

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.

Ogleich 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 betrugen 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 Jugendlichen-psychotherapie 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). Bislang 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 Viruserkrankheiten	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

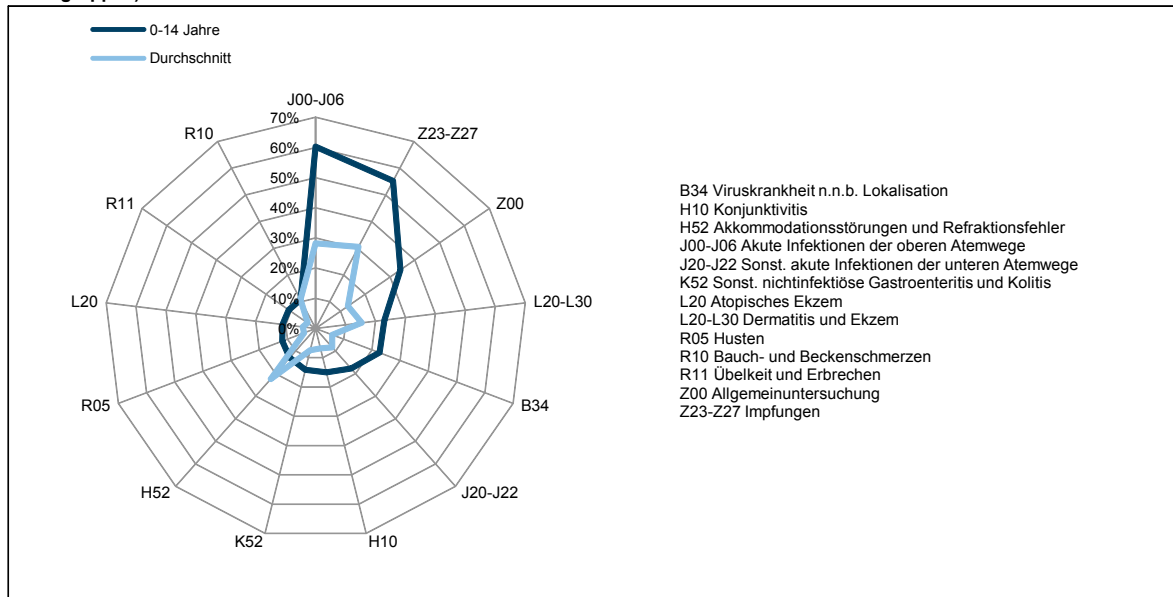
Bezüglich akuter Krankheiten und Beschwerden wurde anhand der Abrechnungsdaten im vertragsärztlichen Bereich festgestellt, dass etwa 60 % der Kinder und Jugendlichen im Jahre 2007 wenigstens einmal aufgrund einer akuten Infektion der oberen Atemwege (J00-J06) beim Arzt vorstellig wurden, jeweils etwa 23 % wegen Dermatitis und Ekzem bzw. einer Viruserkrankung 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 -)

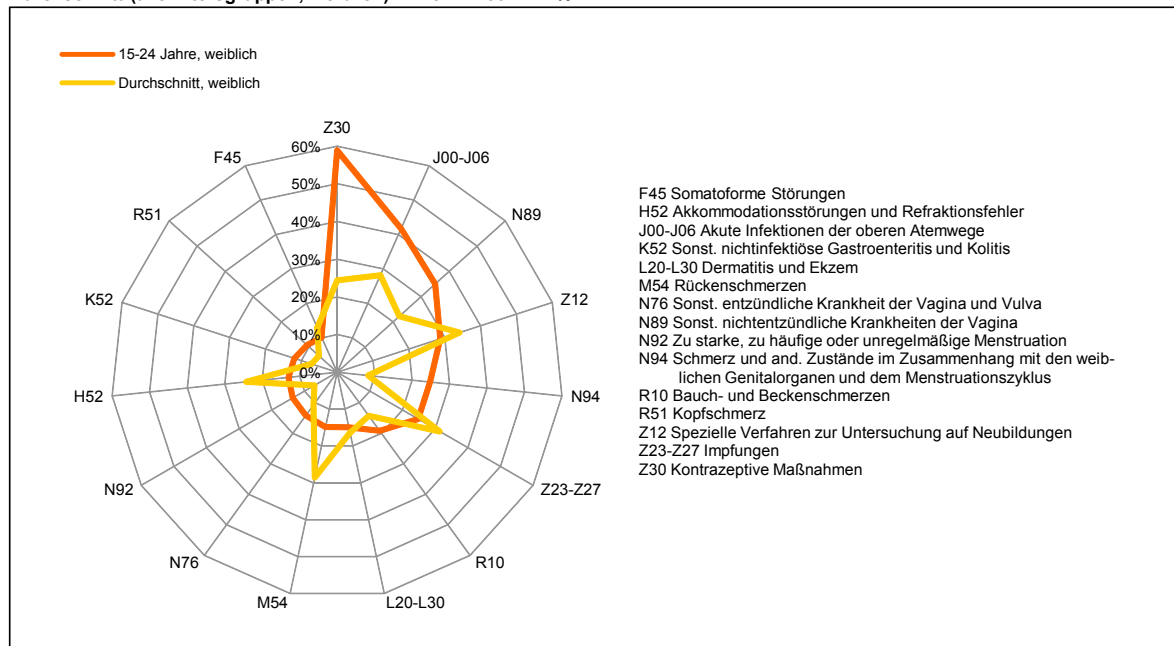
Junge Erwachsene I (15 bis 24 Jahre)

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

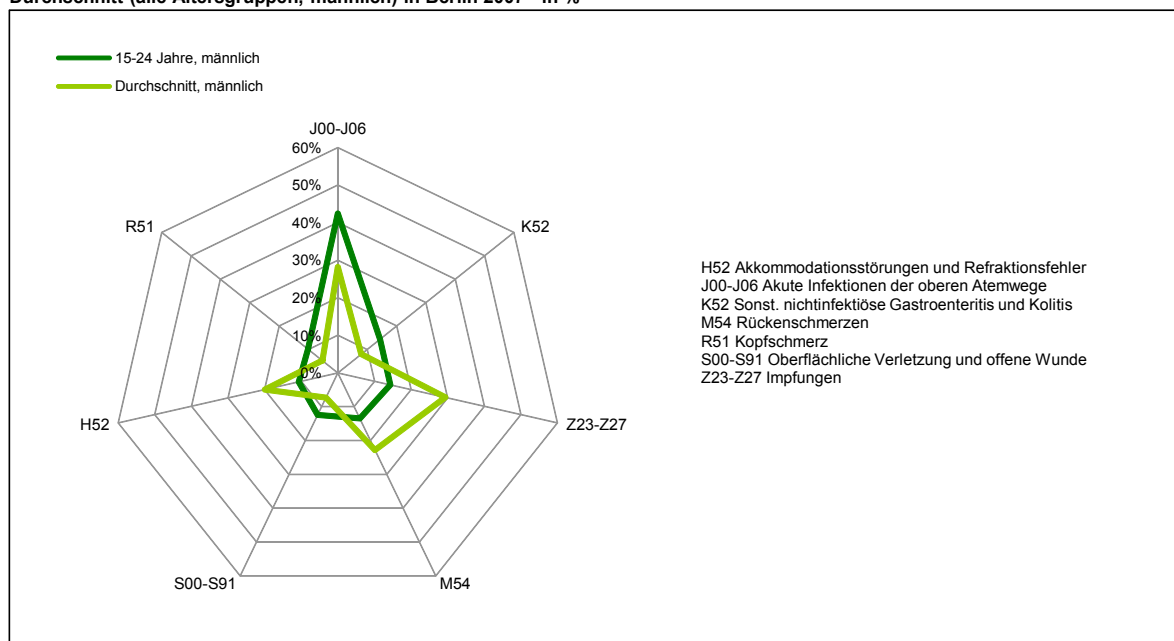
Während bei den jungen Frauen Leistungen im Zusammenhang mit der Empfängnisverhütung die akuten Infekte überholt haben, stehen diese bei den jungen **Männern** noch an erster Stelle. Mit einem Anteil von 42 % machten akute Infektionen der oberen Atemwege den mit Abstand häufigsten Behandlungsanlass aus. Die zweithäufigste Diagnose betraf nichtinfektiöse Magen-/Darmentzündungen (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)

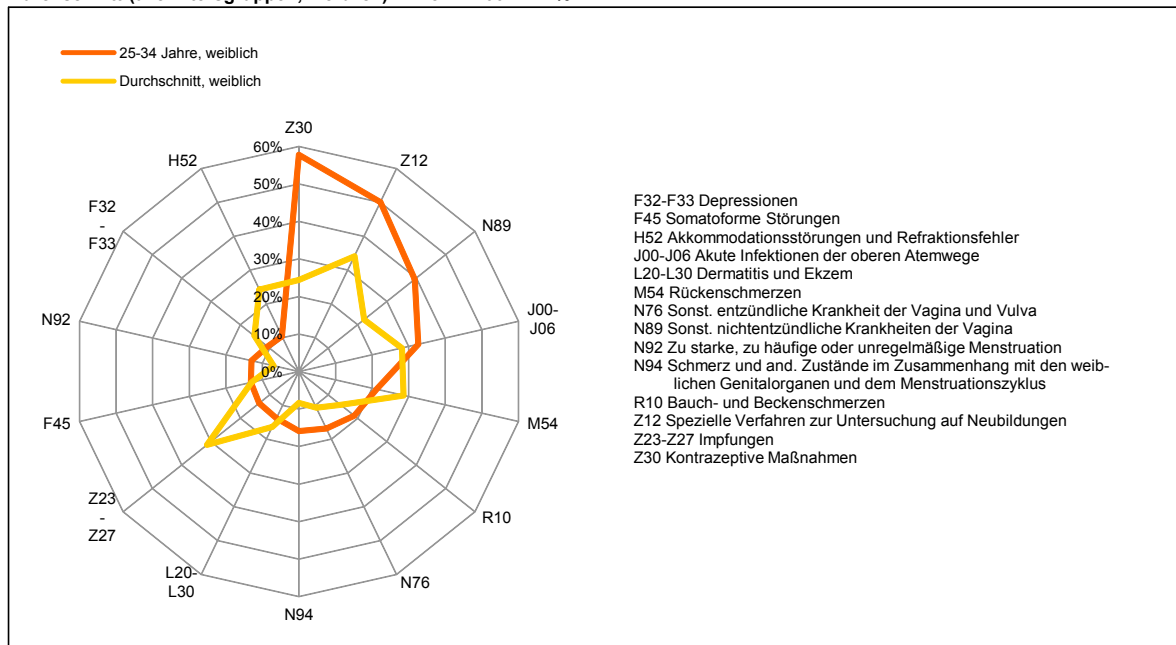
Mehr als die Hälfte der 25- bis 34-jährigen **Frauen**, die im Jahr 2007 ambulante Leistungen im Rahmen der GKV in Anspruch nahmen, wurde wegen empfängnisverhütender Maßnahmen (Kontrazeption) bei einer Ärztin oder einem Arzt vorstellig. Genau die Hälfte nahm Krebsvorsorgeuntersuchungen (spezielle Verfahren 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 leistungsbegründend 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 Leistungsbegründung erschienen (vgl. Abbildungen 4.4 a und 4.4 b).

