

3. Gesundheitszustand der Bevölkerung

3.1. Ausgewählte Schwerpunkte

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

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

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

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

...

3.1.1.3 Ausgewählte Krankheiten und Krankheitsgruppen

Infektionskrankheiten

Nachfolgende Ausführungen beziehen sich im Wesentlichen auf ausgewählte *übertragbare Infektionskrankheiten*. Zu deren wirksamen Bekämpfung besteht in Deutschland gemäß *Infektionsschutzgesetz* (IfSG, bis 2000 Bundes-Seuchengesetz) eine *Meldepflicht*. Die nach §§ 6 und 7 IfSG (ausgenommen nichtnamentliche Meldungen von Krankheitserregern gemäß § 7 Abs. 3 IfSG, die direkt an das Robert Koch-Institut (RKI) gemeldet werden) an die Gesundheitsämter übermittelten Informationen werden von dort aus an das RKI weitergeleitet. Dort werden die eingegangenen Meldungen nach der Fall- und Referenzdefinition (vgl. Erläuterungen) ausgewertet und regelmäßig veröffentlicht (z. B. Epidemiologisches Bulletin, Infektionsepidemiologisches Jahrbuch, im Internet zur Verfügung stehende Abfrageoberfläche <http://www3.rki.de/SurvStat/>).

Die epidemiologische Surveillance bezieht sich hinsichtlich der *gemeldeten Infektionskrankheiten und Erreger* auf Personen, die das medizinische Versorgungssystem in Anspruch genommen haben. Von den Berliner Gesundheitsämtern wurden im Jahr 2008 17.965 Personen aus Berlin (9.217 weiblichen, 8.737 männlichen, bei 11 Fällen keine Angabe des

Jede zweite meldepflichtige Neuerkrankung betraf eine 15- bis 64-jährige Person

Geschlechts) gemeldet, deren Erkrankung bzw. der Erreger laut IfSG der Meldepflicht unterlag. Die Zahl der *Meldungen, die erkrankte Personen im erwerbsfähigen Alter betraf, belief sich auf 3.700 Frauen und 4.887 Männer Das entsprach einem Anteil von 48 % am Gesamtmeldeaufkommen.*

Die im Jahr 2008 *zahlenmäßig häufigsten Meldungen* von erkrankten 15- bis 64-jährigen Berlinerinnen und Berlinern betrafen *Gastroenteritiden*. Wie aus Tabelle 3.2.50 zu ersehen handelte es sich um 5.804 Fälle, das entsprach - gemessen an allen gemeldeten Gastroenteritisfällen - einem Anteil von über 40 %. Die meisten Meldungen entfielen auf die durch Noroviren verursachten Enteritisfälle (2.226), gefolgt von Campylobacter-Enteritis (2.163 Fälle). Des Weiteren erkrankten im Jahr 2008 609 15- bis 64-jährige Personen aus Berlin an einer Salmonellose, deren Fallzahl sich, bezogen auf alle Erkrankten, auf insgesamt 1.244 belief.

Bei jeder vierten Meldung im Erwerbsalter handelte es sich um Hepatitis C

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 die bundesweit höchste und bezogen auf Hepatitis B die zweithöchste Inzidenzrate beobachtet (vgl. Robert Koch Institut: Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten für 2008, S. 93, 96). Laut Meldeaufkommen erkrankten insgesamt im Jahr 2008 in Berlin 107 Personen an Hepatitis A, von denen sich 63 bzw. 59 % im erwerbsfähigen Alter befanden. Die Zahl der Hepatitis B Fälle bezifferte sich auf 63, von denen wiederum 52 bzw. 83 % im Alter von 15- bis 64 Jahren waren. Die meisten Hepatitisfälle betrafen jedoch die durch Hepatitis-C-Viren ausgelöste Leberentzündung. Gemäß Referenzdefinition wurden dem RKI 763 Neuerkrankungen gemeldet. Mit einer Inzidenzrate von 22,3 je 100.000 Einwohner war Berlin das Bundesland mit dem mit Abstand höchsten Erkrankungsrisiko (zu Risikofaktoren siehe oben genanntes Jahrbuch 2008 des RKI). Bei der überwiegenden Mehrzahl (642 bzw. 84 %) der erstdiagnostizierten Fälle handelte es sich um erkrankte Berlinerinnen und Berliner im erwerbsfähigen Alter, von denen wiederum zwei Drittel (397 Personen) jünger als 45 Jahre waren.

Syphilis stellte bei 15- bis 64-jährigen Berliner Männern die dritthäufigste Meldung

Während Meldungen von *Syphilis* in den meisten Bundesländern rückläufig sind, kann dieser Trend für Berlin nicht bestätigt werden. In den Stadtstaaten Berlin und Hamburg stiegen die Inzidenzraten in den letzten Jahren zum Teil erheblich an (Zahlen für Berlin vgl. Tabelle 3.2.48). Berlin hatte im Jahr 2008 mit insgesamt 653 Neuerkrankungen, von denen nur acht Fälle auf Frauen entfielen, und einer Inzidenzrate von 19,1 je 100.000 Einwohner (Männer: 38,5, Frauen 0,5 je 100.000) ein Erkrankungsrisiko, das um ein Mehrfaches über dem Bundesniveau (insgesamt 3.172 Fälle bzw. 3,9 je 100.000) und immerhin noch 72 % über dem in Hamburg (11,1 je 100.000) - dem Bundesland mit der bundesweit zweithöchsten Neuerkrankungsrate - lag. Bis auf einen Fall befanden sich alle der im Jahr 2008 in Berlin an Syphilis erkrankten Personen im Erwerbsalter. Bezogen auf alle in diesem Alter gemeldeten Infektionskrankheiten belegten Neuerkrankungen an Syphilis den dritten Rang. Weitere Angaben zu Infektionsrisiken sind im Infektionsepidemiologischen Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten für 2008 des RKI, S. 172, nachzulesen.

Gemeldete Fälle an Tuberkulose erkrankter Berlinerinnen und Berliner

Gemäß § 7 des IfSG ist in Deutschland der namentliche Nachweis von *Mycobacterium tuberculosis/afrikanum* und *mycobacterium bovis* meldepflichtig. Bundesweit erkranken derzeit im Durchschnitt gesehen jährlich etwa 4.600 Personen an Tuberkulose aller Formen. Berlin ist nach Hamburg und vor Bremen das Bundesland mit dem höchsten Erkrankungsrisiko (vgl. Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten für 2008, S. 177).

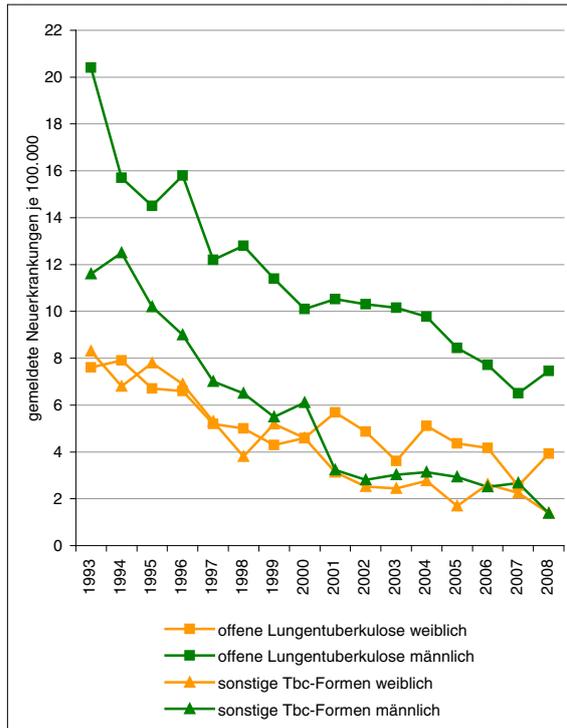
Obwohl Tuberkulose (Tbc) in Berlin mit knapp zwei Prozent - gemessen an der Gesamtmorbidität aller meldepflichtigen Krankheiten und Erreger - eine untergeordnete Rolle spielt, kommt ihr *seuchenhygienisch ein hoher Stellenwert* zu. Die Therapie ist lang andauernd und wird nicht selten durch multiresistente Keime erschwert. In den meisten Fällen ist in der Initialphase der Therapie

ein stationärer Krankenhausaufenthalt nötig. Im Jahr 2008 betraf das z. B. 105 weibliche und 155 männliche an Tbc Erkrankte aus Berlin. Tuberkulose, insbesondere offene Lungentuberkulose, ist eine schwere Erkrankung, die nach wie vor mit einer relativ hohen Letalitätsziffer einhergeht. Laut amtlicher Todesursachenstatistik starben in Berlin im Zeitraum von 2006 bis 2008 42 Personen an

Lungentuberkulose. Das entsprach immerhin einem Anteil von 6,8 % an der Gesamtmorbidität (insgesamt 615 gemeldete Neuerkrankungen). Über ein Drittel (15 Fälle) der an Lungentuberkulose gestorbenen Personen befanden sich im erwerbsfähigen Alter. Deren Anteil an allen im genannten Zeitraum im Alter von 15- bis 64 Jahren an offener Lungentuberkulose erkrankten Personen (458 Neuerkrankungen) bezifferte sich auf 3,3 %.

Im Jahr 2008 (Erfassungsstand: 01.03.2009) wurden in Berlin 277 Personen (115 Frauen, 162 Männer) mit *Neuerkrankungen an Tuberkulose aller Formen* gemeldet. Bei mehr als drei Viertel der Erkrankungsfälle handelte es sich um eine offene Lungentuberkulose (218 Fälle insgesamt, 139 männlichen, 79 weiblichen Geschlechts). Während sich der rückläufige Trend bei den sonstigen Formen von Tuberkulose weiter fortsetzte (im Jahr 2008 wurde mit je 1,4 Neuerkrankungen je 100.000 bei beiden Geschlechtern die bis dahin niedrigste altersstandardisierte Rate ermittelt), traf das auf die offene Lungentuberkulose nicht zu. Bei beiden Geschlechtern kam es gegenüber dem Vorjahr, insbesondere die deutsche Bevölkerung betreffend, zu einem Anstieg des Infektionsrisikos (vgl. Abbildung 3.34 und Tabelle 3.2.52 a).

Abbildung 3.34:
Gemeldete Neuerkrankungen an Tuberkulose (darunter offene Lungentuberkulose) in Berlin 1993 - 2008 (Stand: 01.03.2009) nach Geschlecht
- je 100.000 / altersstand. Eurobev. alt / alle Altersgruppen



(Datenquelle: Bis 2000 AFS Berlin-Brandenburg, seit 2001 RKI /
Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Von den infektionsepidemiologisch bedeutsamen und in den Jahren 2006 bis 2008 in Berlin an *offener Lungentuberkulose* (nur diese Form wird für eine Weiterverbreitung verantwortlich gemacht) erkrankten 615 Personen (205 weiblichen, 410 männlichen Geschlechts) befanden sich 140 Frauen und 318 Männer in einem Alter von 15- bis 64 Jahren. Der Staatsangehörigkeit nach waren 88 erkrankte Frauen Ausländerinnen. Das entsprach einem Anteil von 63 % aller im genannten Zeitraum an offener Lungentuberkulose erkrankten 15- bis 64-jährigen Berlinerinnen. Demgegenüber lag der Anteil der erkrankten 15- bis 64-jährigen ausländischen Männer (insgesamt 129 Erkrankungsfälle) an allen neuerkrankten Berlinern mit 41 % deutlich niedriger (vgl. Tabelle 3.2.52 b).

Drei Viertel der an offener Lungentuberkulose erkrankten Personen befinden sich im Erwerbsalter

Das Risiko, an einer offenen Lungentuberkulose zu erkranken, steigt mit zunehmendem Alter. Die höchsten Inzidenzraten haben erwartungsgemäß über 65-jährige Menschen.

Ausländische Personen haben gegenüber der *deutschen Bevölkerung* eine erheblich höhere Erkrankungsdisposition. Dies ist insbesondere bei Kindern und jungen Erwachsenen der Fall, bei denen das Risiko, an offener Lungentuberkulose zu erkranken, innerhalb der ausländischen Population um ein Vielfaches über der der deutschen liegt. Bezogen auf Per-

Ausländer haben gegenüber Deutschen ein mehrfach erhöhtes Tuberkuloserisiko

sonen im erwerbsfähigen Alter hatten in Berlin lebende 15- bis 64-jährige Ausländerinnen in den letzten Jahren (2006/2008) eine Inzidenzrate von etwa 13,7 je 100.000, die damit gegenüber gleichaltrigen deutschen Frauen (1,8 Neuerkrankungen je 100.000) fast achtmal höher war. Bezogen auf das männliche Geschlecht waren die Unterschiede nicht ganz so gravierend. Aber auch bei Männern erkrankten in Berlin lebende Ausländer (19,7 Neuerkrankungen je 100.000) dreieinhalbmal häufiger als Deutsche (5,7 je 100.000) an einer offenen Lungentuberkulose.

Bezugnehmend auf die deutsche Bevölkerung ist jedoch zu beachten, dass in Berlin mehr als jede zehnte an offener Tuberkulose erkrankte deutsche Person - bei Männern ist der Anteil höher als bei Frauen - einen *Migrationshintergrund* hat. Im Jahr 2008 betraf das beispielsweise 15 der insgesamt 128 an offener Lungentuberkulose erkrankten Personen mit deutscher Staatsangehörigkeit, deren Geburtsland nicht Deutschland war (vgl. Abbildung 3.35).

Offene Lungentuberkulose tritt in Bezirken mit ungünstiger Sozialstruktur häufiger auf

Tuberkulose, insbesondere dann, wenn es sich um *offene Lungentuberkulose* handelt, steht in engem *Zusammenhang mit der gesundheitlichen und sozialen Lage* der Bevölkerung. Das belegen auch in Berlin seit vielen Jahren die unterschiedlichen Morbiditätsraten in den *Berliner Bezirken*. So haben Personen, die in Bezirken mit ungünstigen Sozialindizes (z. B.

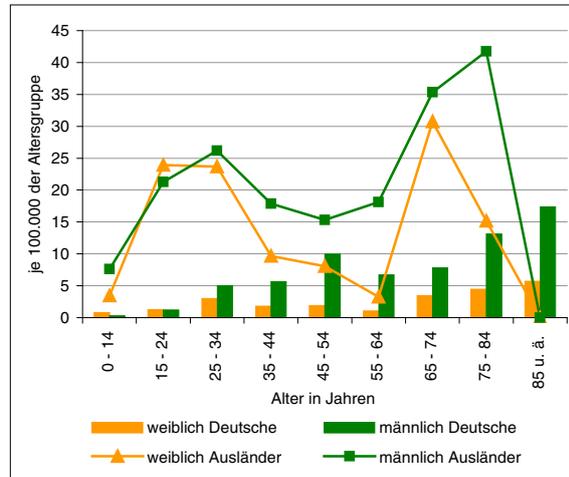
Mitte, Neukölln und Friedrichshain-Kreuzberg) leben - charakterisiert durch Merkmale der sozialen Ungleichheit wie Arbeitslosenquote, Sozialhilfeempfänger, Einkommen, Bildung, Alter, Geschlecht, Haushaltgröße, Staatsangehörigkeit und Migrationshintergrund aber auch Obdachlosigkeit - ein deutlich höheres Erkrankungsrisiko als Personen aus Bezirken mit günstigen sozialstrukturellen Bedingungen (wie Steglitz-Zehlendorf, Pankow, Treptow-Köpenick) (vgl. Tabellen 3.2.53 - 3.2.53 h).

Dass auch in Bezirken, denen eine gute soziale Lage bescheinigt wird (z. B. Charlottenburg-Wilmersdorf), eine deutlich über dem Berliner Durchschnitt liegende Tbc-Erkrankungsrate beobachtet werden konnte, hängt ursächlich damit zusammen, dass dort sehr viele Asylbewerber in Sammelunterkünften und zudem vermehrt Ausländer aus Ländern leben, in denen Tuberkulose endemisch ist (z. B. Vietnam, ehemalige GUS-Staaten). Letzteres trifft auch auf das weit über dem Gesamtberliner Niveau liegende Erkrankungsrisiko innerhalb der ausländischen Bevölkerung in den Bezirken Marzahn-Hellersdorf - betroffen sind dort überwiegend erkrankte Personen aus den ehemaligen GUS-Staaten - und Lichtenberg zu, wo nahezu alle erkrankten ausländischen Personen der Staatsangehörigkeit nach Vietnamesen waren (vgl. Abbildung 3.36).

Gemeldete Aids-Erkrankungen und gesicherte HIV-Erstdiagnosen

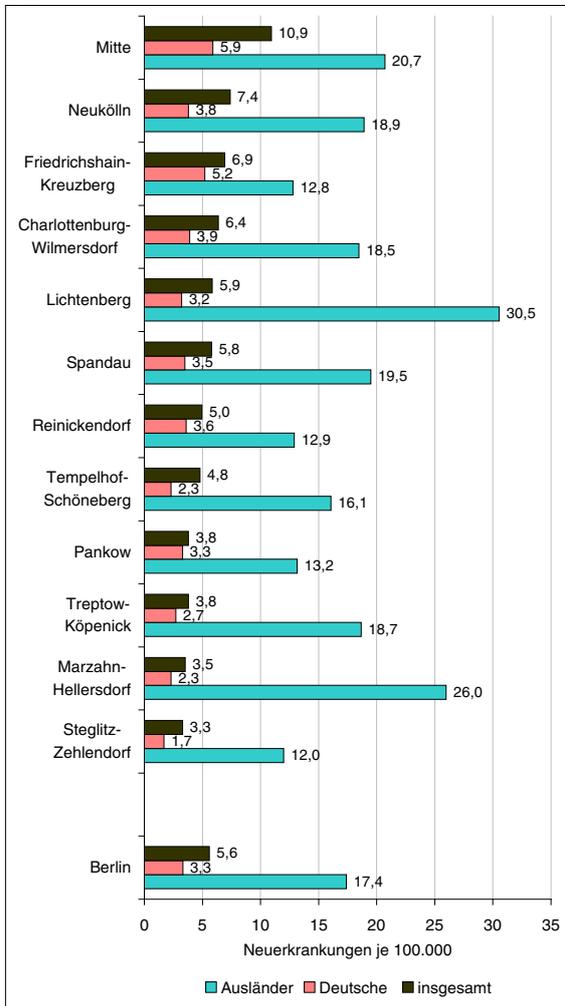
Das acquired immune deficiency syndrome (erworbenes Immundefektsyndrom, Aids) bezeichnet eine Vielfalt von Symptomen, die infolge einer Infektion mit dem human immunodeficiency virus (HIV) auftreten und das menschliche Immunsystem zerstören. Obwohl sich die hoch spezialisierte Behandlung der HIV-Krankheit (ICD-10 Nrn. B 20 - B 24) in den letzten Jahren immer weiter entwickelt hat, ist eine Heilung bis dato noch nicht möglich. Trotz Rückgang der Sterberaten ist die Krankheit nach wie vor mit einer hohen Letalität belastet. In den letzten Jahren starben in Berlin jährlich etwa 55 Männer und zehn Frauen an Aids. Laut amtlicher Todesursachenstatistik starben von 1993 bis 2008 insgesamt 2.148 Personen (288 Frauen, 1.860 Männer) aus Berlin an der *Immunschwäche-*

Abbildung 3.35:
Gemeldete Neuerkrankungen an offener Lungentuberkulose in Berlin 2006 - 2008 (zus. gefasst, Stand: 01.03.2009) nach Geschlecht, Staatsangehörigkeit und Altersgruppen - je 100.000 der Altersgruppe



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

Abbildung 3.36:
Gemeldete Neuerkrankungen an offener Lungentuberkulose (Alter: 0 - 64 Jahre) in Berlin 2004 - 2008
 (zusammengefasst / Stand: 01.03.2009)
 nach Staatsangehörigkeit und Bezirken
 - je 100.000 / altersstandard. Eurobev. alt



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

wurde in *Berlin* mit einer Inzidenzrate von 29,4 je 100.000 bei den Männern seit 1993 der höchste und mit 3,3 HIV-Erstdiagnosen je 100.000 bei den Frauen der dritthöchste Wert (nach 1996 und 1997) ermittelt. Insgesamt kam es in Berlin in der Zeit von 2001 bis 2008 zu einem Anstieg der Neuinfektionsrate um 138 % bei den Männern. Aber auch bei den Frauen hat sich die Rate - bei allerdings deutlich niedriger liegenden Fallzahlen - mehr als verdoppelt.

Hinsichtlich der *Aids-Neuerkrankungen* kam es ebenfalls bis etwa 2006 bei den Männern zu einem Anstieg des Erkrankungsrisikos. Da für 2008 noch mit Nachmeldungen zu rechnen ist und für 2009 noch keine exakten Zahlen verfügbar sind, können an dieser Stelle jedoch keine aussagefähigen Angaben zur weiteren Entwicklung der Aids-Erkrankungen in Berlin gemacht werden (vgl. Abbildung 3.37). Weitere Informationen zu Infektionsrisiken, Infektionswegen und Betroffenenengruppen können Tabellen 3.2.54 - 3.2.55 a entnommen werden.

Auf die seit Ende April 2009 weltweit aufgetretene Neue Influenza (Erreger: A/H1N1/ anfangs „Schweinegrippe“ genannt) wird im Rahmen vorliegender Ausführungen zum Infektionskrankheitsgeschehen in Berlin nicht weiter eingegangen, da zur Neuen Influenza unter <http://www.rki.de/>

krankheit. Lediglich 59 der gestorbenen Personen (13 weiblichen, 46 männlichen Geschlechts) waren älter als 65 Jahre. Weit mehr als die Hälfte der Gestorbenen (insgesamt 1.196) waren zum Zeitpunkt ihres Todes in einem Alter von 30 bis 44 Jahren.

Den aktuellen Daten des RKI zufolge¹ lebten im Dezember 2009 in Deutschland rund 67.000 Menschen - 55.000 Männer und 12.000 Frauen - mit HIV/Aids, rund 11.300 der betroffenen Personen waren an Aids erkrankt. In Berlin lebten zu diesem Zeitpunkt schätzungsweise 11.200 Menschen, 9.900 Männer und 1.300 Frauen, mit HIV/Aids. Von diesen waren zu diesem Zeitpunkt circa 2.500 Berlinerinnen und Berliner an Aids erkrankt. Die Zahl der *jährlichen HIV-Neuinfektionen* liegt *bundesweit* derzeit bei 3.000, von denen über 500 auf in Berlin lebende Infizierte entfallen. Bezogen auf das Acquired Immune Deficiency Syndrome beläuft sich die Zahl der jährlichen Aids-Erstdiagnosen auf 1.100, von denen wiederum etwa 200 aus Berlin stammen.

Jede siebente HIV-infizierte und mehr als jede fünfte an Aids erkrankte Person lebt in Berlin

Während Mitte der neunziger Jahre eine veränderte HIV-medikamentös antiretrovirale Behandlungsstrategie zunächst zu einem Rückgang der Inzidenzrate führte, kann seit Anfang der 2000er Jahre wieder eine neuerliche Zunahme von Neuinfektionen beobachtet werden. Anders als im Bundesdurchschnitt, wo sich die Zahl der im Jahr 2008 neu diagnostizierten HIV-Meldungen gegenüber dem Vorjahr nicht weiter erhöhte,

¹ Quelle: Epidemiologische Kurzinformationen HIV/AIDS in Deutschland - Eckdaten, Stand: Ende 2009.

influenza umfangreiche und aktuelle Informationen (wie etwa Pandemieplanung / Meldungen / Surveillance / Fallmeldungen / Impfungen durch niedergelassene Ärzte) zur Verfügung stehen.

Bösartige Neubildungen

Krebsinzidenz und stationäre Morbidität

Zu den bösartigen Neubildungen (ICD-10 Kapitel II / Nrn. C 00 - C 97 / umgangssprachlich Krebs genannt) zählen alle bösartigen (malignen) Erkrankungen, die durch eine unkontrollierte Vermehrung von veränderten Zellen gekennzeichnet sind (Geschwulst, Tumor). Die Ursachen einer Krebserkrankung sind vielfältig und zum Teil noch nicht abschließend geklärt. Vielfach begünstigen jedoch eine genetische Disposition, Umweltfaktoren, physikalische und chemische Noxen, Onkoviren sowie das individuelle Gesundheitsverhalten (Rauchen, Alkoholkonsum, Ernährung) die Entstehung einer bösartigen Neubildung.

Nach neuesten Informationen des RKI leben in Deutschland etwa 1,45 Millionen Menschen, die in den letzten fünf Jahren an Krebs erkrankten. Schätzungsweise liegt die Zahl der derzeitigen Neuerkrankungen bei 450.000 per anno.

In Berlin erkranken demzufolge jährlich etwa 17.500 Personen an bösartigen Neubildungen, im Zuge der demografischen Veränderungen Tendenz steigend. Nach Tumorlokalisation erkranken Frauen am häufigsten an Brust- und Männer an Prostatakrebs (vgl. Tabelle 3.2.60). Lungenkrebs stellt bei den Männern die zweit- und Darmkrebs die dritthäufigste Lokalisation. Bei den Frauen ist Darmkrebs die zweithäufigste Krebsform, gefolgt von Lungenkrebs (vgl. Tabelle 3.2.60).

Die Zahl der Patienten (Fälle) aus Berlin, die sich *infolge einer bösartigen Neubildung* einem Klinikaufenthalt in einem Berliner Krankenhaus unterziehen, liegt derzeit bei etwa 57.000 (27.000 weiblichen, 30.000 männlichen Geschlechts) im Jahr. Für deren vollstationäre Behandlung werden etwa 1.430 Betten am Tag benötigt. Das heißt, dass in den letzten Jahren täglich jedes zehnte Krankenhausbett in Berlin mit an bösartigen Neubildungen erkrankten Berliner Personen belegt war. Für krebserkrankte Männer musste mit circa 740 Betten etwas mehr Bettenkapazität als für Frauen (690 Betten) vorgehalten werden.

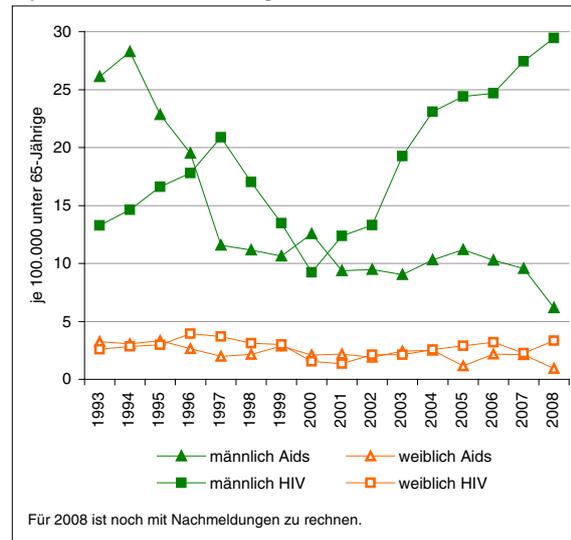
Aufgrund bösartiger Neubildungen erhielten in den letzten Jahren (2006/2008) jährlich etwa 2.200 Berlinerinnen und 1.200 Berliner Leistungen zur Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe. Des Weiteren wurden jährlich über 800 an Krebs erkrankte Personen (400 Frauen und 420 Männer) frühberentet (einzelne Altersgruppen vgl. Tabellen 3.2.64 und 3.2.65).

Die Zahl der durch Krebserkrankungen verursachten Sterbefälle liegt in Berlin derzeit bei etwa 8.200 Gestorbenen im Jahr (4.000 weibliche, 4.200 männliche). Nach Krankheiten des Kreislaufsystems belegen Todesfälle an bösartigen Neubildungen Platz zwei in der Todesursachenstatistik.

