nervenärztlichen Praxis in Berlin 2006 - 2009 (jeweils I. Quartal)

Tabelle 3.23z-1:
Standardisierte Morbiditätsraten (SMR) der GKV-Bevölkerung in Berlin 2007 für ausgewählte Diagnosen chronischer Erkrankungen (Dauerdiagnosen)
- mit Rang und Schichtangabe auf der Ebene der Planungsräume

Tabelle 3.23z-2:

Standardisierte Morbiditätsraten (SMR) der GKV-Bevölkerung in Berlin 2007 für ausgewählte Diagnosen akuter Erkrankungen und Behandlungsanlässe (Tagesdiagnosen)
- mit Rang und Schichtangabe auf der Ebene der Planungsräume

Tabelle 3.23z-3:

Morbiditätsindex I bis IV der GKV-Bevölkerung in Berlin 2007
- mit Rang und Schichtangabe auf der Ebene der Planungsräume

Tabelle 3.24-1:

Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschließlich Sterbefälle, ohne/mit Stundenfälle/n) in Berlin 2002 - 2009 nach Geschlecht und ausgewählten Merkmalen

Tabelle 3.24-2:

Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschließlich Sterbefälle, ohne/mit Stundenfälle/n) in Berlin 1995 - 2009 nach Geschlecht und Wohnort

Tabelle 3.24-3:

Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschließlich Sterbefälle) in Berlin (nur Berliner) 1995 - 2009 nach Geschlecht und Altersgruppen (alle, unter 60 Jahre, 60 Jahre und älter)

Tabelle 3.25-1:

Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschließlich Sterbefälle) in Berlin 1995 - 2009 nach Altersgruppen

Tabelle 3.25-2:

Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschließlich Sterbefälle) in Berlin (nur Berliner) 1996 - 2009 nach Geschlecht und Altersgruppen

Tabelle 3.25-3:

Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschließlich Sterbefälle, ohne/mit Stundenfälle/n) in Berlin (nur Berliner) 2008 und 2009 nach Geschlecht und Altersgruppen

Tabelle 3.25-4:

Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschließlich Sterbefälle) in Berlin (nur Berliner) 1995 - 2009 nach Geschlecht und Altersgruppen

Tabelle 3.25-5:

Sterbefälle insgesamt sowie im Krankenhaus gestorbene vollstationäre Behandlungsfälle in Berlin (nur Berliner) 2006 - 2009 nach Altersgruppen

Tabelle 3.25-6:

Durchschnittliche Verweildauer der aus dem Krankenhaus entlassenen vollstationären Behandlungsfälle (einschließlich Sterbefälle, ohne/mit Stundenfälle/n) in Berlin (nur Berliner) 2005 - 2009 nach Geschlecht und Altersgruppen

Tabelle 25-7:

Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschließlich Sterbefälle) in Berlin (nur Berliner) 1995 - 2009 nach Geschlecht, Altersgruppen, durchschnittlicher Verweildauer (in Tagen) und durchschnittlich belegten Betten je Tag

Tabelle 3.25-8:

Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschließlich Sterbefälle) in Berlin (nur Berliner) 2009 nach Geschlecht, Altersgruppen und Bezirken

Tabelle 3.25-9:

Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschließlich Sterbefälle) in Berlin (nur Berliner) 2004 - 2009 (jeweils drei Jahre zusammengefasst) nach Geschlecht, Altersgruppen und Bezirken

Tabelle 3.26-1:

Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschließlich Sterbefälle) in Berlin (nur Berliner) 2009 nach Geschlecht und Hauptdiagnosegruppen

Tabelle 3.26-2:

Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschließlich Sterbefälle) in Berlin (nur Berliner) 2005 - 2009 nach Hauptdiagnosegruppen

Tabelle 3.26-3:

Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschließlich Sterbefälle) aus Berlin (Wohnort) in und außerhalb von Berlin 2005 - 2009 nach Hauptdiagnosegruppen

Tabelle 3.26-4:

Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschließlich Sterbefälle) in Berlin (nur Berliner) 2008 und 2009 nach Geschlecht, Hauptdiagnosegruppen und durchschnittlicher Verweildauer (\emptyset VWD) in Tagen

Tabelle 3.26-5:

Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschließlich Sterbefälle) in Berlin (nur Berliner) 2009 nach Altersgruppen, Hauptdiagnosegruppen, durchschnittlicher Verweildauer (\bar{VWD}) und durchschnittlich belegten Betten je Tag

Tabelle 3.26-6:

Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschließlich Sterbefälle) in Berlin (nur Berliner) 2008 und 2009 nach Geschlecht, Rangfolge der 20 häufigsten Einzeldiagnosen und durchschnittlich belegten Betten je Tag

Tabelle 3.26-7:

Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschließlich Sterbefälle) in Berlin (nur Berliner) 2009 nach Geschlecht, ausgewählten Altersgruppen, Einzeldiagnosen, durchschnittlicher Verweildauer (in Tagen) und durchschnittlich belegten Betten je Tag

Tabelle 3.26z-1:

Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschließlich Sterbefälle) in Berlin 2009 nach Fachabteilungen und Wohnort

Tabelle 3.26z-2:

Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschließlich Sterbefälle) in Berlin (nur Berliner) 2001 - 2009 nach Fachabteilungen und Wohnort in Berlin/im Ausland

Tabelle 3.27-1:

Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschließlich Sterbefälle, ohne/mit Stundenfälle/n) in Berlin (nur Berliner) 2006 - 2009 nach Geschlecht und Bezirken

Tabelle 3.27-2:

Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschließlich Sterbefälle) in Berlin (nur Berliner) 1996 - 2009 nach Geschlecht und Bezirken

Tabelle 3.27-3:

Durchschnittliche Verweildauer der aus dem Krankenhaus entlassenen vollstationären Behandlungsfälle in Berlin (nur Berliner) 1995 - 2009 nach Bezirken

Tabelle 3.31-1:

Arbeits- und Wegeunfälle in Berlin (Ereignisprinzip) und Deutschland 2002 - 2009

Tabelle 3.32-1:

Ausgewählte begutachtete Berufskrankheitenvorgänge in Berlin 1995 - 2010 nach Geschlecht

Tabelle 3.33-1:

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe in Berlin 1995 - 2009 nach Geschlecht

Tabelle 3.34-1:

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe (Alter 0 - 64 Jahre) in Berlin 2006 - 2009 nach Geschlecht und ausgewählten Altersgruppen

Tabelle 3.34-2:

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe (Alter 0 - 64 Jahre) in Berlin 2009 nach Geschlecht, ausgewählten Altersgruppen und Staatsangehörigkeit

Tabelle 3.35-1:

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe (Alter 0 - 64 Jahre) in Berlin 2005 - 2009 nach Geschlecht, Staatsangehörigkeit und Hauptdiagnosegruppen

Tabelle 3.36-1:

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe (Alter 0 - 64 Jahre) in Berlin 1995 - 2009 nach Geschlecht und Regionen

Tabelle 3.36-2:

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe (Alter 0 - 64 Jahre) in Berlin 1995 - 2009 nach Geschlecht und Staatsangehörigkeit

Tabelle 3.37-1:

Rentenzugänge und -bestand wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in Berlin 1995 - 2009 nach Geschlecht

Tabelle 3.37-2:

Rentenzugänge und Rentenbestand wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in Berlin 1995 - 2009 nach Geschlecht und Staatsangehörigkeit

Tabelle 3.38-1:

Rentenzugänge und Rentenbestand wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in Berlin 1995 - 2009 nach Geschlecht, Altersgruppen und Staatsangehörigkeit

Tabelle 3.39-1:

Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in Berlin 2005 - 2009 nach Geschlecht, Staatsangehörigkeit und Hauptdiagnosegruppen

Tabelle 3.40-1:

Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in Berlin 1995 - 2009 nach Geschlecht und Regionen

Tabelle 3.40-2:

Rentenbestand wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in Berlin 1995 - 2009 nach Geschlecht und Regionen

Tabelle 3.41-1:

Schwerbehinderte mit Schwb-Ausweis in Berlin 1993 - 2009 (Stand: 31.12) nach Geschlecht

Tabelle 3.42-1:

Schwerbehinderte mit Schwb-Ausweis in Berlin 2001 - 2009 (Stand: 31.12.) nach Altersgruppen und Staatsangehörigkeit

Tabelle 3.42-2:

Schwerbehinderte mit Schwb-Ausweis in Berlin 2009 (Stand: 31.12.) nach Geschlecht, Altersgruppen und Staatsangehörigkeit

Tabelle 3.43-1:

Schwerbehinderte mit Schwb-Ausweis in Berlin 2009 (Stand: 31.12.) nach Geschlecht und Art der schwersten Behinderung

Tabelle 3.44-1:

Schwerbehinderte mit Schwb-Ausweis in Berlin 2009 (Stand: 31.12.) nach Geschlecht, Grad der Behinderung (in %) und Staatsangehörigkeit

Tabelle 3.45-1:

Schwerbehinderte mit Schwb-Ausweis in Berlin 2003 - 2009 (Stand: 31.12.) nach Geschlecht und Bezirken

Tabelle 3.45-2:

Schwerbehinderte mit Schwb-Ausweis in Berlin 2009 (Stand: 31.12.) nach Grad der Behinderung und Bezirken

Tabelle 3.46-1:

Pflegebedürftige Personen in Berlin 1999 - 2009 (Stand: 15.12.) nach Geschlecht und Leistungsart

Tabelle 3.47-1:

Pflegebedürftige Personen in Berlin am 15.12.2009 nach Geschlecht, Altersgruppen und Leistungsart

Tabelle 3.48-1:

Pflegebedürftige Personen in Berlin 1999 - 2009 (Stand: 15.12.) nach Geschlecht, Pflegestufen und Leistungsart

Tabelle 3.50-1:

Lebendgeborene in Berlin 1999 - 2009 nach Geburtsgewicht

Tabelle 3.51-1:

Lebendgeborene in Berlin 2006 - 2009 nach Geburtsgewicht und Bezirken

Tabelle 3.53-1:

Säuglingssterblichkeit in Berlin 1991 - 2010 nach Früh-, Spät- und Postneonatalsterblichkeit sowie Neonatalsterblichkeit und Staatsangehörigkeit

Tabelle 3.53-2:

Säuglings- und Perinatalsterblichkeit in Berlin 1993 - 2010 nach Staatsangehörigkeit

Tabelle 3.54-1:

Gestorbene im ersten Lebensjahr in Berlin 1994 - 2010 (jeweils drei Jahre zusammengefasst) nach Bezirken und in Deutschland 1996 - 2010 (jährlich) nach Bundesländern

Tabelle 3.55-1:

Perinatale Sterblichkeit in Berlin 1991 - 2010

Tabelle 3.55-2:

Perinatale Sterblichkeit in Berlin 1994 - 2010 (jeweils drei Jahre zusammengefasst) nach Bezirken und in Deutschland 1996 - 2010 (jährlich) nach Bundesländern

Tabelle 3.56-1:

Häufigste Todesursachen bei Säuglingen (darunter Plötzlicher Kindstod) in Berlin 2009 und 2010 nach Geschlecht

Tabelle 3.56-2:

Plötzlicher Kindstod (Sudden infant death syndrome (SIDS)) in Berlin 1992 - 2010 nach Geschlecht

Tabelle 3.57-1:

Ausgewählte Indikatoren (Entwicklungsmerkmale) bei den Einschulungsuntersuchungen in Berlin 2007 - 2010 nach Geschlecht und Migrationshintergrund

Tabelle 3.58-1:

Nach dem Infektionsschutzgesetz meldepflichtige Infektionskrankheiten in Berlin 2001 - 2010 (Stand: 01.03.2011) nach Geschlecht

Tabelle 3.59-1:

Ausgewählte nach dem Infektionsschutzgesetz meldepflichtige Infektionskrankheiten in Berlin 2009 und 2010 (Stand: 01.03.2011 / Fälle entsprechen der Referenzdefinition) nach Geschlecht

Tabelle 3.59-2:

Erkrankungen an ausgewählten meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Berlin 1996 - 2010 (Stand: 01.03.2011)

Tabelle 3.59-3:

Ausgewählte nach dem Infektionsschutzgesetz meldepflichtige übertragbare Krankheiten in Berlin 2009 und 2010 (Stand: 01.03.2011) nach Bezirken

Tabelle 3.59-4:

Ausgewählte nach dem Infektionsschutzgesetz meldepflichtige übertragbare Krankheiten in Berlin 2009 und 2010 (Stand: 01.03.2011) nach Altersgruppen

Tabelle 3.60-1:

Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschließlich Sterbefälle) infolge infektiöser und parasitärer Krankheiten in Berlin (nur Berliner) 2008 und 2009 nach Geschlecht und Altersgruppen

Tabelle 3.61-1:

Gemeldete Tuberkulosefälle (alle Formen und offene Lungentuberkulose) in Berlin 1995 - 2010 (Stand: 01.03.2011) nach Staatsangehörigkeit

Tabelle 3.61-2:

Gemeldete Tuberkulosefälle (alle Formen und offene Lungentuberkulose) in Berlin 1995 - 2010 (Stand: 01.03.2011) nach Geschlecht und Staatsangehörigkeit

Tabelle 3.61-3:

Gemeldete Fälle an Tuberkulose in Berlin 2007 - 2009 und 2008 - 2010 (jeweils zusammengefasst) (Stand: 01.03.2011) nach Geschlecht, Altersgruppen und Staatsangehörigkeit

Tabelle 3.62-1:

Gemeldete Fälle an offener Lungentuberkulose in Berlin 2002 - 2010 (jeweils drei Jahre zusammengefasst) (Stand: 01.03.2011) nach Geschlecht, Altersgruppen (alle Altersgruppen, 0 - 64 Jahre) Staatsangehörigkeit und Bezirken

Tabelle 3.62-2:

Gemeldete Fälle an Tuberkulose (alle Formen und offene Lungentuberkulose) in Berlin 2005 - 2010 (Stand: 01.03.2011) nach Geschlecht, Altersgruppen (alle und 0 - 64 Jahre), Staatsangehörigkeit und Bezirken

Tabelle 3.63-1:

Gemeldete AIDS-Erkrankte in Berlin 1994 - 2009 (Stand: 31.12.2009, Nachmeldungen möglich) nach Geschlecht, Diagnosejahr und Betroffenengruppe

Tabelle 3.64-1:

Gemeldete gesicherte HIV-Erstdiagnosen in Berlin 1994 - 2009 (Stand: 31.12.2009, Nachmeldungen möglich) nach Geschlecht, Diagnosejahr und Betroffenengruppe

Tabelle 3.65-1:

Geschlechts- und altersspezifische Mortalität bei infektiösen und parasitären Krankheiten in Berlin 2008 und 2009

Tabelle 3.66-1:

Bösartige Neubildungen in Berlin (nur Berliner) 1996 - 2009 nach ausgewählten Indikatoren und Geschlecht

Tabelle 3.67-1:

Gemeldete Neuerkrankungen an bösartigen Neubildungen (ohne/mit DCO-Fälle/n) in Berlin (nur Berliner) 1995 - 2008 (Stand: 31.12.2010) nach Geschlecht

Tabelle 3.68-1:

Gemeldete Neuerkrankungen an bösartigen Neubildungen (ohne/mit DCO-Fälle/n) in Berlin (nur Berliner) 2004 - 2008 (Stand: 31.12.2010) nach Geschlecht und Altersgruppen

Tabelle 3.69-1:

Gemeldete Neuerkrankungen an ausgewählten bösartigen Neubildungen (ohne/mit DCO-Fälle/n) in Berlin (nur Berliner) 2004 - 2008 (Stand: 31.12.2010) nach Geschlecht und Krebslokalisierung

Tabelle 3.69z-1:

Altersstandardisierte Inzidenz an bösartigen Neubildungen bei Kindern (0 - 14 Jahre) in Berlin, Brandenburg, Hamburg und Bremen 1995 - 2009 (10-Jahres-Mittelwerte) nach ausgewählten Tumorlokalisationen

Tabelle 3.69z-2:

Standardisierte Inzidenzverhältnisse (SIR) bei bösartigen Neubildungen bei Kindern (0 - 14 Jahre) in Berlin, Brandenburg, Hamburg und Bremen 1995 - 2009 (10-Jahres-Mittelwerte) nach ausgewählten Tumorlokalisationen

Tabelle 3.70-1:

Gemeldete Neuerkrankungen an Lungenkrebs (ohne/mit DCO-Fälle/n) in Berlin (nur Berliner) 2004 - 2008 (Stand: 31.12.2010) nach Geschlecht und Altersgruppen

Tabelle 3.71-1:

Gemeldete Neuerkrankungen an Brustkrebs (weiblich) und an Prostatakrebs (ohne/mit DCO-Fälle/n) in Berlin (nur Berliner) 2004 - 2008 (Stand: 31.12.2010) nach Geschlecht und Altersgruppen

Tabelle 3.73-1:

Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschließlich Sterbefälle) infolge bösartiger Neubildungen in Berlin (nur Berliner) 2008 und 2009 nach Geschlecht und Altersgruppen

Tabelle 3.75-1:

Medizinische Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe wegen bösartiger Neubildungen in Berlin 2006 - 2009 nach Geschlecht und Altersgruppen

Tabelle 3.76-1:

Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit infolge ausgewählter bösartiger Neubildungen in Berlin 2004 - 2009 nach Geschlecht

Tabelle 3.77-1:

Geschlechtsspezifische Mortalität bei ausgewählten bösartigen Neubildungen in Berlin 2006 - 2009 nach Altersgruppen (alle Altersgruppen, 0 - 64 Jahre, 65 Jahre und älter)

Tabelle 3.77-2:

Geschlechts- und altersspezifische Mortalität bei ausgewählten bösartigen Neubildungen in Berlin 2007 - 2009

Tabelle 3.77-3:

Geschlechts- und altersspezifische Mortalität an bösartigen Neubildungen in Berlin 2007 - 2009 (zusammengefasst) nach Bezirken

Tabelle 3.78-1:

Diabetes mellitus in Berlin (nur Berliner) 1995 - 2009 nach Geschlecht und ausgewählten Indikatoren

Tabelle 3.80-1:

Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschließlich Sterbefälle) wegen Diabetes mellitus in Berlin (nur Berliner) 2008 und 2009 nach Geschlecht und Altersgruppen

Tabelle 3.81-1:

Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit infolge von Diabetes mellitus in Berlin 1995 - 2009 nach Geschlecht und Altersgruppen

Tabelle 3.82-1:

Psychische und Verhaltensstörungen (ICD-10 Nr. F00 - F99) in Berlin (nur Berliner) 1995 - 2009 nach ausgewählten Indikatoren und Geschlecht

Tabelle 3.83-1:

Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschließlich Sterbefälle) wegen psychischer und Verhaltensstörungen in Berlin (nur Berliner) 2009 nach Geschlecht und Altersgruppen

Tabelle 3.85-1:

Medizinische Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe wegen psychischer und Verhaltensstörungen in Berlin 2006 - 2009 nach Geschlecht und ausgewählten Altersgruppen

Tabelle 3.86-1:

Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit infolge psychischer und Verhaltensstörungen in Berlin 2006 - 2009 nach Geschlecht und Altersgruppen

Tabelle 3.87-1:

Von den Sozialpsychiatrischen Diensten gemeldete Einweisungen nach PsychKG und Betreuungsgesetz in Berlin 2003 - 2009 nach Geschlecht

Tabelle 3.88-1:

Geschlechts- und altersspezifische Mortalität bei Suizid in Berlin 2007 - 2009

Tabelle 3.89-1:

Geschlechtsspezifische Mortalität bei Suizid und Ereignissen, Umstände unbestimmt in Berlin 2007 - 2009 (zusammengefasst) nach Bezirken und Altersgruppen (alle Altersgruppen, 0 - 64 Jahre, 65 Jahre und älter)

Tabelle 3.89-2:

Geschlechts- und altersspezifische Mortalität bei Suizid in Berlin und Deutschland 1992 - 2009

Tabelle 3.89z-1:

Geschlechtsspezifische Mortalität (alle Altersgruppen und 0 - 64 Jahre) bei ausgewählten alkoholbedingten Krankheiten in Berlin und Deutschland 1995 - 2009

Tabelle 3.89z-2:

Geschlechtsspezifische Mortalität (Alter: 0 - 64 Jahre) bei psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol 1999 - 2001 und 2007 - 2009 (jeweils zusammengefasst) nach Bezirken

Tabelle 3.89z-3:

Drogentote in Berlin und Deutschland 1991 - 2010

Tabelle 3.89z-4:

Drogentote in Berlin 1999 - 2010 nach dem letzten Wohnsitz

Tabelle 3.89z-5:

Drogentote in ausgewählten deutschen Großstädten und in Deutschland insgesamt 1999 - 2010

Tabelle 3.90-1:

Krankheiten des Kreislaufsystems in Berlin (nur Berliner) 1995 - 2009 nach Geschlecht und ausgewählten Indikatoren

Tabelle 3.91-1:

Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschließlich Sterbefälle) wegen Krankheiten des Kreislaufsystems in Berlin (nur Berliner) 2008 und 2009 nach Geschlecht und Altersgruppen

Tabelle 3.93-1:

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe wegen Krankheiten des Kreislaufsystems in Berlin 2006 - 2009 nach Geschlecht und ausgewählten Altersgruppen

Tabelle 3.94-1:

Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit infolge von Krankheiten des Kreislaufsystems in Berlin 2006 - 2009 nach Geschlecht und Altersgruppen

Tabelle 3.95-1:

Geschlechts- und altersspezifische Mortalität an Krankheiten des Kreislaufsystems in Berlin 2007 - 2009

Tabelle 3.95-2:

Sterbefälle an ausgewählten Krankheiten des Kreislaufsystems in Berlin 1991 - 2009 nach Geschlecht und ausgewählten Altersgruppen

Tabelle 3.95z-1:

Geschlechtsspezifische Mortalitätsraten ausgewählter Altersgruppen bei bösartigen Neubildungen und Krankheiten des Kreislaufsystems in Berlin und Deutschland 1992 - 2009

Tabelle 3.96-1:

Krankheiten des Atmungssystems in Berlin (nur Berliner) 1995 - 2009 nach Geschlecht und ausgewählten Indikatoren

Tabelle 3.97-1:

Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschließlich Sterbefälle) wegen Krankheiten des Atmungssystems in Berlin (nur Berliner) 2008 und 2009 nach Geschlecht und Altersgruppen

Tabelle 3.99-1:

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe wegen Krankheiten des Atmungssystems in Berlin 2006 - 2009 nach Geschlecht und ausgewählten Altersgruppen

Tabelle 3.100-1:

Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit infolge von Krankheiten des Atmungssystems in Berlin 2006 - 2009 nach Geschlecht und Altersgruppen

Tabelle 3.101-1:

Geschlechts- und altersspezifische Mortalität bei Krankheiten des Atmungssystems in Berlin 2008 und 2009

Tabelle 3.102-1:

Kariesprävalenz und DMF-T-Index der 12-jährigen Kinder in Berlin 2007/2008 - 2009/2010 (Schuljahre) nach Bezirken

Tabelle 3.103-1:

Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschließlich Sterbefälle) wegen Krankheiten des Verdauungssystems in Berlin (nur Berliner) 2008 und 2009 nach Geschlecht und Altersgruppen

Tabelle 3.103z-1:

Krankheiten des Verdauungssystems in Berlin (nur Berliner) 1995 - 2009 nach Geschlecht und ausgewählten Indikatoren

Tabelle 3.103z-2:

Geschlechts- und altersspezifische Mortalität bei Krankheiten des Verdauungssystems in Berlin 2009

Tabelle 3.104-1:

Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems und des Bindegewebes in Berlin (nur Berliner) 1995 - 2009 nach Geschlecht und ausgewählten Indikatoren

Tabelle 3.105-1:

Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschließlich Sterbefälle) wegen Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems und des Bindegewebes in Berlin (nur Berliner) 2008 und 2009 nach Geschlecht und Altersgruppen

Tabelle 107-1:

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe wegen Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems und des Bindegewebes in Berlin 2006 - 2009 nach Geschlecht und ausgewählten Altersgruppen

Tabelle 108-1:

Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit infolge von Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems und des Bindegewebes in Berlin 2006 - 2009 nach Geschlecht und Altersgruppen

Tabelle 3.110-1:

Verletzungen und Vergiftungen in Berlin (nur Berliner) 1995 - 2009 nach Geschlecht und ausgewählten Indikatoren

Tabelle 3.111-1:

Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschließlich Sterbefälle) wegen Verletzungen und Vergiftungen in Berlin (nur Berliner) 2008 und 2009 nach Geschlecht und Altersgruppen

Tabelle 3.113-1:

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe wegen Verletzungen und Vergiftungen in Berlin 2005 - 2009 nach Geschlecht und ausgewählten Altersgruppen

Tabelle 3.114-1:

Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit infolge von Verletzungen und Vergiftungen in Berlin 2005 - 2009 nach Geschlecht und Altersgruppen

Tabelle 3.115-1:

Gestorbene infolge äußerer Ursachen von Morbidität und Mortalität in Berlin 2008 und 2009 nach Geschlecht und Altersgruppen

Tabelle 3.116-1:

Im Straßenverkehr verunglückte Personen in Berlin 1991 - 2010 nach Geschlecht

Tabelle 3.116z-1:

Im Straßenverkehr verunglückte Personen (ohne Mitfahrer) in Berlin 1998 - 2009 nach Staatsangehörigkeit und Verletzungsschwere

Tabelle 3.117-1:

Im Straßenverkehr verunglückte Personen in Berlin 2009 nach Geschlecht, Altersgruppen und Verletzungsschwere

Tabelle 3.118-1:

Im Straßenverkehr verunglückte, darunter tödlich verunglückte Personen in Berlin 2005 - 2009 nach Geschlecht und Bezirken

Tabelle 3.119-1:

Alkoholbedingte Straßenverkehrsunfälle mit Personenschaden in Berlin 1992 - 2009 nach Verletzungsschwere

Themenfeld 4: Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen

Tabelle 4.1-1:

Selbstauskunft der erwachsenen Bevölkerung zum Rauchverhalten in Deutschland 2009 nach Geschlecht, ausgewählten Altersgruppen und Bildungsgruppe

Tabelle 4.1-2:

Rauchverhalten in Berlin 2009 nach Geschlecht und Alter

Tabelle 4.1-3:

Rauchverhalten in Berlin 2009 nach Geschlecht und Bezirken

Tabelle 4.2-1:

Rauchverhalten in Berlin 2009 nach Geschlecht, Alter und Zigarettenkonsum

Tabelle 4.3-1:

Nichtraucherinnen und Nichtraucher in Berlin 2009 nach Geschlecht und Alter

Tabelle 4.5-1:

Durchschnittliches Alter der Raucherinnen und Raucher bei Rauchbeginn in Berlin 2009 nach Geschlecht und Alter

Tabelle 4.5z-1:

Raucher/innen im Haushalt der Einschülerinnen und Einschüler zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchungen in Berlin 2007 - 2010 nach sozialer Lage und Migrationshintergrund

Tabelle 4.7-1:

Selbstauskunft der erwachsenen Bevölkerung zum Alkoholkonsum in Deutschland 2009 nach Geschlecht, ausgewählten Altersgruppen und Bildungsgruppe

Tabelle 4.7-2:

Selbstauskunft der erwachsenen Bevölkerung zum Rauschtrinken (Binge-Drinking) in Deutschland 2009 nach Geschlecht, ausgewählten Altersgruppen und Bildungsgruppe

Tabelle 4.8-1:

Selbstauskunft der erwachsenen Bevölkerung zum Körpergewicht in Deutschland 2009 nach Geschlecht, ausgewählten Altersgruppen und Bildungsgruppe

Tabelle 4.8-2:

Body-Mass-Index (BMI) der erwachsenen Bevölkerung in Berlin 2009 nach Geschlecht und Alter

Tabelle 4.8-3:

Body-Mass-Index (BMI) der erwachsenen Bevölkerung in Berlin 2009 nach Geschlecht und Bezirken

Tabelle 4.9-1:

Body-Mass-Index (BMI) bei Kindern zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchungen in Berlin 2007 - 2010 nach Geschlecht und Migrationshintergrund

Tabelle 4.11-1:

Selbstauskunft der erwachsenen Bevölkerung zur Häufigkeit des Obstverzehrs in Deutschland 2009 nach Geschlecht, ausgewählten Altersgruppen und Bildungsgruppe

Tabelle 4.11-2:

Selbstauskunft der erwachsenen Bevölkerung zur Häufigkeit des Gemüseverzehrs in Deutschland 2009 nach Geschlecht, ausgewählten Altersgruppen und Bildungsgruppe

Tabelle 4.12-1:

Selbstauskunft der erwachsenen Bevölkerung zur Häufigkeit körperlicher Aktivität in Deutschland 2009 nach Geschlecht, ausgewählten Altersgruppen und Bildungsgruppe

Tabelle 4.13-1:

Selbstauskunft der erwachsenen Bevölkerung zur Häufigkeit sportlicher Aktivität in Deutschland 2009 nach Geschlecht, ausgewählten Altersgruppen und Bildungsgruppe

Themenfeld 5: Umweltbezogener Gesundheitsschutz und Verbraucherschutz im Gesundheitswesen

Tabelle 5.1-1:

Stickstoffdioxid in der Außenluft in Berlin 2009 und 2010 nach Messstationen

Tabelle 5.2-1:

Schwefelstoffdioxid in der Außenluft in Berlin 2009 und 2010 nach Messstationen

Tabelle 5.3-1:

Feinstaub in der Außenluft in Berlin 2009 und 2010 nach Messstationen

Tabelle 5.4-1:

Ozon in der Außenluft in Berlin 2005 - 2010 nach Messstationen

Tabelle 5.5-1:

Benzol und Ruß in der Außenluft in Berlin 2008 - 2010 nach Messstationen

Tabelle 5.6-1:

Belastung des Trinkwassers mit Nitrat, Pestiziden, Blei, Kupfer und Trihalogenmethan in Berlin 2010

Tabelle 5.8-1:

Belastung des Trinkwassers mit Escherichia coli und Enterokokken in Berlin 2010

Tabelle 5.10-1:

Dioxine in der Kuhmilch und in der Frauenmilch in Deutschland 2002 - 2009 (Stand: November 2010)

Tabelle 5.11-1:

Polychlorierte Biphenyle (PCB) in der Kuhmilch und in der Frauenmilch in Deutschland 2002 - 2009

Tabelle 5.12z-1:

Selbstauskunft der erwachsenen Bevölkerung zu gesundheitsschädigenden Arbeitsbedingungen in Deutschland 2009 nach Geschlecht, ausgewählten Altersgruppen und Bildungsgruppe

Tabelle 5.13-1:

Durch meldepflichtige Störfälle und Störungen in verfahrenstechnischen Anlagen verletzte und getötete Personen in Deutschland 2002 - 2009

Tabelle 5.14-1:

Ergebnisse der Badegewässerüberwachung in Berlin 2003 - 2010 nach ausgewählten Erregern

Tabelle 5.14z-1:

Jahresauswertung der während der jeweiligen Badesaison 14-tägig durchgeführten mikrobiologischen Untersuchungen von Berliner Badegewässern 2001 - 2010

Tabelle 5.14z-2:

Jahresauswertung der während der Badesaison 14-tägig durchgeführten Sichttiefenmessungen in Berliner Badegewässern 2009 und 2010

Themenfeld 6: Einrichtungen des Gesundheitswesens

Tabelle 6.1-1

Ärztlich geleitete ambulante Gesundheitseinrichtungen in Berlin 2005 - 2011 nach Versorgungsbereich, Art der Einrichtung sowie dort tätigen Ärztinnen/Ärzten und Psychotherapeutinnen/-therapeuten

Tabelle 6.1z-1:

Struktur der vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung in Berlin 1997 - 2011 (Stichtag: 01.01.) nach beteiligten Ärztinnen/Ärzten und Psychotherapeutinnen/-therapeuten

Tabelle 6.1z-2:

An der kassenärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen und Ärzte in Berlin 1995 - 2011 nach Teilnahmeform und Bezirken

Tabelle 6.2-1:

Versorgungsgrade mit an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen/Ärzten und Psychotherapeutinnen/-therapeuten, Zulassungsbeschränkungen und mögliche Neuniederlassungen in Berlin 1997 - 2011 nach Fachgebieten

Tabelle 6.3-1:

Ermächtigungen von Hochschulambulanzen, Psychiatrischen Institutsambulanzen und Sozialpädiatrischen Zentren zur ambulanten vertragsärztlichen/vertragspsychotherapeutischen Versorgung in Berlin 2010 und 2011 (Stichtag: 01.01.) nach Fachgebieten

Tabelle 6.4-1:

Zahnärztlich geleitete ambulante Gesundheitseinrichtungen in Berlin 2000 - 2011 (Stichtag: 01.01.) nach Versorgungsbereich und Art der Einrichtung

Tabelle 6.5-1:

Versorgungsgrad mit an der vertragszahnärztlichen Tätigkeit teilnehmenden Zahnärztinnen/Zahnärzten sowie Zulassungsbeschränkungen in Berlin 2000 - 2011 (Stichtag: 01.01.)

