

ins Schwitzen geraten<sup>8</sup>. Diese Empfehlungen haben zum Beispiel auch Eingang gefunden in den „Ratgeber zur gesundheitlichen Prävention“ des Bundesministeriums für Gesundheit<sup>9</sup>.

38 % der **Frauen** und 46 % der **Männer** sind in Deutschland nach Angaben von GEDA pro Woche mehr als 2,5 Stunden **körperlich aktiv**, die Hälfte von ihnen sogar mindestens 5-mal pro Woche mindestens 30 Minuten - letztere entsprechen damit den o. g. Empfehlungen. Die körperlichen Aktivitäten sinken mit zunehmendem Alter: 18- bis 29-jährige Frauen sind zu 44 % körperlich aktiv, 65-jährige und ältere zu 27 %; bei Männern liegt die Spannweite zwischen 60 % in der unteren und 35 % in der oberen Altersgruppe. Bis zum 64. Lebensjahr geben weibliche und männliche Angehörige der unteren Bildungsgruppen häufiger körperliche Aktivitäten an als höhere, danach verhält es sich umgekehrt. Möglicherweise fallen bei den Erstgenannten mehr körperliche Aktivitäten am Arbeitsplatz an, während in den oberen Bildungsgruppen sitzende Tätigkeiten häufiger sind.

Als **sportlich aktiv** bezeichnen sich nach eigenen Angaben im Rahmen der GEDA-Umfrage 64 % der deutschen **Frauen** und **Männer**, jedoch steigt mit zunehmendem Alter der Anteil derer, die keinen Sport betreiben. Grundsätzlich betreiben obere Bildungsgruppen mehr Sport als untere, in der Kategorie „über vier Stunden Sport pro Woche“ verhält es sich jedoch umgekehrt (vgl. im GSI verfügbare Tabellen [4.12-1](#) und [4.13-1](#)).

**Berlinerinnen und Berliner** liegen mit ihren angegebenen allgemeinen körperlichen sowie sportlichen Aktivitäten noch unter denen der Frauen und Männer aus dem gesamten Bundesgebiet.

## 6.1.2 Konsum von Tabak, Alkohol und Drogen

### 6.1.2.1 Raucherinnen und Raucher

#### *Erwachsene*

Der Anteil der Raucherinnen und Raucher ist in Deutschland nach Angaben des **Mikrozensus 2009** gegenüber der letzten Erhebung vor vier Jahren um gut einen Prozentpunkt auf 26 % gesunken (befragt wurde die Bevölkerung über 15 Jahre). In Berlin ist der gleiche Trend zu beobachten, allerdings hat sich Berlin mit einem aktuellen Raucheranteil von 31 % (Frauen 26 %, Männer 36 %) an die Spitze aller Bundesländer geschoben (niedrigster Wert: Baden-Württemberg 23 %). Die aus der **GEDA-Untersuchung** vorliegenden Angaben zum Rauchverhalten sind denen des Mikrozensus sehr ähnlich. Bei Frauen und Männern ist das Rauchverhalten sehr stark von der Zugehörigkeit zu den Bildungsschichten abhängig: Die derzeitigen Raucherinnen und Raucher gehören am häufigsten zur unteren Bildungsgruppe, während diejenigen, die mit dem Rauchen aufgehört oder nie geraucht haben, in der oberen Bildungsgruppe am häufigsten vorkommen.

Berlin liegt mit einem Raucheranteil von 31 % an der Spitze aller Bundesländer

Das durchschnittliche Alter der Berliner Raucherinnen und Raucher bei **Rauchbeginn** hat sich in den letzten Jahrzehnten deutlich verringert: So gaben die heute 65-jährigen und älteren Frauen und Männer an, mit 22 bzw. 18 Jahren begonnen zu haben. Von den befragten unter 25-Jährigen gaben Frauen und Männer gleichermaßen an, mit 16 Jahren begonnen zu haben. Von den heute 65-Jährigen und Älteren haben 69 % der Frauen nie geraucht, während es bei den Männern nur jeder Dritte (37 %) war.