25- bis 54-jährige Berlinerinnen erkranken häufiger an Krebs als gleichaltrige Berliner

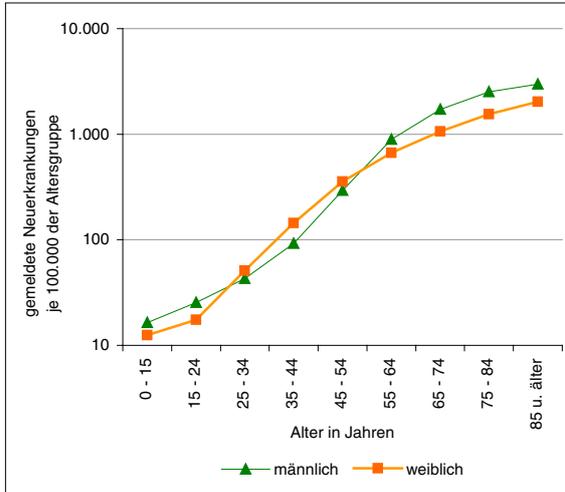
Bezogen auf das alters- und geschlechtsspezifische Erkrankungsrisiko waren rund 40 % der in Berlin in der Zeit von 2005 bis 2007 an bösartigen Neubildungen erkrankten Personen, deren Erkrankung dem Berliner Krebsregister gemeldet bzw. dort durch DCO-Abgleich bekannt wurde, im erwerbsfähigen Alter (Erfassungsstand: 31.12.2009 / zur Methodik

Abbildung 3.37:
Gemeldete Aids-Erkrankte und gesicherte HIV-Erstdiagnosen in Berlin 1993 - 2008 (Stand: 31.12.2009) nach Geschlecht - je 100.000 unter 65-Jährige



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

Abbildung 3.38:
Geschlechtsspezifische Inzidenz an bösartigen Neubildungen (ICD-10 Nrn. C 00 - C 97 / ohne C 44) in Berlin 2005 - 2007 (zusammengefasst / Erfassungsstand: 31.12.2009) nach Altersgruppen - je 100.000 der Altersgruppe / mit DCO-Fällen

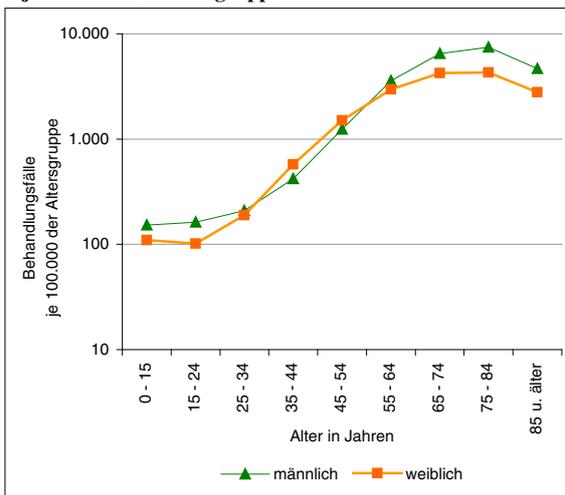


(Datenquelle: GKR / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

siehe Erläuterungen unter „Krebsregister“). Jeder dritte an Krebs erkrankte Mann befand sich z. B. im Alter von 45- bis 64 Jahren. Aber auch bei den Frauen entfielen fast 30 % des Meldeaufkommens auf diese Altersgruppe (vgl. Tabelle 3.2.59 a). Bis auf die 25- bis 54-Jährigen hatten Berliner gegenüber Berlinerinnen in allen anderen Altersgruppen ein deutlich höheres Erkrankungsrisiko. Die bei 25- bis 54-jährigen Berlinerinnen gegenüber gleichaltrigen Berlinern um etwa ein Drittel höher liegende Inzidenzrate lässt sich aus dem vergleichsweise niedrig liegenden mittleren Erkrankungsalter bezüglich des Zervixkarzinoms erklären. Insgesamt gesehen zählt Gebärmutterhalskrebs bei den Frauen zwar nicht zu den häufigsten Krebserkrankungen (der Anteil liegt insgesamt bei etwa drei Prozent), bei 25- bis 44-jährigen Frauen trifft diese Tumorlokalisation jedoch auf etwa jede siebente Krebserkrankung zu (vgl. Abbildung 3.38).

Weitere Informationen zur Krebsinzidenz können dem aktuellen Jahresbericht des GKR² entnommen werden. Zu bezirksspezifischen Neuerkrankungsraten an Krebs insgesamt und zu den häufigsten Krebslokalisationen (alle Altersgruppen, räumliche und zeitliche Darstellung auf Bezirks- und Planungsebene, Bedeutung für die Sozialstruktur) siehe auch Sozialstrukturatlas Berlin 2008³).

Abbildung 3.39:
Aus dem Krankenhaus entlassene wegen bösartiger Neubildungen vollstationäre Behandlungsfälle (einschließlich Sterbefälle) in Berlin 2006 - 2008 (zusammengefasst / nur Berliner) nach Geschlecht und Altersgruppen - je 100.000 der Altersgruppe



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

Die bei den 25- bis 54-jährigen Berlinerinnen gegenüber gleichaltrigen Berlinern zu beobachtende höher liegende

Täglich werden in Berlin rund 550 Krankenhausbetten für Krebspatienten im Erwerbsalter benötigt

Inzidenzrate spiegelt sich auch in deren stationärer Morbidität wider: Im Zeitraum 2006/2008 lag deren Rate mit jährlich etwa 760 Fällen je 100.000 der Altersgruppe 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. Bezüglich aller im erwerbsfähigen Alter an Krebs Erkrankten bezifferte sich die Zahl der stationären Krankenhausfälle aus Berlin auf etwa 24.000 im Jahr (11.900 Frauen und 12.100 Männer), für deren Behandlungen eine Bettenkapazität von etwa 550 pro Tag (285 Betten für Männer, 265 für Frauen) benötigt wurde (vgl. Abbildung 3.39).

² Stabenow, Roland et al. (2009): Krebsinzidenz und Krebsmortalität 2005 - 2006 im Erfassungsgebiet des Gemeinsamen Krebsregisters - Jahresbericht. Schriftenreihe des GKR 1/2009. <http://www.berlin.de/gkr/publikationen/jahresberichte/>.

³ Meinschmidt, Gerhard (Hrsg.) (2009): Sozialstrukturatlas Berlin 2008 - Ein Instrument der quantitativen, interregionalen und intertemporalen Sozialraumanalyse und -planung. Gesundheitsberichterstattung Berlin, Spezialbericht 2009-1. <http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/gesundheit/spezial.html>.

Sterblichkeit an bösartigen Neubildungen in Berlin

In den letzten Jahren starben jährlich durchschnittlich 990 Berlinerinnen und 1.290 Berliner im erwerbsfähigen Alter an den Folgen einer bösartigen Neubildung. Statistisch gesehen sterben demzufolge derzeit jeden Tag drei Berlinerinnen und vier Berliner im Erwerbsalter an Krebs. Bis auf 35- bis 44-Jährige lag die *altersspezifische Krebssterblichkeit* der Männer in allen anderen Altersgruppen zum Teil erheblich über der der Frauen. Bezogen auf das Erwerbsalter lag das Sterberisiko der Berliner Männer im Zeitraum 2006/2008 mit 3.847 Gestorbenen absolut bzw. 106 je 100.000 mehr als ein Viertel über dem der Frauen (2.977 Krebssterbefälle, 84 je 100.000) (vgl. Abbildung 3.40).

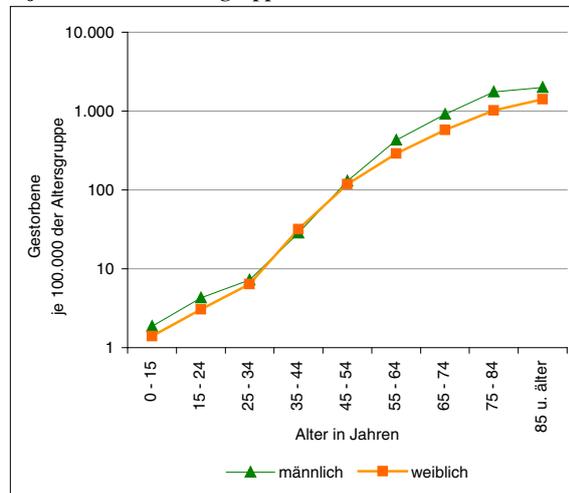
Seit Anfang der neunziger Jahre ist die altersstandardisierte Krebsmortalität bei 15- bis 64-Jährigen bei beiden Geschlechtern von einem *rückläufigen Trend* gekennzeichnet. Bezogen auf alle Krebslokalisationen verringerte sich die Sterblichkeit der *Berlinerinnen* um 24 % (1991/1993: 105 Gestorbene je 100.000, 2006/2008: 80 je 100.000). Der Rückgang fiel aber im Vergleich zur allgemeinen Sterblichkeit, deren Rate um 38 % zurückging (1991/1993: 272 je 100.000, 2006/2008: 170), schwächer aus. Hinsichtlich der vier häufigsten Tumorlokalisationen, die bei Frauen 56 % aller Krebssterbefälle ausmachten, ging die Brustkrebssterblichkeit um 39 % zurück (von 28 auf 17 je 100.000). Noch intensiver war das bei Darmkrebs der Fall, dessen Sterberate von 10 auf 5 Gestorbene je 100.000 zurückging. Demgegenüber kam es zu einem kontinuierlichen Anstieg der Lungenkrebssterblichkeit von 13 Gestorbenen je 100.000 im Zeitraum 1991/1993 auf 18 2006/2008. Das entsprach einer Erhöhung des Sterberisikos um 39 %.

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). Wie bei den Frauen fiel diese auch bei ihnen im Vergleich zur allgemeinen Sterblichkeit (1991/1993: 551 je 100.000, 2006/2008: 338), deren Rate sich um 39 % reduzierte, etwas schwächer aus. Bezogen auf die vier häufigsten Krebsformen (fast jeder zweite Todesfall ging zu deren Lasten) verringerte sich bei den Männern die Lungenkrebssterblichkeit um 26 % (von 43 auf 32 je 100.000) und damit am stärksten von allen betrachteten Tumorlokalisationen. Ein erfreulicher Trend zeichnete sich auch hinsichtlich der Darmkrebssterblichkeit ab, deren Rate um ein Fünftel zurückging (von 11 auf durchschnittlich 9 Gestorbene je 100.000) (vgl. Abbildung 3.41).

Krebssterblichkeit verringerte sich in den letzten zehn Jahren in fast allen Bezirken

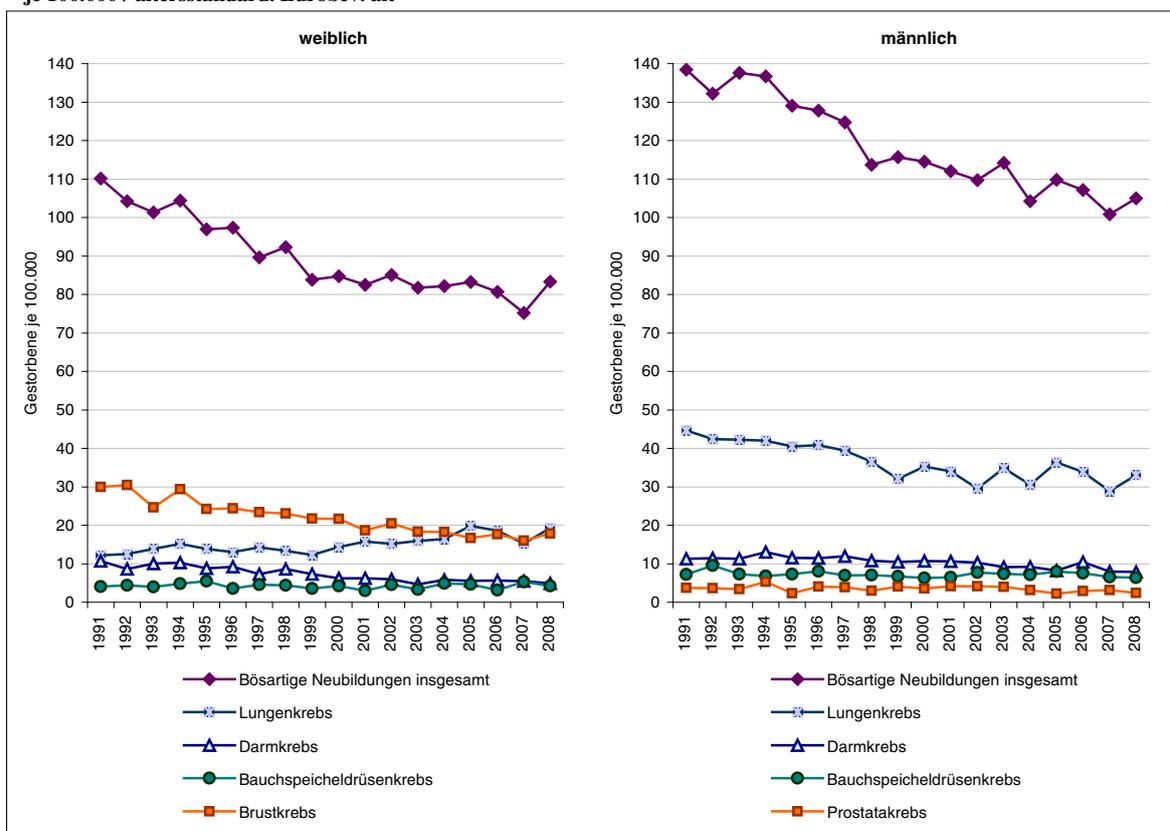
Die altersstandardisierte *Krebssterblichkeit* unterliegt in den Berliner Bezirken einer erheblichen Schwankungsbreite. Das Risiko, an einer bösartigen Neubildung zu sterben, verringerte sich in den letzten zehn Jahren in fast allen Berliner Bezirken. Bezogen auf das Erwerbsalter und auf das weibliche Geschlecht profitierten Frauen aus Pankow mit einem Rückgang um 22 % sowie Frauen aus Steglitz-Zehlendorf (minus 16 %) am meisten davon. In zwei Bezirken kam es jedoch zu einem Anstieg der Krebssterblichkeit: In Tempelhof-Schöneberg betrug dieser 11 %, Frauen aus diesem Bezirk hatten in den letzten Jahren die dritthöchste Sterberate von allen Berliner Bezirken. Ein noch stärkerer Anstieg - und zwar um etwa ein Fünftel - wurde in Friedrichshain-Kreuzberg beobachtet, wo bei 15- bis 64-jährigen Frauen in den letzten Jahren die

Abbildung 3.40:
Geschlechtsspezifische Mortalität an bösartigen Neubildungen (ICD-10 Nrn. C00 - C97) in Berlin 2006 - 2008 (zusammengefasst) nach Altersgruppen - je 100.000 der Altersgruppe



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

Abbildung 3.41:
Mortalitätsraten infolge bösartiger Neubildungen (ICD-10 Nrn. C00 - C97 /Alter: 15 - 64 Jahre) in Berlin 1991 - 2008 nach Geschlecht und den häufigsten Tumorlokalisationen - je 100.000 / altersstandard. Eurobev. alt



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

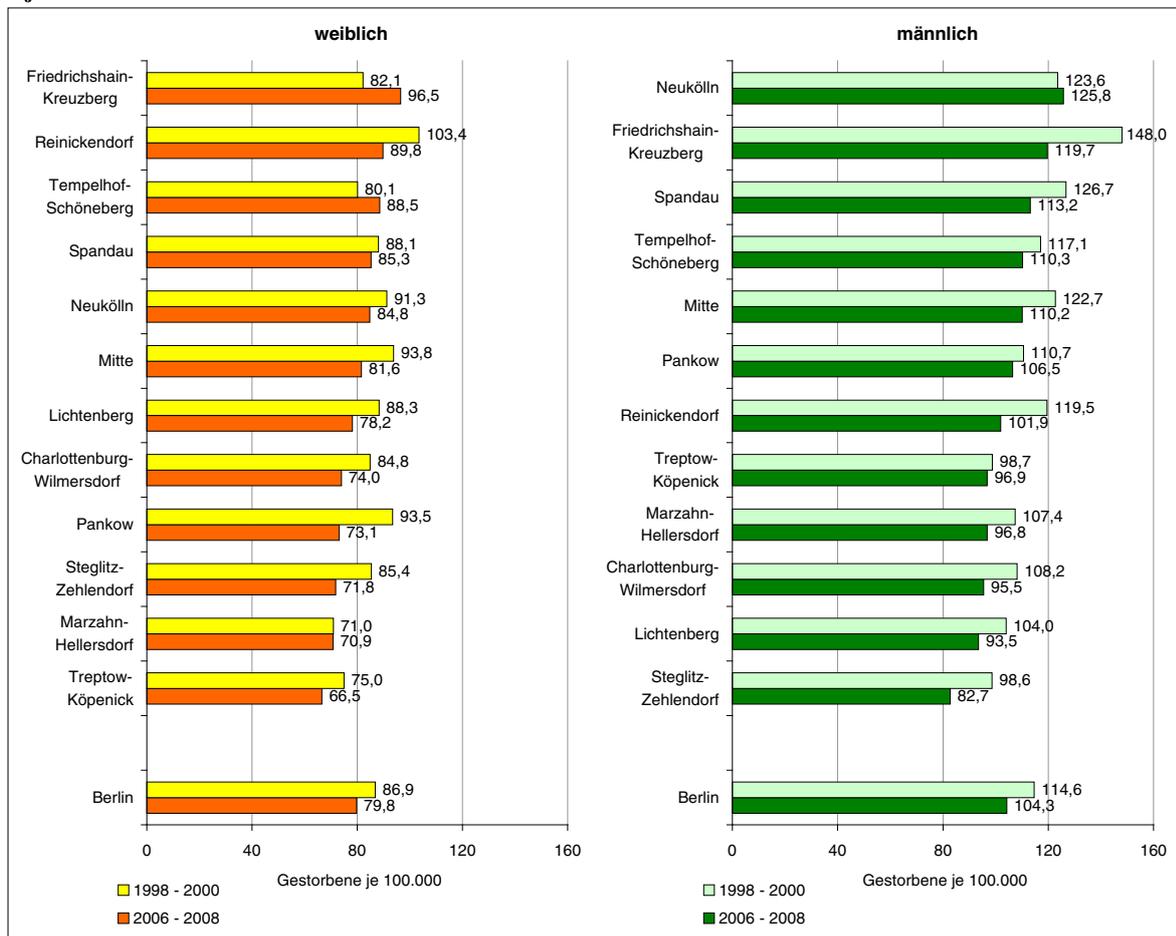
berlinweit höchsten Werte ermittelt wurden, gefolgt von Frauen aus Reinickendorf, die trotz eines überdurchschnittlichen Rückgangs (um 13 %) das zweithöchste Krebssterberisiko aufwiesen.

Bis auf 15- bis 64-jährige Männer aus Neukölln, bei denen sich die Krebssterblichkeit leicht erhöhte, hat sich das Sterberisiko im Beobachtungszeitraum in allen anderen Berliner Bezirken weiter verringert, am stärksten zu beobachten in Friedrichshain-Kreuzberg (minus 19 %) und in Steglitz-Zehlendorf (16 %). Männer aus Steglitz-Zehlendorf hatten im gesamten Beobachtungszeitraum die niedrigste Rate von allen Berliner Bezirken. Der zweitniedrigste Wert wurde in Lichtenberg, der drittniedrigste in Charlottenburg-Wilmersdorf ermittelt. Das mit Abstand höchste Risiko hatten Männer aus Neukölln, deren Krebssterblichkeit ein Fünftel über dem Gesamtberliner Niveau lag. Männer aus Friedrichshain-Kreuzberg wiesen trotz stärkeren Rückgangs der Raten den zweithöchsten Wert auf, gefolgt von Gleichaltrigen aus Spandau (vgl. Abbildung 3.42).

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 % (Auflistung der vermeidbaren Todesfälle kann Tabellen 3.2.15 und 3.2.16 entnommen werden). Im Jahr 2008 entfielen z. B. bei 15- bis 64-jährigen Berlinerinnen 511 bzw. 60 % aller 856 VTF auf bösartige Neubildungen. Demgegenüber lag der Anteil der durch Krebs verursachten VTF (416 von insgesamt 1.408) bei den Berliner Männern mit 30 % deutlich darunter. Von den auf bösartige Neubildungen zurückzuführenden vermeidbaren Sterbefällen gingen die meisten zu Lasten von Lungen- und Brustkrebs. Bei den Frauen belief sich deren Anteil auf 89 %, bei den Männern hatte allein Lungenkrebs einen Anteil von 96 %.

Jährlich über 900 vermeidbare Todesfälle durch Krebs

Abbildung 3.42:
Sterblichkeit an bösartigen Neubildungen (ICD-10 Nrn. C 00 - C 97 / Alter: 15 - 64 Jahre) in Berlin 1998 - 2000 und 2006 - 2008 (jeweils zusammengefasst)
nach Geschlecht und Bezirken
- je 100.000 / altersstand. Eurobev. alt



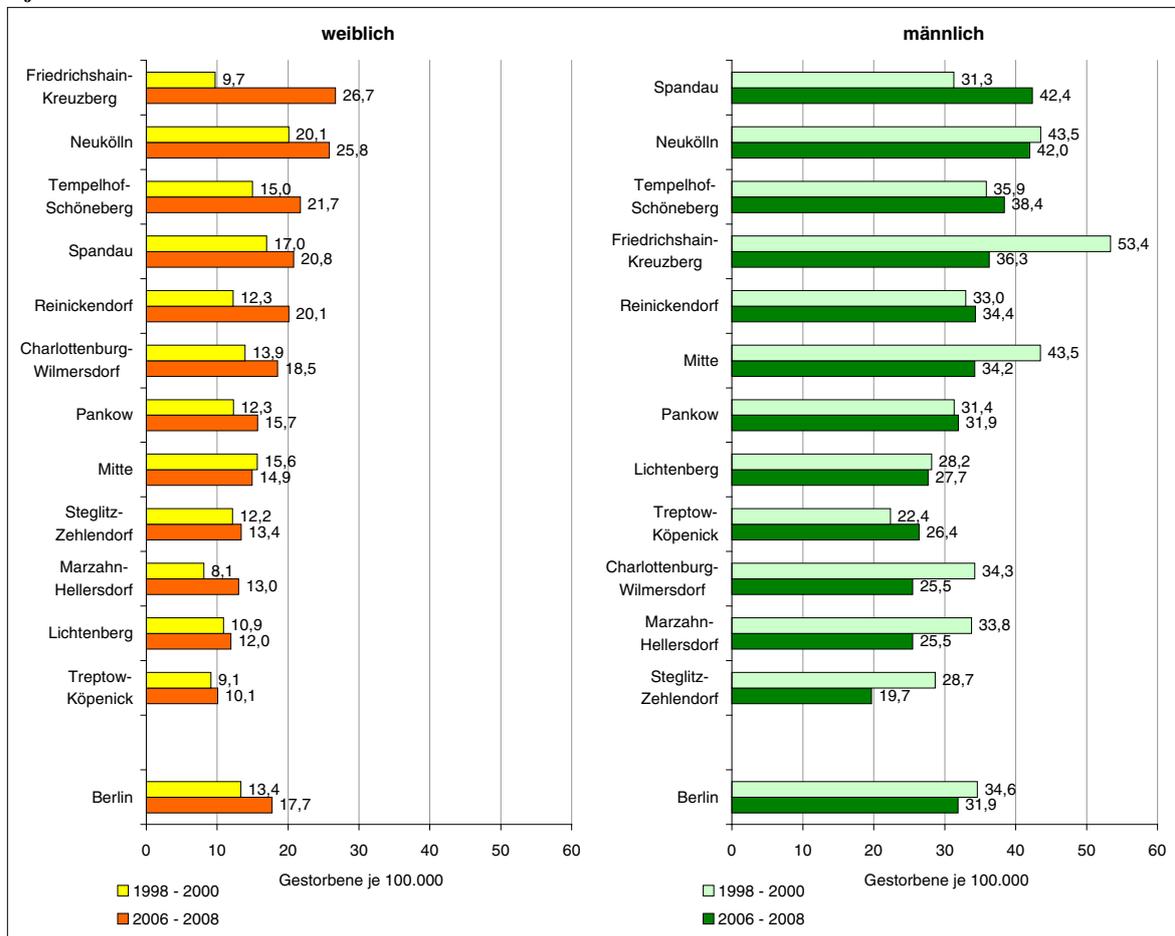
(Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Bezogen auf Sterbefälle infolge von Lungen- und Bronchialkarzinomen, die bei 15- bis 64-Jährigen per definitionem als vermeidbar gelten, 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, am stärksten zu beobachten bei Frauen aus Friedrichshain-Kreuzberg, deren Risiko sich nahezu verdreifachte. Um fast zwei Drittel erhöhten sich die altersstandardisierten Raten außerdem in Reinickendorf und Marzahn-Hellersdorf. Trotz der starken Zunahme hatten Frauen aus Marzahn-Hellersdorf, nach Frauen aus Treptow-Köpenick und Lichtenberg (alle drei Bezirke gehörten zu ehemals Berlin-Ost) aber immer noch die drittniedrigste Lungenkrebssterblichkeit. Demgegenüber wurde bei Frauen aus Friedrichshain-Kreuzberg, Neukölln und Tempelhof-Schöneberg (bis auf ehemals Friedrichshain alles Bezirke, die zu westlichen Bezirken Berlins zählten) die höchsten Raten. Insgesamt konnte festgestellt werden, dass die Lungenkrebssterblichkeit der Frauen aus den ehemaligen Ostbezirken mit 13 Gestorbenen je 100.000 (ohne Mitte und Friedrichshain) gegenüber 15- bis 64-Jährigen aus Bezirken von ehemals Berlin-West (20 Gestorben je 100.000, ohne Kreuzberg, Tiergarten und Wedding) nach wie vor um mehr als ein Drittel unter deren Niveau lag.

Von dem insgesamt bei 15- bis 64-jährigen Männern zu beobachtenden rückläufigen Trend der Lungenkrebssterblichkeit konnten nicht alle Berliner Bezirke profitieren. Während dies auf sieben Bezirke zutraf, am stärksten auf Friedrichshain-Kreuzberg (minus 32 %) und Steglitz-Zehlendorf (31 %), kam es in fünf Bezirken zu einem Anstieg der Raten. Bei Männern aus Spandau kam es zur stärksten

Zunahme. Das Risiko, an Lungenkrebs zu sterben, erhöhte sich bei ihnen um mehr als ein Drittel. Während Männer aus diesem Bezirk Ende der neunziger Jahre berlinweit noch die viertniedrigste Rate aufwiesen, hatten sie in den letzten Jahren - vor Männern aus Neukölln - von allen Berliner Bezirken die höchste Lungenkrebssterblichkeit. In den zwei Bezirken lag das Sterberisiko mehr als doppelt so hoch wie etwa in Steglitz-Zehlendorf, dem Bezirk, in dem 15- bis 64-jährige Männer in den letzten Jahren, noch vor gleichaltrigen aus Marzahn-Hellersdorf, mit der niedrigsten Lungenkrebssterblichkeit rechnen konnten. Trotz des stärkeren Anstiegs der Raten (um circa ein Fünftel) in Treptow-Köpenick hatten Männer aus den ehemaligen östlichen Bezirken mit 18 Gestorbenen je 100.000 (ohne Mitte und Friedrichshain) gegenüber männlichen Personen aus den ehemaligen Westbezirken (34 je 100.000, ohne Kreuzberg, Tiergarten und Wedding) eine um 17 % niedrigere Sterbeziffer (vgl. Abbildung 3.43 und Tabelle 3.2.17).

