

Basisbericht 2012/2013

Daten des Gesundheits-
und Sozialwesens

Gesundheitsberichterstattung Berlin
Basisbericht

Zeichenerklärung

- nichts vorhanden
- / Zahlenwert nicht sicher genug
- () Aussagewert ist eingeschränkt
- 0 weniger als die Hälfte von 1 in der letzten besetzten Stelle, jedoch mehr als nichts
- . Zahlenwert unbekannt oder geheim zu halten
- p vorläufige Zahl
- r berichtigte Zahl
- x Tabellenfach gesperrt, weil Aussage nicht sinnvoll
- s geschätzte Zahl
- ... Angabe fällt später an

Abweichungen bei der Summenbildung beruhen auf Abrundungen der Zahlen.

Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Quellenangabe gestattet.

ISSN 1617-9242

Herausgeber: Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Inhaltliche Verantwortung: Referat Gesundheitsberichterstattung, Epidemiologie, Gemeinsames Krebsregister,
Sozialstatistisches Berichtswesen, Gesundheits- und Sozialinformationssysteme

Fachliche Auskünfte und Bezug:

Prof. Dr. Gerhard Meinschmidt

Telefon: (030) 9028 2660

Telefax: (030) 9028 2067

E-Mail: Gerhard.Meinschmidt@sengs.Berlin.de

Quellennachweis: Der Bericht beruht auf Angaben
der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales und nachgeordneter Einrichtungen,
des Amtes für Statistik Berlin-Brandenburg,
der Bezirksämter von Berlin,
der Krankenhäuser in Berlin,
der Kammern der Heilberufe Berlin,
der Kassen(zahn-)ärztlichen Vereinigungen Berlin,
des Statistischen Bundesamtes,
der Deutschen Rentenversicherung
sowie weiterer Informationsquellen.

Redaktionsschluss: Juli 2013

Schutzgebühr: 15,- Euro (zuzüglich Porto)

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

Gesundheits- und Sozial-
informationssystem: <http://www.gsi-berlin.info>

Verzeichnis der am Bericht Beteiligten

Autorinnen und Autoren:	<p>Dr. Susanne Bettge, Britta Brandt, Kathleen Häßler, Elke Heimbach genannt Göthe, Dr. Sabine Hermann, Thomas Hesse, Ulla Kaschuba, Anita Kis, Detlef Kolbow, Nadine Lasson, Beate Martonné-Kunarski, Doris Müller, Dr. Sylke Sallmon, Christiane Struck, Susanne Thomann, Klaus Wegner Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales, Berlin</p> <p>Karin Stötzner / Katrin Ulmer (Kapitel 4.1.1.2 und 4.3.7) Patientenbeauftragte für Berlin / Büro der Patientenbeauftragten</p> <p>Claudia Levin (Kapitel 2.4) Landesamt für Gesundheit und Soziales, Berlin</p> <p>Katja Stieler, Dr. Corinna Weber-Schöndorfer, PD Dr. Christof Schaefer (Kapitel 4.3.4) Pharmakovigilanz- und Beratungszentrum für Embryonaltoxikologie (Charité - Universitätsmedizin Berlin)</p> <p>Prof. Dr. Gundel Harms-Zwingenberger (Kapitel 4.3.5) Institut für Tropenmedizin und Internationale Gesundheit (Charité - Universitätsmedizin Berlin)</p> <p>Dr. Frank Rosenbaum, Prof. Dr. Michael Tsokos (Kapitel 4.3.6) Landesinstitut für gerichtliche und soziale Medizin Berlin</p> <p>Dr. Ellen Harnisch (Kapitel 3.2.3, 4.1.1.1 und 4.1.1.3) Kassenärztliche Vereinigung Berlin</p> <p>Alexandra Pentschew (Kapitel 4.1.2) Kassenzahnärztliche Vereinigung Berlin</p> <p>Antje Liesener (Kapitel 4.4.2) Psychotherapeutenkammer Berlin</p> <p>Dennis Brinckmann, Christine Annegret Hoferer (Kapitel 4.3.3) Geschäftsstelle „Berliner Netzwerk gegen sexuelle Gewalt“</p>
Redaktionelle Bearbeitung:	<p>Christiane Struck Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales, Berlin</p>
Technische Umsetzung:	<p>Michael Ohlew Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales, Berlin</p>



Vorwort

Der Basisbericht der Berliner Gesundheitsberichterstattung stellt entsprechend der Koalitionsvereinbarung Grunddaten für die Öffentlichkeit bereit, er bietet Transparenz hinsichtlich des Gesundheitszustandes der Berlinerinnen und Berliner und der Gesundheitsversorgung. Für geplante gesundheitspolitische Vorhaben beinhaltet der Bericht damit wichtige Grundlagen.

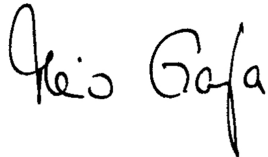
Der Schwerpunkt des aktuellen Basisberichts liegt auf der Analyse des Ausmaßes, der Risikofaktoren und der Auswirkungen chronischer Erkrankungen. Die wichtigsten Vertreter dieser langandauernden und meist nicht vollständig zu heilenden Erkrankungen sind Herz-Kreislaufkrankheiten (z. B. Hypertonie, ischämische Herzkrankheiten), bösartige Neubildungen und psychische und Verhaltensstörungen (z. B. Demenz, Psychosen, Suchtkrankheiten). Aber auch Diabetes mellitus und chronische Krankheiten des Atmungssystems gehören dazu. Von diesen auch als Volkskrankheiten bezeichneten Krankheiten ist ein Großteil der Bevölkerung betroffen und sie haben eine enorme volkswirtschaftliche Bedeutung, ausgedrückt z. B. in Behandlungskosten, Arbeitsunfähigkeit, Schwerbehinderung und Frühberentung. Bereits bei unter 65-Jährigen Berlinerinnen und Berlinern bestimmen chronische Erkrankungen das Krankheitsgeschehen und dominieren die vorzeitige Sterblichkeit. Wissenschaftlich gesichert ist, dass das individuelle Gesundheitsverhalten maßgebenden Einfluss auf die Entstehung spezifischer chronischer Krankheiten ausübt. Wir kennen auch die wenigen - zumeist beeinflussbaren - Risikofaktoren: Bluthochdruck, körperliche Inaktivität, Adipositas, ungesunde Ernährung, Alkohol- und Tabakmissbrauch, Fettstoffwechselstörungen und Stress.

Deshalb ist die Verbreitung des Wissens um diese Zusammenhänge und die Befähigung der Berlinerinnen und Berliner zu einer gesundheitsbewussten Lebensführung und einer Übernahme von noch mehr Eigenverantwortung für die Erhaltung ihrer Gesundheit einer meiner gesundheitspolitischen Schwerpunkte. Vorhaben wie das „Aktionsprogramm Gesundheit“ oder die Verfolgung der Gesundheitsziele „Gesund aufwachsen“ und „Gesund älter werden“ werden mithilfe der Berichterstattung handlungsorientiert vorgebracht.

Das „Aktionsprogramm Gesundheit“ wurde ins Leben gerufen, um Gesundheitsförderung und Prävention in Berlin zu stärken - eine Notwendigkeit, die sich aus der Gesundheitsberichterstattung und insbesondere auch aus dem aktuellen Berichtsschwerpunkt in aller Deutlichkeit ableiten lässt. Zum Aktionsprogramm gehören Projekte wie die Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit, der Aufbau des Web-Portals „Stadtplan Gesundheitsförderung“, der Ausbau der im Rahmen der Primärprävention bestehenden Good Practice-Maßnahmen u. a. Die Projekte zur Gesundheitsförderung und Prävention, orientiert an den von der Landesgesundheitskonferenz gesetzten Gesundheitszielen, werden fortlaufend weiterentwickelt, ein Prozess, für den eine kontinuierliche Berichterstattung von entscheidender Bedeutung ist.

Auch bundes- und europaweit ist dieses Thema Schwerpunkt der Gesundheitspolitik: Das für Deutschland in Vorbereitung befindliche Präventionsförderungsgesetz soll genau wie das Europäische Rahmenkonzept „Gesundheit 2020“ die Stärkung der gesundheitlichen Eigenkompetenz und Eigenverantwortung in allen gesellschaftlichen Schichten und in allen Lebensphasen unterstützen und eine nach gemeinsamen Gesundheitsförderungs- und Präventionszielen ausgerichtete Leistungserbringung stärken.

Ich bitte Sie alle, sich in Ihren Arbeitsfeldern - ob in Politik, Wissenschaft, Verwaltung oder den vielen Institutionen im Berliner Gesundheitswesen - kreativ und initiativ mit diesen Themen auseinanderzusetzen. Auch Ihre Anregungen, liebe Berlinerinnen und Berliner, sind herzlich willkommen.

A handwritten signature in black ink that reads "Mario Czaja". The signature is written in a cursive, slightly stylized font.

Mario Czaja
Senator für Gesundheit und Soziales

Inhaltsverzeichnis

Gesundheitsberichterstattung und Sozialstatistisches Berichtswesen im Land Berlin	11
1 Vorbemerkungen	13
2 Bevölkerung und Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems	17
2.1 Berliner Bevölkerung	17
2.1.1 Stand und Entwicklung	17
2.1.2 Bevölkerungsstruktur	22
2.1.3 Haushalte und Lebensformen	24
2.2 Ausgewählte Aspekte zur wirtschaftlichen und sozialen Lage	26
2.2.1 Einkommen, Erwerbstätigkeit und Bildungsabschlüsse	26
2.2.2 Empfängerinnen und Empfänger ausgewählter Leistungen nach SGB XII und nach dem Asylbewerberleistungsgesetz	28
2.3 Krankenversicherungsschutz der Berliner Bevölkerung	32
2.3.1 Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung	32
2.3.2 Markt-/Versichertenanteile der Kassenarten der GKV	33
2.3.3 Krankenversicherungspflicht für die Bevölkerung	34
2.3.4 Krankenkassenwahlrecht	35
2.4 Umweltbezogener Gesundheitsschutz: Badegewässerprofile und deren Umsetzung in Berlin	36
2.4.1 Bedingungen zur Erstellung von Badegewässerprofilen	36
2.4.2 Umsetzung in Berlin	38
2.5 Kernaussagen	39
2.6 Indikatoren im GSI	42
3 Chronische Erkrankungen - Ausmaß, Risikofaktoren, Auswirkungen	47
3.1 Chronische Erkrankungen - Mortalität und Morbidität	47
3.1.1 Allgemeine Angaben zu Mortalität und davon abgeleiteten Indikatoren	47
3.1.2 Spezifische Angaben zu Mortalität und Morbidität ausgewählter chronischer Erkrankungen und davon abgeleiteten Indikatoren	63
3.2 Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen und Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen	87
3.2.1 Verhaltensbedingte Risikofaktoren chronischer Krankheiten und potenzieller Rückgang des Sterberisikos	87
3.2.2 Drogen- und Suchtproblematik Berliner Schülerinnen und Schüler	101
3.2.3 Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennung und Gesundheits-Check-up	104
3.3 Pflegebedürftigkeit	105
3.3.1 Pflegebedürftige Personen nach Geschlecht und Alter	106
3.3.2 Pflegebedürftige Personen nach Pflegeart	109
3.3.3 Pflegebedürftige Personen nach Pflegestufen	113

3.4 Kernaussagen	116
3.5 Indikatoren im GSI	125
4 Gesundheitsversorgung der Berliner Bevölkerung	129
4.1 Ambulante ärztliche, psychotherapeutische und zahnärztliche Versorgung	129
4.1.1 Ambulante vertragsärztliche und -psychotherapeutische Versorgung	129
4.1.2 Vertragszahnärztliche Versorgung	137
4.2 Versorgungsangebot, Finanzierung und Kosten der Krankenhäuser	138
4.2.1 Versorgungsangebot der Berliner Krankenhäuser - Krankenhausplanung	138
4.2.2 Krankenhausfinanzierung	140
4.2.3 Kosten der Krankenhäuser	140
4.3 Öffentlicher Gesundheitsdienst und weitere ausgewählte Einrichtungen/Versorgungssysteme des Gesundheitswesens	144
4.3.1 Personal im öffentlichen Gesundheitsdienst	144
4.3.2 HIV/AIDS, sexuell übertragbare Infektionen und Hepatitiden - Prävention und Versorgung	147
4.3.3 Berliner Netzwerk gegen sexuelle Gewalt	150
4.3.4 Pharmakovigilanz- und Beratungszentrum für Embryonaltoxikologie (Charité - Universitätsmedizin Berlin)	155
4.3.5 Institut für Tropenmedizin und Internationale Gesundheit (Charité - Universitätsmedizin Berlin)	161
4.3.6 Landesinstitut für gerichtliche und soziale Medizin Berlin - Synergien auf rechtsmedizinischem Gebiet	165
4.3.7 Die Patientenbeauftragte des Landes Berlin	166
4.4 Beschäftigte im Berliner Gesundheitswesen	168
4.4.1 Beschäftigte im ambulanten und stationären Bereich	168
4.4.2 Mitglieder der Psychotherapeutenkammer Berlin	175
4.5 Kernaussagen	178
4.6 Indikatoren im GSI	185
5 Bezirksprofile	189
Mitte	190
Friedrichshain-Kreuzberg	193
Pankow	196
Charlottenburg-Wilmersdorf	199
Spandau	202
Steglitz-Zehlendorf	205
Tempelhof-Schöneberg	208
Neukölln	211
Treptow-Köpenick	214
Marzahn-Hellersdorf	217
Lichtenberg	220
Reinickendorf	223

Anhang	227
Tabellenverzeichnis	227
Erläuterungen	255
Abkürzungen	280
Publikationsverzeichnis	285
Sachwortregister	293

Gesundheitsberichterstattung und Sozialstatistisches Berichtswesen im Land Berlin

Anliegen der Gesundheitsberichterstattung (GBE) und des Sozialstatistischen Berichtswesens (SBW) in Berlin ist, die differenzierten Lebensverhältnisse und Lebenslagen sowie die gesundheitliche und soziale Versorgungssituation in ihrem zeitlichen Verlauf und in ihrer kleinräumigen Ausprägung systematisch zu erfassen, darzustellen und zu bewerten. Als Mittel dazu dienen Daten bzw. indikatorgestützte Beschreibungen und Analysen. Soziale Problemlagen in der Berliner Bevölkerung und deren Konzentration im städtischen Raum sind herauszuarbeiten, um eine fundierte Grundlage für die Entwicklung zielgerichteter und passgenauer Handlungsstrategien zu schaffen.

Die Berichterstattung dient als Planungsgrundlage für die Entwicklung und Durchführung von konkreten Maßnahmen und deren Evaluation. Sie informiert das Parlament und die Bürgerinnen und Bürger über die gesundheitliche und soziale Lage der Bevölkerung und sie stellt ihre Datenbestände der Wissenschaft zu Forschungszwecken zur Verfügung. Die Berichterstattung ist in diesem Sinne ein öffentliches Gut.

Bei der *Gesundheitsberichterstattung* handelt es sich um eine verdichtende, zielgruppenorientierte Darstellung und beschreibende Bewertung von Daten und Informationen, die für die Gesundheit der Bevölkerung, das Gesundheitswesen und die die Gesundheitssituation beeinflussenden Lebens- und Umweltbedingungen bedeutsam sind.

Die Berliner Gesundheitsberichterstattung verwendet folgende Berichtsformen:

- Der *Basisbericht* enthält Tabellen, die sich am Indikatorenansatz der Länder orientieren, Erläuterungen sowie Ergebnisbeschreibungen zu ausgewählten Schwerpunkten aus den behandelten Themenfeldern. Die Basisberichte werden jährlich herausgegeben.
- *Spezialberichte* werden zu Schwerpunktthemen erarbeitet und enthalten Analysen, Zusammenhänge und Handlungsempfehlungen für den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD), die Verantwortlichen der GBE sowie die politisch Verantwortlichen. Zu den Spezialberichten gehören auch die Sozialstrukturatlanten. Die Spezialberichte erscheinen in unregelmäßiger zeitlicher Folge.
- *Statistische Kurzinformationen* fokussieren in aller Kürze auf aktuellpolitische Themen und dienen als schnelle Information der politisch Verantwortlichen, der Fachebene sowie als Mitteilung an die Öffentlichkeit. Die Kurzinformationen erscheinen in unregelmäßiger zeitlicher Folge.
- In *Diskussionspapieren* werden aktuelle Forschungsergebnisse präsentiert. Das „Experimentieren“ mit Methoden und der Analyse von Inhalten im Sinne von „Werkstattberichten“ steht hierbei im Vordergrund. Kollegen und Interessierte werden aufgerufen, diese zu kommentieren, Anstöße zu geben und auf mögliche Fehler hinzuweisen. Die Diskussionspapiere erscheinen in unregelmäßiger zeitlicher Reihenfolge.
- Die *Grundausswertungen* enthalten Basisdaten z. B. zur gesundheitlichen und sozialen Lage von Kindern in Berlin aus den Einschulungsuntersuchungen. Die Daten bieten einen deskriptiven Überblick ohne tiefer gehende Kommentierung oder Interpretation. Jedem Inhaltsbereich ist eine kurze Darstellung zur Methodik der Datenerhebung vorangestellt.

Das *Sozialstatistische Berichtswesen* des Landes Berlin umfasst die systematische und regelmäßige Beobachtung und Auswertung von statistischen Daten auf den Sozialrechtsgebieten des SGB XII, des SGB II, des Asylbewerberleistungsgesetzes, des Landespflegegeldgesetzes und damit im Zusammenhang stehenden sozialen Entwicklungen. Das Sozialstatistische Berichtswesen beinhaltet die Generierung, Aufbereitung und Auswertung der Sozialstatistik des Landes Berlin auf den genannten Rechtsgebieten ebenso wie die Berichterstattung über relevante Entwicklungen von Lebensverhältnissen und Lebenslagen in Berlin. *Ergebnisformen* des Sozialstatistischen Berichtswesens sind Daten und Statistiken und thematische Spezialberichte:

- In der *Sozialstatistik* werden zum einen die nach Leistungsarten differenzierten Einnahmen und Ausgaben und zum anderen die Empfänger der sozialen Leistungen unter Beachtung sozialstruktureller Merkmale betrachtet. Beide Betrachtungsperspektiven werden mit der räumlichen Sichtweise verschränkt.
- *Spezialberichte im Rahmen des Sozialstatistischen Berichtswesens* verfolgen die vertiefende Analyse von Erkenntnissen aus der Sozialstatistik nach unterschiedlichen Themenschwerpunkten. Die Spezialberichte erscheinen in unregelmäßiger zeitlicher Reihenfolge.

Die Ergebnisse der Gesundheitsberichterstattung und des Sozialstatistischen Berichtswesens werden in das Gesundheits- und Sozialinformationssystem (GSI) des Statistikreferates der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales eingespeist und sind damit über das Internet unter www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/index.html zugänglich. Die Nutzer finden hier die Fülle der Informationen thematisch in regionaler und zeitlicher Differenzierung geordnet. Umfangreiche Suchfunktionen unterstützen das schnelle Auffinden der verfügbaren Texte, Tabellen oder Grafiken.

Einen Überblick über den Aufbau der Gesundheitsberichterstattung und des Sozialstatistischen Berichtswesens im GSI gibt das folgende Schaubild:



1 Vorbemerkungen

Basisberichte sind neben Spezialberichten, Statistischen Kurzinformationen und Diskussionspapieren eine etablierte Berichtsform der Berliner Gesundheitsberichterstattung (GBE). Der Basisbericht orientiert sich am Indikatorensatz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder, der von der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) beschlossen wurde und der Vergleichbarkeit der Bundesländer dient. Standard ist hierbei die geschlechter- und migrantensensible Betrachtung ebenso wie der zeitliche und räumliche Vergleich. In 11 Themenfeldern wird ein Überblick über den Gesundheitszustand der Berlinerinnen und Berliner und das Gesundheitswesen in der Stadt gegeben. Aktuell stehen den Informationssuchenden 316 Indikatoren entsprechend dem Indikatorensatz zur Verfügung, darüber hinaus 75 Tabellen mit ergänzenden, berlinspezifischen Informationen.

Inhaltlicher Schwerpunkt

Der Schwerpunkt des aktuellen Basisberichts liegt auf der *Analyse des Ausmaßes, der Risikofaktoren und der Auswirkungen chronischer Erkrankungen*. Veränderungen über die Zeit werden gleichermaßen in die Betrachtung einbezogen wie geschlechtsspezifische, soziale und regionale Unterschiede. Bereits bei unter 65-Jährigen bestimmen chronische Erkrankungen das Krankheitsgeschehen und dominieren die vorzeitige Sterblichkeit. Sie haben deshalb enorme volkswirtschaftliche Bedeutung, ausgedrückt z. B. in Behandlungskosten, Arbeitsunfähigkeit, Schwerbehinderung sowie Frühberentung. Sie beeinflussen Lebensqualität, Arbeitsfähigkeit und Sterblichkeit.

Als *chronische Krankheiten* werden lang andauernde Krankheiten bezeichnet, die nicht vollständig geheilt werden können und eine andauernde oder wiederkehrend erhöhte Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems nach sich ziehen. Zu den chronischen Krankheiten zählen die im Bericht ausführlich betrachteten Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie koronare Herzkrankheit und Schlaganfall, Diabetes, Krebs und chronische Atemwegserkrankungen, aber auch chronische Muskel-Skelett-Erkrankungen sowie psychische Erkrankungen.

In Deutschland leiden aktuell 42 % der Frauen und 35 % der Männer an mindestens einer chronischen Krankheit. Bereits bei den unter 65-Jährigen gab jede fünfte befragte Person an, chronisch krank zu sein¹. Auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, Krebs und chronische Atemwegserkrankungen entfallen drei Viertel aller Todesfälle und rund ein Viertel der Krankheitskosten². Zum Vergleich: Anfang des 19. Jahrhunderts starben über die Hälfte der Menschen in Deutschland an übertragbaren Infektionskrankheiten, nach dem zweiten Weltkrieg 15 %, heute nur noch 2 %.

Im Rahmen des zwischen den Bundesländern abgestimmten Gesundheitsmonitorings stellt die Berliner Gesundheitsberichterstattung kontinuierlich Daten zu häufigen chronischen Erkrankungen zur Verfügung (vgl. auch <http://www.gsi-berlin.info/>). Chronische Krankheiten werden in verschiedenen *Gesundheitsindikatoren* abgebildet: So sind die vier Krankheitsgruppen Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes, Krankheiten des Kreislaufsystems, psychiatrische Krankheiten und bösartige Neubildungen die häufigsten Ursachen von Frühberentungen. Sie verursachten im Jahr 2011 in Berlin mit 3.440 Zugängen 83 % aller Frühberentungen bei den Frauen und mit 2.809 Zugängen 78 % bei den Männern. Des Weiteren waren sie für 82 % aller bei unter 65-jährigen Frauen und für 78 % aller bei gleichaltrigen Männern durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen verantwortlich. 125.345 Berliner und Berlinerinnen befanden

¹ Robert Koch Institut (Hrsg.) (2012): Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2010“ (GEDA 2010). Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch Institut, Berlin. Im Internet unter http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/GEDA2010.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt aufgerufen am 22.07.2013.

² Vgl.: <http://www.gbe-bund.de/>, Pfad: Startseite > Ausgaben, Kosten, Finanzierung > Kosten > Kosten allgemein/sonstiges > Tabelle (gestaltbar): Krankheitskosten nach Alter und Geschlecht, zuletzt aufgerufen am 01.08.2013.

sich aufgrund derartiger Krankheiten in vollstationärer Behandlung in einem Berliner Krankenhaus, das waren immerhin 34 % aller unter 65-jährigen Behandlungsfälle. 1.341 Frauen und 2.159 unter 65-jährige Männer starben an den genannten chronischen Krankheiten, der Anteil an allen unter 65-jährig Gestorbenen belief sich bei den Frauen auf 64 % und bei den Männern auf 54 %.

Analysen zeigen, dass das *individuelle Gesundheitsverhalten* - körperliche Aktivität, Ernährungsverhalten, Alkohol- und Tabakkonsum sowie Stress - maßgebenden Einfluss auf die Entstehung verschiedener chronischer Krankheiten ausübt. Die Zusammenhänge zwischen mangelnder Bewegung und chronischen Erkrankungen zeigt ganz aktuell die TK-Studie³ zum Bewegungsverhalten der Menschen in Deutschland auf, danach kommen zwei Drittel der Frauen und Männer nicht einmal mehr auf eine Stunde Bewegung am Tag. Der überwiegende Teil der Befragten bedauert den Bewegungsmangel und hätte gern einen bewegteren Alltag. Aus Sicht der Fachleute und der Bevölkerung gilt deshalb: Je früher primäre, sekundäre und tertiäre Präventionen - als integrierte Programme für mehrere Risikofaktoren - umgesetzt bzw. unterstützt werden, desto eher können sie zu einer Erhöhung der Lebensqualität und der Verringerung des Auftretens und Schweregrades chronischer Erkrankungen beitragen. Das in Deutschland in Vorbereitung befindliche Gesetz zur Förderung der Prävention wird entscheidende Impulse für den gesamtgesellschaftlichen Ansatz zur Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung über die gesamte Lebensspanne geben. Schwerpunkte werden die Verminderung sozial und geschlechtsbedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen und die verstärkte ressort- und institutionenübergreifende Kooperation sein.

Die internationale Gemeinschaft strebt für den Zeitraum 2011 - 2016 im Rahmen der *europäischen Strategie zur Prävention und Kontrolle der nicht-übertragbaren Krankheiten* (NCDs) - wozu insbesondere die chronischen Erkrankungen gehören - die Senkung der vorzeitigen Mortalität auf Grund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Diabetes und chronischen Atemwegserkrankungen um 25 % als globales Ziel an⁴. Gemessen an den Sterbeverhältnissen der letzten fünf Jahre (2007 - 2011) kann für den Zeitraum 2012 - 2016 in Berlin für die chronischen Erkrankungen von einem Rückgang ausgegangen werden, dieser wird jedoch voraussichtlich nur für die vorzeitige Sterblichkeit an chronischen Krankheiten der unteren Atemwege die genannte europäische Zielmarke erreichen. Ohne gezielte Investitionen in Prävention kann ein Zugewinn an Gesundheit offensichtlich nicht erreicht werden. Dabei haben gerade chronische Erkrankungen multifaktorielle Ursachen: Neben individuellen Merkmalen (wie Geschlecht, genetischer Veranlagung, ethnischer Zugehörigkeit) spielen Wechselwirkungen mit sozialen und ökonomischen Faktoren (wie Einkommen, Bildungsniveau, Arbeitsbedingungen) eine große Rolle. Die im Basisbericht zur Berliner Gesundheitsberichterstattung zusammengestellten Ergebnisse zeigen, dass viele Menschen Unterstützung benötigen, um für die eigene Gesundheit etwas zu tun und ihrer Anfälligkeit gegenüber bestimmten Risiken entgegenzuwirken.

Verfügbarkeit im Internet

Seit 2008 steht im Internet neben den traditionellen Gesundheitsberichten auch das Gesundheits- und Sozialinformationssystem (GSI) mit knapp 10.000 Dokumenten zur Verfügung, die täglich von Informationssuchenden aus unterschiedlichen Bereichen - Verbänden, Landes- und Bundeseinrichtungen, Verwaltungen, Politik, Universitäten - abgerufen werden. Die Ergebnisse der Berliner Gesundheitsberichterstattung können - überwiegend als Excel-Dateien - von der Seite des Gesundheits- und Sozialinformationssystems unter <http://www.gsi-berlin.info> heruntergeladen werden.

Im GSI können mit Hilfe umfangreicher Suchmöglichkeiten schnell und gezielt die von den Nutzerinnen und Nutzern gewünschten detaillierten Informationen zur gesundheitlichen und sozialen Lage der Bevölkerung recherchiert und unkompliziert weiterbearbeitet werden. Diesen Vorteil und die inzwischen große

³ Vgl.: <http://www.tk.de/tk/aktionen/jahr-der-gesundheit/tk-bewegungsstudie/571006>, zuletzt aufgerufen am 02.08.2013.

⁴ Vgl.: Aktionsplan der WHO 2011-2016 für eine europäische Strategie zur Prävention und Kontrolle der nicht-übertragbaren Krankheiten (NCDs), <http://www.euro.who.int/de/what-we-do/event/first-meeting-of-the-european-health-policy-forum/documentation/background-material/action-plan-for-implementation-of-the-european-strategy-for-the-prevention-and-control-of-noncommunicable-diseases-20112016>, zuletzt aufgerufen am 02.08.2013.

Akzeptanz des Systems nutzen wir, um den Umfang des Basisberichts nicht weiter anwachsen zu lassen. Der Basisbericht 2012/2013 enthält als Druckexemplar bzw. als pdf-Datei keine Tabellen, diese werden ausschließlich im nutzerfreundlichen Excel-Format im GSI veröffentlicht.

Die Broschüre bzw. pdf-Datei enthält im Anhang ein Verzeichnis aller im GSI zur Verfügung stehenden Indikatoren und Tabellen des Basisberichts 2012/2013. Außerdem wird in den einzelnen Textbeiträgen auf die jeweils zugehörigen Tabellen verwiesen.

Der gesamte Tabellensatz des Basisberichts 2012/2013 kann im GSI über die erweiterte Suche http://www.gsi-berlin.info/gsi_suchen.asp mit folgenden Einstellungen angezeigt werden:

- Kontext: „Basisbericht GBE Berlin 2012/2013“ auswählen.
- Art: „Tabelle“ auswählen.

Zum Auffinden einer bestimmten Tabelle sind im GSI in der erweiterten Suche http://www.gsi-berlin.info/gsi_suchen.asp folgende Einstellungen vorzunehmen:

- Kontext: „Basisbericht GBE Berlin 2012/2013“ auswählen,
- Suchtext: das Wort Tabelle und die entsprechende Nummer (z. B. Tabelle 2.1-1) eingeben,
- Such-Modus: „alle Wörter, Suche nur im Kommentar“ auswählen.

Von der pdf-Datei aus genügt ein Mausklick auf den Verweis im Text, um zur gewünschten Tabelle im GSI zu gelangen.

Neben der direkten Suche nach der Tabellenummer können auch die vielfältigen Suchmöglichkeiten nach inhaltlichen oder formalen Kriterien genutzt werden.

2 Bevölkerung und Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems

2.1 Berliner Bevölkerung

2.1.1 Stand und Entwicklung

Die *Einwohnerzahl Berlins* betrug laut den Ergebnissen des Zensus 2011 am 31.12.2011 rund 3,3 Millionen. Das sind 175.870, also 5,0 % weniger als nach der bisherigen Bevölkerungsfortschreibung zum 31.12.2011¹, die für Berlin 3,5 Millionen Einwohnerinnen und Einwohner ausweist. Die bezirklichen Differenzen liegen zwischen -1,7 % (-4.080 Personen) in Reinickendorf und -9,2 % (-29.832 Personen) in Charlottenburg-Wilmersdorf.

Der Zensus ergab für Berlin - sowohl unter allen Bundesländern als auch unter den Großstädten - die größte Abweichung, gefolgt von Hamburg mit -4,5 %. München und Köln verzeichnen dagegen lediglich eine Differenz von -1,0 und -0,3 %. Für Deutschland insgesamt beträgt die Abweichung -1,9 % (bisherige fortgeschriebene Bevölkerung: 81.843.743; Zensus zum 31.12.2011: 80.327.900).

Abweichung der Zensusbevölkerung von der bisherigen Fortschreibung in Berlin am größten.

Die Fortschreibung des Zensus ist z. Z. (Stand Juni 2013) nur für die Gesamtbevölkerungszahl Berlins und der Bezirke verfügbar. Für differenzierte Betrachtungen nach Alter, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, sozioökonomischen Merkmalen (z. B. Bildung, Erwerbsstatus) steht noch keine Fortschreibung für den 31.12.2011 zur Verfügung, sondern nur der Stand 9. Mai 2011. Detaillierte Ergebnisse wie beispielsweise Einzelaltersjahre und die Möglichkeit, beliebige Kombinationen zwischen den vorhandenen Merkmalen herzustellen, sind vom Amt für Statistik Berlin-Brandenburg für Anfang 2014 angekündigt worden.

Aus diesem Grund konnten auch die zum Basisbericht gehörigen Bevölkerungstabellen sowie die Daten zu den ebenfalls im Zensus erhobenen Bildungsabschlüssen und zum Erwerbsstatus, veröffentlicht ausschließlich in elektronischer Form im Gesundheits- und Sozialinformationssystem (GSI), noch nicht aktualisiert werden. Die GSI-Tabellen wie auch alle Berechnungen mit Bevölkerungsbezug (z. B. Geburtenziffer, Versorgungsgrad, Sterblichkeit u. v. m.) beruhen nach wie vor auf den Ergebnissen der alten Bevölkerungsfortschreibung bzw. für die Bildungsabschlüsse und den Erwerbsstatus auf Angaben des Mikrozensus.

In diesem Kapitel wird auf folgende - nicht aktualisierte - GSI-Tabellen Bezug genommen:

Bevölkerungsstand Berlin und Bezirke: [2.1-1](#), [2.2-1](#), [2.3-1](#), [2.4-1](#), [2.5-1](#), [2.5z-1](#), [2.8-1](#); Bevölkerungsprognose: [2.12-1](#); Geburten und Sterbefälle / Wanderungen: [2.9-1,2.10-1](#), [2.11-1](#); Altersstruktur: [2.3-1](#), [2.7-1](#), [2.7-2](#); Einkommen / Erwerbstätigkeit: [2.17z-1](#), [2.17z-2](#), [2.18-1](#), [2.18-2](#), [2.18-3](#), [2.18-4](#); Schul- und Berufsabschlüsse: [2.13-1](#), [2.13-2](#), [2.13-3](#), [2.14-1](#), [2.14-2](#), [2.14-3](#).

Zusätzlich werden im GSI Eckdaten aus dem Zensus zu Bevölkerung, Bildungsabschlüssen und Erwerbsstatus in folgenden Tabellen zur Verfügung gestellt: [2.8z-1](#), [2.8z-2](#), [2.8z-3](#), [2.8z-4](#), [2.13z-1](#), [2.14z-1](#), [2.18z-1](#), [2.18z-2](#) und [2.18z-3](#).

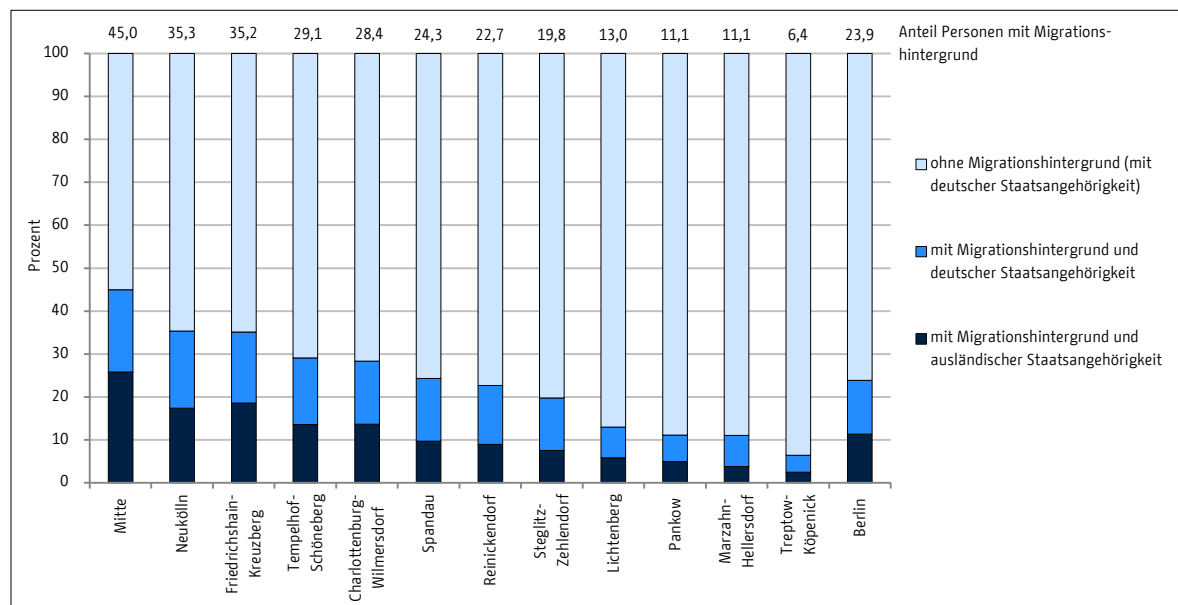
¹ Die bisher verwendete Bevölkerungsfortschreibung beruhte auf der Volkszählung von 1987 in der BRD bzw. auf den Daten des zentralen Einwohnermelderegisters der DDR aus dem Oktober 1990.

Migrationshintergrund

Fast ein Viertel der Berliner Bevölkerung hat einen Migrationshintergrund.

Ein großer Teil der Abweichungen zwischen bislang verwendeten Bevölkerungsdaten und dem Zensus 2011 ist auf die *Personengruppe mit Migrationshintergrund*, insbesondere der Ausländerinnen und Ausländer zurückzuführen. 24 % der Berlinerinnen und Berliner hatten entsprechend dem Zensus am 9. Mai 2009 einen Migrationshintergrund, 48 % von ihnen auch eine *ausländische Staatsangehörigkeit*. Deutsche mit Migrationshintergrund machen 12,4 % der Gesamtbevölkerung aus. Bislang wurde gemäß dem Berliner Melderegister² von 908.188 Personen mit Migrationshintergrund (27 % der Bevölkerung), darunter 52,7 % Ausländerinnen und Ausländern, ausgegangen. Auf der *bezirklichen Ebene* gab es seit Erhebung und Auswertung des Merkmals Migrationshintergrund im Mikrozensus 2005 keine bemerkenswerten Veränderungen. Auch nach dem Zensus hat im Bezirk Mitte nach wie vor fast die Hälfte der Einwohnerinnen und Einwohner einen Migrationshintergrund (45 %), wohingegen ihr Anteil in Treptow-Köpenick nur bei 6 % liegt (vgl. Abbildung 2.1). Abweichungen zeigt der Zensus im Vergleich zum Mikrozensus bei den Bezirken Charlottenburg-Wilmersdorf und Neukölln: Hier werden 6,5 % bzw. 4,8 % weniger Personen mit Migrationshintergrund ausgewiesen (Charlottenburg-Wilmersdorf: 27.844 Personen; Neukölln: 20.689 Personen).

Abbildung 2.1:
Anteil der Menschen mit und ohne Migrationshintergrund in Berlin am 09.05.2011 nach Staatsangehörigkeit und Bezirken



(Datenquelle: AFS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - IA -)

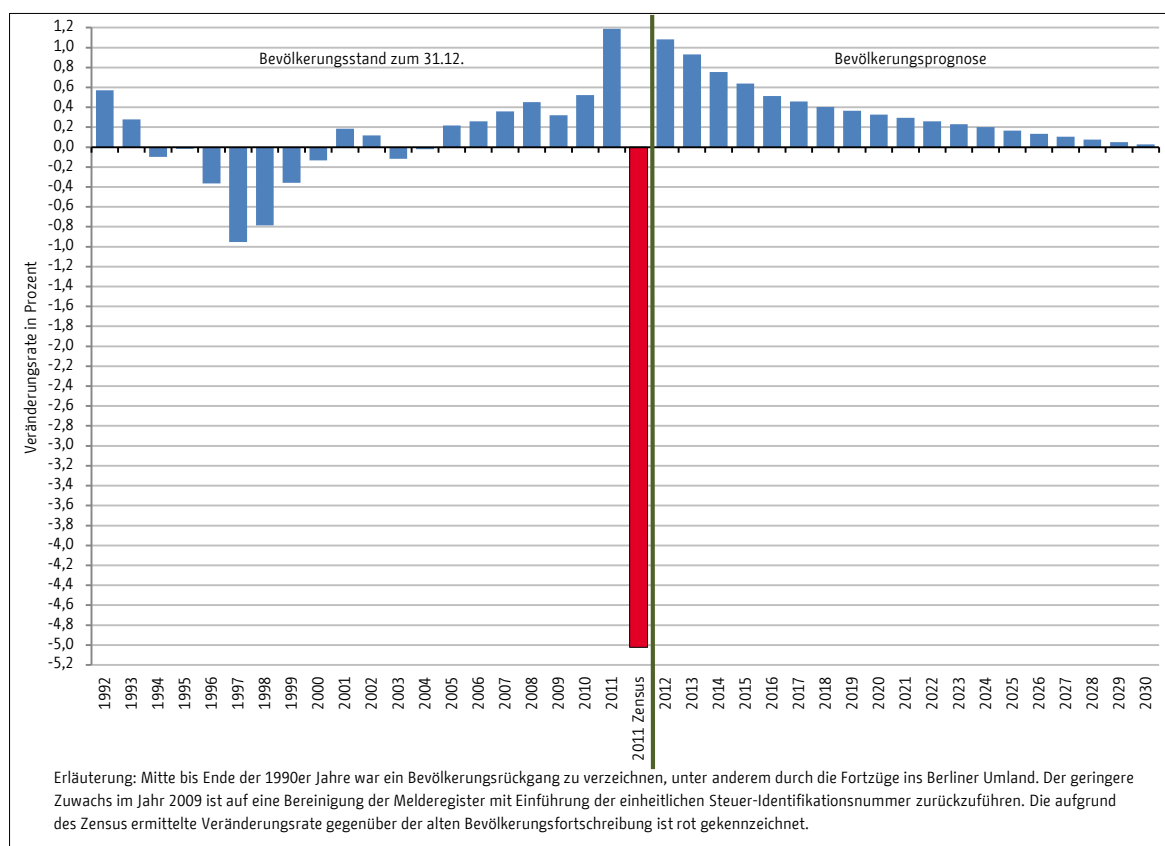
Die Fortschreibung des Zensus vom Stichtag 9. Mai 2011 zum 31.12.2011 zeigt ein Wachstum der Berliner Bevölkerung um 33.637 Personen. Weitere Entwicklungen der Einwohnerzahl auf Basis des Zensus werden erst im Jahr 2014 zur Verfügung stehen. Auch die *Bevölkerungsprognose*, die auf Grundlage der bisherigen Fortschreibung zum 31.12.2011 erstellt wurde, weist einen Anstieg der Bevölkerungszahl Berlins auf. So wird sich die Anzahl der Berlinerinnen und Berliner jährlich erhöhen, jedoch immer geringer, sodass der Zuwachs im Jahr 2030 nur noch 0,03 % betragen wird (vgl. Abbildung 2.2).

Der prognostizierte Zuwachs verteilt sich nicht gleichmäßig auf alle *Berliner Bezirke*. Am stärksten wächst die Bevölkerung Pankows, von 2011 bis 2030 um 16 %. Das geringste Wachstum wird für den Bezirk Reinickendorf prognostiziert, wo es im gleichen Zeitraum einen Zuwachs von lediglich 2 % geben wird.

² Der Migrationshintergrund ist grundsätzlich kein Merkmal der fortgeschriebenen Bevölkerung.

Abbildung 2.2:

Bevölkerungsstand und Bevölkerungsprognose in Berlin 1992 - 2011 nach jährlicher Veränderungsrate



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

In Deutschland insgesamt sind die Bevölkerungszahlen seit 2003 rückläufig. Daneben hat der Zensus ergeben, dass zum Stichtag 9. Mai 2011 rund 1,5 Millionen weniger Einwohnerinnen und Einwohner in Deutschland leben als bisher angenommen (rd. 80,2 Millionen). Auch die bislang verfügbare Bevölkerungsprognose bestätigt diesen Trend, bis 2030 wird lediglich die Bevölkerung in Großstädten weiter zunehmen^{3, 4}. Spitzenreiter wird München mit einer prognostizierten jährlichen Wachstumsrate von 0,7 % sein⁵.

Natürliche Bevölkerungsbewegung

Das Wachstum der Berliner Bevölkerung beruht zum einem auf den natürlichen Bevölkerungsbewegungen: Die Stadt verzeichnet deutlich rückläufige Sterbezahlen, sodass es im Berichtsjahr mit 33.075 lebendgeborenen Kindern einen *Geburtenüberschuss* von 1.695 gab. Diese positive Entwicklung ist hauptsächlich auf Berlinerinnen und Berliner mit ausländischer Staatsangehörigkeit zurückzuführen. Ihr Geburtenüberschuss liegt insgesamt bei 2.447, wohingegen bei den Deutschen noch immer ein *Sterbeüberschuss* von 752 zu verzeichnen ist.

Im Vergleich zu 2001 hat sich die *Geburtenziffer*⁶ (auch Fruchtbarkeitsziffer genannt) – also die Anzahl der Lebendgeborenen je 1.000 Frauen zwischen 15 und 45 Jahren – in Berlin beträchtlich erhöht. Gleichzeitig lässt sich eine damit einhergehende Verschiebung in der Altersstruktur der Mütter beobachten: Das

Geburtenziffer 2011 in Berlin deutlich höher als 2001.

³ Statistisches Bundesamt, GENESIS Online Datenbank, <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online> unter dem Pfad Tabellen / Code-Auswahl: 12411-0001 bzw. 12421-0001, zuletzt aufgerufen am 29.05.2013.

⁴ Bertelsmann Stiftung, Wegweiser Kommune, Bevölkerungsprognose, <http://www.wegweiser-kommune.de/datenprognosen/prognose/Prognose.action>, zuletzt aufgerufen am 22.05.2013.

⁵ Landeshauptstadt München, Referat für Stadtplanung und Bauordnung: Demografiebericht München – Teil 1. Analyse und Bevölkerungsprognose 2011 bis 2030, S. 6, im Internet unter www.muenchen.de unter dem Pfad Rathaus / Stadtverwaltung / Referat für Stadtplanung und Bauordnung / Veröffentlichungen zu verschiedenen Themen unter Broschüren zur Stadtentwicklungsplanung und „Perspektive München“, zuletzt aufgerufen am 29.05.2013.

⁶ Mangels differenzierter Daten wird die Geburtenziffer noch nicht auf Grundlage des Zensus, sondern der Bevölkerungsfortschreibung auf Basis der Volkszählung 1987 in der BRD und Daten des zentralen Einwohnermelderegisters der DDR aus dem Oktober 1990 berechnet.

Alter der Frauen mit der höchsten Anzahl Lebendgeborener je 1.000 gleichaltriger Frauen hat sich von 30 auf 31 Jahre verschoben. Auf *Bezirksebene* ist in Pankow, Friedrichshain-Kreuzberg, Mitte und Charlottenburg-Wilmersdorf die Geburtenziffer der Mütter ab 30 Jahren erheblich angestiegen, während sie bei den jüngeren Müttern gesunken ist. Die Geburtenziffer der jüngeren Mütter ist in Marzahn-Hellersdorf, Spandau und Reinickendorf deutlich höher als in den anderen Bezirken, d. h. es werden überwiegend Kinder von Müttern unter 30 Jahren geboren (vgl. Abbildung 2.3).

Wanderungen von und nach Berlin

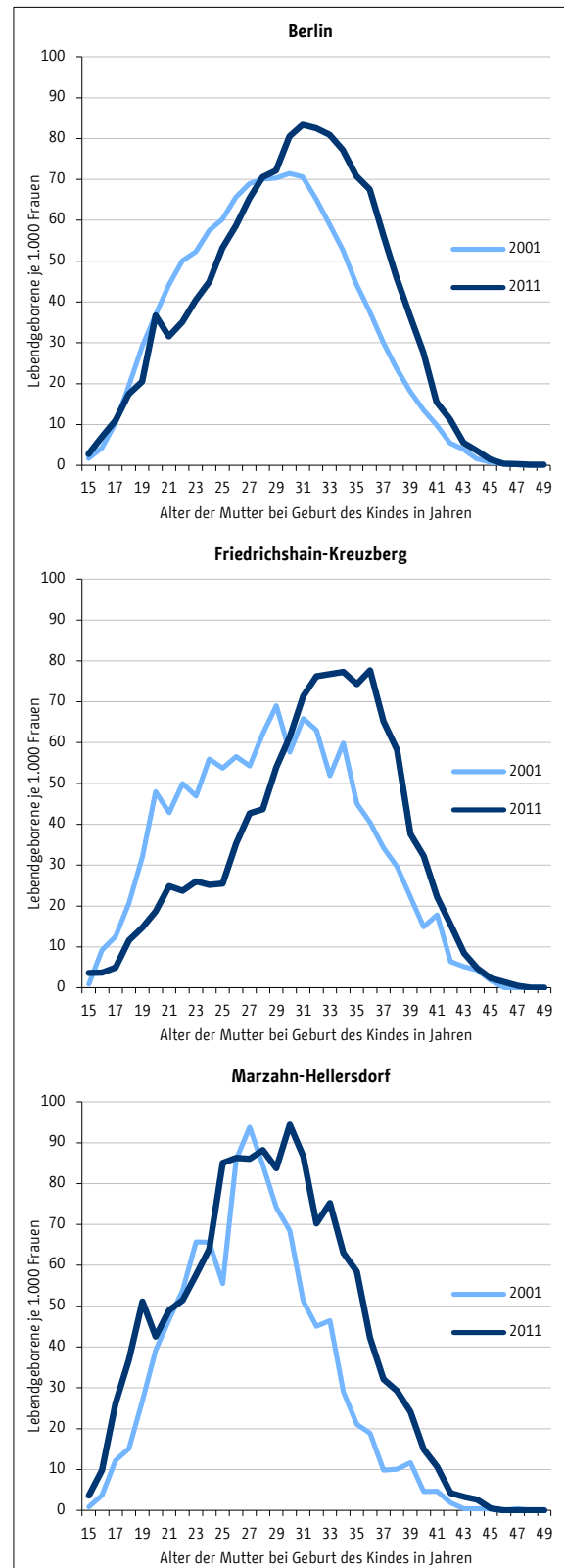
Berlin verzeichnet einen positiven *Wanderungssaldo*. 2011 lag dieser bei 39.421. Auf bezirklicher Ebene verzeichnet Neukölln den höchsten Wanderungssaldo (5.439) und Tempelhof-Schöneberg mit 1.029 den niedrigsten.

78.810 *Deutsche* kamen 2011 aus anderen Bundesländern in die Hauptstadt, zumeist aus Brandenburg (28 %), Nordrhein-Westfalen (13 %) und Bayern (9 %). 8.490 Personen verlegten ihren Wohnsitz aus dem Ausland nach Berlin. Demgegenüber zogen 74.366 Menschen mit deutscher Staatsangehörigkeit weg, 33 % davon nach Brandenburg und nur 13 % ins Ausland.

Positiver Wanderungssaldo hauptsächlich aufgrund von Zuzügen ausländischer Personen.

Zwei Drittel des Wanderungssaldos kamen durch die Zu- und Fortzüge der Bevölkerung mit *ausländischer Staatsangehörigkeit* zustande (26.487; 2010: 2.371) Die meisten von ihnen ziehen aus dem europäischen Ausland nach Berlin, insbesondere aus den 2004 und 2007 der EU beigetretenen Staaten Polen (7.453), Bulgarien (5.258) und Rumänien (3.597). Ein wachsender Zuzug von EU-Bürgerinnen und -bürgern aus diesen Ländern lässt sich ebenfalls für Gesamtdeutschland feststellen⁷. Der zweite Roma-Statusbericht des Bezirksamtes Neukölln spricht von einer seit etwa drei Jahren anhaltenden Armutswanderung und vermutet, dass ein Großteil der zugewanderten Familien aus Osteuropa der Ethnie der Roma angehört⁸.

Abbildung 2.3:
Altersspezifische Geburtenziffern der Frauen insgesamt in Berlin und zwei ausgewählten Bezirken 2001 und 2011 nach Durchschnittsalter der Mütter bei Geburt des Kindes

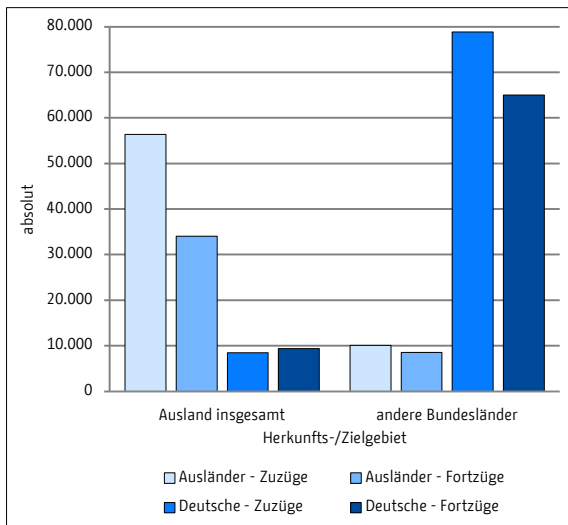


(Datenquelle: AFS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

⁷ Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2012): Migrationsbericht 2011 [erstellt] im Auftrag der Bundesregierung, http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Migrationsberichte/migrationsbericht-2011.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt aufgerufen am 22.05.2013.

⁸ Bezirksamts Neukölln von Berlin (2012): 2. Roma-Statusbericht. Entwicklung der Zuzüge von EU-Unionsbürgern aus Südosteuropa, April 2012.

Abbildung 2.4:
Zu- und Fortzüge von Menschen deutscher und ausländischer Staatsangehörigkeit in Berlin 2011 nach Herkunfts- und Zielgebieten

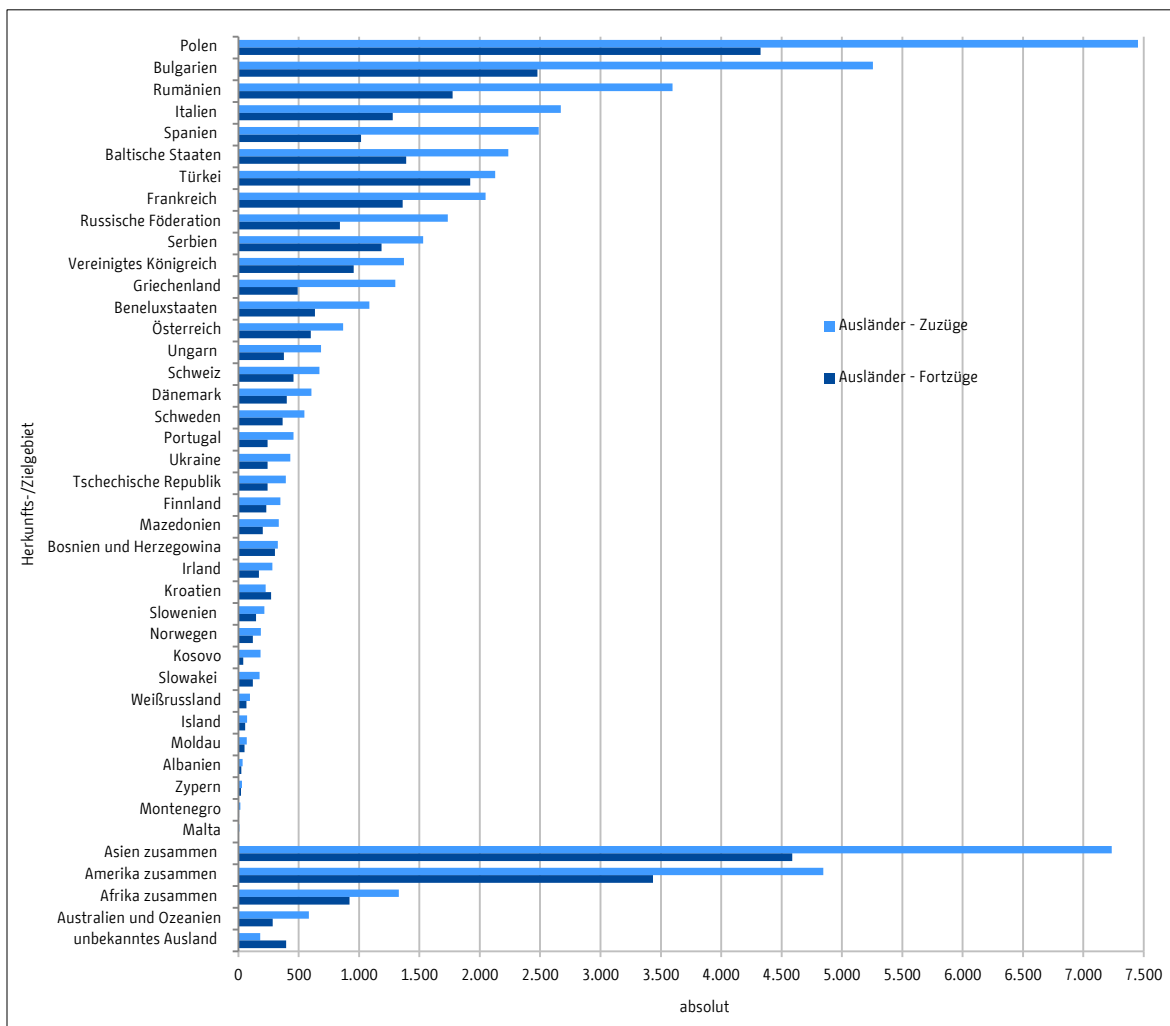


(Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Die Differenz zwischen den Zuzügen aus anderen Bundesländern und den Fortzügen dorthin war 2011 unter den nichtdeutschen Bürgerinnen und Bürgern gering und lag nur bei 1.547, wohingegen sie bei Umzügen vom oder ins Ausland mit 24.940 erheblich größer war. Der Wanderungssaldo ausländischer Staatsangehöriger war damit 2011 aufgrund der gestiegenen Zahl an Zuzügen, vor allem aber wegen der relativ geringen Zahl an Fortzügen ins Ausland so hoch (vgl. Abbildung 2.4).

Eine Ausnahme bildet die *Türkei*: Sie befindet sich zwar auf Platz sieben der Länder, aus denen am meisten Zuwanderer kommen, verzeichnet trotzdem vergleichsweise viele Fortzüge (2.128 Zuzüge; 1.920 Fortzüge). Dies hängt mit der Migrationsgeschichte Berlins zusammen. Im Gegensatz zu den Bürgerinnen und Bürgern der neuen EU-Beitritts-

Abbildung 2.5:
Zu- und Fortzüge ausländischer Staatsangehöriger in Berlin 2011 nach Herkunfts- und Zielgebieten



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

länder zogen viele türkische Staatsangehörige schon seit den 1960er Jahren in die Hauptstadt. Inzwischen kann sich über die Hälfte (55 %) der 30- bis 40-jährigen in Deutschland geborenen Deutsch-Türken vorstellen, in der Türkei zu leben. Als Gründe geben sie am häufigsten an, dass sie die Türkei als ihre Heimat betrachten und bzw. oder später ihren Ruhestand dort genießen möchten⁹ (vgl. Abbildung 2.5).

2.1.2 Bevölkerungsstruktur

Die meisten Zuwanderer kommen im Alter zwischen 20 und 30 Jahren nach Berlin und beeinflussen damit die Altersstruktur der Stadt. Der Zensus gibt derzeit noch keine Auskunft über den gesamten *Altersdurchschnitt*. Anhand der ersten veröffentlichten Ergebnisse lässt sich jedoch erkennen, dass keine gravierenden Änderungen der Altersstruktur im Vergleich zu Daten aus der bisherigen Fortschreibung zu erwarten sind. Somit kann davon ausgegangen werden, dass der Altersdurchschnitt von 43 Jahren (Deutschland: 44 Jahre) bestehen bleibt.

Die Berliner Bevölkerung lässt sich in drei große *Altersgruppen* einteilen: die Kinder und Jugendlichen (0 bis 14 Jahre), die Erwachsenen im erwerbsfähigen Alter (15 bis 64 Jahre) und die Älteren (ab 65 Jahren).

2030 werden fast doppelt so viel Ältere wie Kinder und Jugendliche in Berlin leben.

Anhand der vergangenen und zukünftigen Entwicklung dieser Altersgruppen ist erkennbar, dass sich der Anteil der *Erwachsenen im erwerbsfähigen Alter* langsam aber stetig verringert, von 70 % im Jahr 1991 über 68 % im Berichtsjahr bis zu 64 % im Jahr 2030. Ebenso nahm die Zahl der *Kinder und Jugendlichen* von 1991 bis 2011 ab (31.12.1991: 546.049; 09.05.2011: 419.720). Ihr Anteil an der gesamten Bevölkerung bleibt in Zukunft aber relativ konstant bei ca. 13 %. Allein die *Gruppe der Älteren* wächst sehr stark, sodass 2030 23 % der Berlinerinnen und Berliner über 65 Jahre alt sein werden (09.05.2011: 19 %). Damit leben dann fast doppelt so viel Ältere wie Kinder und Jugendliche in der Stadt (Ältere: ca. 857.800; Kinder und Jugendliche: ca. 486.700). Der Altenquotient wird sich dementsprechend von 28 % am 9. Mai 2011 auf 36 % im Prognosejahr 2030 erhöhen.

In den *Bezirken* Friedrichshain-Kreuzberg, Mitte, Marzahn-Hellersdorf und Pankow ist der Anteil der *Menschen im erwerbsfähigen Alter* von 1991 bis 2011 durchschnittlich um drei Prozentpunkte gestiegen und liegt jetzt in Friedrichshain-Kreuzberg bei 76,6 % (1991: 72,1 %) und in Pankow bei 70,7 % (1991: 69,9 %). Bis 2030 wird er allerdings – außer in Friedrichshain-Kreuzberg (2030: 75,5 %) – wieder unter die Werte von 1991 fallen, am stärksten im Bezirk Marzahn-Hellersdorf, wo nur 58,8 % der Menschen im Alter zwischen 15 und 64 Jahren sein werden.

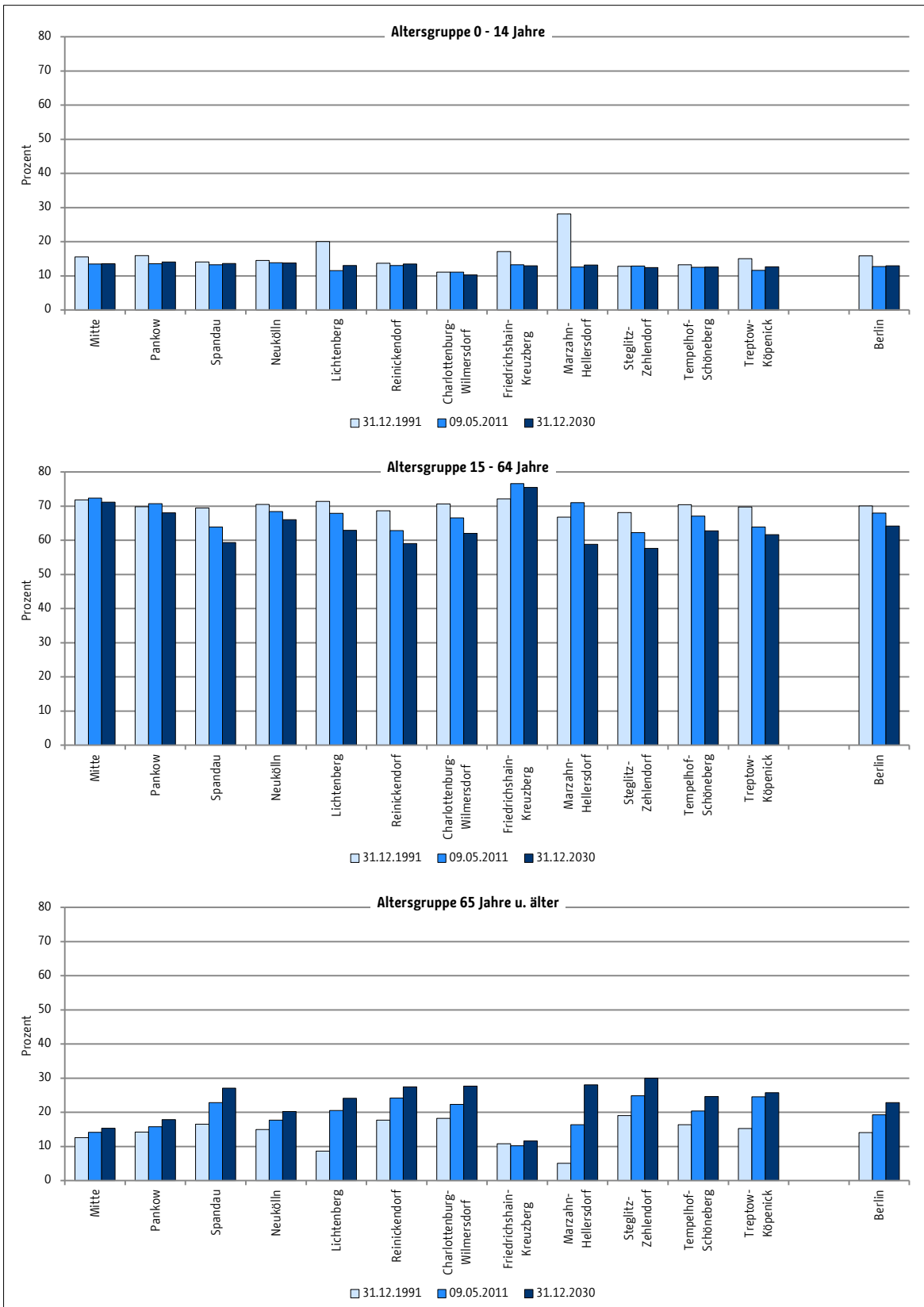
Die stärkste Veränderung der *Altersstruktur* wird in Marzahn-Hellersdorf zu beobachten sein. Dort halbiert sich der Anteil der Kinder und Jugendlichen von 28,1 % 1991 auf 13,1 % im Jahr 2030. Der 1991 im Bezirksvergleich noch geringste Anteil an Älteren (5,1 %) wird 2030 in Marzahn-Hellersdorf mehr als fünfmal so hoch sein und mit 28,0 % sogar über dem Berliner Durchschnitt liegen (vgl. Abbildung 2.6).

Insgesamt ist festzustellen, dass die Bevölkerungszahl in Berlin langfristig relativ stabil bleibt, die Gesellschaft sich aber durch den *demografischen Wandel* stark verändert: sie wird älter, internationaler und heterogener. Das erfordert erhebliche Anpassungsprozesse der Stadt. Das Land Berlin hat daher ressortübergreifend unter Federführung der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Umwelt ein Demografiekonzept¹⁰ entwickelt, das die Rahmenbedingungen des demografischen Wandels für Berlin analysiert, Gestaltungschancen benennt und Strategien zur positiven Bewältigung formuliert.

⁹ INFO GmbH; Liljeberg Research International (2012): Deutsch-Türkische Lebens- und Wertewelten 2012. Ergebnisbericht zu einer repräsentativen Befragung von Türken in Deutschland. <https://d171b.keyingress.de/multimedia/document/6.pdf>, zuletzt aufgerufen am 22.05.2013.

¹⁰ Im Internet veröffentlicht unter <http://www.stadtentwicklung.berlin.de/> unter dem Pfad Planen, Foren und Initiativen, Demografischer Wandel, Demografie-Konzept, zuletzt abgerufen am 19.06.2013.

Abbildung 2.6:
Altersstruktur der Bevölkerung in Berlin am 31.12.1991, 09.05.2011 und 31.12.2030 nach Bezirken



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

2.1.3 Haushalte und Lebensformen

Privathaushalte

Einpersonenhaushalte machen mehr als die Hälfte aller Berliner Haushalte aus.

Die Ergebnisse des Mikrozensus 2011 bestätigen den Trend zu immer mehr kleineren Haushalten in der Stadt. So gab es im Jahr 2011 rund 1.995.400 *Privathaushalte*, das sind 14 % mehr als 1991. Die durchschnittliche Anzahl der Haushaltsmitglieder ist jedoch von 2 auf 1,7 gesunken. Etwa 1,079 Mio. Berlinerinnen und Berliner leben alleine, damit beträgt der Anteil der Einpersonenhaushalte an allen Haushalten 54 % (Deutschland: 40 %). Bezogen auf die Bevölkerung ist fast ein Drittel (31 %) der Berlinerinnen und Berliner alleinstehend, deutschlandweit trifft das nur auf jede fünfte Person (19,6 %) zu und im Durchschnitt der gesamten EU beträgt der Anteil alleinlebender Menschen mit 13,4 % weniger als die Hälfte des Berliner Wertes (vgl. Abbildung 2.7).

In einem Viertel der Einpersonenhaushalte leben Menschen im *Alter von über 65 Jahren*, 72 % von ihnen sind weiblich. Das resultiert vor allem aus der höheren Lebenserwartung der Frauen. Bei der Altersgruppe von 25 bis 54 Jahren überwiegt dagegen der Männeranteil mit 61 %.

Im *Bezirk Mitte* machen die Einpersonenhaushalte 63 % aller Haushalte aus, in Marzahn-Hellersdorf nur 44 %. Absolut finden sich die meisten Einpersonenhaushalte Berlins in Pankow (134.300), die wenigsten in Reinickendorf (57.200). Verglichen mit den anderen Bezirken gibt es in Reinickendorf aber mit 11 % den größten Anteil an Haushalten mit vier und mehr Personen. Lichtenberg verzeichnet im Bezirksvergleich sowohl anteilig an den Haushalten im Bezirk als auch absolut die wenigsten Mehrpersonenhaushalte mit vier und mehr Mitgliedern (6 %; 9.100); die mengenmäßig meisten befinden sich in Neukölln (16.800).

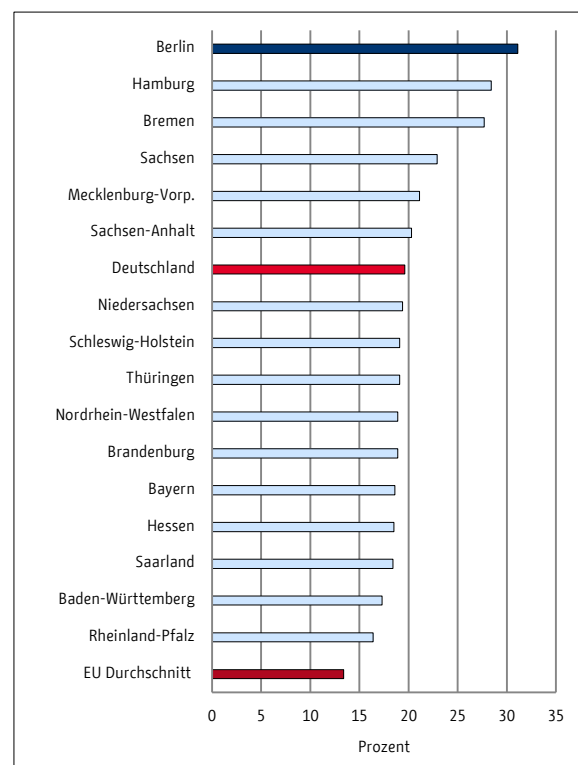
Familienstand und Lebensformen der Berliner Bevölkerung

Nachdem die Zahl der *Eheschließungen* in den 1990er Jahren und Anfang bis Mitte der 2000er tendenziell stark zurückging, bleibt sie seit 2008 auf einem Niveau von rund 12.000. 2011 wurden in Berlin 12.544 neue Ehen geschlossen. Das sind 150 Vermählungen mehr als im Vorjahr, jedoch nahezu ein Drittel weniger als 1991. Gleichzeitig erhöhte sich aber auch die Zahl der *Scheidungen* von 6.113 im Jahr 1991 auf 7.930 im Berichtsjahr. In der Statistik sind noch nicht die Daten zu geschlossenen und aufgehobenen Lebenspartnerschaften enthalten.

36 % der Berlinerinnen und Berliner leben in Ehe- oder eingetragener Lebenspartnerschaft.

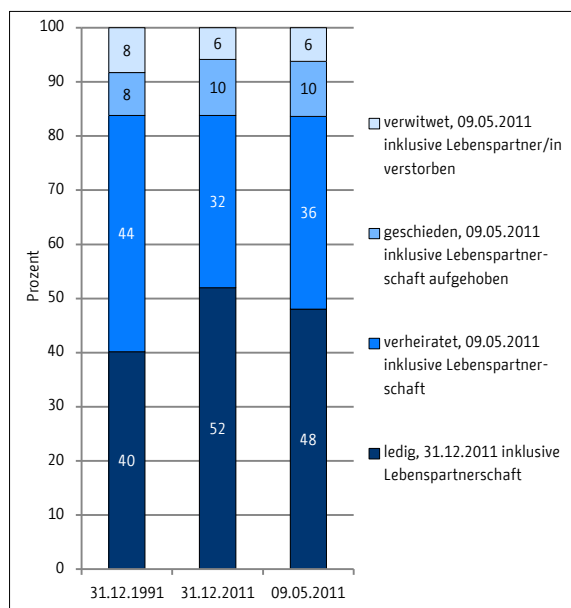
Gesunken ist auch der Anteil der *verheirateten Berlinerinnen und Berliner* an der Bevölkerung von 44 % im Jahr 1991 auf 32 % zum 31.12.2011 (fortgeschriebene Bevölkerung auf Basis der Volkszählung 1987 in der BRD und Daten des zentralen Einwohnermelderegisters der DDR aus dem Oktober 1990) bzw. 36 % zum 09.05.2011 (Zensus). Die Abweichungen im Jahr 2011 lassen

Abbildung 2.7:
Anteil Alleinlebender an der Bevölkerung in Deutschland und der EU 2011 nach Bundesländern



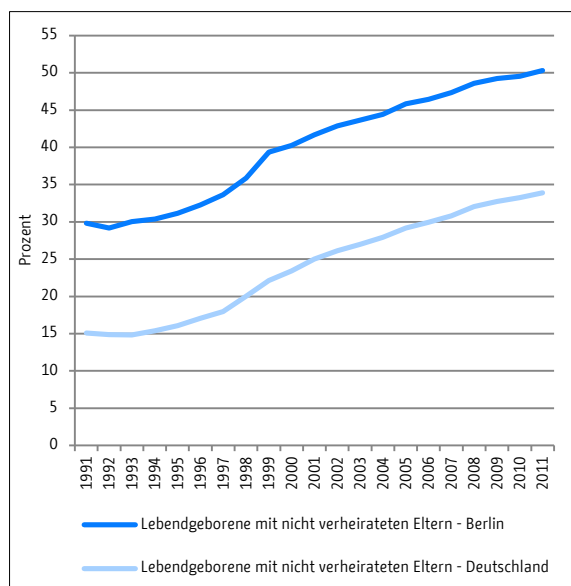
(Datenquelle: StBA / Eurostat / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Abbildung 2.8:
Bevölkerung in Berlin zum 31.12.1991, 31.12.2011 und 09.05.2011
nach Familienstand



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

Abbildung 2.9:
Anteil Lebendgeborener mit nicht verheirateten Eltern in Berlin und Deutschland 1991 - 2011



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

Welt kamen, nicht miteinander verheiratet. Damit übersteigt Berlin deutlich den Bundesdurchschnitt, der im Jahr 2011 bei 34 % lag (vgl. Abbildung 2.9).

sich dadurch erklären, dass Personen, die eine *eingetragene Lebenspartnerschaft*¹¹ führen, in der fortgeschriebenen Bevölkerung bislang als „ledig“ erfasst, im Zensus jedoch der Familienstand „verheiratet“ und „eingetragene Lebenspartnerschaft“ in einer Rubrik zusammen ausgewiesen wurden. Somit ist nur noch knapp die Hälfte der Berlinerinnen und Berliner ledig, 10 % sind geschieden oder haben die Lebenspartnerschaft aufheben lassen. 6 % der Bevölkerung sind verwitwet bzw. der Lebenspartner oder die Lebenspartnerin ist verstorben (vgl. Abbildung 2.8).

Laut Mikrozensus 2011 gibt es 157.400 *Lebensgemeinschaften*¹² in Berlin. Darunter sind 56.600 Lebensgemeinschaften mit Kindern, die zu den 426.500 *Familien*¹³ zählen. 58 % der Berliner Kinder, die in Familien leben, wachsen bei Ehepaaren auf, ein gutes Viertel bei nichtehelichen Lebensgemeinschaften¹⁴ und 14 % leben bei *Alleinerziehenden*. In fast jeder zweiten Familie lebt nur ein Kind unter achtzehn Jahren (48 %), zwei noch nicht volljährige Kinder wohnen in 37 % der Familien und 14 % der Berliner Familien umfassen drei und mehr Kinder, die das achtzehnte Lebensjahr noch nicht vollendet haben. 1991 war die Verteilung noch anders: Der Anteil größerer Familien mit drei und mehr Kindern war mit 8 % erheblich kleiner, dafür gab es im Verhältnis mehr Familien, in denen nur ein Kind unter achtzehn Jahren lebte (55 %).

