

Basisbericht 2009

**Kurzfassung und tabellarische Übersicht der Beiträge
und Tabellen zum Themenschwerpunkt
„Frauen und Männer im Erwerbsalter“**

Gesundheitsberichterstattung Berlin
Daten des Gesundheits- und Sozialwesens

Herausgeber:

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

Fachliche Auskünfte

Telefon: (030) 9028 2660

Telefax: (030) 9028 2067

E-Mail: Gerhard.Meinlschmidt@senguv.berlin.de

Homepage: <http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/index.html>

Redaktionsschluss:

Mai 2010

Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Quellenangabe gestattet.

Vorbemerkungen

Der vorliegende *Basisbericht der Gesundheitsberichterstattung* gibt einen Überblick über den Gesundheitszustand der Berlinerinnen und Berliner und das Gesundheitswesen in der Stadt. Dabei orientiert sich der Bericht an dem „Indikatorensetz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder“, der von der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) beschlossen wurde und der Vergleichbarkeit der Bundesländer dient. Standard ist hierbei die geschlechter- und migrantensensible Betrachtung ebenso wie der zeitliche und räumliche Vergleich.

Aktuell stehen den Informationssuchenden 292 Tabellen entsprechend dem Indikatorensetz zur Verfügung, darüber hinaus 124 Tabellen mit ergänzenden, berlinspezifischen Informationen. Insgesamt finden die Nutzerinnen und Nutzer unter mehr als 400 Stichworten Informationen zum Berliner Gesundheits- und Sozialwesen.

Im Sinne des im April 2008 vom Berliner Senat beschlossenen *Gleichstellungspolitischen Rahmenprogramms (GPR)* verstärkt der Basisbericht 2009 die Darstellung *geschlechtsspezifischer Unterschiede* und bietet damit eine Grundlage für die Weiterentwicklung der Berliner Gleichstellungspolitik.

Der *Schwerpunkt des vorliegenden Basisberichts* ist das sogenannte Erwerbsalter, die Altersgruppe der 15- bis 64-Jährigen. Damit wird der Life Cycle Ansatz, d. h. die biografische Linie in der Berliner Gesundheitsberichterstattung vervollständigt, da in den letzten Jahren das Kindes- und Jugendalter sowie die älteren Menschen im Mittelpunkt standen.

In der Erwerbsphase spielen die Geburt von Kindern, die Familiengründung, Ausbildung und Anfang der Berufstätigkeit - d. h. die familiäre und berufliche „Gründerzeit“ - aber auch die Vereinbarkeit von Familie und Beruf, Zeiten der Erwerbstätigkeit und -losigkeit sowie das Ende der Berufstätigkeit eine Rolle. Betrachtet werden deshalb entsprechende Potenziale und Defizite ausgedrückt in sozialen und gesundheitlichen Indikatoren.

Die Heterogenität der Gruppe der *Menschen im erwerbsfähigen Alter* erfordert eine differenzierte Unterteilung, die der Vielfältigkeit dieser insgesamt 50 Lebensjahre gerecht wird. Für die statistische Analyse der Männer und Frauen im erwerbsfähigen Alter wird - soweit verfügbar - eine Unterteilung in fünf Gruppen vorgenommen: 15- bis 24-Jährige, 25- bis 34-Jährige, 35- bis 44-Jährige, 45- bis 54-Jährige sowie 55- bis 64-Jährige.

Der komplette *Basisbericht 2009* kann als pdf-Datei von der Homepage der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz heruntergeladen werden (<http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/gesundheit/basis.html>). Alle Tabellen stehen darüber hinaus im Excel-Format im *Gesundheits- und Sozialinformationssystem (GSI)* unter <http://www.gsi-berlin.info/> zur Verfügung.

Bevölkerung und bevölkerungsspezifische Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems (Kapitel 2 des Basisberichts 2009)

Das Themenfeld enthält Informationen zur Bevölkerungsstruktur und -bewegung sowie zur wirtschaftlichen und sozialen Lage der Berlinerinnen und Berliner. Entsprechend dem Themenschwerpunkt des Berichts liegt der Fokus der Textbeiträge (Schwerpunkte) auf Zusammensetzung und Entwicklung der Berliner Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter sowie auf ausgewählten Aspekten zu deren sozialer Situation. Insbesondere werden Geburtenentwicklung und Familien in den Blick genommen. In den Tabellen werden die entsprechenden Altersklassen - ebenso wie Geschlechterverteilung und Staatsangehörigkeit bzw. Migrationshintergrund - standardmäßig ausgewiesen.

Schwerpunkte

Berliner Bevölkerung - Stand, Entwicklung und Struktur (vgl. Basisbericht 2009 - Schwerpunkt 2.1.1, Seiten 51 - 52)

- Am 31.12.2008 lebten in Berlin 3.431.675 Menschen, 15.420 mehr als ein Jahr zuvor. Bis zum Jahr 2015 soll sich die Zahl der in Berlin Lebenden lt. Bevölkerungsprognose um weitere 35 Tsd. Menschen erhöhen, bis 2030 um 44 Tsd., damit würde der *Trend steigender Einwohnerzahlen* sich weiter fortsetzen. Die Bevölkerungszunahme ist zurückzuführen auf einen seit Jahren positiven Wanderungssaldo (2008: 270.965 Zuzüge und 255.655 Fortzüge). Zudem gab es erstmalig seit 1991 im Jahr 2007 und fortgesetzt auch 2008 einen Geburtenüberschuss, d. h. 194 bzw. 25 Geburten mehr als Sterbefälle; 1991 verzeichnete die Bevölkerungsstatistik noch 13.092 mehr Gestorbene als Geborene.

Die Berliner Bevölkerung setzte sich im Jahr 2008 jeweils zur Hälfte aus Frauen und Männern zusammen (unter Betrachtung des *Geschlechterproporz* über alle Altersgruppen), wobei jedoch ab dem 65sten Lebensjahr der Anteil von Frauen deutlich steigt (Anteil von Frauen mit 80 Jahren und mehr: 72 %).

Der Anteil von Menschen mit einer *nichtdeutschen Staatsangehörigkeit* lag Ende 2008 im Berliner Durchschnitt bei 14 %. Nach den Daten des Einwohnermelderegisters verfügen zudem insgesamt 26 % bzw. rund 880.000 Berlinerinnen und Berliner über einen Migrationshintergrund.

Der größte Teil der Berliner Bevölkerung (69 % bzw. 2,376 Mio. Personen) befand sich im Jahr 2008 im sogenannten *erwerbsfähigen Alter*, d. h. zwischen 15 und 64 Jahren. Bedingt durch den demografischen Wandel verschiebt sich die Zusammensetzung der Berliner Bevölkerung immer mehr in Richtung älterer Menschen, dies bedeutet auch eine Abnahme des Erwerbstätigenpotenzials: Der Anteil der Menschen im erwerbsfähigen Alter wird im Jahr 2030 voraussichtlich nur noch 65 % betragen. Die Altersgruppe der 15- bis 24-Jährigen wird mit 11 % am deutlichsten zurückgehen, während die Gruppe der Menschen im Alter von 55 bis 64 Jahre um 9 % zunehmen wird.

Demografische und soziale Aspekte zu Geburtenentwicklung und Familien in Berlin (vgl. Basisbericht 2009 - Schwerpunkt 2.1.2, Seiten 52 - 58)

- Die *Geburtenziffer* (Lebendgeborene je 1.000 Einwohner) lag in Berlin im Jahr 2008 mit 9,3 über dem deutschen Durchschnitt von 8,2 Lebendgeborenen je 1.000 Einwohner. In Bezug auf die Geburtenhäufigkeit (rechnerische Größe zur durchschnittlichen Kinderzahl je Frau) gehörte Berlin mit durchschnittlich 1,30 Kindern je Frau im Jahr 2008 (2007: 1,28) zu den Bundesländern mit den niedrigsten durchschnittlichen Kinderzahlen (höchste durchschnittliche Kinderzahl: Sachsen mit 1,44).

Insgesamt kamen in Berlin 2008 31.936 Kinder zur Welt. Eine sehr unterschiedliche Situation zeigte sich dabei in den einzelnen Bezirken mit der höchsten Geburtenziffer von 11,9 in Pankow und der niedrigsten in Steglitz-Zehlendorf mit 7,4 Lebendgeborenen je 1.000 Einwohner.

Ein Zusammenhang zwischen Geburtenziffer und Sozialstruktur war in den einzelnen Bezirken unverkennbar. Deutlich über dem Berliner Durchschnitt liegende Geburtenziffern weisen die Bezirke Mitte, Friedrichshain-Kreuzberg (beide Rang 2) und Neukölln (Rang 4) bei gleichzeitig ungünstigen Sozialindizes auf. Demgegenüber sind im Bezirksvergleich in Steglitz-Zehlendorf und Charlottenburg-Wilmersdorf zugleich die geringsten Geburten und die beste Sozialstruktur zu beobachten. Die Schul- und Ausbildungsabschlüsse der Berliner Bevölkerung werden durch den Statusindex repräsentiert. Die statushöchsten Bezirke sind Pankow und Friedrichshain-Kreuzberg, welche zugleich auch die höchsten Berliner Geburtenziffern (Ränge 1 und 2) verzeichnen.

- Das *Alter der Mütter zum Zeitpunkt der Geburt der Kinder* verlagert sich weiter ins höhere Lebensalter, das ist sowohl bei den deutschen als auch bei den ausländischen Frauen zu beobachten. Der Altersjahrgang der Frauen, die bezogen auf 1.000 gleichaltrige Berlinerinnen die meisten Kinder zur Welt brachten, verschob sich in Berlin 2008 im Vergleich zu den Vorjahren von 30 auf 32 Jahre. Besonders groß war die Veränderung in den Bezirken Friedrichshain-Kreuzberg (von 29 auf 34 Jahre) und Tempelhof-Schöneberg (von 27 auf 32 Jahre).

- Insgesamt wurden im Jahr 2008 9.648 *Schwangerschaftsabbrüche* (2001: 12.486 Abbrüche) von Berlinerinnen im Alter von 10 bis 54 Jahren vorgenommen. Davon entfielen fast 8.000 Abbrüche allein auf die Altersgruppe der 20- bis 39-jährigen Berlinerinnen. Im gleichen Jahr wurden 12.455 Schwangerschaftskonfliktberatungen durchgeführt.
- In Berlin bezog im Jahr 2009 fast jeder vierte Vater *Elterngeld*. Damit hatte Berlin im Vergleich aller Bundesländer zusammen mit Bayern und Sachsen mit über 22 % den höchsten Anteil der männlichen Elterngeldbezieher. Insgesamt erhielt jede dritte Person mit Elterngeldbezug den Mindestsatz von 300 EUR. 55 % der Frauen hatten nur einen Elterngeldanspruch bis 500 EUR, nur jede 10. erhielt einen Betrag von 1.250 EUR und mehr; bei den Vätern lag dieser Anteil bei fast 30 %. Nach Angaben des Mikrozensus 2008 beziehen derzeit in Berlin insgesamt 0,4 % der Bevölkerung Elterngeld.
- Die *Erwerbstätigenquote* liegt bei den Frauen im gebärfähigen Alter (15 bis 49 Jahre) zwischen 53 und 73 %. Die der Männer ist je nach Altersgruppe ähnlich hoch. Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass sich die erwerbstätigen Frauen zu einem höheren Anteil in Teilzeitbeschäftigung befinden. Bezogen auf alle erwerbstätigen Berlinerinnen (ca. 721.000) ist der höchste Anteil Teilzeitbeschäftigter in der Lebensphase von 25 bis 44 Jahren mit 36 - 38 % zu finden. Hier wird auch der höchste Anteil der persönlichen und familiären Gründe für die Teilzeitbeschäftigung angegeben.
- In Berlin leben 211.071 Paare (*Ehepaare*: 79 % / *Lebensgemeinschaften*: 21 %) mit ledigen Kindern unter 18 Jahre. In 55 % der Fälle waren beide Partner erwerbstätig, in 13 % beide erwerbslos und in 32 % nur ein Partner erwerbstätig. Insgesamt waren 2008 134.050 Frauen *alleinerziehend*, davon 53 % erwerbstätig. Insgesamt geht der Anteil der erwerbslosen alleinerziehenden Frauen weiter zurück (2005: 23 %; 2008: 17 %). Unter Betrachtung des Familiennettoeinkommens zeigt sich, dass jede dritte Alleinerziehende nur über ein Einkommen von 900 bis 1.300 EUR verfügt (Ehepaare und Lebensgemeinschaften dagegen: 2.600 EUR).

Ausgewählte Aspekte zur sozialen Lage der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter (vgl. Basisbericht 2009 - Schwerpunkt 2.1.3, Seiten 59 - 68)

- Ende 2009 waren in Berlin insgesamt 227.367 Personen *arbeitslos* gemeldet, bezogen auf die zivilen Erwerbspersonen errechnet sich damit eine Arbeitslosenquote von 13,5 %. Zur Beurteilung des *Gesundheitszustandes der Arbeitslosen* dient als einzig erfasstes Merkmal in der Arbeitslosenstatistik der Grad der Behinderung (GdB), dessen Wert zwischen 20 (geringste) und 100 (schwerste Einschränkung) liegen kann. Gesundheitliche Einschränkungen, die mit einem Grad der Behinderung dokumentiert waren, wiesen Mitte 2009 16.127 Personen auf, das waren 7 % der zu diesem Zeitpunkt gemeldeten Arbeitslosen. Zwei Drittel von ihnen galten im Sinne des SGB IX als schwerbehindert (57 % mit einem GdB zwischen 50 und 100 / 9 % mit einem GdB unter 50, aber aus Gründen des Erhalts oder des Erlangens eines geeigneten Arbeitsplatzes dem Schwerbehindertenstatus gleichgestellt); für die übrigen 5.460 Arbeitslosen war ein Behindertenstatus mit GdB-Stufen unter 50 attestiert. Nur 4 % der ausländischen Arbeitslosen hatten einen dokumentierten Behinderungsgrad, bei den deutschen Arbeitslosen lag der Anteil mit 7,6 % fast doppelt so hoch. Auch bezogen auf die beiden Rechtskreise nach Sozialgesetzbuch sind Unterschiede der prozentualen Anteile von Behinderten und Schwerbehinderten festzustellen mit 6 % im Rechtskreis SGB II (Arbeitssuchende, die aus Steuermitteln finanzierte Fürsorgeleistungen erhalten) und 9 % der Anspruchsberechtigten nach SGB III (Arbeitslose, die aus in eigener Erwerbstätigkeit erworbenen Ansprüchen finanziert werden). Arbeitslose mit gesundheitlichen Einschränkungen waren in 40 % der Fälle bereits ein Jahr und länger arbeitslos, auf Arbeitslose ohne GdB traf das mit einem Anteil von 33 % Langzeitarbeitslosigkeit weniger zu. Über zwei Drittel der arbeitslosen Berlinerinnen und Berliner (68 %) waren zwischen 25 und 50 Jahre alt, der Anteil unter 25-Jähriger lag bei 10 %, der der Älteren ab 50 Jahre bei 22 %. Im Gegensatz dazu wiesen die Arbeitslosen mit Behinderung eine vollkommen andere Altersstruktur auf mit niedrigen Anteilen der jüngeren Altersgruppen und einem deutlichen Anstieg ab 40

Jahren, der seinen Höhepunkt bei dem 25 %-Anteil der Gruppe der 55- bis 59-Jährigen fand. Insgesamt hatte annähernd die Hälfte (48 %) der Arbeitslosen mit gesundheitlichen Einschränkungen das Alter von 50 Jahren überschritten.

- Seit dem 01.01.2005 erhalten Empfängerinnen und Empfänger von Hilfe zum Lebensunterhalt (HzL) und Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung *Leistungen nach dem 3. und 4. Kapitel des Sozialgesetzbuches (SGB) XII*.

Am 31.12.2007 erhielten 9.489 Menschen in Berlin Hilfe von Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen (2,8 je 1.000 Einwohner), davon waren 4.472 weiblich (47 %) und 1.192 Empfängerinnen und Empfänger (10 %) hatten eine ausländische Staatsangehörigkeit.

Die Empfängerzahlen und -quoten von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung erhöhen sich weiter. Ende des Jahres 2008 bezogen 47.698 Berlinerinnen und Berliner Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung außerhalb von Einrichtungen, dies entspricht im Vergleich zu 2007 einer Erhöhung der Empfängerzahl um 11 % (Empfängerquote 2007: 12,6 / 2008: 13,9 Grundsicherungsbeziehende je 1.000 der Gesamtbevölkerung). Am 31.12.2008 waren 53 % der Empfangenden weiblichen Geschlechts (25.360 Personen, Steigerung von 10 %) und rund 14 % ausländischer Staatsangehörigkeit (6.897 Personen, Zuwachs von 10 %).

- *Hilfe zum Lebensunterhalt* bekamen am 31.12.2007 6.910 Berlinerinnen und Berliner im erwerbsfähigen Alter (15 bis 64 Jahre; rund 73 % aller HzL-Beziehenden). Davon waren 55 % männlichen und 45 % weiblichen Geschlechts. Gemessen an der Gesamtzahl der Personen mit HzL-Bezug außerhalb von Einrichtungen war Ende des Jahres 2007 fast ein Drittel (32 % / 2.991 Personen) 50 bis 64 Jahre alt, bezogen auf die Empfängerinnen und Empfänger im erwerbsfähigen Alter waren es 43 %. Die Quote der HzL-Beziehenden im erwerbsfähigen Alter je 1.000 der gleichaltrigen Bevölkerung lag bei 2,9.

- *Grundsicherungsleistungen im Alter und bei Erwerbsminderung* außerhalb von Einrichtungen bezogen Ende 2008 19.891 Personen im erwerbsfähigen Alter zwischen 18 und 64 Jahren, rund 13 % mehr als Ende des Jahres 2007 (17.586 Personen). Dies entspricht sowohl im Jahr 2007 wie auch 2008 bezogen auf die Gesamtheit der Bezieherinnen und Bezieher von Grundsicherungsleistungen außerhalb von Einrichtungen gemäß SGB XII jeweils einem Anteil von etwas über 40 %. Berechnet auf die Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter waren es 2008 rund 9 von 1.000 und 2007 rund 8 von 1.000, die ihren Anspruch auf Grundsicherungsleistungen nach SGB XII geltend machten.

In beiden betrachteten Jahren waren von den Grundsicherungsempfangenden im erwerbsfähigen Alter zum Stichtag 31.12. jeweils rund 57 % männlichen und 43 % weiblichen Geschlechts. Fast 74 % der Empfängerinnen und Empfänger (2008: 14.691 Personen), die im erwerbsfähigen Alter waren und Grundsicherungsleistungen bezogen, waren älter als 40 Jahre. Die höchsten Empfängerquoten fanden sich am Jahresende beider Jahre in der letzten Altersgruppe - d. h. bei den 60- bis 64-Jährigen - mit 15,5 (2007) und 17,7 (2008) je 1.000 Einwohner wieder. Insgesamt war - bezogen auf die jeweils gleichaltrige Bevölkerung - in den Altersgruppen ab 40 Jahre eine wesentlich größere Leistungsanspruchnahme festzustellen als in den jüngeren Altersgruppen zwischen 18 und 40 Jahren.

- Bei den Regelleistungen nach §§ 2 und 3 des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG) hat sich der Rückgang der Empfängerzahlen in Berlin auch 2008 weiter fortgesetzt. Zum 31.12.2008 reduzierte sich die Zahl der Leistungsempfangenden weiter um 6 % auf 11.143, bezogen auf die Berlinerinnen und Berliner mit ausländischer Staatsangehörigkeit ergab dies eine Quote von 23,2 je 1.000 (2007: 25,0), je 1.000 Einwohner der Bevölkerung insgesamt waren es 3,2. Zum Stichtag 31.12.2008 waren mehr als die Hälfte der Personen mit Bezug von Regelleistungen nach AsylbLG im Alter von 18 bis 49 Jahren (57 %), über ein Drittel im Kindes- und Jugendalter (unter 18 Jahre: 35 %) und mit einem Anteil von 8 % nur wenige unter ihnen 50 Jahre und älter.

Tabellen

Kapitel 2 des Basisberichts enthält Daten zur Bevölkerung nach Strukturmerkmalen (Geschlecht, Ausländeranteil, Migrationshintergrund, Bezirken, Altersstruktur), Daten zur Bevölkerungsbewegung (Geborene/Gestorbene, Fruchtbarkeitsziffer, Zu-/Fortzüge, Bevölkerungsprognose) sowie Daten zur wirtschaftlichen und sozialen Lage (Bildungsstand, Erwerbstätigkeit und Einkommen - soweit im Mikrozensus vorhanden auch nach Migrationsstatus -, Alleinerziehende, Arbeitslose, Empfängerinnen und Empfänger ausgewählter Sozialleistungen). Die Angaben sind zu finden in den Tabellen 2.2.1 - 2.2.31 a (Seiten 69 - 132) des Basisberichts 2009. Die Tabellen setzen sich zusammen aus 26 Indikatoren der Gesundheitsberichterstattung der Länder und weiteren elf Tabellen mit darüber hinausgehenden berlingspezifischen Informationen.

Gesundheitszustand der Bevölkerung (Kapitel 3 des Basisberichts 2009)

Das Kapitel enthält Informationen zur Lebenserwartung und zum Sterbegeschehen in Berlin; im einzelnen werden die Gesamtmortalität, vorzeitige Sterblichkeit, die sogenannten verlorenen Lebensjahre, vermeidbare Todesfälle und das Spektrum der Todesursachen betrachtet. Ein besonderes Augenmerk wird dabei - dem Themenschwerpunkt des Berichts entsprechend - auf Frauen und Männer im Erwerbsalter gelegt. Ein weiterer großer Bereich des Kapitels berichtet über gesundheitliche Beeinträchtigungen und Krankheiten von Berlinerinnen und Berlinern im erwerbsfähigen Alter in eigener Wahrnehmung (subjektive Morbidität) und in statistisch messbarem Auftreten von Krankheiten wie bösartige Neubildungen (Tumore) und meldepflichtige Infektionskrankheiten; diese und weitere Krankheiten wie die des Kreislaufsystems, Verletzungen, Vergiftungen und psychische Erkrankungen werden in den Auswirkungen für die Betroffenen betrachtet, von Krankenhausaufenthalten über Rehabilitation und Frühberentung bis hin zu Sterblichkeit, die auch das Suizidgeschehen in der Stadt einschließt. Hervorgehoben werden die auf Alkoholkonsum zurückzuführenden Krankheiten und Sterbefälle. Morbidität und Mortalität in den Berliner Bezirken werden auf einen möglichen Zusammenhang zur jeweiligen Sozialstruktur hin betrachtet. Am Ende des Kapitels schließlich steht ein Exkurs über alkohol- und drogenbedingte Krankenhausbehandlungen im Kindes- und Jugendalter.

Schwerpunkte

Allgemeine Mortalität und abgeleitete Indikatoren (vgl. Basisbericht 2009 - Schwerpunkt 3.1.1.1., Seiten 133 - 149)

Lebenserwartung

- Die *durchschnittliche Lebenserwartung* bei der Geburt beträgt nach der aktuellen Sterbetafel (Periode 2006/2008) für Berliner Frauen 82,0 und für Männer 76,9 Jahre. Damit leben die Berlinerinnen gegenüber Berliner Männern im Durchschnitt fünf Jahre länger.
- Ebenso wie die mittlere ist auch die *fernere Lebenserwartung* stetig gestiegen, so können z. B. 40-jährige Frauen noch mit rund 43 weiteren Lebensjahren rechnen, gleichaltrige Männer mit 38 Jahren.
- Die Lebenserwartung beider Geschlechter liegt in Berlin immer noch *unter dem Bundesdurchschnitt* (Frauen: -0,4 Jahre / Männer: -0,3 Jahre). Im Ländervergleich belegte Berlin bei Frauen und Männern einen mittleren Rangplatz: Die höchste Lebenserwartung haben Frauen und Männer mit 83,3 bzw. 78,6 Jahren in Baden-Württemberg, die niedrigste Lebenserwartung wurde für Frauen im Saarland (81,1 Jahre) und Männer in Sachsen-Anhalt und Mecklenburg-Vorpommern (75,1 Jahre) berechnet.
- Innerhalb der *Berliner Bezirke* unterliegt die durchschnittliche Lebenserwartung einer Schwankungsbreite von 3,0 Jahren bei Frauen und 4,2 Jahren bei Männern (2006/2008). Auch diese

neuesten Berliner Berechnungen der durchschnittlichen Lebenserwartung bestätigen den Zusammenhang von Lebenserwartung und sozialer Lage der Bevölkerung: So haben Frauen und Männer aus Bezirken mit der berlinweit ungünstigsten Sozialstruktur (Friedrichshain-Kreuzberg, Neukölln, Mitte) die niedrigste Lebenserwartung und Bezirke mit den günstigsten sozialstrukturellen Verhältnissen (Steglitz-Zehlendorf, Charlottenburg-Wilmersdorf, Treptow-Köpenick) die höchste.

