

3. Gesundheitszustand der Bevölkerung

3.1 Ausgewählte Schwerpunkte

3.1.1 Gesundheitliche Lage von Kindern in Berlin

Obwohl sich die Kindergesundheit in der Bundesrepublik Deutschland derzeit auf höchstem Niveau befindet, gibt es immer noch (und teilweise sogar neue) ernst zu nehmende Gesundheitsprobleme, denen Kinder in erster Linie im Zusammenhang mit Gesundheitsrisiken und sozialem Umfeld ausgesetzt sind.

Auch wenn Kinder und Jugendliche als „gesündeste Population“ gelten, mehren sich Hinweise darauf, dass sich Gesundheitsstörungen infolge gesundheitsschädigender Verhaltensweisen häufen. Daraus resultieren Schäden wie beispielsweise durch Nikotin, Alkohol, ungesundes Ernährungsverhalten und Bewegungsmangel - zunehmend sind Kinder und Jugendliche derartigen Gesundheitsrisiken ausgesetzt. Besonders betroffen sind hier wiederum Kinder und Jugendliche, die in einem Umfeld mit ungünstigen sozialen Bedingungen oder in Armut aufwachsen¹.

3.1.1.1 Ausgewählte Daten zur Lebenserwartung und Mortalität

Lebenserwartung

Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes betrug im Zeitraum von 2002 bis 2004 die durchschnittliche Lebenserwartung eines neugeborenen Mädchens in der Bundesrepublik Deutschland 81,5 Jahre. Nach wie vor beträgt die Differenz zu den neugeborenen Jungen, deren durchschnittliche Lebenserwartung derzeit bei 75,9 Jahren liegt, über fünfeneinhalb Jahre.

Bis Ende der neunziger Jahre lag die Lebenserwartung der Berliner bei beiden Geschlechtern noch unter dem Bundesdurchschnitt. Im Zeitraum von 2002 bis 2004 hatten neugeborene Jungen aus Berlin jedoch Bundesniveau erreicht, auch bei den Mädchen (81,3 Jahre) betrug die Differenz nur noch 0,2 Jahre.

Innerhalb der Berliner Bezirke gibt es hinsichtlich der Lebenserwartung große Unterschiede. Der Einfluss der sozialen Lage auf die Lebenserwartung wird bei einem Regionalvergleich deutlich. Seit Jahren liegt die Lebenserwartung sowohl beim weiblichen als auch beim männlichen Geschlecht in Bezirken, deren Bevölkerung eine hohes Maß an negativen Indizes aufweist (wie z. B. niedriger Schul- und Berufsabschluss, hohe Arbeitslosen- und Sozialhilfequoten), deutlich unter der der Berlinerinnen und Berliner, die in Bezirken leben, denen eine vergleichsweise gute Sozialstruktur bescheinigt wird. Nach wie vor haben z. B. Mädchen und Jungen aus dem Bezirk Friedrichshain-Kreuzberg (dem Bezirk mit der berlinweit schlechtesten Sozialstruktur) von allen Berliner Bezirken die niedrigste Lebenserwartung. Sie lag auch im Zeitraum 2002 bis 2004 bei den Mädchen mit 79,9 Jahren noch 2,6 Jahre unter den errechneten Werten der Mädchen aus dem Bezirk Treptow-Köpenick (wo von allen Berliner Bezirken Mädchen seit Mitte der neunziger Jahre mit der höchsten Lebenserwartung rechnen können). Noch ungünstiger stellt sich die Differenz bei den Jungen dar. Männliche Neugeborene aus Friedrichshain-Kreuzberg, deren durchschnittliche Lebenserwartung derzeit etwa 73,8 Jahre beträgt, haben beispielsweise mit einer um dreieinhalb Jahre kürzeren Lebenserwartung

Lebenserwartung steht im Kontext mit der sozialen Lage

¹ Schneeweiß, B. (2005): Neue Krankheitsbilder in der Pädiatrie. Symposium MEDICAL - Jahresanalyse 2004/2005, S. 52 - 54.

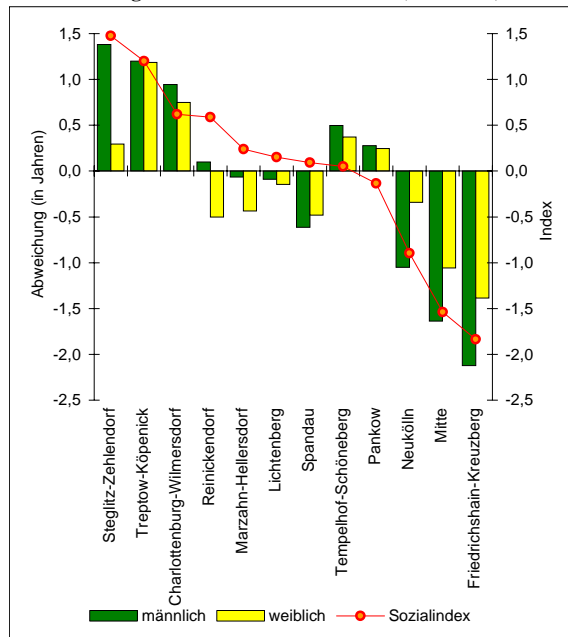
zu rechnen als Jungen aus dem Bezirk Steglitz-Zehlendorf (77,3 Jahre). Von allen Berliner Bezirken haben Jungen aus Steglitz-Zehlendorf seit Anfang der neunziger Jahre die höchste Lebenserwartung (vgl. Abbildung 3.1).

Säuglingssterblichkeit

Mit der Säuglingssterblichkeit wird der Anteil der Säuglinge erfasst, die innerhalb des ersten Lebensjahres sterben. Nach wie vor wird sie als Indikator zur Beurteilung der Gesundheitslage einer Bevölkerung genutzt.