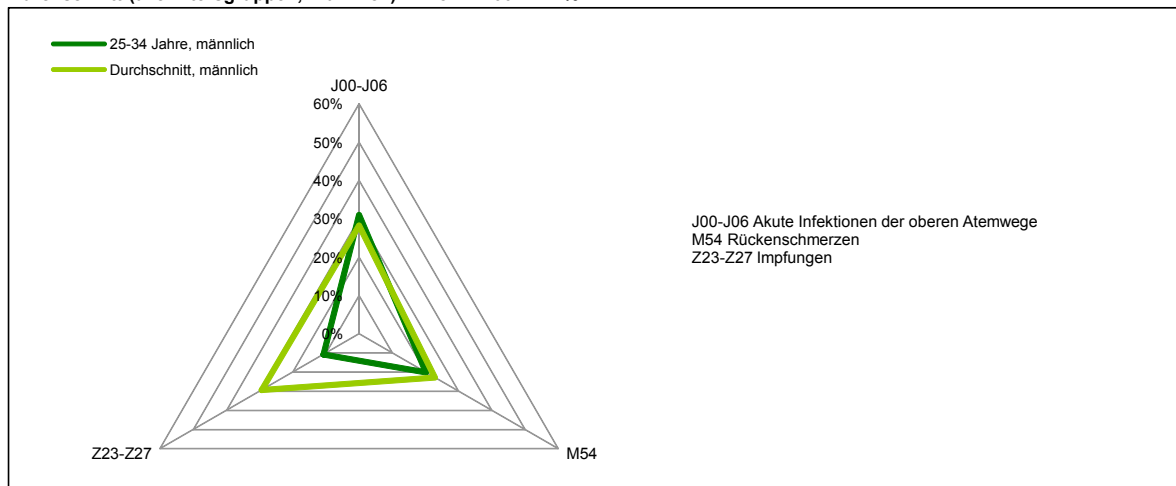
bei 25- bis 34-jährigen Männern verteilen sich 62 % der Behandlungsanlässe auf drei Diagnosen

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)

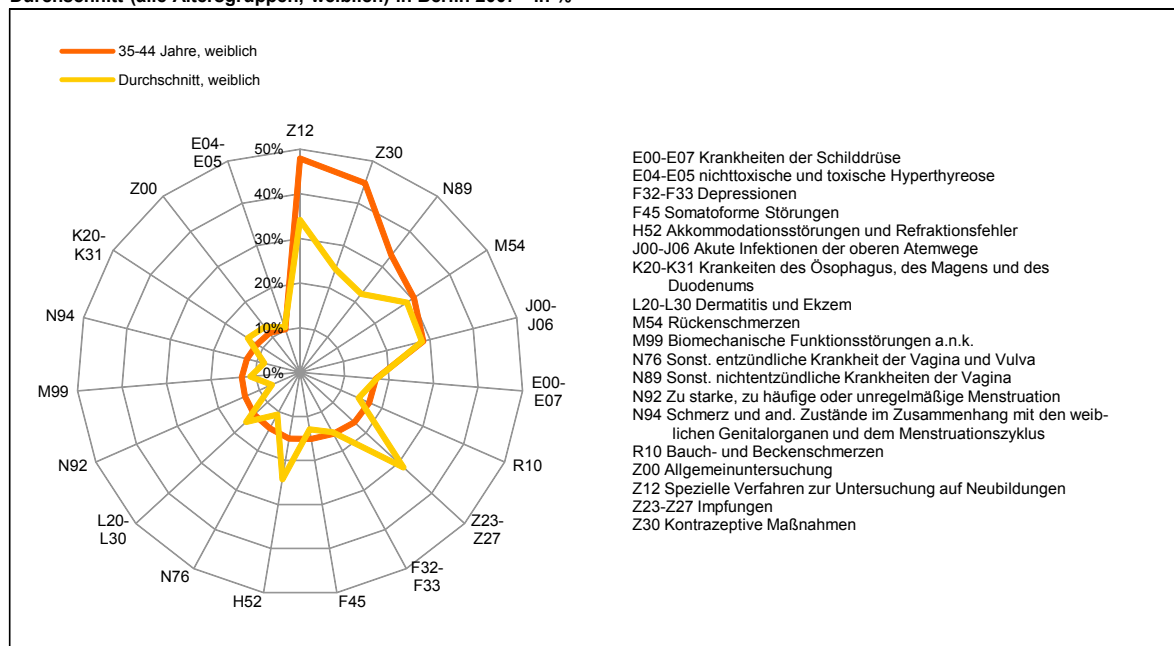
geschlechtsspezifische Diagnosen ausschlaggebend für Häufigkeit der Behandlungsanlässe

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. Erstmalig 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.

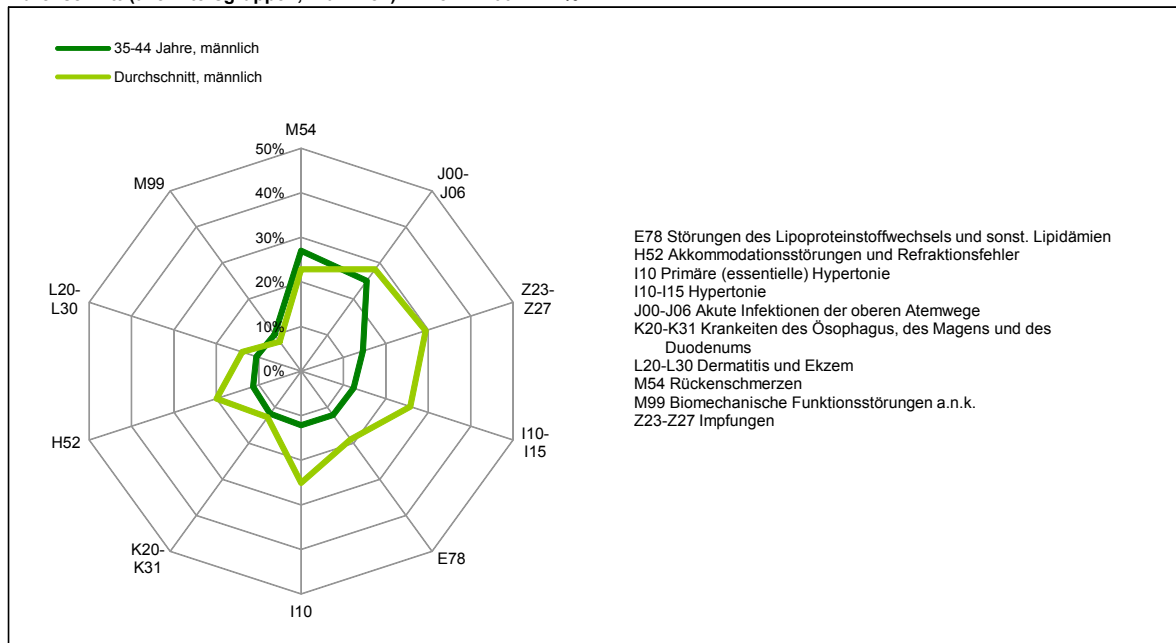
Unter den 35- bis 44-jährigen **Männern** machen Rückenschmerzen vor akuten Infektionen der oberen Atemwege mit 27 % der Patienten den prozentual höchsten Anteil abrechnungsrelevanter Diagnosen aus. Mit etwa 12 % der Patienten erscheint der Bluthochdruck (primäre Hypertonie) als häufiger Behandlungsanlass 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 -)

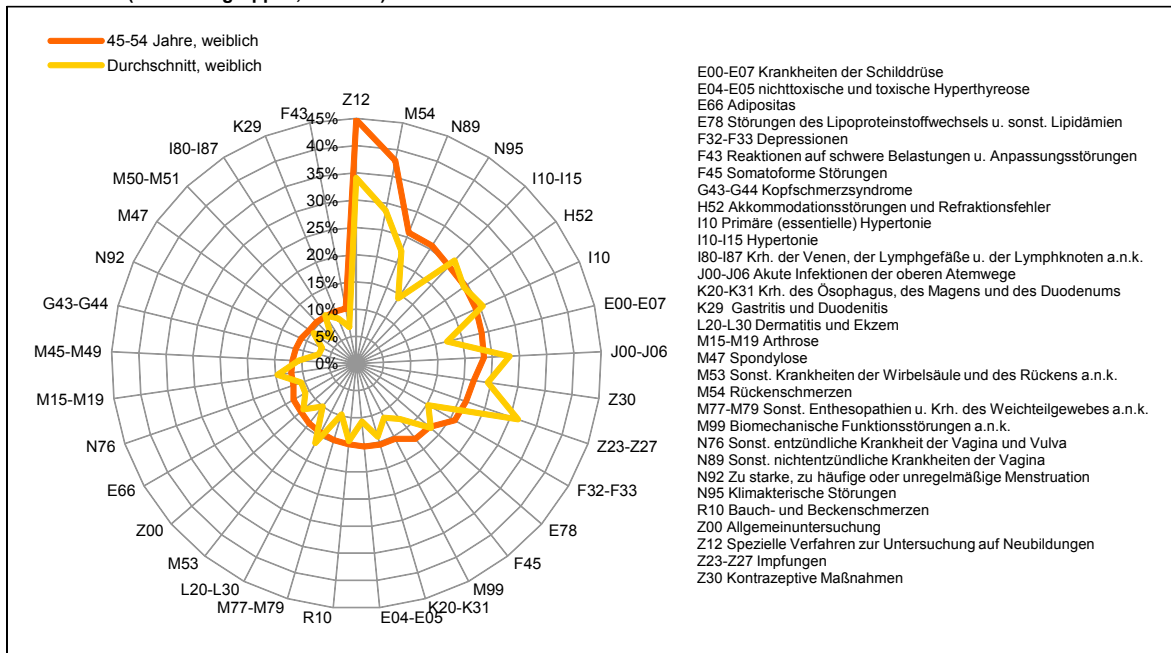
Erwachsene im erwerbsfähigen Alter II (45 bis 54 Jahre)

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).