Abbildung 3.43:
Vermeidbare Sterbefälle an Lungenkrebs (ICD-10 Nrn. C 33 , C 34 / Alter: 15 - 64 Jahre) in Berlin 1998 - 2000 und 2006 - 2008 (jeweils zusammengefasst) nach Geschlecht und Bezirken - je 100.000 / altersstand. Eurobev. alt



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

Bei *Brustkrebs* gelten *Todesfälle* im Alter von 25 bis 64 Jahren als vermeidbar. In allen Berliner Bezirken kam es zu einem Rückgang des Sterberisikos. Am stärksten vollzog sich dieser bei Frauen aus Charlottenburg-Wilmersdorf (-40 %), Neukölln (-32 %) und Steglitz-Zehlendorf (-30 %). Obwohl auch Frauen aus Reinickendorf mit einem Rückgang der Sterberate um 29 % überdurchschnittlich profitierten, wurde in diesem Bezirk nach wie vor die höchste Brustkrebssterblichkeit beobachtet. Den zweithöchsten Wert wiesen Frauen aus Tempelhof-Schönberg auf, gefolgt von Spandauerinnen.

Nach wie vor hatten 25- bis 64-jährige Frauen aus den ehemaligen Ostbezirken der Stadt mit 19 Gestorbenen je 100.000 (ohne Mitte und Friedrichshain) eine unter dem Niveau der Frauen aus den ehemaligen Westbezirken (23 je 100.000, ohne Kreuzberg, Tiergarten und Wedding) liegende Brustkrebssterblichkeit - wenn auch längst nicht mehr so deutlich wie in den neunziger Jahren. Demzufolge gehörten alle Bezirke, in denen 25- bis 64-Jährige die berlinweit geringste vermeidbare Brustkrebsmortalität (Marzahn-Hellersdorf, Treptow-Köpenick, Pankow) ermittelt wurde, zu ehemals Berlin-Ost, während es sich bei Bezirken, in denen die höchsten Raten beobachtet wurden, um ehemalige westliche Bezirke handelte (vgl. Abbildung 3.44 und Tabelle 3.2.17).

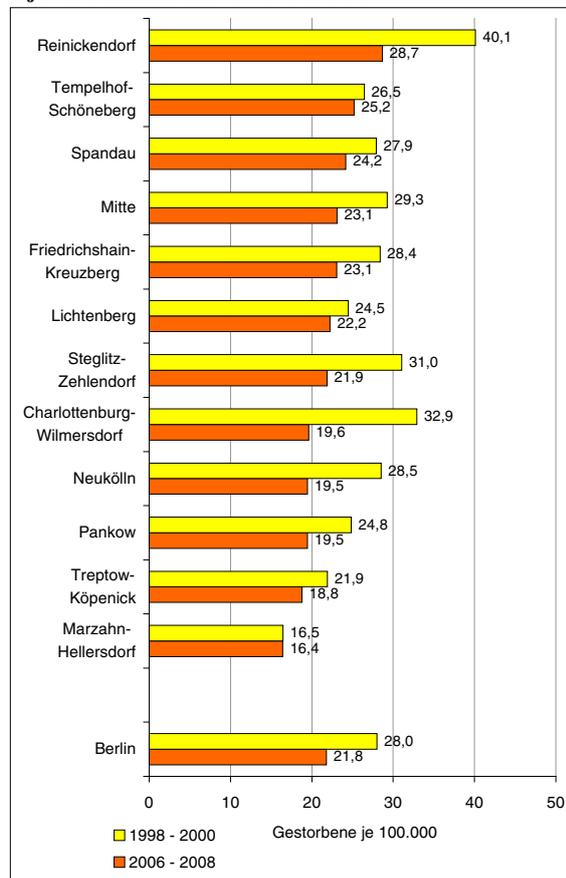
Erhöhte Sterblichkeit an Lungenkrebs in Bezirken mit schlechter sozialer Lage

Die Sterberate vermeidbarer Todesfälle infolge von Lungenkrebs korreliert stark bis mittelstark mit

der Sozialstruktur. Die aktuellen Daten für die Berliner Bezirke lassen den Schluss zu, dass ein sinkender Sozialstatus mit einer erhöhten Lungenkrebssterblichkeit einhergeht. Das trifft auf beide Geschlechter gleichermaßen zu. So hatten Personen aus Bezirken mit der ungünstigsten Sozialstruktur Bedingungen ein durchweg über dem Berliner Durchschnitt liegendes Risiko, an Lungenkrebs zu erkranken und an den Folgen dieser nach wie vor mit einer schlechten Prognose behafteten Tumorlokalisation zu sterben. Den zur Verfügung stehenden Daten kann außerdem entnommen werden, dass Berlinerinnen und Berliner aus Bezirken mit einer vergleichsweise guten sozialen Lage seltener an Lungenkrebs erkranken und demzufolge ein geringeres Sterberisiko haben. Im gesamten Beobachtungszeitraum lag die Lungenkrebssterblichkeit in allen Berliner Bezirken mit guter Sozialstruktur (mit Ausnahme von Frauen aus Charlottenburg-Wilmersdorf) unter dem Berliner Durchschnittswert.

Hinsichtlich der vermeidbaren Todesfälle durch Brustkrebs können noch *keine verifizierten Zusammenhänge mit der jeweiligen sozialen Lage der Betroffenen* abgeleitet werden. Hier bleibt die weitere Entwicklung, insbesondere die der Prädiktoren und Interventionen (z. B. Mammographie-Screening, vgl. dazu auch Kapitel 7, Schwerpunkt 7.1.3), abzuwarten. Bis auf Neukölln und Marzahn-Hellersdorf wurden zwar in allen anderen Berliner Bezirken mit ungünstigen Sozialindizes über dem Berliner Durchschnitt liegende Sterberaten beobachtet, die jedoch keine eindeutigen Rückschlüsse zulassen. Auch für die in Bezirken mit guter sozialstruktureller Lage (wie etwa in Steglitz-Zehlendorf, Charlottenburg-Wilmersdorf) unter bzw. auf Berliner Niveau liegende Brustkrebssterblichkeit (bis Ende der neunziger Jahre wurden dort noch deutlich darüber liegende Werte ermittelt) kann kein Zusammenhang zur Sozialstruktur festgestellt werden.

Abbildung 3.44:
Vermeidbare Sterbefälle an Brustkrebs (ICD-10 Nr. C 50 / Alter: 25 - 64 Jahre / weiblich) in Berlin 1998 - 2000 und 2006 - 2008 (jeweils zusammengefasst) nach Bezirken
- je 100.000 / altersstand. Eurobev. alt



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

Verletzungen und Vergiftungen / Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität

Nachfolgende Ausführungen beziehen sich hinsichtlich der Morbidität im Wesentlichen auf die stationäre Behandlung von Verletzungen und Vergiftungen (Unfälle) und auf die in Berlin polizeilich registrierten Straßenverkehrsunfälle. Bezogen auf die Mortalität wird neben unfallbedingten Sterbefällen auch das Suizidgeschehen dargestellt (zu Arbeits- und Wegeunfällen vgl. Tabelle 3.2.31 und Schwerpunkt 3.1.1.2 Allgemeine Morbidität - Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten).

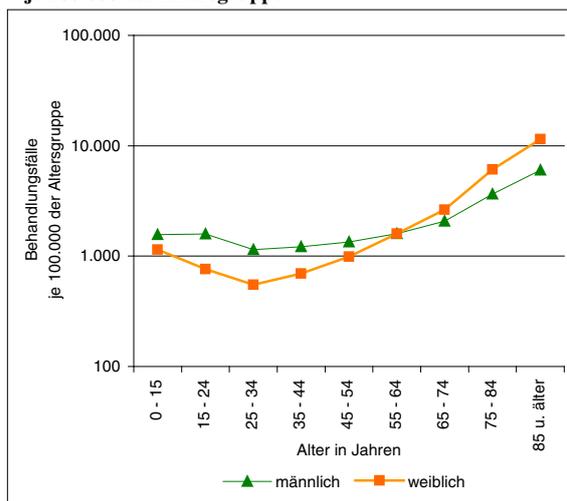
Schätzungsweise erleidet jährlich etwa jede zehnte in Berlin lebende Person Verletzungen und Vergiftungen. Unfall-, verletzungs- und vergiftungsbedingte Folgen zählen zu den häufigsten Anlässen einer Krankenhausbehandlung und haben hinsichtlich des erwerbsfähigen Alters einen hohen Anteil am Arbeitsunfähigkeitsgeschehen. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn es sich um Knochenfrakturen handelt, die meist mit langen Ausfallzeiten einhergehen.

Krankenhausaufenthalte infolge von Verletzungen und Vergiftungen

In den letzten 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*. Während zwei Drittel der männlichen Behandlungsfälle im erwerbsfähigen Alter waren, traf das bei den Frauen auf etwa ein Drittel der verletzungsbedingten Krankenhauseinweisungen zu. Im Durchschnitt gesehen befanden sich jährlich etwa 10.500 15- bis 64-jährige Berlinerinnen und 16.270 Berliner Männer in vollstationärer Therapie, für deren stationäre Krankenhausinanspruchnahme dann täglich durchschnittlich 460 Krankenhausbetten (180 für Frauen, 280 für Männer) vorgehalten werden mussten.

Täglich fast 500 Personen im Erwerbsalter wegen Verletzungen und Vergiftungen in stationärer Therapie

Abbildung 3.45:
Aus dem Krankenhaus entlassene wegen Verletzungen und Vergiftungen vollstationäre Behandlungsfälle (einschließlich Sterbefälle) in Berlin 2006 - 2008 (zusammengefasst / nur Berliner) nach Geschlecht und Altersgruppen - je 100.000 der Altersgruppe



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

Das Risiko eines aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen (ICD-10 Kapitel XIX / Nrn. S 00 - T 98) erforderlichen Krankenhausaufenthaltes nimmt mit dem Alter zu. Die höchsten *stationären Morbiditätsraten* hatten hochbetagte Frauen und Männer. Während sich unter 65-jährige Berliner Männer, insbesondere das Kindes- und jüngere Erwachsenenalter betreffend, deutlich häufiger als Frauen unfall- und verletzungsbedingt im Krankenhaus befanden, traf das auf ältere Menschen nicht mehr zu. Bei den über 65-Jährigen lag die Krankenhausinanspruchnahme der Berlinerinnen erheblich über der der Männer (vgl. Abbildung 3.45 und Tabelle 3.2.98).

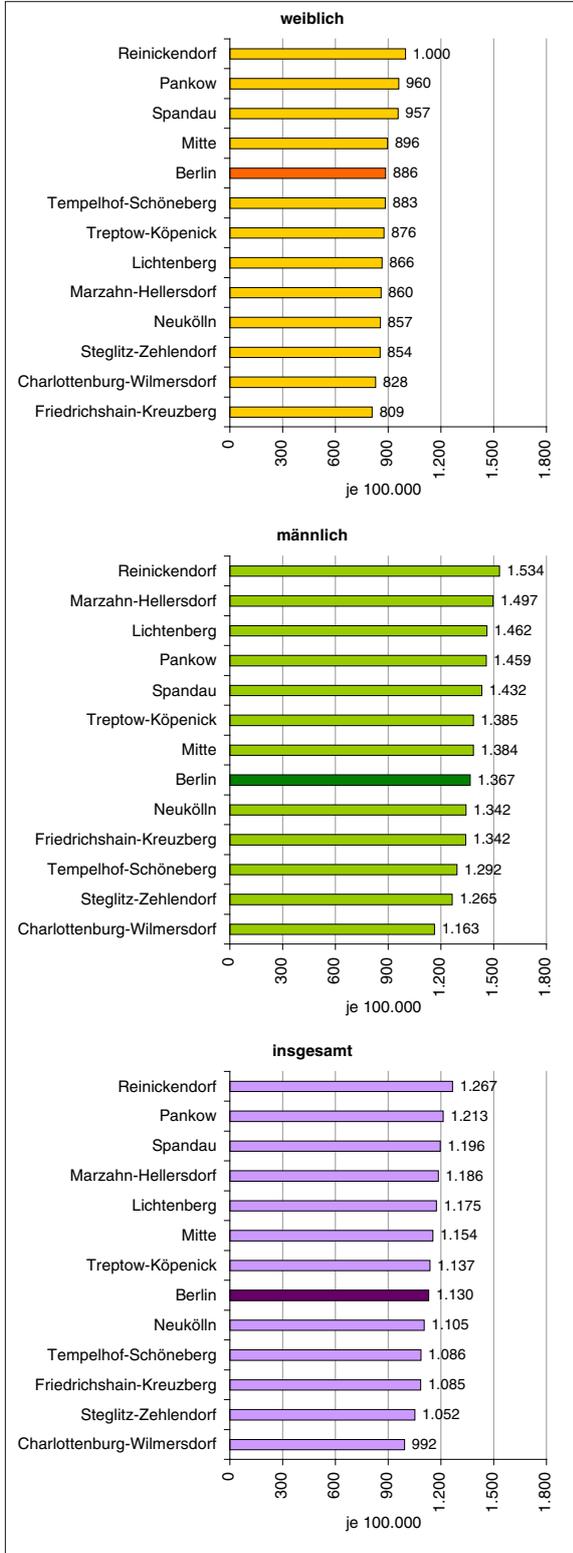
Krankenhausaufenthalte infolge von Verletzungen und Vergiftungen unterliegen innerhalb der

Verletzungsbedingte Krankenhausaufenthalte in Reinickendorf am höchsten

Berliner Bezirke, insbesondere bei den Männern, großen Schwankungen. Ein Zusammenhang zwischen sozialer Lage und der Höhe der stationären

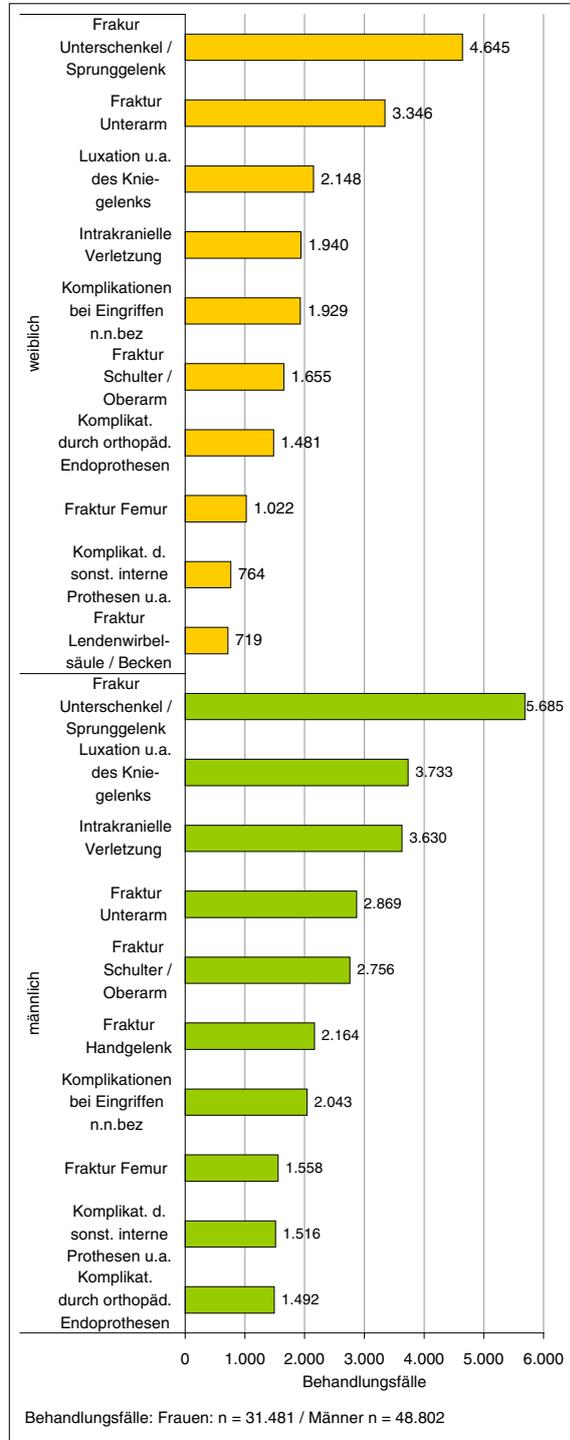
Behandlungsrate kann nicht abgeleitet werden. In Bezug auf das Erwerbsalter fiel auf, dass das Risiko einer verletzungs- und vergiftungsbedingten vollstationären Krankenhausbehandlung sowohl bei Personen aus Bezirken mit den berlinweit günstigsten als auch bei Personen mit den ungünstigsten Sozialindizes (hier: Friedrichshain-Kreuzberg, Neukölln) durchweg unter dem Berli-

Abbildung 3.46:
Aus dem Krankenhaus entlassene wegen Verletzungen und Vergiftungen vollstationäre Behandlungsfälle (einschließl. Sterbefälle / Alter: 15 - 64 Jahre) in Berlin 2006 - 2008 (zus.gefasst / nur Berliner) nach Geschlecht und Bezirken - je 100.000 / altersstand. Eurobev. alt



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

Abbildung 3.47:
Die häufigsten Behandlungsdiganosen der aus dem Krankenhaus entlassenen wegen Verletzungen und Vergiftungen vollstationären Behandlungsfälle (einschl. Sterbefälle) in Berlin 2006 - 2008 (zusammengefasst / nur Berliner / Alter 15 - 64 Jahre) nach Geschlecht - Behandlungsfälle absolut



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

ner Durchschnittswert lag. Das traf auf beide Geschlechter gleichermaßen zu. Unter Nichtberücksichtigung des Geschlechts befanden sich 15- bis 64-Jährige aus Reinickendorf, Pankow und Spandau am häufigsten und Gleichaltrige aus Charlottenburg-Wilmersdorf, gefolgt von Personen aus Steglitz-Zehlendorf und Friedrichshain-Kreuzberg am seltensten länger als einen Tag in vollstationärer Therapie (vgl. Abbildung 3.46).

Bezüglich der *Gründe, die eine verletzungs- und vergiftungsbedingte stationäre Behandlung notwendig machen*, sind in erster Linie Unfallfolgen zu nennen, allen voran Knochenbrüche. Unterarm- und Unterschenkelfrakturen führten das Behandlungsspektrum an. Insgesamt wurden im Zeitraum 2006/2008 21.092 Berliner Männer und 13.908 Berliner Frauen, die sich im erwerbsfähigen Alter befanden, wegen Knochenfrakturen länger als einen Tag in einem Berliner Krankenhaus behandelt. Bei den Frauen betrafen 7.991 (bzw. 57 %) aller wegen Knochenbrüchen eingelieferten Fälle den Unterschenkel, das Sprunggelenk und den Unterarm. Bei den Männern lag deren Anteil mit 41 % (insgesamt 8.554 Fälle) - gemessen an allen Knochenfrakturen - deutlich niedriger (vgl. Abbildung 3.47).

Verletzungen infolge von Straßenverkehrsunfällen

Verletzungen infolge von Kfz-Unfällen haben einen nicht unerheblichen Anteil am unfallbedingten Morbiditätsgeschehen. Bei den Angaben zu den Straßenverkehrsunfällen wird in der amtlichen Berichterstattung des Bundes und der Länder nach inner- und außerörtlichen Unfällen unterschieden. Die (nur) *polizeilich erfassten Unfälle und die daran beteiligten verunglückten Personen* werden nach dem *Ereignisprinzip* und nicht nach dem Wohnortprinzip erfasst. Damit sind bevölkerungsbezogene Auswertungen ungenau, da sich die auf die jeweilige Population bezogene Unfallrate automatisch erhöht. Als eher realistisch sind die Unfallraten im Kindes- und Jugendalter und dann wieder im Rentenalter anzusehen, da sich die meisten dieser Unfälle (z. B. Fahrradfahrer und Fußgänger betreffend) in Wohnortnähe ereignen.

Nach Angaben des AfS 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). Bei den erfassten Unfällen wurden insgesamt 7.096 Frauen und 8.684 Männer, von denen wiederum 5.940 Frauen und 7.425 Männer in einem Alter von 15- bis 64 Jahren waren, *leicht verletzt*. Die Zahl der *Schwerverletzten* belief sich auf 708 weibliche und 1.106 männlich Personen. 514 schwerverletzte Frauen und 890 Männer befanden sich im Erwerbsalter. Bei den Unfällen kamen 55 Personen ums Leben. Das war in Berlin der bis dahin niedrigste Wert. Die Zahl der *tödlich verunglückten* Frauen bezifferte sich auf 19, nahezu jede zweite (insgesamt 9 Getötete) war im erwerbsfähigen Alter. Unter den verunglückten Männern waren 36 Todesopfer zu beklagen, etwa drei Viertel von ihnen (insgesamt 26) waren in einem Alter von 15- bis 64 Jahren (vgl. auch Tabellen 3.2.103, 3.2.103 a).

Jugendliche und junge Erwachsene haben nach wie vor das mit Abstand höchste *Unfallrisiko*. Das trifft auf Frauen und Männer gleichermaßen zu. Im Jahr 2008 waren beispielsweise 3.044 bzw. 17 % aller insgesamt in der Hauptstadt verunglückten Personen 15 bis 24 Jahre alt. Von ihnen trugen 267 schwere Verletzungen davon, weitere neun starben noch am Unfallort. Damit handelte es sich bei jeder siebenten auf Berlins Straßen infolge von Transportmittelunfällen ums Leben gekommene Person um einen Jugendlichen oder einen jungen Erwachsenen (vgl. Abbildung 3.48, ausführliche Informationen zum Straßenverkehrsunfallgeschehen siehe Statistik Berlin-Brandenburg: Statistischer Bericht H I 2 - j/08, Straßenverkehrsunfälle im Land Berlin 2008).

Am häufigsten verunglückten Jugendliche und junge Erwachsene im Straßenverkehr

Todesursachen nichtnatürlicher Sterbefälle, insbesondere Suizidsterblichkeit

Todesfälle infolge von Verletzungen und Vergiftungen (ICD-10 Kapitel XIX, Nrn. S 00 - T 98) zählen zu den sogenannten *nichtnatürlichen Sterbefällen* (ICD-10 Kapitel XX, Nrn. V 01 - Y 98 / äußere Ursachen

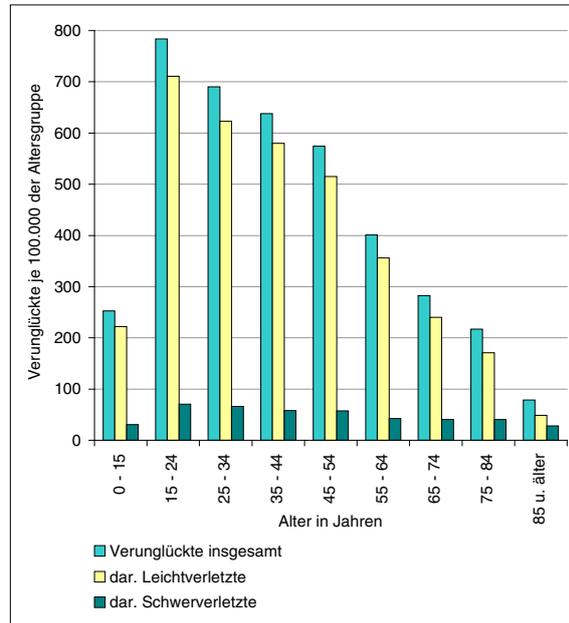
von Morbidität und Mortalität). Letztgenanntes Kapitel, in der ICD 9 bis zum Jahr 1997 als ergänzende Klassifikation (auch E-Klassifikation) bezeichnet, ermöglicht eine Klassifizierung von Umwelt Ereignissen und Umständen als Ursache von Verletzungen, Vergiftungen und schädlichen Einwirkungen. Die Tabellierung der Todesursachen erfolgt in der amtlichen Todesursachenstatistik sowohl nach der entsprechenden Schlüsselnummer des Kapitels XIX als auch nach dem des Kapitels XX (siehe auch Tabelle 3.2.2). Als nichtnatürliche Sterbefälle werden in Kapitel XX Transportmittelunfälle, sonstige äußere Ursachen von Unfallverletzungen, vorsätzliche Selbstbeschädigung, tätlicher Angriff und Ereignisse, deren nähere Umstände unbestimmt sind, verschlüsselt.

Mehr als jede zehnte im Erwerbsalter gestorbene Person starb eines nichtnatürlichen Todes

In den letzten Jahren wurden *jährlich in Berlin 1.100 nichtnatürliche Todesfälle* registriert. Bei Männern kamen mit etwa

700 Gestorbenen per anno derartige Sterbefälle deutlich häufiger vor als bei Frauen (circa 400 im Jahr). Und während bei den Berliner Männern fast jeder zwanzigste Todesfall als nichtnatürlich kodiert wurde, traf diese Aussage bei den Berliner Frauen auf etwa jeden dreißigsten zu. Weit über die Hälfte der an nichtnatürlichen Todesursachen gestorbenen Personen befanden sich im erwerbsfähigen Alter, wobei der Anteil der 15- bis 64-jährig Gestorbenen bei den Männern deutlich höher (etwa 70 %) als bei gleichaltrigen Frauen (40 %) war. Insgesamt starben im Zeitraum 2006/2008 1.932 15- bis 64-jährige Personen aus Berlin, von denen 481 weiblichen und 1.451 männlichen Geschlechts waren, eines nichtnatürlichen Todes. Der Anteil an der Gesamtmortalität belief sich bei den Männern auf zwölf und der bei den Frauen auf acht Prozent. *Suicide* stellten bei 15- bis 64-Jährigen mit über 40 % den größten Anteil an der nichtnatürlichen Mortalität. Bezüglich der Selbsttötungen muss zusätzlich noch von einer Dunkelziffer unbekanntes Ausmaßes ausgegangen werden. So ist zu vermuten, dass es sich bei Todesfällen, deren Ursachen und nähere Umstände zum Zeitpunkt der Todesursachenkodierung ungeklärt bzw. unbestimmt sind, nicht selten um vorsätzliche Selbstbeschädigungen handelte. Eine entsprechende Kodierung der ICD-10-Nrn. Y 10 - Y 34 wird immer dann vorgenommen, wenn aus dem Leichenschau- oder aus dem Sektionschein nicht genau erkennbar ist, ob es sich um einen Unfall, Suizid oder einen tätlichen Angriff (Mord und Totschlag) handelte. Eine Vollständigkeit der Angaben wäre hier erstrebenswert. In Berlin wurde in den letzten Jahren jährlich bei

Abbildung 3.48:
Im Straßenverkehr verunglückte Personen in Berlin 2008 (Ereignisprinzip) nach Altersgruppen und Verletzungsschwere - je 100.000 der Altersgruppe



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

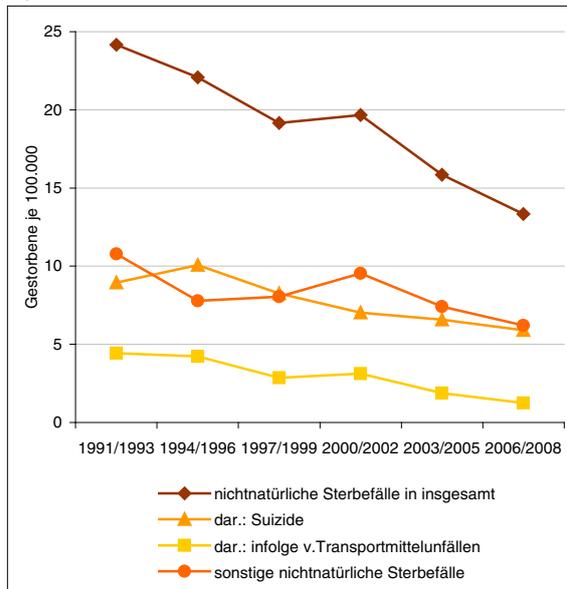
Tabelle 3.6:
Gestorbene wegen äußerer Ursachen von Morbidität und Mortalität in Berlin 2006 - 2008 (zus. gefasst / Alter 15 - 64 Jahre) nach Geschlecht und ausgewählten Ursachen - Fälle absolut und Anteil (in %)

Todesursache	ICD-10 Nrn.	Todesfälle					
		absolut			Anteil (in %)		
		w.	m.	insg.	w.	m.	insg.
Transportmittelunfälle	V 01 - V 99	43	173	216	8,9	11,9	11,2
Sonstige äußere Ursachen von Unfallverletzungen	W 00 - X 59	69	235	304	14,3	16,2	15,7
Vorsätzliche Selbstbeschädigung	X 60 - X 84	215	636	851	44,7	43,8	44,0
Ereignis, dessen nähere Umstände unbestimmt sind	Y 10 - Y 34	137	371	508	28,5	25,6	26,3
sonstige		17	36	53	3,5	2,5	2,7
nichtnatürliche Todesfälle insges.	V 01 - Y 98	481	1.451	1.932	100,0	100,0	100,0

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

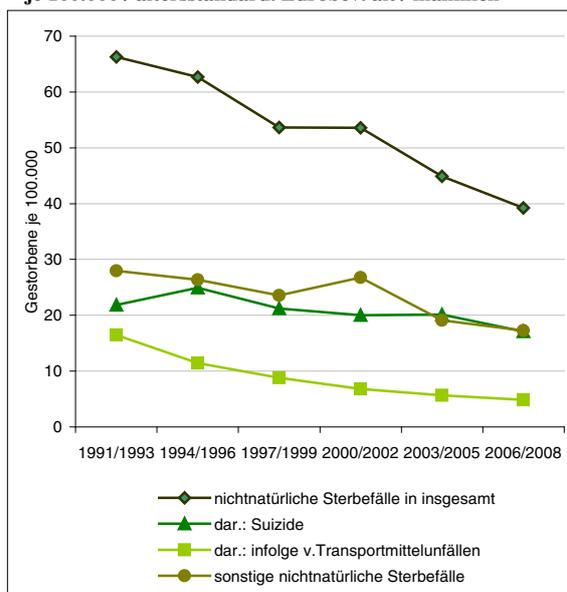
etwa 180 männlichen und 80 weiblichen Sterbefällen als *Todesursache „Ereignis, dessen nähere Umstände unbekannt sind“* verschlüsselt. Das entsprach rund 25 % aller mit einer nichtnatürlichen Todesursache kodierten Fälle. Fast drei Viertel der Verstorbenen waren im erwerbsfähigen Alter.