Gesamtsterblichkeit

- Im Jahr 2008 starben in Berlin 31.911 Personen (17.369 weiblichen und 14.542 männlichen Geschlechts). Die altersstandardisierte *Mortalitätsrate* entsprach bei den Frauen mit 483 Gestorbenen je 100.000 der zweitniedrigsten und bei den Männern mit 715 je 100.000 der bis dahin niedrigsten Sterbeziffer. Seit 1991 ist in Berlin ein stetiger Rückgang der Gesamtsterblichkeit bei beiden Geschlechtern zu verzeichnen (1991 - 1999: bei den Frauen -22 %, bei den Männern -23 %; 2000 - 2008: bei Frauen -10 %, bei Männern -20 %). Die Sterblichkeit der Männer liegt knapp unter dem Bundesdurchschnitt, die der Frauen gering darüber.
- Der Anteil der gestorbenen *ausländischen* Männer an allen gestorbenen Berliner Männern liegt aktuell bei 4 % (585 Männer) und der der gestorbenen Ausländerinnen an allen im Jahr 2008 verstorbenen Berlinerinnen bei gerade einmal 2 % (377 Frauen). Die Sterberate der ausländischen Bevölkerung (Frauen: 231 je 100.000; Männer: 319 je 100.000) liegt unter der der deutschen (Frauen: 495 je 100.000; Männer: 748 je 100.000).
- Männer haben gegenüber Frauen ein höheres Sterberisiko: Besonders deutlich sind die *geschlechtsspezifischen Unterschiede* im jüngeren Erwachsenen- und im mittleren Lebensalter (z. B. 25- bis 49-jährige Männer: 166 je 100.000, Frauen: 78 je 100.000).

Vorzeitige Sterblichkeit

- Die Hälfte der bei *unter 65-jährigen Gestorbenen* kodierte Todesursachen zählt zu den sogenannten „vermeidbaren Sterbefällen“, von denen wiederum etwa drei Viertel (rund 2.400 pro Jahr) zu Lasten des individuellen Gesundheitsverhaltens (z. B. Alkoholmissbrauch, Rauchen, körperliche Inaktivität, ungesunde Ernährungsgewohnheiten mit daraus resultierenden Folgekrankheiten) gehen. Im Jahr 2008 starben in Berlin 6.356 Personen in einem Alter von unter 65 Jahren (davon 4.171 Männer und 2.185 Frauen). Das ergibt - gemessen an der Gesamtsterblichkeit - einen Anteil, von 13 % bei den Frauen und 29 % bei den Männern.
- Nach *Staatsangehörigkeit* betrachtet, waren 2.019 vorzeitig Gestorbene Frauen und 3.855 Männer Deutsche, dies entsprach einer altersstandardisierten Sterberate von 144 bzw. 276 Gestorbenen je 100.000. Demgegenüber starben im Jahr 2008 166 ausländische Frauen und 316 ausländische Männer vorzeitig (90 bzw. 157 je 100.000).
- Wie bei der Gesamtsterblichkeit lässt sich seit 1991 ein stetiger Rückgang der Rate der vorzeitigen Sterblichkeit verzeichnen. In Berlin liegt die vorzeitige Sterblichkeit mit 6 % bei den Männern und mit 8 % bei den Frauen über dem *Bundesniveau*.
- Die vorzeitige Sterblichkeit ist in den letzten zehn Jahren in allen *Berliner Bezirken* sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern weiter zurückgegangen (niedrigste: bei beiden Geschlechtern in den Bezirken Steglitz-Zehlendorf und Charlottenburg-Wilmersdorf; höchste: bei beiden Geschlechtern in den Bezirken Friedrichshain-Kreuzberg, Neukölln und Mitte).
- Vorzeitige Sterblichkeit und *Sozialstruktur* der Bevölkerung sind eng miteinander verknüpft: So ist die vorzeitige Sterblichkeit in Bezirken mit ungünstiger Sozialstruktur (bedingt durch hohe Arbeitslosenquoten, hohe Anteile an Bevölkerung mit Harz IV-Leistungsbezug, niedrigen Bildungsstand, hohe Bevölkerungsanteile mit Migrationshintergrund) deutlich höher als in Bezirken mit guter sozialer Lage.

Verlorene Lebensjahre

- Mit dem international verwendeten *Indikator verlorene Lebensjahre* (Potential Years of Life Lost) wird die Differenz zwischen einer vorgegebenen Altersgrenze - hier: unter 65 Jahre - und dem vor Erreichen der Altersgrenze eingetretenen Tod betrachtet. Er hat vor allem eine wirtschaftliche Relevanz, da es sich bei den meisten Todesfällen um solche im wirtschaftlich aktiven (erwerbsfähigen) Alter handelt.
- In Berlin ging die Rate der verlorenen potenziellen Lebensjahre in den letzten Jahren *bei beiden Geschlechtern* um etwa 29 % zurück und liegt 2007/2008 für Frauen bei 1.619 je 100.000 und für Männer bei 3.113 je 100.000. Die Rate der verlorenen potenziellen Lebensjahre ist damit für Frauen nur halb so hoch wie für Männer.
- Die meisten durch vorzeitigen Tod verlorenen Lebensjahre werden *durch bösartige Neubildungen verursacht*, in Berlin machten sie im Jahr 2008 bei den Frauen an allen verlorenen Lebensjahren einen Anteil von 42 % aus (10.435 Jahre bzw. 659 je 100.000), bei den Männern 24 % (11.924 bzw. 762 je 100.000). Nichtnatürliche Sterbefälle machten im Jahr 2008 von den verlorenen Lebensjahren bei den Berlinerinnen insgesamt knapp 14 % und bei den Berliner Männern 20 % aus und auch bei den durch Tod infolge von Krankheiten des Kreislaufsystems verloren gegangenen potenziellen Lebensjahren lag der Anteil bei den Berliner Männern im Jahr 2008 mit 19 % über dem der Frauen mit 14 %. Psychische und Verhaltensstörungen und Krankheiten des Verdauungssystems verursachten im Jahr 2008 insgesamt 4.290 verlorene Lebensjahre bzw. 260 je 100.000 bei den Männern und 1.348 bzw. 82 je 100.000 bei den Frauen.

Todesursachenspezifische Sterblichkeit

- Bei den unter 65-Jährigen sind bösartige Neubildungen 2008 die *am häufigsten angegebenen Todesursachen* (bei den Frauen nahezu jeder zweite, bei den Männern fast jeder dritte Sterbefall unter 65-Jähriger), gefolgt von Krankheiten des Kreislaufsystems (Frauen 14 %, Männer mehr als 25 %) und Sterbefällen infolge von Verletzungen und Vergiftungen (Frauen 7 %, Männer 11 % aller Sterbefälle). Auffällig ist der Anteil der gestorbenen Berlinerinnen (7 % der Todesfälle im Alter von 15 bis 64 Jahren) und Berliner (8 %), bei denen keine eindeutige Todesursache kodiert wurde, er liegt bei den Männern um zwei Drittel höher und bei den Frauen sogar mehr als doppelt so hoch wie im Bundesdurchschnitt. Erklären lässt sich dieser Fakt zum Teil durch die Anonymität der Großstadt, zum anderen durch die jährlich rund 1.000 nicht beim Amt für Statistik Berlin-Brandenburg vorliegenden Leichenschauschein, die dann aus Unkenntnis einer konkreten Todesursache der Kategorie ‚unbekannt‘ zugeordnet werden.
- Die Rangfolge der *Sterbefälle im erwerbsfähigen Alter nach Einzeldiagnosen* ist abhängig vom Alter: Bei den 15- bis 34-jährigen Frauen und Männern waren 2008 in Berlin die meisten Sterbefälle auf nicht näher bezeichnete multiple Verletzungen, von den allermeisten Fällen verursacht durch Transportmittelunfälle, zurückzuführen. Bei den 35- bis 64-Jährigen gingen die meisten Sterbefälle auf Alkohol- und Nikotinmissbrauch (Rang 1: Lungenkrebs; Rang 2: bei Frauen Brustkrebs (neben hormonellen und genetischen Ursachen hat der Lebensstil eine Schlüsselrolle bei der Tumorentstehung), bei Männern Herzinfarkt; Rang 3: alkoholbedingte Leberkrankheit und Alkoholabhängigkeit) zurück.

Vermeidbare Sterbefälle

- In Berlin wurden in den letzten Jahren *etwa 2.700 vermeidbare Sterbefälle (VTF) pro Jahr* gezählt (2008: 1.026 weibliche und 1.686 männliche VTF). Dies sind Sterbefälle, die durch adäquate Diagnostik und Therapie und die Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen und andere präventive Interventionen vermeidbar wären. Insgesamt ging die absolute Zahl der VTF seit Anfang der neunziger Jahre um ein Drittel zurück.
- Den größten Anteil an allen VTF stellen mit rund 50 % die *auf gesundheitsschädigende Verhaltensweisen zurückzuführenden* vermeidbaren Todesfälle. Insgesamt haben Männer gegenüber Frauen in nahezu allen Altersgruppen ein zum Teil mehrfach erhöhtes Sterberisiko. Ca. 85 %

aller vermeidbaren Todesfälle treten im erwerbsfähigen Alter auf, wobei etwa drei Viertel der im erwerbsfähigen Alter an VTF gestorbenen Berlinerinnen und Berliner zum Zeitpunkt ihres Todes 50 bis 64 Jahre alt waren.

- Die meisten vermeidbaren Sterbefälle werden sowohl bei den Berlinerinnen als auch bei den Berlinern *durch Lungenkrebs verursacht*, gefolgt von Durchblutungsstörungen (Männer) bzw. Brustkrebs (Frauen) und Leberzirrhose. Die genannten Todesursachen machten 2008 88 % bzw. 86 % aller vermeidbaren Sterbefälle bei Frauen bzw. Männern im erwerbsfähigen Alter aus.

Allgemeine Morbidität (vgl. Basisbericht 2009 - Schwerpunkt 3.1.1.2, Seiten 149 - 176)

Subjektive Morbidität

- Nach Auswertungen des bundesweiten *telefonischen Gesundheitssurveys* des Robert Koch-Instituts schätzen 80 % aller Personen im erwerbsfähigen Alter ihren *Gesundheitszustand als sehr gut bzw. als gut* ein (Frauen 80 %, Männer 82 %). Angehörige der oberen und mittleren Schichten schätzten ihren Gesundheitszustand als sehr gut und gut ein, während Angehörige der unteren Schichten nach eigenen Angaben deutlich häufiger über einen schlechten Gesundheitszustand verfügten.
- Häufig bestehende *Krankheiten und pathologische Befunde bei Befragten im Erwerbsalter* sind Rückenschmerzen und Depressionen. Unter den ärztlich diagnostizierten Befunden sind vor allem Hypertonie, ein zu hoher Cholesterinspiegel und Arthrose wegen ihrer hohen Prävalenz von gesundheitspolitischer Bedeutung.

Ambulante Morbidität

- In Berlin hatten nach Angaben der Krankenkasse BARMER GEK 91 % der Bevölkerung im Jahr 2008 *Arztkontakte*, Personen aus Berlin mit rund 19 Mal pro Jahr ein Mal häufiger als Personen aus dem übrigen Bundesgebiet. Etwa 10 % aller Personen im Erwerbsalter hatten hingegen gar keine Arztkonsultation, am deutlichsten unter dem Durchschnitt lagen 20- bis 44-jährige Männer, von denen 15 % keine Arztpraxis aufsuchten.
- Das Alter eines Menschen hat wesentlichen Einfluss auf die Morbidität und damit einhergehend auch auf seinen *Arzneimittelverbrauch*. Der Wert der Menge verordneter Medikamente steigt nach dem 40. Lebensjahr um mehr als ein Drittel je nächst höher liegende Altersgruppe an. Bei den 30- bis 49-Jährigen standen 2008 bundesweit Psychopharmaka und Schmerzmittel an erster Stelle der verordneten Arzneien (fast 20 % aller in diesem Alter verschriebenen Medikamente). In der Gruppe der 50- bis 64-jährigen gesetzlich Krankenversicherten führen Arzneimittel zur Therapie bereits bestehender chronischer Herz-Kreislaufkrankungen, Erkrankungen der Atmungsorgane, Stoffwechselerkrankungen und Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems mit einem Anteil von 57 % die Verschreibungsliste an.

Stationäre Morbidität

- Den Auswertungen der *Krankenhausdiagnosestatistik* zufolge wurden im Jahr 2008 in den Berliner Krankenhäusern 615.815 *vollstationäre Behandlungsfälle* gezählt, von denen sich die Hälfte im erwerbsfähigen Alter befand (165.853 weibliche und 139.556 männliche Krankenhausfälle). Die stationäre Morbiditätsrate der 15- bis 64-Jährigen in Berlin lag dabei deutlich unter dem Bundesniveau.
- 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.
- Für die vollstationäre Versorgung von 15- bis 64-jährigen Berlinerinnen und Berlinern wurden im Jahr 2008 im Durchschnitt gesehen *täglich etwa 5.900 Krankenhausbetten* benötigt (40 % aller Krankenhausbetten; Frauen: 3.000, Männer: 2.900).

- Die *durchschnittliche Verweildauer der in den Berliner Krankenhäusern* vollstationär behandelten Berlinerinnen und Berlinern ist in den letzten Jahren stetig gesunken und hatte 2008 mit insgesamt 8,2 Tagen den bis dahin niedrigsten Stand. 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.
- Im *Bezirksvergleich* wiesen Bezirke mit ungünstiger Sozialstruktur (Neukölln, Spandau und Reinickendorf) höhere stationäre Morbiditätsraten auf als Bezirke mit vergleichsweise günstigen Sozialstrukturen (Charlottenburg-Wilmersdorf, Lichtenberg, Marzahn-Hellersdorf).
- Bei den 15- bis 64-jährigen Berlinerinnen standen 2008 schwangerschaftsbedingte Fälle (38.430) und psychische und Verhaltensstörungen (15.705 Fälle) als *Behandlungsanlässe* zahlenmäßig an der Spitze. Bei Berliner Männern im Erwerbsalter führten 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.

Arbeitsunfähigkeit

- Laut einem im Dezember 2009 erstellten ersten länderübergreifenden Gesundheitsbericht für Berlin und Brandenburg der AOK und BARMER belief sich die Zahl der *krank gemeldeten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in der Region* 2008 auf 4,7 % (Bundesdurchschnitt: 3,4 %). Am häufigsten waren die Betroffenen wegen Krankheiten des Atmungssystems (jede vierte Krankschreibung), gefolgt von Krankheiten des Muskel-Skelettsystems (23 %) und der Verdauungsorgane (13 %) arbeitsunfähig. Angestiegen sind Arbeitsunfähigkeiten wegen psychischer und Verhaltensstörungen (2006: 10 %, 2008: 12 %), deren Krankheitsdauer mittlerweile an erster Stelle steht.
- Die *Dauer einer Krankschreibung* lag nach Angaben der AOK, BKK, TK, DAK und BARMER in Berlin zwischen 10,9 und 13,6 Tagen und damit jeweils rund 1,5 Tage über dem Bundesniveau.

Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten

- Im Jahr 2008 wurden in Berlin 31.594 *Arbeitsunfälle (Ereignisprinzip)* (knapp 4 % über Vorjahresniveau) und 10.161 *Wegeunfälle* (4 % mehr als im Vorjahr) angezeigt. Die Arbeitsunfallquote lag in Berlin im Jahr 2008 mit 1.929 Unfällen je 100.000 ein Drittel unter und die Wegeunfallrate mit 620 je 100.000 40 % über dem Bundesdurchschnitt.
- In Berlin ging in den letzten zehn Jahren die Zahl der begutachteten *Berufskrankheitenvorgänge* um 39 % und die Zahl der dabei anerkannten berufsbedingten Erkrankungen um 23 % zurück. Von den insgesamt 571 weiblichen und 894 männlichen im Jahr 2008 in Berlin begutachteten Personen wurde für 224 Frauen und 296 Männer der begutachtete Vorgang als Berufskrankheit anerkannt. In den letzten zehn Jahren kam es zu einem starken Rückgang der Anerkennungen als Berufskrankheiten bei bandscheibenbedingten Erkrankungen und Silikosen (Quarzstaublungenenerkrankung) (-80 %), obstruktiven Atemwegserkrankungen (-77 %) und Lärmschwerhörigkeit (-59 %). Angestiegen sind hingegen seit 1997/1998 die Zahlen asbestbedingter Erkrankungen (+13 %) und berufsbedingter Hauterkrankungen (+53 %).

Medizinische Leistungen zur Rehabilitation

- Im Jahr 2008 wurden für 28.636 in Berlin wohnende unter 65-jährige Personen (16.194 Frauen, 12.442 Männer) *medizinische Rehabilitationsmaßnahmen und Leistungen zur Teilhabe* erbracht. Davon hatten 27.075 bzw. 95 % die deutsche *Staatsangehörigkeit*. Im Jahr 2008 lag die Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen bei Deutschen (Frauen: 2.257 je 100.000 aktiv Versicherte, Männer: 1.714 je 100.000) mehr als das 2,5fache über der der Ausländer (Frauen: 752 je 100.000, Männer: 770 je 100.000).
- 43 % der Frauen und 40 % der Männer, für die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbracht wurden, waren in einem *Alter* von 50 bis 59 Jahren. Unabhängig von Alter und Geschlecht

verursachen Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems die meisten Rehabilitationsmaßnahmen (2008: Frauen: 6.672 Fälle bzw. 41 %, Männer: 4.500 Fälle bzw. 36 % an allen durchgeführten Maßnahmen).

Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit

- Am 31.12.2009 erhielten in Berlin 70.908 Personen (2.531 weniger als im Vorjahr) Rentenzahlungen wegen verminderter Erwerbsfähigkeit (37.767 Frauen, 33.141 Männer), davon hatten 62.148 *frühberentete Personen* die deutsche und 8.760 eine ausländische Staatsangehörigkeit. Der stark rückläufige *Trend* der jährlich neu bewilligten Frühberentungen bis 2006 setzte sich nicht weiter fort, so wurden im Jahr 2008 in Berlin 6.716 Personen (3.428 Frauen und 3.288 Männer) wegen verminderter Erwerbsfähigkeit berentet (im Vergleich zu 2006: Zunahme von 338 Fällen bzw. um knapp 6 %).
- Im Durchschnitt gesehen haben *ausländische* Personen gegenüber *deutschen* Männern und Frauen ein deutlich höheres Frühberentungsrisiko. Im Jahr 2008 belief sich die Zahl bei den Ausländern auf 470 Frauen bzw. 467 je 100.000 aktiv Versicherte und 422 bzw. 404 je 100.000 Männer (Deutsche: 2.958 Berlinerinnen bzw. 433 je 100.000, 2.866 Berliner bzw. 422 je 100.000).
- Erwartungsgemäß haben 55- bis 59-Jährige die mit Abstand höchsten Zugangsrate. Im Jahr 2008 entfielen 1.915 bzw. 29 % aller Frühberentungen auf diese *Altersgruppe*. Bei altersgruppen- und geschlechtsspezifischer Betrachtung fällt nach wie vor die disproportionale Entwicklung der Frühberentungsrate der in Berlin lebenden Ausländerinnen gegenüber deutschen Frauen auf (2008 bei 55- bis 64-Jährigen: deutsche Frauen: 760 je 100.000, Ausländerinnen: 1.320 je 100.000 aktiv Versicherte).
- Die dominierende Rolle einer *gesundheitsbedingten Erwerbsminderung* spielen psychische Erkrankungen. Im Jahr 2008 wurden 1.802 Berlinerinnen (53 % aller weiblichen Rentenneuzugänge) wegen psychischer und Verhaltensstörungen frühberentet (Männer: 1.405 Fälle bzw. 43 % aller frühberenteten Männer). Depressionen führen dabei bei den Berliner Frauen und Männern mittlerweile am häufigsten zu einer Erwerbsunfähigkeit, insgesamt im Jahr 2008 bei 1.027 Personen. 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.

Schwerbehinderte

- Nach (vorläufigen) Angaben des Amtes für Statistik 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* (31.12.2007: 148.765 Personen - 74.576 weiblichen und 74.189 männlichen Geschlechts; davon 42 % im erwerbsfähigen Alter).
- *Ausländische* Personen sind mit 4.589 je 100.000 deutlich seltener als *Deutsche* schwerbehindert (6.893 je 100.000). Im erwerbsfähigen Alter hatten türkische Staatsangehörige berlinweit die höchste Schwerbehindertenprävalenz mit 6.843 Personen (54 % der ausländischen Schwerbehinderten).
- Von den Schwerbehinderten im erwerbsfähigen Alter galt Ende Dezember 2007 in Berlin jede fünfte Person als *schwerstbehindert* (Grad der Behinderung (GdB) von 90 bis 100: 29.539 Behinderte).

Pflegebedürftigkeit

- Im Dezember 2007 waren in Berlin 95.870 Personen - 66.670 weiblichen und 29.200 männlichen Geschlechts - pflegebedürftig. Die *Pflegewahrscheinlichkeit* der Frauen lag dabei mit 655 je 100.000 im Jahr 2007 erstmals auf dem Niveau der Männer (655 je 100.000). Von den in Berlin lebenden pflegebedürftigen Menschen im Erwerbsalter erhielten 8.396 Pflegebedürftige Leistungen nach Pflegestufe I, 5.211 Pflegebedürftige Leistungen nach Pflegestufe II und 2.498 Leistungen nach Pflegestufe III. Die überwiegende Mehrzahl (68 %) der pflegebedürftigen

15- bis 64-jährigen Personen wird in Berlin im häuslichen Milieu versorgt. Im Jahr 2007 wurden 5.734 Frauen und 5.199 Männer, sogenannte Pflegegeldempfänger, zu Hause von Angehörigen gepflegt. Stationär untergebracht waren dagegen im genannten Zeitraum häufiger Männer (1.316) als Frauen (902).