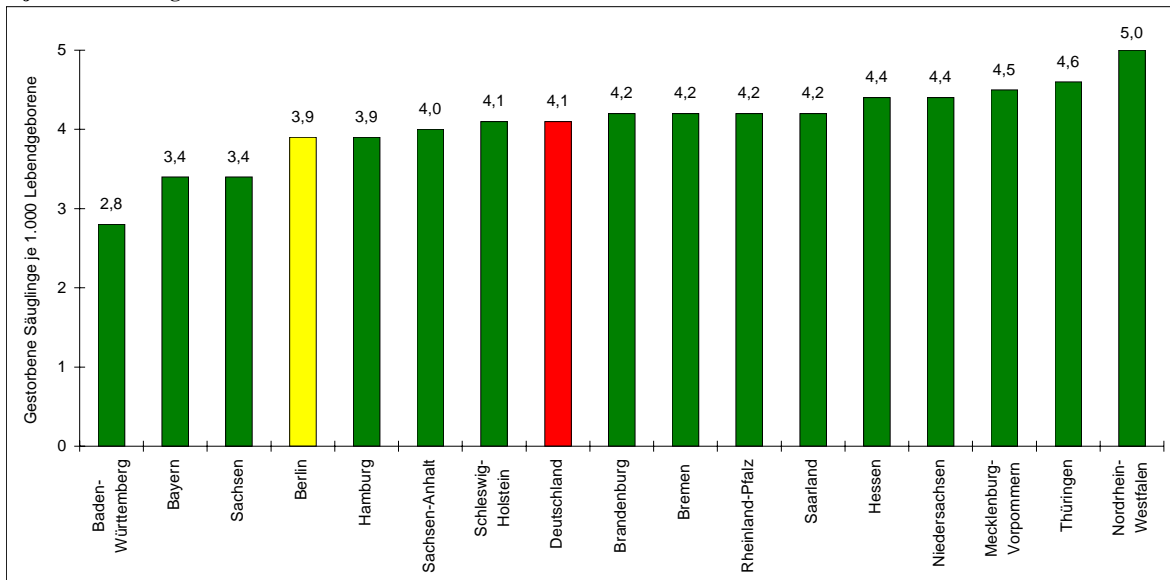
Deutschland gehört weltweit zu den Ländern mit den niedrigsten Säuglingssterblichkeitsquoten. Im Jahr 2004 wurde mit 4,1 gestorbenen Säuglingen je 1.000 Lebendgeborene die bis dahin niedrigste Ziffer erreicht. Berlin gehört wiederum seit Jahren zu den Bundesländern, in denen das Risiko, im ersten Lebensjahr zu sterben, deutlich unter dem Bundesniveau liegt (vgl. Tabelle 3.2.43 und Abbildung 3.2).

Abbildung 3.1:
Zusammenhang zwischen Sozialindex (2003) und durchschnittlicher Lebenserwartung (in Jahren) in Berlin 2002 - 2004 (zusammengefasst) nach Geschlecht und Bezirken - Abweichung vom Berliner Durchschnitt (in Jahren)



(Datenquelle: StaLa Berlin / Berechnung und Darstellung: SenGesSozV - II A -)

Abbildung 3.2:
Säuglingssterblichkeit in der Bundesrepublik Deutschland 2004 nach Bundesländern - je 1.000 Lebendgeborene

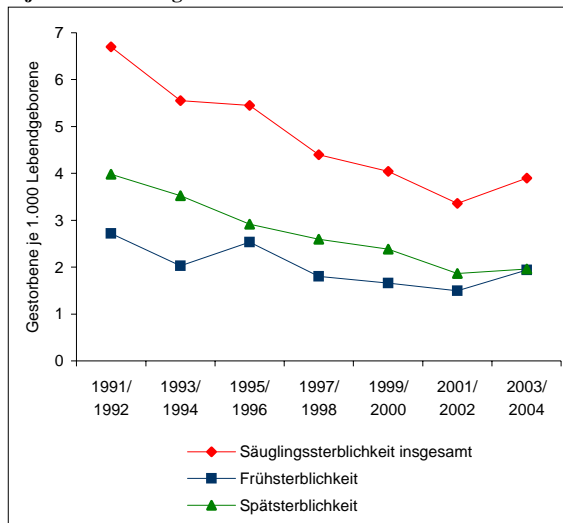


(Datenquelle: StBA / Darstellung: SenGesSozV - II A -)

Neuerlicher Anstieg der Säuglingssterblichkeit

In Berlin wurde, nach einem bis dahin kontinuierlichen Rückgang der Sterbeziffer, im Jahr 2002 mit 3,3 gestorbenen Säuglingen je 1.000 Lebendgeborene die bis dahin niedrigste Rate ermittelt. Danach kam es jedoch wieder zu einem Anstieg der Sterbefälle (von 95 im Jahr 2002 auf immerhin

Abbildung 3.3:
Säuglingssterblichkeit in Berlin 1991 - 2004 (jeweils zwei Jahre zusammengefasst)
- je 1.000 Lebendgeborene



(Datenquelle: StaLa Berlin / Berechnung und Darstellung:
 SenGesSozV - II A -)

114 in 2004). Bezogen auf 1.000 Lebendgeborene betrug die Zunahme 0,6 % (vgl. Abbildung 3.3). Jungen haben gegenüber Mädchen ein deutlich höheres Risiko, im ersten Lebensjahr zu sterben. Im Zeitraum von 1991 bis 2004 lag die Sterberate der männlichen Säuglinge rund 30 % über der weiblichen.

Ein höheres Risiko, innerhalb des ersten Lebensjahres zu sterben, haben zudem Säuglinge ausländischer Herkunft. Unter Berücksichtigung der Änderung des Staatsangehörigkeitsgesetzes zum 01.01.2000 hatten ausländische Säuglinge in den nachfolgenden Jahren mit 7,4 % ein mehr als doppelt so hohes Sterberisiko als deutsche (3,3 Gestorbene je 1.000 Lebendgeborene). Insgesamt gesehen ging der Anstieg der Säuglingssterblichkeit in Berlin vornehmlich auf eine Zunahme in den Bezirken Mitte, Neukölln und Reinickendorf und hier wiederum auf einen starken Anstieg der Frühsterblichkeit (immerhin 30 %) zurück (vgl. Abbildung 3.3).

Das Todesursachenspektrum im Säuglingsalter wird von nur wenigen Todesursachen dominiert. Mehr als jeder zweite Säuglingssterbefall geht zu Lasten von Todesursachen, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben (z. B. extreme Unreife, schwerwiegende Störungen der Atmung unter der Geburt). Bei mehr als jedem zehnten Säuglingssterbefall sind angeborene Herzfehler die Todesursache. Nahezu jeder zehnte Sterbefall wurde außerdem in den letzten Jahren in Berlin durch den so genannten Plötzlichen Kindstod (SIDS) verursacht. Erfreulicherweise ist die SIDS-Sterblichkeit in Berlin (aber auch bundesweit) rückläufig, während die Zahl derer, bei denen ein zu niedriges Geburtsgewicht als Todesursache kodiert wurde, zugenommen hat.