Befragt nach den täglich gerauchten Zigaretten gaben Männer über alle Altersgruppen einen deutlich höheren **Konsum** als Frauen (Werte in Klammern) an: 13 % (24 %) aller Raucher (Raucherinnen)

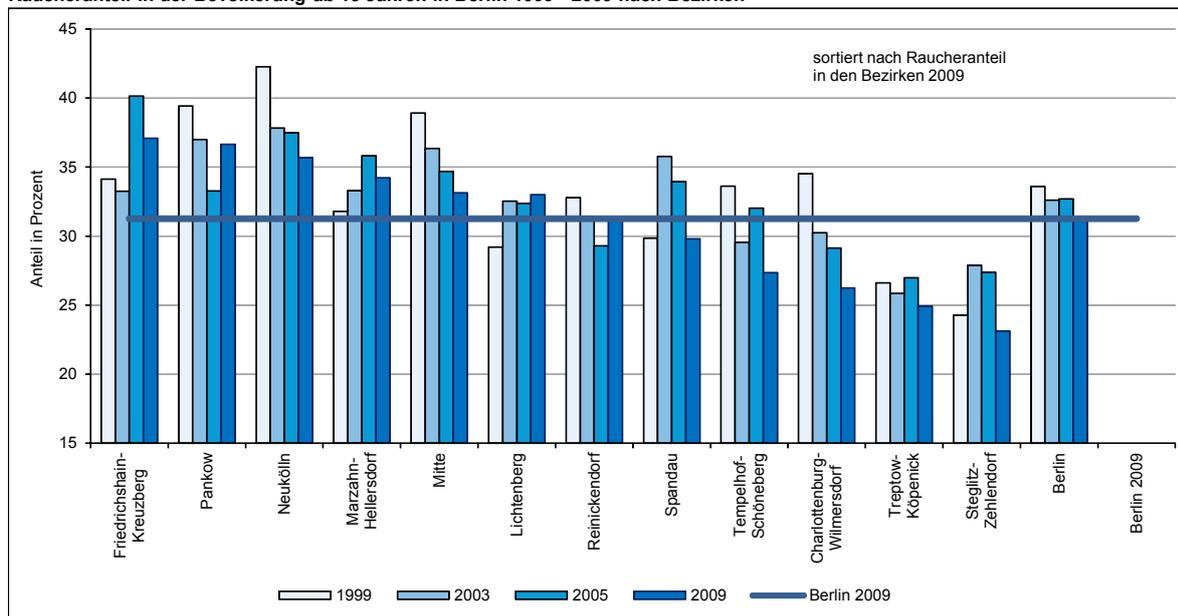
<sup>8</sup> Robert Koch-Institut (2011): Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2009“. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin., S. 103-106.

<sup>9</sup> Bundesministerium für Gesundheit (2010): Ratgeber zur gesundheitlichen Prävention. Berlin. Im Internet unter <http://www.bmg.bund.de/>, Rubrik Publikationen / Suchbegriff „Ratgeber zur gesundheitlichen Prävention“, zuletzt aufgerufen am 22.08.2011.

verbrauchten täglich unter fünf Zigaretten, 69 % (67 %) 5 bis 20, 16 % (8 %) 21 bis 40 und zwei (ein) Prozent rauchten 40 und mehr.

Der Anteil der Raucherinnen und Raucher sowie seine zeitliche Entwicklung ist nach Angaben des Mikrozensus 2009 ungleich über die **Berliner Bezirke** verteilt: In den Bezirken Mitte, Charlottenburg-Wilmersdorf und Neukölln sinkt der Raucheranteil seit dem ersten Messzeitpunkt 1999 kontinuierlich, während in Friedrichshain-Kreuzberg und Marzahn Hellersdorf seit 2005 und in Pankow, Lichtenberg und Reinickendorf im Jahr 2009 ein Anstieg zu beobachten ist. Den höchsten Raucherinnenanteil hatte 2009 Pankow mit 31 %, den niedrigsten Treptow-Köpenick (20 %). Die bezirkliche Spannweite bei den Rauchern lag zwischen 44 % in Friedrichshain-Kreuzberg und 24 % in Steglitz-Zehlendorf (vgl. Abbildung 6.2 und im GSI verfügbare Tabellen [4.1-1](#), [4.1-2](#), [4.1-3](#), [4.2-1](#), [4.3-1](#) und [4.5-1](#)).