Unter den Berliner Familien befinden sich auch 148.900 Einelternfamilien, in denen nach wie vor überwiegend Mütter mit ihren Kindern wohnen. Gerade einmal 11 % aller Alleinerziehenden sind männlich. Insgesamt leben in zwei Dritteln aller Einelternfamilien Kinder unter 18 Jahren.

1991 waren die Eltern jedes dritten Kindes *bei dessen Geburt nicht verheiratet*, im Berichtsjahr waren Mutter und Vater der Hälfte aller Kinder, die zur

¹¹ Nach dem im Jahr 2001 eingeführten Lebenspartnerschaftsgesetz.
¹² Unter einer nichtehelichen (gemischtgeschlechtlichen) oder gleichgeschlechtlichen Lebensgemeinschaft wird im Mikrozensus eine Lebenspartnerschaft verstanden, bei der zwei gemischt- oder gleichgeschlechtliche Lebenspartner ohne Trauschein beziehungsweise zwei gleichgeschlechtliche Lebenspartner mit Trauschein oder notarieller Beglaubigung in einem Haushalt zusammen leben und gemeinsam wirtschaften. Bis einschließlich zum Mikrozensus 2005 war es unerheblich, ob die Partnerschaft als eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem im Jahr 2001 eingeführten Lebenspartnerschaftsgesetz registriert wurde. Ab dem Jahr 2006 werden im Mikrozensus auch eingetragene Lebenspartnerschaften erfragt.
¹³ Die Familie im statistischen Sinn umfasst im Mikrozensus alle Eltern-Kind-Gemeinschaften, das heißt Ehepaare, nichteheliche (gemischtgeschlechtliche) und gleichgeschlechtliche Lebensgemeinschaften sowie alleinerziehende Mütter und Väter mit ledigen Kindern im Haushalt. Einbezogen sind in diesen Familienbegriff - neben leiblichen Kindern - auch Stief-, Pflege- und Adoptivkinder ohne Altersbegrenzung. Damit besteht eine Familie immer aus zwei Generationen (Zwei-Generationen-Regel): Eltern-/teile und im Haushalt lebende ledige Kinder.
¹⁴ Hierzu zählen nicht nur nichteheliche Lebensgemeinschaften, sondern auch eingetragene Lebenspartnerschaften. Diese werden erst im Zensus gesondert ausgewiesen. Zum 09.05.2011 leben laut Zensus 5.700 Kinder in Deutschland, deren Eltern eine eingetragene Lebenspartnerschaft führen. Regional differenzierte Daten dazu sind noch nicht verfügbar.

2.2 Ausgewählte Aspekte zur wirtschaftlichen und sozialen Lage

2.2.1 Einkommen, Erwerbstätigkeit und Bildungsabschlüsse

Einkommen der Bevölkerung und der Haushalte

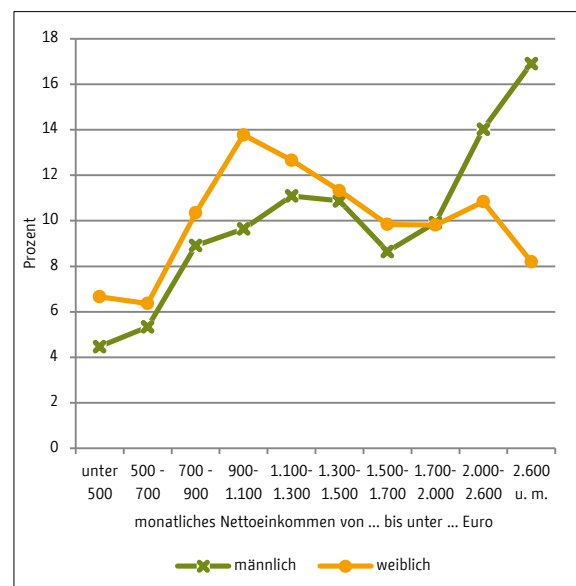
**Haushaltseinkommen
in Neukölln mit durch-
schnittlich 1.350 EUR
am niedrigsten.**

2011 betrug das *mittlere monatliche Haushaltsnettoeinkommen* in Berlin 1.600 EUR. Durchschnittlich verzeichnet der Bezirk Neukölln mit 1.350 Euro das niedrigste und Steglitz-Zehlendorf mit 1.950 EUR das höchste monatliche Haushaltsnettoeinkommen.

Knapp die Hälfte der *Alleinlebenden* bezieht ihr *überwiegendes Einkommen* über die eigene Erwerbstätigkeit, 29 % über die Rente bzw. Pension. Von den *in Mehrpersonenhaushalten lebenden Berlinerinnen und Berlinern* finanzieren nur 42 % ihr Einkommen vorwiegend über die eigene Berufstätigkeit. Gut ein Viertel lebt von den Einkünften von Angehörigen, hierbei handelt es sich meistens um die im Haushalt wohnenden Kinder. 19 % der Personen aus Mehrpersonenhaushalten finanzieren ihren Lebensunterhalt über die Rente bzw. Pension. Mit 9 % liegt der Anteil der Menschen, die zur Sicherung ihres Lebensunterhalts hauptsächlich auf Arbeitslosengeld II oder Sozialgeld nach dem Zweiten Sozialgesetzbuch (sogenannte Hartz IV-Leistungen) angewiesen sind, drei Prozentpunkte unter dem der Einpersonenhaushalte.

Unterschiede beim *Einkommen der erwerbstätigen Bevölkerung* gibt es auch zwischen den Geschlechtern: Während der Verdienst der erwerbstätigen *Frauen* zu 71 % unter 1.700 EUR liegt - die meisten (14 %) finden sich in der Einkommensgruppe von 900 bis unter 1.100 EUR, sind die erwerbstätigen *Männer* nur zu 59 % in den Gehaltsgruppen bis 1.700 EUR zu finden. In der Einkommensgruppe von 1.700 bis unter 2.000 EUR ist der Anteil der erwerbstätigen Männer und Frauen mit jeweils 10 % gleich hoch; ab einem Einkommen von 2.000 EUR und mehr geht die Schere zwischen Männern und Frauen noch weiter auseinander als bei den unteren Einkommensgruppen: 19 % der erwerbstätigen Frauen stehen männliche Erwerbstätige mit einem Anteil von 31 % gegenüber: 14 % in der Einkommensgruppe von 2.000 bis unter 2.600 EUR (Frauen: 11 %) und 17 % mit einem Einkommen von monatlich 2.600 EUR und mehr, d. h. die meisten der erwerbstätigen Männer und anteilig mehr als doppelt so viele als bei den Frauen (8 %) sind der höchsten Einkommensgruppe zuzuordnen (vgl. Abbildung 2.10).

Abbildung 2.10:
Monatliches Nettoeinkommen erwerbstätiger Frauen und Männer in Berlin 2011 nach Einkommensgruppen (Anteil in %)



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

Erwerbstätigkeit

Dabei ist der Anteil der Männer an der *erwerbstätigen Bevölkerung* laut Zensus zum Stichtag 9. Mai 2011 (1.573.880 Personen) mit 52 % nicht viel höher als der der Frauen mit 48 %. 92 % der *weiblichen Erwerbs-*

personen sind erwerbstätig, bei den Männern sind es 90 %. Außerdem wohnen 158.990 *Erwerbslose* – also Personen im erwerbsfähigen Alter ohne Arbeitsverhältnis, die sich um eine Arbeitsstelle bemühen, unabhängig von einer Arbeitslosmeldung bei der Agentur für Arbeit – und 1.536.390 *Nichterwerbspersonen*, d. h. Personen, die weder als Erwerbstätige noch Erwerbslose gelten, weil sie schulpflichtig oder arbeits- bzw. berufsunfähig sind, in der Stadt. Insgesamt ergibt sich in Berlin für die Altersgruppe zwischen 18 und 64 Jahren eine *Erwerbstätigenquote* von 70,2 %. Unter den *Bezirken* verzeichnet Treptow-Köpenick mit 80,4 % die höchste Erwerbstätigenquote der 18 bis 64-Jährigen, die niedrigste hat Neukölln (62,4 %).

70 % der 18- bis 64-jährigen Berlinerinnen und Berliner sind erwerbstätig.

Um die erwerbstätige Bevölkerung differenzierter betrachten zu können, muss auf die Daten aus dem Mikrozensus 2011 zurückgegriffen werden. Demnach sind 52,9 % der Berlinerinnen und Berliner mit *Migrationshintergrund* im Alter von 15 bis 64 Jahren erwerbstätig, bei den Personen ohne Migrationshintergrund sind es 71,6 %. Noch deutlichere Unterschiede gibt es bei den *Frauen* mit und ohne Migrationshintergrund: Nicht mal die Hälfte (48 %) der 15- bis 64-jährigen Frauen mit Migrationshintergrund ist erwerbstätig, unter den Berlinerinnen dieser Altersgruppe ohne Migrationshintergrund arbeiten dagegen nahezu drei von vier Frauen (71 %).

Frauen arbeiten deutlich häufiger in *Teilzeit* als *Männer*. Von den 440.100 Teilzeitbeschäftigten sind fast zwei Drittel Frauen (64 %). 37 % der berufstätigen Frauen sind nicht vollzeitbeschäftigt, bei den Männern sind es nur 17 %. Als Grund für die Teilzeitarbeit wird von beiden Geschlechtern am häufigsten genannt, dass eine Vollzeitstelle nicht erwünscht oder nicht zu finden ist. 83.400 Personen geben explizit an, aufgrund von persönlichen oder familiären Verpflichtungen nicht Vollzeit zu arbeiten, 90 % davon sind Frauen. Von den 185.944 Beschäftigten im öffentlichen Dienst arbeiten 45.790, also ein Viertel, in Teilzeit. Zwei Drittel davon sind weiblich. 18 % aller Teilzeitbeschäftigten des öffentlichen Dienstes nutzen das Angebot der Altersteilzeit.

Fast zwei Drittel aller Teilzeitbeschäftigten sind Frauen.

Nach Ergebnissen des Mikrozensus waren im Jahr 2011 40 % aller Berlinerinnen und Berliner im *Alter* von 60 bis 64 Jahren erwerbstätig. 2001 waren es mit 20 % nur halb so viele. Ebenso verdoppelte sich von 2001 bis 2011 auch der Anteil der erwerbstätigen Personen über 65 Jahren (2001: rd. 12.900 bzw. 2 %; 2011: rd. 30.200 bzw. 4 %). Der Zensus weist sogar rund 46.990 Erwerbstätige im Alter von 65 und mehr, also 7,4 % dieser Altersgruppe, aus.

Die erwerbstätige Bevölkerung bezieht ihr Einkommen größtenteils über die eigene Berufstätigkeit (92 %), 2,5 % müssen ihren Lebensunterhalt trotz Ausübung einer auf Erwerb gerichteten Tätigkeit überwiegend von Leistungen nach Hartz IV bestreiten. Jeweils 2 % der Berufstätigen leben im Wesentlichen von der Rente bzw. Pension sowie Einkünften von Angehörigen, weniger als ein Prozent der Erwerbstätigen bezieht das *überwiegende Einkommen* durch Elterngeld. Die Nichterwerbstätigen – also die Erwerbslosen und alle Nichterwerbspersonen wie beispielsweise Kinder und Rentner zusammengenommen – leben am häufigsten von der Rente bzw. Pension (42 %), Einkünften von Angehörigen (36 %) und ebenfalls Leistungen nach Hartz IV (15,2 %). Der größte Geschlechterunterschied findet sich beim Elterngeld: 90 % der Personen, die ihren überwiegenden Lebensunterhalt über das Elterngeld finanzieren, sind Frauen.

Bildungsabschlüsse

Vier von zehn der Einwohnerinnen und Einwohnern Berlins ab 15 Jahren haben als höchsten *allgemeinbildenden Schulabschluss* die allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife erworben. Die mittlere Reife oder einen gleichwertigen Abschluss kann annähernd ein Drittel (31 %) vorweisen und 21 % erreichten einen Haupt- oder Volksschulabschluss. 8 % der Berlinerinnen und Berliner haben keinen allgemeinbildenden Schulabschluss (Zensus zum 09.05.2011).

8 % der Berlinerinnen und Berliner haben keinen Schulabschluss.

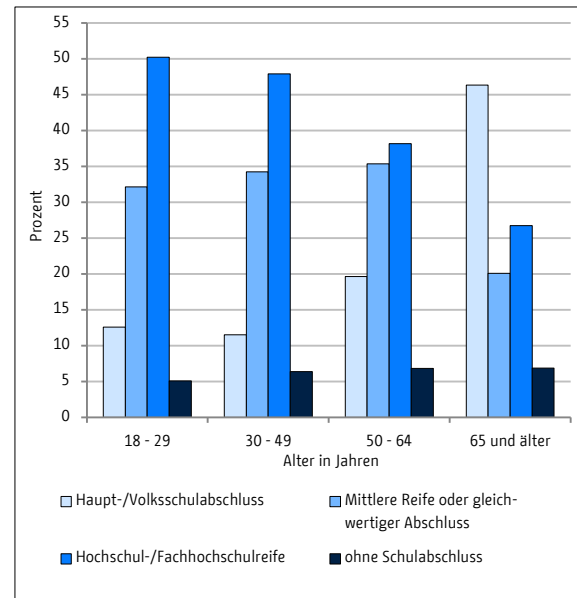
Der Mikrozensus differenziert Schulabschlüsse auch nach dem *Erwerbsstatus* der Bevölkerung. Demnach kann die Hälfte der Erwerbstätigen die Fachhochschul- bzw. Hochschulreife vorweisen, unter den Erwerbslosen sind es nur 23 %. Genau andersherum ist es bei dem Hauptschulabschluss, den 11 % der Erwerbstätigen, aber nahezu ein Drittel der Erwerbslosen erworben haben. Nur 3 % der Erwerbstätigen haben keinen Schulabschluss, der Anteil der Erwerbslosen ohne Schulabschluss liegt mit 12 % deutlich darüber.

Laut Ergebnissen des Zensus ergeben sich bei den Schulabschlüssen nach *Geschlecht* keine großen Unterschiede: 50 % der männlichen und 54 % der weiblichen Bevölkerung ab 15 Jahren haben den Haupt- oder Realschulabschluss erworben. Eine Fachhochschulreife oder das Abitur können 42 % bzw. 39 % vorweisen. Deutlicher als zwischen der männlichen und weiblichen Bevölkerung fallen *altersspezifische Unterschiede* auf. Unter den jüngeren Berlinerinnen und Berlinern ist der Anteil an Abiturienten deutlich höher als unter den Älteren. So hat beispielsweise die Hälfte aller 18- bis 29-Jährigen die allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife, während es bei den über 65-Jährigen nur ein gutes Viertel ist. Genau andersherum verhält es sich mit dem Haupt- bzw. Volksschulabschluss: Diesen haben 46 % aller über 65-jährigen Berlinerinnen und Berliner erreicht, von den 18- bis 29-Jährigen gaben ihn nur 13 % als höchsten allgemeinen Schulabschluss an (vgl. Abbildung 2.11). Laut Mikrozensus haben in den Altersgruppen ab 50 Jahren verhältnismäßig mehr Frauen als Männer den Haupt- bzw. Volksschulabschluss erworben (36 % der Frauen, 30 % der Männer): In den jüngeren Altersgruppen überwiegen dagegen die Männer mit Hauptschulabschluss (14 % der Männer, 10 % der Frauen).

Ein Viertel der Berliner Bevölkerung hat einen Hochschulabschluss.

Einen *beruflichen Ausbildungs- bzw. Hochschulabschluss* haben nach Zensus-Angaben annähernd drei Viertel der Einwohnerinnen und Einwohner Berlins ab 15 Jahren. Unter ihnen können 67 % den Abschluss einer Lehr-/Anlernausbildung oder einen gleichwertigen Berufsfachschulabschluss vorweisen und 33 % einen Hochschulabschluss.

Abbildung 2.11:
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss der Bevölkerung in Berlin am 09.05.2011 nach ausgewählten Altersgruppen



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

2.2.2 Empfängerinnen und Empfänger ausgewählter Leistungen nach SGB XII und nach dem Asylbewerberleistungsgesetz

2.2.2.1 Leistungen nach dem 3. und 4. Kapitel des Sozialgesetzbuches (SGB) XII

Seit dem 01.01.2005 ist die gesetzliche Grundlage für den Leistungsbezug von Hilfe zum Lebensunterhalt (HzL) bzw. Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung das Sozialgesetzbuch (SGB) XII (3. und 4. Kapitel SGB XII). Entsprechende Erläuterungen zu diesen Gesetzesgrundlagen wie auch zum Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) sind in den Basisberichten 2009, 2010/2011 bzw. zu den Veränderungen in der Sozialgesetzgebung im Basisbericht 2006/2007 zu finden.

Die nachfolgenden Ausführungen und die zugehörigen, im Gesundheits- und Sozialinformationssystem (GSI) verfügbaren Daten konzentrieren sich jeweils auf den Stand 31.12. der Jahre 2010 und 2011. Darüber

hinaus sind weitere Daten im GSI im Bereich Sozialstatistisches Berichtswesen zugänglich, die fortlaufend aktualisiert werden.

Empfängerinnen und Empfänger von Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen (nach Kapitel 3, SGB XII)

Auf *Hilfe zum Lebensunterhalt* waren in Berlin am 31.12.2011 7.678 Personen angewiesen. Im Jahr zuvor lag die Empfängerzahl um ca. 10,5 % darunter. Die Empfängerquote (Anteil der Empfängerinnen und Empfänger von Hilfe zum Lebensunterhalt an der Gesamtbevölkerung je 1.000) erhöhte sich leicht von 2,0 im Jahr 2010 auf 2,2 zum 31.12.2011.

Die Zahl der *männlichen* Empfänger (4.019) von Hilfe zum Lebensunterhalt lag auch am Jahresende 2011, wie schon in den Jahren zuvor, über der Anzahl von *Leistungsempfängerinnen* (3.659) nach dem 3. Kapitel SGB XII.

Eine *ausländische Staatsbürgerschaft* hatten 1.177 Leistungsberechtigte bzw. 15,3 % aller Bezieher und Bezieherinnen von Hilfe zum Lebensunterhalt. Der Anteil von Empfängerinnen und Empfängern mit ausländischer Staatsangehörigkeit an der ausländischen Bevölkerung lag 2011 mit 2,4 je 1.000 leicht über dem Wert von 2010.

Es zeigt sich, dass die Sozialhilfeempfeängerquote je 1.000 der gleichaltrigen Bevölkerungsgruppe bei den unter 15-Jährigen (2011: 4,1; 2010: 3,7) deutlicher ansteigt als bei der *Altersgruppe* 15 bis 64 Jahre (2011: 2,3; 2010: 2,1). Bei den 65 Jahre und Älteren dagegen verringerte sich die Quote (2011: 0,6; 2010: 0,8).

Anstieg der Sozialhilfeempfeängerquote bei unter 15-Jährigen am stärksten.

Die größte Empfängerzahl am 31.12.2011 wurde im *Bezirk* Mitte (1.014 Personen) verzeichnet. In der weiteren bezirklichen Reihenfolge nach der Höhe der Empfängerzahl folgten Neukölln (977), Friedrichshain-Kreuzberg (695) und Reinickendorf (662). Die gleichen Bezirke lagen auch bei den Empfängerquoten (je 1.000 der Bezirksbevölkerung) auf den vordersten Plätzen der bezirklichen Rangfolge, Neukölln mit (3,1 je 1.000), Mitte (3,0 je 1.000), Reinickendorf (2,7 je 1.000) und Friedrichshain-Kreuzberg mit (2,5 je 1.000). Seit 2008 befanden sich Mitte und Neukölln stets unter den Bezirken mit den höchsten Empfängerzahlen bzw. Empfängerquoten. Die geringsten Empfängerzahlen wiesen Spandau (470 Personen), Treptow-Köpenick und Steglitz-Zehlendorf (je 483 Personen) auf, die niedrigsten Empfängerquoten unter den im Bezirk Lebenden verzeichneten Pankow und Steglitz-Zehlendorf mit jeweils 1,5 bzw. 1,6 je 1.000 Einwohner.

Die *Altersgruppe* der Kinder und Jugendlichen von 0 bis unter 15 Jahren hat seit 2008 die höchsten Empfängerquoten im Vergleich zu den beiden anderen ausgewiesenen Altersgruppen und die weiteste Spanne zwischen den Bezirken mit der kleinsten und größten Empfängerquote: Die Bezirke mit den höchsten Quoten waren Neukölln (6,9 je 1.000) und Marzahn-Hellersdorf (6,5 je 1.000), die niedrigste Quote unter allen Bezirken wies Steglitz-Zehlendorf (1,7 je 1.000) auf.

Homogenere und niedrigere Empfängerquoten zeigten sich in den anderen beiden Altersgruppen. In der Altersgruppe der 15- bis 64-Jährigen war die Empfängerquote mit dem höchsten Wert in Neukölln (3,0 je 1.000) und dem niedrigsten Wert in Pankow (1,6 je 1.000) zu verzeichnen. Bei den über 65-Jährigen bezogen auf die gleichaltrige Bevölkerung hatte Mitte mit 1,5 je 1.000 den Spitzenwert und Treptow-Köpenick mit 0,1 je 1.000 den niedrigsten Wert unter allen Bezirken (vgl. GSI-Tabelle [2.22-1](#)).

Empfängerinnen und Empfänger von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung außerhalb von Einrichtungen (nach Kapitel 4, SGB XII)

Die Empfängerzahlen der *Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung* lagen am Jahresende 2011 mit 53.627 Personen rund 6,6 % über den Werten des Jahres 2010 (50.323 Personen). Dies ist die höchste Steigerungsrate seit 2008. Der Anteil der Personen, die Grundsicherungsleistungen erhielten, betrug 2011 bezogen auf die Bevölkerung insgesamt 15,3 je 1.000 Einwohner (2010: 14,5 je 1.000).

Unter den Leistungsempfängerinnen und -empfängern von Grundsicherung nach SGB XII waren 27.610 weiblichen (ca. 51,5 %) und 26.017 (48,5 %) männlichen Geschlechts. Die Zunahme der Zahl der Leistungsempfangenden im Vergleich zum Jahresende 2010 erfolgte relativ gleichmäßig in beiden Geschlechtergruppen (Frauen: +6,1 %; Männer: +7,1 %). Die Empfängerquote hat sich gegenüber dem Vorjahr erhöht, beim weiblichen Geschlecht von 14,7 auf 15,5 je 1.000 und beim männlichen Geschlecht von 14,3 auf 15,1 je 1.000. Die Differenz bei der Empfängerquote zwischen beiden Geschlechtern blieb unverändert.

Wie 2010 waren auch am 31.12.2011 rund 19 % der Empfängerinnen und Empfänger Inhaber einer ausländischen Staatsbürgerschaft (10.102 Personen), ein Plus von ca. 7,4 % im Vergleich zum Vorjahr. Der Anteil der ausländischen Grundsicherungsempfängerinnen und -empfänger an der ausländischen Bevölkerung betrug 20,4 je 1.000 (2010: 19,9).

Die größte Empfängergruppe von bedarfsorientierter Grundsicherung stellen ältere Menschen; 2011 erhielten 29.930 über 65-Jährige diese Leistung. Betroffen waren 45,1 je 1.000 der gleichaltrigen Bevölkerung (2010: 42,8 je 1.000). Die Quote der 23.697 Empfängerinnen und Empfänger im Alter von 18 bis 64 Jahren lag mit 10,2 je 1.000 (2010: 9,6) wesentlich darunter.

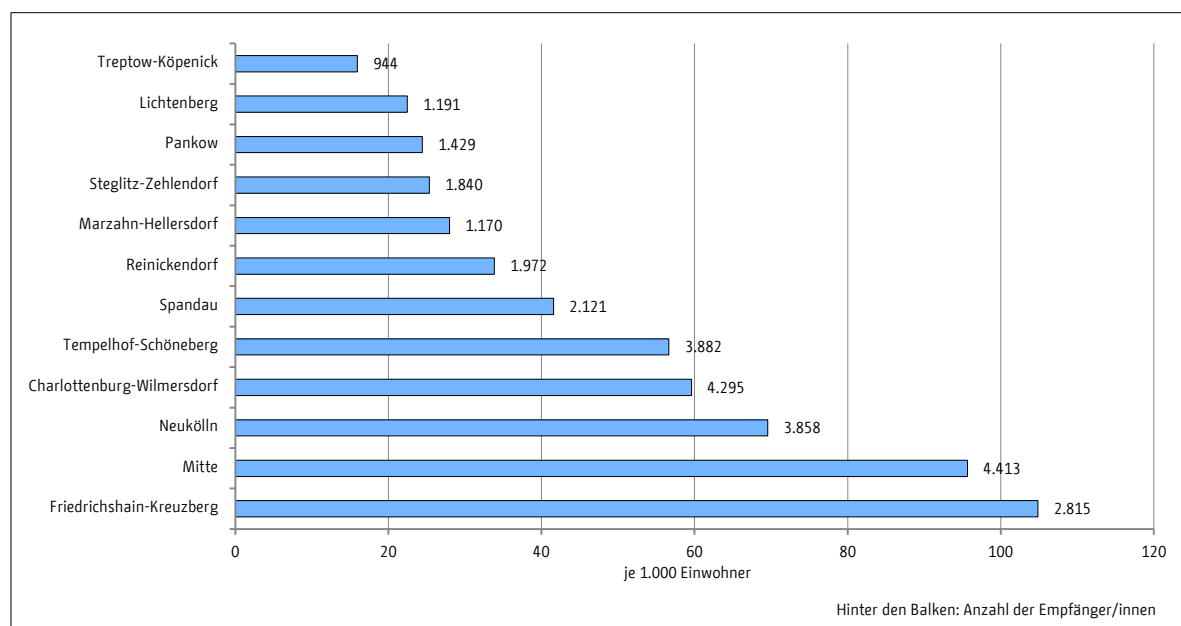
Empfängerquoten von Grundsicherung am höchsten in den Bezirken Neukölln und Mitte.

Die meisten Grundsicherungsempfänger und -empfängerinnen lebten Ende des Jahres 2011 in den Bezirken Mitte (7.129 Personen) und Neukölln (6.763 Personen). Auch 2010 und 2009 zählten diese Bezirke zur Gruppe mit den höchsten Empfängerzahlen. Das gilt auch für die Empfängerquoten (Neukölln 2011: 21,3 je 1.000, 2010: 20,5 je 1.000 und Mitte 2011: 21,0 je 1.000, 2010: 19,8 je 1.000).

Keine Veränderung gibt es seit 2008 bei den Bezirken mit den geringsten Empfängerzahlen. In Treptow-Köpenick bezogen am 31.12.2011 2.158 Personen Grundsicherungsleistungen. Niedrige Bezirksempfängerzahlen wiesen auch Marzahn-Hellersdorf und Lichtenberg mit 2.759 bzw. 3.056 Personen auf. Die niedrigste Quote (Empfänger je 1.000 der Bezirksbevölkerung) hatte wie auch im Jahr zuvor Treptow-Köpenick (8,8 je 1.000), angrenzende Plätze wurden von Pankow (9,0 je 1.000 Einwohner) und Steglitz-Zehlendorf (10,3 je 1.000) belegt.

Abbildung 2.12:

Anteil der Personen mit bedarfsorientierter Grundsicherung im Alter (65 Jahre und älter) gemäß SGB XII außerhalb von Einrichtungen in Berlin am 31.12.2011 nach Bezirken



(Datenquelle: SenGesSoz Berlin - PROSOZ / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

In der Altersgruppe der 18- bis 64-Jährigen reichte die Spanne der Empfängerquote von bedarfsorientierter Grundsicherung von Neukölln mit dem höchsten Wert (13,7 je 1.000) bis zum niedrigsten Wert in Steglitz-Zehlendorf mit 6,8 je 1.000 Einwohner. Weitaus größere Unterschiede zwischen den Bezirken sind bei den Empfängerquoten der Bevölkerung 65 Jahre und älter zu beobachten. Den fast siebenfachen Wert von Treptow-Köpenick (16,0 je 1.000 der Bezirksbevölkerung) erreichte Friedrichshain-Kreuzberg mit 104,9 je 1.000 (vgl. Abbildung 2.12 und GSI-Tabelle [2.22-1](#)).

Empfängerinnen und Empfänger von Sozialleistungen außerhalb von Einrichtungen nach dem 3. und 4. Kapitel des SGB XII

Transferleistungen nach dem 3. und 4. Kapitel des SGB XII (*Hilfe zum Lebensunterhalt* und *bedarfsorientierte Grundsicherung*) erhielten am 31.12.2011 61.305 Personen, welche außerhalb von Einrichtungen lebten. In der Bevölkerung waren 17,5 von 1.000 Einwohnern auf diese Unterstützung angewiesen, der Wert lag etwas über dem von 2010 (16,5 je 1.000). Die Empfängerzahl erhöhte sich seit dem Vorjahr um 4.036 Personen (ca. +7,0 %).

17,5 von 1.000 Einwohnern erhielten 2011 Hilfe zum Lebensunterhalt oder Grundsicherung.

Etwa 12,5 % der 61.305 Transferleistungsempfängerinnen und -empfänger bezogen laufende Hilfe zum Lebensunterhalt und fast 87,5 % erhielten bedarfsorientierte Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung. Dieses Verhältnis hat sich gegenüber dem Vorjahr nur geringfügig geändert (vgl. GSI-Tabelle [2.22-1](#)).

2.2.2.2 Ausgewählte Gesundheits- und Pflegeleistungen nach dem SGB XII

Auf Grundlage des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz - GMG) werden nicht krankenversicherte Empfängerinnen und Empfänger von laufenden Leistungen nach dem SGB XII leistungsrechtlich den gesetzlich Krankenversicherten gleichgestellt (sogenanntes „Chipkartenverfahren“). Sie gelten als *Anspruchsberechtigte nach § 264 Abs. 2 SGB V*. Beziehende von Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Dritten Kapitel SGB XII müssen mindestens einen Monat im ununterbrochenen Leistungsbezug stehen. Insgesamt hat damit die überwiegende Mehrheit aller Leistungsberechtigten nach SGB XII einen Anspruch auf die Übernahme der Krankenbehandlung durch die gesetzlichen Krankenkassen.

Leistungen nach dem 5. Kapitel SGB XII - Hilfen zur Gesundheit - werden insofern vom Sozialhilfeträger nur noch für den Personenkreis direkt erbracht, der im vorgenannten Sinne nicht leistungsberechtigt ist.

Die Zahl der Anspruchsberechtigten nach § 264 SGB V, die Gesundheitsleistungen erhalten haben, steigt seit 2010 wieder an. Im Vergleich 2011 zu 2009 erhöhte sich die Zahl um 662 Personen (+8,8 %) auf 8.210 Berechtigte. Die Empfängerzahl von Hilfen zur Gesundheit nach dem 5. Kapitel SGB XII lagen am 31.12.2011 (291 Personen) erstmals wieder über dem Vorjahreswert (259 Personen).

Menschen mit Behinderung in die Gesellschaft einzugliedern, diese Aufgabe wird durch den Leistungskatalog der *Eingliederungshilfe für behinderte Menschen* gemäß § 53 Abs. 3 SGB XII unterstützt. Dazu gehören *Gesundheitsleistungen* wie Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und heilpädagogische Maßnahmen für Kinder. Ziel soll sein, eine drohende Behinderung zu verhüten oder eine Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern. Leistungsberechtigt sind Personen, die durch eine Behinderung im Sinne von § 2 Abs. 1 Satz 1 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) wesentlich in ihrer Fähigkeit, an der Gesellschaft teilzuhaben, eingeschränkt oder von einer solchen wesentlichen Behinderung bedroht sind.

Eingliederungshilfe für behinderte Menschen (5. Kapitel SGB XII) erhielten am 31.12.2011 25.556 Personen. Diese Empfängerzahl hat sich seit 2006 kontinuierlich erhöht und lag 2011 rd. 4 % über der Vorjahreszahl. Von diesen Menschen mit Behinderung nahmen 115 Personen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation im Jahr 2011 in Anspruch, seit 2006 ist diese Zahl ansteigend. Heilpädagogische Maßnahmen für Kinder beanspruchten am 31.12.2011 319 Personen, weniger als jeweils in den drei Jahren davor.

Zahl der Berechtigten mit Erhalt von Hilfe zur Pflege weiter ansteigend.

Anspruch auf *Pflegeleistungen der Hilfe zur Pflege* nach dem 7. Kapitel SGB XII haben Personen, die pflegebedürftig sind und den notwendigen Pflegebedarf nicht durch eigenes Einkommen, Vermögen oder durch die Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung sicherstellen können. Hilfe zur Pflege umfasst außerhalb von Einrichtungen die häusliche Pflege mit Anspruch auf Pflegegeld und andere Leistungen wie z. B. Hilfsmittel, angemessene Aufwendungen der Pflegepersonen und die Kostenübernahme für die Heranziehung einer besonderen Pflegekraft. In Einrichtungen sind es die stationäre Pflege, die teilstationäre Pflege und die Kurzzeitpflege.

Pflegeleistungen gemäß dem 7. Kapitel SGB XII bekamen am 31.12.2011 27.879 Personen, 975 Leistungsberechtigte (+3,6 %) mehr als am 31.12.2010. Außerhalb von Einrichtungen stieg die Empfängerzahl (+41,9 %) seit 2006 deutlich stärker an als in Einrichtungen (+8,8 %) (vgl. GSI-Tabelle [10.8z-1](#); zum Bedarf an Hilfe zur Pflege vgl. auch Kapitel 3.3 in diesem Bericht).

2.2.2.3 Regelleistungen nach Asylbewerberleistungsgesetz

2011 höhere Empfängerzahlen nach AsylbLG als im Jahr 2010.

Asylbewerber und -bewerberinnen erhalten *Regelleistungen nach § 2 und 3 des Asylbewerberleistungsgesetzes* (AsylbLG). Auch 2011 lag die Empfängerzahl über der des Vorjahres. Am 31.12.2011 erhielten 12.054 Personen Leistungen nach dem AsylbLG, rund 6,5 % (+737 Personen) mehr als 2010. Ausschlaggebend waren höhere Empfängerzahlen bei der Zentralen Leistungsstelle (ZLA) und der Zentralen Aufnahmeeinrichtung für Asylbewerber (ZAA) (2010 zu 2011: +26,3 %). Die Empfängerquote von Leistungen nach dem AsylbLG an der Bevölkerung insgesamt lag am 31.12.2011 mit 3,4 je 1.000 und an der ausländischen Bevölkerung mit 24,4 je 1.000 leicht über den Werten von 2010 (3,3 bzw. 24,0).

Der Anteil der *Männer* an der Empfängerzahl von Leistungen nach dem AsylbLG hat sich seit 2009 kaum geändert und liegt am Jahresende 2011 bei rund 58 %.

In den *Altersgruppen* ab 25 Jahre (25 – 49 Jahre und über 50-Jährige) war der Anstieg der Empfängerzahlen von 2010 zu 2011 mit +13,3 % bzw. +9,5 % höher als bei den Kindern und Jugendlichen.

Die meisten Asylbewerber und -bewerberinnen lebten am 31.12.2011 wie auch in den Jahren zuvor im *Bezirk Mitte* - gemessen an den absoluten Zahlen und den Anteilen an der jeweiligen Bevölkerung (1.354 Personen / 4,0 je 1.000). Neukölln hat 2011 erstmals höhere Empfängerzahlen als Friedrichshain-Kreuzberg (1.096 Personen bzw. 1.003 Personen). Die Bezirke Treptow-Köpenick (925 Personen / 106,4 je 1.000 der ausländischen Bevölkerung) und Marzahn-Hellersdorf (499 Personen / 43,5 je 1.000 der ausländischen Bevölkerung) führten, bezogen auf den Anteil an der ausländischen Bevölkerung des jeweiligen Bezirks, die Rangliste an. Geringe Asylbewerberzahlen waren in Steglitz-Zehlendorf und Reinickendorf (358 bzw. 321 Personen / 1,2 bzw. 1,3 je 1.000 der Bezirksbevölkerung) zu vermelden. Die geringsten Werte beim Anteil an der ausländischen Bevölkerung des jeweiligen Bezirks wiesen Charlottenburg-Wilmersdorf (8,0 je 1.000) und Tempelhof-Schöneberg (10,5 je 1.000) auf (vgl. GSI-Tabelle [2.22-2](#)).

2.3 Krankenversicherungsschutz der Berliner Bevölkerung

2.3.1 Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung

Von den Berlinerinnen und Berlinern ist der überwiegende Teil (rd. 2,8 Mio. Personen) in der *gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)* versichert. Das sind gemessen an der Berliner Gesamtbevölkerung rund 81 % *GKV-Versicherte* mit Wohnort in Berlin zum 1. Juli 2012; in Deutschland lag der Anteil der GKV-Versicherten an der Bevölkerung zu diesem Zeitpunkt bei 85,2 % (vgl. GSI-Tabelle [10.18-2](#)).

Zu dem *GKV-Versichertenkreis* zählen mit einem Gesamtanteil von 76,9 % (62 % der Berliner Bevölkerung) die pflichtversicherten und die freiwillig versicherten beitragszahlenden Mitglieder. Der weitaus größte Teil, d. h. rd. 69,2 % der GKV-Versicherten in Berlin, unterliegt der *gesetzlichen Pflichtversicherung*

77 % der Berliner GKV-Versicherten sind beitragszahlende Mitglieder.

gemäß § 5 Sozialgesetzbuch V. Hierzu gehören beispielsweise Arbeitnehmer, Auszubildende, Studenten, bestimmte behinderte Menschen und Bezieher von Arbeitslosengeld II sowie pflichtversicherte Rentnerinnen und Rentner. Hinzu kommen die *freiwillig versicherten Mitglieder*, die nicht der Versicherungspflicht unterliegen, deren Anteil beträgt 7,7 % in Berlin. Das sind Personengruppen, die gem. § 9 SGB V als Mitglieder aus der Pflichtversicherung oder der Familienversicherung ausgeschieden sind, beispielsweise weil ihr Einkommen oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze/Pflichtversicherungsgrenze von 50.850 EUR (2012) liegt. Sie können ihrer Krankenkasse danach innerhalb von drei Monaten den freiwilligen Beitritt erklären.

Darüber hinaus haben die unter bestimmten Voraussetzungen laut § 10 SGB V *beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen* wie Ehegatten, eingetragene Lebenspartner und Kinder ebenfalls Anspruch auf den vollen gesetzlichen Krankenversicherungsschutz, ihr Anteil in Berlin beträgt 23,1 % (vgl. GSI-Tabelle [10.19-1](#)).

2.3.2 Markt-/Versichertenanteile der Kassenarten der GKV

Die Zahl der *gesetzlichen Krankenkassen* hat sich seit Anfang 2006 von 378 auf 134 zum Jahresanfang 2013 erheblich reduziert. Hintergrund sind zunehmende Kassenfusionen innerhalb der gleichen Kassenart, aber auch kassenartenübergreifende Zusammenschlüsse (vgl. GSI-Tabelle [10.23z-1](#)).

Zum Stichtag 01.07.2012 haben in Deutschland die Ersatzkassen mit einem GKV-Versichertenanteil von 36,9 % den größten *Marktanteil* zu verzeichnen. In Berlin beträgt der Versichertenanteil bei den bundesweiten Ersatzkassen

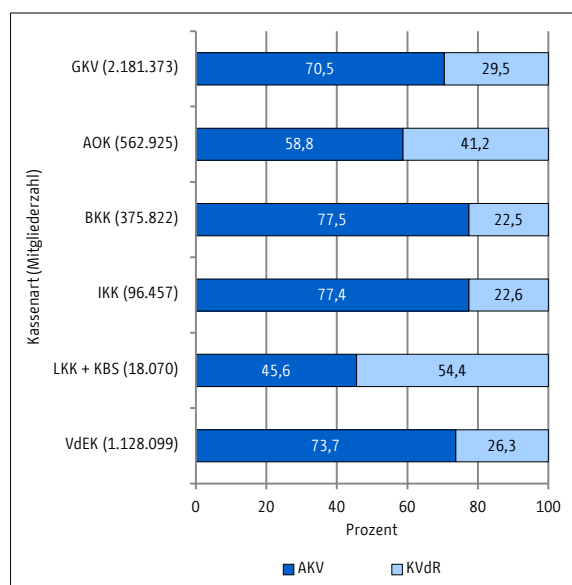
Anteil der bei Ersatzkassen Versicherten liegt in Berlin bei 51 %.

(wie u. a. die Techniker

Krankenkasse, die Barmer GEK) sogar 51,1 %. Bei der AOK-Gemeinschaft sind 26,4 % der Berlinerinnen und Berliner versichert gegenüber dem bundesweiten AOK-Marktanteil von 34,9 %. Das BKK-System liegt in Berlin mit einem Versichertenanteil von 17,4 % nicht weit über dem BKK-Bundesdurchschnitt von 16,7 % (vgl. GSI-Tabelle [10.19-4 a](#)).

Die *Versicherten- bzw. Mitgliederstrukturen der einzelnen Kassenarten* sind unterschiedlich. So hat das AOK-System bundesweit mit 37,4 % den höchsten Anteil an Rentenbeziehern, in Berlin beträgt der AOK-Rentneranteil sogar 41,2 %. Bei den Ersatzkassen liegt dagegen der Anteil der Rentnerinnen und Rentner in Berlin nur bei 26,3 % gegenüber dem Bundesdurchschnitt von 30,2 %. Rund 22,5 % der Berliner BKK-Versicherten sind in der Krankenversicherung der Rentner (KVdR), der BKK-Bundesdurchschnitt liegt bei 25,2 % (vgl. Abbildung 2.13 und GSI-Tabelle [10.19-2](#)).

Abbildung 2.13:
Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung in Berlin am 01.07.2012 nach allgemeiner Krankenversicherung (Pflicht- und freiwillige Mitglieder, AKV) und Krankenversicherung der Rentner (KVdR) sowie Kassenarten



(Datenquelle: BMG / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

2.3.3 Krankenversicherungspflicht für die Bevölkerung

Krankenversicherungspflicht in der GKV

Gesetzliche Regelung, damit niemand ohne Schutz im Krankheitsfall ist.

In der gesetzlichen Krankenversicherung besteht seit 01. April 2007 *Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V* für Menschen, die keinen Krankenversicherungsschutz haben und *der gesetzlichen Krankenversicherung zuzuordnen* sind. Diese Vorschrift erfüllt eine Auffangfunktion. Hierdurch wird für diesen *Personenkreis* das politische Ziel umgesetzt, dass in Deutschland niemand ohne Schutz im Krankheitsfall sein soll. Deutschland hat im Gegensatz zu den meisten anderen europäischen Ländern keine Einwohnerversicherung. Vielmehr wird der Schutz im Krankheitsfall in einem pluralistisch gegliederten System gewährt, dessen wesentliche Träger die gesetzliche und die private Krankenversicherung sind. Auf Grund des Fehlens einer umfassenden Versicherungspflicht für alle Einwohner war nicht ausgeschlossen, dass Personen weder die Zugangsvoraussetzungen zur gesetzlichen Krankenversicherung erfüllten, noch die Möglichkeit hatten, eine private Krankenversicherung abzuschließen, beziehungsweise den Versicherungsschutz in ihrem bisherigen System - etwa durch die Nichtzahlung der Beiträge oder Prämien - verloren hatten. Sofern in diesen Fällen auch kein Anspruch auf eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall bestand, mussten sie die im Krankheitsfall entstehenden Aufwendungen in voller Höhe aus ihrem Einkommen oder Vermögen selbst tragen. Aus diesem Grund wurden diese Personen in die Versicherungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung einbezogen.

Die *Versicherungspflicht tritt* kraft Gesetzes mit Beginn des ersten Tages ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall im Inland *ein*. Weder ist zur Entstehung der Versicherungspflicht eine Willenserklärung erforderlich noch die Kenntnis von der Versicherungspflicht an sich. Die Versicherungspflicht ist ausgeschlossen, wenn zuletzt eine private Krankenversicherung als Vollversicherung bestanden hat oder noch besteht.

Krankenversicherungspflicht in der privaten Krankenversicherung (PKV)

Seit 2009 gesetzlich geregelte Aufnahmepflicht auch in der privaten Krankenversicherung.

Seit dem 1. Januar 2009 gilt die *Versicherungspflicht* auch für Menschen, die *der privaten Krankenversicherung zuzuordnen* sind, wie zum Beispiel Selbstständige. Für diese Personen, die zuletzt privat krankenversichert waren, wurden die privaten Krankenversicherungsunternehmen verpflichtet, einen Versicherungsschutz als *brancheneinheitlichen Basistarif* anzubieten. Er enthält ein Leistungsangebot, das mit jenem der GKV weitgehend übereinstimmt. Die Höhe der Beiträge des Basistarifs richtet sich nach dem Eintrittsalter und dem Geschlecht des Versicherungsnehmers, nicht jedoch nach seinem Gesundheitsstatus. Dennoch wird eine Risikoprüfung für den Fall vorgenommen, dass später ein Wechsel vom Basistarif in einen anderen Tarif erfolgt. Es besteht jedoch wie bei der GKV ein Annahmewang (so genannter Kontrahierungszwang). Das ist die gesetzliche Verpflichtung der PKV-Unternehmen zur Aufnahme des genannten Personenkreises, der nicht der GKV zuzuordnen ist.

Kündigungsschutz

Eine Kündigung der sogenannten Pflichtversicherung ist ausgeschlossen.

Die Versicherungspflicht und auch der Grundgedanke, dass es keine Menschen in Deutschland mehr ohne Versicherungsschutz geben soll, führen dazu, dass Versicherte ihren Versicherungsschutz nicht mehr verlieren können, wenn sie ihre Beiträge nicht bezahlen. Eine Kündigung der sogenannten Pflichtversicherung ist nunmehr selbst bei der privaten Krankenversicherung ausgeschlossen. Werden die *Beiträge nicht bezahlt*, ruhen die Leistungen. Der Versicherte erhält - egal ob gesetzlich oder privat versichert - nur noch unaufschiebbare Leistungen, beispielsweise bei akuten Erkrankungen oder Schmerzzuständen sowie bei

Schwangerschaft und Mutterschaft. Außerdem werden weiterhin notwendige Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, wie Herz-Kreislaufkrankungen und Diabetes (Zuckerkrankheit) von den gesetzlichen Krankenkassen finanziert. Der Versicherte kann auch durch Abschluss einer Ratenzahlungsvereinbarung mit der Krankenkasse seine Beitragsrückstände abbauen, was dann in der Regel auch den vollen Leistungsanspruch nach sich zieht, solange die Rückstandsraten vertragsgemäß gezahlt werden.

Keine Krankenversicherung trotz Versicherungspflicht

Trotz der Einführung der Krankenversicherungspflicht für alle Bürgerinnen und Bürger ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall gibt es immer noch Menschen, die keine Krankenversicherung haben. In Deutschland waren das nach Ergebnissen des Mikrozensus 2011 etwa 137.000 Personen, rd. 7.000 von ihnen lebten in Berlin. Gemessen an der jeweiligen Gesamtbevölkerung waren je 100.000 Einwohner etwa 170 der in Deutschland und 199 der in Berlin lebenden Menschen nicht krankenversichert. Gegenüber den 2007 erhobenen Mikrozensusdaten wurde damit ein deutlicher Rückgang der Zahl nicht Krankenversicherter erkennbar, der bundesweit bei 30 % und in Berlin bei 23 % lag. Der Anteil nicht Krankenversicherter ist bei Männern höher als bei Frauen; am häufigsten sind Personen ohne Krankenversicherungsschutz unter Erwerbslosen und Selbstständigen anzutreffen, bei ihnen erreicht die Nicht-Versichertenquote - wie die Deutschlandergebnisse zeigen - etwa das Vierfache des Durchschnittswerts (vgl. GSI-Tabellen [10.17-1](#) und [10.17-2](#)).

2011 waren deutlich weniger Menschen ohne Krankenversicherungsschutz als noch 2007.

Wer sich nicht krankenversichert, muss nicht mit einem Bußgeld rechnen. Hat sich jedoch ein bislang nicht Versicherter nach dem Eintritt der GKV-Versicherungspflicht seit 01. April 2007 / Private Krankenversicherung seit 01. Januar 2009 nicht versichert und braucht eine medizinische Behandlung, könnte es für den Betroffenen teuer werden. Dann nämlich schuldet er der gesetzlichen Krankenkasse oder privaten Versicherung, wo er zugeordnet ist, die seit Beginn der Versicherungspflicht nicht bezahlten Beiträge.

2.3.4 Krankenkassenwahlrecht

Mit dem Gesetz zur Neuregelung der Krankenkassenwahlrechte vom 27.07.2001 wurde das Krankenkassenwahlrecht ab dem 01.01.2002 umgestaltet. Seither können Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte die Mitgliedschaft bei ihrer Krankenkasse zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats kündigen und eine andere Krankenkasse wählen. Das Krankenkassenwahlrecht kann ab dem 15. Lebensjahr ausgeübt werden. An die Wahlentscheidung sind die Mitglieder grundsätzlich 18 Monate gebunden. Es sei denn eine Krankenkasse erhebt oder erhöht den Zusatzbeitrag. In einem solchen Fall hat das Mitglied ein Sonderkündigungsrecht und ist nicht auf die 18-monatige Bindungsfrist angewiesen.

Für Versicherte, die bei ihrer bestehenden Krankenkasse einen Wahltarif gemäß § 53 SGB V abgeschlossen haben, verlängert sich die Kündigungsfrist. So besteht bei Abschluss eines Wahltarifes eine Mindestbindungsfrist von einem Jahr bis zu drei Jahren (gilt nicht für § 53 Abs. 3 SGB V). Mit Abschluss eines Wahltarifvertrages ist der Versicherte - sofern kein Zusatzbeitrag neu erhoben oder erhöht wird - für die Mindestbindungsfrist an den Wahltarif gebunden. Ein Krankenkassenwechsel ist in dieser Zeit nicht möglich.

Abschluss eines Wahltarifvertrages verlängert Kündigungsfrist.

Grundsätzlich können alle Versicherungspflichtigen und Versicherungsberechtigten zwischen verschiedenen Krankenkassen wählen. Die gesetzliche Grundlage für das allgemeine Wahlrecht ist der § 173 SGB V. Daneben gibt es noch ein besonderes Wahlrecht nach § 174 SGB V. Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte können nach dem allgemeinen Wahlrecht wählen:

- die Ortskrankenkasse des Beschäftigungs- oder Wohnorts,
- jede Ersatzkasse, deren Zuständigkeit sich nach der Satzung auf den Beschäftigungs- oder Wohnort erstreckt,
- die Betriebs- oder Innungskrankenkasse, wenn sie in dem Betrieb beschäftigt sind, für den die Betriebs- oder die Innungskrankenkasse besteht,
- die Betriebs- oder Innungskrankenkasse, wenn die Satzung der Kasse dies vorsieht,
- die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See,
- die Krankenkasse, bei der vor Beginn der Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung zuletzt eine Mitgliedschaft oder eine Versicherung nach § 10 SGB V bestanden hat,
- die Krankenkasse, bei der der Ehegatte oder der Lebenspartner versichert ist.

Studenten können zusätzlich die Ortskrankenkasse oder jede Ersatzkasse an dem Ort wählen, in dem die Hochschule ihren Sitz hat. Versicherte Rentner können zusätzlich auch die Betriebs- oder Innungskrankenkasse wählen, die für das Unternehmen besteht, in dem der Rentner beschäftigt war.

Für *familienversicherte Personen* besteht *kein eigenes Wahlrecht*. Sie sind immer an die Wahl des Mitgliedes, bei dem die beitragsfreie Familienversicherung erfolgt, gebunden.

Im Abschnitt 2.3 verwendete Quellen vgl. Fußnoten^{15, 16, 17, 18}.

2.4 Umweltbezogener Gesundheitsschutz: Badegewässerprofile und deren Umsetzung in Berlin

2.4.1 Bedingungen zur Erstellung von Badegewässerprofilen

Rechtliche Anforderungen

Die Badegewässerrichtlinie 2006/7/EG über die Qualität der Badegewässer und deren Bewirtschaftung wurde im Land Berlin mit Beginn der Badesaison 2008 durch die *Berliner Badegewässerverordnung* umgesetzt. Sie enthält neue Bestimmungen für

- die Überwachung und Einstufung der Qualität von Badegewässern,
- die Bewirtschaftung der Badegewässer hinsichtlich ihrer Qualität und
- die Information der Öffentlichkeit über die Badegewässerqualität.

Aktives Management zur Verbesserung der Badegewässerqualität.

Die Badegewässerrichtlinie ergänzt die Wasserrahmenrichtlinie 2000/60/EG hinsichtlich der menschlichen Gesundheit. Eine wesentliche Änderung ist die geforderte *Erstellung von Badegewässerprofilen mit dem Ziel* entsprechende Bewirtschaftungsmaßnahmen für das Gewässersystem zu ergreifen und die aktive Verbesserung der Badegewässerqualität zu betreiben. Stand bisher der Ansatz der Qualitätsüberwachung, d. h. die Datensammlung und die Bewertung der Badegewässerqualität unter hygienischen Aspekten im Vordergrund, so soll mit der Erstellung von Badegewässerprofilen ein aktives Management eines Badegewässers/einer Badestelle eingeführt werden, welches über eine reine Qualitätsüberwachung hinausgeht (Bewirtschaftungsansatz analog zur Wasserrahmenrichtlinie).

Das jeweils für eine konkrete Badestelle erarbeitete Badegewässerprofil umfasst insbesondere die Bestandsaufnahme und Beurteilung möglicher *Verschmutzungsquellen* und eine Aussage zur Reduzierung der Quellen von hygienischen Verschmutzungen. Abweichend vom Umweltrecht ist im Sinne der EU-Badegewässerrichtlinie unter einer „Verschmutzung“ insbesondere das Vorliegen von mikrobiologischen Verunreinigungen zu verstehen. Das Vorhandensein von anderen Organismen oder chemischen Stoffen

¹⁵ Bund der Versicherten e.V. (03/2011): Gut versichert in der privaten Krankenversicherung oder der gesetzlichen Krankenkasse.

¹⁶ Deutscher Bundestag - 16. Wahlperiode Drucksache 16/3100.

¹⁷ Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen (07/2012): Rückkehr in die Krankenversicherung.

¹⁸ Sozialgesetzbuch V (SGB V).

und Abfällen ist bei der Erstellung des jeweiligen Badegewässerprofils zu berücksichtigen, sofern sich ihr Vorkommen negativ auf die Badegewässerqualität und die Gesundheit der Badenden auswirken kann.

Die systematische Erstellung von Badegewässerprofilen ist daher ein geeignetes Mittel, *Gesundheitsgefahren*, die mit dem Baden verbunden sind, besser zu verstehen und entsprechende Bewirtschaftungsmaßnahmen zu ergreifen.

Inhalt und Zweck eines Badegewässerprofils

Ein Badegewässerprofil enthält folgende Informationen:

1. *Allgemeine Beschreibung* des Badegewässers, der an dem Badegewässer liegenden Badestelle, des Einzugsgebietes, der Nutzung des Gewässers und des Einzugsgebietes, der Verantwortlichkeiten.
2. Feststellung, Beschreibung und Risikobewertung *hygienischer Verschmutzungen* und deren Quellen; Beschreibung der Eintragspfade.
3. Bewertung des *Risikos einer Massenvermehrung* von Cyanobakterien, Makroalgen und/oder Phytoplankton.
4. Maßnahmen zur Verringerung eines hygienisch *gesundheitlichen Risikos* für die Badenden.

Die Badegewässerprofile werden mit dem *Ziel* erstellt:

- zeitnah Vorhersagen zur Entwicklung der Badegewässerqualität treffen zu können,
- Art, Häufigkeit und Dauer zu erwartender kurzzeitiger Verschmutzungen abzuschätzen,
- Ursachen von Verschmutzungen an den Badestellen zu erkennen und zu beschreiben,
- Problembereiche an den einleitenden Fließgewässern zu identifizieren sowie
- entsprechende Bewirtschaftungsmaßnahmen abzuleiten.

Die Schlussfolgerungen aus einem Badegewässerprofil dienen der Verbesserung der Badegewässerqualität.

Berücksichtigung hygienischer Belastungen

An der einzelnen Badestelle wird die hygienische Belastung durch alle einleitenden Gewässer insbesondere durch die Nutzung der Einzugsgebiete unter Einbeziehung von topografischen, hydrologischen und ökologischen Aspekten in Verbindung mit dem Einfluss der Siedlungsentwässerung untersucht.

Die *Ursachen für die hygienische Belastung* sind möglichst vollständig zu erkunden und zu bewerten. Im Bereich einer Großstadt können sie sehr vielfältig und von Badestelle zu Badestelle sehr verschiedenartig sein:

- Einleitungen aus dem Siedlungsbereich wie kommunale und gewerbliche Kläranlagen,
- Regenwasser- und Mischwasserüberläufe,
- Fehleinleitungen,
- Abspülungen von Straßenkehricht,
- Klein-/Hauskläranlagen,
- Direkte und diffuse Einträge aus der Landwirtschaft,
- Abspülungen von Verunreinigungen aus dem Uferbereich,
- Futterreste (Anfüttern von Wassertieren),
- Wasservögel.

Die hygienische Belastung ist von *zusätzlichen Einflussgrößen* abhängig, z. B. meteorologischen, hydrologischen Parametern wie Sonnenscheindauer, Windrichtung, Abfluss, Fließgeschwindigkeit und Wassertemperatur. Auch das Sediment beeinflusst den Lebensraum der Bakterien im Gewässer. Deshalb müssen neben den hygienischen Belastungen zusätzlich chemische und chemisch-physikalische Eigenschaften der Gewässer ermittelt werden, um den Zusammenhang zwischen hygienischer und stofflicher Gewässerbelastung zu erforschen.

Zur *Reduzierung der hygienischen Belastungen* werden für jedes Gewässersystem/jeden Teilabschnitt Bewirtschaftungsmaßnahmen und ggf. Sanierungskonzepte erarbeitet. Zu den Bewirtschaftungsmaßnahmen gehören auch *Verhaltensempfehlungen*, die die Nutzer der Badestelle vor etwaigen Gesundheitsgefährdungen warnen sollen und auch die Gewässer schützen.

2.4.2 Umsetzung in Berlin

Bis zum Beginn der Badesaison 2011 waren sowohl Badegewässerprofile für alle im Land Berlin auf der Grundlage der Badegewässerverordnung ausgewiesenen Badegewässer zu erstellen als auch am Ende der Badesaison 2011 erstmalig alle Badegewässer gem. EU-Vorgaben einzustufen.

In Berlin liegen derzeit *fünf Badegewässerprofile für Fließgewässer*

- Unterhavel mit Großer Wannensee,
- Dahme mit Langer See, Große Krampe, Zeuthener See,
- Oberhavel,
- Tegeler See,
- Großer Müggelsee, Kleiner Müggelsee und Berliner Teil des Dämeritzsees

und *zehn Badegewässerprofile für Landseen*

- Flughafensee,
- Heiligensee,
- Weißer See,
- Orankesee,
- Plötzensee,
- Jungfernheideteich,
- Ziegeleisee (Lübars),
- Krumme Lanke, Schlachtensee (Grunewaldseen),
- Teufelssee,
- Groß-Glienicker See

vor. Damit gibt es 15 Badegewässerprofile für 38 Badestellen. Badegewässerprofile gelten für die Gewässer und damit für mehrere Badestellen. Zukünftig sind weitere Badegewässerprofile als Voraussetzung für die Neuausweisung von Badestellen zu erarbeiten.

Die Badegewässerprofile werden in Abhängigkeit von der Badegewässerqualität *regelmäßig überprüft und aktualisiert*. Auch bei umfangreichen Bauarbeiten oder Änderungen der Infrastruktur am Badegewässer selbst oder im Einzugsbereich muss das Profil vor der nächsten Saison aktualisiert werden.

Bereitstellung der Information für die Öffentlichkeit zum Beginn der Badesaison 2012

Umfangreiche *Informationen zu den Badegewässerprofilen* stehen den interessierten Bürgerinnen und Bürgern in unterschiedlichen Medien zur Verfügung, z. B.

- im Internet auf den Badegewässerseiten des Landesamtes für Gesundheit und Soziales unter <http://www.badegewaesser.berlin.de>. Hier sind detaillierte Informationen in *kartografischer Darstellung zu jeder einzelnen Badestelle* veröffentlicht,
- über das Badegewässertelefon (nur während der Badesaison 15.05.-15.09.) +4930 90229 5555,
- über das Berliner Behördentelefon +4930 115,
- auf Informationstafeln in der Nähe der Badegewässer.

Ab der Badesaison 2012 sind *Informationstafeln in der Nähe der Badegewässer* aufgestellt. Bisher wurden an allen der EU gemeldeten Badestellen (23) von dem jeweils örtlich zuständigen Bezirksamt Informationstafeln aufgestellt. Das Landesamt für Gesundheit und Soziales sorgte für ein einheitliches Layout der Informationstafeln.

Bis 2012 Aufstellung von Informationstafeln an 23 Berliner Badestellen.

In der Badesaison 2013 sollen diese Informationstafeln auch an den weiteren offiziellen Badestellen (15) aufgestellt werden.

Diese Informationstafeln enthalten Informationen über das Gewässer, zur Infrastruktur der Badestelle, die letzte EU-Einstufung des Badegewässers, mögliche Verschmutzungsursachen sowie, falls erforderlich, ein Abraten vom Baden oder evtl. Badeverbote aus Gründen des *vorbeugenden Gesundheitsschutzes* (vgl. GSI-Tabellen [5.14-1](#) und [5.14z-1](#)).

2.5 Kernaussagen

Berliner Bevölkerung

- In Berlin lebten am 31.12.2011 laut Zensus 3.326.002 Personen, 51 % davon sind weiblich.
- Der Zensus weist 175.870 Personen bzw. 5,0 % weniger aus als die bisherige Bevölkerungsfortschreibung, damit verzeichnet Berlin unter allen Bundesländern die größte Abweichung.
- Für die Zukunft wird ein *Bevölkerungswachstum prognostiziert*, das sich bis 2030 allerdings immer weiter abschwächen wird.
- 24 % der Berlinerinnen und Berliner haben einen *Migrationshintergrund*, gut die Hälfte davon besitzt die deutsche Staatsangehörigkeit. Der Bezirk Mitte verzeichnet mit 45 % den höchsten Anteil an Personen mit Migrationshintergrund und Treptow-Köpenick mit 6 % den niedrigsten.
- Berlin verzeichnet ein *Wanderungsgewinn* von 39.421 Personen. 88.928 Menschen kamen aus anderen Bundesländern nach Berlin, 64.826 aus dem Ausland. Vor allem aus den neuen EU-Beitrittsländern lässt sich ein wachsender Zuzug beobachten. Daneben verzeichnet Berlin deutlich rückläufige Sterbezahlen, sodass es 2011 einen *Geburtenüberschuss* von 1.695 gab. Insgesamt sind 31.380 Personen gestorben und es kamen 33.075 Kinder lebend zur Welt.
- Der Berliner *Altersdurchschnitt* liegt bei 43 Jahren (Deutschland: 44 Jahre). Dementsprechend beträgt der *Altenquotient* 28 %. 68 % der Berlinerinnen und Berliner sind im *erwerbsfähigen Alter* (15 – 64 Jahre), bis 2030 wird sich ihr Anteil auf 64 % verringern. *Kinder und Jugendliche* im Alter von 0 bis 14 Jahren machen 13 % der Bevölkerung aus, Ältere (ab 65 Jahren) 19 %. Die Prognose besagt, dass im Jahr 2030 doppelt so viel Ältere wie Kinder und Jugendliche in Berlin leben werden (Ältere: ca. 857.800; Kinder und Jugendliche: ca. 486.700). Der Altenquotient wird dann bei 36 % liegen.
- Langfristig bleibt die Bevölkerungszahl Berlins relativ stabil, durch den *demografischen Wandel* wird sich aber die Gesellschaft verändern: sie wird älter, internationaler und heterogener.

Haushalte und Lebensformen

- Derzeit gibt es 1.995.400 *Privathaushalte* in Berlin. Die durchschnittliche Anzahl der Haushaltsmitglieder beträgt 1,7, 1991 lag sie noch bei 2.
- Knapp ein Drittel der Bevölkerung lebt alleine, damit liegt der Anteil der *Einpersonenhaushalte* an allen Haushalten bei 54 % (Deutschland: 40 %). In einem Viertel davon leben ausschließlich Menschen im Alter von über 65 Jahren, darunter sind 72 % Frauen.
- Knapp die Hälfte der Berliner Bevölkerung ist ledig, 36 % sind verheiratet bzw. führen eine *eingetragene Lebenspartnerschaft*, 10 % sind geschieden oder haben die Lebenspartnerschaft aufheben lassen und 6 % sind verwitwet bzw. der Lebenspartner ist verstorben.

- 157.400 *Lebensgemeinschaften* gibt es Berlin, darunter 56.600 mit Kindern, die also zu den 426.500 in Berlin lebenden *Familien* zählen. Von ihnen sind 148.900 Einelternfamilien, 89 % mit alleinerziehenden Müttern. 2011 waren Mutter und Vater der Hälfte aller Kinder bei deren Geburt nicht miteinander verheiratet (Bundesdurchschnitt: 34 %).

Einkommen und Erwerbstätigkeit

- Das *mittlere monatliche Haushaltsnettoeinkommen* beträgt in Berlin 1.600 EUR. Auf Bezirksebene verzeichnet Neukölln mit 1.350 EUR das niedrigste und Steglitz-Zehlendorf mit 1.950 EUR das höchste monatliche Haushaltsnettoeinkommen.
- 1.573.880 *Erwerbstätige* (darunter 440.100 Teilzeitbeschäftigte, von denen 64 % weiblich sind), 158.990 *Erwerbslose* und 1.536.390 *Nichterwerbspersonen* wohnen in Berlin. Damit ergibt sich für die Altersgruppe zwischen 18 und 64 Jahre eine *Erwerbstätigenquote* von 70,2 %. Unter den Bezirken verzeichnet Treptow-Köpenick mit 80,4 % die höchste und Neukölln mit 62,4 % die niedrigste Erwerbstätigenquote. Unterschiede zeigen sich laut Mikrozensus ebenfalls beim Migrationsstatus: 53 % der Personen mit Migrationshintergrund sind erwerbstätig, von den Personen ohne Migrationshintergrund üben 73 % eine auf Erwerb gerichtete Tätigkeit aus.
- Die erwerbstätige Bevölkerung bezieht ihr *Einkommen* größtenteils über die eigene Berufstätigkeit (92 %), 2,5 % müssen ihren Lebensunterhalt trotz Ausübung einer auf Erwerb gerichteten Tätigkeit überwiegend von Leistungen nach Hartz IV bestreiten. Nichterwerbspersonen und Erwerbslose leben am häufigsten von der Rente bzw. Pension (42 %), Einkünften von Angehörigen (36 %) und ebenfalls Leistungen nach Hartz IV (15,2 %).

Bildungsabschlüsse

- Vier von zehn Einwohnerinnen und Einwohnern Berlins ab 15 Jahren haben als *höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss* die allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife erworben. Die mittlere Reife oder einen gleichwertigen Abschluss können 31 % der über 15-Jährigen vorweisen und 21 % erreichten einen Hauptschulabschluss. 8 % haben keinen allgemeinbildenden Schulabschluss. Unterschiede gibt es zwischen den verschiedenen Altersgruppen: Die Hälfte aller 18- bis 29-Jährigen besitzt die allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife, während es bei den über 65-Jährigen nur ein gutes Viertel ist. Den Haupt- oder Volksschulabschluss hat wiederum fast die Hälfte aller über 65-jährigen Berlinerinnen und Berliner erreicht, bei den 18- bis 29-Jährigen sind es nur 13 %.
- Annähernd drei Viertel der Bevölkerung ab 15 Jahren können einen *beruflichen Ausbildungs- bzw. Hochschulabschluss* vorweisen. 67 % davon haben eine Lehr-/Anlernausbildung oder einen gleichwertigen Berufsfachschulabschluss erreicht und 33 % einen Universitätsabschluss bzw. eine Promotion.

Leistungsberechtigte nach SGB XII und AsylBLG

- *Transferleistungen nach dem 3. und 4. Kapitel des SGB XII* (Hilfe zum Lebensunterhalt und bedarfsorientierte Grundsicherung) außerhalb von Einrichtungen erhielten am 31.12.2011 61.305 Personen, 7,0 % mehr Berechtigte als im Vorjahr.

Darunter waren fast 87,5 % Empfänger und Empfängerinnen von *bedarfsorientierter Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung*. Wie im Jahr 2010 wohnten die meisten im Bezirk Mitte. 19 % der Leistungsberechtigten hatten eine ausländische Staatsbürgerschaft und fast 56 % aller Berechtigten waren älter als 65 Jahre.

Bei den Personen mit Bezug von *laufender Hilfe zum Lebensunterhalt* betrug der Zuwachs im Vergleich zu 2010 rund 10,5 %. Mitte verzeichnete auch hier die größte Empfängergruppe unter den Bezirken. Etwa 15 % der Leistungsbeziehenden waren ausländische Staatsangehörige. Im Vergleich der Altersgruppen waren die 15-Jährigen, bezogen auf die Einwohner der gleichen Altersgruppe je 1.000, am häufigsten auf laufende Hilfe zum Lebensunterhalt angewiesen.

- Die Empfängerzahlen von ausgewählten *Gesundheits- und Pflegeleistungen nach dem SGB XII* erhöhten sich im Vergleich zum Jahr 2010.
Die Empfängerzahl der *vom Sozialhilfeträger direkt erbrachten Gesundheitsleistungen* nach dem 5. Kapitel SGB XII lag erstmals seit 2005 wieder über dem Vorjahreswert. Auch die Anzahl der Leistungsberechtigten, die Anspruch auf die *Übernahme der Krankenbehandlung durch die gesetzlichen Krankenkassen* hat, erhöhte sich um 3,3 % zum Vorjahr.
Bei den *Gesundheitsleistungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen* (6. Kapitel SGB XII) stiegen auf niedrigem Niveau die Empfängerzahlen bei den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation leicht an, bei den heilpädagogischen Maßnahmen für Kinder gingen sie etwas zurück.
Die Anzahl der Empfänger und Empfängerinnen von Leistungen der *Hilfe zur Pflege* erhöhte sich auch von 2010 zu 2011 weiter (+3,6 %) auf 27.879 Personen. Mehr Menschen beziehen diese Leistungen außerhalb von Einrichtungen als in Einrichtungen.
- Die Anzahl der Bezieher und Bezieherinnen von *Regelleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz* stieg weiter an. Am Jahresende 2011 lag die Empfängerzahl (12.054) um 6,5 % über den Werten von 2010. Der Anteil der Männer betrug 58 % und die größten Empfängergruppen lebten in Mitte und Neukölln. Den stärksten Anstieg erfuhren die Altersgruppen der über 50-Jährigen (+13,3 %) und der 25- bis unter 50-Jährigen (+9,5 %).

Krankenversicherungsschutz der Berliner Bevölkerung

- 2,8 Mio. Berlinerinnen und Berliner waren am 01.07.2012 *in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert*, das waren 81 % der Berliner Gesamtbevölkerung. Etwa drei von vier GKV-Versicherten (77 %) gehörten zu den beitragszahlenden Mitgliedern, die übrigen waren beitragsfrei mitversicherte Familienangehörige.
- Über die Hälfte (51 %) der Berliner GKV-Versicherten gehört einer Ersatzkasse an, gefolgt von der AOK-Gemeinschaft und dem BKK-System mit *Marktanteilen* von 26 bzw. 17 %.
- 30 % der beitragszahlenden Berliner GKV-Mitglieder sind *Rentnerinnen und Rentner*; bei den AOK-Mitgliedern liegt der Anteil der Rentenbezieher mit 41 % deutlich höher, bei den Mitgliedern der Ersatzkassen (26 %) und der BKK (23 %) dagegen unter dem Berliner Durchschnitt.
- Um niemand ohne Schutz im Krankheitsfall zu lassen, wurde eine *Krankenversicherungspflicht* für alle Bürgerinnen und Bürger ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall eingeführt, seit dem 01.04.2007 für Menschen, die der gesetzlichen Krankenversicherung und seit dem 01.01.2009 auch für diejenigen, die der privaten Krankenversicherung zuzuordnen sind. Eine Kündigung der sogenannten Versicherungspflicht ist ausgeschlossen.
- Trotz der Einführung der Krankenversicherungspflicht gab es 2011 immer noch etwa 7.000 Berlinerinnen und Berliner, die *nicht krankenversichert* waren; ihre Zahl hat sich jedoch gegenüber 2007 erheblich verringert (um 23 %). Zu den Personengruppen, bei denen der Anteil nicht Krankenversicherter deutlich über dem Durchschnitt liegt, gehören Selbstständige und Erwerbslose.
- Mit dem Gesetz zur *Neuregelung der Krankenkassenwahlrechte* vom 27.07.2001 können Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte die Mitgliedschaft bei ihrer Krankenkasse zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats kündigen und eine andere Krankenkasse wählen. An diese Wahlentscheidung sind die Mitglieder grundsätzlich 18 Monate gebunden.

Badegewässerprofile und deren Umsetzung in Berlin

- Die in der *Berliner Badegewässerverordnung* umgesetzten EU-Vorgaben (Badegewässerrichtlinie 2006/7/EG) enthalten neue Bestimmungen zur Überwachung und Einstufung der Qualität von Badegewässern, zur Bewirtschaftung der Badegewässer hinsichtlich ihrer Qualität und zur Information der Öffentlichkeit.

- Eine wesentliche Änderung ist die geforderte *Erstellung von Badegewässerprofilen* mit dem Ziel, entsprechende Bewirtschaftungsmaßnahmen für das Gewässersystem zu ergreifen und die aktive Verbesserung der Badegewässerqualität zu betreiben.
- Für alle 15 derzeit auf der Grundlage der Badegewässerverordnung *im Land Berlin ausgewiesenen Badegewässer* mit 38 Badestellen wurden bis zum Beginn der Badesaison 2011 Badegewässerprofile erstellt (5 Profile für Fließgewässer und 10 für Landseen) und am Ende der Saison eine Einstufung gemäß EU-Vorgaben vorgenommen.
- *Informationstafeln* wurden bisher an 23 der 38 Berliner Badestellen aufgestellt, die Aufstellung an den übrigen 15 Badestellen soll in der Badesaison 2013 folgen. Die Tafeln enthalten Informationen über das Gewässer, zur Infrastruktur der Badestelle, die letzte EU-Einstufung des Badegewässers, mögliche Verschmutzungsursachen sowie, falls erforderlich, ein Abraten vom Baden oder evtl. Badeverbote aus Gründen des vorbeugenden Gesundheitsschutzes.

2.6 Indikatoren im GSI

Das folgende Tabellenverzeichnis enthält die im Kapitel 2 erwähnten Tabellen; sie sind - wie alle Tabellen des Basisberichts 2012/2013 - ausschließlich in elektronischer Form im *Gesundheits- und Sozialinformationssystem (GSI)* veröffentlicht, verfügbar im Internet unter <http://www.gsi-berlin.info/>.

Zum *Auffinden einer Tabelle* sind im GSI in der *erweiterten Suche* folgende Einstellungen vorzunehmen:

- *Kontext*: „Basisbericht GBE Berlin 2012/2013“ auswählen,
- *Suchtext*: das Wort Tabelle und die entsprechende Nummer (z. B. Tabelle 2.1-1) eingeben,
- *Such-Modus*: „alle Wörter, Suche nur im Kommentar“ auswählen.