Ausgewählte Krankheiten und Krankheitsgruppen (vgl. Basisbericht 2009 - Schwerpunkt 3.1.1.3, Seiten 176 - 216)

Infektionskrankheiten

- Von den Berliner Gesundheitsämtern wurden im Jahr 2008 17.965 Personen (9.217 Frauen und 8.737 Männer, bei 11 Fällen keine Angabe des Geschlechts) aus Berlin mit *meldepflichtigen Neuerkrankungen* gemeldet, wovon 48 % auf 15- bis unter 65-jährige Personen entfielen.
- Die im Jahr 2008 zahlenmäßig häufigsten Meldungen von erkrankten 15- bis 64-jährigen Berlinerinnen und Berlinern betrafen *Gastroenteritisfälle* (Magen-Darm-Grippe) (Anteil von über 40 %, gemessen an den Gastroenteritisfällen aller Altersgruppen).
- Obwohl sich der rückläufige Trend der Erkrankungshäufigkeit an *Hepatitis A* und *B* in den letzten Jahren in Berlin weiter fortsetzte, wurde im Jahr 2008 bezüglich *Hepatitis A* (107 Erkrankte, davon 59 % im erwerbsfähigen Alter) die bundesweit höchste und bezogen auf *Hepatitis B* (63 Erkrankte, davon 83 % im erwerbsfähigen Alter) die zweithöchste Inzidenzrate beobachtet. Die meisten Hepatitisfälle betrafen jedoch die durch *Hepatitis-C-Viren* ausgelöste Leberentzündung (763 Neuerkrankungen, Inzidenzrate von 22,3 je 100.000), wobei es sich bei der überwiegenden Mehrzahl, nämlich 84 % der erstdiagnostizierten Fälle, um erkrankte Berlinerinnen und Berliner im erwerbsfähigen Alter handelte.
- Während Meldungen von *Syphilis* in den meisten Bundesländern rückläufig sind, kann dieser Trend für Berlin nicht bestätigt werden. Im Jahr 2008 hatte Berlin mit insgesamt 653 Neuerkrankungen und einer Inzidenzrate von 19,1 je 100.000 Einwohner ein Erkrankungsrisiko, das um ein Mehrfaches über dem Bundesniveau (insgesamt 3.172 Fälle bzw. 3,9 je 100.000) lag. Bezogen auf Berliner Männer im Erwerbsalter ist *Syphilis* die dritthäufigste Meldung.
- Im Jahr 2008 (Erfassungsstand: 01.03.2009) wurden in Berlin 277 Personen (115 Frauen, 162 Männer) mit Neuerkrankungen an *Tuberkulose* aller Formen gemeldet, davon 218 Fälle mit offener (ansteckender) Lungentuberkulose (79 Frauen, 139 Männer). In den Jahren 2006 bis 2008 erkrankten insgesamt 615 Personen an offener Lungentuberkulose, von denen sich drei Viertel im erwerbsfähigen Alter befanden (140 Frauen, 318 Männer). Ausländische Personen haben gegenüber der deutschen Bevölkerung ein mehrfach erhöhtes Tuberkuloserisiko. In den letzten Jahren (2006/2008) hatten in Berlin lebende 15- bis 64-jährige Ausländerinnen eine Inzidenzrate von etwa 13,7 je 100.000 (deutsche Frauen: 1,8 Neuerkrankungen je 100.000). Auch bei den Männern erkrankten in Berlin lebende Ausländer (19,7 Neuerkrankungen je 100.000) dreieinhalbmal häufiger als Deutsche (5,7 je 100.000) an offener Lungentuberkulose.
- Trotz Rückgang der Sterberaten ist das *Acquired Immune Deficiency Syndrom* (erworbenes Immundefektsyndrom, *Aids*) mit einer hohen Letalität belastet. In den letzten Jahren starben in Berlin jährlich etwa 55 Männer und zehn Frauen an *Aids*. Den aktuellen Daten des RKI zufolge lebten in Deutschland im Dezember 2009 rund 67.000 Menschen (55.000 Männer und 12.000 Frauen) mit *HIV* (human immunodeficiency virus)/*Aids*. In Berlin lebten zu diesem Zeitpunkt schätzungsweise 11.200 Menschen (9.900 Männer, 1.300 Frauen) mit *HIV/Aids*, ca. 2.500 von ihnen waren an *Aids* erkrankt. Insgesamt kam es in Berlin in der Zeit von 2001 bis 2008 zu einem Anstieg der *HIV*-Neuinfektionsrate um 138 % bei den Männern; bei den Frauen hat sich die Rate bei deutlich niedriger liegenden Fallzahlen mehr als verdoppelt.

Bösartige Neubildungen

- In Berlin erkranken jährlich etwa 17.500 Personen an bösartigen Neubildungen (Deutschland: schätzungsweise 450.000 pro Jahr). Nach Tumorlokalisation erkrankten Frauen am häufigsten an

Brust- und Männer an Prostatakrebs. Infolge bösartiger Neubildungen unterziehen sich in Berlin etwa 57.000 Patienten im Jahr einem Klinikaufenthalt (27.000 weiblichen, 30.000 männlichen Geschlechts), für deren vollstationäre Behandlung etwa 1.430 Betten am Tag benötigt werden. Aufgrund bösartiger Neubildungen erhielten in den letzten Jahren (2006/2008) jährlich etwa 2.200 Berlinerinnen und 1.200 Berliner Leistungen zur Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe und 800 an Krebs erkrankte Personen wurden jährlich frühberentet. Die Zahl der durch Krebserkrankungen verursachten Sterbefälle liegt in Berlin derzeit bei etwa 8.200 Gestorbenen im Jahr (4.000 Frauen, 4.200 Männer; Platz zwei in der Todesursachenstatistik).

- Rund 40 % der in der Zeit von 2005 bis 2007 an bösartigen Neubildungen erkrankten Personen waren im erwerbsfähigen *Alter*. 25- bis 54-jährige Berlinerinnen erkrankten gegenüber gleichaltrigen Berlinern häufiger an Krebs (Frauen: etwa ein Drittel höher liegende Inzidenzrate). Im Zeitraum 2006/2008 lag die Rate der *stationären Morbidität* mit jährlich etwa 760 Fällen je 100.000 der Altersgruppe bei den Frauen fast ein Viertel über der der Männer (620 je 100.000). In allen anderen Altersgruppen befanden sich dann aber Männer durchweg häufiger als Frauen wegen bösartiger Neubildungen in vollstationärer Therapie. Täglich werden in Berlin rund 550 Krankenhausbetten für Krebspatientinnen und -patienten im Erwerbsalter benötigt. In den letzten Jahren starben jährlich durchschnittlich 990 Berlinerinnen und 1.290 Berliner im erwerbsfähigen Alter an Folgen einer bösartigen Neubildung (am Tag durchschnittlich sieben 15- bis 64-jährige Personen). Bezogen auf alle Krebslokalisationen verringerte sich die *Sterblichkeit* der Berlinerinnen um 24 % (1991/1993: 105 Gestorbene je 100.000, 2006/2008: 80 je 100.000). Demgegenüber kam es zu einem kontinuierlichen Anstieg der Lungensterblichkeit auf 18 je 100.000 im Zeitraum 2006/2008. Bei den 15- bis 64-jährigen Berliner Männern reduzierte sich die Sterblichkeit an bösartigen Neubildungen ebenfalls um ein knappes Viertel (1991/1993: 136 Sterbefälle, 2006/2008: 104 je 100.000). Im Gegensatz zu den Berlinerinnen kam es bei den Berlinern bei der Lungenkrebssterblichkeitsrate zu einem Rückgang um 26 %.
- In fast allen *Berliner Bezirken* verringerte sich in den letzten zehn Jahren das Risiko der Krebssterblichkeit sowohl bei den Berlinerinnen als auch bei den Berlinern. Einen starken Anstieg verzeichneten allerdings bei den Frauen die Bezirke Friedrichshain-Kreuzberg (um etwa 20 %) und Tempelhof-Schöneberg (um 11 %). Das mit Abstand höchste Risiko bei den Männern hatten Berliner aus Neukölln, deren Krebssterblichkeit ein Fünftel über dem Gesamtberliner Niveau lag.
- Mit derzeit über 900 Sterbefällen im Jahr stellen die *durch bösartige Neubildungen verursachten sogenannten vermeidbaren Todesfälle* (VTF), gemessen an allen auftretenden etwa 2.280 Krebssterbefällen im erwerbsfähigen Alter, einen Anteil von 40 %. Bezogen auf vermeidbare Sterbefälle infolge von Lungen- und Bronchialkarzinomen kam es in den letzten zehn Jahren, bis auf Frauen aus Mitte, in allen anderen Berliner Bezirken zu einem zum Teil erheblichen Anstieg der Sterblichkeit (höchstes Risiko: Frauen aus Friedrichshain-Kreuzberg). Auch bei den Berliner Männern im erwerbsfähigen Alter kam es in fünf Berliner Bezirken zu einem Anstieg der Sterblichkeitsraten infolge von Lungenkrebs. Die stärkste Zunahme verzeichnete Spandau mit einer Erhöhung um mehr als ein Drittel. Bei der Brustkrebssterblichkeit - sie gilt im Alter von 25 bis 64 Jahren als vermeidbar - kam es in allen Berliner Bezirken zu einem Rückgang des Sterberisikos (höchstes Risiko: Frauen aus Reinickendorf). Vermeidbare Todesfälle infolge von Lungenkrebs weisen einen deutlichen Zusammenhang zur Sozialstruktur auf: Bezirke mit einer ungünstigen Sozialstruktur weisen eine erhöhte Lungenkrebssterblichkeit auf und umgekehrt.

Verletzungen und Vergiftungen / Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität

- In den letzten zehn Jahren (2006/2008) mussten sich jährlich etwa 30.000 Berlinerinnen und 26.000 Berliner infolge von Verletzungen und Vergiftungen einem *Krankenhausaufenthalt* unterziehen. Für die vollstationäre Behandlung wurden pro Tag 1.430 Betten benötigt. Im Durchschnitt gesehen befanden sich jährlich etwa 10.500 Berlinerinnen und 16.270 Berliner Männer im erwerbsfähigen Alter in vollstationärer Therapie. Bei beiden Geschlechtern verzeichneten der Bezirk Reinickendorf die am höchsten und die Bezirke Charlottenburg-Wilmersdorf und Steglitz-Zehlendorf die am niedrigsten liegenden Raten verletzungsbedingter Krankenhausaufenthalte.

- *Gründe für eine verletzungs- und vergiftungsbedingte stationäre Behandlung* sind in erster Linie Unfallfolgen, allen voran Knochenbrüche (2006/2008: 21.092 Berliner Männer, 13.908 Berliner Frauen im erwerbsfähigen Alter). Nach Angaben des Amtes für Statistik Berlin-Brandenburg verunglückten im Berliner Straßenverkehr im Jahr 2008 17.685 Personen (7.823 weiblichen, 9.826 männlichen Geschlechts, bei 36 Verunfallten wurde kein Geschlecht erfasst). Die überwiegende Mehrzahl (84 %) der Verunglückten befand sich im erwerbsfähigen Alter (6.463 Frauen, 8.341 Männer). 55 Personen sind bei Verkehrsunfällen ums Leben gekommen. Jugendliche und junge Erwachsene haben nach wie vor das mit Abstand höchste Unfallrisiko. Im Jahr 2008 waren beispielsweise 3.044 bzw. 17 % aller insgesamt in Berlin verunglückten Personen 15 bis 24 Jahre alt.
- *Todesfälle infolge von Verletzungen und Vergiftungen* zählen zu den sogenannten nichtnatürlichen Sterbefällen. In den letzten zehn Jahren wurden jährlich in Berlin 1.100 nichtnatürliche Todesfälle registriert (Männer: etwa 700, Frauen: etwa 400 Gestorbene), wobei der Anteil der 15- bis 64-jährigen Gestorbenen bei den Männern (etwa 70%) deutlich höher als bei gleichaltrigen Frauen (40 %) war (2006/2008: 1.451 Männer, 481 Frauen). Rund 25 % aller mit einer nichtnatürlichen Todesursache kodierten Fälle (180 männlichen und 80 weiblichen Geschlechts) entsprachen „Ereignissen, deren nähere Umstände unbekannt sind“.
- Seit Anfang der neunziger Jahre kam es bei den Berliner Frauen und Männern zu einem kontinuierlichen Rückgang der nichtnatürlichen Mortalitätsrate (um 45 % bzw. 40 %). Die *Kfz-Unfallsterblichkeit* ging bei den Frauen um 72 % und bei den Männern um 71 % zurück und auch die *Selbsttötungsrate* reduzierte sich (Berlinerinnen: um 34 %, Berliner: um 20 %). In den letzten Jahren nahmen sich jährlich etwa 284 15- bis 64-jährige Personen aus Berlin das Leben, zusätzlich muss von einer Dunkelziffer ausgegangen werden. Während sich die altersstandardisierte Suizidrate der Berliner (17,1 je 100.000) nur leicht über dem Bundesdurchschnitt (16,6 je 100.000) bewegte, hatten 15- bis 64-jährige Berlinerinnen mit 5,9 Selbsttötungen je 100.000 gegenüber Frauen aus dem übrigen Bundesgebiet (5,0 je 100.000) einen um fast ein Fünftel höher liegenden Wert. Innerhalb der Gruppe der 15- bis 64-Jährigen liegt der Anteil der Selbsttötungen gemessen an der Gesamtmortalität derzeit bei rund fünf Prozent (Männer: 5,1 %, Frauen: 3,5 %). Bis auf Frauen aus Friedrichshain-Kreuzberg und Männer aus Pankow und Spandau kam es in allen anderen Berliner Bezirken bei den 15- bis 64-Jährigen in den letzten zehn Jahren zu einem zum Teil erheblichen Rückgang der Selbstmordrate. Eine schlechte soziale Lage geht mit einer höheren Suizidsterblichkeit einher: Sowohl Männer als auch Frauen im erwerbsfähigen Alter hatten in Bezirken mit einer schlechten sozialen Lage (z. B. in Mitte, Friedrichshain-Kreuzberg, Neukölln) die höchste oder zumindest eine weit über dem Berliner Durchschnitt liegende Suizidgefährdung.

Krankheiten des Kreislaufsystems

- Aufgrund von *Herz-Kreislauf-Krankheiten* erhielten im Zeitraum 2006/2008 jährlich etwa 750 15- bis 64-jährige Berlinerinnen und 1.800 Berliner Leistungen zur Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe und durchschnittlich 560 Personen wurden frühberentet (Männer: etwa 400, Frauen: etwa 160 Fälle). Die Zahl der jährlich infolge von Krankheiten des Kreislaufsystems verursachten Sterbefälle liegt in Berlin bei rund 12.000 im Jahr (4.700 weibliche, 7.300 männliche). Etwa 11.100 Berlinerinnen und 20.500 Berliner im erwerbsfähigen Alter unterzogen sich in den letzten Jahren (2006/2008) pro Jahr aufgrund einer Herz-Kreislauf-Krankheit einem *Krankenhausaufenthalt*. Männer hatten dabei mit 941 Behandlungsfällen je 100.000 gegenüber Frauen (831 je 100.000) eine um 50 % höher liegende stationäre Morbiditätsrate. Besonders gravierend war der Unterschied bei den wegen *ischämischer Herzkrankheiten* (Durchblutungsstörung des Herzmuskels) im Krankenhaus behandelten Personen (Männer: 614 je 100.000, Frauen: 208 je 100.000). Ischämische Herzkrankheiten stellten bei den Männern mit einem Anteil von 39 % an insgesamt 61.599 wegen Krankheiten des Kreislaufsystems im erwerbsfähigen Alter behandelten männlichen Personen damit auch den Hauptgrund eines Krankenhausaufenthaltes dar, wohingegen bei gleichaltrigen Frauen in der Mehrzahl der Fälle eine Angina pectoris (4.208 Fälle) für den Krankenhausaufenthalt verantwortlich war. Ein Zusammenhang zwischen *sozialstrukturellen*

Bedingungen und der Krankenhausinanspruchnahme gilt als wahrscheinlich, da sich Personen aus Bezirken mit ungünstigen Sozialindizes häufiger wegen Herz-Kreislauf-Krankheiten in stationärer Behandlung befanden als Personen aus Bezirken mit guter sozialer Lage.

- Neben bösartigen Neubildungen zählen Krankheiten des Kreislaufsystems zu den Krankheiten, die im mittleren Erwachsenenalter für die meisten *Todesfälle* verantwortlich gemacht werden müssen (durchschnittlich 330 weibliche und 970 männliche Gestorbene im Jahr). 15- bis 64-jährige Berliner Männer hatten im Zeitraum 2006/2008 mit 2.905 Gestorbenen absolut bzw. 78 je 100.000 der Altersgruppe gegenüber Frauen (1.001 Sterbefälle bzw. 27 je 100.000) eine fast dreimal so hohe Mortalität. Sowohl bei den Berlinerinnen als auch bei den Berlinern kam es seit Anfang der neunziger Jahre zu einem stetigen Rückgang der altersstandardisierten Sterberate (um 53 % bzw. 48 %; bundesweit: 43 %). Im Erwerbsalter steht die Mortalitätsrate in engem Zusammenhang mit der Sozialstruktur. Bei beiden Geschlechtern wurden in Bezirken mit ungünstiger Sozialstruktur durchweg über dem Berliner Durchschnitt liegende Raten beobachtet.
- Von allen im Erwerbsalter aufgrund von Herz-Kreislauf-Krankheiten auftretenden Todesfällen (jährlich etwa 1.300) wären der Definition zufolge zwei Drittel als *vermeidbar* anzusehen. Im Jahr 2008 entfielen bei 15- bis 64-jährigen Berlinerinnen 205 aller 856 vermeidbaren Todesfälle (24 %) auf Krankheiten des Kreislaufsystems, bei den Berlinern lag der Anteil mit 46 % deutlich höher (641 von insgesamt 1.408).
- Nach Mitteilung des Amtes für Statistik Berlin-Brandenburg können aufgrund der nichtkorrekten Anwendung von *Kodierregeln* seit dem Jahr 1998 keine validen Aussagen zur zeitlichen Entwicklung von Einzeldiagnosen des Kapitels IX der ICD-10 (Krankheiten des Kreislaufsystems) getroffen werden, dies betrifft Herzinfarkt, Hypertonie, akuter Schlaganfall und Atherosklerose.

Psychische und Verhaltensstörungen

- Aufgrund von *psychischen und Verhaltensstörungen* erhalten jährlich etwa 5.620 15- bis 64-jährige Personen aus Berlin (3.270 Frauen und 2.350 Männer) Leistungen zur Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe. Mit 2.910 auf derartige Krankheiten zurückzuführende Frühberentungen im Jahr (1.620 Frauen, 1.290 Männer) sind sie der häufigste Grund einer gesundheitsbedingten verminderten Erwerbsfähigkeit. Die Zahl der jährlich infolge von psychischen Krankheiten verursachten Todesfälle liegt in Berlin derzeit bei durchschnittlich 780 pro Jahr (380 Frauen, 400 Männer). Während weit über die Hälfte aller an psychischen und Verhaltensstörungen gestorbenen Männer (etwa 225 im Jahr) im erwerbsfähigen Alter waren, betraf das bei den Frauen etwa jeden siebenten Sterbefall (57 pro Jahr). Im mittleren Lebensalter lag das Sterberisiko der Berliner Männer je nach Altersgruppe teilweise ein Mehrfaches über dem der Berlinerinnen. Besonders hoch waren die Unterschiede bei der alkoholbedingten Mortalität (jährlich rund 270 männliche und 70 weibliche Sterbefälle, davon insgesamt ca. 200 im Jahr im Erwerbsalter).
- Insgesamt hat sich die durch psychische und Verhaltensstörungen verursachte altersstandardisierte *Mortalitätsrate* bei den 15- bis 64-jährigen Berlinerinnen und Berlinern seit Anfang der neunziger Jahre etwa halbiert (Frauen: 1991/1992: 10,3, 2006/2008: 4,6 Gestorbene je 100.000; Männer: 33,1 bzw. 18,1 je 100.000). Die *Sterblichkeit infolge von Alkoholsucht* liegt in Berlin bei Frauen im erwerbsfähigen Alter um mehr als zwei Drittel und bei Männern sogar um 84 % über dem Bundesniveau (Frauen: 2,2 je 100.000, Männer: 8,6 Gestorbene je 100.000).
- Die Höhe der alkoholbedingten Mortalität *korreliert stark mit der Sozialstruktur* der jeweiligen Bevölkerung. In den letzten Jahren hatten Personen aus Bezirken mit einer schlechten sozialen Lage ein erhöhtes Sterberisiko. Bei den an psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol gestorbenen 15- bis 64-jährigen Personen zeichnete sich hier bei den Frauen und Männern aus Marzahn-Hellersdorf ein bedenklich negativer Trend ab (Anstieg um fast ein Drittel bei den Frauen und bei den Männern um mehr als zwei Drittel).
- Die stationäre Behandlung von psychischen und Verhaltensstörungen gehört zu den häufigsten Anlässen einer *Krankenhausinanspruchnahme*. Die Zahl der vollstationären Behandlungsfälle belief sich in den letzten Jahren in Berlin auf durchschnittlich 45.400 im Jahr (20.800 weiblichen

und 24.600 männlichen Geschlechts) und auf eine Bettenbelegung von über 2.200 pro Tag. Die überwiegende Mehrzahl der Patienten (75 % der weiblichen, 87 % der männlichen) befand sich im Alter von 15 bis 64 Jahren. Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol führen dabei das Behandlungsspektrum an. Bei den Männern waren sie sogar der mit Abstand häufigste Grund eines Krankenhausaufenthalts (2006/2008: 24.516 Behandlungsfälle, Anteil von über 38 % an allen wegen psychischer und Verhaltensstörungen in diesem Alter behandelten männlichen Patienten). Bei den gleichaltrigen Berlinerinnen führten affektive Störungen (fast jede fünfte Behandlung) und schwere Belastungs- und Angststörungen (jede vierte Behandlung) häufig zu einem stationären Krankenhausaufenthalt.

- Ein Zusammenhang von *Sozialstruktur und der Höhe der Krankenhaushäufigkeit* kann bei beiden Geschlechtern festgestellt werden. Auf alle Bezirke mit negativen Sozialindizes traf zu, dass sich dort lebende Frauen und Männer im erwerbsfähigen Alter deutlich häufiger als Gleichaltrige aus Bezirken mit einer guten sozialen Lage wegen psychischer Krankheiten in stationärer Therapie befanden (Frauen: höchste Behandlungsraten: Neukölln, Friedrichshain-Kreuzberg und Reinickendorf, niedrigste: Treptow-Köpenick, Pankow, Lichtenberg / Männer: höchste: Neukölln, Reinickendorf und Mitte, niedrigste: Steglitz-Zehlendorf, Charlottenburg-Wilmersdorf, Treptow-Köpenick).

Alkohol- und ausgewählte drogenbedingte Krankenhausbehandlungen im Kindes- und Jugendalter

- Alkohol- und Drogenkonsum verursacht viele vermeidbare Gesundheitsschäden. *Kinder und Jugendliche sind besonders gefährdet*, bei ihnen beeinträchtigt der Konsum die körperliche und geistige Entwicklung. Ein problematischer Alkohol- und Drogenkonsum in frühen Lebensjahren erhöht das Risiko für einen niedrigen Bildungs- und sozioökonomischen Status sowie die Fortsetzung des Konsums im Erwachsenenalter.
- Nach den Auswertungen der *Krankenhausdiagnosestatistik 2008* wurden in Deutschland 4.625 10- bis 14-jährige (darunter 118 aus Berlin) und 22.897 15- bis 19-jährige (darunter 371 aus Berlin) in Deutschland wohnhafte Kinder und Jugendliche wegen psychischer und Verhaltensstörungen durch Alkohol vollstationär in einem Krankenhaus behandelt.
- In der Zeit von 2002/2004 bis 2006/2008 (Jahre jeweils zusammengefasst) nahm die *Krankenhaushäufigkeit aufgrund von Alkoholvergiftungen* bei den *10- bis 14-Jährigen* bundesweit um 52 % zu (auf 96 Fälle je 100.000 der Altersgruppe). Berlin war das Bundesland mit der stärksten Erhöhung (2002/2004: 35 je 100.000, 2006/2008: 73 je 100.000). Gleichwohl gehört Berlin nach Schleswig-Holstein und Hamburg immer noch zu den Ländern mit den niedrigsten Werten. Die Behandlungsrate der im Jahr 2008 in Deutschland wegen eines akuten Alkoholrausches in ein Krankenhaus eingelieferten 10- bis 14-jährigen Kinder (insgesamt 4.496) belief sich auf 113 je 100.000 der Altersgruppe, der höchste Wert seit 2002. Auch für Berliner Kinder wurde im Jahr 2008 mit 113 Alkoholvergiftungen absolut die bis dahin höchste Zahl registriert. Wie bei den Kindern kam es in den letzten Jahren auch *bei den Jugendlichen (15- bis 19-Jährige)* bundesweit zu einer starken Zunahme von *alkoholbedingten Krankenhausaufenthalten* (Zunahme 2004/2006 bis 2006/2008 um etwa 57 % auf 437 je 100.000). Trotz einer im betrachteten Zeitraum überdurchschnittlichen Zunahme von Klinikeinweisungen in Berlin und Hamburg befanden sich Jugendliche aus den beiden Stadtstaaten im Bundesländervergleich immer noch am seltensten alkoholbedingt in vollstationärer Therapie (2006/2008: Berlin: 200 je 100.000 / Hamburg: 195 je 100.000). Im Jahr 2008 lag die Behandlungsrate der in Berlin aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol in ein Krankenhaus eingelieferten 15- bis 19-Jährigen (insgesamt 371 Fälle, bis dahin höchster Wert) bei 236 je 100.000 und damit auch nach dem aktuellen Erfassungsjahr der Krankenhausdiagnosestatistik noch weit unter dem Bundesniveau (502 je 100.000).
- Krankenhauseinweisungen infolge von Alkoholmissbrauch unterlagen in den *Berliner Bezirken* einer erheblichen Schwankungsbreite. Bezogen auf akute Alkoholvergiftungen im Kindesalter kam es in der Zeit von 2002 bis 2008 (jeweils drei Jahre zusammengefasst) bei den 10- bis

14-Jährigen in allen Berliner Bezirken zu einem starken Anstieg der Behandlungsraten (Jungen: plus 118 %, Mädchen: plus 127 %). Am häufigsten befanden sich im Zeitraum 2006/2008 Jungen aus Lichtenberg, Marzahn-Hellersdorf und Treptow-Köpenick und Mädchen aus Lichtenberg, Steglitz-Zehlendorf und Marzahn-Hellersdorf wegen akuter Alkoholvergiftungen in stationärer Therapie. 10- bis 14-jährige Mädchen befanden sich dabei häufiger als gleichaltrige Jungen wegen eines Alkoholrausches im Krankenhaus.