**Abbildung 6.2:**  
Raucheranteil in der Bevölkerung ab 15 Jahren in Berlin 1999 - 2009 nach Bezirken



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

### Auswirkungen auf Kinder

Tabakrauch schädigt nicht nur die Gesundheit von Raucherinnen und Rauchern - vor allem deren Herz, Gefäße, Augen, Haut und das Immunsystem, sondern durch das Passivrauchen auch Familienangehörige, Kollegen und andere. Der Schutz vor dem Passivrauchen gilt als die effizienteste (kostengünstigste) und effektivste (wirksamste) Einzelmaßnahme in der **Tabakprävention**: Sie schützt den Bevölkerungsteil, der keine Tabakwaren konsumiert, senkt die Einstiegsquote bei Kindern und Jugendlichen, motiviert Tabakkonsumenten zum Ausstieg und lässt sich zu geringsten Kosten umsetzen. Deshalb wurden in den letzten Jahren erfolgreich Nichtraucherschutzgesetze - in Berlin 2008 - eingeführt.

Einen Überblick zu Raucherinnen und Rauchern im Haushalt von Berliner Kindern im Einschulungsalter geben die jährlichen Einschulungsuntersuchungen<sup>10</sup>.

Im Kindesalter kommt dem **Rauchverhalten der Haushaltsmitglieder** in zweierlei Hinsicht eine wichtige Bedeutung zu: so gibt es zum einen Auskunft zur kindlichen Exposition gegenüber Tabak-

<sup>10</sup> Grundausswertungen der Einschulungsdaten ab 2006 unter <http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/gesundheit/grundausswertungen.html>, Einzeltabellen unter <http://www.gsi-berlin.info/>.

rauch, zum anderen zum Rauchverhalten der unmittelbaren Bezugspersonen des Kindes in seiner Vorbildfunktion für späteres eigenes Gesundheitsverhalten. Dabei geht es - unabhängig von der Familienkonstellation - um das Vorbildverhalten von im Haushalt mit dem Kind zusammenlebenden Erwachsenen oder auch älteren Geschwistern.

Insgesamt hat der Anteil von **Nichtraucherhaushalten**, in denen Kinder im Einschulungsalter leben, über die letzten Jahre von 53 % 2005 auf 62 % 2010 deutlich zugenommen. Unverändert blieben hingegen die Verhältnisse mit Blick auf die Differenzierung nach sozialer Lage und Migrationshintergrund: während rund 85 % der Kinder aus Familien der oberen Sozialstatusgruppe in Nichtraucherhaushalten aufwachsen, sind es in der unteren Statusgruppe lediglich 39 %. Nach der einfachen Differenzierung nach dem Migrationshintergrund leben deutsche Kinder etwas häufiger in Nichtraucherhaushalten (64 % vs. 58 %), allerdings zeigt die detaillierte Analyse nach Herkunftsgruppen, dass die Aussage so pauschal nicht zutrifft. So liegt der Anteil der Nichtraucherhaushalte bei deutschen Familien mit 64 % eher im Mittelfeld, zwischen den Familien aus westlichen Industrie- oder sonstigen Staaten (77 % bzw. 81 %) und den Familien aus osteuropäischen oder arabischen Ländern (57 %). Am niedrigsten ist der Anteil mit 44 % Nichtraucherhaushalten bei türkischen Familien. Dabei ist zu berücksichtigen, dass diese Verteilung durch die Unterschiede im Sozialstatus in den verschiedenen Herkunftsgruppen beeinflusst wird (vgl. im GSI verfügbare Tabelle [4.5z-1](#)).