Tabelle 2.1-1:

Bevölkerung in Berlin 1990 - 2011 nach Geschlecht, Ausländeranteil und Bezirken

Tabelle 2.2-1:

Bevölkerung in Berlin 1990 - 2011 nach Geschlecht, Ausländeranteil und Bezirken

Tabelle 2.3-1:

Bevölkerung in Berlin 2011 nach Geschlecht, Altersgruppen, Staatsangehörigkeit und Bezirken

Tabelle 2.4-1:

Ausländische Bevölkerung in Berlin 2011 nach Geschlecht, Altersgruppen und Bezirken

Tabelle 2.5-1:

Deutsche und ausländische Bevölkerung in Berlin 2011 nach Geschlecht und Bezirken

Tabelle 2.5z-1:

Bevölkerung (Einwohnerregisterstatistik) in Berlin 2007 - 2012 (Stand: 31.12.) nach Geschlecht, Migrationsstatus und Bezirken

Tabelle 2.7-1:

Altersstruktur und Lastenquotienten in Berlin 2011 (Stand: 31.12.) nach Geschlecht und Bezirken

Tabelle 2.7-2:

Altersstruktur und Lastenquotienten in Berlin 1991 - 2011 (Stand: 31.12.) nach Geschlecht und Bezirken

Tabelle 2.8-1:

Mädchen- und Frauenanteil an der Bevölkerung in Berlin am 31.12.2011 nach Altersgruppen und Bezirken

Tabelle 2.8z-1:

Bevölkerung in Berlin am 09.05.2011 nach Geschlecht, Staatsangehörigkeit und Bezirken

Tabelle 2.8z-2:

Bevölkerung in Berlin am 09.05.2011 nach Migrationsstatus, Staatsangehörigkeit und Bezirken

Tabelle 2.8z-3:

Altersstruktur und Lastenquotienten der Bevölkerung in Berlin am 09.05.2011 nach Bezirken

Tabelle 2.8z-4:

Altersstruktur der Bevölkerung in Berlin am 09.05.2011 nach Staatsangehörigkeit und Bezirken

Tabelle 2.9-1:

Bevölkerungsentwicklung in Berlin 1991 - 2011 nach Staatsangehörigkeit und 2011 nach Bezirken

Tabelle 2.10-1:

Lebendgeborene, Geburtenziffer und Fruchtbarkeitsziffer in Berlin 1991 - 2011 nach Geschlecht, Legitimität, Staatsangehörigkeit und Bezirken

Tabelle 2.11-1:

Wanderungen der Bevölkerung über die Bezirks- und Landesgrenzen von Berlin 2011 nach Staatsangehörigkeit und Bezirken

Tabelle 2.12-1:

Bevölkerung am 31.12.2011 und Bevölkerungsprognose (auf Basis der Bevölkerungsfortschreibung, Basisjahr 2011) in Berlin in den Prognosejahren 2015, 2020, 2025 und 2030 nach Altersgruppen, Lastenquotienten und Bezirken

Tabelle 2.13-1:

Allgemeiner Schulabschluss der Bevölkerung und der Erwerbstätigen in Berlin 2011 nach Geschlecht und Staatsangehörigkeit der Befragten

Tabelle 2.13-2:

Allgemeiner Schulabschluss der Bevölkerung in Berlin 2011 nach Bezirken

Tabelle 2.13-3:

Allgemeiner Schulabschluss der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter (15 - 64 Jahre) in Berlin 2011 nach Geschlecht und Migrationsstatus der Befragten

Tabelle 2.13z-1:

Bevölkerung ab 15 Jahren nach höchstem Schulabschluss in Berlin am 09.05.2011 nach Geschlecht, Altersgruppen, Staatsangehörigkeit und Bezirken

Tabelle 2.14-1:

Beruflicher Ausbildungsabschluss der Bevölkerung und der Erwerbstätigen in Berlin 2011 nach Geschlecht, Alter und Staatsangehörigkeit der Befragten

Tabelle 2.14-2:

Beruflicher Ausbildungsabschluss der Bevölkerung in Berlin 2011 nach Bezirken

Tabelle 2.14-3:

Beruflicher Ausbildungs-/Hochschulabschluss der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter (15 - 64 Jahre) in Berlin 2011 nach Geschlecht und Migrationsstatus der Befragten

Tabelle 2.14z-1:

Bevölkerung ab 15 Jahren nach höchstem beruflichem Abschluss in Berlin am 09.05.2011 nach Geschlecht, Altersgruppen, Staatsangehörigkeit und Bezirken

Tabelle 2.17z-1:

Monatliches Haushaltsnettoeinkommen von Privathaushalten in Berlin 2011 nach Haushaltsgröße sowie Geschlecht, Altersgruppen und Staatsangehörigkeit der Haupteinkommensbezieher/innen

Tabelle 2.17z-2:

Monatliches Nettoeinkommen der Bevölkerung in Berlin 2002 - 2011 nach Geschlecht

Tabelle 2.18-1:

Erwerbstätige und Erwerbstätigenquote in Berlin 2011 nach Geschlecht, Altersgruppen und Bezirken

Tabelle 2.18-2:

Bevölkerung, Erwerbstätige und Erwerbstätigenquote in Berlin 1997 - 2011 nach Geschlecht und Altersgruppen

Tabelle 2.18-3:

Bevölkerung in Berlin 2011 nach Geschlecht, Erwerbs- und Migrationsstatus

Tabelle 2.18-4:

Bevölkerung in Berlin 2011 nach Geschlecht, Erwerbsstatus, Stellung im Beruf und Migrationsstatus

Tabelle 2.18z-1:

Erwerbsstatus der Bevölkerung in Berlin am 09.05.2011 nach Geschlecht, Altersgruppen, Staatsangehörigkeit und Bezirken

Tabelle 2.18z-2:

Bevölkerung, Erwerbstätige und Erwerbstätigenquote in Berlin am 09.05.2011 nach Altersgruppen und Bezirken

Tabelle 2.18z-3:

Erwerbspersonen nach Stellung im Beruf in Berlin am 09.05.2011 nach Geschlecht, Altersgruppen, Staatsangehörigkeit und Bezirken

Tabelle 2.22-1:

Empfängerinnen und Empfänger von Leistungen gemäß 3. und 4. Kapitel Sozialgesetzbuch (SGB) XII außerhalb von Einrichtungen in Berlin 2008 - 2011 (Stand: 31.12.) nach Geschlecht, Altersgruppen, Staatsangehörigkeit und Bezirken

- Hilfe zum Lebensunterhalt (3. Kapitel)

- bedarfsorientierte Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (4. Kapitel)

Tabelle 2.22-2:

Empfängerinnen und Empfänger von Regelleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) in Berlin 2008 - 2011 (Stand: 31.12.) nach Geschlecht, Altersgruppen und Bezirken

Tabelle 5.14-1:

Ergebnisse der Badegewässerüberwachung in Berlin 2008 - 2011 nach ausgewählten Erregern

Tabelle 5.14z-1:

Jahresauswertung der während der jeweiligen Badesaison 14-tägig durchgeführten mikrobiologischen Untersuchungen von Berliner Badegewässern 2011

Tabelle 10.8z-1 b:

Empfängerinnen und Empfänger ausgewählter Gesundheits- und Pflegeleistungen nach SGB XII in Berlin 2005 - 2011 (Stand: 31.12.) nach Hilfearten

Tabelle 10.17-1:

Krankenversicherungsschutz der Bevölkerung in Berlin 1995 - 2011 nach Art des Versicherungsverhältnisses sowie 2011 nach Geschlecht und Erwerbsstatus

Tabelle 10.17-2:

Krankenversicherungsschutz der Bevölkerung in Deutschland 2007 und 2011 nach Art des Versicherungsverhältnisses sowie 2011 nach Geschlecht und Erwerbsstatus

Tabelle 10.18-2:

Versichertenstruktur in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Deutschland 2011 und 2012 (Stichtag: 1. Juli) nach Geschlecht und Bundesländern

Tabelle 10.19-1:

Versichertenstruktur (Mitglieder und mitversicherte Familienangehörige) in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Berlin 2009 - 2012 (Stichtag: 1. Juli) nach allgemeiner Krankenversicherung (AKV), Krankenversicherung der Rentner (KVdR) und Kassenarten

Tabelle 10.19-2:

Verhältnis von Mitgliedern der allgemeinen Krankenversicherung (AKV) zu Mitgliedern der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Berlin 2000 - 2012 (Stichtag: 1. Juli) nach Kassenarten sowie 2009 - 2012 in den Bundesländern

Tabelle 10.19-4:

Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und GKV-Versicherte insgesamt in Deutschland am 1. Juli 2012 nach Kassenarten, Marktanteilen und Bundesländern

Tabelle 10.23z-1:

Zahl der gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland 2006 - 2012 (Stand: 01.01.) nach Kassenarten

3 Chronische Erkrankungen - Ausmaß, Risikofaktoren, Auswirkungen

3.1 Chronische Erkrankungen - Mortalität und Morbidität

Infolge der in allen industrialisierten Gesellschaften vorhandenen medizinisch-technischen Fortschritte und der demografischen Entwicklung kommt es zu einer stetigen *Veränderung des Krankheitsspektrums* - weg von den akuten hin zu den chronischen Krankheiten. Chronische Erkrankungen führen hierzulande das Krankheits- und Todesursachengeschehen an. Diese Aussage bezieht sich nicht nur auf ältere Personen, bereits bei unter 65-Jährigen bestimmen chronische Erkrankungen das Krankheitsgeschehen und dominieren die vorzeitige Sterblichkeit.

Chronische Erkrankungen sind hierzulande bestimmend bei Krankheits- und Todesursachen.

Eine relativ kleine Anzahl von chronischen Krankheiten trägt die Hauptkrankheitslast. Die wichtigsten Vertreter dieser langandauernden und meist nicht vollständig zu heilenden Erkrankungen sind Herz-Kreislaufkrankheiten (z. B. Hypertonie, ischämische Herzkrankheiten), bösartige Neubildungen und psychische und Verhaltensstörungen (z. B. Demenz, Psychosen, Suchtkrankheiten). Aber auch Diabetes mellitus und chronische Krankheiten des Atmungssystems zählen zu den sogenannten „*großen Volkskrankheiten*“. Eine einheitliche Definition für den Begriff „Volkskrankheit“ existiert nicht. Unter Volkskrankheiten werden allgemein nichtepidemische Krankheiten verstanden, von denen ein Großteil der Bevölkerung betroffen ist und die eine enorme volkswirtschaftliche Bedeutung (Behandlungskosten, Arbeitsunfähigkeit, Schwerbehinderung, Frühberentung, verlorene Erwerbsjahre etc.) haben.

Die *nachfolgenden Ausführungen zu chronischen Erkrankungen* beziehen sich auf ausgewählte gesundheitspolitisch relevante Krankheiten bei unter 65-jährigen Berlinerinnen und Berlinern. Voraussetzung für eine erfolgreiche Prävention von chronischen Erkrankungen ist die Kenntnis über das Ausmaß von Morbidität und Mortalität und daraus abzuleitender Indikatoren innerhalb dieser Population. Die Auswertung des verfügbaren Datenmaterials liefert wichtige Hinweise für gezielt einsetzende Interventionen zur Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung, um chronische Krankheiten gar nicht erst entstehen zu lassen bzw. ihren Verlauf positiv zu beeinflussen. Je früher primäre, sekundäre und tertiäre Interventionen umgesetzt bzw. unterstützt werden, desto eher können die auf die jeweiligen chronischen Krankheiten zutreffenden Prädiktoren beeinflusst werden und somit zu einer Verringerung von Inzidenz, Prävalenz und vorzeitiger Sterblichkeit beitragen.

3.1.1 Allgemeine Angaben zu Mortalität und davon abgeleiteten Indikatoren

Angaben zum Mortalitätsgeschehen und davon abzuleitende Indikatoren wie etwa Lebenserwartung, vorzeitige, vermeidbare Sterblichkeit und verlorene Lebensjahre dienen der Beschreibung der gesundheitlichen und sozialen Lage der Bevölkerung. Die in die nachfolgende Auswertung einbezogenen Daten betreffen im Wesentlichen den Zeitraum 2009 bis 2011 (zusammengefasst) und geben einen *Überblick über das Sterbengeschehen in Berlin im regionalen (Bezirke) und überregionalen (Bundesländer) Vergleich*. Tabellarische Aufbereitungen zum Berliner Mortalitätsgeschehen und zu den davon abgeleiteten Indikatoren entsprechend dem Indikatorensetz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder stehen in der Berliner Gesundheitsberichterstattung im Internet unter <http://www.gsi-berlin.info/> (Gesundheits- und Sozialinformationssystem - GSI) zum Herunterladen zur Verfügung.

3.1.1.1 Lebenserwartung

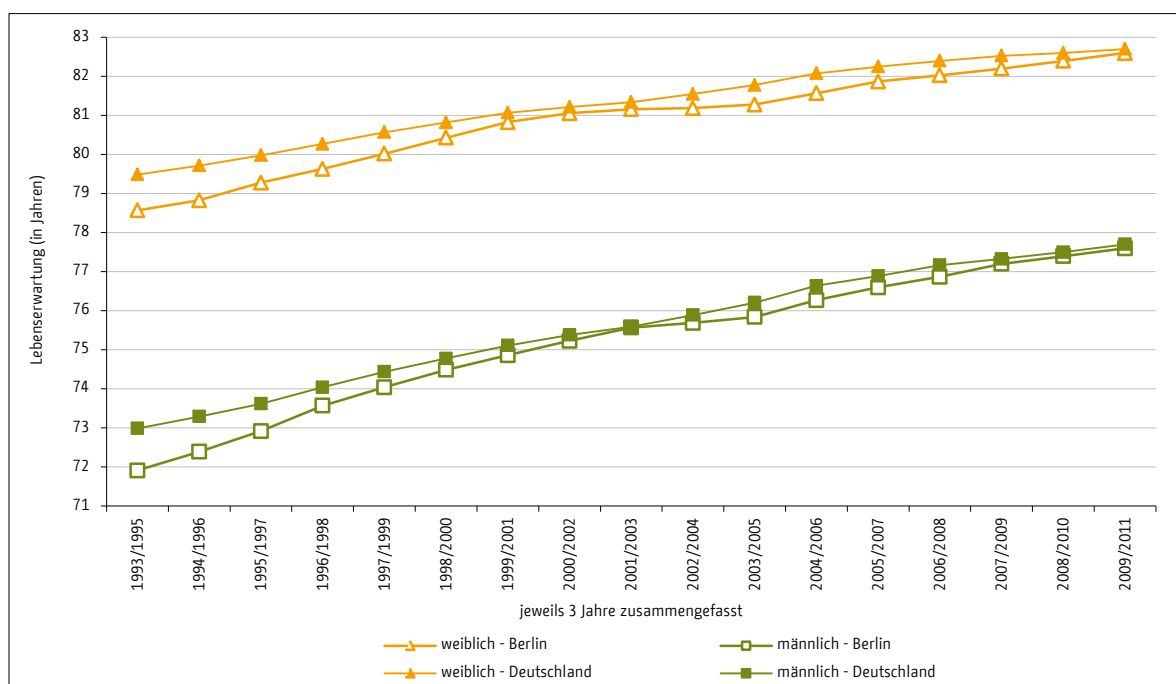
Mit dem Indikator Lebenserwartung werden die *mittlere Lebenserwartung* (auch durchschnittliche Lebenserwartung genannt) und die *fernere Lebenserwartung* beschrieben. Letztere gibt an, wie viele Lebensjahre eine Person im Alter x im Durchschnitt gesehen noch vor sich hat. Neben Geburtenraten und Wanderungsbewegungen zählt die Lebenserwartung zu den maßgebenden Determinanten des demografischen Wandels. Bestimmt wird sie von zahlreichen *Einflussfaktoren*. Eine nicht unerhebliche Rolle spielen die sozioökonomischen Bedingungen, das Gesundheitsbewusstsein und ein damit verbundener Lebensstil. In den hochentwickelten Industriestaaten üben negative Gesundheitsverhaltensweisen wie Rauchen, Alkoholmissbrauch, ungesundes Ernährungsverhalten und körperliche Inaktivität einen starken Einfluss auf die Lebensdauer aus. Je nachdem wie günstig oder ungünstig Einflussfaktoren wirken, können sie die Lebensdauer verlängern oder verkürzen.

Mittlere Lebenserwartung

In Berlin stärkere Zunahme der Lebenserwartung als bundesweit.

Die mittlere Lebenserwartung ist in *Berlin* seit Beginn der neunziger Jahre kontinuierlich angestiegen, im Durchschnitt etwa zwei bis drei Monate per anno. Bei den Berliner *Frauen* stieg sie in der Zeit von 1993/1995 (78,6 Jahre) bis 2009/2011 (82,6) um 4,0 Jahre und damit stärker als im Bundesdurchschnitt an. Bundesweit verzeichneten Frauen einen Zugewinn von 3,2 Jahren. Mit einer Lebenserwartung von 82,7 Jahren lag diese im Zeitraum 2009/2011 nur leicht über der der Berlinerinnen. *Männer* aus Berlin konnten ebenfalls stärker als Männer aus dem übrigen Bundesgebiet vom Zugewinn an Lebenserwartung profitieren. Während diese sich bei den Berliner Männern von 1993/1995 (71,9 Jahre) bis 2009/2011 (77,6) um 5,6 Jahre erhöhte, nahm sie bundesweit um 4,7 Jahre zu. Wie bei den Frauen lag die durchschnittliche Lebenserwartung der Männer in Deutschland insgesamt mit 77,7 Jahren nur noch knapp über der der Männer aus Berlin. Obwohl Männer stärker als Frauen vom Lebenserwartungszugewinn profitierten, hatten sie gegenüber Frauen auch in den letzten Jahren eine immer noch um fünf Jahre darunter liegende Lebenserwartung. Das traf auf Berlin und Deutschland gleichermaßen zu. Die größten Differenzen wurden in Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt beobachtet. Dort hatten Männer im Vergleich zu Frauen eine um

Abbildung 3.1:
Geschlechtsspezifische mittlere Lebenserwartung (in Jahren) in Berlin und Deutschland 1993 - 2011 (jeweils drei Jahre zusammengefasst)



(Datenquelle: StBA / AfS Berlin-Brandenburg / Darstellung: SenGesSoz - I A -)

6,5 bzw. 6,2 Jahre niedrigere Lebenserwartung. Zur zeitlichen Entwicklung der durchschnittlichen Lebenserwartung vgl. Abbildung 3.1.

Den aktuellsten Sterbetafeln (2009/2011) zufolge nimmt Berlin bezüglich der mittleren Lebenserwartung im *Bundesländervergleich* im Ranking einen günstigen Platz ein. Berlinerinnen belegten den sechsten Platz (im Vergleich zu 2007/2009 war es noch der achte). Wie schon 2007/2009 belegten Berliner Männer ebenfalls den sechsten Rang. Nach wie vor können Frauen aus Baden-Württemberg mit durchschnittlich 83,6 Jahren, gefolgt von Frauen aus Sachsen (83,2) und Bayern (83,1) mit der bundesweit höchsten Lebenserwartung rechnen. In Baden-Württemberg lag sie knapp zwei Jahre über der der Frauen aus dem Saarland (81,7 Jahre) und aus Sachsen-Anhalt (81,9), den Bundesländern, in denen Frauen die niedrigste mittlere Lebenserwartung hatten. Auch bei den Männern haben Baden-Württemberger mit durchschnittlich 79,2 Jahren vor Männern aus Hessen (78,4) und Bayern (78,3) die längste Lebenserwartung im Ländervergleich. Die niedrigsten Werte wurden für Männer aus Sachsen-Anhalt, Mecklenburg-Vorpommern (je 75,7 bzw. 75,9) und Bremen (76,5) ermittelt (vgl. Abbildung 3.2 und GSI-Tabelle [3.10-1](#)).

Die durchschnittliche Lebenserwartung im Berliner *Bezirksvergleich* unterlag den aktuellsten Sterbetafeln (2009/2011) zufolge ebenfalls einer erheblichen Spannweite: Sie belief sich auf immerhin 2,3 Jahre bei den Frauen und auf 3,7 Jahre bei den Männern.

Auch 2009/2011 konnten *Frauen* aus Treptow-Köpenick neben Frauen aus Steglitz-Zehlendorf (jeweils 83,6 Jahre) und Charlottenburg-Wilmersdorf (83,4) mit der berlinweit höchsten Lebenserwartung rechnen. Diese bewegte sich in den genannten Bezirken sogar auf dem Niveau der im Bundesländervergleich ermittelten Höchstwerte. Demgegenüber hatten Frauen aus Mitte, Friedrichshain-Kreuzberg (81,3 bzw. 81,5 Jahre) und Neukölln (81,8) die niedrigste Lebenserwartung von allen Berliner Bezirken. Sie lag dort sogar noch unter den für Frauen bundesweit ermittelten niedrigsten Werten.

Auch bei den *Männern* wurde in den Berliner Bezirken Mitte, Neukölln und Friedrichshain-Kreuzberg (75,9, 76,2 bzw. 76,3 Jahre) die berlinweit niedrigste Lebenserwartung beobachtet. Diese bewegte sich in etwa auf dem Niveau der Bundesländer mit der niedrigsten Lebenserwartung. Seit Jahren leben Männer aus Charlottenburg-Wilmersdorf, Steglitz-Zehlendorf und Treptow-Köpenick (79,5, 79,4 bzw. 78,3 Jahre) am längsten. In Charlottenburg-Wilmersdorf lag die Lebenserwartung sogar noch über der der Männer aus Baden-Württemberg (vgl. Abbildung 3.3 sowie GSI-Tabellen [3.10-1](#) und [3.10-2](#)).

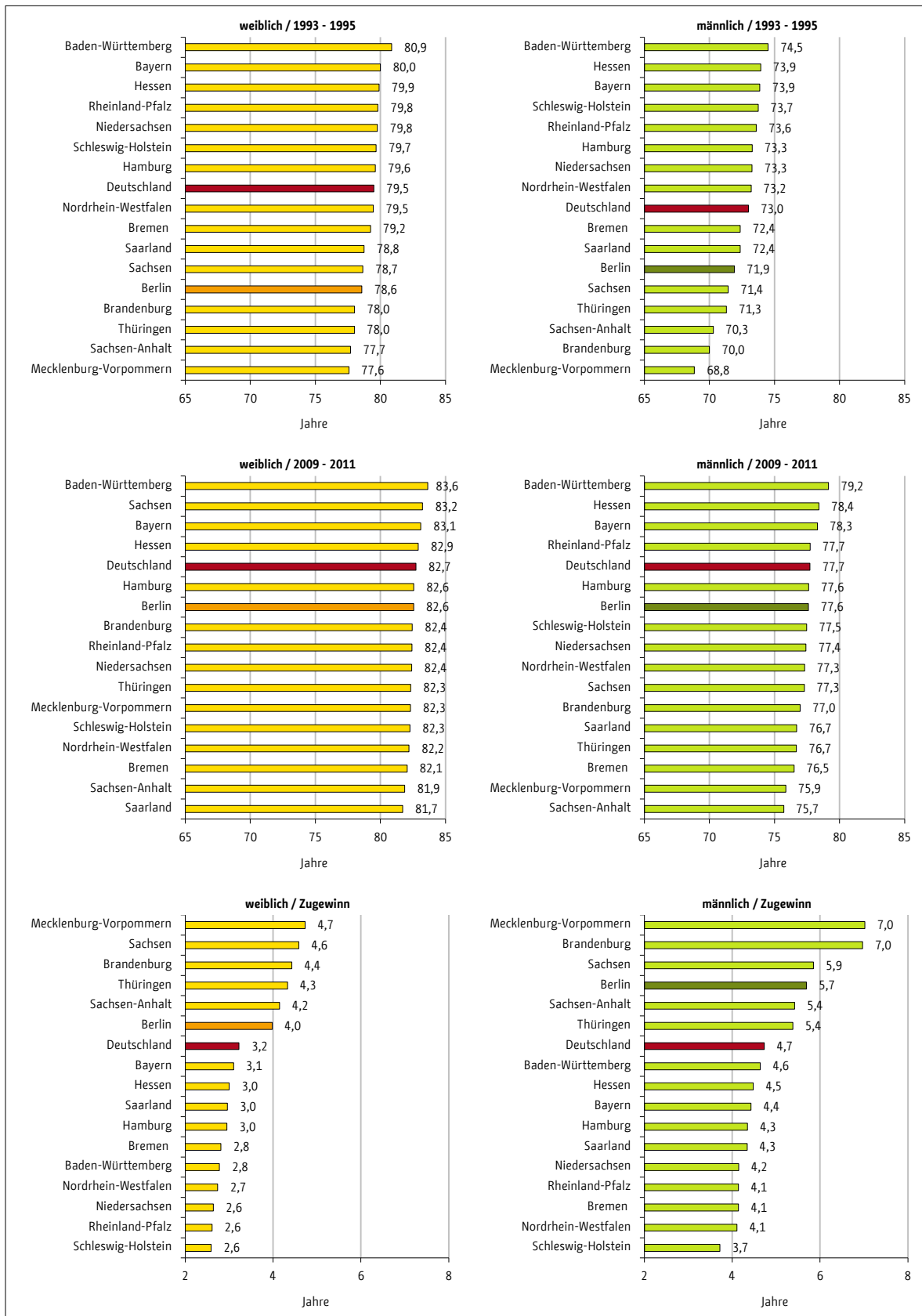
Die aktuellsten Berechnungen der Sterbetafeln für die Berliner Bezirke bestätigen nach wie vor einen deutlichen *Zusammenhang von Lebenserwartung und sozialer Lage* der Bevölkerung. Sowohl Frauen als auch Männer aus Bezirken mit den berlinweit schlechtesten sozialen Bedingungen - wie etwa in Friedrichshain-Kreuzberg, Neukölln, Mitte - hatten durchweg auch die niedrigste Lebenserwartung. Versus wiesen Berlinerinnen und Berliner aus Bezirken mit den besten sozialen Bedingungen (z. B. Steglitz-Zehlendorf, Charlottenburg-Wilmersdorf und Treptow-Köpenick) die höchste Lebenserwartung auf.

Die Lebenserwartung steht in engem Kontext mit der sozialen Lage.

Lebenserwartung mit und ohne Pflegebedürftigkeit

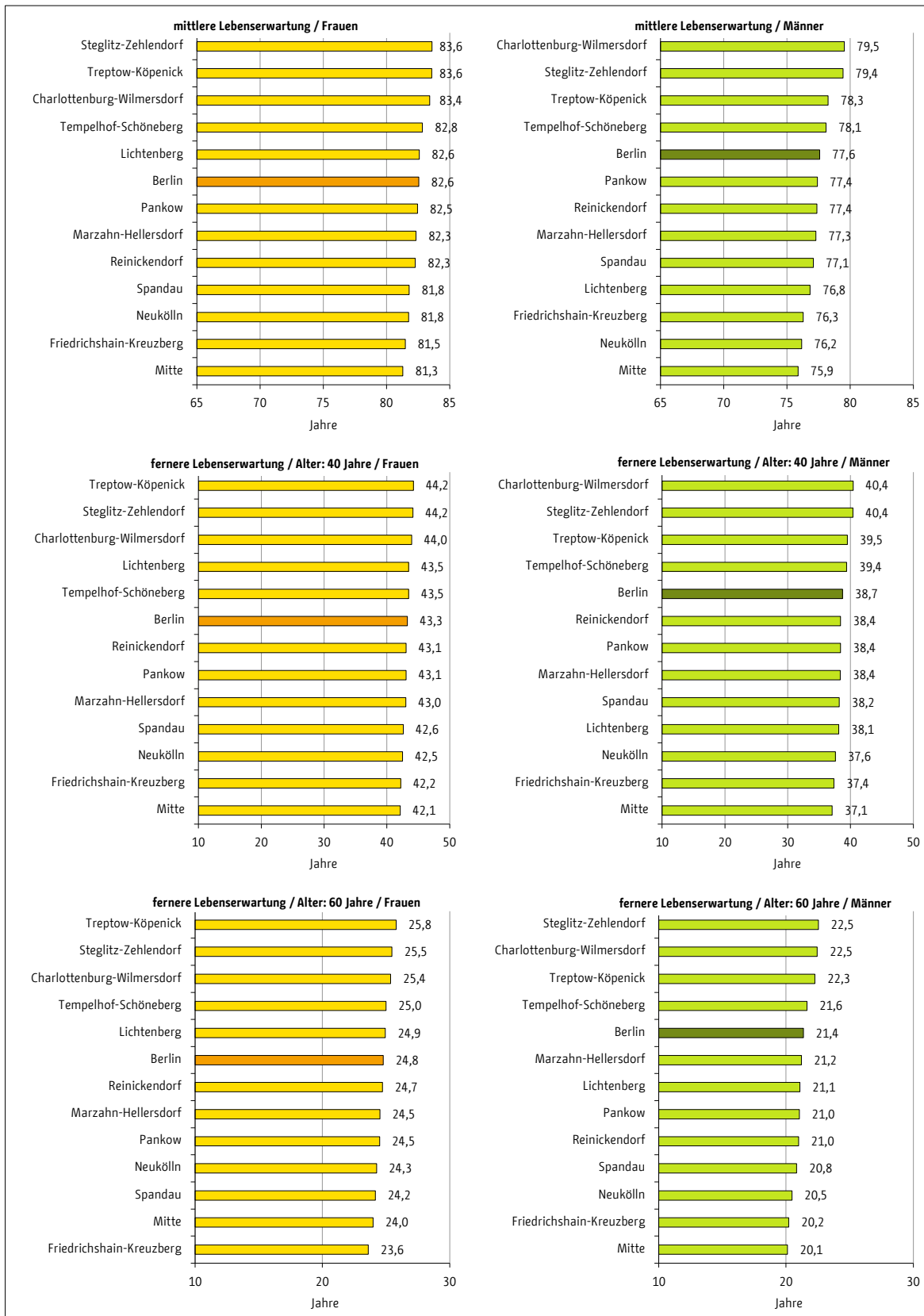
Mit dem Anstieg der Lebenserwartung erreichen immer mehr Menschen ein hohes Lebensalter. Mit diesem einhergehend nimmt die Multimorbidität zu. Je stärker diese ausgeprägt ist, umso häufiger führt sie zu chronischen Erkrankungen. Diese führen wiederum nicht selten zu einer Pflegebedürftigkeit. Mit Einführung der Pflegeversicherung stehen seit 1999 Daten zur Prävalenz der Pflegebedürftigkeit zur Verfügung, die zur *Berechnung der pflegebedürftigkeitsfreien Lebenserwartung* (auch gesunde Lebenserwartung genannt / Dependency-free Life Expectancy - DFLE) verwendet werden können. Mit Hilfe dieser Daten kann untersucht werden, ob die durch den Anstieg der Lebenserwartung gewonnenen Jahre in Gesundheit oder möglicherweise chronischem Kranksein (z. B. Demenzen) und einer damit zusammenhängenden Pflegebedürftigkeit verbracht werden.

Abbildung 3.2:
Geschlechtsspezifische mittlere Lebenserwartung (in Jahren) in Deutschland 1993 - 1995 und 2009 - 2011 (jeweils zusammengefasst)
nach Bundesländern



(Die Werte für Bayern werden seit 2004/2006 aufgrund einer länderspezifischen Methodik ermittelt.
(Datenquelle: StBA / Afs Berlin-Brandenburg / Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Abbildung 3.3:
Geschlechtsspezifische mittlere und fernere Lebenserwartung (in Jahren) in Berlin 2009 - 2011 (zusammengefasst)
nach ausgewählten Altersgruppen und Bezirken



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

Frauen müssen mehr Jahre mit Pflegebedürftigkeit verbringen als Männer.

Mittlerweile bleiben die meisten älteren Menschen länger bei guter Lebensqualität physisch und psychisch gesund. Dieser Fakt geht mit einem Anstieg der behinderungs- und pflegebedürftigkeitsfreien Lebensjahre einher. Gleichzeitig muss aber mit einem weiteren Anstieg von Pflegefällen gerechnet werden. Wie den aktuellen Daten zur Berechnung der Lebenserwartung (2009/2011) unter Berücksichtigung der Pflegebedürftigkeit (2011) für Berlin entnommen werden kann, ist in den höheren Altersgruppen von zunehmenden gesundheitlichen Einschränkungen auszugehen, die die Chancen auf eine pflegebedürftigkeitsfreie Restlebenszeit sinken lassen. Die Auswertungen ergaben, dass *Frauen* aufgrund ihrer um fünf Jahre längeren Lebenserwartung mehr Jahre in Pflege verbringen als *Männer*. Der prozentuale Anteil der verbleibenden Lebenserwartung ohne Pflegebedürftigkeit liegt bei den Frauen in allen Altersgruppen deutlich unter dem der Männer. Die altersspezifische Aufschlüsselung der Lebenserwartung mit und ohne Pflegebedürftigkeit zeigt, dass Berliner Männer, deren durchschnittliche Lebenserwartung in den Jahren 2009/2011 bei 77,6 Jahren lag, nach derzeitigen Verhältnissen rund 2,4 Jahre bzw. mit einem Anteil von 3,1 % an ihrer Gesamtlebenserwartung von Pflegebedürftigkeit betroffen sind. Demgegenüber müssen Berlinerinnen, deren durchschnittliche Lebenserwartung bei 82,6 Jahren liegt, mit vier Jahren Pflegebedarf rechnen. Das entspricht immerhin 4,8 % ihrer Gesamtlebenserwartung.

Bezogen auf die *fernere Lebenserwartung der Berliner Männer* hat ein 65-Jähriger im genannten Zeitraum eine noch zu erwartende Lebenszeit von 17,6 Jahren. Von diesen entfallen 2,2 Jahre auf Pflegebedürftigkeit. Bei einem 80-jährigen Mann, dessen fernere Lebenserwartung im Durchschnitt gesehen noch 8,1 Jahre beträgt, entfallen auf diese Zeit etwa 2,3 Jahre Pflegebedürftigkeit. Das entspricht wiederum über einem Viertel seiner Restlebenszeit. Ein 90-jähriger Berliner muss damit rechnen, 1,9 Jahre bzw. der Hälfte seiner noch zu verbleibenden vier Lebensjahre pflegebedürftig zu sein. Bei den *Berliner Frauen* zeigt sich gegenüber den Männern, insbesondere die hohen Altersgruppen betreffend, ein ungünstigeres Bild: Eine 65-jährige Berlinerin hat nach den aktuellen Lebenserwartungsberechnungen noch durchschnittlich 20,6 Jahre vor sich. Von diesen muss sie mit 3,8 Jahren Pflegebedürftigkeit rechnen, die immerhin knapp einem Fünftel ihrer Restlebenszeit entsprechen. Eine 80-Jährige hat im Durchschnitt gesehen noch 9,3 Jahre zu leben, von denen sie 3,8 Jahre pflegebedürftig ist. Diese entsprechen 40 % ihrer Restlebenszeit. Die 90-jährigen Frauen müssen mit etwa drei Jahren Pflegebedürftigkeit ihrer noch durchschnittlich 4,2 verbleibenden Lebensjahre rechnen (vgl. Abbildung 3.4 und GSI-Tabelle [3.11-1](#)).

3.1.1.2 Allgemeine und vorzeitige Mortalität

Sowohl die allgemeine als auch die vorzeitige Sterblichkeit zählen zu den zuverlässigsten *Prädiktoren zur Beschreibung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung*. Das trifft insbesondere auf die Sterbeverhältnisse der unter 65-Jährigen zu. Die vorzeitige Sterblichkeit gilt als sensibler Indikator, aus dem sich die Qualität der Gesundheitsversorgung und deren Inanspruchnahme sowie das individuelle risikobehaftete und wenig gesundheitsförderliche Verhaltensweisen ableiten lassen. Treten bei unter 65-Jährigen vermehrt Todesfälle auf, die auf Unfälle, Umweltbelastungen oder gesundheitlich belastende Arbeitsbedingungen zurückzuführen sind, kann das als Hinweis auf erhöhte Gesundheitsrisiken gewertet werden. In den meisten Fällen gehen vorzeitige Todesfälle jedoch zu Lasten von Erkrankungen, die zu einem großen Teil negativen Gesundheitsverhaltensweisen geschuldet sind (vgl. auch Kapitel 3.1.1.3 Vermeidbare Sterbefälle).

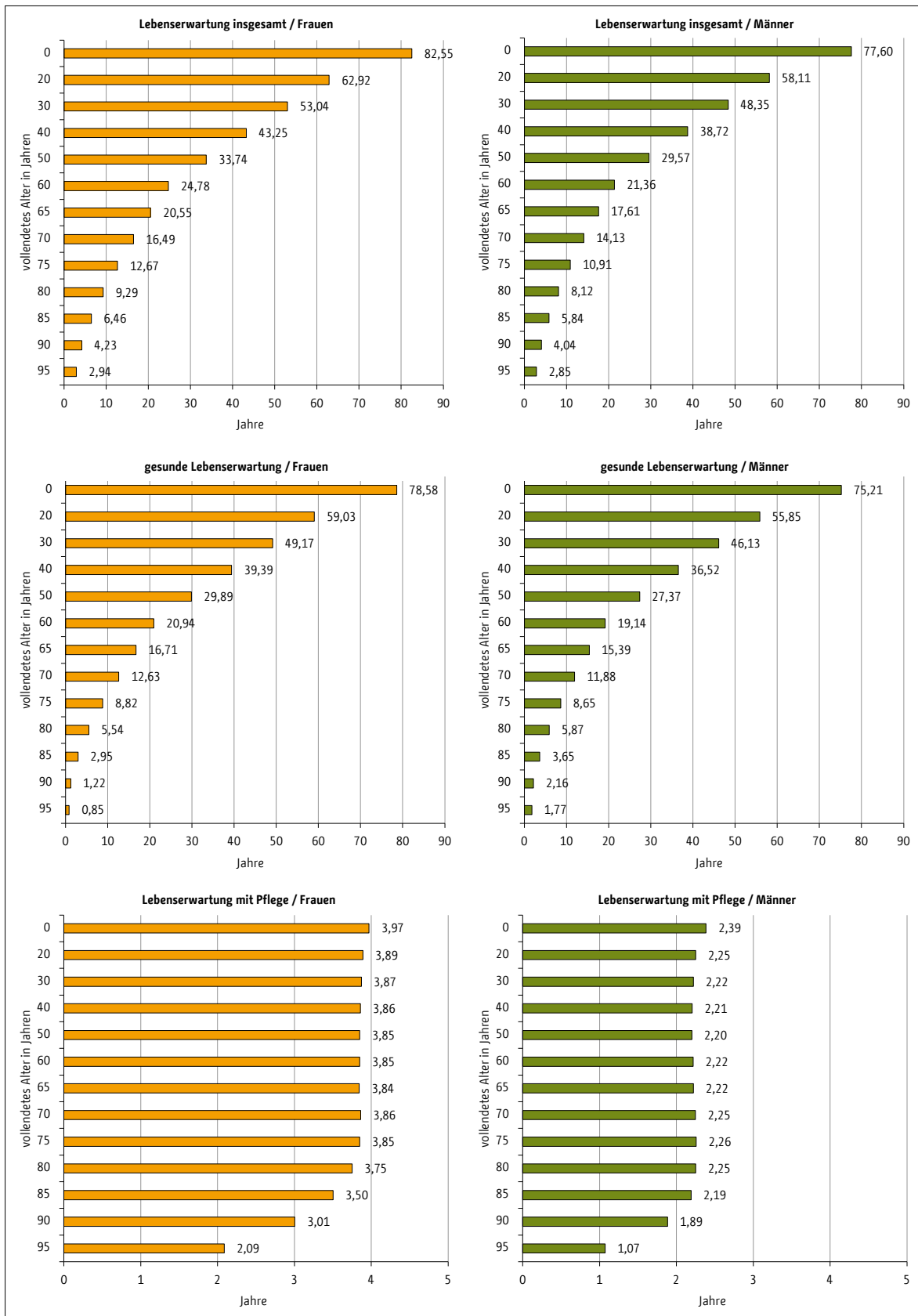
Allgemeine Sterblichkeit

Allgemeine Sterblichkeit bei beiden Geschlechtern in Berlin 2011 auf bisher niedrigstem Niveau.

Im Jahr 2011 starben in *Berlin* 31.380 Personen (16.365 *weiblichen* und 15.015 *männlichen* Geschlechts). Das entsprach bei Frauen einer altersstandardisierten *Sterberate* von 442 und bei Männern von 672 Gestorbenen je 100.000. Bei beiden Geschlechtern war das der bis dahin niedrigste Wert. Berliner Männer verzeichneten gegenüber gleichaltrigen Berlinerinnen in fast allen *Altersgrup-*

Abbildung 3.4:

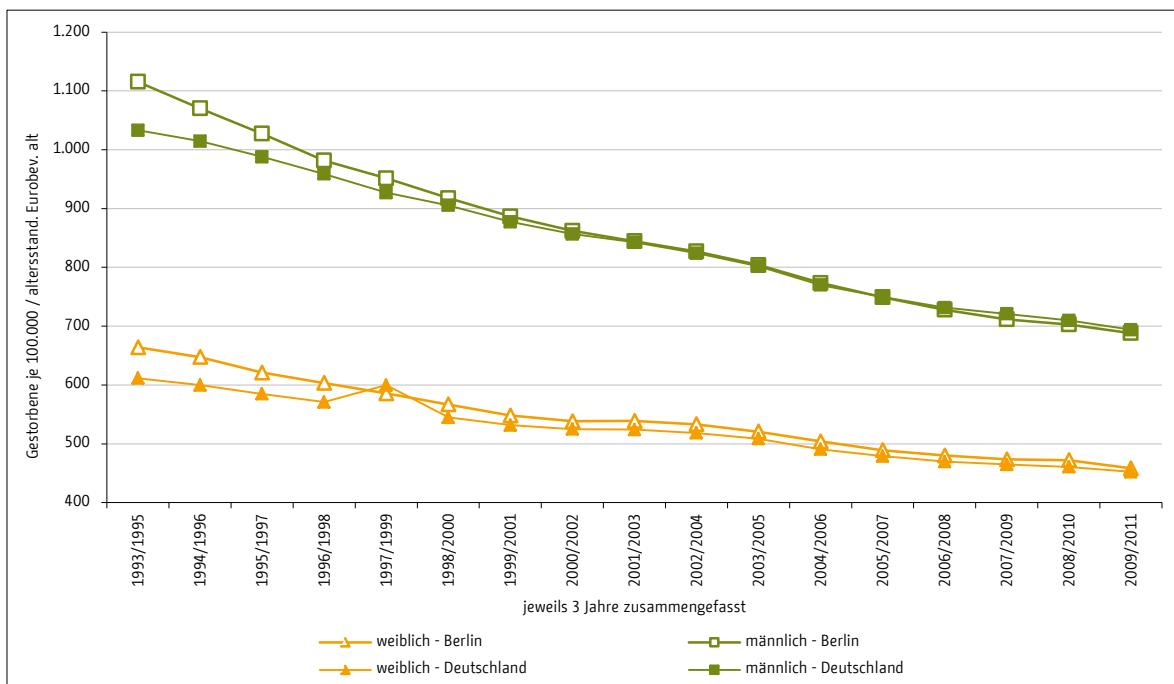
Geschlechtsspezifische Lebenserwartung (in Jahren) in Berlin 2009 - 2011 (zusammengefasst) ohne und mit Pflegebedürftigkeit (Pflegebedürftige: Stand: 15.12.2011) nach ausgewählten Altersgruppen (vollendetes Alter)



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

pen höhere Sterberaten, lediglich bei den über 95-Jährigen lag die Sterblichkeit der Frauen über der der Männer (vgl. GSI-Tabelle 3.6-1). Insgesamt gesehen ging die allgemeine Sterblichkeit (jeweils drei Jahre zusammengefasst) in Berlin von 1993/1995 bis 2009/2011 bei den Frauen um 31 % und bei den Männern um 38 % und damit deutlich stärker als im Bundesdurchschnitt (Frauen -26 %, Männer -33 %) zurück. Während Berlinerinnen in den letzten Jahren mit 458 Gestorbenen je 100.000 nur noch ein knapp über dem Bundesniveau (452 je 100.000) liegendes Sterberisiko hatten, lag es bei den Berliner Männern mit 688 je 100.000 etwas darunter (Deutschland: 2009/2011 694 je 100.000 (vgl. Abbildung 3.5 und GSI-Tabelle 3.1-1).

Abbildung 3.5 :
Geschlechtsspezifische Gesamtsterblichkeit in Berlin und Deutschland 1993 - 2011 (jeweils drei Jahre zusammengefasst)
- je 100.000 / altersstand. Eurobev. alt



(Datenquelle: StBA / AfS Berlin-Brandenburg / Darstellung: SenGesSoz - I A -)

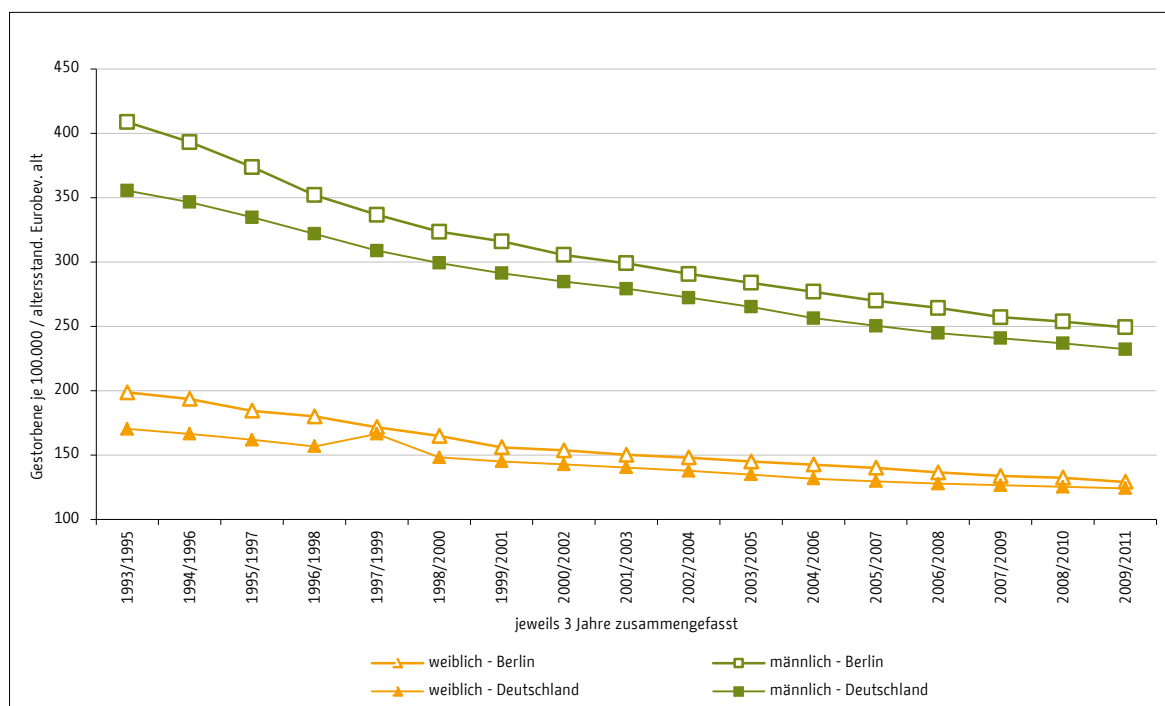
Vorzeitige Sterblichkeit

Im Jahr 2011 starben 6.111 Personen aus Berlin (2.103 weiblichen, 4.008 männlichen Geschlechts) vorzeitig, d. h. sie hatten das 65. Lebensjahr noch nicht überschritten. Demzufolge wurden im genannten Jahr 13 % aller gestorbenen Frauen und 27 % der gestorbenen Männer aus Berlin keine 65 Jahre alt. Im Vergleich dazu lag der Anteil an der Gesamtsterblichkeit bei den Männern im Jahr 1991 noch bei über 37 %, während er sich bei den Frauen mit 14 % kaum veränderte.

Rückgang der vorzeitigen Sterblichkeit in Berlin stärker als im übrigen Bundesgebiet.

Mit einer altersstandardisierten Sterberate von 128 Gestorbenen je 100.000 bei den Frauen und von 247 bei den Männern lagen die Werte 2011 in Berlin auf Vorjahresniveau. (vgl. GSI-Tabelle 3.1-1). Insgesamt gesehen ging die vorzeitige Mortalität (jeweils drei Jahre zusammengefasst) der Berlinerinnen von 1993/1995 bis 2009/2011 um 35 % und die der Berliner Männer um 39 % und damit etwas stärker als die allgemeine Sterblichkeit zurück. Bundesweit verringerte sich das vorzeitige Sterberisiko bei den Frauen um 27 % und bei den Männern um 35 %. Obwohl die Sterberaten in Berlin stärker als im Bundesdurchschnitt zurückgingen, hatten sowohl Frauen als auch Männer (129 bzw. 249 Gestorbene je 100.000) gegenüber unter 65-Jährigen aus dem übrigen Bundesgebiet (Frauen: 124, Männer: 232 je 100.000) immer noch darüber liegende Werte (vgl. Abbildung 3.6).

Abbildung 3.6 :
Geschlechtsspezifische vorzeitige Sterblichkeit in Berlin und Deutschland 1993 - 2011 (jeweils drei Jahre zusammengefasst)
 - je 100.000 / altersstand. Eurobev. alt



(Datenquelle: StBA / Afs Berlin-Brandenburg / Darstellung: SenGesSoz - I A -)

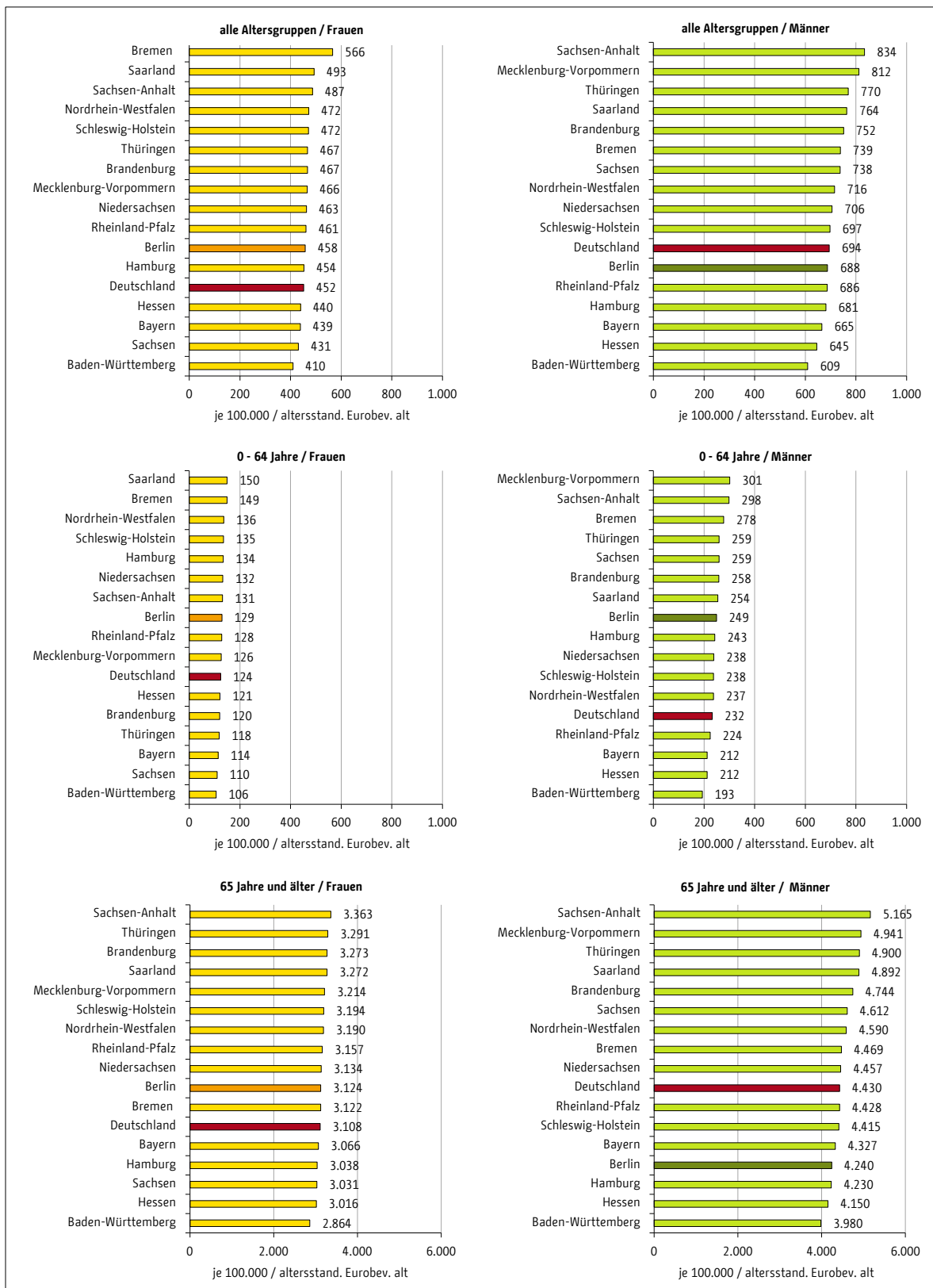
Hinsichtlich der vorzeitigen Sterblichkeit im *Bundesvergleich* lag Berlin im Zeitraum 2009/2011 bei beiden Geschlechtern im Mittelfeld. Sowohl Frauen als auch Männer belegten Rang acht unter den Bundesländern. Bei den Männern war das bereits im Zeitraum 2007/2009 der Fall, während Berlinerinnen im letztgenannten Zeitraum bundesweit noch die sechsthöchste Sterberate aufwiesen. Das mit Abstand höchste Risiko, vor Vollendung des 65. Lebensjahres zu sterben, hatten in den letzten Jahren Frauen aus dem Saarland, gefolgt von Frauen aus Bremen und Nordrhein-Westfalen. In diesen Bundesländern lag das Sterberisiko im Durchschnitt gesehen etwa ein Viertel über dem der Frauen aus Baden-Württemberg, Sachsen und Bayern, für die die günstigsten Werte ermittelt wurden. Bei den Männern wurde 2009/2011 die bundesweit höchste vorzeitige Sterblichkeit in Mecklenburg-Vorpommern, vor Männern aus Sachsen-Anhalt und Bremen beobachtet. Das Sterbeniveau lag in diesen Ländern über ein Drittel über dem der Männer aus Baden-Württemberg, Hessen und Bayern. In diesen Bundesländern hatten Männer die niedrigste vorzeitige Mortalität. Frauen und Männer aus allen drei Stadtstaaten hatten insgesamt gesehen ein etwa über zehn Prozent über dem Bundesdurchschnitt liegendes vorzeitiges Sterberisiko.

Das vorzeitige Sterberisiko liegt in allen Stadtstaaten über dem Bundesdurchschnitt.

Die jeweiligen alters- und geschlechtsspezifischen Sterberaten nach Bundesländern (allgemeine, vorzeitige und Alterssterblichkeit) können der Abbildung 3.7 entnommen werden.

Die vorzeitige Sterblichkeit im Berliner *Bezirksvergleich* unterlag großen Schwankungen: Für *Frauen* aus Mitte (154 Gestorbene je 100.000), Neukölln und Spandau (142 bzw. 141) wurde im Zeitraum 2009/2011 die höchste vorzeitige Sterblichkeit ermittelt. Diese lag etwa ein Drittel über der der Frauen aus Steglitz-Zehlendorf (108 je 100.000), Charlottenburg-Wilmersdorf (116) und Treptow-Köpenick (121), wo Frauen die berlinweit niedrigsten Raten aufwiesen. Die Sterbeziffer der Frauen aus Mitte übertraf sogar noch die der Frauen aus dem Saarland, dem Land mit dem bundesweit höchsten Wert. Auch bei den unter 65-jährigen *Männern* wurde in Charlottenburg-Wilmersdorf und Steglitz-Zehlendorf (191 bzw. 193 je 100.000)

Abbildung 3.7:
Geschlechtsspezifische Mortalität (ICD-10 Nrn. A00-T98), darunter vorzeitige Sterblichkeit (unter 65 Jahre) und Alterssterblichkeit (65 Jahre und älter), in Deutschland 2009 - 2011 (zusammengefasst) nach Bundesländern



(Datenquelle: StBA / AfS Berlin-Brandenburg / Darstellung: SenGesSoz - I A -)

das berlinweit niedrigste vorzeitige Sterberisiko beobachtet. Männliche Personen aus Mitte hatten mit 302 Gestorbenen je 100.000 wiederum die höchste vorzeitige Mortalität, die sich in etwa auf dem Niveau der Männer aus Mecklenburg-Vorpommern, dem Land mit dem bundesweit höchsten Wert, bewegte. Im Vergleich zum Berliner Bestwert lag die Sterberate der Männer aus dem Bezirk Mitte 58 % darüber. Weit über dem Gesamtberliner Niveau lag sie aber auch in Friedrichshain-Kreuzberg und Neukölln (jeweils 292 je 100.000) (vgl. Abbildung 3.8 und GSI-Tabelle [3.7-1](#)).

Die Höhe der vorzeitigen Sterberate steht in engem Zusammenhang mit der Sozialstruktur der Bevölkerung. Die Ergebnisse des Sterbe geschehens in den Berliner Bezirken spiegeln diesen Kontext wider. So sind negative Prädiktoren wie etwa ein niedriges Bildungsniveau, eine hohe Arbeitslosenquote, ein hoher Anteil an Transferleistungsempfängern, ein überdurchschnittlich hoher Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund in Bezirken mit überdurchschnittlich hohen vorzeitigen Sterberaten deutlich häufiger anzutreffen als in Bezirken mit guten sozioökonomischen Bedingungen. Das in Bezirken mit ungünstigen Sozialindizes erhöhte vorzeitige Sterberisiko wird insbesondere bei der Auswertung der todesursachenspezifischen Sterblichkeit transparent. So ist z. B. die vorzeitige Sterblichkeit, die auf negative Gesundheitsverhaltensweisen und mangelnde Gesundheitskompetenz zurückgeführt werden kann, in Bezirken mit einer schlechten sozialen Lage deutlich erhöht (vgl. auch Kapitel 3.2.1).

Die vorzeitige Sterblichkeit ist in Bezirken mit einer schlechten sozialen Lage erhöht.

Die jeweiligen alters- und geschlechtsspezifischen Sterberaten nach Berliner Bezirken (allgemeine, vorzeitige und Alterssterblichkeit) können der Abbildung 3.8 entnommen werden.

3.1.1.3 Vermeidbare Sterbefälle

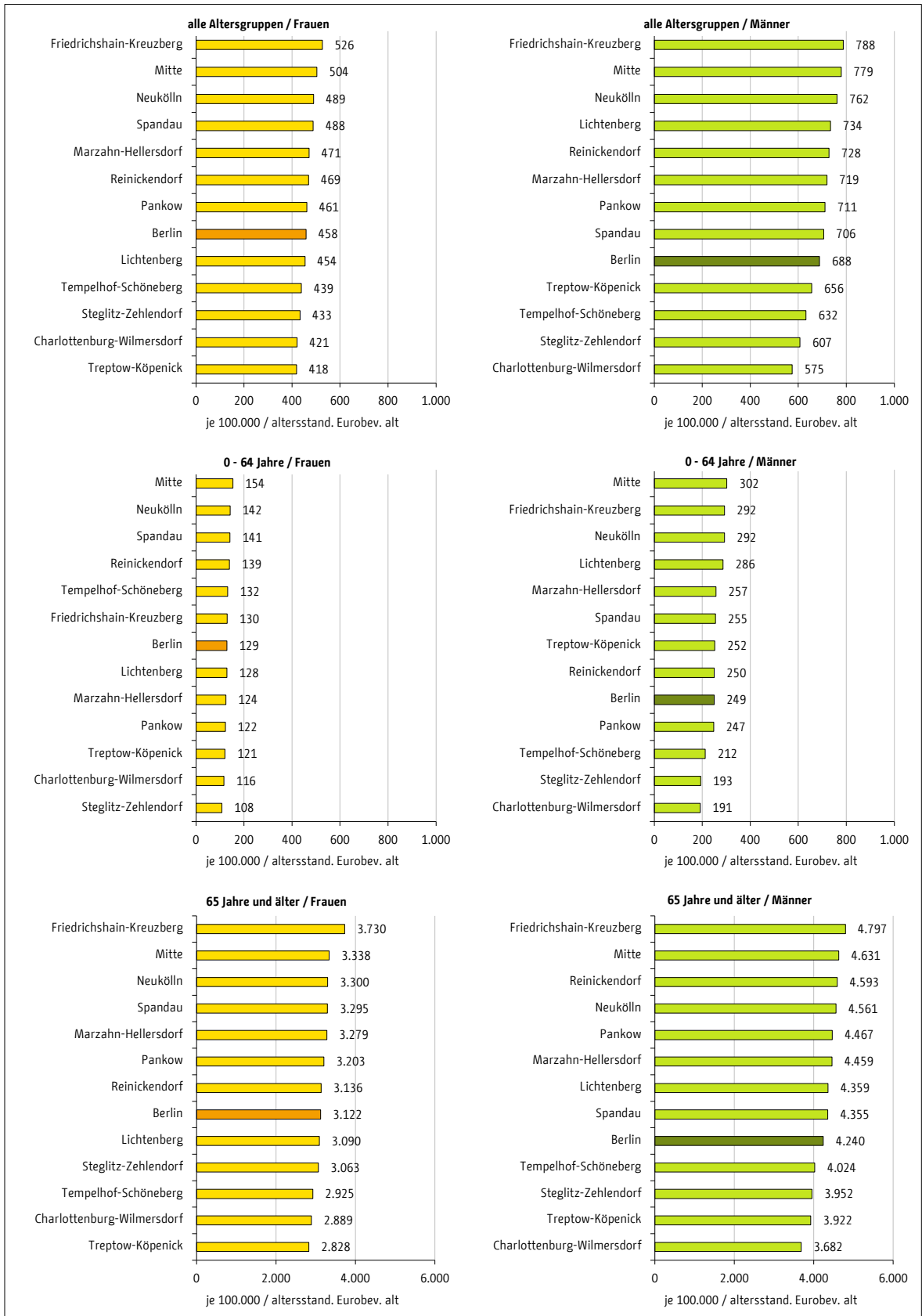
Der Indikator vermeidbare Todesfälle (VTF) gibt indirekt Aufschluss über Effektivität und Qualität des Gesundheitsversorgungssystems, zu dem u. a. Möglichkeiten der Diagnostik, der Therapie, Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen und andere präventive Interventionen zählen. Folgende Ausführungen beziehen sich auf die im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung der Länder von den Bundesländern genutzten Vorschläge einer EU-Arbeitsgruppe, nach deren Definition derzeit 29 Todesursachen bzw. Todesursachengruppen als vermeidbar gelten. Die jeweiligen ICD-10-Nrn. und definierten Altersgruppen können den im Gesundheits- und Sozialinformationssystem (GSI) verfügbaren Metadaten des Indikators 3.13 - vermeidbare Sterbefälle - entnommen werden. Als VTF werden Sterbefälle bezeichnet, die in einem definierten Alter (das 65. Lebensjahr üblicherweise nicht überschreitend) auftreten und die *durch angemessene Behandlung oder durch Präventionsinterventionen weitestgehend oder gänzlich vermeidbar* gewesen wären.

Für eine sinnvolle Nutzung des genannten Konzeptes werden die definierten vermeidbaren Todesfälle nach Art ihrer Vermeidbarkeit eingeteilt in:

- *Sekundärpräventiv* / überwiegend durch medizinische Maßnahmen vermeidbare VTF (z. B. Mamma- und Zervixkarzinom, perinatale Sterbefälle). Der Anteil lag 2011 bei 19,6 %.
- *Tertiärpräventiv* / überwiegend durch medizinische und präventive Maßnahmen vermeidbare VTF (z. B. ischämische Herzkrankheiten, Hochdruck- und zerebrovaskuläre Krankheiten). Der Anteil lag 2011 bei 28,8 %.
- *Primärpräventiv* / überwiegend durch primärpräventive Maßnahmen vermeidbare VTF (z. B. Lungenkrebs, Krankheiten der Leber). Der Anteil lag 2011 bei 51,6 %.

Zu den jeweiligen Anteilen bzw. Sterberaten vgl. GSI-Tabellen [3.13-1](#), [3.13-2](#), [3.13-3](#).

Abbildung 3.8:
Geschlechtsspezifische Mortalität (ICD-10 Nrn. A00-T98, darunter vorzeitige Sterblichkeit (unter 65 Jahre) und Alterssterblichkeit (65 Jahre und älter), in Berlin 2009 -2011 (zusammengefasst) nach Bezirken



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

Art der Vermeidbarkeit

Der Definition folgend kam es im Jahr 2011 in *Berlin* zu 2.516 vermeidbaren Sterbefällen (1.016 weiblichen und 1.500 männlichen Geschlechts). Das waren 1.377 bzw. 35 % weniger als Mitte der neunziger Jahre (hier 1996). Die durch tertiärpräventive Maßnahmen zu vermeidenden Sterbefälle gingen seit 1996 um 53 % zurück (1996: 1.525, 2011: 724 VTF). Um knapp ein Drittel verringerten sich die durch sekundärpräventive Interventionen zu vermeidenden Todesfälle (1996: 714, 2011: 493 VTF). Demgegenüber nahmen die durch primärpräventive Maßnahmen zu verhindernden VTF, die meist auf gesundheitsschädigende Verhaltensweisen zurückzuführen sind, lediglich um etwas mehr als ein Fünftel ab (1996: 1.653, 2011: 1.299 VTF). In Berlin stellen letztgenannte VTF derzeit mehr als die Hälfte aller vermeidbaren Sterbefälle (vgl. GSI-Tabellen [3.13-1](#) und [3.13-2](#)).

Vermeidbare Sterbefälle gingen in Berlin seit Mitte der 90er Jahre über ein Drittel zurück.

Von der Perinatalsterblichkeit abgesehen, nimmt die vermeidbare Sterblichkeit ab dem 30. Lebensjahr kontinuierlich zu. Bei beiden Geschlechtern werden die höchsten Sterberaten bei 55- bis 64-Jährigen beobachtet. 47 % bzw. 473 aller VTF bei den *Frauen* und 50 % bzw. 753 aller VTF bei den *Männern* waren 2011 in Berlin in diesem Alter. Generell haben Männer gegenüber Frauen in allen *Altersgruppen* ein deutlich höheres Sterberisiko.

Todesursachenspektrum

Bezogen auf das *vermeidbare Todesursachenspektrum* dominierten bei den Männern Lungenkrebs (als Einzeltodesursache mit Abstand auf Rang eins), ischämische Herzkrankheiten (zu denen auch der akute Herzinfarkt zählt) und Krankheiten der Leber. Die drei genannten, in bestimmten Altersgruppen als vermeidbar einzustufenden Todesursachen stellten bei Männern aus Berlin im Jahr 2011 allein 1.118 Todesfälle. Das entsprach drei Viertel aller bei ihnen ermittelten vermeidbaren Sterbefälle. Bei den Berliner Frauen war Lungenkrebs ebenfalls die häufigste vermeidbare Todesursache, gefolgt von Brustkrebs und Krankheiten der Leber. Zu Lasten der drei genannten Todesursachen gingen bei den Berlinerinnen im Jahr 2011 insgesamt 643 Sterbefälle. Gemessen an allen weiblichen VTF entsprach das einem Anteil von 63 % (vgl. GSI-Tabelle [3.13-2](#)).

Jeder zweite VTF betrifft in Berlin Lungenkrebs und Krankheiten der Leber.

Die *Lungenkrebssterblichkeit*, eine im Alter von 15- 65 Jahren als vermeidbar eingestufte Todesursache, die in der Mehrzahl der Fälle auf gesundheitsschädigendes Verhalten, nämlich das Tabakrauchen, zurückzuführen ist, stieg in Berlin bei den Frauen von 1992/1993 bis 2010/2011 um 43 % an (von 10,0 auf 14,2 Gestorbene je 100.000). Deutschlandweit betrug die Zunahme sogar 78 % (von 6,3 auf 11,2 je 100.000). Berlinerinnen hatten in den letzten Jahren gegenüber Frauen aus dem übrigen Bundesgebiet aber immer noch eine um 27 % höher liegende Lungenkrebssterblichkeit. Bei den Männern kam es im genannten Zeitraum zu einem Rückgang der Sterberaten. In Berlin belief sich dieser auf 27 % (1992/1993: 31,8, 2010/2011: 23,1 je 100.000). Bundesweit verringerte sich das Sterberisiko um 35 % (von 30,9 auf 20,0 Gestorbene je 100.000). Die Sterblichkeit der Berliner lag in den letzten Jahren 16 % über dem Bundesniveau. Als Ursache für den bei Männern zu beobachtenden Rückgang der Lungenkrebssterblichkeit kann der Rückgang der Raucherprävalenz gewertet werden versus ist die Tatsache, dass bei Frauen die Lungenkrebssterblichkeit seit Beginn der 90er Jahre kontinuierlich anstieg, im Wesentlichen auf die nach wie vor hohe Raucherquote bei jüngeren Frauen zurückzuführen (vgl. Abbildung 3.9, zu verhaltensbedingten Risikofaktoren chronischer Krankheiten vgl. auch Kapitel 3.2.1.1).

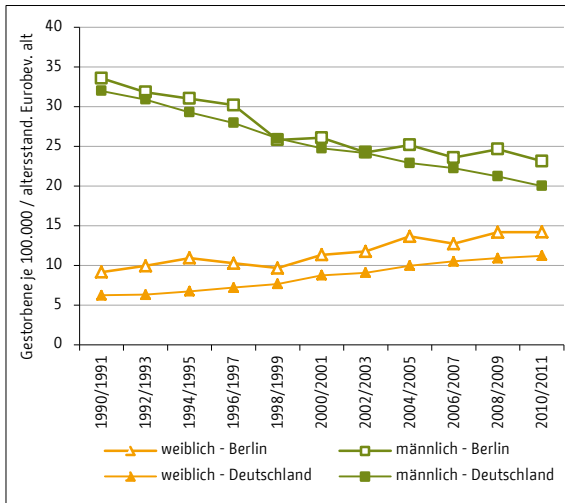
Lungenkrebssterblichkeit bei Männern rückläufig - Anstieg bei den Frauen.

Ein eher günstiger Entwicklungstrend zeichnet sich hinsichtlich der *vorzeitigen Brustkrebssterblichkeit* ab (Todesfälle an Brustkrebs gelten im Alter von 25 – 64 Jahren als vermeidbar). Diese reduzierte sich von 1992/1993 bis 2010/2011 in Berlin um 48 % (von 20,7 Gestorbenen auf 10,9 je 100.000). Bundesweit ging

Brustkrebssterblichkeit bei unter 65-jährigen Frauen rückläufig.

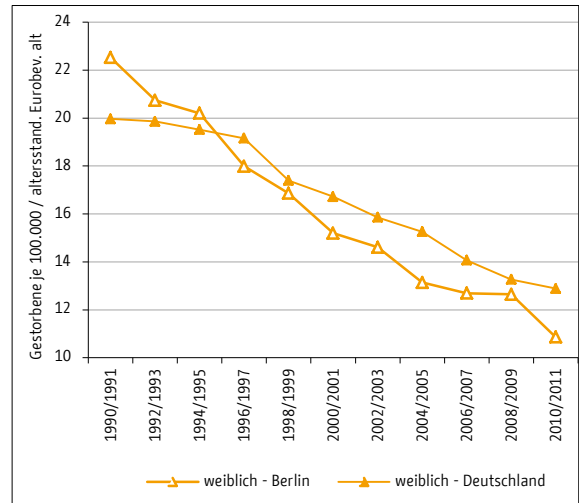
das Sterberisiko der unter 65-jährigen Frauen um 35 % zurück (von 19,9 auf 12,9 je 100.000). Frauen aus Berlin hatten gegenüber Frauen aus dem übrigen Bundesgebiet in den letzten Jahren eine um 16 % niedrigere Sterberate (vgl. Abbildung 3.10, zur vorzeitigen Sterblichkeit an Lungen- und Brustkrebs auf Länder- bzw. auf Bezirksebene vgl. auch Kapitel 3.1.2.1).

Abbildung 3.9:
Vorzeitige Sterblichkeit an Lungenkrebs (ICD-10 Nrn. I33-C34) in Berlin und Deutschland 1990 - 2011 (jeweils zwei Jahre zusammengefasst) nach Geschlecht



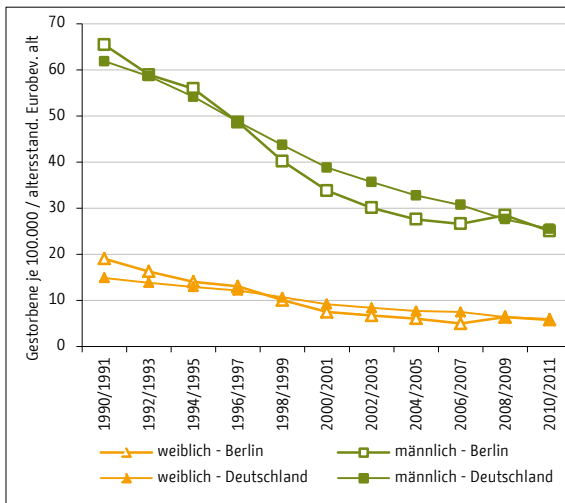
(Datenquelle: StBA / Afs Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Abbildung 3.10:
Vorzeitige Sterblichkeit an Brustkrebs (ICD-10 Nr. C50) in Berlin und Deutschland 1990 - 2011 (jeweils zwei Jahre zusammengefasst) - weiblich



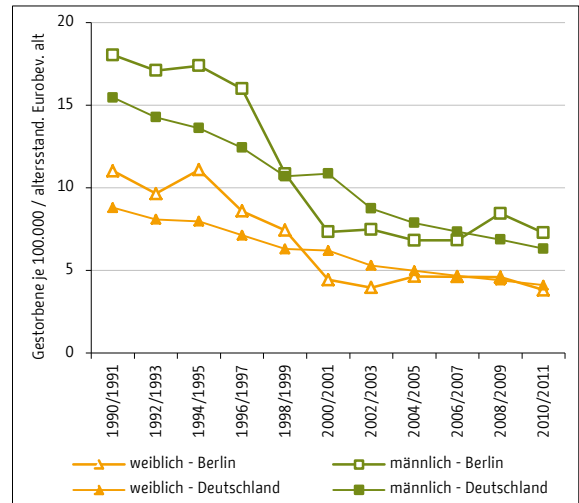
(Datenquelle: StBA / Afs Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Abbildung 3.11:
Vorzeitige Sterblichkeit an ischämischen Herzkrankheiten (ICD-10 Nrn. I20-I25) in Berlin und Deutschland 1990 - 2011 (jeweils zwei Jahre zusammengefasst) nach Geschlecht



(Datenquelle: StBA / Afs Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Abbildung 3.12:
Vorzeitige Sterblichkeit an zerebrovaskulären Krankheiten (ICD-10 Nrn. I60-I69) in Berlin und Deutschland 1990 - 2011 (jeweils zwei Jahre zusammengefasst) nach Geschlecht



(Datenquelle: StBA / Afs Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Stark rückläufig ist die Sterblichkeit an ischämischen Herzkrankheiten (ISHD). Bei Frauen aus Berlin ging sie von 1992/1993 bis 2010/2011 um 65 % (von 16,2 auf 5,8 Gestorbene je 100.000) zurück. Bundesweit kam es zu einer Verringerung des Sterberisikos um 57 % (von 13,8 auf 5,9 je 100.000). Berlinerinnen hatten seit Beginn der 2000er Jahre eine im Durchschnitt gesehen unter dem Bundesniveau liegende Sterberate. Auch bei den Berliner Männern reduzierte sich die Mortalität im genannten Zeitraum um 58 % (von 59,0 auf 25,1 Gestorbene je 100.000) und damit etwas stärker als im übrigen Bundesgebiet, wo sie um

56 % zurückging (von 58,6 auf 25,6 je 100.000). Männer aus Berlin hatten seit Anfang 2000 ein unter dem Bundesdurchschnitt liegendes Sterberisiko (vgl. Abbildung 3.11).

Die *Sterblichkeit an zerebrovaskulären Krankheiten* ging ähnlich stark wie die Sterblichkeit an ISHD zurück. Bei Berlinerinnen verringerte sie sich von 1992/1993 bis 2010/2011 um 61 % (von 9,6 auf 3,8 Gestorbene je 100.000) und in Deutschland insgesamt um 49 % (von 8,1 auf 4,1 je 100.000). Bei den Männern aus Berlin ging die Sterberate um 58 % (von 17,1 auf 7,3 je 100.000) und damit auch etwas mehr als die der Männer aus dem übrigen Bundesgebiet (minus 56 %, 14,3 bzw. 6,3 Gestorbene je 100.000) zurück. Der in Berlin von 1998/1999 bis 2000/2001 zu beobachtende starke Rückgang der Sterbeziffern ist mit einer Fehlkodierung von Todesursachen (Nichtbeachtung der Kodierregel C) in Verbindung zu bringen, die erst 2007 bereinigt wurde (vgl. Abbildung 3.12).