Perinatalsterblichkeit

Die Perinatalsterblichkeit umfasst die Frühsterblichkeit (Gestorbene in der ersten Lebenswoche) und die Totgeburtlichkeit. Sie ist ein guter Indikator zur Beurteilung der Wirksamkeit der unmittelbaren geburtshilflich-neonatologischen Betreuung. Gleichzeitig liefert sie wichtige Informationen über Qualität und Effektivität der Schwangerenbetreuung.

Von 1992 bis 1994 hatte Berlin bundesweit, bezogen auf 1.000 Geborene, die niedrigste Perinatalsterblichkeit (vgl. Tabelle 3.2.43). Mit der Änderung des Personenstandsgesetzes zum 01.04.1994 (§ 29 legt fest, dass Totgeburten seitdem bereits ab einem Geburtsgewicht von 500 Gramm in das Sterbebuch des zuständigen Standesamtes einzutragen sind) kam es in allen Bundesländern zu einem starken Anstieg der Totgeborenenrate. In Berlin stieg die Perinatalsterblichkeit überproportional an (allein von 1993 bis 1995 um etwa 50 %). Bedingt durch rückläufige Raten hatte Berlin im Zeitraum von 2001 bis 2003 erstmals wieder auf Bundesniveau liegende Raten.

Änderung des Personenstandsgesetzes bewirkte Zunahme der Totgeburtlichkeit

Im Jahr 2004 kam es jedoch zu einem neuerlichen starken Anstieg der Totgeborenenrate. Gegenüber dem Vorjahr (128 Totgeborene bzw. 4,4 je 1.000 Geborene) stieg diese um mehr als ein Fünftel an (156 bzw. 5,3 je 1.000).

Wie die Säuglingssterblichkeit liegt auch die perinatale Sterblichkeit innerhalb der ausländischen Population über der der deutschen: Betrachtet nach der Staatsangehörigkeit hatten Ausländer im Zeitraum von 2001 bis 2004 mit durchschnittlich 14,5 Fällen je 1.000 Geborene eine fast dreifach höhere Perinatalsterblichkeit als das bei Deutschen mit 5,5 je 1.000 der Fall war.

Soziale Lage beeinflusst Säuglings- und Perinatalsterblichkeit

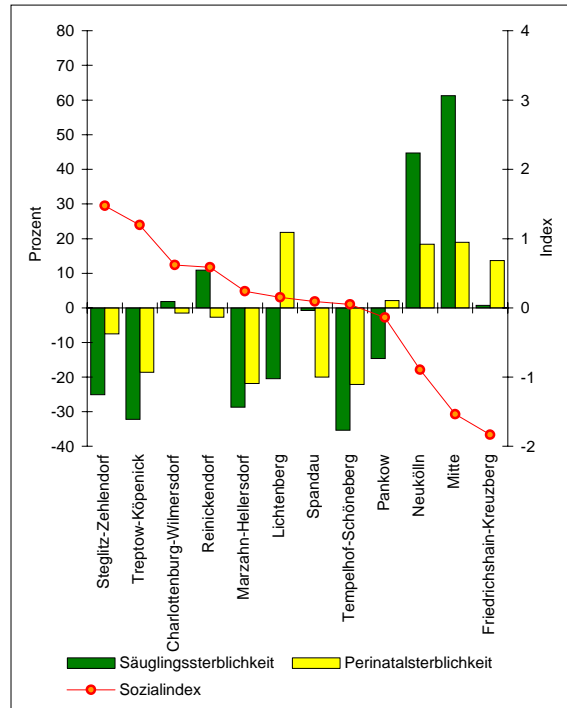
Sowohl Säuglings- als auch Perinatalsterblichkeit reagieren sensibel auf eine Vielzahl von Determinanten. Ein wichtiger Gradient ist die soziale Lage der Bevölkerung, in der die Mutter bzw. die Eltern der gestorbenen Säuglinge leben. Bezug nehmend auf die Sterblichkeitsausmaße haben u. a. Prädiktoren wie persönliche Risiken der Schwangeren (Alter, Geburtenrang, Ehestatus, familiäre Belastung, besondere psychische und/oder soziale Belastung, Nationalität, Staatsangehörigkeit) aber auch verhaltensbedingte Risiken (Gesundheits- und Krankheitsverhalten wie Rauchen, Abusus, Inanspruchnahme von Gesundheits- bzw. Versorgungsangeboten) einen hohen Stellenwert. Die genannten Indikatoren werden wiederum durch schichtspezifische Indizes, z. B. schulische und berufliche Qualifikation, sprachliche und soziostrukturelle Zugangsprobleme zum Gesundheitsversorgungssystem oder die wirtschaftliche Lage (Einkommen, Erwerbsstatus, Anzahl der Sozialhilfeempfänger) beeinflusst.

Dass die Höhe der Säuglings- und Perinatalsterblichkeit im Kontext mit der sozialen Lage steht, wird beim Regionalvergleich deutlich. In Berlin wurden z. B. im Zeitraum von 2000 bis 2004 in den Bezirken mit den ungünstigsten Sozialindizes (Friedrichshain-Kreuzberg, Mitte und Neukölln) deutlich höhere Sterberaten als in den Bezirken mit der günstigsten Sozialstruktur (Steglitz-Zehlendorf, Treptow-Köpenick) beobachtet (vgl. Abbildung 3.4).

Kindersterblichkeit

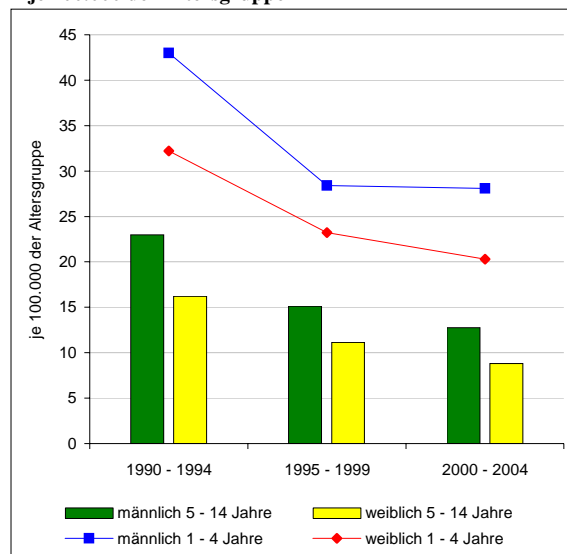
Verglichen mit der Säuglingssterblichkeit ist die Sterblichkeit der Klein-, Vorschul- und Schulkinder (gemeint ist in folgenden Ausführungen die Altersgruppe der 1- bis unter 15-Jährigen) relativ gering. Im Durchschnitt gesehen starben in den letzten fünf Jahren jährlich etwa 24 Mädchen und