Hinsichtlich der Krankenhauseinweisungen 15- bis 19-Jähriger wegen akuter Alkoholintoxikation kam es sowohl bei den männlichen als auch bei den weiblichen Jugendlichen in allen Berliner Bezirken zu einer Erhöhung der stationären Behandlungsmorbidität. Männliche Jugendliche aus den Bezirken Spandau, Charlottenburg-Wilmersdorf und Lichtenberg und weibliche Jugendliche aus Reinickendorf, Steglitz-Zehlendorf und Spandau befanden sich dabei in den letzten Jahren am häufigsten wegen einer Alkoholvergiftung in stationärer Therapie (am seltensten männliche Jugendliche aus Friedrichshain-Kreuzberg, Neukölln, Pankow und weibliche Jugendliche aus Mitte, Lichtenberg und Friedrichshain-Kreuzberg). Im geschlechtsspezifischen Vergleich befanden sich weibliche Jugendliche in den letzten Jahren seltener als männliche wegen Alkoholvergiftung in stationärer Therapie.

- Ein für das Erwachsenenalter oft argumentierter und meist belegbarer *Zusammenhang von negativen Sozialindizes und Höhe der alkoholassoziierten Morbidität* kann im Kindes- und Jugendalter nicht festgestellt werden: Alkoholvergiftungen treten bei Kindern und Jugendlichen in allen sozialen Schichten auf. Im Jugendalter zeichnen sich allerdings Zusammenhänge zwischen sozialer Ungleichheit und der Höhe der Krankenhausinanspruchnahme infolge chronischen exzessiven Alkoholmissbrauchs ab. Im gesamten Beobachtungszeitraum hatten Jugendliche (insbesondere männliche Jugendliche) aus Bezirken mit der berlinweit ungünstigsten Sozialstruktur (bis auf 15- bis 19-jährige Mädchen aus Friedrichshain-Kreuzberg und Mitte) das höchste Risiko, sich infolge ihres chronischen Alkoholmissbrauchs einer stationären Therapie unterziehen zu müssen.
- In den letzten Jahren war die Entwicklung der *Krankenhaushäufigkeit infolge von psychischen und Verhaltensstörungen durch Opioide bei den 15- bis 19-Jährigen* in Deutschland von einem rückläufigen Trend geprägt (2008: insgesamt 775 Fälle, 17 Fälle je 100.000), lediglich die Behandlungsraten in Berlin (2008: 61 Fälle, 39 je 100.000) und Hamburg stiegen an. Die Berliner Zahlen verdeutlichen, dass etwa jeder zwölfte opioidbedingte Krankenhausfall in Deutschland im Jahr 2008 aus Berlin stammte. Damit weisen Jugendliche aus Berlin bundesweit das höchste Behandlungsrisiko auf (das niedrigste: Jugendliche aus dem Saarland). Krankenhaussfälle, die auf *psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide* (ICD-10 Nr. F 12) zurückzuführen sind, stehen im Jugendalter nach den alkoholbedingten Krankenhaussfällen an zweiter Stelle des Behandlungsspektrums aller suchtasoziierten Behandlungsgründe. In Deutschland kam es 2008 bei Jugendlichen zu einem Anstieg der stationären Behandlungsfälle wegen Cannabiskonsums. So wurden 1.972 Jugendliche bzw. 43 je 100.000 (2007: 1.916 bzw. 41 je 100.000) wegen psychischer und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide vollstationär in einem Krankenhaus behandelt, die Fallzahl der Jugendlichen aus Berlin betrug im Jahr 2008 129 (82 je 100.000, 2007: 115 bzw. 69 je 100.000).
- Alkohol- und drogenbedingte vollstationäre Krankenhausaufenthalte verursachen sehr hohe *Kosten*. Im Jahr 2008 fielen allein für die Anfahrt (ohne Begleitung eines Notarztes) der 343 Berliner Kinder und Jugendlichen, die wegen eines akuten Alkoholrausches in ein Berliner Krankenhaus gebracht wurden, Transportkosten von circa 96.000 Euro an. Die vollstationären Behandlungen von Berliner Kindern und Jugendlichen wegen psychischer und Verhaltensstörungen durch psychoaktive Substanzen in Berliner Krankenhäusern verursachten weitere Kosten in Höhe von rund 1,6 Millionen EUR (für 3.277 Belegungstage).

Tabellen

Kapitel 3 des Basisberichts enthält Tabellen zum Mortalitätsgeschehen mit Daten zur Sterblichkeit ausgewählter Altersgruppen der Berliner Bevölkerung, zu Todesursachen (Sterbefälle an bestimm-

ten Krankheiten/Krankheitsgruppen, Drogentote, Mortalität bei Suizid und bei alkoholbedingten Krankheiten), Lebenserwartung, verlorenen Lebensjahren, vermeidbaren Todesfällen sowie Säuglings- und Perinatalsterblichkeit. Unter allgemeiner Morbidität sind Angaben zu subjektiver wie zu stationärer Morbidität (Krankenhausdiagnosestatistik) enthalten, außerdem zählen die Bereiche Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten, medizinische Leistungen zur Rehabilitation sowie Rentenzugänge und -bestand wegen verminderter Erwerbsfähigkeit dazu. Zum Abschnitt Krankheiten/Krankheitsgruppen gehören neben dem Gesundheitszustand von Säuglingen und Vorschulkindern Infektionskrankheiten, bösartige Neubildungen, Stoffwechselkrankheiten, psychische und Verhaltensstörungen, Krankheiten des Kreislauf-, Atmungs-, Verdauungs- und Muskel-Skelettsystems sowie Verletzungen und Vergiftungen einschließlich Daten zu Straßenverkehrsunfällen. Die Angaben sind zu finden in den Tabellen 3.2.1 - 3.2.105 (Seiten 217 - 502) des Basisberichts 2009. Die Tabellen setzen sich zusammen aus 181 Indikatoren der Gesundheitsberichterstattung der Länder und weiteren 46 Tabellen mit darüber hinausgehenden berlinspezifischen Informationen. Die Altersgruppe der 15- bis 64-jährigen Bevölkerung wurde bei der altersspezifischen Aufbereitung besonders berücksichtigt und soweit möglich in 5er-Altersgruppen dargestellt.

Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen (Kapitel 4 des Basisberichts 2009)

Das Themenfeld enthält Informationen zum Konsum psychoaktiver Substanzen, insbesondere Alkohol und Cannabis. Dabei ist das Augenmerk eher auf das Kindes- und Jugendalter als auf den Themenschwerpunkt Erwerbsalter gerichtet, bedingt zum einen durch die größere Relevanz von Suchtproblemen im jugendlichen Alter für gesundheitspolitisches Handeln, zum anderen aber auch durch die bessere Datenlage. In den Tabellen sind Daten aus den Einschulungsuntersuchungen aufbereitet, die Bezüge zu den Themen Rauchen und Körpergewicht enthalten.

Schwerpunkte

Konsum der Alltagsdroge Nr. 1: Alkohol (vgl. Basisbericht 2009 - Schwerpunkt 4.1.1, Seiten 503 - 506)

- Der *Missbrauch von psychoaktiven Substanzen* (legale und illegale Drogen) stellt in Deutschland eines der größten gesundheitspolitischen Probleme dar, allen voran die gesundheitlichen Schäden infolge von chronischem Alkoholkonsum. Chronischer Alkoholmissbrauch und seine gesundheitsschädigende Auswirkung ist in Deutschland mittlerweile der häufigste Grund einer Krankenhauseinweisung.
- Alle verfügbaren Studien zeigen, dass *Kinder und Jugendliche* in der Bundesrepublik Deutschland einen relativ hohen Konsum und Missbrauch von psychoaktiven Substanzen haben. Dabei ist Alkohol immer noch die mit Abstand am weitesten verbreitete psychoaktive Substanz. Den Ergebnissen des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006 zufolge lag der Anteil der 15- bis unter 18-jährigen Berliner Jugendlichen, die in den letzten 30 Tagen vor der Befragung alkoholische Getränke zu sich genommen hatten, bei 65 %. Bei 60 % handelte es sich um Alkoholmengen, deren Konsum im Erwachsenenalter als risikoarm (weniger als 30 g Reinalkohol pro Tag bei Männern bzw. 20 g bei Frauen) gilt, im Jugendalter jedoch als potenziell gesundheitsschädigend anzusehen ist. In den letzten Jahren wurden vermehrt riskante Konsummuster beobachtet, z. B. praktizierte hierzulande im Jahr 2008 jeder fünfte befragte 12- bis unter 17-jährige Jugendliche (23 % männlichen, 18 % weiblichen Geschlechts) in den letzten 30 Tagen das Rauschtrinken (hierbei werden bei einer Trinkgelegenheit fünf und mehr alkoholische Getränke hintereinander getrunken, was dann häufig zu einer ambulanten und/oder stationären ärztlichen oder sonstigen Hilfe führt).
- Bei den 15- bis 64-Jährigen, die mehrheitlich einen *als risikoarm geltenden durchschnittlichen Alkoholkonsum* angaben, waren problematische Konsumformen (riskanter, gefährlicher und Hochkonsum) im Alter ab 40 Jahren am häufigsten, von den 50- bis 64-Jährigen konsumierte jede fünfte Person Alkoholmengen, die mit gesundheitlichem Risiko assoziiert sind.

- Der „legale“ Konsum von Alkohol und Tabak spielt für den Einstieg in den Gebrauch von „illegalen“ Drogen eine wichtige Rolle. *Cannabis* ist die im Jugendalter nach wie vor am häufigsten konsumierte illegale Droge, etwa drei Prozent der 15- bis 17-Jährigen gelten in Deutschland als regelmäßige Konsumenten von Cannabis (ein- bis zweimal pro Woche), der Anteil der Jungen ist dabei höher als der der Mädchen. Anders als beim Alkoholmissbrauch, bei dem Berlin zu den Bundesländern mit den niedrigsten Werten gehört, lag die 30-Tage-Prävalenzrate in Berlin mit etwa 11 % weit über dem Bundesdurchschnitt. Hinsichtlich einer weiteren Reduktion des Cannabiskonsums ist die Fortsetzung präventiver Bemühungen jedoch erfolgversprechend, da nach bisher erfolgten Präventionsmaßnahmen gegenüber früheren Untersuchungen eine Konsumreduzierung um mehr als fünf Prozent festgestellt werden konnte.
- Eine wirksame *Suchtprävention* ist in den Richtlinien der Berliner Regierungspolitik deshalb ein wichtiger Schwerpunkt. Suchtprävention verfolgt in zahlreichen Projekten und in unterschiedlichen gesellschaftlichen Bereichen - bezogen auf verschiedene Zielgruppen - sehr konkrete und anspruchsvolle Ziele:
 - bei Kindern Abstinenz im Hinblick auf jegliche psychoaktive Substanzen,
 - bei Jugendlichen die Abstinenz von illegalen Drogen und die Entwicklung einer kritischen reflektierten Haltung gegenüber anderen Suchtmitteln und
 - bei Jugendlichen oder Erwachsenen mit bereits riskantem Suchtmittelkonsum rechtzeitige Intervention, um die Verfestigung dieses Verhaltens zu stoppen.

Tabellen

Kapitel 4 des Basisberichts enthält Daten aus den Einschulungsuntersuchungen zum Rauchverhalten der Eltern und zum Body-Mass-Index der Kinder, aufgeschlüsselt nach sozialer Lage und Migrationshintergrund. Die Angaben sind zu finden in den Tabellen 4.2.1 - 4.2.2 (Seiten 507 - 508) des Basisberichts 2009; eine der beiden Tabellen stellt einen Indikator der Gesundheitsberichterstattung der Länder dar.

Umweltbezogener Gesundheitsschutz und Verbraucherschutz im Gesundheitswesen (Kapitel 5 des Basisberichts 2009)

Das Themenfeld enthält Informationen zu gesundheitsrelevanten Faktoren aus der Umwelt, zu Untersuchungsergebnissen aus dem früheren Berliner Institut für Lebensmittel, Arzneimittel und Tierseuchen (jetzt Landeslabor Berlin-Brandenburg) sowie zur Patientenbeauftragten für Berlin. Das Kapitel enthält keine Angaben zum Themenschwerpunkt gesundheitliche Lage von Männern und Frauen im erwerbsfähigen Alter, da es sich nicht um personenbezogene Daten handelt und ein Bezug zu bestimmten Bevölkerungsgruppen nicht hergestellt werden kann.

Schwerpunkte

Lebensmittel- und Arzneimitteluntersuchungen (vgl. Basisbericht 2009 - Schwerpunkte 5.1.1 und 5.1.2, Seiten 509 - 519)

- Im Rahmen der *Lebensmittelüberwachung* wurden im Jahr 2008 19.190 Proben (2007: 18.975) aus den Bereichen Lebensmittel, kosmetische Mittel, Tabakwaren und Bedarfsgegenstände einschließlich Proben zur Überprüfung des Hygienestatus untersucht. Die Untersuchungen wurden vom ehemaligen Institut für Lebensmittel, Arzneimittel und Tierseuchen (ILAT) durchgeführt. Seit 01.01.2009 werden die Aufgaben, die zuvor dem ILAT oblagen, vom Landeslabor Berlin-Brandenburg (LLBB) - Institut für Lebensmittel, Arzneimittel, Tierseuchen und Umwelt - wahrgenommen. Das bisherige Institut für Lebensmittel, Arzneimittel und Tierseuchen Berlin im Berliner Betrieb für Zentrale Gesundheitliche Aufgaben sowie das bisherige Landeslabor Brandenburg wurden auf der Grundlage eines Staatsvertrages zwischen den Ländern Berlin

- und Brandenburg zum Landeslabor Berlin-Brandenburg als Anstalt öffentlichen Rechts als erste länderübergreifende staatliche Untersuchungseinrichtung in Deutschland zusammengeführt.
- Für die 19.190 Gesamteinsendungen des Jahres 2008 wurde eine *Beanstandungsquote von 17 %* (2007: 20 %) ermittelt, wobei der Anteil der Beanstandungen bei den Verdachts-, Verfolgs- und Beschwerdeproben mit 38 % (2007: 40 %) erwartungsgemäß höher ausfiel als bei den Planproben mit 13 % (2007: 13 %). Unter dem Begriff „Beanstandungen“ werden alle festgestellten und im Gutachten berücksichtigten Abweichungen von der Norm zusammengefasst. Der Anteil der Proben, die als nicht sicher beurteilt wurden, war auch im Jahr 2008 erfreulicherweise gering. Am häufigsten wurden Verstöße gegen Kennzeichnungsvorschriften sowie irreführende Auslobungen festgestellt.
 - Im Jahr 2008 wurde die im Jahr 2007 eingeführte *„Risikoorientierte Probenahme über gesteuerte Verdachtsproben“* weiter verfolgt. Dabei wurden in Abstimmung zwischen der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz (SenGesUmV), den bezirklichen Veterinär- und Lebensmittelaufsichtsämtern und dem ILAT zunächst die zu untersuchenden Erzeugnisse sowie die Art der Entnahmebetriebe festgelegt. Dementsprechend wurden die Untersuchungsziele definiert. Die auf dieser Basis untersuchten Proben machten einen Anteil von ca. 8 % aller untersuchten Proben aus mit einer Beanstandungsrate von 34 % (2007: 38 %).
 - Im Jahr 2008 wurde ein weiterer Meilenstein auf dem Weg der *Etablierung einer vom Erzeuger bis zum Endverbraucher durchgängigen Lebensmittelkontrolle* nach dem Grundsatz des „from farm to fork“ erreicht: Erstmals wurde das Monitoring von Krankheitserregern, die vom Tier auf den Menschen übertragen werden können (Zoonose-Erreger), auf alle Stufen der Lebensmittelerzeugungskette ausgedehnt.
 - Neben *Überprüfung* auf irreführende Angaben und Einhaltung von Kennzeichnungsvorschriften - u. a. der Allergenkennzeichnungspflicht und der Kenntlichmachung erfolgter Behandlung mit ionisierenden Strahlen - und Maßgaben der Lebensmittelhygiene-Verordnung wurden Lebensmittel auf potenziell gesundheitsschädliche oder allergene Inhaltsstoffe, Krankheitserreger und bestimmte Schadstoffe wie Rückstände von Pflanzenschutzmitteln, Tierarzneimitteln und pharmakologisch wirksamen Stoffen untersucht.
 - Die unverändert hohen Beanstandungszahlen belegen, dass eine unabhängige amtliche Lebensmittelüberwachung nach wie vor unerlässlich ist. Dabei ist unstrittig, dass die Eigenkontrollsysteme von Lebensmittelproduktion und -handel einen ganz wesentlichen Beitrag zur stetigen Erhöhung der *Sicherheit von Nahrungsmitteln* leisten.
 - Von den in der Arzneimitteluntersuchungsstelle im Landeslabor Berlin-Brandenburg (vormals ILAT) im Jahr 2008 insgesamt 694 (2007: 838) geprüften und beurteilten amtlichen Proben stammten 406 (2007: 473) aus Berlin. Dabei handelte es sich wie in den Vorjahren überwiegend um *Fertigarzneimittel pharmazeutischer Hersteller* (2008: 340 / 2007: 367). Die Beanstandungsgründe der Berliner Produkte betrafen im Wesentlichen die Kennzeichnung/Packungsbeilage (2008: 57 / 2007: 57) und fehlende Zulassung oder Registrierung (2008: 12 / 2007: 53).
 - Der Grundsatz, dass Fertigarzneimittel nicht ohne Zulassung durch die zuständige Bundesoberbehörde in den Verkehr gebracht werden dürfen, wird nach wie vor von einer Vielzahl illegaler Produkte durchbrochen. Hersteller und Vertreiber versuchen *Produkte mit einer krankheitsbezogenen Aussage ohne Zulassung als Arzneimittel auf den Markt* zu bringen bzw. „rein pflanzlichen“ Produkten wird ein arzneilich wirksamer Stoff zugemischt. Einem durchschnittlich informierten Verbraucher wird beim Kauf dieser Produkte suggeriert, dass keine Gefahren für die Gesundheit auftreten können, während tatsächlich bei Verwendung von illegalen Arzneimitteln mit Inhaltsstoffen ohne Wirksamkeitsnachweis ein hohes gesundheitliches Risiko besteht.

Patientenbeauftragte für Berlin (vgl. Basisbericht 2009 - Schwerpunkt 5.1.3, Seiten 519 - 520)

- Im November 2009 feierte das Büro der Patientenbeauftragten 5-jähriges Bestehen und noch immer ist Berlin das einzige Bundesland mit dem Amt einer Patientenbeauftragten. Zu ihren Aufgaben gehört es, *Kompetenzen und Erfahrungen von Patienten und Patientinnen für eine Weiter-*

entwicklung der Gesundheitsversorgung nutzbar zu machen. Dazu werden Anfragen und Beschwerden aufgenommen und ausgewertet. Die Ergebnisse dieser Arbeit fanden Eingang in Projekte und Aktivitäten des Büros der Patientenbeauftragten. Dazu gehören u. a. der Arbeitskreis zur Bewältigung von Problemen bei der ambulanten pflegerischen Versorgung von geriatrischen Patientinnen und Patienten, die Internetplattform „Gesundheit in Berlin“, Fachtagungen (zuletzt „Patienten - Informationen - Rechte“ im Juli 2009) und das PatientenForum Berlin.

Tabellen

Kapitel 5 des Basisberichts enthält Datenmaterial zum Ausmaß von potenziell gesundheitsschädlichen Stoffen in der Außenluft, im Trinkwasser und in Badegewässern sowie zu Ergebnissen der Lebensmittelüberwachung. Die Angaben sind zu finden in den Tabellen 5.2.1 - 5.2.15 (Seiten 522 - 539) des Basisberichts 2009. Die Tabellen setzen sich zusammen aus 10 Indikatoren der Gesundheitsberichterstattung der Länder und weiteren fünf Tabellen mit darüber hinausgehenden berlin-spezifischen Informationen.

Einrichtungen des Gesundheitswesens (Kapitel 6 des Basisberichts 2009)

Das Themenfeld enthält Informationen zu ambulanten und stationären gesundheitlichen Versorgungsangeboten in Berlin. Ein Schwerpunkt ist in diesem Bericht der gesundheitlichen Versorgung von Menschen in aufenthaltsrechtlicher Illegalität gewidmet, die in der Mehrzahl - so lassen vorliegende Informationen vermuten - zwischen 20 und 40 Jahre alt sind und damit zu der im Themenschwerpunkt erfassten Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter gehören. Ebenfalls zum Themenschwerpunkt zu zählen ist der Schwerpunkt Pharmakovigilanz- und Beratungszentrum für Embryonaltoxikologie, der sich mit Arzneimitteltherapiesicherheit in Schwangerschaft und Stillzeit befasst.