Kinder aus Familien der unteren sozialen Schicht wachsen nur zu 39 % in Nichtraucherhaushalten auf

### 6.1.2.2 Alkoholkonsum

Nach Angaben der GEDA-Untersuchung konsumierten 2009 ein Drittel der in Deutschland befragten Männer (34 %) und gut ein Fünftel der befragten Frauen (22 %) Alkohol in einem gesundheitlich riskanten Ausmaß. Am häufigsten praktizierten 18- bis 29-Jährige einen riskanten Alkoholkonsum (Frauen 30 %, Männer 45 %). Je höher die Bildungsschicht, desto häufiger wurde diese Konsumform angegeben, eine Ausnahme bilden hier die 18- bis 29-Jährigen mit einer sehr ähnlichen Verteilung von der unteren zur oberen Bildungsgruppe.

30 % der 18- bis 29-jährigen Frauen und 45 % der Männer praktizieren riskanten Alkoholkonsum

Berlinerinnen und Berliner geben sehr ähnliche Auskünfte über ihren Alkoholkonsum wie Frauen und Männer im Bundesdurchschnitt.

Zur **Messung der individuellen Alkoholkonsummenge** werden unterschiedliche **Instrumente** eingesetzt, gebräuchlich sind Frequenz-Mengen-Indizes, zu denen auch der in GEDA 2009 verwendete AUDIT-C (Alcohol Use Disorder Identification Test Consumption) gehört. Die Angaben zum Alkoholkonsum beruhen auf Selbstangaben der Befragten (wie oft wie viel), wobei sowohl das Erinnerungsvermögen, die richtige Einschätzung von Glasgrößen sowie die soziale Erwünschtheit der Antworten die Ergebnisse beeinflussen können. Zudem werden in der Literatur unterschiedliche Grenzwerte für einen als riskant betrachteten Alkoholkonsum angegeben. Daher ist ein Vergleich der o. g. Anteile von Befragten mit riskantem Alkoholkonsum mit den Ergebnissen anderer Studien erschwert. Hier sind die nächsten Erhebungswellen von GEDA mit gleichbleibender Methodik abzuwarten. Die mit dem beschriebenen Verfahren erhobenen Daten erlauben jedoch keine Aussagen über Häufigkeit und Ausprägung von Alkoholmissbrauch sowie -abhängigkeit in der Bevölkerung. Hierzu bedarf es einer detaillierten Erhebungsmethodik, wie sie z. B. in den epidemiologischen Suchtsurveys (vgl. folgenden Abschnitt 6.1.2.3) oder dem Bundes-Gesundheitssurvey 1998 sowie seiner Nachfolgestudie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS) durchgeführt wird<sup>11</sup> (vgl. im GSI verfügbare Tabellen [4.7-1](#) und [4.7-2](#)).

<sup>11</sup> Robert Koch-Institut (2011): Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2009“. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin., S. 121-123.

### 6.1.2.3 Epidemiologischer Suchtsurvey: Konsum psychoaktiver Substanzen

Repräsentativerhebung zum Konsum psychoaktiver Substanzen in Berlin im 6-Jahres-Turnus

Alle drei Jahre findet bundesweit der sogenannte *epidemiologische Suchtsurvey*<sup>12</sup> statt, eine Repräsentativerhebung zum Konsum verschiedener psychoaktiver Substanzen. Um genaue Aussagen für die Situation in Berlin treffen zu können, wird die *Berliner Stichprobe* alle sechs Jahre aufgestockt und bietet somit die Möglichkeit einer eigenen Auswertung für das Land. Ebenso stockt Hamburg die Stichproben alle sechs Jahre auf, allerdings finden die Aufstockungen jeweils versetzt statt.

Das Institut für Therapieforschung München, das den Suchtsurvey seit 1990 regelmäßig durchführt, hat eine Aufstellung der Trends seit 1995 zu verschiedenen psychoaktiven Substanzen in Hamburg (HH) und Berlin (BE) vorgenommen und diese Zahlen den Bundesergebnissen gegenübergestellt. Im Folgenden sind die wichtigsten Ergebnisse, die sich auf die Altersgruppe der 18- bis 59-Jährigen beziehen, zusammengefasst.