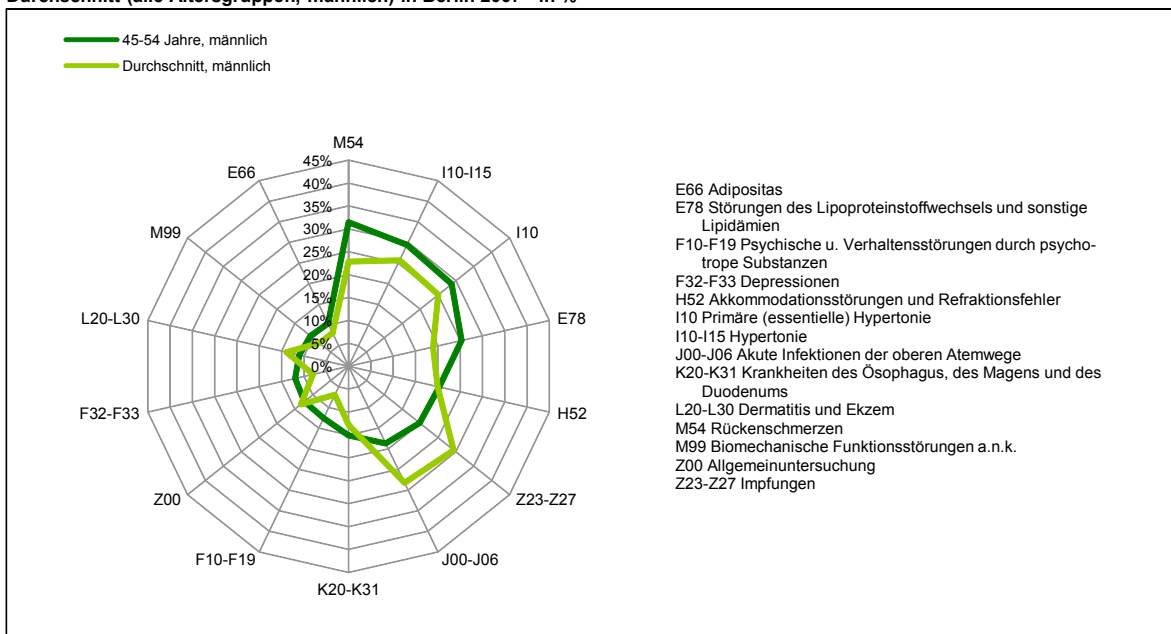
Gebrauch psychotroper Substanzen begründet bei Männern dieses Alters jeden 10. Arztbesuch

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

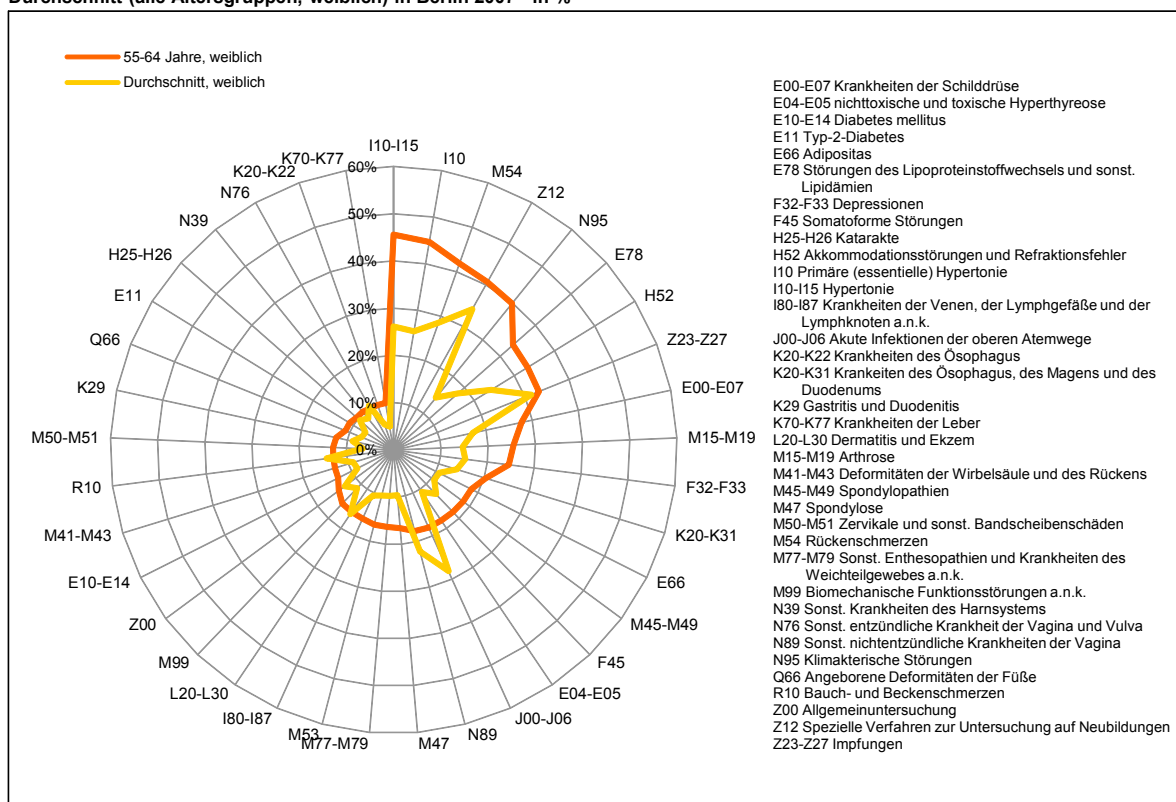
Bei **Frauen** der Altersklasse von 55 bis 64 Jahren stehen nun nicht mehr die gynäkologisch-bezogenen Diagnosen an erster Stelle, sondern der Bluthochdruck (Hypertonie), welcher bei fast jeder 2. Frau zur Leistungsbegründung verschlüsselt wurde. Mit jeweils etwa 40 % nehmen Krebsvorsorgeuntersuchungen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

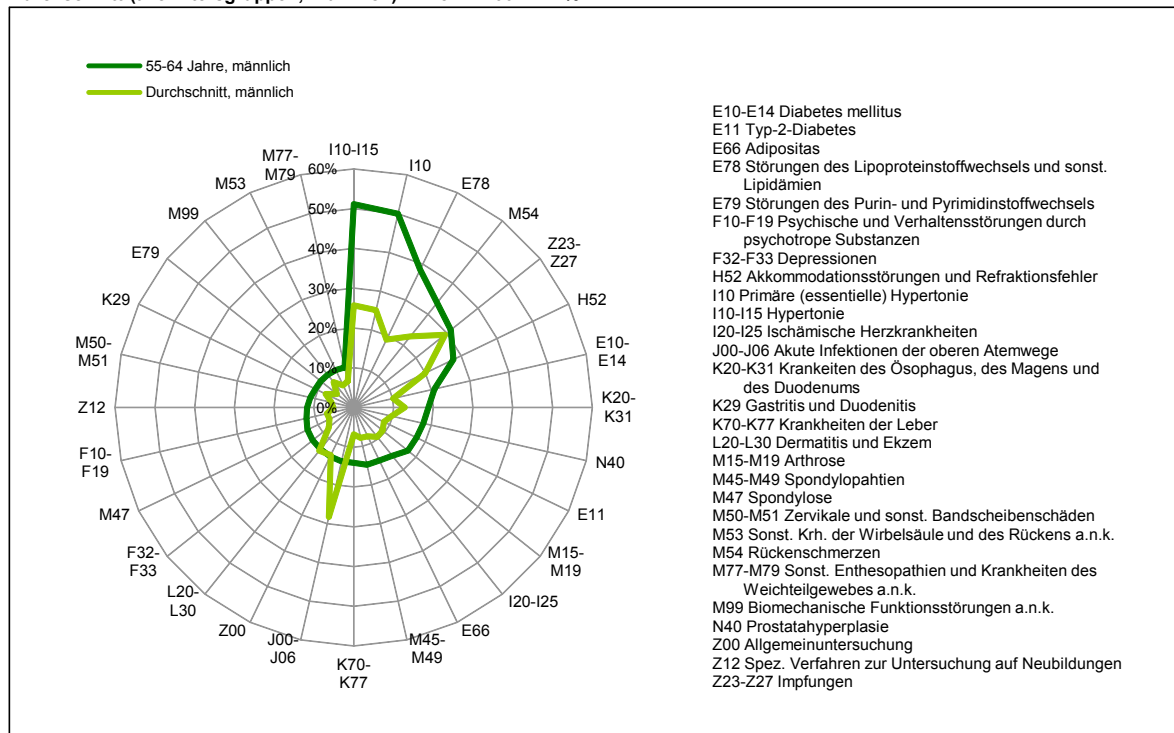
An Relevanz gewinnen bei beiden Geschlechtern auch wieder Impfungen und Sehfehler (Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler) (vgl. Abbildungen 4.7 a und 4.7 b).