Schwerpunkte

Ambulante ärztliche und psychotherapeutische Versorgung und Ärztlicher Bereitschaftsdienst (vgl. Basisbericht 2009 - Schwerpunkt 6.1.1, Seiten 541 - 543)

- Die *ambulante ärztliche Versorgung* der gesetzlich Versicherten wurde am 01.01.2009 durch 5.863 Ärzte und Ärztinnen mit eigenem Kassensitz und 951 Angestellte sichergestellt (zum Vergleich: 2008 wurde die ambulante ärztliche Versorgung durch 6.871 Ärzte und Ärztinnen gewährleistet, wobei davon 5.839 einen eigenen Kassensitz hatten und 835 angestellt waren). Außerdem waren 1.671 Psychologische/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/-psychotherapeutinnen (PPT und KJPT) an der *ambulanten vertragspsychotherapeutischen Versorgung* beteiligt (2008: 1.633 PPT bzw. KJPT). Die im geänderten Vertragsarztrecht festgelegten vielfältigen Möglichkeiten der Berufsausübung fanden vor allem bei Anstellungen und in der Tendenz zu größeren Kooperationsformen ihren Niederschlag. Als besonders attraktiv erwiesen sich die *Medizinischen Versorgungszentren (MVZ)*, das sind ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärztinnen/Ärzte und Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten als Angestellte oder freiberuflich fachübergreifend tätig sind. Am 01.01.2009 gab es 141 MVZ mit 516 angestellten Ärztinnen und Ärzten und 159 mit eigenem Kassensitz (2008: 108 MVZ mit 412 angestellten und 143 Ärztinnen/Ärzten mit eigenem Kassensitz). Durch die Übernahme von ausgeschriebenen Arztsitzen üben MVZ insbesondere eine Konzentrationswirkung auf die Berliner Innenstadtbezirke aus. Etabliert haben sich seit 2007 ebenfalls die *überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften (üBAG)* als neue Kooperationsformen. Zum Jahresende 2009 stieg die Anzahl auf 51 üBAG mit 146 ärztlich bzw. psychotherapeutisch dort Tätigen; 2007 waren es 9 üBAG mit 37 Ärzten und Ärztinnen und 2008 bereits 32 üBAG mit 116 Teilnehmenden.
- Der *ambulante Notfalldienst* wird in Berlin durch den *Ärztlichen Bereitschaftsdienst (ÄBD)* der KV Berlin übernommen, der sowohl Notdienst wie auch einen zentral geregelten Hausbesuchsdienst mit KV-eigener Leitstelle beinhaltet. Im Einsatz sind insgesamt 24 Fahrzeuge eines externen

Dienstleisters und 275 Ärzte und Ärztinnen, die 2008 zu über 151.000 Einsätzen gerufen worden sind. Zu den Service-Leistungen des ÄBD gehören neben den Hausbesuchsdiensten auch ein telefonischer Beratungsdienst, ein eigenständiger Leichenschauendienst, eine eigene Erste-Hilfe-Stelle (EHS), das Internetportal der KV Berlin und der Gesundheitslotsendienst (spezieller Telefonservice als Alternative zur Homepage)

Pharmakovigilanz- und Beratungszentrum Embryonaltoxikologie und Landesinstitut für gerichtliche und soziale Medizin (vgl. Basisbericht 2009 - Schwerpunkte 6.1.2 und 6.1.3, Seiten 544 - 548)

- Im *Pharmakovigilanz- und Beratungszentrum Embryonaltoxikologie* wird ein ständig steigender Beratungsbedarf zur Medikamentenexposition während Schwangerschaft und Stillzeit mit bis zu 90 am Tag bearbeiteten Fragestellungen registriert, 2008 waren es insgesamt 13.835. In etwa 90 % aller Anfragen geht es um Arzneimittel, wobei etwa 16 % der Anfragen aus Berlin kommen.
- Im Rahmen eines *Pharmakovigilanz-Projektes* des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) werden Falldokumentationen - 2008 waren es 3.489 mit insgesamt 12.347 Arzneimittelexpositionen - aus den Beratungsdaten gewonnen, mit dem Ziel, unerwünschte Arzneimittelwirkungen aufzudecken und die Arzneimitteltherapiesicherheit in Schwangerschaft und Stillzeit zu verbessern. In diesem Zusammenhang wurde 2008 auch das *Internetprojekt www.embryotox.de* ins Leben gerufen, eine frei zugängliche Informationsdatenbank mit Online-Fragebogensystem, die hilfreiche Informationen zu Arzneimitteltherapiesicherheit mit den wichtigsten Medikamenten und Erkrankungen in Schwangerschaft und Stillzeit zur Verfügung stellt.
- Im *Landesinstitut für gerichtliche und soziale Medizin* wurden 2009 besondere Anforderungen an den Bereich Forensische Toxikologie infolge einer psycholytischen Sitzung unter ärztlicher Leitung gestellt. Hier kam es zu mehreren Vergiftungsfällen mit Todesfolge, wobei sich bei der späteren chemisch-toxikologischen Untersuchung herausstellte, dass es sich bei den verabreichten Substanzen um illegale Drogen handelte, die bislang noch nicht im deutschsprachigen Raum bekannt waren.

Stationäre medizinische Versorgung, pflegerische Versorgung und Pflegestützpunkte (vgl. Basisbericht 2009 - Schwerpunkte 6.1.4 und 6.1.5, Seiten 548 - 554)

- Im Rahmen der Bedarfsprognose bis zum Planungshorizont 2015 lässt sich insgesamt eine Erhöhung des Krankenhausversorgungsbedarfs erkennen, insbesondere für die Geriatrie und die psychiatrische Versorgung.
Zum Stichtag 31.12.2008 wurden im Land Berlin 83 *Krankenhäuser* mit insgesamt 21.709 ordnungsbehördlich genehmigten *Betten* betrieben (darunter 18.090 im somatischen Bereich), das entspricht einem Versorgungsangebot von 6,46 Betten je 1.000 Einwohner. Die Zahl der in den Krankenhausplan aufgenommenen Betten wurde im Berichtszeitraum 31.12.2007 bis 31.12.2008 um 151 von 20.765 auf 20.614 Betten reduziert. Die Anteile der einzelnen Trägerbereiche sind 2008 gegenüber dem Jahr 2007 im Wesentlichen unverändert geblieben (freigemeinnützige 42 %, öffentliche 28 %, private 14 % und universitäre 16 %).
- Die ambulante *pflegerische Versorgung* der Berliner Bevölkerung wurde am 15.10.2009 von 514 Pflegediensten sichergestellt, dies entspricht einem Zuwachs von 52 Einrichtungen gegenüber dem Stand von April des Vorjahres. Weitere Versorgungsangebote gab es Mitte Oktober 2009 in der teilstationären (1.225 Plätze in 69 Tagespflegeeinrichtungen) und in der vollstationären Pflege (544 Plätze in 32 Kurzzeitpflegeeinrichtungen und 32.152 Plätze in 299 Langzeitpflegeeinrichtungen). Unter Berücksichtigung der Bundespflegestatistik 2007 liegt der voraussichtliche Platzbedarf für die Langzeitpflege in Berlin für 2010 bei 26.195 Plätzen (27.095 einschließlich Pflegestufe Null) und für 2015 bei 28.925 Plätzen (30.070 Plätze einschließlich Pflegestufe Null). Es kann davon ausgegangen werden, dass Berlin insgesamt über ein quantitativ umfangreiches und regional gut ausgebautes Angebot der ambulanten und stationären Pflege verfügt und das vorhandene Platzangebot die Nachfrage nach Langzeitpflegeplätzen - gleichbleibende Bedingungen unterstellt - bis 2015 wird decken können.

- Aufgrund der Allgemeinverfügung zur Errichtung von *Pflegestützpunkten* vom 10.01.2009 sollen auf Grundlage eines Landesrahmenvertrages gemäß § 92 c Abs. 8 SGB XI, geschlossen zwischen den Pflege- und Krankenkassen und dem Land Berlin, in einer ersten Errichtungsphase 24 Pflegestützpunkte erstellt und insgesamt bis zum 31.12.2011 36 Pflegestützpunkte in Berlin (ein Pflegestützpunkt pro 95.000 Einwohner) errichtet werden. Im Oktober 2009 waren in den Bezirken Berlins 26 Pflegestützpunkte etabliert. Die bisherigen Koordinierungsstellen „Rund ums Alter“ werden in diesem Zusammenhang in das neue Konzept der Pflegestützpunkte eingegliedert und das Aufgabenspektrum durch zusätzliche Beratungsangebote erweitert. Um eine einheitliche qualitätsgesicherte und neutrale Beratung der Hilfesuchenden zu erreichen, entwickeln die Träger der Pflegestützpunkte ein abgestimmtes Erhebungsverfahren des Hilfebedarfs (Assessment-Verfahren, Versorgungsplan). Ebenfalls wird ein Verfahren zum Case-Management vereinbart, wobei die Zusammenarbeit mit weiteren Beratungsstellen und Pflegeeinrichtungen festgelegt wird.

Gesundheitliche Versorgung von Menschen in aufenthaltsrechtlicher Illegalität bzw. mit irregulärem Aufenthalt (vgl. Basisbericht 2009 - Schwerpunkt 6.1.6, Seiten 555 - 557)

- Veröffentlichungen des Hamburgischen WeltWirtschaftsinstituts (HWWI) und des CLANDESTINO-Forschungsprojekts legen nahe, dass die bisher geschätzten Zahlen zu nicht legaler Migration für Gesamtdeutschland bis zu 50 % zu hoch liegen könnten (in der Berliner Öffentlichkeit ist in diesem Zusammenhang häufig von ca. 100.000 *Menschen mit irregulärem Aufenthalt* die Rede), da sie auf einer Schätzung von vor der EU-Osterweiterung beruhen. Alle verfügbaren Informationen weisen daraufhin, dass die Mehrzahl der Menschen ohne legalen Aufenthalt zwischen 20 und 40 Jahre alt ist.
- Für die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit irregulärem Aufenthalt sind insbesondere §§ 87 und 88 des Aufenthaltsgesetzes (AufenthG) und das Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) relevant. Demnach haben zwar auch Menschen in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität *Anspruch auf Leistungen nach dem AsylbLG*, in der Regel ist dafür jedoch zunächst eine Kostenübernahme durch das Sozialamt erforderlich, bei der der aufenthaltsrechtliche Status aufgedeckt werden muss. Gemäß § 87 Abs. 2 AufenthG sind Sozialämter jedoch öffentliche Stellen, die unverzüglich die zuständige Ausländerbehörde unterrichten müssen, wenn sie Kenntnis vom irregulären Aufenthalt eines Ausländers oder einer Ausländerin haben. Die Folge ist, dass Menschen in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität einen Arztbesuch möglichst lange hinausschieben, bis eine Behandlung unumgänglich wird. Häufig ist die Grunderkrankung dann in einem fortgeschrittenen Stadium, chronifiziert oder - z. B. bei Krebserkrankungen - nicht mehr heilbar.
- Durch die Veröffentlichung der Allgemeinen Ausführungsvorschriften zum Aufenthaltsgesetz vom 26.10.2009 wurde eine *nachhaltige Rechtssicherheit* durch Regelungen zu Schweigepflicht und Übermittlungssperren für Gesundheitseinrichtungen festgesetzt. Demnach fallen auch Krankenhausverwaltungen als berufliche Gehilfen unter die ärztliche Schweigepflicht und damit unter die Übermittlungssperre, dies gilt auch für Träger der Sozialhilfe (sog. verlängerter Geheimnisschutz). In beiden Fällen gilt die Übermittlungssperre allerdings nur als rechtmäßig, wenn eine unabweisbare Notfallbehandlung erforderlich ist.
- Die *gesundheitliche Versorgung* von Menschen in Illegalität wird in Berlin v. a. durch ein Netz von engagierten Ärztinnen und Ärzten, aber auch durch die Malteser Migranten Medizin übernommen und erfolgt oft unentgeltlich. Seit dem Haushaltsjahr 2010 wird die Arztprechstunde finanziell vom Senat unterstützt. Infolge intensiver Gespräche der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz mit Organisationen und Einrichtungen des Gesundheitswesens 2008 und 2009 kam es zu der Anweisung, dass Frauen in einem Zeitraum von drei Monaten vor bis drei Monate nach dem Geburtstermin regelmäßig eine Duldung erhalten. Konzepte zur gesundheitlichen Versorgung von Menschen in aufenthaltsrechtlicher Illegalität sind in der Entwicklung, haben aber den Status von Ansätzen bislang noch nicht verlassen.

Tabellen

Kapitel 6 des Basisberichts enthält Daten zu ärztlichen, psychotherapeutischen und zahnärztlichen Praxen und sonstigen medizinischen Einrichtungen, zu Kapazitäten in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen sowie zum Bestand an Apotheken. Die Angaben sind zu finden in den Tabellen 6.2.1 - 6.2.20 (Seiten 558 - 577) des Basisberichts 2009. Die Tabellen setzen sich zusammen aus 15 Indikatoren der Gesundheitsberichterstattung der Länder und weiteren fünf Tabellen mit darüber hinausgehenden berlinspezifischen Informationen.

Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsförderung und der Gesundheitsversorgung (Kapitel 7 des Basisberichts 2009)

Das Themenfeld enthält Informationen zur Inanspruchnahme vertragsärztlicher und -psychotherapeutischer Versorgung, zur Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung, die u. a. die Geschäftsstellenfunktion für die Landesgesundheitskonferenz Berlin wahrnimmt, zu Gesundheitsforen und zum Gemeindedolmetschdienst. Zum Themenschwerpunkt sind der Beitrag zur Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen, ein Handlungsfeld des Regionalen Knotens Berlin, eine erste Bewertung des Mammographie-Screenings und - mit Blick auf die betroffenen Eltern - der Bericht über präventiven Kinderschutz zu zählen.

Die Tabellen enthalten Daten zu Inanspruchnahme/Leistungen der Prävention, Gesundheitsförderung und Früherkennung von Krankheiten sowie der ambulanten und (teil-)stationären Versorgung. Dem Themenschwerpunkt zugehörige Altersgruppen werden in den Tabellen zu Schwangerschaft und Entbindungen behandelt. Weitere Bezüge zur Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter können nicht hergestellt werden, da es sich bei einer Vielzahl von Tabellen um Belange von Kindern und Jugendlichen handelt bzw. eine Differenzierung nach Alter nicht vorliegt (Vorsorgeuntersuchungen) oder für den Indikator nicht von entscheidender Bedeutung ist (Leistungen und Auslastung ambulanter und stationärer Versorgungskapazitäten).

Schwerpunkte

Landesgesundheitskonferenz Berlin und Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung (vgl. Basisbericht 2009 - Schwerpunkt 7.1.1, Seiten 579 - 585)

- Mit der Fokussierung auf die Formulierung und Empfehlung von Gesundheitszielen durch die Berliner Landesgesundheitskonferenz (LGK) im Jahr 2008 wurde deutlich, dass nur mit der Etablierung einer fachlich kompetenten Geschäftsstelle für die LGK sowie einer Koordinationsstelle für die Umsetzung von Aktivitäten im Rahmen des Gesundheitszieleprozesses Wirksamkeit und Nachhaltigkeit sichergestellt werden können. Beauftragt und finanziert von der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz nimmt die dazu *bei Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. eingerichtete „Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung im Land Berlin“* seit dem 1. Juli 2008 diese Aufgaben wahr. Mit den Aufgabenbereichen Gesundheitsforen, Regiestelle Gemeindedolmetschdienst und Regionaler Knoten Berlin wird nachfolgend eine Auswahl der vielfältigen Aktivitäten der Fachstellenarbeit beschrieben.
- Um aktuelle Themen der Berliner Gesundheitspolitik aufzugreifen bzw. für Diskussionen der LGK ein Forum zu schaffen, wurden 2009 erstmals *Gesundheitsforen* etabliert. Zielgruppe der Gesundheitsforen sind regionale und bezirkliche Akteure des Gesundheitswesens, der Gesundheitspolitik und der Verwaltungen, sie richten sich aber auch themenspezifisch an Personen und Institutionen aus den jeweiligen Handlungsfeldern und Settings. Das Vorhaben der Gesundheitsforen ist die Etablierung eines Raumes, in dem die genannten Akteure bei drei bis vier Abendveranstaltungen im Jahr mit interessierten Bürgerinnen und Bürgern, Patientinnen und Patienten sowie anderen Betroffenen in einen Austausch kommen. Auf diese Weise leisten die Gesundheitsforen einen Beitrag zur Förderung der Partizipation in der Bürgergesellschaft und

die Ergebnisse erhalten Nachhaltigkeit durch Bündelung, Dokumentation und Weitergabe an die LGK durch die Fachstelle.

- Untersuchungen zeigen, dass Migrantinnen und Migranten aufgrund von sprachlichen und kulturellen Barrieren oft keinen gleichberechtigten Zugang zu den angebotenen Gesundheitsinformationen und -dienstleistungen haben. Um diese sprachlichen Barrieren zu überwinden und die Kommunikation zu erleichtern, steht der *Gemeindedolmetschdienst* zur Verfügung. Seit 2003 arbeitet der Gemeindedolmetschdienst im Bereich Medizin, für Bezirksämter und freie Träger, seit 2006 auch auf gemeinnütziger Grundlage für Schulen, Kitas und soziale Beratungsstellen. Es gab im Jahr 2008 1.400 Einsätze in insgesamt 33 Sprachen (Türkisch 407, Russisch 250, Arabisch 171, Polnisch 101, Serbisch/Kroatisch/Bosnisch 95 und Vietnamesisch 74 Einsätze). Institutionelle Förderung erhält die im Rahmen des Dienstleistungsvertrages mit der Fachstelle bei Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. eingerichtete *Regiestelle des Gemeindedolmetschdienstes* seit 01. Juli 2008 durch die Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz, wodurch die Grundlage geschaffen wurde, die Kontinuität dieses wichtigen Serviceangebotes auch weiterhin zu gewährleisten. Die Fachkräfte des Dienstes arbeiten nach international üblichen Standards und inhaltlich-organisatorisch nach festen Regeln und halten ein kulturspezifisches Wissen bereit, das gerade in sensiblen Bereichen wie der Gynäkologie oder der Psychiatrie von besonderer Bedeutung ist. Die Sprach- und Kulturmittlerinnen und -mittler des Gemeindedolmetschdienstes unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht.
- Der *Regionale Knoten Berlin* hat im Juli 2004 seine Arbeit aufgenommen und wird von Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. getragen (in allen 16 Bundesländern bestehen Regionale Knoten). Gemeinsames Ziel ist, das Anliegen der Gesundheitsförderung in Berlin und bundesweit voranzubringen. Finanzielle Unterstützung erfährt der Berliner Regionale Knoten hierbei durch die Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz und die Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassen und Krankenkassenverbände Berlin.
 - Als *zweites Handlungsfeld des Regionalen Knotens* wurde von den Kooperationspartnern die Gesundheitsförderung bei Langzeitarbeitslosen festgelegt. Bislang gibt es in Deutschland trotz großen Bedarfs nur vereinzelt erfolgreiche Ansätze der *Gesundheitsförderung bei Erwerbslosen*. Gesundheit Berlin-Brandenburg betreut die bundesweite Datenbank „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ mit gesundheitsfördernden Projekten und Angeboten, die einen ersten Hinweis auf das Potenzial eines lebensweltorientierten Ansatzes gibt. Um zu neuer Dynamik und Optimierung der Umsetzung zu kommen, wurden vom Bundesarbeitsministerium Programme für ältere Arbeitslose und für Alleinerziehende initiiert. Ergänzt durch weitere Modellprojekte auf Landesebene werden hier wichtige Erkenntnisse für die Umsetzung von Gesundheitsförderung bei Langzeitarbeitslosen gewonnen. Um diesen Prozess zu unterstützen, hat der Regionale Knoten Berlin des Kooperationsverbundes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ in den letzten zwei Jahren zahlreiche Fachgespräche und –veranstaltungen initiiert, und dafür JobCenter, Senatsverwaltungen, Bezirksstadträte, Bildungs- bzw. Maßnahmeträger, Krankenkassen und weitere Akteure als Gesprächspartner gewonnen.
 - In Berlin werden mit dem Ziel der *Reintegration von älteren Langzeitarbeitslosen und Alleinerziehenden in die Erwerbstätigkeit*, insbesondere mit Blick auf die Verzahnung von Maßnahmen der Arbeitsförderung mit gesundheitsbezogenen Unterstützungs- und Hilfesystemen, verschiedene Programme und Maßnahmen durchgeführt. Dazu gehören z. B. „Perspektive 50Plus“ des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales, „GANZIL - Ganzheitliche Integration von Langzeitarbeitslosen“ durch die Deutsche Angestellten-Akademie (DAA), „Aktive Bewältigung von Arbeitslosigkeit - AktivaA“ der AOK Berlin und des Beschäftigungspakts „Berliner Betriebe nutzen die Kompetenzen Älterer - Berliner Bär“, Beschäftigungsmaßnahmen im Tätigkeitsfeld Gesundheitsförderung durch die von der Ärztekammer gegründete Gesellschaft „MUT“.

Maßnahmen zur Stärkung des Kinderschutzes in Berlin: Präventiver Kinderschutz durch ein soziales Frühwarnsystem (vgl. Basisbericht 2009 - Schwerpunkt 7.1.2, Seiten 585 - 590)

- Der öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) hat nach Maßgabe des § 1 Abs. 3 Nr. 2 Gesundheitsdienstgesetz (GDG) insbesondere den *gesundheitlichen Kinderschutz sicherzustellen*. Schätzungsweise 5 % aller Kinder wachsen in Familien auf, die als „Hochrisikofamilien“ zu bezeichnen sind. Da die Risikofaktoren wie geringes Einkommen, schlechte Wohnverhältnisse, unerwünschte Schwangerschaft und andere Beeinträchtigungen selten isoliert, vielmehr in der Regel kumuliert auftreten, bedarf es der frühzeitigen Identifikation der Risikofaktoren und der Einleitung von Hilfen, um die Wahrscheinlichkeit der kindlichen Gefährdung und die hieraus folgenden Entwicklungsschäden zu senken. In diesem Kontext steht die Leitlinie „*Prävention durch Frühwarnsystem und Frühförderung*“ der Konzeption „Netzwerk Kinderschutz“.
- Ein Instrument im Kontext des sozialen Frühwarnsystems ist das „*Einlegeblatt für den Mutterpass*“ (Erstberatungsbogen) mit deutlichen Angaben über die soziale und familiäre Situation der Schwangeren oder jungen Mutter, welches in enger Kooperation mit den im medizinischen Bereich tätigen Expertinnen und Experten entwickelt wurde. Aus den nunmehr qualifizierten Angaben des Mutterpasses und aus den Beratungsgesprächen kann ein möglicher Unterstützungsbedarf für die Schwangere oder junge Mutter abgeleitet und gezielt vermittelt werden. Im Rahmen eines bundesweit einmaligen Modellprojekts wird das neue Einlegeblatt zusammen mit einem Erläuterungsschreiben seit dem 01.10.2009 durch die KV Berlin dem Mutterpass beigelegt.
- Der *sozialtherapeutische Fragebogen „JA BITTE - Mutter werden - Mutter sein“* ist ein niedrigschwelliges und lösungsorientiertes Beratungsangebot für Schwangere und junge Mütter, rechtzeitig öffentliche Hilfen in Anspruch nehmen zu können, und dient der Ermittlung persönlichen, finanziellen und gesundheitlichen Hilfebedarfs. Der Fragebogen wurde zusammen mit einem Informationsschreiben im Juni 2008 an alle im medizinischen Bereich aktiv Beteiligten versendet und wird von den entsprechenden Institutionen und Beratungsstellen verfügbar gehalten.
- Die *Gesetze bzw. Gesetzesentwürfe zum Kinderschutz* sind im Wesentlichen darauf ausgerichtet, grundsätzlich die *Teilnahme aller Kinder an den Früherkennungsuntersuchungen* nach § 26 SGB V sicherzustellen und Anknüpfungspunkte für eventuell notwendige Hilfsleistungen des ÖGD oder der Kinder- und Jugendhilfe aufzuzeigen. Ziel dieser Untersuchungen ist es, bei der Entdeckung von Gesundheits- oder Entwicklungsstörungen unverzüglich eine Therapie- bzw. Fördermaßnahme einzuleiten, um ein betroffenes Kind vor langfristigen Gesundheitsfolgen zu bewahren. Damit ist die Teilnahme an den Kinderfrüherkennungsuntersuchungen eine wichtige Gesundheitsfürsorge für jedes einzelne Kind und trägt zu einem wirksamen Kinderschutz bei.
- Die Ergebnisse aus vereinzelt regional begrenzten Studien zeigen, dass die Beteiligungen an den einzelnen Untersuchungen mit zunehmendem Alter der Kinder und bei Kindern aus Familien mit erhöhtem Risikopotenzial sinken. Zur Steigerung der Inanspruchnahmeraten der Früherkennungsuntersuchungen verabschiedete das Abgeordnetenhaus Berlin am 17. Dezember 2009 das „*Berliner Gesetz zum Schutz und Wohl des Kindes*“ (Inkrafttreten 31.12.2009), in dem ein *verbindliches Einladungswesen und Rückmeldeverfahren zur Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen* als sinnvolles Element des „Netzwerk Kinderschutz“ verankert sind. Der entscheidende Vorteil des Einladungswesens und Rückmeldeverfahrens besteht darin, dass alle Kinder unabhängig vom Versichertenstatus und Besuch einer Kita über einen Zeitraum von 5 ½ Jahren erreicht und beobachtet werden können. Eine wichtige Ergänzung ist die sogenannte aufsuchende Fürsorge, bei der säumige Eltern durch den ÖGD aufgesucht werden, um ihnen die Bedeutung der Früherkennungsuntersuchungen persönlich zu erläutern.
- Um den Kinderschutz in Berlin umfassend zu verbessern und effizienter zu gestalten, hat das Abgeordnetenhaus darüber hinausgehend - erstmals in der Bundesrepublik Deutschland - beschlossen, die Durchführung des *Neugeborenenstoffwechsel- und Hörscreenings* unter Verwendung einer eindeutigen *Screening-Identitätsnummer für jedes Kind* auf eine gesetzliche Grundlage zu stellen (§ 3 Berliner Kinderschutzgesetz).