Abbildung 3.4:
Zusammenhang zwischen Sozialindex (2003) und Säuglings- und Perinatalsterblichkeit in Berlin 2000 - 2004 (zusammengefasst) nach Bezirken
- Abweichung vom Berliner Durchschnitt (in %)



(Datenquelle: StaLa Berlin / Berechnung und Darstellung: SenGesSozV - II A -)

Abbildung 3.5:
Geschlechtsspezifische Kindersterblichkeit in Berlin 1990 - 2004 (jeweils fünf Jahre zusammengefasst) nach ausgewählten Altersgruppen
- je 100.000 der Altersgruppe



(Datenquelle: StaLa Berlin / Berechnung und Darstellung: SenGesSozV - II A -)

35 Jungen innerhalb dieser Bevölkerungsgruppe. Die Sterberate der Jungen betrug im Zeitraum 2000 bis 2004 im Durchschnitt gesehen 16,8 Gestorbene je 100.000 der Altersgruppe, die der Mädchen lag bei 12,6 und damit ein Viertel unter der der Knaben.

Nahezu jeder zweite Sterbefall betraf 1- bis unter 5-jährige Kinder, deren Sterbeziffer mit durchschnittlich 25,8 Gestorbenen je 100.000 130 % über der der 5- bis unter 15-Jährigen (10,8 je 100.000) lag.

Aufgrund der relativ geringen Fallzahlen unterliegt die Kindersterblichkeit in Berlin jährlichen Schwankungen. Insgesamt gesehen ging sie aber seit Anfang der neunziger Jahre deutlich zurück. Das betraf Jungen und Mädchen gleichermaßen. Der Sterblichkeitsrückgang war aber bei den Schulkindern (minus 45 %) deutlich intensiver als bei den Kleinkindern (minus 36 %) (vgl. Abbildung 3.5).

Anders als im höheren Erwachsenenalter spielen nichtnatürliche Sterbefälle (z. B. Tod infolge von Verletzungen und Vergiftungen) bei Kindern, Jugendlichen und jüngeren Erwachsenen eine bedeutendere Rolle. Während der Anteil der nichtnatürlichen Sterbefälle bei über 65-Jährigen bei lediglich 2 % liegt, stellen die in die Klassifikation der nichtnatürlichen Sterbefälle fallenden Todesursachen bei Kindern etwa jeden vierten Todesfall.

Wie im Säuglings- wird auch im späteren Kindesalter das Todesursachenspektrum von nur wenigen Ursachen geprägt. Bei den natürlichen Todesursachen stellen Todesfälle infolge von bösartigen Neubildungen (wie etwa Leukämien, Hirntumore und Knochenkrebs) fast jeden dritten Sterbefall. Bei den nichtnatürlichen Todesursachen gehen fast drei Viertel der Sterbefälle zu Lasten von Transportmittel- und häuslichen Unfällen.

Vermeidbare Sterbefälle im Säuglings- und Kindesalter

Nach der von einer EU-Arbeitsgruppe erarbeiteten Definition zu vermeidbaren Todesfällen (derzeit gelten Sterbefälle bei 29 Todesursachen oder Todesursachengruppen innerhalb bestimmter Altersgruppen als vermeidbar) könnte in Berlin immerhin etwa jeder zweite Sterbefall im Säuglingsalter und jeder vierte bei den 1- bis unter 15-Jährigen vermieden werden. Im Säuglingsalter sind es die perinatalen Sterbefälle, also die Gestorbenen in der ersten Lebenswoche und die Totgeborenen, die per definitionem als vermeidbar gelten. Im Kindesalter sind dann hauptsächlich Todesfälle infolge von Transportmittelunfällen und Leukämien zu nennen, die einen vermeidbaren Sterbefall bedingen.

Unter Nichteinbeziehung der Totgeborenen (derzeit in Berlin etwa 138 per anno) sterben jährlich immerhin noch 65 unter 15-jährige Berliner Kinder (27 weiblichen, 38 männlichen Geschlechts) an Krankheiten oder Ereignissen, die dem vermeidbaren Todesursachenspektrum zuzuordnen sind.

3.1.1.2 Ausgewählte Morbiditätsdaten

Das Krankheitsspektrum im Kindes- und Jugendalter hat sich in den westlichen Industriestaaten, insbesondere in den letzten Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts, entscheidend verändert. Die Veränderung des Morbiditätsspektrums wiederum ging mit einer Verschiebung von den akuten (z. B. Infektionskrankheiten) zu den chronischen Erkrankungen (z. B. Asthma, Allergien) und von den somatischen zu den psychischen Störungen einher².

Meldepflichtige Infektionskrankheiten

Zur wirksamen Bekämpfung von übertragbaren Infektionskrankheiten besteht in der Bundesrepublik Deutschland gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG) (bis 2000 Bundes-Seuchengesetz) eine Meldepflicht für bestimmte Infektionskrankheiten und/oder deren Erreger.

² siehe Fußnote 1.

Meldepflichtige
Infektionskrankheiten
bei Kindern auf bisher
niedrigstem Stand

niedrigste Zahl. Mit 756 erkrankten Kindern je 100.000 der Gesamtpopulation lag die Morbiditätsziffer 7 % unter Vorjahresniveau. Am häufigsten erkrankten Kinder im Alter von 1 bis unter 5 Jahren (50 %), weitere 28 % waren im Alter von 5 bis unter 15 Jahren, 22 % der Erkrankten waren im Säuglingsalter (vgl. Tabelle 3.1).

Gastroenteritiden, am häufigsten verursacht durch Rotaviren, betreffen die meisten Meldungen bei Kindern. Zwei Drittel der für das Jahr 2004 insgesamt gemeldeten Infektionskrankheiten bei Kindern waren allein auf Rotavirus-Enteritisfälle zurückzuführen. Etwa jede fünfte Durchfallerkrankung wurde durch Noroviren bzw. Salmonellen verursacht. Insgesamt machten infektiöse Darmerkrankungen etwa 93 % aller Meldungen im Kindesalter aus.

Bösartige Neubildungen

In der Bundesrepublik Deutschland erkranken pro Jahr rund 1.800 Kinder an Krebs. Das ergibt eine Inzidenz von etwa 14 Neuerkrankungen je 100.000 unter 15-Jährige. Der Anteil der bösartigen Neubildungen bei Kindern an allen Erkrankungen im Kindesalter liegt zwar nur bei unter einem Prozent, Sterbefälle infolge bösartiger Neubildungen sind aber bei 1- bis unter 15-jährigen Kindern nach Verletzungen und Vergiftungen Todesursache Nummer zwei. Erfreulicherweise haben sich die Heilungschancen der Kinder weiter verbessert. Derzeit können acht von zehn Erkrankten vollständig geheilt werden.

