

3. Gesundheitszustand der Bevölkerung

3.1. Ausgewählte Schwerpunkte

3.1.1 Ausgewählte Daten zur gesundheitlichen Lage der Bevölkerung unter besonderer Berücksichtigung der Berlinerinnen und Berliner im erwerbsfähigen Alter

Zur Beschreibung der gesundheitlichen Lage der Berliner Bevölkerung wird mit Hilfe ausgewählter Daten in den nachfolgenden Ausführungen ein geschlechtersensibler Fokus auf die in Berlin lebenden Frauen und Männer im erwerbsfähigen Alter gerichtet.

Datengrundlage für die Analyse sind vor allem die regelmäßig zur Verfügung stehenden amtlichen Statistiken: Bevölkerungs-, Todesursachen- und Krankenhausdiagnosestatistik, Statistik der meldepflichtigen Krankheiten, Schwerbehinderten- und Pflegestatistiken, Daten der Deutschen Rentenversicherung. Unzureichend sind Informationen über die ambulante ärztliche Versorgung und deren Inanspruchnahme. Bei den derzeit verfügbaren (KV-)Daten handelt es sich um medizinisch abrechnungsrelevante Behandlungsdiagnosen (Behandlungsanlässe), deren primärer Zweck nicht die bevölkerungsbezogene Deskription des ambulanten Morbiditätsgeschehens ist.

Trotz der noch nicht in allen Bereichen ausreichenden Datenlage zur Beschreibung der gesundheitlichen Lage von Berlinerinnen und Berlinern im erwerbsfähigen Alter liefert das zur Verfügung stehende Datenmaterial wertvolle Informationen zur subjektiven und stationären Morbidität, zu medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen, Rentenzugängen wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, zur Schwerbehindertenprävalenz, zur Pflegebedürftigkeit sowie zu den wichtigsten, bei den 15- bis 64-Jährigen auftretenden Krankheiten und die Gesundheit beeinflussenden Ereignissen (z. B. Unfälle). Bezogen auf das Sterbegeschehen liegt der Fokus hauptsächlich auf der allgemeinen vorzeitigen Sterblichkeit unter besonderer Berücksichtigung der vermeidbaren und nichtnatürlichen Todesfälle.

...

3.1.1.2 Allgemeine Morbidität

Die ambulante und stationäre medizinische Betreuung bilden in der Bundesrepublik Deutschland die Basis des Gesundheitsversorgungssystems. Während es in Bezug auf die stationäre Morbidität ausreichend belastbare bevölkerungsbezogene Daten gibt und diese als fester Bestandteil in die Gesundheitsberichterstattung integriert sind, tut sich hinsichtlich der Beschreibung der ambulanten Morbidität ein bislang nach wie vor bestehendes und äußerst defizitäres Analysefeld auf (siehe auch unten Abschnitt „ambulante Morbidität“).

Subjektive Morbidität

Aussagen zum Morbiditätsgeschehen und zur gesundheitlichen Versorgungssituation können aus den Struktur- und Prozessdaten der amtlichen Statistiken abgeleitet werden. *Persönliche Angaben zum Gesundheitsstatus, Gesundheitsverhalten und der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen* ergänzen diese Angaben und leisten einen nicht unerheblichen Beitrag zur Beurteilung der gesundheitlichen und sozialen Lage der Bevölkerung. Die subjektive Morbidität kann dabei als Prädiktor für Morbidität und Mortalität angesehen werden. Sie wird von zahlreichen Faktoren determiniert (z. B. Alter, Geschlecht, *sozioökonomische Einflussgrößen wie Bildung, Berufsstatus, Einkommen*), die sich wiederum auf das Gesundheitsverhalten und die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen niederschlagen.

Angaben zur subjektiven Morbidität sind im Rahmen des *bundesweiten Gesundheitsmonitorings*, mittels der im Robert Koch-Institut regelmäßig durchgeführten und dort ausgewerteten telefonischen Gesundheitsbefragungen verfügbar (u. a. 2008/2009 - Veröffentlichung des RKI ist in Vorbereitung). Die aktuelle Telefonbefragung des Robert Koch-Instituts „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA) startete im September 2009 und wird voraussichtlich bis Ende Juni 2010 durchgeführt werden. Dafür sollen rund 23.000 in Deutschland lebende über 18-jährige Personen interviewt werden. Leider stehen für die Berliner Bevölkerung im Rahmen der bisher durchgeführten Surveys keine Daten zur Verfügung, so dass im Folgenden auf Auswertungen des im gesamten Bundesgebiet durchgeführten *telefonischen Gesundheitssurveys des RKI 2004* (2. Welle, 3.792 befragte Frauen und 3.542 Männer) zu ausgewählten Fragen des Gesundheitszustandes zurückgegriffen wird.

80 % aller Personen im Erwerbsalter schätzen ihren Gesundheitszustand als sehr gut bzw. gut ein

Die *subjektive Einschätzung des individuellen Gesundheitszustandes* kann als sinnvoller Prädiktor für die objektive Gesundheit gewertet werden. So geht eine schlechte Einschätzung des individuellen Gesundheitszustandes meist auch mit objektiven Parametern (z. B. chronischer Krankheit) einher. *Befragungen zum Gesundheitszustand* beantworten Personen meist mit relativ hohen Zufriedenheitswerten. Den Auswertungen des telefonischen Gesundheitssurveys des RKI zu Fragen des Gesundheitszustandes kann entnommen werden, dass etwa 80 % der befragten Frauen und 82 % der befragten Männer im erwerbsfähigen Alter ihren Gesundheitszustand als sehr gut bzw. gut einschätzten. Von den 18- bis 39-Jährigen waren sogar 87 % der Frauen und 91 % der Männer dieser Meinung. Aber auch bei den 40- bis 59-Jährigen lag der Anteil derjenigen mit sehr guter und guter Einschätzung ihres Gesundheitszustandes mit 73 % bei den Frauen und 75 % bei den Männern überdurchschnittlich hoch. Als schlecht bis sehr schlecht schätzten demgegenüber knapp zwei Prozent der 18- bis 39-Jährigen und sechs Prozent der 40- bis 59-Jährigen ihren Gesundheitszustand ein. Dabei gab es jeweils kaum geschlechtsspezifische Unterschiede. Betrachtet nach sozialer Schicht schätzten deutlich mehr Angehörige der oberen und mittleren Schichten ihren Gesundheitszustand als sehr gut und gut ein. Versus waren Angehörige der unteren Schichten deutlich häufiger der Meinung, über einen schlechten oder sogar sehr schlechten Gesundheitszustand zu verfügen (vgl. auch Tabelle 3.2.18).

Frauen *achten* nach eigenen Angaben stärker als Männer *auf ihre Gesundheit*, und zwar 46 % der 18- bis 39-jährigen (Männer: 40 %) und 49 % der 40- bis 59-jährigen (Männer: 43 %). Erwartungsgemäß war dann der Anteil derer, die angaben, weniger oder gar nicht auf ihre Gesundheit zu achten, bei den Männern höher als bei den Frauen. Während bei den 18- bis unter 60-jährigen Frauen nur etwa jede zwölfte Befragte angab, kaum oder gar nicht auf ihre Gesundheit zu achten, betraf das bei den Männern etwa jede achte bis neunte Person (vgl. Tabelle 3.2.18 a).

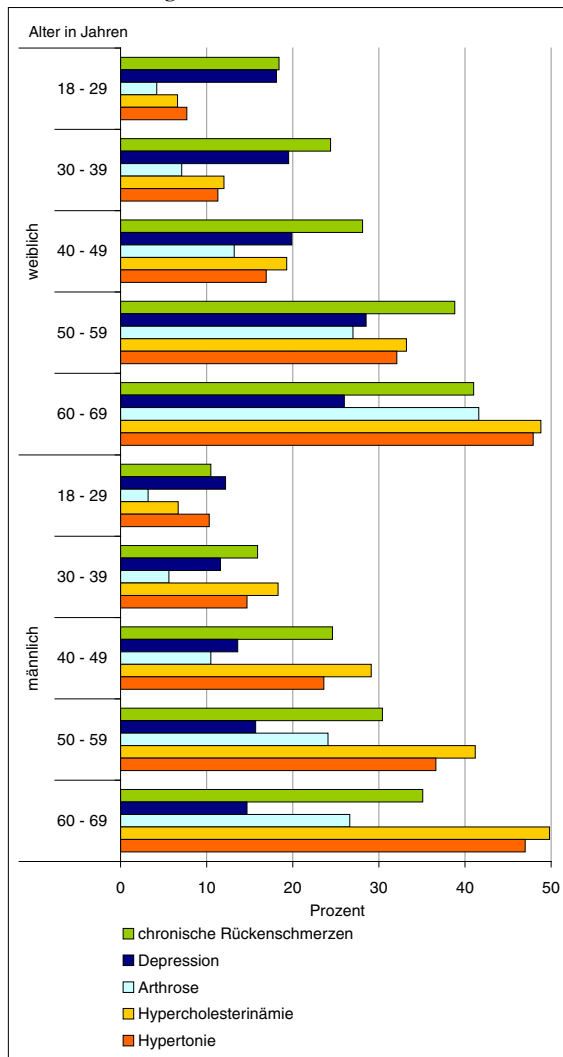
Rückenschmerzen und Depressionen gehören im Erwerbsalter zu den häufigsten Befunden

Einem doch überwiegend als sehr gut und gut eingeschätzten Gesundheitszustand stand bei der Frage nach Krankheiten und gesundheitsrelevanten Befunden ein eher hoher Prozentsatz von *Angaben zu häufig bestehenden Krankheiten und pathologischen Befunden* gegenüber. Diese lassen u. a. auch Aussagen zur Prävalenz von physischen und seelischen Gesundheitsstörungen (und Krankheiten) im erwerbsfähigen Alter zu. Nach den vorliegenden Daten gab mehr als jede fünfte 18- bis 39-jährige weibliche Person (Männer: 13 %) und mehr als jede dritte 40- bis 59-jährige Frau (Männer: 28 %) an, unter chronischen Rückenschmerzen zu leiden. Fast jede fünfte 18- bis 29- und jede vierte 40- bis 59-jährige Frau litt (schon einmal) unter Depressionen. Bei den Männern lagen die Anteile bei 12 % bzw. 15 %.

Bluthochdruck und erhöhte Blutfettwerte im mittleren Lebensalter weit verbreitet

Unter den *ärztlich diagnostizierten Befunden* sind vor allem Hypertonie, Hypercholesterinämie und Arthrose wegen ihrer hohen Prävalenz von gesundheitspolitischer Bedeutung. So hatten z. B. in Deutschland zum Befragungszeitpunkt etwa 10 % der 18- bis 39-jährigen Frauen und 13 % der gleichaltrigen Männer einen erhöhten Blutdruck. Bei den 40- bis

Abbildung 3.18:
Häufig genannte Krankheiten und Befunde in Deutschland
2004 nach Geschlecht und ausgewählten Altersgruppen
- in % der Befragten / Alter in Jahren



(Datenquelle: RKI, Telefonische Gesundheitssurveys (2. Welle) /
 Darstellung: SenGesUmV - I A -)

59-Jährigen litten bereits 17 % der Frauen und 24 % der Männer und bei den 50- bis 59-Jährigen sogar 32 % der Frauen und 37 % der Männer an Hypertonie. Erhöhte Cholesterinwerte wurden bei etwa jeder zehnten 18- bis 39-jährigen Frau festgestellt. Bei den 40- bis 49-jährigen Frauen hatte jede fünfte und bei den 50- bis 59-jährigen jede dritte erhöhte Werte. Männer hatten wiederum häufiger als Frauen erhöhte Blutfettwerte (18 - 39 Jahre: 13 %, 40 - 49 Jahre: 29 %, 50 - 59 Jahre: 41 %). Versus litten etwas mehr Frauen als Männer an Arthrose (z. B. 18 - 39 Jahre: Frauen 6 %, Männer 4 %). Bei den 40- bis 49-jährigen Frauen wurde bei 13 % (Männer 11 %) und bei den 50- bis 59-jährigen bei 27 % (Männer 24 %) Arthrose festgestellt.

Die genannten Krankheiten und Befunde stellen *Gesundheitsrisiken* dar und sind nicht selten mit dem individuellen Gesundheitsverhalten assoziiert und meist auch an bestehende sozio-ökonomische Rahmenbedingungen gekoppelt (vgl. auch Tabelle 3.2.19 a - soziale Schicht). Als besonders gefährdet gelten adipöse, körperlich inaktive Menschen sowie Personen, die Nikotin- und Alkoholmissbrauch betreiben (vgl. Abbildung 3.18 und Tabelle 3.2.19 a).

Ambulante Morbidität

Für die Beurteilung der ambulanten Morbidität im Erwachsenenalter, insbesondere über die Inanspruchnahme der ambulanten ärztlichen Versorgung nach Altersgruppen (für den vorliegenden Bericht das erwerbsfähige Alter betreffend) ist die *verfügbare Datenlage in Deutschland als unzureichend* zu bezeichnen. Eine routinemäßige Berichterstattung zu diagnosespezifisch

erbrachten Leistungen gibt es nicht. Die wenigen verfügbaren und eher spärlichen Angaben zur gesundheitlichen Versorgung im ambulanten Bereich (z. B. Abrechnungsdaten der KV) tragen kaum zu einer umfassenden Beschreibung des Morbiditätsgeschehens bei. Zudem erlauben die Auswertungen der kassenärztlichen Daten kaum Aussagen zur realistischen ambulanten Morbidität, da es bei diesen Daten um reine Abrechnungsdaten (inklusive Mehrfachnennungen) handelt (zu häufigsten Diagnosen in Arztpraxen in Berlin 2005 - 2007 vgl. Basisbericht 2008, Tabellen 3.2.1 bis 3.2.5, aktuellere Daten waren bis Redaktionsschluss nicht verfügbar).

Dem im Januar 2010 erschienenen BARMER GEK Arztreport (<http://www.barmer.de>, S. 83) kann entnommen werden, dass im Jahr 2008 jede krankenversicherte Person in Deutschland im Laufe des Jahres etwa 18 Mal eine Ärztin/einen Arzt konsultierte. Die Daten stammen von den 1,7 Mio. Versicherten der ehemaligen Gmünder Ersatzkasse (GEK) und wurden auf die bundesdeutsche Gesamtbevölkerung hochgerechnet. Im genannten Jahr nahmen demzufolge rund 93 % der bundesdeutschen Bevölkerung die ambulante ärztliche Versorgung (ohne Zahnmedizin und Kieferorthopädie) in Anspruch. In Berlin hatten 91 % der Bevöl-

Inanspruchnahme
 ambulanter ärztlicher
 Versorgung in Berlin
 höher als im
 Bundesdurchschnitt

kerung Arztkontakte. Personen aus Berlin hatten mit rund 19 Mal je Jahr häufiger als Personen aus dem übrigen Bundesgebiet Arztkontakte. Während die ambulante Behandlungsrate z. B. bei Säuglingen, Kindern und Hochbetagten bei nahezu 100 % lag, hatten etwa zehn Prozent aller Personen im Erwerbsalter gar keine Arztkonsultation. Am deutlichsten unter dem geschlechtsübergreifenden Durchschnitt lagen 20- bis 44-jährige Männer, von denen sogar 15 % keine Arztpraxis aufsuchten.

Bezogen auf den Behandlungsanlass und ausgewählte Altersgruppen waren bei 15- bis 39-jährigen Männern akute Infektionen der oberen Atemwege, Diarrhoe/Gastroenteritiden und Rückenschmerzen die *häufigsten Gründe eines Arztbesuches*, während bei gleichaltrigen Frauen kontrazeptive Maßnahmen, Früherkennungsuntersuchungen, Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane, gefolgt von akuten Infektionen der Atmungsorgane und Rückenschmerzen das Behandlungsspektrum dominierten. Bei den 40- bis 64-Jährigen gehören dann bereits chronifizierte Krankheiten und Symptome wie Hypertonie, Fettstoffwechselstörungen aber auch wieder Rückenschmerzen zu den häufigsten Gründen einer Arztkonsultation. Bei den Frauen sind zusätzlich noch klimakterische Störungen sowie psychische und Verhaltensstörungen wie Depressionen und somatoforme Störungen zu nennen, die eine häufige Inanspruchnahme verursachten.