Abbildung 3.49:
Gestorbene wegen äußerer Ursachen von Morbidität und Mortalität (Alter: 15 - 64 Jahre) in Berlin 1991 - 2008
 (jeweils drei Jahre zusammengefasst)
 - je 100.000 / altersstandard. Eurobev. alt / weiblich



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

Abbildung 3.49 a:
Gestorbene wegen äußerer Ursachen von Morbidität und Mortalität (Alter: 15 - 64 Jahre) in Berlin 1991 - 2008
 (jeweils drei Jahre zusammengefasst)
 - je 100.000 / altersstandard. Eurobev. alt / männlich



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

In Zahlen ausgedrückt starben in der Zeit von 2006 bis 2008 allein 137 15- bis 64-jährige Berlinerinnen und 371 Berliner eines nichtnatürlichen Todes, für die aber aufgrund fehlender Angaben keine exakte Kodierung der letztendlich zum Tode führenden Ursache (Unfall, Selbsttötung, tätlicher Angriff) vorgenommen werden konnte (vgl. auch Tabelle 3.6).

Seit Anfang der neunziger Jahre kam es bei den Frauen im erwerbsfähigen Alter zu einem *Rückgang der nichtnatürlichen Mortalitätsrate* um 45 % (1991/1993: 24, 2006/2008: 13 je 100.000). Der altersstandardisierte Wert der Kfz-Unfallsterblichkeit ging bei den Berlinerinnen am stärksten - und zwar um 72 % - zurück. Der Rückgang der Suizidrate bezifferte sich bei ihnen auf 34 % (1991/1993: 9 Selbsttötungen je 100.000, 2006/2008: 6 je 100.000) (vgl. auch Abbildung 3.49).

Auch bei den 15- bis 64-jährigen Männern kam es im Beobachtungszeitraum zu einem kontinuierlichen Rückgang der nichtnatürlichen Sterberate. Sie verringerte sich um über 40 % (1991/1993: 66, 2006/2008: 39 Gestorbene je 100.000). Wie bei den Frauen ging auch bei den Männern die Sterblichkeit infolge von Transportmittelunfällen um 71 % und damit am stärksten zurück. Nicht ganz so stark wie bei den Berlinerinnen vollzog sich bei den Berlinern der Rückgang der Selbsttötungsrate, die um etwas mehr als ein Fünftel zurückging (1991/1993: 22, 2006/2008: 17 je 100.000) (vgl. Abbildung 3.49 a).

Zur Entwicklung der nichtnatürlichen Sterbefälle in Berlin nach Staatsangehörigkeit siehe auch Tabellen 3.2.9 b bis 3.2.9 e.

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. Das Verhältnis von Männern (212 Selbsttötungen) zu Frauen (72) betrug 3 : 1. Während sich die altersstandardisierte *Suizidrate* der Berliner (17,1 je 100.000) nur leicht über dem Bundesniveau (16,6 je 100.000) bewegte, hatten 15- bis 64-jährige Berlinerinnen mit 5,9 Selbsttötungen je 100.000 gegenüber Frauen aus dem Bundesgebiet (5,0 je 100.000) einen um fast ein

Fünftel höher liegenden Wert (zur zeitlichen Entwicklung der Suizidsterblichkeit in Berlin und in Deutschland siehe Tabelle 3.2.75 d, zum Suizidgeschehen in Berlin nach Staatsangehörigkeit vgl. auch Tabellen 3.2.9 b bis 3.2.9 e).

Im Erwerbsalter geht in Berlin jeder 20. Sterbefall zu Lasten einer Selbsttötung

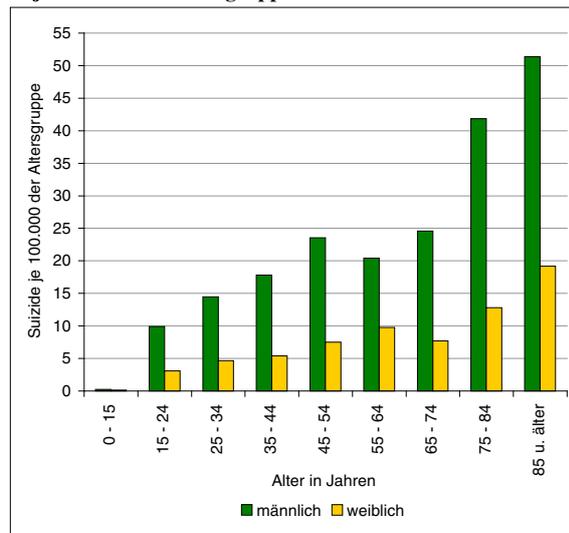
Das Risiko einer vorsätzlichen Selbstbeschädigung nimmt mit dem Alter zu. Die höchsten Raten haben hoch betagte Seniorinnen und Senioren. Ausführliche Angaben zum Alterssuizid können dem Basisbericht 2008, Seiten 154 - 157, entnommen werden. Innerhalb der Gruppe der 15- bis 64-Jährigen liegt der Anteil der Selbsttötungen - gemessen an der Gesamtmortalität - derzeit bei rund fünf Prozent (Männer: 5,1 %. Frauen 3,5 %). Das *Erwerbsalter* betreffend wurde die höchste *Suizidrate* bei den Berlinerinnen innerhalb der Gruppe der 55- bis 64-Jährigen und bei den Berlinern bei den 45- bis 54-Jährigen ermittelt. Demgegenüber stellten Suizide im Jugend- und jungen Erwachsenenalter den größten Anteil aller in diesem Alter auftretenden Todesfälle. In den letzten Jahren ging bei ihnen etwa jeder vierte 15- bis 19-jährige männliche und jeder siebente weibliche Sterbefall zu Lasten einer vorsätzlichen Selbstbeschädigung. Aber auch bei den 25- bis 34-Jährigen handelte es sich noch bei jedem fünften in dieser Altersgruppe aufgetretenen Todesfall um einen Suizid. In diesem Alter traf das auf beide Geschlechter gleichermaßen zu (vgl. Abbildung 3.50).

Bei Frauen wie bei Männern in fast allen Bezirken rückläufige Suizidraten

Frauen aus Steglitz-Zehlendorf und Treptow-Köpenick, bei denen sich die Suizidrate nahezu halbierte, profitierten am stärksten vom rückläufigen Trend. 15- bis 64-Jährige aus Steglitz-Zehlendorf verzeichneten auch in der Zeit von 2006/2008 den berlinweit niedrigsten Wert. Anders in Neukölln, wo die Suizidrate bei gleichaltrigen Frauen dreimal so hoch und damit die höchste von allen Berliner Bezirken überhaupt war. Nur leicht unter dem Wert Neuköllns lag die Suizidsterblichkeit der Frauen in Friedrichshain-Kreuzberg, dem einzigen Bezirk in dem sich die Suizidrate in den letzten zehn Jahren erhöhte und zwar um ein Viertel.

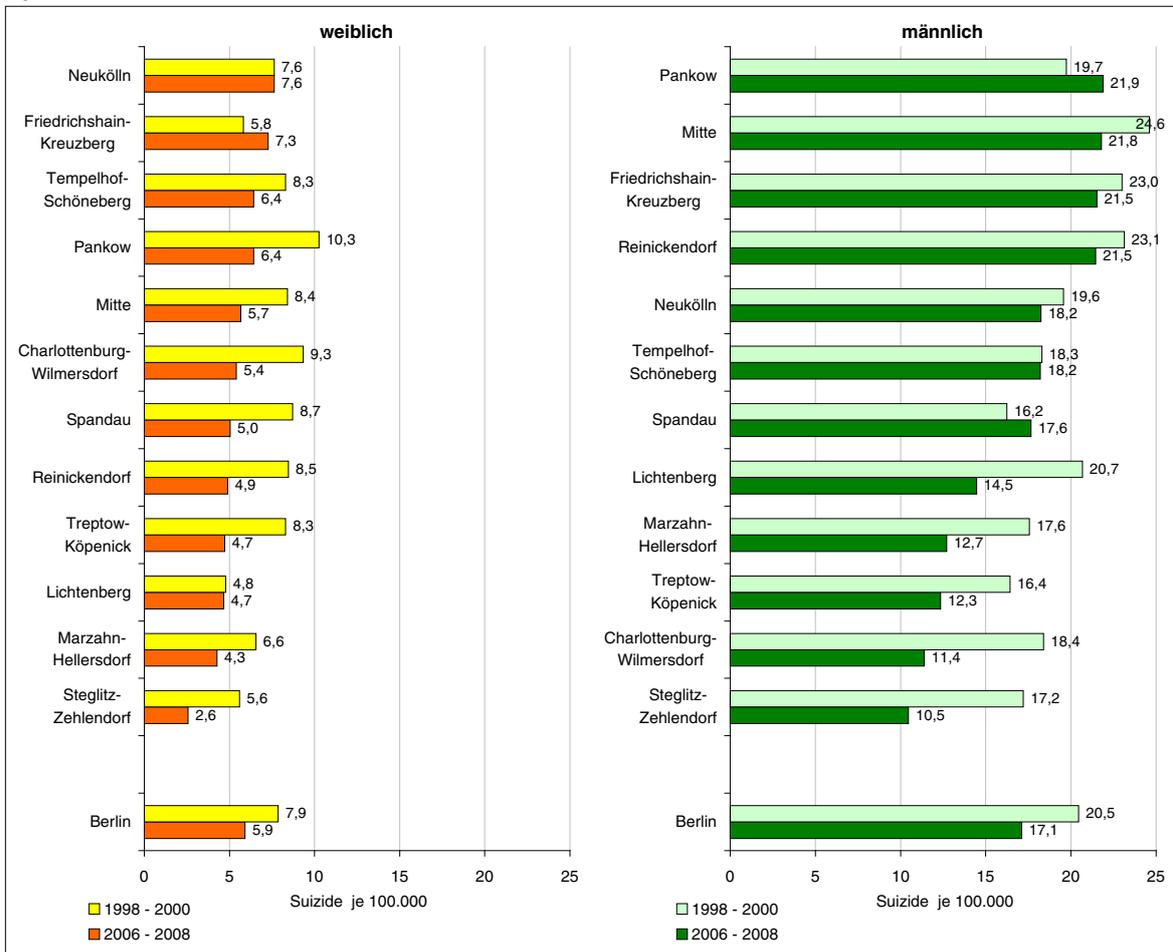
Auch bei Männern war bei 15- bis 64-Jährigen aus Steglitz-Zehlendorf, gefolgt von Charlottenburg-Wilmersdorfern der stärkste rückläufige Trend des Suizidgeschehens zu beobachten. Das waren dann auch die Bezirke mit der berlinweit niedrigsten Suizidsterblichkeit, die weit unter der der Männer aus Pankow, Mitte und Friedrichshain-Kreuzberg lag, den Bezirken, in denen 15- bis 64-jährige Männer in den letzten Jahren ein doppelt so hohes Selbstmordrisiko hatten. Eine eher ungünstige Entwicklung zeichnete sich in Pankow und Spandau ab. Ende der neunziger Jahre hatten Männer in beiden Bezirken noch eine (Spandauer die niedrigste überhaupt) unter dem Gesamtberliner Durchschnitt liegende Selbstmordrate. Nach dem in beiden Bezirken zu beobachtenden Anstieg der Suizidsterblichkeit wurde in den letzten drei Jahren in Pankow die höchste Rate beobachtet und auch in Spandau wurde lediglich ein im Mittelfeld liegender Rangplatz belegt (vgl. Abbildung 3.51).

Abbildung 3.50:
Sterbefälle durch vorsätzliche Selbstbeschädigung (ICD-10 Nrn. X 60 - X 84) in Berlin 2006 - 2008 (zusammengefasst) nach Geschlecht und Altersgruppen - je 100.000 der Altersgruppe



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

Abbildung 3.51:
Sterbefälle durch vorsätzliche Selbstbeschädigung (ICD-10 Nrn. X 60 - X 84 / Alter: 15 - 64 Jahre) in Berlin 1998/2000 und 2006/2008 (jeweils drei Jahre zusammengefasst) nach Geschlecht und Bezirken
- je 100.000 / altersstand. Eurobev. alt



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

In den letzten Jahren kann im erwerbsfähigen Alter ein *Zusammenhang von Höhe der Suizidrate und der jeweiligen Sozialstruktur* festgestellt werden. Sowohl 15- bis 64-jährige Männer als auch gleichaltrige Frauen 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. Demgegenüber verzeichneten Männer aus Bezirken mit der günstigsten sozialen Lage - wie etwa Steglitz-Zehlendorf, Charlottenburg-Wilmersdorf, Treptow-Köpenick - die berlinweit niedrigste Suizidsterblichkeit. Auch bei den 15- bis 64-jährigen Frauen wurde in Bezirken mit der günstigsten sozialstrukturellen Lage eine weit unter dem Berliner Gesamtwert liegende Rate, in Steglitz-Zehlendorf sogar die niedrigste, ermittelt (vgl. auch Tabellen 3.2.75 a bis 3.2.75 c).

Schlechte soziale Lage geht mit höherer Suizidsterblichkeit einher

Krankheiten des Kreislaufsystems

Von den 22 Kapiteln der Internationalen Klassifikation haben Krankheiten des Kreislaufsystems (ICD-10 Kapitel IX / Nrn. I 00 - I 99) *hinsichtlich Morbidität und Mortalität die größte Bedeutung*: Je nach Altersgruppe gehen bis zu 60 % aller Sterbefälle auf Herz-Kreislauf-Krankheiten zurück. Obwohl es vor allem ältere Menschen sind, die an deren Folgen sterben, sind die Mortalitätsraten in Deutschland rückläufig, eine Beobachtung, die sich mit der demografischen Entwicklung der Bevölkerung nicht erklären lässt. Es gibt keine validen Daten darüber, ob die Inzidenz ebenfalls sinkt oder ob der Rückgang der Sterblichkeit lediglich auf höheren Überlebenschancen beruht, zuzuschreiben

u. a. optimaler ambulanter und klinischer Therapie sowie frühzeitig einsetzender primärer und sekundärer Präventionsinterventionen.

Aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen 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. Die Zahl der auf derartige Krankheiten zurückzuführenden Frühberentungen belief sich auf durchschnittlich 560 im Jahr, wobei Männer mit 400 Frühberentungen etwa zweieinhalbmal häufiger als Frauen (ca. 160 Fälle per anno) frühberentet wurden (vgl. Tabellen 3.2.80 und 3.2.81). 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).

Krankenhausaufenthalte von Berlinerinnen und Berlinern wegen Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Die Bedeutung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen spiegelt sich auch in der stationären Morbidität wider (vgl. dazu auch Kapitel 3.1.1.2 Allgemeine Morbidität, Abschnitt Stationäre Morbidität). In den letzten Jahren befanden sich im Durchschnitt gesehen jährlich circa 98.400 Patienten aus Berlin (46.300 weiblichen, 52.100 männlichen Geschlechts) wegen Krankheiten des Kreislaufsystems in einem Berliner Krankenhaus. Für deren vollstationäre Therapie wurden täglich etwa 2.300 Krankenhausbetten benötigt.

Stationäre Morbiditätsrate der Männer im Erwerbsalter fast doppelt so hoch wie die der Frauen

Hinsichtlich des *erwerbsfähigen Alters* unterzogen sich in den letzten Jahren (2006/2008) per anno etwa 11.100 Berlinerinnen und 20.500 Berliner aufgrund einer Herz-Kreislauf-Krankheit einem Krankenhausaufenthalt: Fast jede vierte weibliche und jeder zweite bis dritte männliche aller wegen derartiger Krankheiten vollstationär behandelten Personen befanden sich im Alter von 15 bis unter 65 Jahren. Für sie wurden *pro Tag 540 Klinikbetten* (180 für Frauen und 360 für Männer) vorgehalten.

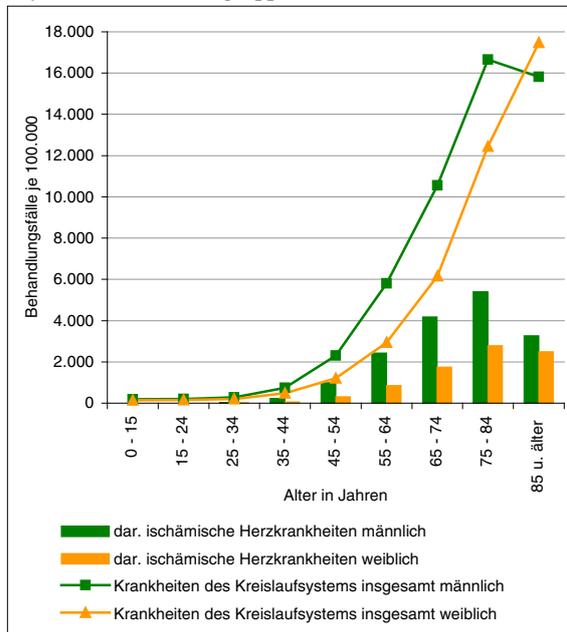
Bis auf hochbetagte Personen befanden sich Berliner Männer in allen anderen Altersgruppen deutlich häufiger als Frauen wegen Krankheiten des Kreislaufsystems im Krankenhaus. Bezogen auf das Erwerbsalter hatten Männer mit 941 Behandlungsfällen je 100.000 gegenüber Frauen (831 je 100.000) eine um über 50 % höher liegende *stationäre Morbiditätsrate*. Besonders gravierend war der Unterschied bei den wegen ischämischer Herzkrankheiten (ISHD / z. B. Angina pectoris, akuter Myokardinfarkt, chronische ischämische Herzkrankheit) im Krankenhaus behandelten Personen. Mit einer Rate von 614 je 100.000 lag diese bei den Männern fast dreimal über der der Frauen (208 je 100.000).

Ischämische Herzkrankheiten sind Hauptgrund für Krankenhausaufenthalte

Ischämische Herzkrankheiten (ISHD) stellten bei allen wegen Krankheiten des Kreislaufsystems stationär behandelten 15- bis 64-Jährigen den größten Anteil. In der Zeit von 2006 bis 2008 wurden 24.097 15- bis 64-jährige Berliner Männer wegen derartiger Krankheiten in einem Berliner Krankenhaus versorgt. Das entsprach einem Anteil von 39 % an den insgesamt 61.599 wegen Krankheiten des Kreislaufsystems in diesem Alter behandelten männlichen Personen. Die Mehrzahl von ihnen (fast zwei Drittel) waren in einem Alter von 55 bis 64 Jahren, weitere 30 % waren 45 bis 54 Jahre alt. Bei den meisten Berlinern war eine chronische ischämische Herzkrankheit (9.061 Fälle), gefolgt von Angina pectoris (8.972) und akutem Myokardinfarkt (5.908) der Grund für die stationäre Krankenhauseinweisung.

Anders als bei den Männern waren ISHD bei den 15- bis 64-jährigen Frauen nur bei etwa jedem vierten von insgesamt 33.389 Behandlungsfällen der Grund einer stationären Krankenhausaufnahme. Insgesamt befanden sich im Zeitraum 2006/2008 8.171 Berlinerinnen im Alter von 15 bis 64 Jahren wegen Durchblutungsstörungen des Herzens im Krankenhaus. In der Mehrzahl der Fälle war eine Angina pectoris (4.208), gefolgt von der chronischen ischämischen Herzkrankheit (2.335) und dem akuten Myokardinfarkt (1.565) der Behandlungsgrund. Die bei den Frauen deutlich un-

Abbildung 3.52:
Aus dem Krankenhaus entlassene wegen Krankheiten des Kreislaufsystems vollstationäre Behandlungsfälle (einschl. Sterbefälle) in Berlin 2006 - 2008 (zusammengefasst / nur Berliner) nach Geschlecht und Altersgruppen - je 100.000 der Altersgruppe



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

ter dem der Männer liegende Behandlungsrate liegt darin begründet, dass sie später als Männer, meist erst nach der Menopause, an ischämischen Herzkrankheiten leiden (vgl. Abbildung 3.52 und Tabelle 3.2.79).

Die stationäre Morbiditätsrate unterlag innerhalb der *Berliner Bezirke* erheblichen Schwankungen. Ein Zusammenhang zwischen sozialstruktureller Lage und der Krankenhausanspruchnahme gilt als wahrscheinlich. Die meisten Einweisungen 15- bis 64-Jähriger basieren auf akuten Ereignissen (z. B. Herzinfarkt, Angina pectoris Anfall, zerebrovaskulärer Insult) und diese wiederum können ursächlich auf Lebensstilfaktoren und negative Gesundheitsverhaltensweisen (Nikotinkonsum, chronischer Alkoholmissbrauch, körperliche Inaktivität, übermäßige und zu fettreiche Kalorienzufuhr, aber auch Stress) und daraus resultierende Grund- oder Begleiterkrankungen (Adipositas, Hypertonie, Hypercholesterinämie, Diabetes mellitus) zurückgeführt werden. Deshalb ist es nicht verwunderlich, dass Personen aus Bezir-

Klinikaufenthalte wegen Herz-Kreislauf-Krankheiten in Bezirken mit ungünstiger Sozialstruktur häufiger

ken, denen eine schlechte soziale Lage bescheinigt werden muss, ein höheres Erkrankungsrisiko haben. In den letzten Jahren hatten sowohl Frauen als auch Männer aus Bezirken mit negativen Sozialindizes, allen voran 15- bis 64-Jährige aus Neukölln und Mitte, eine weit über dem Berliner Durchschnitt liegende stationäre Krankenhausfrequenz, versus in Bezirken mit einer guten sozialen Lage: Personen aus diesen Bezirken (z. B. aus Charlottenburg-Wilmersdorf und Steglitz-Zehlendorf) befanden sich am seltensten wegen Krankheiten des Kreislaufsystems im Krankenhaus. Sie wiesen eine zum Teil deutlich unter dem Berliner Durchschnitt liegende stationäre Morbiditätsrate auf (vgl. Abbildung 3.53).

Sterblichkeit an Herz-Kreislauf-Krankheiten in Berlin

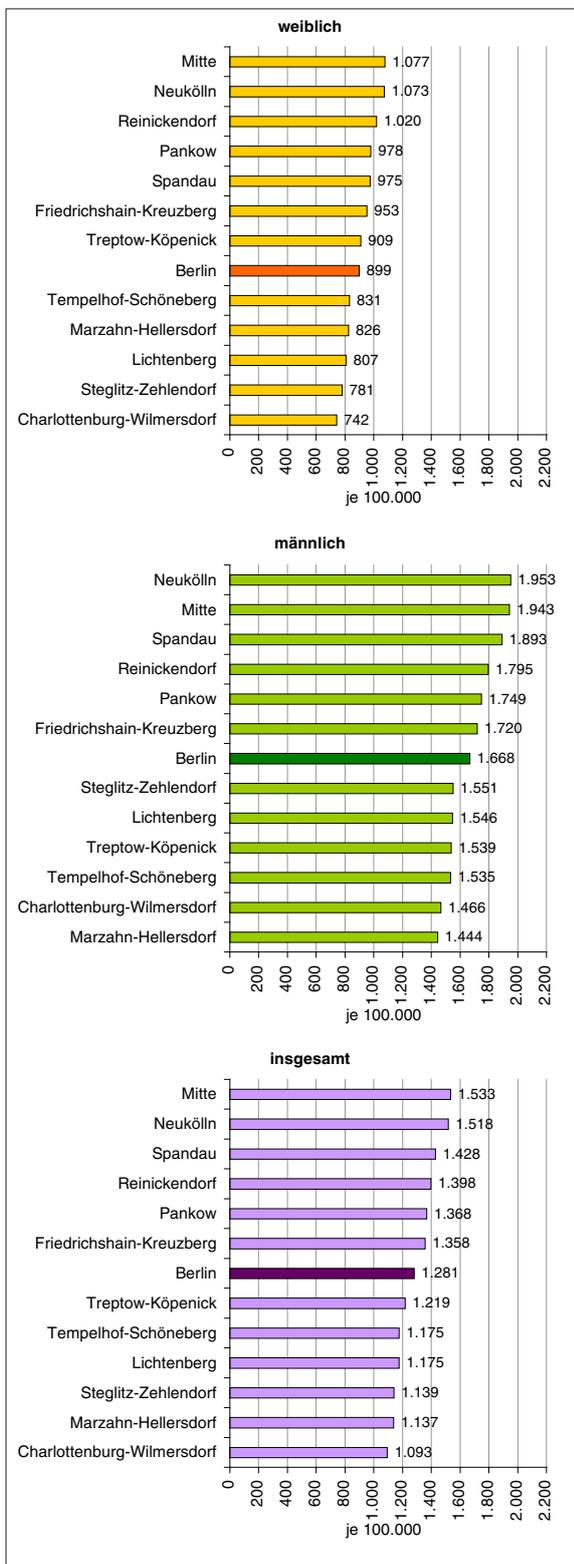
Neben bösartigen Neubildungen zählen Krankheiten des Kreislaufsystems zu den Krankheiten, die im mittleren Erwachsenenalter für die meisten Todesfälle verantwortlich gemacht werden müssen. Gesundheitsrelevante Herz-Kreislauf-Krankheiten, allen voran der akute Myokardinfarkt und die chronische ischämische Herzkrankheit, verursachen in diesem Alter, wenn auch in der Mehrzahl das männliche Geschlecht betreffend, mit die häufigsten Todesfälle (vgl. Tabellen 3.2.8 - 3.2.8 c).