Das Risiko Berliner
Kinder, an Krebs zu
erkranken, liegt unter
Bundesdurchschnitt

Nach den Angaben des Kinderkrebsregisters in Mainz wurden im Zeitraum von 1994 bis 2003 621 an Krebs erkrankte Kinder aus Berlin gemeldet. Der Anteil an allen Meldungen (17.890 Fälle) betrug damit 3,5 %. Bezogen auf je 100.000 unter 15-Jährige lag die (kumulierte) altersstandardisierte Inzidenzrate der Berliner Kinder mit 13,2 je 100.000 7 % unter dem Bundesdurchschnitt (14,2 je 100.000 der Altersgruppe).

Den 621 im Krebsregister Mainz erfassten Erkrankungsfällen aus Berlin standen 119 (49 Mädchen, 70 Jungen) an bösartigen Neubildungen gestorbene Kinder gegenüber. Anders als im Erwachsenenalter ist bei Kindern noch kein eindeutiger Trend in Richtung Sterblichkeitsrückgang erkennbar. Ob die für das Jahr 2004 bisher niedrigste Zahl der an Krebs gestorbenen Berliner Kinder eine Trendwende einläutet, bleibt daher abzuwarten.

Ausgewählte Daten zum Unfallgeschehen

Unfälle im Säuglings- und Kindesalter zählen zu den wichtigsten Gesundheitsrisiken in diesem Alter. Ein Drittel aller Unfälle im Kindesalter ereignen sich im häuslichen Milieu und in der Freizeit. Mehr als die Hälfte (55 %) der Kinder verunfallen jedoch in Kindergärten und Schulen. Etwas mehr als jeder zehnte Unfall ist auf einen Transportmittelunfall zurückzuführen.

Laut Daten der Berliner Unfallkasse erlitten im Jahr 2004 rund 11.000 (bzw. 8 %) der 135.400 Berliner Kita-Kinder einen Unfall. Obwohl gegenüber dem Vorjahr 3.000 Kinder weniger in den Kindertagesstätten angemeldet waren, blieb die Zahl der Unfälle mit etwas mehr als 40 Unfallmeldungen pro Tag nahezu konstant.

Tabelle 3.1:
Nach dem Infektionsschutzgesetz gemeldete
Infektionskrankheiten bei 0- bis unter 15-
Jährigen in Berlin 2001 - 2004

Jahr	Gemeldete Neuerkrankungen		
	absolut	je 100.000	Anteil (in %)
2001	3.799	845,6	32,2
2002	3.397	774,2	24,0
2003	3.474	812,1	29,9
2004	3.153	756,0	25,8

(Datenquelle: RKI / Berechnung: SenGesSozV
- II A -)

Auch für Schülerunfälle ist die Unfallkasse Trägerin der gesetzlichen Unfallversicherung. Wie die Auswertungen der Kasse ergaben, ereigneten sich im Jahr 2004 bei rund 340.700 Berliner Schülerinnen und Schülern knapp 52.580 Schulunfälle. Das ergab eine Zahl von durchschnittlich 270 Unfällen pro Schultag.

Kinder haben ein erhöhtes Risiko, im Straßenverkehr zu verunfallen. Auf Berliner Straßen verunglückten im Jahr 2004 1.354 unter 15-Jährige. Bezogen auf je 100.000 der Altersgruppe lag die Unfallrate damit bei 316 je 100.000 unter 15-Jährige. Von den in Berlin verunglückten Kindern erlitten 1.176 (87 %) leichte Verletzungen. 178 Kinder (13 %) wurden jedoch schwer verletzt.

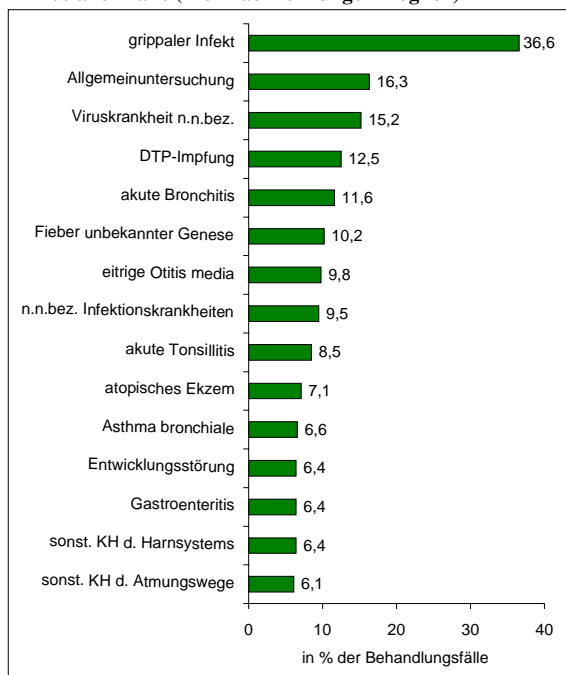
Insgesamt kamen von 1993 bis 2004 auf Berlins Straßen 1.233 Menschen auf Grund von Verkehrsunfällen ums Leben. 94 (darunter 32 Mädchen) waren jünger als 15 Jahre. Etwa jedes vierte gestorbene Kind lebte jedoch nicht in der Stadt. Die Zahl der an den Folgen von *Verkehrsunfällen* gestorbenen Berliner Kinder liegt seit 1999 bei etwa zwei per anno. Die Sterblichkeit der Berliner Kinder ging von 1993 bis 2004 um 79 % zurück und lag in den letzten Jahren bei 0,5 Gestorbenen je 100.000. Im Bundesdurchschnitt ging die Sterblichkeit um 46 % zurück. Mit einer Ziffer von 1,7 gestorbenen Kindern je 100.000 hatten aber auch in den letzten drei Jahren unter 15-Jährige aus dem übrigen Bundesgebiet ein mehrfach höheres Sterberisiko, im Straßenverkehr ums Leben zu kommen, als Gleichaltrige aus Berlin.

Berliner Kinder sterben seltener infolge von Verkehrsunfällen als Kinder aus dem übrigen Bundesgebiet

Ambulante Morbidität

Für die ambulante medizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen steht in der Bundesrepublik Deutschland eine Vielzahl an verschiedenen Einrichtungen zur Verfügung. Hinsichtlich der Beschreibung und Beurteilung der ambulanten Morbidität im Kindesalter ist die Datenlage nach wie vor als defizitär zu bezeichnen. Angaben existieren mehr oder weniger nur zu den gesundheitlichen Rahmenbedingungen im ambulanten Bereich.