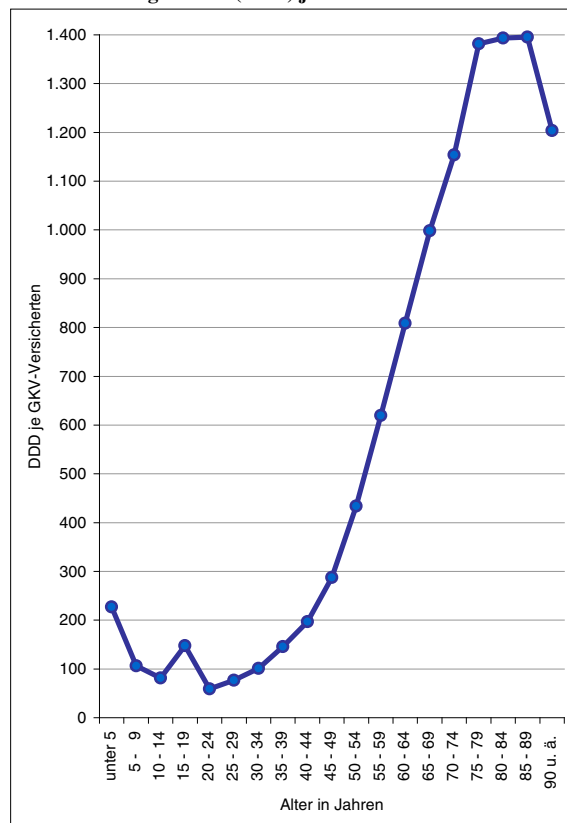
Als bestes Maß, um die bei Arztkonsultationen *verordneten Arzneimittel und deren Verbrauch* zu ermitteln, dient die Kennzahl der definierten Tagesdosen (defined daily dose, DDD). Bei der DDD handelt es sich um eine rein rechnerische Maßeinheit, bei der die mittlere Tagesdosis für einen Arzneimittelwirkstoff und dessen Hauptindikation festgelegt wird. Die Menge der verordneten Tagesdosen einer Wirkstoffgruppe (z. B. Antibiotika, Analgetika, Antidiabetika) wird für jedes Alter berechnet, so dass sich für bestimmte Bevölkerungsgruppen Aussagen zum Gesundheitszustand ableiten lassen.

Das Alter eines Menschen hat wesentlichen Einfluss auf die Morbidität und damit einhergehend auch auf seinen *Arzneimittelverbrauch*. Während sich im Kindes-, Jugend- und im jüngeren Erwachsenenalter die Menge der verordneten Medikamente noch auf einem eher niedrigem Niveau bewegt, steigt der Wert nach dem 40. Lebensjahr, im Durchschnitt gesehen um mehr als ein Drittel je nächst höher liegende Altersgruppe, an. Wie in Abbildung 3.19 zu sehen, hatten in der Bundesrepublik Deutschland im Jahr 2008 75- bis 89-jährige GKV-Versicherte die mit Abstand höchsten Tagesdosen. Deren Arzneimittelverbrauch lag beispielsweise fast achtmal so hoch wie derjenige 30- bis 49-Jähriger. Auch in Bezug auf die 50- bis 64-Jährigen lagen die Tagesdosen noch doppelt so hoch (vgl. auch im Anhang Erläuterungen: „Arzneimittelmenge - Tagesdosen“).

Psychopharmaka und Analgetika sind bei 30- bis 49-Jährigen die am häufigsten verordneten Medikamente

Hinsichtlich des Arzneimittelverbrauchs im mittleren Lebensalter stehen bei den 30- bis 49-Jährigen Psychopharmaka und Schmerzmittel an erster Stelle der verordneten Arzneien. Fast jedes fünfte in diesem Alter verschriebene Medikament ist dieser *Medikamentengruppe* zuzuordnen. Am

Abbildung 3.19:
Zu Lasten der GKV verordnete Arzneimittel in Deutschland 2008 nach Altersgruppen
- definierte Tagesdosen (DDD) je GKV-Versicherten



(Datenquelle: StBA, GKV-Arzneimittelindex, ATC-Gruppen /
Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

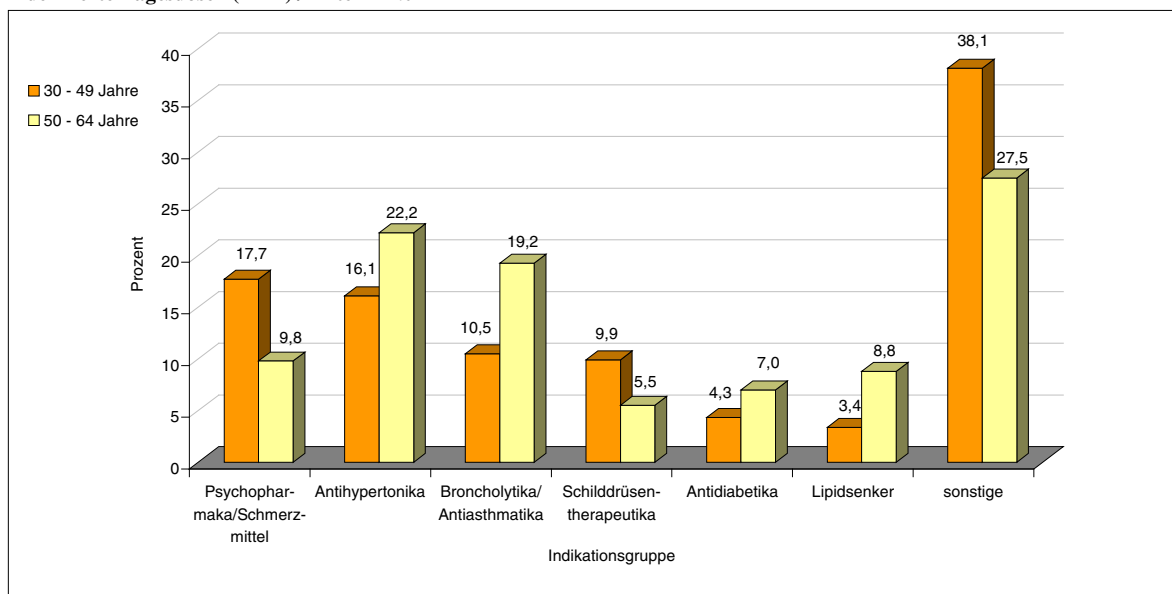
zweithäufigsten wurden Antihypertonika verordnet (etwa jede siebente verschreibungspflichtige Verordnung), gefolgt von Broncholytika/Antiasthmatica und Schilddrüsenpräparaten. Die genannten Arzneimittel stellten bei den 30- bis 49-Jährigen GKV-Versicherten Deutschlands im Jahr 2008 weit über die Hälfte der definierten Tagesdosen. Bei den 50- bis 64-Jährigen führen erwartungsgemäß Arzneimittel, die zur Therapie von bereits bestehenden chronischen Herz-Kreislaufkrankungen, Erkrankungen der Atmungsorgane, Stoffwechselkrankheiten und Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems eingesetzt werden, die Verschreibungsliste nach Arzneimittelart an. Allen voran Antihypertonika, Broncholytika, Lipidsenker und Antidiabetika. Diese vier Arzneimittelgruppen hatten im Jahr 2008 einen Anteil von 57 %, gemessen an allen definierten Tagesdosen innerhalb der Gruppe der 50- bis 64-Jährigen GKV-Versicherten (vgl. Abbildung 3.20).

Abbildung 3.20:

Zu Lasten der GKV verordnete Arzneimittel in Deutschland 2008

nach verordnungstärksten Indikationsgruppen und ausgewählten Altersgruppen

- definierte Tagesdosen (DDD) / Anteil in %



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

Stationäre Morbidität

Daten zur stationären Morbidität stehen jährlich im Rahmen der Verordnung über die Bundesstatistik für Krankenhäuser (Krankenhausstatistik-Verordnung, KHStatV Teil II: Diagnosen) zur Verfügung. Gemäß § 6 der KHStatV in Verbindung mit § 15 BStatG besteht für die Träger der Krankenhäuser seit 1993 eine jährliche Auskunftspflicht. Die Hauptdiagnose wird anhand der Deutschen Kodierrichtlinien verschlüsselt. Kodiert wird entsprechend der Internationalen Statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision - German Modification - in der jeweils aktuellen Version. Die *Krankenhausdiagnosestatistik* ist eine Totalerhebung (Fallstatistik), die alle im Laufe eines Jahres *aus dem Krankenhaus entlassenen vollstationären Behandlungsfälle* (einschließlich der im Krankenhaus Verstorbenen) einschließt.

Einige indikatorengeechte Auswertungskriterien der Krankenhäuser und der Behandlungsfälle werden sowohl in den Grunddaten der Krankenhäuser (KHStatV Teil I) als auch den Diagnosedaten erfasst (KHStatV Teil II) (vgl. Fachserie 12, Reihen 6.1.1 und 6.2.1). Deutliche Abweichungen ergeben sich zur *DRG-Statistik* (Statistik des Krankenhaus-Vergütungssystems auf Basis diagnosebezogener Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups - DRG), erstmalig 2005, vgl. Fachserie 12, Reihe 6.4). Das liegt vor allem darin begründet, dass die Daten der DRG-Statistik für die bisher vorliegenden Auswertungsjahre (2005 bis 2008) keine Einrichtungen und Behandlungsfälle enthalten, die außer-

halb des Geltungsbereichs des neuen Entgeltsystems liegen (z. B. Fachabteilungen Psychiatrie und Psychotherapie). Auf Berlin bezogene Auswertungen der DRG-Daten liegen der Berliner GBE derzeit noch nicht vor.

Stationäre Morbidität der Berlinerinnen und Berliner im Erwerbsalter

Im Jahr 2008 standen für die Sicherstellung der stationären Versorgung der Berliner Bevölkerung in 91 Berliner Krankenhäusern 21.709 Betten zu Verfügung (vgl. auch Kapitel 6, Schwerpunkt 6.1.4 und Tabellen 6.2.9 ff.). Nachfolgende Ausführungen beziehen sich im Wesentlichen auf in Berliner Krankenhäusern vollstationär behandelte Frauen und Männer, die ihren Wohnsitz in Berlin haben (zu den Erhebungsmerkmalen und Differenzen, z. B. Missings, siehe Erläuterungen). Schwerpunktmäßig beziehen sich die Angaben auf 15- bis 64-jährige Patientinnen und Patienten aus Berlin.

Den Auswertungen der Krankenhausdiagnosestatistik zufolge wurden im Jahr 2008 in den Berliner Krankenhäusern 615.815 vollstationäre Behandlungsfälle (einschließlich Sterbefälle, 336.882 weiblichen, 278.932 männlichen Geschlechts) aus Berlin gezählt, von denen sich 165.853 bzw. 49 % aller weiblichen und 139.556 bzw. 50 % aller männlichen Krankenhausfälle in einem Alter von 15 bis 64 Jahren befanden.

Stationäre Morbidität
15- bis 64-Jähriger in
Berlin deutlich unter
Bundesniveau

Berliner Frauen und Männer nehmen erheblich seltener als Frauen und Männer aus dem übrigen Bundesgebiet eine vollstationäre Krankenhausbehandlung in Anspruch. Bezogen auf das erwerbsfähige Alter verzeichneten 15- bis 44-jährige Frauen aus Berlin mit 13.579 Fällen je 100.000 im Jahr 2008 nach Gleichaltrigen aus Hamburg (13.399) und vor Frauen aus

Baden-Württemberg (13.967) die bundesweit niedrigste Krankenhaushäufigkeit. Demgegenüber befanden sich 15- bis 64-Jährige aus Sachsen-Anhalt (17.615), gefolgt von Mecklenburg-Vorpommern (17.211) und Nordrhein-Westfalen (17.025) am häufigsten in vollstationärer Therapie. Bei den 45- bis 64-Jährigen hatten Berlinerinnen mit 16.665 Fällen je 100.000 mit einer um ein Fünftel unter Bundesniveau liegenden stationären Morbiditätsrate den drittniedrigsten Wert. Nur bei Frauen aus Baden-Württemberg (15.384) und Hamburg (16.646) lag dieser noch niedriger. Am häufigsten unterzogen sich 45- bis 64-Jährige aus Nordrhein-Westfalen (19.847), gefolgt von Rheinland-Pfalz (19.518) und dem Saarland (19.497) einem vollstationären Krankenhausaufenthalt.

Auch bei den Männern befanden sich 15- bis 64-jährige Berliner gegenüber Männern aus dem übrigen Bundesgebiet deutlich seltener krankheitsbedingt in einer Klinik. Bezogen auf die Altersgruppe der 15- bis 44-Jährigen verzeichneten Berliner mit 8.242 Fällen je 100.000, wie bei den Frauen, nach Männern aus Hamburg (8.230) und vor Gleichaltrigen aus Baden-Württemberg (8.502) die zweitniedrigste stationäre Morbiditätsrate. Die bundesweit höchste Inanspruchnahme hatten jedoch 15- bis 44-Jährige aus Sachsen-Anhalt (11.431), Mecklenburg-Vorpommern (11.354) und aus dem Saarland (11.116). Wie die 45- bis 64-jährigen Berlinerinnen hatten auch gleichaltrige Berliner mit 18.923 Fällen je 100.000 den bundesweit drittniedrigsten Wert. Noch niedriger als in Berlin lag dieser in Hamburg (18.350) und in Baden-Württemberg (17.761). Demgegenüber befanden sich 45- bis 64-jährige Männer aus Sachsen-Anhalt mit 23.969 Fällen je 100.000, gefolgt von Männern aus Mecklenburg-Vorpommern (23.552) und Thüringen (23.211) von allen Bundesländern am häufigsten im Krankenhaus (vgl. Abbildung 3.21).

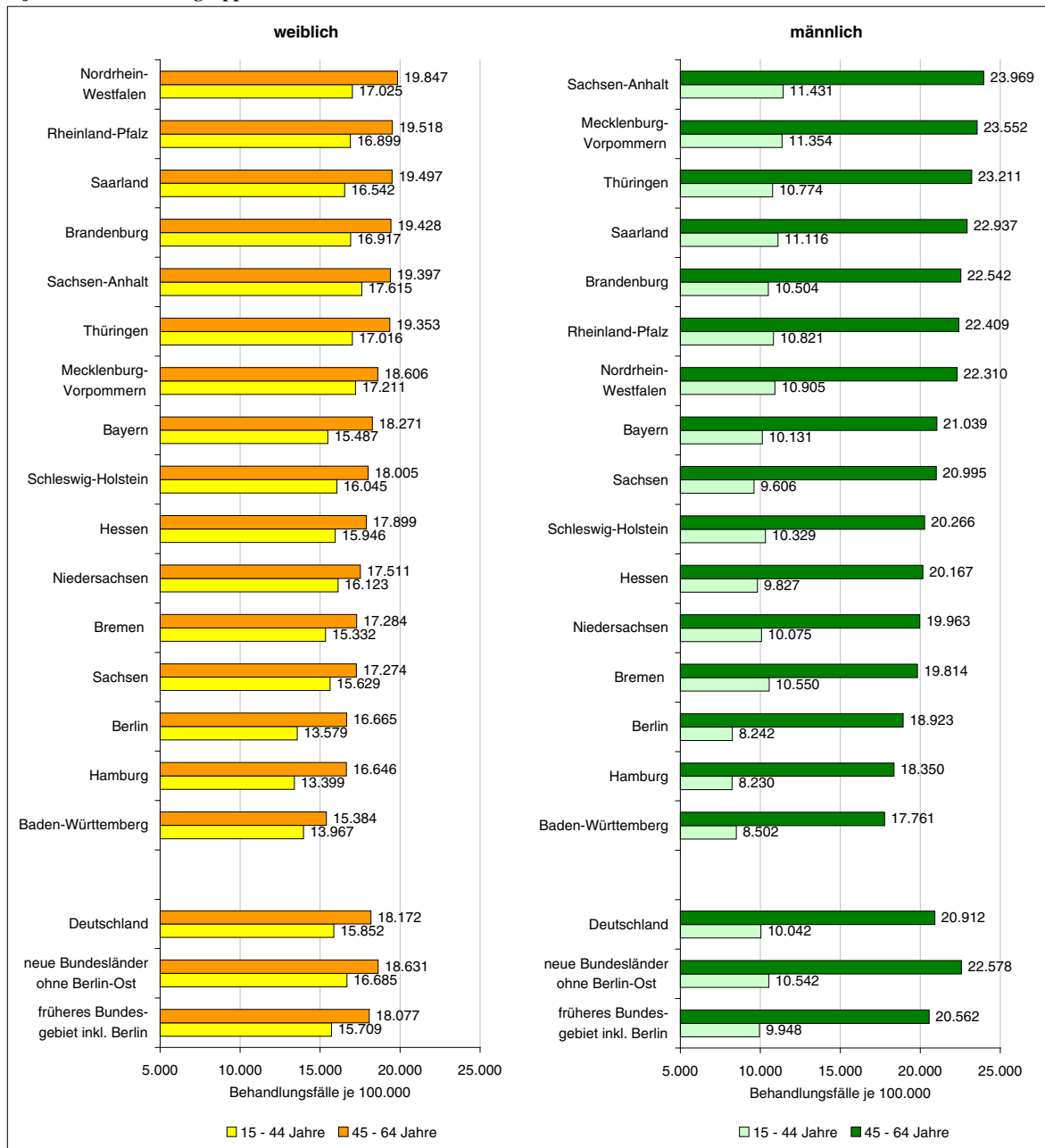
Krankenhaushäufig-
keit der Berlinerinnen
im fertilen Alter höher
als die gleichaltriger
Männer