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: SenGesUmw - I A -)

Ältere (65 Jahre und älter)

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

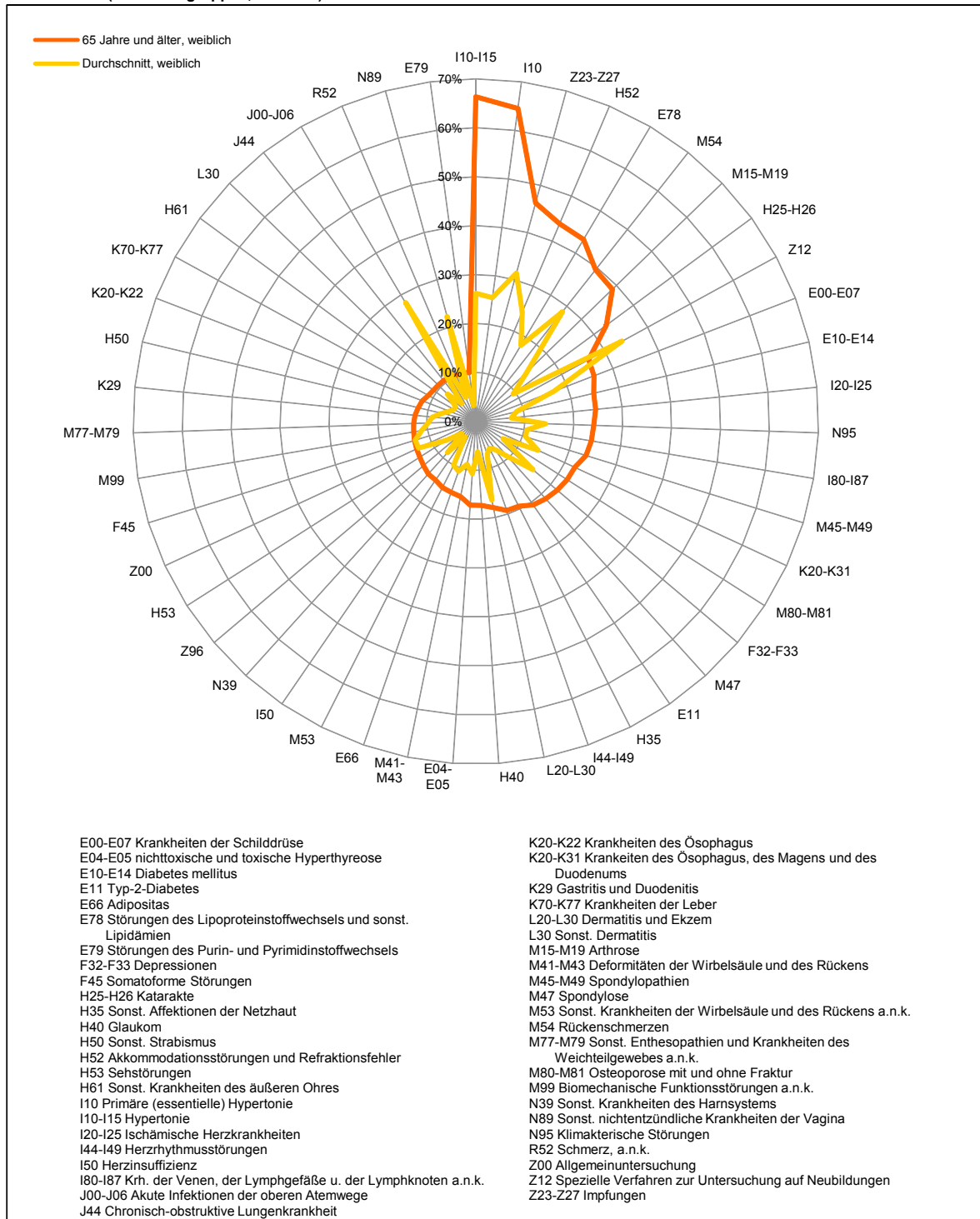
Bluthochdruck (Hypertonie) ist bei **Männern** und **Frauen** im Alter von 65 Jahren und älter die zentrale abrechnungsrelevante Diagnose, insgesamt waren zwei von drei behandelten Personen dieser Altersklasse davon betroffen. Impfungen, Krankheiten der Augen und des Kreislaufsystems nehmen bei beiden 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**

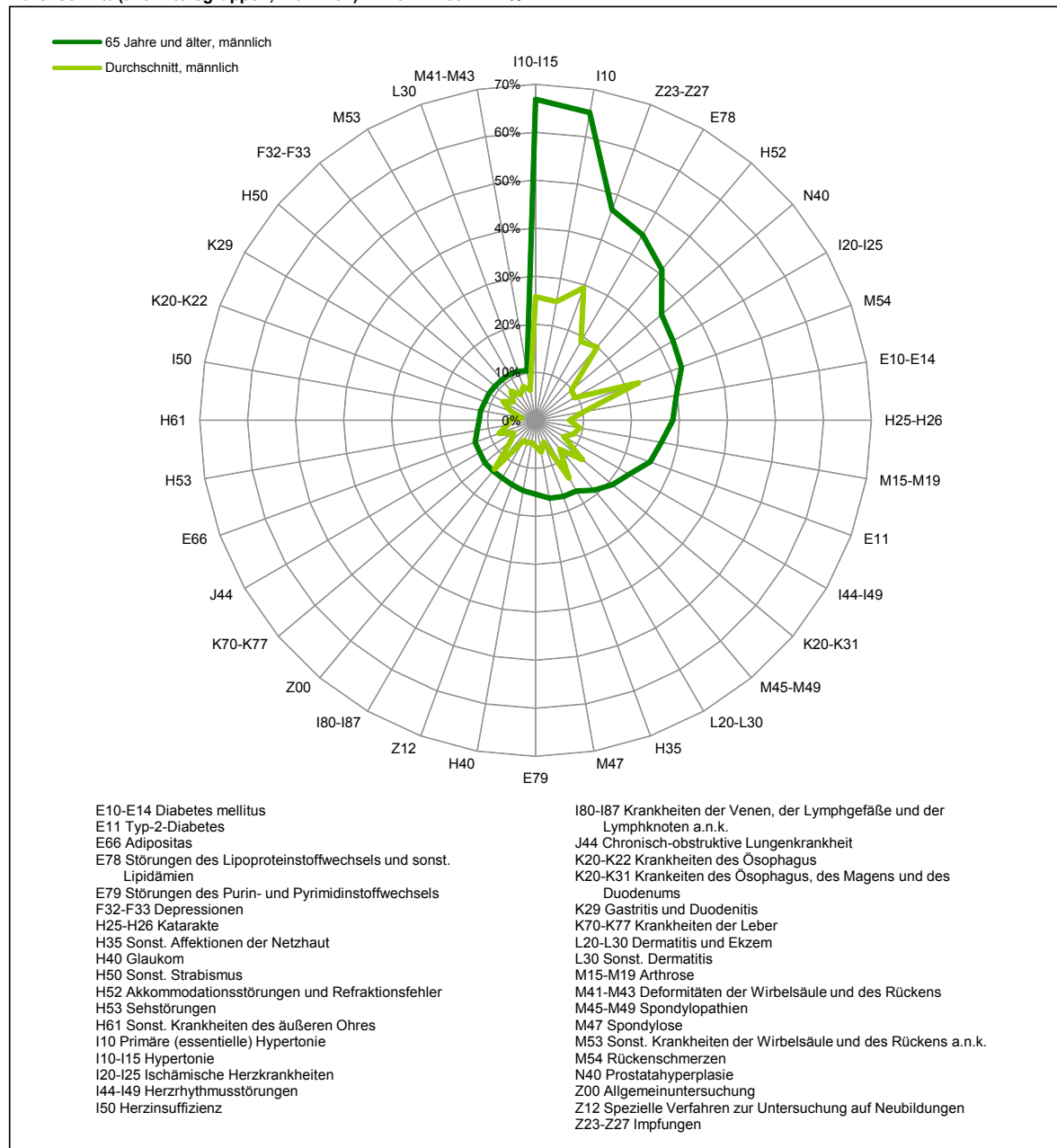
Abbildung 4.8 a:
Häufigste ambulante Behandlungsanlässe (>10% der Altersklasse und Geschlecht), 65 Jahre und älter, weiblich, im Vergleich zum Durchschnitt (alle Altersgruppen, weiblich) in Berlin 2007 - in %



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

der Individualdaten auf die Ebenen des regionalen Gliederungssystems der lebensweltlich orientierten Räume (LOR). Hierfür wurden **altersstandardisierte 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

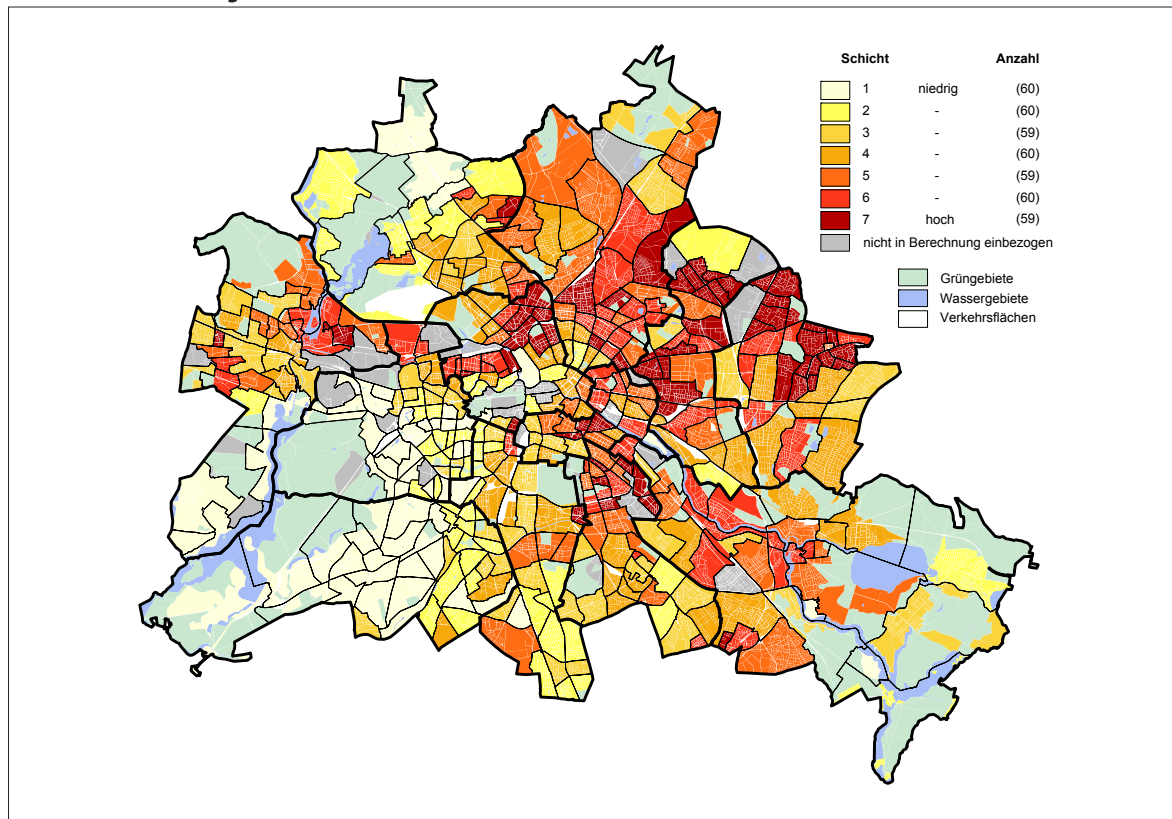
Räumliche Darstellung ausgewählter Diagnosen chronischer Erkrankungen