Abbildung 3.6:
Die häufigsten Behandlungsdiagnosen in den kinderärztlichen Vertragsarztpraxen in Berlin 2004 (I. Quartal)
- in % aller Fälle (Mehrfachnennungen möglich)



(Datenquelle: KV Berlin / Darstellung: SenGesSozV - II A -)

Bezogen auf die Behandlung von Kindern im niedergelassenen Bereich waren Ende 2004 in Berlin 336 Ärztinnen/Ärzte für Kinderheilkunde und weitere 31 in der Fachrichtung Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie tätig. Der Versorgungsgrad in der Kinderheilkunde lag bei 79 Kinderärzten und -ärztinnen je 100.000 Kinder. Das diagnosespezifische Behandlungsspektrum in den Kinderarztpraxen spiegelt jedoch nur unzureichend den eigentlichen Gesundheitszustand der Kinder wider. So werden gesundheitsverhaltensbedingte Krankheiten und Gesundheitsstörungen sowie umweltbedingte Krankheiten (abgesehen von in der Praxis durchgeführten Impfungen und von allergenbedingten Krankheitsbildern) kaum erfasst.

Betrachtet nach der Häufigkeit der Behandlungsdiagnosen waren nach Angaben der KV Berlin in den Kinderarztpraxen im I. Quartal 2004 Erkrankungen der oberen Luftwege, diese wiederum angeführt von grippalen Infekten, die mit Abstand häufigsten Gründe einer Kinderarztconsultation. Aber auch Asthma bronchiale und Neurodermitis zählten vergleichsweise zu den häufigsten Behandlungsanlässen (vgl. Abbildung 3.6).

Stationäre Morbidität

Daten zur stationären Behandlung der Bevölkerung in den Krankenhäusern der Bundesrepublik Deutschland werden im Rahmen der Verordnung über die Bundesstatistik für Krankenhäuser (Krankenhausstatistik-Verordnung, KHStatV-Teil II: Diagnosen) seit 1994 erfasst und ausgewertet.

Den Auswertungen der Krankenhausdiagnosedaten zufolge wurden in den letzten Jahren jährlich etwa 41.200 Berliner Kinder (23.400 Jungen, 17.800 Mädchen) in den Berliner Krankenhäusern vollstationär behandelt. Der Anteil der Kinder an allen im Krankenhaus behandelten Berlinerinnen und Berlinern lag bei knapp sieben Prozent. Die Zahl der im Durchschnitt für die Behandlung von Kindern im Krankenhaus benötigten Betten betrug 613 pro Tag (davon für die Behandlung von Säuglingen etwa 250). Das entsprach 4 % der insgesamt für die stationäre Behandlung der Berliner Bevölkerung am Tag belegten Betten. Mit einer durchschnittlichen Verweildauer von fünfeinhalb Tagen lag diese bei Kindern etwa 4 Tage unter der Liegedauer aller über 15-jährigen Berliner Krankenhauspatienten.

Stationäre Morbiditätsrate im Kindesalter weiter angestiegen

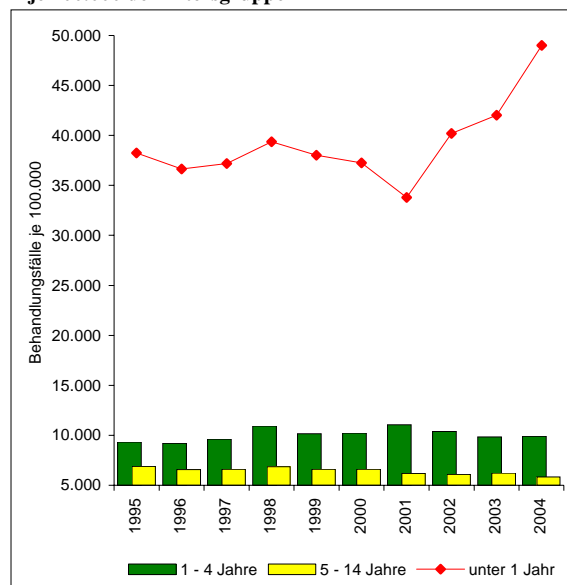
Die absolute Zahl der stationären Behandlungsfälle ging von 1995 bis 2004 um 14 % zurück. Bezogen auf 100.000 der Altersgruppe kann jedoch von einem Rückgang der Krankenhausinanspruchnahme im Kindesalter noch keine Rede sein. Im genannten Zeitraum stieg die Rate um 9 % an und erreichte im Jahr 2004 mit 9.933 Fällen je 100.000 der Altersgruppe ihren bis dahin höchsten Stand. Jungen befanden sich im gesamten Beobachtungszeitraum deutlich häufiger (im Durchschnitt jährlich etwa 10.300 Fälle je 100.000 der Altersgruppe) in stationärer Behandlung als Mädchen (8.410 je 100.000).

Die Häufigkeit von Krankenhausbehandlungen im Kindesalter hängt stark von der Altersgruppe der zu behandelnden Kinder ab. Säuglinge befinden sich mit Abstand am häufigsten im Krankenhaus. Ihre stationäre Morbiditätsrate entspricht etwa der der 70- bis unter 75-jährigen Berliner Krankenhauspatienten und -patientinnen. Die Behandlungsrate der unter 1-Jährigen stieg in den letzten Jahren stark an. Mit 49.022 Behandlungsfällen je 100.000 wurde im Jahr 2004 in Berlin zudem die bis dahin höchste stationäre Morbiditätsrate innerhalb dieser Altersgruppe erreicht. Das bedeutet, dass, statistisch gesehen, jeder zweite Berliner Säugling einmal im Jahr vollstationär in einem Berliner Krankenhaus behandelt wurde.

Anders bei Klein- und Schulkindern: Bei den 1- bis unter 5-Jährigen ist ein Rückgang der Krankenhaushäufigkeit erkennbar. In den Jahren 2003 und 2004 lag die Behandlungsrate mit durchschnittlich 9.880 Fällen je 100.000 der Altersgruppe seit 1997 zudem erstmals wieder unter 10.000. Auch bei den 5- bis unter 15-Jährigen wurde mit 5.847 Behandlungsfällen je 100.000 im Jahr 2004 die bis dahin niedrigste Behandlungsziffer registriert. Das entsprach seit 1995 einem Rückgang von immerhin 15 % (vgl. Abbildung 3.7).

