

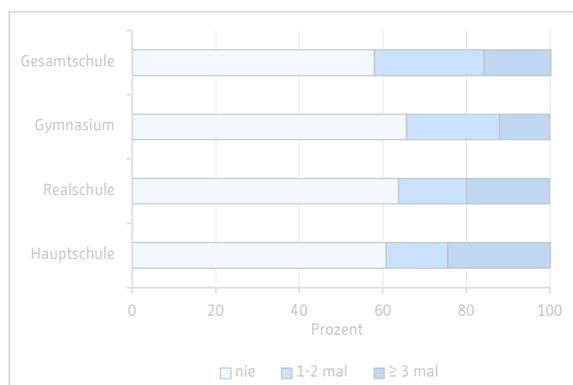
Seit 2003 ist bei beiden *Geschlechtern* ein Rückgang der Alkoholprävalenzraten (Lebenszeit-, 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenz) zu beobachten. Ebenso ist seit 2003 auch in fast allen *Schulformen* ein Rückgang der Prävalenzraten zu verzeichnen. Lediglich die Lebenszeitprävalenzrate in der Gesamtschule stieg nach einem Rückgang bis 2007 leicht wieder an (vgl. Abbildung 3.40).

Die Häufigkeit des *Rauschtrinkens* (30-Tage-Prävalenz) geht seit 2003 in allen an der Studie beteiligten Bundesländern zurück. Unter den Berliner Schülerinnen und Schülern trat im Vergleich zu den anderen

Bundesländern der Rauschkonsum (fünf und mehr Einheiten Alkohol²⁷ an einer und mehr Gelegenheiten in den letzten 30 Tagen) am seltensten auf (37,5 %). In den anderen Bundesländern lagen die prozentualen Anteile um durchschnittlich 18 % höher als in Berlin. 62,5 % der befragten Berliner Jugendlichen gaben an, in den letzten 30 Tagen vor der Befragung kein Rauscherlebnis gehabt zu haben.

Insgesamt war der Anteil der einmaligen und mehrmaligen Rauscherlebnisse bei den Gesamtschülern am größten. In geringfügigem Abstand folgten dann Hauptschüler, Realschüler und Gymnasiasten in der Rangfolge nach *Schularten* (vgl. Abbildung 3.41).

Abbildung 3.41:
Alkoholrauscherfahrungen (30-Tage-Häufigkeit) 15- bis 16-jähriger
Jugendlicher in Berlin 2011 nach Schulart



(Datenquelle: IFT München, ESPAD / Darstellung: SenGesSoz - I B -)

Cannabiskonsum

Im Vergleich zur Erhebung im Jahr 2003 sind in Berlin die *Prävalenzraten* (Lebenszeit-, 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenz) 2011 jeweils um ca. 5 % gesunken. Der Cannabiskonsum ist aber nach wie vor bei Berliner Jugendlichen weitaus verbreiteter als bei den Jugendlichen anderer *Bundesländer*. Deswegen wurden die Präventionsmaßnahmen für diesen Problembereich verstärkt.

Cannabiskonsum Jugendlicher in Berlin weitaus verbreiteter als in anderen Bundesländern.

Die Lebenszeitprävalenz (Cannabis schon mindestens einmal im Leben konsumiert) lag 2011 in Berlin bei 29 % und somit höher als in den anderen Bundesländern (zwischen 14 % und 24 %). Auffallend hoch ist hierbei der Anteil der Cannabiskonsumierenden an Hauptschulen (45 %) im Vergleich zu den anderen *Schulformen* (zwischen 24 % und 28 %). Dagegen ist 2011 der Anteil der aktuell (in den letzten 30 Tagen vor der Befragung) Cannabis konsumierenden Jugendlichen mit durchschnittlich 14 % in allen Schulformen fast gleich (vgl. Abbildung 3.42).

Die 30-Tage-Prävalenz liegt bei den *Jungen* (19 %) fast doppelt so hoch wie bei den *Mädchen* (10 %).

Bei 6,8 % der 2011 erfassten Cannabiskonsumierenden wurde der Konsum als problematisch eingestuft. Bei der Einstufung „*problematischer Cannabiskonsum*“ werden 12-Monats-Konsumenten erfasst, die mindestens vier von sechs cannabisbezogenen Problemen wie z. B. Gedächtnisprobleme aufweisen.