Die Zahl der in den letzten Jahren *im erwerbsfähigen Alter auf Krankheiten des Kreislaufsystems zurückzuführenden Todesfälle* liegt derzeit in Berlin bei durchschnittlich 330 weiblichen und 970 männlichen Gestorbenen im Jahr. Damit befand sich jeder fünfte an einer Herz-Kreislauf-Krankheit gestorbene Berliner Mann und jede zwanzigste Frau im Erwerbsalter.

Männer sterben fast dreimal häufiger als Frauen an Herz-Kreislauf-Krankheiten

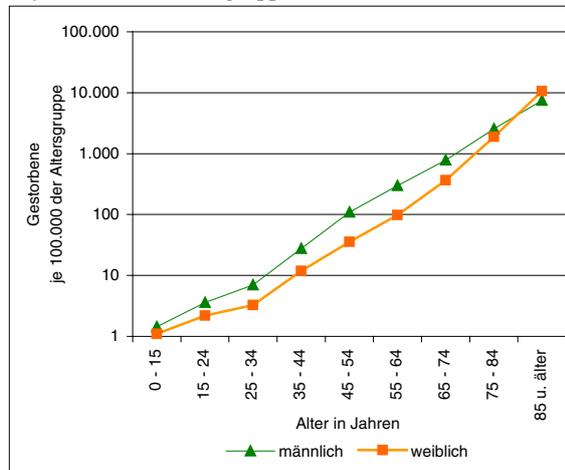
Männer haben im Vergleich zu den Frauen bis ins hohe Alter in allen Altersgruppen ein zum Teil deutlich höheres Sterberisiko, lediglich bei den über 85-Jährigen liegt es darunter. 15- bis 64-jährige Berliner Männer hatten im Zeitraum 2006/2008 mit 2.905 Gestorbenen bzw. 78 je 100.000 der Altersgruppe gegenüber Frauen (1.001 Sterbefälle, 27 je 100.000) eine fast dreimal so hohe Mortalität (vgl. Abbildung 3.54 und Tabelle 3.2.82).

Abbildung 3.53:
Aus dem Krankenhaus wegen Krankheiten des Kreislaufsystems entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschl. Sterbefälle / Alter: 15 - 64 Jahre) in Berlin 2006/2008 (zusammengefasst / nur Berliner) nach Geschlecht u. Bezirken - je 100.000 / altersstand. Eurobev. alt



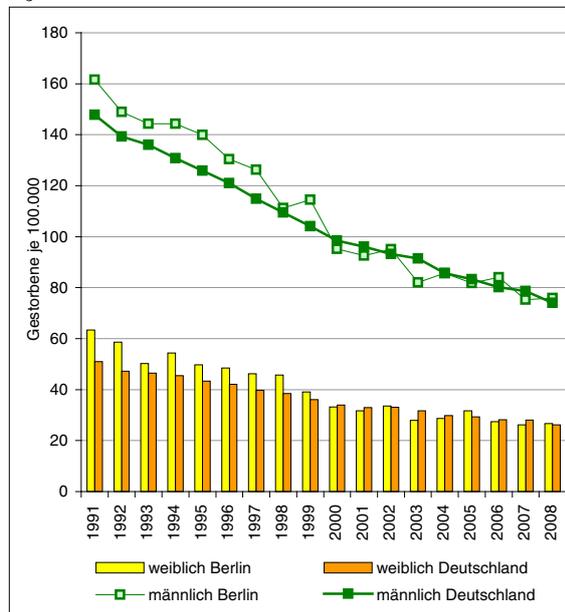
(Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg, KHStatV-Teil II / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Abbildung 3.54:
Geschlechtsspezifische Mortalität an Krankheiten des Kreislaufsystems (ICD-10 Nrn. I 00 - I 99) in Berlin 2006 - 2008 (zusammengefasst) nach Altersgruppen - je 100.000 der Altersgruppe



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

Abbildung 3.55:
Geschlechtsspezifische Mortalität (Alter: 15 - 64 Jahre) an Krankheiten des Kreislaufsystems in Berlin und in Deutschland 1991 - 2008 - je 100.000 / altersstandard. Eurobev. alt



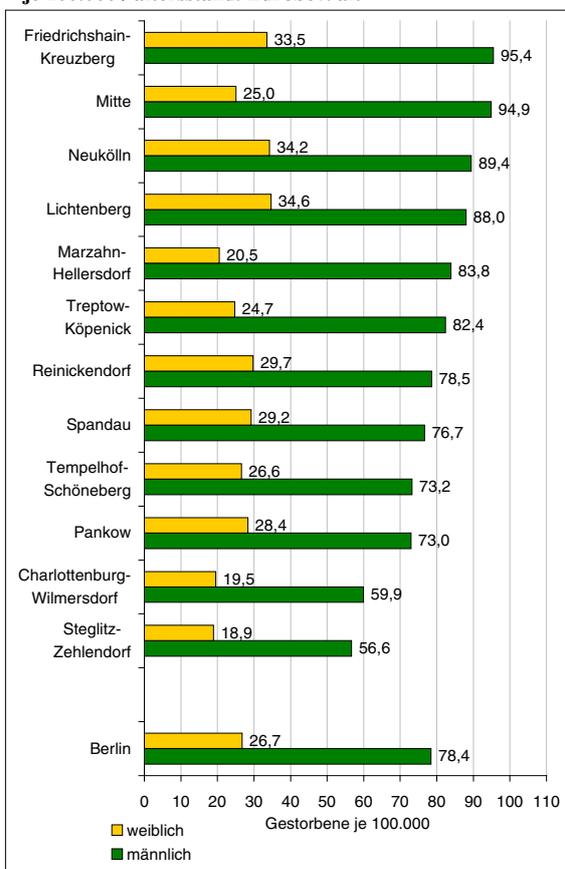
(Datenquelle: StBA / AfS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Bei deutlich höheren Ausgangswerten ging die Sterblichkeit an Krankheiten des Kreislaufsystems in Berlin bei den 15- bis 64-Jährigen seit Anfang der neunziger Jahre stärker als *im Bundesgebiet* zurück. Das traf auf beide Geschlechter gleichermaßen zu. Die altersstandardisierte Sterberate der Berlinerinnen verringerte sich um 53 % (1991/1993: 57, 2006/2008: 27 Gestorbene je 100.000). Bundesweit kam es zu einem Rückgang um 43 %. Während die Sterberate der Berlinerinnen gegenüber Frauen des gesamten Bundesgebietes Anfang der neunziger Jahre noch ein Fünftel über deren Niveau lag, hatten sie in den letzten Jahren etwas darunter liegende Werte. Bei den Berliner Männern verringerte sich das Sterberisiko um 48 % (1991/1993: 152, 2006/2008: 78 Gestorbene je 100.000). Im Bundesdurchschnitt betrug der Rückgang 45 %. Bis Ende der neunziger Jahre hatten Berliner Männer noch eine deutlich über dem Bundesdurchschnitt liegende Sterblichkeit, danach bewegten sich die Raten in etwa auf Bundesniveau (vgl. Abbildung 3.55).

Die *Herz-Kreislauf-Sterblichkeit* unterliegt in den *Berliner Bezirken* einer großen Schwankungsbreite. Im Erwerbsalter steht die Mortalitätsrate in engem Zusammenhang mit der Sozialstruktur. Bei beiden Geschlechtern wurden in Bezirken, deren Bevölkerung eine eher schlechte soziale Lage bescheinigt werden muss, durchweg über dem Berliner Durchschnitt liegende Raten beobachtet. Dieses erhöhte Risiko hatten 15- bis 64-jährige Frauen aus Lichtenberg, Neukölln und Friedrichshain-Kreuzberg. Die altersstandardisierten Sterberaten lagen in diesen Bezirken rund 80 % über denen

Herz-Kreislaufsterblichkeit korreliert stark mit der Sozialstruktur

Abbildung 3.56:
Geschlechtsspezifische Sterblichkeit an Krankheiten des Kreislaufsystems (ICD-10 Nrn. I 00 - I 99 / Alter: 15 - 64 Jahre) in Berlin 2006 - 2008 (zusammengefasst) nach Bezirken
 - je 100.000 / altersstand. Eurobev. alt



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

der Frauen aus Steglitz-Zehlendorf und Charlottenburg-Wilmersdorf, Bezirke, in denen die berlinweit niedrigsten Werte ermittelt wurden. Bei den Männern wiesen 15- bis 64-jährige aus Friedrichshain-Kreuzberg, Mitte und Neukölln die höchsten Sterberaten auf. Sie hatten gegenüber Männern aus Bezirken mit den niedrigsten Sterberaten (wiederum Steglitz-Zehlendorf und Charlottenburg-Wilmersdorf) ein um mehr als zwei Drittel höher liegendes Sterberisiko. Insgesamt konnte festgestellt werden, dass auch in den letzten Jahren die Mortalitätsrate der Frauen aus den ehemaligen östlichen Bezirken (ohne Mitte und Friedrichshain-Kreuzberg) leicht (Berlin-Ost: 27,0, Berlin-West: 26,4 Gestorbene je 100.00) und die der Männer immer noch deutlich (Berlin-Ost: 81,8, Berlin-West: 72,5) über der in den ehemaligen westlichen Bezirken Berlins (ohne Kreuzberg, Tiergarten und Wedding) lagen (vgl. Abbildung 3.56).

Die Zahl der bei 15- bis 64-Jährigen *infolge von Krankheiten des Kreislaufsystems aufgetretenen und*

Zwei Drittel der Herz-Kreislaufsterbefälle im Erwerbsalter als vermeidbar anzusehen

als vermeidbar einzustufenden Todesfälle liegt in Berlin derzeit bei durchschnittlich 840 im Jahr. Als vermeidbar gelten Sterbefälle an ischämischen Herzkrankheiten, Hypertonie und zerebrovaskulären Krankheiten im Alter von 35 - 64 Jahren sowie an chronischen rheumatischen Herzkrankheiten im Alter von 5 - 44 Jahren. Von allen im Erwerbsalter aufgrund von Herz-Kreis-

lauf-Krankheiten auftretenden Todesfällen (jährlich etwa 1.300) wären der Definition zufolge zwei Drittel als vermeidbar anzusehen (zur Art der Vermeidbarkeit vgl. Tabelle 3.2.16, Auflistung aller vermeidbaren Todesfälle (VTF) auch Tabelle 3.2.15). Bei 15- bis 64-jährigen Berlinerinnen entfiel im Jahr 2008 fast jeder vierte (205 Gestorbene) aller 856 vermeidbaren Todesfälle (VTF) auf Krankheiten des Kreislaufsystems. Bei den Männern lag der Anteil der durch derartige Krankheiten verursachten VTF (641 von insgesamt 1.408) mit 46 % deutlich höher. Von den auf Herz-Kreislauf-Krankheiten zurückzuführenden VTF gingen 541 bzw. 64 % (102 weiblichen, 439 männlichen Geschlechts) zu Lasten von ischämischen Herzkrankheiten, von denen wiederum bei 307 Todesfällen bzw. 57 % ein akuter Myokardinfarkt als das zum Tode führende Grundleiden kodiert wurde. Hypertonie und zerebrovaskuläre Krankheiten wurden bei mehr als jedem dritten Sterbefall (insgesamt 304 Todesfälle, 103 weiblichen, 201 männlichen Geschlechts) als Todesursache angegeben. In der Mehrzahl der Fälle (205 bzw. 67 %) müssen zerebrovaskuläre Krankheiten für den Tod verantwortlich gemacht werden, darunter die meisten infolge von akuten ischämischen Insulten (z. B. Schlaganfall).

Sowohl die durch *ischämische Herzkrankheiten verursachten als auch die hypertonie- und zerebrovaskulärbedingten vermeidbaren Todesfälle stehen in Zusammenhang mit der sozialen Lage* der jeweiligen Bevölkerung. In den letzten Jahren war die darauf zurückzuführende Sterblichkeit in Berlin in allen Bezirken mit ungünstiger Sozialstruktur deutlich erhöht. Umgekehrt lag sie in Bezirken mit günstigen Sozialindizes, ausgenommen Treptow-Köpenick, durchweg unter dem Gesamtberliner Niveau. Für alle der genannten Todesursachen trifft zu, dass mit abnehmendem Sozialstatus die Mortalitätsrate steigt. So hatten beispielsweise 35- bis 64-jährige Personen aus Friedrichshain-Kreuzberg und aus Mitte gegenüber Gleichaltrigen aus Charlottenburg-Wilmersdorf und Steglitz-Zehlendorf ein fast doppelt so hohes Risiko, an ischämischen Herzkrankheiten zu sterben. Das traf in diesen Bezirken im Wesentlichen auch auf die Sterblichkeit an Hypertonie und zerebrovaskulären Krankheiten zu. 35- bis 64-Jährige Frauen aus Friedrichshain-Kreuzberg hatten gegenüber Gleichaltrigen aus Steglitz-Zehlendorf sogar dreifach höhere Werte (Sterberaten der genannten Todesursachen siehe Tabelle 3.2.17).

Die ständig verbesserte Notfallversorgung nach erlittenem akutem Myokardinfarkt, verbunden mit einer medizinisch optimalen Akutbehandlung und Rehabilitation, erhöht die Überlebenschancen, trotzdem können diese Interventionen die Zahl der Todesfälle nur teilweise beeinflussen. So treten nach wie vor fast 90 % aller Infarktsterbefälle prähospital bzw. am ersten klinischen Behandlungstag auf. Diese Tatsache weist darauf hin, dass nach wie vor ein *Großteil der tödlich verlaufenden Myokardinfarkte durch konsequente Minimierung der Risikofaktoren und eine schnellstmöglich erfolgende intensivmedizinische Versorgung zu vermeiden wäre*.

Zur zeitlichen Entwicklung der Herzinfarkt-Sterblichkeit in Berlin können derzeit keine validen Aussagen getroffen werden, da bei der *Signierung der Todesursache* seit Umstellung der ICD 9. Revision auf die ICD 10. Revision im Jahr 1998 die *Anwendung von Kodierregeln* nicht korrekt erfolgte (Mitteilung des Amtes für Statistik Berlin-Brandenburg, vgl. auch Erläuterungen zu Todesursachenstatistik). Eine signiergerechte Anwendung der Kodierregel C fand erstmals mit der Auswertung der Todesursachenstatistik für das Jahr 2008 statt. *Auswirkungen der Fehlkodierung* zeigten sich insbesondere bei Todesursachen, die ICD-10 Kapitel IX (Krankheiten des Kreislaufsystems) betrafen: Herzinfarkt, Hypertonie, akuter Schlaganfall und Atherosklerose.

Die Auswirkungen stellen sich am Beispiel des *akuten Myokardinfarktes* (ICD-10 Nr. I 21) wie folgt dar: Bezogen auf alle Altersgruppen war dieser in Berlin im Jahr 2008 bei beiden Geschlechtern die dritthäufigste Todesursache. In den Vorjahren belegte er bei den Männern Rang sieben. Bei den Frauen war Herzinfarkt bis dahin gar nicht unter den zehn häufigsten Todesursachen vertreten.

Todesfälle infolge essentieller (primärer) Hypertonie (ICD-10 Nr. I 10) waren bis 2007 in Berlin auf dem vierten Platz. Bundesweit war diese Form der Hypertonie nicht unter den zehn häufigsten Todesursachen zu finden. Im Jahr 2008 traf das dann erstmals auch auf Berlin zu. Versus gehörte 2008 in Berlin die hypertensive Herzkrankheit (ICD-10 Nr. I 11) zu den Todesursachen, die das Spektrum

anführten (Platz 7). Dies war bis 2007 nicht der Fall. Und auch der akute Schlaganfall (ICD-10 Nr. I 64) gehört nunmehr in Berlin zu den zehn häufigsten Einzeltodesursachen, bis 2007 war er nicht darunter vertreten.

Abschließend kann festgestellt werden, dass im Jahr 2008 die Rangfolge der häufigsten Todesursachen in Berlin nunmehr in etwa der für Deutschland insgesamt entspricht (vgl. Tabelle 3.2.8 d).

Für das *Erwerbsalter* ergab sich durch die Fehlkodierung der Todesursachen in Berlin folgende Konstellation:

Die *Sterblichkeit infolge von ischämischen Herzkrankheiten* (ICD-10 Nrn. I 20 - I 25) erhöhte sich von 2007 auf 2008 bei den 15- bis 64-jährigen Berliner Frauen um 25 % und die der Männer um 14 %. Innerhalb dieser Diagnosegruppe betrug der Sterblichkeitsanstieg aufgrund von akutem Myokardinfarkt (ICD-10 Nr. I 21) bei den Berlinerinnen 68 % (2007: 32 Gestorbene absolut bzw. 2,5 je 100.000, 2008: 53 bzw. 4,3 je 100.000) und bei den Berliner Männern sogar 79 % (2007: 142 bzw. 11,6 je 100.000, 2008: 256 Todesfälle absolut, 20,7 je 100.000), während die Mortalitätsrate aufgrund einer chronischen ischämischen Herzkrankheit bei den Frauen um ein knappes Viertel und bei den Männern um fast ein Drittel zurückging. Bezüglich der chronischen ischämischen Herzkrankheit konnte aufgrund der als realistischer einzuschätzenden Todesursachenkodierung im gesamten Beobachtungszeitraum ein kontinuierlicher Rückgang des Sterberisikos ermittelt werden. Leider können derartige Aussagen bezüglich der Herzinfarkt-Sterblichkeit in Berlin nicht getroffen werden. Deren Werte lagen in Berlin im Jahr 2008 in allen betrachteten Altersgruppen bei Männern und Frauen gleichermaßen in etwa auf dem Niveau von 1998.

Die *im erwerbsfähigen Alter auf Hypertonie und zerebrovaskuläre Krankheiten zurückzuführende Sterblichkeit* ging durch die korrekte Anwendung der Kodierregeln insgesamt bei den Frauen um 11 % und bei den Männern um 4 % zurück. Die Sterberate an Hypertonie (ICD-10 Nr. I 10 - I 15) verringerte sich bei den Berlinerinnen um mehr als ein Drittel. Versus stieg bei ihnen die Rate der durch zerebrovaskuläre Krankheiten (ICD-10 Nrn. I 60 - I 69) verursachten Sterbefälle um 7 % an. Bei den Männern waren die Auswirkungen gravierender. Bei ihnen sank die hypertoniebedingte Sterblichkeit um 31 %, während sich die auf zerebrovaskuläre Krankheiten zurückzuführende Sterblichkeit um 37 % erhöhte (vgl. Abbildung 3.57 und Tabelle 3.2.82 b).

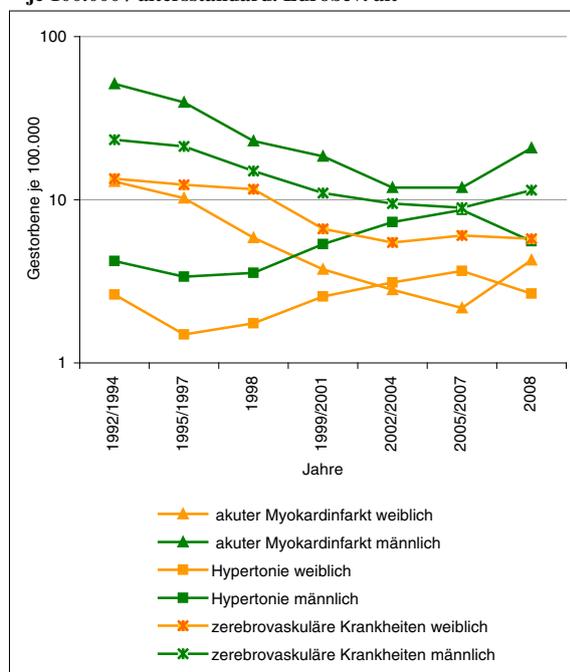
Die *infolge der Nichtbeachtung einer Kodierregel verursachten Mortalitätsratenverschiebungen* haben Einfluss auf die Deskription des Sterbgeschehens in den Berliner Bezirken. Besonders betroffen sind Indikatoren wie: Vermeidbare Todesfälle, Lebenserwartungszugewinn unter Ausschluss definierter Todesursachen und Verlust an potenziellen Lebensjahren. Bezirksspezifische Vergleiche (z. B. Trendentwicklung, Ranking, sozialstrukturelle Bewertungen) mit früheren Auswertungen (Basisberichte, Sozialstrukturatlanten) sind derzeit nur mit Einschränkungen möglich. Hinsichtlich der Mortalität an akutem Myokardinfarkt, die stärkste von der Fehlkodierung betroffene Todesursache, sind bezirksspezifische Aussagen besonders erschwert, allein wenn man bedenkt, dass die Herzinfarkt-Sterblichkeit im Jahr 2008 in den meisten Berliner Bezirken auf dem Niveau von 1998, und bei einigen sogar darüber, lag.

Die *Herzinfarkt-Sterblichkeit* bei 15- bis 64-jährigen Personen unterlag, den Auswertungen der Todesursachenstatistik für das Jahr 2008 zufolge, erheblichen Schwankungen. Während sie bei den Männern in den meisten Bezirken mit negativen Sozialindizes stark erhöht war, traf diese Aussage auf Frauen nicht immer zu. Auffällig waren außerdem die bei beiden Geschlechtern weit über dem Berliner Durchschnittswert (die höchsten in Berlin überhaupt) liegenden Werte in Treptow-Köpenick, einem Bezirk mit einer guten sozialen Lage. Sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern kam im Jahr 2008 etwa jede zehnte an akutem Herzinfarkt gestorbene Person aus diesem Bezirk. Frauen und Männer aus Treptow-Köpenick hatten gegenüber Gleichaltrigen aus Steglitz-Zehlendorf, die die niedrigste Infarktsterblichkeit aufwiesen, ein mehrfach erhöhtes Sterberisiko (vgl. Abbildung 3.58).

Höchste Infarktsterblichkeit in Treptow-Köpenick - niedrigste in Steglitz-Zehlendorf

Abbildung 3.57:

Geschlechtsspezifische Sterblichkeit (Alter: 15 - 64 Jahre) an akutem Myokardinfarkt (ICD-10 Nr. I 21), Hypertonie (ICD-10 Nrn. I 10 - I 15) und zerebrovaskulären Krankheiten (ICD-10 Nrn. I 60 - I 69) in Berlin 1992 - 2008 (jeweils drei Jahre zusammengefasst / nur Berliner) - je 100.000 / altersstandard. Eurobev. alt



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

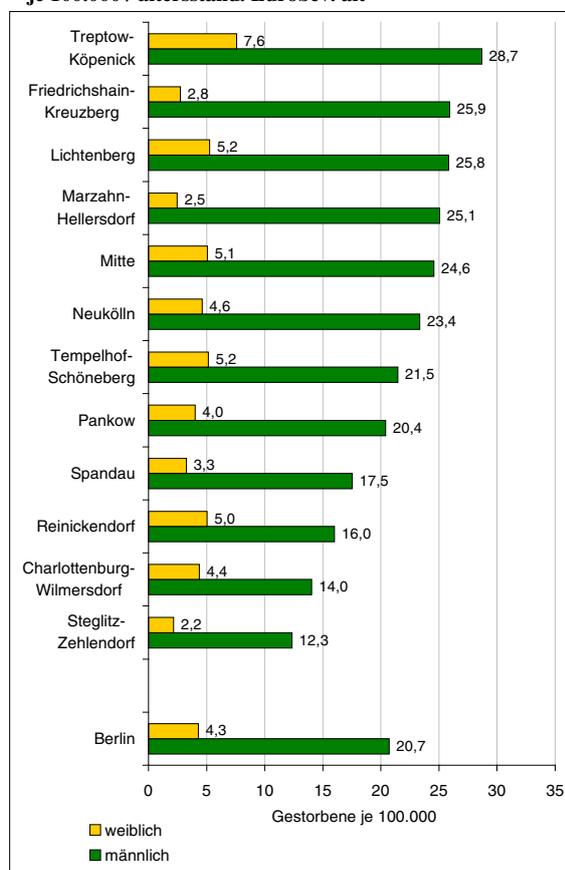
Bezogen auf mögliche und noch bestehende Ost-West-Unterschiede fiel auf, dass 15- bis 64-jährige Frauen aus den ehemaligen östlichen Bezirken der Stadt mit 3,6 Gestorbenen je 100.000 gegenüber Frauen aus den ehemaligen Westbezirken (4,1 je 100.000) ein etwas niedriger liegendes Risiko hatten, an einem akuten Myokardinfarkt zu sterben. Demgegenüber hatten Ostberliner Männern (ohne ehemals Mitte und Friedrichshain) mit 24,0 je 100.000 37 % über denen der Männer aus Westberlin liegende Werte (ohne Tiergarten, Wedding und Kreuzberg).

Psychische und Verhaltensstörungen

Bei den psychischen Krankheiten und Verhaltensstörungen (ICD-10 Kapitel V / Nrn. F 00 - F 99) handelt es sich um komplexe, multifaktorielle Erkrankungen, die sich auf der Ebene von Kognition sowie des motorischen und sozialen Verhaltens manifestieren können. Dem Bundes-Gesundheitssurvey von 1998/99 kann entnommen werden, dass mehr als 40 % der Bevölkerung im Laufe ihres Lebens wenigstens einmal an einer psychischen Gesundheitsstörung erkranken. Affektive Störungen, neurotische Belastungsstörungen, somatoforme Störungen aber auch suchtasoziierte psychische Störungen sind im *Erwerbsalter als Hauptursachen von eingeschränkter Lebensqualität und Leistungsfähigkeit* anzusehen, die einen hohen Anteil an krankheitsbedingten Fehlzeiten und vorzeitigem Berufsausstieg nach sich ziehen können. Darüber hinaus gehören z. B. depressive Störungen zunehmend zu den Begleiterkrankungen bei primär organischen Leiden (wie etwa bei ischämischen Herzkrankheiten und Diabetes mellitus). Des Weiteren ist durch sie die Suizidgefährdung deutlich erhöht.

Abbildung 3.58:

Geschlechtsspezifische Sterblichkeit an akutem Myokardinfarkt (ICD-10 Nr. I 21 / Alter: 15 - 64 Jahre) in Berlin 2008 nach Bezirken - je 100.000 / altersstand. Eurobev. alt



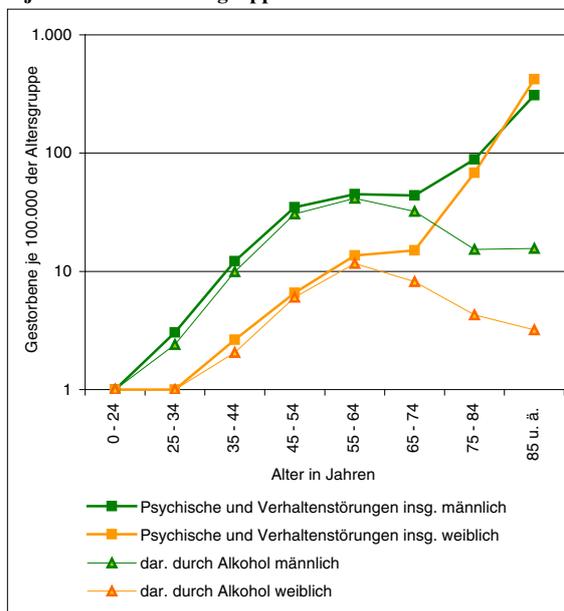
(Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Bei eher geringeren Mortalitätsraten (ausgenommen die suchtasoziierte Sterblichkeit, vgl. Tabellen 3.2.76 und 3.2.77 a) ist die Bedeutung der *psychischen und Verhaltensstörungen* im Wesentlichen auf das Morbiditätsgeschehen fokussiert. 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 (zu Rehabilitationsmaßnahmen und definierten Frühberentungsgründen vgl. Tabellen 3.2.73 bis 2.2.74 und auch Kapitel 3.1.1.2 Allgemeine Morbidität: Medizinische Leistungen zur Rehabilitation und Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit).