Ischämische Herzkrankheiten sowie Sterbefälle an Hypertonie und zerebrovaskulären Krankheiten gelten im Alter von 35 – 64 Jahren als vermeidbar (zur vorzeitigen Sterblichkeit an ischämischen Herz- und zerebrovaskulären Krankheiten auf Länder- bzw. auf Bezirksebene vgl. auch Kapitel 3.1.2.2).

Lebenserwartung unter Ausschluss vermeidbarer Sterblichkeit

Um künftige Entwicklungstendenzen der Lebenserwartung abschätzen zu können, werden gesundheitsrelevante, die Lebenserwartung beeinflussende Todesursachen ausgeschlossen. Mit Hilfe dieser Berechnungsmethode kann ein *hypothetischer Gewinn an Lebenserwartung unter Ausschluss von vermeidbaren Todesursachen* ermittelt werden. Bei länderspezifischer Betrachtung von ausgewählten, zahlenmäßig häufigen und in bestimmten Altersgruppen zu den vermeidbar zählenden Todesursachen verlängert sich *nach einem jeweiligen Ausschluss die Lebenserwartung der Männer* um bis zu 1,5 Jahre und die *der Frauen* um 1,4 Jahre.

Hypothetischer Gewinn an Lebenserwartung von 1,5 Jahren bei Männern und 1,4 Jahren bei Frauen.

Die Eliminierung der *Lungenkrebssterblichkeit*, die nach Art der Vermeidbarkeit zu den primärpräventiv vermeidbaren Todesfällen zählt, könnte z. B. nach derzeitigen Sterbeverhältnissen (2009/2011) für Männer aus Bremen 0,58 und aus Berlin 0,55 Jahre Lebenserwartungsgewinn bringen. Bei den Frauen würden Berlinerinnen mit 0,33 nach Frauen aus Hamburg mit 0,35 Jahren ebenfalls am stärksten vom Zugewinn an Lebenserwartung profitieren.

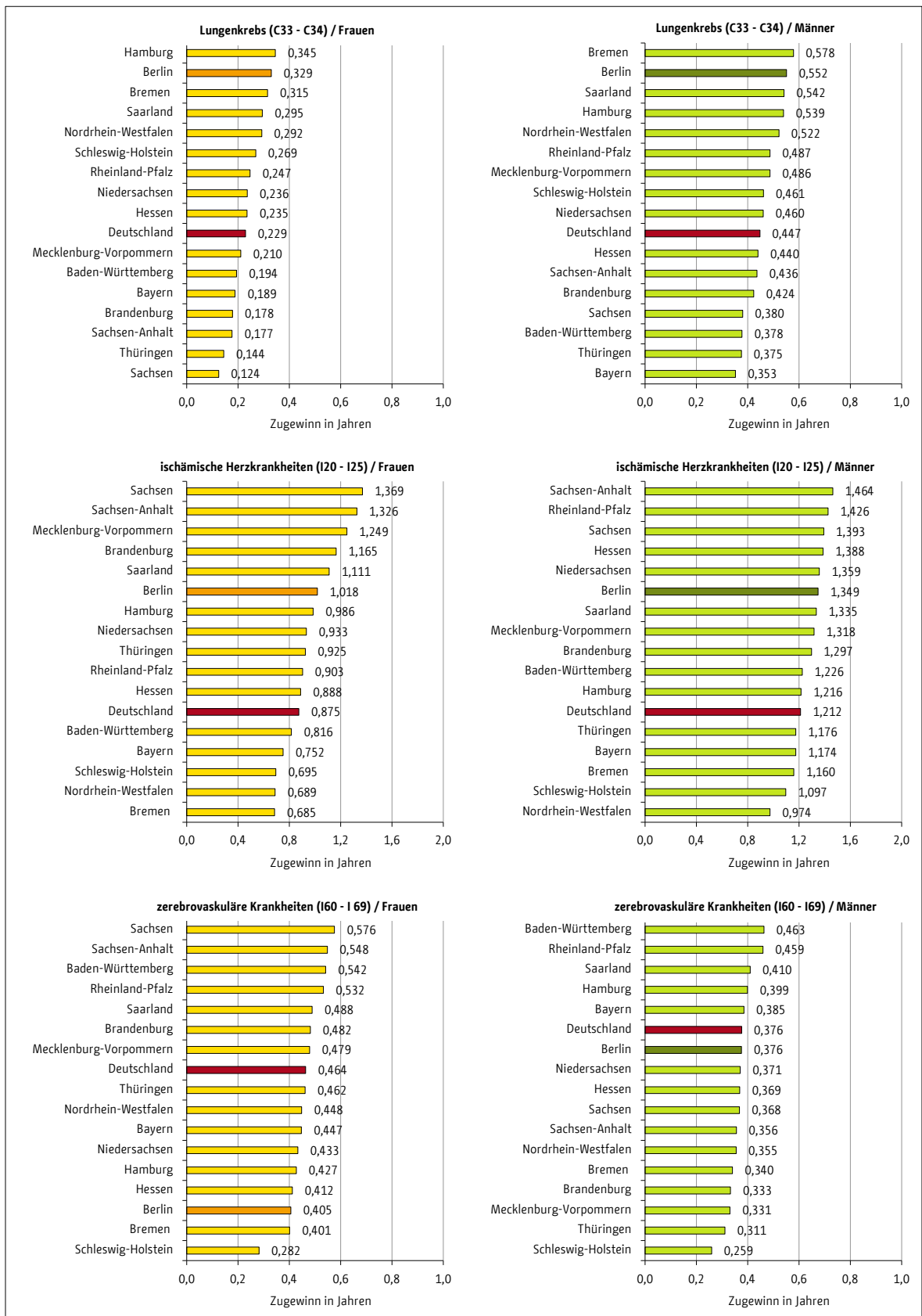
Könnte man die *Sterblichkeit an ischämischen Herzkrankheiten* (zählt zu den tertiärpräventiv vermeidbaren Todesursachen) eliminieren, brächte dies Männern aus Sachsen-Anhalt eine um 1,46 Jahre längere Lebenserwartung und Männern aus Rheinland-Pfalz einen Zugewinn von 1,43 Jahren. Bei den Frauen würden Sachsen und Sachsen-Anhalt mit 1,37 bzw. 1,33 Jahren bundesweit den stärksten Zugewinn verzeichnen. Berlin würde ebenfalls zu den Bundesländern mit den stärksten Zugewinnen (Frauen 1,01, Männer 1,35) zählen.

Nach Ausschluss der *Sterblichkeit an zerebrovaskulären Krankheiten* (zählt zu den tertiärpräventiv vermeidbaren Todesursachen) wären bei den Männern ebenfalls aus Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz jeweils 0,46 Jahre an Lebensverlängerung möglich. Bei den Frauen würde der Gewinn in Sachsen und Sachsen-Anhalt (0,58 bzw. 0,55 Jahre) am höchsten ausfallen. Berliner Frauen könnten mit einem Zugewinn an Lebenserwartung von 0,41 und Männer von 0,38 Jahren rechnen.

Der geschlechtsspezifische Gewinn an Lebenserwartung (bei Geburt) unter Ausschluss ausgewählter vermeidbarer Todesursachen nach Bundesländern kann Abbildung 3.13 entnommen werden.

Abbildung 3.13:

Gewinn an Lebenserwartung (bei Geburt) unter Ausschluss ausgewählter gesundheitsrelevanter Todesursachen in Deutschland 2009 - 2011 (zusammengefasst) nach Geschlecht und Bundesländern



(Datenquelle: StBA / AfS Berlin-Brandenburg / Darstellung: SenGesSoz - I A -)

3.1.2 Spezifische Angaben zu Mortalität und Morbidität ausgewählter chronischer Erkrankungen und davon abgeleiteten Indikatoren

Laut Kernaussagen des RKI-Berichts „Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell 2010“ (GEDA 2010¹) leiden 42 % der Frauen und 35 % der Männer in Deutschland an mindestens einer chronischen Krankheit. Bereits bei den unter 65-Jährigen gab jede fünfte befragte Person an, chronisch krank zu sein.

Chronische Krankheiten sind die häufigsten Ursachen von Frühberentungen. Dabei spielen insbesondere jene Leiden eine Rolle, die nicht unmittelbar lebensbedrohlich sind, aber die Erwerbsfähigkeit erheblich beeinträchtigen. Dazu gehören Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes, Krankheiten des Kreislaufsystems, psychiatrische Krankheiten und bösartige Neubildungen. Diese vier genannten Krankheitsklassen verursachten im Jahr 2011 in Berlin z. B. mit 3.440 Zugängen 83 % aller Frühberentungen bei den Frauen und mit 2.809 78 % bei den Männern. Des Weiteren waren sie für 82 % aller bei unter 65-jährigen Frauen und für 78 % aller bei gleichaltrigen Männern durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen verantwortlich. 125.345 Berlinerinnen und Berliner befanden sich aufgrund derartiger Krankheiten in vollstationärer Behandlung in einem Berliner Krankenhaus, das waren immerhin 34 % aller unter 65-jährigen Behandlungsfälle. Die vier Krankheitsklassen verursachten 1.341 vorzeitige Sterbefälle bei Frauen und 2.159 bei gleichaltrigen Männern. Der Anteil an den im Alter von unter 65 Jahren an Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes, Krankheiten des Kreislaufsystems, psychiatrischen Krankheiten und an bösartigen Neubildungen gestorbenen Personen an allen vorzeitigen Sterbefällen belief sich bei den Frauen auf 64 % und bei den Männern auf 54 %.

Weiterführende Angaben zu den wichtigsten chronischen Krankheiten wie bösartige Neubildungen und Krankheiten des Kreislaufsystems können den Abschnitten 3.1.2.1 und 3.1.2.2 entnommen werden. Von zunehmender gesundheitspolitischer Bedeutung sind chronische Krankheiten wie Diabetes mellitus (zählt zu den endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten) und chronische Krankheiten der unteren Atemwege (zählen zu Krankheiten der Atmungsorgane). Ausführliche Angaben dazu vgl. Abschnitte 3.1.2.3 und 3.1.2.4.

3.1.2.1 Bösartige Neubildungen

Subjektive Morbidität - Inzidenz - Prävalenz

Schätzungen der Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister e. V. (GEKID) zufolge erkrankten im Jahr 2008 in Deutschland rund 491.700 Personen (228.800 weiblichen und 262.900 männlichen Geschlechts, Datenstand: Dezember 2012) an Krebs (hier: ICD-10 Nrn. C00-C97, ohne ICD-10 Nr. C44, inkl. ICD-10 Nrn. D09.0 und D41.4). Das entsprach einer altersstandardisierten Neuerkrankungsrate von 360 je 100.000 Frauen und von 480 je 100.000 Männer². Das *mittlere Erkrankungsalter* der an Krebs erkrankten Personen lag bei beiden Geschlechtern bei 69 Jahren. In Deutschland müssen mittlerweile jeder zweite Mann und 43 % aller Frauen damit rechnen, im Laufe ihres Lebens an einer bösartigen Neubildung zu erkranken³.

Nach Angaben des Gemeinsamen Krebsregisters (GKR, neue Bundesländer und Berlin) belief sich die Zahl der *für Berlin gemeldeten Neuerkrankungen* im Jahr 2008 auf 9.152 weibliche und 8.716 männliche Fälle (Erfassungsstand 31.12.2012; zu eingeschlossenen und nicht eingeschlossenen ICD-10 Nrn. vgl. auch GSI-Tabelle [3.66-1](#)). Die altersstandardisierte Rate der Frauen bezifferte

Krebsinzidenz der Frauen in Berlin auf Bundesniveau, bei den Männern deutlich darunter.

¹ Vgl.: http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/GEDA2010.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt aufgerufen am 22.07.2013.

² Vgl. (auch zu methodischen Hinweisen): GEKID-Atlas, www.gekid.de, zuletzt aufgerufen am 22.07.2013.

³ Vgl.: RKI und GEKID (2012): Krebs in Deutschland 2007/2008, http://www.rki.de/Krebs/DE/Content/Publikationen/Krebs_in_Deutschland/kid_2012/krebs_in_deutschland_2012.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt aufgerufen am 22.07.2013.

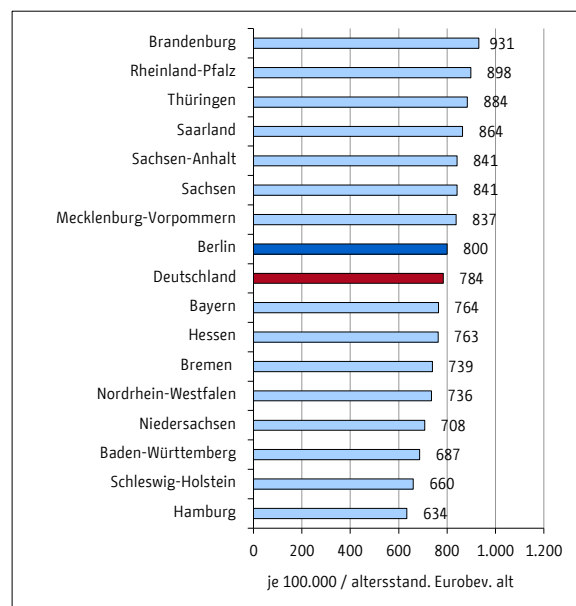
sich auf 356 und die der Männer auf 414 je 100.000. Berlinerinnen hatten somit ein auf Bundesniveau liegendes Erkrankungsrisiko, das der Berliner Männer lag dagegen deutlich darunter. 3.600 bzw. 39 % aller an bösartigen Neubildungen erkrankten Berlinerinnen waren zum Zeitpunkt der Diagnose *jünger als 65 Jahre*. Brustkrebs (1.514 Neuerkrankungen bzw. 43 %) war bei ihnen die mit Abstand häufigste Tumorlokalisation. Lungenkrebs belegte mit 338 Fällen bzw. einem Anteil von 9,4 % Rang zwei. Für unter 65-jährige Berliner Männer wurden 3.253 Krebserkrankungen gemeldet. Das entsprach, gemessen an allen Meldungen, einem Anteil von 37 %. Lungenkrebs (559 Neuerkrankungen bzw. 17,2 %) führte bei ihnen das Erkrankungsspektrum an.

Bösartige Neubildungen verursachen hohe direkte und indirekte *Krankheitskosten*. Die zuletzt für das Jahr 2008 bundesweit durchgeführte direkte Krankheitskostenrechnung wies z. B. Kosten in Höhe von 15.466 Mio. EUR aus. Für unter 65-jährige Krebspatienten und -patientinnen wurden 5.978 Mio. benötigt⁴. Insgesamt entstanden der deutschen Volkswirtschaft im Jahr 2008 für alle Krankheiten (nach ICD-10-GM Kapitel I – XXII) direkte Kosten in Höhe von 254.280 Mio. EUR, von denen 131.191 Mio. EUR bzw. 52 % auf unter 65-jährige Personen entfielen (zu direkten und indirekten Krankheitskosten vgl. auch Erläuterungen).

Stationäre Morbidität

Im Jahr 2011 wurden in den Berliner Krankenhäusern 59.454 Personen mit Wohnsitz Berlin (28.319 weiblichen, 31.135 männlichen Geschlechts) länger als einen Tag wegen bösartiger Neubildungen (ICD-10 Nrn. C00-C97) vollstationär behandelt. 12.410 bzw. 44 % der weiblichen und 12.719 bzw. 41 % der männlichen Behandlungsfälle waren in einem *Alter von unter 65 Jahren*. Nahezu jeder dritte Behandlungsfall ging bei unter 65-Jährigen zu Lasten von Lungenkrebs (4.464 Fälle) oder Brustkrebs (2.888 Fälle). Diese beiden Tumorlokalisationen waren dann auch der mit Abstand häufigste Grund eines *krebsbedingten Krankenhausaufenthaltes*. Insgesamt gesehen lag die altersstandardisierte stationäre Morbiditätsrate der unter 65-jährigen Behandlungsfälle aus Berlin mit 800 Fällen je 100.000 etwas über dem Bundesdurchschnittswert (784 je 100.000). Am häufigsten befanden sich Personen aus Brandenburg und Rheinland-Pfalz (931 bzw. 898 je 100.000) wegen bösartiger Neubildungen in vollstationärer Therapie. Am seltensten war das bei Personen aus Hamburg und Schleswig-Holstein der Fall (634 bzw. 660 Fälle je 100.000) (vgl. Abb. 3.14).

Abbildung 3.14:
Aus dem Krankenhaus wegen bösartiger Neubildungen (ICD-10 Nrn. C00-C97) entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (Alter: 0 - 64 Jahre) in Deutschland 2011 nach Bundesländern (Wohnsitz)



(Datenquelle: StBA / Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Medizinische Rehabilitation - Frühberentung

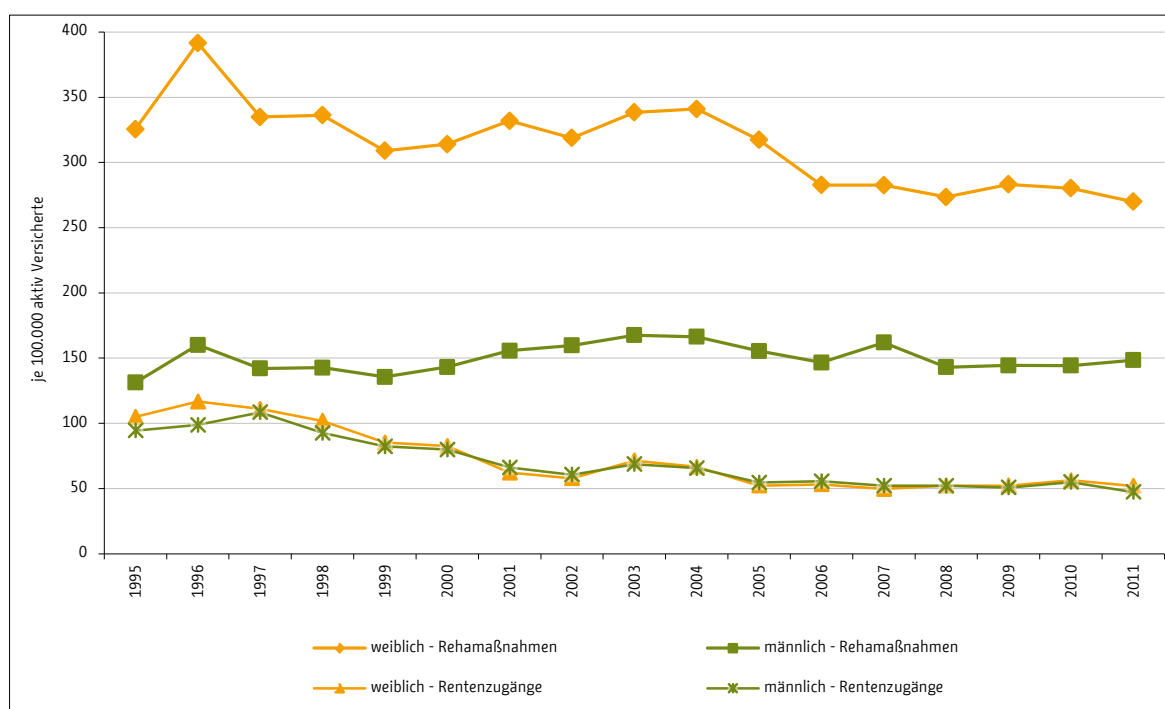
Bösartige Neubildungen gehören bei *unter 65-jährigen Personen* zu den Krankheiten, für die am häufigsten eine medizinische Rehabilitation und sonstige Leistung zur Teilhabe veranlasst wird. Im Jahr 2011 nahmen 2.208 an Krebs erkrankte *Frauen* und 1.206 *Männer* aus *Berlin* eine derartige Maßnahme in Anspruch. Bundesweit wurden im genannten Jahr für 45.867 weibliche und für 31.801 männliche Personen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbracht. Bezogen auf je 100.000 aktiv Versicherte nahmen Frauen

⁴ Vgl.: <http://www.gbe-bund.de/>, Pfad: Startseite > Ausgaben, Kosten, Finanzierung > Kosten > Kosten allgemein/sonstiges > Tabelle (gestaltbar): Krankheitskosten nach Alter und Geschlecht, zuletzt aufgerufen am 01.08.2013.

aus Berlin genauso häufig wie Frauen aus dem übrigen Bundesgebiet (je 267 je 100.000) eine Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch. Demgegenüber hatten Berliner Männer mit 148 je 100.000 einen um 15 % unter dem Bundesdurchschnitt (174 je 100.000) liegenden Wert. Während der seit Mitte der 2000er Jahre bei Berlinerinnen zu beobachtende rückläufige Trend weiter anhielt, lag die *Leistungsanspruchnahme krebsbedingter Rehabilitationsmaßnahmen* bei Berliner Männern in den letzten Jahren auf nahezu gleichbleibendem Niveau. Brustkrebs war bei Berlinerinnen für mehr als die Hälfte aller Fälle (1.214 bzw. 55,0 %) der Anlass für eine Rehabilitationsmaßnahme, jeder zwanzigste Fall ging zu Lasten von Lungenkrebs (104 bzw. 4,7 %). Bei Berliner Männern war dieser mit 107 Fällen insgesamt für etwa jede zehnte krebsbedingte Maßnahme verantwortlich (vgl. Abbildung 3.15 und GSI-Tabelle [3.75-1](#)).

Abbildung 3.15 :

Erbrachte Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und gesundheitsbedingte Frühberentungen wegen bösartiger Neubildungen (ICD-10 Nrn. C00- C97) in Berlin 1995 - 2011 nach Geschlecht



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

Frühberentungen wegen verminderter Erwerbsfähigkeit zählen zu den einschneidenden ökonomischen und sozialen Folgen von Krankheiten und körperlichen Behinderungen. Nach psychischen und Verhaltensstörungen sind *bösartige Neubildungen* bei *Berlinerinnen* der zweit- und bei *Männern* nach psychischen und Verhaltensstörungen und Krankheiten des Kreislaufsystems der dritthäufigste Frühberentungsgrund (vgl. GSI-Tabelle [3.39-1](#)).

Krebsbedingte Frühberentungen verursachen eine hohe Zahl an *verlorenen Erwerbstätigkeitsjahren*. Bundesweit beliefen sich diese z. B. im Jahr 2008 bei Frauen auf 59.000 und bei Männern auf 91.000 Jahre. Brustkrebs verursachte allein bei den Frauen rund 19.000, Lungenkrebs bei den Männern etwa 15.000 verlorene Erwerbsjahre⁵.

Insgesamt wurden im Jahr 2011 426 Berlinerinnen und 385 Berliner Männer wegen einer bösartigen Neubildung frühberentet. Das entsprach einer *Frühberentungsrate* von 52,1 je 100.000 aktiv Versicherte bei den Frauen und von 47,4 je 100.000 bei den Männern. Berlinerinnen hatten gegenüber Frauen aus dem übrigen Bundesgebiet (7.137 Zugänge bzw. 42,2 je 100.000) ein um fast

Frühberentungen wegen Krebs in Berlin bei Frauen über und bei Männern unter Bundesniveau.

⁵ Vgl.: <http://www.gbe-bund.de/>, Pfad: Startseite > Ausgaben, Kosten, Finanzierung > Kosten > Kosten allgemein/sonstiges > Tabelle (gestaltbar): Verlorene Erwerbstätigkeitsjahre nach Ausfallart und Geschlecht, zuletzt aufgerufen am 01.08.2013.

ein Viertel höher liegendes Frühberentungsrisiko. Versus lag es bei den Berliner Männern mehr als ein Fünftel unter dem Bundesniveau (10.806 Zugänge bzw. 60,8 je 100.000 aktiv Versicherte). Der bei beiden Geschlechtern in Berlin zu beobachtende Rückgang der Frühberentungsrate hielt, wenn auch in den letzten Jahren nicht mehr so intensiv, weiter an. Männer wiesen im Jahr 2011 den bis dahin niedrigsten, Frauen nach 2007 auf den zweitniedrigsten Wert auf (vgl. GSI-Tabelle [3.66-1](#)). Brustkrebs war im Jahr 2011 bei den Berliner Frauen (127 Fälle bzw. 29,8 %) der häufigste Anlass einer vorzeitigen Berentung. Bei 50 bzw. 11,7 % der an Krebs erkrankten Frauen war Lungenkrebs der Berentungsgrund. Bei den Berliner Männern war dieser mit 90 Fällen für fast jede vierte (23,4 %) krebsbedingte Frühberentung verantwortlich (vgl. GSI-Tabelle [3.76-1](#)).

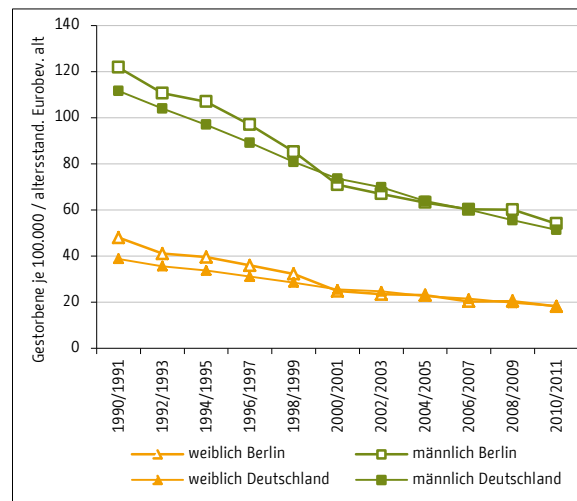
Mortalität

In *Berlin* belief sich die Zahl der an bösartigen Neubildungen gestorbenen Personen auf insgesamt 8.770, von denen 4.110 weiblichen und 4.660 männlichen Geschlechts waren. Gemessen an der Gesamtzahl aller Gestorbenen hat sich der *Anteil der krebsbedingten Mortalität* seit Beginn der neunziger Jahre kontinuierlich erhöht. Im Jahr 1991 bezifferte er sich in Berlin auf insgesamt 20,6 %, 2011 lag er bei 27,9 %. Dagegen reduzierte sich die *altersstandardisierte Krebssterblichkeit* der Berlinerinnen von 1991 (179 Gestorbene je 100.000) bis 2011 (135 je 100.000) um 25 % und bei den Männern verringerte sich die Sterberate in Berlin im genannten Zeitraum um 26 % (1991: 271, 2011: 201 je 100.000) (vgl. GSI-Tabelle [3.95z-1](#)).

Anteil krebsbedingter an vorzeitiger Mortalität steigt, vorzeitige Krebssterblichkeit rückläufig.

Bei *unter 65-Jährigen* dominieren *krebsbedingte Sterbefälle* das Todesursachenspektrum. Bundesweit starben im Jahr 2011 29.270 *Frauen* (davon 996 aus Berlin) und 23.557 *Männer* (davon 1.206 aus Berlin) an bösartigen Neubildungen. Der *Anteil der an Krebs vorzeitig Gestorbenen* nahm, gemessen an allen im Alter von unter 65 Jahren Gestorbenen, in Berlin seit Beginn der neunziger Jahre erheblich zu. Bei den Frauen von 36,5 % im Jahr 1991 auf 47,4 % im Jahr 2011. Das bedeutet, dass derzeit nahezu jede zweite unter 65-jährig gestorbene Berlinerin an einer bösartigen Neubildung starb. Bei den Berliner Männern erhöhte sich der Anteil von 22,7 % auf 30 %. Die *altersstandardisierte vorzeitige Krebssterblichkeit* der Berlinerinnen reduzierte sich von 1991 (82 je 100.000) bis 2011 (59 je 100.000) um 29 %. Bundesweit fiel der Rückgang der Sterblichkeit mit minus 22 % erheblich schwächer aus (1991: 74, 2011: 57 Gestorbene je 100.000). Unter 65-jährige Männer profitierten stärker als gleichaltrige Frauen von dem Rückgang des Sterberisikos. In Berlin ging dieses um 30 % (1991: 105, 2011: 73 Gestorbene je 100.000) und bundesweit (1991: 106, 2011: 72 Gestorbene je 100.000) um 32 % zurück. Während die Sterberate der Berlinerinnen in den letzten Jahren auf Bundesniveau lag, hatten Berliner Männer gegenüber unter 65-jährigen aus dem übrigen Bundesgebiet noch leicht darüber liegende Werte (vgl. GSI-Tabelle [3.95z-1](#) und Abbildung 3.16).

Abbildung 3.16:
Vorzeitige Sterblichkeit an bösartigen Neubildungen (ICD-10 Nrn. C00-C97) in Berlin und Deutschland 1990 - 2011 (jeweils zwei Jahre zusammengefasst) nach Geschlecht



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

Wie bei den Männern rangiert Lungenkrebs mittlerweile auch bei den unter 65-jährigen Berliner Frauen (seit 2008 sogar noch vor Brustkrebs) auf Platz eins des *Todesursachenspektrums nach Einzeldiagnosen*. Bei unter 65-Jährigen zählen Sterbefälle an einigen Tumorlokalisationen in bestimmten Altersgruppen

per definitionem zu den sogenannten *vermeidbaren Todesfällen*. Neben Lungenkrebs (Alter: 15 - 64) und Brustkrebs (Alter: 25 - 64) gehören auch Gebärmutterhalskrebs (Alter: 15 - 64), bösartige Neubildungen des Corpus uteri (Alter: 15 - 54), Hodenkrebs (Alter: 5 - 64), Morbus-Hodgkin (Alter: 5 - 64) und Leukämien (Alter: 0 - 44) dazu. Der Definition folgend hätten im Jahr 2011 bei unter 65-jährigen Berlinerinnen 509 Sterbefälle vermieden werden können, das waren immerhin 51 % aller an Krebs gestorbenen unter 65-jährigen Frauen. Bei den Männern galten 405 bzw. 34 % aller Krebssterbefälle in diesem Alter als vermeidbar (zu vermeidbaren Sterbefällen und deren Interventionsmaßnahmen vgl. Kapitel 3.1.1.3).

Bei der *vorzeitigen Krebssterblichkeit auf Länderebene* belegte Berlin in den letzten Jahren (2009/2011) bei den Frauen einen mittleren Rangplatz (59 je 100.000 bzw. achthöchster Wert), der sich knapp über dem Bundesdurchschnitt (57 Gestorbene je 100.000) bewegte. Das höchste Risiko, vor Vollendung des 65. Lebensjahres an Krebs zu sterben, hatten Frauen aus dem Saarland und aus Hamburg. Dort lagen die Sterberaten im Durchschnitt 29 % über denen der Frauen aus Baden-Württemberg und Sachsen, die das niedrigste Sterberisiko aufwiesen. Auffällig war, dass in allen drei Stadtstaaten (Berlin, Hamburg, Bremen) Frauen über dem Bundesniveau liegende Sterberaten hatten. Bei den Männern gehörte Berlin (72 Gestorbene je 100.000 bzw. sechsniedrigster Wert) zu den Ländern mit einer leicht unter dem Bundesdurchschnitt (73 je 100.000) liegenden vorzeitigen Krebssterblichkeit. Die mit Abstand höchsten Werte wurden in Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt beobachtet. In den genannten Ländern lag das Sterbeniveau 50 % über dem der Männer aus Baden-Württemberg, wo Männer das geringste Risiko hatten, im Alter von unter 65 Jahren an einer bösartigen Neubildung zu sterben.

Berlin gehört zu den Bundesländern mit der höchsten Lungenkrebssterblichkeit.

Bezüglich der auf Länderebene zahlenmäßig häufigsten *Krebssterbefälle nach Tumorlokalisationen* fiel auf, dass Frauen aus Berlin mit einer Sterberate von 14 je 100.000 die vierthöchste *Lungenkrebssterblichkeit* hatten. Höher war diese nur im Saarland, in Hamburg und in Nordrhein-Westfalen. Auffällig ist wieder das in Stadtstaaten über dem Bundesniveau liegende Sterberisiko. Nach wie vor weisen Frauen aus den neuen Bundesländern die bundesweit niedrigste Lungenkrebssterblichkeit auf. Bei den Männern gehörte Berlin (24 Gestorbene je 100.000 bzw. siebthöchster Wert) ebenfalls zu den Bundesländern mit einer deutlich über dem Bundesdurchschnitt liegenden Sterberate. Das war auch in den anderen zwei Stadtstaaten der Fall. Anders als bei der Lungenkrebssterblichkeit zählte Berlin hinsichtlich der *Brustkrebssterblichkeit* (11 Gestorbene je 100.000 bzw. viertniedrigster Wert) zu den Ländern, in denen Frauen das bundesweit niedrigste Sterberisiko aufwiesen. Neben Lungenkrebs wurde bei Frauen aus den neuen Bundesländern auch für Brustkrebs eine zum Teil deutlich unter dem Bundesdurchschnitt liegende Sterberate beobachtet. Die jeweiligen geschlechtsspezifischen vorzeitigen Krebssterberaten nach Bundesländern können Abbildung 3.17 entnommen werden.

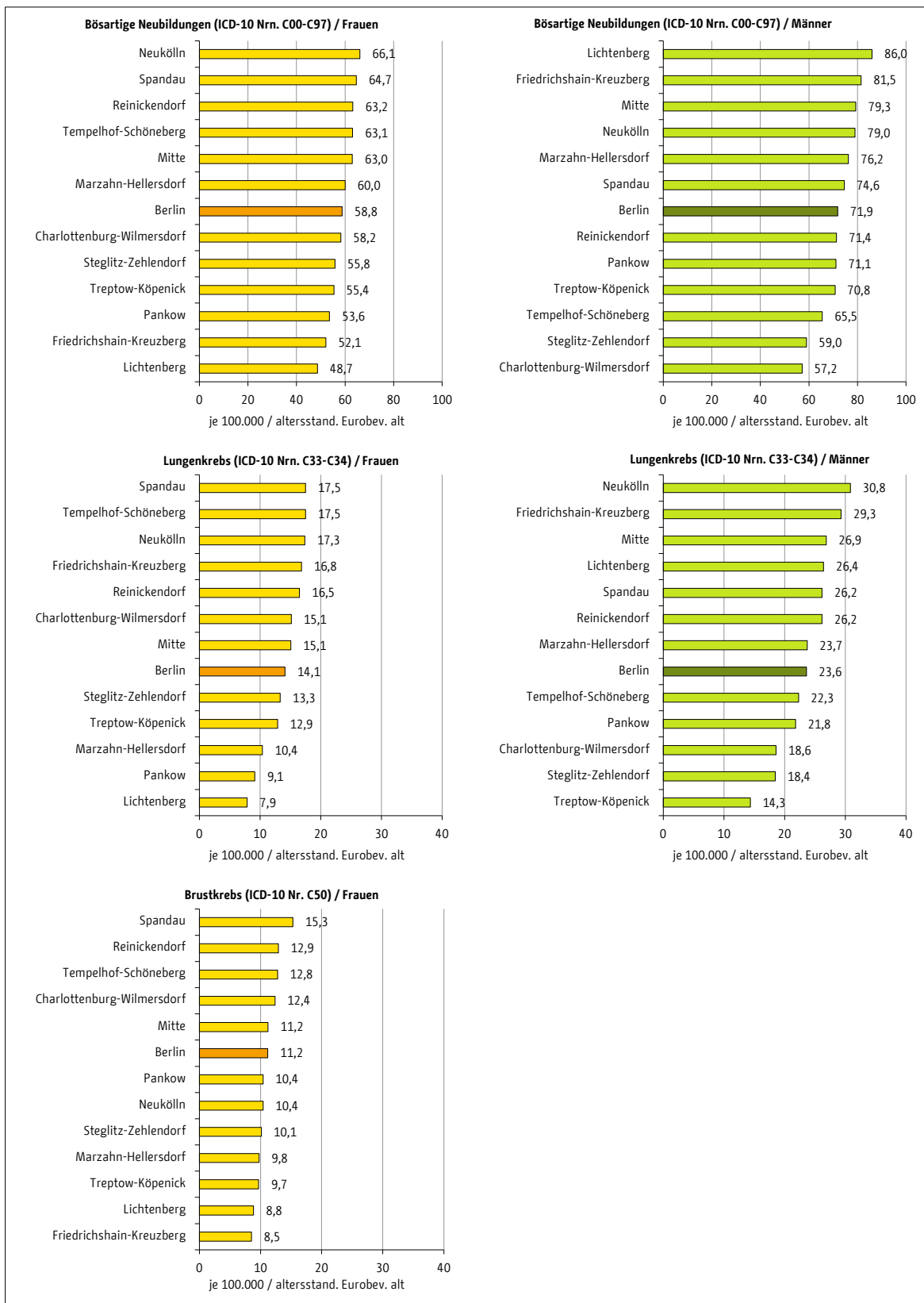
Die *vorzeitige Krebssterblichkeit auf Bezirksebene* unterliegt einer erheblichen Schwankungsbreite. Im Zeitraum 2009/2011 wurden bei *Frauen* aus Neukölln (66 Gestorbene je 100.000), Spandau (65) und Reinickendorf (63) die höchsten Krebssterberaten ermittelt; das Sterberisiko lag in diesen Bezirken in etwa auf dem Niveau der Bundesländer mit den höchsten Werten. Demgegenüber wiesen unter 65-jährige Frauen aus Lichtenberg (49 je 100.000), Friedrichshain-Kreuzberg (52) und Pankow (54) die berlinweit niedrigsten Sterberaten auf. Diese bewegten sich in den genannten Bezirken wiederum auf dem Niveau der Frauen aus den Bundesländern, für die die niedrigsten Werte ermittelt wurden. Anders als bei Frauen, hatten *Männer* aus dem Bezirk Lichtenberg (86 Gestorbene je 100.000), gefolgt von unter 65-Jährigen aus Friedrichshain-Kreuzberg (82) und Mitte (79) die höchste Krebssterblichkeit von allen Bezirken. Am niedrigsten fielen die Raten in Charlottenburg-Wilmersdorf (57 je 100.000), Steglitz-Zehlendorf (59) und Tempelhof-Schöneberg (66) aus. Im überregionalen Vergleich blieben die Werte der aufgezählten Berliner Bezirke aber jeweils unter denen der Bundesländer mit den höchsten bzw. den bundesweit niedrigsten vorzeitigen Sterberaten.

Abbildung 3.17:
Geschlechtsspezifische vorzeitige Mortalität an bösartigen Neubildungen, darunter an Lungenkrebs und Brustkrebs in Deutschland 2009 - 2011
(zusammengefasst) nach Bundesländern



(StBA / AfS Berlin-Brandenburg / Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Abbildung 3.18:
Geschlechtsspezifische vorzeitige Mortalität an bösartigen Neubildungen, darunter an Lungenkrebs und Brustkrebs in Berlin 2009 - 2011
(zusammengefasst) nach Bezirken



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

Bei Betrachtung der zahlenmäßig häufigsten *Krebssterbefälle nach Tumorlokalisationen* wurde bei Frauen aus Spandau, Tempelhof-Schöneberg (jeweils 18 je 100.000), Neukölln und Friedrichshain-Kreuzberg (je 17) die höchste *Lungenkrebssterblichkeit* beobachtet, die dort sogar noch erheblich über der der Länder mit den bundesweit höchsten Sterberaten lag. Frauen aus Lichtenberg (8 je 100.000), gefolgt von Pankow (9) und Marzahn-Hellersdorf (10) hatten im Bezirksvergleich das niedrigste Risiko, an einer bösartigen Neubildung der Lunge zu sterben. Die errechneten Mortalitätsraten lagen jedoch immer noch über denen der Bundesländer mit den günstigsten Werten. Von allen Berliner Bezirken verstarben Männer aus Neukölln (31 je 100.000), Friedrichshain-Kreuzberg (29) und Mitte (27) am häufigsten an Lungenkrebs. Die Sterblichkeit übertraf dort bei Weitem noch die der Männer aus Bundesländern mit dem höchsten Sterberisiko. Die berlinweit niedrigste Lungenkrebssterblichkeit konnten dagegen Männer aus Treptow-Köpenick (14 je 100.000), Steglitz-Zehlendorf (18) und Charlottenburg-Wilmersdorf (19) aufweisen. In Treptow-Köpenick lag sie noch etwas unter dem für Baden-Württemberg (15 Gestorbene je 100.000) ermittelten bundesweit niedrigsten Wert. In Bezug auf die *Brustkrebssterblichkeit* hatten Frauen aus Spandau mit einem Wert von 15 Gestorbenen je 100.000, der auch dem auf Länderebene ermittelten Höchstwert entsprach, gefolgt von Frauen aus Reinickendorf und Tempelhof-Schöneberg (je 13) das höchste Sterberisiko. Am niedrigsten fiel dieses in Friedrichshain-Kreuzberg und Lichtenberg (je 9 je 100.000) aus. In den fünf Berliner Bezirken mit der niedrigsten Sterblichkeit lagen die Raten sogar noch unter dem auf Länderebene für Thüringen errechneten bundesweit günstigsten Wert.

Die jeweiligen geschlechtsspezifischen vorzeitigen Krebssterberaten in den Berliner Bezirken können Abbildung 3.18 entnommen werden.

3.1.2.2 Krankheiten des Kreislaufsystems

Subjektive Morbidität - Inzidenz - Prävalenz

Krankheiten des Kreislaufsystems (ICD-10 Nrn. I00-I99), zu denen Herzinsuffizienz, ischämische Herzkrankheiten und zerebrovaskuläre Krankheiten zählen, stellen die zahlenmäßig häufigsten (chronischen) Krankheiten und sind in Deutschland Todesursache Nummer eins und Nummer zwei bei unter 65-Jährigen.

Obwohl es eine Vielzahl von Krankheiten des Kreislaufsystems gibt, stellen nur relativ wenige Erkrankungen den größten Anteil. Bluthochdruck ist die mit Abstand häufigste Erkrankung und gilt neben zunehmendem Alter (Verdopplung der Schlaganfallrate pro Dekade ab dem 55. Lebensjahr) als einer der Hauptrisikofaktoren für einen Schlaganfall⁶.

Nach Angaben der Berliner Schlaganfallallianz⁷ erleiden per anno etwa 11.500 Berlinerinnen und Berliner einen Schlaganfall. In den meisten Fällen handelt es sich um Hirninfarkte und transitorische ischämische Attacken (TIA). In den Berliner Krankenhäusern wurden im Jahr 2011 8.706 Personen aus Berlin wegen eines akuten ischämischen Insults vollstationär behandelt. Jeder fünfte (insgesamt 1.758) von ihnen war jünger als 65 Jahre. Als zweithäufigste Erkrankung rangiert die koronare Herzkrankheit, allen voran der akute Myokardinfarkt. Rauchen, Stress und metabolisches Syndrom zählen bei diesem Krankheitsbild zu den wichtigsten prädisponierenden Risikofaktoren. Schätzungsweise erleiden jährlich über 10.000 Berliner und Berlinerinnen einen akuten Myokardinfarkt. Im Jahr 2011 wurden 7.669 Infarktpatienten und -patientinnen aus Berlin in einem Berliner Krankenhaus behandelt. Jeder dritte Behandlungsfall (insgesamt 2.605) hatte das 65. Lebensjahr noch nicht überschritten.

Von allen Krankheitshauptgruppen verursachen Krankheiten des Kreislaufsystems die höchsten direkten und indirekten Krankheitskosten. Die zuletzt für das Jahr 2008 bundesweit durchgeführte direkte Krankheitskostenrechnung wies z. B. Kosten in Höhe von 36.973 Mio. EUR aus. Für unter 65-jährige Patienten

⁶ Vgl. Bundesministerium für Bildung und Forschung (2003): Gesundheitsforschung: Forschung für den Menschen. Newsletter: Thema Schlaganfall, im Internet unter http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/_media/03_NL_Schlaganfall.pdf, zuletzt aufgerufen am 01.08.2013.

⁷ Vgl. <http://schlaganfallallianz.de/>, zuletzt aufgerufen am 23.07.2013.

und Patientinnen wurden 10.701 Mio. EUR benötigt. Im Vergleich zu den Kosten, die bösartige Neubildungen im Jahr 2008 verursachten, beliefen sich die für Krankheiten des Kreislaufsystems auf das Doppelte⁸.

Insgesamt entstanden der deutschen Volkswirtschaft im Jahr 2008 für alle Krankheiten (nach ICD-10-GM Kapitel I – XXII) direkte Kosten in Höhe von 254.280 Mio. EUR, von denen 131.191 Mio. EUR bzw. 52 % auf unter 65-jährige Personen entfielen (zu direkten und indirekten Krankheitskosten vgl. auch Erläuterungen).

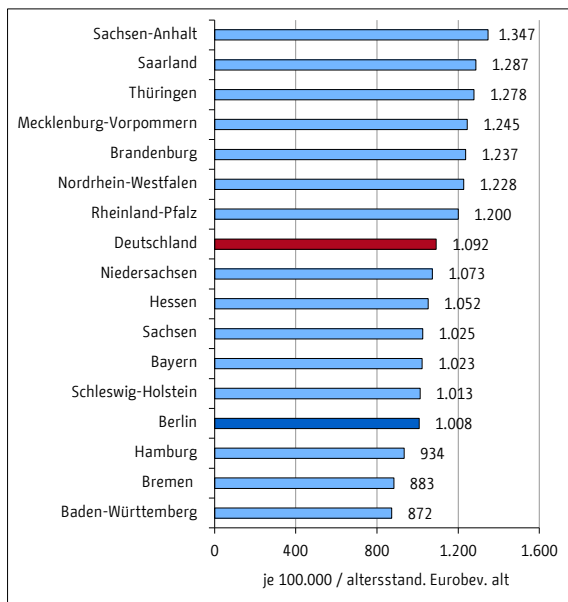
Stationäre Morbidität

Im Jahr 2011 wurden in den *Berliner Krankenhäusern* 101.122 Personen aus Berlin (45.878 weiblichen, 55.244 männlichen Geschlechts) länger als einen Tag wegen Krankheiten des Kreislaufsystems vollstationär behandelt. 10.805 bzw. 24 % der weiblichen und 20.709 bzw. 38 % der männlichen Behandlungsfälle waren jünger als

Unter 65-Jährige wegen Herz-Kreislaufkrankheiten stationär Behandelte in Berlin unter Bundesniveau.

Abbildung 3.19:

Aus dem Krankenhaus wegen Krankheiten des Kreislaufsystems (ICD-10 Nrn. 100-199) entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (Alter: 0 - 64 Jahre) in Deutschland 2011 nach Bundesländern (Wohnsitz)



(Datenquelle: StBA / Darstellung: SenGesSoz - I A -)

65 Jahre. Nahezu jeder dritte Behandlungsfall (9.909) ging bei unter 65-Jährigen zu Lasten von ischämischen Herzkrankheiten. Von diesen waren Angina pectoris (3.736 Fälle), chronisch ischämische Herzkrankheit (3.489) und akuter Myokardinfarkt (2.605) die Haupteinweisungsgründe. Die auf alle Herz-Kreislauf-Erkrankungen bezogene altersstandardisierte stationäre Morbiditätsrate der unter 65-Jährigen aus Berlin lag mit 1.008 Fällen je 100.000 deutlich unter dem Bundesdurchschnitt (1.092 je 100.000). Berlinerinnen und Berliner wiesen im *Bundesländervergleich* die viertniedrigste Behandlungsrate auf. Am häufigsten befanden sich Personen aus Sachsen-Anhalt und aus dem Saarland (1.347 bzw. 1.287 je 100.000) wegen Krankheiten des Kreislaufsystems im Krankenhaus. Am seltensten war das in Baden-Württemberg und in Bremen der Fall (872 bzw. 883 Fälle je 100.000) (vgl. Abb. 3.19).

Medizinische Rehabilitation - Frühberentung

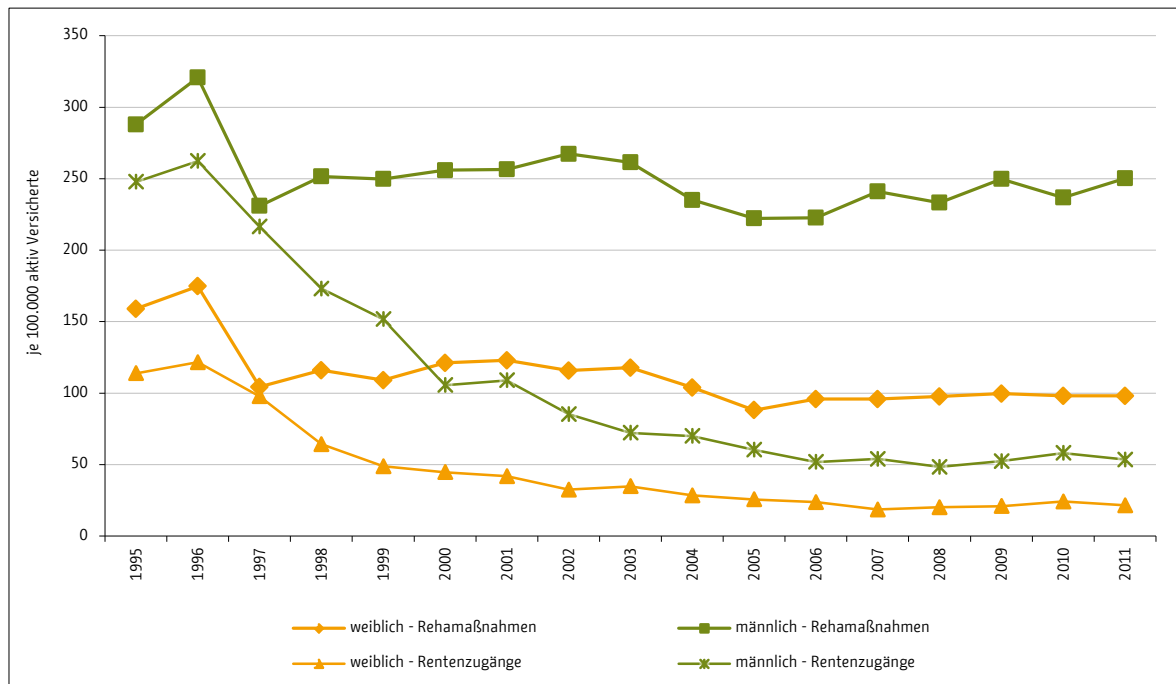
Krankheiten des Kreislaufsystems gehören bei *unter 65-jährigen Personen* zu den Krankheiten, für die am häufigsten eine *medizinische Rehabilitation und sonstige Leistung zur Teilhabe* veranlasst wird. Aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen nahmen im Jahr 2011 802 Frauen und 2.033 Männer aus Berlin eine Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch. *Bundesweit* wurden im genannten Jahr für 20.331 weibliche und für 58.724 männliche Personen derartige Leistungen erbracht. Bezogen auf 98 je 100.000 aktiv Versicherte nahmen Frauen aus Berlin deutlich seltener als Frauen aus dem übrigen Bundesgebiet (118 je 100.000) eine Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch. Berliner Männer hatten mit 250 je 100.000 ebenfalls einen weit unter dem Bundesdurchschnitt (321 je 100.000) liegenden Wert. Die Rehabilitationsrate bei Berlinerinnen blieb in den letzten Jahren nahezu unverändert. Demgegenüber nahm die Inanspruchnahme bei den Berliner Männern im Vergleich zu früheren Jahren wieder etwas zu

Krankheiten des Kreislaufsystems bei unter 65-Jährigen einer der häufigsten Reha-Gründe.

⁸ Vgl. <http://www.gbe-bund.de/>, Pfad: Startseite > Ausgaben, Kosten, Finanzierung > Kosten > Kosten allgemein/sonstiges > Tabelle (gestaltbar): Krankheitskosten nach Alter und Geschlecht, zuletzt aufgerufen am 01.08.2013.

(vgl. Abbildung 3.20). Nahezu zwei Drittel der bei Berliner Frauen infolge von Krankheiten des Kreislaufsystems durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen gingen zu Lasten von ischämischen Herzkrankheiten (256 Fälle bzw. 32 %) und zerebrovaskulären Krankheiten (227 bzw. 28 %). Bei den Männern waren ischämische Herzkrankheiten (1.119 Fälle bzw. 55,0 %) sogar für mehr als die Hälfte und zerebrovaskuläre Krankheiten (365 bzw. 18 %) für fast jede fünfte Rehabilitationsmaßnahme verantwortlich (vgl. GSI-Tabelle [3.93-1](#)).

Abbildung 3.20 :
Wegen Krankheiten des Kreislaufsystems (ICD-10 Nrn. I00- I99) erbrachte Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in Berlin 1995 - 2011 nach Geschlecht



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

Bei Berlinerinnen sind Krankheiten des Kreislaufsystems derzeit der fünfthäufigste und bei den Berliner Männern der zweithäufigste Grund für Berentungen wegen verminderter Erwerbsfähigkeit (vgl. GSI-Tabelle [3.39-1](#)).

Frühberentungen infolge von Herz-Kreislauf-Erkrankungen verursachen eine hohe Zahl an verlorenen Erwerbstätigkeitsjahren. Bundesweit beliefen sich diese z. B. im Jahr 2008 bei Frauen auf 85.000 und bei Männern auf 298.000 Jahre. Frühberentungen infolge ischämischer Herzkrankheiten verursachten bei den Frauen rund 15.000 und zerebrovaskuläre Krankheiten sogar 24.000 verlorene Erwerbsjahre. Bei den Männern verursachten die genannten Krankheiten 108.000 bzw. 58.000 verlorene Erwerbsjahre⁹.

Frühberentungsrisiko in Berlin bei beiden Geschlechtern unter Bundesdurchschnitt.

Insgesamt wurden im Jahr 2011 176 Berlinerinnen und 435 Berliner Männer wegen Krankheiten des Kreislaufsystems frühberentet. Das entsprach einer Frühberentungsrate von 21,5 je 100.000 aktiv Versicherte bei den Frauen und von 53,5 je 100.000 bei den Männern. Berlinerinnen hatten gegenüber Frauen aus dem Bundesgebiet (4.795 Zugänge bzw. 27,9 je 100.000 aktiv Versicherte) ein um fast ein Viertel niedriger liegendes Frühberentungsrisiko. Auch bei den Berliner Männern lag es 22 % unter Bundesniveau (12.524 Zugänge bzw. 68,5 je 100.000 aktiv Versicherte). Insgesamt gesehen hat sich die Frühberentungsrate in Berlin bei beiden Geschlechtern seit Mitte der 2000er Jahre im Durch-

⁹ Vgl. <http://www.gbe-bund.de/>, Pfad: Startseite > Ausgaben, Kosten, Finanzierung > Kosten > Kosten allgemein/sonstiges > Tabelle (gestaltbar): Verlorene Erwerbstätigkeitsjahre nach Ausfallart und Geschlecht, zuletzt aufgerufen am 01.08.2013.

schnitt gesehen nicht wesentlich verändert (vgl. Abbildung 3.20). Zerebrovaskuläre Krankheiten waren im Jahr 2011 in Berlin bei beiden Geschlechtern (Frauen: 64 bzw. 36,4 %, Männer: 149 bzw. 34,3 %) der häufigste Anlass einer vorzeitigen Berentung. Zu Lasten von ischämischen Herzkrankheiten gingen bei den Berlinerinnen insgesamt 16 bzw. 9,1 % und bei den Männern 103 bzw. 23,7 % aller im Jahr 2011 in Berlin aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems erfolgten Frühberentungen (vgl. GSI-Tabelle [3.94-1](#)).

Mortalität

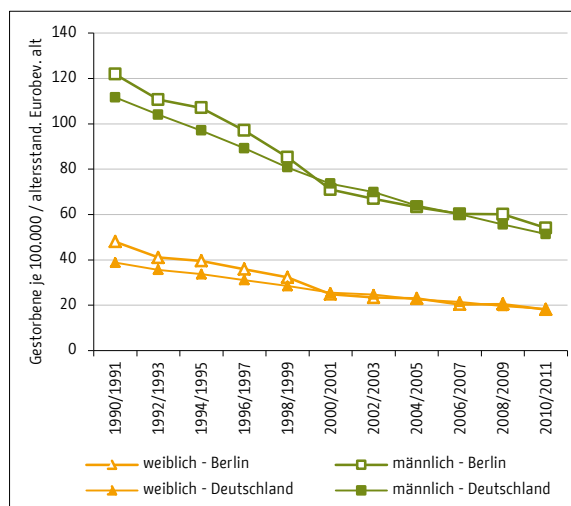
In Berlin belief sich die Zahl der an Herz-Kreislaufkrankheiten gestorbenen Personen auf insgesamt 10.588, von denen 6.160 weiblichen und 4.428 männlichen Geschlechts waren. Gemessen an der Gesamtzahl aller Gestorbenen hat sich der Anteil der an Krankheiten des Kreislaufsystems Gestorbenen seit Beginn der neunziger Jahre kontinuierlich verringert. Im Jahr 1991 belief er sich in Berlin auf insgesamt 48,6 %, 2011 lag er bei 33,7 %. Die altersstandardisierte Sterblichkeit der Berlinerinnen reduzierte sich von 1991 (336 Gestorbene je 100.000) bis 2011 (141 je 100.000) um 58 % und damit stärker als im Bundesdurchschnitt (minus 48 %, 1991: 317, 2011: 164 je 100.000). Bei den Männern verringerte sich das Sterberisiko in Berlin im genannten Zeitraum sogar um 61 % (1991: 511, 2011: 197 je 100.000 / deutschlandweit: minus 54 %, 1991: 500, 2011: 231 je 100.000). Sowohl Frauen als auch Männer aus Berlin haben seit 1997 ein unter dem Bundesdurchschnitt liegendes Sterberisiko (vgl. GSI-Tabelle [3.95z-1](#)).

Die vorzeitige Sterblichkeit an Krankheiten des Kreislaufsystems nahm, gemessen an allen im Alter von unter 65 Jahren Gestorbenen, in Berlin von 1991 bis 2011 ebenfalls ab. Bei den Frauen verringerte sich der Anteil von 20,8 % auf 14,5 % und bei den Männern von 26,0 % auf 20,3 %. Bundesweit starben im Jahr 2011 7.422 Frauen (davon 304 aus Berlin) und 20.397 Männer (da-

Vorzeitige Herz-Kreislaufsterblichkeit bei beiden Geschlechtern stark rückläufig.

Abbildung 3.21:

Vorzeitige Sterblichkeit an Krankheiten des Kreislaufsystems (ICD-10 Nrn. 100-199) in Berlin und Deutschland 1990 - 2011 (jeweils zwei Jahre zusammengefasst) nach Geschlecht



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

von 813 aus Berlin) im Alter von unter 65 Jahren an Krankheiten des Kreislaufsystems. Die altersstandardisierte vorzeitige Herz-Kreislaufsterblichkeit der Frauen aus Berlin reduzierte sich von 1991 (48 je 100.000) bis 2011 (18 je 100.000) um 63 %. Bundesweit fiel der Rückgang der Sterblichkeit mit 53 % deutlich schwächer aus (1991: 39, 2011: 18 Gestorbene je 100.000). Unter 65-jährige Berliner Männer profitierten ähnlich stark wie gleichaltrige Berlinerinnen von der Reduktion des Sterberisikos. In Berlin ging es um 60 % (1991: 122, 2011: 49 Gestorbene je 100.000) und damit etwas stärker als in Deutschland insgesamt (minus 56 % / 1991: 112, 2011: 50 Gestorbene je 100.000) zurück. Sowohl in Berlin als auch bundesweit wurden im Jahr 2011 bei beiden Geschlechtern die bis dahin niedrigsten Sterbeziffern ermittelt (vgl. Abbildung 3.21 und GSI-Tabelle [3.95z-1](#)).

Bezüglich des Todesursachenspektrums nach Einzeldiagnosen rangierte der akute Myokardinfarkt bei unter 65-jährigen Berlinerinnen mit 62 Todesfällen und einem Anteil von 2,9 % auf Rang vier; eine weitere Herz-Kreislauf-Krankheit befand sich bei ihnen nicht unter den zehn häufigsten Todesursachen. Bei den Berliner Männern belegte Herzinfarkt (249 Fälle bzw. 6,2 %) Rang drei, die chronisch ischämische Herzkrankheit (111 Fälle bzw. 2,9 %) Rang fünf und Herzinsuffizienz (85 Fälle bzw. 2,1 %) Rang zehn (vgl. GSI-Tabelle [3.8-1](#)). Bei unter 65-Jährigen zählen Sterbefälle an einigen Krankheiten

Zwei Drittel der Herz-Kreislauf-Sterbefälle unter 65-Jähriger wären vermeidbar gewesen.

des Kreislaufsystems in bestimmten Altersgruppen per definitionem zu den sogenannten vermeidbaren Todesfällen. Dazu gehören: Ischämische Herzkrankheiten (Alter: 35 - 64), Hochdruck- und zerebrovaskuläre Krankheiten (Alter: 35 - 64) sowie chronische rheumatische Herzkrankheiten (Alter: 5 - 64). Der Definition zufolge hätten im Jahr 2011 bei unter 65-jährigen Berlinerinnen 184 Sterbefälle, das waren immerhin 61 % aller an Krankheiten des Kreislaufsystems gestorbenen unter 65-jährigen Frauen, vermieden werden können. Bei den Männern galten sogar 541 bzw. 67% aller Sterbefälle in diesem Alter als vermeidbar (zu vermeidbaren Sterbefällen und deren Interventionsmaßnahmen vgl. Kapitel 3.1.1.3).

Herz-Kreislauf-Sterblichkeit der Frauen auf und die der Männer leicht über Bundesniveau.

Bei der *vorzeitigen Sterblichkeit an Krankheiten des Kreislaufsystems auf Länderebene* wies Berlin in den letzten Jahren (2009/2011) mit 19 Gestorbenen je 100.000 bei den Frauen die sechsniedrigste Rate auf und lag damit auf Bundesniveau. Das höchste Risiko, vor Vollendung des 65. Lebensjahres an einer Herz-Kreislauf-Erkrankung zu sterben, hatten Frauen aus Bremen, gefolgt von Frauen aus dem Saarland und aus Sachsen-Anhalt. Dort lagen die Sterberaten im Durchschnitt zwei Drittel über denen der Frauen aus Baden-Württemberg, Hessen und Hamburg, wo Frauen das niedrigste Sterberisiko aufwiesen. Bis auf Sachsen hatten Frauen aus den anderen neuen Bundesländern eine über dem Bundesniveau liegende Mortalität. Demgegenüber gehört Berlin bei den Männern mit 57 Gestorbenen je 100.000, das entsprach Rang neun, zu den Ländern mit über dem Bundesdurchschnitt (53 je 100.000) liegenden Werten. Das mit Abstand höchste Sterberisiko wurde für Männer aus Sachsen-Anhalt und Mecklenburg-Vorpommern ermittelt. In den genannten Ländern lag das Sterbeniveau 66 % über dem der Männer aus Hamburg, Baden-Württemberg und Bayern, den Bundesländern, in denen Männer das geringste Risiko hatten, im Alter von unter 65 Jahren an einer Herz-Kreislauf-Erkrankung zu sterben. Männer aus den neuen Bundesländern hatten durchweg eine weit über dem Bundesniveau liegende Mortalität (vgl. Abbildung 3.22).

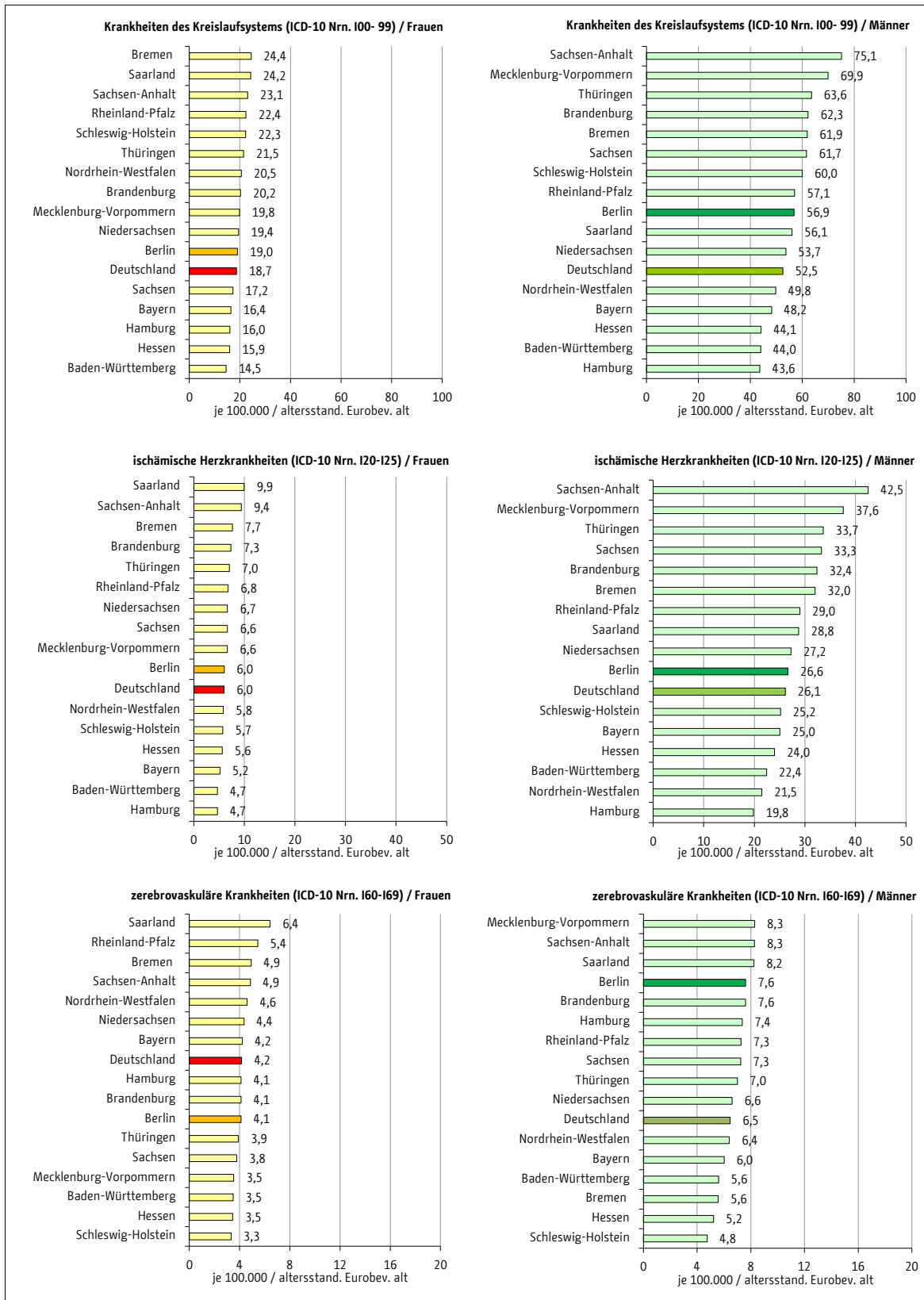
Männer aus Berlin sterben häufiger an Schlaganfall als Männer aus dem gesamten Bundesgebiet.

Bezogen auf die zahlenmäßig häufigsten *Einzel Todesursachen* wurde für Berliner Frauen hinsichtlich der Sterblichkeit an ischämischen Herzkrankheiten die siebtniedrigste Rate auf Länderebene ermittelt. Gegenüber Frauen aus dem Bundesgebiet konnte kein erhöhtes Risiko festgestellt werden, durchweg erhöht war dieses jedoch bei Frauen aus den neuen Bundesländern. Berliner Männer wiesen ebenfalls einen Wert auf, der sich auf Bundesniveau bewegte. Anders als bei der Sterblichkeit an zerebrovaskulären Krankheiten: Mit der bundesweit vierthöchsten Rate gehörte Berlin hier zu den Ländern mit einer erhöhten Schlaganfallsterblichkeit. Demgegenüber lag diese bei den Berlinerinnen mit dem siebtniedrigsten Wert etwas unter dem Bundesdurchschnitt. Die jeweiligen geschlechtsspezifischen vorzeitigen Sterberaten an ausgewählten Krankheiten des Kreislaufsystems nach Bundesländern können Abbildung 3.22 entnommen werden.

Auf *Bezirksebene* unterliegt die *vorzeitige Sterblichkeit an Krankheiten des Kreislaufsystems* einer erheblichen Schwankungsbreite. Im Zeitraum 2009/2011 wurden bei *Frauen* aus Spandau, Mitte (jeweils 23 Gestorbene je 100.000) und Neukölln (22) die höchsten Raten ermittelt. Das Sterberisiko lag in diesen Bezirken etwas unter dem Niveau der Bundesländer mit den höchsten Werten. Demgegenüber wiesen unter 65-jährige Frauen aus Steglitz-Zehlendorf und Charlottenburg-Wilmersdorf (13 bzw. 15 je 100.000) die berlinweit niedrigsten Sterberaten auf. Aber auch dort bewegten sich diese noch unter dem Niveau der Frauen aus den Bundesländern, für die die niedrigsten Werte ermittelt wurden. Bei den *Männern* wurde die höchste Sterblichkeit in Mitte (73 je 100.000), gefolgt von unter 65-jährigen aus Friedrichshain-Kreuzberg (69) und Neukölln (67) beobachtet. Am niedrigsten fielen die Raten in Charlottenburg-Wilmersdorf (43 je 100.000), Steglitz-Zehlendorf und Tempelhof-Schöneberg (jeweils 46) aus. Im überregionalen Vergleich zu Bundesländern mit den höchsten vs. zu Ländern mit den bundesweit niedrigsten Sterberaten lagen diese in den genannten Berliner Bezirken jeweils darunter (vgl. Abbildungen 3.22 und 3.23).

Abbildung 3.22:

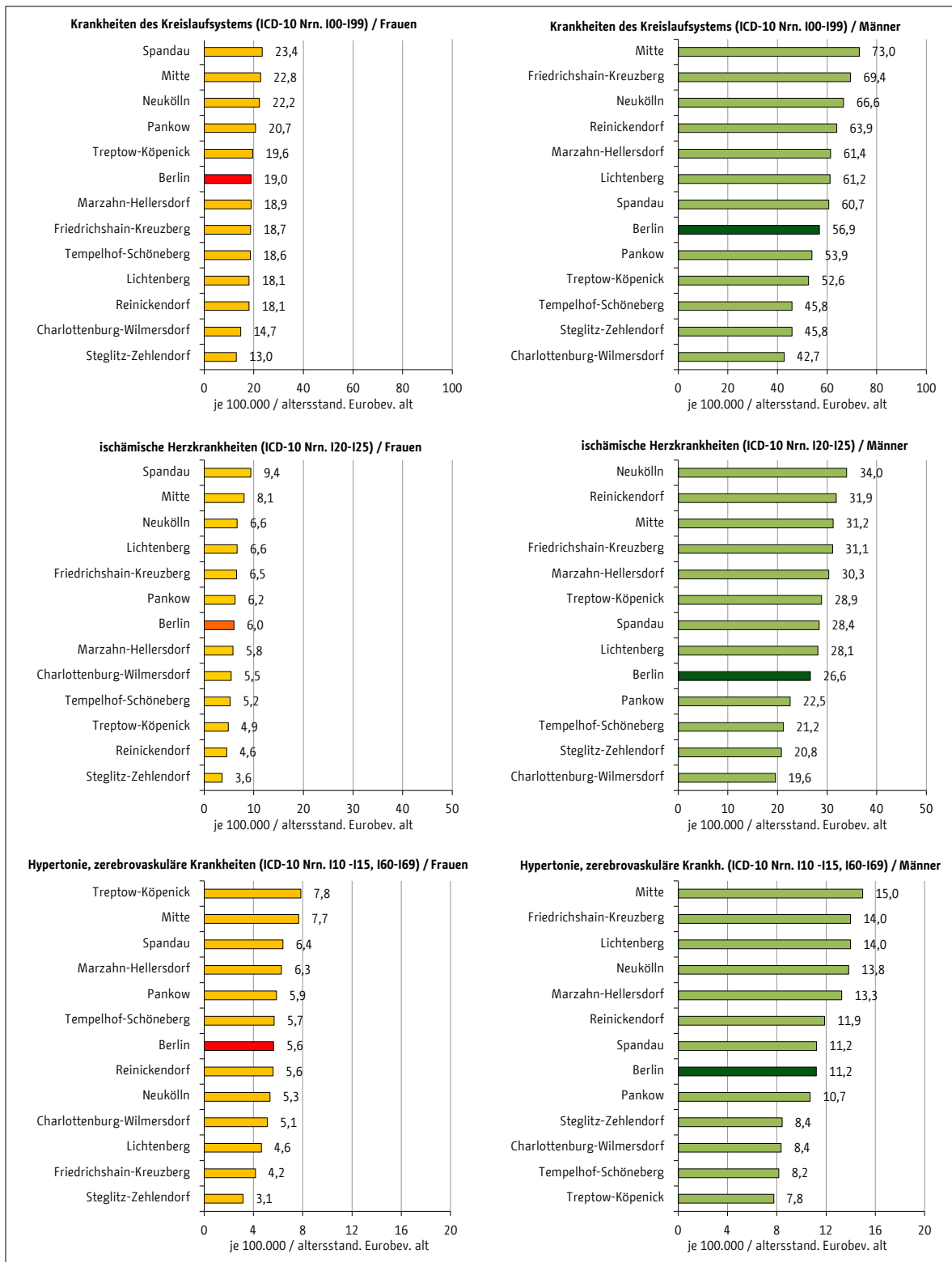
Geschlechtsspezifische vorzeitige Mortalität an Krankheiten des Kreislaufsystems, darunter an ischämischen Herzkrankheiten und zerebrovaskulären Krankheiten in Deutschland 2009 - 2011 (zusammengefasst) nach Bundesländern



(Datenquelle: StBA / AFS Berlin-Brandenburg / Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Abbildung 3.23:

Geschlechtsspezifische vorzeitige Mortalität an Krankheiten des Kreislaufsystems, darunter an ischämischen Herzkrankheiten, Hypertonie und zerebrovaskulären Krankheiten in Berlin 2009 - 2011 (zusammengefasst) nach Bezirken



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

Bei Betrachtung der zahlenmäßig häufigsten Sterbefälle nach *Einzel Todesursachen* wurde bei Frauen aus Spandau und Mitte (9 bzw. 8 Gestorbene je 100.000) die höchste Sterblichkeit an ischämischen Herzkrankheiten beobachtet. Diese lag aber noch unter der der Länder mit den bundesweit höchsten Werten. Demgegenüber hatten Frauen aus Steglitz-Zehlendorf (4 je 100.000), gefolgt von Frauen aus Reinickendorf und Treptow-Köpenick (jeweils 5) im Bezirksvergleich das niedrigste Sterberisiko. Dort lagen die errechneten Mortalitätsraten in etwa auf dem Niveau der Bundesländer mit den günstigsten Werten, in Steglitz-Zehlendorf sogar noch darunter. Für Männer aus Neukölln (34 je 100.000), Reinickendorf (32) und Mitte (31) wurde die höchste Sterblichkeit an ischämischen Herzkrankheiten ermittelt. Sie wiesen jedoch Sterbeziffern auf, die deutlich unter denen der Männer aus Bundesländern mit den höchsten Raten lagen. Männern aus Charlottenburg-Wilmersdorf (20 je 100.000), Steglitz-Zehlendorf und Tempelhof-Schöneberg (jeweils 21) wiesen von allen Berliner Bezirken die niedrigste Mortalität auf, die sich auf dem Niveau der Bundesländer mit den niedrigsten Sterberaten bewegte. Hinsichtlich der Sterblichkeit an zerebrovaskulären Krankheiten hatten Frauen aus Treptow-Köpenick und Mitte (jeweils 8 je 100.000) das höchste Sterberisiko, das auch die auf Länderebene ermittelten Höchstwerte übertraf. Demgegenüber wiesen Frauen aus Steglitz-Zehlendorf und Friedrichshain-Kreuzberg mit 3 bzw. 4 Gestorbenen je 100.000 die niedrigsten Sterberaten auf. Bei den Männern wurde in Mitte (15 je 100.000), Friedrichshain-Kreuzberg und Lichtenberg (jeweils 14) die höchste Sterblichkeit an zerebrovaskulären Krankheiten beobachtet, deren Sterberaten fast doppelt so hoch wie die der Männer aus den Bundesländern mit den ungünstigsten Sterbeverhältnissen waren. Diese Aussage traf auch auf die bei Männern jeweils am niedrigsten liegenden Sterberaten zu: Männer aus Treptow-Köpenick und Tempelhof-Schöneberg (jeweils 8 je 100.000) hatten z. B. zwar von allen Berliner Bezirken das niedrigste Sterberisiko, diesen berlinweit niedrigsten Werten entsprachen aber den bundesweit höchsten Mortalitätsraten.