Inanspruchnahme ambulanter vertragsärztlicher und vertragspsychotherapeutischer Versorgung und Mammographie-Screening in Berlin (KV Berlin) (vgl. Basisbericht 2009 - Schwerpunkt 7.1.3, Seiten 591 - 592)

- Nach der Einführung der Praxisgebühr zum 01.01.2004 hat die Zahl der *hausärztlichen Behandlungsfälle* auch im Jahr 2008 mit abgerechneten 7.006.975 Fällen noch nicht wieder das Niveau von 2003 (8.049.972 Fälle) erreicht. Ähnlich sieht es im *fachärztlichen Bereich* aus (2003: 16.245.471 / 2008: 15.776.673 Behandlungsfälle). Ungebrochen setzt sich hingegen die zunehmende Inanspruchnahme *psychotherapeutischer Versorgung* fort, für die im Jahr 2008 259.612 Behandlungsfälle abgerechnet wurden (2003: 208.628 Fälle).
- Im Rahmen einer schrittweisen Einführung des *Mammographie-Screenings* als Vorsorgeleistung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Berlin begann im November 2005 zunächst das überregionale Referenzzentrum zu arbeiten. Dieses Berliner Referenzzentrum betreut und berät fachlich die vier Berliner Screening-Zentren (eröffnet zwischen Juni 2006 und April 2007) sowie 15 im Land Brandenburg, führt die Fortbildung der dort tätigen Ärztinnen/Ärzte durch und übernimmt die Qualitätssicherung und Evaluation des Programms. Bis Sommer 2008 wurden alle 437.000 Berlinerinnen im Alter zwischen 50 und 69 Jahren eingeladen, wobei die Teilnahme bei rd. 50 % lag. Bilanziert werden konnte im Sommer 2009 auch, dass 80 % der Brustkrebs-erkrankungen in einem nicht tastbaren und beschwerdefreien Frühstadium entdeckt wurden (jährlich erkranken rd. 2.300 Frauen in Berlin an Brustkrebs). Die Brustkrebsentdeckungsrate als wichtiger Qualitätsparameter liegt in Berlin bei 9,5 je 1.000 untersuchte Frauen (Anforderung der EU-Richtlinie: 7,5 je 1.000). Ziel ist es in Berlin, eine Teilnahmequote bis zu 70 % zu erreichen und dadurch die Sterblichkeit an Brustkrebs auf 25 bis 35 Prozent zu senken.

Tabellen

Kapitel 7 des Basisberichts enthält Daten zu Schwangerenbetreuung, Geburten und Schwangerschaftsabbrüchen, im Bereich Kinder und Jugendliche Daten zu Krankheitsfrüherkennung, Kariesprävalenz, Kariesprophylaxe, Impfquoten und Inanspruchnahme von Angeboten des öffentlichen Gesundheitsdienstes, außerdem Daten zur Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen und am Gesundheits-Check-up und schließlich Daten zur Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher, psychotherapeutischer, sozialpsychiatrischer und zahnärztlicher Leistungen, des Rettungs- und Ärztlichen Bereitschaftsdienstes sowie stationärer und teilstationärer Leistungen von Krankenhäusern. Die Angaben sind zu finden in den Tabellen 7.2.1 - 7.2.47 (Seiten 593 - 638) des Basisberichts 2009. Die Tabellen setzen sich zusammen aus 27 Indikatoren der Gesundheitsberichterstattung der Länder und weiteren 20 Tabellen mit darüber hinausgehenden berlingspezifischen Informationen.

Beschäftigte und Ausbildung im Gesundheitswesen (Kapitel 8 und 9 des Basisberichts 2009)

Die Themenfelder enthalten Informationen zu Beschäftigtenzahlen im Berliner Gesundheitswesen, insbesondere zur Struktur der im Berufsfeld Gesundheitsdienstberufe sozialversicherungspflichtig Beschäftigten und zur Arbeitslosigkeit in den betrachteten Berufsgruppen. Außerdem wird über die Ausbildungssituation bei Nachwuchskräften in den Gesundheitsfach- und akademischen Heilberufen berichtet. In den Tabellen zu Kapitel 8 und 9 sind Daten zu Beschäftigten im Gesundheitswesen in verschiedenen Berufsgruppen und Tätigkeitsbereichen zu finden. Alle Angaben betreffen die Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter und entsprechen damit dem Themenschwerpunkt des Basisberichts 2009.

Schwerpunkte

Gesundheitspersonal in Berlin sowie sozialversicherungspflichtig Beschäftigte im Berliner Gesundheits- und Sozialwesen (vgl. Basisbericht 2009 - Schwerpunkte 8.1.1 und 8.1.2, Seiten 639 - 647)

- Das Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen verzeichnete 2009 im Vergleich zum Vorjahr eine bemerkenswert hohe Zuwachsrate mit 3 % (+6.000 auf 202.200 Erwerbstätige). Während sich seit 2007 erstmalig die Zahl der im Gesundheits- und Sozialwesen selbstständig Tätigen von 25.100 auf 23.600 im Jahr 2009 reduzierte, erhöhte sich im selben Zeitraum die Zahl der Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen, also der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten, außergewöhnlich (von 2007 zu 2008: +4 % bzw. 6.600 Personen; von 2008 zu 2009: +4 % bzw. 7.200 Personen).
- Im Jahr 2009 gehörten 91.284 Sozialversicherungsbeschäftigte zur Kategorie Gesundheitsdienstberufe (Berufsgruppen „84 - Ärzte und Ärztinnen, Apotheker und Apothekerinnen“ und „85 - Übrige Gesundheitsberufe“); im Vergleich zu 1999 bedeutete das eine Zunahme um 16 %. Die Altersstruktur zeigt im Zeitverlauf 1999 bis 2009 ein kontinuierliches Anwachsen der älteren Beschäftigten über 50 Jahre von knapp 14.800 (19 %) auf 21.600 (24 %) und ein gleichzeitiges Absinken des Anteils der Beschäftigten im Alter von 25 bis unter 35 Jahren von 30 % (23.900 Personen) auf 26 % (23.700). Die Arbeitslosenzahl sank parallel dazu um 40 % auf 4.900 Arbeitslose im Jahr 2009 (1999: 8.000 Arbeitslose).
Von den Angehörigen der Gesundheitsdienstberufe übten 2009 etwa 12 % einen medizinischen oder pharmazeutischen Hochschulberuf aus, während die Mehrheit (88 %) zur zweiten Berufsgruppe des Berufsfeldes Gesundheitsdienstberufe, den „Übrigen Gesundheitsdienstberufen“, zählte.
- Die Zahl der angestellten Ärzte und Ärztinnen, Zahnärzte und Zahnärztinnen, Tierärzte und Tierärztinnen, Apotheker und Apothekerinnen (*Berufsgruppe 84*) erhöhte sich zwischen 1999 und 2009 um 27 % von etwa 9.000 auf 11.400. Abweichend von den übrigen Gesundheitsberufen liegt der Frauenanteil bei 55 % (1999: 51 %). Bedingt durch die lange universitäre Ausbildung ist die *Altersgruppe* der unter 25-Jährigen nicht besetzt. Fast die Hälfte der Angestellten, nämlich 45 % oder 4.000 im Jahr 1999 bzw. 5.100 im Jahr 2009, waren zwischen 35 und 49 Jahre alt. Die Arbeitslosigkeit sank 2009 auf nur noch 500 Medizinerinnen und Mediziner bzw. Apothekerinnen und Apotheker (1999: 1300, entspricht -60 %).
- Die überwiegende Mehrheit, fast 90 %, der im Berufsfeld „Gesundheitsdienstberufe“ erfassten Personen gehörte der *Berufsgruppe 85* „Übrige Gesundheitsberufe“ an.
Masseure und Masseurinnen, Krankengymnasten /-innen und Beschäftigte verwandter Berufe (Berufsordnung (BO) 852) stellten davon mit 8.500 Personen einen Anteil von 9 % (1999: 7 % bzw. 5.800 Personen). Der Anteil männlicher Beschäftigter in der BO 852 wuchs im Zeitraum von 1999 bis 2009 auf nahezu 19 % (1999: 17 %). Auffallend ist die Verjüngung des Personals dieser Berufsordnung. Im Jahr 2009 hatte sich der Anteil der unter 25-Jährigen mit 9 % bzw. 760 Personen beinahe verdoppelt (1999: 5 % bzw. 270 Personen).
Krankenschwestern, Krankenpfleger und Hebammen (Berufsordnung 853) stellten 2009 mit ca. 32.000 Personen zahlenmäßig die stärkste Gruppe dar (im Vergleich zu 1999 ein Zuwachs von 2 %). Vor zehn Jahren waren nur 22 % (7.000 Frauen und Männer) teilzeitbeschäftigt, 2009 arbeiteten bereits 33 % (10.700 Personen) verkürzt. Von Arbeitslosigkeit waren 2009 insgesamt 600 Krankenschwestern und Krankenpfleger betroffen (1999: 1.300).
Die Beschäftigtengruppe der Helfer und Helferinnen in der Krankenpflege (Berufsordnung 854) ist seit 1999 von 8.900 Personen auf das Anderthalbfache (12.900 Personen) im Jahr 2009 angewachsen. Außerordentlich ist der Anstieg der *Teilzeitbeschäftigten*. 1999 arbeiteten 27 % bzw. 2.400 Beschäftigte der Krankenpflegehilfe verkürzt mindestens 18 Wochenstunden, 2009 waren es bereits 42 % (5.400 Personen). Besonders hoch, verglichen mit den anderen Berufsordnungen, ist auch der *Ausländeranteil*: fast jeder Zehnte dieses Berufsbildes besitzt eine ausländische Staatsangehörigkeit.

In Berlin hatte sich die Zahl der Sprechstundenhelfer und Sprechstundenhelferinnen (Berufsgruppe 856) 2009 mit 19.000 Beschäftigten gegenüber 17.000 im Jahr 1999 um 16 % erhöht. In dieser Berufsordnung sind zu 98 % Frauen tätig. Auffallend ist hier der vergleichsweise geringe Anteil von Teilzeitbeschäftigten (seit 1999 konstant bei 24 %). Die als Sprechstundenhilfe Beschäftigten belegten gleichbleibend über die letzten zehn Jahre mit zusammen 70 % die beiden Altersklassen 25 bis 34 Jahre und 35 bis 49 Jahre, die restlichen 30 % teilten sich gleichmäßig auf die jüngste und die älteste Altersgruppe auf.

Ausbildung im Gesundheitswesen (vgl. Basisbericht 2009 - Schwerpunkt 9.1.1, Seiten 671 - 673)

- Die Absolventenzahlen der meisten Ausbildungen und Studiengänge, die in die Gesundheitsberufe einmünden, sind in Berlin in den vergangenen zehn Jahren vergleichsweise konstant geblieben. Ein massiver Rückgang fällt jedoch bei den auszubildenden Zahnmedizinischen Fachangestellten auf (seit 1993 um mehr als ein Drittel). Vermehrt treten in den letzten Jahren Schwierigkeiten auch bei der Stellenbesetzung mit Pflegefachkräften (im ambulanten Bereich) und weitergebildetem Krankenpflegepersonal, insbesondere Fachpflegepersonal für Intensiv- und Funktionsbereiche, auf. Da aufgrund von Bettenreduzierungen in den Berliner Krankenhäusern die Neueinstellung von Fachpersonal abgenommen hat, ist das Durchschnittsalter der Belegschaften gestiegen. In absehbarer Zeit wird hierdurch ein höherer Ersatzbedarf entstehen.
- Die Ausbildungsfinanzierung in den Gesundheitsberufen in Krankenhäusern erfolgt durch einen Ausbildungsfonds, dessen Gesamtvolumen im Jahr 2009 ca. 45 Mio. EUR betrug. Dem Fonds werden die Zuschläge zu den Fallpauschalen zugeführt, die alle Krankenhäuser in gleicher Höhe zu diesem Zweck erheben müssen. Der landeseinheitliche Ausbildungszuschlag pro Fall betrug 2009 58,85 EUR. Die Mehrkosten, die dem auszubildenden Krankenhaus durch die Betreibung von Ausbildungsstätten entstehen, werden dem Krankenhaus aus dem Fonds ersetzt.
- Die Zahlen über das Ausbildungsgeschehen 2008 zeigen, dass Gesundheitsversorgung und Pflege auch in Zukunft grundsätzlich weiblich bleiben (Ausnahme: Rettungsassistent). Bei der größten Berufsgruppe, den Gesundheits- und Krankenpflegerinnen/Krankenpflegern, beträgt der Frauenanteil in der Ausbildung ca. 78 %.
Im ärztlichen und zahnärztlichen Beruf stellen die weiblichen Berufsangehörigen bisher nicht die Mehrheit; in den letzten Jahren war jedoch eine stetige Steigerung zu verzeichnen. Dieser Trend dürfte sich fortsetzen, da in allen akademischen Heilberufen mehr Frauen als Männer approbiert werden. Im Zehn-Jahresvergleich ist der Anteil der Approbationen von Ärztinnen, Zahnärztinnen, psychologischen Psychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen deutlich angestiegen (auf über 50 %) und auch der Frauenanteil in den Spitzenpositionen des Gesundheitswesens wächst. Resultierend aus Problemen bei der Vereinbarkeit von Familie und Beruf ist der Anteil der Teilzeitbeschäftigung (29 %) im Gesundheitswesen erheblich höher als in der Gesamtwirtschaft (16 %).
- Prognosen zur Beschäftigungsentwicklung sind recht unterschiedlich. Studien gehen in der Regel davon aus, dass das Wachstum vor allem im Bereich der Langzeitpflege stattfinden wird. Vom Senat und unter Kooperation mit dem Bundesland Brandenburg wird insbesondere die Vernetzung von Gesundheitsversorgung, Gesundheitswirtschaft und Gesundheitswissenschaft gefördert.

Tabellen

Kapitel 8 des Basisberichts enthält Daten zu Berufsgruppen des Gesundheitswesens, u. a. zu ärztlich, zahnärztlich, psychotherapeutisch und in der Pflege Tätigen, in stationären Einrichtungen, im ambulanten Bereich, im öffentlichen Gesundheitsdienst und in Apotheken. In Kapitel 9 sind Daten zu Aus- und Weiterbildung in Gesundheitsfachberufen, erteilten Approbationen und Berufserlaubnissen ausgewiesen. Die Angaben sind zu finden in den Tabellen 8.2.1 - 8.2.22 (Seiten 648 - 669) und 9.2.1 - 9.2.8 (Seiten 674 - 681) des Basisberichts 2009. Die Tabellen setzen sich zusammen aus 18 (Kapitel 8) bzw. 4 (Kapitel 9) Indikatoren der Gesundheitsberichterstattung der Länder und jeweils 4 weiteren Tabellen mit darüber hinausgehenden berlinspezifischen Informationen.

Ausgaben und Finanzierung (Kapitel 10 des Basisberichts 2009)

Das Themenfeld enthält Informationen zu Gesundheits- und Pflegeausgaben öffentlicher Sozialleistungsträger, zur Krankenhausfinanzierung sowie zu Einnahmen und (Leistungs-)Ausgaben in der gesetzlichen Sozialversicherung. Die Angaben zu Versicherten der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung betreffen u. a. die im Themenschwerpunkt ausgewählte Bevölkerungsgruppe im erwerbsfähigen Alter.

Schwerpunkte

Gesundheitsleistungen nach Sozialgesetzbuch XII, Asylbewerberleistungsgesetz, Bundesversorgungsgesetz-Kriegsopferfürsorge und Landespflegegeldgesetz (vgl. Basisbericht 2009 - Schwerpunkte 10.1.1 und 10.1.2, Seiten 683 - 687)

- Die innerhalb der Sozialhilfe (Sozialgesetzbuch XII) im Jahr 2008 für *Gesundheits- und Pflegeleistungen aufgewendeten Mittel* von 950,1 Mio. EUR (2007: 930,7 Mio. EUR) machten 71 % (2007: 72 %) des Gesamtvolumens der Sozialhilfeausgaben aus. Dabei nahmen die Eingliederungshilfe für Behinderte und die Hilfe zur Pflege mit insgesamt 92 % (874,5 Mio. EUR) den weitaus größten Teil der Gesundheits- und Pflegeausgaben in Anspruch, während der für *Gesundheitsleistungen* ausgegebene Anteil bei 8 % (75,6 Mio. EUR) lag. Gesundheitsleistungen werden im Rahmen der Hilfen zur Gesundheit erbracht, die nur gewährt werden, soweit nicht Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung oder anderer Sozialleistungsträger in Anspruch genommen werden können. Für die Hilfen zur Gesundheit wurden 2008 vom Berliner Sozialhilfeträger 4,1 Mio. EUR ausgegeben. Weitaus häufiger kam bei der Kostenübernahme für Gesundheitsleistungen das Verfahren nach § 264 SGB V zum Tragen, bei dem die Leistungsgewährung von den Krankenkassen gegen Kostenerstattung durch den Sozialhilfeträger übernommen wird. Die Ausgaben für Erstattungen an Krankenkassen für die Übernahme der Krankenbehandlung gem. § 264 SGB V lagen im Jahr 2008 bei 71,5 Mio. EUR.
- Für die *im Rahmen des Asylbewerberleistungsgesetzes erbrachten ausgewählten Gesundheitsleistungen* wurden im Jahr 2008 rund 16,7 Mio. EUR (2007: 13,7 Mio. EUR) ausgegeben.
- Die auf der Grundlage von *Bundesversorgungsgesetz-Kriegsopferfürsorge* - gegenüber der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung nachrangig - erbrachten Gesundheits- und Pflegeleistungen verursachten 2008 Kosten in Höhe von 6,4 Tsd. EUR (2006: 10,2 Tsd. EUR) für Krankenhilfe und 9,8 Mio. EUR (2006: 12,2 Mio. EUR) für Hilfe zur Pflege. Angesichts des hohen Lebensalters der Kriegsopferfürsorgeberechtigten ist in den kommenden Jahren weiterhin mit einem starken Rückgang der Fallzahlen und entsprechend der Ausgaben zu rechnen.
- Nach dem *Landespflegegeldgesetz* werden pauschale Geldleistungen an blinde, hochgradig sehbehinderte und gehörlose Menschen zum Ausgleich ihrer behinderungsbedingten Mehraufwendungen gewährt. Im Jahr 2008 hat das Land hierfür 24,7 Mio. EUR (2007: 25,1 Mio. EUR) für fast 8.800 Betroffene zur Verfügung gestellt.

Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (vgl. Basisbericht 2009 - Schwerpunkt 10.1.3, Seiten 687 - 688)

- Das am 01.07.2008 in Kraft getretene Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfWG) hat eine Reihe von Verbesserungen für pflegebedürftige Menschen und deren Angehörige gebracht: Zunächst sind hier die *Anhebung der Leistungsbeträge*, insbesondere bei häuslicher Pflege und bei zusätzlichen Betreuungsleistungen für demenziell erkrankte Pflegebedürftige, zu nennen.
- Das PfWG hat aber auch die Grundlagen zur *Schaffung verbesserter Versorgungsstrukturen* im Bereich der Beratungs- und Pflegeangebote gelegt. So haben die Pflege- und Krankenkassen die Verpflichtung, in den Ländern Pflegestützpunkte einzurichten, wenn die zuständige oberste Landesbehörde dies bestimmt. Berlin hat von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht und gegenüber den Pflege- und Krankenkassen die Einrichtung von insgesamt 36 Pflegestützpunkten bis Ende 2011 bestimmt (mehr dazu in Schwerpunkt 6.1.5).

- Mit dem PfwG ist als Artikel 3 auch das *Pflegezeitgesetz* (PflegeZG) in Kraft getreten, das den Anspruch pflegender Angehöriger auf Freistellung von der Arbeit zum Inhalt hat. Schließlich sind mit dem PfwG neue Regelungen zur *Sicherung der Pflegequalität* und zur Stärkung der Verbraucherposition in Kraft getreten.

Krankenhausfinanzierung (vgl. Basisbericht 2009 - Schwerpunkt 10.1.4, Seiten 688 - 689)

- Die Krankenhäuser werden *dual finanziert*, d. h. die Betriebskosten von den Krankenkassen und die Investitionskosten aus den Länderhaushalten. Das Gesetz zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz - KHRG) vom 17.03.2009 verbessert die finanzielle Lage der Krankenhäuser **nachhaltig**: Für die Betriebskosten sollen Landesbasisfallwerte in einem Zeitraum von 5 Jahren, beginnend 2010, auf einen einheitlichen Basisfallwertkorridor schrittweise angenähert werden. Für die Investitionskosten ist ab 2012 die Finanzierung auf der Grundlage von *leistungsorientierten Investitionspauschalen* möglich.
- In den im Rahmen des dualen Systems im Jahr 2008 *über den Berliner Landeshaushalt gewährten Zuschüssen nach Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) und Landeskrankenhausgesetz (LKG)* von 59,8 Mio. EUR sind auch 14,4 Mio. EUR enthalten, die das Land Berlin zusätzlich zu den ursprünglich im Landeshaushalt veranschlagten Mitteln für Krankenhausinvestitionen bereitgestellt hat (die zusätzlichen Mittel betragen 2008 und 2009 insgesamt 40 Mio. EUR). Aus dem Konjunkturprogramm II (Zukunftsinvestitionsgesetz - ZulInvG) nach dem Gesetz zur Sicherung von Beschäftigung und Stabilität in Deutschland vom 02. März 2009 stehen den Berliner Plankrankenhäusern für 2009 und 2010 weitere 54 Mio. EUR zur Verfügung.

Tabellen

Kapitel 10 des Basisberichts enthält Daten zu Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), Gesundheits- und Pflegeausgaben des Berliner Landeshaushalts im Rahmen öffentlicher Sozialleistungen, nach KHG/LKG gewährte Fördermittel für Krankenhäuser, Krankenversicherungsschutz der Berliner Bevölkerung, Versichertenstruktur in der GKV und der aktiv Versicherten in der Deutschen Rentenversicherung und zu weiteren Indikatoren der Sozialversicherung. Die Angaben sind zu finden in den Tabellen 10.2.1 - 10.2.23 (Seiten 690 - 713) des Basisberichts 2009. Die Tabellen setzen sich zusammen aus 8 Indikatoren der Gesundheitsberichterstattung der Länder und 15 weiteren Tabellen mit darüber hinausgehenden, größtenteils berlingspezifischen Informationen.

Kosten (Kapitel 11 des Basisberichts 2009)

Kapitel 11 des Basisberichts enthält Daten zur Kostenstruktur von Krankenhäusern und zu der seit 2002 zweijährlich auf Bundesebene durchgeführte Krankheitskostenrechnung. Während die Krankenhausstatistik-Verordnung bei der Erhebung der Krankenhauskosten keinen Personenbezug vorsieht, werden die Krankheitskosten dem Themenschwerpunkt des Berichts entsprechend mit Blick auf die Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter betrachtet.