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 -)

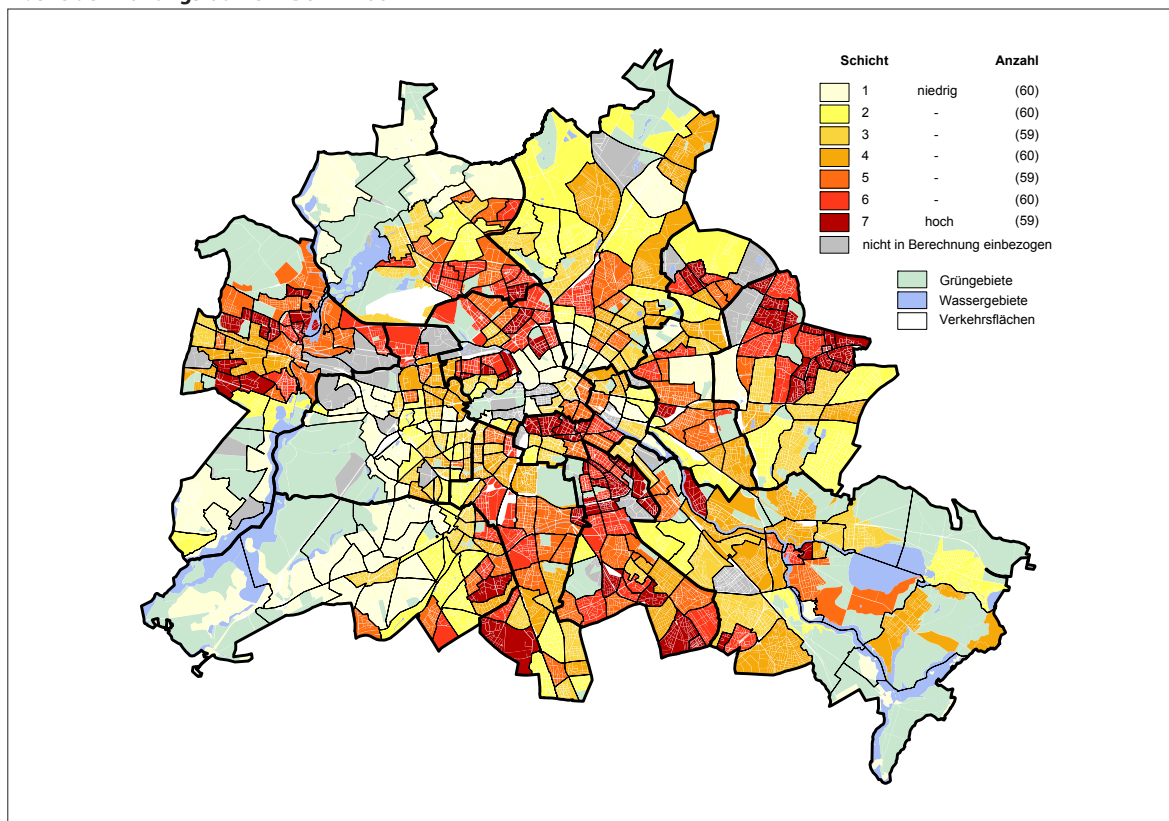
Adipositas (E66)

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)

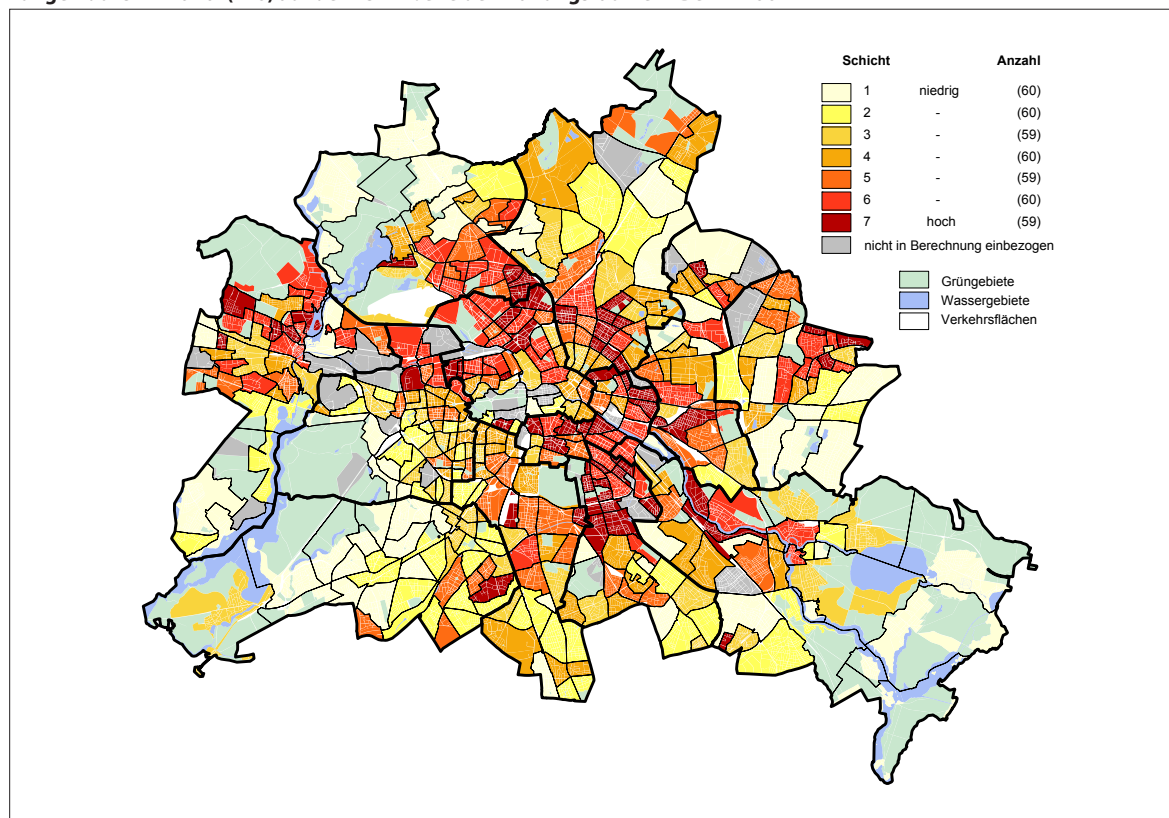
Anhand der kartografischen Darstellung wird deutlich, dass sich Planungsräume mit hohen Raten von Alkoholkrankheit im innerstädtischen Raum und den unmittelbar angrenzenden Gebieten häufen und zur Peripherie hin abnehmen. Ausnahmen davon bilden einige Planungsräume in Hellersdorf und in Spandau. Überwiegend 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



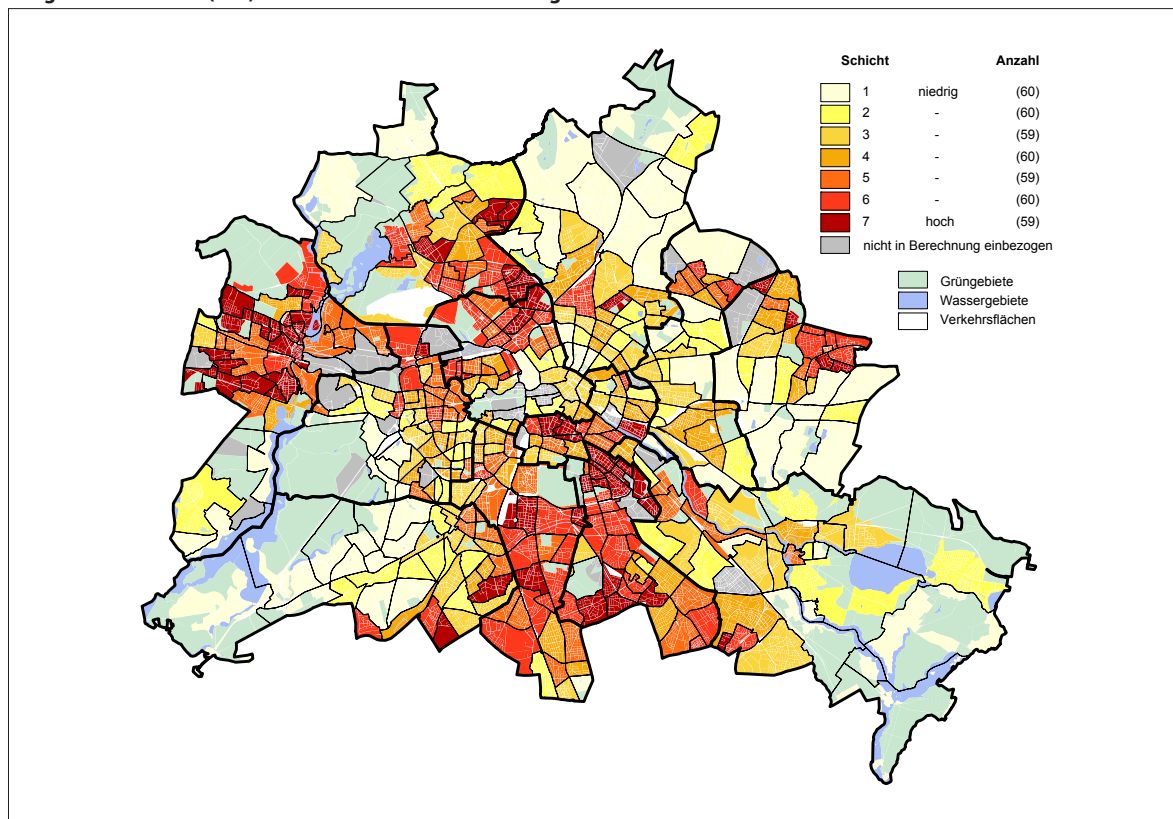
(Datenquelle: KV Berlin / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