Die Zahl der jährlich infolge von psychischen Krankheiten verursachten *Todesursachen* liegt in Berlin derzeit bei durchschnittlich 780 per anno, von denen 380 Sterbfälle auf Frauen und 400 auf Männer entfallen (vgl. Tabelle 3.2.71). 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). Die Übersterblichkeit der Männer ist bis ins hohe Alter präsent. Erst bei den über 85-Jährigen haben Frauen aufgrund einer höheren Sterblichkeit an Demenzerkrankungen gegenüber Männern deutlich darüber liegende Sterberaten.

Alkoholbedingte Mortalität

Abbildung 3.59:
Geschlechtsspezifische Sterblichkeit (Alter: 15 - 64 Jahre) an Psychischen und Verhaltensstörungen (ICD-10 Nrn. F 00 - F 99 / dar. durch Alkohol: ICD-10 Nr. F 10) in Berlin in 2006 - 2008 (zusammengefasst) nach Altersgruppen - je 100.000 der Altersgruppe



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

4,6 Gestorbene je 100.000) und damit stärker als bei den Berliner Männern mit 45 % (33,1 bzw. 18,1 je 100.000). Das war auch bezüglich der alkoholbedingten Sterblichkeit der Fall, die bei Frauen um 52 % (von 7,6 auf 3,7 Gestorbene je 100.000) zurückging. Bei den Männern fiel der rückläufige Trend mit 39 % erheblich schwächer aus (1991/1993: 25,8, 2006/2008: 15,8 je 100.000). Trotz eines stärkeren Rückgangs der alkoholbedingten Sterblichkeit hatten 15- bis 64-jährige Berlinerinnen gegenüber gleichaltrigen Frauen aus dem übrigen *Bundesgebiet*, deren Risiko sich um 29 % verringerte (von

Im mittleren Lebensalter lag das *Sterberisiko* der *Berliner Männer* je nach Altersgruppe teilweise ein Mehrfaches über

Jährlich in Berlin ca. 340 Todesfälle wegen Alkoholabhängigkeit, drei Viertel im Alter unter 65 Jahren

dem der *Berlinerinnen*. Besonders hoch waren die Unterschiede bei der alkoholbedingten Mortalität (psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, ICD-10 Nr. F 10), zu deren Lasten in Berlin jährlich rund 270 männliche und 70 weibliche Sterbefälle gingen. Fast drei Viertel (ca. 200 im Jahr) der in den letzten Jahren an psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol gestorbenen Männer und über zwei Drittel der Frauen (etwa 45 im Jahr) befanden sich im erwerbsfähigen Alter. Bei nahezu allen Gestorbenen wurde Alkoholabhängigkeit (ICD-10 Nr. F 10.2) als Todesursache angegeben (vgl. Abbildung 3.59).

Insgesamt gesehen hat sich die durch psychische und Verhaltensstörungen verursachte altersstandardisierte Mortalitätsrate bei den 15- bis 64-Jährigen *seit Anfang der neunziger Jahre* in etwa halbiert. Bei den Berlinerinnen vollzog sich ein Rückgang von 55 % (1991/1992: 10,3, 2006/2008:

3,1 auf 2,2 Gestorbene je 100.000), eine um mehr als zwei Drittel höher liegende Rate. Bei den Männern waren die Unterschiede noch größer: Die Werte lagen in Berlin in den letzten Jahren sogar 84 % über dem Bundesniveau (1991/1993: 12,3, 2006/2008: 8,6 Gestorbene je 100.000). Anders verhielt es sich bei der Sterblichkeit infolge einer alkoholischen Leberkrankheit (ICD-10 Nr. K 70). In den meisten Fällen handelte es sich auch hier um alkoholabhängige Personen. Bezüglich der alkoholischen Leberkrankheit lagen die Mortalitätsraten in den letzten Jahren in Berlin bei den 15- bis 64-jährigen Frauen auf Bundesniveau (5,8 Gestorbene je 100.000), aber bei den Berliner Männern mit 13,0 je 100.000 circa 10 % unter dem Bundesdurchschnitt (14,6 je 100.000). Insgesamt sterben derzeit jährlich rund 160 15- bis 64-jährige Berliner Männer und 70 Frauen an einer alkoholischen Leberkrankheit, fast alle an einer alkoholischen Leberzirrhose. Die tatsächliche Zahl derartiger Todesfälle dürfte aber noch höher liegen, da zu vermuten ist, dass es sich bei Sterbefällen, bei denen als Todesursache eine nicht alkoholinduzierte Leberzirrhose (ICD-10 Nr. K 74 / Fibrose und Zirrhose der Leber) angegeben wurde, nicht selten um eine alkoholbedingte Form handelte (vgl. Abbildung 3.60 und Tabellen 3.2.14, 3.2.17, 3.2.76 und 3.2.76 a).

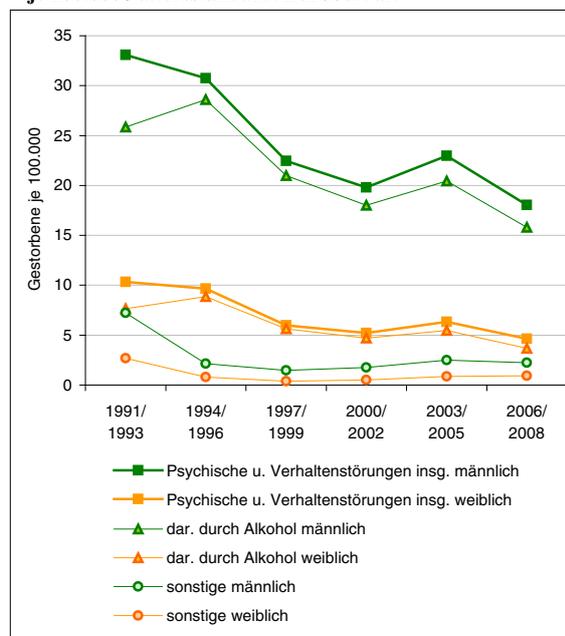
Die Höhe der alkoholbedingten Mortalität korreliert stark mit der *Sozialstruktur* der jeweiligen Bevölkerung: So hatten in Berlin in den letzten Jahren Personen aus Bezirken mit schlechter sozialer Lage im Vergleich zu Frauen und Männern aus Bezirken mit günstiger Sozialstruktur ein erhöhtes Sterberisiko (vgl. auch Tabellen 3.2.17, 3.2.76 a).

Sterberisiko durch Alkoholabhängigkeit bei Männern aus Marzahn-Hellersdorf stark angestiegen

Bei den an psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol gestorbenen 15- bis 64-jährigen Personen zeichnete sich bei Frauen und Männern aus Marzahn-Hellersdorf ein bedenklich negativer Trend ab. Dort stieg die alkoholbedingte Sterblichkeit der Frauen in den letzten zehn Jahren um fast ein und bei den Männern sogar um mehr als zwei Drittel an. Bei den Männern wurden dort im Zeitraum 2006/2008, gefolgt von Gleichaltrigen aus Lichtenberg und Spandau, die höchsten Werte von allen *Berliner Bezirken* ermittelt. Sie lagen mehr als doppelt so hoch wie die der 15- bis 64-Jährigen aus Charlottenburg-Wilmersdorf, Tempelhof-Schöneberg und Steglitz-Zehlendorf. Das waren die Bezirke mit der niedrigsten Mortalität. Bei den Frauen wiesen 15- bis 64-Jährige aus Mitte, Friedrichshain-Kreuzberg und Treptow-Köpenick das höchste Sterberisiko auf. Wie bei den Männern hatten Frauen aus Steglitz-Zehlendorf und Charlottenburg-Wilmersdorf weit darunter liegende Werte. Beide Bezirke hatten (neben Frauen aus Spandau) die berlinweit niedrigsten Sterberaten (vgl. Abbildung 3.61).

Noch immer haben Personen aus den ehemaligen östlichen Bezirken der Stadt (ohne Mitte und Friedrichshain) gegenüber Gleichaltrigen aus Bezirken von ehemals Berlin-West (ohne Tiergarten und Wedding) höhere alkoholbedingte Sterberaten. Die altersstandardisierte Rate der an alkoholischer Leberkrankheit gestorbenen Frauen lag in den ehemaligen Ostbezirken Berlins in den letzten Jahren mit 12,9 Gestorbenen je 100.000 ein Drittel über der in den ehemaligen Westbezirken (9,6 je 100.000). Bei den Männern lag das Sterberisiko in den Ostbezirken mit 19,4 Gestorbenen je

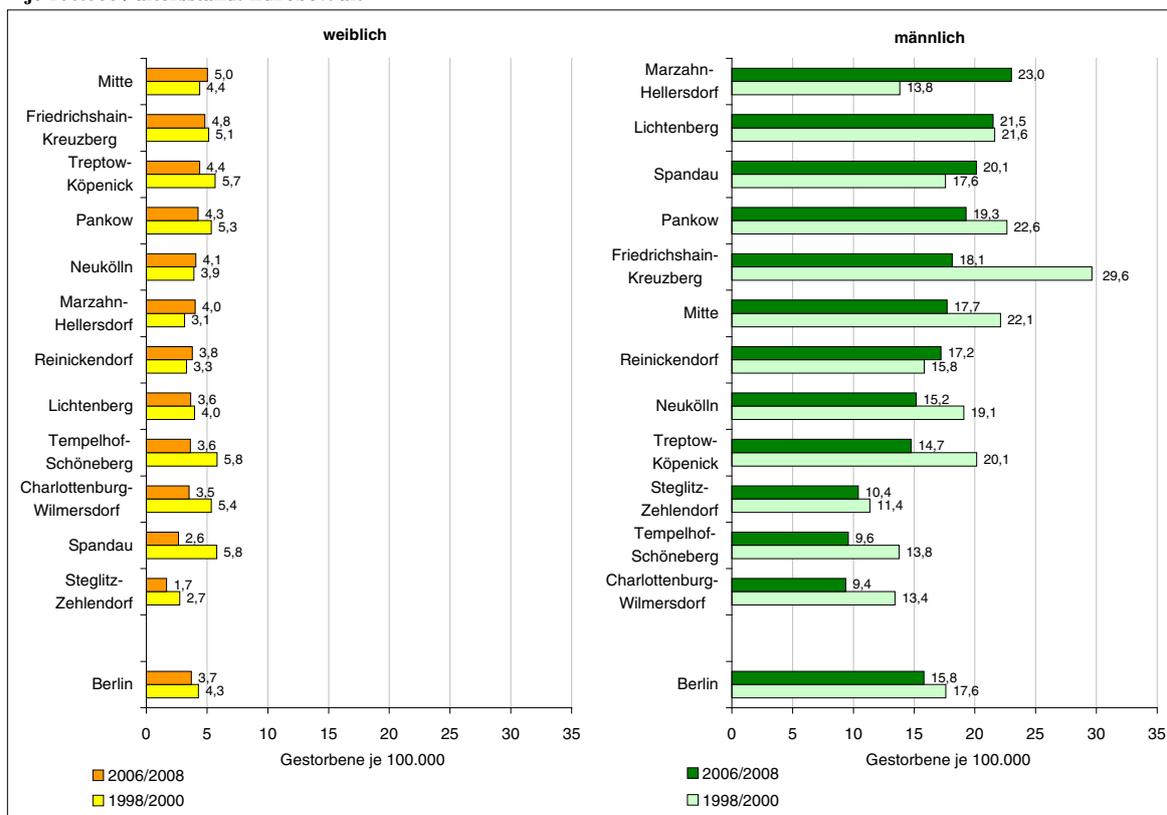
Abbildung 3.60:
Geschlechtsspezifische Sterblichkeit (Alter: 15 - 64 Jahre) an Psychischen und Verhaltensstörungen (ICD-10 Nrn. F 00 - F 99 / dar. durch Alkohol: ICD-10 Nr. F 10) in Berlin 1991 - 2008 (jeweils drei Jahre zusammengefasst) - je 100.000 / altersstandard. Eurobev. alt



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

Abbildung 3.61:

Sterbefälle an Psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol (ICD-10 Nr. F 10 / Alter: 15 - 64 Jahre) in Berlin 1998/2000 und 2006/2008 (jeweils zusammengefasst) nach Geschlecht und Bezirken - je 100.000 / altersstand. Eurobev. alt



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

100.000 fast zwei Drittel über dem in den westlichen Bezirken der Stadt (12,2 je 100.000) (vgl. auch Tabelle 3.2.17).

Die Sterblichkeit aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol im erwerbsfähigen Alter ging bei den Frauen in den Ostbezirken in den letzten zehn Jahren um 10 % zurück. Mit 4,1 je 100.000 lag sie in den letzten Jahren aber immer noch 27 % über der der Frauen aus den Westbezirken (3,2 Gestorbene je 100.000), deren Sterberisiko sich immerhin um 28 % reduzierte. Bei den Männern konnte festgestellt werden, dass die Sterblichkeit sich in den westlichen Bezirken im Beobachtungszeitraum um 10 % verringerte. Bei Männern aus den östlichen Bezirken ging die Sterblichkeit nicht zurück: Die Rate bewegte sich auch 2006/2008 auf dem Niveau von 1998/2000 und lag im letztgenannten Zeitraum mit 19,6 Gestorbenen je 100.000 44 % über der der Gleichaltrigen aus ehemaligen westlichen Bezirken (13,6 % je 100.000) (vgl. auch Tabelle 3.2.76 a).

Krankenhausinanspruchnahme wegen psychischer und Verhaltensstörungen

Die stationäre Behandlung von psychischen und Verhaltensstörungen gehört zu den häufigsten Anlässen einer Krankenhausinanspruchnahme (vgl. Kapitel 3.1.1.2 Allgemeine Morbidität: Stationäre Morbidität). 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). Demzufolge waren *täglich in Berlins Krankenhäusern über 2.200 Betten* mit Personen aus Berlin belegt, die sich wegen psychischer und Verhaltensstörungen in stationärer Behandlung befanden.

Die Mehrzahl der wegen psychischer Krankheiten stationär Behandelten befand sich im Erwerbsalter

Für die Behandlung von Frauen wurden mehr Betten als für Männer benötigt (1.160 bzw. 1.050). Bezogen auf 15- bis 64-jährige Personen

mussten sich im Durchschnitt gesehen im Zeitraum 2006/2008 jährlich etwa 15.600 Berlinerinnen und 21.300 Berliner einem stationären Krankenhausaufenthalt unterziehen. Damit war die überwiegende Mehrzahl der Patienten (75 % der weiblichen, 87 % der männlichen) in einem Alter von 15 bis 64 Jahren. Die Zahl der belegten Betten pro Tag bezifferte sich auf 840 für Frauen und 860 für Männer.

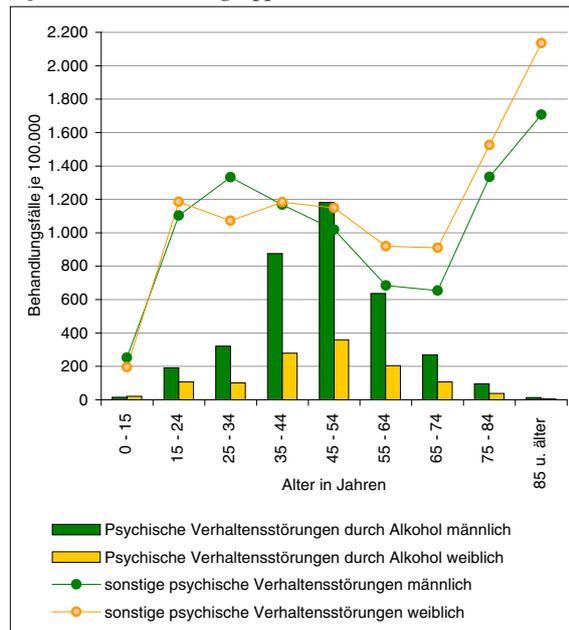
Die *geschlechtsspezifische Krankenhausinanspruchnahme* ist stark abhängig vom jeweiligen Behandlungsanlass. Während alkoholbedingte Krankenhausaufenthalte bei Männern, bis auf unter 15-Jährige (vgl. auch unten den Abschnitt „Alkohol- und ausgewählte drogenbedingte Krankenhausbehandlungen im Kindes- und Jugendalter“), in allen anderen Altersgruppen um ein Mehrfaches über denen der Frauen lagen, hatten sie bei den „sonstigen“ Behandlungsgründen meist darunter liegende Werte. Lediglich bei den 25- bis 34-Jährigen wurde bei den Männern gegenüber gleichaltrigen Frauen eine höhere stationäre Morbiditätsrate ermittelt. Betroffen waren hauptsächlich Patienten, die sich wegen suchtassoziierter psychischer Verhaltensstörungen (z. B. durch Opiate, Cannabis, multiplen Substanzgebrauch) in stationäre Behandlung begeben mussten (vgl. Abbildung 3.62).

Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol führen bei 15- bis 64-Jährigen das *Behandlungsspektrum* an. Bei den Männern waren sie sogar der mit Abstand häufigste Grund eines Krankenhausaufenthaltes (vgl. auch Abschnitt 3.1.1.2 Allgemeine Morbidität: Stationäre Morbidität). Bei psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol muss jedoch beachtet werden, dass es sich bei der Diagnosestatistik um eine Fallstatistik handelt und Mehrfachaufnahmen, bedingt durch Alkoholintoxikationen, Entgiftungen etc., bei alkoholkranken Personen nicht selten sind.

Jeder zweite männliche Behandlungsfall auf Missbrauch von Alkohol und Drogen zurückzuführen

In der Zeit von 2006 bis 2008 wurden in den Berliner Krankenhäusern insgesamt 24.516 15- bis 64-jährige *männliche Behandlungsfälle* aus Berlin wegen psychischer und Verhaltensstörungen durch Alkohol gezählt. Das entsprach einem Anteil von über 38 % an allen wegen psychischer und Verhaltensstörungen in diesem Alter behandelten männlichen Patienten. Unter Einbeziehung der Fälle, die zu Lasten von Verhaltensstörungen durch illegale und (legale) psychoaktive Substanzen gingen, die bei den Männern zu den häufigsten Behandlungsanlässen zählen, konnte festgestellt werden, dass über die Hälfte aller Behandlungen auf suchtassoziierte psychische Störungen zurückgeführt werden musste. Nach Einzelbehandlungsdiagnosen betrachtet, war die stationäre Behandlung von Schizophrenie bei Männern der zweithäufigste Einweisungsgrund. Stationäre Behandlungen von Depressionen und schweren psychischen Belastungsstörungen zählen bei Männern im erwerbsfähigen Alter mittlerweile auch zu den häufigsten Gründen einer Krankenhausinanspruchnahme. Wie aus Abbildung 3.63 entnommen werden kann, wurde das Behandlungsspektrum von nur wenigen Diagnosen bestimmt. Auf die zehn häufigsten Behandlungsanlässe entfielen bei den Männern in den letzten Jahren 87 % aller Behandlungsfälle (2006/2008: 55.824 von insgesamt 63.878 Fällen).

Abbildung 3.62:
Aus dem Krankenhaus wegen psychischer und Verhaltensstörungen entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschl. Sterbefälle) in Berlin 2006 - 2008 (zusammengefasst / nur Berliner) nach Geschlecht und Altersgruppen - je 100.000 der Altersgruppe



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

Bei den 15- bis 64-jährigen *Berlinerinnen* kam es im Zeitraum 2006/2008 insgesamt zu 7.684 Behandlungsfällen, deren Einweisungsgründe zu Lasten psychischer und Verhaltensstörungen durch Alkohol gingen. Das entsprach etwa jedem siebenten weiblichen Behandlungsfall aller wegen psychischer und Verhaltensstörungen im Krankenhaus behandelten Frauen. Wie bei den Männern rangierte auch bei den Frauen Schizophrenie auf dem zweiten Rang. Deutlich häufiger als Männer befanden sich Frauen aber wegen Depressionen, Angst- und schwerer Belastungsstörungen im Krankenhaus. Bei fast jeder fünften Behandlung handelte es sich um affektive Störungen (hauptsächlich um Depressionen). Des Weiteren basierte jede vierte Einweisung auf schweren Belastungs- und Angststörungen. Auch bei den Frauen werden die Einweisungsgründe von nur wenigen Diagnosen bestimmt. Die auf Frauen zutreffenden zehn häufigsten Behandlungsanlässe (2006/2008: 38.775 Fälle) hatten einen Anteil von 83 %, gemessen an allen 46.842 vollstationären Behandlungen aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen (vgl. Abbildung 3.63).

Depressionen u. ä. bei Frauen häufig Anlass für einen stationären Krankenhausaufenthalt

Innerhalb der *Berliner Bezirke* gab es hinsichtlich der durch psychische und Verhaltensstörungen verursachten stationären Morbiditätsrate große Unterschiede. Ein Zusammenhang zwischen sozialstruktureller Lage und der Höhe der Krankenhaushäufigkeit kann bei beiden Geschlechtern festgestellt werden. Auf alle Bezirke mit negativen Sozialindizes traf zu, dass sich dort lebende 15- bis 64-jährige Frauen und Männer deutlich häufiger als Gleichaltrige aus Bezirken mit einer guten sozialen Lage wegen psychischer Krankheiten in stationärer Therapie befanden.

Stationäre Morbidität in Bezirken mit ungünstiger Sozialstruktur deutlich erhöht

Bezogen auf je 100.000 Frauen wurden die höchsten Behandlungsraten in Neukölln, Friedrichshain-Kreuzberg und Reinickendorf ermittelt, während Frauen aus Treptow-Köpenick, Pankow und Lichtenberg die berlinweit niedrigsten Raten aufwiesen.

Auch bei den 15- bis 64-jährigen Männern wurde in Neukölln die höchste Krankenhausinanspruchnahme beobachtet. Männer aus Steglitz-Zehlendorf, Charlottenburg-Wilmersdorf und Treptow-Köpenick waren dagegen am seltensten wegen psychischer Krankheiten in stationärer Therapie (vgl. Abbildung 3.64).

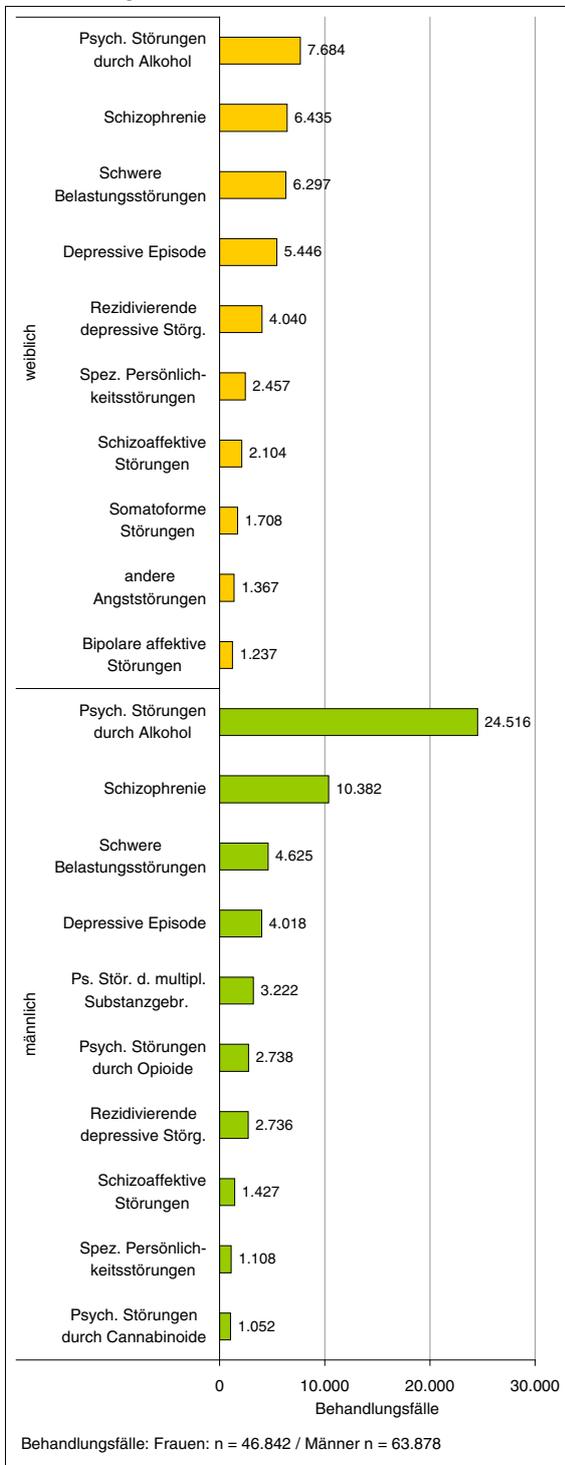
Alkohol- und ausgewählte drogenbedingte Krankenhausbehandlungen im Kindes- und Jugendalter

Alkohol- und Drogenkonsum verursacht viele vermeidbare Gesundheitsschäden, wie die Schädigung des Gehirns und anderer Organe, er kann Auslöser chronischer Krankheiten sein und zu Unfällen, Verletzungen und Suiziden führen. *Kinder und Jugendliche* sind *besonders gefährdet*, bei ihnen beeinträchtigt der Konsum die körperliche und geistige Entwicklung. Ein übermäßiger Konsum während der Jugendphase kann sich auch negativ auf den Sozialisationsprozess auswirken und zu andauernden Problemen im späteren Leben führen (z. B Probleme mit Eltern und in der Schule, Konflikte mit dem Gesetz). 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.

Die meisten Jugendlichen und Erwachsenen können mit Alkohol und Drogen maßvoll umgehen, bei vielen ist er aber auch leichtfertig (vgl. Kapitel 4.1.1 Konsum der Alltagsdroge Nr. 1: Alkohol). Zur Unterstützung der öffentlichen Diskussion über die Risiken und Folgen des Suchtmittelkonsums - insbesondere im Kindes- und Jugendalter - werden nachfolgend deren alkohol- und ausgewählte drogenbedingte Krankenhausbehandlungen sowie die anfallenden Kosten dargestellt.