Tabelle 6.8z-1:

Ausgewählte Leistungen des Landesinstituts für gerichtliche und soziale Medizin Berlin 2005 - 2010

Tabelle 6.9-1:

Rettungsleitstellen, Rettungswachen, Rettungsfahrzeuge und Rettungshubschrauber in Berlin 1994 - 2010 (Stichtag: 31.12.)

Tabelle 6.10-1:

Gesundheitseinrichtungen für Suchtkranke in Berlin 2009 und 2010 (Stichtag: 31.12.)

Tabelle 6.11-1:

Krankenhäuser und Bettenzahl in Berlin 1990 - 2009 nach Krankenhausstyp

Tabelle 6.11z-1:

Bettenkapazität der Berliner Krankenhäuser 1990 - 2009 nach Trägerbereichen

Tabelle 6.12-1:

Krankenhäuser, Bettenzahl und Personal (Jahresdurchschnittswerte bezogen auf Vollkräfte) in Berlin 1998 - 2009 nach Größenklassen

Tabelle 6.12-2:

Personal der Krankenhäuser (Vollkräfte im Jahresdurchschnitt) in Berlin 1991 - 2009 nach Personalgruppen und Art des Krankenhauses

Tabelle 6.13-1:

Krankenhäuser in Berlin 2009 nach Fachabteilungen und Bettenzahl

Tabelle 6.14-1:

Tages- und Nachtambulanzplätze in Krankenhäusern in Berlin 2009 nach Fachabteilungen

Tabelle 6.15-1:

Das Bettenangebot der Krankenhäuser in Berlin 2009 und 2010 (Stand: 31.12.) nach Versorgungsregionen und Fachabteilungen

Tabelle 6.15z-1:

Krankenhäuser und Krankenhausbetten in Berlin 2009 und 2010 (Stand: 31.12.) nach Status (Krankenhausplan), Trägerbereichen und Fachgebieten

Tabelle 6.15z-2:

Versorgungsangebot in Plankrankenhäusern des Landes Berlin 2009 und 2010 und geplantes Bettenangebot nach dem Berliner Krankenhausplan 2010 nach Fachabteilungen

Tabelle 6.17-1:

Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen in Berlin 1999 - 2009 (Stichtag 15.12.) nach Art der Pflegeeinrichtung und verfügbaren Plätzen

Tabelle 6.18-1:

Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen in Berlin 2007 und 2009 (Stichtag 15.12.) nach Art der Pflegeeinrichtung, verfügbaren Plätzen und Bezirken

Tabelle 6.18-2:

Bestand an Langzeitpflegeplätzen in Pflegeeinrichtungen mit Versorgungsauftrag am 01.01.2011 nach Landespflegeplan 2006 in Berlin nach Bezirken

Tabelle 6.19-1:

Ambulante Pflegeeinrichtungen in Berlin 2001 - 2009 (Stichtag: 15.12.) nach Art, Größenklassen, Pflegebedürftigen und Trägerschaft

Tabelle 6.20-1:

(Teil-)stationäre Pflegeeinrichtungen in Berlin 2001 - 2009 (Stichtag: 15.12.) nach Art, verfügbaren Plätzen und Trägerschaft

Tabelle 6.21-1:

Bestand an Apotheken in Berlin 2008 - 2010 nach Bezirken

Tabelle 6.22-1:

Bestand an medizinisch-technischen Großgeräten in den allgemeinen Krankenhäusern in Berlin 2001 - 2009 (Stichtag: 31.12.)

Themenfeld 7: Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsförderung und der Gesundheitsversorgung

Tabelle 7.1-1:

Beratungsangebot und Inanspruchnahme von Beratungen nach dem Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG) in Berlin 2007 - 2010 nach Trägerbereich der Beratungsstellen

Tabelle 7.1z-1:

Inanspruchnahme und Leistungen der Zentren für sexuelle Gesundheit und Familienplanung (bis 31.03.2008: Sozialmedizinischer Dienst) in Berlin 1995 - 2010 nach Geschlecht, Staatsangehörigkeit, ausgewählten Bereichen und Standorten

Tabelle 7.1z-2:

Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen und beratene Frauen in Berlin 1994 - 2010 nach Staatsangehörigkeit und Träger

Tabelle 7.2-1:

Schwangerschaftsabbrüche von Berlinerinnen 2002 - 2010 (Wohnortprinzip) nach Altersgruppen und ambulante/stationäre vorgenommene Eingriffen

Tabelle 7.4z-1:

Gemeldete Entbindungen in Berlin 1990 - 2008 (Ereignisprinzip) nach Trägerbereich des Krankenhauses und Ort der außerklinischen Entbindung

Tabelle 7.4z-2:

Gemeldete Entbindungen und Lebendgeborene in Berlin 1990 - 2008 nach Ereignis- und Wohnortprinzip

Tabelle 7.4z-3:

Gemeldete Entbindungen und Geborene in Berlin 2007 und 2008 (Ereignisprinzip) nach Krankenhausträger, Ort der außerklinischen Entbindung und Staatsangehörigkeit

Tabelle 7.4z-4:

Gemeldete Entbindungen in Krankenhäusern in Berlin 2007 und 2008 (Ereignisprinzip) nach ausgewählten Merkmalen

Tabelle 7.4z-5:

Gemeldete außerklinische Entbindungen in Berlin 2008 (Ereignisprinzip) nach Bezirken und ausgewählten Merkmalen

Tabelle 7.4z-6:

Gemeldete Geborene in Berlin 2008 (Ereignisprinzip) nach Geschlecht, Geburtsgewicht, Geburtsort und Sterbefällen

Tabelle 7.5-1:

Inanspruchnahme des Krankheitsfrüherkennungsprogramms für Kinder in Berlin 2001 - 2010 nach Migrationshintergrund

Tabelle 7.6-1:

Inanspruchnahme des Krankheitsfrüherkennungsprogramms für Kinder in Berlin 2007 - 2010 nach Bezirken (Wohnort der Kinder)

Tabelle 7.6z-1:

Erstkontakte des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes (KJGD) bei Familien mit Säuglingen in Berlin 2007 - 2009 nach Beratungsbedarf in schwierigen Lebenslagen und Bezirken

Tabelle 7.6z-2:

Ausgewählte Leistungen und Inanspruchnahme des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes (KJGD) in Berlin 2007 - 2009 nach Bezirken

Tabelle 7.7-1:

Von den Zahnärztlichen Diensten durchgeführte Karies-Prophylaxe bei Kindern: Gebisszustand bei Erstuntersuchungen in Berlin in den Schuljahren 2000/2001 - 2008/2009 nach Bezirken ab Schuljahr 2005/2006

Tabelle 7.8-1:

Von den Zahnärztlichen Diensten durchgeführte Karies-Prophylaxe bei Schülern und Schülerinnen: Gebisszustand bei Erstuntersuchungen in Berlin in den Schuljahren 2006/2007, 2007/2008 und 2008/2009 nach Schultyp und Bezirken

Tabelle 7.9-1:

Durch Vorsorgeuntersuchungen der Zahnärztlichen Dienste erreichte Kinder, Schülerinnen und Schüler in Berlin in den Schuljahren 1996/1997 - 2008/2009 und im Schuljahr 2008/2009 durchgeführte Informationsveranstaltungen nach Einrichtungstyp

Tabelle 7.10-1:

Durch Vorsorgeuntersuchungen der Zahnärztlichen Dienste erreichte Kinder, Schülerinnen und Schüler in Berlin in den Schuljahren 2005/2006 - 2008/2009 nach Einrichtungstyp und Bezirken

Tabelle 7.11-1:

Ausgewählte Impfquoten bei Einschülern und Einschülerinnen in Berlin 2002 - 2010 nach Migrationshintergrund - Teil 1

Tabelle 7.12-1:

Ausgewählte Impfquoten bei Einschülern und Einschülerinnen in Berlin 2002 - 2010 nach Migrationshintergrund - Teil 2

Tabelle 7.13-1:

Ausgewählte Impfquoten bei Einschülern und Einschülerinnen in Berlin 2007 - 2010 nach Bezirken (Wohnort der Kinder) - Teil 1

Tabelle 7.14-1:

Ausgewählte Impfquoten bei Einschülern und Einschülerinnen in Berlin 2007 - 2010 nach Bezirken (Wohnort der Kinder) - Teil 2

Tabelle 7.14z-1:

Durch den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD) bei Erstuntersuchungen nach JArbSchG festgestellte ausgewählte Impfquoten in Berlin 2009 nach Bezirken

Tabelle 7.14z-2

Selbstauskunft der erwachsenen Bevölkerung zur Inanspruchnahme von Gripeschutzimpfung und Tetanusimpfung in Deutschland 2009 nach Geschlecht, ausgewählten Altersgruppen und Bildungsgruppe

Tabelle 7.16-1:

Beteiligung von GKV-Versicherten an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen in Berlin 1998 - 2010 nach Geschlecht

Tabelle 7.17-1:

Beteiligung von GKV-Versicherten am Gesundheits-Check-up in Berlin 1996 - 2010 nach Geschlecht

Tabelle 7.17z-1:

Selbstauskunft der erwachsenen Bevölkerung zur Teilnahme an Zahnvorsorgeuntersuchungen in den letzten 12 Monaten in Deutschland 2009 nach Geschlecht, ausgewählten Altersgruppen und Bildungsgruppe

Tabelle 7.19-1:

Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher und psychotherapeutischer Versorgung (nach § 72 SGB V und PsychThG) in Berlin 2001 - 2009

Tabelle 7.20-1:

Inanspruchnahme ambulanter vertragsärztlicher Versorgung (nach § 72 SGB V) in Berlin 2006 - 2010 nach Fachgruppen

Tabelle 7.20z-1:

Selbstauskunft der erwachsenen Bevölkerung zum Arztbesuch in den letzten 12 Monaten in Deutschland 2009 nach Geschlecht, ausgewählten Altersgruppen und Bildungsgruppe

Tabelle 7.22-1:

Inanspruchnahme ambulanter psychotherapeutischer Versorgung durch Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten (PT) sowie psychotherapeutischer und psychosomatischer Versorgung durch Ärztinnen/Ärzte in Berlin 2000 - 2009

Tabelle 7.24-1:

Abgerechnete vertragszahnärztliche Leistungsfälle (ambulant) in Berlin 2003 - 2009 nach Behandlungsarten

Tabelle 7.25-1:

Einsätze von Krankentransportwagen, Rettungswagen, Notarzteinsetzfahrzeugen/Notarztwagen und Rettungshubschrauber in Berlin 2002 - 2010

Tabelle 7.25z-1:

Leistungen des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes (ÄBD) der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin 1995 - 2010

Tabelle 7.25z-2:

Vertragsärztliche ambulante Versorgung (Fallzahlen) in der Erste-Hilfe-Stelle der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Berlin sowie in den Erste-Hilfe-Stellen/Rettungsstellen in Krankenhäusern in Berlin 1995 - 2010

Tabelle 7.26-1:

Behandlungsfälle (einschließlich Stundenfälle) sowie Berechnungs- und Belegungstage in Krankenhäusern in Berlin 1990 - 2009 nach Art des Krankenhauses

Tabelle 7.26z-1:

Selbstauskunft der erwachsenen Bevölkerung zur Krankenhausinanspruchnahme in den letzten 12 Monaten in Deutschland 2009 nach Geschlecht, ausgewählten Altersgruppen und Bildungsgruppe

Tabelle 7.27-1:

Bettenauslastung und durchschnittliche Verweildauer in Krankenhäusern in Berlin 1990 - 2009 nach Art des Krankenhauses

Tabelle 7.28-1:

Personaleinsatz (Vollkräfte) in Krankenhäusern in Berlin 1991 - 2009

Tabelle 7.29-1:

Betten, Behandlungsfälle, Berechnungs- und Belegungstage in Krankenhäusern in Berlin 2005 - 2009 nach Fachabteilungen sowie intensivmedizinischer und neonatologischer Versorgung

Tabelle 7.29-2:

Krankenhaustäufigkeit in Berlin 1998 - 2009 nach Fachabteilungen

Tabelle 7.29-3:

Durchschnittliche Verweildauer in Berlin 1998 - 2009 nach Fachabteilungen

Tabelle 7.29-4:

Bettenauslastung in Krankenhäusern in Berlin 1998 - 2009 nach Fachabteilungen

Tabelle 7.29z-1:

Vor- und nachstationäre sowie teilstationäre Behandlungsfälle und teilstationäre Behandlungstage in Krankenhäusern in Berlin 2007 - 2009 nach Fachabteilungen

Tabelle 7.30-1:

Herzchirurgische Eingriffe in Herzchirurgischen Zentren in Berlin und in Deutschland 2004 - 2009

Tabelle 7.33-1:

Pflegebedürftige in Berlin am 15.12.2009 nach Geschlecht, ausgewählten Altersgruppen und Art der Leistungen

Tabelle 7.33-2:

Von ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen betreute Pflegebedürftige in Berlin am 15.12.2009 nach Art der Leistungen, Trägergruppen und Bezirken

Tabelle 7.34-1:

Pflegegeldempfänger und Pflegegeldempfängerinnen in Berlin am 31.12.2009 nach Geschlecht, ausgewählten Altersgruppen, Pflegestufen, Art der Pflegeleistung und Leistungsträger

Tabelle 7.35-1:

Inanspruchnahme ambulanter Pflege in Berlin am 15.12.2009 nach Geschlecht, ausgewählten Altersgruppen, Pflegestufen und Bezirken

Tabelle 7.36-1:

Inanspruchnahme (teil-)stationärer Pflege in Berlin am 15.12.2009 nach Geschlecht, ausgewählten Altersgruppen, Pflegestufen und Bezirken

Tabelle 7.36-2:

Inanspruchnahme voll- und teilstationärer Pflege in Berlin am 15.12.2009 nach Geschlecht, ausgewählten Altersgruppen und Bezirken

Tabelle 7.36-3:

Langzeit- und Tagespflege in Berlin am 15.12.2009 nach verfügbaren Plätzen, betreuten Pflegebedürftigen und Auslastung

Tabelle 7.37-1:

Allogenes und autologes Blutspendeaufkommen in Deutschland 2000 - 2010 nach Gewinnungsverfahren

Tabelle 7.38-1:

Herstellung und Verbrauch von Blutprodukten in Deutschland 2000 - 2010

Themenfeld 8: Beschäftigte im Gesundheitswesen

Tabelle 8.1-1:

Beschäftigte im Gesundheitswesen (soweit statistisch erfasst) in Berlin 2007 und 2008 nach Geschlecht, Berufsgruppen und Tätigkeitsbereich

Tabelle 8.5-1:

Ärztinnen und Ärzte in Berlin 1992 - 2010 (Stand: 31.12.) nach Geschlecht und Tätigkeitsbereich

Tabelle 8.5z-1:

Ärztinnen und Ärzte in Berlin 1999 - 2010 (Stand: 31.12.) nach Tätigkeitsbereich und ausgewählten Fachgebieten

Tabelle 8.6-1:

Berufstätige Ärztinnen und Ärzte in Berlin 1994 - 2010 (Stand: 31.12.) nach Altersgruppen und ausgewählten Tätigkeitsbereichen

Tabelle 8.7-1:

Mit vertragsärztlichem Versorgungsauftrag in ambulanten Einrichtungen tätige Ärztinnen/Ärzte und Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten in Berlin 2003 - 2011 (Stand: 01.01.)

Tabelle 8.8-1:

Mit vertragsärztlichem Versorgungsauftrag in ambulanten Einrichtungen tätige Ärztinnen/Ärzte, Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten und Zahnärztinnen/Zahnärzte in Berlin 2004 - 2011 (Stand: 01.01. bzw. 31.12.) nach Bezirken

Tabelle 8.9-1:

Ärztinnen und Ärzte in ambulanten Einrichtungen in Berlin 2000 - 2010 (Stand: 31.12.) nach Geschlecht und ausgewählten Gebietsbezeichnungen

Tabelle 8.9z-1:

Im ambulanten Bereich tätige Ärztinnen und Ärzte in Berlin 2003 - 2010 (Stand: 31.12.) nach Geschlecht und Staatsangehörigkeit sowie 2007 - 2010 nach Bezirken

Tabelle 8.10-1:

Zahnärztinnen und Zahnärzte in Berlin 1995 - 2010 (Stand: 31.12.) nach Geschlecht, Tätigkeitsbereich und Staatsangehörigkeit

Tabelle 8.11-1:

Zahnärztinnen/Zahnärzte und Kieferorthopädinnen/Kieferorthopäden in ambulanten Einrichtungen in Berlin 1995 - 2010 (Stand: 31.12.) nach Geschlecht

Tabelle 8.11z-1:

Im ambulanten Bereich tätige Zahnärztinnen und Zahnärzte in Berlin 2003 - 2010 (Stand: 31.12.) nach Geschlecht, Staatsangehörigkeit und Bezirken

Tabelle 8.12-1:

Berufstätige Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten und psychotherapeutisch weitergebildete Ärztinnen/Ärzte in Berlin 2001 - 2010 (Stand: 31.12. bzw. 01.01.) nach Geschlecht

Tabelle 8.12-2:

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Berlin 2008 - 2010 (Stand: 31.12.) nach Geschlecht, Tätigkeitsbereich und Bezirken

Tabelle 8.13-1:

Mit Versorgungsauftrag in ambulanten Einrichtungen tätige Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten und psychotherapeutisch weitergebildete Ärztinnen/Ärzte in Berlin 2004 - 2011 (Stand: 01.01.) nach Bezirken

Tabelle 8.14-1:

Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte ausgewählter Gesundheitsberufe im Berliner Gesundheits- und Sozialwesen 1999 - 2010 (Stand: 31.12.) nach Klassifizierung der Berufe (KIdB 88), der Wirtschaftszweige (WZ 2003 / WZ 2008) und nach Geschlecht

Tabelle 8.17-1:

Beschäftigte in Krankenhäusern in Berlin 2004 - 2009 (Stichtag: 31.12.) nach Geschlecht, Personal-/Berufsgruppen und Beschäftigungsart

Tabelle 8.17-2:

Ärztliches Personal der Krankenhäuser in Berlin am 31.12.2009 nach Geschlecht, Gebietsbezeichnungen, funktioneller Stellung und Teilzeitbeschäftigung

Tabelle 8.18-1:

Nichtärztliches Personal der Krankenhäuser in Berlin 1992, 1995 und 2000 - 2009 (Stichtag: 31.12.) nach Geschlecht, Personalgruppen und Berufsbezeichnungen

Tabelle 8.22-1:

Freiberuflich tätige und im Krankenhaus angestellte Hebammen/Entbindungspfleger in Berlin 1992 - 2009 nach Geschlecht

Tabelle 8.24-1:

Personal in Pflegeeinrichtungen in Berlin 1999 - 2009 (Stichtag: 15.12.) nach Geschlecht und 2005 nach Beschäftigungsverhältnis, Berufsabschluss und Trägerbereich der Einrichtung

Tabelle 8.25-1:
Personal in Pflegeeinrichtungen in Berlin 2009 (Stichtag: 15.12.) nach Geschlecht und Tätigkeitsbereichen

Tabelle 8.28-1:
Apothekerinnen und Apotheker sowie weitere in Apotheken tätige Berufsgruppen in Berlin 1993 - 2010 (Stand: 31.12.) nach Geschlecht und Tätigkeitsbereich

Themenfeld 9: Ausbildung im Gesundheitswesen

Tabelle 9.1-1:
Plätze und Lehrgangsteilnehmer/innen der Ausbildungsstätten für Berufe des Gesundheitswesens in Berlin 2006 - 2009 (Stand: 01.11.) nach Geschlecht und Staatsangehörigkeit

Tabelle 9.1z-1:
Anträge auf Zulassung zum Staatsexamen in den Gesundheitsfachberufen (einschließlich Wiederholungsanträge) in Berlin 1998 - 2010

Tabelle 9.1z-2:
Staatliche Anerkennungen im Gesundheitsfachberuf Altenpflege und in den sozialpflegerischen Berufen Heilerziehungspflege und Familienpflege in Berlin 1991 - 2010 nach Geschlecht und Altersgruppen

Tabelle 9.1z-3:
Auszubildende Medizinische Fachangestellte in Berlin 1991 - 2010 nach Geschlecht, bestehenden Ausbildungsverträgen und Prüfungsteilnahme

Tabelle 9.1z-4:
Auszubildende Zahnmedizinische Fachangestellte in Berlin 1993 - 2010 nach Geschlecht, Ausbildungsverträgen und Prüfungsteilnahme

Tabelle 9.2-1:
Erteilte Erlaubnisse zum Führen einer Berufsbezeichnung ausgewählter Gesundheitsfachberufe an Personen, die die entsprechende Berufsausbildung nicht in Deutschland absolviert haben, in Berlin 2006 - 2010

Tabelle 9.2z-1:
Erlaubnisse zum Führen von Berufsbezeichnungen in den Gesundheitsfachberufen in Berlin 2007 - 2010

Tabelle 9.3-1:
Erteilte Approbationen in akademischen Heilberufen in Berlin 1993 - 2010 nach Berufen, Geschlecht und Staatsangehörigkeit

Tabelle 9.4-1:
Erteilte Berufserlaubnisse in akademischen Heilberufen in Berlin 1993 - 2010 nach Berufen, Geschlecht und Staatsangehörigkeit

Tabelle 9.4z-1:
Erteilte Erlaubnisse zur Führung von Weiterbildungsbezeichnungen in Pflege- und Medizinalfachberufen in Berlin 1996 - 2010

Themenfeld 10: Ausgaben und Finanzierung

Tabelle 10.8z-1:
Ausgaben sowie Empfängerinnen und Empfänger ausgewählter Gesundheits- und Pflegeleistungen nach dem SGB XII in Berlin 2005 - 2010 nach Hilfearten

Tabelle 10.8z-2:
Ausgaben für ausgewählte Gesundheitsleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) in Berlin 2005 - 2009 nach Hilfearten

Tabelle 10.8z-3:
Krankenhilfe und Hilfe zur Pflege nach dem Bundesversorgungsgesetz-Kriegsopferfürsorge (BVG-KOF) in Berlin 1994 - 2010 nach Aufwand und Empfängern/Empfängerinnen

Tabelle 10.8z-4:
Aufwand für Pflegegelder, Sachleistungen und Rentenversicherungsbeiträge an Pflegepersonen sowie Empfänger/innen gemäß Landespflegegeldgesetz (LPfIGG) in Berlin 1991 - 2010

Tabelle 10.8z-5:
Gewährte Fördermittel (in EUR) nach KHG/LKG und sonstige Zuschüsse für Krankenhäuser im Land Berlin zum Stichtag 31.12.2009 und 31.12.2010 einschließlich Mittel aus 40 Mio. EUR - Programm (ohne K II - Programm)

Tabelle 10.16-1:
Zuzahlungen in der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland 2009 nach Leistungs- und Kassenarten

Tabelle 10.18-1:
Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und mitversicherte Familienangehörige in Berlin 2004 - 2010 (Stichtag: 1. Juli) nach Geschlecht und Altersgruppen

Tabelle 10.18-2:

Versichertenstruktur in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Deutschland am 1. Juli 2010 nach Geschlecht und Bundesländern

Tabelle 10.19-1:

Versichertenstruktur (Mitglieder und mitversicherte Familienangehörige) in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Berlin 2009 und 2010 (Stichtag: 1. Juli) nach allgemeiner Krankenversicherung (AKV), Krankenversicherung der Rentner (KVdR) und Kassenarten

Tabelle 10.19-2:

Verhältnis von Mitgliedern der allgemeinen Krankenversicherung (AKV) zu Mitgliedern der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Berlin 2000 - 2010 (Stand: 1. Juli) nach Kassenarten sowie 2009 und 2010 nach Bundesländern

Tabelle 10.19-3:

Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und GKV-Versicherte insgesamt mit Wohnort in Berlin 1998 - 2010 (Stichtag: 1. Juli) nach Bevölkerungsanteil, Kassenarten und Marktanteilen

Tabelle 10.19-4:

Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und GKV-Versicherte insgesamt in Deutschland am 1. Juli 2009 nach Kassenarten, Marktanteilen und Bundesländern

Tabelle 10.19z-1:

Aktiv Versicherte in der Deutschen Rentenversicherung in Berlin 1994 - 2009 nach Geschlecht, Staatsangehörigkeit und Regionen

Tabelle 10.19z-2:

Aktiv Versicherte in der Deutschen Rentenversicherung in Berlin 1994 - 2009 nach Geschlecht, Altersgruppen und Staatsangehörigkeit

Tabelle 10.20-1:

Beitragsbemessungsgrenzen und Beitragssätze in der Sozialversicherung und Entgeltgrenze für geringfügige Beschäftigung in Deutschland 2000 - 2011 (Stichtag: 01.01.) nach alten und neuen Bundesländern

Tabelle 10.20-2:

Beitragssätze zur Kranken- und Pflegeversicherung der Rentner in Deutschland 2001 - 2011 nach Beitragsanteilen der Versicherten und der gesetzlichen Rentenversicherung

Tabelle 10.21-1:

Einnahmen und Ausgaben ausgewählter Zweige der gesetzlichen Sozialversicherung in Deutschland 2000 - 2009

Tabelle 10.23z-1:

Zahl der gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland 2006 - 2011 (Stand: 01.01.) nach Kassenarten

Themenfeld 11: Kosten

Tabelle 11.1-1:

Kostenstruktur in Arztpraxen, Zahnarztpraxen und psychotherapeutischen Praxen sowie dort tätige Personen in Deutschland 2003 und 2007 nach Regionen

Tabelle 11.1-2:

Kostenstruktur in Arztpraxen und dort tätige Personen in Deutschland 2003 und 2007 nach Praxisform und Regionen

Tabelle 11.1-3:

Kostenstruktur in Zahnarztpraxen und dort tätige Personen in Deutschland 2007 nach Fachgebieten und Regionen

Tabelle 11.2-1:

Kostenstruktur in Zahnarztpraxen und dort tätige Personen in Deutschland 2007 nach Praxisform und Regionen

Tabelle 11.3-1:

Kostenstruktur von psychotherapeutischen Praxen und dort tätige Personen in Deutschland 2007 nach Praxisform und Fachrichtung

Tabelle 11.4-1:

Kosten der Krankenhäuser in Berlin 2009 nach Kostenarten und Krankenhausgrößenklassen

Tabelle 11.4-2:

Kosten der allgemeinen Krankenhäuser in Berlin 2009 nach Kostenarten und Krankenhausgrößenklassen

Tabelle 11.5-1:

Kosten allgemeiner und sonstiger Krankenhäuser in Berlin 2009 nach Kostenarten, Art der Förderung und Belegbetten

Tabelle 11.5-2:

Bereinigte Kosten und Kostenkennziffern der Krankenhäuser in Berlin 1991 - 2009 nach Krankenhausart

Tabelle 11.5z-1:

Personalkosten je Vollkraft in den Krankenhäusern in Berlin 2009 nach Personalgruppen, Krankenhausart und -größenklassen

Tabelle 11.5z-2:
Krankenhauskosten und Kostenkennziffern in Deutschland 2009 nach Bundesländern

Tabelle 11.7-1:
Aufwendungen für Leistungen zur Teilhabe in der gesetzlichen Rentenversicherung in Deutschland 2006 - 2009

Tabelle 11.8-1:
Durchschnittliche Vergütung für Langzeitpflege, Kurzzeitpflege und Tagespflege in (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen in Berlin 1999 - 2009 (Stichtag: 15.12.) nach Pflegeklassen sowie Art der Vergütung und des Trägers

Tabelle 11.8-2:
Langzeitpflege, Kurzzeitpflege und Tagespflege in (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen in Berlin am 15.12.2009 nach verfügbaren Plätzen, durchschnittlicher Vergütung, Pflegeklassen und Bezirken

Tabelle 11.8-3:
Durchschnittliche Vergütung für (teil-)stationäre Leistungen von Pflegeeinrichtungen in Berlin am 15.12.2009 nach Pflegeklassen, Art der Vergütung und Kapazitätsgrößenklassen (verfügbare Plätze) der Einrichtung

Tabelle 11.8-4:
Pflegeeinrichtungen mit Langzeitpflege in Berlin am 15.12.2009 nach Pflegeklassen, Höhe der Vergütung (Größenklassen) und Kapazitätsgrößenklassen (verfügbare Plätze)

Tabelle 11.8-5:
Durchschnittliche Vergütung der Langzeitpflege in Pflegeeinrichtungen in Deutschland 1999 - 2009 (Stand: 15.12.) nach Bundesländern, Pflegeklassen und Art der Vergütung

Tabelle 11.8z-1:
Krankheitskosten in ambulanten Einrichtungen in Deutschland 2008 nach Geschlecht, ausgewählten Altersgruppen und Hauptdiagnosegruppen

Tabelle 11.8z-2:
Krankheitskosten in ambulanten und (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen in Deutschland 2008 nach Geschlecht, ausgewählten Altersgruppen und Hauptdiagnosegruppen

Erläuterungen

Ärztinnen/Ärzte

Mit/ohne Gebietsbezeichnung: Mit Gebietsbezeichnung: Ärzte mit abgeschlossener Fachausbildung, die auf einem anerkannten Fachgebiet tätig sind. Ohne Gebietsbezeichnung: Praktische Ärzte, Ärzte in der Weiterbildung zum Facharzt sowie Ärzte, deren Fachgebiet bisher nicht anerkannt ist.