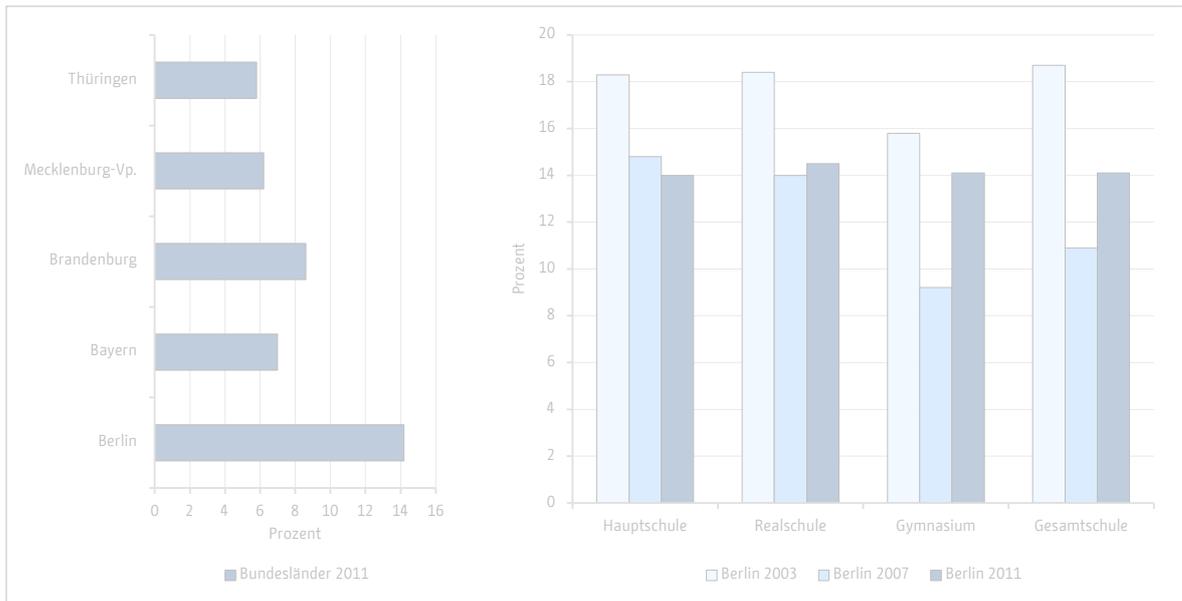
Konsum anderer illegaler Drogen

Die *Prävalenzraten* (Lebenszeit-, 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenz) des Konsums anderer illegaler Drogen als Cannabis sind seit 2003 in den an der Studie beteiligten *Bundesländern* nahezu unverändert geblieben. Die Lebenszeitprävalenzen liegen bei fast allen illegalen Drogen unter 5 %. Lediglich der Amphetaminkonsum ist 2011 bei den befragten Jugendlichen in allen beteiligten Bundesländern häufiger festzustellen (5 % - 9 %). Berlin liegt mit den Drogen-Prävalenzraten im Mittelfeld.

²⁷ Als eine Einheit gelten im Allgemeinen 8 - 9 Gramm reiner Alkohol in einem alkoholischen Getränk, das entspricht einem Glas Wein (10 cl) oder zwei Glas Bier (25 cl).

Abbildung 3.42:

Cannabiskonsum (30-Tage-Prävalenz) 15- bis 16-jähriger Jugendlicher in ausgewählten Bundesländern 2011 und nach Schulart in Berlin 2003, 2007 und 2011



(Datenquelle: IFT München, ESPAD / Darstellung: SenGesSoz - I B -)

Die Lebenszeitprävalenzraten in Berlin betragen bei Amphetaminen 5,1 %, Kokain 3,8 %, Drogenpilzen 2,9 % und Ecstasy 2,6 %. Bei den befragten 15- bis 16-jährigen Jugendlichen sind dies nach Cannabis die am häufigsten konsumierten illegalen Drogen. Der Heroinkonsum kommt am seltensten vor und beträgt in Berlin wie auch in den anderen Bundesländern weniger als 1 %.

3.2.3 Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennung und Gesundheits-Check-up

Krebsfrüherkennungsuntersuchungen

Wie die Statistiken erkennen lassen, werden die einzelnen Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen von den in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) Versicherten in unterschiedlichem Maße genutzt. Im Jahr 2011 ist ein Anstieg gegenüber 2010 im Bereich der Krebsfrüherkennungsuntersuchungen bei Frauen (704.853 Fälle) sowie bei Männern (152.956 Fälle), des Hautkrebscreenings bei Frauen (154.738 Fälle) sowie bei Männern (109.710 Fälle) und der Darmkrebsfrüherkennung bei Frauen (12.137) zu verzeichnen. Die Darmkrebsfrüherkennungsfälle bei Männern sind hingegen leicht rückläufig (9.860 gegenüber 10.235), ebenso die Inanspruchnahme des Mammographie-Screenings (102.173 gegenüber 104.345).

Angebote zur Krebsfrüherkennung werden von Frauen deutlich häufiger genutzt als von Männern.

Das Mitte 2008 als Krebsfrüherkennungsmaßnahme für die GKV-Versicherten eingeführte Hautkrebs-Screening wird von den Versicherten noch vergleichsweise wenig genutzt; bezogen auf die Anspruchsberechtigten war jedoch im Vergleich zu den anderen Krebsfrüherkennungsarten nur hier eine deutlich höhere Inanspruchnahme als in den Vorjahren zu verzeichnen mit Quoten von 32,8 % (2010: 28,8 %) bei den Frauen und 28,4 % (2010: 25,8 %) bei den Männern. Geringfügig häufiger als 2010 ließen Frauen sich auch auf Krebserkrankungen des Genitales und Brustkrebs untersuchen (2011: 55,9 % / 2010: 55,2 %). Beim Mammographie-Screening, an dem mehr als jede zweite anspruchsberechtigte Frau teilnimmt, und bei den Krebsfrüherkennungsuntersuchungen der Prostata und des äußeren Genitales, die gerade mal jeder vierte anspruchsberechtigte Mann wahrnimmt, gingen die Inanspruchnahmekquoten 2011 gegenüber 2010 leicht zurück (vgl. GSI-Tabelle [7.16-1](#)).