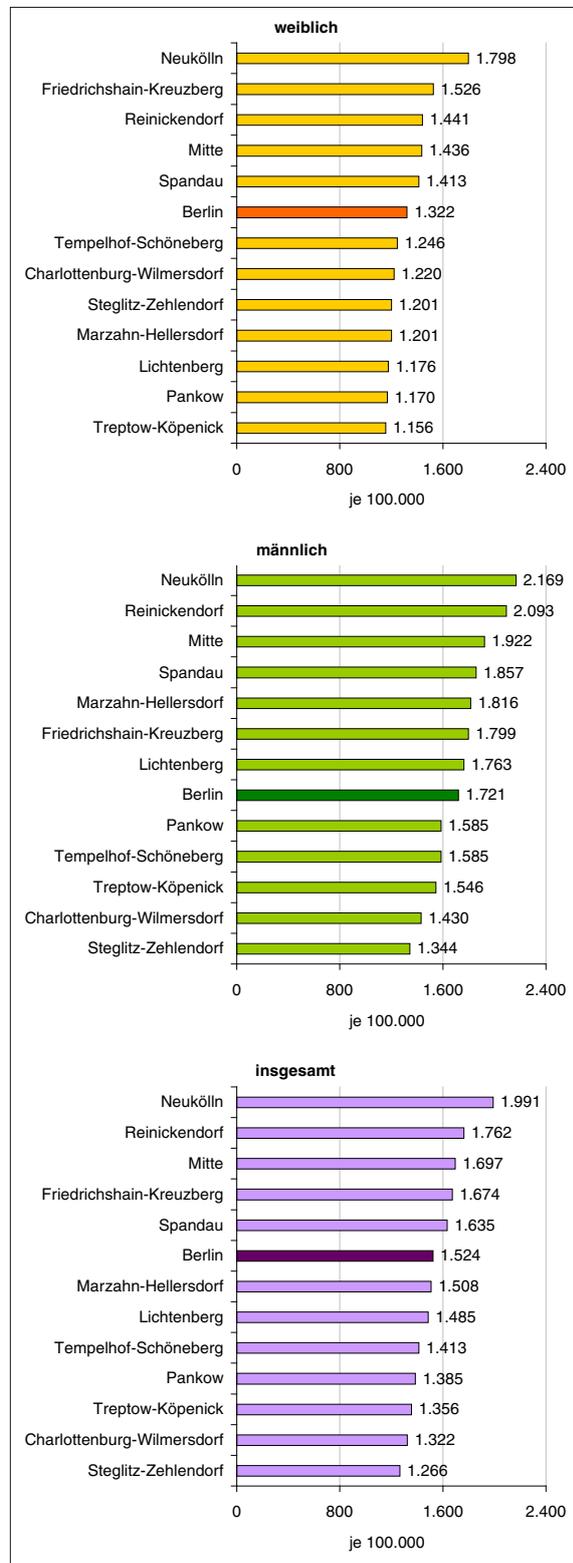
In Berlin ist der Trend zum „Komasaufen“ bei Kindern und Jugendlichen ungebrochen. Immer mehr 10- bis 19-Jährige, vor allem Mädchen und junge Frauen, landen nach heftigem Alkoholkonsum mit

Abbildung 3.63:
Die häufigsten Behandlungsdiagnosen der aus dem Krankenhaus wegen psychischer und Verhaltensstörungen entlassenen vollstationären Behandlungsfälle (einschließlich Sterbefälle) in Berlin 2006 - 2008 (zusammengefasst / nur Berliner / Alter 15 - 64 Jahre) nach Geschlecht - Behandlungsfälle absolut



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

Abbildung 3.64:
Aus dem Krankenhaus wegen psychischer und Verhaltensstörungen entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschl. Sterbefälle / nur Berliner / Alter 15 - 64 Jahre) in Berlin 2006 - 2008 (zusammengefasst) nach Bezirken - je 100.000 / altersstand. Eurobev. alt



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

einer Alkoholvergiftung in einem Berliner Krankenhaus. Seit Anfang der 2000er Jahre hat sich die Zahl der in einer Berliner Klinik wegen Alkoholvergiftung stationär behandelten 10- bis 19-Jährigen etwa verdoppelt, bei den Berlinerinnen in noch stärkerem Maße als bei den Berlinern (vgl. Tabelle 3.2.72 b).

Nachfolgende Ausführungen zu alkohol- und drogenbedingten Krankenhausaufenthalten im Kindes- und Jugendalter entstammen den derzeit zur Verfügung stehenden *Daten der Krankenhausdiagnosestatistik* für das Jahr 2008, Daten für 2009 stehen frühestens im Januar 2011 zur Verfügung. Die Auswertungen beziehen sich auf die Hauptbehandlungsdiagnose. Neben- und Sekundärdiagnosen werden in der Krankenhausdiagnosestatistik nicht ausgewiesen. Die Angaben zu alkohol- und drogenbedingten Behandlungsfällen betreffen Krankenhausaufenthalte von Kindern und Jugendlichen mit Wohnort in Deutschland. Behandlungsfälle mit Wohnsitz außerhalb Deutschlands, die aber in einem Krankenhaus innerhalb Deutschlands vollstationär behandelt werden mussten, wurden nicht berücksichtigt.

Alkoholbedingte Krankenhausaufenthalte von Kindern und Jugendlichen aus Berlin

Im Jahr 2008 wurden *in deutschen Krankenhäusern* 4.625 10- bis 14-jährige Kinder (darunter 118 aus Berlin) und 22.897 15- bis 19-jährige Personen (darunter 371 aus Berlin) mit Wohnort in Deutschland wegen psychischer und Verhaltensstörungen durch Alkohol (ICD-10 Nr. F 10) vollstationär behandelt. Die meisten der 118 aus Berlin stammenden Kinder (108 bzw. 92 %) wurden in einer Berliner Klinik versorgt. Von den 371 Berliner Jugendlichen wurden 36 bzw. 10 % außerhalb Berlins und 335 in einer Berliner Klinik stationär behandelt.

Diese Angaben beziehen sich allerdings auf alle Behandlungsfälle, bei denen als *Hauptdiagnose* psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (ICD-10 Nr. F 10) als Behandlungsgrund verschlüsselt wurden. Verwendet man die *DRG-Statistik* (Diagnosis Related Groups, vgl. Erläuterungen), in der auch *Nebendiagnosen* kodiert werden, die in direktem Bezug zur kodierten Hauptdiagnose stehen, dann erhöht sich die Zahl der tatsächlich wegen übermäßigen Alkoholmissbrauchs in ein Krankenhaus eingewiesenen Personen deutlich. Beispielhaft sei hier der Behandlungsanlass „akute Alkoholintoxikation/akuter Alkoholrausch“ (ICD-10 Nr. F 10.0) genannt. Bezogen auf diese Diagnose wurden im Jahr 2008 in den Berliner Krankenhäusern bei 10- bis 19-Jährigen neben den 385 Fällen, die als Hauptdiagnose kodiert wurden, noch 62 Fälle in den DRG-Daten (alle im Alter von 15 bis 19 Jahren) mit der Nebendiagnose F 10.0 versehen. Obwohl diese 62 Jugendlichen mit einem akuten Alkoholrausch eingeliefert wurden, wurden die DRG-Daten mit anderen Hauptbehandlungsdiagnosen bzw. Hauptgründen (wie etwa Verletzungsfolgen durch Stürze und damit verbundene Behandlungsprozeduren) verschlüsselt. Derzeit stehen der Berliner Gesundheitsberichterstattung keine ausreichenden indikatoren gerechten berlinspezifischen Auswertungen der DRG-Daten, die u. a. auch vertiefende Aussagen zu Neben- und Sekundärdiagnosen zulassen würden, zur Verfügung.

Im *Kindesalter* ist in den allermeisten Fällen eine akute Alkoholintoxikation (ICD-10 Nr. F 10.0) der *Grund für eine Krankenhauseinweisung*. In der Zeit von 2002/2004 bis 2006/2008 (Jahre jeweils zusammengefasst) nahm die Krankenhaushäufigkeit aufgrund von Alkoholvergiftungen bei den

Immer mehr Kinder mit Alkoholvergiftung im Krankenhaus

10- bis 14-Jährigen bundesweit um 52 % zu. Der Anstieg konnte in allen *Bundesländern* beobachtet werden. Berlin war das Bundesland mit der stärksten Erhöhung, bezogen auf je 100.000 hat sich die Behandlungsrate dort mehr als verdoppelt. Gleichwohl gehört Berlin nach Schleswig-Holstein und Hamburg aber immer noch zu den Ländern mit den niedrigsten Werten. Am häufigsten befanden sich in den letzten Jahren Kinder aus Mecklenburg-Vorpommern und aus Sachsen-Anhalt wegen eines akuten Alkoholrausches im Krankenhaus. In den Ländern des früheren Bundesgebietes fiel der Anstieg mit 54 % stärker aus als in den Ländern des Gebietes der ehemaligen DDR (38 %). Trotzdem hatten 10- bis 14-Jährige aus den neuen Bundesländern gegenüber Gleichaltrigen aus den alten Bundesländern nach wie vor ein deutlich höher liegendes Behandlungsrisiko (vgl. Abbildung 3.65).

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. Im Vergleich dazu lag die Absolutzahl im Jahr 2002 bundesweit noch bei 2.724 Fällen, die einer Behandlungsrate von 64 je 100.000 entsprachen. Auch für Berliner Kinder, die wegen einer Alkoholvergiftung ins Krankenhaus eingewiesen werden mussten, wurde im Jahr 2008 mit 113 Fällen (9 von ihnen wurden nicht in Berlin behandelt) die höchste Zahl seit 2002 registriert. Im Jahr 2002 befanden sich demgegenüber lediglich 56 bzw. 38 je 100.000 Berliner Kinder wegen einer Alkoholvergiftung im Krankenhaus.

Akute Alkoholintoxikationen sind zwar auch im *Jugendalter* (im Folgenden beschrieben für die Altersgruppe der 15- bis 19-Jährigen) der häufigste *Anlass* eines durch übermäßigen Alkoholkonsum verursachten Krankenhausaufenthaltes, in dieser Altersgruppe wird aber im Durchschnitt gesehen bereits bei etwa jedem zehnten Behandlungsfall ein chronischer Missbrauch (ICD-10 Nr. F 10.1), eine bereits bestehende Alkoholabhängigkeit (ICD-10 Nr. F 10.2) bzw. ein Alkoholentzugssyndrom (ICD-10 Nr. F 10.3) als ursächlicher Behandlungsanlass einer Krankenhausbehandlung diagnostiziert.

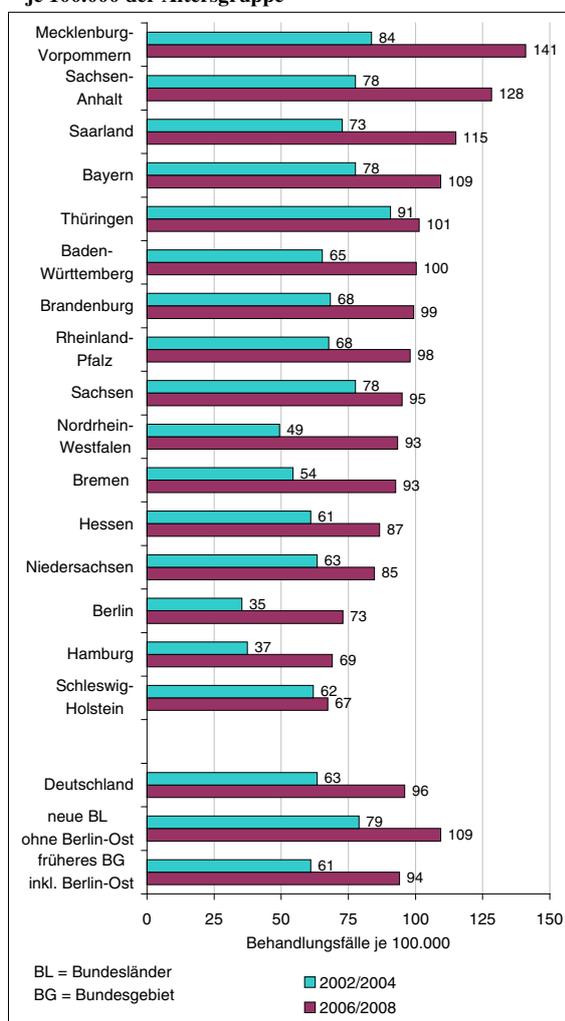
Auch im Jugendalter Anstieg alkoholbedingter Krankenhausaufenthalte bundesweit

Wie bei den Kindern kam es in den letzten Jahren auch bei den Jugendlichen bundesweit zu einer

starken Zunahme von alkoholbedingten Krankenhausaufenthalten. Vom Anstieg waren alle *Bundesländer* betroffen. Am stärksten vollzog er sich in Sachsen-Anhalt, Hamburg und Berlin. Insgesamt gesehen nahm die Rate der alkoholbedingten Klinikeinweisungen in der Zeit von 2002 bis 2008 (jeweils drei Jahre zusammengefasst) in Deutschland bei den 15- bis 19-Jährigen um etwa 57 % zu. In den Ländern des früheren Bundesgebietes fiel der Anstieg mit 52 % erheblich schwächer aus als in den Ländern des Gebietes der ehemaligen DDR. Dort kam es zu einer Erhöhung der Krankenhaushäufigkeit um 82 %. Jugendliche aus den neuen Ländern hatten aber gegenüber Gleichaltrigen aus den alten Bundesländern trotzdem noch eine um etwa acht Prozent niedriger liegende Behandlungsrate. Trotz der überdurchschnittlichen Zunahme von Klinikeinweisungen in Berlin und Hamburg befanden sich Jugendliche aus den beiden Stadtstaaten bundesweit immer noch am seltensten alkoholbedingt in vollstationärer Therapie. Am häufigsten traf das in den letzten Jahren auf 15- bis 19-Jährige aus dem Saarland und aus Bayern zu (vgl. Abbildung 3.66).

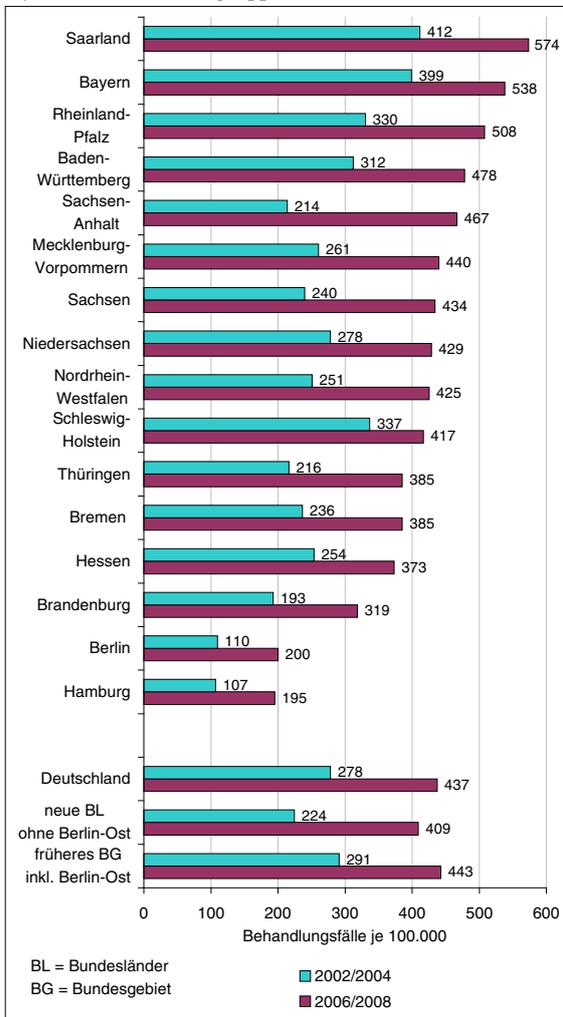
Auch bei den Jugendlichen wurden 2008 in Deutschland mit 22.897 Klinikeinweisungen aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol bzw. 502 Fällen je 100.000 der Alters-

Abbildung 3.65:
Aus dem Krankenhaus wegen akuter Alkoholintoxikation (ICD-10 Nr. F 10.0) entlassene Behandlungsfälle (Alter: 10 - 14 Jahre) in Deutschland 2002 - 2008 (jeweils drei Jahre zusammengefasst / Wohnortprinzip) nach Bundesländern
- je 100.000 der Altersgruppe



(Datenquelle: StBA, Destatis - Gesundheitsberichterstattung des Bundes / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Abbildung 3.66:
Aus dem Krankenhaus wegen psychischer und Verhaltensstörungen durch Alkohol (ICD-10 Nr. F 10) entlassene Behandlungsfälle (Alter: 15 - 19 Jahre) in Deutschland 2002 - 2008 (jeweils drei Jahre zusammengefasst / Wohnortprinzip) nach Bundesländern - je 100.000 der Altersgruppe



(Datenquelle: StBA, Destatis - Gesundheitsberichterstattung des Bundes / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

gruppe die im betrachteten Zeitraum höchsten Werte ermittelt. Im Jahr 2002 lag die Absolutzahl der eingewiesenen Jugendlichen bundesweit noch bei 11.855, was einer Behandlungsrate von 255 je 100.000 entsprach. Bei den Berliner Jugendlichen wurden 2008 mit 371 Fällen absolut bzw. 236 je 100.000 ebenfalls die bis dahin höchsten Werte registriert, 2002 befanden sich dagegen lediglich 192 15- bis 19-Jährige aus Berlin bzw. 106 je 100.000 wegen psychischer und Verhaltensstörungen durch Alkohol in einem Krankenhaus. Die im Bundesvergleich in Berlin noch weit unter dem Durchschnitt liegende stationäre Inanspruchnahme sollte jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (ICD-10 Nr. F 10) im Jugendalter auch in Berlin zu den häufigsten Gründen eines stationären Krankenhausaufenthaltes zählen. Im Jahr 2008 nahm die genannte Behandlungsdiagnose bei Betrachtung der Behandlungsgründe nach Einzeldiagnosen bei den 15- bis 19-jährigen Jungen Rang zwei aller Behandlungsanlässe ein, auf Platz eins stand akute Appendizitis. Auch bei den gleichaltrigen Mädchen zählten alkoholbedingte Krankenhausaufenthalte zu den zehn häufigsten Einweisungsgründen.

Krankenhauseinweisungen infolge von Alkoholmissbrauch im Bezirksvergleich

Krankenhauseinweisungen infolge von Alkoholmissbrauch unterlagen in den Bezirken einer erheblichen Schwankungsbreite. Nachfolgende Angaben nach dem Wohnort (Bezirk) der in Berlin behandelten Kinder und Jugendlichen beziehen sich für das Kindesalter auf Krankenhauseinweisungen, die aufgrund von akuten Alkoholintoxikationen (ICD-10 Nr. F 10.0) erfolgten.

Bezüglich des Jugendalters wurden neben dieser Behandlungsdiagnose zusätzlich noch alkoholbedingte Behandlungsfälle infolge schädlichen Gebrauchs von Alkohol (Missbrauch / ICD-10 Nr. F 10.1) und Fälle wegen Alkoholabhängigkeitssyndrom (ICD-10 Nr. F 10.2) in die Auswertung einbezogen. Die zwei letztgenannten Diagnosen wurden wegen der eher geringen Fallzahlen für den gesamten Auswertungszeitraum zusammengefasst (vgl. Abbildung 3.69).

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. Das traf auf Jungen (plus 118 %) und auf Mädchen (plus 127 %) gleichermaßen zu. Bei beiden Geschlechtern waren die Anstiege in Neukölln und Treptow-Köpenick am stärksten. Das Risiko, volltrunken in ein Krankenhaus eingeliefert zu werden, hat sich in beiden Bezirken vervielfacht.

Am häufigsten befanden sich im Zeitraum 2006/2008 *Jungen* aus Lichtenberg, Marzahn-Hellersdorf und Treptow-Köpenick wegen einer akuten Alkoholvergiftung in stationärer Therapie. Am seltensten traf das auf Gleichaltrige aus Friedrichshain-Kreuzberg, Reinickendorf und Tempelhof-Schöneberg zu. Jungen aus den früheren Ostbezirken Berlins (ohne ehemals Mitte und Friedrichshain) hatten im genannten Zeitraum mit durchschnittlich 100 Fällen je 100.000 ein mehr als doppelt so hohes Risiko wie Jungen aus den westlichen Bezirken (42 je 100.000).

10- bis 14-jährige Mädchen häufiger als gleichaltrige Jungen wegen Alkoholrausch im Krankenhaus

Auch bei den *Mädchen* wurden in Lichtenberg die höchsten Einweisungsquoten beobachtet. Am zweithäufigsten befanden sich Mädchen aus Steglitz-Zehlendorf, gefolgt von Gleichaltrigen aus Marzahn-Hellersdorf, wegen eines akuten Alkoholrausches im Krankenhaus. Das geringste Risiko hatten Mädchen aus Friedrichshain-Kreuzberg, Mitte und Charlottenburg-Wilmersdorf. Wie bei den Jungen zu beobachten, wurden auch

Mädchen aus den ehemaligen Bezirken von Berlin-Ost mit durchschnittlich 115 Fällen je 100.000 deutlich häufiger als Mädchen aus den westlichen Bezirken (78 je 100.000) mit einer Alkoholvergiftung in ein Krankenhaus gebracht. Insgesamt fiel auf, dass im gesamten Beobachtungszeitraum, das heißt auch schon im Zeitraum 2002/2004, für Berliner Mädchen häufiger als für Jungen eine Krankenhauseinweisung wegen eines akuten Alkoholrausches erfolgte. Diese Aussage traf in den letzten Jahren auf alle Berliner Bezirke zu (vgl. Abbildung 3.67).

Hinsichtlich der Krankenhauseinweisungen *15- bis 19-Jähriger* wegen *akuter Alkoholintoxikation* kam es bei den *männlichen Jugendlichen* in allen Berliner Bezirken zu einer Erhöhung der stationären Behandlungsmorbidität. Am stärksten fiel diese bei den jungen Männern aus den Bezirken Treptow-Köpenick und Tempelhof-Schöneberg aus. Bezogen auf die letzten Jahre befanden sich jedoch 15- bis 19-jährige männliche Jugendliche aus den Bezirken Spandau, Charlottenburg-Wilmersdorf und Lichtenberg am häufigsten wegen einer Alkoholvergiftung in stationärer Therapie. Demgegenüber wurden junge Männer aus Friedrichshain-Kreuzberg, Neukölln und Pankow von allen Berliner Bezirken am seltensten wegen eines akuten Alkoholrausches in ein Krankenhaus eingeliefert. Während männliche Jugendliche aus den östlichen Bezirken der Stadt gegenüber Gleichaltrigen aus den ehemaligen Westbezirken in früheren Auswertungsjahren deutlich niedriger liegende stationäre Morbiditätsraten aufwiesen (2002/2004: 74 bzw. 98 je 100.000), hatten sie im Zeitraum 2006/2008 ein etwas darüber liegendes Niveau (2006/2008 Berlin-Ost: 184, Berlin-West: 182 je 100.000).

Weibliche Jugendliche befanden sich seltener als männliche wegen Alkoholvergiftung in stationärer Therapie

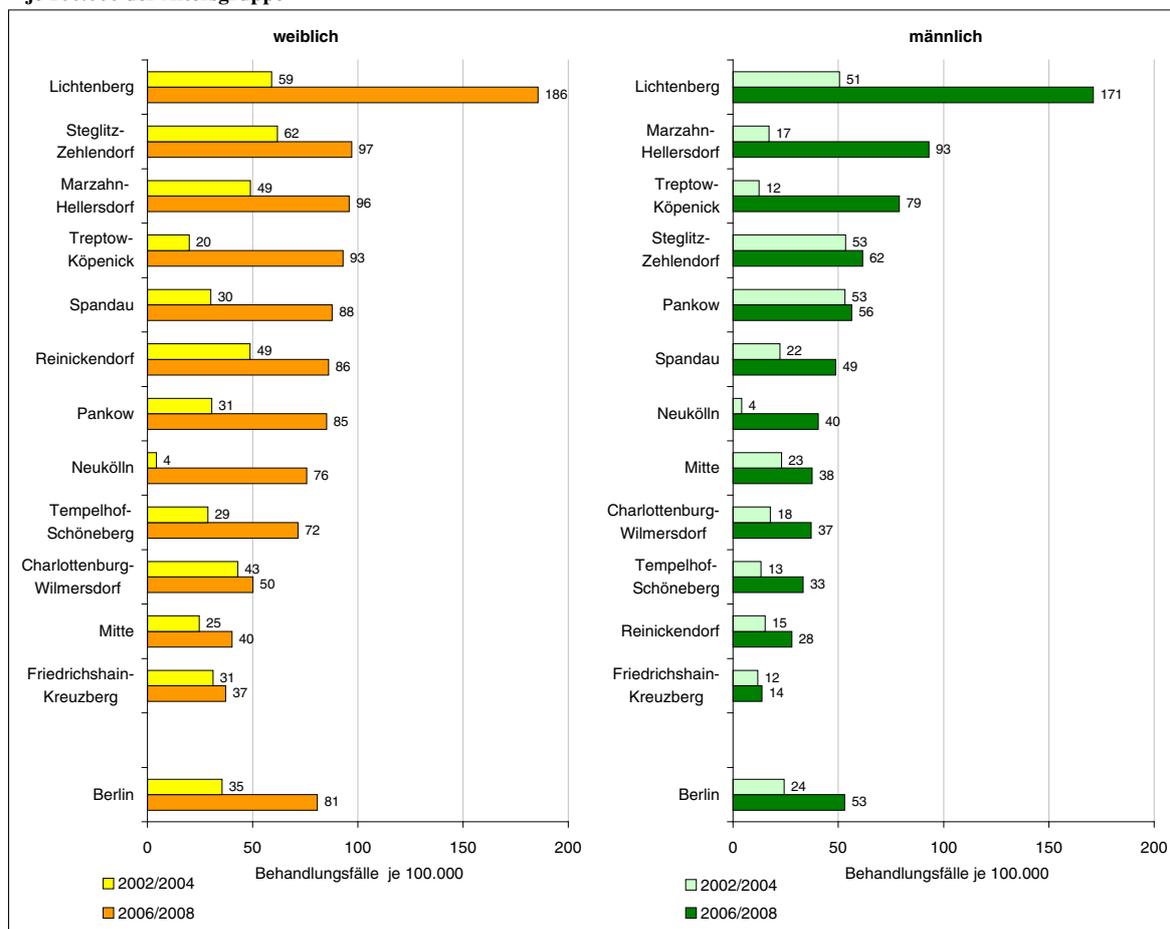
Auch bei den *weiblichen Jugendlichen* kam es in allen Bezirken zu einer Zunahme der Behandlungshäufigkeit. Den stärksten Anstieg verzeichneten Mädchen aus Marzahn-Hellersdorf und Treptow-Köpenick, wo es nahezu zu einer Vervierfachung der Rate kam. Die mit Abstand höchsten Werte wiesen Mädchen aus Reinickendorf, Steglitz-Zehlendorf und Spandau auf. Das Risiko eines Krankenhausaufenthaltes war in diesen

Bezirken etwa zweieinhalbmal so hoch wie das der Gleichaltrigen aus Mitte, Lichtenberg und Friedrichshain-Kreuzberg, den Bezirken in denen Mädchen das geringste Risiko eines Krankenhausaufenthaltes infolge akuten Alkoholrausches hatten. Trotz des stärkeren Anstiegs befanden sich 15- bis 19-jährige weibliche Jugendliche aus dem ehemaligen Ostteil der Stadt immer noch deutlich seltener wegen einer akuten Alkoholvergiftung in einem Krankenhaus als Gleichaltrige aus den ehemaligen Westbezirken. Die Behandlungsrate der Mädchen (exklusive der Mädchen aus den fusionierten Bezirken) aus den östlichen Bezirken lag im Zeitraum 2006/2008 mit durchschnittlich 118 Fällen je 100.000 ein Fünftel unter der der Mädchen aus den westlichen Bezirken der Stadt (145 je 100.000 der Altersgruppe) (vgl. Abbildung 3.68).

Zahlen zu den in Berliner Krankenhäusern wegen akuter Alkoholintoxikation behandelten Kindern (Alter: 10 - 14 Jahre) und Jugendlichen (Alter: 15 - 19 Jahre) in den Berliner Bezirken (Wohnortprinzip) können Tabelle 3.2.72 b entnommen werden.