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



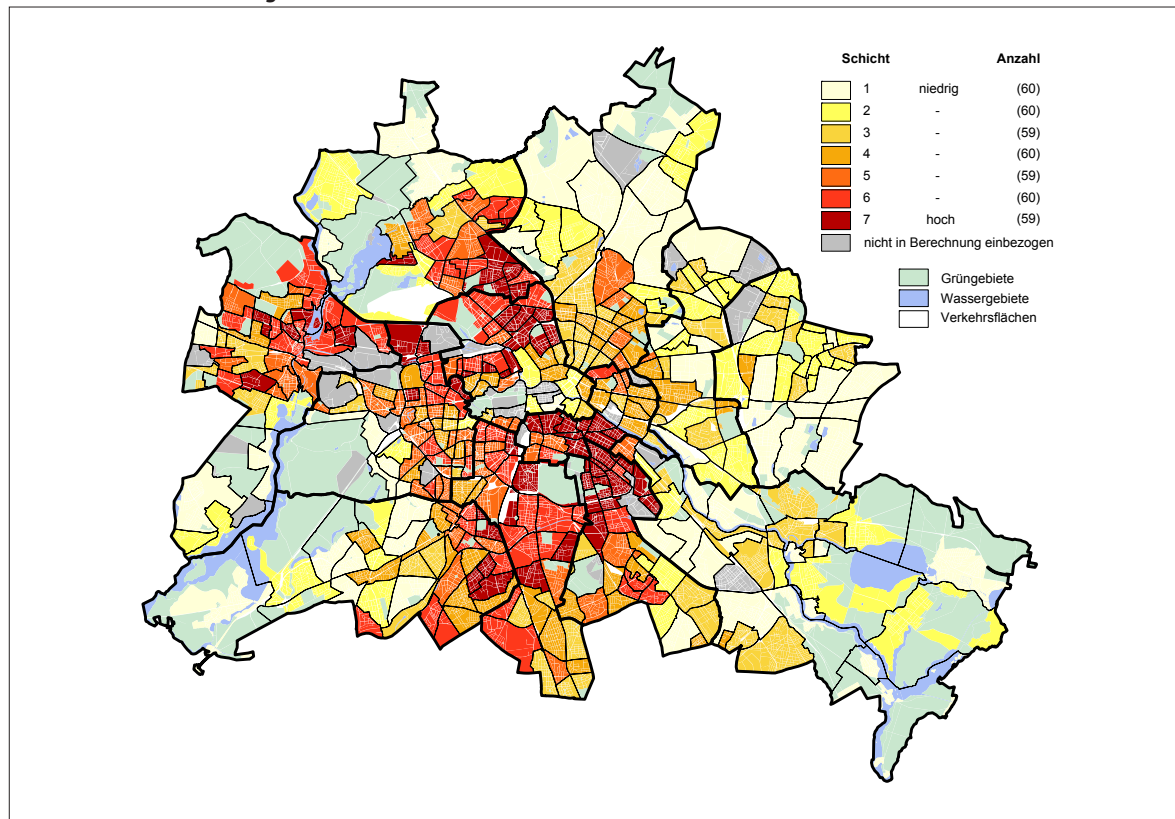
(Datenquelle: KV Berlin / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

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)

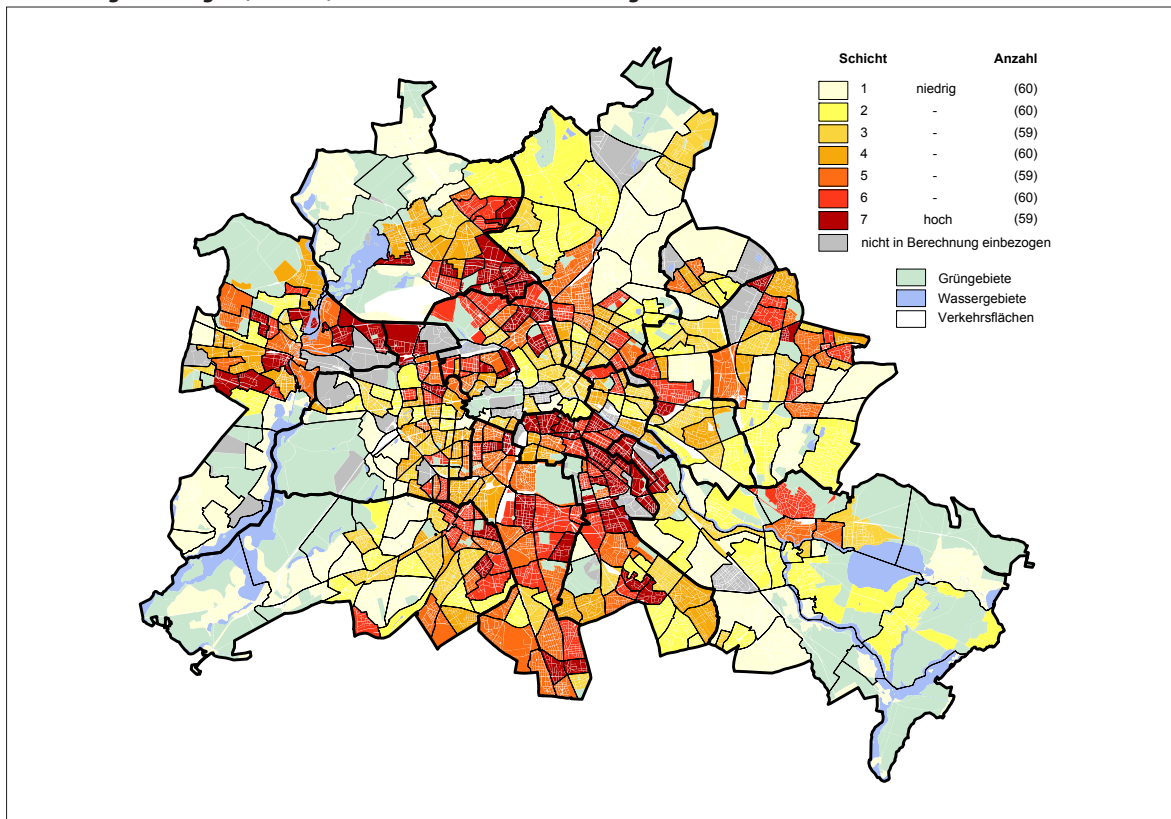
Die kleinräumige Verteilung der Erkrankungsdaten für phobische Störungen und andere Angststörungen zeigt ähnliche Tendenzen wie die für Depressionen (vgl. vorhergehenden Absatz). Die Trennschärfe zwischen ehemaligen Ost- und Westberliner Bezirken ist für die vorliegende Diagnose jedoch weniger stark 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:

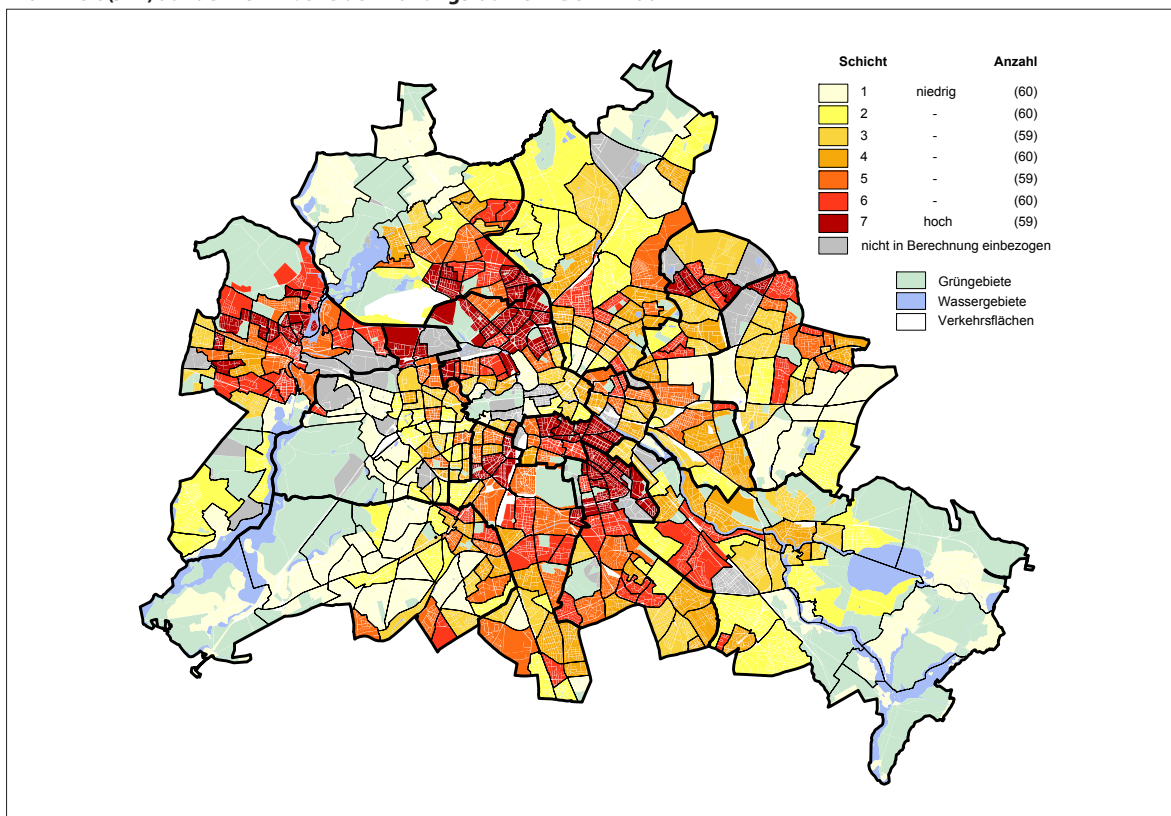
Standardisierte Morbiditätsraten (ambulante Abrechnungsdaten der GKV-Bevölkerung) für phobische Störungen und andere Angststörungen (F40-F41) auf der LOR-Ebene der Planungsräume in Berlin 2007