Im Geschlechtervergleich, bezogen auf je 100.000 der entsprechenden Altersgruppe, befanden sich Männer - mit Ausnahme der 15- bis 44-Jährigen und der über 95-Jährigen - deutlich häufiger in vollstationärer Behandlung als Frauen. Die Krankenhaushäufigkeit der in Berlin behandelten Berlinerinnen im fertilen Alter (15 bis 44 Jahre) lag im Jahr 2008 (93.099 Fälle absolut, 12.936 je 100.000) über zwei Drittel über der der

gleichaltrigen Berliner Männer (56.956 Fälle bzw. 7.647 je 100.000). Bei über 40 % der Behandlungsfälle (insgesamt 38.352) waren diese bei den 15- bis 44-jährigen Berlinerinnen auf Schwan-

Abbildung 3.21:

Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschließl. Sterbefälle) in Deutschland 2008 nach Geschlecht, ausgewählten Altersgruppen und Bundesländern (Wohnortprinzip) - je 100.000 der Altersgruppe

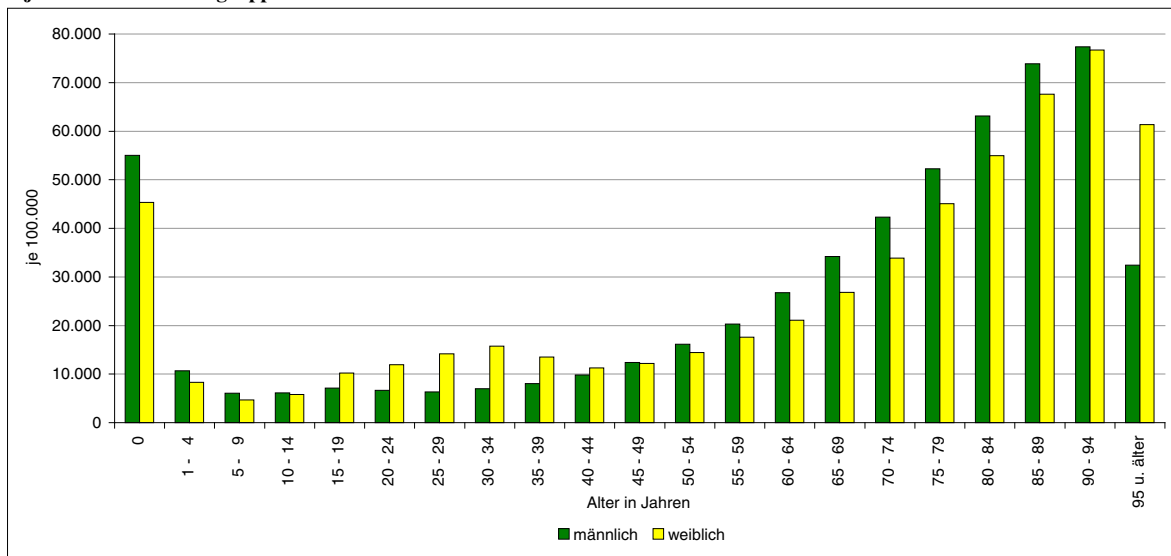


(Datenquelle und Berechnung: StBA / Darstellung: SenGesUmV - I A -)

gerschaft, Geburt und Wochenbett (ICD-10 Nrn. O 00 - O 99) zurückzuführen. Ohne derartige schwangerschaftsbedingte Krankenhausaufenthalte belief sich die absolute Zahl der in Berlin im Krankenhaus vollstationär behandelten Frauen auf 54.747. Mit einer Rate von 7.607 Fällen je 100.000 lag diese dann bereits leicht unter dem Wert der Männer. 45- bis 64-jährige Berliner Männer hatten mit 82.600 Krankenhausfällen bzw. 17.923 je 100.000 der Altersgruppe gegenüber gleichaltrigen Berlinerinnen (72.754 Fälle bzw. 15.808 je 100.000) - im Durchschnitt gesehen - ein um 13 % höher liegendes Behandlungsrisiko. Bei 55- bis 59-jährigen lagen die Raten der Männer 16 % und bei 60- bis 64-Jährigen bereits 27 % über denen der Frauen (vgl. Abbildung 3.22 und Tabelle 3.2.23 d).

Abbildung 3.22:

Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschließlich Sterbefälle) in Berlin (nur Berliner) 2008 nach Geschlecht und Altersgruppen
- je 100.000 der Altersgruppe

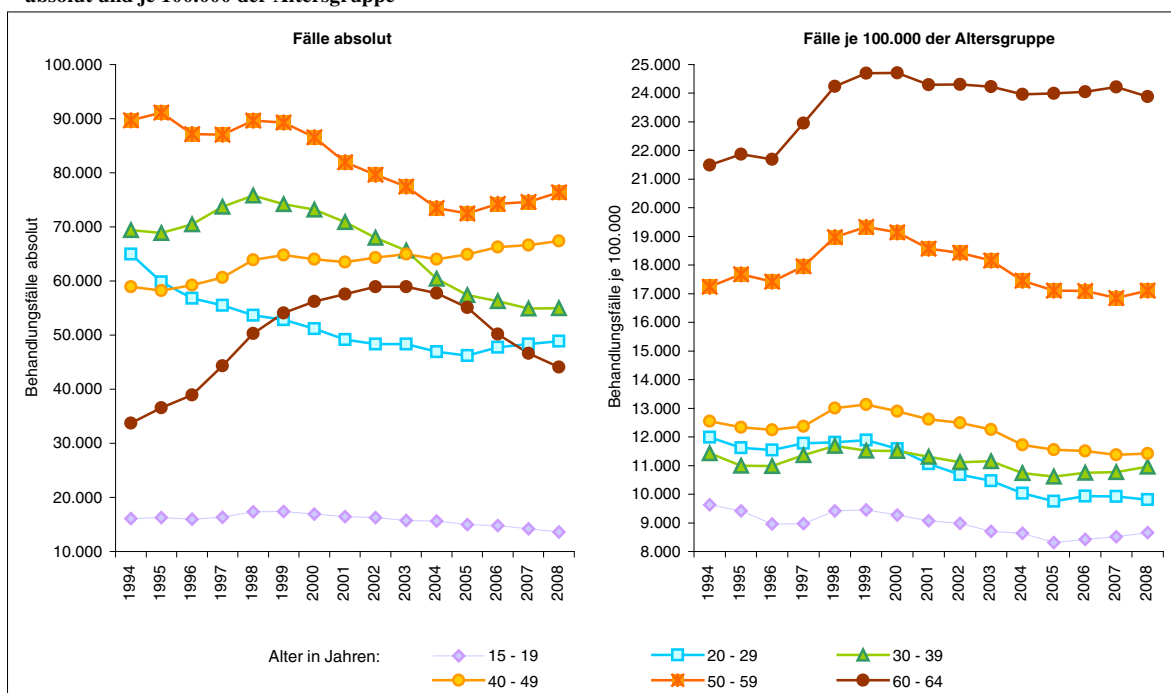


(Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg, KHStatV-Teil II / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Die absolute Zahl der 15- bis 64-jährigen Berliner Krankenhauspatientinnen und -patienten ist den letzten fünf Jahren (2004 - 2008) um etwa vier Prozent *zurückgegangen* (2004: 318.213, 2008: 305.410 Fälle) (vgl. Tabelle 3.2.23 c). Während sich die absolute Zahl der Behandlungsfälle bei den 30- bis 39-Jährigen um ein Zehntel, bei 15- bis 19-Jährigen um 13 % und bei den 60- bis 64-Jährigen sogar um fast ein Viertel verringerte, kam es bei den anderen in die Auswertung einbezogenen Altersgruppen zu einem *Anstieg der Fallzahlen* um durchschnittlich vier bis fünf Prozent. Bezogen auf je 100.000 der jeweiligen Altersgruppe ergibt sich eine etwas andere Sachlage. Insgesamt lag die

Abbildung 3.23:

Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschl. Sterbefälle) in Berlin (nur Berliner) 1994 - 2008 nach ausgewählten Altersgruppen
- absolut und je 100.000 der Altersgruppe



(Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg, KHStatV-Teil II / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

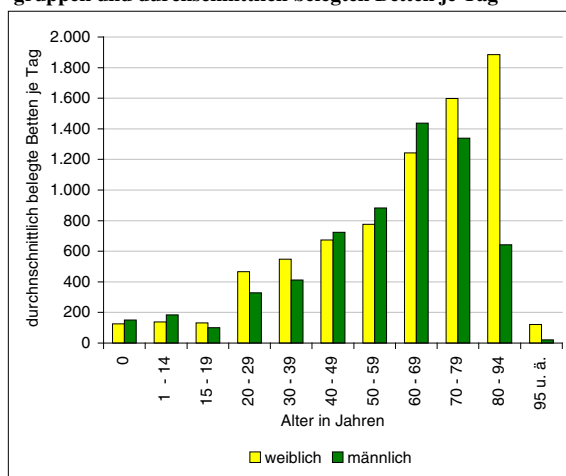
stationäre Morbiditätsrate der 15- bis 64-Jährigen in Berlin im Jahr 2008 mit 13.641 Fällen je 100.000 nur noch einen knappen Prozentpunkt (13.759 je 100.000) unter dem des Jahres 2004. Ein nennenswerter rückläufiger Trend ist zudem bei keiner Altersgruppe erkennbar (vgl. Abbildung 3.23).

Für die vollstationäre Versorgung von 15- bis 64-jährigen Berlinerinnen und Berlinern wurden im Jahr 2008 im Durchschnitt gesehen täglich etwa 5.900 Krankenhausbetten, 3.000 für Frauen und 2.900 für Männer, benötigt. Die höchste *Bettenbelegung* verzeichneten 50- bis 64-jährige Patienten, und zwar *pro Tag* circa 2.630, von denen wiederum 1.215 Klinikbetten mit Frauen und 1.415 mit Männern belegt waren. Allein jedes

Täglich werden über 40 % aller Krankenhausbetten für Frauen und Männer im Erwerbsalter benötigt

Abbildung 3.24:

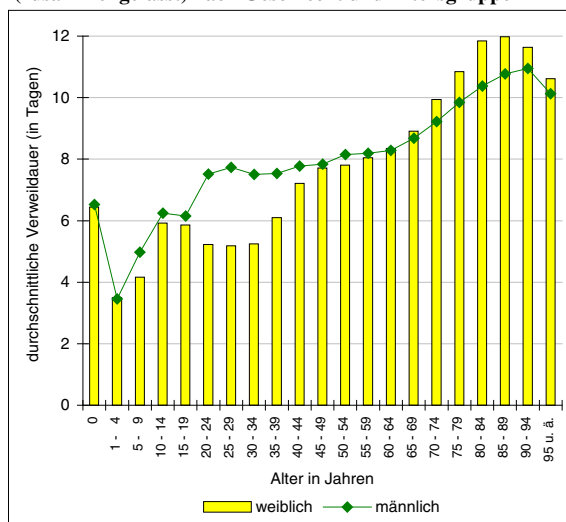
Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschl. Sterbefälle) in Berlin (nur Berliner) 2006 - 2008 (zusammengefasst) nach Geschlecht, Altersgruppen und durchschnittlich belegten Betten je Tag



(Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg, KHStatV-Teil II / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Abbildung 3.24 a:

Durchschnittliche Verweildauer (in Tagen) der aus dem Krankenhaus entlassenen vollstationären Behandlungsfälle (einschl. Sterbefälle) in Berlin (nur Berliner) 2006 - 2008 (zusammengefasst) nach Geschlecht und Altersgruppen



(Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg, KHStatV-Teil II / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

zehnte in Berlin in den letzten Jahren von Frauen belegte Krankenhausbett wurde beispielsweise für die stationäre Behandlung 50- bis 59-jähriger Patientinnen genutzt. Bei den Männern traf das auf etwa jedes achte mit Männern belegte Klinikbett zu (vgl. Abbildung 3.24 und Tabelle 3.2.26 b).

Die *durchschnittliche Krankenhausverweildauer* der in den Berliner Krankenhäusern vollstationär behandelten Berlinerinnen und Berlinern ist in den letzten Jahren stetig gesunken. Mit 8,2 Tagen insgesamt (8,2 bei den Frauen, 8,1 bei den Männern) wurde in Berlin im Jahr 2008 die bis dahin niedrigste Verweildauer ermittelt, was in etwa dem Bundesniveau entspricht.

15- bis 64-jährige stationär behandelte Frauen aus Berlin lagen in den letzten drei Jahren (2006/2008) mit einer durchschnittlichen Verweildauer von 6,7 Tagen einen Tag unter der der Männer. Während die Krankenhausverweildauer der 15- bis 44-jährigen Frauen (5,8 Tage), im Wesentlichen verursacht durch deren eher kurze schwangerschaftsbedingte Krankenhausaufenthalte, gegenüber der gleichaltriger Männer (7,4 Tage) im Durchschnitt anderthalb Tage kürzer war, traf das auf über 45-jährige Frauen dann nicht mehr zu. Die mittlere Verweildauer von circa acht Tagen bei den 45- bis 64-jährigen Berlinerinnen lag nur noch 0,1 Tage unter der der Männer (vgl. Abbildung 3.24 a und Tabelle 3.2.26 b).

Zwischen den Berliner Bezirken gibt es seit Auswertungsbeginn der Diagnosestatistik im Jahr 1994 bezüglich der Häufigkeitsverteilung immer noch Unterschiede in der Inanspruchnahme stationärer Versorgung. Bezogen auf die Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter konnte auch noch 18 Jahre nach der Wiedervereinigung der Stadt eine unterschiedliche *Krankenhaushäufigkeit* beobachtet werden. So hatten beispielsweise im Zeitraum 2006/2008 15- bis 64-jährige Frauen aus Bezirken von ehemals Berlin-West (ohne

Wedding, Tiergarten und Kreuzberg) mit durchschnittlich 16.712 Behandlungsfällen je 100.000 gegenüber Frauen aus den ehemaligen östlichen Bezirken (15.445 Fälle je 100.000 / ohne Mitte und Friedrichshain) eine um acht Prozent höher liegende stationäre Morbiditätsrate. Das traf, bis auf 45- bis 64-jährige Frauen aus dem Bezirk Pankow, auf alle betrachteten Altersgruppen zu (vgl. Abbildung 3.25).

Höhere stationäre Morbiditätsraten in Bezirken mit ungünstiger Sozialstruktur

Im *Bezirksvergleich* wiesen 15- bis 64-jährige Frauen aus Neukölln, Spandau und Reinickendorf die mit Abstand höchste Krankenhausinanspruchnahme auf. Die niedrigste wurde dagegen in Charlottenburg-Wilmersdorf, Lichtenberg und Marzahn-Hellersdorf ermittelt. Bei der Auswertung nach ausgewählten Altersgruppen fiel auf, dass - bis auf 15- bis 59-Jährige aus Friedrichshain-Kreuzberg - Frauen aus allen anderen Bezirken mit schlechten sozialen Bedingungen eine über dem Berliner Durchschnittsniveau liegende Krankenhaushäufigkeit hatten. Versus lag diese bei Frauen aus Bezirken mit einer vergleichsweise guten sozialen Lage durchweg darunter (vgl. Tabelle 3.2.22 b).

Wie Frauen hatten auch 15- bis 64-jährige Männer aus den ehemaligen westlichen Bezirken (ohne Wedding, Tiergarten und Kreuzberg) mit durchschnittlich 16.953 Behandlungsfällen je 100.000 gegenüber Männern aus den östlichen Bezirken (16.146 Fälle je 100.000 / ohne Mitte und Friedrichshain) eine um fünf Prozent höher liegende stationäre Morbiditätsrate. Mit Ausnahme der 15- bis 44-Jährigen aus Marzahn-Hellersdorf und der 60- bis 64-Jährigen aus Pankow traf das auf alle betrachteten Altersgruppen zu. Und wie bereits bei den Frauen zu beobachten, hatten 15- bis 64-jährige Männer aus Neukölln, Spandau und Reinickendorf ebenfalls von allen Berliner Bezirken das höchste stationäre Behandlungsrisiko. Demgegenüber befanden sich Männer aus Marzahn-Hellersdorf, Steglitz-Zehlendorf und Charlottenburg-Wilmersdorf in den letzten Jahren am seltensten in vollstationärer Therapie.

Bezogen auf ausgewählte Altersgruppen und einen möglichen Zusammenhang zur sozialen Lage befanden sich - abgesehen von den 15- bis 44-Jährigen aus Mitte, deren Rate fast dem Berliner Durchschnittswert entsprach - Männer aus Bezirken mit einer ungünstigen Sozialstruktur deutlich häufiger als gleichaltrige Männer aus Bezirken mit einer vergleichsweise günstigen Sozialstruktur in vollstationärer Behandlung (vgl. Abbildung 3.25 und Tabelle 3.2.22 c).