Schwerpunkte

Krankheitskosten in der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter in Deutschland (vgl. Basisbericht 2009 - Schwerpunkt 11.1.1, Seiten 715 - 723)

- Für im Zusammenhang mit Gesundheit stehende Prävention, Behandlung, Rehabilitation und Pflege entstanden 2006 der Bevölkerung in Deutschland Kosten von etwa 236 Milliarden Euro - durchschnittlich 2.870 Euro pro Kopf, so das letzte Ergebnis der seit 2002 vom Statistischen Bundesamt - ausschließlich auf Bundesebene - zweijährlich durchgeführten Krankheitskostenrechnung. Neben den direkten, monetär bewerteten Krankheitskosten gehen aus volkswirtschaftlicher Sicht durch krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit, Invalidität oder vorzeitigem

Tod zusätzliche Ressourcenverluste einher. Die Krankheitskostenrechnung stellt sie in Form von verlorenen Erwerbstätigkeitsjahren der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter dar.

Für die Bevölkerung im *erwerbsfähigen Alter* insgesamt (15 - 64 Jahre) wurden 110,4 Mrd. EUR ausgegeben, knapp die Hälfte der Gesamtkosten von 236 Mrd. EUR bei einem Bevölkerungsanteil von zwei Dritteln. *Pro Person* ergab die Rechnung für die 15- bis 64-Jährigen einen Betrag von *durchschnittlich 2.017 EUR* und damit eine nur unwesentliche Veränderung gegenüber 2002 (+29 EUR bzw. 2 %).

- Die Krankheitskosten waren in der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter ebenso wie in der Bevölkerung insgesamt zu über 50 % von vier *Krankheitsgruppen*, jedoch in unterschiedlicher Reihenfolge, bestimmt. Die meisten Kosten entstanden in der 15- bis 64-jährigen Bevölkerung aufgrund von Krankheiten des Verdauungssystems (22,0 Mrd. EUR), gefolgt von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (13,2 Mrd. EUR), psychischen und Verhaltensstörungen (12,3 Mrd. EUR) und erst an vierter Stelle von Krankheiten des Kreislaufsystems (10,5 Mrd. EUR), die in der Gesamtbevölkerung den größten Kostenfaktor darstellten. Die erste Stelle der Krankheiten des Verdauungssystems in der Rangfolge der Kostenverursacher bei Personen im erwerbsfähigen Alter war durchgängig auch bei Männern, und Frauen sowie allen zwischen 15 und 65 Jahren ausgewiesenen Altersgruppen zu beobachten; zu den Krankheiten des Verdauungssystems zählen entsprechend der ICD-10 (Internationale Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme) auch Kosten für zahnärztliche Leistungen und Zahnersatz.

Die *Krankheitskosten für Männer im erwerbsfähigen Alter* beanspruchten 2006 in Deutschland ein Volumen von 49,7 Mrd. EUR, 1.794 EUR pro Person. Für 15- bis 29-jährige Männer entstanden im Jahr 2006 Kosten in Höhe von 6,9 Mrd. EUR, das waren mit 928 EUR die mit Abstand niedrigsten Kosten je Einwohner aller in der Krankheitskostenrechnung geschlechtsspezifisch ausgewiesenen Altersgruppen. Zu den Krankheiten mit den höchsten Kostenanteilen gehörten hier wie auch bei den 30- bis 44-jährigen Männern Verletzungen und Vergiftungen (12 % bzw. 7 %). Die höchsten Kosten wurden in der männlichen Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter mit 30,2 Mrd. EUR bei 45- bis 64-Jährigen festgestellt. Die Pro-Kopf-Kosten von 2.803 EUR überstiegen die der 15- bis 29-jährigen Männer um das Dreifache. Krankheiten des Kreislaufsystems waren in dieser Altersgruppe zweitgrößter Kostenfaktor (17 %).

Bei den *Frauen im erwerbsfähigen Alter* entstanden zum Erhalt und zur Wiederherstellung der Gesundheit Kosten in Höhe von 60,7 Mrd. EUR, durchschnittlich 2.247 EUR pro Kopf. Bei den 15- bis 29-jährigen Frauen, deren Gesamtkrankheitskosten sich auf 10,4 Mrd. EUR (durchschnittlich 1.464 EUR pro Person) beliefen, waren die Kosten in einem beachtlichen Umfang durch Leistungen bei Schwangerschaft und Geburt (15 %) bestimmt, was in nicht ganz so großem Maße auch bei den 30- bis 44-jährigen Frauen der Fall war (9 %). Bei den 45- bis 64-Jährigen wurden insgesamt 32,9 Mrd. EUR und durchschnittlich 3.049 EUR aufgewendet. Krankheiten des Kreislaufsystems gewannen hier mit einem Kostenanteil von 11 % erheblich an Bedeutung.

- Die für 2006 errechneten Krankheitskosten von insgesamt 236 Mrd. EUR entstanden - bezogen auf *Einrichtungen* - zur Hälfte durch Inanspruchnahme und Leistungen ambulanter Einrichtungen (118,6 Mrd. EUR / 50 %), weitere 38 % (90,1 Mrd. EUR) fielen im (teil-)stationären Bereich an. Die in der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter angefallenen Kosten von 110,4 Mrd. EUR verteilten sich in noch größerem Maße, nämlich zu 55 % (60,7 Mrd. EUR), auf die ambulante Versorgung und in geringerem Umfang als in der Gesamtbevölkerung auf (teil-)stationäre Einrichtungen, die mit 36,3 Mrd. EUR zu einem Drittel (33 %) - im Wesentlichen durch Inanspruchnahme und Leistungen von Krankenhäusern (27 %) - an den Kosten beteiligt waren.

Die ambulanten Krankheitskosten in der Altersgruppe der 15- bis 64-Jährigen (60,7 Mrd. EUR) wurden hauptsächlich durch Inanspruchnahme und Leistungen von Arztpraxen verursacht, die 17 % der Gesamtkosten 15- bis 64-Jähriger ausmachten; an zweiter Stelle standen Apotheken (15 %), gefolgt von Zahnarztpraxen (11 %), Handwerk/Einzelhandel (7 %) und Praxen sonstiger medizinischer Berufe (3 %). Die Pro-Kopf-Kosten lagen bei den 15- bis 64-Jährigen bei durchschnittlich 1.109 EUR in ambulanten und 663 EUR in (teil-)stationären Einrichtungen.

Im Geschlechtervergleich fallen in der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter die gegenüber Männern höheren Pro-Kopf-Kosten bei Frauen besonders für Arztpraxen (255 / 426 EUR), Praxen sonstiger medizinischer Berufe (50 / 76 EUR), Apotheken (265 / 340 EUR) und Krankenhäuser (489 / 616 EUR) auf.

Während gegenüber 2002 bei den Gesamtkosten mit wenigen Ausnahmen Kostensteigerungen zu beobachten waren, kam es bei den in der Altersklasse erwerbsfähiger Personen entstandenen Kosten zu Rückgängen, insbesondere im (teil-)stationären Bereich (Abnahme der Kosten um 2 % bzw. -936 Mio. EUR). Während die höheren Kosten in Arztpraxen, Apotheken und Zahnarztpraxen zu einer Kostensteigerung von 1 % im ambulanten Bereich führten, kam es im Ergebnis 2006 gegenüber der ersten Erhebung 2002 zu einem um 343 Mio. EUR niedrigeren Ressourcenverbrauch (-0,3 %).

- 2006 gingen in der erwerbstätigen Bevölkerung 3,973 Mio. Erwerbstätigkeitsjahre durch Arbeitsunfähigkeit, Invalidität und vorzeitigen Tod verloren; damit lagen die Ressourcenverluste deutlich unter den für die vorangegangenen Erhebungsjahre 2004 (-6 %) und 2002 (-12 %) errechneten. Invalidität stellte nach wie vor die häufigste Ursache für verlorene Erwerbsjahre dar.

Aufgeschlüsselt nach ICD-10-Hauptdiagnosegruppen standen Verletzungen und Vergiftungen als Ursache für 870 Tsd. verlorene Erwerbstätigkeitsjahre an der Spitze der Rangliste, sie machten damit über ein Fünftel (22 %) des insgesamt für 2006 errechneten Verlusts an Erwerbstätigkeitsjahren aus. Zu den weiteren Krankheitsgruppen gehörten psychische und Verhaltensstörungen, Neubildungen, Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes und Krankheiten des Kreislaufsystems. Zusammen waren diese fünf Krankheitsgruppen für mehr als zwei Drittel (71 %) aller für das Jahr 2006 errechneten verlorenen Erwerbstätigkeitsjahre verantwortlich.

Die durch Arbeitsunfähigkeit entstandenen 1.338 Tsd. verlorenen Erwerbsjahre lagen in erster Linie in Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes begründet (21 %). Durch Invalidität verlorene Erwerbsjahre (1.598 Tsd.) waren wesentlich durch nur zwei Krankheitsgruppen bestimmt (55 %), das waren psychische und Verhaltensstörungen (28 %) und Verletzungen und Vergiftungen (27 %). Bei den in vorzeitiger Sterblichkeit begründeten verlorenen Erwerbstätigkeitsjahren (1.037 Tsd.) konzentrierten sich die verursachenden Krankheitsgruppen zu fast zwei Dritteln (65 %) auf Neubildungen (26 %), Verletzungen und Vergiftungen (21 %) und Krankheiten des Kreislaufs (18 %).

Bei Männern waren Arbeitsunfähigkeit, Invalidität oder vorzeitiger Tod in viel stärkerem Maße als bei Frauen von Verletzungen und Vergiftungen (26 % / Frauen: 15 %) und von Kreislaufkrankungen (11 % / Frauen: 6 %) beeinflusst, bei Frauen standen im Vergleich zu Männern eher psychische und Verhaltensweisen (19 % / Männer: 14 %) sowie Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems/Bindegewebes (13 % / Männer: 10 %) im Vordergrund.

Tabellen

Kapitel 11 des Basisberichts enthält Daten zur Kostenstruktur von Krankenhäusern, zu Aufwendungen für Rehabilitation und Pflege sowie zu Krankheitskosten, wobei die beiden letzt genannten nur auf Bundesebene vorliegen. Die Angaben sind zu finden in den Tabellen 11.2.1 - 11.2.12 (Seiten 724 - 742) des Basisberichts 2009. Unter den 13 Tabellen befinden sich zwei Indikatoren der Gesundheitsberichterstattung der Länder. Zu den weiteren Indikatoren des Themenfelds (Kostenstruktur von ambulanten Gesundheitseinrichtungen und DRG-Fallpauschalen) stehen keine oder keine aktuellen Daten zur Verfügung, neue Daten zum Indikator der Vergütung von Pflegeleistungen werden frühestens Ende 2010 vorliegen.

Gesundheitsberichterstattung Berlin - Basisbericht 2009

Tabellarische Übersicht der Beiträge und Tabellen zum Themenschwerpunkt "Frauen und Männer im Erwerbsalter"

Nr. im Basisbericht	Inhalt (Daten für Berlin; der räumliche Bezug ist unten nur in den Fällen ausgewiesen, in denen die Angaben eine andere Region als Berlin betreffen)	Zeitraum	Seite(n)
2.	Bevölkerung und bevölkerungsspezifische Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems		
2.1	Textbeiträge, Abbildungen		
2.1.1	Bevölkerung - Stand, Entwicklung und Struktur	31.12.2008, 2030	51 - 52
2.1.2	Demografische und soziale Aspekte zu Geburtenentwicklung und Familien - Geburtenverhalten im Ländervergleich - Geburtenziffer und soziale Lage - Altersstruktur der Mütter - Schwangerschaftsabbrüche - Elterngeld - Erwerbstätigkeit - Familientyp	bis 2008	52 - 58
2.1.3	Ausgewählte Aspekte zur sozialen Lage der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter	2008 - 2009	59 - 68
2.1.3.1	Arbeitslosigkeit insgesamt und nach Grad der Behinderung - Gesundheitszustand der von Arbeitslosigkeit Betroffenen - Arbeitslosigkeit in der deutschen und der ausländischen Bevölkerung - Altersstruktur der arbeitslosen Berlinerinnen und Berliner	30.06.2009	59 - 63
2.1.3.2	Leistungen nach dem 3. und 4. Kapitel des Sozialgesetzbuches (SGB) XII und nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) - Inanspruchnahme von Sozialleistungen in der Bevölkerung im Erwerbsalter - Regelleistungen nach Asylbewerberleistungsgesetz	31.12.2007, 31.12.2008	63 - 68
2.2	Tabellen		
2.2.3	Bevölkerung nach Geschlecht, Altersgruppen, Ausländeranteil und Bezirken	2008	79 - 83
2.2.4	Ausländische Bevölkerung nach Geschlecht, Altersgruppen und Bezirken	2008	84 - 88
2.2.7 - 2.2.8	Altersstruktur und Lastenquotienten (Stand: 31.12.) nach Geschlecht und Bezirken	2008 und 1992 - 2008	92 - 97
2.2.9	Mädchen- und Frauenanteil in der Bevölkerung (Stand: 31.12.) nach Altersgruppen und Bezirken	2008	98
2.2.11	Lebendgeborene, Geburtenziffer und Fruchtbarkeitsziffer nach Geschlecht, Legitimität, Staatsangehörigkeit und Bezirken	1993 - 2008	100 - 104
2.2.14	Bevölkerung am 31.12.2008 und Bevölkerungsprognose (auf Basis der Bevölkerungsfortschreibung, Ausgangsjahr 2007) in ausgewählten Prognosejahren nach Altersgruppen, Lastenquotienten und Bezirken	2008; 2010, 2015, 2020, 2025, 2030	107
2.2.15	Allgemeiner Schulabschluss der Bevölkerung und der Erwerbstätigen nach Geschlecht und Staatsangehörigkeit der Befragten	2008	108
2.2.16	Beruflicher Ausbildungsabschluss der Bevölkerung und der Erwerbstätigen nach Geschlecht, Alter und Staatsangehörigkeit der Befragten	2008	110
2.2.19	Privathaushalte nach Haushaltsgröße und Haushaltsnettoeinkommen sowie Geschlecht, Altersgruppen und Staatsangehörigkeit der Haupteinkommensbeziehenden	2008	114
2.2.21	Erwerbstätige und Erwerbstätigenquote nach Geschlecht, Personen im erwerbsfähigen Alter und Bezirken	2008	116
2.2.22	Bevölkerung, Erwerbstätige und Erwerbstätigenquote nach Geschlecht und Altersgruppen	1997 - 2008	117 - 119
2.2.23	Erwerbspersonen nach Geschlecht, Erwerbsstatus, Stellung im Beruf und Migrationsstatus	2007	120

Nr. im Basisbericht	Inhalt (Daten für Berlin; der räumliche Bezug ist unten nur in den Fällen ausgewiesen, in denen die Angaben eine andere Region als Berlin betreffen)	Zeitraum	Seite(n)
2.2.24	Bevölkerung nach Geschlecht, überwiegenden Lebensunterhalt (darunter durch Erwerbstätigkeit) und Migrationsstatus	2007	121
2.2.25	Alleinerziehende mit minderjährigen Kindern nach Geschlecht und Erwerbsstatus	1992 - 2008	122
2.2.26	Arbeitslose und Arbeitslosenquote im Jahresdurchschnitt nach Geschlecht, Altersgruppen, Staatsangehörigkeit und Rechtskreisen	1998 - 2009	123
2.2.27	Arbeitslose (Stand: Januar) nach Geschlecht, Altersgruppen, Staatsangehörigkeit und Rechtskreisen	2010	124
2.2.28	Arbeitslose und Arbeitslosenquote (Rechtskreise SGB II und SGB III insgesamt) (Ende Dezember, Stand: 05.01.2010) nach Geschlecht, Altersgruppen, Staatsangehörigkeit, Agenturen für Arbeit und Bezirken	2009	125
2.2.28 a	Arbeitslose und Arbeitslosenquote (Rechtskreis SGB II) (Ende Dezember, Stand: 05.01.2010) nach Geschlecht, Altersgruppen, Staatsangehörigkeit, Agenturen für Arbeit und Bezirken	2009	126
2.2.29	Empfänger/innen von Leistungen gemäß 3. u. 4. Kapitel Sozialgesetzbuch (SGB) XII außerhalb von Einrichtungen (Stand: 31.12.) nach Geschlecht, Altersgruppen, Staatsangehörigkeit und Bezirken	2007 - 2008	127
2.2.29 a	Empfänger/innen von Hilfe zum Lebensunterhalt gemäß 3. Kapitel Sozialgesetzbuch (SGB) XII außerhalb von Einrichtungen im erwerbsfähigen Alter (Stand: 31.12.) nach Geschlecht, Altersgruppen und Bezirken	2007	128
2.2.29 b	Empfänger/innen von bedarfsorientierter Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung gemäß 4. Kapitel Sozialgesetzbuch (SGB) XII außerhalb von Einrichtungen im erwerbsfähigen Alter (18- bis 64-Jährige) (Stand: 31.12.) nach Geschlecht, Altersgruppen und Bezirken	2007 - 2008	129
2.2.30	Empfänger/innen von Regelleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (Stand: 31.12.) nach Geschlecht, Altersgruppen und Bezirken	2007 - 2008	130
2.2.31 a	Empfängerhaushalte von Wohngeld (Stand: 31.12.) nach Erwerbstätigkeit, sozialer Stellung, Haushaltsgröße und Bezirken	2008	132
3.	Gesundheitszustand der Bevölkerung		
3.1	Textbeiträge, Abbildungen		
3.1.1	Ausgewählte Daten zur gesundheitlichen Lage der Bevölkerung unter besonderer Berücksichtigung der Berlinerinnen und Berliner im erwerbsfähigen Alter	bis 2008	133 - 216
3.1.1.1	Allgemeine Mortalität und abgeleitete Indikatoren - Lebenserwartung - Gesamtsterblichkeit - Vorzeitige Sterblichkeit - Verlorene Lebensjahre - Todesursachenspezifische Sterblichkeit - Vermeidbare Sterbefälle	bis 2008	133 - 149
3.1.1.2	Allgemeine Morbidität - Subjektive Morbidität - Ambulante Morbidität - Stationäre Morbidität - Arbeitsunfähigkeit - Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten - Medizinische Leistungen zur Rehabilitation - Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit - Schwerbehinderte - Pflegebedürftigkeit	bis 2008	149 - 176

Nr. im Basisbericht	Inhalt (Daten für Berlin; der räumliche Bezug ist unten nur in den Fällen ausgewiesen, in denen die Angaben eine andere Region als Berlin betreffen)	Zeitraum	Seite(n)
3.1.1.3	Ausgewählte Krankheiten und Krankheitsgruppen - Infektionskrankheiten - Bösartige Neubildungen - Verletzungen und Vergiftungen / Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität - Krankheiten des Kreislaufsystems - Psychische und Verhaltensstörungen - Alkohol- und ausgewählte drogenbedingte Krankenhausbehandlungen im Kindes- und Jugendalter	bis 2008	176 - 216
3.2	Tabellen		
3.2.5 - 3.2.5 b	Geschlechts- und altersspezifische Mortalität	1998 - 2008	233 - 235
3.2.6	Geschlechts- und altersspezifische Mortalität nach Staatsangehörigkeit	2007 - 2008	237
3.2.8 - 3.2.8 c	Geschlechts- und altersspezifische Sterblichkeit nach den häufigsten Todesursachen (Einzeldiagnosen)	2008	241 - 244
3.2.10	Geschlechts- und altersspezifische Lebenserwartung (in Jahren)	2006 - 2008	258
3.2.14	Geschlechts- und altersspezifische Mortalitätsraten der vermeidbaren Todesfälle und der Gesamtsterblichkeit	2008	264
3.2.15	Vermeidbare Todesfälle nach Geschlecht und Todesursachen	2005 - 2008	265
3.2.16	Vermeidbare Todesfälle nach Todesursachen und Art der Vermeidbarkeit	2004 - 2008	266
3.2.17	Ausgewählte vermeidbare Todesfälle nach Geschlecht, Todesursachen und Bezirken	2006 - 2008	267 - 269
3.2.18	Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes in Deutschland nach Geschlecht, ausgewählten Altersgruppen und sozialer Schicht	2004	270
3.2.18 a	Selbsteinschätzung des Gesundheitsverhaltens in Deutschland nach Geschlecht, ausgewählten Altersgruppen und sozialer Schicht	2004	271
3.2.19	Selbsteinschätzung gesundheitlicher Einschränkungen in Deutschland nach Geschlecht, ausgewählten Altersgruppen und sozialer Schicht	2004	272
3.2.19 a	Verteilung der häufigsten genannten Krankheiten in Deutschland nach Geschlecht, ausgewählten Altersgruppen und sozialer Schicht	2004	273
3.2.22 b - 3.2.22 d	Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschl. Sterbefälle) (nur Berliner) nach Geschlecht, Altersgruppen und Bezirken	2001 - 2008	285 - 290
3.2.23	Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschl. Sterbefälle) nach Altersgruppen	1994 - 2008	291
3.2.23 a - 3.2.23 c	Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschl. Sterbefälle) (nur Berliner) nach Geschlecht und Altersgruppen	1995 - 2008	292 - 294
3.2.23 d	Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschl. Sterbefälle, ohne/mit Stundenfälle/n) (nur Berliner) nach Geschlecht und Altersgruppen	2007 - 2008	295
3.2.23 e	Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschl. Sterbefälle) (nur Berliner) nach Geschlecht und ausgewählten Altersgruppen	1994 - 2008	296
3.2.24 c - 3.2.24 e	Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschl. Sterbefälle) (nur Berliner) nach Geschlecht, Altersgruppen und Bezirken	2007 - 2008	300 - 305
3.2.25	Sterbefälle insgesamt sowie im Krankenhaus gestorbene vollstationäre Behandlungsfälle (nur Berliner) nach Altersgruppen	2005 - 2008	306
3.2.26	Durchschnittliche Verweildauer der aus dem Krankenhaus entlassenen vollstationären Behandlungsfälle (einschl. Sterbefälle, ohne/mit Stundenfälle/n) (nur Berliner) nach Geschlecht und Altersgruppen	2004 - 2008	307
3.2.26 b	Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschl. Sterbefälle) (nur Berliner) nach Geschlecht, Altersgruppen, durchschnittlicher Verweildauer (in Tagen) und durchschnittlich belegten Betten je Tag	1994 - 2008	309 - 310
3.2.28 c	Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschl. Sterbefälle) (nur Berliner) nach Altersgruppen, Hauptdiagnosegruppen, durchschnittlicher Verweildauer und durchschnittlich belegten Betten je Tag	2008	318 - 320