Zwischen den Berliner Bezirken gibt es seit Auswertungsbeginn der Diagnosestatistik bezüglich der Häufigkeitsverteilungen erhebliche Unterschiede. In nahezu allen Altersgruppen ist auch 15 Jahre nach der Wiedervereinigung der Stadt eine unterschiedliche Krankenhausinanspruchnahme zu beobachten.

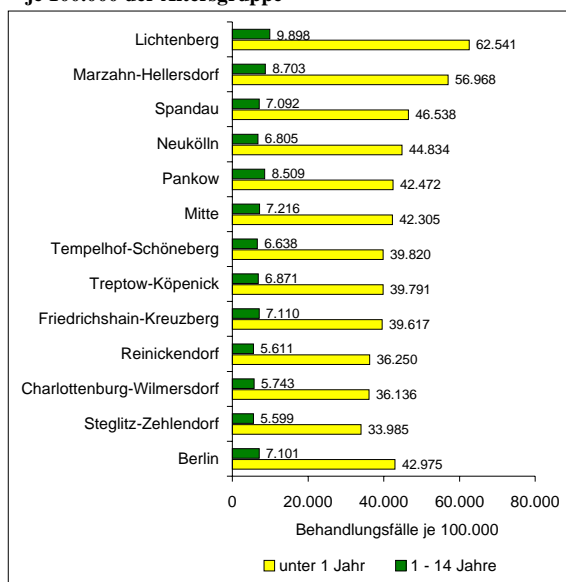
Abbildung 3.7:
Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschl. Sterbefälle) in Berlin (nur Berliner Kinder) 1995 - 2004 nach ausgewählten Altersgruppen - je 100.000 der Altersgruppe



(Datenquelle: StaLa Berlin, KHStatV-Teil II / Berechnung und Darstellung: SenGesSozV - II A -)

Im gesamten Beobachtungszeitraum (1995 bis 2004) befanden sich Kinder aus den östlichen Bezirken Berlins durchweg häufiger als Kinder aus den westlichen Bezirken der Stadt in stationärer Behandlung. Die höhere Behandlungsmorbidität der Kinder aus (ehemals) Berlin-Ost spiegelt sich in allen betrachteten Altersgruppen wider. Und sie trifft, bis auf Treptow-Köpenick, auf alle Kinder der östlichen Bezirke Berlins zu. Aussagen zur Krankenhaushäufigkeit von Kindern aus dem ehemaligen Ostbezirk „Mitte“ (nach der Bezirksreform mit Wedding und Tiergarten stellt dieser jetzt den „Neubezirk“ Mitte) können an dieser Stelle nicht getroffen werden. Bis zur Bezirksreform hatten aber Kinder aus Mitte deutlich höhere Behandlungsraten als vergleichsweise Kinder aus den Bezirken Wedding und Tiergarten. Selbiges trifft auch auf Kinder aus dem ehemaligen Ostbezirk Friedrichshain zu, der seit 2001 zusammen mit Kreuzberg den Bezirk Friedrichshain-Kreuzberg bildet.

Abbildung 3.8:
Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschl. Sterbefälle) in Berlin (nur Berliner Kinder) 2002 - 2004 (zusammengefasst) nach Bezirken und ausgewählten Altersgruppen - je 100.000 der Altersgruppe



(Datenquelle: StaLa Berlin, KHStatV-Teil II / Berechnung und Darstellung: SenGesSozV - II A -)

Bezüglich der stationären Behandlungsraten im Säuglingsalter lag die Schwankungsbreite in den Berliner Bezirken im Zeitraum 2002 bis 2004 zwischen 33.985 in Steglitz-Zehlendorf und 62.541 je 100.000 der Altersgruppe in Lichtenberg. Statistisch gesehen wurden im letztgenannten Bezirk demzufolge etwa zwei Drittel der dort lebenden Kinder im Laufe ihres ersten Lebensjahres vollstationär in einem Krankenhaus behandelt, während das im Bezirk Steglitz-Zehlendorf nur auf etwa jeden dritten Säugling zutraf. Aber auch in den Bezirken Charlottenburg-Wilmersdorf und Reinickendorf hatten Säuglinge eine deutlich unter dem Berliner Durchschnitt liegende Krankenhaushäufigkeit.

Ebenso wie bei den Säuglingen war in den letzten Jahren eine überdurchschnittlich häufige stationäre Behandlung auch bei älteren Kindern aus den Bezirken Lichtenberg (9.898 Fälle je 100.000), Marzahn-Hellersdorf (8.703) und Pankow (8.509) zu beobachten. Gegenüber Kindern aus Steglitz-Zehlendorf (5.599 je 100.000), Reinickendorf (5.611) und Charlottenburg-Wilmersdorf (5.743) hatten sie eine im Durchschnitt 60 % höher liegende Behandlungsrate (vgl. Abbildung 3.8).

Das stationäre Behandlungsspektrum im Säuglings- und Kindesalter ist sehr vielschichtig. Zu einem Drittel der Behandlungsanlässe wird es jedoch von nur wenigen Diagnosen dominiert. Die restlichen zwei Drittel verteilen sich dann aber auf eine Vielzahl von Behandlungsgründen.

Im gesamten Auswertungszeitraum befanden sich Säuglinge am häufigsten wegen zu niedrigem Geburtsgewicht und Unreife (ICD-10 Nr. P 07) im Krankenhaus. An zweiter Stelle der Behandlungsmorbidität standen infektiöse Durchfallerkrankungen, gefolgt von Neugeborenen, die wegen einer Gelbsucht (Neugeborenenikterus) behandelt wurden.

Bei Klein- und Schulkindern sind nach wie vor chronische Krankheiten der Gaumen- und Rachenmandeln der häufigste Grund eines Krankenhausaufenthaltes, gefolgt von Gehirnerschütterungen, infektiösen Durchfallerkrankungen und akuten Appendizitiden. Die Zahl der Behandlungsfälle ist jedoch bei allen genannten Behandlungsanlässen rückläufig.

Bezogen auf die seelische Gesundheit von Kindern bedarf es künftig besonderer Aufmerksamkeit. In den letzten Jahren werden zunehmend Berliner Kinder wegen emotionaler Störungen, Entwicklungsstörungen und schwerer Belastungs- und Anpassungsstörungen im Krankenhaus behandelt. Bei den noch gering anmutenden Zahlen (im Jahr 2000 rund 1.000, 2003 1.100 Fälle) muss auch noch berücksichtigt werden, dass es sich bei den betroffenen Kindern meist um schwere Störungen handelt, die ambulant nicht zu therapieren sind und zudem einen langwierigen medizinischen Betreuungsaufwand benötigen.