Behandlungsspektrum der stationären Krankenhausfälle

Hinsichtlich der *krankheitsgruppenspezifischen Behandlungsanlässe*, die bei den 15- bis 64-jährigen Berlinerinnen für eine Krankenhauseinweisung verantwortlich gemacht werden mussten, standen im Jahr 2008 schwangerschaftsbedingte Fälle (insgesamt 38.430), gefolgt von psychischen und Verhaltensstörungen (15.705 Fälle) zahlenmäßig an der Spitze.

Die Gründe für eine Krankenhauseinweisung sind jedoch stark vom *jeweiligen Alter der Patientinnen abhängig*. *Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett* waren in Berlin im Jahr 2008 z. B. bei 15- bis 34-jährigen Berlinerinnen der mit Abstand *häufigste Anlass* einer Krankenhausinanspruchnahme. Jeder zweite Krankenhausaufenthalt (insgesamt 29.740 Fälle) ging in diesem Alter darauf zurück. Stationäre Behandlungen wegen psychischer und Verhaltensstörungen (5.533 Fälle bzw. 9,3 %) waren nach Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett dann der zweithäufigste Grund eines Krankenhausaufenthaltes. Auch bei den 35- bis 54-jährigen Frauen führten Behandlungsfälle aufgrund von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (8.688 Fälle bzw. 13,0 %) am häufigsten und psychische und Verhaltensstörungen (7.855 bzw. 11,8 %) am zweithäufigsten zu einem Klinikaufenthalt. Demgegenüber wurde bei 55- bis 64-jährigen Berlinerinnen das Behandlungsspektrum von chronischen Krankheiten wie etwa bösartigen Neubildungen (6.017 Fälle, 15,2 %, Krankheiten des Kreislaufsystems (5.748 Fälle, 14,5 %) und Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems (5.691 Fälle, 14,4 %) dominiert.

Abbildung 3.25:

Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschließlich Sterbefälle) in Berlin (nur Berliner) 2006 - 2008 (zusammengefasst) nach Geschlecht, ausgewählten Altersgruppen und Bezirken
- je 100.000 der Altersgruppe



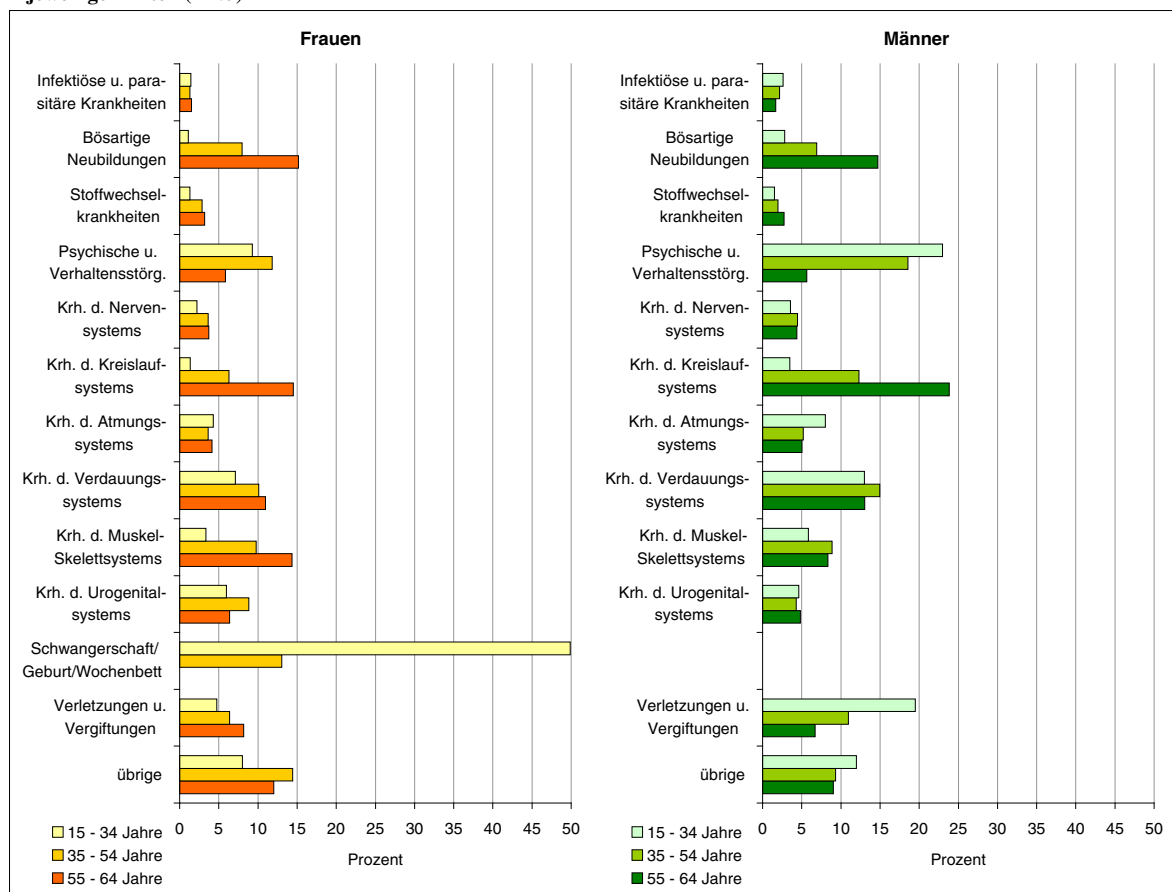
(Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg, KHStatV-Teil II / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Bei Berliner Männern im Erwerbsalter führten im Jahr 2008 psychische und Verhaltensstörungen (21.311 Fälle), gefolgt von Krankheiten des Kreislauf- (19.789 Fälle) und des Verdauungssystems (19.396 Fälle) am häufigsten zu einer Krankenhauseinweisung.

Bei 15- bis 34-jährigen Berlinern waren *psychische und Verhaltensstörungen* (insgesamt 6.953 bzw. 23,0 %) der *häufigste Behandlungsanlass*, fast jeder vierte Krankenhausfall war in dieser Altersgruppe darauf zurückzuführen. Des Weiteren ging bei ihnen jeder fünfte (5.911) Krankenhausaufenthalt zu Lasten von Verletzungen und Vergiftungen (5.911 Fälle, 19,5 %). Bei den 35- bis 54-jährigen Männern waren psychische und Verhaltensstörungen ebenfalls der häufigste Grund einer vollstationären Therapie (11.782 Fälle bzw. 18,6 %). Krankheiten des Verdauungssystems belegten mit 9.486 Fällen bzw. 14,9 % den zweiten Platz, gefolgt von Krankheiten des Kreislaufsystems mit 7.808 Fällen, die einem Anteil von 12,3 % entsprachen. Letztgenannte waren dann bei den 55- bis 64-jährigen Männern am häufigsten. Bei jedem vierten Behandlungsfall (insgesamt 10.924 Fälle) war beispielsweise eine Herz-Kreislauferkrankung für die stationäre Behandlung verantwortlich, gefolgt von bösartigen Neubildungen, die mit 6.749 Fällen bzw. einem Anteil von 14,7 % der zweithäufigste Behandlungsgrund bei 55- bis 64-jährigen Berlinern waren (vgl. Abbildung 3.26).

Abbildung 3.26:

Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschließlich Sterbefälle) in Berlin (nur Berliner) 2008 nach Geschlecht, ausgewählten Altersgruppen und Hauptdiagnosegruppen - jeweiliger Anteil (in %)



(Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg, KHStatV-Teil II / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Das *Behandlungsspektrum eines stationären Krankenhausaufenthaltes* wird von nur wenigen *Einzeldiagnosen* dominiert. Das trifft sowohl auf alle als auch auf ausgewählte Altersgruppen zu. Die Behandlungsanlässe sind jedoch bei Männern und Frauen alters- und geschlechtsspezifisch sehr unterschiedlich (vgl. Tabellen 3.2.29 bis 3.2.30 b).

Hinsichtlich des erwerbsfähigen Alters befanden sich im Jahr 2008 *15- bis 64-jährige Berliner Frauen* am häufigsten wegen Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch fetalen Distress (4.433 Fälle), gefolgt von Dammriss unter der Geburt (4.207 Fälle) und vorzeitigem Blasensprung (3.144) in vollstationärer Behandlung. Von den nicht mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett in Zusammenhang stehenden Behandlungsfällen führte die Behandlung von Cholelithiasis (3.067 Fälle) und von Brustkrebs (3.051 Fälle) die *Rangfolge nach Einzeldiagnosen* an. Für deren stationäre (operative) Versorgung waren im Durchschnitt gesehen täglich etwa 86 Krankenhausbetten mit 15- bis 64-jährigen Berlinerinnen belegt (vgl. Tabelle 3.2.30). Auf die Bettenkapazität bezogen wurden jedoch die meisten Betten (2008: täglich etwa 178) für die Behandlung der an Schizophrenie erkrankten und im Krankenhaus behandelten 2.075 15- bis 64-jährigen Berlinerinnen benötigt. Mit einer durchschnittlichen Verweildauer von 31,3 Tagen lagen die betroffenen Frauen 24,7 Tage länger als die übrigen 15- bis 64-Jährigen im Krankenhaus.

Bei *altersgruppenspezifischer* Betrachtung wird bei den jugendlichen und jungen Frauen (15- bis 29 Jahre) die Krankenhausinanspruchnahme erwartungsgemäß von den schwangerschaftsbedingten Krankenhausaufenthalten geprägt. Sie haben an den zehn häufigsten Behandlungsanlässen, die 30 % aller Fälle in diesem Alter entsprachen, den größten Anteil. Von den nicht mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett in Verbindung zu bringenden Krankenhausaufenthalten waren nur drei Einzeldiagnosen (akute Appendizitis, Reaktionen auf schwere Belastungs- und Anpassungsstörungen und chronische Tonsillitis) nennenswert, die es gerade einmal auf einen Anteil von sechs Prozent brachten.

Bei jüngeren Berlinerinnen dominieren schwangerschaftsbedingte Krankenhausaufenthalte

Bei den 30- bis 54-Jährigen waren unter den *zehn häufigsten Einweisungsgründen*, die zusammen 10 % aller in diesem Alter stationär behandelten Berlinerinnen ausmachten, noch vier schwangerschaftsbedingte Einzeldiagnosen. Im Vordergrund stand in diesem Alter jedoch die Behandlung des Leiomyoms des Uterus. Im Jahr 2008 betraf das z. B. 2.680 Berliner Frauen. Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol führten in dieser Altersgruppe am häufigsten zu einer Krankenhausbehandlung, mit 1.861 Fällen waren sie der vierthäufigste Grund.

Mit zunehmenden Alter (hier: 55 bis 64 Jahre) gingen die meisten Krankenhausbehandlungen zu Lasten von Brust- und Lungenkrebs. Etwa jede achte 55- bis 64-jährige Patientin aus Berlin befand sich im Jahr 2008 wegen einer bösartigen Neubildung der Brustdrüse (1.423 Fälle) bzw. der Bronchien und der Lunge (1.160 Fälle) in stationärer Therapie. Zu den häufigsten Behandlungsdiagnosen zählen in diesem Alter außerdem chronische Erkrankungen wie etwa Angina pectoris, Atherosklerose und chronische obstruktive Lungenerkrankung (COPD).

Brust- und Lungenkrebs bei 55- bis 64-jährigen Frauen Behandlungsgrund Nummer eins

Bei den *Einweisungsgründen*, die bei *15- bis 64-jährigen Berliner Männern* für einen Krankenhausaufenthalt verantwortlich gemacht werden müssen, spielen *psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol* die dominierende Rolle. Die Behandlungsfälle bezifferten sich im Jahr 2008 insgesamt auf 8.804, von denen 8.196 Fälle (93 %) im Erwerbsalter waren. Im genannten Jahr waren in den Berliner Krankenhäusern täglich fast 180 Klinikbetten mit 15- bis 64-jährigen Berlinern belegt, die wegen derartiger Störungen - in der überwiegenden Mehrzahl (7.004 Fälle bzw. 85 %) handelte es sich um alkoholabhängige Männer - vollstationär behandelt wurden. Nach psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol waren bei den 15- bis 64-Jährigen Berlinern Leistenbrüche mit 3.538 Fällen der zweit- und Schizophrenie mit 3.400 Fällen der dritthäufigste Grund einer Krankenhausinanspruchnahme. Für die letztgenannte psychische Erkrankung und deren Therapie wurden, wie bei den Frauen, auch bei den Männern die mit Abstand meisten Krankenhausbetten benötigt, im Jahr 2008 täglich etwa 246. Mit einer Verweildauer von 26,4 Tagen lag diese weit über dem Durchschnitt (7,7 Tage) (vgl. Tabelle 3.2.30 a).

Alkoholmissbrauch war bei jungen Männern zweithäufigster Grund für eine Krankenhausbehandlung

Bereits bei *jugendlichen und jüngeren Berlinern* (hier: 15 - 29 Jahre) führte Alkoholmissbrauch am zweithäufigsten zu einer klinischen Einweisung (2008: 762 Fälle). Deutlich häufiger, und zwar bei jedem zwanzigsten Fall (1.145), war nur noch Schizophrenie als Behandlungsgrund zu nennen. Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass psychische Krankheiten (infolge von Alkohol- und Drogenmissbrauch, Psychosen und

psychischen Belastungsstörungen) neben verletzungs- und vergiftungsbedingten Gründen das Behandlungsprofil in diesem Alter bestimmen.

Bei den *30- bis 54-jährigen Berlinern* ging im Jahr 2008 fast jeder zehnte Behandlungsfall (6.160 Fälle insgesamt, davon über 90 % aufgrund von Alkoholsucht) zu Lasten von psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol. Die Behandlung von Schizophrenien (2.026 Fälle bzw. 2,8 %) und Leistenbrüchen (1.881 Fälle, 2,6 %) belegten Rang zwei und drei.

Krankheiten des Kreislaufsystems, allen voran Durchblutungsstörungen des Herzens (ischämische Herzkrankheiten / ICD-10 Nrn. I 20 - I 25), waren bei *55- bis 64-jährigen Männern* der häufigste Grund eines Krankenhausaufenthaltes. So gehörten allein drei Krankheitsbilder (chronische ischämische Herzkrankheit, akuter Myokardinfarkt und Angina pectoris), die zur Gruppe der ischämischen Herzkrankheiten zählen, zu den zehn häufigsten Einweisungsgründen nach Einzeldiagnosen. Bei den meisten Behandlungsfällen (2008: 1.818 bzw. 4,0 %) handelte es sich um eine chronische ischämische Herzkrankheit. Wie bereits bei den Frauen gesehen, rangierte auch bei den Männern die stationäre Behandlung des Lungenkarzinoms (1.687 Fälle bzw. 3,7%) auf Platz zwei (vgl. Abbildung 3.27).

Arbeitsunfähigkeit

Da die Mehrzahl der Bevölkerung im jungen Erwachsenen- und mittleren Lebensalter (insbesondere männliche Personen) erwerbstätig ist, sind *Daten zur Arbeitsfähigkeit* eine nützliche Quelle zur Beschreibung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter.

Unter Arbeitsunfähigkeit (AU) wird die - insbesondere auf Krankheit bezogene - Unfähigkeit der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, ihre Arbeitsleistungen zu verrichten, verstanden. Sie ist Voraussetzung für den Anspruch auf Krankengeld aus der Krankenversicherung und für den Anspruch auf Entgeltfortzahlung nach dem Entgeltfortzahlungsgesetz.

Grundlage für die Indikatoren zur Arbeitsunfähigkeit sind im Wesentlichen Statistiken des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) und der Gesetzlichen Krankenkassen. Leider enthalten die vom BMG aufbereiteten und im Internet bereitgestellten *Daten zur gesetzlichen Krankenversicherung*¹ derzeit *keine Auswertung der Arbeitsunfähigkeitsstatistik* (KG 8-Statistik). Deswegen stehen der Berliner Gesundheitsberichterstattung (GBE) keine umfassenden Daten zur Arbeitsunfähigkeit der Berliner erwerbstätigen Bevölkerung zur Verfügung, so dass eine länderspezifische indikatorengerechte GBE (betrifft elf Indikatoren / vgl. Indikatorensatz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder²) nach wie vor nicht möglich ist.