(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



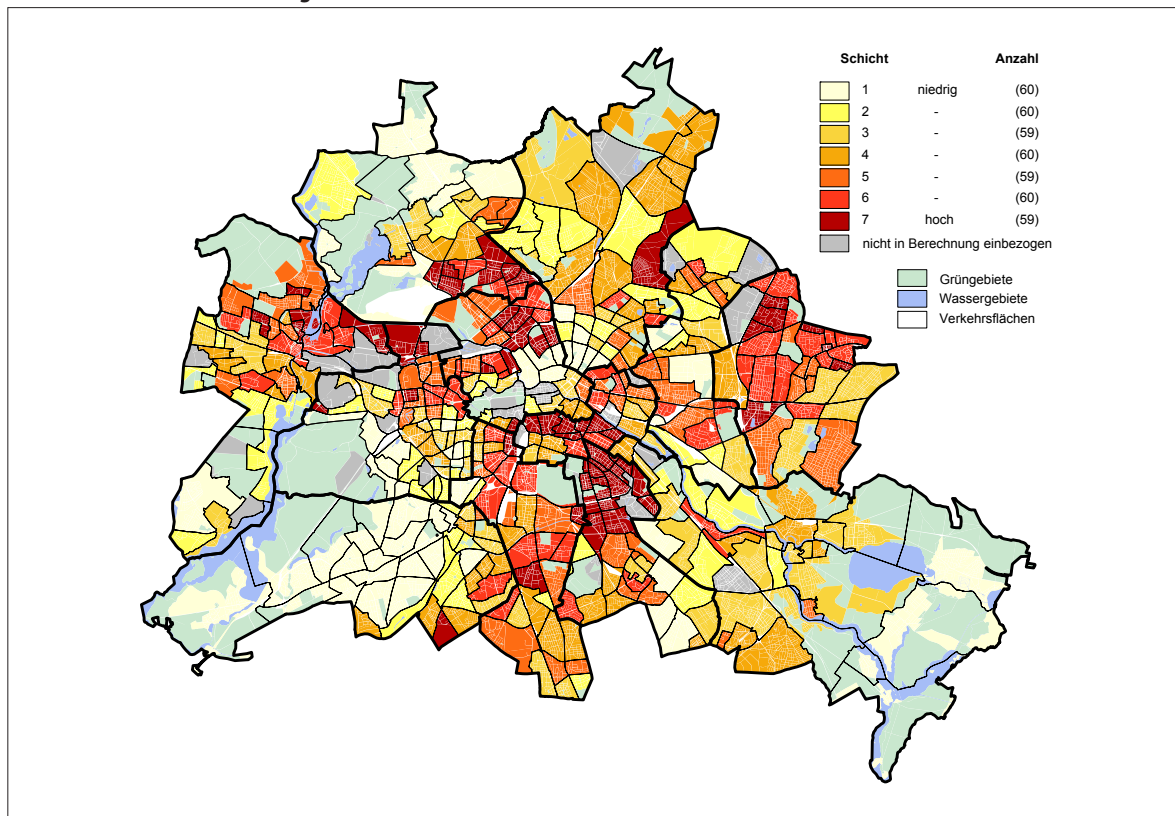
(Datenquelle: KV Berlin / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

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

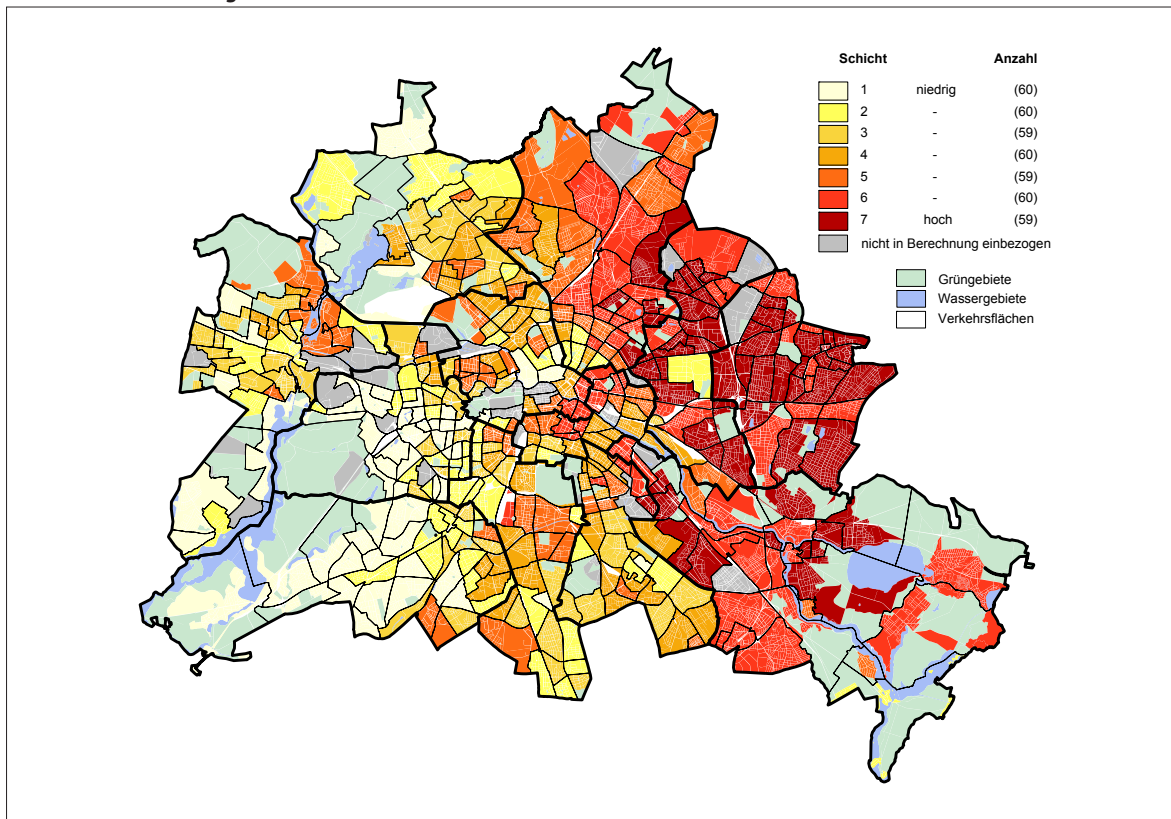


(Datenquelle: KV Berlin / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

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	Ulcer-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. Gelenkrankheiten, 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

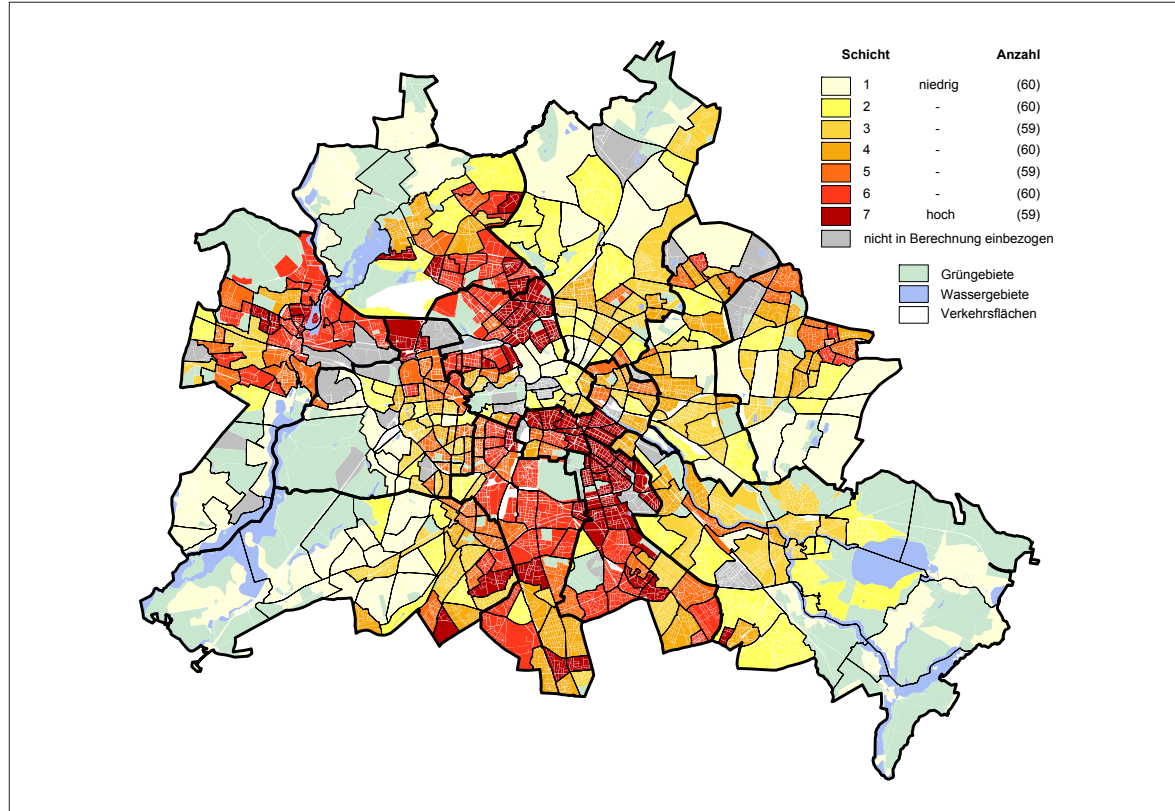
Der *erste Faktor* vereint die meisten *Diagnosen bzw. Diagnosegruppen* auf sich und ist gekennzeichnet durch ein relativ breites Spektrum an akuten und chronischen Krankheiten. Eine hohe Werteausprägung für den Morbiditätsindex I geht mit hohen Raten an akuten Infektionskrankheiten wie Durchfall und Magen-/Darmrentzündung, 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, Atemwegserkrankheiten (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 in Berlin 2007



(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.