Niedergelassene (freipraktizierende) bzw. ambulant tätige Ärztinnen/Ärzte: In freier Praxis niedergelassene Ärzte einschließlich den Ärzten mit nebenamtlicher Krankenhaustätigkeit (Belegärzte) und angestellte Ärzte in Praxen und in Einrichtungen nach § 311 (ehemalige Polikliniken) oder § 95 (Medizinische Versorgungszentren) Sozialgesetzbuch (SGB) V.

Hausärztinnen/-ärzte: An der hausärztlichen Versorgung nehmen Allgemeinärzte, Kinderärzte, Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung, die die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gewählt haben, Ärzte, die nach § 95a Abs. 4 und 5 Satz 1 in das Arztregister eingetragen sind und Ärzte, die am 31.12.2000 an der hausärztlichen Versorgung teilgenommen haben, teil (§ 73 SGB V). Bei der Ermittlung des allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrades zählen Kinderärzte nicht zu den Hausärzten, sondern Hausärzte mit Ausnahme der Kinderärzte werden jeweils als eigene Arztgruppe gewertet (§ 101 Abs. 5 SGB V).

Hauptamtlich im Krankenhaus: In einer Einrichtung festangestellte Ärzte (ohne Gast-, Konsiliar-, hospitierende und Belegärzte).

Leitende Ärztinnen/Ärzte: Hauptamtlich in der Einrichtung (Krankenhaus / Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung) tätige Ärzte mit Chefarztverträgen sowie Ärzte als Inhaber konzessionierter Privatkliniken.

Ärztinnen/Ärzte im Praktikum (AiPs): Die Ausbildungsphase „Arzt im Praktikum“ ist durch das Gesetz zur Änderung der Bundesärztereordnung und anderer Gesetze vom 21. Juli 2004 ab 1. Oktober 2004 für Studierende der Medizin weggefallen. Vor dem 1. Oktober 2004 waren AiPs Ärzte mit Berufserlaubnis, denen die Approbation erst erteilt wurde, wenn sie nach bestandem Examen 18 Monate lang berufspraktisch gearbeitet hatten. Mit der Neuregelung kann nach erfolgreicher Ablegung der Ärztlichen Prüfung die Approbation als Ärztin oder Arzt beantragt werden.

AIDS und HIV

Grundlage der Erfassung von **AIDS-Erkrankungen** (und gemeldeten Todesfällen) sind die Daten des zentralen AIDS-Fallregisters am Robert Koch-Institut Berlin. Seit 1982 werden dort die von den behandelnden Ärzten freiwillig und anonym gemeldeten Fallberichte ausgewertet. In die Auswertung kommen nur Erkrankte, die ihren Wohnsitz in Deutschland haben und die der geltenden Falldefinition für die epidemiologische Überwachung von AIDS genügen.

Bis zum 31.12.2000 waren in der Bundesrepublik Deutschland gemäß Laborberichtsverordnung (LabVo) Laborärzte verpflichtet, jeden positiv bestätigten **HIV-Antikörpertest** in Form eines anonymen Berichtes an das RKI zu melden. Seit dem 01.01.2001 gilt nach § 7 Abs. 3 Nr. 2 und § 10 Abs. 2 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) eine nicht namentliche Meldepflicht für den direkten oder indirekten (d. h. über Antikörper) Nachweis von HIV. Dieser muss innerhalb von zwei Wochen mittels eines Formblattes direkt an das RKI geschickt werden. Zur Meldung verpflichtet ist das Labor, welches den (positiven) Test durchgeführt hat.

Alleinerziehende

Ledige, verheiratet getrennt lebende, verwitwete und geschiedene Väter oder Mütter, die mit ihren Kindern zusammenleben. Der andere Elternteil lebt in diesen Fällen nicht im Haushalt. Bis zum Jahr 2004 wurden zu den Alleinerziehenden auch die gezählt, in deren Haushalten noch weitere Personen lebten (z. B. der Partner einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft).

Ambulante Morbidität

Zur Datenanalyse, deren Ergebnisse in Kapitel 4.2 dieses Berichts dargestellt werden, standen Abrechnungsdaten aus dem ADT (AbrechnungsDatenTransfer)-System der KV Berlin für das Jahr 2007 zur Verfügung, d. h. sämtliche Behandlungsfälle, die im Jahr 2007 im Rahmen der Original- und Sekundäranspruchnahme durch Überweisungen, der belegärztlichen Behandlung und der Notfall- und Vertreterbehandlung aus der GKV-Leistungsabrechnung der zugelassenen Ärztinnen/Ärzte (Niedergelassene und ermächtigte Krankenhausärztinnen/ärzte) gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin geltend gemacht wurden.

Alle Abrechnungsscheine wurden anhand der Angaben zur Person, die in pseudonymisierter Form vorlagen, einzelnen Patienten bzw. Patientinnen zugeordnet. Im Ergebnis liegen Abrechnungsdaten zu insgesamt 2.762.226 Personen vor, die in mindestens einem Quartal des Jahres 2007 einen Wohnsitz in Berlin hatten und in der GKV versichert waren.

Abrechnungsdiagnosen

Auf den zur Abrechnung gebrachten Scheinen wurden zur Leistungsbegründung im Jahr 2007 91.487.301 Diagnosen (Mehrfachnennungen von gleichen Diagnosen enthalten) angegeben. Von diesen wiesen 87.263.909 Abrechnungsdiagnosen eine gültige Kodierung nach der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10-GM Version 2007)¹ (siehe auch „Internationale Statistische Klassifikation ...“) auf. Weitere 4.223.026 Einträge waren mit dem zu Abrechnungszwecken erlaubten Ersatzcode „UUU“ für Fälle, in denen keine Diagnosenstellung möglich ist und welcher nur für reine Befundpraxen von Laborärzten, Pathologen etc. zulässig ist, versehen.

Für die Analyse zur ambulanten Morbidität wurden nur Abrechnungsdiagnosen verwendet, die als gesichert gekennzeichnet waren. Dies betraf 89 % aller Abrechnungsdiagnosen. Jeder Person wurden alle Diagnosen ihrer Abrechnungsscheine zugeordnet. Dabei kommen Mehrfachnennungen sowohl verschiedener als auch gleicher Diagnosen vor. Für die Auswertungen wurden Mehrfachnennungen derselben Diagnose als eine Diagnose gezählt, da nicht ermittelt werden kann, ob es sich um den gleichen oder einen unterschiedlichen Behandlungsanlass handelt. Für Auswertungszwecke wurde unterschieden zwischen Dauerdiagnosen im Sinne der Verschlüsselung chronischer Erkrankungen und Tagesdiagnosen, die sich auf akute Erkrankungen und Anlässe der Inanspruchnahme wie beispielsweise Allgemeinuntersuchungen und Impfungen beziehen.

Zur Untersuchung des allgemeinen Morbiditätsgeschehens im ambulanten Bereich wurden die zu Abrechnungszwecken verschlüsselten Diagnosen nach ihrer Häufigkeit ausgewählt. Zusätzlich wurden Diagnosen in die Auswertung aufgenommen, die in die Berechnung des Sozialindex I für die Berliner Bezirke (vgl. Sozialstrukturatlas 2008 (Literaturangabe im Publikationsverzeichnis)) eingehen und deshalb als relevant zur Beschreibung der Sozialstruktur angesehen werden.

¹ Internationale Statistische Klassifikation von Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision - German Modification (ICD-10-GM) Version 2007. Hrsg. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI).

Auf der Grundlage von knapp 1.700 gültigen Schlüsselnummern (ICD-10-GM Version 2007, Dreisteller, nur gesicherte Diagnosen) wurden im ersten Schritt die 60 am häufigsten kodierten Schlüsselnummern (Einzeldiagnosen, ohne „UUU“, siehe oben) ausgewählt. Diese machten aufgrund der Anzahl ihrer Nennungen etwa 50 % der gesamten Diagnosenennungen aus.

Im zweiten Schritt wurden einzelne Schlüsselnummern zu Gruppen zusammengefasst. Dazu wurden zum einen bestehende häufige Schlüsselnummern kombiniert bzw. weitere Schlüsselnummern zu einer Diagnosegruppe gehörig aufgenommen. Bei der Kombination von Schlüsselnummern fand der Umstand Berücksichtigung, dass ein einheitliches und eindeutiges Kodierverhalten der abrechnenden Stelle nicht bei jedem Behandlungsanlass gewährleistet sein kann, weshalb in einigen Fällen sowohl die Einzeldiagnose oder Diagnosegruppe als auch die übergeordnete Diagnosegruppe betrachtet wurden (z. B. E11 Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ 2-Diabetes] und E10-E14 Diabetes mellitus oder K20-K22 Krankheiten des Ösophagus und K20-K31 Krankheiten des Ösophagus, des Magens und des Duodenums).

Im dritten Schritt wurden weitere (weniger häufige) Schlüsselnummern aufgenommen aufgrund ihres Bezugs zur Sozialstruktur und ihrer Bedeutung für die Bewertung der Gesundheitslage in der Bevölkerung. Dies betraf die häufigsten Krebslokalisationen (Lunge, Darm, Brust, Prostata) sowie Tuberkulose.

Anhand der ausgewählten Diagnosen wird deutlich, dass es sich bezogen auf die zugrunde liegende Bevölkerung zwar um besonders häufige Abrechnungsdiagnosen handelt, der dahinter stehende Krankheitswert jedoch erheblich variiert (z. B. Notwendigkeit der Impfung (Z23-Z27) vs. Ischämische Herzkrankheiten (I20-I25)). Des Weiteren ist anzumerken, dass es sich bei einigen Krankheiten bei der Inanspruchnahme einer vertragsärztlichen Leistung vorrangig um die Nachsorge einer Erkrankung handelt, da die Primärtherapie auf dem stationären Sektor erfolgt (z. B. Krebserkrankungen, Myokardinfarkt). Dies gilt es bei der Interpretation des ambulanten Morbiditätsspektrums zu berücksichtigen.

Die Tabelle „Ambulante Morbidität“ gibt Aufschluss über die Auswahl der Abrechnungsdiagnosen. Der Aufbau der Tabelle folgt dabei den Kapiteln der ICD-10-GM Version 2007.

Erstellung des aggregierten Datensatzes

Anhand der verschlüsselten Adressinformation der Patientinnen/Patienten, die unter Verwendung des regionalen Gliederungssystems der lebensweltlich orientierten Räume (LOR)² generiert wurde, stand für jede Person des Arbeitsdatensatzes die Verortung im Raum Berlin zur Verfügung. Wies eine Person im Rahmen der Abrechnungsdaten über das Jahr 2007 verschiedene LOR-Kennungen (durch Umzüge) auf, so war die maximale LOR-Kennung aus dem letzten Quartal, für welches für diese Person eine gültige Berliner LOR-Kennung vorlag, maßgeblich für die Verortung.

Auf der Ebene der sogenannten Planungsräume (unterste Ebene des LOR-Systems mit durchschnittlich 7.500 Einwohnern pro Raum) wurden die Datensätze aggregiert. Somit wurden für 417 Planungsräume (vgl. Sozialstrukturatlas 2008 (Literaturangabe im Publikationsverzeichnis)) Häufigkeiten der oben genannten ausgewählten Diagnosen/Behandlungsanlässe auf die Bevölkerung im Planungsraum bezogen ausgegeben.

Standardisierte Morbiditätsraten (SMR)

Zur Auswertung der Diagnosehäufigkeiten in der räumlichen (aggregierten) Ebene wurde eine Altersstandardisierung der beobachteten Raten in den 417 Planungsräumen vorgenommen. Im vorliegenden Datenmaterial kam die indirekte Altersstandardisierung zur Anwendung, bei welcher die Gesamtberliner Bevölkerung die Standardbevölkerung (Einwohnerregister, Stand 12/2007) und die Bevölkerung des Planungsraumes die jeweilige Referenzbevölkerung bildete. Zur Schätzung der altersstandardisierten Raten (sogenannte (indirekt) standardisierte Morbiditätsraten, kurz: SMR) wurden 20 Altersgruppen (0 - <1, 1 - 4, 5 - 9, ..., 95 Jahre und älter) gebildet.

Die berechneten SMR bildeten die Datengrundlage für die Darstellung von Diagnosehäufigkeiten in der kleinräumigen Gliederung (vgl. Abschnitt 4.2.3 Darstellung ausgewählter Diagnosen in der räumlichen Gliederung) sowie für die anschließende Faktorenanalyse mit dem Ergebnis der Morbiditätsmuster (vgl. unten und Abschnitt 4.2.4 Morbiditätsindizes in der räumlichen Gliederung).

Bildung von Faktoren zur Beschreibung von Morbiditätsmustern

Ziel der Faktorenanalyse ist die Darstellung von so genannten Hintergrundfaktoren, die Räume bezüglich ihrer Raten zu bestimmten Diagnosen aufgrund gleichartiger Muster charakterisieren.

Obwohl mit den betrachteten Diagnosen schon eine Auswahl aus allen Abrechnungsdiagnosen vorgenommen wurde, steht noch eine Vielzahl an Einzelinformationen zu Behandlungsanlässen im Raum. Um zu einer weiteren Reduktion der betrachteten Dimensionen zu kommen, wurde auf die SMR der Abrechnungsdiagnosen eine Faktorenanalyse angewendet. Dabei wurde auf doppelt erfasste Diagnosen wie z. B. I10 Essentielle (primäre) Hypertonie und I10-I15 Hypertonie (Hochdruckkrankheit) und auf Diagnosen mit unsicherem Verhalten auf die Hintergrundfaktoren, z. B. unspezifische Diagnosen wie Z01 (sonstige spezielle Untersuchungen), verzichtet.

Die Faktorenanalyse ergab vier Hintergrundfaktoren zur Charakterisierung typischer Morbiditätsmuster auf der Ebene der Planungsräume. Diese erklärten zusammen 61,5 % der Gesamtvarianz der eingehenden Diagnosen (1. Faktor 38,5 %, 2. Faktor 13,5 %, 3. Faktor 6,2 % und 4. Faktor 3,3 %).

Zur methodischen Betrachtung der Faktorenanalyse wird auf den entsprechenden Abriss im Sozialstrukturatlas Berlin 2008 (Literaturangabe im Publikationsverzeichnis) verwiesen; eine inhaltliche Beschreibung der Hintergrundfaktoren ist im Ergebnisteil des Atlases unter Abschnitt 4.4.3 dargestellt. Die anschließende Korrelationsanalyse mit Sozialstrukturindizes gibt Aufschluss über die bestehenden Zusammenhänge zwischen Morbiditätsgeschehen und sozialstrukturellen Disparitäten im Raum.

Ambulante Pflegedienste

Das Leistungsangebot ambulanter Pflegedienste umfasst Grundpflege, Behandlungspflege und hauswirtschaftliche Versorgung (Haushaltshilfen). Viele Pflegedienste bieten zudem pflegeergänzende Leistungen an (wie Angehörigengruppen, Beratung, fahrbaren Mittagstisch). Das Angebot zielt darauf, den Verbleib hilfe- bzw. pflegebedürftiger, insbesondere älterer Menschen in ihrer Häuslichkeit zu unterstützen bzw. zu sichern und Aufenthalte in stationären Einrichtungen zu vermeiden bzw. zu verkürzen. Neben Pflegediensten in freigemeinnütziger Trägerschaft leisten privatgewerbliche Pflegedienste ihren Beitrag zur Versorgung der Bevölkerung mit ambulanten Pflegedienstleistungen.

² Jahn, Mack und Partner (2006): Vereinheitlichung von Planungsräumen. Gutachten im Auftrag der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung Berlin und des Statistischen Landesamtes Berlin.

Tabelle Ambulante Morbidität: Im Rahmen der Analyse der ambulanten Morbidität ausgewählte Diagnosen und Diagnosegruppen (Abrechnungsdaten der Berliner GKV-Bevölkerung) der ICD-10-GM Version 2007

Kapitel	Bezeichnung (ICD-10 Schlüsselnummer/n)	Kapitel	Bezeichnung (ICD-10 Schlüsselnummer/n)	
A00-B99 Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	Diarrhoe und Gastroenteritis, verm. infektiösen Ursprungs (A09)	J00-J99 Krankheiten des Atmungssystems	Akute Infektionen der oberen Atemwege (J00-J06)	
	Tuberkulose der Atmungsorgane, bakteriell gesichert (A15)		Sonst. akute Infektionen d. unteren Atemwege (J20-J22)	
	Tuberkulose (A15-A19)		Vasomotorische und allergische Rhinopathie (J30)	
	Viruskrankheit n.n.b. Lokalisation (B34)		Bronchitis, nicht als akut oder chron. bezeichnet (J40)	
	Kandidose (B37)		Sonst. chronische obstruktive Lungenerkrankung (J44)	
			Asthma (J45-J46)	
C00-D48 Neubildungen	Bösartige Neubild. des Dick- und Enddarms (C18-C21)	K00-K93 Krankheiten des Verdauungs- systems	Krh. d. Ösophagus, d. Magens u. d. Duodenums (K20-K31)	
	Bösartige Neubildungen der Bronchien und der Lunge (C33-C34)		Krankheiten des Ösophagus (K20-K22)	
	Bösartige Neubildung der Brustdrüse (C50)		Ulcus-Krankheiten (K25-K28)	
	Bösartige Neubildung der Prostata (C61)		Gastritis und Duodenitis (K29)	
E00-E90 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechsel- krankheiten	Krankheiten der Schilddrüse (E00-E07)	L00-L99 Krh. der Haut u. der Unterhaut	Dermatitis und Ekzem (L20-L30)	
	Hypothyreose (E02-E03)		Atopisches Ekzem (L20)	
	Nichttoxische und toxische Hyperthyreose (E04-E05)		Sonst. Dermatitis (L30)	
	Diabetes mellitus (E10-E14)		M00-M99 Krankheiten des Muskel-Skelett- Systems u. des Bindegewebes	Arthrose (M15-M19)
	Typ-2-Diabetes (E11)			Sonst. Gelenkkrankheiten a.n.k. (M25)
	Adipositas (E66)			Deformitäten d. Wirbelsäule u. d. Rückens (M41-M43)
Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonst. Lipidämien (E78)	Spondylopathien (M45-M49)			
Störungen des Purin- und Pyrimidinstoffwechsels (E79)	Spondylose (M47)			
	Zervikale und sonst. Bandscheibenschäden (M50-M51)			
F00-F99 Psychische und Verhaltens- störungen	Psychische u. Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19)	N00-N99 Krankheiten des Urogenital- systems	Sonst. Krankheiten des Harnsystems (N39)	
	Psychische u. Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10)		Prostatahyperplasie (N40)	
	Psychische u. Verhaltensstörungen durch Tabak (F17)		Sonst. entzündliche Krankheit d. Vagina u. Vulva (N76)	
	Depressionen (F32-F33)		Sonst. nichtentzündliche Krankheiten der Vagina (N89)	
	Phobische Störungen und andere Angststörungen (F40-F41)		Zu starke, zu häufige oder unregelmäßige Menstruation (N92)	
	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43)		Schmerz u. and. Zustände im Zusammenhang m. d. weibl. Genitalorganen u. d. Menstruationszyklus (N94)	
	Somatoforme Störungen (F45)		Klimakterische Störungen (N95)	
G00-G99 Krankheiten des Nervensystems	Kopfschmerzsyndrome (G43-G44)	Q00-Q99¹⁾	Angeborene Deformitäten der Füße (Q66)	
	Migräne (G43)		R00-R99 Symptome u. abnorme klin. u. Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	Husten (R05)
	Schlafstörungen (G47)			Bauch- und Beckenschmerzen (R10)
H00-H59 Krankheiten des Auges und der Augenhangs- gebilde	Affektionen des Tränenapparates (H04)	S00-T98 Verletzungen, Vergiftungen u. best. andere Folgen äußerer Ursachen		Oberflächliche Verletzung und offene Wunde (S00-S01, S10-S11, ..., S90-S91)
	Konjunktivitis (H10)		Fraktur (S02, S12, ..., S92)	
	Katarakte (H25-H26)		Luxation, Verstauchung und Zerrung (S03, S13, ..., S93)	
	Sonst. Affektionen der Netzhaut (H35)		Verletzung an einer n.n.b. Körperregion (T14)	
	Glaukom (H40)		Unerwünschte Nebenwirkungen, a.n.k. (T78)	
	Affektionen des Glaskörpers (H43)		Z00-Z99 Faktoren, die den Gesundheits- zustand beein- flussen und zur Inanspruch- nahme des²⁾	Allgemeinuntersuchung (Z00)
Sonst. Affektionen des N. opticus und der Sehbahn (H47)	Sonst. spezielle Untersuchungen (Z01)			
Sonstiger Strabismus (H50)	Spez. Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen (Z12)			
	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler (H52)		Notwendigkeit der Impfung (Immunisierung) (Z23-Z27)	
	Sehstörungen (H53)		Kontrazeptive Maßnahmen (Z30)	
H60-H95 Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	Otitis externa (H60)		Vorhandensein von and. funktionellen Implantaten (Z96)	
	Sonst. Krankheiten des äußeren Ohres (H61)			
I00-I99 Krankheiten des Kreislaufsystems	Hypertonie (I10-I15)			
	Essentielle Hypertonie (I10)			
	Ischämische Herzkrankheiten (I20-I25)			
	Herzinsuffizienz (I50)			
	Herzrhythmusstörungen (I44-I49)			
	Sonst. periphere Gefäßkrankheiten (I73)			
	Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten a.n.k. (I80-I87)			
	Hämorrhiden (I84)			
	Hypotonie (I95)			

¹⁾ Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien.

²⁾ Gesundheitswesens führen.

Approbation/Berufserlaubnis

Die Approbation ist die Berechtigung zur uneingeschränkten Berufsausübung in einem akademischen Gesundheitsberuf (Arzt/Ärztin, Apotheker/Apothekerin, Zahnarzt/Zahnärztin, Tierarzt/Tierärztin, Psychologische/r Psychotherapeut/in und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/in), die entsprechend der maßgeblichen Berufsgesetze (Bundesärzteordnung, Bundes-Apothekerordnung, Gesetz über die Ausübung der Zahnheilkunde, Bundestierärzteordnung, Psychotherapeutengesetz) erteilt wird. Nach diesen Berufsgesetzen können, bei Erfüllung bestimmter Voraussetzungen, auch Erlaubnisse zur vorübergehenden Ausübung des jeweiligen Gesundheitsberufes (Berufserlaubnis) erteilt werden.

Arbeitslose

Arbeitslos ist, wer keine Beschäftigung hat (weniger als 15 Wochenstunden), Arbeit sucht, dem Arbeitsmarkt zur Verfügung steht und bei einer Agentur für Arbeit oder einem Träger der Grundsicherung arbeitslos gemeldet ist.

Nicht als arbeitslos gelten:

- a) Beschäftigte, die mindestens 15 Stunden in der Woche arbeiten, aber wegen zu geringem Einkommen Arbeitslosengeld erhalten,
- b) erwerbsfähige hilfebedürftige Personen, die keine Arbeit aufnehmen können, weil sie Kinder erziehen oder Angehörige pflegen,
- c) Teilnehmer/innen in Maßnahmen aktiver Arbeitsmarktpolitik (z. B. beschäftigungsbegleitende und Beschäftigung schaffende Qualifizierungsmaßnahmen),
- d) 58-Jährige und Ältere, wenn sie dem Arbeitsmarkt nicht mehr voll zur Verfügung stehen.

Rechtskreis SGB II

Mit dem Zweiten Sozialgesetzbuch (SGB II) wurden im Zuge der so genannten „Hartz“-Reformen mit Wirkung vom 01.01.2005 an die frühere Arbeitslosenhilfe und die frühere laufende Hilfe zum Lebensunterhalt für Bedarfsgemeinschaften mit erwerbsfähigen Hilfebedürftigen zusammengelegt. Die Leistungen des SGB II bezwecken zum einen die Sicherung des Lebensunterhaltes durch das Arbeitslosengeld II (Alg II) für erwerbsfähige Hilfebedürftige, das Sozialgeld für nichterwerbsfähige Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft und die angemessenen Kosten für Unterkunft und Heizung sowie die Eingliederung in den Arbeitsmarkt über flankierende Maßnahmen. Arbeitslosengeld II kann auch ergänzend zum Erwerbseinkommen oder Arbeitslosengeld I bezogen werden.

Rechtskreis SGB III

Das Dritte Sozialgesetzbuch (SGB III) regelt das Arbeitsförderungsrecht einschließlich der Arbeitslosenversicherung. Es ist Grundlage der Tätigkeit der Bundesanstalt für Arbeit, der Regionaldirektionen der Bundesagentur für Arbeit und der Agenturen für Arbeit. Es umfasst die Leistungen und Maßnahmen der Arbeitsförderung an Arbeitnehmer, Arbeitgeber und Träger der beruflichen Aus- und Weiterbildung. Im Unterschied zu den Bestimmungen des SGB II können Arbeitnehmer auf Grundlage des SGB III beim Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen das Arbeitslosengeld I (Alg I) erhalten, welches einkommens- und vermögensunabhängig gewährt wird. Darüber hinaus sind im SGB III verschiedene Leistungen und Maßnahmen zur Arbeitsvermittlung, beruflichen Eingliederung, Ausbildung u. ä. geregelt.

Arbeitslosenquote: Arbeitslose in Prozent der abhängigen zivilen Erwerbspersonen (sozialversicherungspflichtig und geringfügig Beschäftigte, Beamte, Arbeitslose) bzw. in Prozent aller zivilen Erwerbspersonen (abhängige zivile Erwerbspersonen, Selbständige, mithelfende Familienmitglieder) insgesamt oder in der jeweiligen Personengruppe (Männer, Frauen, Ausländer/innen, Jugendliche unter 20/unter 25 Jahre, Ältere ab 50/ab55 Jahre u. a.).

Arbeits- und Wegeunfälle

Arbeitsunfall: Nach der gesetzlichen Unfallversicherung in Deutschland: Ein Unfall, den eine versicherte Person infolge der Ausübung einer versicherten Tätigkeit innerhalb und außerhalb der Arbeitsstätte erleidet (vgl. § 8 Abs. 2 Nrn. 1 bis 4 SGB VII).

Wegeunfall: Nach der gesetzlichen Unfallversicherung in Deutschland: Ein Unfall, den eine versicherte Person auf dem Weg zum oder vom Ort der versicherten Tätigkeit erleidet. Dabei handelt es sich schwerpunktmäßig um Straßenverkehrsunfälle, diese stellen mehr als die Hälfte der Wegeunfälle. Wegeunfälle sind gemäß § 8 Abs. 2 Nrn. 1 bis 4 SGB VII den Arbeitsunfällen gleichgestellt.

Arzneimittelmenge - Tagesdosen

Die **definierte Tagesdosis (defined daily dose, DDD)** wird als Maß für die zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordneten Arzneimittel verwendet. Die DDD basiert auf der Menge eines Wirkstoffes bzw. eines Arzneimittels, die typischerweise auf die Hauptindikation bei Erwachsenen pro Tag angewendet wird. Bei Arzneimitteln, die primär Kindern verordnet werden, liegen durchschnittliche Kinderdosen zugrunde. Zu berücksichtigen ist, dass die DDD nicht die empfohlene oder tatsächlich verordnete Tagesdosis wiedergibt, sondern eine technische Maß- und Vergleichseinheit darstellt (nach Arzneimittellindex der gesetzlichen Krankenversicherung, Wissenschaftliches Institut der AOK).