Zur Beschreibung des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens werden in den *Statistiken der einzelnen Krankenkassen* die ärztlich bescheinigten Arbeitsunfähigkeitszeiten ausgewertet. Die Erfassung beinhaltet auch den Krankenstand (angegeben in %). Kurzzeiterkrankungen von ein bis drei Tagen können jedoch nur bei Vorliegen einer ärztlich bescheinigten Arbeitsunfähigkeit berücksichtigt werden, was zur Folge hat, dass die Validität der Daten nicht unerheblich beeinflusst wird. Einzelne Krankenkassen (z. B. TK, AOK, BKK, DAK, BARMER) erstellen und veröffentlichen regelmäßige umfangreiche Analysen zum Arbeitsunfähigkeitsgeschehen ihrer Versicherten. Das detaillierte Zahlenmaterial wird zum Teil auch länderspezifisch vorgehalten. Die Gesundheitsreporte können über die Website der jeweiligen Krankenkasse abgerufen werden.

¹ http://www.bmg.bund.de/nn_1168682/DE/Gesundheit/Statistiken/gesetzliche-krankenversicherung__node.html?__nnn=true.

² http://www.gsi-berlin.info/gsi_gbe.asp.

Abbildung 3.27:

Häufigste Behandlungsdiagnosen der aus dem Krankenhaus entlassenen vollstationären Behandlungsfälle (einschließlich Sterbefälle) in Berlin (nur Berliner) 2008 nach Geschlecht und ausgewählten Altersgruppen

- in %



(Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg, KHStatV-Teil II / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Obwohl - dem allgemeinen Trend folgend - der *Krankenstand* auch in Berlin eher rückläufig ist, melden sich Berlinerinnen und Berliner nach wie vor häufiger als erwerbstätige Personen aus den anderen Bundesländern krank. Diese Tatsache kann allen Auswertungen der Krankenkassen entnommen werden.

Laut einem im Dezember 2009 erstellten ersten länderübergreifenden *Gesundheitsbericht für Berlin und Brandenburg* der AOK und BARMER belief sich beispielsweise die Zahl der krank gemeldeten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in der Region 2008 auf 4,7 % (im Bundesdurchschnitt 3,4 %). Am häufigsten waren die Betroffenen wegen Krankheiten des Atmungssystems (jede vierte Krankenschreibung), gefolgt von Krankheiten des Muskel-Skelettsystems (23 %) und der Verdauungsorgane (13 %) arbeitsunfähig. Angestiegen sind Arbeitsunfähigkeiten wegen psychischer und Verhaltensstörungen (2006: 10 %, 2008: 12 %), hauptsächlich zurückzuführen auf Depressionen und schwere psychische Belastungsstörungen, deren Krankheitsdauer mittlerweile an vorderster Stelle steht. Die Rangfolge der *Arbeitsunfähigkeitsgründe* nach Krankheitsgruppen und Einzeldiagnosen spiegelt sich in allen Auswertungen der Krankenkassen wider. Das trifft sowohl auf alters- und geschlechtspezifische als auch auf sozioökonomische Indikatoren zu.

Arbeitsunfähigkeitsdauer in Berlin weit über dem Bundesdurchschnitt

Auch in Bezug auf die *Dauer einer Krankenschreibung* sind erwerbstätige Personen aus Berlin und

Brandenburg - nach erwerbstätigen Frauen und Männern aus dem Saarland - bundesweit am längsten krank geschrieben. Den Daten der Gesundheitsreporte der Jahre 2007 und 2008 kann entnommen werden, dass die Arbeitsunfähigkeitsdauer der Berlinerinnen und Berliner im Durchschnitt 1,5 Tage über dem Bundesniveau liegt. Bezogen auf einzelne Kassen sind die Unterschiede besonders gravierend. Mit durchschnittlich 15,6 Tagen je Fall lagen BKK-Versicherte in Berlin drei Tage über dem Bundesniveau. Die kürzesten Falldauern wiesen erwerbstätige Personen aus Baden-Württemberg, Bayern und Hessen auf, deren Arbeitsunfähigkeitsdauern je nach Kasse zum Teil deutlich unter dem Bundesdurchschnittswert lagen (vgl. Texttabelle 3.2).

Tabelle 3.2:
Arbeitsunfähigkeiten (Tage je Fall) in Deutschland 2007/2008 (zusammengefasst) nach Bundesländern und ausgewählten Krankenkassen

Bundesland	Krankenkasse / Tage je Fall				
	AOK	BKK	TK	DAK	BARMER
Baden-Württemberg	11,3	11,6	10,5	10,3	12,9
Bayern	11,9	11,9	10,7	10,7	12,9
Berlin	12,7	15,6	13,2	12,2	15,5
Brandenburg	12,5	14,2	12,6	11,5	13,7
Bremen	12,3	12,7	10,9	11,6	14,2
Hamburg	12,3	13,8	12,1	11,1	14,5
Hessen	11,8	11,9	11,2	10,6	12,9
Mecklenburg-Vorpommern	12,1	13,0	12,4	10,8	12,8
Niedersachsen	10,8	12,3	11,3	10,6	13,7
Nordrhein-Westfalen	11,7	13,2	11,4	10,9	14,4
Rheinland-Pfalz	11,9	11,6	11,4	11,3	13,8
Saarland	14,8	15,4	13,0	12,5	15,7
Sachsen	11,4	13,7	10,9	10,8	13,7
Sachsen-Anhalt	12,4	13,7	12,1	11,3	13,1
Schleswig-Holstein	12,2	12,9	11,7	10,7	13,7
Thüringen	12,0	13,7	11,9	10,9	13,5
Deutschland	11,6	12,7	12,7	10,9	13,6

(Datenquelle: Gesundheitsreport der jeweiligen Krankenkasse)

Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten

Als *Arbeitsunfall* wird ein Unfall, den eine versicherte Person infolge der Ausübung ihrer versicherten Tätigkeit innerhalb und außerhalb der Arbeitsstätte erleidet, bezeichnet. Als *Wegeunfall* gilt jeder Unfall, der sich auf dem Weg zum oder vom Ort der versicherten Tätigkeit ereignet. Meistens handelt es sich dabei um Straßenverkehrsunfälle, die mehr als die Hälfte der Wegeunfälle stellen. Wegeunfälle sind gemäß § 8 Abs. 2 SGB VII den Arbeitsunfällen gleichgestellt.

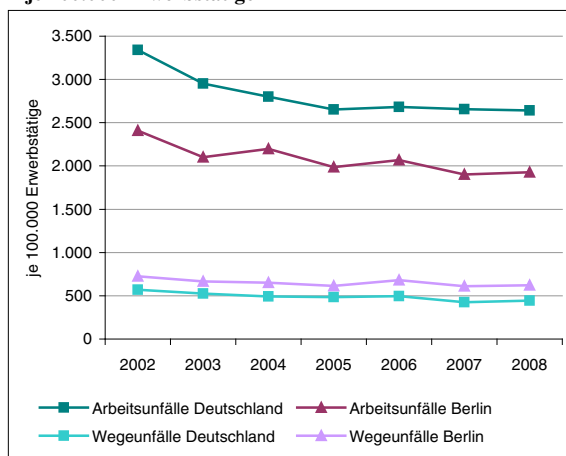
Im Jahr 2008 wurden in Berlin 31.594 Arbeitsunfälle (*Ereignisprinzip*) angezeigt. Das waren 1.066 Fälle bzw. knapp vier Prozent mehr als im Vorjahr. Mit sieben tödlich verlaufenden Unfällen wurde die bis dahin mit Abstand niedrigste Zahl beobachtet. Das war auch im übrigen Bundesgebiet der Fall. Insgesamt verunglückten in der Bundesrepublik Deutschland im Jahr 2008 infolge von Arbeitsunfällen (insgesamt 1.063.915) 765 Menschen tödlich. Die Zahl der Wegeunfälle belief sich in 2008 in Berlin auf 10.161 (373 bzw. 4 % mehr als im Vorjahr). Dabei kamen 10 Personen ums Leben. Auch das

war in Berlin die bis dahin niedrigste Zahl (Datenquelle und weitere Informationen in „Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2008“³).

Bezogen auf je 100.000 Erwerbstätige lag die *Arbeitsunfallquote* mit 1.929 Unfällen je 100.000 in Berlin im Jahr 2008 nur ein und die der *Wegeunfälle* (620 je 100.000) knapp zwei Prozent über dem Vorjahresniveau. Insgesamt gesehen ging die Arbeitsunfallrate in Berlin seit Anfang der 2000er Jahre um ein Fünftel zurück. Demgegenüber lag das Unfallrisiko, trotz eines stärkeren Rückgangs der Unfallraten (um minus 22 %) im übrigen

Rate der Arbeitsunfälle in Berlin weit unter, die der Wegeunfälle weit über Bundesniveau

Abbildung 3.28:
Arbeits- und Wegeunfälle (Ereignisprinzip) in Berlin und in Deutschland 2002 - 2008
- je 100.000 Erwerbstätige



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

Bundesgebiet nach wie vor noch über ein Drittel über Berliner Niveau, versus bei den Wegeunfällen: Von 2002 bis 2008 ging deren Rate in Berlin zwar um etwa 15 % zurück, lag aber im Jahr 2008 immer noch 40 % über dem Bundesdurchschnitt (445 je 100.000). Der Rückgang des Unfallrisikos bezifferte sich bundesweit auf minus 22 % (vgl. Abbildung 3.28 und Tabelle 3.2.31).

Zu den Indikatoren, die auf gesundheitsrelevante Belastungen durch definierte Arbeitsbedingungen hinweisen, zählen u. a. *Berufskrankheiten*. Als anerkannt gilt hierzulande eine Berufskrankheit, wenn sich der durch eine Berufskrankheitenanzeige geäußerte Verdacht auf das Vorliegen einer mit der beruflichen Tätigkeit in Verbindung zu bringenden Krankheit, die in der BKV-Liste enthalten ist, im Feststellungsverfahren gemäß § 9 Abs. 1 SGB VII bestätigt hat und nach § 9 Abs. 2 SGB VII entschädigt werden kann. Zu den Berufskrankheiten zählen Krankheiten, die

sich eine versicherte Person durch ihre berufliche Tätigkeit zuzieht und die entweder in der Berufskrankheiten-Verordnung verzeichnet sind oder die nach neuen medizinischen Erkenntnissen durch Beruf bzw. Arbeit verursacht wurden. Die meisten Berufskrankheiten entstehen allmählich in lang andauernden, chronischen Prozessen und beruhen auf einer Vielfalt von Ursachen. Bei nicht wenigen berufsbedingten Erkrankungen liegen zwischen der schädigenden Einwirkungszeit und dem Krankheitsausbruch Latenzzeiten von vielen Jahren, mitunter sogar von Jahrzehnten (z. B. bei Asbestosen).

Die Zahl der begutachteten Berufskrankheitenvorgänge (zwei Drittel der betroffenen Personen sind männlichen Geschlechts) ging in Berlin in den letzten zehn Jahren (1997/1998: 4.636 Fälle, 2007/2008: 2.842 Fälle) um 39 % zurück. Im selben Zeitraum reduzierte sich die Zahl der dabei anerkannten berufsbedingten Erkrankungen um minus 23 % (von 1.340 auf 1.032 Fälle). Bezogen auf das Jahr 2008 wurden in Berlin 1.465 Berufskrankheitenvorgänge begutachtet. 571 der betroffenen Personen waren weiblichen und 894 männlichen Geschlechts. Für 224 Frauen und 295 Männer wurde der begutachtete Vorgang als Berufskrankheit anerkannt (vgl. Abbildung 3.29 und Tabelle 3.2.32).

Berufskrankheiten sind insgesamt tendenziell rückläufig

Die *Entwicklung der in der Berufskrankheiten-Liste aufgeführten einzelnen Berufskrankheiten* verlief sehr unterschiedlich. So kam es in den letzten zehn Jahren bei bandscheibenbedingten Erkrankungen (BK 2108 - 2110) und Silikosen (BK 4101) zu einem Rückgang der Anerkennungen als Berufskrankheit

³ Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin: Aktueller Bericht der Bundesregierung über den Stand von Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit und über das Unfall- und Berufskrankheitengeschehen in der Bundesrepublik Deutschland im Jahre 2008. <http://osha.europa.eu/fop/germany/de/statistics/statistiken/suga/>.

um über 80 %. Ein weiterer starker Rückgang (um -77 %) war bei den obstruktiven Atemwegserkrankungen (BK 4301 - 4302) zu beobachten und auch bei Lärmschwerhörigkeit (BK 2301) sind die Zahlen seit vielen Jahren stark rückläufig. In Berlin betrug der Rückgang seit 1997/1998 beispielsweise 59 %. Durch konsequente Anwendung der Präventionsmaßnahmen, insbesondere der derzeit zur Verfügung stehenden technischen Interventionen zur Lärmbekämpfung, sollte es mittelfristig möglich sein, eine berufsbedingte Lärmschwerhörigkeit weitestgehend zu verhindern. In Berlin lag der Anteil von Lärmschwerhörigkeit in der Zeit von 2006/2008, gemessen an allen anerkannten Berufskrankheiten, bei neun Prozent.

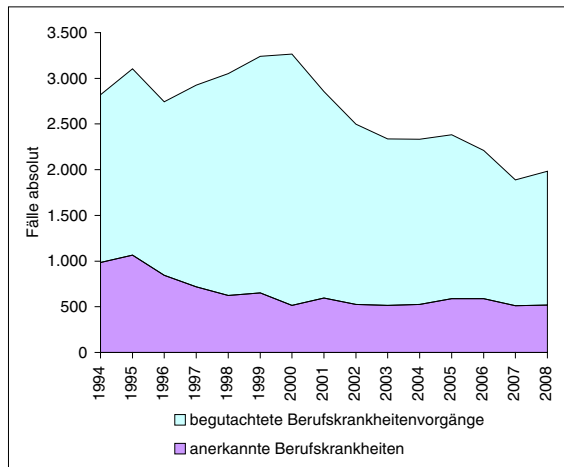
Anstieg berufsbedingter Asbestinhalationsfolgen und Hauterkrankungen

Angestiegen ist in der Hauptstadt hingegen die Zahl der asbestbedingten Erkrankungen (BK

4103 - 4105), in den letzten zehn Jahren um immerhin 13 %. Mit über 140 Fällen pro Jahr war in den letzten Jahren jede vierte Anerkennung einer Berufskrankheit auf eine Asbestose, ein auf Asbeststaub zurückzuführendes Lungen-, Pleura oder Kehlkopfkarcinom bzw. auf ein durch Asbest verursachtes Mesotheliom zurückzuführen. Trotz aller Präventionsbemühungen stellen beruflich bedingte Hautkrankheiten (BK 5101) derzeit in Berlin die häufigsten Berufskrankheiten, Tendenz steigend. Ein erhöhtes Risiko haben Personen, die im Friseur-, Bäcker-, und Konditorhandwerk arbeiten. Aber auch Personen, die im Baugewerbe tätig sind (wie etwa Maler und Fliesenleger), unterliegen einer Gefährdung. In den Jahren 1997/1998 wurden in Berlin 675 Fälle begutachtet, von denen jeder zweite Fall (insgesamt 334) als Berufskrankheit anerkannt wurde. In Zeitraum 2007/2008 waren es 832 Fälle, die zur Begutachtung kamen und von denen 510 bzw. zwei Drittel als berufsbedingt eingestuft und anerkannt wurden. Das entsprach einer Zunahme von 53 %. Mittlerweile führen berufsbedingte Hautkrankheiten die Rangfolge der anerkannten Berufskrankheiten nach der Fallzahl an. Jede zweite Berufskrankheit lässt sich derzeit in Berlin auf derartige Krankheiten zurückführen (vgl. Abbildung 3.29 a und Tabelle 3.2.32).

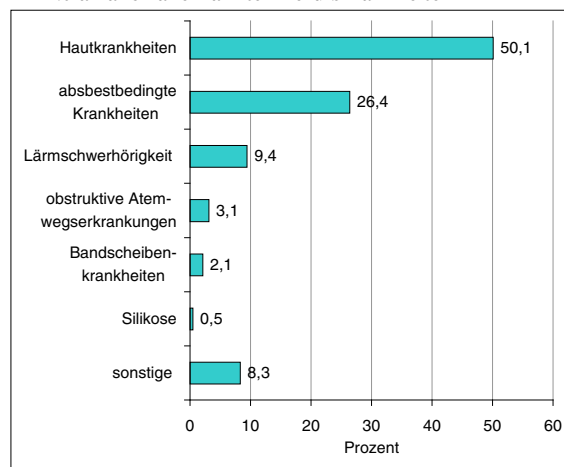
Weitere Informationen zu Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten in Berlin sind in den Jahresberichten der Berliner Arbeitsschutzbehörden (<http://www.berlin.de/sen/verbraucherschutz/arbeitschutz/publikationen/asv.html>) zu entnehmen.