Nr. im Basisbericht	Inhalt (Daten für Berlin; der räumliche Bezug ist unten nur in den Fällen ausgewiesen, in denen die Angaben eine andere Region als Berlin betreffen)	Zeitraum	Seite(n)
3.2.30 - 3.2.30 b	Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschl. Sterbefälle) (nur Berliner) nach Geschlecht, ausgewählten Altersgruppen, Einzeldiagnosen, durchschnittlicher Verweildauer (in Tagen) und durchschnittlich belegten Betten je Tag	2008	324 - 326
3.2.31	Arbeits- und Wegeunfälle	2002 - 2008	327
3.2.32	Ausgewählte begutachtete Berufskrankheitenvorgänge nach Geschlecht	1995 - 2008	328
3.2.34	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe (Alter 0 - 64 Jahre) nach Geschlecht und ausgewählten Altersgruppen	2005 - 2008	333
3.2.34 a - 3.2.34 b	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe (Alter 0 - 64 Jahre) nach Geschlecht, ausgewählten Altersgruppen und Staatsangehörigkeit	2007 - 2008	334 - 335
3.2.36	Rentenzugänge und -bestand wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nach Geschlecht	1994 - 2008	342
3.2.36 a / 3.2.36 c	Rentenzugänge/Rentenbestand wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nach Geschlecht und Regionen	1994 - 2008	343 / 345
3.2.36 b / 3.2.36 d	Rentenzugänge/Rentenbestand wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nach Geschlecht und Staatsangehörigkeit	1994 - 2008	344 / 346
3.2.37 / 3.2.37 c	Rentenzugänge/Rentenbestand wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nach Geschlecht und Altersgruppen	1994 - 2008	347 - 348 / 353 - 354
3.2.37 a - 3.2.37 b / 3.2.37 d - 3.2.37 e	Rentenzugänge/Rentenbestand wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nach Geschlecht, Altersgruppen und Staatsangehörigkeit	1994 - 2008	349 - 352 / 355 - 358
3.2.38 - 3.2.38 a	Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nach Geschlecht und Hauptdiagnosegruppen	2004 - 2008	359 - 360
3.2.38 b - 3.2.38 e	Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nach Geschlecht, Hauptdiagnosegruppen und Staatsangehörigkeit	2004 - 2008	361 - 364
3.2.50	Ausgewählte nach dem Infektionsschutzgesetz meldepflichtige übertragbare Krankheiten (Stand: 01.03.2009) nach Altersgruppen	2008	383
3.2.51	Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschl. Sterbefälle) infolge infektiöser und parasitärer Krankheiten (nur Berliner) nach Geschlecht und Altersgruppen	2007 - 2008	384
3.2.52 b	Gemeldete Fälle an Tuberkulose (Stand: 01.03.2009) nach Geschlecht, Altersgruppen und Staatsangehörigkeit	2006 - 2008	387
3.2.56	Geschlechts- und altersspezifische Mortalität bei infektiösen und parasitären Krankheiten	2007 - 2008	407
3.2.59 - 3.2.59 a	Gemeldete Neuerkrankungen an bösartigen Neubildungen (nur Berliner) (Stand: 31.12.2009) nach Geschlecht und Altersgruppen - ohne DCO-Fälle/mit DCO-Fällen	2003 - 2007	412 - 413
3.2.61 - 3.2.61 a	Gemeldete Neuerkrankungen an Lungenkrebs (nur Berliner) (Stand: 31.12.2009) nach Geschlecht und Altersgruppen - ohne DCO-Fälle/mit DCO-Fällen	2003 - 2007	415 - 416
3.2.62 - 3.2.62 a	Gemeldete Neuerkrankungen an Brustkrebs (weiblich) und an Prostatakrebs (nur Berliner) (Stand: 31.12.2009) nach Geschlecht und Altersgruppen - ohne DCO-Fälle/mit DCO-Fällen	2003 - 2007	417 - 418
3.2.63	Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschl. Sterbefälle) infolge bösartiger Neubildungen (nur Berliner) nach Geschlecht und Altersgruppen	2007 - 2008	420
3.2.64	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe wegen bösartiger Neubildungen nach Geschlecht und Altersgruppen	2005 - 2008	421 - 422
3.2.65	Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit infolge bösartiger Neubildungen nach Geschlecht	2004 - 2008	423 - 424
3.2.67	Geschlechts- und altersspezifische Mortalität bei ausgewählten bösartigen Neubildungen	2007 - 2008	428

Nr. im Basisbericht	Inhalt (Daten für Berlin; der räumliche Bezug ist unten nur in den Fällen ausgewiesen, in denen die Angaben eine andere Region als Berlin betreffen)	Zeitraum	Seite(n)
3.2.69	Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschl. Sterbefälle) wegen Diabetes mellitus (nur Berliner) nach Geschlecht und Altersgruppen	2007 - 2008	431
3.2.70	Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit infolge von Diabetes mellitus nach Geschlecht und Altersgruppen	1994 - 2008	432
3.2.72 - 3.2.72 a	Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschl. Sterbefälle) wegen psychischer und Verhaltensstörungen (nur Berliner) nach Geschlecht und Altersgruppen	2007 - 2008	436 - 439
3.2.72 b	Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschl. Sterbefälle) wegen akuter Alkoholintoxikation (nur Berliner) nach Geschlecht, ausgewählten Altersgruppen und Bezirken	2002 - 2008	440 - 441
3.2.72 c	Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschl. Sterbefälle) wegen psychischer und Verhaltensstörungen durch Opiode und Cannabinoide (nur Berliner / Alter: 15 - 19 Jahre) nach Geschlecht und Bezirken	2002 - 2008	442 - 443
3.2.73 - 3.2.73 a	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe wegen psychischer und Verhaltensstörungen nach Geschlecht und ausgewählten Altersgruppen	2005 - 2008	444 - 445
3.2.74	Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit infolge psychischer und Verhaltensstörungen nach Geschlecht und Altersgruppen	2005 - 2008	446 - 447
3.2.75	Geschlechts- und altersspezifische Mortalität bei Suizid	2006 - 2008	448
3.2.79	Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschl. Sterbefälle) wegen Krankheiten des Kreislaufsystems (nur Berliner) nach Geschlecht und Altersgruppen	2007 - 2008	460
3.2.80	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe wegen Krankheiten des Kreislaufsystems nach Geschlecht und ausgewählten Altersgruppen	2005 - 2008	461 - 462
3.2.81	Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit infolge Krankheiten des Kreislaufsystems nach Geschlecht und Altersgruppen	2005 - 2008	463 - 464
3.2.82	Geschlechts- und altersspezifische Mortalität bei Krankheiten des Kreislaufsystems	2007 - 2008	465
3.2.85	Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschl. Sterbefälle) wegen Krankheiten des Atmungssystems (nur Berliner) nach Geschlecht und Altersgruppen	2007 - 2008	472
3.2.86	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe wegen Krankheiten des Atmungssystems nach Geschlecht und ausgewählten Altersgruppen	2005 - 2008	473 - 474
3.2.87	Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit infolge Krankheiten des Atmungssystems nach Geschlecht und Altersgruppen	2005 - 2008	475 - 476
3.2.88	Geschlechts- und altersspezifische Mortalität bei Krankheiten des Atmungssystems	2007 - 2008	477
3.2.90 - 3.2.90 a	Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschl. Sterbefälle) wegen Krankheiten des Verdauungssystems (nur Berliner) nach Geschlecht und Altersgruppen	2007 - 2008	480 - 481
3.2.91	Geschlechts- und altersspezifische Mortalität bei Krankheiten des Verdauungssystems	2008	482
3.2.93	Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschl. Sterbefälle) wegen Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems und des Bindegewebes (nur Berliner) nach Geschlecht und Altersgruppen	2007 - 2008	485
3.2.94	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe wegen Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems und des Bindegewebes nach Geschlecht und ausgewählten Altersgruppen	2005 - 2008	486 - 487
3.2.95	Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit infolge von Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems und des Bindegewebes nach Geschlecht und Altersgruppen	2005 - 2008	488 - 489

Nr. im Basisbericht	Inhalt (Daten für Berlin; der räumliche Bezug ist unten nur in den Fällen ausgewiesen, in denen die Angaben eine andere Region als Berlin betreffen)	Zeitraum	Seite(n)
3.2.98	Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschl. Sterbefälle) wegen Verletzungen und Vergiftungen (nur Berliner) nach Geschlecht und Altersgruppen	2007 - 2008	492
3.2.99	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe wegen Verletzungen und Vergiftungen nach Geschlecht und ausgewählten Altersgruppen	2004 - 2008	493
3.2.100	Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit infolge von Verletzungen und Vergiftungen nach Geschlecht und Altersgruppen	2004 - 2008	494
3.2.101	Gestorbene infolge äußerer Ursachen von Morbidität und Mortalität nach Geschlecht und Altersgruppen	2007 - 2008	495
3.2.103 - 3.2.103 a	Im Straßenverkehr verunglückte Personen nach Geschlecht, Altersgruppen und Verletzungsschwere	2008	498 - 499
4.	Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen		
4.1	Textbeiträge, Abbildungen		
4.1.1	Konsum der Alltagsdroge Nr. 1: Alkohol	bis 2008	503 - 506
6.	Einrichtungen des Gesundheitswesens		
6.1	Textbeiträge, Abbildungen		
6.1.2	Pharmakovigilanz- und Beratungszentrum für Embryonaltoxikologie	bis 2010	544 - 547
6.1.6	Gesundheitliche Versorgung von Menschen in aufenthaltsrechtlicher Illegalität bzw. mit irregulärem Aufenthalt	2009	555 - 557
6.2	Tabellen		
6.2.15	Personal der Krankenhäuser (Vollkräfte im Jahresdurchschnitt) nach Personalgruppen und Trägerbereichen	1999 - 2008	571
7.	Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsförderung und der Gesundheitsversorgung		
7.1	Textbeiträge, Abbildungen		
7.1.1	Landesgesundheitskonferenz Berlin erhält eine Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung - Regionaler Knoten Berlin - Gesundheitsförderung bei Langzeitarbeitslosen	2009	582 - 585
7.1.2	Maßnahmen zur Stärkung des Kinderschutzes: Präventiver Kinderschutz durch ein soziales Frühwarnsystem	2009	585 - 590
7.1.3	Mammographie-Screening	2006 - 2009	591 - 592
7.2	Tabellen		
7.2.1	Inanspruchnahme von Beratungen nach dem Schwangerschaftskonfliktgesetz nach Trägerbereich der Beratungsstellen	2007 - 2008	593
7.2.2	Schwangerschaftsabbrüche von Berlinerinnen (Wohnortprinzip) nach Altersgruppen und ambulant/stationär vorgenommenen Eingriffen	205 - 2008	594
7.2.3	Gemeldete Entbindungen (Ereignisprinzip) nach Trägerbereich des Krankenhauses und Ort der außerklinischen Entbindung	1990 - 2007	595
7.2.4	Gemeldete Entbindungen und Lebendgeborene (Ereignis- und Wohnortprinzip)	1990 - 2007	596
7.2.5	Gemeldete Entbindungen und Geborene (Ereignisprinzip) nach Krankenhausträger, Ort der außerklinischen Entbindung und Staatsangehörigkeit	2006 - 2007	597
7.2.6	Gemeldete Entbindungen in Krankenhäusern (Ereignisprinzip) nach ausgewählten Merkmalen	2006 - 2007	598
7.2.7	Gemeldete außerklinische Entbindungen (Ereignisprinzip) nach Bezirken und ausgewählten Merkmalen	2007	599
7.2.9	Inanspruchnahme und Leistungen der Zentren für sexuelle Gesundheit und Familienplanung (seit 01.04.2008, bis 31.03.2008 des Sozialmedizinischen Dienstes für Eheberatung, Familienplanung und Schwangerschaft) nach Geschlecht, Staatsangehörigkeit, ausgewählten Bereichen und Standorten	2003 - 2008	601

Nr. im Basisbericht	Inhalt (Daten für Berlin; der räumliche Bezug ist unten nur in den Fällen ausgewiesen, in denen die Angaben eine andere Region als Berlin betreffen)	Zeitraum	Seite(n)
7.2.10	Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen und beratene Frauen nach Staatsangehörigkeit und Träger	2005 - 2008	602
7.2.23	Erstkontakte des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes bei Familien mit Säuglingen nach Beratungsbedarf in schwierigen Lebenslagen und Bezirken	2007 - 2008	615
7.2.25	Im Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst neu vorgestellte Kinder und Jugendliche nach Geschlecht, Altersgruppen, Staatsangehörigkeit und Bezirken	2007 - 2008	617
7.2.26	Beteiligung von gesetzlich Krankenversicherten an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen nach Geschlecht	1998 - 2008	618
7.2.31	Im Sozialpsychiatrischen Dienst untersuchte Personen nach Geschlecht, ausgewählten Altersgruppen und Diagnosen	2008	623
7.2.40	Personaleinsatz in Krankenhäusern	1991 - 2008	630
8.	Beschäftigte im Gesundheitswesen		
8.1	Textbeiträge, Abbildungen		
8.1.1	Gesundheitspersonal	bis 2009	639
8.1.2	Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte im Berliner Gesundheits- und Sozialwesen - Berufsfeld "Gesundheitsdienstberufe"	1999 - 2009	639 - 647
8.2	Tabellen		
8.2.1	Beschäftigte im Gesundheitswesen (soweit statistisch erfasst) nach Geschlecht, Berufsgruppen und Tätigkeitsbereich	2007 - 2008	648
8.2.2	Ärztinnen und Ärzte (Stand: 31.12.) nach Geschlecht und Tätigkeitsbereich	2004 - 2008	649
8.2.3	Berufstätige Ärztinnen und Ärzte (Stichtag: 31.12.) nach Altersgruppen und ausgewählten Tätigkeitsbereichen	2001 - 2008	650
8.2.4	Ärztinnen und Ärzte nach Tätigkeitsbereich und ausgewählten Fachgebieten	2006 - 2008	651
8.2.5	Zahnärztinnen und Zahnärzte (Stand: 31.12.) nach Geschlecht, Tätigkeitsbereich und Staatsangehörigkeit	1998 - 2008	652
8.2.6	Berufstätige Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (Stand: 31.12.) nach Geschlecht	201 - 2008	653
8.2.7	Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (Stand: 31.12.) nach Geschlecht, Tätigkeitsbereich und Bezirken	2008	654
8.2.8	Im Krankenhaus, in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, in Pflegeeinrichtungen und freiberuflich tätige Personen im Gesundheitswesen (Stand: 31.12.) nach Tätigkeitsbereich und ausgewählten Berufsgruppen	1999 - 2008	655
8.2.9	Mit vertragsärztlichem Versorgungsauftrag in ambulanten Einrichtungen tätige Ärztinnen/Ärzte und Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten (Stand: 01.01.)	2003 - 2009	656
8.2.10	Mit vertragsärztlichem Versorgungsauftrag in ambulanten Einrichtungen tätige Ärztinnen/Ärzte, Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten und Zahnärztinnen/Zahnärzte (Stand 01.01. bzw. 31.12.)	2007 - 2009	657
8.2.11	Im ambulanten Bereich tätige Ärztinnen und Ärzte (Stand: 31.12.) nach Geschlecht und Staatsangehörigkeit sowie 2007 und 2008 nach Bezirken	2003 - 2008	658
8.2.12	Ärztinnen und Ärzte in ambulanten Einrichtungen (Stand: 31.12.) nach Geschlecht und ausgewählten Gebietsbezeichnungen	2002 - 2008	659
8.2.13	Zahnärztinnen/Zahnärzte und Kieferorthopädinnen/Kieferorthopäden in ambulanten Einrichtungen (Stand: 31.12.) nach Geschlecht	1995 - 2008	660
8.2.14	Im ambulanten Bereich tätige Zahnärztinnen und Zahnärzte (Stand: 31.12.) nach Geschlecht und Staatsangehörigkeit sowie 2007 und 2008 nach Bezirken	2003 - 2008	661
8.2.15	Mit vertragsärztlichem Versorgungsauftrag in ambulanten Einrichtungen tätige Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Berlin (Stand: 01.01.) nach Bezirken	2007 - 2009	662
8.2.16	Ausgewählte niedergelassene bzw. freiberuflich tätige Personen im Gesundheitswesen (Stand: 31.12.) nach Berufsgruppen sowie 2008 nach Geschlecht und Bezirken	1999 - 2008	663

Nr. im Basisbericht	Inhalt (Daten für Berlin; der räumliche Bezug ist unten nur in den Fällen ausgewiesen, in denen die Angaben eine andere Region als Berlin betreffen)	Zeitraum	Seite(n)
8.2.17	Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte ausgewählter Gesundheitsberufe im Berliner Gesundheits- und Sozialwesen (Stand: 31.12.) nach Klassifizierung der Berufe und der Wirtschaftszweige (WZ 2003 / WZ 2008)	1999 - 2009	664
8.2.18	Beschäftigte in Krankenhäusern und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen (Stichtag: 31.12.) nach Geschlecht, Personal-/Berufsgruppen und Beschäftigungsart	2002 - 2008	665
8.2.19	Ärztliches Personal der Krankenhäuser (Stand: 31.12.) nach Geschlecht, Gebietsbezeichnungen, funktioneller Stellung und Teilzeitbeschäftigung	2008	666
8.2.20	Nichtärztliches Personal der Krankenhäuser (Stichtag: 31.12.) nach Geschlecht, Personalgruppen und Berufsbezeichnungen	2002 - 2008	667
8.2.21	Personal in den Gesundheitsämtern (Stand: 31.12.) nach Geschlecht, Berufsgruppen und Beschäftigungsumfang	1999 - 2008	668
8.2.22	Apothekerinnen und Apotheker sowie weitere in Apotheken tätige Berufsgruppen (Stand: 31.12.) nach Geschlecht und Tätigkeitsbereich	1999 - 2008	669
9.	Ausbildung im Gesundheitswesen		
9.1	Textbeiträge, Abbildungen		
9.1.1	Berufe im Gesundheitswesen	bis 2009	671 - 673
9.2	Tabellen		
9.2.1	Plätze und Lehrgangsteilnehmer/innen der Ausbildungsstätten für Berufe des Gesundheitswesens (Stand: 01.11.) nach Geschlecht und Staatsangehörigkeit	2009	674
9.2.2	Anträge auf Zulassung zum Staatsexamen in den Gesundheitsfachberufen (einschließlich Wiederholungsanträge)	1999 - 2008	675
9.2.3	Staatliche Anerkennungen im Gesundheitsfachberuf Altenpflege und in den sozialpflegerischen Berufen Heilerziehungspflege und Familienpflege nach Geschlecht und Altersgruppen	1991 - 2008	676
9.2.4	Auszubildende Medizinische und Zahnmedizinische Fachangestellte nach Geschlecht	1993 - 2008	677
9.2.5	Erteilte Erlaubnisse zum Führen einer Berufsbezeichnung ausgewählter Gesundheitsfachberufe an Personen, die die entsprechende Berufsausbildung nicht in Deutschland absolviert haben	2007 - 2008	678
9.2.6	Erteilte Approbationen nach Geschlecht und Staatsangehörigkeit	1999 - 2008	679
9.2.7	Erteilte Berufserlaubnisse nach Geschlecht und Staatsangehörigkeit	1997 - 2008	680
9.2.8	Erteilte Erlaubnisse zur Führung von Weiterbildungsbezeichnungen in Pflege- und Medizinalfachberufen	2000 - 2008	681
10.	Ausgaben und Finanzierung		
10.2	Tabellen		
10.2.8	Krankenversicherungsschutz der Bevölkerung nach Art des Versicherungsverhältnisses sowie 2007 nach Geschlecht und Erwerbsstatus (Ergebnisse des Mikrozensus)	1995 - 2007	699
10.2.9	Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und mitversicherte Familienangehörige (Stichtag: 01.07.) nach Geschlecht und Altersgruppen	2008 - 2009	700
10.2.10	Versichertenstruktur in der gesetzlichen Krankenversicherung (Stichtag: 01.07.) nach Geschlecht und Bundesländern	2009	701
10.2.13	Versichertenentwicklung (Mitglieder und mitversicherte Familienangehörige) bei der AOK Berlin (Jahresdurchschnitt) nach allgemeiner Krankenversicherung und Krankenversicherung der Rentner	1995 - 2009	704
10.2.14	Versichertenstruktur (Mitglieder und mitversicherte Familienangehörige) in der gesetzlichen Krankenversicherung in Berlin, Hamburg und Deutschland (Stichtag: 01.07.) nach allgemeiner Krankenversicherung, Krankenversicherung der Rentner und Kassenarten	2009	705

Nr. im Basisbericht	Inhalt (Daten für Berlin; der räumliche Bezug ist unten nur in den Fällen ausgewiesen, in denen die Angaben eine andere Region als Berlin betreffen)	Zeitraum	Seite(n)
10.2.15	Verhältnis von Mitgliedern der allgemeinen Krankenversicherung zu Mitgliedern der Krankenversicherung der Rentner in der gesetzlichen Krankenversicherung (Stichtag: 01.07.) nach Kassenarten und 2009 nach Bundesländern	2000 - 2009	706
10.2.16	Aktiv Versicherte in der Deutschen Rentenversicherung nach Geschlecht, Staatsangehörigkeit und Regionen	1994 - 2008	707
10.2.17	Aktiv Versicherte in der Deutschen Rentenversicherung nach Geschlecht, Altersgruppen und Staatsangehörigkeit	1994 - 2008	708 - 709
10.2.18	Beitragsbemessungsgrenzen und Beitragssätze in der Sozialversicherung und Entgeltgrenze für geringfügige Beschäftigung in Deutschland (Stichtag: 01.01.) nach alten und neuen Bundesländern	2000 - 2009	710
10.2.22	Einnahmen je Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland und der AOK Berlin nach Versichertengruppen und ausgewählten Kassenarten	2007 - 2008	713
11.	Kosten - Tabellen		
11.1	Textbeiträge, Abbildungen		
11.1.1	Krankheitskosten in der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter in Deutschland - Krankheitskosten nach Hauptdiagnosegruppen - Krankheitskosten nach Einrichtungen des Gesundheitswesens - Verlorene Erwerbstätigkeitsjahre	2002 - 2006	715 - 723
11.2	Tabellen		
11.2.5	Grunddaten, Kosten und Kostenkennziffern der Krankenhäuser nach ausgewählten Kostenarten (u. a. Personalkosten) sowie Art und Träger des Krankenhauses	2008	728 - 729
11.2.6	Personal (Vollkräfte) und Personalkosten der Krankenhäuser nach Personalgruppen sowie Art und Träger des Krankenhauses	2008	730
11.2.7	Grunddaten, Kosten und Kostenkennziffern der Krankenhäuser nach Kostenarten (u. a. Personalkosten), Krankenhausgrößenklassen und Art des Krankenhauses	2008	731 - 732
11.2.8 - 11.2.8 a	Krankenhauskosten (u. a. Personalkosten) in Deutschland nach Bundesländern	2007 - 2008	733 - 734
11.2.9	Aufwendungen für Leistungen zur Teilhabe in der gesetzlichen Rentenversicherung in Deutschland	2007 - 2008	735
11.2.10	Geschlechtsspezifische Krankheitskosten in Deutschland nach ausgewählten Altersgruppen und Hauptdiagnosegruppen	2006	736 - 738
11.2.11	Geschlechtsspezifische Krankheitskosten in Deutschland nach ausgewählten Altersgruppen und Einrichtungen des Gesundheitswesens	2006	739 - 741
11.2.12	Verlorene Erwerbstätigkeitsjahre in der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter in Deutschland nach Geschlecht, Hauptdiagnosegruppen und Ausfallart	2006	742

Die vollständigen Beiträge und Informationen zu den elf im Gesundheitsbericht behandelten Themenfeldern sind nachzulesen in:

Gesundheitsberichterstattung Berlin
Basisbericht 2009 - Daten des Gesundheits- und Sozialwesens

Herausgeber:

Prof. Dr. Gerhard Meinschmidt

Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz Berlin

Referat Gesundheitsberichterstattung, Epidemiologie, Gemeinsames Krebsregister, Sozialstatistisches Berichtswesen, Gesundheits- und Informationssysteme

Berlin 2010

ISSN 1617-9242

Der Basisbericht 2009 steht Ihnen zum kostenfreien Abruf zur Verfügung unter

Internet: <http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/gesundheit/basis.html>

Fachliche Auskünfte erhalten Sie unter

Telefon: (030) 9028 2660

Telefax: (030) 9028 2067

E-Mail: Gerhard.Meinschmidt@senguv.berlin.de

Einen Überblick über weitere Veröffentlichungen des Referates Gesundheitsberichterstattung, Epidemiologie, Gemeinsames Krebsregister, Sozialstatistisches Berichtswesen, Gesundheits- und Informationssysteme, die Sie bestellen oder als PDF-Datei herunterladen können, finden sie unter

Internet: <http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/index.html>

Der Basisbericht 2009 ist auch Teil des im Internet zur Verfügung stehenden **Gesundheits- und Sozialinformationssystem GSI**, das zum einen die seit 2004 erschienenen Publikationen der Berliner Gesundheitsberichterstattung bereithält, in dem zum anderen aber auch die einzelnen in den Veröffentlichungen enthaltenen Tabellen, Texte (einschließlich Abbildungen) und Karten sowie darüber hinausgehend weitere für die Berichterstattung aufbereitete Daten nach inhaltlichen Gesichtspunkten zusammengestellt sind. Das bietet die Möglichkeit, zu einem bestimmten Thema über den aktuellen Basisbericht hinaus alle Informationen zu finden, die innerhalb der letzten Jahre von der Berliner Gesundheitsberichterstattung behandelt wurden.

Internet: <http://www.gsi-berlin.info/>