Die verordnungstärksten Indikationsgruppen der Roten Liste werden zusätzlich nach dem anatomisch-therapeutisch-chemischen Klassifikationssystem (**ATC-System**) des Wissenschaftlichen Instituts der AOK dargestellt. Das ATC-System wurde bereits in der Anfangsphase der Projektarbeit für den GKV-Arzneimittellindex als international akzeptiertes Klassifikationssystem für Arzneimittel ausgewählt und im Laufe der Jahre für die spezifischen Belange des deutschen Arzneimittelmarktes erweitert. Dabei wurde die Kompatibilität mit dem vom WHO Collaborating Centre veröffentlichten Standard gewahrt (vgl. http://www.whocc.no/atc_ddd_index/).

Asylbewerberleistungsgesetz

Siehe Leistungen nach Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)

Ausländer/innen

Alle Personen, die nicht Deutsche im Sinne des Artikels 116 Abs. 1 des Grundgesetzes sind. Dazu zählen auch die Staatenlosen und die Personen mit ungeklärter Staatsangehörigkeit. Deutsche, die zugleich eine fremde Staatsangehörigkeit besitzen, gehören nicht zu den Ausländern (vgl. auch „Migrationshintergrund“).

Basisversorgung

Der Begriff Basisversorgung wurde erstmals im Krankenhausplan 1999 verwendet. Unter Basisversorgung wird das Angebot an Behandlungskapazitäten der in den Berliner Krankenhäusern am häufigsten in Anspruch genommenen Fachgebiete (Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinderheilkunde, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Erwachsenenpsychiatrie) zu jeweils unterschiedlichen Anteilen verstanden. Insgesamt zählen etwa 65 % der Krankenhausbetten zur Basisversorgung.

Bedarfsorientierte Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung

Die bedarfsorientierte Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung sichert bei Bedürftigkeit den Lebensunterhalt von Menschen, die wegen Alters oder aufgrund voller Erwerbsminderung dauerhaft aus dem Erwerbsleben ausgeschieden sind. Vom 01.01.2003 bis zum 31.12.2004 war diese Leistung im Grundsicherungsgesetz (GSiG) festgeschrieben, seit 01.01.2005 sind die Vorschriften des Grundsicherungsgesetzes in das Zwölfte Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) überführt. Die Höhe der Leistungen entspricht der der Hilfe zum Lebensunterhalt. Einkommen oder Vermögen des Leistungsberechtigten, des Partners bzw. Ehegatten in einer Bedarfsgemeinschaft werden angerechnet. Gegenüber unterhaltsverpflichteten Kindern bzw. Eltern wird jedoch bei einem Jahreseinkommen unter 100.000 EUR kein Unterhaltsrückgriff vorgenommen.

Behandlungsfälle

Ambulant: *siehe* „ambulante Morbidität“, stationär *siehe* „Fallzahl“.

Berechnungs- und Belegungstage

Mit der Novellierung der Krankenhausstatistik-Verordnung (*siehe* dort) wurde ab 2002 für die Krankenhäuser die Bezeichnung „Pflegetage“ in „Berechnungs- und Belegungstage“ geändert; im Bereich der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen bleibt die Bezeichnung „Pflegetage“ bestehen.

Als Berechnungs- und Belegungstage gelten die Aufnahmetage - auch bei Stundenfällen - sowie alle weiteren Tage des **vollstationären Krankenhausaufenthaltes**, Entlassungs- und Verlegungstage werden nicht gezählt (Berechnung laut KHStatV). Bei den bis 2001 ermittelten Pflegetagen (Summe der an den einzelnen Tagen des Berichtsjahres um 24.00 Uhr im Krankenhaus vollstationär untergebrachten Patientinnen/Patienten) blieben die Stundenfälle unberücksichtigt.

Berechnungstage für **teilstationäre Behandlung** (regelmäßige Verweildauer im Krankenhaus von weniger als 24 Stunden) sind in der Gesamtzahl nicht enthalten; seit 2002 werden sie in der Krankenhausstatistik (Teil I: Grunddaten) gesondert ausgewiesen.

Berufskrankheiten

Berufskrankheiten sind Krankheiten, die Versicherte infolge einer den Versicherungsschutz nach den §§ 2, 3 oder 6 des SGB VII begründenden Tätigkeit erleiden. Die Meldungen von Berufskrankheiten basieren auf der deutschen Berufskrankheiten-Verordnung (BKV) vom 31. Oktober 1997 (BGBl. I S. 2.623), zuletzt geändert am 11. Juni 2009 (BGBl. I S. 1.273). Sie ist eine Rechtsverordnung der Bundesregierung und enthält die Liste der anerkannten Berufskrankheiten und verpflichtet die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung, Maßnahmen dagegen zu ergreifen, dass bei versicherten Personen Berufskrankheiten entstehen, wiederaufleben oder sich verschlimmern. In die BKV wurden 73 Krankheiten aufgenommen (aktueller Stand: Juni 2011).

Bettenauslastung

Gibt die im Berichtsjahr durchschnittliche prozentuale Auslastung der jeweiligen aufgestellten Betten in einem Krankenhaus an. Sie wird nach folgender Formel berechnet: Bettenauslastung = (Pflegetage x 100) / (Aufgestellte Betten x Kalendertage).

Bevölkerungsfortschreibung

Die Bevölkerungszahlen für Berlin sind das Ergebnis der Bevölkerungsfortschreibung, die für **Berlin-West** (ohne West-Staaken) auf der Basis der Ergebnisse der Volkszählung vom 25.05.1987 berechnet werden und für **Berlin-Ost** und West-Staaken auf einer Auszählung des Zentralen Einwohnerregisters der ehemaligen DDR zum Stand 03.10.1990 beruhen. Diese Auszählung ist einem Volkszählungsergebnis gleichzusetzen.

Die **Bevölkerungsfortschreibung** wird seit dem Tag der Herstellung der Einheit Deutschlands, dem 03.10.1990, in beiden Stadtteilen Berlins nach bundeseinheitlichen Methoden durchgeführt.

Für die Bevölkerungsfortschreibung werden **natürliche Bevölkerungsbewegungen und Wanderungen** berücksichtigt. Lebendgeborene und Zuzüge gelten als Bevölkerungszugang, Gestorbene und Fortzüge als Bevölkerungsabgang. Darüber hinaus werden die Änderungen einer ausländischen in eine deutsche Staatsangehörigkeit einbezogen.

Nach dem Volkszählungsurteil des Bundesverfassungsgerichts aus dem Jahre 1983 ist ein Abgleich der auf diese Weise gewonnenen Daten mit den Angaben des Einwohnerregisters des Landeseinwohneramtes nicht zulässig.

Die Bevölkerungsfortschreibung wird bundeseinheitlich am Ort der einzigen Wohnung des Einwohners, bei mehreren Wohnungen im Bundesgebiet am melderechtlichen „Ort der Hauptwohnung“ durchgeführt. Hauptwohnung ist die vorwiegend benutzte Wohnung des Einwohners. Hauptwohnung eines verheirateten Einwohners, der nicht dauernd von seiner Familie getrennt lebt, ist die vorwiegend benutzte Wohnung der Familie.

Zur Bevölkerung zählen auch die im Bundesgebiet gemeldeten **Ausländer** (*siehe* „ausländische Bevölkerung“) (einschließlich der Staatenlosen). Nicht zur Bevölkerung zählen die Angehörigen der ausländischen Streitkräfte sowie die ausländischen diplomatischen und konsularischen Vertretungen mit ihren Familienangehörigen.

Bezirksstruktur in Berlin

Bis zum 31.12.2000 war Berlin in 23 Bezirke eingeteilt („**alte Struktur**“); das Gebietsreformgesetz vom 10.06.1998 (GVBl. S. 131) legte die seit dem 01.01.2001 gültige „**neue Struktur**“ auf 12 Bezirke fest:

alte Struktur bis 31.12.2000 23 Bezirke	neue Struktur seit 01.01.2001	
	12 Bezirke	vorher:
1 Mitte	1 Mitte	Mitte, Tiergarten, Wedding
2 Tiergarten	2 Friedrichshain-Kreuzberg	Friedrichshain, Kreuzberg
3 Wedding	3 Pankow	Prenzlauer Berg, Weißensee, Pankow
4 Prenzlauer Berg	4 Charlottenburg-Wilmersdorf	Charlottenurg, Wilmersdorf
5 Friedrichshain	5 Spandau	Spandau
6 Kreuzberg	6 Steglitz-Zehlendorf	Steglitz, Zehlendorf
7 Charlottenburg	7 Tempelhof-Schöneberg	Tempelhof, Schöneberg
8 Spandau	8 Neukölln	Neukölln
9 Wilmersdorf	9 Treptow-Köpenick	Treptow, Köpenick
10 Zehlendorf	10 Marzahn-Hellersdorf	Marzahn, Hellersdorf
11 Schöneberg	11 Lichtenberg	Lichtenberg, Hohenschönhausen
12 Steglitz	12 Reinickendorf	Reinickendorf
13 Tempelhof		
14 Neukölln		
15 Treptow		
16 Köpenick		
17 Lichtenberg		
18 Weißensee		
19 Pankow		
20 Reinickendorf		
21 Marzahn		
22 Hohenschönhausen		
23 Hellersdorf		

Body-Mass-Index (BMI)

Der Body-Mass-Index ist ein Maß zur Beurteilung des Körpergewichtes. Er berechnet sich nach der Formel:

$BMI = \text{Körpergewicht [kg]} / \text{Körpergröße [m]}^2$.

Der BMI berechnet die Körpermasse, die in den meisten Fällen gut mit der Fettmasse korreliert. Ausnahme können z. B. Menschen mit einer großen Muskelmasse sein, bei denen der erhöhte BMI durch die Muskelmasse, jedoch nicht durch einen erhöhten Körperfettanteil hervorgerufen wird. Der BMI erlaubt somit lediglich eine indirekte Messung der Fettmasse.

Für die Beurteilung des BMI-Wertes im Kindes- und Jugendalter müssen alters- und geschlechtsspezifische Veränderungen des BMI berücksichtigt werden, sodass der BMI nicht direkt eine Einteilung in Unter-, Normal- und Übergewicht/Adipositas erlaubt. Die Referenzwerte werden in der Regel in Form von alters- und geschlechtsbezogenen Perzentilenkurven dargestellt. Es existieren international verschiedene Referenzsysteme für diese Altersgruppe. Für Deutschland wird nach der Empfehlung der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) das Referenzsystem nach Kromeyer-Hauschild verwendet.

Für Erwachsene gelten nach der International Obesity TaskForce (IOTF) folgende Definitionen:		Grenzwerte für Kinder und Jugendliche nach der AGA:	
Untergewicht	BMI < 18,5	Deutliches Untergewicht	BMI < 3. Perzentil
Normalgewicht	BMI 18,5 bis 24,9	Untergewicht	BMI 3. bis unter 10. Perzentil
Übergewicht	BMI 25 bis 29,9	Normalgewicht	BMI 10. bis 90. Perzentil
Adipositas	BMI ≥ 30	Übergewicht	BMI > 90. Perzentil bis 97. Perzentil
		Adipositas	BMI > 97. Perzentil

DCO-Fälle (Death Certificate Only)

Werden von epidemiologischen Krebsregistern (z. B. im Gemeinsamen Krebsregister (GKR) der neuen Bundesländer und Berlin) zur Erfassung von bösartigen Neuerkrankungen genutzt. Bei den DCO-Fällen handelt es sich um Fälle, die dem Krebsregister zunächst per Leichenschauschein bekannt werden und für die auch nachträglich keine weiteren klinischen Informationen eingeholt werden können.

Diagnosedaten der Krankenhauspatientinnen/-patienten

Laut Erhebungsprogramm - Teil II: Diagnosen - der Krankenhausstatistik (*siehe auch* Krankenhausstatistik-Verordnung - KHStatV) besteht gemäß § 6 der KHStatV in Verbindung mit § 15 BStatG seit 1993 für die Träger der Krankenhäuser eine jährliche Auskunftspflicht. Seit 2004 wird die Hauptdiagnose gemäß den Deutschen Kodierichtlinien angegeben. Kodiert wird entsprechend der Internationalen Statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD) - German Modifikation - (*siehe dort*) in der jeweils aktuellen Version.

Der für jeden Fall zu erhebende Datensatz enthält folgende Merkmale:

Geschlecht

Geburtsmonat, Geburtsjahr

Zugangsdatum

Abgangsdatum

Hauptdiagnose (1993 bis 1999 ICD 9, seit 2000 ICD-10)

Operation in Zusammenhang mit der Hauptdiagnose (ja / nein)

Fachabteilung, in der der Patient am längsten lag

Wohnort des Patienten (Postleitzahl, Gemeindegemeinde, für Berlin: Bezirk).

Infolge von fehlerhaften oder nicht zuordenbaren Merkmalen (im Auswertungsjahr 2009 betraf das 13 Fälle, bei denen eine nach ICD-10-GM 2009 zuordenbare Hauptdiagnose fehlte, bei einem Patienten fehlte die Zuordnung nach der Fachabteilung und bei elf Fällen wurde keine Zuordnung von Operationen in Zusammenhang mit der Hauptdiagnose verschlüsselt) kann es in den tabellarischen Auswertungen zu Differenzen zwischen den angegebenen Gesamtsummen und der Aufsummierung einzelner Spalten oder Zeilen kommen.

Diagnosis Related Groups (DRGs)

Fallbezogene Zuordnung und Abrechnung der im Rahmen der stationären Krankenhausversorgung in Anspruch genommenen Leistungen (Fallpauschalen) mit Ausnahme von Abteilungen der Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und psychotherapeutische Medizin.

Die Gesundheitsreform 2000 enthielt die Vorgabe, für alle Krankenhäuser, für die die Bundespflegesatzverordnung (BpFIV) gilt, ein leistungsorientiertes, pauschaliertes Vergütungssystem einzuführen, mit dem die Refinanzierung von Krankenhausleistungen nicht länger retrospektiv auf Art und Dauer der erfolgten Behandlung, sondern prospektiv auf Art und Schweregrad der diagnostizierten Erkrankung erfolgt. Die Umsetzung erfolgte mit dem Gesetz zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz - FPG) vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412), das wesentliche Teile des SGB V, des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und der BpFIV ändert und neu das Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) enthält, und der Fallpauschalenverordnung. Auf dieser Grundlage werden seit 2004 die laufenden Betriebskosten der Krankenhäuser, die sich zuvor über tagesgleiche Pflegesätze finanzierten, nach dem Fallpauschalensystem abgerechnet. Nach einer Konvergenzphase werden die Krankenhäuser ab 2010 ihr Betriebskostenbudget vollständig und über landesweit einheitlich festgesetzte Preise (Landesbasisfallwert) erwirtschaften müssen.

Disability-Free Life Expectancy (DFLE)

Siehe Lebenserwartung

DMF-T-Index

Der DMF-T-Index dient der Ermittlung der Zahngesundheit einer Person oder Bevölkerungsgruppe anhand der Kariesprävalenz und des Kariesrisikos; er gibt an, wie viele bleibende Zähne (T = teeth) bei einer untersuchten Person akut kariös (D = decayed), wegen Karies extrahiert (M = missing / fehlend) oder gefüllt (F = filled) worden sind. Die Höchstzahl ergibt 28 (höchstens 28 Zähne im bleibenden Gebiss ohne Weisheitszähne können bewertet werden). Der Durchschnitt der ermittelten DMF-T-Indizes der untersuchten 12-jährigen Kinder ergibt den im Indikator 102 angegebenen DMF-T-Index, der nach Vorgaben der WHO (Präventionsziel bis zum Jahr 2020) für die europäische Region unter 1,5 liegen, nach den auf dieser Grundlage von der Bundeszahnärztekammer modifizierten Mundgesundheitszielen für Deutschland im Jahr 2020 einen Wert von unter 1 erreichen soll. Indexwerte, die ein hohes Kariesrisiko anzeigen, sind den Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Individualprophylaxe) in der Fassung vom 04. Juni 2003 zu entnehmen.

Durchschnittliche Bevölkerung

Arithmetisches Mittel aus den Durchschnitten der zwölf Monate des jeweiligen Jahres; die Durchschnitte werden aus dem Bevölkerungsstand am Anfang und Ende der Monate berechnet. Ausgewiesen wird die Durchschnittsbevölkerung nach der amtlichen Bevölkerungsfortschreibung. Abweichungen bei der Summierung von Teilmengen gegenüber der Gesamtsumme liegen in der Berechnungsmethode begründet.

Einschulungsuntersuchung / Einschülerinnen und Einschüler

Mit der für alle Kinder im Schulgesetz von Berlin (§ 55 a, Abs. 5) vorgeschriebenen Einschulungsuntersuchung (ESU), die der öffentliche Gesundheitsdienst durchführt, wird überprüft, ob gesundheitliche oder entwicklungsbezogene Einschränkungen bestehen, die für den Schulbesuch von Bedeutung sind und möglicherweise Förderbedarf begründen. Im Zusammenhang mit der Entwicklung der ESU zum Instrument der Gesundheitsberichterstattung (§ 5, Abs. 3 Gesundheitsdienstreformgesetz) werden darüber hinaus auch Merkmale einbezogen, die die Gesundheit der Kinder allgemein im Kontext wesentlicher sozialer, familiärer und persönlicher Einflussgrößen beschreiben.

Unter dem Begriff Einschülerinnen und Einschüler werden alle Kinder verstanden, die zum jeweiligen Schuljahr eingeschult wurden. Nicht darunter fallen demnach Vorschüler (bis 2004) und von der Schulpflicht befreite Kinder.

Die Änderung des Berliner Schulgesetzes im Jahr 2005 mit einem um ein halbes Jahr vorgezogenen Stichtag, der Abschaffung der Vorschule und einer restriktiven Regelung zur Schulpflichtbefreiung hat daher folgende Auswirkungen auf die zugrunde liegende Datenbasis ab 2005: das mittlere Alter der Einschüler/innen zum Zeitpunkt der Untersuchung sinkt leicht, der Anteil der Kinder, die bei der Untersuchung noch keine 65 Monate alt sind und somit die Kinderfrüherkennungsuntersuchung U9 noch nicht wahrgenommen haben müssten, erhöht sich auf ca. 20 %, wodurch die Angaben zur Inanspruchnahme der U9 an Aussagekraft verlieren und deshalb nicht mehr ausgewiesen werden. Die Zahl der in die Analyse eingehenden Kinder steigt durch den Wegfall der Vorschüler deutlich an. Von der Schulpflicht befreite Kinder werden im Folgejahr erneut untersucht und gehen erst dann in die Auswertungen ein.

Entbindungen

Klinische Entbindung: Entbindung im Krankenhaus.

Ambulante Entbindung: Entbindungen im Krankenhaus werden „ambulante“ genannt, wenn die Frau innerhalb von 24 Stunden nach der Entbindung die Klinik wieder verlassen hat.

Außerklinische Entbindung: Entbindung unter Mitwirkung einer/s freiberuflich tätigen Hebamme/Entbindungspflegers in der Wohnung, in ärztlicher Praxis, im Geburtshaus, in der Hebammenpraxis oder an anderem Ort.

Ereignisprinzip

Erfassung nach dem Ort, an dem sich das Berichtete (z. B. Entbindung, Schwangerschaftsabbruch) ereignet hat (*siehe auch* Wohnortprinzip).

Erwerbslose

Personen ohne Arbeitsverhältnis, die sich um eine Arbeitsstelle bemühen, unabhängig von einer Arbeitslosenmeldung beim Arbeitsamt. Der Begriff der Erwerbslosen ist daher umfassender als der der Arbeitslosen (*siehe auch* Arbeitslose).

Erwerbspersonen

Personen, die eine unmittelbar oder mittelbar auf Erwerb gerichtete Tätigkeit ausüben oder suchen (Selbständige, mithelfende Familienangehörige, Abhängige). Sie setzen sich zusammen aus den Erwerbstätigen und den Erwerbslosen (*siehe auch* Nichterwerbspersonen).

Erwerbstätige

Personen, die in einem oder mehreren Arbeitsverhältnissen stehen (einschließlich Soldaten und mithelfende Familienangehörige), selbständig ein Gewerbe oder eine Landwirtschaft betreiben oder einen freien Beruf ausüben. Abhängige Erwerbstätige sind Beamte, Angestellte, Arbeiter und Auszubildende.

Erwerbstätigenquote ist definiert als der Anteil der Erwerbstätigen im Alter von 15 bis unter 65 Jahren an der Bevölkerung in der gleichen Alters- und Geschlechtsgruppe.

Europäische Standardbevölkerung

Bevölkerung mit vorgegebener (Alters-)Struktur. Sie bildet die Basis für den Vergleich der Ziffern ungleich zusammengesetzter Bevölkerungen. In der vorliegenden Veröffentlichung wurde - in Anlehnung an die Festlegung im Indikatorenset für die Gesundheitsberichterstattung der Länder - die Europabevölkerung alt (1966/1976) verwendet:

Alter in Jahren																		insgesamt	
0	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84		85u.m.
1.600	6.400	7.000	7.000	7.000	7.000	7.000	7.000	7.000	7.000	7.000	7.000	6.000	5.000	4.000	3.000	2.000	1.000	1.000	100.000

Fachabteilungen in Krankenhäusern

Fachabteilungen sind organisatorisch abgrenzbare, von Ärzten/Ärztinnen ständig verantwortlich geleitete Abteilungen mit für den jeweiligen Fachbereich typischen Behandlungseinrichtungen. Die Fachabteilungsgliederung orientiert sich an den Gebiets- und Schwerpunktbezeichnungen der Ärztinnen/Ärzte. Ausnahmen hiervon stellen die Fachabteilungen Geriatrie und Sucht (Subdisziplin der Psychiatrie und Psychotherapie) dar.

Falldefinition

Das Robert Koch-Institut (RKI) hat gemäß § 4 Abs. 2 Nr. 2 a Infektionsschutzgesetz (IfSG) die Aufgabe, Falldefinitionen zu erstellen. Die Falldefinitionen sind für die Gesundheitsämter bestimmt und legen fest, welche Meldungen der nach §§ 6 und 7 des IfSG meldepflichtigen Krankheiten (*siehe* dort) und Erregernachweise an das RKI übermittelt werden. Es werden drei Evidenztypen unterschieden: Klinisches Bild, labordiagnostischer Nachweis sowie epidemiologische Bestätigung. Aus der Kombination dieser drei Evidenztypen ergeben sich fünf Falldefinitions-kategorien: Klinisch diagnostizierte Erkrankung, klinisch-epidemiologisch bestätigte Erkrankung, klinisch-labordiagnostisch bestätigte Erkrankung, labordiagnostisch nachgewiesene Infektion bei nicht erfülltem Krankheitsbild und labordiagnostisch nachgewiesene Infektion bei unbekanntem klinischen Bild.

Fallpauschalen

siehe Diagnosis Related Groups (DRGs)

Fallzahl

Zahl der im Krankenhaus im Berichtsjahr **vollstationär behandelten Patientinnen/Patienten** (Fälle) einschließlich Stundenfälle (Berechnung nach Novellierung der Krankenhausstatistik-Verordnung (*siehe* dort)). Bis 2001 wurden die Stundenfälle bei der Ermittlung der Fallzahl nicht mitgezählt. Die Fallzahlen der Jahre bis 2001 wurden nach der seit 2002 gültigen Methode neu berechnet. Teilstationär oder ambulant Behandelte bleiben wie gesunde Neugeborene unberücksichtigt. Die KHStatV berechnet die Fallzahl auf zwei unterschiedliche Arten:

Die Fallzahl gemäß KHStatV-Teil I: Grunddaten und Teil III: Kostennachweis errechnet sich aus Aufnahmen und Entlassungen (einschließlich Stundenfällen) sowie Sterbefällen (einrichtungsbezogene Fallzahl). Bei der fachabteilungsbezogenen Fallzahl werden zusätzlich die internen Verlegungen berücksichtigt.

Die Fallzahl gemäß KHStatV-Teil II: Diagnosen bezieht sich auf die aus dem Krankenhaus entlassenen vollstationären Behandlungsfälle einschließlich Sterbefälle und Stundenfälle (*siehe auch* Diagnosedaten der Krankenhauspatienten).

Die aus vor-, nach- oder teilstationärer Behandlung entlassenen Fälle werden gesondert erfasst. Die **vor- und nachstationäre Behandlung** wird vom Krankenhaus in ambulanter Form erbracht, also ohne Unterkunft und Verpflegung. **Teilstationäre Patientinnen/Patienten**, die Leistungen nach § 13 Abs. 1 BpflV erhalten, verbringen regelmäßig einen Tagesabschnitt zur ärztlichen Behandlung im Krankenhaus (z. B. wöchentlich mehrmalige Dialysebehandlung).

Familien

Als Familien gelten alle **Eltern-Kind-Gemeinschaften im Haushalt**: Ehepaare, nichteheliche und gleichgeschlechtliche Lebenspartnerschaften sowie alleinerziehende Mütter und Väter mit ledigen Kindern im befragten Haushalt. Dies entspricht dem mit dem Berichtsjahr 2005 im Mikrozensus (vgl. Erläuterungen zum Mikrozensus) eingeführten Lebensformenkonzept, es löst das vorherige traditionelle Familienkonzept ab.

Fehlgeburten

Abbruch der Schwangerschaft durch natürliche Ursache ohne aktives Eingreifen der Schwangeren oder dritter Personen weder durch medikamentöse, chirurgische oder andere Maßnahmen.

Hat sich nach der Trennung der Leibesfrucht vom Mutterleib keines der drei Lebenszeichen (Herzschlag, Nabelschnurpulsation, natürliche Lungenatmung) gezeigt und beträgt das Gewicht der Leibesfrucht weniger als 500 g (vor dem 01.04.1994: weniger als 1.000 g), so ist die Frucht eine Fehlgeburt. Sie wird in den Personenstandsbüchern nicht beurkundet.

Ehemaliges Gebiet der DDR (inkl. Berlin-Ost) bis zum 02.10.1990: Leibesfrucht mit einem Gewicht von unter 1.000 g, bei der nach vollständigem Verlassen des Mutterleibes von den Lebenszeichen Herztätigkeit und Lungenatmung beide nicht oder nur eines vorhanden waren.

Fruchtbarkeitsziffer (Fertilitätsrate)

Die allgemeine Fruchtbarkeitsziffer ist definiert als die Anzahl der in einem Jahr Lebendgeborenen je 1.000 Frauen im Alter von 15 bis unter 45 Jahren der durchschnittlichen Bevölkerung.

Fruchtbarkeitsziffer **deutscher Frauen**: Anzahl der Lebendgeborenen, deren Mütter die deutsche Staatsangehörigkeit haben, je 1.000 15- bis unter 45-jährige Frauen der deutschen durchschnittlichen Bevölkerung.

Fruchtbarkeitsziffer von **Ausländerinnen**: Anzahl der Lebendgeborenen, deren Mütter eine ausländische Staatsangehörigkeit haben, je 1.000 15- bis unter 45-jährige Frauen der ausländischen durchschnittlichen Bevölkerung.

Früherkennungsuntersuchungen/Vorsorgeuntersuchungen

Wer in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist, hat nach Erreichen bestimmter Altersgrenzen Anspruch auf regelmäßige Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen. Grundlage für diese Maßnahmen in der vertragsärztlichen Versorgung sind die § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 sowie § 23 Abs. 1 Nr. 3, § 25 und § 26 des fünften Sozialgesetzbuches (SGB V). Im Erwachsenenalter zählen dazu die allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen (Gesundheits-Check-up), die Krebsfrüherkennungsuntersuchungen (synonym: Krebsvorsorgeuntersuchungen)³ sowie spezielle Vorsorgemaßnahmen wie die Schwangerenvorsorge⁴.

Darüber hinaus haben Kinder bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres sowie einmalig nach Vollendung des 10. Lebensjahres Anspruch auf „Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die ihre körperliche oder geistige Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden“ (§ 26 (1) SGB V). Einen Überblick über die Zeitpunkte der Früherkennungsuntersuchungen (oft auch als Vorsorgeuntersuchungen oder U-Untersuchungen bezeichnet) gibt die nachfolgende Darstellung (Quelle: Gemeinsamer Bundesausschuss):

Untersuchungsstufe	Zeitgrenze	Toleranzgrenze	Untersuchungsstufe	Zeitgrenze	Toleranzgrenze
U1	nach der Geburt		U6	10. - 12. Lebensmonat	09. - 13. Lebensmonat
U2	03. - 10. Lebenstag	03. - 14. Lebenstag	U7	21. - 24. Lebensmonat	20. - 27. Lebensmonat
U3	04. - 06. Lebenswoche	03. - 08. Lebenswoche	U8	43. - 48. Lebensmonat	43. - 50. Lebensmonat
U4	03. - 04. Lebensmonat	02. - 04 ½. Lebensmonat	U9	60. - 64. Lebensmonat	58. - 66. Lebensmonat
U5	06. - 07. Lebensmonat	05. - 08. Lebensmonat	J1	13. - 14. Lebensjahr	12. - 15. Lebensjahr

Geborene

Die Unterscheidung zwischen **ehelich und nichtehelich** Geborenen richtet sich nach den Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB). Ein Kind, das nach Eingehen der Ehe oder bis zu 302 Tagen nach Auflösung der Ehe geboren wird, galt, unbeschadet der Möglichkeit einer späteren Anfechtung, als ehelich. Mit dem Kindschaftsrechtsreformgesetz vom 16. Dezember 1997 kam es zu einer neuen Regelung, die zum 1. Juli 1998 in Kraft trat. Als **Kind miteinander verheirateter Eltern** gilt seit dem ein Kind von Eltern, die zum Zeitpunkt der Geburt miteinander verheiratet sind oder das bis 300 Tage nach Auflösung der Ehe durch Tod geboren wird. Ein Kind, das nach Auflösung der Ehe durch Scheidung geboren wird, gilt - unabhängig vom Abstand zwischen Scheidung und Geburt - als **Kind nicht miteinander verheirateter Eltern**.