Abbildung 3.29:
Begutachtete Berufskrankheitenvorgänge und anerkannte berufsbedingte Erkrankungen in Berlin 1994 - 2008
- Fälle absolut



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

Abbildung 3.29 a:
Anerkannte berufsbedingte Erkrankungen in Berlin 2006 - 2008 (zusammengefasst) nach Krankheitsart
- in % an allen anerkannten Berufskrankheiten



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

Medizinische Leistungen zur Rehabilitation

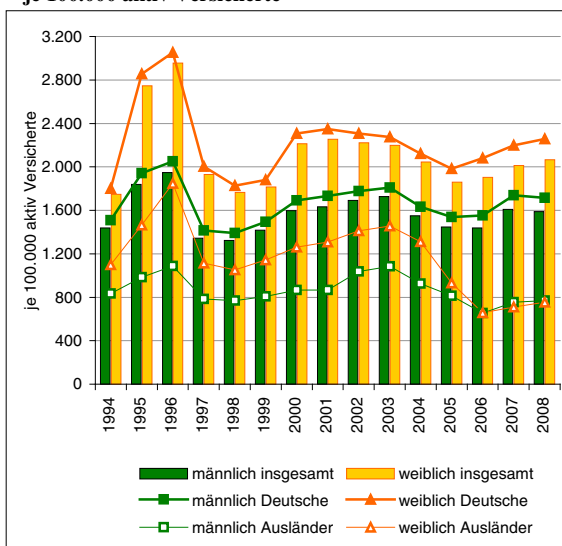
Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe (geregelt im SGB V §§ 40 - 43) kommen dann in Betracht, wenn eine *Rehabilitationsbedürftigkeit* und eine *Rehabilitationsfähigkeit* besteht und eine positive *Rehabilitationsprognose* für den Betroffenen in Aussicht gestellt werden kann.

Nachfolgende Ausführungen zur *Inanspruchnahme von medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen und sonstigen Leistungen zur Teilhabe* stammen aus den jährlich zur Verfügung stehenden Daten der Deutschen Rentenversicherung (DRV). Die Angaben stellen die *erbrachten Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung* dar und beziehen sich hinsichtlich der *Morbiditätsangaben im Wesentlichen auf Personen im erwerbsfähigen Alter*.

Den aktuellen zur Verfügung stehenden Daten zufolge wurden im Jahr 2008 bei 28.636 unter 65-jährigen Personen aus Berlin - 16.194 weiblichen und 12.442 männlichen Geschlechts - medizinische Rehabilitationsmaßnahmen und Leistungen zur Teilhabe erbracht. Der Staatsangehörigkeit nach waren 27.075 bzw. 95 % der Rehabilitanden Deutsche (15.436 Frauen, 11.639 Männer). Demgegenüber wurde bei 758 ausländischen Frauen

Die Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen liegt bei Deutschen um mehr als 2,5-fach über der der Ausländer

Abbildung 3.30:
Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen (Alter: 15 - 64 Jahre) in Berlin 1994 - 2008
nach Geschlecht und Staatsangehörigkeit
- je 100.000 aktiv Versicherte



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

und bei 803 ausländischen Männern eine Rehabilitationsmaßnahme veranlasst. Hinsichtlich der Staatsangehörigkeit hatten deutsche Frauen und Männer im gesamten Beobachtungszeitraum eine weit über dem Niveau der ausländischen Bevölkerung liegende Inanspruchnahme. Nach dem starken Rückgang der Raten je 100.000 aktiv Versicherte, der 2005 - bei Ausländerinnen und Ausländern auch noch 2006 - gegenüber 2004 zu beobachten war⁴, und dem darauffolgenden leichten Wiederanstieg haben sich die Unterschiede zwischen deutscher und ausländischer Bevölkerung noch verstärkt. Mit einer Rate von 2.257 je 100.000 aktiv Versicherte nahmen deutsche Frauen z. B. im Jahr 2008 dreimal so häufig wie Ausländerinnen (753 je 100.000) eine medizinische Rehabilitation in Anspruch. Und auch bei den Männern lag der Wert mit 1.714 je 100.000 bei deutschen Männern mehr als doppelt so hoch wie bei den Ausländern (770 je 100.000) (vgl. Abbildung 3.30 und Tabelle 3.2.33 b).

Erwartungsgemäß steigt mit zunehmendem Alter das Erkrankungsrisiko und damit verbunden auch die Zahl der durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen. Um einer gesundheitsbedingten Frühberentung entgegenzuwirken, gewinnt die Forderung „*Rehabilitation vor Berentung*“ immer mehr an Bedeutung. So befinden sich dann auch 43 % der Frauen und 40 % der Männer, für die Leistungen zur medizinischen Rehabilitationen erbracht werden, in einem Alter von 50 bis 59 Jahren. Während nach dem 60. Lebensjahr die Häufigkeit innerhalb der ausländischen Bevölkerung stark abnimmt (bei Männern um etwa ein Fünftel, bei Frauen um über 50 %), werden - bezogen auf je 100.000 aktiv Versicherte - bei 60- bis 64-jährigen deutschen Frauen nach 55- bis 59-Jährigen die zweithäufigsten, bei gleichaltrigen Männern sogar die meisten Rehabilitationsmaßnahmen veranlasst (vgl. Abbildung 3.30 a und Tabelle 3.2.34 b).

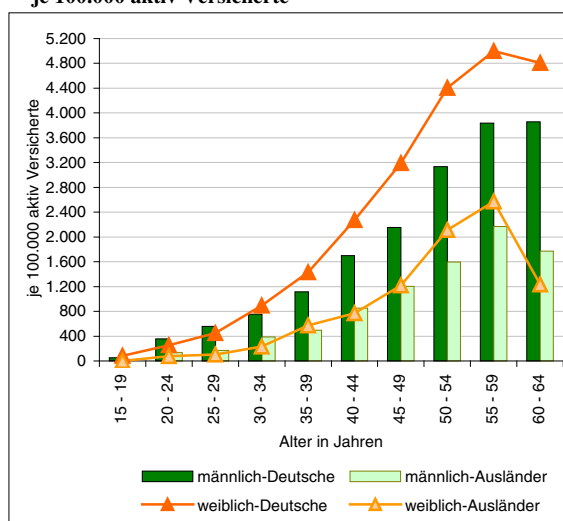
⁴ Der starke Rückgang von 2004 auf 2005, insbesondere in der ausländischen Bevölkerung, ist im Wesentlichen auf den Übergang ehemals sozialhilfeberechtigter Personen gemäß BSHG in den Rechtskreis des SGB II ab dem 01.01.2005 zurückzuführen.

Die meisten Rehabilitationsmaßnahmen gehen zu Lasten von Krankheiten des Muskel-/Skelettsystems

Die Indikationen für die Verordnung von Rehabilitationsmaßnahmen sind stark alters- und geschlechtsabhängig und werden von einer Vielzahl von *Veranlassungsgründen* bestimmt. Unabhängig vom Alter und Geschlecht verursachen *Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems* die meisten Rehabilitationsmaßnahmen. Sie stellten in Berlin auch im Jahr 2008 mit 6.672 Fällen bzw. 41 % bei den Frauen und mit 4.500 Fällen bzw. 36 % bei den Männern den größten Anteil an allen durchgeführten Maßnahmen. *Psychische und Verhaltensstörungen* sind bei Frauen und Männern der zweithäufigste Grund einer Rehabilitation. Zu deren Lasten gingen in Berlin im Jahr 2008 22 % aller Fälle (insgesamt 3.542) bei Frauen und 20 % (2.486 Fälle) bei den männlichen Rehabilitanden. Bösartige Neubildungen belegten bei den Frauen (13 % bzw. 2.145 Fälle) dann den dritten Rang des Behandlungsspektrums. Bei den Berliner Männern traf dies auf *Krankheiten des Kreislaufsystems* (15 %, 1.827 Fälle) zu (vgl. Tabelle 3.2.35, zu ausgewählten Altersgruppen siehe Texttabelle 3.3).

Die Indikationen für die Verordnung von Rehabilitationsmaßnahmen sind stark alters- und geschlechtsabhängig und werden von einer Vielzahl von *Veranlassungsgründen* bestimmt. Unabhängig vom Alter und Geschlecht verursachen *Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems* die meisten Rehabilitationsmaßnahmen. Sie stellten in Berlin auch im Jahr 2008 mit 6.672 Fällen bzw. 41 % bei den Frauen und mit 4.500 Fällen bzw. 36 % bei den Männern den größten Anteil an allen durchgeführten Maßnahmen. *Psychische und Verhaltensstörungen* sind bei Frauen und Männern der zweithäufigste Grund einer Rehabilitation. Zu deren Lasten gingen in Berlin im Jahr 2008 22 % aller Fälle (insgesamt 3.542) bei Frauen und 20 % (2.486 Fälle) bei den männlichen Rehabilitanden. Bösartige Neubildungen belegten bei den Frauen (13 % bzw. 2.145 Fälle) dann den dritten Rang des Behandlungsspektrums. Bei den Berliner Männern traf dies auf *Krankheiten des Kreislaufsystems* (15 %, 1.827 Fälle) zu (vgl. Tabelle 3.2.35, zu ausgewählten Altersgruppen siehe Texttabelle 3.3).

Abbildung 3.30 a:
Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen (Alter: 15 - 64 Jahre) in Berlin 2008
nach Geschlecht, Staatsangehörigkeit und Altersgruppen
- je 100.000 aktiv Versicherte



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

Tabelle 3.3:
Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen in Berlin (nur Berliner) 2008 nach Geschlecht, ausgewählten Altersgruppen und Behandlungsdiagnosen
- in % aller erbrachten Leistungen

Behandlungsdiagnose (Krankheitsgruppe)	Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen							
	Frauen im Alter von ... Jahren				Männer im Alter von ... Jahren			
	20 - 39	40 - 49	50 - 59	60 - 64	20 - 39	40 - 49	50 - 59	60 - 64
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems	35,7	41,7	44,2	34,6	28,5	40,1	37,9	32,5
Psychische und Verhaltensstörungen	28,7	25,8	19,4	9,9	36,4	23,1	14,2	6,1
Bösartige Neubildungen	6,4	9,7	13,7	32,6	3,1	4,7	9,5	27,5
Krankheiten des Kreislaufsystems	2,4	4,0	5,6	6,8	4,7	11,7	20,7	17,8
Verletzungen und Vergiftungen	3,7	2,2	2,4	2,0	6,4	3,7	2,9	2,3
sonstige	23,2	16,5	14,7	14,1	21,0	16,8	14,9	13,8
insgesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Anzahl Fälle insgesamt	2.370	5.211	6.963	1.634	2.273	3.754	4.936	1.468

(Datenquelle: DRV / Berechnung: SenGesUmV - I A -)

Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit

Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit sind eine wichtige Säule der Rentenversicherung. Sie gilt für Personen, die *wegen Krankheit oder Behinderung ganz oder teilweise berufsunfähig* geworden sind. Als verminderte Erwerbsfähigkeit wird ein krankheits- bzw. behinderungsbedingter physischer bzw. psychischer Zustand bezeichnet, der die Fähigkeit des Menschen einschränkt, seinen Lebensunterhalt mit der Ausübung von beruflichen Tätigkeiten zu verdienen.

Die folgenden Angaben beziehen sich auf die *Daten der Deutschen Rentenversicherung (DRV)*. Sie stellen den größten Versorgungsbereich dar und eignen sich daher auch als Indikator für die Gesamtsituation und Entwicklung von gesundheitsbedingter Frühberentung. Am 31.12.2008 erhielten in Berlin 70.908 Personen (2.531 weniger als im Vorjahr) Rentenzahlungen wegen verminderter

Erwerbsfähigkeit. 37.767 Frührentner waren weiblichen und 33.141 männlichen Geschlechts. Bei beiden Geschlechtern war das der bis dahin niedrigste Stand. Der Staatsangehörigkeit nach waren 62.148 frühberentete Personen Deutsche (32.614 Frauen, 29.534 Männer) und 8.760 Ausländer, von denen wiederum 5.153 weiblichen und 3.607 männlichen Geschlechts waren (vgl. Tabelle 3.2.36 d).

Bis 2006 konnte in Berlin ein stark rückläufiger *Trend der jährlich neu bewilligten Frühberentungen* beobachtet werden. Allein von 1997 bis 2006 halbierte sich die absolute Zahl der Rentenzugänge. In den Jahren 2007/2008 wurden dann allerdings wieder mehr gesundheitsbedingte Frühberentungen bewilligt. Im Jahr 2008 wurden in Berlin 6.716 Personen, 3.428 Frauen und 3.288 Männer, wegen verminderter Erwerbsfähigkeit berentet. Das entsprach im Vergleich zu 2006 einer Zunahme von 338 Fällen insgesamt bzw. um knapp sechs Prozent. Der Anstieg betraf jedoch ausschließlich Frauen. Gegenüber 2006 wurden bei ihnen 324 Neuzugänge mehr gezählt, was einem Anstieg von über zehn Prozent entsprach (vgl. Tabelle 3.2.36 b).

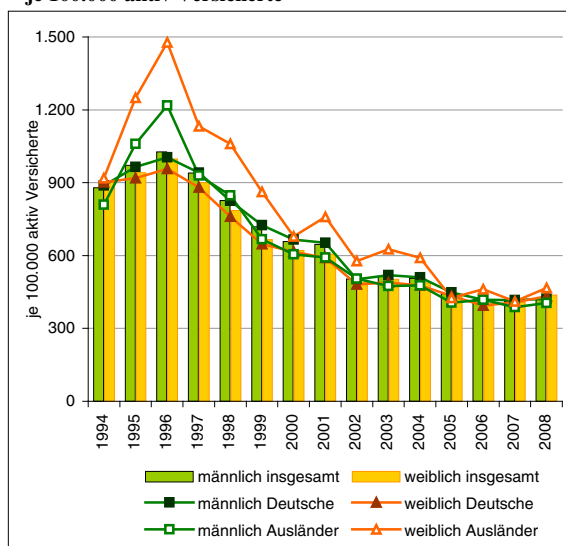
Rückgang gesundheitsbedingter Frühberentungen setzte sich nicht weiter fort

Die Zahl der Frühberentungen wird von vielen *Einflussfaktoren* determiniert. Zu ihnen zählen u. a. gesetzliche Rahmenbedingungen, demografische Entwicklungstrends, berufliche Tätigkeit und damit verbundene Gesundheitsaspekte, Geschlecht, Alter, Staatsangehörigkeit, sozioökonomische Prädiktoren.

Im Durchschnitt gesehen haben ausländische Personen gegenüber *deutschen* Männern und Frauen ein deutlich höheres Frühberentungsrisiko. In Berlin handelt es sich derzeit bei etwa jeder achten infolge von verminderter

Jeder achte Rentenzugang betrifft eine ausländische Person

Abbildung 3.31:
Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in Berlin 1994 - 2008
nach Geschlecht und Staatsangehörigkeit
- je 100.000 aktiv Versicherte



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

Erwerbsfähigkeit bedingten Neuberentung um eine ausländische Person. Die innerhalb der ausländischen gegenüber der deutschen Population zu beobachtenden höheren Werte gehen jedoch fast ausschließlich zu Lasten der hohen Frühberentungsraten ausländischer Frauen. Im Jahr 2008 wurden in Berlin insgesamt 2.958 (bzw. 433 je 100.000 aktiv Versicherte) deutsche Frauen und 2.866 Männer (422) frühberentet. Demgegenüber belief sich die Zahl bei den Ausländern auf 470 Frauen (467 je 100.000) und 422 (404 je 100.000) bei den Männern. Bezogen auf die aktiv Versicherten haben sich die, insbesondere in der Zeit von 1995 bis 2004 zu beobachtenden, gravierenden Unterschiede der gesundheitsbedingten Frühberentungsrate der in Berlin lebenden Ausländerinnen gegenüber deutschen Frauen in den letzten zwei Jahren verringert. Bei den deutschen Frauen mehrten sich eher Anzeichen eines Anstiegs des Frühberentungsrisikos (vgl. Abbildung 3.31 und Tabelle 3.2.36 b).