Angaben zu den jeweiligen geschlechtsspezifischen vorzeitigen Sterberaten an ausgewählten Krankheiten des Kreislaufsystems nach Bezirken können Abbildung 3.23 (nach Bundesländern Abbildung 3.22) entnommen werden.

3.1.2.3 Diabetes mellitus

Subjektive Morbidität - Inzidenz - Prävalenz

In Deutschland gehört Diabetes mellitus (ICD-10 Nrn. E10-E14) mittlerweile zahlenmäßig zu den häufigsten chronischen Krankheiten mit kontinuierlich steigender Tendenz. Von gesundheitspolitischer Bedeutung ist der dominierende *nicht primär insulinabhängige Diabetes mellitus (Typ-2-Diabetes / ICD-10 Nr. E11)*, denn er zählt zu den teuersten chronischen Krankheiten überhaupt. Den Auswertungen der aktuellen GEDA-Studie (Gesundheit in Deutschland aktuell 2010¹⁰) zufolge, in der bundesweit 12.483 Frauen und 9.567 Männer telefonisch zu ihrem Gesundheitszustand befragt wurden, berichteten 7,1 % der Frauen und 7,6 % der Männer über das Vorliegen eines Diabetes mellitus (alle Formen, *12-Monats-Prävalenz*). Allerdings ist innerhalb der Bevölkerung von einer Dunkelziffer unbekannter Größe auszugehen, da die Erkrankung zu Beginn meist symptomfrei verläuft und teilweise Jahre bis zur endgültigen Diagnose vergehen. Übergewicht, insbesondere aber abdominale Fettleibigkeit, zählt zu den wichtigsten Prädiktoren. Durch den demografischen Wandel der Bevölkerung und einem bereits bei Kindern Jugendlichen sowie jungen Erwachsenen zu beobachtenden Anstieg des primären Risikofaktorenprofils gewinnt die Krankheit und deren Prävention zunehmend sowohl bei den über als auch bei unter 65-Jährigen an Bedeutung.

Diabetes mellitus gehört zu den häufigsten chronischen Krankheiten mit steigender Tendenz.

Diabetes mellitus verursacht nicht zuletzt wegen seiner hohen Komplikationsrate hohe direkte und indirekte *Krankheitskosten*. Die zuletzt für das Jahr 2008 bundesweit durchgeführte direkte Krankheitskosten-

¹⁰ Vgl.: http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDDownloadsB/GEDA2010.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt aufgerufen am 22.07.2013.

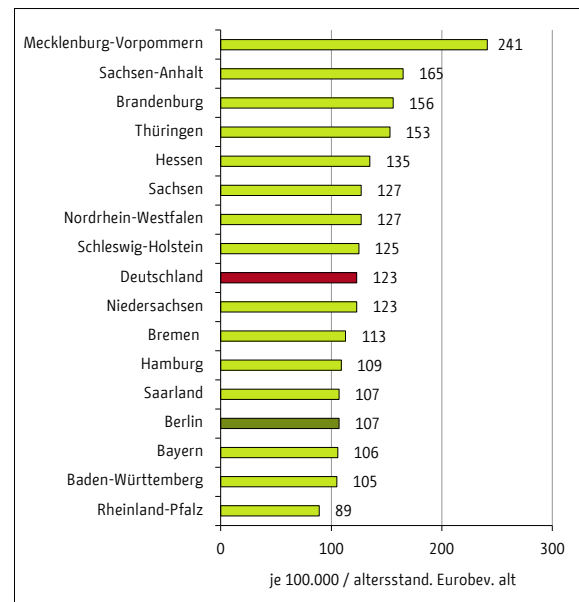
rechnung wies z. B. Kosten in Höhe von 6.342 Mio. EUR aus. Für unter 65-jährige Patienten und Patientinnen wurden 2.323 Mio. EUR benötigt. Das waren immerhin 39 % der Kosten, die für alle Tumorlokalisationen unter 65-jähriger Krebspatientinnen und -patienten (insgesamt 5.978 Mio. EUR) anfielen¹¹.

Insgesamt entstanden der deutschen Volkswirtschaft im Jahr 2008 für alle Krankheiten (nach ICD-10-GM Kapitel I – XXII) direkte Kosten in Höhe von 254.280 Mio. EUR, von denen 131.191 Mio. EUR bzw. 52 % auf unter 65-jährige Personen entfielen (zu direkten und indirekten Krankheitskosten vgl. auch Erläuterungen).

Stationäre Morbidität

Im Jahr 2011 wurden in den *Berliner Krankenhäusern* 7.433 Personen mit Wohnsitz Berlin (3.317 weiblichen, 4.116 männlichen Geschlechts) länger als einen Tag wegen *Diabetes mellitus* (alle Formen) *vollstationär behandelt*. 1.038 bzw. 31 % der weiblichen und 1.889 bzw. 46 % der männlichen Behandlungsfälle waren in einem *Alter von unter 65 Jahren*. Fast zwei Drittel (insgesamt 1.847) der Behandlungsfälle gingen bei unter 65-Jährigen zu Lasten eines nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-II-Diabetes]. Die auf alle Diabetes-mellitus-Fälle bezogene altersstandardisierte stationäre Morbiditätsrate der unter 65-jährigen Behandlungsfälle aus Berlin lag mit 108 Fällen je 100.000 12 % unter dem Bundesdurchschnitt (123 je 100.000). Im *Ländervergleich* wiesen Berlinerinnen und Berliner die bundesweit viertniedrigste Behandlungsrate auf. Mit deutlichem Abstand befanden sich Personen aus Mecklenburg-Vorpommern (241 je 100.000), gefolgt von Sachsen-Anhalt (165) und Brandenburg (156 je 100.000) am häufigsten wegen Diabetes mellitus stationärer Behandlung. Am seltensten war das bei Personen aus Rheinland-Pfalz und Baden-Württemberg der Fall (89 bzw. 105 Fälle je 100.000) (vgl. Abbildung 3.24).

Abbildung 3.24:
Aus dem Krankenhaus wegen Diabetes mellitus (ICD-10 Nrn. E10-E14) entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (Alter: 0 - 64 Jahre) in Deutschland 2011 nach Bundesländern (Wohnsitz)



(Datenquelle: StBA / Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Medizinische Rehabilitation - Frühberentung

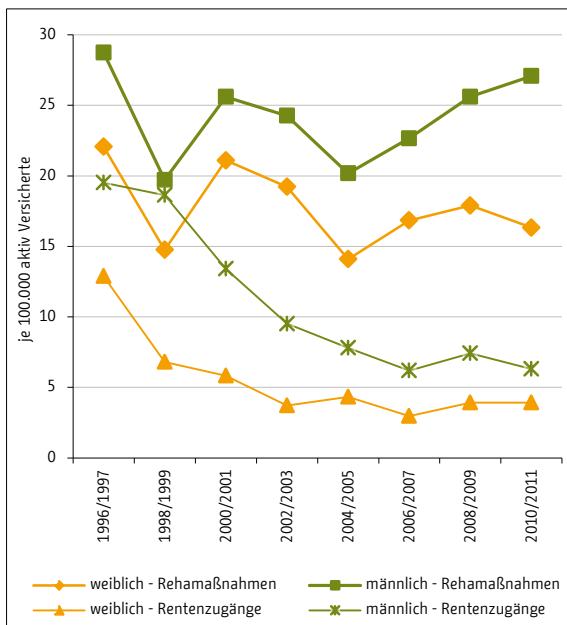
Diabetes mellitus gehört bei *unter 65-jährigen Personen* zu den Krankheiten, für die relativ häufig eine *medizinische Rehabilitation und sonstige Leistung zur Teilhabe* veranlasst wird. Bei allen Erkrankungsformen und Altersgruppen gilt als erwiesen, dass durch eine frühzeitige langfristig optimale Stoffwechseleinstellung Begleiterkrankungen und deren kostenaufwändige Folgeschäden vermieden werden können. Deshalb haben Rehabilitationsmaßnahmen, die sich auf prädiktive Risikofaktoren (wie etwa Übergewicht, Hypertonie, Rauchen, Dyslipidämien) fokussieren, einen besonders hohen Stellenwert.

**Veranlassung von Reha-
maßnahmen für Männer
häufiger als für Frauen.**

Aufgrund eines Diabetes mellitus nahmen im Jahr 2011 127 *Frauen* und 219 *Männer* aus *Berlin* eine Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch. *Bundesweit* wurden im genannten Jahr für 3.311 weibliche und für 6.617 männliche Personen derartige Leistungen erbracht. Bezogen auf 16 Interventionen je 100.000 aktiv Versicherte lag die Inanspruchnahme bei den Frauen aus Berlin unter der der Frauen aus dem übrigen Bundesgebiet (19 je 100.000). Berliner Männer hatten mit 27 je 100.000 ebenfalls einen weit unter

¹¹ Vgl. <http://www.gbe-bund.de/>, Pfad: Startseite > Ausgaben, Kosten, Finanzierung > Kosten > Kosten allgemein/sonstiges > Tabelle (gestaltbar): Krankheitskosten nach Alter und Geschlecht, zuletzt aufgerufen am 01.08.2013.

Abbildung 3.25:
Wegen Diabetes mellitus (ICD-10 Nrn. E10- E14) erbrachte Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in Berlin 1995 - 2011 (jeweils zwei Jahre zusammengefasst) nach Geschlecht



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

dem Bundesdurchschnitt (36 je 100.000) liegenden Wert. Die Rehabilitationsrate der Berlinerinnen nahm seit Mitte der 2000er Jahre um etwa 16 % und die der Berliner Männer um mehr als ein Drittel zu. Für Männer wurde im gesamten Beobachtungszeitraum deutlich häufiger als für Frauen eine Rehabilitationsmaßnahme veranlasst. In den letzten zwei Jahren lag die Inanspruchnahme der Männer z. B. zwei Drittel über der der Frauen (vgl. Abbildung 3.25).

Frühberentungen wegen verminderter Erwerbsfähigkeit infolge von Diabetes mellitus verursachen eine nicht unerhebliche Zahl an verlorenen Erwerbstätigkeitsjahren. Bundesweit beliefen sich diese im Jahr 2008 (für welches die aktuellsten Daten vorliegen) bei Frauen auf 7.000 und bei Männern auf 28.000 Jahre¹².

Insgesamt wurden im Jahr 2011 38 Berlinerinnen und 52 Berliner Männer wegen Diabe-

Frühberentungsrate aufgrund von Diabetes mellitus bei Berliner Männern rückläufig.

tes mellitus frühberentet. Das entsprach einer Frühberentungsrate von 4,6 je 100.000 aktiv Versicherte bei den Frauen und von 6,4 je 100.000 bei den Männern. Berlinerinnen hatten gegenüber Frauen aus dem Bundesgebiet (711 Zugänge bzw. 4,1 je 100.000 aktiv Versicherte) ein um 12 % höher liegendes Frühberentungsrisiko. Demgegenüber lag es bei den Berliner Männern ein Fünftel darunter (Deutschland: 1.461 Zugänge bzw. 8,0 je 100.000 aktiv Versicherte). Im Durchschnitt gesehen hat sich das Frühberentungsrisiko der Berliner Frauen seit Anfang der 2000er Jahre nicht wesentlich verändert. Bei den Männern kam es in den letzten Jahren zu einem leichten Rückgang. Im gesamten Beobachtungszeitraum wurden Männer gegenüber Frauen jedoch deutlich häufiger wegen Diabetes mellitus frühberentet. Die Zugangsrate der Männer lag in den letzten zwei Jahren beispielsweise fast zwei Drittel über der der Frauen (vgl. Abbildung 3.25).

Mortalität

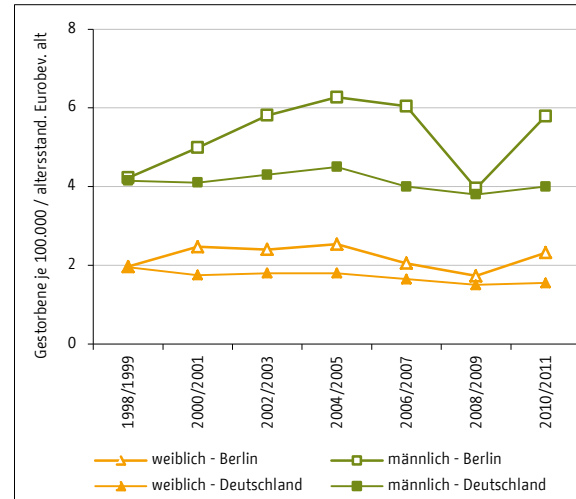
Bezogen auf die Gesamtsterblichkeit gehören Sterbefälle an Diabetes mellitus insgesamt zu den zehn häufigsten Todesursachen nach Einzeldiagnosen (vgl. GSI-Tabelle 3.8-1). Bundesweit starben im Jahr 2011 23.552 Personen (1.637 weiblichen und 9.915 männlichen Geschlechts) an Diabetes mellitus. In Berlin belief sich die Zahl der Gestorbenen auf insgesamt 1.131, 636 weiblichen und 495 männlichen Geschlechts. Die Sterblichkeit beginnt um das 50. Lebensjahr herum. Bis auf über 90-Jährige hatten Männer gegenüber Frauen in allen Altersgruppen ein höheres Sterberisiko. Die altersstandardisierte Sterblichkeit der Berlinerinnen ging von 1991 bis 2011 (19 bzw. 15 je 100.000) um 22 % zurück. Sie lag aber 2011 immer noch ein Viertel über dem Bundesniveau (12 je 100.000). Demgegenüber kam es bei den Berliner Männern zu einem Anstieg um 16 % (1991: 19, 2011: 22 je 100.000). Sie hatten gegenüber Männern aus dem übrigen Bundesgebiet (16 Gestorbene je 100.000) eine um 38 % höher liegende Mortalität.

Sterblichkeit an Diabetes mellitus bei Berlinerinnen rückläufig, bei Berliner Männern steigend.

¹² Vgl. <http://www.gbe-bund.de/>, Pfad: Startseite > Ausgaben, Kosten, Finanzierung > Kosten > Kosten allgemein/sonstiges > Tabelle (gestaltbar): Verlorene Erwerbstätigkeitsjahre nach Ausfallart und Geschlecht, zuletzt aufgerufen am 01.08.2013.

Die vorzeitige Sterblichkeit an Diabetes mellitus belief sich im Jahr 2011 bundesweit auf 2.256 registrierte Fälle (667 weiblich und 1.589 männlichen Geschlechts). In Berlin starben 40 Frauen und 103 Männer im Alter von unter 65 Jahre an Diabetes mellitus. Die altersstandardisierte Sterblichkeit der Berlinerinnen ging zwar von 1991 bis 2011 (3,4 bzw. 2,3 Gestorbene je 100.000) um ein Drittel zurück, sie lag aber im Jahr 2011 immer noch 44 % über dem Bundesniveau (1,6 je 100.000). Bei den Berliner Männern kam es zu einem Anstieg des Sterberisikos um 16 % (5,3 bzw. 6,1 je 100.000). Sie hatten gegenüber Männern aus dem Bundesgebiet (3,9 je 100.000) im Jahr 2011 einen um 56 % höher liegenden Wert. Der in Berlin in den Jahren 2008/2009 zu beobachtende Rückgang und darauf folgende starke Anstieg der Sterblichkeit kann an dieser Stelle nicht interpretiert werden. Möglicherweise besteht ein Zusammenhang mit nachträglich durchgeführten Korrekturen, die aufgrund von Nichtbeachtung von Kodierregeln in der Todesursachenstatistik durchgeführt wurden. Die bei beiden Geschlechtern in Berlin im Vergleich zu Frauen und Männern aus dem gesamten Bundesgebiet ermittelten Sterblichkeitsdifferenzen konnten - ausgenommen 1998/1999 und 2008/2009 - im gesamten Beobachtungszeitraum festgestellt werden (vgl. Abbildung 3.26).

Abbildung 3.26:
Vorzeitige Sterblichkeit an Diabetes mellitus (ICD-10 Nrn. E10 - E14) in Berlin und Deutschland 1998 - 2011 (jeweils zwei Jahre zusammengefasst) nach Geschlecht



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

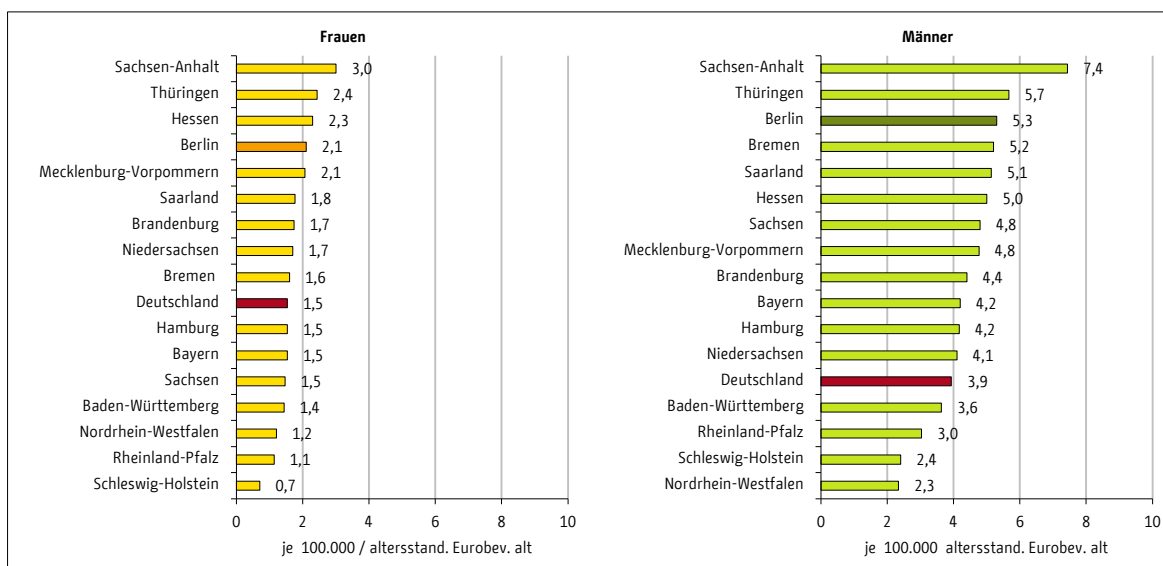
Berlin gehört zu den Bundesländern mit der höchsten Mortalität an Diabetes mellitus.

In Bezug auf die vorzeitige Sterblichkeit an Diabetes mellitus auf Länderebene wies Berlin im Bundesländervergleich in den letzten Jahren (2009/2011) mit 2,1 Gestorbenen je 100.000 bei den Frauen die vierthöchste Rate auf, die sich 40 % über dem Bundesniveau (1,5 je 100.000) bewegte. Das höchste Risiko, vor Vollendung des 65. Lebensjahres an Diabetes mellitus zu sterben, hatten Frauen aus Sachsen-Anhalt, Thüringen und Hessen. Dort lagen die Sterberaten um ein Mehrfaches über denen der Frauen aus Schleswig-Holstein, Rheinland-Pfalz und Nordrhein-Westfalen, die das niedrigste Sterberisiko aufwiesen. Bis auf Sachsen hatten Frauen aus den anderen neuen Bundesländern eine über dem Bundesdurchschnitt liegende Mortalität. Bei den Männern gehörte Berlin mit 5,3 Gestorbenen je 100.000, das entsprach dem dritthöchsten Wert, ebenfalls zu den Ländern mit einem weit über dem Bundesdurchschnitt (3,9 je 100.000) liegenden Sterberisiko. Das mit Abstand höchste hatten Männer aus Sachsen-Anhalt und Thüringen, deren Mortalitätsrate um mehr als das 1,5-fache über der der Männer aus Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein lag. Das waren auch die Länder mit den niedrigsten Sterberaten. Unter 65-jährige Männer aus den neuen Bundesländern hatten durchweg ein über dem Bundesdurchschnitt liegendes Risiko, an Diabetes mellitus zu sterben.

Die jeweiligen geschlechtsspezifischen vorzeitigen Sterberaten an Diabetes mellitus nach Bundesländern können Abbildung 3.27 entnommen werden.

Auf Bezirksebene unterliegt die vorzeitige Sterblichkeit an Diabetes mellitus einer erheblichen Schwankungsbreite. Im Zeitraum 2009/2011 wurden bei Frauen aus Lichtenberg (3,8 Gestorbene je 100.000), Friedrichshain-Kreuzberg und Tempelhof-Schöneberg (2,6 bzw. 2,5 je 100.000) die höchsten Raten ermittelt. Das Sterberisiko lag in diesen Bezirken auch über dem Niveau der Bundesländer mit den höchsten Werten. Demgegenüber wiesen unter 65-jährige Frauen aus Pankow (1,3 je 100.000), Charlottenburg-Wilmersdorf und Steglitz-Zehlendorf (1,6 bzw. 1,7 je 100.000) die berlinweit niedrigsten Werte auf. Aber auch

Abbildung 3.27:
Geschlechtsspezifische vorzeitige Sterblichkeit an Diabetes mellitus (ICD-10 Nrn. E10-E14) in Deutschland 2009 - 2011 (zusammengefasst) nach Bundesländern

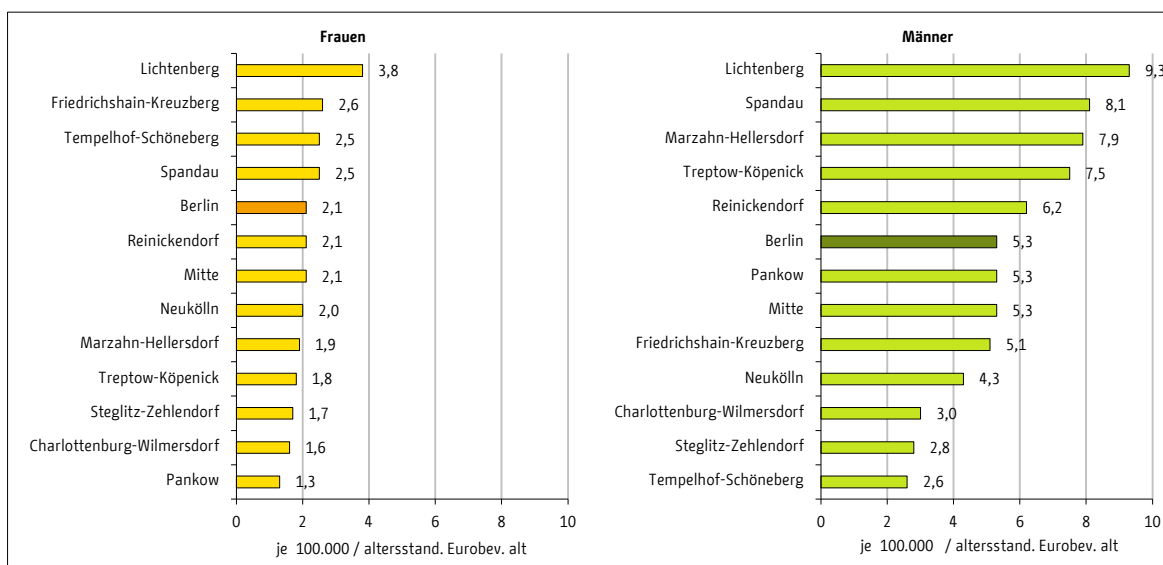


(Datenquelle: StBA / Darstellung: SenGesSoz - I A -)

diese bewegten sich noch über denen der Frauen aus den Bundesländern mit den niedrigsten Ziffern. Auch bei den *Männern* wurde im Bezirk Lichtenberg (9,3 Gestorbene je 100.000) die höchste Sterblichkeit beobachtet. Männer aus Spandau und Marzahn-Hellersdorf (8,1 bzw. 7,9 je 100.000) hatten ebenfalls deutlich über dem Berliner Durchschnitt liegende Sterberaten. In den drei Bezirken lagen die Werte zudem erheblich über denen der Bundesländer mit den ungünstigsten Sterbeverhältnissen. Das berlinweit niedrigste Sterberisiko wiesen Männer aus Tempelhof-Schöneberg (2,6 je 100.000), Charlottenburg-Wilmersdorf und Steglitz-Zehlendorf (2,8 bzw. 3,0 je 100.000) auf. Im Vergleich zu den Bundesländern mit den niedrigsten Werten lagen die Raten in den genannten Bezirken nur knapp darüber.

Die jeweiligen geschlechtsspezifischen vorzeitigen Sterberaten an Diabetes mellitus nach Bezirken können Abbildung 3.28 entnommen werden.

Abbildung 3.28:
Geschlechtsspezifische vorzeitige Sterblichkeit an Diabetes mellitus (ICD-10 Nrn. E10-E14) in Berlin 2009 - 2011 (zusammengefasst) nach Bezirken



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

3.1.2.4 Chronische Krankheiten der unteren Atemwege

Subjektive Morbidität - Inzidenz - Prävalenz

Die COPD - im Volksmund Raucherhusten - zählt weltweit zu den häufigsten Erkrankungen.

Chronische Krankheiten der unteren Atemwege (ICD-10 Nrn. J40-J47), zu denen chronische Bronchitis, Asthma, Emphysem, insbesondere aber die *chronisch obstruktive Lungenkrankheit (COPD - chronic obstructive pulmonary disease)*, im Volksmund auch „Raucherhusten“ genannt) zählen, gehören hierzulande mittlerweile zu den großen Volkskrankheiten. Die COPD (ICD-10 Nr. J44) zählt weltweit zu den häufigsten Erkrankungen; bei einer vermuteten hohen Dunkelziffer geht die WHO von weit über 300 Millionen Betroffenen aus, Tendenz steigend. In Deutschland dürften über sieben Millionen Menschen an COPD erkrankt sein¹³. Für Berlin bedeutet dies, dass derzeit schätzungsweise 280.000 Berliner und Berlinerinnen an einer chronisch obstruktiven Lungenkrankheit leiden. Die Sterblichkeit an COPD ist hoch. Auf alle Altersgruppen bezogen rangierte diese Todesursache 2011 in Deutschland bei den Frauen auf dem neunten und bei den Männern auf dem vierten Rang der amtlichen Todesursachenstatistik. In Berlin belegte sie bei den Frauen Rang sieben und bei den Männern Rang fünf. Auch bei der unter 65-jährigen Berliner Bevölkerung zählte COPD bereits zu den zehn häufigsten Todesursachen (Frauen: Platz neun, Männer: Platz acht).

Die im Rahmen der aktuellen GEDA-Studie (Gesundheit in Deutschland aktuell 2010¹⁴) gemachten Aussagen zur *Prävalenz von chronischen Bronchitiden* (Erkrankung, deren wichtigster modifizierbarer Risikofaktor das Rauchen ist und die bei permanenter Atemwegsverengung in eine COPD übergehen kann), ergaben, dass 10,4 % der Frauen und 7,5 % der Männer an einer chronischen Bronchitis (Lebenszeitprävalenz) leiden (vgl. GSI-Tabelle [3.18-1](#)).

Im Jahr 2009 stellte die COPD (ICD-10 Nr. J44) in den allgemeinärztlichen *Praxen in Berlin* mit insgesamt 219.952 *Abrechnungsfällen* einen Anteil von 4,8 %. Den Daten der hausärztlich-internistisch tätigen Praxen zufolge lag der Anteil dort mit 6,4 % (113.278 Fälle) noch höher (vgl. GSI-Tabelle [3.19-1](#)).

Chronische Krankheiten der unteren Atemwege verursachen hohe direkte und indirekte *Krankheitskosten*. Die zuletzt für das Jahr 2008 bundesweit durchgeführte direkte Krankheitskostenrechnung wies z. B. Kosten in Höhe von 5.285 Mio. EUR aus, für unter 65-jährige Erkrankte wurden 2.682 Mio. EUR benötigt. Das war fast die Hälfte der Kosten, die unter 65-jährige Krebspatienten und -patientinnen für alle Tumorlokalisationen (insgesamt 5.978 Mio. EUR) benötigten¹⁵.

Insgesamt entstanden der deutschen Volkswirtschaft im Jahr 2008 für alle Krankheiten (nach ICD-10-GM Kapitel I – XXII) direkte Kosten in Höhe von 254.280 Mio. EUR, von denen 131.191 Mio. EUR bzw. 52 % auf unter 65-jährige Personen entfielen (zu direkten und indirekten Krankheitskosten vgl. auch Erläuterungen).

Stationäre Morbidität

Krankenhausinanspruchnahme wegen COPD in Berlin unter Bundesdurchschnitt.

Im Jahr 2011 wurden in den *Berliner Krankenhäusern* 9.631 Personen mit *Wohnsitz Berlin* (4.803 weiblichen, 4.828 männlichen Geschlechts) länger als einen Tag wegen *chronischer Krankheiten der unteren Atemwege vollstationär behandelt*. 2.879 Krankenhausfälle, 1.356 bzw. 28 % der weiblichen und 1.523 bzw. 32 % der männlichen, waren in einem *Alter von unter 65 Jahren*. Die Mehrzahl dieser unter 65-Jährigen (2.141 bzw. 74 %) befand sich wegen einer *chronischen obstruktiven Lungenkrankheit* in stationärer Therapie, das betraf 982 bzw. 72 % der weiblichen und 1.159 bzw. 76 % der

¹³ Vgl.: <http://www.aerztezeitung.de/medizin/krankheiten/asthma/article/626622/welt-copd-tag-fruehe-therapie-haelt-copd-krank-jaenger-fit.html>, zuletzt aufgerufen am 24.07.2013.

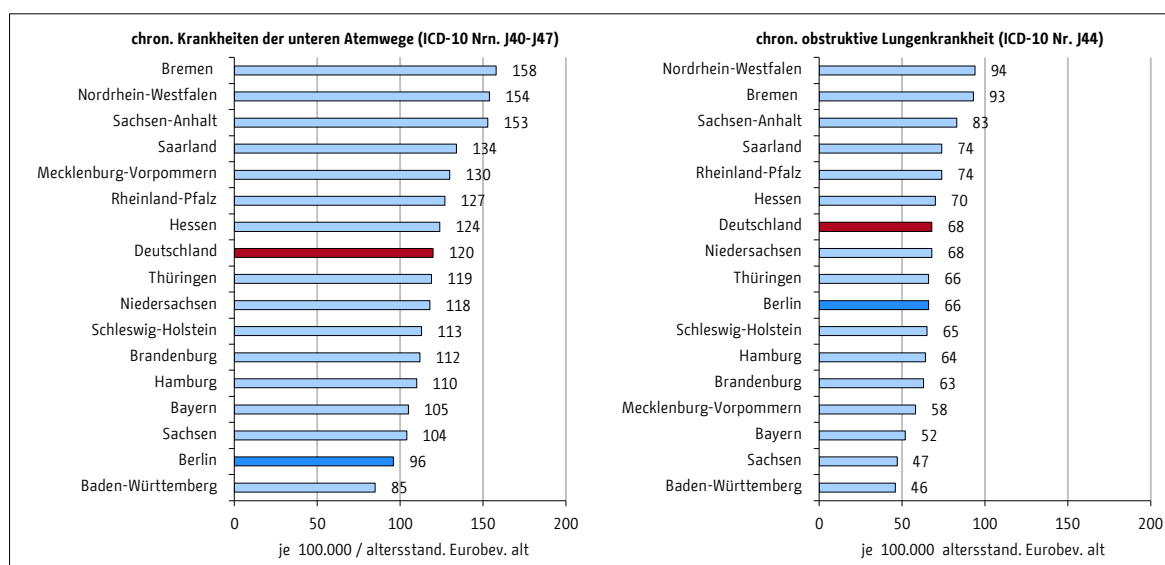
¹⁴ Vgl.: http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/GEDA2010.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt aufgerufen am 22.07.2013.

¹⁵ Vgl.: <http://www.gbe-bund.de/>, Pfad: Startseite > Ausgaben, Kosten, Finanzierung > Kosten > Kosten allgemein/sonstiges > Tabelle (gestaltbar): Krankheitskosten nach Alter und Geschlecht, zuletzt aufgerufen am 01.08.2013.

männlichen Fälle. Die *Krankenhausverweildauer* der wegen einer COPD Behandelten liegt deutlich über der der Durchschnittsverweildauer aller Behandlungsanlässe. Im Jahr 2011 verbrachten unter 65-jährige Männer aus Berlin durchschnittlich 9,7 und Frauen 9,2 Tage im Krankenhaus, damit dauerte der Krankenhausaufenthalt im Durchschnitt drei Tage länger als die mittlere Verweildauer dieser Altersgruppe (Männer: 6,9 Tage / Frauen: 6,2 Tage). Die auf alle Fälle von chronischen Krankheiten der unteren Atemwege bezogene altersstandardisierte *stationäre Morbiditätsrate* unter 65-Jähriger aus Berlin betrug 96 je 100.000 und lag ein Fünftel unter dem Bundesdurchschnitt (120 Fälle je 100.000). Im *Ländervergleich* wiesen Berliner und Berlinerinnen nach Personen aus Baden-Württemberg die zweitniedrigste Behandlungsrate auf. Mit großem Abstand am häufigsten befanden sich Personen aus Bremen (158 je 100.000), Nordrhein-Westfalen und Sachsen-Anhalt (154 bzw. 153 je 100.000) wegen derartiger Erkrankungen in stationärer Behandlung. Auch bei der Therapie einer COPD hatten Patienten und Patientinnen aus den letztgenannten Bundesländern die höchste Inanspruchnahme. Berlin rangierte hier im Mittelfeld und lag mit einem Wert von 66 Fällen je 100.000 leicht unter dem Bundesniveau (68 je 100.000) (vgl. Abbildung 3.29).

Abbildung 3.29:

Aus dem Krankenhaus wegen chronischer Krankheiten der unteren Atemwege, darunter chronische obstruktive Lungenkrankheit, entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (Alter: 0 - 64 Jahre) in Deutschland 2011 nach Bundesländern (Wohnsitz)



(Datenquelle: StBA / Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Medizinische Rehabilitation - Frühberentung

Chronische Krankheiten der unteren Atemwege gehören bei unter 65-jährigen Personen zu den Krankheiten, für die häufig eine *medizinische Rehabilitation und sonstige Leistung zur Teilhabe* veranlasst wird. Aufgrund einer derartigen Erkrankung nahmen im Jahr 2011 374 Frauen und 227 Männer aus Berlin eine Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch. Bundesweit wurden im genannten Jahr

COPD in Berlin für starken Anstieg von Rehabilitationsmaßnahmen verantwortlich.

für 7.959 weibliche und für 7.819 männliche Personen derartige Leistungen erbracht. Die Rate der Frauen aus Berlin lag mit 46 je 100.000 aktiv Versicherte auf Bundesniveau. Berliner Männer hatten dagegen mit 28 je 100.000 aktiv Versicherte eine um mehr als ein Drittel unter dem Bundesdurchschnitt (43 je 100.000) liegende Inanspruchnahme. Insgesamt gesehen nahm die Rehabilitationsrate der Berlinerinnen seit 2005 um 55 % und die der Berliner Männern sogar um 84 % zu. Frauen nahmen im gesamten Beobachtungszeitraum deutlich häufiger als Männer eine Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch (vgl. Abbildung 3.30). Das traf jedoch nur auf alle in der Diagnosegruppe J40-J47 klassifizierten Krankheiten zu. Bezogen auf die chronisch obstruktive Lungenkrankheit (ICD-10 Nr. J44) lag die Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen im Jahr 2011 bei den Männern mit 126 Fällen bzw. 16 je 100.000 aktiv Versicherten über der

Frauen (107 bzw. 13 je 100.000). Rehamassnahmen aufgrund einer COPD stiegen bei beiden Geschlechtern deutlich an. Bei Frauen nahmen sie von 2004 bis 2011 um 71 % (2005: 7,6, 2011: 13,1 je 100.000) zu. Bei Männern erhöhte sie sich sogar um das Zweieinhalbfache (2004: 6,4, 2011: 15,5 je 100.000) zu. In den letzten Jahren lag der altersstandardisierte Anteil der infolge einer COPD erfolgten Interventionen bei den Berlinerinnen bei 22 % und bei den Berliner Männern bei über 50 %.

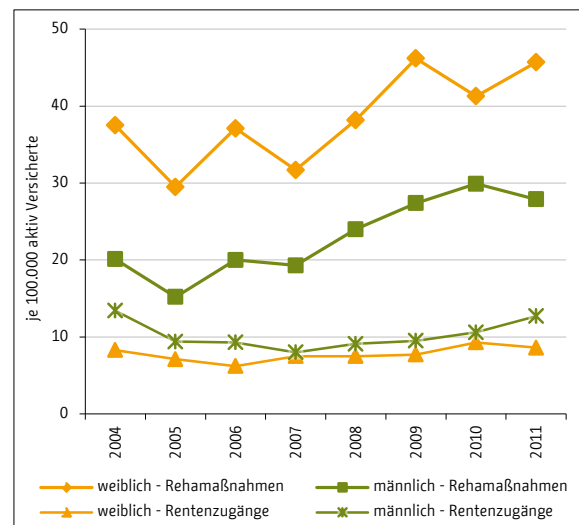
Frühberentungen wegen verminderter Erwerbsfähigkeit infolge von chronischen Krankheiten der unteren Atemwege verursachen eine hohe Zahl an *verlorenen Erwerbstätigkeitsjahren*. Bundesweit beliefen diese sich z. B. im Jahr 2008 bei Frauen auf 27.000 und bei Männern auf 42.000 Jahre. Dabei gingen ca. 22.000 verlorene Erwerbsjahre bei den Frauen und 37.000 bei den Männern zu Lasten chronischer Bronchitiden und der COPD¹⁶.

**Frühberentungsrisiko
infolge von chronischen
Atemwegserkrankungen
in Berlin steigend.**

Insgesamt wurden im Jahr 2011 70 *Berlinerinnen* und 103 *Berliner Männer* wegen chronischer Krankheiten der unteren Atemwege frühberentet. Das entsprach einer Frühberentungsrate von 8,6 je 100.000 aktiv Versicherte bei den Frauen und von 12,7 je 100.000 bei den Männern. Berlinerinnen hatten gegenüber Frauen aus dem *Bundesgebiet* (1.605 Zugänge bzw. 9,3 je 100.000 aktiv Versicherte) ein um 8 % niedriger liegendes Frühberentungsrisiko. Auch bei den Berliner Männern lag es 11 % unter dem Bundesniveau (2.607 Zugänge bzw. 14,3 je 100.000 aktiv Versicherte). Im Durchschnitt gesehen hat sich die Zugangsrate der Berliner Frauen seit 2005 um 21% und das Männer um mehr als ein Drittel erhöht. Männer hatten zudem im gesamten Beobachtungszeitraum gegenüber Frauen eine zum Teil deutlich höher liegende Rentenzugangsrate. Von allen chronischen Krankheiten der unteren Atemwege ist die *chronische obstruktive Lungenkrankheit* der mit Abstand häufigste Anlass einer gesundheitsbedingten Frühberentung. Insgesamt wurden im Jahr 2011 52 Berlinerinnen und 87 Berliner Männer wegen einer COPD frühberentet. Mit einer Inzidenzrate von 6,4 je 100.000 aktiv Versicherte lag das Frühberentungsrisiko der Frauen 12 % und das der Berliner Männer (10,7 je 100.000) 11 % unter dem Bundesniveau (Frauen: 1.244 Fälle bzw. 7,2, Männer: 2.209 bzw. 12,1 je 100.000) (vgl. Abbildung 3.30).

Abbildung 3.30 :

Wegen chronischer Krankheiten der unteren Atemwege (ICD-10 Nrn. J40-J47) erbrachte Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in Berlin 2004 - 2011 nach Geschlecht



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

Mortalität

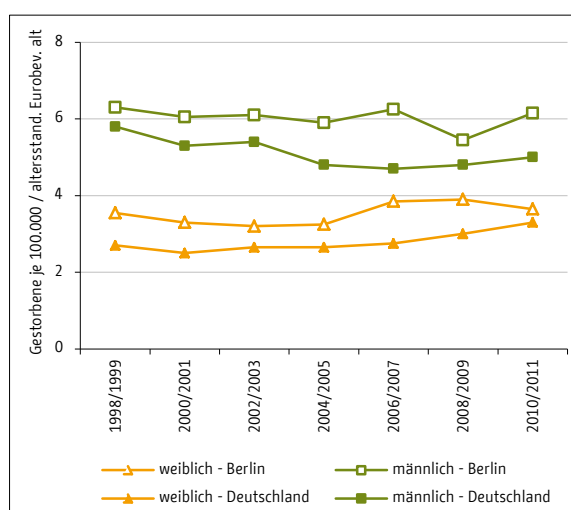
**Männer sterben häufiger
als Frauen an chronischen
Krankheiten der unteren
Atemwege.**

Bezogen auf die Gesamtsterblichkeit gehören *Sterbefälle an chronischen Krankheiten der unteren Atemwege* zu den häufigsten Todesursachen. Das trifft insbesondere auf die *COPD* zu, die im Jahr 2011 in *Berlin* bei den *Frauen* auf Platz sieben und bei den *Männern* auf Platz fünf rangierte (vgl. GSI-Tabelle [3.8-1](#)). *Bundesweit* starben im Jahr 2011 29.324 Personen (12.750 weiblichen und 16.574 männlichen Geschlechts) an chronischen Atemwegserkrankungen. In Berlin belief sich die Zahl der Gestorbenen auf insgesamt 1.238, von denen 633 weiblichen und 605 männlichen Geschlechts waren. Die Sterblichkeit beginnt oberhalb des 50. Lebensjahres. Bis auf über 90-Jährige hatten Männer gegenüber

¹⁶ Vgl.: <http://www.gbe-bund.de/>, Pfad: Startseite > Ausgaben, Kosten, Finanzierung > Kosten > Kosten allgemein/sonstiges > Tabelle (gestaltbar): Verlorene Erwerbstätigkeitsjahre nach Ausfallart und Geschlecht, zuletzt aufgerufen am 01.08.2013.

Frauen in allen Altersgruppen ein höheres Sterberisiko. Mit jeweils 17 Gestorbenen je 100.000 hat sich die altersstandardisierte Sterblichkeit der Berlinerinnen von 1998 bis 2011 nicht verändert. Im Jahr 2011 lag sie aber 28 % und damit erheblich über dem Bundesdurchschnitt (12.750 Gestorbene bzw. 13 je 100.000). Demgegenüber kam es bei den Berliner Männern zu einem Rückgang des Sterberisikos um mehr als ein Viertel (1998: 35, 2011: 26 je 100.000). Die Mortalitätsrate der Berliner lag 2011 auf Bundesniveau. Der Anteil der an COPD gestorbenen Berlinerinnen bezifferte sich auf 89 % (566 Gestorbene bzw. 15 je 100.000). Bei den Männern gingen 93 % (563 Gestorbene bzw. 23,8 je 100.000) zu Lasten dieser schweren Lungenerkrankung. Bei den Berlinerinnen hat sich das Risiko, an den Folgen einer COPD zu sterben, von 1998 bis 2011 um ein Drittel erhöht, versus kam es bei den Männern zu einem geringfügigen Rückgang. Bei beiden Geschlechtern lagen die Sterbeziffern in Berlin jeweils über den Bundesdurchschnittswerten (Frauen: Berlin 15, Deutschland 11; Männer: Berlin 24, Deutschland 23 Gestorbene je 100.000).

Abbildung 3.31:
Vorzeitige Sterblichkeit an chronischen Krankheiten der unteren Atemwege (ICD-10 Nrn. J40-J47) in Berlin und Deutschland 1998 - 2011 (jeweils zwei Jahre zusammengefasst) nach Geschlecht



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

Im Alter von unter 65 Jahren starben im Jahr 2011 163 Personen aus Berlin (58 weiblichen, 105 männlichen Geschlechts) an chronischen Krankheiten der unteren Atemwege. Bundesweit wurden 3.406 Sterbefälle, 1.361 weiblich und 2.045 männliche, registriert. Die altersstandardisierte Sterberate der Berlinerinnen ging von 1998 (64 Gestorbene bzw. 3,7 je 100.000) bis 2011 (58 bzw. 3,4 je 100.000) um 8 % zurück und lag 2011 erstmals auf Bundesniveau, versus kam es bei den unter 65-jährigen Berliner Männern zu einem Anstieg des Sterberisikos um knapp 5 % (1998: 105 bzw. 6,1 je 100.000, 2011: 105 Gestorbene bzw. 6,4 je 100.000). Berlinerinnen und Berliner hatten gegenüber Gleichaltrigen aus dem Bundesgebiet im gesamten Beobachtungszeitraum zum Teil deutlich höher liegende Mortalitätsraten (vgl. Abbildung 3.31).

Bei der vorzeitigen Sterblichkeit der Berlinerinnen infolge der zu den chronischen Krankheiten der unteren Atemwege zählenden Krankheiten Asthma, Emphysem und einfacheren chronischen Bronchitiden war eine starke Abnahme zu beobachten. Auch bei den Männern kam es hinsichtlich der genannten Krankheiten zu einem Rückgang der Mortalität. Bei den Frauen belief sich dieser im Zeitraum 1998 bis 2011 auf minus 75 % und bei den Männern auf minus 67 %.

Der überwiegende Teil (derzeit weit über 80 %) der Todesfälle in der Gruppe der chronischen Krankheiten der unteren Atemwege geht zu Lasten einer COPD, die 2011 bei Berlinerinnen die neunt- und bei den Berliner Männern die achthäufigste Todesursache überhaupt war. Insgesamt starben im genannten Jahr 47 Frauen und 89 Männer aus Berlin an einer COPD. Bundesweit wurden 1.121 weibliche und 1.736 männliche Sterbefälle mit dieser Todesursache kodiert. Die vorzeitige Sterblichkeit an COPD hat sich bei den Berlinerinnen von 1998 bis 2011 mehr als verdoppelt (1,3 bzw. 2,8 Gestorbene je 100.000). Aber auch im gesamten Bundesgebiet kam es zu einem Anstieg der Rate um 50 % (1,8 bzw. 2,7 je 100.000). Bei den Berliner Männern nahm das Sterberisiko im genannten Zeitraum um mehr als zwei Drittel zu (3,3, bzw. 5,5 je 100.000), demgegenüber kam es deutschlandweit lediglich zu einem Anstieg um 5 % (4,0 bzw. 4,2 je 100.000). Während sich die Sterblichkeit der Berlinerinnen im Jahr 2011 nur knapp über dem Bundesniveau bewegte, lag sie bei den Berliner Männern 31 % darüber.

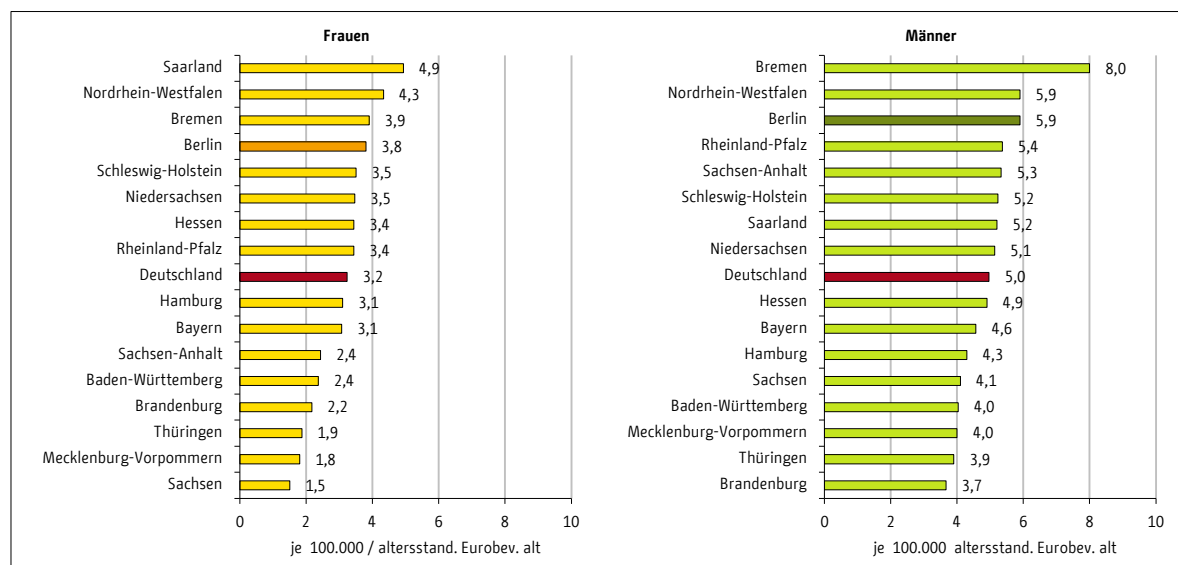
Sterblichkeit an COPD überdurchschnittlich angestiegen.

Sterberaten an chronischen Atemwegserkrankungen in Berlin weit über Bundesniveau.

In Bezug auf die *vorzeitige Sterblichkeit an chronischen Krankheiten der unteren Atemwege* auf Länderebene wies Berlin im *Bundesländervergleich* in den letzten Jahren (2009/2011) mit 3,8 Gestorbenen je 100.000 bei den Frauen die vierthöchste Rate auf, die knapp ein Fünftel über dem Bundesniveau (3,2 je 100.000) lag. Das höchste Risiko, vor Vollendung des 65. Lebensjahres an chronischen Atemwegserkrankungen zu sterben, hatten Frauen aus dem Saarland und aus Nordrhein-Westfalen. Dort lagen die Sterberaten um ein Mehrfaches über denen der Frauen aus Sachsen, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen. Das waren die Länder mit den bundesweit niedrigsten Sterbeziffern. Auffällig war das bei Frauen aus den neuen Bundesländern durchweg unter dem Bundesdurchschnitt liegenden Sterberisiko. Bei den Männern gehörte Berlin mit 5,9 Gestorbenen je 100.000, das entsprach dem dritthöchsten Wert, ebenfalls zu den Ländern mit deutlich über dem Bundesdurchschnitt (5,0 je 100.000) liegenden Sterbeziffern. Die mit Abstand höchste Sterblichkeit wurde bei Männern aus Bremen beobachtet. Sie wiesen eine Sterberate auf, die um ein Mehrfaches über den Werten der Männer aus Brandenburg und Thüringen lag. Männer aus den neuen Bundesländern hatten bis auf Sachsen-Anhalt eine deutlich unter dem Bundesdurchschnitt liegende Mortalität.

Die jeweiligen geschlechtsspezifischen vorzeitigen Sterberaten an chronischen Krankheiten der unteren Atemwege nach Bundesländern können Abbildung 3.32 entnommen werden.

Abbildung 3.32:
Geschlechtsspezifische vorzeitige Sterblichkeit an chronischen Krankheiten der unteren Atemwege (ICD-10 Nrn. J40-J47) in Deutschland 2009 - 2011 (zusammengefasst) nach Bundesländern



(Datenquelle: StBA / Darstellung: SenGesSoz - I A -)

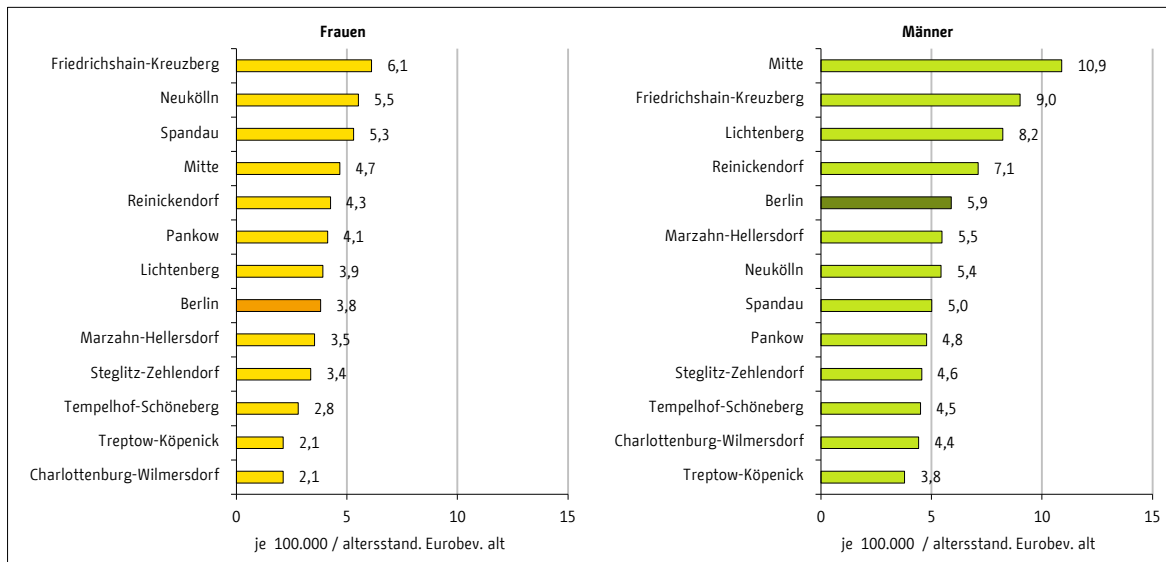
Auf *Bezirksebene* unterliegt die *vorzeitige Sterblichkeit an chronischen Krankheiten der unteren Atemwege* einer erheblichen Schwankungsbreite. Im Zeitraum 2009/2011 wurden bei Frauen aus Friedrichshain-Kreuzberg (6,1 Gestorbene je 100.000), Neukölln und Spandau (5,5 bzw. 5,3 je 100.000) die höchsten Raten ermittelt. Das Sterberisiko der Frauen lag in diesen Bezirken im Durchschnitt 27 % über dem Niveau der Bundesländer mit den höchsten Werten und zweieinhalbmal so hoch wie das der Frauen aus Charlottenburg-Wilmersdorf, Treptow-Köpenick (jeweils 2,1 je 100.000) und Tempelhof-Schöneberg (2,6, je 100.000), wo Frauen die niedrigste Sterblichkeit von allen Berliner Bezirken hatten. Die Werte lagen in den letztgenannten Bezirken aber immer noch um mehr als ein Drittel über dem Niveau der Frauen aus den Bundesländern mit den niedrigsten Sterbeziffern. Bei den Männern wurde die mit Abstand höchste Sterblichkeit im Bezirk Mitte (10,9 Gestorbene je 100.000) ermittelt. Auch Männer aus Friedrichshain-Kreuzberg und Lichtenberg (9,0 bzw. 8,2 je 100.000) hatten weit über dem Berliner Durchschnitt liegende Werte, die mehr

als doppelt so hoch waren wie die der Männer aus Treptow-Köpenick (3,8 je 100.000), Charlottenburg-Wilmersdorf und Tempelhof-Schöneberg (4,4 bzw. 4,5 je 100.000). In diesen Bezirken wurden die niedrigsten Sterbeverhältnisse ermittelt. Im Vergleich zu den Bundesländern mit den höchsten versus niedrigsten Werten lagen die Raten in den Berliner Bezirken jeweils 43 % bzw. 8 % darüber.

Die jeweiligen geschlechtsspezifischen vorzeitigen Sterberaten an chronischen Krankheiten der unteren Atemwege nach Bezirken können Abbildung 3.33 entnommen werden.

Abbildung 3.33:

Geschlechtsspezifische vorzeitige Sterblichkeit an chronischen Krankheiten der unteren Atemwege (ICD-10 Nrn. J40-J47) in Berlin 2009 - 2011 (zusammengefasst) nach Bezirken



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

3.2 Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen und Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen

3.2.1 Verhaltensbedingte Risikofaktoren chronischer Krankheiten und potenzieller Rückgang des Sterberisikos

Das individuelle *Gesundheitsverhalten* ist die wichtigste Determinante der Gesundheit und übt den maßgebenden Einfluss auf die Entstehung spezifischer chronischer Krankheiten aus. Nur wenige - zumeist beeinflussbare - *Risikofaktoren* determinieren das Krankheitsgeschehen der meisten chronischen Krankheiten. Zu den prädisponierenden Faktoren zählen Bluthochdruck, körperliche Inaktivität, Adipositas, ungesunde Ernährung, Alkohol- und Tabakmissbrauch, Fettstoffwechselstörungen und Stress. Neben dem Ausmaß von Übergewicht und Adipositas, welches mittels BMI erfasst wird, bestimmt das Fettverteilungsmuster und hier insbesondere das viszerale Fett (auch Bauchfett genannt) im Wesentlichen das metabolische und kardiovaskuläre Gesundheitsrisiko¹⁷.

Chronische Krankheiten, die auf negative Gesundheitsverhaltensweisen zurückzuführen sind, könnten in den meisten Fällen durch individuelle Prävention und Gesundheitsförderung vermieden bzw. die Sterblichkeit gesenkt werden. Z. B. könnte der Entstehung einer Vielzahl hier beschriebener chronischer Erkrankungen in erheblichem Maß vorgebeugt werden, indem auf das Rauchen verzichtet wird. Ein individueller gesundheitsförderlicher Lebensstil ist stark abhängig vom Geschlecht, vom Alter und insbesondere vom

¹⁷ Zu Adipositas vgl.: www.adipositas-gesellschaft.de, zuletzt aufgerufen am 19.07.2013.

sozialen Status. So sind Verhaltensweisen mit negativen Auswirkungen auf die Gesundheit in Bezirken mit niedrigem sozioökonomischen Status deutlich häufiger anzutreffen als in Bezirken mit einer guten sozialen Lage. Deswegen sind in Bezirken mit ungünstiger Sozialstruktur erhöhte Prävalenz- und Sterblichkeitsraten vieler durch individuelles Gesundheitsverhalten beeinflussbarer Krankheiten zu beobachten. Gezielte Interventionen zur Gesundheitsförderung und Prävention können zur Verringerung von Inzidenz, Prävalenz und vorzeitiger Sterblichkeit chronischer Krankheiten beitragen.

3.2.1.1 Bösartige Neubildungen

In den Altersgruppen ab 35 Jahren stellen bösartige Neubildungen neben Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems bei beiden Geschlechtern die *vorrangigsten Todesursachen*. Obwohl sich Lebensqualität und Überlebensraten infolge des medizinischen Fortschritts hinsichtlich der Früherkennung, Diagnostik und Therapie von bösartigen Neubildungen in den letzten zwei Jahrzehnten deutlich erhöht haben, zählt Krebs zu den maßgebenden chronischen Krankheiten, die der Medizin die größten Herausforderungen abverlangen. Nicht zuletzt, weil Krebs eine „Alterserkrankung“ ist (der Anteil der über 65-Jährigen an den Neuerkrankungen beträgt derzeit 64 % und bei den Gestorbenen 75 %, vgl. GSI Tabellen [3.68-1](#) und [3.77-2](#)), muss im Zuge des demografischen Wandels mit einer weiteren Zunahme der Inzidenzraten gerechnet werden. Um den *wachsenden Anforderungen in der Krebsbekämpfung* Rechnung zu tragen, wurde vom Bundesministerium für Gesundheit, der Deutschen Krebsgesellschaft, der Deutschen Krebshilfe und der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren der *Nationale Krebsplan*¹⁸ ins Leben gerufen. Für eine enge Zusammenarbeit konnten Bundesländer, Krankenkassen, Rentenversicherung, Leistungserbringer, Wissenschaft und Patientenverbände gewonnen werden. Mit dem Nationalen Krebsplan werden auch entsprechende Empfehlungen der EU und der WHO umgesetzt. Schwerpunkte des Nationalen Krebsplans sind vier prioritäre Handlungsfelder mit 13 übergreifenden Zielen. Die Schwerpunkte zielen im Wesentlichen auf die Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung und der onkologischen Versorgungsstrukturen sowie deren Qualitätssicherung ab. Des Weiteren soll die Sicherstellung einer effizienten onkologischen Behandlung (Schwerpunkt zunächst auf onkologischer Arzneimitteltherapie) und eine Stärkung der Patientenorientierung gewährleistet werden.

Für eine noch effektivere Behandlung von bösartigen Neubildungen und zur Senkung der Krebssterblichkeit (insbesondere die vorzeitige Mortalität betreffend) spielen die im Krebsplan aufgeführten *Interventionen zur Früherkennung und Prävention* eine zentrale Rolle. Die Reduktion der Krebssterblichkeit gilt dabei als das entscheidende Maß für den Erfolg von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen. Das trifft insbesondere auf Tumorlokalisationen zu, deren Inzidenz- und Mortalitätssenkung auf sekundärpräventive medizinische Interventionen abzielen. Längerfristig ist somit bei Brust-, Haut- und Darmkrebs mit einem weiteren Rückgang der Sterberaten zu rechnen.

Verhaltensbedingte Risikofaktoren

Über ein Drittel aller Krebserkrankungen gehen auf negative Gesundheitsverhaltensweisen zurück.

Ein Aspekt - wenn nicht sogar einer der wichtigsten Aspekte - zur Verringerung von Krebsneuerkrankungen ist jedoch die individuelle Vorbeugung. Laut der von Prof. D. M. Parkin im Dezember 2011 im *British Journal of Cancer* veröffentlichten Studie zu Einflüssen von *Risikofaktoren bei Krebserkrankungen* in Großbritannien 2010¹⁹ lassen sich etwa 43 % aller Krebserkrankungen auf *negative Gesundheitsverhaltensweisen oder kanzerogene Umwelteinflüsse* zurückführen und gelten somit als vermeidbar. Allein zu Lasten von Rauchen, ungesundem Ernährungsverhalten, Übergewicht und Alkoholmissbrauch gingen im Jahr 2010 in Großbritannien mehr als ein Drittel aller Krebsfälle. Nach Aussagen von Wissenschaftlern des Deutschen Krebsforschungszentrums (DKFZ) lassen sich die von Parkin veröffentlichten Zahlen durchaus auf Deutschland und damit natürlich auch auf Berlin übertragen²⁰. Den

¹⁸ Vgl.: <http://www.bmg.bund.de/praevention/nationaler-krebsplan.html>, zuletzt aufgerufen am 01.08.2013.

¹⁹ Vgl.: http://www.cancerresearchuk.org/cancer-info/groups/cr_common/@nre/@new/@pre/documents/generalcontent/cr_080626.pdf, zuletzt aufgerufen am 23.07.2013.

²⁰ Vgl.: <http://www.dkfz.de/de/presse/pressemitteilungen/2012/dkfz-pm-12-05-Schwergewichtiger-Risikofaktor-fuer-Krebs.php>, zuletzt aufgerufen am 23.07.2013.

Ergebnissen zufolge hätten in Berlin im Jahr 2010 etwa 7.800 der schätzungsweise 18.000 gemeldeten Krebserkrankungen und etwa 3.700 Krebssterbefälle (davon allein über 900 bei unter 65-Jährigen Personen, von denen wiederum ca. 800 Sterbefälle per definitionem vermeidbar gewesen wären) vermieden werden können.

Rauchen ist der mit Abstand größte *Risikofaktor für Krebs*. Das gilt nicht nur für Lungenkrebs. Tabakrauchen ist auch für Blasen-, Kehlkopf-, Speiseröhren- und Bauchspeicheldrüsenkrebs der führende Risikofaktor (zu Rauchverhalten vgl. GSI-Tabelle 4.1-1). In Berlin war Rauchen im Jahr 2010 für etwa 3.460 Krebsneuerkrankungen (1.440 weibliche und 2.020 männliche) verantwortlich. An zweiter Stelle der Risikofaktoren rangierten *Übergewicht und Adipositas*, die das Risiko einer Krebserkrankung (u.a. bei Nieren, Darm-, Brust- und Uteruskarzinom) erhöhen (zu Körpergewicht vgl. GSI-Tabelle 4.8-1). In Berlin gingen im Jahr 2010 etwa 990 Krebserkrankungen auf Übergewicht und Fettleibigkeit (380 bei Frauen und 610 bei Männern) zurück. *Ungesunde Ernährungsverhaltensweisen* wie etwa mangelnde Obst- und Gemüsezufuhr (vgl. dazu GSI-Tabellen 4.11-1 und 4.11-2) und übermäßiger Fleisch- und Wurstkonsum erhöhen ebenfalls das Risiko einer Krebserkrankung. In Berlin könnten demnach im Jahr 2010 850 Krebsfälle zu Lasten von zu wenig Obst- und Gemüsezufuhr und 490 zu Lasten von zu hohem Fleischkonsum gegangen sein. In Bezug auf ungesundes Ernährungsverhalten hatten Männer gegenüber Frauen ein fast doppelt so hohes Erkrankungsrisiko. Übermäßiger *Alkoholkonsum* (vgl. dazu GSI-Tabelle 4.7-1 und 4.7-2) spielte als Risikofaktor für Krebserkrankungen mit 770 Krebsfällen (340 Frauen, 430 Männer) ebenfalls eine nicht unerhebliche Rolle. Bei Berliner Männern konnte fast jeder zwanzigste Erkrankungsfall auf zu hohen Alkoholkonsum zurückgeführt werden. Zu weiteren Risikofaktoren nach Geschlecht und deren Anteil an Neuerkrankungen vgl. Tabelle 3.1.

**Rauchen mit Abstand
größter Risikofaktor
für Krebs.**

Tabelle 3.1:

Auf Lebensstil und Umweltfaktoren zurückzuführende geschätzte vermeidbare Krebserkrankungen (Basis: Großbritannien 2010) in Berlin 2010 (absolute Fälle / ohne ICD-10 Nrn. C44, incl. D09.0, D41.4) nach ausgewählten (häufigsten) Risikofaktoren

Risikofaktor/en ¹⁾	Geschätzte vermeidbare Krebserkrankungen					
	geschätzter Anteil in Großbritannien ²⁾ in %			auf Berlin übertragen entspräche dies ...		
	weiblich	männlich	insgesamt	weiblich	männlich	insgesamt
Rauchen von Tabak	15,6	23,0	19,4	1.440	2.020	3.460
Übergewicht und Adipositas	4,1	6,9	5,5	380	610	990
Ernährungsbedingte Faktoren						
ungenügende Zufuhr von Obst/Gemüse	3,4	6,1	4,7	310	540	850
hoher Fleischkonsum	1,9	3,5	2,7	180	310	490
Risiken am Arbeitsplatz/Umwelt	3,7	4,9	4,3	340	430	770
Alkohol	3,3	4,6	4,0	300	410	710
Exzessive Lichtexposition	3,5	3,3	3,5	320	290	610
Infektionsassoziierte Krebserkrankungen ⁴⁾	2,5	3,5	3,0	230	310	540
Körperliche Inaktivität	1,7	0,4	1,0	160	40	200

¹⁾ Mehrfachnennungen von Risikofaktoren möglich.

²⁾ D. Max Parkin et al. (2011): The Fraction of Cancer Attributable to Lifestyle and Environmental Factors in the UK in 2010. In: British Journal of Cancer, Vol. 105 (2011), Suppl. 2. <http://www.nature.com/bjc/journal/v105/n2s/index.html>, zuletzt aufgerufen am 29.05.2013.

³⁾ Geschätzte Krebsneuerkrankungen in Berlin 2010: w.: 9.200, m.: 8.800, i.: 18.000 / Basis: Daten GKR, Stand: 31.12.2012.

⁴⁾ Viren: HBV, HBC, HPV, HIV, HTLV-1, EBV, HHV-8; Bakterien: *Helicobacter pylori*.

(Datenquelle: British Journal of Cancer, www.bjcancer.com / GKR Berlin / Berechnung der absoluten Fälle für Berlin: SenGesSoz - I A -)

Zusammenhang mit der Sozialstruktur

Die in Tabelle 3.2 aufgeführten Risikofaktoren zeigen, dass eine Vielzahl von Krebserkrankungen vermeidbar wäre und die Krebssterblichkeit erheblich sinken würde, wenn ein gesunder Lebensstil in allen Bevölkerungsschichten praktiziert würde. Zu einem *individuellen gesundheitsförderlichen Lebensstil* gehören u. a.:

**Gesunder Lebensstil
würde Krebssterblichkeit
erheblich senken.**

- Vermeiden von Tabakkonsum,
- höherer Verzehr von Obst und Gemüse, geringerer Konsum von Fleisch und tierischen Fetten,
- Vermeiden von Übergewicht, insbesondere aber von Fettleibigkeit,
- ausreichende körperliche Bewegung,
- Vermeiden von Alkoholmissbrauch,
- Vermeiden exzessiver Sonnenbestrahlung, ausgenommen optimale Lichtexposition zur Vitamin D-Produktion,
- Inanspruchnahme von Impfprogrammen gegen Gebärmutterhalskrebs sowie
- regelmäßige Teilnahme an Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen für spezifische Krebserkrankungen.

Ein gesunder, krebsverhindernder *Lebensstil ist stark abhängig* vom Geschlecht, vom Alter und in besonderem Maße *vom sozialen Status*. Deshalb bedürfen vulnerable Gruppen besonderer Aufmerksamkeit. Den GEDA (Gesundheit in Deutschland aktuell) Daten 2010 des RKI²¹ kann entnommen werden, dass z. B. Personen mit negativen Sozialindizes eine höhere Raucherquote und in der Altersgruppe 18 - 29 Jahre einen höheren Alkoholkonsum haben. Sie sind häufiger körperlich inaktiv und in Kombination mit ungesunden Ernährungsverhaltensweisen häufiger übergewichtig und adipös (vgl. GSI-Tabellen [4.1-1](#), [4.7-1](#), [4.8-1](#), [4.11-1](#), [4.11-2](#) und [4.12-1](#)). Personen aus Bevölkerungsgruppen mit ungünstigen Sozialindizes nehmen zudem deutlich seltener als Personen mit guten sozioökonomischen Bedingungen Krebsvorsorgemaßnahmen²² in Anspruch (zur Inanspruchnahme in Berlin vgl. Kapitel 3.2.3 und GSI-Tabelle [7.16-1](#)). Unabhängig vom Sozialstatus hatten Männer im Vergleich zu den Frauen bei den meisten prädiktiven Risikofaktoren generell ein höheres Risiko, an Krebs zu erkranken. Angaben zur Prävalenz ausgewählter modifizierbarer Risikofaktoren für bösartige Neubildungen in Deutschland 2010 vgl. Tabelle 3.2.

Tabelle 3.2:

Angaben zur Prävalenz ausgewählter modifizierbarer Risikofaktoren für bösartige Neubildungen in Deutschland 2010 nach Geschlecht

Risikofaktor/en	Prävalenz modifizierbarer Risikofaktoren			in unteren Bildungsgruppen	
	weiblich	Anteil in % männlich	insgesamt	erhöht	zu niedrig/weniger
Rauchen von Tabak	26,2	33,9	30,0	ja	
Übergewicht und Adipositas	44,8	60,1	52,1	ja	
Ernährungsbedingte Faktoren					
Obstverzehr selten/nie	6,6	12,1	9,2		ja
Gemüseverzehr selten/nie	3,5	6,8	5,1		ja
Alkohol/riskanter Konsum	22,1	32,6	27,2	nein	
körperliche Aktivität: weniger als 2,5 h pro Woche	63,4	56,3	60,0		bei > 65-Jährigen

(Datenquelle: RKI / GEDA 2010 / Befragte n = 22.050, weiblich: 12.483, männlich: 9.567)

Erhöhte vorzeitige Krebssterblichkeit in Bezirken mit schlechter sozialer Lage.

Der enge Zusammenhang zwischen vorzeitiger Krebssterblichkeit und Sozialstruktur der Bevölkerung spiegelt sich auch in den Auswertungen der Sterberaten im Berliner Bezirksvergleich wider. In Bezirken mit *negativen Sozialindizes* wurden höhere Mortalitätsraten beobachtet als in Bezirken, deren Bevölkerung eine *gute soziale Lage* bescheinigt werden kann. Sieht man einmal von Brustkrebs ab, war das bei den meisten Tumorlokalisationen, insbesondere aber bei denen, die zu Lasten von negativem Gesundheitsverhalten (z. B. Rauchen, Alkoholmissbrauch, Übergewicht, mangelnde Gesundheitskompetenz) gehen, bei beiden Geschlechtern der Fall.

Zwischen der *Raucherprävalenz* (Mikrozensusdaten 2009) und der *Sterblichkeit an bösartigen Neubildungen* (2009/2011) besteht insgesamt ein deutlicher linearer Zusammenhang (Korrelationskoeffizien-

²¹ Vgl.: http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/GEDA2010.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt aufgerufen am 22.07.2013.

²² Vgl.: http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/Geda2010/kapitel_krebsfrueherkennung.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt aufgerufen am 23.07.2013.

Tabelle 3.3:
Korrelation zwischen Raucherprävalenz (2009) und Sterblichkeit an bösartigen Neubildungen (2009/2011 zusammengefasst) in Berlin
Korrelationskoeffizient nach Pearson

Neubildung / Alter	weiblich	männlich	insgesamt
bösartige Neubildungen insgesamt			
unter 65 Jahre	-0,031	0,781	0,781
alle Altersgruppen	0,292	0,791	0,718
darunter: Lungenkrebs			
unter 65 Jahre	-0,131	0,734	0,545
alle Altersgruppen	0,179	0,862	0,697

(Datenquelle: AFS Berlin-Brandenburg / Berechnung: SenGesSoz - I A -)

aufweisen; diese war in allen Bezirken mit einer vergleichsweise schlechten sozialen Lage erhöht. Dagegen hatten Männer - einmal abgesehen von Spandau - aus Bezirken mit der niedrigsten Raucherprävalenz das geringste Risiko, an Lungenkrebs zu sterben; gleichsam handelte es sich hier um Bezirke mit den günstigsten Sozialindizes.

ten nach Pearson). Bei den Frauen war dieser nur schwach, bei den Männern jedoch hoch ausgeprägt. Am stärksten fiel bei den Männern die Korrelation zwischen Rauchverhalten und Lungenkrebs aus (Korrelationskoeffizienten von 0,9) (vgl. Tabelle 3.3).

Aus den Abbildungen 3.18 und 3.37 wird ersichtlich, dass Bezirke mit der höchsten Raucherprävalenz der Männer in der Regel auch die höchste Lungenkrebssterblichkeit der männlichen Bevölkerung

Entwicklung der Sterblichkeit

In Bezug auf die Entwicklung der Krebssterblichkeit kann nach derzeitigen Sterbeverhältnissen in Berlin mit einem weiteren Rückgang gerechnet werden. Damit alle Bevölkerungsschichten gleichsam davon partizipieren können, sollten *in Bezirken mit erhöhtem Sterberisiko gezielte Interventionen* dazu beitragen, die bestehenden Differenzen der im Wesentlichen durch Risikofaktoren induzierten Krebsinzidenz und deren Sterblichkeit zwischen den am besten und den am schlechtesten abschneidenden Berliner Bezirken zu minimieren.

Krebssterblichkeit in den nächsten Jahren voraussichtlich weiter rückläufig.

Gemessen an den Sterbeverhältnissen der letzten fünf Jahre (Zeitraum 2007 - 2011) ist in Berlin für den Zeitraum 2012 - 2016 mit folgenden *Entwicklungstendenzen der Krebssterblichkeit* zu rechnen:

- **Gesamtsterblichkeit an bösartigen Neubildungen:** Rückgang bei den Frauen um mindestens 4 % und bei den Männern um etwa 8 %.
- **Vorzeitige Sterblichkeit an bösartigen Neubildungen:** Rückgang bei den Frauen um vier Gestorbene je 100.000 bzw. um 6 %. Das entspräche einer altersstandardisierten Mortalitätsrate von 55,7 je 100.000, die bundesweit als die derzeit fünftniedrigste eingestuft werden würde. Rückgang des Sterberisikos bei den Männern um acht Gestorbene je 100.000 bzw. um 10 %. Berliner hätten mit einer Sterberate von 66,2 je 100.000 einen Wert, der derzeit als zweitniedrigster rangieren würde.
- **Vorzeitige Lungenkrebssterblichkeit:** Hinsichtlich dieser gesundheitsrelevanten Tumorlokalisation sind die Prognosen nach wie vor als unbefriedigend einzuschätzen. Das trifft insbesondere auf Frauen zu. Bei ihnen muss mit einem weiteren Anstieg bzw. mit einer Stagnation der Sterblichkeit auf hohem Niveau gerechnet werden. Sowohl in Berlin als auch in Deutschland insgesamt wurde im Jahr 2011 die bis dahin höchste altersstandardisierte Mortalität beobachtet (15,5 bzw. 11,4 Gestorbene je 100.000). Bei den Berliner Männern könnte sich das Sterberisiko um weitere 6 % verringern. Mit einer Rate von 22,0 je 100.000 läge diese im Vergleich zu den derzeitigen Werten der Männer aus den übrigen Bundesländern dann aber immer noch im Mittelfeld.
- **Vorzeitige Brustkrebssterblichkeit:** Hier kann mit einer Fortsetzung des positiven Entwicklungstrends und einem weiteren Rückgang der Mortalität um 14 % gerechnet werden. Mit einer Sterberate von 9,9 je 100.000 würde diese dann sogar noch unter dem derzeitigen „Bestwert“ von Thüringen (10,2 je 100.000) liegen.