Lebendgeborene sind Kinder, bei denen entweder das Herz geschlagen, die Nabelschnur pulsiert oder die natürliche Lungenatmung eingesetzt hat.

Berlin-Ost bis 02.10.1990: Als Lebendgeborene wurden alle Kinder gezählt, bei denen nach dem vollständigen Verlassen des Mutterleibes, unabhängig von der Durchtrennung der Nabelschnur oder von der Ausstoßung der Plazenta, Herztätigkeit und Lungenatmung vorhanden waren.

Totgeborene sind seit Änderung des Personenstandsgesetzes (PStG) zum 01.04.1994 Geborene, bei denen die oben genannten Merkmale nicht zutreffen und deren Geburtsgewicht mindestens 500 g beträgt (davor seit dem 01.07.1979 mindestens 1.000 g, vorher mindestens 35 cm Körperlänge).

Fehlgeburten **siehe** dort.

Geburtenziffer

Die allgemeine Geburtenziffer ist definiert als Anzahl der in einem Jahr Lebendgeborenen je 1.000 Einwohner der durchschnittlichen Bevölkerung.

Geburtsgewicht

Das Geburtsgewicht stellt einen international üblichen Gesundheitsindikator dar, der vergleichsweise exakt bestimmt wird. Der Bereich von unterhalb 2.000 Gramm wird in 500 g-Gewichtsklassen dargestellt, weil diese den Versorgungsbedarf (z. B. neonatologische Intensivmedizin) genauer abbildet. Als extrem untergewichtig gelten Neugeborene mit einem Geburtsgewicht von unter 1.000 Gramm.

³ <http://www.kvberlin.de/30patienten/30vorsorge/10erwachsene/index.html>, zuletzt aufgerufen am 16.09.2011.

⁴ <http://www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/frueherkennung/schwangerschaftsvorsorge/>, zuletzt aufgerufen am 16.09.2011.

Geringfügig Beschäftigte

Bei der geringfügigen Beschäftigung unterscheidet man zwischen geringfügig entlohnter Beschäftigung und kurzfristiger Beschäftigung. Eine geringfügig entlohnte Beschäftigung liegt vor, wenn das Arbeitsentgelt aus dieser Beschäftigung regelmäßig im Monat 400 Euro nicht übersteigt. Der Arbeitnehmer/die Arbeitnehmerin ist bis zu dieser Grenze von der Sozialversicherung befreit, obwohl der Arbeitgeber Pauschalabgaben leisten muss. Als kurzfristige Beschäftigung zählt, wenn die Beschäftigung von vorneherein zeitlich begrenzt ist auf maximal zwei Monate oder 50 Arbeitstage innerhalb eines Kalenderjahres. Es sind keine Sozialabgaben zu leisten, jedoch das Arbeitsentgelt ist zu versteuern entweder pauschal über den Arbeitgeber oder entsprechend der Angaben auf der Lohnsteuerkarte an das Finanzamt abzuführen. Für geringfügig beschäftigte Arbeitnehmer/innen werden grundsätzlich die gleichen Meldungen zur Sozialversicherung erstattet, die auch für versicherungspflichtige Arbeitnehmer in Betracht kommen. Ausnahmen bestehen lediglich für kurzfristige Beschäftigungen. Aus diesem Grunde ist eine genaue statistische Berichterstattung in diesem Bereich nicht möglich. Werden von einer Person mehrere geringfügige Beschäftigungen (geringfügig entlohnte oder kurzfristige Beschäftigungen) oder geringfügig entlohnte Beschäftigungen und nicht geringfügige Beschäftigungen ausgeübt, so werden sie grundsätzlich zusammengerechnet. Allerdings bleibt eine geringfügig entlohnte Beschäftigung, die neben einer nicht geringfügigen ausgeübt wird, bei der Zusammenrechnung unberücksichtigt. Damit gehen in die Erwerbstätigenrechnung ausschließlich geringfügig entlohnte Beschäftigte ein, da die Nebenjobber bereits bei ihrer Hauptbeschäftigung gezählt werden. Die Bundesagentur für Arbeit publizierte 2007 die Broschüren „Geringfügig entlohnte Beschäftigte in Deutschland - Zeitreihen ab Juni 1999“ sowie „Beschäftigte nach Ländern in wirtschaftlicher Gliederung, Juni 2007“. In beiden Heften befinden sich Daten zu geringfügig entlohnten Beschäftigten nach ausgewählten Merkmalen. Die Arbeitsagentur unterteilt die geringfügig entlohnten Beschäftigten in die ausschließlich und in die im Nebenjob geringfügig entlohnten Beschäftigten.

Neben der Bundesagentur für Arbeit veröffentlicht auch die Minijob-Zentrale der Bundesknappschaft Bahn-Ssee als zentrale Meldestelle für geringfügige Beschäftigung Zahlen zu dieser Beschäftigungsform. Die Angaben weichen zum Teil voneinander ab, was vor allem durch die verschiedenen Wartezeiten zwischen Stichtag und Auswertung begründet ist. Während die Minijobzentrale sehr kurzfristige Daten vorlegt, werden die Daten der Bundesagentur erst nach einer 6-monatigen Wartezeit aufbereitet.

Gestorbene

Die jährlich, unabhängig vom Sterbeort am Wohnort der Gestorbenen registrierten, gestorbenen Personen werden in der amtlichen Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung erfasst. Nicht berücksichtigt werden Totgeborene, nachträglich beurkundete Kriegssterbefälle und gerichtliche Todeserklärungen.

Gesundheitsförderung

Umfasst Maßnahmen und Aktivitäten, mit denen die Stärkung der Gesundheitsressourcen und -potenziale der Menschen erreicht werden soll. Gesundheitsförderung ist der Prozess der Befähigung von Menschen, ihre Kontrolle über Determinanten der Gesundheit zu erhöhen. Dabei werden nicht nur das Verhalten des Einzelnen, seine Kenntnisse und Fertigkeiten in den Blick genommen, sondern auch soziale, ökonomische und Umweltbedingungen. Gesundheit wird dabei in einer ganzheitlichen Sichtweise als körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden definiert, das durch individuelle, soziale und gesellschaftliche Hintergründe beeinflusst wird.

Gesundheitsindikatoren

Parameter, die Rückschlüsse zulassen über die Gesundheit der Bevölkerung bzw. von Teilpopulationen, über die Gesundheitsversorgung und verfügbare Ressourcen. Bei mehrmaligen Erhebungen gestatten sie die Verfolgung von Prozessen und die Erreichung von Zielen wie: die Verbesserung der Gesundheit, die Verminderung von Morbidität oder eine ausreichende Versorgung von Zielgruppen.

Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung

siehe „Bedarfsorientierte Grundsicherung ...“

Hilfe zum Lebensunterhalt

Leistungen an Empfänger/innen in und außerhalb von Einrichtungen gemäß zwölftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII). Mit der Ablösung des BSHG durch das SGB XII zum 01.01.2005 bei gleichzeitiger Einführung der Regelungen des SGB II hat sich der Empfängerkreis von Hilfe zum Lebensunterhalt deutlich verkleinert.

Aus diesem Grund sind die Ergebnisse der neugefassten Statistik nicht mehr mit den bis 2004 vorliegenden Daten vergleichbar.

HIV

siehe AIDS und HIV

Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10)

Die „Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“ (ICD-10) wurde von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) erstellt und im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit vom DIMDI ins Deutsche übertragen und herausgegeben. Die Abkürzung ICD steht für „International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems“, die Ziffer 10 bezeichnet die 10. Revision der Klassifikation. Die ICD-10 ist Teil der Familie der internationalen gesundheitsrelevanten Klassifikationen.

In der Bundesrepublik Deutschland gibt es für die ICD-10 zwei wesentliche Einsatzbereiche:

1. Verschlüsselung von Todesursachen. Die ICD-10 wird seit dem 01.01.1998 für die Verschlüsselung von Todesursachen eingesetzt und ist die Grundlage der amtlichen Todesursachenstatistik. Für diesen Zweck wird die ICD-10-WHO, die deutschsprachige WHO-Ausgabe der ICD-10 (zuletzt in der Version von 2006), verwendet.
2. Verschlüsselung von Diagnosen in der ambulanten und stationären Versorgung. Die ICD-10 wird seit dem 01.01.2000 zur Verschlüsselung von Diagnosen in der ambulanten und stationären Versorgung (§§ 295 und 301 SGB V) eingesetzt, insbesondere für die Zwecke des pauschalierenden Entgeltsystems G-DRG (German Diagnosis Related Groups). Für diese Zwecke wird die ICD-10-GM in der jeweils vom DIMDI aktualisierten Version (zuletzt 2011) verwendet, die bis zum Jahr 2003 als ICD-10-SGB-V bezeichnet wurde. GM bedeutet „German Modification“, SGB V steht für „Sozialgesetzbuch V“. Diese spezielle Ausgabe der ICD-10 beruht auf der deutschsprachigen ICD-10-WHO-Ausgabe, wurde jedoch für die Zwecke des Sozialgesetzbuches V deutlich verändert.

Inzidenz

Epidemiologische Maßzahl und damit Fachausdruck aus der medizinischen Statistik. Sie gibt die Anzahl der Neuerkrankungen an einer bestimmten Krankheit in einer Bevölkerungsgruppe definierter Größe, üblicherweise je 100.000, während einer bestimmten Zeit, üblicherweise in einem Jahr, an.

Berechnungsmethoden *siehe* Mortalitätsraten.

Kosten der Krankenhäuser

Werden im Teil III: Kostennachweis der Krankenhäuser (*siehe* Krankenhausstatistik-Verordnung - KHStatV) erfasst. Sie werden auf der Grundlage der Krankenhaus-Buchführungsverordnung (KHBV) in der Fassung der Bekanntmachung vom 24. März 1987 (BGBl. I S. 1.045), zuletzt geändert durch Artikel 1 der Verordnung vom 9. Juni 2011 (BGBl. I S. 1.041) angegeben und enthalten mit der Änderung der KHStatV vom 13. August 2001 ab 2002 alle Aufwendungen des Krankenhauses des abgelaufenen Geschäftsjahres einschließlich der Aufwendungen für Leistungen, die nicht zu den allgemeinen voll- und teilstationären Krankenhausleistungen gehören (Brutto-Gesamtkosten). 1996 - 2001 wurden die Kosten nach dem sogenannten Nettoprinzip der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) angegeben, nach der eine Vielzahl nichtstationärer Kosten unberücksichtigt blieb. Aus diesem Grund sind ab 2002 die nach Kostenarten gegliederten Daten nicht mehr mit den Ergebnissen der Jahre 1996 - 2001 vergleichbar. Lediglich auf der Ebene der bereinigten Kosten ist eine Vergleichbarkeit gegeben.

Die **Brutto-Gesamtkosten** errechnen sich aus der Summe der Kosten des Krankenhauses (Personal- und Sachkosten einschließlich der Zinsen und ähnlicher Aufwendungen sowie der Steuern) und der Kosten der Ausbildungsstätten (Personal- und Sachkosten sowie die Aufwendungen aus der Ausbildungsstätten-Umlage nach § 9 Abs. 3 BPfIV). In den einzelnen Kostenarten sind auch **nichtpflegesatzfähige Kosten** enthalten; sie sind definiert nach § 17 Abs. 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) sowie § 7 Abs. 2 BPfIV (Kosten für wissenschaftliche Forschung und Lehre, Ambulanz, vor- und nachstationäre Behandlung, ärztliche und nichtärztliche Wahlleistungen, belegärztliche Leistungen, ambulantes Operieren u. a.).

Bei den **bereinigten Kosten** handelt es sich um die **pflegesatzfähigen Kosten**. Sie ergeben sich aus den Brutto-Gesamtkosten abzüglich der nichtpflegesatzfähigen Kosten (**Abzüge**).

Krankenhaus

Begriffsbestimmung:

Im Sinne von § 3 des **Landeskrankenhausgesetzes** (LKG von Berlin) in der Fassung vom 1. März 2001, zuletzt geändert durch Gesetz vom 17. Dezember 2003 (GVBl. S. 608), sind Krankenhäuser Einrichtungen, in denen durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistungen Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festgestellt, geheilt oder gelindert werden sollen, Geburtshilfe geleistet wird oder weitere medizinische Leistungen für Personen, die der stationären Behandlung bedürfen, erbracht werden und in denen die zu versorgenden Personen untergebracht und gepflegt werden können.

Gemäß § 1 Abs. 3 Nr. 1 der **Krankenhausstatistik-Verordnung** (KHStatV) vom 10. April 1990 (BGBl. I S. 730) sind Krankenhäuser solche nach § 2 Nr. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) einschließlich der in den §§ 3 und 5 des KHG genannten Einrichtungen, soweit sie zu den Krankenhäusern nach § 107 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) gehören.

Laut § 2 Nr. 1 **KHG** sind Krankenhäuser Einrichtungen, in denen durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festgestellt, geheilt oder gelindert werden sollen oder Geburtshilfe geleistet wird und in denen die zu versorgenden Personen untergebracht und gepflegt werden können.

Nach § 107 Abs. 1 **SGB V** sind Krankenhäuser Einrichtungen, die

1. der Krankenhausbehandlung oder Geburtshilfe dienen,
2. fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende, ihrem Versorgungsauftrag entsprechende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und nach wissenschaftlich anerkannten Methoden arbeiten,
3. mit Hilfe von jederzeit verfügbarem ärztlichen, Pflege-, Funktions- und medizinisch-technischen Personal darauf eingerichtet sind, vorwiegend durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten der Patienten zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, Krankheitsbeschwerden zu lindern oder Geburtshilfe zu leisten, und in denen
4. die Patienten untergebracht und gepflegt werden können.

Die Erhebungen zur Krankenhausstatistik erstrecken sich gemäß § 1 Abs. 2 KHStatV nicht auf **Krankenhäuser im Straf- oder Maßregelvollzug** und **Polizeikrankenhäuser**. Bundeswehrkrankenhäuser haben einen Erhebungsvordruck auszufüllen.

Krankenhäuser werden laut § 3 Nr. 1 und 2 KHStatV **folgenden Kategorien** zugeordnet:

Krankenhausart:

Allgemeine Krankenhäuser sind Krankenhäuser mit Fachabteilungen der medizinischen Grundversorgung. Krankenhäuser mit ausschließlich psychiatrischen, psychotherapeutischen und/oder neurologischen Fachabteilungen sowie Tages- und Nachtkliniken zählen nicht zu den allgemeinen Krankenhäusern.

Sonstige Krankenhäuser sind solche mit ausschließlich psychiatrischen, psychotherapeutischen und/oder neurologischen (bis 2001: mit ausschließlich psychiatrischen oder psychiatrischen und neurologischen) Betten. Zu den sonstigen Krankenhäusern zählen außerdem

reine Tages- oder Nachtkliniken, in denen ausschließlich teilstationäre Behandlungen durchgeführt werden und in denen Patienten nur eine begrenzte Zeit des Tages oder der Nacht untergebracht sind.

Zulassung nach § 108 SGB V:

Hochschulkliniken im Sinne des Hochschulbauförderungsgesetzes (HBFüG).

Plankrankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind (nach der Definition in § 108 SGB V werden Hochschulkliniken nicht den Plankrankenhäusern zugeordnet).

Krankenhäuser, die einen **Versorgungsvertrag** mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossen haben.

Krankenhäuser ohne Zulassung, die nicht in die oben genannten Kategorien und somit nicht zu den zugelassenen Krankenhäusern gemäß § 108 SGB V gehören.

Trägerschaft:

Öffentliche Krankenhäuser, die von Gebietskörperschaften oder von Zusammenschlüssen solcher Körperschaften oder von Trägern der Sozialversicherung betrieben oder unterhalten werden. Träger in rechtlich selbständiger Form (z. B. als GmbH) gehören zu den öffentlichen Trägern, wenn Gebietskörperschaften oder Zusammenschlüsse solcher Körperschaften unmittelbar oder mittelbar mit mehr als 50 vom Hundert des Nennkapitals oder des Stimmrechts beteiligt sind.

Freigemeinnützige Krankenhäuser, die von Trägern der kirchlichen oder freien Wohlfahrtspflege, Kirchengemeinden, Stiftungen oder Vereinen unterhalten werden.

Private Krankenhäuser, die als gewerbliche Unternehmen einer Konzession gemäß § 30 Gewerbeordnung (GewO) bedürfen. Krankenhäuser mit unterschiedlichen Trägern sind dem Träger zugeordnet, der überwiegend beteiligt ist oder überwiegend Geldlasten trägt.

Belegkrankenhäuser:

Krankenhäuser, die ausschließlich über Belegbetten verfügen, d. h. über Betten, die niedergelassene Ärztinnen/Ärzten für die stationäre Behandlung ihrer Patientinnen/Patienten nutzen.

Krankenhausbett

Einheit, nach der die Kapazität eines Krankenhauses oder einer klinischen Fachabteilung berechnet wird. Die Bettenzahl wird zu bestimmten Stichtagen von der zuständigen Behörde festgesetzt und umfasst vollstationäre und teilstationäre Kapazitäten. **Aufgestellte Betten** umfassen alle Betten, die im Krankenhaus betriebsbereit aufgestellt sind, unabhängig von der Förderung und der Aufnahme in den Krankenhausplan eines Landes, ausgenommen Betten in Untersuchungs- und Funktionsräumen sowie Betten für gesunde Neugeborene. Bei der gemäß Krankenhausstatistik-Verordnung (*siehe* dort) angegebenen Bettenzahl handelt es sich um die **im Jahresdurchschnitt aufgestellten vollstationären Betten**; Betten zur teilstationären Unterbringung von Patientinnen/Patienten bleiben unberücksichtigt (*siehe* Tages- und Nachtambulanzplätze).

Die KHStatV unterscheidet nach:

Betten, für die Fördermittel nach § 8 Abs. 1 **Krankenhausfinanzierungsgesetz** (KHG) bewilligt und gewährt werden,

Betten, für die Fördermittel nach § 1 **Hochschulbauförderungsgesetz** (HBFG) bewilligt und gewährt werden,

Vertragsbetten, die nicht gefördert werden und für die Verträge mit den Krankenkassen über die Gewährung von Krankenhausbehandlungen nach § 108 Nr. 3 SGB V vorliegen,

sonstigen Betten, die weder im Krankenhausplan aufgeführt noch gefördert werden und für die auch keine Verträge nach § 108 Nr. 3 SGB V abgeschlossen worden sind.

Krankenhauspersonal (nichtärztlich)

Funktionsdienst: Dazu gehören u. a. das Krankenpflegepersonal für den Operationsdienst, für die Anästhesie, für die Ambulanz und Poliklinik, Hebammen und Entbindungspfleger, Ergotherapeutinnen/-therapeuten und der Krankentransportdienst.

Klinisches Hauspersonal: Haus- und Reinigungspersonal der Krankenhäuser und Stationen.

Medizinisch-technischer Dienst: Dazu gehören Mitarbeiter/innen der Berufsgruppen Apothekenpersonal, Chemiker, Diätassistenten, Logopäden, Masseur, Medizinisch-technische Assistenten, Orthoptisten, Physiotherapeuten, Psychologen, Sozialarbeiter, Schreibkräfte im ärztlichen und medizinischen Bereich.

Pflegedienst: Der Pflegedienst umfasst das Pflege- und Pflegehilfpersonal im stationären Bereich (Dienst am Krankenbett). Dazu gehören auch Pflegekräfte in Intensivpflege- und -behandlungseinrichtungen sowie Dialysestationen.

Technischer Dienst: Betriebsingenieure, Personal für Einrichtungen zur Versorgung mit Heizwärme, Warm- und Kaltwasser, Frischluft, medizinischen Gasen und Strom sowie für die Instandhaltung.

Verwaltungsdienst: Personal der engeren und weiteren Verwaltung, der Registratur, der technischen Verwaltung (sofern nicht beim Wirtschafts- und Versorgungsdienst erfasst).

Wirtschafts- und Versorgungsdienst: Küchen- und Diätküchenpersonal, Personal in Wirtschaftsbetrieben (Metzgerei, Bäckerei, Wäscherei, Nähstuben u. ä.), Sonstige.

Krankenhausstatistik-Verordnung (KHStatV)

Verordnung über die Bundesstatistik für Krankenhäuser (Krankenhausstatistik-Verordnung - KHStatV) vom 10. April 1990 (BGBl. I S. 730), die zuletzt durch Art. 4 b KrankenhausfinanzierungsreformG vom 17.03.2009 (BGBl. I S. 534) geändert worden ist. Die KHStatV ist die Rechtsgrundlage für die Berichterstattung über Ausstattung und Inanspruchnahme des stationären Versorgungsangebotes. Die Erhebungen zur Krankenhausstatistik erstrecken sich gemäß § 1 Abs. 2 KHStatV nicht auf **Krankenhäuser im Straf- oder Maßregelvollzug** und **Polizei-Krankenhäuser**.

Die gemäß KHStatV jährlich bundesweit erhobenen Daten zu personeller und sachlicher Ausstattung sowie Kosten, den in Anspruch genommenen stationären und ambulanten Leistungen sowie allgemeinen Angaben über die Patienten und ihre Erkrankungen der Krankenhäuser und - mit einem eingeschränkten Merkmalskatalog der Grunddaten - der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen sind untergliedert in **Teil I: Grunddaten**, **Teil II: Diagnosen** (*siehe auch* Diagnosedaten der Krankenhauspatienten) und **Teil III: Kostennachweis**.

Krebsregister

Das Gemeinsame Krebsregister der Länder Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und der Freistaaten Sachsen und Thüringen (GKR) hat seinen Sitz in Berlin und wird als nachgeordnete Einrichtung bei der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz Berlin geführt. Das GKR ist eine nichtrechtsfähige Anstalt des öffentlichen Rechts und arbeitet seit dem 01.01.1995 auf der Basis des Gesetzes über Krebsregister (Krebsregistergesetz - KRG) vom 04.11.1994 in Verbindung mit dem Staatsvertrag über das GKR vom 20./24.11.1997 sowie den entsprechenden Ausführungsgesetzen der beteiligten Länder. Es ist das einzige bevölkerungsbezogene Krebsregister Deutschlands, dessen Einzugsgebiet aus mehreren Bundesländern besteht. Gemäß Staatsvertrag nehmen die beteiligten Länder an der Führung des GKR durch einen Verwaltungsausschuss (VA) teil.

In allen am GKR beteiligten Bundesländern gibt es mittlerweile eine Meldepflicht für Krebserkrankungen. In Berlin wurde sie 2004 eingeführt (Sachsen 1993, Mecklenburg-Vorpommern 1998, Sachsen-Anhalt 2000, Thüringen 2003, Brandenburg 2006).

Aktuelle Auswertungen des GKR erstrecken sich derzeit bis zum Diagnosejahr 2008, da vereinbarungsgemäß in Absprache mit dem VA *ein Diagnosejahr frühestens 2 Jahre nach dessen Abschluss ausgewertet* wird. Daten zum Diagnosejahr 2009 werden dementsprechend ab Januar 2012 zur Verfügung stehen.

Das Robert Koch-Institut (RKI) stellt den epidemiologischen Krebsregistern Deutschlands periodisch Schätzungen zu erwarteten Fallzahlen (nach log-linearen Modellen) zur Verfügung, an Hand derer die Krebsregister ihre *Vollzähligkeit* ermitteln. Der Vollzähligkeitsgrad ergibt sich aus dem Anteil ärztlicher Meldungen an den erwarteten Fallzahlen. Hinzugerechnet werden DCO-Fälle (*siehe auch* dort), d. h. die Fälle, die dem GKR nur vom Leichenschauschein bekannt sind, für die also keine ärztliche Meldung zu Lebzeiten vorlag. Für repräsentative Auswertungen zur Krebsinzidenz ist eine Vollzähligkeit von mindestens 90 % ärztlicher Meldungen bei gleichzeitig höchstens 10 % DCO-Anteil notwendig. Dieses Ziel ist in Berlin trotz steigendem Trend beim ärztlichen Meldeaufkommen noch nicht erreicht.

Krebserkrankungen im Kindesalter (0 bis unter 15 Jahre) werden von den Ärztinnen/Ärzten außerdem an das Kinderkrebsregister Mainz (KKR) gemeldet, mit dem ein regelmäßiger Abgleich erfolgt, um in beiden Einrichtungen (GKR und KKR) eine möglichst vollzählige Registrierung der Kinderkrebserkrankungen zu gewährleisten. Weitere Informationen *siehe* <http://www.berlin.de/gkr/>.

Kurzzeitpflege

Kurzzeitpflege ist im Sinne des § 42 Sozialgesetzbuch (SGB) XI eine vorübergehende Pflege und Betreuung einer pflegebedürftigen Person in einer selbstständig wirtschaftenden bzw. vollstationären Einrichtung für einen Zeitraum von bis zu vier Wochen je Kalenderjahr. Es handelt sich dabei um eine Leistung der Pflegeversicherung oder des Sozialhilfeträgers (§ 42 SGB XI, § 61 Abs. 2 Satz 1 SGB XII). Sie ermöglicht pflegenden Angehörigen eine zeitlich begrenzte Entlastung oder bereitet einen pflegebedürftigen Menschen nach einem Klinikaufenthalt auf die Rückkehr in den eigenen Haushalt vor.

Lärmwirkungen

Extraaurale (außerhalb des Ohres) Lärmwirkungen können physiologische und biochemische Regelungsvorgänge und Körperfunktionen im gesamten Organismus betreffen und unterliegen keiner unmittelbaren, sondern einer chronisch verlaufenden Pathogenese. Die Art und das Ausmaß möglicher gesundheitlicher Reaktionen auf Umweltlärm hängen im Wesentlichen ab von der Einwirkungszeit des Lärms, der Höhe des Lärmpegels, insbesondere des Maximalpegels, dem Frequenzbereich des Schallreizes und nicht zuletzt von der Dauer der Erholungsphase in lärmfreier Zeit.

Die psychische und physische Verarbeitung von Geräuschen durch den Betroffenen ist zudem sehr subjektiv geprägt. Als Risikogruppen gelten vor allem Schwangere, Kinder, alte Menschen, Kranke, wobei Hypertoniker überdurchschnittlich gefährdet sind.

Langzeitpflege

Pflegebedürftige haben gemäß § 43 Sozialgesetzbuch (SGB) XI Anspruch auf vollstationäre Pflege, wenn häusliche (ambulante) oder teilstationäre Pflege nicht möglich sind oder wegen der Besonderheit des einzelnen Falles nicht in Betracht kommen.

Vollstationäre Pflege wird in Langzeitpflegeeinrichtungen (Pflegeheime) erbracht, in denen Pflegebedürftige unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft auf Dauer ganztägig gepflegt, untergebracht und verpflegt werden können.

Lastenquotient

Jugend- und Altenquotient: Kennziffern, bei denen die Zahl von Personen, die sich noch nicht bzw. nicht mehr im erwerbsfähigen Alter befinden (Kinder/Jugendliche bzw. ältere Menschen), der Zahl der Personen im erwerbsfähigen Alter (je 100) gegenübergestellt wird. Die Altersgrenzen werden unterschiedlich festgelegt, z. B. unter 18-Jährige bzw. Personen im Alter von 65 und mehr Jahren je 100 18- bis unter 65-Jährige.

Lebendgeborene

siehe Geborene

Lebenserwartung

Die Kennziffer Lebenserwartung gibt an, wie viele Jahre ein Mensch in einem definierten Alter bei unveränderten gegenwärtigen Sterberisiken im Durchschnitt noch leben würde. Die fernere Lebenserwartung der Nulljährigen wird hierbei auch als *mittlere Lebenserwartung* bezeichnet. Berechnungsgrundlage für die Lebenserwartung ist die sogenannte Sterbetafel, die modellhaft anhand der alters- und geschlechtsspezifischen Sterberaten des untersuchten Kalenderzeitraums (ein Jahr oder mehrere zusammengefasste Jahre) berechnet wird. Im Prinzip entspricht die so berechnete Lebenserwartung der (bezüglich der Altersstruktur) bereinigten Sterblichkeit und ist somit besonders geeignet für Zeitreihenanalysen und regionale Vergleiche. Die Berechnung der Lebenserwartung durch die Statistischen Landesbehörden erfolgt nach einer vom Statistischen Bundesamt entwickelten Methode (Periodensterbetafeln für Deutschland). Die Lebenserwartungsberechnung der Berliner Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz erfolgt nach einem modifizierten Verfahren, das analog zum Verfahren des Statistischen Bundesamtes durchgeführt wird (vgl. dazu die jährlichen Veröffentlichungen der Periodensterbetafeln, aktuelle Publikation: „Methodische Erläuterungen zur Berechnung von Periodensterbetafeln für Deutschland 2007/2009“⁵).

Disability-Free Life Expectancy (DFLE)

Erwartete durchschnittliche Anzahl von Jahren, die eine Person ohne schwere gesundheitliche Beschwerden lebt. Dient in der Gesundheitsberichterstattung der Berechnung der Lebenserwartung ohne Behinderung bzw. ohne Pflegebedürftigkeit. Mit dem Konzept wird der Aspekt der Lebensqualität (Gesundheit) in die Betrachtung der Lebenserwartung eingebunden. Ausgangspunkt des Indikators ist die Frage, ob die höhere Lebenserwartung mit mehr gesunden Lebensjahren einhergeht oder ob die höhere Lebenserwartung durch eine Verlängerung des Zeitabstandes zwischen Erkrankungs- bzw. Pflegebedarfsbeginn und Sterbezeitpunkt erkauft wird. Die Indikatoren werden auf Basis von Sterbetafeln berechnet. Für die DFLE ohne Behinderung bzw. ohne Pflegebedürftigkeit ist die Berechnung auf Basis der Sullivan-Methode vorgesehen⁶.

⁵ Im Internet verfügbar unter <http://www.destatis.de> über den Pfad Services: Publikationen / Fachveröffentlichungen / Bevölkerung / Veröffentlichungen für die Bereiche: Bevölkerungsbewegung.