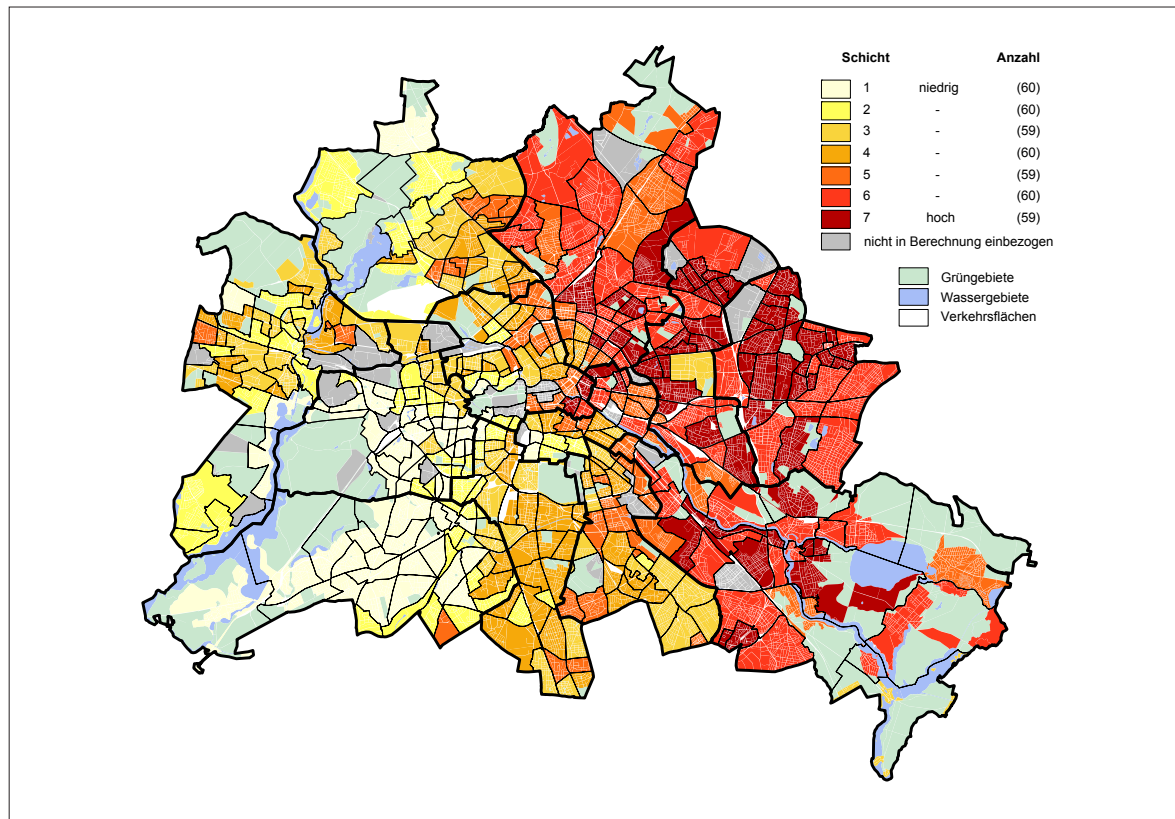
In der **kartografischen Darstellung** (vgl. Abbildung 4.19) wird deutlich, dass der Morbiditätsindex II starke räumliche Disparitäten anhand der damaligen Grenze zwischen Ost- und West-Berlin aufweist. Bis auf wenige Ausnahmen sind die Planungsräume mit hohen Index-Werten in den Bezirken Pankow, Lichtenberg, 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 Impfabzeptanz 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

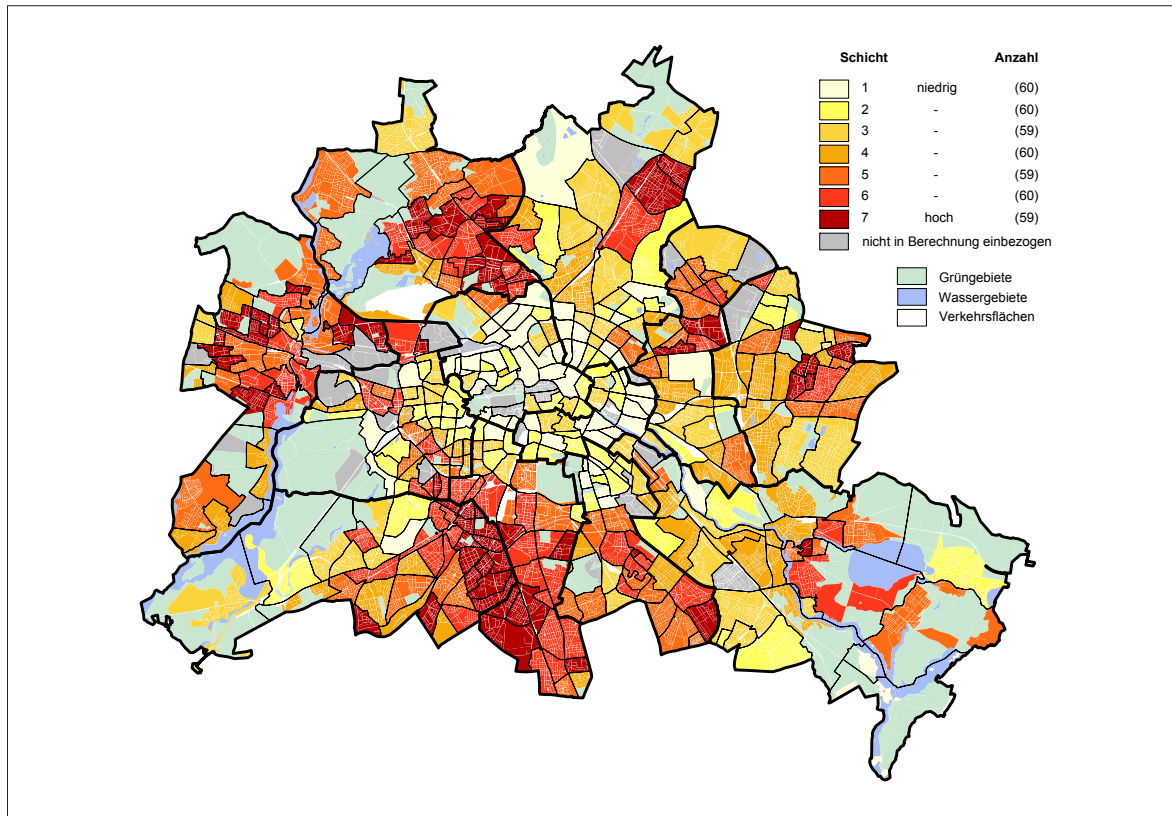
In der **kartografischen Darstellung** (vgl. Abbildung 4.20) wird deutlich, dass auch der Morbiditätsindex III sich ungleich über die Stadtgebiete verteilt. Gebiete mit hohen Index-Werten sind vor allem in den Außenbezirken zu finden. So bilden z. B. die Planungsräume in den Bereichen Reinickendorf Ost 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 -)

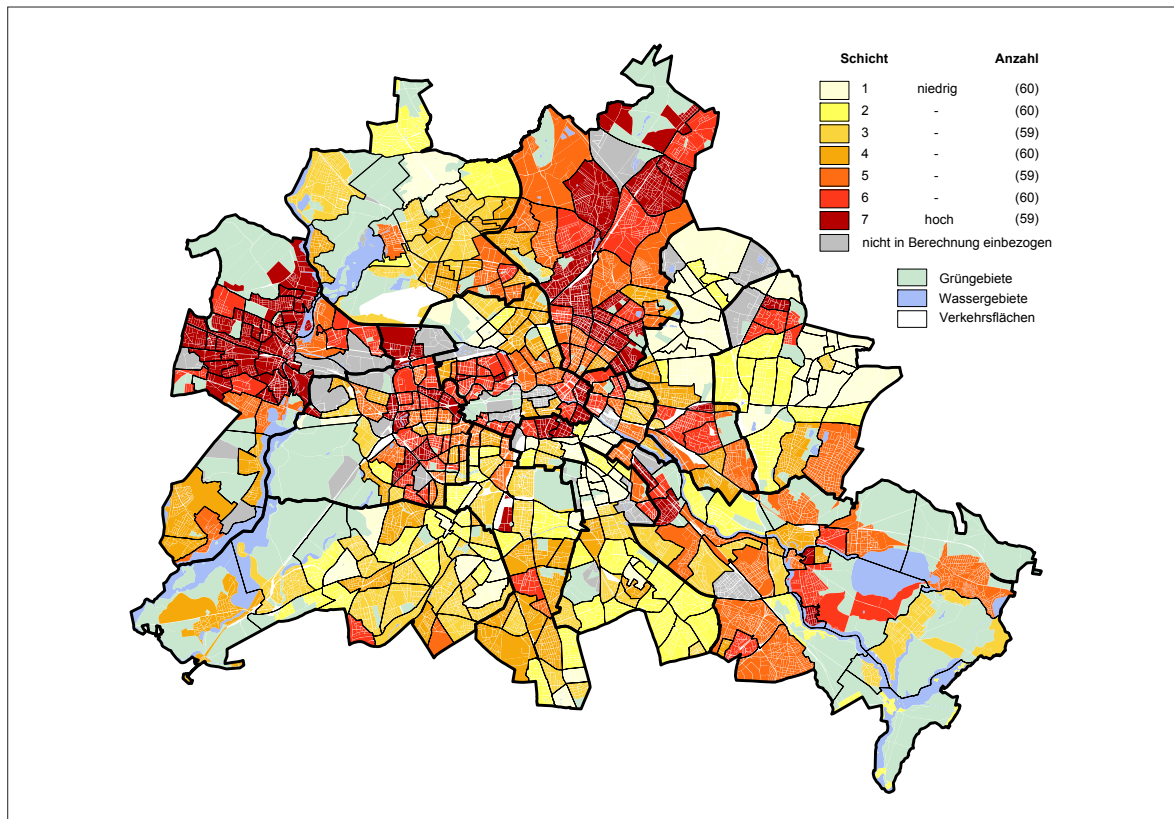
Morbiditätsindex IV

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)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⁾			
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 t)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 t)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 t)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 fallbezogener und institutioneller 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 Hilfeebringung (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