3.2.1.2 Krankheiten des Kreislaufsystems

Krankheiten des Kreislaufsystems stellen neben bösartigen Neubildungen in allen Altersgruppen mit Ausnahme der unter 35-Jährigen bei beiden Geschlechtern die *vorrangigsten Todesursachen*. Obwohl sich die Sterblichkeit an Krankheiten des Kreislaufsystems in den letzten zwanzig Jahren um zwei Drittel reduzierte, geht derzeit in Berlin jeder dritte Sterbefall insgesamt und fast jeder fünfte bei den unter 65-Jährigen zu Lasten einer Herz-Kreislauf-Erkrankung. Krankheiten des Kreislaufsystems (wie etwa Herzinsuffizienz, ischämische Herzkrankheiten und zerebrovaskuläre Krankheiten) stellen die zahlenmäßig häufigsten (chronischen) Krankheiten.

Verhaltensbedingte Risikofaktoren

Gut untersuchte modifizierbare Risikofaktoren, meist durch primäre und sekundäre Interventionen beeinflussbar, können für die meisten Herz-Kreislauf-Erkrankungen verantwortlich gemacht werden. Zu den wichtigsten *modifizierbaren Risikofaktoren* zählen: Übergewicht/Adipositas, Rauchen, Bluthochdruck, Diabetes mellitus, Fettstoffwechselstörungen und Stress. Daneben gibt es nicht modifizierbare (nicht beeinflussbare) Risikofaktoren, zu denen Alter, Geschlecht und genetische Prädisposition zählen. Im Rahmen der bundesweiten telefonischen Befragung des RKI (GEDA Gesundheit in Deutschland aktuell 2010) machten 12.483 und Frauen und 9.567 Männer Angaben zu ihrem allgemeinen Gesundheitszustand, zu Krankheiten und Befunden und zu deren Einfluss auf ihre Gesundheit²³. Angaben aus der GEDA-Studie zu den wichtigsten prädiktiven Risikofaktoren für Krankheiten des Kreislaufsystems und deren Prävalenz sind in Tabelle 3.4 dargestellt (vgl. auch GSI-Tabellen [3.18-1](#), [4.1-1](#), [4.7-1](#), [4.8-1](#), [4.11-1](#), [4.11-2](#) und [4.12-1](#)).

Tabelle 3.4:

Angaben zur Prävalenz ausgewählter modifizierbarer Risikofaktoren für Krankheiten des Kreislaufsystems in Deutschland 2010 nach Geschlecht

Risikofaktor/en	Prävalenz modifizierbarer Risikofaktoren				
	weiblich	Anteil in % männlich	insgesamt	in unteren Bildungsgruppen	
				erhöht	zu niedrig/weniger
Rauchen von Tabak	26,2	33,9	30,0	ja	
Übergewicht und Adipositas	44,8	60,1	52,1	ja	
Ernährungsbedingte Faktoren					
Obstverzehr selten/nie	6,6	12,1	9,2		ja
Gemüseverzehr selten/nie	3,5	6,8	5,1		ja
Bluthochdruck	27,1	26,4	26,7	ja	
Diabetes mellitus	7,1	7,6	7,4	ja	
Fettstoffwechselstörungen	20,1	20,8	20,5	bei < 65-Jährigen	
körperliche Aktivität: weniger als 2,5 h pro Woche	63,4	56,3	60,0		bei > 65-Jährigen

(Datenquelle: RKI / GEDA 2010 / Befragte n = 22.050, weiblich: 12.483, männlich: 9.567)

Rauchen gilt als der *Hauptrisikofaktor* für ischämische und zerebrovaskuläre Erkrankungen schlechthin. Mit jeder Zigarette erhöhen Raucherinnen und Raucher ihr Herzinfarkt- und Schlaganfallrisiko. Umgekehrt gilt, dass selbst wer im höheren Alter mit dem Rauchen aufhört, sein Erkrankungsrisiko innerhalb kurzer Zeit erheblich reduzieren kann.

**Nichtraucherchutzgesetz
ze reduzierten stationäre
Behandlung von Angina
pectoris und Herzinfarkt.**

Wie eine Studie der DAK-Gesundheit (2012) zeigte, bei der von mehr als drei Millionen Versicherten der Kasse über fünf Jahre Krankenhausdaten ausgewertet wurden, ging in den Bundesländern nach *Einführung der Nichtraucherchutzgesetze* die stationäre Behandlung von Angina pectoris um 13 % und die des Herzinfarktes um 8 % Prozent zurück²⁴.

Inwieweit das *Berliner Gesetz zum Schutz vor den Gefahren des Passivrauchens in der Öffentlichkeit* (Nichtraucherchutzgesetz – NRSg / am 1. Januar 2008 in Kraft getreten) die Zahl der ischämischen Herz-

²³ Vgl.: http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/GEDA2010.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt aufgerufen am 22.07.2013.

²⁴ Vgl.: <http://www.presse.dak.de/ps.nsf/sbl/66E9545310EC7277C12579BB004EDC2B>, zuletzt aufgerufen am 01.08.2013.

krankheiten, insbesondere aber die der akuten Myokardinfarkte, beeinflusst hat, lässt sich anhand der der Berliner Gesundheitsberichterstattung zur Verfügung stehenden Statistiken (z. B. Krankenhausdiagnosestatistik, Todesursachenstatistik) derzeit nicht verifizieren. Angaben zur Inzidenz und Prävalenz von *tabakassozierten Krankheiten* (z. B. Angina pectoris, Herzinfarkt, chronische ischämische Herzkrankheit, COPD, Lungenkrebs) liegen ohnehin nur in begrenztem Maße vor.

Hinsichtlich der stationären Morbidität stehen der Berliner Gesundheitsberichterstattung die Auswertungen der *Krankenhausdiagnosestatistik* zur Verfügung. Hier gilt zu beachten, dass es sich bei dieser Statistik um eine Fallstatistik handelt. Die Daten der in einem Krankenhaus behandelten Personen aus Berlin betreffen den Zeitraum 1994 bis 2011. Die Auswertungen der in einem Krankenhaus seit Einführung des NRSG wegen ischämischer Herzkrankheiten (wie etwa Angina pectoris und akuter Myokardinfarkt) vollstationär behandelten Berlinerinnen und Berlinern weisen zwar auf eine seit 2008 bei den meisten ischämischen Herzkrankheiten zu beobachtende rückläufige stationäre Morbiditätsrate hin. Ob diese in Kontext mit den Auswirkungen des NRSG steht, lässt sich daraus jedoch nicht ableiten.

Gesundheitsrelevante Aussagen zu kausalen Zusammenhängen können von regionalen Auswertungen der *fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik* (DRG - Diagnosis related groups) erwartet werden. Für die Gesundheitsberichterstattung sind hier als Informationszugewinn insbesondere die Verfügbarkeit von Neben- und Sekundär Diagnosen von Bedeutung. Derzeit stehen die DRG-Daten gemäß § 21 Krankenhausentgeltgesetz - KHEntgG den zuständigen Landesbehörden für Krankenhausplanungszwecke, nicht aber für die Gesundheitsberichterstattung, zur Verfügung.

Nachfolgend wird die *Entwicklung ausgewählter vollstationärer Krankheitsfälle* (hier: ischämische Herzkrankheiten) von 2008 - dem *Inkrafttreten des NRSG* in Berlin - im Vergleich zu 2011 dargestellt (Tabelle 3.5 weist zusätzlich die zeitliche Entwicklung von 2000 bis 2011 aus):

Tabelle 3.5:

Aus dem Krankenhaus wegen ischämischer Herzkrankheiten (ICD-10 Nrn. I20-I25) entlassene vollstationäre Behandlungsfälle aus Berlin 2000 - 2011 - absolut und je 100.000 / altersstand. Eurobev. alt

ICD-10 Nr. / Behandlungsdiagnose	Stationäre Behandlungsfälle												Veränderung seit 2008 in %
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	
Fälle absolut													
I20-I25 / Ischämische Herzkrankh. darunter:	34.826	33.758	34.341	33.330	33.514	32.904	31.920	31.499	30.021	28.919	29.791	29.878	-0,5
I20 / Angina pectoris	7.516	9.671	10.324	11.560	12.630	13.424	12.120	11.835	11.214	10.535	11.077	10.447	-6,8
I21 / Akuter Myokardinfarkt	6.606	6.435	6.653	7.251	7.941	8.255	8.011	8.289	8.193	7.686	7.801	8.028	-2,0
I22 / Rezidivierender Myokardinfarkt	157	132	100	73	76	60	39	39	26	49	32	34	30,8
I23 / best. akute Komplikationen nach akutem Myokardinfarkt	19	27	25	12	20	14	16	6	9	9	15	7	-22,2
I24 / sonstige akute ischämische Herzkrankheit	498	495	173	74	108	87	189	194	190	168	153	175	-7,9
I25 / Chronische ischämische Herzkrankheit	20.030	16.998	17.066	14.360	12.739	11.064	11.545	11.136	10.389	10.472	10.713	11.187	7,7
Fälle je 100.000 / altersstand. Eurobev. alt													
I20-I25 / Ischämische Herzkrankh. darunter:	839	797	798	761	748	721	689	668	624	592	600	592	-5,1
I20 / Angina pectoris	180	229	241	267	285	298	266	255	237	218	227	210	-11,4
I21 / Akuter Myokardinfarkt	152	145	148	158	171	175	166	170	165	153	153	156	-5,5
I22 / Rezidivierender Myokardinfarkt	3	3	2	2	2	1	1	1	1	1	1	0	x
I23 / best. akute Komplikationen nach akutem Myokardinfarkt	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	x
I24 / sonstige akute ischämische Herzkrankheit	12	12	4	2	2	4	4	4	4	3	3	3	-25,0
I25 / Chronische ischämische Herzkrankheit	491	407	402	333	288	245	252	238	217	215	216	222	2,3

(Datenquelle: StBA / GBE Destatis / Berechnung: SenGesSoz - I A -)

- *Ischämische Herzkrankheiten insgesamt:* Im Jahr 2011 wurden bundesweit 29.878 Behandlungsfälle aus Berlin vollstationär in einem Krankenhaus behandelt. Das waren 143 bzw. 0,5 % weniger als 2008. Die altersstandardisierte Rate ging um 5 % zurück (von 624 auf 592 Gestorbene je 100.000).
- *Angina pectoris:* Im Jahr 2011 wurden bundesweit 10.447 Behandlungsfälle aus Berlin vollstationär in einem Krankenhaus behandelt. Das waren 767 bzw. 7 % weniger als 2008. Die altersstandardisierte Rate ging um 11 % zurück (von 237 auf 210 Gestorbene je 100.000).
- *Akuter Myokardinfarkt:* Im Jahr 2011 wurden bundesweit 8.028 Behandlungsfälle aus Berlin vollstationär in einem Krankenhaus behandelt. Das waren 165 bzw. 2 % weniger als 2008. Die altersstandardisierte Rate ging um 6 % zurück (von 165 auf 156 Gestorbene je 100.000).
- *Chronische ischämische Herzkrankheit:* Im Jahr 2011 wurden bundesweit 11.187 Behandlungsfälle aus Berlin vollstationär in einem Krankenhaus behandelt. Das waren 798 bzw. 8 % mehr als 2008. Die altersstandardisierte Rate erhöhte sich um 2 % (von 217 auf 222 Gestorbene je 100.000).

Zusammenhang mit der Sozialstruktur

Herz-Kreislauf-Sterblichkeit steht in engem Kontext mit Sozialstruktur und Raucherprävalenz.

Der Zusammenhang zwischen vorzeitiger Sterblichkeit an Krankheiten des Kreislaufsystems und der Sozialstruktur der Bevölkerung ist noch stärker ausgeprägt als bei der Krebssterblichkeit (vgl. Kapitel 3.2.1.1). Deutlich ausgeprägt zeigt sich das bei vorzeitiger Sterblichkeit an ischämischen Herzkrankheiten sowie an Hypertonie und zerebrovaskulären Krankheiten in den Berliner Bezirken (vgl. GSI-Tabelle [3.14-1](#)). In *Bezirken mit negativen Sozialindizes* wurden durchweg höhere Mortalitätsraten beobachtet als in Bezirken, deren Bevölkerung eine *gute soziale Lage* bescheinigt werden kann. In den meisten Fällen geht die erhöhte Sterblichkeit zu Lasten von Gesundheitsrisiken und *negativen Gesundheitsverhaltensweisen* (z. B. Bluthochdruck, Diabetes mellitus, Adipositas, Rauchen, Alkoholmissbrauch, mangelnde Gesundheitskompetenz etc.). Diese sind bei beiden Geschlechtern in allen Bezirken mit niedrigem sozioökonomischen Status deutlich häufiger als in Bezirken mit höherem sozioökonomischen Status anzutreffen. Angehörige aus letztgenannten Schichten praktizieren intensiver gesundheitsförderliche und krankheitsvermindernde Verhaltensweisen und sorgen somit für ein geringeres Sterberisiko.

Zwischen der *Raucherprävalenz* (Mikrozensusdaten 2009) und der *Sterblichkeit an ischämischen Herzkrankheiten* (2009/2011) besteht insgesamt ein deutlicher linearer Zusammenhang (Korrelationskoeffizienten nach Pearson). Das betrifft Gesamt- und vorzeitige Sterblichkeit gleichermaßen. Bei Männern stellt sich ein hoher signifikanter Zusammenhang dar (vgl. Tabelle 3.6).

Personen aus *Bezirken* mit der höchsten Raucherprävalenz hatten auch das höchste Risiko, schon vor dem 65. Lebensjahr an ischämischen Herzkrankheiten, wie etwa an Herzinfarkt, zu sterben. Bis auf Treptow-Köpenick war die Sterblichkeit in allen Bezirken mit negativen Sozialindizes erhöht, während Bezirke mit der niedrigsten Raucherprävalenz und den günstigsten Sozialindizes die niedrigsten Sterberaten aufwiesen (vgl. Abbildung 3.34).

Auch zwischen *Sterblichkeit an Hypertonie und zerebrovaskulären Krankheiten* und dem *Rauchverhalten* der Bevölkerung besteht ein deutlicher linearer Zusammenhang. Die vorzeitige Sterblichkeit korrelierte stärker als die Gesamtsterblichkeit mit der Raucherprävalenz. Während sich bei den Frauen kein Zusammenhang nachweisen ließ, war dieser bei den Männern mit 0,82 besonders stark (vgl. Tabelle 3.6). Männer

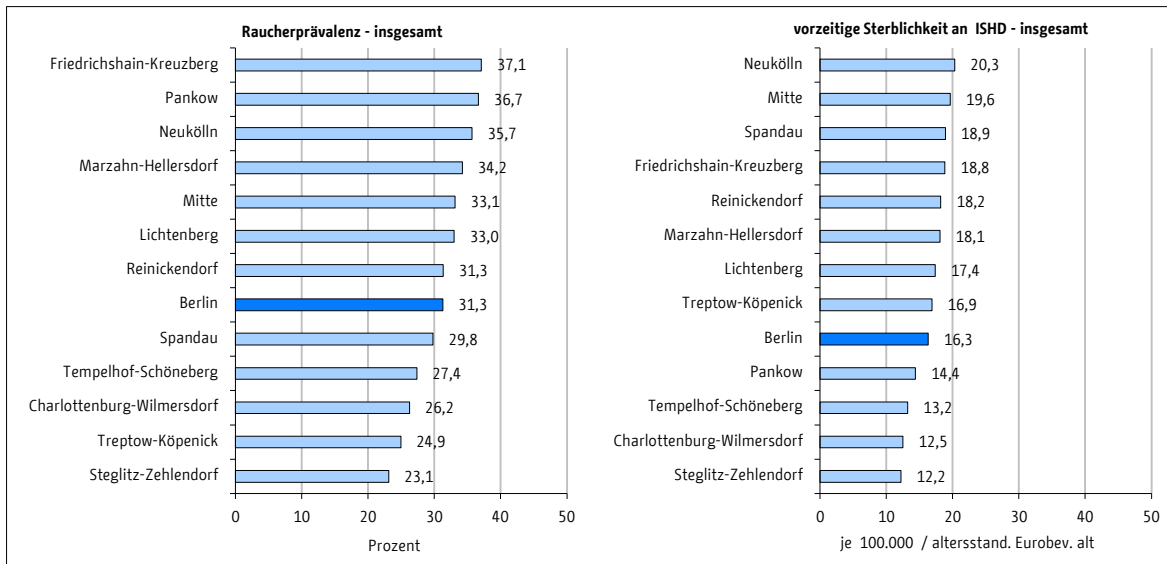
Tabelle 3.6:
Korrelation zwischen Raucherprävalenz (2009) und Sterblichkeit an Krankheiten des Kreislaufsystems (2009/2011 zusammengefasst) in Berlin - Korrelationskoeffizient nach Pearson

Todesursache / Alter	weiblich	männlich	insgesamt
Krankheiten des Kreislaufsystems insgesamt			
unter 65 Jahre	0,487	0,763	0,764
alle Altersgruppen	0,679	0,797	0,795
darunter:			
ischämische Herzkrankheiten			
unter 65 Jahre	0,415	0,617	0,571
alle Altersgruppen	0,571	0,814	0,794
Hypertonie und zerebrovaskuläre Krankheiten			
unter 65 Jahre	-0,137	0,824	0,753
alle Altersgruppen	0,443	0,785	0,694

(Datenquelle: Afs Berlin-Brandenburg / Berechnung: SenGesSoz - I A -)

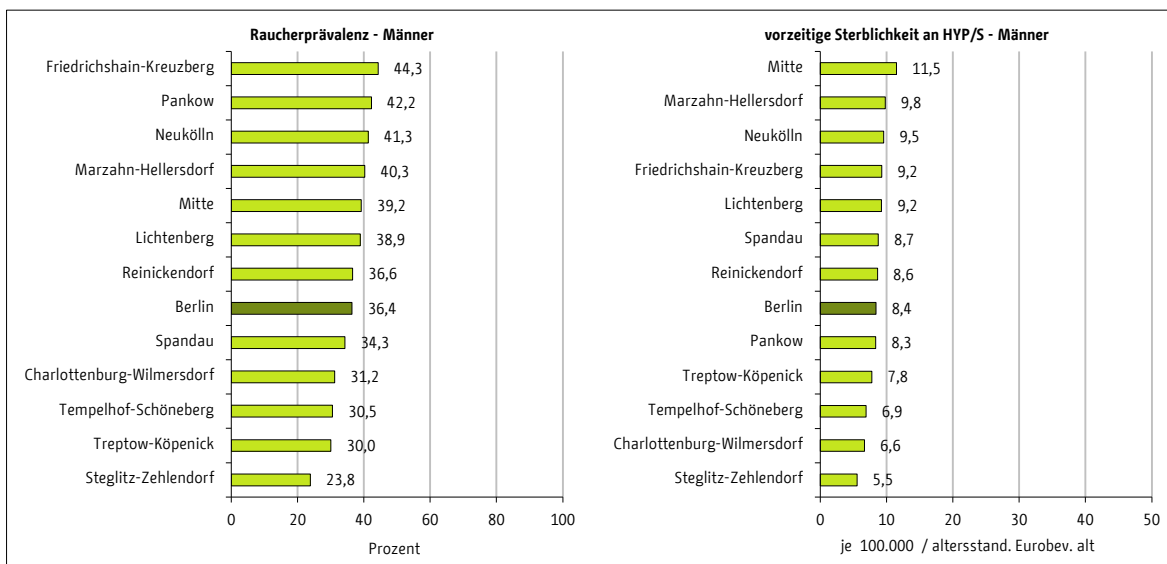
aus Bezirken mit der höchsten Raucherquote hatten ein zum Teil erheblich über dem Berliner Durchschnitt liegendes Risiko, an Hochdruck- und zerebrovaskulären Krankheiten (z. B. an den Folgen eines Schlaganfalls) zu sterben, versus lag das Sterberisiko in Bezirken, wo Männer deutlich weniger rauchten, unter dem Gesamtberliner Niveau (vgl. Abbildung 3.35).

Abbildung 3.34 :
Vorzeitige Sterblichkeit an ischämischen Herzkrankheiten (ISHD / ICD-10 Nrn. I20-I25) 2009 - 2011 (zusammengefasst) und Raucherprävalenz 2009 in Berlin nach Bezirken



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

Abbildung 3.35:
Vorzeitige Sterblichkeit an Hypertonie und zerebrovaskulären Krankheiten (HYP/S ICD-10 Nrn. I10-I15, I60-I69) 2009 - 2011 (zusammengefasst) und Raucherprävalenz 2009 bei Männern in Berlin nach Bezirken



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

Entwicklung der Sterblichkeit an Krankheiten des Kreislaufsystems

In Bezug auf die Entwicklung der Sterblichkeit an Krankheiten des Kreislaufsystems kann gemessen an den zurückliegenden Jahren in Berlin mit einem weiteren Rückgang gerechnet werden. Damit alle Bevölkerungsschichten gleichsam davon partizipieren können, sollten in *Bezirken mit erhöhtem Sterberisiko gezielte Interventionen* dazu beitragen, die bestehenden Differenzen

Herz-Kreislauf-Sterblichkeit in den nächsten Jahren voraussichtlich weiter rückläufig.

der im Wesentlichen durch Risikofaktoren induzierten Sterblichkeit an ischämischen und zerebrovaskulären Krankheiten zwischen den am besten und den am schlechtesten abschneidenden Berliner Bezirken zu verringern.

Gemessen an den Sterbeverhältnissen der letzten fünf Jahre (Zeitraum 2007 - 2011) ist in Berlin für den Zeitraum 2012 - 2016 mit folgenden *Entwicklungstendenzen der Sterblichkeit an Krankheiten des Kreislaufsystems* zu rechnen:

- *Gesamtsterblichkeit an Krankheiten des Kreislaufsystems*: Rückgang bei den Frauen um 18 % und bei den Männern um etwa 20 %.
- *Vorzeitige Sterblichkeit an Krankheiten des Kreislaufsystems*:
Rückgang bei den Frauen um drei Gestorbene je 100.000 bzw. um 15 %. Das entspräche einer altersstandardisierten Mortalitätsrate von 16,1 je 100.000, die bundesweit derzeit als die drittniedrigste eingestuft werden würde.
Rückgang des Sterberisikos bei den Männern um acht Gestorbene je 100.000 bzw. um 12 %. Berliner hätten mit einer Sterberate von 49,2 je 100.000 einen Wert, der derzeit als fünftniedrigster rangieren würde.
- *Vorzeitige Sterblichkeit an ischämischen Herzkrankheiten*: Sterbefälle an ischämischen Herzkrankheiten gelten bei 35- bis 64-Jährigen als vermeidbar. Eine Trendentwicklung ist schwierig abzuschätzen, da infolge einer von 1997 bis 2006 erfolgten Fehlkodierung (Nichtbeachtung der Kodierregel C) die Herzinfarktsterblichkeit in Berlin zu niedrig angegeben wurde und sich die Sterberaten auch 2011 immer noch auf dem Niveau der Jahre 1998/1999 bewegten.
Rückgang bei den Frauen um eine Gestorbene je 100.000 bzw. um 11 %. Das entspräche einer altersstandardisierten Mortalitätsrate von 5,2-5,3 je 100.000, die bundesweit derzeit als drittniedrigste eingestuft werden würde.
Rückgang des Sterberisikos bei den Männern um drei Gestorbene je 100.000 bzw. um 12 %. Berliner hätten mit einem Wert von 23,9 je 100.000 die derzeit viertniedrigste Rate.
- *Vorzeitige Sterblichkeit an zerebrovaskulären Krankheiten*: Sterbefälle an zerebrovaskulären Krankheiten gelten bei 35- bis 64-Jährigen als vermeidbar. Die Nichtbeachtung der Kodierregel C hatte auch auf die Sterblichkeit an zerebrovaskulären Krankheiten, die in Berlin überschätzt wurde, Auswirkungen.
Ungeachtet dessen könnte bei den Frauen mit einem Rückgang um etwa 0,6 Gestorbene je 100.000 bzw. um 15 % gerechnet werden. Das entspräche einer altersstandardisierten Mortalitätsrate von etwa 3,5 je 100.000, die bundesweit derzeit als zweit- bis drittniedrigste eingestuft werden würde.
Bei den Männern könnte sich das Sterberisiko um 1,0 – 1,3 Gestorbene je 100.000 bzw. um 16 % verringern. Das entspräche einer Sterbeziffer von 6,4 je 100.000, die derzeit als sechstniedrigste eingestuft werden würde.

3.2.1.3 Diabetes mellitus

Verhaltensbedingte Risikofaktoren

Diabetes mellitus gehört zu den häufigsten chronischen Krankheiten. Mit einem Anteil von etwa 90 % ist vor allem der nicht primär insulinabhängige Diabetes mellitus (Typ-2-Diabetes) von gesundheitspolitischer Relevanz. *Übergewicht und Adipositas*, hier ist insbesondere die abdominale Fettleibigkeit von Bedeutung, gelten als *Prädiktoren*. In Bezug auf Übergewicht ist den GEDA (Gesundheit in Deutschland aktuell) Daten 2010 des RKI²⁵ zu entnehmen, dass bundesweit derzeit 45 % der Frauen und 60 % der Männer als übergewichtig oder adipös gelten. Die Prävalenz nimmt mit dem Alter zu. Im Alter von 18 bis 29 Jahren sind bereits jede fünfte der jungen Frauen und jeder dritte Mann betroffen. Bei 30- bis unter 45-Jährigen waren sogar 37 % der Frauen und 60 % der Männer übergewichtig oder adipös. Die *Prävalenz von Adipositas*

²⁵ Vgl.: http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/GEDA2010.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt aufgerufen am 22.07.2013.

ist eng mit der sozialen Lage assoziiert. Angehörige niedriger Bildungs-, Berufsstatus- und Einkommensgruppen sind deutlich häufiger fettüchtig als Personen aus den sozial besser gestellten Schichten (vgl. GSI-Tabelle 4.8-1).

Die Bekämpfung von Übergewicht und Adipositas gehört zu den vorrangigen Zielen der Gesundheitspolitik. Auch Adipositas gehört zu den zahlenmäßig häufigen chronischen Krankheiten, die durch individuelle Prävention und Gesundheitsförderung in den meisten Fällen vermieden werden könnten. Eine besonders in sozial benachteiligten Gruppen zu beobachtende hohe Adipositasprävalenz und das damit einhergehende erhöhte Diabetesrisiko könnten durch einen gesundheitsförderlichen Lebensstil deutlich reduziert werden. Insgesamt sollten die Interventionen mit dem Ziel einer Risikoverminderung von Adipositas in Zusammenhang mit der Reduktion prädisponierender Faktoren für andere gesundheitsrelevante chronische Krankheiten (wie etwa ischämische Herzkrankheiten, zerebrovaskuläre Krankheiten und bestimmte Krebsformen) einhergehen.

Übergewicht und Adipositas erhöhen Diabetesrisiko.

Zusammenhang mit der Sozialstruktur

Ein eindeutiger Zusammenhang zwischen vorzeitiger Sterblichkeit an Diabetes mellitus und der Sozialstruktur der Bevölkerung lässt sich anhand der verfügbaren Daten nicht ableiten. Auffällig war jedoch, dass Bezirke mit den berlinweit günstigsten sozialen Bedingungen (z. B. Charlottenburg-Wilmersdorf, Steglitz-Zehlendorf) ein weit unter dem Berliner Durchschnitt liegendes Sterberisiko aufwiesen, ver-

sus lag es in Bezirken mit ungünstigen Sozialindizes (hier insbesondere bei Männern in Lichtenberg, Spandau und Marzahn-Hellersdorf) zum Teil deutlich darüber.

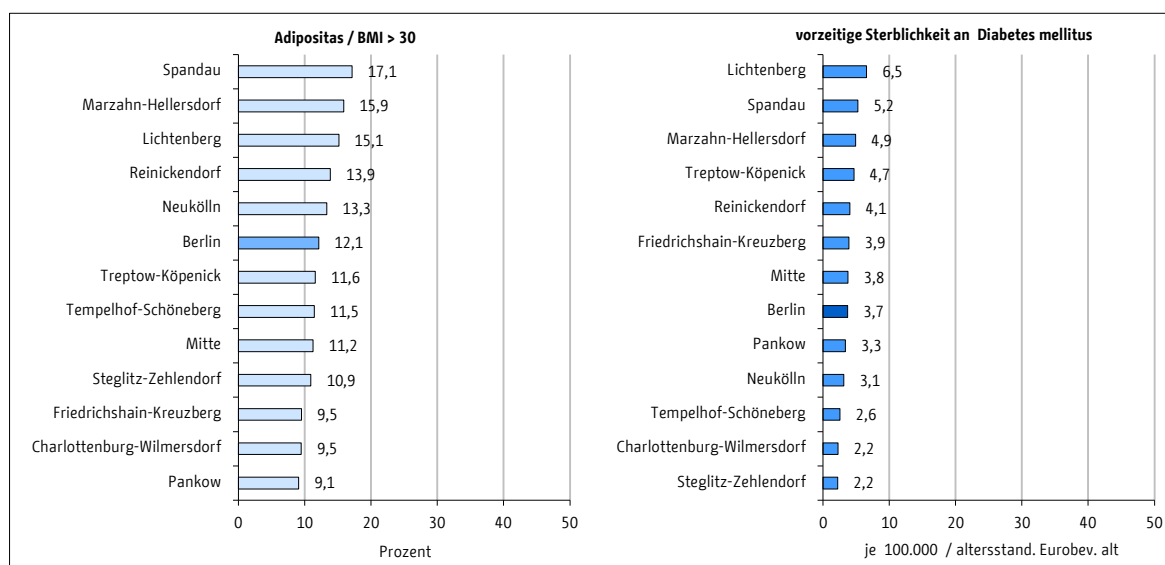
Tabelle 3.7:
Korrelation zwischen Raucher- und Adipositasprävalenz (2009) und Sterblichkeit an Diabetes mellitus (2009/2011 zusammengefasst) in Berlin - Korrelationskoeffizient nach Pearson

Prävalenz / Alter	weiblich	männlich	insgesamt
Raucherprävalenz			
unter 65 Jahre	0,156	0,358	0,315
alle Altersgruppen	0,631	0,504	0,679
Adipositas (BMI > 30)			
unter 65 Jahre	0,501	0,408	0,694
alle Altersgruppen	0,097	0,567	0,431

(Datenquelle: AFS Berlin-Brandenburg / Berechnung: SenGesSoz - I A -)

Deutlichere Zusammenhänge ergaben sich aus der Korrelation zwischen Prädiktoren und Sterberaten. Während es zwischen der Raucherprävalenz und der Sterblichkeit an Diabetes mellitus nur bezogen

Abbildung 3.36:
Vorzeitige Sterblichkeit an Diabetes mellitus (ICD-10 Nrn. E10-E14) 2009 - 2011 (zusammengefasst) und Adipositasprävalenz (BMI > 30) 2009 in Berlin nach Bezirken



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

auf alle Altersgruppen, nicht aber bei unter 65-Jährigen, bei beiden Geschlechtern einen deutlichen Zusammenhang gab, zeigte sich zwischen *Adipositasprävalenz (BMI > 30)* und der *Diabetessterblichkeit* bei den unter 65-Jährigen insgesamt eine hohe Korrelation. Bis auf Neukölln hatten alle Bezirke, in denen starkes Übergewicht am häufigsten verbreitet war, auch über dem Berliner Durchschnitt liegende Sterberaten. Bei diesen Bezirken handelte es sich durchweg um Bezirke mit negativen Sozialindizes (vgl. Tabelle 3.7 und Abbildung 3.36).

Entwicklung der Sterblichkeit

In Bezug auf eine *Reduzierung der Sterblichkeit an Diabetes mellitus*, die insbesondere auf die vorzeitige Mortalität und deren Prädiktoren abzielen sollte, ist die Entwicklung für Berlin wegen des deutlich über dem Bundesniveau liegenden Sterberisikos derzeit schwierig einzuschätzen. Vorrangig müssen *Interventionen* darauf abzielen, die bestehenden *Differenzen der Sterblichkeit zwischen* den besten und den am schlechtesten abschneidenden *Berliner Bezirken zu verringern*.

Gemessen an den Sterbeverhältnissen der letzten fünf Jahre (Zeitraum 2007 - 2011) ist in Berlin für den Zeitraum 2012 - 2016 mit folgenden *Entwicklungstendenzen der Sterblichkeit an Diabetes mellitus* zu rechnen:

- *Gesamtsterblichkeit an Diabetes mellitus*: Anhand der seit Anfang der 2000er Jahre zu beobachtenden rückläufigen Raten könnte es bei den Frauen zu einem Rückgang um 25 % und bei den Männern um etwa 27 % kommen.
- *Vorzeitige Sterblichkeit an Diabetes mellitus*:
Rückgang bei den Frauen um 0,2 Gestorbene je 100.000 bzw. um 10 %. Das entspräche einer altersstandardisierten Mortalitätsrate von 1,9 je 100.000, die bundesweit derzeit aber immer noch als die fünft-höchste eingestuft werden würde.
Rückgang des Sterberisikos bei den Männern um 1,2 Gestorbene je 100.000 bzw. um 19 %. Berliner hätten mit einer Sterberate von 3,8 je 100.000 einen Wert, der derzeit sogar als fünftniedrigster rangieren würde.

3.2.1.4 Chronische Krankheiten der unteren Atemwege

Verhaltensbedingte Risikofaktoren

Chronische Krankheiten der unteren Atemwege, vorrangig jedoch die chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD), sind hierzulande weit verbreitet. Schätzungsweise leiden in Berlin derzeit 280.000 Personen an einer COPD, deren Mortalitätsrate hoch ist. Bereits bei den unter 65-Jährigen rangierte diese Todesursache im Jahr 2011 bei den Berlinerinnen auf dem neunten und bei den Berliner Männern auf dem achten Rang.

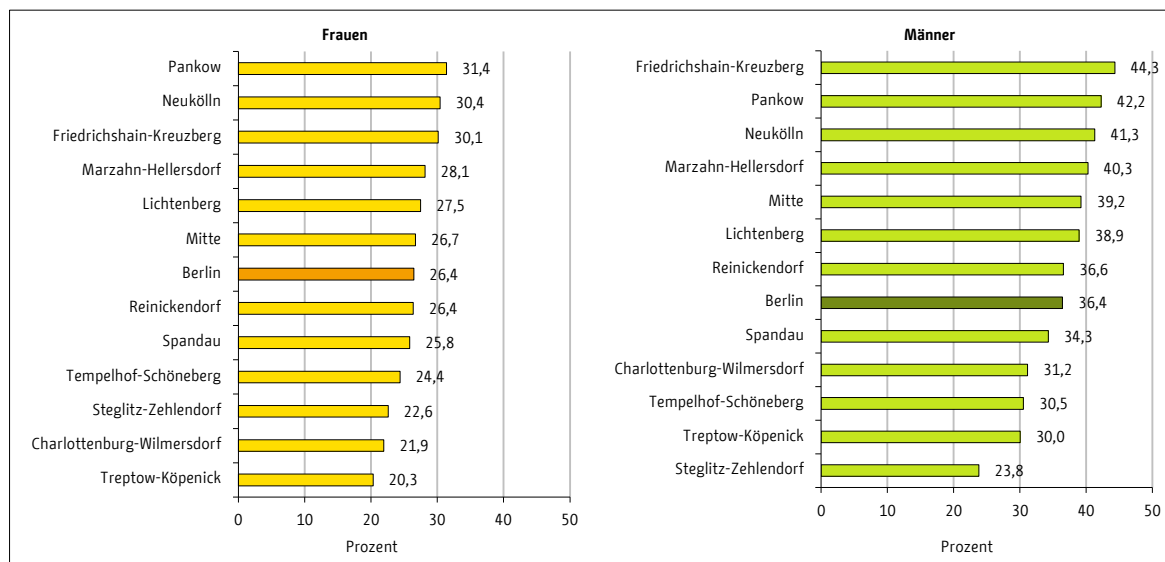
Nur wenige Erkrankungen lassen sich so eindeutig auf eine einzige Ursache, nämlich das Rauchen, zurückführen wie die COPD. Neun von zehn Erkrankten sind aktive oder ehemalige Raucher und Raucherinnen oder vom Passivrauchen Betroffene. Begünstigend wirken darüber hinaus berufliche Exposition und Umwelteinflüsse. Endogene Risikofaktoren spielen eine eher untergeordnete Rolle.

Obwohl der Raucheranteil innerhalb der erwachsenen Bevölkerung, insbesondere aber bei den Jugendlichen, rückläufig ist, lag er nach Angaben der GEDA-Studie 2010 (Gesundheit in Deutschland aktuell 2010²⁶) bei den Frauen immer noch bei etwa 26 % (Exraucherinnen 22 %) und bei den Männern bei 34 % (Exraucher 32 %). In Berlin rauchten im Jahr 2009 ebenfalls 26 % der Frauen. Der Raucheranteil der Männer lag mit 36 % in Berlin über dem Bundesniveau. In niedrigen Bildungsgruppen wird deutlich häufiger geraucht als in hohen. In Berliner Bezirken mit einer vergleichsweise schlechten sozialen Lage lag die Raucherquote

²⁶ Vgl.: http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/GEDA2010.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt aufgerufen am 22.07.2013.

deutlich über der in Bezirken mit günstigen Sozialindizes. Das geht mit der Tatsache einher, dass die Krankheitsbelastung durch Zigarettenkonsum sowie dessen Einfluss auf die Gesamt- und vorzeitige Sterblichkeit in Kontext mit der sozialen Lage der Bevölkerung steht und demzufolge auch auf andere tabakassoziierte chronische Krankheiten zutrifft (vgl. Abbildung 3.37, Raucherprävalenz in Deutschland: GSI-Tabelle 4.1-1).

Abbildung 3.37:
Raucherprävalenz (Alter: 15 Jahre und älter) in Berlin 2009 nach Bezirken



(Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg, Ergebnisse des Mikrozensus / Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Einer COPD kann individuell vorgebeugt werden, indem die bekannten Risikofaktoren für die Erkrankung gemieden werden. Da das Rauchen Prädiktor Nummer Eins ist, besteht die effektivste primäre Prävention darin, gar nicht erst damit zu beginnen bzw. das Rauchen einzustellen. Um eine COPD frühzeitig zu erkennen, sollten Raucherinnen und Raucher zumindest die Möglichkeiten einer sekundären Prophylaxe wie die Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen nutzen. Dies gilt nicht nur für die chronische Bronchitis und für die COPD, sondern für alle auf Tabakkonsum zurückzuführenden Krankheiten (z. B. bösartige Neubildungen, Herzinfarkt, Schlaganfall).

Zusammenhang mit der Sozialstruktur

Für die Berliner Bezirke lassen sich anhand der vorliegenden Daten Zusammenhänge von vorzeitiger Sterblichkeit an chronischen Krankheiten der unteren Atemwege und der Sozialstruktur der Bevölkerung ableiten. Bis auf Männer aus Neukölln konnte bei beiden Geschlechtern in Bezirken mit ungünstigen sozialen Bedingungen ein deutlich erhöhtes Sterberisiko beobachtet werden.

Hoher Kontext zwischen Sterblichkeit an chronischen Atemwegserkrankungen und sozialer Lage.

Demgegenüber wiesen Frauen und Männer aus den Bezirken mit den berlinweit günstigsten Sozialindizes (z. B. Charlottenburg-Wilmersdorf, Steglitz-Zehlendorf) die niedrigste Mortalität auf.

Tabelle 3.8:
Korrelation zwischen Raucherprävalenz (2009) und Sterblichkeit an chronischen Krankheiten der unteren Atemwege (2009/2011 zusammengefasst) in Berlin - Korrelationskoeffizient nach Pearson

Alter	weiblich	männlich	insgesamt
unter 65 Jahre	0,765	0,559	0,680
alle Altersgruppen	0,570	0,765	0,662

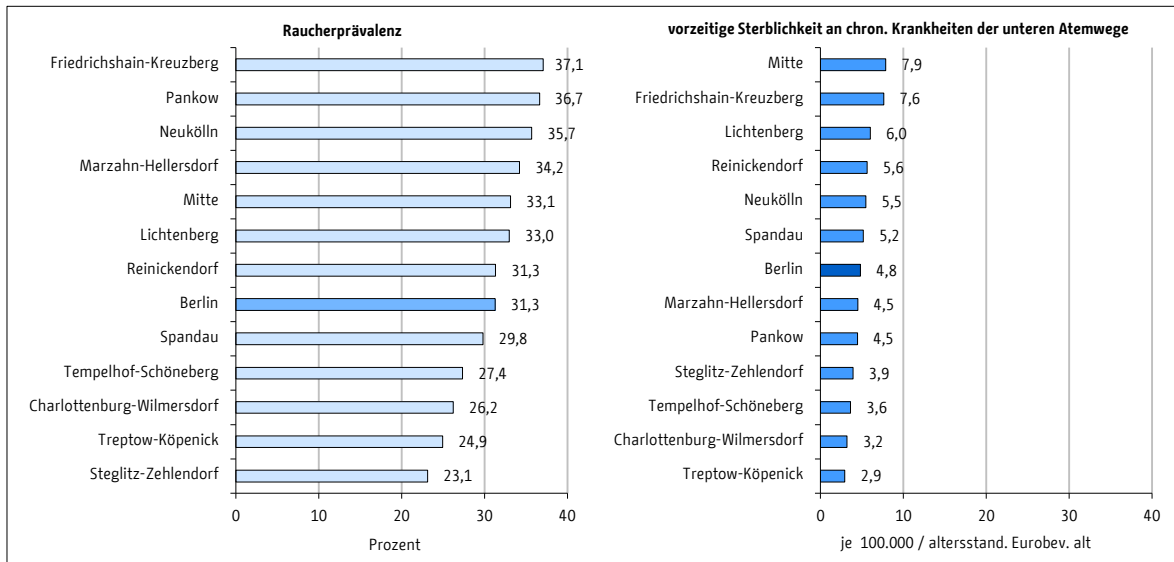
(Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg / Berechnung: SenGesSoz - I A -)

Rauchen als Hauptrisikofaktor für chronische Krankheiten der unteren Atemwege korreliert stark mit der Höhe der Sterblichkeit. Die Korrelation zwischen Raucherprävalenz und Sterblichkeit ergab sowohl bei der Gesamt- als auch bei der vorzeitigen Sterblichkeit an chronischen Krankheiten der unteren Atemwege einen deutlichen Zusammenhang. Bei unter 65-jährigen Berlinerinnen war dieser be-

sonders hoch. In allen Bezirken mit einer überdurchschnittlichen vorzeitigen Sterblichkeit lag die Raucherprävalenz über dem Gesamtberliner Durchschnittswert. Bei den Bezirken mit erhöhten Sterberaten handelte es sich durchweg um Bezirke mit einer vergleichsweise schlechten sozialen Lage (vgl. Tabelle 3.8 und Abbildung 3.38).

Abbildung 3.38:

Vorzeitige Sterblichkeit an chronischen Krankheiten der unteren Atemwege (ICD-10 Nrn. J40-J47) 2009 - 2011 (zusammengefasst) und Raucherprävalenz 2009 in Berlin nach Bezirken



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

Entwicklung der Sterblichkeit

COPD-Sterblichkeit in den nächsten Jahren voraussichtlich weiter ansteigend.

In Bezug auf eine *Reduzierung der Sterblichkeit an chronischen Krankheiten der unteren Atemwege*, die prioritär auf die vorzeitige Mortalität der chronischen obstruktiven Lungenkrankheit und deren exogene prädisponierende Faktoren abzielen sollte, ist die Entwicklung für Berlin, nicht zuletzt wegen der derzeit deutlich über dem Bundesniveau liegenden Sterberaten, schwer einzuschätzen. Der Fokus von möglichen *Interventionen* sollte auf eine Verringerung der Raucherprävalenz abzielen, um bestehende *Differenzen der Sterblichkeit zwischen* den besten und den am schlechtesten abschneidenden *Berliner Bezirken zu minimieren*.

Gemessen an den Sterbeverhältnissen der letzten fünf Jahre (Zeitraum 2007 - 2011) kann in Berlin für den Zeitraum 2012 - 2016 mit folgenden (geschätzten) *Entwicklungstendenzen der Sterblichkeit an chronischen Krankheiten der unteren Atemwege* gerechnet werden:

- *Gesamtsterblichkeit an chronischen Krankheiten der unteren Atemwege:*
Rückgang bei den Frauen um 12 %.
Bei den Männern könnte es nach derzeitigen Sterbeverhältnissen zu einem leichten Rückgang von etwa ein bis zwei Prozent kommen.
- *Vorzeitige Sterblichkeit an chronischen Krankheiten der unteren Atemwege insgesamt:*
Anstieg bei den Frauen um 0,5 Gestorbene je 100.000 bzw. um 16 %. Das entspräche einer altersstandardisierten Mortalitätsrate von 4,3 je 100.000, die bundesweit immer noch als zweithöchste eingestuft werden würde.
Rückgang des Sterberisikos bei den Männern um 0,3 Gestorbene je 100.000 bzw. um 4 %. Berliner hätten damit einen Wert von 5,5 je 100.000, der derzeit aber immer noch als der bundesweit dritthöchste rangieren würde.

- *Vorzeitige Sterblichkeit an chronischen Krankheiten der unteren Atemwege exkl. COPD:* Weiterer Rückgang des Sterberisikos bei den Frauen um 0,3 je 100.000 bzw. 26 % und bei den Männern um 0,8 Gestorbene je 100.000 bzw. um 41 %.
- *Vorzeitige Sterblichkeit an chronischer obstruktiver Lungenkrankheit (COPD):*
Anstieg bei den Frauen um 0,9 Gestorbene je 100.000 bzw. um 41 %. Das entspräche einer altersstandardisierten Rate von 3,8 je 100.000. Im Vergleich dazu bezifferte sich die Sterblichkeit der Frauen in Deutschland in den letzten Jahren (2007 - 2011) auf 2,4 je 100.000 und lag bereits 16 % unter der der Berlinerinnen (2,9 je 100.000).
Auch bei den Männern könnte sich die Sterblichkeit noch weiter erhöhen, und zwar um 0,5 Gestorbene je 100.000 bzw. um 14 %. Das entspräche einem Wert von 5,3 je 100.000. Im Vergleich dazu lag das Sterberisiko der Männer in Deutschland in den letzten Jahren (4,0 je 100.000) 15 % unter dem der Berliner Männer (4,7 je 100.000).

3.2.2 Drogen- und Suchtproblematik Berliner Schülerinnen und Schüler

Suchtpräventive Maßnahmen zur Vermeidung des Konsums legaler und illegaler Drogen im Kindes- und Jugendalter sind schwerpunktgebend in der gesundheitspolitischen Arbeit.

In diesem Zusammenhang werden zur Abschätzung des Drogenkonsums Heranwachsender regelmäßige Monitorings durchgeführt.

Basierend auf der Europäischen Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (European School Survey Project on Alcohol and other Drugs/ESPAD) vom Institut für Therapieforschung (IFT) in München konnte 2011 eine erneute Einschätzung des Drogenkonsumverhaltens von Schülerinnen und Schülern der 9. und 10. Klasse (15- bis 16-jährige Jugendliche) erfolgen. Diese Studie wurde zum dritten Mal (2003, 2007 und 2011) in über 40 Ländern durchgeführt. Für Deutschland nahmen neben Berlin die Bundesländer Bayern, Brandenburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen teil.

Danach ist der Konsum legaler und illegaler Drogen in der Altersgruppe der 15- bis 16-Jährigen folgendermaßen einzuschätzen:

Tabakkonsum

Bei der Erhebung 2011 gaben in Berlin 27 % der *Jungen* und 29 % der *Mädchen* an, in den letzten 30 Tagen vor der Befragung geraucht zu haben. Damit war die Berliner Raucherquote im Vergleich zu den *anderen Bundesländern* am niedrigsten.

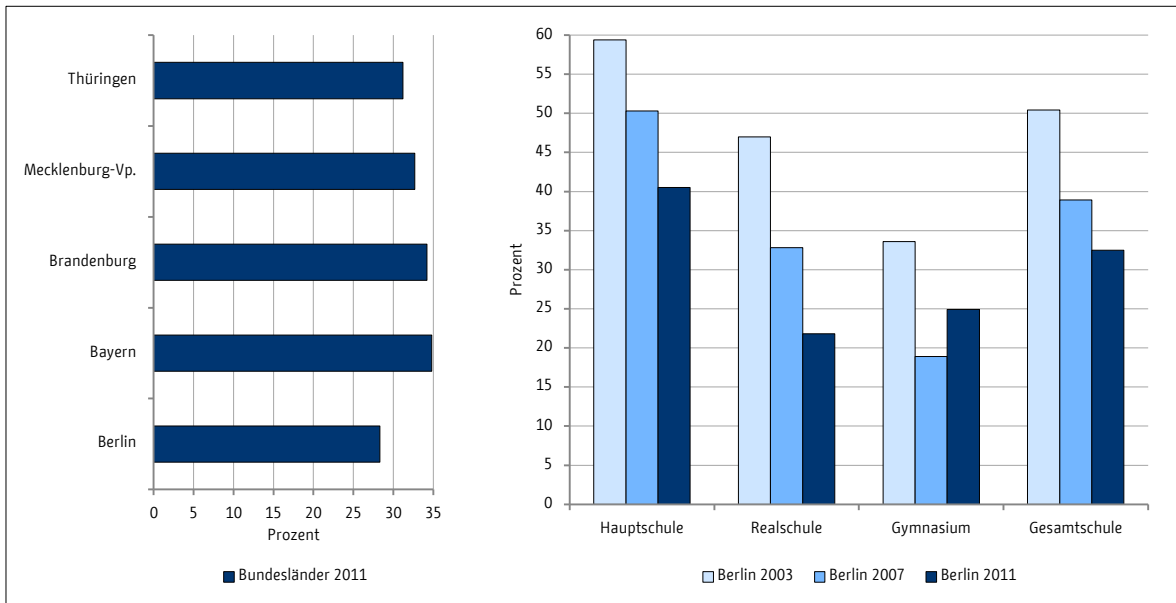
Raucherquote Jugendlicher in Berlin niedriger als in anderen Bundesländern.

Im Vergleich zu 2003 ging in fast allen *Schulformen* (Haupt-, Real- und Gesamtschule) der Anteil der aktuell rauchenden Jugendlichen kontinuierlich zurück - am deutlichsten in den Realschulen. In der Schulform Gymnasium war zunächst von 2003 bis 2007 ein Rückgang um 15 % und danach wieder ein Anstieg um 6 % zu beobachten. Im Jahr 2011 war der Anteil aktuell rauchender Jugendlicher in Realschulen am niedrigsten und in Hauptschulen am höchsten (vgl. Abbildung 3.39).

Von den Berliner Jugendlichen, die angegeben hatten, *in den letzten 30 Tagen geraucht* zu haben, rauchte ca. jeder Sechste (17 %) täglich. Dabei wiesen die Mädchen einen etwas höheren Konsumumfang und eine etwas höhere Konsumfrequenz auf als die Jungen.

Der Anteil der Schülerinnen und Schüler, die noch niemals in ihrem Leben (*Lebenszeitprävalenz*) geraucht haben, stieg seit 2003 um 17 Prozentpunkte an und lag 2011 bei 42 %.

Abbildung 3.39:
Tabakkonsum (30-Tage-Prävalenz) 15- bis 16-jähriger Jugendlicher in ausgewählten Bundesländern 2011 und nach Schulart in Berlin 2003, 2007 und 2011



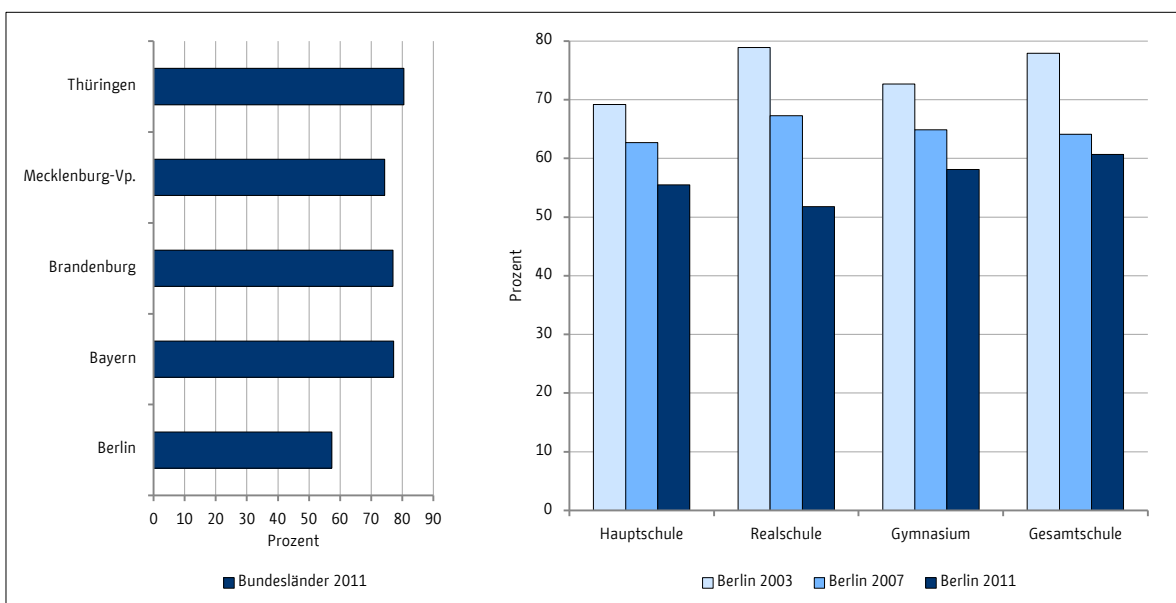
(Datenquelle: IFT München, ESPAD / Darstellung: SenGesSoz - I B -)

Alkoholkonsum

Alkoholprävalenzraten bei Jugendlichen in Berlin deutlich niedriger als in anderen Bundesländern.

In Berlin sind die Alkohol-Prävalenzraten (Lebenszeit-, 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenz) im Vergleich zu den anderen teilnehmenden *Bundesländern* deutlich niedriger. Die 30-Tage-Prävalenzrate des Alkoholkonsums lag bei den Berliner Jugendlichen mit 57 % durchschnittlich um 20 % niedriger als bei den befragten Jugendlichen anderer Bundesländer. Die Unterscheidung nach Getränkearten zeigte, dass am häufigsten Bier getrunken wurde, dabei betrug die *Prävalenzrate* in Berlin bei Jungen 55 % und bei Mädchen 40 %.

Abbildung 3.40:
Alkoholkonsum (30-Tage-Prävalenz) 15- bis 16-jähriger Jugendlicher in ausgewählten Bundesländern 2011 und nach Schulart in Berlin 2003, 2007 und 2011



(Datenquelle: IFT München, ESPAD / Darstellung: SenGesSoz - I B -)

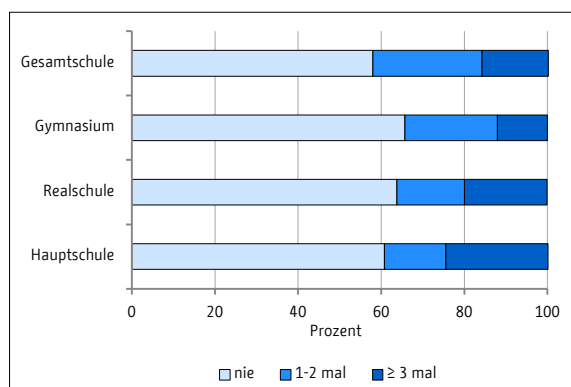
Seit 2003 ist bei beiden *Geschlechtern* ein Rückgang der Alkoholprävalenzraten (Lebenszeit-, 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenz) zu beobachten. Ebenso ist seit 2003 auch in fast allen *Schulformen* ein Rückgang der Prävalenzraten zu verzeichnen. Lediglich die Lebenszeitprävalenzrate in der Gesamtschule stieg nach einem Rückgang bis 2007 leicht wieder an (vgl. Abbildung 3.40).

Die Häufigkeit des *Rauschtrinkens* (30-Tage-Prävalenz) geht seit 2003 in allen an der Studie beteiligten Bundesländern zurück. Unter den Berliner Schülerinnen und Schülern trat im Vergleich zu den anderen

Bundesländern der Rauschkonsum (fünf und mehr Einheiten Alkohol²⁷ an einer und mehr Gelegenheiten in den letzten 30 Tagen) am seltensten auf (37,5 %). In den anderen Bundesländern lagen die prozentualen Anteile um durchschnittlich 18 % höher als in Berlin. 62,5 % der befragten Berliner Jugendlichen gaben an, in den letzten 30 Tagen vor der Befragung kein Rauscherlebnis gehabt zu haben.

Insgesamt war der Anteil der einmaligen und mehrmaligen Rauscherlebnisse bei den Gesamtschülern am größten. In geringfügigem Abstand folgten dann Hauptschüler, Realschüler und Gymnasiasten in der Rangfolge nach *Schularten* (vgl. Abbildung 3.41).

Abbildung 3.41:
Alkohorauscherfahrungen (30-Tage-Häufigkeit) 15- bis 16-jähriger
Jugendlicher in Berlin 2011 nach Schulart



(Datenquelle: IFT München, ESPAD / Darstellung: SenGesSoz - I B -)

Cannabiskonsum

Im Vergleich zur Erhebung im Jahr 2003 sind in Berlin die *Prävalenzraten* (Lebenszeit-, 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenz) 2011 jeweils um ca. 5 % gesunken. Der Cannabiskonsum ist aber nach wie vor bei Berliner Jugendlichen weitaus verbreiteter als bei den Jugendlichen anderer *Bundesländer*. Deswegen wurden die Präventionsmaßnahmen für diesen Problembereich verstärkt.

Cannabiskonsum Jugendlicher in Berlin weitaus verbreiteter als in anderen Bundesländern.

Die Lebenszeitprävalenz (Cannabis schon mindestens einmal im Leben konsumiert) lag 2011 in Berlin bei 29 % und somit höher als in den anderen Bundesländern (zwischen 14 % und 24 %). Auffallend hoch ist hierbei der Anteil der Cannabiskonsumenten an Hauptschulen (45 %) im Vergleich zu den anderen *Schulformen* (zwischen 24 % und 28 %). Dagegen ist 2011 der Anteil der aktuell (in den letzten 30 Tagen vor der Befragung) Cannabis konsumierenden Jugendlichen mit durchschnittlich 14 % in allen Schulformen fast gleich (vgl. Abbildung 3.42).

Die 30-Tage-Prävalenz liegt bei den *Jungen* (19 %) fast doppelt so hoch wie bei den *Mädchen* (10 %).

Bei 6,8 % der 2011 erfassten Cannabiskonsumenten wurde der Konsum als problematisch eingestuft. Bei der Einstufung „*problematischer Cannabiskonsum*“ werden 12-Monats-Konsumenten erfasst, die mindestens vier von sechs cannabisbezogenen Problemen wie z. B. Gedächtnisprobleme aufweisen.

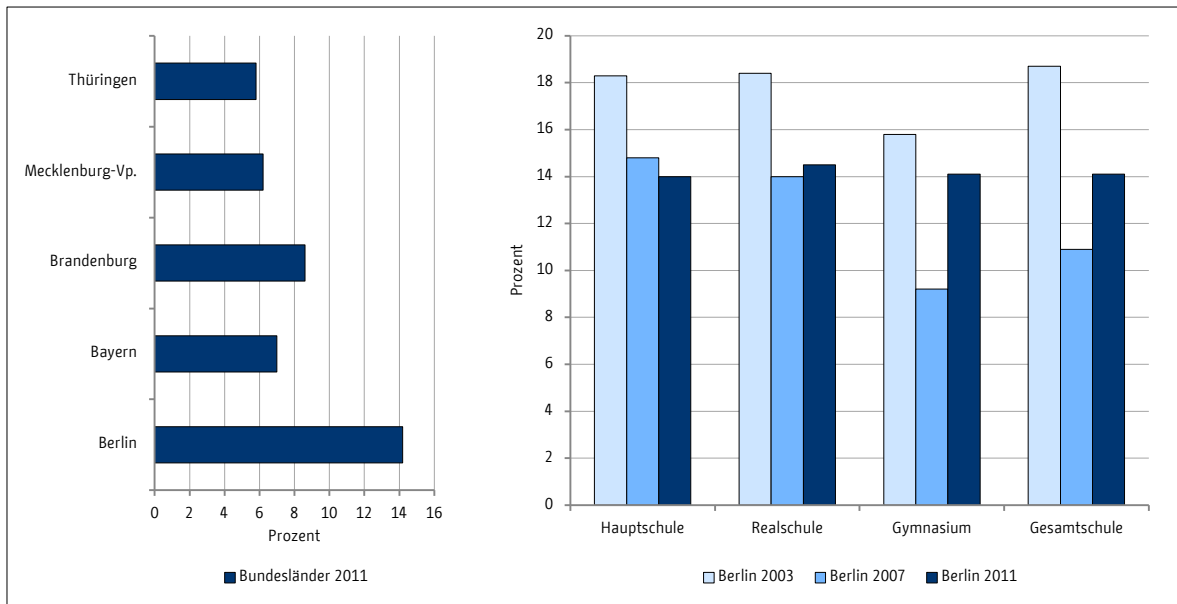
Konsum anderer illegaler Drogen

Die *Prävalenzraten* (Lebenszeit-, 12-Monats- und 30-Tage-Prävalenz) des Konsums anderer illegaler Drogen als Cannabis sind seit 2003 in den an der Studie beteiligten *Bundesländern* nahezu unverändert geblieben. Die Lebenszeitprävalenzen liegen bei fast allen illegalen Drogen unter 5 %. Lediglich der Amphetaminkonsum ist 2011 bei den befragten Jugendlichen in allen beteiligten Bundesländern häufiger festzustellen (5 % - 9 %). Berlin liegt mit den Drogen-Prävalenzraten im Mittelfeld.

²⁷ Als eine Einheit gelten im Allgemeinen 8 - 9 Gramm reiner Alkohol in einem alkoholischen Getränk, das entspricht einem Glas Wein (10 cl) oder zwei Glas Bier (25 cl).

Abbildung 3.42:

Cannabiskonsum (30-Tage-Prävalenz) 15- bis 16-jähriger Jugendlicher in ausgewählten Bundesländern 2011 und nach Schulart in Berlin 2003, 2007 und 2011



(Datenquelle: IFT München, ESPAD / Darstellung: SenGesSoz - I B -)

Die Lebenszeitprävalenzraten in Berlin betragen bei Amphetaminen 5,1 %, Kokain 3,8 %, Drogenpilzen 2,9 % und Ecstasy 2,6 %. Bei den befragten 15- bis 16-jährigen Jugendlichen sind dies nach Cannabis die am häufigsten konsumierten illegalen Drogen. Der Heroinkonsum kommt am seltensten vor und beträgt in Berlin wie auch in den anderen Bundesländern weniger als 1 %.

3.2.3 Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennung und Gesundheits-Check-up

Krebsfrüherkennungsuntersuchungen

Wie die Statistiken erkennen lassen, werden die einzelnen Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen von den in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) Versicherten in unterschiedlichem Maße genutzt. Im Jahr 2011 ist ein Anstieg gegenüber 2010 im Bereich der Krebsfrüherkennungsuntersuchungen bei Frauen (704.853 Fälle) sowie bei Männern (152.956 Fälle), des Hautkrebscreenings bei Frauen (154.738 Fälle) sowie bei Männern (109.710 Fälle) und der Darmkrebsfrüherkennung bei Frauen (12.137) zu verzeichnen. Die Darmkrebsfrüherkennungsfälle bei Männern sind hingegen leicht rückläufig (9.860 gegenüber 10.235), ebenso die Inanspruchnahme des Mammographie-Screenings (102.173 gegenüber 104.345).

Angebote zur Krebsfrüherkennung werden von Frauen deutlich häufiger genutzt als von Männern.

Das Mitte 2008 als Krebsfrüherkennungsmaßnahme für die GKV-Versicherten eingeführte Hautkrebs-Screening wird von den Versicherten noch vergleichsweise wenig genutzt; bezogen auf die Anspruchsberechtigten war jedoch im Vergleich zu den anderen Krebsfrüherkennungsarten nur hier eine deutlich höhere Inanspruchnahme als in den Vorjahren zu verzeichnen mit Quoten von 32,8 % (2010: 28,8 %) bei den Frauen und 28,4 % (2010: 25,8 %) bei den Männern. Geringfügig häufiger als 2010 ließen Frauen sich auch auf Krebskrankungen des Genitales und Brustkrebs untersuchen (2011: 55,9 % / 2010: 55,2 %). Beim Mammographie-Screening, an dem mehr als jede zweite anspruchsberechtigte Frau teilnimmt, und bei den Krebsfrüherkennungsuntersuchungen der Prostata und des äußeren Genitales, die gerade mal jeder vierte anspruchsberechtigte Mann wahrnimmt, gingen die Inanspruchnahmekquoten 2011 gegenüber 2010 leicht zurück (vgl. GSI-Tabelle [7.16-1](#)).

Gesundheits-Check-up

Die Vorsorgeuntersuchung des *Gesundheits-Check-up* hat sich ab 2010 auf einer Marke oberhalb der 500.000 Fälle stabilisiert. Für 2011 zeigt sich ein Spitzenwert mit insgesamt 519.325 Inanspruchnahmen, der sich auch im Bezug auf die Anspruchsberechtigten widerspiegelt mit einem Anteil von 60,5 % (2010: 58,4 %). Ebenso waren bei den anspruchsberechtigten Frauen und Männern mit 63,6 % (2010: 61,4 %) bzw. 56,3 % (2010: 54,4 %) die bislang höchsten Inanspruchnahmequoten zu beobachten (vgl. GSI-Tabelle [7.17-1](#)).

Die Inanspruchnahme der Vorsorge- und Krebsfrüherkennungsuntersuchungen für Frauen und Männer macht sichtbar, dass Frauen sich an diesen Programmen auch weiterhin in stärkerem Maße beteiligen als Männer.

3.3 Pflegebedürftigkeit

Seit 1999 wird in Deutschland *zweijährlich* (zuletzt 2011) von den Statistischen Ämtern des Bundes und der Länder gemäß Pflegestatistik-Verordnung (PflegeStatV) vom 24.11.1999 eine *Pflegestatistik* geführt. Ziel dieser Statistik ist es, Daten über das Angebot und die Nachfrage der pflegerischen Versorgung der Bevölkerung zu erhalten. Erfasst werden Angaben zu den pflegebedürftigen Personen und deren Versorgungsstruktur wie z. B. Pflegeart, Pflegeeinstufung und Versorgungsart sowie Empfängerinnen und Empfänger von Pflegegeld. Die in der Pflegestatistik erhobenen Daten betreffen ausschließlich den *Leistungsbereich des SGB XI* (Pflegeversicherungsgesetz).

Die Pflegestatistik besteht aus zwei Erhebungen. Bei der ersten handelt es sich um die sogenannte Einrichtungsstatistik, bei der *Informationen zu den ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen* einschließlich der dort tätigen Personen sowie über die von ihnen versorgten pflegebedürftigen Personen und an die Pflegeheime zu zahlenden Entgelte vorgehalten werden. Bei der zweiten Erhebung werden ergänzend dazu Angaben über die *Inanspruchnahme von Pflegegeldleistungen* gemacht. Mit der Einrichtungsstatistik werden alle ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen erfasst, mit denen die Pflegekassen einen Versorgungsvertrag abgeschlossen haben. Zu den stationären Einrichtungen zählen sowohl vollstationäre (Dauer- und Kurzzeitpflege) als auch teilstationäre (Tages- und Nachtpflege) Einrichtungen²⁸. Über die Versorgungssituation und -entwicklung in Berlin wird im Landespflegeplan²⁹ berichtet, der in seiner aktuellen Fassung am 10. Januar 2012 vom Berliner Senat beschlossen worden ist.

Als *pflegebedürftig im Sinne des SGB XI* gelten Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder schweren Behinderung für gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im täglichen Leben auf Dauer, voraussichtlich aber für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße Hilfe benötigen (§§ 14 Abs. 1 und 15 SGB XI). Chronische Krankheiten können eine Ursache bzw. Begleiterscheinung von Pflegebedürftigkeit sein. Angaben über *die zur Pflegebedürftigkeit führenden Behinderungen und Krankheiten* (wie Krankheiten des Bewegungsapparates, psychische Erkrankungen, Demenzformen, Tumorleiden, Schlaganfälle, Folgeschäden von schweren Unfällen) werden mit der Pflegestatistik jedoch nicht erfasst.

Um Leistungen nach SGB XI zu erhalten, bedarf es der Feststellung des Vorliegens einer Pflegebedürftigkeit seitens der gesetzlichen Pflegekasse bzw. des privaten Versicherungsunternehmens und der Zuordnung zu einer Pflegestufe (vgl. Erläuterungen im Anhang). Vor Einführung der Pflegeversicherung (SGB XI) zum 1. Januar 1995 wurden Aufwendungen bei Pflegebedürftigkeit fast ausschließlich durch den Einsatz des Einkommens und Vermögens der Pflegebedürftigen selbst oder unterhaltspflichtiger Personen bzw., wenn diese nicht ausreichten und keine vorrangigen Leistungsansprüche bestanden, nach dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG) gedeckt. Die *Leistungen der Pflegeversicherung (SGB XI) sind als „Teilkasko“-Leistungen*

²⁸ Ausführliche tabellarische Darstellungen stehen im Internet unter <http://www.gbe-bund.de>, Suchwort „Pflegestatistik“, zur Verfügung.

²⁹ Vgl. <http://www.berlin.de/pflege/plan/index.html>, zuletzt aufgerufen am 20.03.2013.

konzipiert, sodass der Sozialhilfeträger auch jetzt bei einem Teil der Fälle mit ergänzenden Hilfeleistungen („Hilfe zur Pflege nach dem Siebten Kapitel SGB XII) einspringen muss. Darüber hinaus kommt Hilfe zur Pflege ebenso bei Personen ohne Pflegeversicherung und/oder einem Hilfebedarf unterhalb der erheblichen Pflegebedürftigkeit in Betracht. Leistungsumfang und Anspruchsvoraussetzungen sind im SGB XI und SGB XII weitgehend parallel definiert, wobei die Sozialhilfe im Einzelfall auch Bedarfe abdeckt, die im Leistungskatalog des SGB XI nicht enthalten sind³⁰.

Nachfolgende Auswertungen zur Pflegebedürftigkeit beziehen sich im Wesentlichen auf das *Auswertungsjahr 2011* und konzentrieren sich auf ausgewählte *Berliner Ergebnisse aus dem Datenkranz der Pflegestatistik 2011* sowie *ergänzende Daten zum Bezug von Leistungen der Hilfe zur Pflege* gemäß SGB XII. Die statistische Erfassung beider Empfängerkreise enthält insbesondere aufgrund des Bezuges von Leistungen beider Sozialleistungsträger Schnittmengen, welche aufgrund methodischer Probleme nur bedingt statistisch ausweisbar sind. Infolge möglicher Einschränkungen aufgrund von Auswirkungen der Reformen der Pflegeversicherung im Jahr 2008 (vgl. Erläuterungen im Anhang sowie Veröffentlichungen des Amtes für Statistik Berlin-Brandenburg³¹ und des Statistischen Bundesamtes³²) wird auf einen zeitlichen Vergleich der Ergebnisse und deren Interpretation in Bezug auf frühere Auswertungen weitgehend verzichtet.

Die im Indikatorensatz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder enthaltenen *Indikatoren zu pflegebedürftigen Personen* können den GSI-Tabellen [3.46-1](#), [3.47-1](#) und [3.48-1](#) entnommen werden, die in der Berliner Gesundheitsberichterstattung im Internet unter <http://www.gsi-berlin.info/> (Gesundheits- und Sozialinformationssystem - GSI) zum Herunterladen zur Verfügung stehen. Weitere im Folgenden nicht behandelte Informationen im Zusammenhang mit Pflegebedürftigkeit stellen die GSI-Tabellen [6.17-1](#) ff. (Einrichtungen), [7.33-1](#) ff. (Inanspruchnahme) und [11.8-1](#) ff. (Vergütung, Entgelte) bereit; zum Thema Personal in Pflegeeinrichtungen vgl. Kapitel 4.4.1 in diesem Bericht.

3.3.1 Pflegebedürftige Personen nach Geschlecht und Alter

Leistungen der Pflegeversicherung (SGB XI)

**Starke Zunahme der Zahl
pflegebedürftiger Männer.**

Im Dezember 2011 waren in *Berlin* 107.917 Personen von *Pflegebedürftigkeit betroffen*, davon 70.388 weiblichen und 37.529 männlichen Geschlechts. Im Vergleich dazu belief sich die Zahl im Jahr 2009 auf insgesamt 101.351 Pflegebedürftige (69.080 Frauen, 32.271 Männer). Damit ist die absolute Zahl der Pflegebedürftigen seit der Vorerhebung im Dezember 2009 um 6,5 % angewachsen. Allein die Zahl pflegebedürftiger Männer stieg innerhalb von zwei Jahren um 16,3 %, während die Zahl pflegebedürftiger Frauen lediglich um 1,9 % zunahm. Im Beobachtungszeitraum seit 1999 nahm die absolute Zahl der Pflegebedürftigen bei den Frauen um insgesamt 22 % und bei den Männern sogar um insgesamt 62 % zu. Dadurch erhöhte sich auch der Anteil Pflegebedürftiger in Berlin unter der männlichen Bevölkerung auf nunmehr 2,2 %, während der Anteil unter der weiblichen Bevölkerung wie Ende 2009 bei 3,9 % lag. In *Deutschland* insgesamt wuchs die Anzahl Pflegebedürftiger zwischen 2009 und 2011 um 7 %, wobei laut Statistischem Bundesamt von einer gewissen Überzeichnung der Zahl der Pflegegeldempfängerinnen und -empfänger in der Erhebung 2011 ausgegangen wird.³³

Das *altersstandardisierte Pflegerisiko* (Bezug je 100.000 altersstandardisierter Einwohner) stieg in *Berlin* im Vergleich zur Vorerhebung um 3,1 % auf 1.932 Pflegebedürftige je 100.000 Einwohner und in der Zeit seit 1999 (1.558 je 100.000) um knapp ein Viertel (24 %) an. Bei den Berlinerinnen nahm es im Beobachtungszeitraum (ab 1999) erstmalig nicht zu, sondern sank von 2009 bis 2011 geringfügig um 1,0 % auf

³⁰ Nähere Erläuterungen vgl.: Sallmon, S.; Mittelstaedt, K.; Schenk, U. (2011): Zur sozialen Lage älterer Menschen in Berlin - Armutsrisiken und Sozialleistungsbezug. Spezialbericht 2011-1. Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz Berlin. Abschnitt 6.4 Hilfe zur Pflege nach dem 7. Kapitel SGB XII, S. 116 ff.

³¹ http://www.statistik-berlin-brandenburg.de/statistiken/statistik_sb.asp?sageb=22004&PTyp=700&creg=B&anzwer=7&bok=1&bbok=1; zuletzt aufgerufen am 28.02.2013.

³² <http://www.destatis.de> über den Pfad Publikationen / Thematische Veröffentlichungen / Gesundheit / Veröffentlichungen für die Bereiche: Pflege.

³³ Vgl. Statistisches Bundesamt: Pflegestatistik 2011, Deutschlandergebnisse. Wiesbaden 2013.

1.979 je 100.000, währenddessen die altersstandardisierte Rate bei den Berliner Männern in der gleichen Zeit um 10,0 % anstieg und einen Wert von 1.762 je 100.000 erreichte.

Die auf die Bevölkerung bezogene *Pflegequote* betrug 2011 in Berlin 3.082 je 100.000 der fortgeschriebenen Bevölkerung, unter den Männern 2.185 je 100.000 und unter den Frauen 3.945 je 100.000. *Bundesweit* erhielten im Jahr 2011 2.501.441 Personen bzw. 3.056 je 100.000 der Bevölkerung (Frauen: 1.638.278 Fälle absolut bzw. 3.935 je 100.000; Männer: 863.163 Pflegebedürftige bzw. 2.147 je 100.000) Leistungen der Pflegeversicherung (vgl. GSI-Tabelle [3.46-1](#)).