⁶ Vgl. <http://imai.princeton.edu/research/files/life.pdf>, zuletzt aufgerufen am 16.09.2011.

Die Berechnung der durchschnittlichen Lebenserwartung bei guter Gesundheit erfolgte in Berlin unter Verwendung der Daten der Pflegestatistik. Dafür wurde die Methode der Berechnung der mittleren und ferneren Lebenserwartung um die modifizierten Sterbetafeln nach Sullivan erweitert. Die Ergebnisse zeigen die verbleibenden Jahre, die in einem bestimmten Alter mit und ohne Pflegebedürftigkeit erwartet werden können.

Leistungen nach Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)

Asylbewerber und abgelehnte Bewerber, die zur Ausreise verpflichtet sind, sowie geduldete Ausländer erhalten seit dem 01.11.1993 anstelle von Sozialhilfe Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz. Zur Deckung des täglichen Bedarfs an Ernährung, Kleidung, Unterkunft usw. werden den Leistungsberechtigten Regelleistungen in Form von Grundleistungen oder in besonderen Fällen Leistungen analog zum zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) gewährt.

Letalität

Tödlichkeit. Die **Letalitätsrate** bezeichnet die Zahl der an einer bestimmten Krankheit Gestorbenen bezogen auf 100 / 1.000 / 10.000 oder 100.000 an derselben Krankheit Erkrankte. Berechnungsmethoden *siehe* Mortalitätsraten.

Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)

Ein Medizinisches Versorgungszentrum ist nach der Definition des § 95 Sozialgesetzbuch V (SGB V) eine in Deutschland zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene, fachübergreifende Behandlungseinrichtung unter ärztlicher Leitung, in der im Arztregister eingetragene Ärzte als Inhaber (Vertragsärzte) oder Angestellte tätig sein können. Wie die Ärzte einer Gemeinschaftspraxis arbeiten Ärzte in einem Medizinischen Versorgungszentrum an einem gemeinsamen Praxissitz. Im Unterschied zur Gemeinschaftspraxis sind die im MVZ tätigen Ärzte nicht einzeln, sondern gemeinsam zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Ein MVZ kann in Form einer GmbH, Aktiengesellschaft (AG) oder BGB-Gesellschaft betrieben werden. Gesellschafter eines MVZ können alle nach dem SGB V zugelassenen Leistungserbringer sein, also auch Krankenhäuser, Heilmittelbringer oder andere.

Meldepflichtige Infektionskrankheiten

Bei meldepflichtigen Krankheiten handelt es sich um bestimmte übertragbare Infektionen, die nach deutschem Recht gemeldet werden müssen. Die Angaben über meldepflichtige Krankheiten erfolgten bis zum 31.12.2000 nach dem Bundes-Seuchengesetz (BSeuchG) und wurden durch die Gesundheitsämter an das Statistische Landesamt gemeldet. Anfang 2001 trat bundesweit das Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz - IfSG) in Kraft. Die Meldungen erfolgen seit dem 01.01.2001 durch die Gesundheitsämter an das Robert Koch-Institut (RKI). Zu melden sind je nach Infektionskrankheit Erregernachweis, Infektionsverdacht, Erkrankung oder Tod. Zur Meldung verpflichtet sind im Allgemeinen der behandelnde Arzt oder Heilpraktiker, sowie auch Krankenhäuser und Infektionslabore. Die Meldung erfolgt namentlich (Personalien werden registriert) und/oder nichtnamentlich (anonyme Registrierung). In § 6 sind meldepflichtige Infektionskrankheiten verzeichnet, in § 7 die meldepflichtigen Erreger. Der § 34 beschäftigt sich mit Aufenthaltsverboten in Gemeinschaftseinrichtungen für Erkrankte und Ausscheider. (Erläuterungen zu „Falldefinition“ und „Referenzdefinition“ *siehe* dort). Zur jeweiligen Art der veröffentlichten meldepflichtigen Infektionskrankheiten (z. B. Referenzdefinition, Falldefinition, labordiagnostisch bestätigte Fälle) *siehe* jeweilige Tabellen zu den Indikatoren 3.59 - 3.64.

Melderechtlich registrierte Einwohner/innen

Angaben aus dem Einwohnerregister des Landesamtes für Bürger- und Ordnungsangelegenheiten (LABO) an das Amt für Statistik Berlin-Brandenburg. Zu den melderechtlich registrierten Einwohnern zählen alle in Berlin gemeldeten Einwohner, unabhängig davon, ob sie nur in einer Wohnung (alleinige Wohnung) in Berlin oder neben dieser noch in einer weiteren oder mehreren Wohnungen in einem anderen Bundesland gemeldet sind. Personen, die in mehreren Bezirken von Berlin gemeldet sind, werden nur einmal, und zwar im Bezirk der Hauptwohnung nachgewiesen. Es sind auch die ausschließlich in Nebenwohnung in Berlin gemeldeten Einwohner enthalten, die in diesem Bericht verwendeten Zahlen betreffen aber nur die am Ort der Hauptwohnung (in alleiniger Wohnung und in Hauptwohnung) melderechtlich registrierten Einwohner.

Die Bevölkerungszahlen aus der Bevölkerungsfortschreibung und aus dem Einwohnermelderegister weichen voneinander ab.

Migrationshintergrund

Mit dem Mikrozensus 2005 ist es erstmalig möglich, Migration in Deutschland quantitativ zu beschreiben. Dabei wird das Phänomen Migration durch das Konzept „Bevölkerung mit Migrationshintergrund“ konkretisiert. Der Migrationsstatus einer Person wird aus seinen persönlichen Merkmalen zu Zuzug, Einbürgerung und Staatsangehörigkeit sowie aus den entsprechenden Merkmalen seiner Eltern bestimmt. Zu Menschen mit Migrationshintergrund zählen demnach Personen, die

- a) ausländisch sind,
- b) die deutsche Staatsangehörigkeit besitzen, vor ihrer Einbürgerung jedoch mit ausländischer Staatsangehörigkeit in Deutschland lebten,
- c) als Aussiedlerinnen und Aussiedler eingewandert sind oder
- d) im Inland geboren wurden, aber mindestens ein Elternteil einen Migrationshintergrund (ausländisch, eingebürgert oder Spätaussiedler/in) aufweist.

Für die Zwecke der Zeitreihenanalyse wird zwischen einem Migrationshintergrund im engeren und einem solchen im weiteren Sinn (i.e.S. bzw. i.w.S.) unterschieden. Personen mit Migrationshintergrund i.e.S. sind von 2005 bis 2012 (Geltungsdauer der Erhebung lt. Mikrozensusgesetz) jährlich mit dem Mikrozensus identifizierbar. Zu den Personen mit Migrationshintergrund i.w.S. gehören zusätzlich Personen mit nicht durchgehend bestimmtem Migrationsstatus, die nur aufgrund der Zusatzfragen zu Migration im Mikrozensus 2005 und 2009 als solche erkennbar sind (z. B. in Deutschland geborene Deutsche, deren Migrationshintergrund aus Eigenschaften der Eltern resultiert, die Betroffenen jedoch nicht mit ihren Eltern in einem Haushalt leben).

Für Aussagen zum Migrationshintergrund einer Person kann auch auf das Einwohnermelderegister als Quelle zurückgegriffen werden. Aus den dort vorhandenen Merkmalen werden als Personen mit Migrationshintergrund ausgewiesen:

1. Ausländer,

2. Deutsche mit Migrationshintergrund:

a) Deutsche mit ausländischem Geburtsland oder Einbürgerungskennzeichen oder Optionskennzeichen (im Inland geborene Kinder ausländischer Eltern) erhalten seit dem 01. Januar 2000 unter den in § 4 Abs. 3 Staatsangehörigkeitsgesetz (StAG) genannten Voraussetzungen zunächst die deutsche Staatsangehörigkeit (Optionsregelung),

b) Deutsche unter 18 Jahren ohne eigene Migrationsmerkmale mit ausländischem Geburtsland oder Einbürgerungskennzeichen zumindest eines Elternteils, wenn die Person an der Adresse der Eltern/des Elternteils gemeldet ist.

Mikrozensus

Repräsentativstatistik (gemäß Mikrozensusgesetz vom 24. Juni 2004 (BGBl I S. 1.350), zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 8. Juli 2009 (BGBl I S. 1.781) über die wirtschaftliche und soziale Lage der Bevölkerung und den Arbeitsmarkt auf der Grundlage der kontinuierlich während des gesamten Jahres durchgeführten amtlichen Haushaltsbefragung bei ein Prozent aller Haushalte, deren Auswahl durch eine repräsentative Zufallsstichprobe zuverlässige Hochrechnungen auf die Gesamtheit aller Bundesbürger/ Bundesbürgerinnen ermöglicht. Ausgewählte Merkmale zur Gesundheit werden im Abstand von vier Jahren erfragt, zuletzt 2009.

Morbiditätsraten

Berechnung der Erkrankungsfälle in einem bestimmten Zeitraum (meist ein Jahr) auf 1.000, 10.000 oder 100.000 der (durchschnittlichen) Bevölkerung, auf 1.000, 10.000 oder 100.000 von jeweilig definierten Altersgruppen und altersstandardisiert auf 1.000, 10.000 oder 100.000.

Die Berechnung erfolgt bezogen auf die jeweilige durchschnittliche bzw. fortgeschriebene Bevölkerung. Berechnungsmethoden *siehe* Mortalitätsraten.

Mortalitätsraten

Berechnung der Sterbefälle in einem bestimmten Zeitraum (meist ein Jahr) auf 1.000, 10.000 oder 100.000 der (durchschnittlichen) Bevölkerung, auf 1.000, 10.000 oder 100.000 von jeweilig definierten Altersgruppen und altersstandardisiert auf 1.000, 10.000 oder 100.000.

Die Berechnung erfolgt bezogen auf die jeweilige durchschnittliche Bevölkerung.

Allgemeine (rohe) Sterbeziffern oder Mortalitätsraten

Sie geben die Anzahl der Sterbefälle je 1.000, 10.000 bzw. 100.000 Einwohner der durchschnittlichen Bevölkerung an. Sie sind aber aufgrund ihrer Abhängigkeit von der Altersstruktur für regionale und zeitliche Vergleiche kaum geeignet. Um den Vergleich altersabhängiger Sterberaten von Bevölkerungsgruppen mit unterschiedlicher Altersstruktur zu ermöglichen, bezieht man die Sterbehäufigkeiten auf eine Referenzbevölkerung (*siehe unten* altersstandardisierte Mortalitätsraten).

Altersspezifische Mortalitätsraten

Sie geben die Anzahl der Gestorbenen einer Altersgruppe je 1.000, 10.000 bzw. 100.000 Einwohner der gleichen Altersgruppe an. Durch sie wird der Einfluss des Alters auf die Gesamtsterblichkeit deutlich. Aufgrund der verwendeten 5-Jahres-Altersgruppen ist eine zusätzliche Standardisierung nicht erforderlich.

Altersstandardisierte Mortalitätsraten

Die Altersstandardisierung macht die Sterbeziffern unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen, Regionen oder Zeiträume vergleichbar, indem sie den Einfluss eines unterschiedlichen Altersaufbaus der Bevölkerung durch Gewichtungen ausschaltet. Demzufolge zeigen altersstandardisierte Sterbeziffern an, wie die Sterblichkeit in der Bevölkerung wäre, wenn die Altersstruktur einer Standardbevölkerung zu Grunde läge. Die standardisierten Ziffern sind wegen des Bezugs auf die gleiche Altersstruktur vergleichbar. Das bezieht sich sowohl auf Zeitreihen als auch auf Vergleiche zwischen den Regionen und auf Vergleiche zwischen unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen. In vorliegendem Bericht wurden direkte Altersstandardisierungen (anhand der alten Europastandardbevölkerung (1966/1976)) und indirekte Standardisierungen (nach dem Standardized-Mortality-Ratio-Konzept (SMR)) durchgeführt. Bei der SMR werden die beobachteten Fälle der Region in Beziehung gesetzt zu den erwarteten Fällen, die sich aus den altersspezifischen Sterberaten der Bezugsbevölkerung ergeben.

Müttersterblichkeit

Als Müttersterblichkeit gilt der Tod jeder Frau während der Schwangerschaft oder innerhalb von 42 Tagen nach Beendigung der Schwangerschaft. Ein Tod durch Unfall oder zufällige Ereignisse wird nicht einbezogen. Es wird zwischen direkten und indirekten Müttersterbefällen unterschieden.

Microcystine

Gesundheitsschädliche Stoffe, die durch bestimmte Blaualgen gebildet und an das Wasser abgegeben werden. Sie können zu Magen-Darm-Beschwerden sowie zu Reizungen der Atemwege, der Haut und der Schleimhäute führen.

Nettoeinkommen

Das persönliche Nettoeinkommen wird im Mikrozensus durch eine Selbsteinstufung der Befragten in vorgegebene Einkommensgruppen ermittelt, das Haushaltsnettoeinkommen durch Einstufung durch die Haushaltsbezugsperson (erste im Fragebogen eingetragene Person). Familiennettoeinkommen werden aus der Summe der jeweils zur Verfügung stehenden Individualeinkommen ermittelt.

Nichterwerbspersonen

Personen, die keinerlei auf Erwerb gerichtete Tätigkeit ausüben oder suchen (*siehe auch* Erwerbspersonen, Erwerbstätige, Erwerbslose).

Perinatale Sterblichkeit

Totgeborene (*siehe* dort) und im Alter von 0 bis unter 7 Tagen Gestorbene (*siehe* Säuglingssterblichkeit - Frühsterblichkeit) bezogen auf 1.000 Geborene.

Personalkosten der Krankenhäuser

Umfassen alle Kosten, die dem Krankenhaus durch die Beschäftigung von ärztlichem und nichtärztlichem Personal zur Erstellung von Krankenhausleistungen entstehen. Nachgewiesen werden sämtliche Kosten für die Mitarbeiter/innen des Krankenhauses, unabhängig davon, ob es sich um ein Arbeitnehmer- oder arbeitnehmerähnliches Verhältnis, um eine nebenberufliche Tätigkeit oder um eine nur vorübergehende oder aushilfsweise Tätigkeit handelt. Die Angaben zum Personalbestand der Krankenhäuser (Krankenhausstatistik Teil I - Grunddaten) werden für die Kostenangaben der einzelnen Funktionsbereiche abgestimmt.

Pflegebedürftige

Mit der im Dezember 1999 erstmals durchgeführten Erhebung (*siehe* Pflegestatistik-Verordnung) über die ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen sowie über Pflegegeldempfangende werden umfassende Informationen zur pflegerischen Versorgung der Pflegebedürftigen bereitgestellt. Auf Basis zuverlässiger statistischer Daten über die personelle Ausstattung in den Pflegeeinrichtungen und über die Struktur der Leistungsempfänger sollen Entwicklungstendenzen im Bereich der pflegerischen Versorgung, insbesondere unter Berücksichtigung bedarfsorientierter pflegerischer Angebote und Nachfragen, erkannt werden. Die Ergebnisse dienen als Grundlage für Planungsentscheidungen und ggf. für Anpassungen im Pflegeversicherungsgesetz⁷.

Durch die Reformen der Pflegeversicherung im Sommer 2008⁸ ist der Anreiz, Leistungen der teilstationären Pflege parallel zu Pflegegeld und/oder ambulanten Sachleistungen zu beziehen, deutlich angestiegen. Ursache hierfür ist vor allem, dass der höchstmögliche Gesamtanspruch aus der Kombination von Leistungen der Tages- und Nachtpflege mit ambulanten Sachleistungen oder dem Pflegegeld durch die Reform auf das 1,5fache des bisherigen Betrages gestiegen ist. Werden z. B. 50 Prozent der Leistungen der Tages- und Nachtpflege in Anspruch genommen, besteht nun daneben noch ein 100-prozentiger Anspruch auf Pflegegeld oder eine Pflegesachleistung. Bis zum Sommer 2008 galt als Leistungsobergrenze das Pflegegeld oder die ambulante Sachleistung.

Bei der Ermittlung der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen werden demnach ab der Erhebung 2009 die teilstationär durch Heime versorgten Pflegebedürftigen - in Berlin betraf das im Jahr 2009 875 Frauen und 634 Männer - nicht mehr zusätzlich zu den vollstationär Betreuten gezählt, denn sie erhalten in der Regel parallel auch Pflegegeld und/oder ambulante Sachleistungen und sind somit bereits bei der Gesamtzahl der pflegebedürftigen Personen berücksichtigt. Bis 2008 konnten bei der Zahl der Pflegebedürftigen insgesamt Doppelerfassungen entstehen, sofern Empfänger/innen von Tages- bzw. Nachtpflege zusätzlich auch ambulante Pflege oder Pflegegeld erhielten. Durch die geänderte Ermittlung der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen ist die zeitliche Vergleichbarkeit der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen 2009 mit den vorherigen Erhebungen eingeschränkt. Der Effekt bezieht sich jedoch nur auf die Gesamtzahl, nicht aber auf die zeitliche Vergleichbarkeit bei den einzelnen Leistungsarten.

Pflegedienst

Ambulante Pflegeeinrichtung, die als selbständiges Unternehmen mit mindestens einer verantwortlichen und ausgebildeten Pflegefachkraft aufgrund eines Versorgungsvertrages nach dem Elften Sozialgesetzbuch (SGB XI) Pflegebedürftige in ihren Wohnungen pflegt und hauswirtschaftlich versorgt.

Pflegedienst im Krankenhaus *siehe* Krankenhauspersonal.

Pflegeeinrichtungen

In der Pflegestatistik nach Pflegestatistik-Verordnung werden alle ambulanten (Pflegedienste), teilstationären und vollstationären (Pflegeheime) Pflegeeinrichtungen erfasst, mit denen ein Vertrag nach dem Elften Sozialgesetzbuch (SGB XI) besteht (zugelassene Einrichtungen). Als Pflegeheime werden laut § 71 Abs. 2 SGB XI selbständig wirtschaftende stationäre Pflegeeinrichtungen bezeichnet, in denen Pflegebedürftige unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft gepflegt werden und ganztägig (vollstationär) oder nur tagsüber oder nur nachts (teilstationär) untergebracht und gepflegt werden können.

Pflegestatistik-Verordnung (PflegeStatV)

Die Rechtsgrundlage der Pflegestatistik ist die „Verordnung zur Durchführung einer Bundesstatistik über Pflegeeinrichtungen sowie über häusliche Pflege (Pflegestatistik-Verordnung - PflegeStatV)“ vom 24. November 1999 (BGBl I S. 2.282) in Verbindung mit § 109 Abs. 1 Pflege-Versicherungsgesetz (PflegeVG) des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) vom 26. Mai 1994.

Die Statistik wird nach bundeseinheitlichem Konzept als Bestandserhebung (Totalerhebung) alle zwei Jahre jeweils zum Stichtag 15. bzw. 31. Dezember eines Berichtsjahres (erstmalig 1999, zuletzt 2009) durchgeführt. Sie erfasst die Pflegegeldleistungen, das Angebot, die Inanspruchnahme und die personelle Ausstattung der Pflegeeinrichtungen, die Struktur der Leistungsempfänger sowie die an die Pflegeeinrichtung zu zahlenden Entgelte.

Pflegestufen/Pflegeklassen

Die Leistungen, die eine pflegebedürftige Person erhält, hängen von der Einstufung in eine Pflegestufe ab. Diese Einstufung erfolgt in der Regel aufgrund des Gutachtens des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen. Je nach Schwere der Beeinträchtigungen und Zeitaufwand in der Pflege müssen für die Eingliederung in eine Pflegestufe folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

Pflegestufe I: Pflegebedürftige der Pflegestufe I sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen. Im Tagesdurchschnitt muss der Zeitaufwand hierfür mindestens 90 Minuten betragen, hierbei müssen auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen.

Pflegestufe II: Pflegebedürftige der Pflegestufe II sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen. Im Tagesdurchschnitt muss der Zeitaufwand hierfür mindestens drei Stunden betragen, hierfür müssen auf die Grundpflege mindestens zwei Stunden entfallen.

Pflegestufe III: Pflegebedürftige der Pflegestufe III sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen. Im Tagesdurchschnitt muss der Zeitaufwand hierfür mindestens fünf Stunden betragen, hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens vier Stunden entfallen.

⁷ Ergebnisse der Pflegestatistik vgl. <http://www.destatis.de> über den Pfad Services: Publikationen / Fachveröffentlichungen / Sozialleistungen / Veröffentlichungen für die Bereiche: Pflege.

⁸ Vgl. <http://www.pflegeversicherung.com/pflegereform2008.html>, zuletzt aufgerufen am 16.09.2011.

Härtefall: Ein Härtefall liegt bei Erforderlichkeit eines außergewöhnlich hohen und intensiven Pflegeaufwands vor, der das übliche Maß der Pflegestufe III weit übersteigt. Dies ist z. B. dann der Fall, wenn Hilfe bei der Grundpflege mindestens sechs Stunden, davon mindestens dreimal in der Nacht, erforderlich ist oder mehrere Pflegepersonen notwendig sind.

Pflegestufe 0: Im Sinne der Pflegeversicherung bezeichnet der Begriff „Pflegestufe 0“ keine Pflegestufe. Personen, die einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung haben, der nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht (Pflegebedarf unter 45 Minuten Grundversorgung am Tag), haben dennoch Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung, wenn neben dem bestehenden Hilfebedarf ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung gegeben ist (§ 45 a, b SGB XI). Anspruchsberechtigt sind außer Personen ohne Pflegestufe Pflegebedürftige mit Pflegestufen 1, 2 und 3 sowie mit Pflegestufe 3 + Härtefall, die an einer Demenz oder ähnlichen Erkrankungen leiden und dadurch zusätzliche Betreuungsleistungen bei eingeschränkter Alltagskompetenz benötigen. Die zusätzlichen Betreuungsleistungen, die je nach Umfang des erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarfs in Anspruch genommen werden können, sind Pflegesachleistungen, deren Kosten von der Pflegeversicherung ersetzt werden, höchstens jedoch 100 EUR (Grundbetrag) bzw. 200 EUR (erhöhter Betrag) monatlich.

Pflegeklassen: Bei der Einteilung der Vergütungen, die den Pflegeheimen für die den Pflegestufen entsprechenden Leistungen zu zahlen sind, wird von Pflegeklassen gesprochen.

Pflegetag

siehe Berechnungs- und Belegungstage.

Prävalenz

Die Prävalenz oder Krankheitshäufigkeit ist eine epidemiologische Kennzahl. Sie gibt an, wie viele Menschen einer bestimmten Population definierter Größe, üblicherweise 100.000, an einer definierten Krankheit zu einem bestimmten Zeitpunkt oder Zeitraum erkrankt sind.

Berechnungsmethoden *siehe* Mortalitätsraten.

Prävention

Verhüten oder Vermeiden von Krankheiten bzw. Ausschalten von krankmachenden Faktoren. Es werden drei Formen der Prävention beschrieben:

Primäre Prävention

Vermeidung von Erkrankungen durch Ausschaltung von Risikofaktoren (z. B. Rauchen, Übergewicht).

Sekundäre Prävention

Früherkennung einer vorhandenen Erkrankung und frühzeitige Behandlung.

Tertiäre Prävention

Minimierung bzw. Bewältigung von Krankheitsfolgen, z. B. durch Rehabilitation.

Ziele der Prävention sind Verhütung und Vermeidung von Krankheiten, Milderung vorhandener Krankheiten sowie Gewährleistung einer bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung.

Privathaushalte

Als (Privat-)Haushalt zählt jede zusammen wohnende und eine wirtschaftliche Einheit bildende Personengemeinschaft sowie Personen, die allein wohnen und wirtschaften. Zum Haushalt können verwandte und familienfremde Personen gehören. Gemeinschafts- und Anstaltsunterkünfte gelten nicht als Privathaushalte.

Ab dem Mikrozensus 2005 wird die gesamte Einheit „Haushalt“ stellvertretend durch die Erhebungsmerkmale des Haupteinkommensbeziehers/der Haupteinkommensbezieherin (Person mit dem höchsten monatlichen Nettoeinkommen) des Haushalts statistisch nachgewiesen. Dabei wird davon ausgegangen, dass diese Person in der Regel auch diejenige ist, die den sozialen Status und die Lebensverhältnisse des Haushalts bzw. der Haushaltsmitglieder bestimmt und sich daher als Bezugsperson für die sozioökonomische Zuordnung der Haushalte eignet.

Referenzdefinition

Die in verschiedenen Falldefinitions-kategorien (*siehe* dort) übermittelten meldepflichtigen Krankheiten (*siehe* dort) und Erreger werden vor Veröffentlichung nach Maßgabe einer so genannten „Referenzdefinition“ nochmals gefiltert. Für die meisten der nach §§ 6 und 7 Infektionsschutzgesetz (IfSG) meldepflichtigen Krankheiten und Erregernachweise umfasst die Referenzdefinition die klinisch begründeten Kategorien „klinisch-labordiagnostisch bestätigt“ und „klinisch-epidemiologisch bestätigt“. Bei Tuberkulose begründet z. B. aber auch allein das klinische Bild die Übermittlungspflicht.

Rehabilitationsmaßnahmen

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 eines Kindes 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. Die medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen werden als stationäre, ambulante oder gemischt stationär/ambulante Behandlungen durchgeführt.

Säuglingssterblichkeit

Im ersten Lebensjahr Gestorbene, bezogen auf 1.000 Lebendgeborene. Um Verzerrungen zu vermeiden, die dadurch eintreten können, dass ein Teil der Gestorbenen bereits im Vorjahr geboren wurde und ein Teil der Lebendgeborenen erst im folgenden Kalenderjahr stirbt, wird die Säuglingssterblichkeit nach der Methode Rahts für Berlin insgesamt, nicht jedoch für die einzelnen Bezirke unter Berücksichtigung der Geburtenentwicklung des Berichtszeitraumes und des Vorjahres berechnet.

Einteilung erfolgt in:

Frühe Neonatalsterblichkeit

Gestorbene von 0 - 6 Tagen je 1.000 Lebendgeborene.

Späte Neonatalsterblichkeit

Gestorbene von 7 - 27 Tagen je 1.000 Lebendgeborene.

Postneonatalsterblichkeit

Gestorbene von 28 - 364 Tagen je 1.000 Lebendgeborene.

Schwangerschaftsabbruch

Beendigung einer intakten Schwangerschaft durch chirurgische oder medikamentöse Einwirkung. Die gesetzlichen Bestimmungen zum Schwangerschaftsabbruch sind im Schwangeren- und Familienhilfeänderungsgesetz vom 21. August 1995 geregelt. Danach ist ein Schwangerschaftsabbruch grundsätzlich für alle Beteiligten strafbar. Ausnahmen gelten im Falle einer medizinischen oder kriminologischen Indikation, bei der ein Abbruch nicht rechtswidrig ist (§ 218a Abs. 2 und 3 StGB), oder nach der so genannten Beratungsregelung, nach der ein Schwangerschaftsabbruch bei Einhaltung der Fristen und nach erfolgter Schwangerschaftskonfliktberatung straflos bleibt (§ 218a Abs. 1 und § 219 StGB).

Schwerbehinderte Personen

Das Schwerbehindertengesetz (SchbG) wurde per 01.10.2001 in das Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen eingestellt. Seitdem erfolgt die Erfassung von schwerbehinderten Menschen auf Rechtsgrundlage des § 131 SGB IX (Artikel 1 des Gesetzes vom 19. Juni 2001 (BGBl. I S. 1.046), zuletzt geändert durch Artikel 8 Abs. 2 des Gesetzes vom 18. Dezember (BGBl. I S. 2.984) in Verbindung mit dem Bundesstatistikgesetz (BStatG) vom 22. Januar 1987 (BGBl. I S. 462, 565), zuletzt geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom 7. September 2005 (BGBl. I S. 2.246)).

Demnach sind Personen behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist. Als Schwerbehinderter gilt, wer 1. nicht nur vorübergehend mit einem Grad der Behinderung von wenigstens 50 körperlich, geistig oder seelisch behindert ist, 2. in der Bundesrepublik Deutschland rechtmäßig wohnt, sich gewöhnlich aufhält oder als Arbeitnehmer beschäftigt ist und 3. über einen Nachweis (Ausweis usw.) der Behinderung verfügt.

Die Art der Behinderung wird anhand von insgesamt 55 Kategorien erfasst, wobei sich die Einteilung nicht primär an der ursächlichen Krankheitsdiagnose (z. B. Multiple Sklerose), sondern an der Erscheinungsform der Behinderung und der durch sie bestimmten Funktionseinschränkung (z. B. funktionelle Veränderung an den Gliedmaßen) orientiert.

Der Begriff Grad der Behinderung (GdB) bezieht sich auf die Auswirkung einer Behinderung oder Schädigungsfolge in allen Lebensbereichen und nicht nur auf Einschränkungen im allgemeinen Erwerbsleben. Der GdB ist ein Maß für die Auswirkungen eines Mangels an funktioneller Intaktheit, also für einen Mangel an körperlichem, geistigem und seelischem Vermögen. Der in Prozenten ausgedrückte GdB ist ein allgemeiner Maßstab für den Schweregrad einer Behinderung. Die Auswirkungen auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft werden als Grad der Behinderung (GdB) nach Zehnergraden (20 bis 100) abgestuft festgestellt. Voraussetzung für die Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises ist, dass ein GdB von 50 oder mehr festgestellt worden ist.

Die Schwerbehindertenstatistik wird nach bundeseinheitlichem Konzept als Bestandserhebung (Totalerhebung) alle zwei Jahre jeweils zum Stichtag 31. Dezember (zuletzt 2009) eines Berichtsjahres durchgeführt.