Schwer behinderte Kinder

Im Kindesalter ist der Anteil schwer behinderter Personen, gemessen an der Gesamtbehindertenzahl, relativ gering. In der Bundesrepublik Deutschland waren Ende 2003 123.985 Kinder im Besitz eines anerkannt gültigen Schwerbehindertenausweises, der Anteil an der Gesamtbehindertenzahl betrug 1,9 %. In Berlin lebten zu diesem Zeitpunkt 4.593 schwer behinderte unter 15-Jährige. Mit einem Anteil von 1,4 % an allen Schwerbehinderten lag dieser unter Bundesniveau.

Zunahme der Schwerbehindertenrate

Jungen sind häufiger von Behinderungen bedroht als Mädchen (Verhältnis 3:2). Ende 2003 waren 2.681 bzw. 58 % der schwer behinderten Kinder aus Berlin männlichen und 1.912 (42 %) weiblichen Geschlechts.

Bezogen auf die Altersgruppe lag die Prävalenzrate aller schwer behinderten Berliner Kinder mit 1.089 je 100.000 unter 15-Jährige 7 % über dem Bundesniveau (1.019 je 100.000). Statistisch gesehen wohnt demzufolge jedes dreißigste in der Bundesrepublik Deutschland anerkannt schwer behinderte Kind in Berlin. Mit einem Rückgang der Kinderzahlen einhergehend (vgl. Abschnitt 2.1.1) nahm die Schwerbehindertenrate in Berlin im Beobachtungszeitraum zu und erreichte mit 1.089 je 100.000 Kinder Ende 2003 ihren bis dahin höchsten Stand.

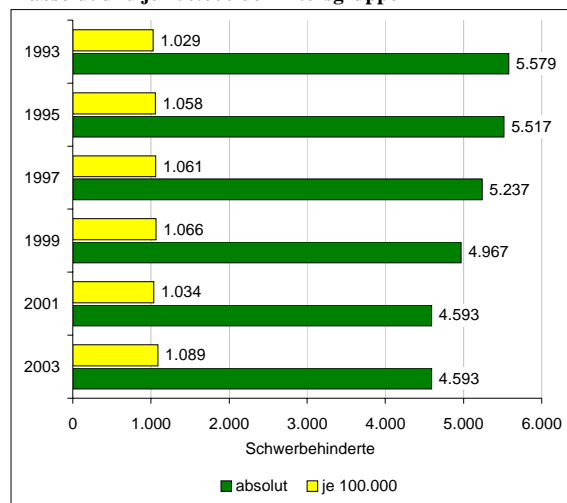
Deutsche Eltern lassen eine mögliche bestehende Behinderung ihrer Kinder häufiger anerkennen als ausländische. In Berlin lebten Ende 2003 nur 639 bzw. 934 je 100.000 schwer behinderte Kinder ausländischer Herkunft, denen 3.954 deutsche bzw. 1.100 je 100.000 der unter 15-jährigen deutschen Kinder gegenüber standen (vgl. Abbildung 3.9).

Als Gründe für die Anerkennung einer Schwerbehinderung werden zerebrale Störungen, geistige und seelische Behinderungen sowie Querschnittslähmungen bei Kindern an vorderster Stelle genannt. Rund 40 % aller Anerkennungen gehen auf die genannten Behinderungsursachen zurück. Relativ häufig sind Behinderungen infolge von Beeinträchtigungen der Funktion von inneren Organen bzw. Organsystemen (17 %). Bei etwa jedem zehnten schwer behinderten Kind sind Störungen der Sinnesorgane (wie Taubheit, Schwerhörigkeit, Blindheit) der Grund für die Anerkennung seiner Behinderung. Mehr als ein Drittel aller Behinderungen im Kindesalter sind angeboren.

Pflegebedürftige Kinder

Angaben zur Pflegebedürftigkeit stehen in der Bundesrepublik Deutschland erst seit dem Jahr 1999 zur Verfügung. Die Erhebungen und Auswertungen erfolgen alle zwei Jahre. Am 15.12.2003 waren in

Abbildung 3.9:
Anerkannt schwer behinderte Kinder (Alter: 0 bis unter 15 Jahre) in Berlin 1993 - 2003 (Stand: 31.12.)
- absolut und je 100.000 der Altersgruppe



(Datenquelle: StaLa Berlin / Berechnung und Darstellung:
SenGesSozV - II A -)

der Bundesrepublik Deutschland 2.076.935 Personen im Sinne des Gesetzes pflegebedürftig. In Berlin belief sich die Zahl auf 89.692.

In der überwiegenden Mehrzahl (über 80 %) sind über 65-Jährige von Pflegebedürftigkeit betroffen. Der Anteil der Kinder gemessen an allen Pflegebedürftigen liegt in Deutschland derzeit bei 3 %, in Berlin liegt er mit 2 % sogar noch unter dem Bundesniveau. Bundesweit waren Ende 2003 64.715 (bzw. 532 je 100.000) unter 15-Jährige pflegebedürftig. In Berlin belief sich die Zahl der von Pflegebedürftigkeit betroffenen Kinder auf 1.690 bzw. 401 je 100.000. Demnach lag die Rate derer, die pflegebedürftig sind, in Berlin ein Viertel unter dem Bundesdurchschnitt.

Jungen haben gegenüber Mädchen ein deutlich höheres Risiko, pflegebedürftig zu werden. Im Jahr 2003 waren 1.013 aller pflegebedürftigen Berliner Kinder männlichen und 677 weiblichen Geschlechts. Bezogen auf je 100.000 betrug die Prävalenzrate der Jungen 468 und lag damit 42 % über der der Mädchen (329).

Die Mehrzahl der zu pflegenden Berliner Kinder (2003: 977 bzw. 58 %) erhielt Leistungen gemäß Pflegestufe I. Mehr als jedes vierte Kind (480 Fälle) galt als schwerpflegebedürftig (Pflegestufe II), etwa jedes achte Kind (224 Betroffene) war aber nach Pflegestufe III schwerstpflegebedürftig. Der Anteil in der Pflegestufe III entsprach dem des Erwachsenenalters. Nahezu alle pflegebedürftigen Kinder werden zu Hause von Angehörigen gepflegt. Nur ein einziges Kind (im Säuglingsalter) wurde stationär betreut, weitere acht Kinder erhielten im häuslichen Milieu zusätzliche „ambulante professionelle Pflege“.