#### *Konsum von Alkohol*

Der Trend in der Lebenszeitprävalenz beim Alkoholkonsum zwischen 1995 und 2009 zeigt einen leichten Anstieg von rd. 92 % (BE, HH) bzw. rd. 94 % (Bund) auf rd. 97 %. Die 30-Tage-Prävalenz ist sowohl in den beiden Stadtstaaten als auch bundesweit konstant und liegt zwischen 77 und 78 %. Überall konsumierten Männer mit 82,9 % (Bund) bzw. 85 % (BE) öfter bzw. mehr als Frauen mit 70,2 % (Bund), 74,6 % (HH) und 72% (BE).

#### *Konsum von Tabak*

Der Trend beim Tabakkonsum ist im Gegensatz zum Alkoholkonsum überall leicht rückläufig, in Berlin ist der rückläufige Trend von 45,6 % im Jahr 1995 (30-Tage-Prävalenz) auf 34 % 2009 am deutlichsten.

#### *Konsum von Cannabis*

Über die Jahre 1995 - 2009 hat es einen Anstieg beim Cannabiskonsum gegeben: bundesweit von 12 % auf 27,5 %, in Hamburg von 27 % auf 45 % und in Berlin von 15 % auf 33 %. Damit liegt die Prävalenz in Berlin deutlich unter derjenigen von Hamburg. Die Prävalenz der letzten 12 Monate ist in Berlin (3,7 % im Jahr 1995 und 10,5 % 2006) und Hamburg (5,8 % 1997 auf 11 % im Jahr 2009) höher als im Bundesgebiet, wo die Prävalenz allgemein von 4,4 % 1995 auf 5,2 % anstieg.

Auch bei der 30-Tage-Prävalenz hat Berlin einen Anstieg zu verzeichnen: von 2,3 % 1995 auf 6 % 2006. In allen Untersuchungen liegen die Werte für Männer über denen der Frauen.

#### *Illegale Drogen ohne Cannabis*

Beim Konsum der übrigen illegalen Drogen liegt die Lebenszeitprävalenz in Hamburg und Berlin im Jahr 2009 zwischen 13 und 14 %, bundesweit bei rd. 8 %. Die 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenzen weisen entsprechend überall geringere Werte aus.

#### *Konsum von Medikamenten*

Interessant sind die Prävalenzen von Schmerzmitteln. Während auf Bundesebene mit 63 % und Hamburg mit 67 % die 12-Monats-Prävalenz zwischen 1995 und 2009 im Wesentlichen gleich geblieben ist, stieg diese in Berlin von 54 % auf 65 % an. In allen Untersuchungen sind Frauen vom Medikamentenkonsum stärker betroffen als Männer. In Berlin liegt die 12-Monats-Prävalenz bei Frauen bei rd. 70 %, bei Männern je nach Jahr zwischen 45 % und 55 %.

<sup>12</sup> Vgl. Angaben im Internet unter [www.ift.de/index.php?id=310](http://www.ift.de/index.php?id=310).

### Ergänzender Hinweis

In einem Projekt der Universität Duisburg-Essen und des Instituts für Therapieforschung München wurde erstmals untersucht, wie hoch die von der öffentlichen Hand für den Gesamtbereich „illegale Drogen“ aufgewendeten Ausgaben in Deutschland sind. Das Ergebnis - eine erste Abschätzung der öffentlichen Ausgaben im Kontext von Missbrauch und Abhängigkeit von illegalen Drogen - wurde im Jahr 2010 veröffentlicht<sup>13</sup>.