Wichtige Hinweise zur gesundheitlichen Lage der Frührentner liefert das *Rentenzugangsalter*. Dies ist insbesondere aus ökonomischer Sicht (z. B. Kostenentwicklung, verlorene Erwerbsjahre, vgl. auch Kapitel 11, Abschnitt „Verlorene Erwerbstätigkeitsjahre“) von nicht unerheblicher Bedeutung. Denn je niedriger das Zugangsalter eines Frührentners ist, desto höher sind aufgrund der Berentungsdauer die erforderlichen Ausgaben. Insgesamt gesehen nimmt die Wahrscheinlichkeit einer gesundheitsbedingten Frühberentung mit dem Alter zu. Erwartungsgemäß haben 55- bis 59-Jährige die mit Abstand höchsten Zugangsraten. Im Jahr 2008

55- bis 59-Jährige haben das höchste gesundheitsbedingte Frühberentungsrisiko

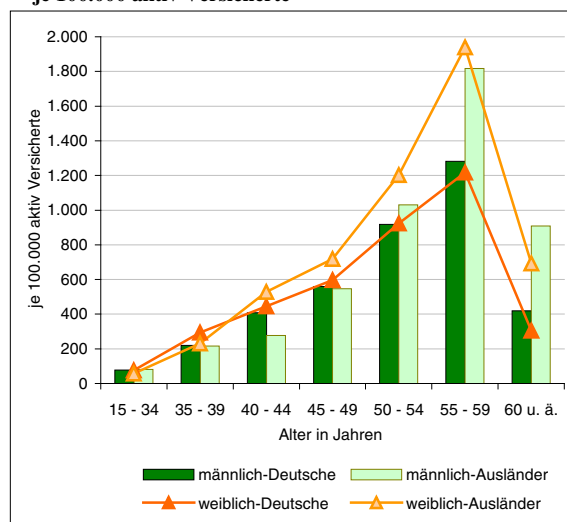
entfielen 1.915 bzw. 29 % aller Frühberentungen auf diese Altersgruppe. Aus gesundheitsrelevanter und gesundheitspolitischer Sicht ist aber auch der Anteil der Frühberentungen von 50- bis 54-Jährigen als zu hoch einzuschätzen. Wie die Auswertungen des Jahres 2008 zeigten, handelte es sich bei jeder vierten bis fünften gesundheitsbedingten Frühberentung um eine 50- bis 54-jährige Person. Im genannten Jahr betraf das immerhin 763 Berlinerinnen und 727 Berliner (vgl. Tabelle 3.2.37).

Bei altersgruppen- und geschlechtsspezifischer Betrachtung fällt nach wie vor die disproportionale Entwicklung der Frühberentungsrate der in Berlin lebenden *Ausländerinnen* gegenüber *deutschen Frauen* auf. Während bis zum 40. Lebensjahr deutlich mehr deutsche Frauen als Ausländerinnen frühberentet werden (im Durchschnitt gesehen liegt deren Rate etwa 22 % unter dem Wert der deutschen Frauen), haben über 40-jährige ausländische gegenüber gleichaltrigen deutschen Frauen bis zum regulären Renteneintrittsalter ein um über 50 % höher liegendes Berentungsrisiko. Die größten Unterschiede fanden sich bei 55- bis 64-Jährigen. In diesem Alter lag im Jahr 2008 die Rentenzugangsquote der Ausländerinnen (1.320 je 100.000 Versicherte) fast doppelt so hoch wie die der deutschen Frauen (760 je 100.000).

Auch innerhalb der *männlichen* Bevölkerung hatten *Deutsche* im Vergleich zu *Ausländern* in den jüngeren Altersgruppen (im Jahr 2008 bis etwa um das 50. Lebensjahr herum) ein höheres Frühberentungsrisiko. Bei den über 50-Jährigen lag das Rentenzugangsniveau dann aber bei den Ausländern bei 50- bis 54-Jährigen schon 12 % über dem der Deutschen. Bei 55- bis 64-Jährigen hatten ausländische Männer mit einer Rate von 1.360 Frühberentungen je 100.000 aktiv Versicherte gegenüber deutschen Männern (850 je 100.000) dann bereits ein um fast zwei Drittel höher liegendes Risiko einer gesundheitsbedingten Erwerbsminderung und damit verbundenen Frühberentung (vgl. auch Abbildung 3.31 a und Tabellen 3.2.37 a, 3.2.37 b).

Abbildung 3.31 a:

Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit (Alter: 15 - 64 Jahre) in Berlin 2008 nach Geschlecht, Staatsangehörigkeit und ausgewählten Altersgruppen - je 100.000 aktiv Versicherte



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

Häufige Ursachen für Frühberentungen wegen verminderter Erwerbsfähigkeit

Die Ursachen für eine Frühberentung sind vielfältig. Mittlerweile werden sie aber von nur wenigen *gesundheitsrelevanten Berentungsgründen* dominiert. Ein Zusammenhang zwischen Arbeitsbedingungen und gesundheitsbedingter Erwerbsunfähigkeit kann anhand der für Berlin zur Verfügung stehenden Daten nicht verifiziert werden. So lässt beispielsweise die höhere Frühberentungsrate bei ausländischen Personen bei gleichzeitig deutlich höher liegender Arbeitslosigkeit und niedriger liegender Erwerbsbeteiligung (insbesondere bei ausländischen Frauen) nach wie vor viele Fragen offen. Bei der Entstehung chronischer Krankheiten, die zu einer Erwerbsunfähigkeit führen können, spielen natürlich die Arbeitsbedingungen, die Lebensgewohnheiten, Umweltfaktoren und individuelle Prädispositionen eine Rolle. Früher häufig genannte Frühberentungsgründe wie Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems, die mit schwerer körperlicher und niedriger qualifizierter Arbeit assoziiert wurden, verlieren immer mehr an Bedeutung. Allein von 2006 bis 2008 ging die Zahl der Berentungen aufgrund von Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems bei den Berliner Männern um ein Fünftel zurück. Bezogen auf beide Geschlechter betrug der Rückgang 10 %. Im Jahr 2008 erfolgte demzufolge nur noch jede zehnte Neuberentung bei den Frauen (350 Fälle) und jede zwölfte (276 Fälle) bei den Männern aufgrund einer derartigen Erkrankung. Die dominierende Rolle einer gesundheitsbedingten Erwerbsminderung spielen jedoch *psychische Erkrankungen*. Seit

Jahren sind sie der Hauptgrund für eine Frühberentung. Im Jahr 2008 wurden 1.802 Berlinerinnen, das entsprach 53 % aller weiblichen RentenNeuzugänge, wegen psychischen und Verhaltensstörungen frühberentet. Demgegenüber wurden 1.405 Männer, das entsprach 43 % aller Frühberentungen für Männer, wegen einer psychischen Erkrankung erwerbsunfähig. Bösartige Neubildungen waren 2008 der zweithäufigste Grund einer Frühberentung. Das traf auf Frauen (410 Fälle) und Männer (408 Fälle) gleichermaßen zu (vgl. auch Tabelle 3.2.38).

Die Häufigkeit gesundheitsbedingter Berentungsgründe hängt stark vom Alter, Geschlecht und der Staatsangehörigkeit ab (zu einzelnen Altersgruppen siehe Texttabelle 3.4).

Depressionen sind mittlerweile bei Frauen der mit Abstand häufigste Grund für eine frühzeitige Berentung. Im Jahr 2008 wurden in Berlin 1.027 Personen im erwerbsfähigem Alter aufgrund von akuten bzw. rezidivierenden Formen von Depressionen frühberentet. Depressionen mussten somit bei den Frauen (688 Fälle) für jede fünfte und bei den Männern (339 Fälle) für etwa jede siebente Frühberentung verantwortlich gemacht werden. Ausländerinnen hatten ein besonders hohes Risiko, infolge einer Depression erwerbsunfähig zu werden. Bei ihnen ging im Jahr 2008 fast jede dritte Frühberentung (insgesamt 139) auf Depressionen zurück. Bei deutschen Frauen lag der Anteil mit 19 % (insgesamt 549 Berentungsfälle) deutlich darunter.

Am häufigsten waren Depressionen Ursache einer Frühberentung von Berliner Frauen und Männern

Psychische Anpassungsstörungen, bei denen es sich in der Mehrzahl um Neurosen und Angststörungen handelt, waren 2008 bei den Berlinerinnen der zweithäufigste Berentungsgrund. Insgesamt wurden 765 Personen wegen derartiger Störungen erwerbsunfähig. Das Verhältnis Frauen (566 Fälle bzw. 16 % aller Berentungen) zu Männern (199 Fälle, das entsprach bei ihnen 6 % aller Berentungen) lag bei etwa 3:1. Den dritten Rang der gesundheitsbedingten Frühberentungen nahmen bei Frauen und Männern Schizophrenien ein. Mit einem Anteil von 7 % (233 Fälle), gemessen an allen männlichen Rentenzugängen, wurden im Jahr 2008 in Berlin mehr Männer als Frauen (194 Fälle bzw. 6 % aller weiblichen Berentungsfälle) wegen einer Schizophrenie berentet.

Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol sind bei den Berliner Männern die zweithäufigste Ursache einer gesundheitsbedingten Frühberentung. Aufgrund von Alkoholabhängigkeit wurden im Jahr 2008 283 Berliner Männer, 270 von ihnen waren der Staatsangehörigkeit nach Deutsche, erwerbsunfähig. Das entsprach fast jedem zehnten männlichen Frühberentungsfall. Bei 40- bis 59-jährigen deutschen Berliner Männern ist Alkoholabhängigkeit neben Depressionen sogar die mit Abstand häufigste Berentungsursache (vgl. Texttabelle 3.4).

Alkoholbedingte Frühberentungsfälle bei Männern auf dem zweiten Rang

Nach wie vor liegt der Anteil der Berentungsfälle, bei denen unspezifische Symptome, die anderenorts nicht klassifiziert sind, als Grund für die Frühberentung gelten, bei den Ausländern (und hier insbesondere bei den Männern) überproportional hoch. So wurde im Jahr 2008 in Berlin bei immerhin neun Prozent der frühberenteten ausländischen Männer und bei 4 % der ausländischen Frauen eine unspezifische Diagnose als Berentungsursache angegeben, während das bei jeweils nur drei Prozent der deutschen Population der Fall war (vgl. Texttabelle 3.4, Vergleichsjahr 2006 siehe Basisbericht 2006/2007, Texttabelle 3.2, S. 112).

Schwerbehinderte

Angaben zu schwerbehinderten Personen werden in Deutschland gemäß § 131 Absatz 2 SGB IX in Verbindung mit § 15 BStatG erhoben. Auskunftspflichtig sind die Versorgungsämter und die im Rahmen der Versorgungsverwaltung errichteten versorgungsärztlichen Untersuchungsstellen. Erfasst werden alle Schwerbehinderten mit einem Grad der Behinderung (GdB) von mehr als 50 %. In der Statistik werden nur Behinderte mit einem anerkannt gültigen Schwerbehindertenausweis gezählt. Die Auswertung der Schwerbehindertenstatistik erfolgt alle zwei Jahre (Stichtag: 31.12. des jeweiligen Jahres, zuletzt 2009). Die Daten für 2009 liegen derzeit jedoch noch nicht vollständig vor, so dass sich nachfolgende Auswertungen im Wesentlichen auf 2007 beziehen.

Tabelle 3.4:

Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in Berlin (nur Berliner) 2008
nach Geschlecht, ausgewählten Altersgruppen, Staatsangehörigkeit und häufigen Berentungsgründen
- in % der Frühberentungen

Berentungsgrund	Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit									
	Frauen im Alter von ... Jahren					Männer im Alter von ... Jahren				
	20 - 39	40 - 49	50 - 59	60 - 64	20 - 64	20 - 39	40 - 49	50 - 59	60 - 64	20 - 64
Deutsche										
Affektive Störungen (Depressionen)	10,6	19,2	21,0	8,3	18,6	6,0	11,7	9,7	7,6	9,7
Neurotische, Belastungs- und Anpassungsstörungen	14,4	19,1	15,1	9,3	16,1	5,7	5,8	5,9	4,7	5,8
Krankheiten der Wirbelsäule	1,8	3,2	5,1	4,6	4,0	1,7	4,4	6,1	5,8	5,0
Arthrose	0,8	1,2	3,5	4,6	2,4	-	1,4	2,2	1,8	1,6
Chronische Krankheiten der unteren Atemwege	0,3	1,2	2,7	3,7	1,9	0,3	1,5	3,1	4,1	2,3
Schizophrenie	13,1	5,7	3,3	1,9	5,3	27,3	7,6	1,9	-	6,6
Alkoholismus	0,8	2,8	3,3	2,8	2,8	4,0	11,7	9,7	6,4	9,4
Zerebrovaskuläre Krankheiten	1,3	1,2	2,0	2,8	1,7	1,7	1,8	4,1	7,0	3,3
Ischämische Herzkrankheiten	-	0,4	0,9	1,9	0,7	0,3	1,4	4,8	4,7	3,2
unspezifische Symptome	2,5	2,1	2,9	3,7	2,6	3,4	3,7	3,2	0,6	3,2
übrige	54,7	44,0	40,3	56,5	44,0	49,7	49,1	49,4	57,3	49,8
insgesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Anzahl Fälle insgesamt	397	952	1.501	108	2.958	352	873	1.470	171	2.866
Ausländer										
Affektive Störungen (Depressionen)	16,4	22,1	35,9	43,3	29,6	5,8	10,2	19,5	13,3	14,2
Neurotische, Belastungs- und Anpassungsstörungen	18,0	23,4	17,9	10,0	19,1	1,4	8,3	10,5	6,7	8,1
Krankheiten der Wirbelsäule	3,3	2,1	6,0	6,7	4,5	1,4	3,7	5,5	2,2	4,0
Arthrose	-	0,7	3,4	6,7	2,3	-	1,9	2,0	4,4	1,9
Chronische Krankheiten der unteren Atemwege	-	-	1,3	-	0,6	-	1,9	1,0	2,2	1,2
Schizophrenie	18,0	13,1	3,0	-	7,9	37,7	13,0	1,0	2,2	10,2
Alkoholismus	3,3	0,7	0,4	-	0,9	-	3,7	4,5	-	3,1
Zerebrovaskuläre Krankheiten	-	0,7	1,3	3,3	1,1	1,4	1,9	4,5	6,7	3,6
Ischämische Herzkrankheiten	-	2,1	1,7	-	1,5	-	2,8	5,5	8,9	4,3
unspezifische Symptome	4,9	3,4	4,3	-	3,8	7,2	6,5	10,5	6,7	8,5
übrige	36,1	31,7	24,8	30,0	28,7	44,9	46,3	35,5	46,7	41,0
insgesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Anzahl Fälle insgesamt	61	145	234	30	470	69	108	200	45	422

(Datenquelle: DRV / Berechnung: SenGesUmV - I A -)

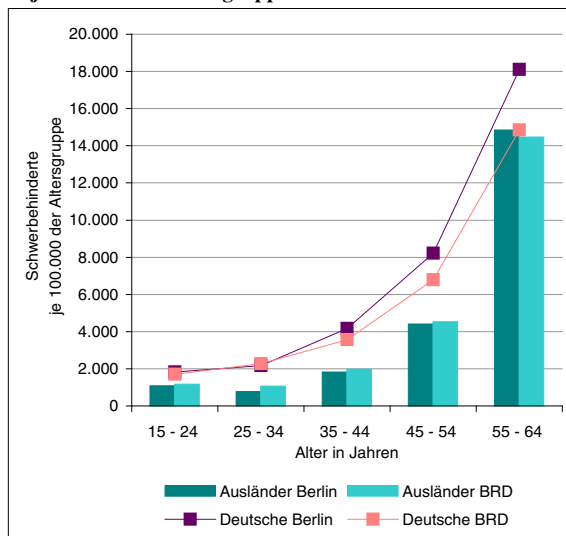
Nach (vorläufigen) Angaben des AfS Berlin-Brandenburg waren am 31.12. 2009 in Berlin 146.607 15- bis 64-jährige Personen - 74.377 Frauen und 72.230 Männer - in Besitz eines gültigen Schwerbehindertenausweises. Im zuletzt vollständig verfügbaren Auswertungsjahr 2007 und in der genannten Altersgruppe lag die *Schwerbehindertenprävalenz* etwas höher: Am 31.12.2007 galten 148.765 Personen - 74.576 weiblichen und 74.189 männlichen Geschlechts - als anerkannt schwerbehindert. Damit waren in 2007 etwa 42 % aller, die in Besitz eines gültigen Schwerbehindertenausweises waren, im erwerbsfähigen Alter. Je 100.000 15- bis 64-Jährige bezifferte sich die altersstandardisierte Rate der Frauen auf 6.072 und die der Männer auf 6.062 Schwerbehinderte je 100.000.

Bei Betrachtung nach der *Staatsangehörigkeit* waren 136.150 der Ende 2007 in Berlin lebenden 15- bis 64-jährigen Schwerbehinderten Deutsche und 12.615 Ausländer. Der Anteil an allen Schwerbehinderten lag innerhalb der deutschen Bevölkerung bei etwa 40 %; bei der ausländischen waren dagegen zwei Drittel aller Schwerbehinderten in einem Alter von 15 bis 64 Jahren.