Setting

„Setting“ bezeichnet diejenigen Lebensbereiche, in denen die Menschen den größten Teil ihrer Zeit verbringen und die einen besonders starken Einfluss auf die Gesundheit haben. Der Berliner Gesundheitszieleprozess für Kinder der Altersgruppen 0 - 6 Jahre berücksichtigt die Settings Familie, Sozialraum, Kindertagesstätte bzw. Betreuungseinrichtung (für weitere Informationen vgl.: 5.9.2 Sozialräumlicher Gesundheitszieleprozess im Rahmen der Landesgesundheitskonferenz, in: Sozialstrukturatlas Berlin 2008, S. 440 ff. / Sozialstruktur und Kindergesundheit - Ein Atlas auf der Basis der Einschulungsuntersuchungen 2007/2008, Spezialbericht 2011-1). Gesundheitsförderungsmaßnahmen, die beim Setting ansetzen, gelten als besonders erfolgversprechend.

Staatsangehörigkeitsgesetz(StAG)

Seit dem 01.01.2000 gilt ein neues Staatsangehörigkeitsrecht in Deutschland. Das in den Grundzügen seit 1913 bestehende „Reichs- und Staatsangehörigkeitsgesetz“ leitete die Eigenschaft, Deutscher zu sein, von der Abstammung ab. Ausländer konnten nur Deutsche werden, wenn sie die eng formulierten Voraussetzungen der Einbürgerung erfüllten.

Die entscheidende Reform des neuen Staatsangehörigkeitsrechts ist die Ergänzung des Abstammungsprinzips um das **Geburtsrecht**. In Deutschland geborene Kinder ausländischer Eltern, von denen mindestens ein Elternteil seit wenigstens acht Jahren dauerhaft und rechtmäßig in Deutschland lebt und eine Aufenthaltsberechtigung oder seit mindestens drei Jahren eine unbefristete Aufenthaltserlaubnis hat, erhalten die deutsche Staatsbürgerschaft, meistens zusätzlich zu der ihrer Eltern.

Auch die Kinder, die am 01.01.2000 das 10. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten und ihren gewöhnlichen Aufenthalt rechtmäßig in Deutschland hatten, konnten auf Antrag ihrer Eltern eingebürgert werden. Das neue Staatsangehörigkeitsgesetz lässt die Mehrstaatlichkeit für diese Kinder bis zur Volljährigkeit zu. Dieser Antrag konnte jedoch nur bis zum 31.12.2000 gestellt werden.

Standardbevölkerung

siehe Europäische Standardbevölkerung

Starkes Rauchen

Die WHO definiert Rauchen als stark, wenn mehr als 20 Zigaretten täglich geraucht werden.

Straßenverkehrsunfälle

Nach dem Straßenverkehrsunfallstatistikgesetz (StVUnfStatG) werden Unfälle erfasst, die sich infolge des Fahrverkehrs auf öffentlichen Wegen und Plätzen ereignet haben und polizeilich aufgenommen worden sind; das sind vor allem solche mit größeren Sach- und

Personenschäden. Jeder Unfall wird nur einmal ausgewiesen. Das Zuordnungskriterium ist die jeweils schwerste Unfallfolge. Die Statistik wird nach dem Ereignis- und nicht nach dem Wohnortprinzip (*siehe* jeweils dort) der verunglückten Personen ausgewertet. Da nicht alle Unfälle erfasst werden, muss von einer nicht unerheblichen Dunkelziffer ausgegangen werden.

Stundenfälle

Patientinnen/Patienten, die in ein Krankenhaus aufgenommen und noch am gleichen Tag wieder entlassen bzw. in ein anderes Krankenhaus verlegt werden, sowie Patientinnen/Patienten, die am Aufnahmetag verstorben sind. Stundenfälle innerhalb eines Tages sind mit der Novellierung der Krankenhausstatistik-Verordnung (KHStatV) (*siehe* dort) seit 2002 in der Summe der Krankenhausfälle (vgl. auch Fallzahl) enthalten und werden nicht mehr gesondert ausgewiesen. Für die Auswertung der Diagnosedaten der Patientinnen/Patienten in den Krankenhäusern ist der Nachweis im Rahmen von Sonderauswertungen möglich.

Tages- und Nachtambulanzplätze

Kapazitäten zur teilstationären Versorgung (regelmäßige Verweildauer im Krankenhaus von weniger als 24 Stunden) werden nach der Krankenhausstatistik-Verordnung (*siehe* dort) in Plätzen, nicht in Betten, angegeben.

Teilstationäre Pflege

Teilstationäre Pflege im Sinne des § 41 SGB XI wird in Tages- bzw. Nachtpflegeeinrichtungen erbracht, in denen Pflegebedürftige unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft nur tagsüber oder nur nachts gepflegt, untergebracht und gepflegt werden können. Zum Leistungsspektrum gehört auch die Beförderung der Pflegebedürftigen von der Wohnung in die Pflegeeinrichtung und zurück.

Todesfälle an meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten

Sterbefälle an bestimmten durch das Infektionsschutzgesetz festgelegten Krankheiten (z. B. Cholera, Diphtherie, Masern, Typhus) werden von den Berichtspflichtigen an die Gesundheitsämter gemeldet und vom RKI ausgewertet.

Todesursachenspezifische Sterblichkeit

Berücksichtigt den Einfluss einzelner Todesursachen oder Todesursachengruppen auf die Mortalität.

Todesursachenstatistik

Angaben des Arztes auf dem Leichenschauschein über die Todesart (natürlicher bzw. nicht natürlicher Tod) und Todesursache. Da die Todesursachenstatistik unikausal aufbereitet wird, geht nur eine Krankheit, das Grundleiden (die Krankheit oder Verletzung, die direkt zum Tode führende Krankheitszustände auslöste oder die Umstände des Unfalls oder der Gewalteinwirkung, die den tödlichen Ausgang verursachten), in die Statistik ein.

Seit 1998 werden die Daten nach der „Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandten Gesundheitsproblemen“ (ICD-10) der WHO aufbereitet. Ein Vergleich mit den vom Januar 1979 bis Dezember 1997 vorliegenden Daten der „Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD 9) ist bei zahlreichen Todesursachen nur mit Einschränkungen möglich. Die Validität der Todesursachenstatistik wird zudem durch mögliche Fehlkodierungen aufgrund von Fehlinterpretationen von Kodierregeln und den Statistischen Ämtern nicht zugeleitete Totenscheine beeinträchtigt.

Totgeborene

Siehe Geborene.

Totgeburtensziffer

Anzahl der Totgeborenen je 1.000 Geborene (Lebend- und Totgeborene).

Vergütungen in Pflegeeinrichtungen

An stationäre Pflegeeinrichtungen zu zahlende Entgelte für allgemeine Pflegeleistungen nach Art der Pflegeleistung und Pflegeklassen sowie für Unterkunft und Verpflegung. Sie werden zweijährlich erhoben und in der Pflegestatistik (*siehe* Pflegestatistik-Verordnung) ausgewiesen.

Verlorene Lebensjahre

Der Gesundheitsindikator „Verlorene Lebensjahre“ - Potential Years of Life Lost (PYLL) - ermöglicht die Identifizierung derjenigen Erkrankungsgruppen, die einen besonders großen Anteil zum vorzeitigen Versterben (Vorwegnahmesterblichkeit) in der Bevölkerung beitragen. Ausgehend von einer vorgegebenen Altersgrenze - hier 65 Jahre - werden für alle vor Erreichung der Altersgrenze Verstorbenen die nicht gelebten Jahre, das verlorene Potenzial, aufsummiert sowie als Rate je 100.000 Einwohner gebildet. Bei Bezug auf eine Standardbevölkerung (z. B. Europäische Standardbevölkerung) entsteht die entsprechende standardisierte Maßzahl.

Vermeidbare Todesfälle

Gegenwärtig zählen 29 Todesursachen und -gruppen (im Auftrag der Europäischen Gemeinschaft von einer Arbeitsgruppe definiert) zu den vermeidbaren Todesfällen (VTF).

Nach heutigem medizinischen Kenntnisstand ist es möglich, die definierten Krankheitsdiagnosen erfolgreich zu behandeln oder sie durch gezielte Prävention gar nicht erst entstehen zu lassen.

Die Vermeidbarkeit von Todesfällen wird nur innerhalb definierter Altersgruppen gesehen. Bei den meisten „vermeidbaren“ Todesursachen ist die obere Grenze das 65. Lebensjahr, da sich durch zunehmendes Lebensalter und durch zunehmende Multimorbidität bei älteren Personen Todesfälle weniger „vermeiden“ lassen.

Verminderte Erwerbsfähigkeit

Bezeichnet einen krankheits- bzw. behinderungsbedingten physischen bzw. psychischen Zustand, der die Fähigkeit eines Menschen einschränkt, seinen Lebensunterhalt mit der Ausübung einer beruflichen Tätigkeit zu verdienen.

In Deutschland spielt der Begriff vor allem für eine Rente wegen Erwerbsminderung aus der gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) eine Rolle. Seit 1. Januar 2005 stellt die Erwerbsfähigkeit auch ein Kriterium dafür dar, ob man Ansprüche nach dem SGB II (Arbeitslosengeld II) oder nach dem Sozialhilferecht (SGB XII) (hier Grundsicherung im Alter oder bei Erwerbsminderung oder Hilfe zum Lebensunterhalt) hat, sofern man seinen Lebensunterhalt nicht selbst sicherstellen kann.

Eine **teilweise Erwerbsminderung** liegt nach § 43 SGB VI vor, wenn der Antragsteller auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur noch drei bis unter sechs Stunden täglich tätig sein kann. Eine **volle Erwerbsminderung** ist nach § 43 SGB VI dann gegeben, wenn die Erwerbsfähigkeit derart eingeschränkt ist, dass Tätigkeiten auf dem Arbeitsmarkt nur noch weniger als drei Stunden täglich verrichtet werden können.

Vertragsärztliche und vertragspsychotherapeutische Versorgung

Im Folgenden genannte rechtliche Grundlagen der vertragsärztlichen/-psychotherapeutischen Versorgung sind in den §§ 72 - 105 und § 311 Sozialgesetzbuch (SGB) V geregelt:

Ärztinnen/Ärzte, Zahnärztinnen/-ärzte, Psychotherapeutinnen/-therapeuten, medizinische Versorgungszentren und Krankenkassen wirken zur **Sicherstellung** der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten zusammen.

Die vertragsärztliche Versorgung ist durch Verträge der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Verbänden der Krankenkassen so zu regeln, dass eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse gewährleistet ist. Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben die vertragsärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entsprechend sicherzustellen.

Die vertragsärztliche/vertragspsychotherapeutische Versorgung gliedert sich in die **hausärztliche und die fachärztliche** Versorgung (*siehe auch* Hausärzte).

An der vertragsärztlichen Versorgung nehmen **zugelassene und ermächtigte Ärztinnen/Ärzte und Psychotherapeutinnen/-therapeuten** sowie zugelassene medizinische Versorgungszentren und ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen teil. **Medizinische Versorgungszentren** sind fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind.

Anhand der in den Bedarfsplanungs-Richtlinien-Ärzte (hrsg. vom Gemeinsamen Bundesausschuss, in der Neufassung vom 15.02.2007) festgelegten allgemeinen Verhältniszahlen - Einwohner je Ärztin/Arzt nach definierten Raumgliederungen - wird der **Versorgungsgrad** je Planungsbereich (in Berlin sind ab dem 01.06.2003 die bisherigen Planungsbereiche, die den Verwaltungsbezirken entsprachen, zu einem einzigen zusammengelegt worden: Planungsbereich Berlin Bundeshauptstadt im Zulassungsbezirk Berlin) und Arztgruppe errechnet. Dabei bilden u. a. psychotherapeutisch tätige Ärztinnen/Ärzte und Psychotherapeutinnen/-therapeuten zusammen sowie Hausärztinnen/-ärzte mit Ausnahme der Kinderärztinnen/-ärzte jeweils eine Arztgruppe. Wird eine **Übersorgung** (Überschreiten des allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrades um 10 vom Hundert) festgestellt, ist eine **Zulassungsbeschränkung** anzuordnen.

Verweildauer

Gibt an, wie lange der Aufenthalt eines Patienten im Krankenhaus bzw. in einer Fachabteilung im Berichtsjahr durchschnittlich gedauert hat. Sie wird gebildet aus dem Quotienten von Berechnungs- und Belegungstagen (bis 2001: Pfl egetagen) und der entsprechenden Fallzahl (der Einrichtung bzw. der Fachabteilung). Die durchschnittliche Verweildauer wird sowohl in den Teilen I - Grunddaten und III - Kostennachweis als auch im Teil II - Diagnosen der Krankenhausstatistik-Verordnung (*siehe dort*) berechnet. Da der Berechnung jeweils unterschiedliche Fallzahlen (*siehe dort*) zugrunde liegen, können die Verweildauerwerte voneinander abweichen.

Vollkräfte

Zahl der während des Berichtsjahres Beschäftigten, umgerechnet auf die volle tarifliche Arbeitszeit.

Krankenhauspersonal:

Ärztliches Personal umfasst hauptamtlich Tätige (in der Einrichtung fest angestellt), bis 30. September 2004 einschließlich Ärzte im Praktikum (*siehe dort*), Zahnärzte sind nicht einbezogen.

Beim **nichtärztlichen Personal** sind für die Ermittlung der Zahl der Vollkräfte Personen, die in der Krankenpflege oder Kinderkrankenpflege ausgebildet werden, im Verhältnis 7 zu 1 auf die Stelle einer in diesen Berufen voll ausgebildeten Person anzurechnen; ab dem 1. Januar 2005 gilt das Verhältnis von 9,5 zu 1. Krankenpflegehilfeschüler und -schülerinnen werden im Verhältnis 6 zu 1 berücksichtigt.

Vorzeitige Sterblichkeit

Gestorbene von 0 bis 64 Jahren. Die vorzeitige Sterblichkeit ist von besonderem Interesse, um Gesundheitsrisiken festzustellen. Aus der Sicht von Entscheidungsträgern scheinen hier am ehesten Interventionen, sei es in der Prävention oder in der medizinischen Versorgung, möglich und notwendig.

Wohngeld

Wohngeld wird zur wirtschaftlichen Sicherung angemessenen und familiengerechten Wohnens auf Antrag bei den Wohngeldämtern als Mietzuschuss für Mieter einer Wohnung oder eines Zimmers oder als Lastenzuschuss für Eigentümer eines Eigenheims oder einer Eigentumswohnung bei Bedürftigkeit gezahlt. Seit 01.01.2005 sind Empfänger von Transferleistungen wie z. B. Arbeitslosengeld II, Sozialgeld oder Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nicht mehr anspruchsberechtigt, da angemessene Unterkunftskosten im Rahmen der jeweiligen Sozialleistung Berücksichtigung finden. Seither wird unterschieden nach reinen Wohngeldempfängerhaushalten und wohnungsrechtlichen Teilhaushalten in Mischhaushalten (Haushalte, in denen sowohl wohngeldberechtigte als auch transferleistungsempfangende Personen leben); in der in diesem Bericht enthaltenen Tabelle ist die Gesamtzahl der Empfängerhaushalte ausgewiesen.

Wohnortprinzip

Erfassung nach dem Wohnort der von dem erhobenen Tatbestand betroffenen Person (*siehe auch* Ereignisprinzip).

Zahnärztinnen/-ärzte

Einschließlich kieferorthopädisch und oralchirurgisch weitergebildete Zahnärztinnen/Zahnärzte.

Abkürzungen

Abs.	Absatz
a. n. k.	andernorts nicht klassifiziert
ÄBD	Ärztlicher Bereitschaftsdienst
ACE-Hemmer	Hemmstoffe des Angiotensin-konvertierenden Enzyms (Angiotensin Converting Enzyme)
AfS	Amt für Statistik Berlin-Brandenburg
AIDS	erworbenes Immundefektsyndrom (acquired immune deficiency syndrome)
AKV	Allgemeine Krankenversicherung
Alg	Arbeitslosengeld
a. M.	am Main
allg.	allgemein
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
AsylbLG	Asylbewerberleistungsgesetz
ATC-System	anatomisch-therapeutisch-chemisches Klassifikationssystem
AU	Arbeitsunfähigkeit
AUDIT-C	Alcohol Use Disorder Identification Test Consumption
AV EH	Ausführungsvorschriften Eingliederungshilfe
BAG	Berufsausübungsgemeinschaften
BBRP	Berliner Behandlungs- und Rehabilitationsplan
BBGes	Berliner Betriebe für Zentrale Gesundheitliche Aufgaben
BE	Berlin
BfBI	Beratungsstellen für Behinderte Informationssystem
BImSchG	Bundes-Immissionsschutzgesetz
BKISchG	Bundeskinderschutzgesetz
BKK	Betriebskrankenkasse
BL	Bundesland
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMI	Body-Mass-Index
BS	Black Smoke
BVA	Bundesversicherungsamt
BVKJ	Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte
BVÖGD	Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
CDU	Christlich Demokratische Union
cm	Zentimeter
COPD	chronische obstruktive Lungenerkrankung (chronical obstructive pulmonary disease)
CSU	Christlich Soziale Union
DAK	Deutsche Angestellten-Krankenkasse
dB	Dezibel
DDD	definierte Tagesdosis (defined daily dose)
DDR	Deutsche Demokratische Republik
DEGS	Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland
dfg	Dienst für Gesellschaftspolitik
DFLE	Dependency-free Life Expectancy
d. h.	das heißt
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DRK	Deutsches Rotes Kreuz
DSHS	Deutsche Suchthilfestatistik
EC	Elementarer Kohlenstoff
Einw.	Einwohner
ENTIS	European Network of Teratology Information Services
et al.	und andere
etc.	et cetera (und so weiter)

EU	Europäische Union
EUR	Euro
Eurobev.	Europäische Standardbevölkerung
e. V.	eingetragener Verein
EWR	Einwohnermelderegister
FÄ	Fachärztinnen/Fachärzte
FDP	Frei Demokratische Partei
ff.	und folgende
g	Gramm
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GBE	Gesundheitsberichterstattung
GdB	Grad der Behinderung
GDG	Gesundheitsdienst-Gesetz
GEDA	Gesundheit in Deutschland aktuell
gem.	gemäß
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
GKV-OrgWG	GKV-Organisationsweiterentwicklungsgesetz
GMG	GKV-Modernisierungsgesetz
GO	Geschäftsordnung
GSI	Gesundheits- und Sozialinformationssystem
HH	Hansestadt Hamburg
Hib	Haemophilus influenzae Typ b
HIV	Humane Immundefizienz-Viruskrankheit (human immunodeficiency virus)
Hrsg.	Herausgeber, herausgegeben
HzL	Hilfe zum Lebensunterhalt
i. d. R.	in der Regel
i. S.	im Sinne
i. e. S.	im engeren Sinn
i. w. S.	im weiteren Sinn
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme), 10. Revision
IfSG	Infektionsschutzgesetz
IFT	Institut für Therapieforschung, München
IKK	Innungskrankenkasse
ISHD	Ischaemic Heart Disease (ischämische Herzkrankheiten)
IT	Informationstechnik
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KDS	Deutscher Kerndatensatz
kg	Kilogramm
KHBV	Krankenhausbuchführungsverordnung
KHRG	Krankenhausfinanzierungsreformgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KHStatV	Krankenhaus-Statistik-Verordnung
KiPsi	Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst Informationssystem
KJGD	Kinder- und Jugendgesundheitsdienst
KJPT	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/in
KKH	Kaufmännische Krankenkasse
Krh.	Krankheiten
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KVdR	Krankenversicherung der Rentner
KZV	Kassenzahnärztliche Vereinigung
LAGeSo	Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin
LGK	Landesgesundheitskonferenz
LKG	Landeskrankenhausgesetz
LOR	lebensweltlich orientierte Räume

LPfIGG	Landespflegegeldgesetz
LSD	Lysergsäurediethylamid
m	Meter
m.	männlich
max.	maximal
MDMA	3,4-Methylendioxy-N-methylamphetamin
MedDRA	Medical Dictionary for Regulatory Activities
MH	Migrationshintergrund
Mio.	Million(en)
MKG	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
Morbi-RSA	morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich
Mrd.	Milliarden
MSM	Männer, die Sex mit Männern haben
MVZ	Medizinische Versorgungszentren
n. n. bez.	nicht näher bezeichnet
NO ₂	Stickstoffdioxid
NO _x	Stickoxide
Nr.	Nummer
NRW	Nordrhein-Westfalen
o.	ohne
O ₃	Ozon
ÖGD	öffentlicher Gesundheitsdienst
PflegeG	Gesetz über Pflegeleistungen
PflegeStatV	Pflegestatistik-Verordnung
PM10	Schwebstaub
PPT	Psychologische/r Psychotherapeut/in
PStG	Personenstandsgesetz
PStV	Verordnung zur Ausführung des Personenstandsgesetzes
PsychThG	Psychotherapeutengesetz
PT	Psychotherapeuten, Psychotherapeutinnen, Psychotherapie
PVZ	Pharmakovigilanz- und Beratungszentrum
rd.	rund
RGO	Rahmengesäftsordnung
RKI	Robert Koch-Institut
RSA	Risikostrukturausgleich
RV	Rentenversicherung
S.	Seite
SchwB	Schwerbehinderte
SenGesUmV	Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz Berlin
SenGUV	Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz Berlin
SenInnSport	Senatsverwaltung für Inneres und Sport Berlin
SenIntArbSoz	Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales Berlin
S-ENS	Screening des Entwicklungsstandes bei Einschulungsuntersuchungen
SenStadt	Senatsverwaltung für Stadtentwicklung
SGB	Sozialgesetzbuch
SGP	Steuerungsgremium (-gremien) Psychiatrie
SIDS	sudden infant death syndrome
SMR	Standardized Mortality Ratio (indirekt altersstandardisierte Mortalitätsrate)
SO ₂	Schwefeldioxid
SOC	System Organ Class
SpD	Sozialpsychiatrischer Dienst
SpDI	Sozialpsychiatrischer Dienst Informationssystem
StAG	Staatsangehörigkeitsgesetz
StBA	Statistisches Bundesamt
STI	sexuell übertragbare Infektionen

STIKO	Ständige Impfkommission des Robert Koch-Instituts
TU	Todesursache
U (1 - 9)	Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen für Kinder
u.	und
u. a.	und andere, und anderes, unter anderen, unter anderem
u. ä.	und älter
UAW	unerwünschte Arzneimittelwirkung
üBAG	überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft
VÄndG	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz
vgl.	vergleiche
Vol.	volume
vs.	versus
VTF	vermeidbare Todesfälle
VZÄ	Vollzeitäquivalente
WHO	World Health Organization
z. B.	zum Beispiel
ZAA	Zentrale Aufnahmeeinrichtung für Asylbewerber
ZLA	Zentrale Leistungsstelle für Asylbewerber
z. T.	zum Teil
z. Zt.	zur Zeit

Publikationsverzeichnis

Im Rahmen der **Gesundheitsberichterstattung** und des **Sozialstatistischen Berichtswesens** wurden vom Referat Gesundheitsberichterstattung, Epidemiologie, Gemeinsames Krebsregister, Sozialstatistisches Berichtswesen, Gesundheits- und Sozialinformationssysteme der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz folgende Veröffentlichungen herausgegeben:

Gesundheitsberichterstattung (GBE)

Basisberichte

Diese Berichtsform enthält Tabellen, die sich am Indikatorenansatz der Länder orientieren, Erläuterungen sowie kurze Ergebnisbeschreibungen zu verschiedenen Themenfeldern. Der Bericht erscheint jährlich. Ab Basisbericht 2001 als PDF-Datei abrufbar unter <http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/gesundheits/basis.html>.

- Jahresgesundheitsbericht 1961
- ...
- Basisbericht 2009 (2010). ISSN 1617-9242.
- Basisbericht 2010/2011 (2011). ISSN 1617-9242.

Spezialberichte - GBE

Diese Berichtsform wird zu Schwerpunktthemen erarbeitet; sie enthält Analysen, Zusammenhänge und Handlungsempfehlungen. PDF-Dateien abrufbar unter <http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/gesundheits/spezial.html>.

- Meinschmidt, Gerhard; Imme, Uwe; Kramer, Ramona (1990): Sozialstrukturatlas Berlin (West). Eine statistisch-methodische Analyse mit Hilfe der Faktorenanalyse.
- Hermann, Sabine; Meinschmidt, Gerhard (1995): Sozialstrukturatlas Berlin. Erste gemeinsame Berechnung für alle Bezirke.
- Hermann, Sabine; Meinschmidt, Gerhard (1997): Sozialstrukturatlas Berlin - Fortschreibung 1997 -.
- Hermann, Sabine; Imme, Uwe; Meinschmidt, Gerhard (1997): Sozialstrukturatlas 1997 - Eine disaggregierte statistische Sozialraumanalyse -.
- Meinschmidt, Gerhard (Herausgeber) / SenGesSoz; Brenner, M. H. (Herausgeber) / TU Berlin (1. Ausgabe 1999): Sozialstrukturatlas Berlin 1999 - Eine soziale Diagnose für Berlin -.
- Delekat, Dietrich; Kis, Anita (2001): Zur gesundheitlichen Lage von Kindern in Berlin - Ergebnisse und Handlungsempfehlungen auf Basis der Einschulungsuntersuchungen 1999. Spezialbericht 2001-1, ISSN 1617-9250.
- Kis, Anita; Bömermann, Hartmut; Hermann, Sabine; Schieritz, Frank; Unger, Gisela (2002): Diagnosedaten der Berliner Krankenhauspatienten 1994-1999. Spezialbericht 2002-1, ISSN 1617-9250.
- Meinschmidt, Gerhard; Imme, Uwe; Seeger, Michael (2003): Sozialhilfeempfängerprognoseverfahren in Berlin. Spezialbericht 2003-1, ISSN 1617-9250.
- Delekat, Dietrich (2003): Zur gesundheitlichen Lage von Kindern in Berlin - Ergebnisse und Handlungsempfehlungen auf Basis der Einschulungsuntersuchungen 2001. Spezialbericht 2003-2, ISSN 1617-9250.
- Meinschmidt, Gerhard (Herausgeber) (2004): Sozialstrukturatlas Berlin 2003 - Ein Instrument der quantitativen, interregionalen und intertemporalen Sozialraumanalyse und -planung. Spezialbericht 2004-1, ISSN 1617-9250.
- Bettge, Susanne; Oberwöhrmann, Sylke et al. (2006): Zur gesundheitlichen und sozialen Lage von Kindern in Berlin. Ergebnisse und Handlungsempfehlungen auf der Basis der Einschulungsuntersuchungen 2004. Spezialbericht 2006-1, ISSN 1617-9250.
- Oberwöhrmann, Sylke; Bettge, Susanne (2007): Basisdaten zur gesundheitlichen und sozialen Lage von Kindern in Berlin. Ergebnisse auf der Basis der Einschulungsuntersuchungen 2005. Spezialbericht 2007-1, ISSN 1617-9250.
- Oberwöhrmann, Sylke; Bettge, Susanne (2008): Grundauswertungen der Einschulungsdaten 2006 zur gesundheitlichen und sozialen Lage von Kindern in Berlin. Spezialbericht 2008-1, ISSN 1617-9250.

- Bettge, Susanne; Nickel, Jennifer; Schulz, Mandy; Helle, Nadine; Hermann, Sabine; Meinschmidt, Gerhard; Ravens-Sieberer, Ulrike (2008): Gesundheits- und Risikoverhalten von Berliner Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse der HBSC-Studie 2006. Spezialbericht 2008-2, ISSN 1617-9250.
- Meinschmidt, Gerhard (Herausgeber) (2009): Sozialstrukturatlas Berlin 2008 - Ein Instrument der quantitativen, interregionalen und intertemporalen Sozialraumanalyse und -planung. Spezialbericht 2009-1, ISSN 1617-9250.
- Meinschmidt, Gerhard (Herausgeber) (2011): Sozialstruktur und Kindergesundheit - Ein Atlas für Berlin auf der Basis der Einschulungsuntersuchungen 2007/2008. Spezialbericht 2011-1, ISSN 1617-9250.
- Häßler, Kathleen; Hermann, Sabine; Adloff, Inis; Grahen, Rainer; Lenz, Simone (2011): Mundgesundheits der Berliner Kinder. Ergebnisse des Schuljahres 2009/2010. Spezialbericht 2011-2, ISSN 1617-9250.

Grundauswertungen - GBE

PDF-Dateien abrufbar unter <http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/gesundheit/grundauswertungen.html>.

- Bettge, Susanne; Oberwöhrmann, Sylke (2009): Grundauswertung der Einschulungsdaten in Berlin 2007.
- Oberwöhrmann, Sylke; Bettge, Susanne (2009): Grundauswertung der Einschulungsdaten in Berlin 2008.
- Oberwöhrmann, Sylke; Bettge, Susanne (2011): Grundauswertung der Einschulungsdaten in Berlin 2009.
- Bettge, Susanne; Oberwöhrmann, Sylke (2011): Grundauswertung der Einschulungsdaten in Berlin 2010.

Diskussionspapiere zur Gesundheits- und Sozialforschung

In dieser Reihe werden Themen von besonderer gesundheitspolitischer Bedeutung diskutiert sowie strittige oder widersprüchliche Aspekte des Themas aufgezeigt. Die Diskussionspapiere erscheinen in unregelmäßiger zeitlicher Folge. PDF-Dateien abrufbar unter <http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/veroeffentlichungen/diskussionspapiere.html>.