## 6.2 Gesundheitsvorsorge

### 6.2.1 Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen und Gesundheits-Check-up

Die Inanspruchnahme der verschiedenen Früherkennungsuntersuchungen, auf die die gesetzlich Krankenversicherten ein Anrecht haben, gibt im Jahr 2010 ein uneinheitliches Bild ab: Gegenüber 2008 gingen 2009 und 2010 mehr **Männer** zur Krebsfrüherkennung (Krebserkrankungen der **Prostata** und des **äußeren Genitales**, anspruchsberechtigt sind Männer ab 45 Jahren, jährliche Untersuchung), mit 145.847 Männern (2008: 135.428) nahmen 2009 25,2 % der Anspruchsberechtigten (2008: 23,9 %) die Möglichkeit einer Früherkennungsuntersuchung wahr, im Jahr 2010 erhöhte sich die Teilnahmerate noch einmal auf 25,9 % (152.576 Untersuchte). Demgegenüber stagnierte die Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen bei den **Frauen** (Krebserkrankungen des **Genitales** und **Brustkrebs (Abtasten)**, anspruchsberechtigt sind Frauen ab 20 bzw. für Brustab tasten ab 30 Jahren, jährliche Untersuchung) auf dem Niveau der letzten Jahre, das jedoch 2010 mit 695.728 Frauen bzw. 55,2 % der Anspruchsberechtigten (2009: 695.574 Frauen bzw. 55,6 % / 2008: 696.312 bzw. 56,0 %) immer noch mehr als doppelt so hoch lag als bei den Männern.

Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen bei Frauen deutlich höher als bei Männern

Die Teilnahme an der **Vorsorge-Koloskopie**, bei der für die GKV-Bevölkerung ab 55 Jahren ein Anspruch auf maximal zwei Untersuchungen im Abstand von mindestens 10 Jahren besteht, lässt gegenüber 2008 sowohl bei Frauen (2010: 11.884 / 2009: 13.975 / 2008: 15.539) als auch bei Männern (2010: 10.235 / 2009: 11.776 / 2008: 12.716) eine rückläufige Tendenz erkennen.

Das **Hautkrebsscreening**, das seit dem 01. Juli 2008 zum Präventionskatalog für gesetzlich Krankenversicherte ab dem Alter von 35 Jahren in zweijährlichem Turnus gehört, wurde 2009 von 33,0 % der anspruchsberechtigten Frauen und 28,5 % der anspruchsberechtigten Männer genutzt. Das entspricht etwa der deutschlandweiten Teilnahmerate, die die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) auf rund 30 % der berechtigten Männer und Frauen im Alter von 35 bis 74 Jahren beziffert hat. Die ersten Berliner Vergleichszahlen über ein ganzes Jahr zeigen jedoch, dass im Jahr 2009 mehr Versicherte diese Kassenleistung genutzt haben als im darauffolgenden Jahr 2010 mit Teilnahmequoten von 28,8 % bei den Frauen und 25,8 % bei den Männern. In allen Jahren seit Einführung des Hautkrebsscreenings nahmen deutlich mehr Frauen als Männer diese Leistung in Anspruch.

Beim **Mammographie-Screening** waren ab 2008 alle vier Berliner Screening-Einheiten betriebsbereit und bauten noch einen Überhang an anspruchsberechtigten Frauen ab, die am Screening teilnehmen wollten. Deshalb nahmen 2008 mehr Frauen (102.412) als 2009 (96.192) das Screening in Anspruch. Bezogen auf die anspruchsberechtigten 50- bis 69-jährigen in der GKV versicherten Frauen und den zweijährlichen Untersuchungsturnus lag die Teilnahme im Jahr 2008 bei 55 % und 2009 bei 52 %. Die Zahlen für 2010 weisen mit 104.345 Frauen eine noch höhere Teilnahme als 2008 aus, die Inanspruchnahme erreichte damit die bislang höchste Quote von 56,9 % (vgl. Tabelle [7.16-1](#)).

<sup>13</sup> Mostardt, S. et al. (2010): Schätzung der Ausgaben der öffentlichen Hand durch den Konsum illegaler Drogen in Deutschland. Das Gesundheitswesen 2010, 72 (12), Seiten 886-894.