Ende 2011 war in Berlin nur etwa jede fünfte pflegebedürftige Person (insgesamt 21.986 Fälle) unter 65 Jahre alt, knapp die Hälfte der Pflegebedürftigen (51.736) befand sich im *Alter* von 65 bis 84 Jahren. Das 85. Lebensjahr hatte fast jede dritte (34.195) von Pflegebedürftigkeit betroffene Person überschritten. Das *Pflegerisiko* steigt mit zunehmendem Alter stark an, sodass bereits jede fünfte Person im Alter von 80 bis 84 Jahren, vier von zehn Personen zwischen 85 und 89 Jahren bis hin zu sechs von zehn über 90-jährigen Personen betroffen waren. Der Anteil Pflegebedürftiger an der Bevölkerung der jeweiligen Altersgruppe lag in Berlin in allen Altersgruppen ab 35 Jahren höher als im Durchschnitt für Deutschland. Das traf auch auf die Pflegequoten der Männer und Frauen dieser Altersgruppen zu mit Ausnahme der über 90-jährigen Männer.

**Berliner Bevölkerung
ab 35 Jahren mit
höherer Pflegequote
als bundesweit.**

Die *geschlechts- und altersspezifische Auswertung* zeigt, dass bis zum Alter von 50 Jahren das Pflegerisiko der männlichen Bevölkerung das der weiblichen Bevölkerung übersteigt, was besonders bei den Kindern unter 15 Jahren und den 15- bis 34-Jährigen auffällt. Das weibliche Pflegerisiko lag 2011 im Alter von unter 15 Jahren bei 64 % und im Alter von 15 bis 34 Jahren bei 71 % des männlichen Pflegerisikos. Zwischen 35 und 70 Jahren ist unter Berücksichtigung der Ergebnisse aus der Pflegestatistik 2009 kein eindeutiger Trend zu benennen. In allen Altersgruppen ab dem Alter von 70 Jahren waren unter Berliner Frauen jeweils größere Anteile pflegebedürftig als unter den gleichaltrigen Berliner Männern. Insbesondere bei den Hochbetagten und Langlebigen aber waren Berliner Männer gegenüber gleichaltrigen Berliner Frauen deutlich seltener von Pflegebedürftigkeit betroffen: Das Pflegerisiko der Frauen betrug bei den 80- bis 89-Jährigen das 1,4-fache und bei den über 90-Jährigen fast das Doppelte (1,9-fache) des Pflegerisikos der Männer (vgl. Abbildung 3.43).

**Männer in allen Alters-
gruppen ab 70 Jahren
seltener als Frauen
pflegebedürftig.**

Leistungen der Sozialhilfe nach dem 7. Kapitel SGB XII zur Deckung des Pflegebedarfs

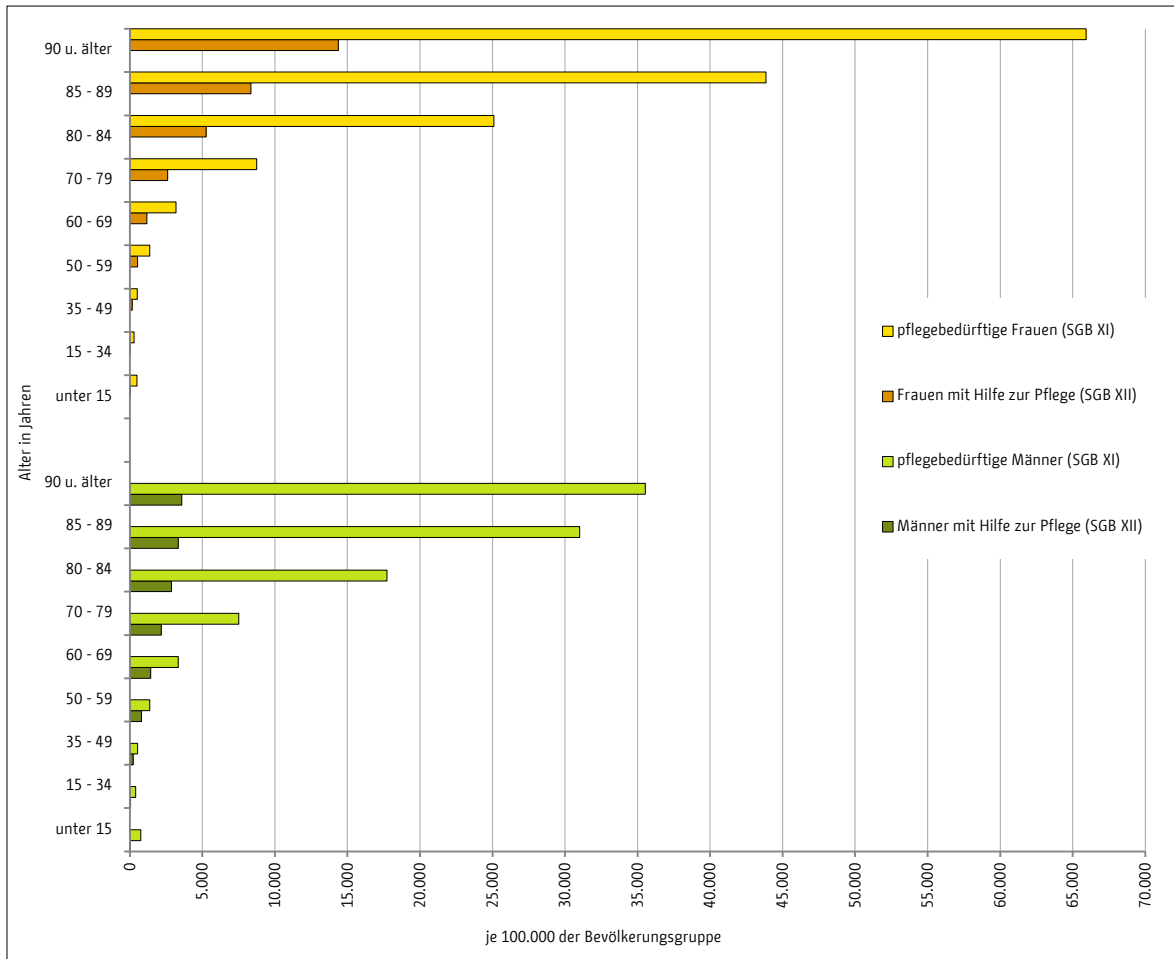
Leistungen der Sozialhilfe nach dem 7. Kapitel SGB XII benötigten am Jahresende 2011 27.879 *Berlinerinnen* (17.468) und *Berliner* (10.411) zur (ergänzenden) Deckung ihres Pflegebedarfs (vgl. GSI-Tabelle [10.8z-1](#)). Wie auch hinsichtlich der Personen mit Leistungen der Pflegeversicherung (SGB XI) steigt die Empfängerquote mit fortschreitendem *Alter* an. Im Alter ab 90 Jahren benötigte fast jede achte Person Unterstützung des Sozialamtes für Pflegeleistungen, in der Altersgruppe von 85 bis 89 Jahren war es jede vierzehnte Person (3.276). Weitaus auffälliger als bei der Betrachtung der Pflegequote nach SGB XI ist die unterschiedliche Betroffenheit von Frauen und Männern, im höheren Lebensalter für Pflegeleistungen Unterstützung des Sozialamtes in Anspruch nehmen zu müssen. Im Alter ab 90 Jahren erhielten 3.036 Frauen und 240 Männer Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII. Bezogen auf die jeweilige Anzahl der männlichen bzw. weiblichen Bevölkerung der Altersgruppe ergab sich eine viermal so hohe Leistungsquote für Frauen (14.366 je 100.000) als für Männer (3.580 je 100.000). In der Altersgruppe von 85 bis 89 Jahren lag die Leistungsquote für Frauen beim 2,5-fachen der Leistungsquote für Männer, im Alter von 80 bis 84 Jahren waren Frauen fast doppelt so häufig betroffen wie Männer. In allen Altersgruppen der unter 70-Jährigen benötigten dagegen männliche Personen häufiger als weibliche Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII.

**Überproportional hoher
Unterstützungsbedarf
nach SGB XII bei älteren
Frauen.**

Die *Hauptursachen* für diese geschlechtsspezifischen Unterschiede sind in der differierenden sozialen Lage von Frauen und Männern im höheren Lebensalter zu finden. Insbesondere die im Durchschnitt noch immer geringeren (eigenen) Einkünfte von Frauen im Alter, gepaart mit einer hohen Rate weiblicher Einpersonenhaushalte, lassen diese Frauen, anders als viele materiell besser situierte männliche Altersgenossen, auf Sozialhilfeleistungen bei eigenem Pflegebedarf angewiesen sein³⁴ (vgl. Abbildung 3.43).

Abbildung 3.43:

Pflegebedürftige (Leistungen nach SGB XI - Pflegeversicherung) und Personen mit Hilfe zur Pflege nach SGB XII in Berlin 2011 (Stand: 15.12. bzw. 31.12.) je 100.000 der Geschlechts- und Altersgruppe



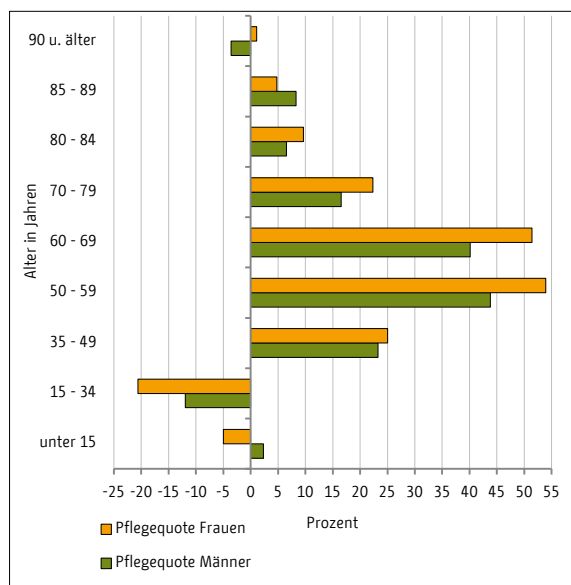
(Datenquelle: SenGesSoz Berlin - PROSOZ / AFS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Geschlechts- und altersspezifische Pflegequoten in Deutschland und den Bundesländern

Die (insbesondere) bei den älteren *Männern* gegenüber älteren *Frauen* zu beobachtende niedriger liegende Pflegebedürftigkeit traf auf das gesamte *Bundesgebiet* zu, wobei Männer im bundesweiten Durchschnitt anders als in Berlin sogar bis zum *Alter* von 59 Jahren eine höhere Pflegebedürftigkeit als gleichaltrige Frauen aufwiesen. Im Bundesvergleich fiel auf, dass die Pflegewahrscheinlichkeit der Berlinerinnen und Berliner in allen Altersgruppen ab 35 Jahren zum Teil erheblich über den Bundeswerten lag. 50- bis 69-jährige Berlinerinnen hatten beispielsweise eine um mehr als die Hälfte und gleichaltrige Berliner eine um mehr als vier Zehntel höher liegende Pflegequote. Bei den 35- bis 49-Jährigen lag das Pflegerisiko der Berlinerinnen um ein Viertel und das der Männer um fast ein Viertel über dem Bundesniveau. Aber auch bei den 70- bis 79-Jährigen lag es in Berlin bei beiden Geschlechtern (Frauen: +22 %; Männer: +17 %) weit über den Bundesdurchschnittswerten (vgl. Abbildung 3.44 und GSI-Tabelle [3.47-1](#)).

³⁴ Vgl. hierzu ausführlicher: Sallmon, S.; Mittelstaedt, K.; Schenk, U. (2011): Zur sozialen Lage älterer Menschen in Berlin - Armutsrisiken und Sozialleistungsbezug. Spezialbericht 2011-1. Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz Berlin. Abschnitt 6.4 Hilfe zur Pflege nach dem 7. Kapitel SGB XII, S. 116 ff.

Abbildung 3.44:
Geschlechts- und altersspezifische Pflegequoten (Pflegebedürftige je 100.000 der Bevölkerungsgruppe) in Berlin 2011 (Stand: 15.12.) in Abweichung von der jeweiligen Pflegequote in Deutschland in Prozent



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

Die Pflegequoten der einzelnen *Bundesländer* ließen eine erhebliche Schwankungsbreite erkennen. Hinsichtlich der pflegeintensivsten *Altersgruppen* ab 75 Jahren zählte Berlin zu den Bundesländern mit einem über dem Durchschnitt für Deutschland liegenden Anteil an Pflegebedürftigen. Lediglich über 90-jährige Berliner *Männer* hatten unter dem Bundesdurchschnitt liegende Werte. Die höchste Prävalenz an pflegebedürftigen Personen wurde in den Altersgruppen ab 75 Jahre durchgängig in vier der neuen Bundesländer - Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg, Sachsen-Anhalt und Thüringen - mit deutlich über den Berliner Werten liegenden Pflegequoten beobachtet. Die Pflegequote in Mecklenburg-Vorpommern lebender *Frauen* ab 85 Jahren lag fast 20 Prozentpunkte über der Pflegequote der gleichaltrigen Frauen in Hamburg. Männer im Alter ab 90 Jahren erreichten in Mecklenburg-Vorpommern mit 54,2 % eine fast doppelt so hohe Pflegequote wie in Hamburg (28,7 %).

Schleswig-Holstein jedoch verzeichnete insbesondere für Frauen und Männer im Alter von 75 bis 84 Jahren die niedrigsten und im Alter von 85 bis 89 Jahren nach Hamburg die zweitniedrigsten Pflegequoten. Wie im Basisbericht 2010/2011 bereits für das Berichtsjahr 2009 festgestellt sind die Hauptgründe dafür, dass Frauen und Männer in neuen Bundesländern überwiegend früher und zudem deutlich häufiger als Frauen und Männer aus den meisten Ländern des früheren Bundesgebietes von Pflegebedürftigkeit betroffen waren, Ausdruck von noch zwischen den Bundesländern bestehenden unterschiedlichen Lebensbedingungen, welche sich u. a. in höherem Armutsrisiko, höheren Arbeitslosenquoten und Transferleistungsquoten ausdrücken (vgl. Abbildung 3.45).

3.3.2 Pflegebedürftige Personen nach Pflegeart

Versorgung pflegebedürftiger Personen in häuslicher Umgebung und in Einrichtungen in Berlin

Hinsichtlich der *Versorgungsstrukturen* erfolgt die Betreuung von pflegebedürftigen Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen und im häuslichen Milieu. In Letztgenanntem wird sie durch ambulante (professionelle) Pflegedienste und durch Angehörigenpflege unter Inanspruchnahme von Pflegegeld gewährleistet. Der größte Teil aller pflegebedürftigen Personen in Berlin wird *im häuslichen Wohnumfeld* versorgt. Im Jahr 2011 betraf das 80.886 Personen bzw. 75 % aller Pflegebedürftigen in Berlin. Deutschlandweit belief sich die Zahl der zu Hause betreuten Personen auf 1.758.321. Das entsprach, gemessen an allen Pflegebedürftigen, einem Anteil von 70 %. Somit war in Berlin im Vergleich zum gesamten Bundesgebiet ein höherer Anteil derer, die im häuslichen Bereich versorgt wurden, zu beobachten. Das traf sowohl auf *Frauen* (Berlin 72 %, Deutschland 66 %) als auch auf *Männer* (Berlin 80 %, Deutschland 78 %) zu, wobei pflegebedürftige Männer generell häufiger als pflegebedürftige Frauen zu Hause betreut wurden.

Etwa zwei von drei pflegebedürftigen Personen, die im Jahr 2011 in Berlin in ihrer gewohnten häuslichen Umgebung betreut wurden, zählten zu den sogenannten *Pflegegeldempfängern und -empfängerinnen* (insgesamt 54.488). Das bedeutet, dass die Pflege allein durch Personen aus dem privaten Umfeld - in der Regel durch Angehörige - und ohne professionelle Hilfe erfolgte. Im

Gestiegener Anteil der Personen mit Pflegegeld unter den Pflegebedürftigen.

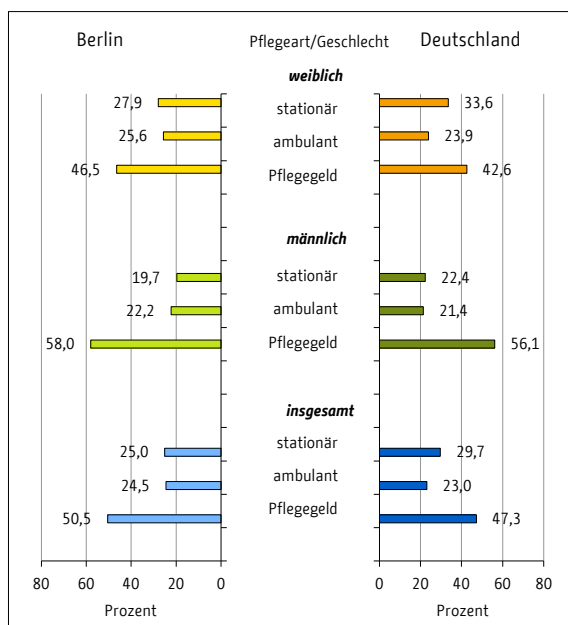
Abbildung 3.45:
Pflegequoten (Prozentanteil pflegebedürftiger Personen an der Bevölkerung) in Deutschland 2011 (Stand: 15.12.)
nach Geschlecht, ausgewählten Altersgruppen und Bundesländern



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

Vergleich zum Berichtsjahr 2009 stieg der Anteil der Personen mit Pflegegeld an allen Pflegebedürftigen um zwei Prozentpunkte auf 51 %. Demgegenüber sank der Anteil derjenigen, die zwar im häuslichen Milieu betreut wurden, für die aber *ambulante Pflege durch professionelle Dienste* in Anspruch genommen werden musste, auf 25 %. *Männer* (21.777 bzw. 58 % aller männlichen Pflegebedürftigen) wurden deutlich häufiger als *Frauen* (32.711 bzw. 47 % aller pflegebedürftigen weiblichen Personen) von Angehörigen gepflegt. Diese unterschiedliche Situation pflegebedürftiger Männer und Frauen hat sich im Vergleich zum Jahr 2009 noch stärker ausgeprägt. Im bundesweiten Maßstab finden sich diese geschlechtsspezifischen Unterschiede ähnlich, allerdings ist für beide Geschlechter ein deutlich höherer Anteil stationär als ambulant Gepflegter festzustellen.

Abbildung 3.46:
Pflegebedürftige Personen in Berlin und in Deutschland am
15.12.2011 nach Geschlecht und Verteilung auf die Pflegearten
(Anteile in %)



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

Auf (voll-)stationäre Pflege waren im Jahr 2011 in Berlin 27.031 Pflegebedürftige angewiesen. Ihr Anteil an allen pflegebedürftigen Personen lag mit 25 % unter dem Bundesdurchschnitt von 30 %. *Frauen* befanden sich deutlich häufiger als *Männer* in einem Pflegeheim. Während von den pflegebedürftigen Berliner Männern nur knapp jeder fünfte (insgesamt 7.402 Pflegefälle) vollstationär in einer entsprechenden Einrichtung gepflegt wurde, betraf das mit 19.629 Pflegefällen weit mehr als jede vierte pflegebedürftige Berlinerin. Besonders deutlich waren die geschlechtsspezifischen Unterschiede bei den über 90-Jährigen, wo sich mit 6.547 Pflegefällen annähernd jede zweite der insgesamt 13.933 über 90-jährigen pflegebedürftigen Berlinerinnen in stationärer Betreuung befand. Versus traf das lediglich auf jeden dritten (837 Pflegebedürftige) der insgesamt 2.382 über 90-jährigen männlichen Pflegefälle zu (vgl. Abbildung 3.46 und GSI-Tabelle [3.47-1](#)).

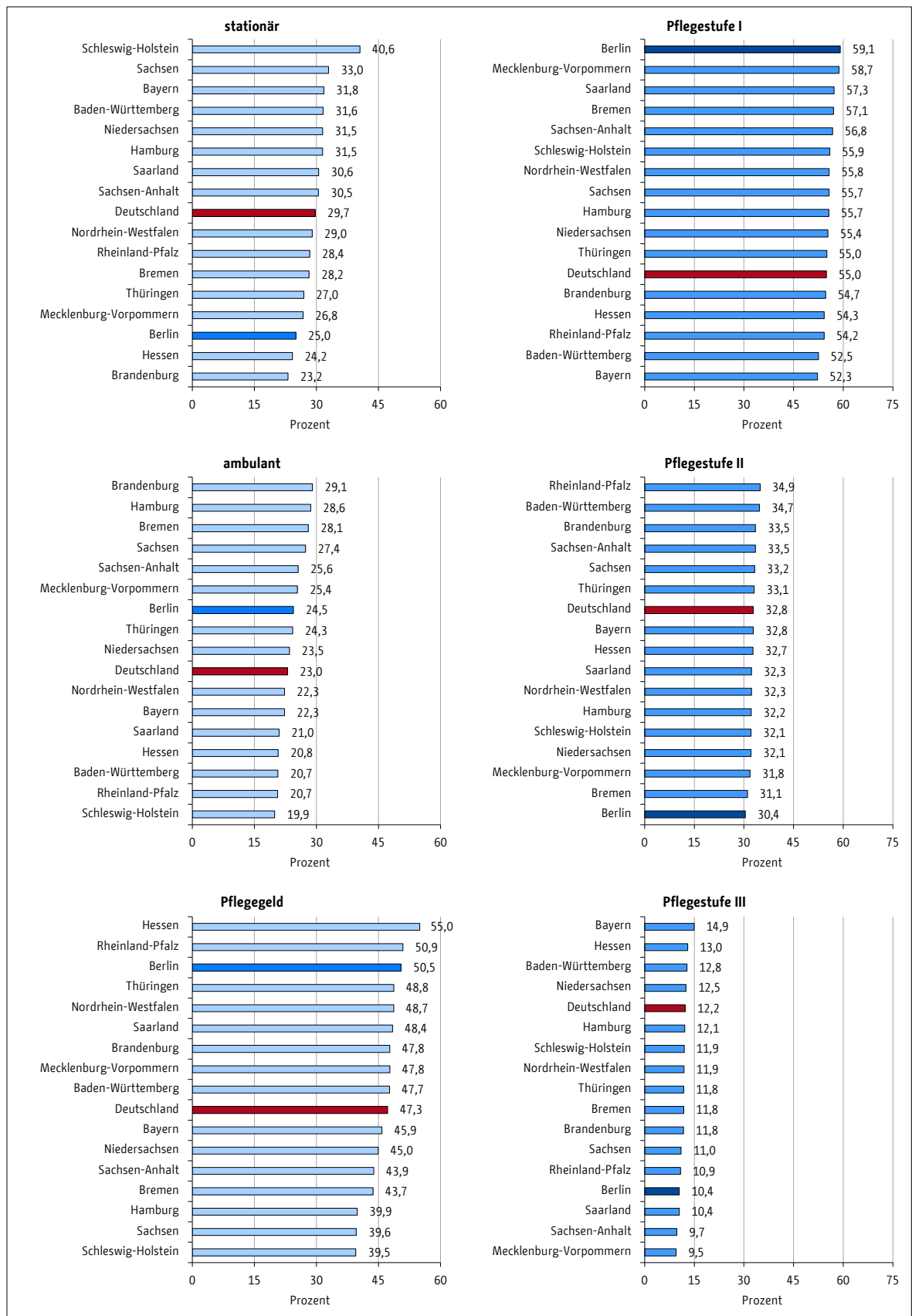
Häufigkeit der Pflegearten in den Bundesländern

Auch bei den die Pflege betreffenden Versorgungsstrukturen gab es zwischen den Bundesländern deutliche Unterschiede. Hinsichtlich der *stationären Versorgung* zählte Berlin auch 2011 nach Brandenburg (23 %) und Hessen (24 %) zu den Bundesländern mit dem niedrigsten Versorgungsanteil. Der höchste Anteil an stationär versorgten Pflegebedürftigen wurde in Schleswig-Holstein (41 %), mit großem Abstand vor dem nächstfolgenden Bundesland Sachsen (33 %), ermittelt.

Der geringe Anteil der in Hessen in Pflegeheimen stationär versorgten Personen ging mit dem bundesweit höchsten Anteil von *Pflegegeldempfängerinnen und -empfängern* einher, 55 % aller von Pflege betroffenen Personen wurden hier von ihren Angehörigen gepflegt. Besonders häufig war das auch in Rheinland-Pfalz und Berlin (je 51 %) der Fall. Die niedrigsten Anteile wurden demgegenüber in Schleswig-Holstein, Sachsen und Hamburg (je 40 %) beobachtet.

Die von *ambulanten Diensten* gewährleistete Pflege hatte in Brandenburg und in Hamburg die bundesweit größte Bedeutung, dort wurden für jeweils 29 % aller pflegebedürftigen Personen derartige Leistungen in Anspruch genommen. Auch in Berlin, wo für jeden vierten zu Hause gepflegten Pflegefall auf (zusätzliche) professionelle Hilfe zurückgegriffen wurde, lag der Anteil über dem Bundesdurchschnittswert. In Schleswig-Holstein, Rheinland-Pfalz, Baden-Württemberg, Hessen und dem Saarland betraf das dagegen nur

Abbildung 3.47: Verteilung der pflegebedürftigen Personen auf Pflegearten und Pflegestufen (Anteile in %) in Deutschland am 15.12.2011 nach Bundesländern



Anmerkung zu Pflegestufen: Anteilsberechnung ohne Fälle, bei denen noch keine Zuordnung einer Pflegestufe erfolgte. (Datenquelle: StBA / AfS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

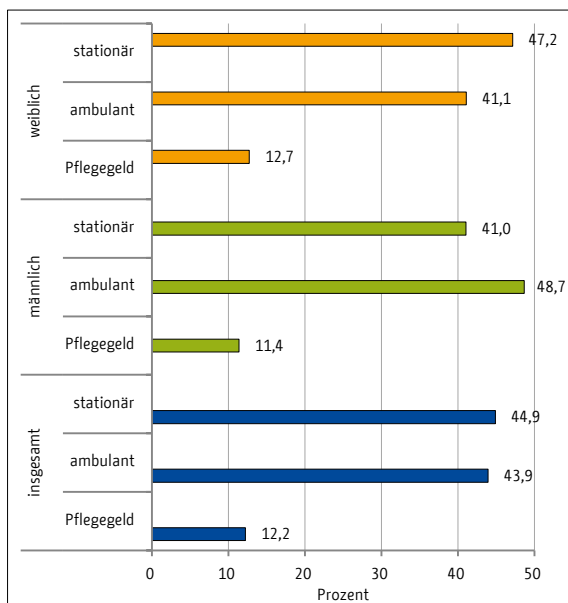
etwa jeden fünften zu Hause versorgten Pflegefall. Damit wurde in diesen Ländern am seltensten ambulante professionelle Hilfe benötigt. Zu den Versorgungsstrukturen im Ländervergleich vgl. Abbildung 3.47.

Sozialhilfebedarf für die Pflege (SGB XII) bei Berliner Pflegebedürftigen in stationärer, ambulanter und häuslicher Versorgung

Unter den Berlinerinnen und Berlinern, welche 2011 *Hilfe zur Pflege der Sozialhilfe (SGB XII)* zur Deckung ihres Pflegebedarfes bezogen, befanden sich 45 % (12.512) in stationärer Pflege, 44 % (12.244) erhielten ambulante Hilfen³⁵. Pflegegeldleistungen wurden für 3.408 Personen (12 %) durch den Sozi-

Hilfe zur Pflege (SGB XII) wird nur in jedem 8. Fall als Pflegegeld bezogen.

Abbildung 3.48:
Empfänger/innen von Hilfe zur Pflege nach dem 7. Kapitel SGB XII in Berlin am 31.12.2011 nach Geschlecht und Verteilung auf die Pflegearten (Anteile in %)



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

alhilfetragers gezahlt. Das heißt, dass Sozialhilfebedarf für die Pflege wesentlich häufiger für professionelle stationäre oder ambulante Betreuung besteht als das unter den insgesamt nach den Definitionen der Pflegeversicherung Leistungsberechtigten der Fall ist. Dies kann zum einen aus den höheren Kosten professioneller Hilfe resultieren, da gegebenenfalls vorhandene Ansprüche aus der Pflegeversicherung und eigenes Einkommen der Pflegebedürftigen nicht zur Deckung der Kosten genügen. Zum anderen kann es ein Hinweis darauf sein, dass Personen in ungünstigerer materieller Lage über weniger Ressourcen im eigenen Umfeld verfügen, ihre Pflege durch nahestehende Personen übernehmen zu lassen. Das betraf männliche und weibliche Personen mit Pflegeleistungen der Sozialhilfe 2011 in fast gleichem Maße. Der Anteil der stationär untergebrachten an den Personen mit Hilfe zur Pflege nach SGB XII war bei Frauen mit 47 % höher als bei den Männern mit 41 % (vgl. Abbildung 3.48).

3.3.3 Pflegebedürftige Personen nach Pflegestufen

Die *Pflegestufen* (I bis III) ergeben sich aus der *Schwere der Pflegebedürftigkeit*. Daraus resultiert dann die Höhe der Leistungen aus der Pflegekasse. Pflegestufe I steht für „erheblich pflegebedürftig“, Pflegestufe II für „schwerpflegebedürftig“ und Pflegestufe III für „schwerstpflegebedürftig“.

Der allgemein gebräuchliche Begriff „Pflegestufe 0“ (zusätzliche Betreuungsleistungen bei eingeschränkter Alltagskompetenz (§ 45 a und b, SGB XI)) bezeichnet im Sinne der Pflegeversicherung keine Pflegestufe und wird in der Pflegestatistik zum SGB XI nicht ausgewiesen (zur Definition siehe Erläuterungen).

Pflegestufen der Pflegebedürftigen nach Geschlecht, Alter und Pflegeart

Von den Ende 2011 in *Deutschland* insgesamt als im Sinne des SGB XI pflegebedürftig eingestuft Personen wurden 1.370.017 (54,8 %) in Pflegestufe I, 818.190 (32,7 %) in Pflegestufe II und 304.736 (12,2 %) in Pflegestufe III eingruppiert. 8.498 (0,3 %) Pflegebedürftige hatten (noch) keine Zuordnung.

Mehr als jede/r zehnte Pflegebedürftige in Berlin schwerstpflegebedürftig.

In *Berlin* hatten 426 Personen bzw. 0,4 % der Pflegebedürftigen, 221 Frauen und 205 Männer, noch keine endgültige Einstufung; bei den Betroffenen handelte es sich um Pflegebedürftige, die vollstationär in Dauerpflege betreut wurden. Leistungen nach *Pflegestufe I* erhielten 63.565 bzw. 58,9 % aller Pflegebe-

³⁵ „Kostenübernahme für die Heranziehung einer besonderen Pflegekraft“ – ambulante Leistung, welche nicht durch Angehörige, Nahestehende bzw. Nachbarschaftshilfe (Pflegegeld), erbracht wird.

dürftigen, 41.929 weiblichen (59,6 % aller pflegebedürftigen Frauen) und 21.636 männlichen Geschlechts (57,7 % aller pflegebedürftigen Männer). In *Pflegestufe II* wurden 32.701 (30,3 %) Personen, 20.983 Frauen und 11.718 Männer, eingruppiert. Gemessen an allen von Pflege betroffenen Personen belief sich der Anteil derjenigen mit *Pflegestufe II* bei den Berlinerinnen auf 29,8 % und bei den Berlinern auf 31,2 %. Leistungen, die der *Pflegestufe III* entsprachen, bekamen 11.225 bzw. 10,4 % aller Pflegebedürftigen. Demzufolge war im Jahr 2011 in Berlin mehr als jede zehnte von Pflegebedürftigkeit betroffene Person (7.255 bzw. 10,3 % aller weiblichen und 3.970 bzw. 10,6 % aller männlichen Pflegefälle) schwerstpflegebedürftig und auf eine intensive tägliche Pflege (regelmäßiger Hilfebedarf täglich rund um die Uhr, mindestens 300 Minuten, hiervon mindestens 240 Minuten Hilfe bei der Grundpflege, mindestens einmal jede Nacht) angewiesen.

Erwartungsgemäß nimmt die Einstufung der Pflegebedürftigkeit in einen höheren Schweregrad mit dem *Alter* stark zu. Ende 2011 war in Berlin mehr als jede vierte (2.983 Fälle) aller Personen mit *Pflegestufe III* im Alter von 65 bis 79 Jahren, annähernd jede zweite schwerstpflegebedürftige Person (insgesamt 5.209 Fälle) war älter als 80 Jahre. Im Alter zwischen 80 und 89 Jahren waren 3 % der weiblichen und 2 % der männlichen Bevölkerung gleichen Alters schwerstpflegebedürftig, in *Pflegestufe II* waren 9 % der Frauen und 7 % der Männer eingruppiert. Während ab dem Alter von 90 Jahren jede vierte Frau der *Pflegestufe II* zugeordnet war, betraf dies nur gut jeden zehnten gleichaltrigen Mann. In der gleichen Altersgruppe lag die Rate Schwerstpflegebedürftiger unter der weiblichen Bevölkerung mit 9 % dreimal so hoch wie unter der männlichen Bevölkerung mit 3 %. (vgl. Tabelle 3.9).

Tabelle 3.9:
Pflegebedürftige Personen nach SGB XI in Berlin am 15.12.2011
nach Geschlecht, Altersgruppen und Pflegestufen

Pflegestufe	Pflegebedürftige aller Altersgruppen		Pflegebedürftige im Alter von ... Jahren							
	weiblich	männlich	0 - 64		65 - 79		80 - 89		90 und älter	
			weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich
absolut										
I	41.929	21.636	5.996	6.488	12.577	8.592	16.500	5.233	6.856	1.323
II	20.983	11.718	2.929	3.386	5.411	4.608	7.566	2.876	5.077	848
III	7.255	3.970	1.396	1.637	1.604	1.379	2.283	746	1.972	208
zusammen	70.167	37.324	10.321	11.511	19.592	14.579	26.349	8.855	13.905	2.379
ohne Zuordnung	221	205	46	108	75	70	72	24	28	3
insgesamt	70.388	37.529	10.367	11.619	19.667	14.649	26.421	8.879	13.933	2.382
Anteil der Pflegestufen innerhalb der jeweiligen Altersgruppe in %										
I	59,6	57,7	57,8	55,8	63,9	58,7	62,5	58,9	49,2	55,5
II	29,8	31,2	28,3	29,1	27,5	31,5	28,6	32,4	36,4	35,6
III	10,3	10,6	13,5	14,1	8,2	9,4	8,6	8,4	14,2	8,7
zusammen	99,7	99,5	99,6	99,1	99,6	99,5	99,7	99,7	99,8	99,9
ohne Zuordnung	0,3	0,5	0,4	0,9	0,4	0,5	0,3	0,3	0,2	0,1
insgesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Anteil der Pflegestufen nach Altersgruppen in %										
I	100,0	100,0	14,3	30,0	30,0	39,7	39,4	24,2	16,4	6,1
II	100,0	100,0	14,0	28,9	25,8	39,3	36,1	24,5	24,2	7,2
III	100,0	100,0	19,2	41,2	22,1	34,7	31,5	18,8	27,2	5,2
zusammen	100,0	100,0	14,7	30,8	27,9	39,1	37,6	23,7	19,8	6,4
ohne Zuordnung	100,0	100,0	20,8	52,7	33,9	34,1	32,6	11,7	12,7	1,5
insgesamt	100,0	100,0	14,7	31,0	27,9	39,0	37,5	23,7	19,8	6,3
Anteil an der jeweiligen Bevölkerungsgruppe in %										
I	2,3	1,3	0,4	0,5	4,5	3,6	20,4	12,7	32,4	19,7
II	1,2	0,7	0,2	0,2	1,9	2,0	9,3	7,0	24,0	12,7
III	0,4	0,2	0,1	0,1	0,6	0,6	2,8	1,8	9,3	3,1
zusammen	3,9	2,2	0,7	0,8	7,1	6,2	32,5	21,4	65,8	35,5
ohne Zuordnung	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0
insgesamt	3,9	2,2	0,7	0,8	7,1	6,2	32,6	21,5	65,9	35,5

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

Von allen in Berlin lebenden Schwerstpflegebedürftigen wurden 5.159 (3.805 Frauen und 1.354 Männer) *vollstationär* in einem Pflegeheim betreut. Die Zahlen machen andererseits deutlich, dass bei fast der Hälfte aller gemäß Pflegestufe III eingruppierten Frauen (3.450 bzw. 48 %) und bei mehr als zwei Drittel aller schwerstpflegebedürftigen Männer (2.616 bzw. 66 %) die *Pflege im gewohnten häuslichen Umfeld* gewährleistet wurde. Bei nahezu jeder vierten zu pflegenden Frau (1.683 bzw. 23 %) und bei weit mehr als jedem dritten schwerstpflegebedürftigen Mann (1.554 bzw. 39 %) wurde die 24-Stundenbetreuung ausschließlich durch deren Angehörige erbracht (vgl. GSI-Tabelle [3.48-1](#)).

Über die Hälfte der Personen mit Pflegestufe III werden in Berlin zu Hause gepflegt.

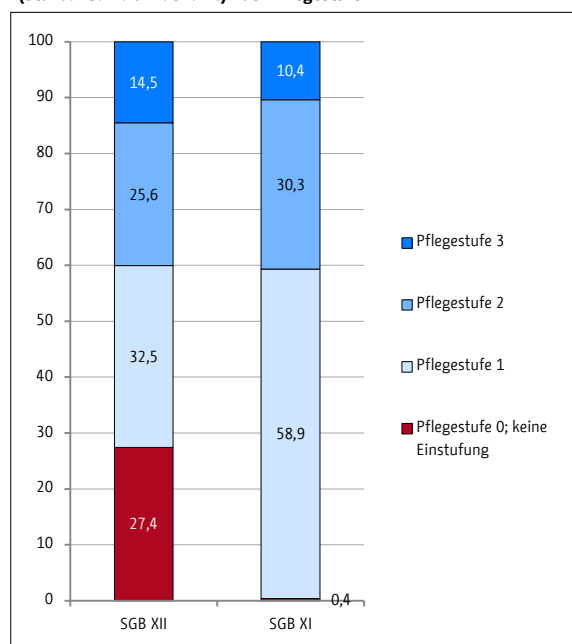
Im *Bundesländervergleich* erreichte Berlin - anders als noch 2009 - den nunmehr bundesweit höchsten Anteil derjenigen, die Leistungen nach Pflegestufe I erhielten (59 %). Mecklenburg-Vorpommern folgte mit einem Anteil von knapp 59 %. Am seltensten wurde die Pflegestufe I in Bayern (52 %) und Baden-Württemberg (53 %) vergeben. Demgegenüber hatte Berlin hinsichtlich des Anteils an pflegebedürftigen Personen, die die Voraussetzungen der Pflegestufe II erfüllten, mit 30 % die, wie auch im Jahr 2009, bundesweit niedrigste Quote. In Rheinland-Pfalz fiel diese mit 35 % am höchsten aus. Hinsichtlich der Eingruppierung in die Pflegestufe III zählte Berlin mit 10,4 % ebenfalls zu den Ländern, in denen diese Einstufung am seltensten erfolgte. Der mit Abstand niedrigste Anteil an schwerstpflegebedürftigen Personen wurde in Mecklenburg-Vorpommern mit 9,5 % ermittelt, der höchste in Bayern, wo mehr als jede siebte von Pflegebedürftigkeit betroffene Person (15 %) als schwerstpflegebedürftig eingestuft wurde (vgl. Abbildung 3.47).

Hilfe zur Pflege (SGB XII) für Pflegebedürftige mit und ohne Pflegestufe

In Zusammenhang mit unterschiedlichen rechtlichen Bestimmungen erhielten 2011 7.392 Personen in Berlin *ohne Einstufung in eine Pflegestufe* („Pflegestufe 0“) Hilfe zur Pflege nach dem 7. Kapitel SGB XII. Damit leistete

Leistungen nach SGB XII zur Deckung von Pflegebedarf der „Pflegestufe 0“ für 7.392 Personen.

Abbildung 3.49:
Personen mit Leistungen nach SGB XI bzw. SGB XII in Berlin 2011
(Stand: 15.12. bzw. 31.12.) nach Pflegestufen



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

die Sozialhilfe für mehr als jede vierte Person mit Pflegebedarf und entsprechenden Anspruchsvoraussetzungen Hilfe zur Pflege in der sogenannten „Pflegestufe 0“. Für rund ein Drittel der Personen mit Hilfe zur Pflege mussten Leistungen in der *Pflegestufe I* übernommen werden, für jede vierte Person in der *Pflegestufe II*. Zusammen mit den Leistungen der *Pflegestufe III* hatten in die Pflegestufe II eingestufte Pflegebedürftige, die die Hilfe des Sozialamtes für ihren Pflegebedarf benötigten, einen Anteil von 40 % an allen Personen mit Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII. Der Anteil der in die Pflegestufen II und III eingestuften Pflegebedürftigen nach dem SGB XI lag in ähnlicher Höhe (41 %), wobei Pflegebedarf in der Pflegestufe III einen geringeren Anteil als im Empfängerkreis für Hilfe zur Pflege nach SGB XII ausmachte (vgl. Abbildung 3.49).

3.4 Kernaussagen

Lebenserwartung

- Die *durchschnittliche Lebenserwartung steigt in Berlin kontinuierlich an*. Bei den Berliner Frauen nahm die Lebenserwartung in der Zeit von 1993/1995 (78,6 Jahre) bis 2009/2011 (82,6) um 4,0 und die der Männer um 5,6 Jahre zu (von 71,9 auf 77,6 Jahre). Damit lagen die Werte 2009/2011 knapp unter Bundesniveau (Frauen: 82,7 Jahre / Männer: 77,7 Jahre).
- Berlin belegt im *Bundesländervergleich* einen günstigen Platz. Sowohl Frauen als auch Männer hatten im Zeitraum 2009/2011 die bundesweit sechsthöchste mittlere Lebenserwartung. Die höchste Lebenserwartung wurde für Frauen und Männer aus Baden-Württemberg errechnet (83,6 bzw. 79,2 Jahre), die niedrigste für Frauen aus dem Saarland (81,7 Jahre) und Männer aus Sachsen-Anhalt (75,7 Jahre).
- Die Schwankungsbreite der Lebenserwartung zwischen den *Berliner Bezirken* betrug bei den Frauen 2,3 und bei den Männern sogar 3,7 Jahre. Frauen aus Treptow-Köpenick, Steglitz-Zehlendorf (jeweils 83,6 Jahre) und Charlottenburg-Wilmersdorf (83,4) konnten 2009/2011 mit der berlinweit höchsten Lebenserwartung rechnen; bei Frauen aus Mitte, Friedrichshain-Kreuzberg (81,3 bzw. 81,5 Jahre) und Neukölln (81,8) wurde dagegen die niedrigste Lebenserwartung gemessen. Männer aus den Bezirken Mitte, Neukölln und Friedrichshain-Kreuzberg (75,9, 76,2 bzw. 76,3 Jahre) weisen, wie auch die Frauen aus diesen Bezirken, die niedrigste Lebenserwartung auf; demgegenüber leben Männer aus Charlottenburg-Wilmersdorf, Steglitz-Zehlendorf und Treptow-Köpenick (79,5, 79,4 bzw. 78,3 Jahre) seit Jahren durchschnittlich am längsten.
- Die aktuellsten Berechnungen bestätigen den *Zusammenhang zwischen Lebenserwartung und sozialer Lage* der Bevölkerung. Sowohl Frauen als auch Männer aus Bezirken mit den berlinweit schlechtesten sozialen Bedingungen (wie etwa Friedrichshain-Kreuzberg, Neukölln, Mitte) hatten durchweg eine weit unter dem Berliner Durchschnitt liegende Lebenserwartung, versus lag diese in Bezirken mit einer günstigen Sozialstruktur (z. B. Steglitz-Zehlendorf, Charlottenburg-Wilmersdorf) deutlich darüber.
- Infolge der steigenden und gegenüber Männern längeren Lebenserwartung verbringen mehr Frauen als Männer ihre *letzten Lebensjahre in Pflegebedürftigkeit*, sie müssen nach derzeitigen Sterbeverhältnissen mit 4,0 Jahren an Pflegebedarf rechnen, das entspricht 4,8 % ihrer Gesamtlebenserwartung. Berliner Männer sind rund 2,4 Jahre bzw. 3,1 % ihrer Gesamtlebenserwartung pflegebedürftig. Während ein 80-jähriger Mann, dessen fernere Lebenserwartung noch 8,1 Jahre beträgt, nur etwa 2,3 Jahre bzw. ein Viertel seiner Restlebenszeit pflegebedürftig ist, leben gleichaltrige Frauen im Durchschnitt noch 9,3 Jahre, sind jedoch davon 3,8 Jahre pflegebedürftig, was immerhin 40 % ihrer Restlebenszeit entspricht.

Allgemeine und vorzeitige Mortalität

- Im Jahr 2011 starben in *Berlin* 31.380 Personen (16.365 Frauen, 15.015 Männer). Mit einer altersstandardisierten Sterberate von 442 Gestorbenen je 100.000 bei den Frauen und 672 bei den Männern war das der bis dahin niedrigste Wert. Die *allgemeine Sterblichkeit* ging in Berlin von 1993/1995 bis 2009/2011 bei den Frauen um 31 % und bei den Männern um 38 % zurück. Berlinerinnen hatten in den letzten Jahren mit 458 je 100.000 nur noch ein knapp über dem Bundesniveau (452 je 100.000) liegendes Sterberisiko, bei den Berliner Männern lag es mit 688 je 100.000 etwas darunter (Deutschland: 2009/2011 694 je 100.000).
- Vorzeitig - d. h. im Alter von unter 65 Jahren - starben im Jahr 2011 6.111 Personen aus Berlin (2.103 weiblichen, 4.008 männlichen Geschlechts), das waren 13 % aller gestorbenen Frauen und 27 % der gestorbenen Männer. Insgesamt gesehen ging die *vorzeitige Sterblichkeit in Berlin* von 1993/1995 bis 2009/2011 bei den Frauen um 35 % und die der Männer um 39 % zurück. Unter 65-jährige Berlinerinnen hatten in den letzten Jahren mit 129 je 100.000 ein etwas über dem Bundesniveau (124 je 100.000) lie-

gendes vorzeitiges Sterberisiko, auch bei den Berliner Männern lag es mit 249 Gestorbenen je 100.000 darüber (Deutschland: 2009/2011 232 je 100.000).

- Berlin belegte bei der *vorzeitigen Sterblichkeit im Bundesländervergleich* in den letzten Jahren (2009/2011) bei beiden Geschlechtern Rang acht und lag somit im mittleren Bereich. In allen drei Stadtstaaten lag das vorzeitige Sterberisiko bei Frauen und Männern über dem Bundesdurchschnitt.
- Die *vorzeitige Sterblichkeit* unterlag im Berliner *Bezirksvergleich* großen Schwankungen. Frauen aus Mitte, Neukölln und Spandau (154, 142 bzw. 141 Gestorbene je 100.000) hatten in den letzten Jahren (2009/2011) das mit Abstand höchste vorzeitige Sterberisiko. Das niedrigste wurde in Steglitz-Zehlendorf, Charlottenburg-Wilmersdorf und Treptow-Köpenick (108, 116 bzw. 121 je 100.000) ermittelt. Auch bei den unter 65-jährigen Männern wurde in Charlottenburg-Wilmersdorf und Steglitz-Zehlendorf (191 bzw. 193 je 100.000) das berlinweit niedrigste vorzeitige Sterberisiko beobachtet. Männer aus Mitte (302 je 100.000), Friedrichshain-Kreuzberg und Neukölln (jeweils 292) wiesen wiederum die höchste vorzeitige Mortalität auf.
- Die Höhe der *vorzeitigen Sterberate* steht in engem *Zusammenhang mit der Sozialstruktur*. Bei beiden Geschlechtern ist das vorzeitige Sterberisiko in Bezirken mit einer vergleichsweise schlechten sozialen Lage deutlich erhöht, während es bei Frauen und Männern aus Bezirken mit günstigen sozioökonomischen Bedingungen mit verhältnismäßig niedrig liegenden Raten einhergeht.

Vermeidbare Sterbefälle

- Als *vermeidbare Todesfälle (VTF)* werden Sterbefälle bezeichnet, die in einem definierten Alter auftreten und durch angemessene Behandlung sowie durch geeignete (individuelle) Präventionsmaßnahmen weitestgehend oder gänzlich *vermieden werden könnten*. Bei der *Art der Vermeidbarkeit* wird unterschieden zwischen sekundärpräventiven, tertiärpräventiven und primärpräventiven Interventionen (derzeit jeweils 19,6, 28,8 bzw. 51,6 % aller VTF).
- Im Jahr 2011 gab es in Berlin 2.516 vermeidbare Sterbefälle (1.016 weiblichen und 1.500 männlichen Geschlechts). Der Anteil der VTF an der vorzeitigen Sterblichkeit belief sich auf 38 %. Die Zahl der VTF ging seit 1996 um insgesamt 1.377 Fälle bzw. 35 % zurück. Die durch tertiärpräventive Maßnahmen (z. B. Rehabilitation) zu vermeidenden Sterbefälle nahmen um 53 % ab, um ein Drittel verringerten sich die durch sekundärpräventive Interventionen (z. B. Früherkennung) zu vermeidenden Todesfälle und die durch primärpräventive Maßnahmen (z. B. Reduzierung von Risikofaktoren wie Rauchen) zu verhindernden VTF gingen um etwas mehr als ein Fünftel zurück.
- Die vermeidbare Sterblichkeit nimmt ab dem 30. Lebensjahr kontinuierlich zu. Bei beiden Geschlechtern werden die *höchsten Sterberaten bei 55- bis 64-Jährigen* beobachtet. In Berlin waren 2011 bei den Frauen 47 % aller VTF und bei den Männern 50 % in diesem Alter. Generell haben Männer gegenüber Frauen in allen Altersgruppen ein deutlich höheres Sterberisiko.
- Beim vermeidbaren *Todesursachenspektrum* dominierten in Berlin bei den Männern Lungenkrebs, ischämische Herzkrankheiten und Krankheiten der Leber. Sie stellten im Jahr 2011 mit 1.118 Todesfällen 74 % aller VTF. Bei den Berliner Frauen waren Sterbefälle an Lungenkrebs, gefolgt von Brustkrebs und Krankheiten der Leber die häufigsten VTF (2011: 643 Sterbefälle bzw. 63 %).
- Die *vorzeitige Lungenkrebssterblichkeit*, eine im Alter von 15- 65 als vermeidbar eingestufte und die häufigste vermeidbare Todesursache überhaupt, stieg bei den Berlinerinnen von 1992/1993 bis 2010/2011 um 43 % an (von 10,0 auf 14,2 Gestorbene je 100.000). Die Sterberate lag in den letzten Jahren 27 % über dem Bundesniveau. Demgegenüber ging das Sterberisiko bei den Berliner Männern um 27 % zurück (von 31,8 auf 23,1 je 100.000), lag aber immer noch 16 % über dem der Männer aus dem übrigen Bundesgebiet. In allen drei Stadtstaaten konnten bei beiden Geschlechtern erhöhte Sterberaten beobachtet werden.

- Ein günstiger Entwicklungstrend zeichnet sich hinsichtlich der *vorzeitigen Brustkrebssterblichkeit* ab (VTF an Brustkrebs gelten im Alter von 25 – 64 Jahren als vermeidbar). Sie ging in Berlin von 1992/1993 bis 2010/2011 um 48 % (von 20,7 Gestorbene auf 10,9 je 100.000) zurück. Berlinerinnen hatten gegenüber Frauen aus dem übrigen Bundesgebiet in den letzten Jahren eine um 16 % niedriger liegende Sterberate.
- Mit Hilfe der Methode, bei der Berechnung der Lebenserwartung bestimmte gesundheitsrelevante, die Lebenserwartung beeinflussende vermeidbare Todesursachen auszuschließen (wie Sterblichkeit an Lungenkrebs, ischämischen Herzkrankheiten, zerebrovaskulären Krankheiten u. a.), wurde ein *hypothetischer Gewinn an Lebenserwartung* ermittelt, der bei den Männern eine Verlängerung der zu erwartenden Lebensdauer um bis zu 1,5 Jahre und bei den Frauen um 1,4 Jahre betrug.

Bösartige Neubildungen

- Nach Angaben des Gemeinsamen Krebsregisters (GKR) wurden im Jahr 2008 (Erfassungstand: 31.12.2012) rund 17.900 an bösartigen Neubildungen erkrankte Personen aus Berlin (9.152 weiblichen, 8.716 männlichen Geschlechts) erfasst. Bei 3.600 bzw. 39 % der *gemeldeten Krebsneuerkrankungen* handelte es sich um unter 65-jährige Frauen und bei 3.253 Fällen (37 %) um unter 65-jährige Männer. Insgesamt gesehen lag das altersstandardisierte Erkrankungsrisiko der Berlinerinnen mit 356 je 100.000 in etwa auf Bundesniveau (360), während Berliner Männer mit 414 je 100.000 eine deutlich unter dem Bundesdurchschnittswert (480) liegende Neuerkrankungsrate aufwiesen.
- 59.454 Personen aus Berlin (28.319 weiblichen, 31.135 männlichen Geschlechts) wurden im Jahr 2011 *in den Berliner Krankenhäusern wegen bösartiger Neubildungen vollstationär behandelt*. Bei 12.410 bzw. 44 % der Krankenhausfälle handelte es sich um unter 65-jährige Frauen und bei 12.719 bzw. 41 % um unter 65-jährige Männer. Die altersstandardisierte Rate von 800 Fällen je 100.000 bei unter 65-jährigen Berliner Patienten und Patientinnen lag etwas über Bundesniveau (784 je 100.000).
- Infolge einer *Krebserkrankung* nahmen im Jahr 2011 3.414 Personen aus Berlin (2.208 weiblichen, 1.206 männlichen Geschlechts) eine *medizinische Rehabilitationsmaßnahme* in Anspruch. Mit einer Rate von 267 je 100.000 aktiv Versicherte lag diese bei Frauen aus Berlin auf Bundesniveau. Demgegenüber hatten Berliner Männer mit 148 je 100.000 einen um 15 % unter dem Bundesdurchschnitt (174 je 100.000) liegenden Wert.
- *Krebserkrankungen* waren im Jahr 2011 bei den Berlinerinnen der zweit- und bei den Berliner Männern der dritthäufigste Grund einer *gesundheitsbedingten Frühberentung* (426 Frauen und 385 Männer). Mit einer Zugangsrate von 52 je 100.000 aktiv Versicherte lag diese bei Frauen aus Berlin ein Viertel über dem Bundesniveau (42 je 100.000), demgegenüber hatten Berliner Männer mit 47 je 100.000 ein um mehr als ein Fünftel unter dem Bundesdurchschnitt (61 je 100.000) liegendes krebsbedingtes Frühberentungsrisiko.
- *Bösartige Neubildungen* stellten hinsichtlich der Gesamtsterblichkeit die zweit- und *bezüglich der vorzeitigen Sterblichkeit die häufigste Todesursache*. Insgesamt starben im Jahr 2011 8.770 Personen (4.110 weiblichen, 4.660 männlichen Geschlechts) an Krebs. 996 bzw. 24 % der gestorbenen Frauen und 1.206 bzw. 26 % der Männer waren unter 65 Jahre alt. Die krebsbedingte Gesamtsterblichkeit der Frauen ging in Berlin in den letzten zwanzig Jahren (1991 bis 2011) um fast ein Viertel und die vorzeitige Sterblichkeit um 29 % zurück, (Berlin: 59, Deutschland: 57 je 100.000). Bei den Berliner Männern ging die krebsbedingte Gesamtsterblichkeit im genannten Zeitraum um mehr als ein Viertel und die vorzeitige Sterblichkeit um mehr als 30 % zurück.
- Der Definition sogenannter *vermeidbarer Todesfälle* folgend hätten im Jahr 2011 in Berlin 509 *Krebssterbefälle*, das waren immerhin 51 % aller an Krebs gestorbenen unter 65-jähriger Frauen, vermieden werden können. Bei den Männern galten 405 bzw. 34 % aller Sterbefälle an bösartigen Neubildungen als vermeidbar.

- Innerhalb der *Berliner Bezirke* unterlag die *vorzeitige Krebssterblichkeit* einer erheblichen Schwankungsbreite. Die höchste Krebssterblichkeit der unter 65-jährigen Bevölkerung wurde für Frauen aus Neukölln (66 Gestorbene je 100.000) und Männer aus dem Bezirk Lichtenberg (86 Gestorbene je 100.000) ermittelt. Demgegenüber wiesen Frauen aus Lichtenberg (49 je 100.000) und Männer aus Charlottenburg-Wilmersdorf (57 je 100.000) die berlinweit niedrigsten Sterberaten auf.

Krankheiten des Kreislaufsystems

- *Krankheiten des Kreislaufsystems* wie etwa Bluthochdruck, Durchblutungsstörungen des Herzens und Herzinsuffizienz stellen die zahlenmäßig *größte Gruppe von chronischen Krankheiten* und sind in Deutschland nach wie vor Todesursache Nummer eins insgesamt und Nummer zwei bei unter 65-Jährigen.
- Von der Vielzahl von Krankheiten des Kreislaufsystems ist *Bluthochdruck* die mit Abstand häufigste Erkrankung und der Hauptrisikofaktor für einen Schlaganfall (jährlich gibt es etwa 11.500 Fälle akuten Schlaganfalls in Berlin). Die *koronare Herzkrankheit* ist die zweithäufigste Erkrankung des Kreislaufsystems, allen voran der akute Myokardinfarkt (in Berlin schätzungsweise über 10.000 Herzinfarktfälle jährlich).
- In den Berliner Krankenhäusern wurden im Jahr 2011 101.122 Personen aus Berlin (45.878 weiblichen, 55.244 männlichen Geschlechts) *wegen Krankheiten des Kreislaufsystems vollstationär behandelt*. Bei 10.805 bzw. 24 % der Krankenhausfälle handelte es sich um unter 65-jährige Frauen und bei 20.709 bzw. 38 % um unter 65-jährige Männer. Mit einer altersstandardisierten Rate von 1.008 Fällen je 100.000 nahmen unter 65-jährige aus Berlin seltener eine Krankenhausbehandlung in Anspruch als im Bundesdurchschnitt (1.092 je 100.000). Am häufigsten befanden sich unter 65-jährige Personen wegen ischämischer Herzkrankheiten (insgesamt 9.909 Fälle) in stationärer Behandlung.
- *Aufgrund einer Erkrankung des Kreislaufsystems* nahmen im Jahr 2011 2.835 Personen aus Berlin (802 weiblichen, 2.033 männlichen Geschlechts) eine *medizinische Rehabilitationsmaßnahme* in Anspruch. Die Rate der Frauen aus Berlin lag mit 98 je 100.000 aktiv Versicherte deutlich unter Bundesniveau (118 je 100.000). Berliner Männer hatten mit einer Rate von 250 je 100.000 ebenfalls einen weit darunter liegenden Wert (Deutschland: 321 je 100.000).
- *Krankheiten des Kreislaufsystems* waren im Jahr 2011 bei den Berlinerinnen der fünft- und bei den Berliner Männern der zweithäufigste *Grund einer gesundheitsbedingten Frühberentung*. Insgesamt wurden im genannten Jahr 176 Frauen und 435 Männer aus Berlin wegen einer derartigen Erkrankung frühberentet. Mit einer Zugangsrate von 22 je 100.000 aktiv Versicherte lag diese bei Frauen fast ein Viertel unter dem Bundesdurchschnitt (28 je 100.000). Auch bei den Berliner Männern lag sie mit 54 je 100.000 22 % darunter (Deutschland: 69 je 100.000).
- Insgesamt starben in Berlin im Jahr 2011 10.588 Personen (6.160 weiblichen, 4.428 männlichen Geschlechts) an Krankheiten des Kreislaufsystems, 1.117 bzw. 11 % waren jünger als 65 Jahre (304 Frauen, 813 Männer). Die *vorzeitige Sterblichkeit an Krankheiten des Kreislaufsystems* ging in Berlin von 1991 bis 2011 um 63 % bei den Frauen und um 60 % bei den Männern zurück (bundesweit fiel der Rückgang mit 53 % bzw. 56 % schwächer aus). Mit Sterberaten von 18 je 100.000 bei den Frauen und 49 je 100.000 bei den Männern wurden in Berlin im Jahr 2011 die bis dahin niedrigsten Werte ermittelt, die sich jeweils etwa auf Bundesniveau bewegten. Bezüglich des *Todesursachenspektrums nach Einzeldiagnosen* rangierte der akute Myokardinfarkt mit 62 Fällen auf Rang vier bei den Frauen. Bei den Männern belegte er mit 249 Fällen Rang drei, die chronische ischämische Herzkrankheit (115 Fälle) rangierte auf dem fünften Platz.
- Bei unter 65-Jährigen zählen Sterbefälle an bestimmten Krankheiten des Kreislaufsystems (u. a. *ischämische Herz- und zerebrovaskuläre Krankheiten*) in bestimmten Altersgruppen zu den sogenannten *vermeidbaren Todesfällen*. Der Definition zufolge hätten im Jahr 2011 in Berlin 725 Sterbefälle (184 weibli-

che, 541 männliche) vermieden werden können. Das waren immerhin mehr als zwei Drittel aller im Alter von unter 65 Jahren an Krankheiten des Kreislaufsystems gestorbenen Berlinerinnen und Berliner.

- Innerhalb der *Berliner Bezirke* unterlag die *Sterblichkeit unter 65-Jähriger an Krankheiten des Kreislaufsystems* einer erheblichen Schwankungsbreite. Im Zeitraum 2009/2011 wurden bei Frauen aus Spandau und Mitte (jeweils 23 Gestorbene je 100.000) und bei Männern aus Mitte (73 je 100.000) die höchsten Raten ermittelt. Demgegenüber wiesen Frauen aus Steglitz-Zehlendorf (13 je 100.000) und Männer aus Charlottenburg-Wilmersdorf (43 je 100.000) die berlinweit niedrigsten Sterberaten auf.

Diabetes mellitus

- *Diabetes mellitus* gehört zu den häufigsten chronischen Krankheiten von hoher gesundheitspolitischer Bedeutung und mit steigender Tendenz. Bundesweit liegt die *12-Monats-Prävalenz* der Frauen derzeit bei 7,1 % und die der Männer bei 7,6 %.
- Im Jahr 2011 wurden in den Berliner Krankenhäusern 7.433 Personen aus Berlin (3.317 weiblichen, 4.116 männlichen Geschlechts) *wegen Diabetes mellitus* länger als einen Tag *vollstationär behandelt*. Bei 1.038 bzw. 31 % der Krankenhausfälle handelte es sich um unter 65-jährige Frauen und bei 1.889 bzw. 46 % um unter 65-jährige Männer. Mit einer altersstandardisierten Rate von 108 Fällen je 100.000 lag diese bei unter 65-Jährigen aus Berlin unter dem Bundesniveau (123 je 100.000).
- Aufgrund eines *Diabetes mellitus* nahmen im Jahr 2011 346 Personen aus Berlin (127 weiblichen, 219 männlichen Geschlechts) eine *medizinische Rehabilitationsmaßnahme* in Anspruch. Mit einer Rate von 16 je 100.000 aktiv Versicherte lag diese bei den Berlinerinnen unter dem Bundesniveau (19 je 100.000). Berliner Männer hatten mit 27 je 100.000 ebenfalls einen weit unter dem Bundesdurchschnitt (36 je 100.000) liegenden Wert.
- Im Jahr 2011 kam es bei 38 Berliner Frauen und bei 52 Berliner Männern infolge eines *Diabetes mellitus* zu einer *gesundheitsbedingten Frühberentung*. Mit einer Zugangsrate von 4,6 je 100.000 aktiv Versicherte lag diese bei Berlinerinnen 12 % über dem Bundesniveau (4,1 je 100.000). Demgegenüber hatten Berliner Männer mit 6,1 je 100.000 ein um ein Fünftel darunter liegendes Frühberentungsrisiko (Deutschland: 8,0 je 100.000).
- Insgesamt *starben* in Berlin im Jahr 2011 1.131 Personen (636 weiblichen, 495 männlichen Geschlechts) *an Diabetes mellitus*. 143 bzw. 13 % waren jünger als 65 Jahre (40 Frauen, 103 Männer). Die vorzeitige Sterblichkeit der Berlinerinnen ging zwar von 1991 bis 2011 um ein Drittel zurück; der Wert von 2,3 Gestorbenen je 100.000 lag 2011 aber 44 % über dem der Frauen aus dem übrigen Bundesgebiet (1,6 je 100.000). Bei den unter 65-jährigen Berliner Männern erhöhte sich das Sterberisiko um 16 %. Die altersstandardisierte Sterberate der Berliner belief sich im Jahr 2011 auf 6,1 je 100.000 und lag damit 56 % über dem Bundesdurchschnitt (3,6 je 100.000).
- Innerhalb der *Berliner Bezirke* unterlag die *Sterblichkeit unter 65-Jähriger an Diabetes mellitus* einer erheblichen Schwankungsbreite. Im Zeitraum 2009/2011 wurde sowohl für Frauen als auch für Männer im Bezirk Lichtenberg die höchste Sterblichkeit (3,8 bzw. 9,3 Gestorbene je 100.000) beobachtet. Demgegenüber wiesen Frauen aus Pankow (1,3 je 100.000) und Männer aus Tempelhof-Schöneberg (2,6 je 100.000) die berlinweit niedrigsten Werte auf.
- Im Zeitraum 2009/2011 wurde sowohl für Frauen als auch für Männer im Bezirk Lichtenberg die höchste Sterblichkeit (3,8 bzw. 9,3 Gestorbene je 100.000) beobachtet. Demgegenüber wiesen Frauen aus Pankow (1,3 je 100.000) und Männer aus Tempelhof-Schöneberg (2,6 je 100.000) die berlinweit niedrigsten Werte auf.

Chronische Krankheiten der unteren Atemwege

- *Chronische Krankheiten der unteren Atemwege* (insbesondere chronische Bronchitis, Emphysem, chronische obstruktive Lungenerkrankung (COPD)) gehören mittlerweile zu den gesundheitspolitisch bedeutsa-

men chronischen *Krankheiten mit steigender Tendenz*. Schätzungen zufolge leiden in Deutschland über sieben Millionen Menschen, darunter 280.000 aus Berlin, an einer *COPD*. Die Sterblichkeit an COPD ist hoch, in der unter 65-jährigen Berliner Bevölkerung zählt sie zu den zehn häufigsten Todesursachen.

- Im Jahr 2011 wurden in den Berliner Krankenhäusern 9.631 Personen aus Berlin (4.803 weiblichen, 4.828 männlichen Geschlechts) wegen *chronischer Krankheiten der unteren Atemwege vollstationär behandelt*. 2.879 bzw. 30 % der Patienten und Patientinnen waren jünger als 65 Jahre. Mit einer altersstandardisierten Rate von 96 Fällen je 100.000 wies Berlin hier im Bundesländervergleich insgesamt die zweitniedrigste Inanspruchnahme auf und lag damit ein Fünftel unter dem Bundesniveau (120 je 100.000). Bei der überwiegenden Mehrzahl der Krankenhausfälle aus Berlin (2.141 bzw. 74 %) handelte es sich um die Behandlung einer *COPD*. Mit 66 derartigen Krankenhausaufenthalten je 100.000 belegte Berlin bundesweit einen Mittelplatz und lag nur leicht unter dem Bundesdurchschnittswert (68 je 100.000).
- Infolge *chronischer Krankheiten der unteren Atemwege* nahmen im Jahr 2011 374 Berlinerinnen und 227 Berliner Männer eine *medizinische Rehabilitationsmaßnahme* in Anspruch. Die Rate der Frauen von 46 je 100.000 aktiv Versicherte lag auf Bundesniveau. Demgegenüber hatten Berliner Männer mit 28 je 100.000 einen Wert, der mehr als ein Drittel unter dem Bundesdurchschnitt (43 je 100.000) lag. Seit Mitte der 2000er Jahre kam es bei beiden Geschlechtern zu einem starken Anstieg von Rehabilitationsmaßnahmen, die im Wesentlichen zu Lasten einer *COPD* gingen.
- Aufgrund *chronischer Krankheiten der unteren Atemwege* kam es im Jahr 2011 bei 70 Frauen und 103 Männern aus Berlin zu einer *gesundheitsbedingten Frühberentung*. Mit einer Inzidenzrate von 8,6 je 100.000 aktiv Versicherte lag diese bei den Berlinerinnen 8 % und bei den Berliner Männern (12,7 je 100.000) 11 % unter dem Bundesniveau (Frauen: 9,3, Männer: 14,3 je 100.000). Bei 75 % der weiblichen und fast 85 % der männlichen Rentenzugänge (52 bzw. 87 Zugänge) war COPD der mit Abstand häufigste Grund für eine Frühberentung.
- Insgesamt *starben* im Jahr 2011 in Berlin 1.238 Personen (633 weiblichen, 605 männlichen Geschlechts) *an chronischen Krankheiten der unteren Atemwege*. Bei 563 bzw. 89 % der weiblichen und bei 563 bzw. 93 % der männlichen Sterbefälle wurde als *Todesursache eine COPD* kodiert. Diese rangierte bei den Frauen auf Rang sieben und bei den Männern auf Rang fünf des Todesursachenspektrums nach Einzeltodesursachen. Hinsichtlich der Gesamtsterblichkeit hat sich das Risiko, an den Folgen einer COPD zu sterben, von 1998 bis 2011 bei den Frauen in Berlin um ein Drittel erhöht, während es bei Männern zu einem geringfügigen Rückgang kam. Im Jahr 2011 lagen die Sterbeziffern bei beiden Geschlechtern in Berlin jeweils über dem Bundesniveau (Frauen: Berlin 15, Deutschland 11; Männer: Berlin 24, Deutschland 23 Gestorbene je 100.000).
- Im *Alter von unter 65 Jahren starben* im Jahr 2011 58 Frauen bzw. 3,4 Gestorbene je 100.000 und 105 Männer bzw. 6,4 je 100.000 aus Berlin *an chronischen Krankheiten der unteren Atemwege*. Berliner und Berlinerinnen hatten im gesamten Beobachtungszeitraum (hier 1998 bis 2011) gegenüber Frauen und Männern aus dem Bundesgebiet eine deutlich höher liegende Sterblichkeit. Über 80 % der Sterbefälle gingen zu Lasten einer *COPD*, die 2011 bei den unter 65-jährigen Berliner Frauen die neunt- und bei den gleichaltrigen Männern die achthäufigste *Todesursache* überhaupt war. Das Risiko, an einer COPD zu sterben, hat sich bei den Berlinerinnen von 1998 bis 2011 (1,3 bzw. 2,8 je 100.000) mehr als verdoppelt. Bei den Berliner Männern nahm es um mehr als zwei Drittel zu (3,3 bzw. 5,5 je 100.000). Während die Sterblichkeit der Frauen im Jahr 2011 nur knapp über dem Bundesniveau lag, wiesen Berliner Männer einen um fast ein Drittel über dem Bundesdurchschnitt (4,2 je 100.000) liegenden Wert auf.
- Innerhalb der *Berliner Bezirke* unterlag die *Sterblichkeit unter 65-Jähriger an chronischen Krankheiten der unteren Atemwege* einer erheblichen Schwankungsbreite. Im Zeitraum 2009/2011 wurden bei Frauen aus Friedrichshain-Kreuzberg (6,1 Gestorbene je 100.000) und Männern aus dem Bezirk Mitte (10,9 je 100.000) die höchsten Raten ermittelt. Die berlinweit niedrigsten Sterberaten der Frauen wurden in

Charlottenburg-Wilmersdorf und Treptow-Köpenick (jeweils 2,1 je 100.000) und die der Männer ebenfalls in Treptow-Köpenick (3,8 je 100.000) beobachtet.

Verhaltensbedingte Risikofaktoren chronischer Krankheiten

- In Berlin ist Schätzungen zufolge mindestens *jede dritte Krebserkrankung auf negative Gesundheitsverhaltensweisen wie Rauchen, ungesundes Ernährungsverhalten, Übergewicht und Alkoholmissbrauch zurückzuführen*. Danach hätten in Berlin im Jahr 2010 etwa 7.800 der schätzungsweise 18.000 gemeldeten Krebserkrankungen und etwa 3.700 Krebssterbefälle, darunter allein über 900 bei unter 65-Jährigen Personen, vermieden werden können. Der mit Abstand größte Risikofaktor für Krebs ist das Rauchen, das 2010 in Berlin für etwa 3.460 Krebsneuerkrankungen verantwortlich war.
- Bezüglich der *vorzeitigen Krebssterblichkeit* fiel auf, dass diese in engem Kontext mit der sozialen Lage steht. Das war insbesondere bei Tumorlokalisationen, die zu Lasten von negativen Gesundheitsverhaltensweisen gehen, der Fall. Bei beiden Geschlechtern wurden in Bezirken mit ungünstigen sozioökonomischen Bedingungen erhöhte Mortalitätsraten beobachtet. Zwischen *Lungenkrebssterblichkeit* und dem *Rauchverhalten* gab es bei den Männern einen sehr starken Zusammenhang. Männer aus Bezirken mit der höchsten Raucherprävalenz wiesen auch das höchste Sterberisiko auf. Dieses war durchweg in allen Bezirken mit negativen Sozialindizes erhöht, während es bei Männern aus Bezirken mit guten sozialen Bedingungen weit unter dem Berliner Durchschnitt lag.
- Die *vorzeitige Krebssterblichkeit* wird in Berlin im Zeitraum 2012 - 2016 *voraussichtlich weiter zurückgehen*, bei den Frauen um 6 % auf 56 Gestorbene je 100.000, bei den Männern um 10 % auf 66 je 100.000. In Bezug auf das *Lungenkrebs-Sterberisiko der Frauen* muss jedoch mit einem *weiteren Anstieg* bzw. einer Stagnation der Sterblichkeit auf hohem Niveau (2011: 15,5 je 100.000) gerechnet werden.
- Für die meisten *Herz-Kreislauf-Erkrankungen* können *verhaltensbedingte Risikofaktoren wie Übergewicht/Adipositas, Rauchen, Bluthochdruck, Diabetes mellitus, Fettstoffwechselstörungen und Stress* verantwortlich gemacht werden. Rauchen gilt als der Hauptrisikofaktor für ischämische und zerebrovaskuläre Erkrankungen schlechthin. Inwieweit die seit 2008 beobachtete rückläufige Zahl von Berlinerinnen und Berlinern, die wegen ischämischer Herzkrankheiten stationär behandelt wurden, und die Auswirkungen des 2008 in Berlin eingeführten *Nichtraucherschutzgesetzes* in einem kausalen Zusammenhang stehen, lässt sich aus den vorliegenden Daten nicht ableiten.
- Der *Zusammenhang zwischen vorzeitiger Sterblichkeit an Krankheiten des Kreislaufsystems und der Sozialstruktur der Bevölkerung* ist noch stärker ausgeprägt als bei der Krebssterblichkeit. Das war insbesondere bei vermeidbaren Sterbefällen (z. B. an ischämischen Herzkrankheiten, Hypertonie und Schlaganfall), die zu einem beachtlichen Teil auf negative Gesundheitsverhaltensweisen zurückzuführen sind, der Fall. Bei beiden Geschlechtern wurde in Bezirken mit ungünstigen sozioökonomischen Bedingungen ein durchweg höheres Sterberisiko beobachtet. Zwischen *vorzeitiger Sterblichkeit an ischämischen und zerebrovaskulären Krankheiten* und dem *Rauchverhalten* besteht ein deutlicher Zusammenhang. Bei den Männern war die Korrelation besonders stark. Personen aus Bezirken mit der höchsten Raucherprävalenz hatten auch das höchste Risiko, schon vor dem 65. Lebensjahr an ischämischen Herzkrankheiten, wie etwa an Herzinfarkt, zu sterben.
- Das Risiko von Berlinerinnen und Berlinern, *vorzeitig an Krankheiten des Kreislaufsystems zu sterben*, wird im Zeitraum 2012 - 2016 *voraussichtlich weiter zurückgehen*, bei den Frauen um 15 % auf 16 Gestorbene je 100.000, bei den Männern um 12 % auf 49 je 100.000.
- Zu den individuell beeinflussbaren *Risikofaktoren des nicht primär insulinabhängigen Diabetes mellitus* (Typ-2-Diabetes) zählen hauptsächlich *Übergewicht und Adipositas*. Eine besonders in sozial benachteiligten Gruppen zu beobachtende hohe Adipositasprävalenz und das damit einhergehende erhöhte Diabetesrisiko könnten durch einen gesundheitsförderlichen Lebensstil deutlich reduziert werden.
- Deutliche *Zusammenhänge zwischen vorzeitiger Sterblichkeit an Diabetes mellitus und sozialer Lage* lassen sich aus der Korrelation zwischen Prädiktoren und Sterberaten ablesen, die zwischen Adiposi-

tasprävalenz und der Diabetessterblichkeit bei den unter 65-Jährigen insgesamt einen hohen Wert ergab. Bis auf Neukölln hatten alle Bezirke, in denen starkes Übergewicht am häufigsten verbreitet war, auch über dem Berliner Durchschnitt liegende Sterberaten. Bei diesen Bezirken handelte es sich durchweg um Bezirke mit negativen Sozialindizes.