Abbildung 3.67:

Aus dem Krankenhaus wegen akuter Alkoholintoxikation (ICD-10 Nr. F 10.0) entlassene Behandlungsfälle (Alter: 10 - 14 Jahre) in Berlin 2002 - 2008 (jeweils drei Jahre zusammengefasst / Wohnortprinzip) nach Geschlecht und Bezirken - je 100.000 der Altersgruppe



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

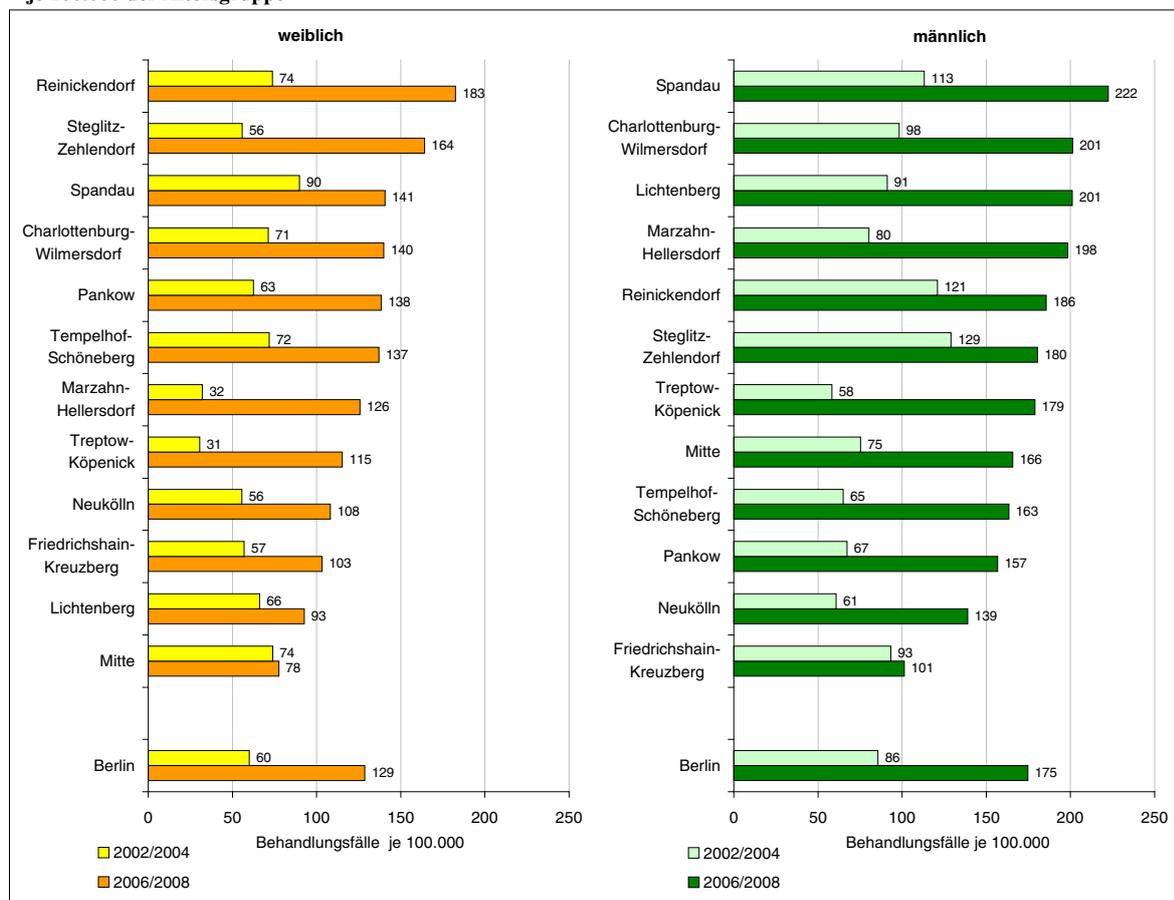
Ein für das Erwachsenenalter oft argumentierter und meist belegbarer Zusammenhang von negativen *Sozialindizes* und Höhe der *alkoholassoziierten Morbidität* kann im Kindes- und Jugendalter nicht festgestellt werden. Zum Beispiel befanden sich 15- bis 19-Jährige aus Neukölln und Friedrichshain-Kreuzberg - Bezirke mit einer schlechten sozialen Lage - wesentlich seltener infolge von akuten Alkoholexzessen in einem Krankenhaus als vergleichsweise Jugendliche aus Steglitz-Zehlendorf und Charlottenburg-Wilmersdorf. Bei den zwei letztgenannten handelt es sich um Bezirke mit der seit Jahren berlinweit günstigsten Sozialstruktur. Gründe für die deutlich unter dem Berliner Durchschnitt liegende Krankenhaushäufigkeit in Bezirken wie Neukölln und Friedrichshain-Kreuzberg - bei den Mädchen auch in Mitte - sind möglicherweise auch auf kulturelle und religiöse Lebensgewohnheiten zurückzuführen: Viele dort lebende Berlinerinnen und Berliner gehören einer islamischen Religionsgemeinschaft an und lehnen aufgrund ihres Glaubens Alkoholenuss ab.

Alkoholvergiftungen treten bei Kindern und Jugendlichen aller sozialen Schichten auf

Im Jugendalter zeichnen sich Zusammenhänge zwischen *sozialer Ungleichheit* und der Höhe der Krankenhausinanspruchnahme infolge *chronischen exzessiven Alkoholmissbrauchs* ab. Das traf insbesondere auf männliche Jugendliche zu. So hatten beispielsweise im gesamten Beobachtungszeitraum Jungen aus Bezirken mit den berlinweit ungünstigsten sozialstrukturellen Bedingungen (Friedrichshain-Kreuzberg, Mitte, Marzahn-Hellersdorf und Spandau) das höchste Risiko, sich infolge ihres chronischen Alkoholmissbrauchs - in der überwiegenden Mehrzahl dann bereits wegen be-

Abbildung 3.68:

Aus dem Krankenhaus wegen akuter Alkoholintoxikation (ICD-10 Nr. F 10.0) entlassene Behandlungsfälle (Alter: 15 - 19 Jahre) in Berlin 2002 - 2008 (jeweils drei Jahre zusammengefasst / Wohnortprinzip) nach Geschlecht und Bezirken - je 100.000 der Altersgruppe



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

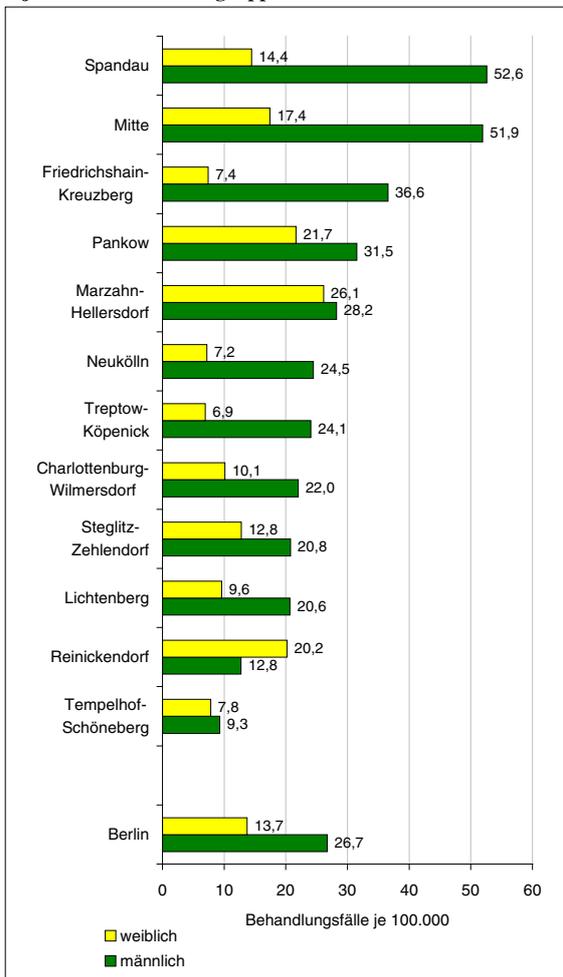
stehender Alkoholsucht - einer stationären Therapie unterziehen zu müssen. Mit Ausnahme der 15- bis 19-Jährigen aus Neukölln und Friedrichshain-Kreuzberg trafen diese Aussagen auch auf die Mädchen zu. Bis auf Mädchen aus Reinickendorf, die sich häufiger als dort lebende Jungen wegen bereits bestehender chronischer Alkoholprobleme im Krankenhaus befanden, waren dann aber in allen anderen Berliner Bezirken durchweg mehr männliche als weibliche Jugendliche in stationärer Therapie.

Unabhängig von der sozialen Lage fiel auf, dass 15- bis 19-jährige Jungen aus dem ehemaligen Ostteil der Stadt in der Zeit von 2002 bis 2008 mit 26,1 Fällen je 100.000 eine höhere Krankenhaushäufigkeit infolge von chronischem Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit verzeichneten als Jungen aus den ehemaligen Westbezirken Berlins (23,6 je 100.000). Auch bei den Mädchen wurde im ehemaligen Ostteil der Stadt mit einer durchschnittlichen Rate von 16,1 Fällen je 100.000 ein höheres Risiko (westliche Bezirke: 12,1 je 100.000) beobachtet (vgl. Abbildung 3.69).

Drogenbedingte Krankenhausaufenthalte im Ländervergleich

Vollstationäre Behandlungen infolge des Konsums illegaler Drogen (wie etwa Cannabis, Amphetamine, Ecstasy, Opiate, Kokain, Crack) sind, was Verweildauer im Krankenhaus, Anschlussbehandlungen und Kosten angeht, noch schwerwiegenderen Ausmaßes als alkoholbedingte Krankenhausaufenthalte. In der Mehrzahl der Fälle (rund 85 %) handelt es sich bei den Jugendlichen bereits um ein *stoffgebundenes Abhängigkeitssyndrom*, dessen Behandlung meist einen längeren Krankenhausaufenthalt nach sich zieht. Die Therapie erfolgt in den meisten Fällen in einer psychiatrischen

Abbildung 3.69:
Aus dem Krankenhaus wegen schädlichen Gebrauchs von Alkohol und Alkoholabhängigkeitssyndrom (ICD-10 Nrn. F 10.1, F 10.2) entlassene Behandlungsfälle (Alter: 15 - 19 Jahre) in Berlin 2002 - 2008 (zusammengefasst / Wohnortprinzip) nach Geschlecht und Bezirken - je 100.000 der Altersgruppe



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

Fachabteilung (Fachklinik). Anders als bei den Kindern und Jugendlichen, die wegen einer akuten Alkoholvergiftung in ein Krankenhaus eingewiesen wurden und dieses in der Regel nach Stunden, einem oder spätestens am zweiten Tag wieder verlassen dürfen, müssen Mädchen und Jungen, deren Krankenhauseinweisung aufgrund von Opioid- und Cannabismissbrauch und -abhängigkeit erfolgt, deutlich länger im Krankenhaus verweilen. Im Jahr 2008 mussten z. B. 15- bis 19-jährige Personen aus Berlin, die wegen derartiger Gründe ins Krankenhaus kamen, dort im Durchschnitt neun bis zehn Tage verbleiben. Nicht selten schließt sich dann auch noch eine kostenintensive Langzeittherapie an den Krankenhausaufenthalt an.

Während für Berliner Jugendliche hinsichtlich Klinikaufhalten wegen übermäßiger Alkoholfuhr *bundesweit* in den letzten Jahren mit die niedrigsten Raten ermittelt wurden, trifft dies auf Krankenhausbehandlungen aufgrund *chronischen Missbrauchs von Opioiden und Cannabinoiden* nicht zu. Berlin hatte in den letzten Jahren hinsichtlich der Behandlung 15- bis 19-jähriger Jugendlicher infolge Opiatmissbrauchs - trotz Rückgang der Raten - immer noch die bundesweit höchste Krankenhaushäufigkeit. Auch bezüglich der stationären Therapie von Jugendlichen, die sich wegen gesundheitsschädigender Folgen ihres Cannabismissbrauchs im Krankenhaus befanden, belegte Berlin in den vergangenen Jahren den vierthöchsten Rangplatz im Bundesländervergleich. Insgesamt gesehen muss Berlin somit immer noch eine eher negative Entwicklung hinsichtlich der Krankenhausbehandlungen von drogenabhängigen Adoleszenten bescheinigt werden.

In den letzten Jahren war die Entwicklung der Krankenhaushäufigkeit infolge von *psychischen und Verhaltensstörungen durch Opioide* (ICD-10 Nr. F 11) bei den *15- bis 19-Jährigen* in Deutschland von einem rückläufigen *Trend* geprägt. Davon profitierten in unterschiedlichem Ausmaß fast alle Bundesländer. Ein Anstieg der Behandlungsraten wurde lediglich in den Stadtstaaten Berlin und Hamburg beobachtet. Ob der im Jahr 2008 (61 Fälle, 39 je 100.000) in Berlin gegenüber dem Vorjahr (95 Fälle bzw. 57 je 100.000) zu beobachtende Rückgang der Behandlungszahlen eine Trendwende bedeutet, kann noch nicht bewertet werden.

Krankenhausbehandlungen infolge Opiatmissbrauchs in fast allen Bundesländern rückläufig

Bezogen auf Einzeljahre wurde im Jahr 2008 mit 775 vollstationär behandelten Jugendlichen aus Deutschland (das entspricht 17 Fällen je 100.000 der Altersgruppe) der bis dahin niedrigste Wert ermittelt. Die Absolutzahl der mit psychischen und Verhaltensstörungen durch Opioide stationär behandelten Jugendlichen lag im Jahr 2002 bundesweit noch bei 1.859 Fällen, was einer Behandlungsrate von 40 je 100.000 15- bis 19-Jährige entsprach. In Berlin befanden sich im Jahr 2008 - wie

bereits erwähnt - 61 Jugendliche wegen Opiatabhängigkeit in vollstationärer Therapie. Acht Jugendliche wurden in einem Krankenhaus außerhalb Berlins behandelt. Das bedeutet, dass im Jahr 2008 etwa jeder zwölfte in Deutschland im Jugendalter wegen eines Opioidabhängigkeits-syndroms behandelte Fall aus Berlin stammte.

Jugendliche aus Berlin bundesweit am häufigsten wegen einer Opiatabhängigkeit im Krankenhaus

Die stationäre Morbiditätsrate aufgrund von opioidbedingten Krankenhausaufenthalten unterlag im *Bundesländervergleich*

erheblichen Schwankungen. Jugendliche aus Berlin hatten im Zeitraum 2006/2008 das bundesweit höchste Behandlungsrisiko, gefolgt von Gleichaltrigen aus Sachsen-Anhalt und aus Hamburg. Versus befanden sich Gleichaltrige aus dem Saarland, gefolgt von Jugendlichen aus Niedersachsen und aus Mecklenburg-Vorpommern am seltensten wegen einer Opiatabhängigkeit in stationärer Betreuung (vgl. Abbildung 3.70).

Anstieg stationärer Behandlungsfälle wegen Cannabiskonsums bei Jugendlichen

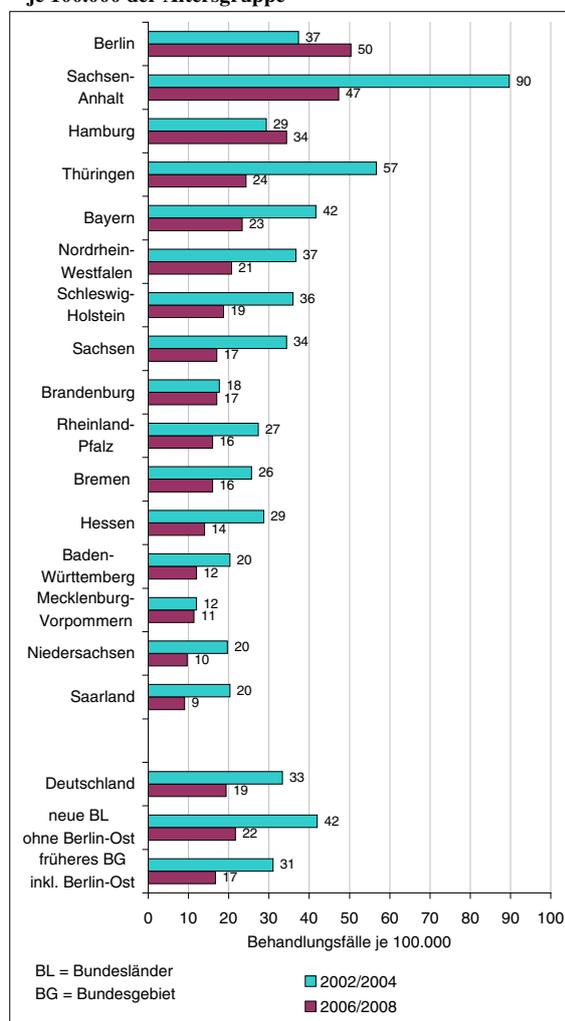
Krankenhaushfälle, die auf *psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide* (ICD-10 Nr.

F 12) zurückzuführen sind, stehen im *Jugendalter* nach den alkoholbedingten Krankenhaushfällen an zweiter Stelle des Behandlungsspektrums aller suchtasoziierten Behandlungsgründe. Hinsichtlich derjenigen, die wegen ihres Cannabiskonsums (hier wie bei den Opioiden im Wesentlichen wegen schädlichen Gebrauchs und Abhängigkeit) vollstationär in einem Krankenhaus behandelt werden mussten, kam es in fast allen Bundesländern zu einem Anstieg der stationären Morbiditätsraten. Im Jahr 2008 wurden 1.972 Jugendliche aus Deutschland bzw. 43 je 100.000 (2007: 1.916 bzw. 41 je 100.000) wegen psychischer und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide vollstationär in einem Krankenhaus behandelt. Demgegenüber wurden im Jahr 2002 bundesweit lediglich 1.398 Behandlungsfälle bzw. 30 je 100.000 15- bis 19-Jährige gezählt.

Im Jahr 2008 befanden sich 129 Jugendliche aus Berlin (82 je 100.000, 2007: 115 bzw. 69 je 100.000) wegen psychischer und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide in vollstationärer Therapie. Im Vergleich dazu nahmen im Jahr 2002 lediglich 59 Berliner Jugendliche (41 Jungen, 13 Mädchen) wegen chronischen Cannabinoidmissbrauchs bzw. bestehender Abhängigkeit einen Klinikaufenthalt in Anspruch.

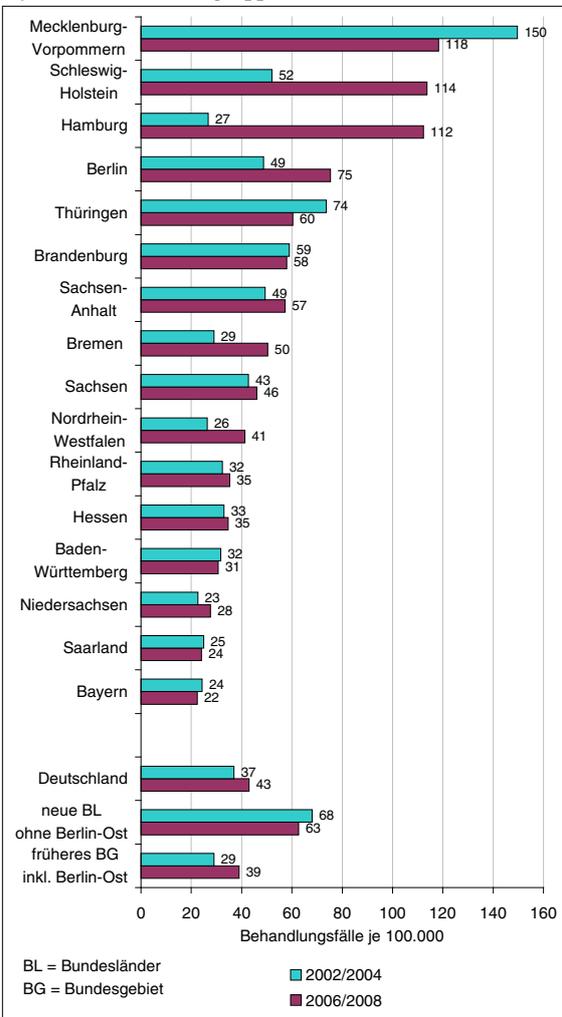
Jugendliche aus Mecklenburg-Vorpommern hatten in den letzten Jahren noch immer ein weit über dem *Bundesdurchschnitt* liegendes Behandlungsrisiko. Insgesamt gesehen befanden sich 15- bis 19-Jährige aus den neuen Bundesländern fast doppelt so häufig in vollstationärer Therapie wie

Abbildung 3.70:
Aus dem Krankenhaus wegen psychischer und Verhaltensstörungen durch Opioiden (ICD-10 Nr. F 11) entlassene Behandlungsfälle (Alter: 15 - 19 Jahre) in Deutschland 2002 - 2008 (jeweils drei Jahre zusammengefasst / Wohnortprinzip) nach Bundesländern - je 100.000 der Altersgruppe



(Datenquelle: StBA, Destatis - Gesundheitsberichterstattung des Bundes / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Abbildung 3.71:
Aus dem Krankenhaus wegen psychischer und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide (ICD-10 Nr. F 12) entlassene Behandlungsfälle (Alter: 15 - 19 Jahre) in Deutschland 2002 - 2008 (jeweils drei Jahre zusammengefasst / Wohnortprinzip) nach Bundesländern - je 100.000 der Altersgruppe



(Datenquelle: StBA, Destatis - Gesundheitsberichterstattung des Bundes / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

etwa Gleichaltrige aus den alten Bundesländern. Die meisten behandlungsbedürftigen Jugendlichen kamen aus Mecklenburg-Vorpommern, Schleswig-Holstein, Hamburg und Berlin. Das mit Abstand niedrigste Risiko hatten dagegen 15- bis 19-Jährige aus Bayern, dem Saarland und Niedersachsen (vgl. Abbildung 3.71).

Zahlen zu den in Berliner Krankenhäusern wegen psychischer und Verhaltensstörungen durch Opiode und Cannabinoide behandelten Jugendlichen (Alter: 15 - 19 Jahre) in den Berliner Bezirken (Wohnortprinzip) können Tabelle 3.2.72 c entnommen werden.

Kosten alkohol- und drogenbedingter Krankenhausbehandlungen im Kindes- und Jugendalter in Berlin

Die Kosten für die akuten alkoholinduzierten stationären Behandlungen sind enorm. Die meist notwendige Einlieferung mit einem Krankenwagen belastet in Berlin die Krankenkassen mit etwa 280 Euro pro Fahrt. Das bedeutet, dass im Jahr 2008 für die Anfahrt der 343 Berliner Kinder und Jugendlichen (281 mit Hauptdiagnose, 62 mit Nebendiagnose), die wegen eines akuten Alkoholrausches in ein Berliner Krankenhaus gebracht wurden, Kosten von circa 96.000 Euro anfielen. Das ist nur die Summe, die für einen Krankentransport ohne Begleitung eines Notarztes erfolgte. Müssen alkoholintoxikierte Kinder und Jugendliche mit einem Notfallrettungswagen in eine Klinik gebracht werden, liegen die Kosten für den Einsatz bei fast 500 Euro. Angaben zu Einsätzen von Notfallrettungswagen liegen nur insgesamt (vgl. dazu Tabelle 7.2.33), nicht aber für Einzeldiagnosen vor.

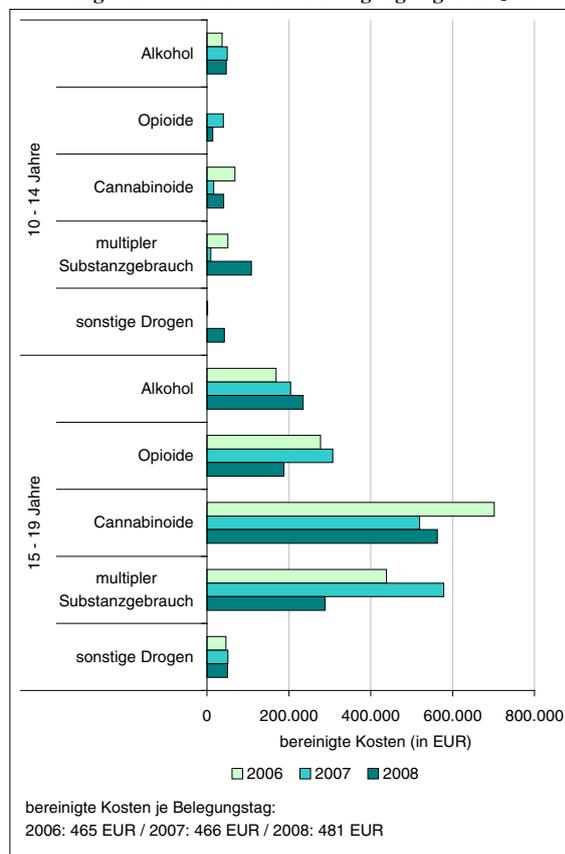
Neben den Transportkosten für die Einlieferung in ein Krankenhaus fallen dann noch die Kosten für die stationäre Versorgung der infolge von Alkohol- und Drogenmissbrauch im Krankenhaus stationär behandelten Kinder und Jugendlichen an. Alkohol- und drogenbedingte vollstationäre Krankenhausaufenthalte verursachen insgesamt sehr hohe Kosten.

Alkohol- und drogenbedingte Krankenhausaufenthalte verursachen hohe Kosten

Werden die bereinigten Krankenhauskosten (pflegesatzfähige Kosten) zugrunde gelegt - diese betragen im Jahr 2008 in Berlin 481 EUR (2006: 465 EUR, 2007: 466 EUR) je Belegungstag (vgl. Tabelle 11.2.4) - ergeben sich für die Behandlungsfälle wegen psychischer und Verhaltensstörungen durch psychoaktive Substanzen (ICD-10 Nrn. F 10 - F 19) bei den Berliner Kindern und Jugendlichen in Berliner Krankenhäusern 2008 Kosten von rund 1,6 Millionen EUR (3.277 Belegungstage). Die Kosten für alkoholbedingte Krankenhausaufenthalte (ICD-10 Nr. F 10) betragen für 605 Belegungstage fast 291.000 Euro. Der weitaus höhere Anteil der Behandlungskosten (82 %) ging jedoch zu Lasten derjenigen, die sich wegen psychischer und Verhaltensstörungen durch illegale und verschreibungspflichtige Substanzen (ICD-10 Nrn. F 11 - F 19, ausgenommen F 17 / Psychische und Verhaltensstörungen durch

Nikotin) einer stationären Krankenhausbehandlung unterziehen mussten. Dabei fielen im Jahr 2008 für 2.672 Belegungstage 1,576 Mio. EUR an. Allein für die wegen Cannabismissbrauchs in Berlin behandelten 122 Berliner Mädchen und Jungen (11 mehr als im Vorjahr) waren es für 1.254 Berechnungstage über 603.000 EUR (rund 70.000 mehr als 2007). Für die Therapie 56 opiatabhängiger Personen wurden den Krankenkassen weitere 202.000 EUR (insgesamt 420 Belegungstage) in Rechnung gestellt. Sehr hohe Kosten verursachten außerdem Kinder und Jugendliche, deren Behandlungsanlass auf einen multiplen Substanzgebrauch (ICD-10 Nr. F 19) zurückzuführen war. Im Jahr 2008 wurde in den Berliner Krankenhäusern diese Diagnose bei 78 10- bis 19-Jährigen als Grund für eine vollstationäre Behandlung angegeben. Die Zahl der Verweildauertage im Krankenhaus betrug 824, dafür fielen rund 396.000 EUR an Krankenhauskosten an (vgl. Abbildung 3.72).

Abbildung 3.72:
Behandlungskosten der infolge des Missbrauchs ausgewählter psychotroper Substanzen (ICD-10 Nrn. F 10 - F 19, T 51) in Berlin (nur Berliner / Alter: 10 - 19 Jahre) 2006 - 2008 vollstationär behandelten Krankheitsfälle - bereinigte Kosten in EUR nach Belegungstagen im Jahr



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