Ausländische Personen sind deutlich seltener als deutsche schwerbehindert

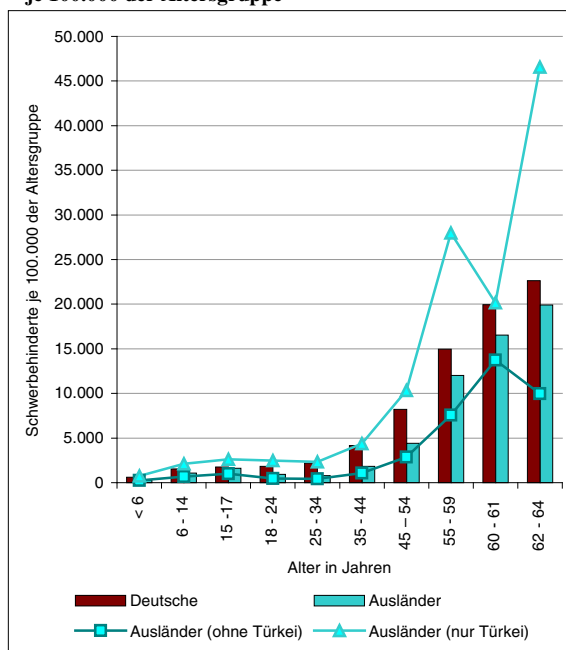
Ausländische Personen sind deutlich seltener als deutsche in Besitz eines Schwerbehindertenausweises. Hinsichtlich des erwerbsfähigen Alters lag die Schwerbehindertenrate im Auswertungsjahr 2007 in Berlin, bezogen auf die ausländische Bevölkerung, mit 4.589 je 100.000 über ein Drittel unter der der deutschen (6.893 je 100.000). Demgegenüber lag im Bun-

Abbildung 3.32:
Schwerbehinderte Personen mit Schwb-Ausweis in Berlin
und in der Bundesrepublik Deutschland am 31.12.2007
nach Staatsangehörigkeit und ausgewählten Altersgruppen
- je 100.000 der Altersgruppe



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

Abbildung 3.32 a:
Schwerbehinderte Personen mit Schwb-Ausweis in Berlin
am 31.12.2007 nach Staatsangehörigkeit und ausgewählten
Altersgruppen
- je 100.000 der Altersgruppe



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

desvergleich das Schwerbehindertenrisiko der Ausländer (4.644 je 100.000) auch - und zwar um ein Fünftel, aber längst nicht so deutlich wie in Berlin - unter dem der Deutschen (5.833 je 1000 15- bis unter 65-Jährige). Die bei Ausländern unter dem Niveau der Deutschen liegende Schwerbehindertenrate ist in allen betrachteten Altersgruppen präsent. Am stärksten sind die Unterschiede bei den 25- bis 44-Jährigen. Und das war sowohl in Berlin als auch im übrigen Bundesgebiet der Fall. Im Bundesvergleich wurde zudem sichtbar, dass sich innerhalb der deutschen Bevölkerung die Schwerbehindertenraten in Berlin, bis auf die Altersgruppe der 25- bis 34-Jährigen, in allen anderen Altersgruppen etwa ein Fünftel über dem Bundesniveau bewegten, versus bei den Ausländern. Hier hatten in Berlin lebende ausländische Frauen und Männer, bis auf die 55- bis 64-Jährigen, unter dem Bundesdurchschnitt liegende Werte (vgl. Abbildung 3.32).

Bei Betrachtung nach dem *Herkunftsland* und bezogen auf die jeweilige Staatsangehörigkeit der in Berlin lebenden

Im Erwerbsalter hatten türkische Staatsangehörige berlinweit die höchste Schwerbehindertenprävalenz

ausländischen Schwerbehinderten mit gültigem Ausweis muss festgestellt werden, dass in Berlin zwar Deutsche gegenüber Ausländern in allen Altersgruppen auf eine höhere Schwerbehindertenrate verweisen, das aber nur nach Einteilung deutsch/ausländisch. Bei Auswertung der Daten der 15- bis 64-jährigen Schwerbehinderten nach dem Herkunftsland waren beispielsweise im Dezember 2007 in Berlin über die Hälfte (6.843 bzw. 54 %) der ausländischen Schwerbehinderten *türkische Staatsangehörige*. Bezogen dann auf je 100.000 türkische Staatsangehörige stellte sich folgendes Bild dar: In allen betrachteten Altersgruppen hatten türkische Staatsangehörige gegenüber Deutschen eine deutlich höher liegende Schwerbehindertenrate. Gegenüber der übrigen in Berlin lebenden ausländischen Bevölkerung hatten türkische Staatsbürger sogar ein mehrfach erhöhtes Schwerbehindertenrisiko (vgl. Abbildung 3.32 a / Altersgruppenauswahl entspricht den Auswertungskriterien des AfS Berlin-Brandenburg).

Jede fünfte schwerbehinderte Person im Erwerbsalter ist schwerstbehindert

Der *Grad der Behinderung (GdB)* dient als Indikator für die Bedarfsplanung von Präventionsangeboten, Therapie, pflegerischer Versorgung und Rehabilitationsmaßnahmen. Die Schwere einer Behinderung bzw. das Ausmaß der Funktionseinschränkung wird in Grad, von 20 bis 100

in Zehnerstufen, erfasst. Ab einem GdB von 50 wird ein Schwerbehindertenausweis ausgestellt. Bezogen auf die Schwerbehinderten im erwerbsfähigen Alter hatten Ende Dezember 2007 in Berlin 58.965 anerkannt schwerbehinderte Personen einen GdB von 50. Das entsprach einem Anteil von 40 % an der Gesamtprävalenz. Einen GdB von 60 - 80 wurde 60.261 bzw. 41 % der 15- bis 64-jährigen Schwerbehinderten zuerkannt. Weitere 29.539 Behinderte hatten einen GdB von 90 und 100. Damit galt jede fünfte im Alter von 15 bis 64 Jahren anerkannte schwerbehinderte Person in Berlin als schwerstbehindert. Zu den Schwerstbehinderten zählen u. a. Blinde, hochgradig Sehgestörte, querschnittsgelähmte Personen sowie Behinderte mit schweren zerebralen und geistig-seelischen Störungen.

Die *Art der Behinderung* ist stark vom *Alter abhängig*. Bei der *Art der Behinderung*, die anhand von 55 Kategorien erfasst wird, gilt außerdem zu beachten, dass sich die Anerkennung einer Behinderung nicht primär an der Kausalkrankheit orientiert, sondern dass Erscheinungsformen wie z. B. Funktionseinschränkungen und Beeinträchtigungen von Funktionen im Vordergrund stehen. Im jüngeren Erwachsenenalter sind im Wesentlichen zerebrale Störungen, seelische Behinderungen, Querschnittslähmungen und Suchtkrankheiten der Grund für die Anerkennung einer Schwerbehinderung. Ende 2007 waren z. B. in Berlin 15.295 15- bis 44-Jährige wegen derartiger Krankheitsbilder schwerbehindert, das waren über 40 % aller in diesem Alter anerkannten Schwerbehinderten. Des Weiteren wurde jede fünfte Schwerbehinderung (7.241 Fälle) aufgrund von Beeinträchtigungen der Funktion innerer Organe anerkannt. Diese waren dann bei 45- bis 64-Jährigen der häufigste Grund (etwa jede dritte) einer Schwerbehinderung. Im Jahr 2007 betraf das in Berlin 32.003 Schwerbehinderte. Weitere 26.586 45- bis 64-jährige schwerbehinderte Personen waren wegen zerebraler Störungen, seelischer Behinderungen, Querschnittslähmungen und Suchtkrankheiten schwerbehindert.

Pflegebedürftigkeit

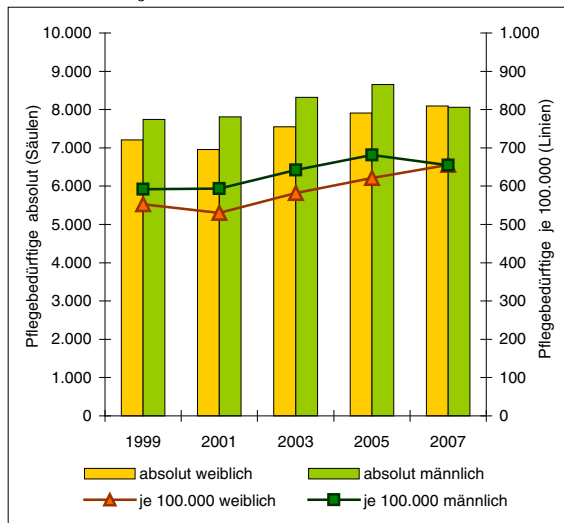
Seit 1999 stehen in Deutschland *Daten zur Pflegebedürftigkeit* zur Verfügung (vgl. auch Kapitel 6, Schwerpunkt 6.1.5). Die Auswertungen erfolgen *alle zwei Jahre* (zuletzt für das Jahr 2009, diese Daten sind derzeit noch nicht verfügbar). In die Statistik eingeschlossen sind Personen, die Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch (SGB XI / §§ 14, 15) erhalten. Im Sinne des Gesetzes gilt Pflegebedürftigkeit für Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für den Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, vorrausichtlich aber mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen.

Pflegewahrscheinlichkeit von Frauen und Männern in Berlin auf gleichem Niveau

Im Dezember 2007 waren in Berlin 95.870 Personen, 66.670 weiblichen und 29.200 männlichen Geschlechts, pflegebedürftig. Bezogen auf das erwerbsfähige Alter ist der *Anteil der Pflegebedürftigen gemessen an der Gesamtbevölkerung* in dieser Bevölkerungsgruppe (synonym auch Pflegewahrscheinlichkeit) eher gering. Diese Aussage trifft insbesondere auf das jüngere Erwachsenenalter und auf Frauen zu. Im Januar 2007 erhielten 16.154 15- bis 64-jährige Berlinerinnen und Berliner Leistungen aus der Pflegekasse. Der Anteil Frauen der genannten Altersgruppe (8.092 Fälle) an allen pflegebedürftigen Berlinerinnen betrug 12 %. Mit einem Anteil von 27 % lag dieser bei den pflegebedürftigen gleichaltrigen Berliner Männern (insgesamt 8.062) deutlich höher. In Bezug zum Auswertungsjahr 2005 (621 je 100.000) stieg die altersstandardisierte Rate bei Frauen (2007: 655 je 100.000) um sechs Prozent an und lag im Jahr 2007 erstmals auf dem Niveau der Männer, deren Pflegerisiko sich von 2005 (682 Pflegebedürftige je 100.000) bis 2007 (655) erstmals seit 1999 verringerte, und zwar um vier Prozent (vgl. Abbildung 3.33).

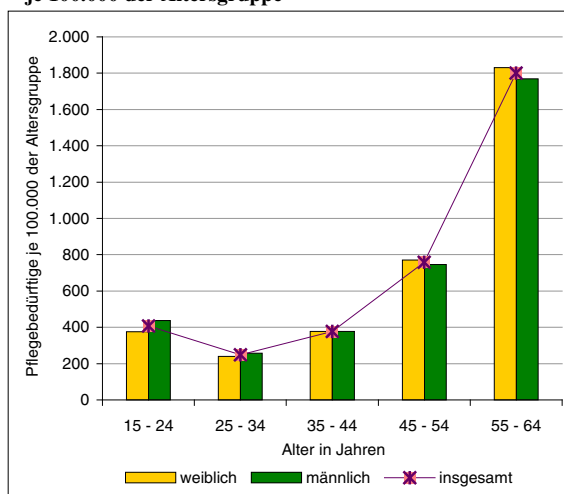
Die *Pflegebedürftigkeit im Erwerbsalter* steigt ab dem 35. Lebensjahr an. Bezogen auf das Geschlecht hatten im Jahr 2007 Berliner Frauen gegenüber Männern ab dem 45. Lebensjahr ein höheres Risiko, pflegebedürftig zu werden. Versus war das bei den unter 35-jährigen Männern der Fall. In diesem Alter lagen die Raten der Männer, insbesondere bei 15- bis 24-Jährigen, über denen gleichaltriger Frauen (vgl. Abbildung 3.33 a).

Abbildung 3.33:
Pflegebedürftige Personen (Alter: 15 - 64 Jahre) in Berlin
1999 - 2007 (Stand: 15.12.) nach Geschlecht
 - absolut und je 100.000 / altersstand. Eurobev. alt



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

Abbildung 3.33 a:
Pflegebedürftige Personen in Berlin am 15.12.2007
nach Geschlecht und ausgewählten Altersgruppen
 - je 100.000 der Altersgruppe



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

Mittels *Eingruppierung nach Pflegestufen* (I - erheblich pflegebedürftig, II - schwerpflegebedürftig und III - schwerstpflegebedürftig) werden Angaben über die Schwere der Pflegebedürftigkeit gemacht.

Bezogen auf in Berlin lebende pflegebedürftige Menschen im Erwerbsalter erhielten 8.396 Pflegebedürftige - und zwar 4.186 Frauen und 4.210 Männer - laut dieser Zuordnung Leistungen nach *Pflegestufe I*, das war über die Hälfte aller Ende 2007 in Berlin registrierten 15- bis 64-jährigen pflegebedürftigen Personen.

Leistungen gemäß *Pflegestufe II* erhielten 5.211 Pflegebedürftige, bei denen es sich um 2.651 Frauen und um 2.560 Männer handelte. Das entsprach einem Anteil von 32 % bei den Männern und von 33 % bei den Frauen.

Leistungen nach *Pflegestufe III* erhielten im Auswertungsjahr 2007 2.498 15- bis 64-jährige Personen. Betroffen waren 1.238 Frauen und 1.260 Männer. Demzufolge galt etwa jede siebente in Berlin lebende 15- bis 64-jährige pflegebedürftige Person als schwerstpflegebedürftig und war auf eine intensive tägliche Pflege angewiesen (d. h. regelmäßiger Hilfebedarf bei der Grundpflege täglich rund um die Uhr, täglicher Hilfebedarf mindestens 300 Minuten, hiervon mindestens 240 Minuten Hilfe bei der Grundpflege, mindestens einmal jede Nacht) (zu ausgewählten Altersgruppen vgl. Tabelle 3.5).

Die überwiegende Mehrzahl (68 %) der pflegebedürftigen 15- bis 64-jährigen Personen wird in Berlin im häuslichen

Milieu versorgt. In Zahlen ausgedrückt wurden im Jahr 2007 5.734 Frauen und 5.199 Männer, sogenannte *Pflegegeldempfänger*, zu Hause von ihren Angehörigen gepflegt. Des Weiteren wur-

Im Erwerbsalter erhalten pflegebedürftige Männer häufiger als Frauen stationäre Pflege

de für 1.456 (18 %) pflegebedürftige Frauen und für 1.547 Männer (19 %) professionelle *ambulante Pflege* in Anspruch genommen. *Stationär untergebracht* waren im genannten Jahr 902 pflegebedürftige Frauen und 1.316 Männer. Damit wurden, anders als bei alten Menschen, bei den unter 65-Jährigen deutlich mehr Männer als Frauen im stationären Bereich (Pflegeheime u. ä.) betreut. Während bei den Frauen nur etwa jeder zehnte Pflegefall stationär versorgt wurde, traf das bei den Männern auf jede siebente pflegebedürftige Person zu.

Umfangreiches Datenmaterial zur Pflegebedürftigkeit in Berlin und deren Entwicklung siehe auch Basisbericht 2008, Kapitel 3, Seiten 129 - 136 und Tabellen 3.2.35 - 3.2.35 d.

Tabelle 3.5:

Pflegebedürftige Personen in Berlin am 15.12.2007 nach Geschlecht, ausgewählten Altersgruppen und Pflegestufen
- absolut und Anteil (in %)

Pflegestufe	<i>Alter: 15 - 44 Jahre</i>			<i>Pflegebedürftige Personen Alter: 45 - 64 Jahre</i>			<i>alle Altersgruppen (AG)</i>		
	<i>weiblich</i>	<i>männlich</i>	<i>insgesamt</i>	<i>weiblich</i>	<i>männlich</i>	<i>insgesamt</i>	<i>weiblich</i>	<i>männlich</i>	<i>insgesamt</i>
	<i>absolut</i>								
I	1.019	1.156	2.175	3.167	3.054	6.221	35.281	15.077	50.358
II	821	880	1.701	1.830	1.680	3.510	22.576	10.312	32.888
III	535	596	1.131	703	664	1.367	8.714	3.747	12.461
zusammen	2.375	2.632	5.007	5.700	5.398	11.098	66.571	29.136	95.707
ohne Zuordnung	4	2	6	13	30	43	99	64	163
insgesamt	2.379	2.634	5.013	5.713	5.428	11.141	66.670	29.200	95.870
	<i>Anteil in %</i>								
	<i>weiblich</i>	<i>männlich</i>	<i>insgesamt</i>	<i>weiblich</i>	<i>männlich</i>	<i>insgesamt</i>	<i>weiblich</i>	<i>männlich</i>	<i>insgesamt</i>
	<i>absolut</i>								
I	42,8	43,9	43,4	55,4	56,3	55,8	52,9	51,6	52,5
II	34,5	33,4	33,9	32,0	31,0	31,5	33,9	35,3	34,3
III	22,5	22,6	22,6	12,3	12,2	12,3	13,1	12,8	13,0
zusammen	99,8	99,9	99,9	99,8	99,4	99,6	99,9	99,8	99,8
ohne Zuordnung	0,2	0,1	0,1	0,2	0,6	0,4	0,1	0,2	0,2
insgesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Anteil an allen AG	3,6	9,0	5,2	8,6	18,6	11,6	100,0	100,0	100,0

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