Gesundheits-Check-up

Die Vorsorgeuntersuchung des *Gesundheits-Check-up* hat sich ab 2010 auf einer Marke oberhalb der 500.000 Fälle stabilisiert. Für 2011 zeigt sich ein Spitzenwert mit insgesamt 519.325 Inanspruchnahmen, der sich auch im Bezug auf die Anspruchsberechtigten widerspiegelt mit einem Anteil von 60,5 % (2010: 58,4 %). Ebenso waren bei den anspruchsberechtigten Frauen und Männern mit 63,6 % (2010: 61,4 %) bzw. 56,3 % (2010: 54,4 %) die bislang höchsten Inanspruchnahmequoten zu beobachten (vgl. GSI-Tabelle [7.17-1](#)).

Die Inanspruchnahme der Vorsorge- und Krebsfrüherkennungsuntersuchungen für Frauen und Männer macht sichtbar, dass Frauen sich an diesen Programmen auch weiterhin in stärkerem Maße beteiligen als Männer.

3.3 Pflegebedürftigkeit

Seit 1999 wird in Deutschland *zweijährlich* (zuletzt 2011) von den Statistischen Ämtern des Bundes und der Länder gemäß Pflegestatistik-Verordnung (PflegeStatV) vom 24.11.1999 eine *Pflegestatistik* geführt. Ziel dieser Statistik ist es, Daten über das Angebot und die Nachfrage der pflegerischen Versorgung der Bevölkerung zu erhalten. Erfasst werden Angaben zu den pflegebedürftigen Personen und deren Versorgungsstruktur wie z. B. Pflegeart, Pflegeeinstufung und Versorgungsart sowie Empfängerinnen und Empfänger von Pflegegeld. Die in der Pflegestatistik erhobenen Daten betreffen ausschließlich den *Leistungsbereich des SGB XI* (Pflegeversicherungsgesetz).

Die Pflegestatistik besteht aus zwei Erhebungen. Bei der ersten handelt es sich um die sogenannte Einrichtungsstatistik, bei der *Informationen zu den ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen* einschließlich der dort tätigen Personen sowie über die von ihnen versorgten pflegebedürftigen Personen und an die Pflegeheime zu zahlenden Entgelte vorgehalten werden. Bei der zweiten Erhebung werden ergänzend dazu Angaben über die *Inanspruchnahme von Pflegegeldleistungen* gemacht. Mit der Einrichtungsstatistik werden alle ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen erfasst, mit denen die Pflegekassen einen Versorgungsvertrag abgeschlossen haben. Zu den stationären Einrichtungen zählen sowohl vollstationäre (Dauer- und Kurzzeitpflege) als auch teilstationäre (Tages- und Nachtpflege) Einrichtungen²⁸. Über die Versorgungssituation und -entwicklung in Berlin wird im Landespflegeplan²⁹ berichtet, der in seiner aktuellen Fassung am 10. Januar 2012 vom Berliner Senat beschlossen worden ist.

Als *pflegebedürftig im Sinne des SGB XI* gelten Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder schweren Behinderung für gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im täglichen Leben auf Dauer, voraussichtlich aber für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße Hilfe benötigen (§§ 14 Abs. 1 und 15 SGB XI). Chronische Krankheiten können eine Ursache bzw. Begleiterscheinung von Pflegebedürftigkeit sein. Angaben über *die zur Pflegebedürftigkeit führenden Behinderungen und Krankheiten* (wie Krankheiten des Bewegungsapparates, psychische Erkrankungen, Demenzformen, Tumorleiden, Schlaganfälle, Folgeschäden von schweren Unfällen) werden mit der Pflegestatistik jedoch nicht erfasst.

Um Leistungen nach SGB XI zu erhalten, bedarf es der Feststellung des Vorliegens einer Pflegebedürftigkeit seitens der gesetzlichen Pflegekasse bzw. des privaten Versicherungsunternehmens und der Zuordnung zu einer Pflegestufe (vgl. Erläuterungen im Anhang). Vor Einführung der Pflegeversicherung (SGB XI) zum 1. Januar 1995 wurden Aufwendungen bei Pflegebedürftigkeit fast ausschließlich durch den Einsatz des Einkommens und Vermögens der Pflegebedürftigen selbst oder unterhaltspflichtiger Personen bzw., wenn diese nicht ausreichten und keine vorrangigen Leistungsansprüche bestanden, nach dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG) gedeckt. Die *Leistungen der Pflegeversicherung (SGB XI) sind als „Teilkasko“-Leistungen*

²⁸ Ausführliche tabellarische Darstellungen stehen im Internet unter <http://www.gbe-bund.de>, Suchwort „Pflegestatistik“, zur Verfügung.

²⁹ Vgl. <http://www.berlin.de/pflege/plan/index.html>, zuletzt aufgerufen am 20.03.2013.