1. Meinschmidt, Gerhard (1986): Ärzte beurteilen Sozialstationen. Eine statistisch empirische Diagnose.
2. Imme, Uwe; Meinschmidt, Gerhard; Wanjura, Marlies (1986): Der Krankenpflegenotfalldienst durch Sozialstationen. Eine Zwischenbilanz aus empirischer Sicht.
3. Imme, Uwe; Meinschmidt, Gerhard (1986): Strukturanalyse arbeitsloser Sozialhilfeempfänger. Eine statistische Analyse.
4. Meinschmidt, Gerhard; Völker-Oswald, Ingrid (1988): Zum Bedarf an Unterstützung in Hilfssituationen älterer Menschen in Berlin. Eine statistische Analyse.
5. Meinschmidt, Gerhard (1988): Strukturanalyse pflegebedürftiger Menschen in Berlin. Eine statistische Analyse.
6. Referat Sozial- und Medizinalstatistik, EDV-gestützte Fachinformationssysteme; Mader, Sylvia (1988): Die Jugendzahnpflege 1986. Eine Untersuchung über den Zahnstatus bei Kindern und Jugendlichen in Berlin (West).
7. Referat Sozial- und Medizinalstatistik, EDV-gestützte Fachinformationssysteme (1988): Ergebnisse der Schulentlassungsuntersuchungen 1985/86 in Berlin (West) nach Kriterien des Jugendarbeitsschutzgesetzes.
8. Referat Sozial- und Medizinalstatistik, EDV-gestützte Fachinformationssysteme (1988): Sozialhilfeempfänger in sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung. Statistischer Erfahrungsbericht zum 500er Programm.
9. Meinschmidt, Gerhard (1988): Sozialhilfeempfänger auf dem Weg zurück ins Berufsleben. Grundgedanken zum Berliner Modell der Beschäftigung von arbeitslosen Sozialhilfeempfängern. Eine empirische Einstiegsstudie, die zu diesem Problemkomplex bei den Berliner Arbeitgebern durchgeführt wurde.
10. Liedtke, Dieter (1988): Projekt: Beratungspfleger (Teil 1).
11. Baum, Christiane; Koch-Malunat, Norbert; Seeger, Michael (1989): Vergleichbare Strukturdaten des Sozial- und Gesundheitswesens ausgewählter Großstädte der Bundesrepublik.
12. Becker, Barbara; Kramer, Ramona; Meinschmidt, Gerhard (1989): Zur subjektiven Morbidität der Berliner Bevölkerung.

13. Liedtke, Dieter; Wanjura, Marlies (1989):
Projekt: Beratungspfleger (Teil 2).
14. Haecker, Gero; Kirschner, Wolf; Meinschmidt, Gerhard (1990):
Zur „Lebenssituation von Sozialhilfeempfängern“ in Berlin (West).
15. Koch-Malunat, Norbert; Klausning, Michael (1990):
Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen 1987 in Berlin (West).
16. Kiss, Anita (1992):
Ergebnisse der Schulentlassungsuntersuchungen 1988/89 in Berlin (West).
17. Kirschner, Wolf; Radoschewski, Michael (1993):
Gesundheits- und Sozialsurvey in Berlin.
18. Hermann, Sabine; Imme, Uwe; Meinschmidt, Gerhard (1993):
Zur Sozialstruktur in den östlichen und westlichen Bezirken Berlins auf der Basis des Mikrozensus 1991.- Erste methodische Berechnungen mit Hilfe der Faktorenanalyse -.
19. Thoelke, Henning; Meusel, Katharina (1994):
Zur Überlebensdauer von Typ-II-Diabetikern. Ergebnisse einer 20jährigen Follow-up-Studie in Berlin-Ost.
20. Koch-Malunat, Norbert (1994):
Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen 1990 in Berlin-West - eine statistische Analyse -.
21. Radoschewski, Michael; Kirschner, Wolf; Kirschner, Renate; Heydt, Kerstin (1994):
Entwicklung eines Präventionskonzeptes für das Land Berlin.
22. Kiss, Anita (1995):
Zur gesundheitlichen Lage von Jugendlichen in Berlin unter besonderer Berücksichtigung der Ergebnisse der Schulentlassungsuntersuchungen 1991/1992 - eine statistische Analyse -.
23. Kiss, Anita; Hermann, Sabine; Thoelke, Henning (1995):
Vermeidbare Sterbefälle in Berlin 1983-1992.
24. Rothe, Kerstin u.a. (1995):
Vergleichbare Strukturdaten des Sozial- und Gesundheitswesens ausgewählter Großstädte der Bundesrepublik Deutschland 1992.
25. Beblo, Miriam (1995):
Zur Dimension der sozialen und gesundheitlichen Lage älterer Menschen in Berlin. Eine statistisch-empirische Diagnose.
26. Hermann, Sabine; Hiestermann, Angelika (1995):
Zur gesundheitlichen und sozialen Lage von Frauen in Berlin. - Eine erste geschlechtsspezifische empirische Diagnose -.
27. Dohnke-Hohrmann, Sylvia; Reich, Renate (1995):
Der Mund- und Zahngesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen 1992/93 in Berlin.
28. Hiestermann, Angelika; Hillen, Thomas (1996):
Zur psychosozialen Befindlichkeit der Berliner Bevölkerung. - Eine statistische Analyse -.
29. Scholz, Rembrandt D.; Thoelke, Henning (1997):
Lebenserwartung in Berlin 1986-1994. - Trends und regionale Unterschiede -.
30. Kiss, Anita (1997):
Gesundheit und Gesundheitsverhalten von Jugendlichen in Berlin unter besonderer Berücksichtigung der Ergebnisse der Schulentlassungsuntersuchungen 1994/95.
31. Wiesner-Balcke, Waltraud; Angerman, Regina (1997):
Allergische Erkrankungen und Beschwerden bei Berliner Einschülern im Vergleich mit dem Land Brandenburg - Analyse, Bezirksvergleiche, bezirkliches Vorsorgeprogramm -.
32. Hauschild, Beate; Baum, Christiane (1998):
Dokumentation zur Strukturentwicklung des gemeindeintegrierten psychiatrischen Versorgungssystems. Erster Basisdatenbericht (1997) zur Versorgung im ambulant/komplementären Bereich (Betreutes Wohnen und Tagesstätten).
33. Hauschild, Beate; Baum, Christiane (2000):
Dokumentation zur Strukturentwicklung des gemeindeintegrierten psychiatrischen Versorgungssystems. Zweiter Basisdatenbericht (1998) zur Versorgung im ambulant/komplementären Bereich (Betreutes Wohnen und Tagesstätten).
34. Meinschmidt, Gerhard; Bettge, Susanne; Oberwöhrmann, Sylke; Sallmon, Sylke; Schulz, Mandy (2009):
Zur demografischen Entwicklung und ihren Auswirkungen auf Morbidität, Mortalität, Pflegebedürftigkeit und Lebenserwartung. Erste Ansätze zur Ableitung von Gesundheitszielen für die ältere Bevölkerung in Berlin. ISSN 1868-4475.

Gesundheitsbarometer

PDF-Dateien abrufbar unter <http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/veroeffentlichungen/barometer.html>.

- Hermann, Sabine; Meinschmidt, Gerhard (1991): Eine repräsentative Erhebung zur Gesundheitspolitik, der Politik im allgemeinen und zur Pflegeproblematik. - Gesundheitsbarometer 1 -.
- Hermann, Sabine; Meinschmidt, Gerhard; Thoelke, Henning (1994): Eine repräsentative Erhebung zu Fragen der Gesundheit, der Prävention und ihrer Gestaltung.- Gesundheitsbarometer 2 -.
- Hermann, Sabine; Imme, Uwe (1996): Erhebung zu den zusätzlichen Öffnungszeiten anlässlich der „Schaustelle Berlin“ vom 29. Juni bis 25. August 1996. - Gesundheitsbarometer 3 -.

Statistische Kurzinformationen - GBE

PDF-Dateien abrufbar unter <http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/gesundheit/kurzinfo.html>.

- Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz (Hrsg.) (2002): Neueste Lebenserwartungsberechnungen für die Berliner Bezirke - Deutliche Zusammenhänge zwischen Lebenserwartung, vermeidbaren Sterbefällen und sozialer Lage -. Statistische Kurzinformation 2002-1.
- Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz (Hrsg.) (2002): Die Diagnosedaten der Berliner Krankenhauspatienten 1994 - 1999. Statistische Kurzinformation 2002-2.
- Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz (Hrsg.) (2002): Beschäftigte im Berliner Gesundheitswesen. Statistische Kurzinformation 2002-3.
- Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz (Hrsg.) (2002): Stationäre Behandlung von Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises in den Berliner Krankenhäusern 2000. Statistische Kurzinformation 2002-4.
- Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz (Hrsg.) (2005): Pflegebedürftigkeit in Berlin unter besonderer Berücksichtigung der Lebenserwartung. Statistische Kurzinformation 2005-1.
- Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz (Hrsg.) (2006): Alters- und geschlechtsspezifische Inanspruchnahme von Krankenhausbehandlungen in Berlin. Statistische Kurzinformati- on 2006-1.
- Kis, Anita; Hermann, Sabine (2007): Zur Suizidhäufigkeit in Berlin 1991 - 2005. Statistische Kurzinformation 2007-1, ISSN 1863-9305.
- Häbeler, Kathleen; Hermann, Sabine (2007): Präventive und gesundheitsförderliche Leistungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes für Kinder und Jugendliche in Berlin. Statistische Kurzinformation 2007-2, ISSN 1863-9305.
- Struck, Christiane; Hermann, Sabine (2007): Geburtenentwicklung, Schwangerschaftsabbrüche und Schwangerschaftskonfliktberatung - Altersstruktur, Konfliktgründe, Ländervergleich -. Statistische Kurzinformation 2007-3, ISSN 1863-9305.
- Kis, Anita; Geitner, Heide Lore; Hermann, Sabine (2008): Unfälle im Kindes- und Jugendalter. Statistische Kurzinformation 2008-1, ISSN 1863-9305.
- Häbeler, Kathleen; Hermann, Sabine (2009): Bericht über den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD) in Berlin 2007. Statistische Kurzinformation 2009-1, ISSN 1863-9305.
- Häbeler, Kathleen, Hermann, Sabine, Uhlig, Ursula (2009): Mundgesundheit der Berliner Kinder im Schuljahr 2007/2008. Statistische Kurzinformation 2009-2, ISSN 1863-9305.
- Häbeler, Kathleen; Hermann, Sabine (2010): Bericht über den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD) in Berlin 2008. Statistische Kurzinformation 2010-1, ISSN 1863-9305.
- Adloff, Inis; Häbeler, Kathleen; Hermann, Sabine; Uhlig, Ursula (2010): Mundgesundheit der Berliner Kinder im Schuljahr 2008/2009. Statistische Kurzinformation 2010-2, ISSN 1863-9305.

Sozialstatistisches Berichtswesen (SBW)

Spezialberichte - SBW

Die Spezialberichte verfolgen die vertiefende Analyse von Erkenntnissen aus der Sozialstatistik nach unterschiedlichen Themenschwerpunkten. Sie erscheinen in unregelmäßiger zeitlicher Reihenfolge.

PDF-Dateien abrufbar unter <http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/sozial/spezial.html>.

- Schmidtke, Kerstin (2005):
Konzepte und Methoden zur Abbildung von Lebenslagen - Bildung von Lebenslagen-Indices am Beispiel der Berliner Sozialhilfestatistik 2005. Spezialbericht 2005-1, ISSN 1861-9444.
- Seeger, Michael (2006):
Einflussfaktoren und Strukturmerkmale für die Sozialhilfebedürftigkeit von Familien mit Kindern in Berlin an der Schwelle zu „Hartz IV“. Spezialbericht 2006-1, ISSN 1861-9444.
- Sallmon, Sylke; Mittelstaedt, Karin; Schenk, Ullrich (2011):
Zur sozialen Lage älterer Menschen in Berlin - Armutsrisiken und Sozialleistungsbezug. Spezialbericht 2011-1, ISSN 1861-9444.

Spezialberichte und Diskussionspapiere aus dem Themengebiet des Sozialstatistischen Berichtswesens vor dem Jahr 2005 finden Sie unter den Publikationen im Abschnitt Gesundheitsberichterstattung (GBE).

Quartalsberichte - SBW

Die Berichtsreihe, in der die aktuelle Entwicklung der Leistungen und Empfängerart auf den Sozialleistungsgebieten BSHG, AsylbLG und PflegeG in Tabellenform mit kurzen Interpretationen sowie Schwerpunktthemen angeboten wurde, erschien quartalsweise seit 1988, letztmalig in dieser Form im IV. Quartal 2003.

- IV. Quartal 2003 (letzte Ausgabe)
ISSN 1618-033X

Der statistische Tabellensatz des Berichtes mit unterjährigen Empfänger- und Leistungsdaten für Berlin insgesamt sowie in bezirklicher Gliederung wird weiterhin im Internet unter <http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/sozial/quartersberichte.html> bereitgestellt.

Statistische Kurzinformationen - SBW

PDF-Dateien abrufbar unter <http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/sozial/kurzinfo.html>.

- Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz (Hrsg.) (2006):
Transferausgaben in Berlin im ersten Jahr der neuen Sozialgesetzgebung 2005 - SGB XII, AsylbLG, LPfGG. Statistische Kurzinformation 2006-1.
- Sallmon, Sylke (2007):
Hilfe zur Pflege nach SGB XII - Eckdaten zu den Leistungsbeziehern -. Statistische Kurzinformation 2007-1, ISSN 1864-0710.
- Sallmon, Sylke (2008):
Pflegebedürftigkeit, Pflegeleistungen der Sozialhilfe und demographische Entwicklung in Berlin. Statistische Kurzinformation 2008-1, ISSN 1864-0710.
- Sallmon, Sylke; Danner, Jonas (2010):
Grundsicherung bei dauerhaft voller Erwerbsminderung - statistische Analyse der Empfängerstruktur in Berlin. Statistische Kurzinformation 2010-1, ISSN 1864-0710.
- Brandt, Britta; Sallmon, Sylke (2010):
Transferausgaben des Landes Berlin in den Sozialrechtsgebieten des SGB XII, SGB II (kommunaler Träger), AsylbLG, LPfGG in den Jahren 2005 bis 2008. Statistische Kurzinformation 2010-2, ISSN 1864-0710.

Informationssysteme

Spezialberichte - Informationssysteme

- Imme, Uwe; Brodersen, Sven; Kaske, Eva (2007):
GSI - das Gesundheits- und Sozialinformationssystem. Internetbasierte Bereitstellung von Daten und Berichten der Berliner Gesundheitsberichterstattung und des Sozialstatistischen Berichtswesens. Spezialbericht 2007-1, ISSN 1865-8377.
PDF-Datei abrufbar unter http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/veroeffentlichungen/spezial_gsi.html

Weitere Veröffentlichungen

unter Beteiligung des Referats Gesundheitsberichterstattung, Epidemiologie, Gemeinsames Krebsregister, Sozialstatistisches Berichtswesen, Gesundheits- und Sozialinformationssysteme.

- Stabenow, Roland; Schulz, Mandy; Meinschmidt, Gerhard; Imme, Uwe (2007):
Krebsatlas Berlin 2002-2004. Berlin, Schriftenreihe des Gemeinsamen Krebsregisters, Heft 2.
PDF-Datei abrufbar unter <http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/gkr/index.html>

Fachliche Auskünfte und Bezug:

Referat Gesundheitsberichterstattung, Epidemiologie, Gemeinsames Krebsregister, Sozialstatistisches Berichtswesen,
Gesundheits- und Sozialinformationssysteme
Dienstgebäude: Oranienstraße 106, 10969 Berlin

Telefon: (030) 9028 2660
Telefax: (030) 9028 2067
e-mail: Gerhard.Meinschmidt@senguv.berlin.de

Sachwortregister

Für ein Sachwort, das innerhalb eines Abschnitts auf mehreren aufeinander folgenden Seiten vorkommt, ist jeweils nur die erste Seitenzahl angegeben.

A

Adipositas	107, 114, 123, 128, 131, 181, 184, 240
AIDS	235
Prävention	199
Alkoholabhängige - Suchthilfe	202, 207
alkoholbedingte Sterblichkeit	58, 72
Alkoholkonsum	187, 188
Alleinerziehende	16, 235, 242
allgemeine Sterblichkeit	60
Altenquotient	247
Alterssterblichkeit	62, 66
Altersstruktur der Berliner Bevölkerung	14
ambulante gesundheitliche Versorgung	91, 133, 138
ambulante Morbidität	100, 235
ambulante Pflege	146, 162, 167, 174, 236, 250
Apotheken	146
Approbationen	238
Arbeitslosigkeit	18, 21, 24, 128, 129, 131, 204, 238, 254
Gesundheitszustand	22, 24
Arbeits- und Wegeunfälle	238
Arbeitsunfähigkeit	22, 181
Arthrose	47
Arzneimittelverbrauch	238
Arzneimittelverordnungen	48
Arzneisicherheit in Schwangerschaft und Stillzeit	141
Ärztinnen/Ärzte	91, 235, 254
Ärztlicher Bereitschaftsdienst	96
Arztpraxen	93, 96, 146
Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)	
Anspruchsberechtigte	30, 248
Ausgaben für Gesundheitsleistungen	248
ausländische Bevölkerung	13, 238

B

Badegewässerqualität	37, 249
Behandlungsfälle	
ambulant	95, 101, 235
stationär	242, 253
vor-/nach-/teilstationär	242
Berechnungs- und Belegungstage	
stationär	239
teilstationär	239
beruflicher Ausbildungsabschluss	17
Berufsausübungsgemeinschaften	93
Berufserlaubnisse	238
Berufskrankheiten	239
Beschäftigte in Pflegeeinrichtungen	165
Beschäftigungsquote schwerbehinderter Menschen	26
Bettenauslastung	239
Bevölkerung	13, 239, 241, 248

Bezirksstruktur	239
Bildungsschicht	45, 182, 184, 185, 187
Bildungsstatus	17, 204
Blualgen	37, 249
Body-Mass-Index (BMI)	181, 240
Brustkrebs	125, 126, 189
Sterblichkeit	60, 69, 72
Bundeskinderschutzgesetz	198
Bundespflegestatistik	157, 168, 250
C	
Cannabis	
Konsum	188
chronische Erkrankungen	47, 113, 128
chronisch obstruktive Lungenerkrankung	117, 123, 128, 131
D	
DCO-Fälle	240, 247
Depressionen	48, 105, 106, 107, 116, 128
Diabetes mellitus	50, 82, 109, 113, 124, 128, 131, 181, 184
Diagnosespektrum	
ambulante medizinische Behandlungsanlässe	101, 235
Krankheitskosten	148, 175
Selbstauskunft zur Prävalenz von Krankheiten	46
Suchtkrankenhilfe	201
Todesursachen	56, 59, 66, 72, 80
Diagnosis Related Groups (DRG)	241, 244
DMF-T-Index	241
Drogenkonsum	188, 200
Drogen- und Suchthilfeinrichtungen - Inanspruchnahme	200
E	
Eingliederungshilfe für behinderte Menschen	30, 133
Einkommen	16, 26, 249
Einschulungsuntersuchungen (ESU)	186, 190, 241
Embryonaltoxikologie	141
Empfänger/innen öffentlicher Sozialleistungen	27, 239, 244, 248
Entbindungen	
ambulante Entbindungen	241
außerklinische Entbindungen	241
Krankenhausentbindungen	241
epidemiologischer Suchtsurvey	188
Ernährung	183
Verzehr von Obst und Gemüse	184
erwerbsfähiges Alter	14, 18, 19, 23, 24, 25, 27, 29, 123
Erwerbsstatus	183, 204, 242, 249
Erwerbstätigkeit	18, 25, 183, 242
Europäische Standardbevölkerung	242
F	
Fallzahl Siehe Behandlungsfälle	
Familien	16, 242
aufsuchende Elternhilfe	197
Familienhebammen	197
Feinstaubbelastung in der Außenluft	35
Fettstoffwechselstörungen	47, 101, 106, 107, 109, 110, 123, 131

Fortzüge Siehe Wanderungen	
Fruchtbarkeitsziffer	243
Früherkennungsuntersuchungen	103, 104, 106, 108, 124, 125, 129, 132, 189, 243
für Kinder	102, 195, 243
Frühsterblichkeit	78, 80
G	
Gastritis und Duodenitis	119, 129
Geborene Siehe Lebendgeborene bzw. Totgeborene	
Geburtenüberschuss	14, 239
Geburtenziffer	14, 243
Geburtsgewicht	80, 243
geringfügig Beschäftigte Siehe Teilzeitbeschäftigung / geringfügige Beschäftigung	
gesetzliche Krankenversicherung (GKV)	31
ambulante ärztliche Abrechnungsdiagnosen	100, 235
Anspruchsberechtigte nach § 264 SGB V	30
AOK Berlin / AOK-Nordost	34
Beitragsatz	32
Gesundheitsfonds	32
Kassenarten	31
Krankenkassenfusionen	34
morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich	32
Versicherte	31
Vorsorge-/Früherkennungsuntersuchungen	189, 243
Zusatzbeiträge	32
Gestorbene Siehe Sterbefälle/Sterblichkeit	
Gesundheits-Check-up	190, 243
Gesundheitsdienst-Gesetz (GDG)	138
Gesundheitsförderung	244
Gesundheitsindikatoren	244
Gesundheitsmonitoring	45, 182
gesundheitsrelevante Verhaltensweisen	47, 60, 72, 113, 114, 128, 131, 181
Gesundheits- und Pflegeleistungen bei Sozialleistungsbezug nach SGB XII	30, 169
Grad der Behinderung (GdB)	24
Gripeschutzimpfung	191
Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung	28, 239, 254
H	
hausärztliche Versorgung	93, 95, 235, 254
häusliche Pflege	160, 173
Hautkrebsscreening	189
Hebammen	197
Hepatitis	131
Hepatitisprävention	199
Herzinfarktsterblichkeit	58, 60, 68, 72
Herz-Kreislaufkrankungen	107, 110, 124, 131, 148, 175, 184
Sterblichkeit	56, 59, 66, 72
Hilfe zum Lebensunterhalt (HzL)	27, 244, 254
Hilfe zur Pflege nach SGB XII	30, 169
HIV	235
Prävention	199
Hypertonie	47, 72, 101, 106, 107, 108, 128, 181, 184

I	
illegale Drogen	
Konsum	188
Suchthilfe	201
Impfstatus	190
Impfungen	102, 103, 119, 124, 129, 131, 190
Infektionskrankheiten	101, 102, 103, 105, 106, 122, 129, 131, 242, 248, 251, 253
Infektionsschutzgesetz (IfSG)	235, 242, 248, 251, 253
ischämische Herzkrankheiten	109, 131
Sterblichkeit	66, 68, 72
J	
Jugendquotient	247
K	
kassenärztliche Versorgung Siehe vertragsärztliche Versorgung	
Kinder	14, 28, 102, 123, 147, 182, 186, 190, 195, 243, 247
Kinderschutz	195
kokainbezogene Störungen - Suchthilfe	209
Koloskopie	189
körperliche Aktivität	45, 184
Kostenstruktur in Arzt-, Zahnarzt- und Psychotherapeutenpraxen	96
Krankenhausbetten	246
Krankenhausdiagnosestatistik	240
Krankenhäuser	239, 241, 245, 253, 254
allgemeine und/oder sonstige	245
Basisversorgung	239
Fachabteilungen	242
Trägerschaft	246
Krankenhauskosten	245, 250
Krankenhauspersonal	235, 246, 254
Krankenhausplan	245
Krankenhausstatistik-Verordnung	246
Krankheiten der Leber	109
Sterblichkeit	58, 72
Krankheiten des Atmungssystems	101, 102, 103, 105, 122, 131
Sterblichkeit	67
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems	107, 109, 110, 123, 126, 148
Krankheiten des Verdauungssystems	148
Krankheitskosten	181
ambulante und (teil-)stationäre Pflege	174
in ambulanten Einrichtungen	145
Krebsfrüherkennungsuntersuchungen	103, 104, 106, 108, 124, 125, 129, 132, 189, 243
Krebsregister (GKR)	240, 246
Krebssterblichkeit	56, 59, 66
Kurzzeitpflege	170, 247
L	
Landespflegegeldgesetz - Leistungen und Anspruchsberechtigte	173
Langzeitpflege	171, 247
Lärmschutz	36
Lärmwirkungen	247
Lastenquotient	247
Lebendgeborene	14, 78, 239, 243

Lebenserwartung	49, 247
ohne/mit Pflegebedürftigkeit	54, 247
unter Ausschluss gesundheitsrelevanter Todesursachen	56
lebensweltlich orientierte Räume (LOR)	13, 111, 236
Leichenschau/Leichenschauschein	67, 253
Luftqualität	35
Lungenkrebs	123, 131
Sterblichkeit	58, 60, 69, 72
M	
Mammographie-Screening	189
Medikamentenkonsum	188
medizinische Rehabilitation	251
Medizinische Versorgungszentren (MVZ)	92, 94, 248
meldepflichtige Infektionskrankheiten	242, 248, 251, 253
Migrationshintergrund	13, 15, 182, 187, 191, 248
Morbidität	46, 100, 235, 249
Morbiditätsindizes	120
Mortalität Siehe Sterbefälle/Sterblichkeit	
Multimorbidität	54, 107, 110
N	
Nachtpflege	250, 253
Neubildungen	175
nichtnatürliche Mortalität	56, 59, 67, 69
Nichtraucherchutzgesetz	186
O	
öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD)	138, 195, 241
Personalbedarf	139
Qualitätsentwicklung	140
Opioideabhängige - Suchthilfe	202, 207
P	
pathologisches Glücksspiel - Suchthilfe	209
Patientenbeauftragte	212
Perinatalsterbefälle	249
Perinatalsterblichkeit	80
Personenstandsgesetz	80
Pflegebedürftige	54, 158, 236, 250
Pflegeeinrichtungen	165, 169, 174, 236, 247, 250
Pflegegeldempfänger/innen	162
Pflegekosten	169, 253
Pflegepersonal	165, 246
Pflegestufen/Pflegeklassen	163, 169, 250
Pflegevergütungen	168, 253
Pflegeversicherung	169, 173
Pharmakovigilanz- und Beratungszentrum für Embryonaltoxikologie	141
phobische Störungen und andere Angststörungen	117, 128
Plötzlicher Kindstod	82
Prävention	71, 102, 145, 182, 184, 186, 189, 195, 199, 251
Privathaushalte	16, 26, 251
Prostataerkrankungen	109, 110, 124, 131, 189
Psychiatriekoordinator/in	135
psychiatrische Erkrankungen	144
psychiatrische Versorgung, Steuerungsstrukturen	132

psychische Gesundheit	46
psychische und Verhaltensstörungen	104, 107, 123, 131, 175
durch Alkohol	72, 114, 128
durch Tabak	116, 117, 128
psychoaktive Substanzen	188
Konsum	188
Suchthilfe	201
Ursache psychischer und Verhaltensstörungen	107
Psychotherapeutenpraxen	93, 99
Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten	91, 254
R	
Rauchen	116, 117, 185, 252
Rentenzugänge/-bestand wegen verminderter Erwerbsfähigkeit	253
Rückenschmerzen	101, 103, 105, 106, 107, 109, 122, 129, 131, 184
S	
Säuglingssterblichkeit	78, 251
Schulabschluss	17
Schwangerschaft, Arzneisicherheit	141
Schwangerschaftsabbrüche	252
schwerbehinderte Personen	24, 25, 252
seelisch behinderte Menschen	133
Seniorinnen/Senioren	14, 27, 29, 50, 54, 62, 66, 110, 124, 126, 147, 158, 175, 184, 185, 191
sexuell übertragbare Infektionen - Prävention	199
soziale Lage/Sozialstruktur	16, 54, 62, 63, 70, 73, 80, 127, 129, 160, 182, 187, 204, 235
Sozialgesetzbuch (SGB) II und III	19, 21, 22, 238
Sozialgesetzbuch (SGB) V	30, 235, 244, 254
Sozialgesetzbuch (SGB) VI	254
Sozialgesetzbuch (SGB) IX	26
Sozialgesetzbuch (SGB) XI	157, 169, 247, 250, 253
Sozialgesetzbuch (SGB) XII	27, 30, 133, 169, 239, 244, 248
Sozialindex/Schicht	45, 113, 127, 182, 235
Sozialleistungsempfänger/innen Siehe Empfänger/innen öffentlicher Sozialleistungen	
sportliche Aktivität	185
Staatsangehörigkeit	13, 17, 19, 22, 24, 28, 29, 31, 78, 252
Staatsangehörigkeitsänderungen	15, 239
stationäre Morbidität	240
stationäre Pflege	162, 166, 169, 174, 247, 250
Sterbefälle/Sterblichkeit	14, 49, 56, 60, 78, 239, 244, 249, 253
im Krankenhaus	61
Sterbeüberschuss	239
Steuerungsgremien Psychiatrie	133
Stickstoffdioxid-Belastung in der Außenluft	36
Straßenverkehrslärm	37
Straßenverkehrsunfälle	252
subjektiver Gesundheitszustand	45
Suchtkrankenhilfe	135, 200
Suizidsterblichkeit	69
T	
Tabakkonsum	116, 185, 188
Tabakprävention	186
Tagespflege	169, 250, 253
Tages- und Nachtambulanzplätze	245, 253
teilstationäre Pflege	169, 250, 253

Teilzeitbeschäftigung / geringfügige Beschäftigung	166, 244
Tetanusimpfung	190, 191
Todesursachen	56, 66, 72, 244, 253
nicht eindeutig (ICD-10 Nrn. R00-R99)	67
Todesursachenstatistik	67, 253
Totgeborene	80, 243, 253
U	
Übergewicht	181, 183, 240
V	
verlorene Lebensjahre	58, 253
vermeidbare Todesfälle	71, 80, 253
vertragsärztliche Versorgung	91, 243, 254
vertragspsychotherapeutische Versorgung	91, 254
vertragszahnärztliche Versorgung	254
Verweildauer	254
Vollkräfte	254
vollstationäre Behandlungsfälle Siehe Behandlungsfälle: stationär	
Vollzeitbeschäftigte	166
vorzeitige Sterblichkeit	62, 66, 69, 254
W	
Wanderungen	13, 239
Wegeunfälle Siehe Arbeits- und Wegeunfälle	
Wohngeldempfängerhaushalte	254
Z	
Zahnärztinnen/Zahnärzte	254
Zahnarztpraxen	99, 146
Zahngesundheit	241
zerebrovaskuläre Krankheiten, Sterblichkeit	66, 72
Zuzüge Siehe Wanderungen	