- Die *vorzeitige Sterblichkeit an Diabetes mellitus* wird in Berlin im Zeitraum 2012 - 2016 *voraussichtlich* bei den Frauen um 10 % auf 1,9 Gestorbene je 100.000 und bei den Männern um 19 % auf 3,8 je 100.000 *zurückgehen*.
- Nur wenige Erkrankungen lassen sich so eindeutig auf eine *einzigste Ursache, nämlich das Rauchen*, zurückführen wie die hierzulande weit verbreitete *chronische obstruktive Lungenkrankheit (COPD)*. Neun von zehn Erkrankten sind aktive oder ehemalige Raucher und Raucherinnen, Passivrauchen begünstigt ebenfalls das Erkrankungsrisiko. Die effektivste Prävention besteht darin, gar nicht erst mit dem Rauchen zu beginnen bzw. das Rauchen einzustellen.
- Anhand der vorliegenden Daten lassen sich deutliche *Zusammenhänge von vorzeitiger Sterblichkeit an chronischen Krankheiten der Atemwege und der Sozialstruktur der Bevölkerung* ableiten. Bis auf Männer aus Neukölln konnte bei beiden Geschlechtern in Bezirken mit ungünstigen sozialen Bedingungen ein deutlich erhöhtes Sterberisiko beobachtet werden. Demgegenüber wiesen Berlinerinnen und Berliner aus den Bezirken mit den günstigsten Sozialindizes auch die am niedrigsten liegende vorzeitige Mortalität auf. Zwischen *Raucherprävalenz* und der *Sterblichkeit an chronischen Krankheiten der unteren Atemwege* gibt es eine deutliche Korrelation, insbesondere bei unter 65-jährigen Berlinerinnen.
- Während nach der Prognose für die vorzeitige Sterblichkeit an chronischen Krankheiten der unteren Atemwege insgesamt für Frauen mit einer ansteigenden und für Männer mit einer rückläufigen Entwicklung zu rechnen ist, wird für das *Risiko, im Zeitraum 2012 - 2016 unter 65-jährig an chronischer obstruktiver Lungenkrankheit (COPD) zu sterben*, für beide Geschlechter eine *Zunahme angenommen*, bei Frauen um 41 % auf 3,8 Gestorbene je 100.000 und bei den Männern um 14 % auf 5,3 je 100.000.

Drogen- und Suchtproblematik Berliner Schülerinnen und Schüler

- Basierend auf der Europäischen *Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen* (European School Survey Project on Alcohol and other Drugs/ESPAD) konnte 2011 eine erneute Einschätzung des Drogenkonsumverhaltens von Schülerinnen und Schülern der 9. und 10. Klasse (15- bis 16-jährige Jugendliche) erfolgen, an der für Deutschland nahmen neben Berlin die Bundesländer Bayern, Brandenburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen teil.
- Die *Raucherquote* der befragten Jugendlichen aus Berlin (30-Tage-Prävalenz) war mit 27 % bei den Jungen und 29 % bei den Mädchen im Vergleich zu den anderen Bundesländern am niedrigsten. Dabei wies der Konsum der Mädchen einen etwas größeren Umfang und eine etwas höhere Frequenz auf als der der Jungen. Der Anteil der Schülerinnen und Schüler, die noch niemals in ihrem Leben geraucht hatten, stieg gegenüber 2003 um 17 Prozentpunkte an und lag 2011 bei 42 %.
- Die 30-Tage-Prävalenzrate des *Alkoholkonsums* lag bei den Berliner Jugendlichen mit 57 % durchschnittlich um 20 % niedriger als bei den befragten Jugendlichen anderer Bundesländer. Bei beiden Geschlechtern war seit 2003 ein Rückgang der Alkoholprävalenzraten zu beobachten.
- Der *Cannabiskonsum* ist trotz des Rückgangs um 5 % gegenüber 2003 nach wie vor bei Berliner Jugendlichen weitaus verbreiteter als bei den Jugendlichen anderer Bundesländer, 2011 lag die Lebenszeitprävalenz in Berlin bei 29 %. Die 30-Tage-Prävalenz lag bei den Jungen (19 %) fast doppelt so hoch wie bei den Mädchen (10 %).
- Die Lebenszeitprävalenzen des *Konsums anderer illegaler Drogen als Cannabis* lagen bei fast allen illegalen Drogen unverändert bei unter 5 %. Berliner Jugendliche waren im Vergleich mit den anderen Bundesländern im Mittelfeld zu finden.

Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungen und Gesundheits-Check-up

- Die einzelnen Krebsfrüherkennungsmaßnahmen werden von den in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten in unterschiedlichem Maße genutzt. Geringfügig häufiger als 2010 ließen Frauen sich 2011 auf Krebserkrankungen des Genitales und Brustkrebs untersuchen (55,9 %). Beim Mammographie-Screening (56,3 %) und bei den Krebsfrüherkennungsuntersuchungen der Prostata und des äußeren Genitales (25,8 %) gingen die Inanspruchnahmequoten dagegen leicht zurück. Nur bei dem Mitte 2008 als Krebsfrüherkennungsmaßnahme für die GKV-Versicherten eingeführten und noch vergleichsweise wenig genutzten Hautkrebs-Screening war 2011 (Frauen 32,8 % / Männer: 28,4 %) eine deutlich höhere Inanspruchnahme als in den Vorjahren zu verzeichnen.

Pflegebedürftigkeit

- Die Leistungen der Pflegeversicherung (SGB XI) sind als „Teilkasko“-Leistungen konzipiert, sodass der Sozialhilfeträger bei einem Teil der Fälle mit ergänzenden Hilfeleistungen („Hilfe zur Pflege nach dem Siebten Kapitel SGB XII) einspringen muss.
- Im Dezember 2011 waren in Berlin *107.917 Personen von Pflegebedürftigkeit betroffen*, davon 70.388 weiblichen und 37.529 männlichen Geschlechts. Die Zahl pflegebedürftiger Männer war seit 2009 um 16,3 % gestiegen, während die Zahl pflegebedürftiger Frauen lediglich um 1,9 % zunahm. Im Beobachtungszeitraum seit 1999 nahm die absolute Zahl der Pflegebedürftigen bei den Frauen um insgesamt 22 % und bei den Männern um insgesamt 62 % zu.
- Das *altersstandardisierte Pflegerisiko* (Bezug je 100.000 altersstandardisierter Einwohner) stieg 2011 im Vergleich zur Vorerhebung 2009 um 3,1 % auf 1.932 Pflegebedürftige je 100.000 Einwohner.
- Die auf die Bevölkerung bezogene *Pflegequote* betrug 2011 in Berlin 3.082 je 100.000 der fortgeschriebenen Bevölkerung, unter den Männern 2.185 je 100.000 und unter den Frauen 3.945 je 100.000. Im Alter von 80 bis 84 Jahren war jede fünfte Person betroffen, zwischen 85 und 89 Jahren waren es vier von zehn Personen und sechs von zehn 90 Jahre und älteren Personen. Verglichen mit dem Bundesgebiet lag der Anteil Pflegebedürftiger an der Bevölkerung der jeweiligen Altersgruppe in Berlin in allen Altersgruppen ab dem Alter von 35 Jahren höher als im Durchschnitt für Deutschland.
- Bis zum Alter von 50 Jahren überstieg das *Pflegerisiko* der männlichen Bevölkerung das der weiblichen Bevölkerung. Insbesondere bei den Hochbetagten und Langlebigen aber waren Berliner Männer gegenüber gleichaltrigen Berliner Frauen deutlich seltener von Pflegebedürftigkeit betroffen. Das Pflegerisiko der Frauen betrug bei den 80- bis 89-Jährigen das 1,4-fache und bei den über 90-Jährigen fast das Doppelte (1,9-fache) des Pflegerisikos der Männer.
- *Leistungen der Sozialhilfe nach dem 7. Kapitel SGB XII* benötigten am Jahresende 2011 27.879 Berlinerinnen und Berliner (17.468 Frauen und 10.411 Männer) zur (ergänzenden) Deckung ihres Pflegebedarfes. Im Alter ab 90 Jahren benötigte fast jede achte Person die Unterstützung des Sozialamtes für Pflegeleistungen, in der Altersgruppe von 85 bis 89 Jahren war es jede vierzehnte Person. Weitaus auffälliger als bei der Betrachtung der Pflegequote nach SGB XI ist die unterschiedliche Betroffenheit von Frauen und Männern, im höheren Lebensalter für Pflegeleistungen Unterstützung des Sozialamtes in Anspruch nehmen zu müssen.
- Der größte Teil aller pflegebedürftigen Personen in Berlin mit *Leistungen nach SGB XI* wird *im häuslichen Wohnumfeld* versorgt. Im Jahr 2011 betraf das 80.886 Personen bzw. 75 % aller Pflegebedürftigen. Im Vergleich zum Berichtsjahr 2009 stieg der Anteil der Personen mit Pflegegeld an allen Pflegebedürftigen um zwei Prozentpunkte auf 50 %. Männer (21.777 bzw. 58 % aller männlichen Pflegebedürftigen) wurden deutlich häufiger als Frauen (32.711 bzw. 47 % aller pflegebedürftigen weiblichen Personen) von Angehörigen gepflegt. Auf (*voll-*)stationäre Pflege waren im Jahr 2011 in Berlin 27.031 Pflegebedürftige angewiesen. Ihr Anteil an allen pflegebedürftigen Personen lag mit 25 % unter dem Bundesdurchschnitt von 30 %. Frauen befanden sich deutlich häufiger als Männer in einem Pflegeheim.

- Unter den Berlinerinnen und Berlinern, welche 2011 *Hilfe zur Pflege der Sozialhilfe (SGB XII)* zur Deckung ihres Pflegebedarfes bezogen, erhielten 44 % (12.244) *ambulante* Hilfen, 45 % (12.512) befanden sich in *stationärer* Pflege. *Pflegegeldleistungen* wurden für 3.408 Personen (12 %) durch den Sozialhilfeträger gezahlt.
- Mehr als jede zehnte von Pflegebedürftigkeit betroffene Person galt als schwerstpflegebedürftig (*Pflegestufe III*). Bei nahezu jeder vierten zu pflegenden Frau und bei weit mehr als jedem dritten schwerstpflegebedürftigen Mann wurde die 24-Stundenbetreuung ausschließlich durch deren Angehörige erbracht. 426 Personen bzw. 0,4 % aller Pflegebedürftigen in Berlin hatten noch keine endgültige Einstufung. Der Sozialhilfeträger leistete 2011 in Berlin für 7.392 Personen ohne Einstufung in eine Pflegestufe („Pflegestufe 0“) Hilfe zur Pflege nach dem 7. Kapitel SGB XII.

3.5 Indikatoren im GSI

Das folgende Tabellenverzeichnis enthält die im Kapitel 3 erwähnten Tabellen; sie sind - wie alle Tabellen des Basisberichts 2012/2013 - ausschließlich in elektronischer Form im *Gesundheits- und Sozialinformationssystem (GSI)* veröffentlicht, verfügbar im Internet unter <http://www.gsi-berlin.info/>.

Zum *Auffinden einer Tabelle* sind im GSI in der *erweiterten Suche* folgende Einstellungen vorzunehmen:

- *Kontext*: „Basisbericht GBE Berlin 2012/2013“ auswählen,
- *Suchtext*: das Wort *Tabelle* und die entsprechende Nummer (z. B. *Tabelle 3.1-1*) eingeben,
- *Such-Modus*: „alle Wörter, Suche nur im Kommentar“ auswählen.

Tabelle 3.1-1:

Geschlechtsspezifische Gesamtsterblichkeit, vorzeitige Sterblichkeit und Alterssterblichkeit in Berlin und in Deutschland 1991 - 2011

Tabelle 3.7-1:

Geschlechts- und altersspezifische Mortalität in Berlin 1999 - 2011 (jeweils drei Jahre zusammengefasst) nach Bezirken

Tabelle 3.10-1:

Geschlechtsspezifische (mittlere) Lebenserwartung (in Jahren) in Deutschland 1993 - 2011 (jeweils drei Jahre zusammengefasst) nach Bundesländern

Tabelle 3.10-2:

Geschlechtsspezifische (mittlere) Lebenserwartung (in Jahren) in Berlin und in Deutschland 2004 - 2011 (jeweils drei Jahre zusammengefasst) nach Bezirken

Tabelle 3.11-1:

Mittlere und fernere Lebenserwartung (darunter mit und ohne Pflegebedürftigkeit (in Jahren) in Berlin 2006 - 2011 nach Geschlecht und Altersgruppen

Tabelle 3.13-1:

Vermeidbare Todesfälle (VTF) in Berlin 1996 - 2011 nach Art der Vermeidbarkeit und prozentualem Anteil an der vorzeitigen und an der Gesamtsterblichkeit sowie an allen vermeidbaren Todesfällen

Tabelle 3.13-2:

Vermeidbare Todesfälle in Berlin 2007 - 2011 nach Geschlecht und Todesursachen

Tabelle 3.13-3:

Vermeidbare Todesfälle in Berlin 2006 - 2011 nach Todesursachen und Art der Vermeidbarkeit

Tabelle 3.18-1:

Selbstauskunft der erwachsenen Bevölkerung zur Prävalenz chronischen Krankseins, zu ausgewählten Krankheiten und Befunden in Deutschland 2010 nach Geschlecht, ausgewählten Altersgruppen und Bildungsgruppe

Tabelle 3.19-1:

Die häufigsten Diagnosen in der allgemeinärztlichen sowie in der hausärztlich- und fachärztlich-internistischen Praxis in Berlin 2009

Tabelle 3.39-1:

Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in Berlin 2005 - 2011 nach Geschlecht, Staatsangehörigkeit und Hauptdiagnosegruppen

Tabelle 3.46-1:

Pflegebedürftige Personen in Berlin 1999 - 2011 (Stand: 15.12.) nach Geschlecht und Leistungsart (absolut und je 100.000)

Tabelle 3.47-1:

Pflegebedürftige Personen in Berlin am 15.12.2011 nach Geschlecht, Altersgruppen und Leistungsart (absolut und je 100.000)

Tabelle 3.48-1:

Pflegebedürftige Personen in Berlin 1999 - 2011 (Stand: 15.12.) nach Geschlecht, Pflegestufen und Leistungsart (absolut und je 100.000)

Tabelle 3.66-1:

Bösartige Neubildungen in Berlin (nur Berliner) 1996 - 2011 nach ausgewählten Indikatoren und Geschlecht

Tabelle 3.68-1:

Gemeldete Neuerkrankungen an bösartigen Neubildungen (ohne/mit DCO-Fälle/n) in Berlin (nur Berliner) 2005 - 2010 (Stand: 31.12.2012) nach Geschlecht und Altersgruppen

Tabelle 3.75-1:

Medizinische Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe wegen bösartiger Neubildungen in Berlin 2006 - 2011 nach Geschlecht und Altersgruppen

Tabelle 3.76-1:

Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit infolge ausgewählter bösartiger Neubildungen in Berlin 2004 - 2011 nach Geschlecht

Tabelle 3.77-2:

Geschlechts- und altersspezifische Mortalität bei ausgewählten bösartigen Neubildungen in Berlin 2008 - 2011

Tabelle 3.93-1:

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe wegen Krankheiten des Kreislaufsystems in Berlin 2006 - 2011 nach Geschlecht und ausgewählten Altersgruppen

Tabelle 3.94-1:

Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit infolge von Krankheiten des Kreislaufsystems in Berlin 2006 - 2011 nach Geschlecht und Altersgruppen

Tabelle 3.95z-1:

Geschlechtsspezifische Mortalitätsraten ausgewählter Altersgruppen bei bösartigen Neubildungen und Krankheiten des Kreislaufsystems in Berlin und Deutschland 1991 - 2011

Tabelle 4.1-1:

Selbstauskunft der erwachsenen Bevölkerung zum Rauchverhalten in Deutschland 2008/2009 und 2009/2010 nach Geschlecht, ausgewählten Altersgruppen und Bildungsgruppen

Tabelle 4.7-1:

Selbstauskunft der erwachsenen Bevölkerung zum Alkoholkonsum in Deutschland 2008/2009 und 2009/2010 nach Geschlecht, ausgewählten Altersgruppen und Bildungsgruppe

Tabelle 4.7-2:

Selbstauskunft der erwachsenen Bevölkerung zum Rauschtrinken (Binge-Drinking) in Deutschland 2008/2009 und 2009/2010 nach Geschlecht, ausgewählten Altersgruppen und Bildungsgruppe

Tabelle 4.8-1:

Selbstauskunft der erwachsenen Bevölkerung zum Körpergewicht in Deutschland 2008/2009 und 2009/2010 nach Geschlecht, ausgewählten Altersgruppen und Bildungsgruppe

Tabelle 4.11-1:

Selbstauskunft der erwachsenen Bevölkerung zur Häufigkeit des Obstverzehr in Deutschland 2008/2009 und 2009/2010 nach Geschlecht, ausgewählten Altersgruppen und Bildungsgruppe

Tabelle 4.11-2:

Selbstauskunft der erwachsenen Bevölkerung zur Häufigkeit des Gemüseverzehr in Deutschland 2008/2009 und 2009/2010 nach Geschlecht, ausgewählten Altersgruppen und Bildungsgruppe

Tabelle 4.12-1:

Selbstauskunft der erwachsenen Bevölkerung zur Häufigkeit körperlicher Aktivität in Deutschland 2008/2009 und 2009/2010 nach Geschlecht, ausgewählten Altersgruppen und Bildungsgruppe

Tabelle 7.16-1:

Beteiligung von GKV-Versicherten an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen in Berlin 1998 - 2011 nach Geschlecht

Tabelle 7.17-1:

Beteiligung von GKV-Versicherten am Gesundheits-Check-up in Berlin 1996 - 2011 nach Geschlecht

Tabelle 10.8z-1:

Empfängerinnen und Empfänger ausgewählter Gesundheits- und Pflegeleistungen nach SGB XII in Berlin 2005 - 2011 (Stand: 31.12.) nach Hilfearten

4 Gesundheitsversorgung der Berliner Bevölkerung

4.1 Ambulante ärztliche, psychotherapeutische und zahnärztliche Versorgung

4.1.1 Ambulante vertragsärztliche und -psychotherapeutische Versorgung

4.1.1.1 Möglichkeiten der Berufsausübung, Praxisformen und Bedarfsplanung

Gesetzliche Grundlagen zur Berufsausübung

Seit 2007 sind schrittweise gesetzliche Regelungen in Kraft getreten, die die Möglichkeiten für die vertragsärztliche und vertragspsychotherapeutische Berufsausübung deutlich erweitert haben. Diese sind festgelegt im:

- *Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG)* vom 01.07.2007: Es ermöglicht beispielsweise die Anstellung von Ärztinnen/Ärzten und Psychotherapeutinnen/-therapeuten nun auch in ärztlichen Niederlassungen, solche Anstellungen waren seit 2004 ausschließlich in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) erlaubt. Mehr Kooperationsmöglichkeiten von Praxen wie die Bildung von Teil-Berufsausübungsgemeinschaften sowie von überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften (Kooperation von Gemeinschaftspraxen an unterschiedlichen Standorten) werden geschaffen. Die Arbeitsmöglichkeiten für MVZ werden erweitert. Ärztinnen/Ärzte können sowohl im Krankenhaus als auch in der ambulanten Versorgung tätig sein.
- *GKV-Organisationsweiterentwicklungsgesetz (GKV-OrgWG)* vom 15.12.2008: Die Altersgrenze von 68 Jahren für die Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit wird abgeschafft. Seit 2009 sind auch sog. Teilzulassungen (Beschränkung auf den hälftigen Versorgungsauftrag) möglich.
- *GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG)* vom 01.01.2012: Danach können unter bestimmten Voraussetzungen Angestelltensitze wieder in zugelassene Vertragsarztsitze rückumgewandelt werden. Weiterhin gibt es die Möglichkeiten einer befristeten Zulassung, wenn der Versorgungsgrad einer Fachgruppe oberhalb von 100 %, aber unterhalb von 120 % liegt – dies wird aber in Berlin bisher nicht angewandt. Mit geänderten Arbeitsgrundlagen der MVZ wird deren ärztliche Leitung gestärkt. Wichtige Teile dieses Gesetzes sind zum 01.01.2013 in Kraft getreten, wie die neue Bedarfsplanung (s. u.) sowie das Ausschreibungsverfahren für Abgabepraxen einschließlich deren mögliche Stilllegung durch die Kassenärztliche Vereinigung (KV) gegen Zahlung einer Entschädigung in Höhe des Verkehrswertes.

Diese Regelungen zielen darauf ab, eine bessere, d. h. gleichmäßigere *ambulante Versorgungsstruktur* in Deutschland sicherzustellen und ab 2013 auch regionale Überversorgungen zu korrigieren. Zugleich trägt die wachsende *Vielfalt der Arbeitsmöglichkeiten* veränderten Lebensentwürfen der jüngeren Mediziner-Generation Rechnung. Gerade in den letzten Jahren wird in Berlin zudem sichtbar, dass vor allem Ärztinnen Interesse an der vertragsärztlichen Tätigkeit zeigen, weil sie Teilzeitmodelle nutzen und somit Beruf und Familie besser vereinbaren können.

Berufsausübung im vertragsärztlichen Bereich weiter flexibilisiert.

Generell zeigt sich, dass die Berlinerinnen und Berliner in vertragsärztlicher und -psychotherapeutischer Tätigkeit die umfangreicheren Arbeitsmöglichkeiten rasch angenommen haben und damit den Umfang ih-

rer Berufstätigkeit besser auf die Erfordernisse ihrer Patientenversorgung ebenso wie auf ihre individuelle Lebensplanung zuschneiden.

Die Statistiken zur Versorgungsstruktur in Berlin belegen nun schon seit mehreren Jahren diesen Trend. Im Folgenden wird auf einige dieser Teilnahmeformen näher eingegangen.

Anstellungen

Anstellung und Niederlassung, Anstellung im MVZ

Anhaltende Attraktivität der Anstellung bei ärztlich und psychotherapeutisch Tätigen.

Das *Verhältnis von Niedergelassenen zu Angestellten* im ambulanten ärztlichen und psychotherapeutischen Tätigkeitsbereich belegt die anhaltende Attraktivität der Anstellung. Die Möglichkeit für Ärztinnen/Ärzte und Psychotherapeutinnen/-therapeuten mit eigenem Sitz (bei angeordneter Überversorgung dieses Fachgebietes durch den Landesausschuss Ärzte/Krankenkassen), auf die eigene Zulassung zu verzichten und sich auf dem bisherigen Sitz von einer anderen Person – fachgleicher oder fachfremder Fachrichtung - oder von einem Medizinischen Versorgungszentrum mit festem Gehalt anstellen zu lassen, wird insbesondere von Älteren rege genutzt. Dieser umgewandelte Sitz wird damit dauerhaft auf die anstellenden Personen oder das MVZ übertragen. Niedergelassene Ärztinnen/Ärzte können Kolleginnen und Kollegen auf bis zu drei Vollzeitsitzen anstellen, Psychologische Psychotherapeutinnen/-therapeuten (PP) bzw. Kinder- und Jugendlichentherapeutinnen/-therapeuten (KJP) dürfen nur Angestellte der eigenen Fachgruppe beschäftigen. Sind ältere Ärztinnen/Ärzte auf dem Angestelltensitz nur in eingeschränktem Umfang tätig (Viertelstelle, halbe Stelle, Dreiviertelstelle), so muss der Sitz durch andere Ärztinnen/Ärzte gleicher Fachrichtung entsprechend dem Sicherstellungsauftrag voll besetzt werden.

Gab es in der ambulanten Versorgung am 01.01.2007 280 *ärztliche und psychotherapeutische Angestellte*, schnellte diese Zahl bis zu Beginn des Jahres 2013 auf 1.251 (einschließlich der Jobsharer, vgl. dazu unten den Abschnitt „Jobsharing“) hoch, die darin enthaltenen Angestelltensitzzahlen der PP/KJP stiegen von vier im Jahr 2007 auf 82 am 01.01.2013. Hierbei ist zu beachten, dass auf einem Angestelltensitz bis zu vier Ärztinnen/Ärzte bzw. Psychotherapeutinnen/-therapeuten dieser Fachrichtung angestellt werden können (jeweils mit einer Viertelstelle).

Das Wachstum der Angestelltensitze korrespondiert mit dem Rückgang der *niedergelassenen Arztlzahl*, die seit 2011 jedoch auf etwa gleichem Niveau verharrt; mit 5.955 ärztlichen Niederlassungen war 2012 der bisherige Tiefststand erreicht. Demgegenüber steigt seit Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes (01.01.1999) die Anzahl der *niedergelassenen PP und KJP* langsam, aber stetig an und erreichte am 01.01.2013 mit 1.755 Zulassungen ihren bisherigen Höchststand. Hier ist zu berücksichtigen, dass die Zahl der ab 1999 in Berlin zunächst bedarfsunabhängig zugelassenen PP/KJP ohnehin sehr hoch war, da viele von ihnen zuvor im Delegationsverfahren an der kassenpsychotherapeutischen Versorgung teilgenommen hatten und über die geforderten Qualifikationsvoraussetzungen verfügten. Allerdings beruht dieses Anwachsen bei den Niedergelassenen-Zahlen nicht zuletzt auch darauf, dass aufgrund der Festlegung von Anteilsquoten von 20 % für KJP gegenüber PP ab 2008 (GKV-OrgWG) Entsperrungen erfolgten. 2010 wurden 81 KJP-Sitze zur Neuniederlassung und 2012 erneut 10 KJP-Sitze ausgeschrieben (vgl. GSI-Tabellen [6.1z-1](#) und [6.2-1](#)).

Der im ambulanten ärztlichen und psychotherapeutischen Tätigkeitsbereich sichtbare Trend im *Verhältnis von Niedergelassenen zu Angestellten* wird noch ausgeprägter *in den MVZ* sichtbar. Das Wachstum von Angestellten-Sitzen wurde vom Gesetzgeber von Anfang an gefördert: Schon seit 2004 können MVZ ausgeschriebene Sitze von Praxisabgebern aufkaufen und Ärztinnen/Ärzten bzw. Psychotherapeutinnen/-therapeuten darauf anstellen; seit 2007 kommt die Übertragung von Sitzen mit Anstellung der bisherigen Inhaber/innen hinzu. Zum 01.01.2013 besteht in den insgesamt 145 MVZ bei den ärztlichen und psycho-

therapeutischen Berufsgruppen ein Pro-Kopf-Verhältnis von 180 niedergelassenen zu 746 angestellten Personen, zum Vergleich: 2005 bestand in den damals 24 MVZ fast Anzahl-Gleichheit zwischen 54 Niedergelassenen und 55 Angestellten. Bei dem Unterschied zwischen Zugelassenen- und Angestelltenzahlen ist allerdings zu berücksichtigen, dass die in den MVZ Niedergelassenen ganz überwiegend einen vollen Versorgungsauftrag erfüllen, während die Angestelltensitze geviertelt werden können, d. h. die in den MVZ Angestellten sind viel öfter teilzeitbeschäftigt - damit ist ihre Pro-Kopf-Zahl größer als die Zahl der in den MVZ vorhandenen Angestelltensitze (vgl. GSI-Tabelle [6.1-1](#)).

Jobsharing

Auch das bereits seit 1999 bestehende *Jobsharing* wird mit den Jahren von den ärztlich und psychotherapeutisch Tätigen *als Form der Flexibilisierung* stärker genutzt. Dies ist eine Anstellungsform, die den Niedergelassenen ermöglicht, den Versorgungsauftrag mit Hilfe einer weiteren Person zu erfüllen. Hier teilen sich zwei Ärztinnen/Ärzte oder Psychotherapeutinnen/-therapeuten jeweils desselben Fachgebietes den bisherigen Leistungsumfang des Sitzinhabers, wobei dieser Umfang nicht ausgeweitet werden darf. Jobsharing gibt es in der Form als Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) mit Senior- und Juniorpartner (nach § 101 Satz 1 Abs. 1 Nr. 4 SGB V) oder als Anstellungsverhältnis (nach § 101 Satz 1 Abs. 1 Nr. 5 SGB V). Gab es zum 01.01.2007 insgesamt 107 Jobsharer, so stieg diese Anzahl über die Jahre weiter an: 2008 auf 123, 2009 auf 135, 2010 auf 147, 2011 auf 167. 2012 zeigte sich eine leicht rückläufige Entwicklung mit 152 Jobsharern, die 2013 mit 153 Jobsharern stagniert. Gibt es in Zulassungsfachgebieten Entsperrungen aufgrund des Demografiefaktors wie jüngst im Jahr 2012 bei Anästhesisten (4), Gynäkologen (9), Urologen (4), Hausärzten (47) und KJP (10), so werden nach der Bedarfsplanung und entsprechend der Jobsharing-Form zunächst die Beschränkungen der Jobsharing-Praxen aufgehoben und diese Praxen um die entsprechenden Versorgungsaufträge erweitert (vgl. GSI-Tabelle [6.2-1](#)).

Jobsharer teilen sich den Leistungsumfang eines Kassensitzes.

Fazit

Eine wachsende Zahl von Ärztinnen/Ärzten und Psychotherapeutinnen/-therapeuten nutzt die *neu entstandenen Kombinationsvarianten* für ihre Berufstätigkeit, beispielsweise parallel angestellt an mehreren Orten tätig zu werden, durch Teilzeitverträge auf halben oder Viertelstellen auf einem oder mehreren Angestelltensitzen an mehreren MVZ oder Praxen. Möglich ist nun auch eine hälftige Zulassung und gleichzeitige Anstellung auf halber Stelle, oder eine (Teil-)Anstellung im niedergelassenen Bereich und eine Nebentätigkeit am Krankenhaus.

Praxisformen

Auch die *Möglichkeiten für Kooperationsformen* sind mit den genannten gesetzlichen Regelungen ausgeweitet worden, wobei aus Gründen der Überversorgung einige Modelle wie Zweigpraxen oder Teil-Berufsausübungsgemeinschaften in Berlin so gut wie nicht greifen. Neben den Änderungen hinsichtlich der Bedarfsplanung bzw. des Zulassungsrechtes eröffnet der Gesetzgeber auch die Möglichkeit (als Kann-Regelung) für besondere Vergütungen (Zuschläge) bei Unterversorgung, die Anreize für eine gleichmäßigere Versorgung schaffen soll.

Bei den Praxisformen hält die Tendenz *weg von der Einzelpraxis hin zu wirtschaftlicheren Kooperationsformen*, die schon seit Jahren sichtbar wird, an. Das Wachstum bei den Kooperationsformen zeigt jedoch ein differenziertes Bild.

Hälftiger Versorgungsauftrag / Teilzulassung

Auch die seit 2009 bestehende Regelung für Ärztinnen/Ärzte und Psychotherapeutinnen/-therapeuten, einen *halben Versorgungsauftrag abzugeben* (bei zulassungsbeschränkten Fachgruppen) *oder* (bei nicht bedarfsplanungsrelevanten Fachgebieten) *zu übernehmen*, wird zunehmend angenommen. Eröffnet dies

doch die Möglichkeit, sich im höheren Berufsalter oder bei Familienplanung auf den hälftigen Versorgungsauftrag zu beschränken, oder den zunächst halben Sitz beispielsweise bereits einem nachfolgenden Familienmitglied zu übertragen, eine Gemeinschaftspraxis einzugehen und den verbleibenden halben Sitz später dem BAG-Partner abzugeben. Damit bliebe auch die Behandlung des Patientenkontexts in dieser Praxis gewährleistet. Anfang 2009 waren zunächst nur 10 Ärztinnen/Ärzte und Psychotherapeutinnen/-therapeuten mit hälftigem Versorgungsauftrag tätig. Bezieht man auch diejenigen, die mit eigenem halben Sitz im MVZ tätig sind, sowie die Jobsharing-Juniorpartner/innen und die in ehemaligen Polikliniken mit nicht vollem Beschäftigungsumfang Tätigen mit ein, so schnellte diese Zahl für 2013 auf 436 hoch (vgl. GSI-Tabelle [6.1z-1](#)).

Einzelpraxen

Zahl der Einzelpraxen nimmt weiter ab.

Die Zahl der Einzelpraxen im hausärztlichen wie im fachärztlichen Bereich sinkt stetig weiter bzw. stagniert. Geht man vom Jahr 2009 aus (Einführung der lebenslangen Arztnummer für jeden Vertragsarzt/-therapeut), so gab es seinerzeit 1.726 einzeln niedergelassene Hausärztinnen/-ärzte und 3.744 fachärztlich/psychotherapeutisch Tätige. Diese Zahlen sanken seither auf 1.563 hausärztliche Einzelpraxen am 01.01.2013 und verharren im fachärztlich/psychotherapeutischen Bereich bei 3.743 Einzelpraxen (vgl. GSI-Tabelle [6.1-1](#)).

Fachgleiche Berufsausübungsgemeinschaften (BAG)

Die Abnahme der Einzelpraxen korrespondiert nicht gleichwertig mit der Zunahme der Berufsausübungsgemeinschaften (Gemeinschaftspraxen) im *hausärztlichen Bereich*. Hier zeigt sich nach der Höchstzahl von 374 BAG mit 713 kooperierenden Hausärztinnen/-ärzten am 01.01.2009 zunächst ein Abflauen in den Folgejahren und ab 2012 ein Wiederanstieg auf nunmehr 365 BAG mit 731 Hausärztinnen/-ärzten am 01.01.2013. Das heißt, es arbeiten derzeit in weniger BAG mehr Hausärztinnen/-ärzte zusammen als 2009.

Im *fachärztlichen/psychotherapeutischen Bereich* zeigt sich die gleiche Tendenz: Gab es 2009 532 fachgleiche BAG mit 1.142 Teilnehmenden, so haben die Zahlen nach zwischenzeitlichem Abflauen mittlerweile (Stand 01.01.2013) den Wert von 533 Praxen mit leicht gestiegener Teilnehmerzahl von 1.212 erreicht (vgl. GSI-Tabelle [6.1-1](#)).

Fachübergreifende örtliche und überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften (BAG und üBAG)

Kooperationsform üBAG wird zunehmend genutzt.

Fachübergreifende *örtliche BAG* zeigen weiterhin eine sinkende Tendenz mit 52 BAG und 154 Teilnehmenden am 01.01.2013 gegenüber 66 BAG mit 189 Teilnehmenden Anfang Januar 2009. Demgegenüber wächst die Anzahl der *überörtlichen BAG* (üBAG) seit ihrer Einführung 2007 stetig. Bestanden zum 01.01.2009 51 üBAG mit 146 Teilnehmenden, so stieg diese Anzahl seither auf 70 üBAG mit 203 Kooperierenden am 01.01.2013 (vgl. GSI-Tabelle [6.1-1](#)).

In den *üBAG* arbeiten Ärztinnen/Ärzte bzw. Psychotherapeutinnen/-therapeuten *an unterschiedlichen Standorten* zur gemeinsamen Behandlung desselben Patientenkontexts zusammen, sie legen ihre Haupt- und Nebenbetriebsstätte/n fest und bieten an den einzelnen Standorten individuelle Sprechstundenmenüen an. Hierin liegt auch die größere Attraktivität dieser Kooperationsform: üBAG können im Gegensatz zu den anderen BAG-Formen größere Umsätze erwirtschaften, denn die beteiligten Ärzte gestalten an den jeweiligen Standorten ihre Sprechzeiten entsprechend dem Patientenaufkommen flexibel. Damit steigen auch die Behandlungsfälle.

Medizinische Versorgungszentren (MVZ)

Nach raschem Wachstum der *MVZ-Anzahl* ab 2004 hat sich dieses ab 2009 (141 MVZ) deutlich verlangsamt, nach zwischenzeitlichem Rückgang 2010 (136 MVZ) steigt die Anzahl 2013 (145) wieder an.

Die Zahlen der dort *ärztlich und psychotherapeutisch Tätigen* steigen hingegen stetig. 2009 arbeiteten in den 141 MVZ 675 Personen, 2013 sind es bereits 926 Ärztinnen/Ärzte und Psychotherapeutinnen/-therapeuten in den 145 MVZ. Diese Zahlen sind allerdings wegen der tendenziell stärkeren Splittung der Angestelltensitze zu relativieren (siehe oben: Anstellungen am MVZ). Bei der Anzahl der bestehenden MVZ ist zudem zu berücksichtigen, dass es Ende 2010 sowie im Verlaufe des Jahres 2011 aufgrund nachgewiesenen Abrechnungsbetruges zu Zulassungsentzügen u. a. der MVZ der DRK-Kliniken kam, wobei auch alle Angestellten-Sitze dieser MVZ entfielen.

In jedem MVZ wird eine ambulante fachübergreifende Versorgung in einheitlicher *Trägerschaft* angeboten. Nach wie vor überwiegt die vertragsärztliche Trägerschaft von jetzt 88 MVZ gegenüber der von Krankenhäusern und sonstigen Trägern mit 57 MVZ (vgl. GSI-Tabelle [6.1-1](#)).

Bezüglich der möglichen Trägerschaften und der ärztlichen Leitung der MVZ ist die Rechtslage mit dem VStG ab 01.01.2012 zugunsten der ärztlichen Seite verändert worden. Festgelegt ist nun, dass der ärztliche Leiter selbst im MVZ tätig sein und der Träger für ein MVZ selbst an der ärztlichen Versorgung zu Lasten der GKV teilnehmen muss. Beispielsweise Heilmittelerbringer sind nun von der Trägerschaft ausgeschlossen.

Mit dem zahlenmäßigen Anwachsen der MVZ geht weiterhin eine Konzentration von Arzt- und Therapeutesitzen an diesen Standorten einher. Das mit der Bildung von MVZ vom Gesetzgeber verfolgte Ziel, das ambulante Angebot mit unterschiedlichen Fachrichtungen „unter einem Dach“ für die Patienten zu verbessern, wird bislang erkaufte mit der „Abwanderung“ von hausärztlichen und fachärztlichen Sitzen aus der angestammten wohnortnahen Versorgung, obgleich bei dem Verkauf der Praxis vom Zulassungsausschuss zunächst Bewerber/innen berücksichtigt werden, die die Praxis am ursprünglichen Standort weiterbetreiben wollen, und erst danach MVZ zum Zuge kommen.

Mit steigender MVZ-Zahl geht eine Konzentration der Kassensitze an den MVZ-Standorten einher.

Dieser Konzentrationsprozess wird seit Inkrafttreten des VÄndG seit 2007 weiter erleichtert. MVZ untereinander oder MVZ mit Praxen können sich zu großen standortgleichen BAG oder üBAG zusammenschließen. 2009 gab es neun solcher üBAG oder BAG, die jeweils aus zwei oder mehreren MVZ oder aus MVZ mit BAG Niedergelassenen bestanden. Am 01.01.2013 hatten sich zwar drei dieser MVZ-üBAG wieder getrennt, dem standen allerdings acht MVZ-üBAG sowie eine MVZ-BAG (mehrere MVZ am selben Standort) und vier üBAG von MVZ mit Praxen gegenüber, insgesamt also 13. Die beteiligten Träger bzw. Praxen versprechen sich von der *Bildung solch großer Einheiten* offenbar vor allem eine Effizienzsteigerung durch Abrechnungs- und Honorarvorteile, die mit der Versorgung der Patientinnen und Patienten im flexibleren Sprechstundeneinsatz an den unterschiedlichen Standorten erreicht werden soll – ganz ähnlich den üBAG im niedergelassenen Bereich.

Zulassungsrecht und Bedarfsplanung

Das VStG gibt eine Reihe von Änderungen im Zulassungsrecht vor, von denen einige bereits zum 01.01.2012, andere zum 01.01.2013 in Kraft getreten sind. Hier ein kurzer Überblick:

Regulierung von Praxisverlegung und Praxisnachfolge

Seit 2012 kann der Zulassungsausschuss die zuvor wenig beeinflussbare Praxisverlegung innerhalb Berlins – obwohl ein Planungsbereich – regulieren und damit regionalen Versorgungslücken entgegenwirken. Denn der Zulassungsausschuss darf der *Praxisverlegung* nur noch zustimmen, wenn Gründe der vertragsärztlichen Versorgung dem Wegzug nicht entgegenstehen, also beispielsweise die Versorgung einer Region mit vergleichsweise wenig Arztsitzen nicht weiter ausgedünnt wird. Dies gilt gleichermaßen für Ärztinnen/Ärzte und Psychotherapeutinnen/-therapeuten, die auf ihre

Einflussnahme des Zulassungsausschusses auf regionale Versorgung in Berlin seit 2012 möglich.

Zulassung verzichten und sich in einem MVZ oder einer Vertragsarztpraxis anstellen lassen und deshalb ihren Sitz in einen anderen Stadtbezirk verlagern wollen. Ebenfalls seit 2012 kann ein Angestelltensitz wieder in eine Zulassung (Vertragsarztsitz in freier Niederlassung) rückumgewandelt werden.

Ab 2013 tritt eine weitere Neuregelung in Kraft: Nun entscheidet der Zulassungsausschuss auch darüber, ob eine in einem zulassungsbeschränkten Planungsbereich befindliche Praxis für einen Nachfolger ausgeschrieben werden kann. Wird die Praxis durch Angehörige, durch Angestellte der Abgebenden oder durch BAG-Partner/innen weitergeführt, kann dem nicht widersprochen werden. In allen anderen Fällen kann die Ausschreibung mit einer Mehrheit im paritätisch zusammengesetzten Zulassungsausschuss abgelehnt werden, wenn die Fortführung der Praxis aus Versorgungsgründen nicht notwendig ist. Wird der Antrag auf Praxisausschreibung abgelehnt, wird dieser Sitz stillgelegt und die Kassenärztliche Vereinigung (KV) hat der/dem Abgebenden eine Entschädigung in Höhe des Verkehrswertes zu zahlen. Damit soll eine Überversorgung in diesem Fachgebiet / an diesem Standort abgebaut werden.

Neue Bedarfsplanungs-Richtlinie

Nur die Fachgebiete MKG-Chirurgie und Thoraxchirurgie unterliegen 2013 nicht der Bedarfsplanung.

Seit dem 01.01.2013 gilt eine *neue Bedarfsplanungs-Richtlinie auf der Grundlage der Vorgaben des Versorgungsstrukturgesetzes (VStG)*. Sie zielt darauf ab, Fehlentwicklungen in der bisherigen Bedarfsplanung durch Flexibilisierung der Raumgliederung und der Einflussgrößen auf die Bedarfsplanung gegenzusteuern. Dem vorausgegangen war ein Moratorium des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vom 06.09.2012 für *neun Zulassungsfachgebiete* ohne Zulassungsbeschränkung, die ab 2013 der Bedarfsplanung unterliegen. Dies betrifft die Fachgebiete Kinder- und Jugendpsychiatrie, Physikalische und Rehabilitative Medizin, Nuklearmedizin, Strahlentherapie, Neurochirurgie, Humangenetik, Labormedizin, Pathologie sowie Transfusionsmedizin; weiter unbeplant bleiben nur die Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie (MKG-Chirurgie) und die Thoraxchirurgie.

Nach dieser Übergangsregelung durften sich Angehörige der genannten bisher nicht beplanten Fachgruppen ab diesem Zeitpunkt solange nicht mehr frei niederlassen, bis die Versorgungsgrade ab 01.01.2013 ermittelt wurden. Damit wurde verhindert, dass kurzfristig alle Zulassungswilligen dieser genannten Fachgruppen zugelassen werden mussten, ohne dass auf eine eventuell entstehende Überversorgung Rücksicht genommen wurde (siehe Pressemitteilung des G-BA vom 06.09.2012¹). Der G-BA setzte allen Landesausschüssen Ärzte/Krankenkassen bis zum 15.02.2013 eine Frist, auf der Basis des Bedarfsplans 2013 die *Überversorgungsfeststellung* für die neuen der Bedarfsplanung unterliegenden Arztgruppen zu treffen, für die bisherigen spätestens bis zum 30.06.2013. Dem kam der Berliner Landesausschuss am 06.02.2013 nach. Aufgrund der festgestellten Überversorgung im Planungsbereich Berlin Bundeshauptstadt wurden *Zulassungssperren* für alle der Bedarfsplanung unterliegenden Arztgruppen einschließlich der bisher dem Moratorium unterliegenden Arztgruppen angeordnet, sodass in Berlin nun keine weiteren Zulassungen oder Anstellungen (außer im Rahmen des Job-Sharing) möglich sind (vgl. GSI-Tabelle [6.2-1](#)).

Landesgremium erarbeitet Vorschläge zu Modalitäten einer künftigen Bedarfsplanung für Berlin.

Um die Mitwirkungsrechte des Landes zu stärken, hat sich im März 2013 ein „gemeinsames Landesgremium“ als ein spezieller Beratungsausschuss konstituiert, der Stellungnahmen zum Bedarfsplan, zur Feststellung von Unter-/Überversorgung bzw. zur Anordnung von Zulassungsbeschränkungen, zu einem ggf. zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf sowie der Zulassung von Krankenhäusern zur spezialfachärztlichen ambulanten Versorgung (nach § 116 b SGB V) abgeben kann. Neben der KV sind darin auch das Land Berlin, die Landesverbände der Krankenkassen, die Ärzte- und die Psychotherapeutenkammer, die Berliner Krankenhausgesellschaft sowie Patientinnen und Patienten vertreten. In der konstituierenden Sitzung des Landesgremiums wurde beschlossen, in einer Arbeitsgruppe

¹ <http://www.g-ba.de/institution/presse/pressemitteilungen/451/>, zuletzt aufgerufen am 05.03.2013.

gemeinsam über *Daten, Modellparameter und Modelle einer künftigen Bedarfsplanung für Berlin* zu beraten und dem Landesgremium bis zum 30.06.2013 hierzu konkrete Vorschläge vorzustellen.

4.1.1.2 Patientenorientierte Bedarfsplanung: Befragung in zwei Bezirken

Die Beratungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zu der *am 1. Januar 2013 in Kraft getretenen Bedarfsplanungs-Richtlinie* offenbarten, was bisher in der Diskussion um die ärztliche Bedarfsplanung völlig fehlte, nämlich *belastbare Angaben zu den Haltungen, Erwartungen und Inanspruchnahmekriterien von Patientinnen und Patienten* selber. Das Verhalten der Versicherten für die Auslastung vorhandener ärztlicher Angebote ist sehr bedeutsam, aber bisher kaum erhoben und für Planungszwecke operationalisiert worden. Leider fanden die Erfahrungen und Präferenzen der Bevölkerung bezüglich des Zugangs zur ambulanten ärztlichen Versorgung bisher kaum Berücksichtigung.

Daher führte die Patientenbeauftragte eine *Befragung von Bürgerinnen und Bürgern* in den Berliner Bezirken *Treptow-Köpenick* und *Charlottenburg-Wilmersdorf* durch zur Erreichbarkeit und Zugänglichkeit der ambulanten Versorgung - gemeinsam mit den maßgeblichen Organisationen zur Vertretung von Patienteninteressen im Gemeinsamen Bundesausschuss und mit Unterstützung der Gesundheitsstadträte von Charlottenburg-Wilmersdorf und Treptow-Köpenick sowie des IGES Instituts.

Die *Umfrage* wurde *im Zeitraum Oktober bis November 2012* durchgeführt und erfolgte anonym. Die Frage lautete: „Wie kann die Versorgungsrealität und der medizinische Bedarf durch Befragungen von Versicherten und Patientinnen/Patienten ermittelt werden und ein Instrument zu Bevölkerungs- und Patientenbefragungen im Kontext der Bedarfsplanung sinnvoll eingesetzt werden?“

Befragt wurden *2.000 per Zufall ausgewählte Berlinerinnen und Berliner aus den Bezirken Treptow-Köpenick und Charlottenburg-Wilmersdorf*. Die Befragten erhielten neben dem Fragebogen ein Anschreiben der Patientenbeauftragten, in dem sie über die Ziele der Umfrage aufgeklärt und darauf hingewiesen wurden, dass die Teilnahme an der Umfrage freiwillig ist. Der Sendung lag ein Rücksendeumschlag (Gebühr zahlt Empfänger) an die Adresse der Patientenbeauftragten des Landes Berlin bei. Die eingegangenen Fragebögen wurden dann an das IGES Institut weitergeleitet, wo sie erfasst und ausgewertet wurden.

An der Umfrage beteiligten sich insgesamt *1.061 Personen*. Die *Gesamtrücklaufquote* betrug bei *4.000* ausgesandten Fragebögen also *26,5 Prozent*.

Abgefragt wurden die *Erfahrungen bei der haus- und fachärztlichen Versorgung* in dieser Stadt; insbesondere mit der Erreichbarkeit (auch zu Alternativen), Wartezeiten, der Terminvergabe, der Qualität der medizinischen Betreuung und Zugang zu den Praxen. Zusätzlich wurden u. a. Daten zu Geschlecht, Versicherungsstatus, Alter und Behinderung erhoben.

Die Annahme, dass es sich bei *Treptow-Köpenick* verglichen mit Charlottenburg-Wilmersdorf um einen Bezirk mit *weniger gut ausgeprägtem Versorgungsangebot* handelt, wird durch Angaben der Befragten zur Erreichbarkeit von Alternativen gestützt. Dennoch zeigt sich keine sonderlich ausgeprägte Patientenwanderung.

Die erste Auswertung zeigt, dass sich innerhalb eines infrastrukturell stark erschlossenen Gebietes wie Berlin ein unterschiedliches Versorgungsangebot weniger in der Erreichbarkeit oder der Zugänglichkeit der Angebote äußert, sondern vielmehr in der *Frequentierung von Praxen*. Wenn also in einem Bezirk das ärztliche Angebot knapper ist (wie in Treptow-Köpenick), dann reisen die Patientinnen und Patienten nicht in einen anderen Bezirk, sondern sie sitzen in den *überfüllten Praxen* in ihrer Nähe. Daraus ergeben sich Qualitätsunterschiede bei der Betreuung: die Versicherten müssen länger warten, haben das Gefühl,

Geringe Arztdichte führt nicht zu Patientenwanderung in andere Bezirke.

der Arzt/die Ärztin hat weniger Zeit für sie usw., was wiederum zur *Unzufriedenheit mit der ärztlichen Versorgung* beiträgt.

Das alles betrifft jedoch weniger die *privat Krankenversicherten* als vielmehr die in der *gesetzlichen Krankenversicherung* versicherten Patientinnen und Patienten.

Sobald die Auswertung vollständig abgeschlossen ist, werden die *Ergebnisse auf der Internetseite* der Patientenbeauftragten <http://www.berlin.de/lb/patienten/> Interessierten zur Verfügung gestellt.

4.1.1.3 Inanspruchnahme vertragsärztlicher und vertragspsychotherapeutischer Versorgung

Behandlungsfälle

Es bleibt abzuwarten, wie sich der *Wegfall der Praxisgebühr* bei Behandlungsfällen/Inanspruchnahme auswirken wird. Im Jahr vor der Einführung der Praxisgebühr waren die ärztlichen Behandlungsfälle auf den Spitzenwert von 24.295.443 gestiegen. Nach Einführung der Praxisgebühr zum 01.01.2004 (21.909.250 ärztliche Behandlungsfälle) haben die Berliner Patientinnen und Patienten die ambulante ärztliche Behandlung bis zum Jahr 2006 (21.041.937 ärztliche Behandlungsfälle) weitaus weniger in Anspruch genommen. Ab 2007 zeigt sich ein langsamer kontinuierlicher *Wiederanstieg der Behandlungsfälle*, der das Niveau von 2003 inzwischen wieder übersteigt. Erstmals erreichten die Behandlungsfälle 2011 mit 25.031.917 einen Spitzenwert seit der Jahrtausendwende (vgl. GSI-Tabellen [7.19-1](#) und [7.20-1](#)).

Fallzahl des Gebiets Psychosomatische Medizin u. Psychotherapie seit Honorarreform vervielfacht.

Psychosomatische Versorgung als Teil der fachärztlichen Versorgung: Seit der Honorarreform ab 01.01.2009 bilden die Fachärztinnen/-ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie eine eigene Honorargruppe und ihre Leistungen werden seither gesondert von denen der psychotherapeutisch tätigen Ärztinnen/Ärzte betrachtet. Damit werden sie endlich in die Lage versetzt, speziell psychosomatische Krankheitsbilder im erforderlichen Umfang und unter Anwendung der Methoden, die in ihrem Gebührenordnungs-Abrechnungskapitel stehen, zu behandeln. Daraus resultieren steigende Fallzahlen: Waren es 2008 nur 42.168 Fälle auf eher psychotherapeutischer Grundlage, so verdreifachte sich diese Zahl 2009 bereits auf 133.687 und stieg 2011 auf 136.361 Fälle an (vgl. GSI-Tabelle [7.22-1](#)).

Psychotherapeutische Versorgung: Hier ist der Bedarf ungebrochen und steigt seit 2001 rasant an: 2003 waren 181.842 psychotherapeutische Behandlungsfälle zu verzeichnen. 2011 wurden von PP, KJP, ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärztinnen/Ärzten sowie psychotherapeutisch weitergebildeten Ärztinnen/Ärzten anderer Fachgruppen mit mehr als 90 % ihrer Leistungen in der Psychotherapie schon 266.063 Fälle abgerechnet – das ist der bisher höchste Stand (vgl. GSI-Tabellen [7.19-1](#) und [7.22-1](#)). Hier ist zu berücksichtigen, dass auch die Anzahl der Psychotherapeutinnen/-therapeuten stetig ansteigt (vgl. GSI-Tabelle [6.1z-1](#)).

Zur Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen vgl. Kapitel 3.

Ambulanter Notfalldienst und Service-Leistungen

Die Kassenärztliche Vereinigung (KV) ist gemäß §§ 75 Abs. 1 und 311 (4 d) SGB V für die *Sicherstellung eines Notdienstes zu sprechstundenfreien Zeiten* verantwortlich. Der *Ärztliche Bereitschaftsdienst (ÄBD)* der KV Berlin ist darüber hinaus ein zentral geregelter *Hausbesuchsdienst* mit KV-eigener Leitstelle. Er steht der Bevölkerung auch weiterhin rund um die Uhr zur Verfügung. Im ÄBD sind wie in der Vergangenheit 26 Fahrzeuge eines externen Dienstleisters im Einsatz.

2012 wurden im fahrenden Dienst die derzeit rd. 300 Ärztinnen und Ärzte (244 vertragsärztlich, davon überwiegend hausärztlich, sowie 35 nicht-vertragsärztlich Tätige aus Krankenhäusern und dem öffentlichen Gesundheitsdienst) zu rd. 160.000 Einsätzen gerufen. Das ist ein leichter Anstieg gegenüber dem Vorjahr mit rd. 158.600 Einsätzen. Die Ärzte sind schichtweise im Einsatz. Für den seit 2004 bestehenden eigenständigen *Leichenschauendienst* im ÄBD (Todesfeststellung und Leichenschau) sind 27 Ärzte tätig.

Neben den Hausbesuchsdiensten wird in der KV-Leitstelle täglich ein *telefonischer Beratungsdienst* von einer/einem der 30 Beratungsärztinnen/-ärzte durchgeführt. Als weiteren Service bietet die ÄBD-Leitstelle Auskünfte über Adressen von wohnortnahen Haus- und Facharzt- bzw. Psychotherapeutenpraxen an (vgl. GSI-Tabelle [7.25z-1](#)).

Eine eigene *Erste-Hilfe-Stelle (EHS)* betreibt die KV Berlin weiterhin am Standort Lichtenberg / Krankenhaus Lindenhof. Dort wird ausschließlich ein kinderärztlicher Bereitschaftsdienst mittwochs von 15 bis 22 Uhr, am Wochenende und feiertags von 8 bis 22 Uhr angeboten. Alle anderen KV-eigenen Erste-Hilfe-Stellen wurden seit 1996 sukzessive wegen zu geringer Auslastung und wachsender Defizite geschlossen.

Weiterhin bestehen *zwischen der KV Berlin und Berliner Kliniken Kooperationsverträge* für Dienste niedergelassener Kinder- und Hausärztinnen/-ärzte in den dortigen Rettungsstellen: eine allgemeinmedizinische und internistische Erstversorgung sowie einen kinderärztlichen Bereitschaftsdienst in den DRK-Kliniken Mark Brandenburg (Wedding), ausschließlich kinderärztliche Bereitschaftsdienste in den DRK-Kliniken Westend (Charlottenburg) sowie im St. Joseph-Krankenhaus (Tempelhof). Die Inanspruchnahme der dort dienstausübenden niedergelassenen Kinder- und Hausärztinnen/-ärzte (Kooperationsfälle) ist 2012 gegenüber dem Vorjahr in allen genannten EHS bis auf den kinderärztlichen Bereitschaftsdienst im St.-Joseph-Krankenhaus Tempelhof gestiegen (vgl. GSI-Tabelle [7.25z-2](#)).

4.1.2 Vertragszahnärztliche Versorgung

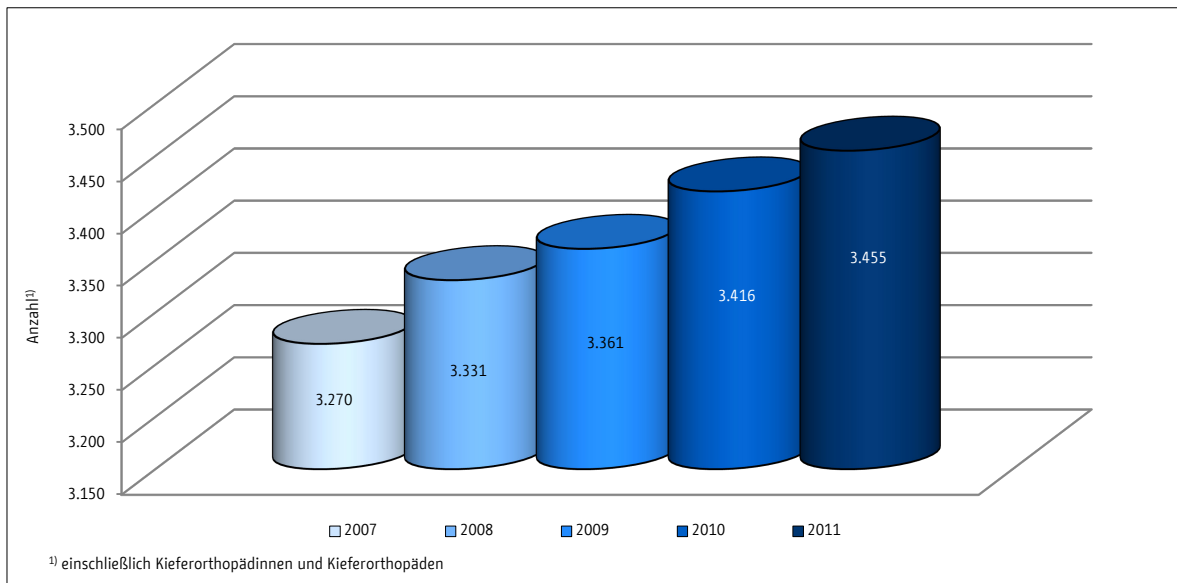
Ende 2011 arbeiteten in der *vertragszahnärztlichen Versorgung* 3.455 Zahnärztinnen, Zahnärzte, Kieferorthopädinnen und Kieferorthopäden in Berlin. Diese Zahl enthält außer den mit Versorgungsauftrag (Zulassung) Tätigen die bedarfsplanrelevante und immer größer werdende Gruppe der angestellten Zahnärztinnen und Zahnärzte nach § 32 b Zahnärzte-ZV (Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte). Diese zahnärztlichen Angestellten erfüllen alle Voraussetzungen eines zugelassenen Zahnarztes und sind diesem sowohl im Bedarfsplan als auch in der Zuteilung des Budgets gleichgestellt. In Berlin lag der Anteil der angestellten an allen an der Versorgung der Versicherten teilnehmenden Zahnärztinnen und Zahnärzten am 31.12.2011 bei 13 %.

Zahl der Angestellten in der vertragszahnärztlichen Versorgung wächst.

Die Entwicklung der *Anzahl Berliner Zahnärztinnen, Zahnärzte, Kieferorthopädinnen und Kieferorthopäden* in den letzten fünf Jahren lässt einen leichten Anstieg erkennen. Gezählt wurde pro Kopf, unabhängig davon, ob eine Tätigkeit in Vollzeit oder Teilzeit ausgeübt wurde. Stichtag der Daten ist jeweils der 31.12. des entsprechenden Kalenderjahres. Zählt man alle an der vertragszahnärztlichen Versorgung Teilnehmenden, sowohl die Zugelassenen als auch die Angestellten, dann ergibt sich eine Zunahme um 185 bzw. 5,7 % in den letzten fünf Jahren (vgl. Abbildung 4.1).

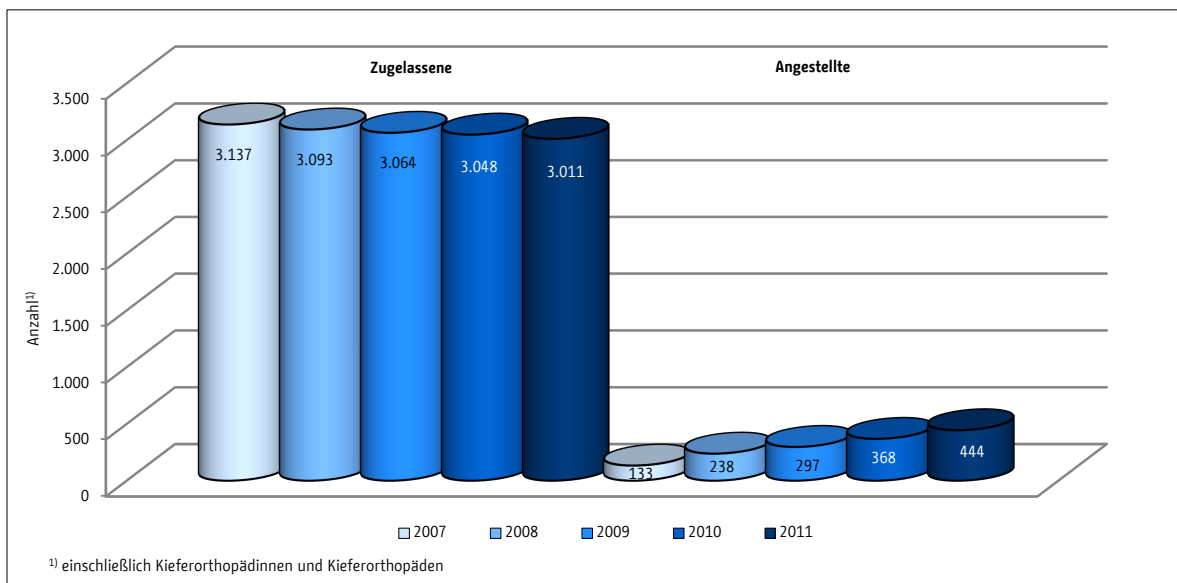
Die zunehmende Zahl der Zahnärztinnen und Zahnärzte, die die zahnärztliche und kieferorthopädische Versorgung der gesetzlich krankenversicherten Berlinerinnen und Berliner sicherstellen, ist auf den wachsenden Anteil der *Angestellten* zurückzuführen, deren Zahl von 133 im Jahre 2007 auf 444 im Jahr 2011 anstieg, das bedeutete eine außerordentliche Zunahme um 234 %. Im Gegensatz dazu zeichnet sich bei den *Zulassungen* ein leichter Abwärtstrend ab, ihre Zahl sank im Beobachtungszeitraum von 3.137 um 4,0 % auf 3.011 (vgl. Abbildung 4.2).

Abbildung 4.1:
In vertragszahnärztlicher Versorgung tätige Zahnärztinnen und Zahnärzte in Zulassung oder Anstellung in Berlin 2007 - 2011 (Stand: 31.12.)



(Datenquelle und Darstellung: KZV Berlin)

Abbildung 4.2:
In vertragszahnärztlicher Versorgung zugelassene und angestellte Zahnärztinnen und Zahnärzte in Berlin 2007 - 2011 (Stand: 31.12.)



(Datenquelle und Darstellung: KZV Berlin)

4.2 Versorgungsangebot, Finanzierung und Kosten der Krankenhäuser

4.2.1 Versorgungsangebot der Berliner Krankenhäuser - Krankenhausplanung

4.2.1.1 Überprüfung des Krankenhausplans 2010

Der Krankenhausplan 2010² wurde durch bestandskräftige Feststellungsbescheide nahezu *vollständig umgesetzt*. Die mit dem Krankenhausplan 2010 vorgesehenen Veränderungen greifen damit seit 2011.

² http://www.berlin.de/imperia/md/content/sen-gesundheit/krankenhauswesen/dokumente/gesamttext_stand_29_10_2010_v03.pdf?start&ts=1291987442&file=gesamttext_stand_29_10_2010_v03.pdf, zuletzt aufgerufen am 06.03.2013.

Für die Jahre 2012/2013 hat der Senat für die stationäre medizinische Versorgung eine *Überprüfung von Bedarf und Angebot* vorgesehen. Diese Überprüfung wird die Daten zum *Leistungsgeschehen der Krankenhäuser* bis Mitte 2012 einbeziehen und damit die für den Krankenhausplan 2010 maßgebenden Leistungsdaten aus dem Jahr 2008 aktualisieren.

In den letzten Jahren hat sich die Berliner *Bevölkerung* dynamisch entwickelt. Die Einwohnerzahl stieg bereits im Jahr 2012 auf deutlich über 3,5 Millionen an (zu Details der Bevölkerungsentwicklung vgl. Kapitel 2.1). Dieser Zuwachs übertrifft damit bereits jetzt die Vorhersagewerte für das Jahr 2015. Für eine neue Bedarfseinschätzung muss somit auch von aktuellen Daten zur Bevölkerungsentwicklung ausgegangen werden.

Des Weiteren hat sich nach Beschluss des Krankenhausplans 2010 wie erwartet weiterer Handlungsbedarf hinsichtlich der Planungen für das *Fachgebiet Geriatrie* ergeben. Das findet unter anderem darin seinen Ausdruck, dass geriatrische Krankenhausabteilungen dauerhafte Auslastungen von über 100 Prozent unter Zugriff auf die Kapazitäten anderer Abteilungen aufweisen und eine Reihe von Krankenhäusern Anträge auf Aufnahme neuer geriatrischer Abteilungen in den Krankenhausplan gestellt haben. Daneben liegen *Anträge auf Neuaufnahme* sowie auf veränderte Aufnahme von Krankenhäusern in den Krankenhausplan vor.

Aktualisierung des Krankenhausplans wird u. a. die Geriatrie betreffen.

Der Senat wird die notwendigen *Änderungen des Krankenhausplans 2010* durch Einzelfallentscheidung gemäß § 6 Abs. 1 Landeskrankenhausgesetz im Jahr 2013 umsetzen.

4.2.1.2 Versorgungsangebot der Krankenhäuser in Berlin am 31.12.2011

Zum Stichtag 31.12.2011 wurden im Land Berlin 89 Krankenhäuser (bzw. Einrichtungen) mit insgesamt 21.724 *ordnungsbehördlich genehmigten Betten* (darunter 18.269 im somatischen Bereich) betrieben. Das entspricht einem Versorgungsangebot von 6,2 Betten je 1.000 Einwohner.

In den Krankenhausplan aufgenommen sind 52 *Krankenhäuser*. Die Zahl der außerhalb des Krankenhausplanes betriebenen Krankenhäuser erhöhte sich auf insgesamt 37 Einrichtungen.

Auf Einrichtungen, die *nicht in den Krankenhausplan aufgenommen* sind, entfielen zum Stichtag 31.12.2011 469 Betten (ohne Sonderkrankenhäuser).

Die Zahl der *in den Krankenhausplan aufgenommenen Betten* erhöhte sich im Berichtszeitraum stichtagsbezogen um 450 von 20.614 auf 21.064 Betten (Stand 31.12.2008 bzw. 31.12.2011).

Tabelle 4.1:
In den Krankenhausplan aufgenommene Betten in Berlin 2008 und 2011 (Stand: 31.12.) nach Trägerbereich

Trägerbereich	Krankenhausbetten			
	am 31.12.2008		am 31.12.2011	
	absolut	in %	absolut	in %
freigemeinnützig	8.709	42,2	8.741	41,5
öffentlich (ohne universitär)	5.694	27,6	5.940	28,2
privat	2.998	14,5	3.170	15,0
universitär	3.213	15,6	3.213	15,3
insgesamt	20.614	100,0	21.064	100,0

(Datenquelle: SenGesSoz Berlin / Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Die in den Krankenhausplan aufgenommenen Betten - gegliedert nach *Trägerbereichen* - standen zum Stichtag 31.12.2011 zu 42 % in freigemeinnütziger Trägerschaft. Öffentlicher und universitärer Trägerschaft waren 28 bzw. 15 % der Betten zuzuordnen, weitere 15 % des in den Krankenhausplan aufgenommenen Bettenangebots lagen in privater Hand. Die Anteile der einzelnen Trägerbereiche sind gegenüber 2008 im Wesentlichen unverändert geblieben (vgl. Tabelle 4.1 und GSI-Tabellen [6.15-1](#), [6.15z-1](#) und [6.15z-2](#)).

4.2.2 Krankenhausfinanzierung

Die Krankenhäuser werden *dual finanziert*, d. h. die Betriebskosten von den Krankenkassen und die *Investitionskosten aus den Länderhaushalten*. Sich verändernde Strukturen und Leistungsangebote der Krankenhäuser führen zur Umgestaltung der Krankenhausfinanzierung sowohl im Bereich der Betriebskostenfinanzierung (Fallpauschalenvergütungssystem, DRGs) als auch der Investitionsfinanzierung.

Das Gesetz zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz – KHRG) vom 17.03.2009 hat die Weichen für die *Weiterentwicklung* des Krankenhausesektors in den nächsten Jahren gestellt.

Einführung eines neuen Entgeltsystems für Psychiatrie/Psychosomatik.

Für die bisher nicht vom Vergütungssystem der Fallpauschalen erfassten *Leistungen der Psychiatrie und Psychosomatik* wird ein pauschaliertes und tagesbezogenes Vergütungssystem entwickelt, das in mehreren Phasen eingeführt werden soll. Die Krankenhäuser können ab 2013 freiwillig in einer vierjährigen budgetneutralen Phase nach dem *Psych-Entgeltsystem* abrechnen. Ab 2015 müssen alle Einrichtungen nach dem neuen Psych-Entgeltsystem abrechnen. Ab 2017 wird die fünfjährige Konvergenzphase beginnen, in der stufenweise die Vergütung von den krankenhausespezifischen Basisfallwerten auf Landesbasisfallwerte umgestellt wird.

Für die *Investitionskosten* ist die Finanzierung auf der Grundlage von leistungsorientierten Investitionspauschalen möglich. Es bleibt den Ländern überlassen, zwischen der Förderung durch *leistungsorientierte Investitionspauschalen* und der *Einzelförderung von Investitionen* einschließlich der Pauschalförderung kurzfristiger Anlagegüter zu entscheiden. Als Bemessungsgrundlage für Investitionspauschalen können die Länder die vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) zu entwickelnden Investitionsbewertungsrelationen verwenden. Diese werden den Investitionsbedarf der voll- und teilstationären Leistungen abbilden und voraussichtlich erstmals ab 2014 anwendbar sein. In Berlin soll geprüft werden, neben den bereits gewährten festen jährlichen Pauschalbeträgen für die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter und für kleine bauliche Maßnahmen weitere Investitionskosten der Krankenhäuser zukünftig ebenfalls durch Investitionspauschalen zu fördern.

Die im Jahr 2011 über den Berliner Landeshaushalt gewährten Zuschüsse nach Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) / Landeskrankenhausgesetz (LKG) sind nach Trägerverbänden differenziert in der Tabelle „Gewährte Fördermittel nach KHG/LKG und sonstige Zuschüsse für Krankenhäuser im Land Berlin zum Stichtag 31.12.2011“ dargestellt (vgl. GSI-Tabelle [10.8z-4](#)).

Im Rahmen des *Konjunkturpakets II* (Zukunftsinvestitionsgesetz - ZuInvG) haben die Berliner Krankenhäuser in den Jahren 2009, 2010 und 2011 insgesamt rd. 54 Mio. EUR für *zusätzliche Maßnahmen der Einzel- und Pauschalförderung* erhalten. Davon haben der Bund 75 Prozent und das Land Berlin 25 Prozent finanziert. Mit den Maßnahmen konnten die Behandlungsbedingungen für Patientinnen und Patienten und die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten in den Krankenhäusern verbessert sowie erforderliche medizinische Großgeräte und andere medizinische Ausstattung beschafft werden.

4.2.3 Kosten der Krankenhäuser

Die Krankenhauskosten werden gemäß Krankenhausstatistik-Verordnung (KHStatV) Teil III - Kostennachweis erhoben; einbezogen sind alle Krankenhäuser in Berlin mit Ausnahme des Krankenhauses des Maßregelvollzugs und des Bundeswehrkrankenhauses, d. h. 2010 und 2011 wurden *Kostendaten von 79 Einrichtungen* erfasst.

4.2.3.1 Brutto-Gesamtkosten der Berliner Krankenhäuser

In den genannten Krankenhäusern und deren Ausbildungsstätten sowie durch Aufwendungen für den Ausbildungsfonds entstanden im Jahr 2011 *Brutto-Gesamtkosten* in Höhe von 3,874 Mrd. EUR, das bedeutet eine Kostensteigerung gegenüber dem Vorjahr von 7,6 % (2010: 3,600 Mrd. EUR). Der Ausweis von Brutto-Gesamtkosten heißt, dass auch nichtstationäre Kosten, z. B. für Forschung und Lehre, Ambulanz oder Wahlleistungen, enthalten sind. Die Kostenermittlung nach dem Bruttoprinzip wird - wie bereits in den Jahren 1991 bis 1995 - seit 2002 wieder angewendet, in den Jahren 1996 bis 2001 wurden die Kosten dagegen als Netto-Gesamtkosten (ohne nichtstationäre Leistungen) ausgewiesen.

Krankenhauskosten 2011 lagen mit 3,9 Mrd. EUR um 7,6 % höher als 2010.

Ein vergleichsweise geringer Betrag der Brutto-Gesamtkosten entfiel auf die *Ausgaben in Zusammenhang mit Ausbildung*: Die Kosten für Personal und Sachaufwand der Ausbildungsstätten beliefen sich 2011 auf 27 Mio. EUR, für den Ausbildungsfonds wurden 39 Mio. EUR aufgewendet, das machte 0,7 bzw. 1,0 % der Brutto-Gesamtkosten aus. Der Ausbildungsfonds wird durch Einzahlungen aller Krankenhäuser gebildet, die angesammelten Mittel dienen der Finanzierung der Ausbildungsbudgets der 32 ausbildenden Krankenhäuser.

Über die Hälfte der Gesamtkosten wurde für das Krankenhauspersonal (2011: 2,138 Mrd. EUR / 2010: 2,031 Mrd. EUR) aufgewendet, die *Sachkosten* der Krankenhäuser (2011: 1,638 Mrd. EUR / 2010: 1,485 Mrd. EUR) hatten einen Anteil von etwas über 40 %. Im Vergleich zum Vorjahr waren 2011 um 5,2 % höhere *Personalkosten* zu verzeichnen, bei den Sachkosten lag die Steigerungsrate mit 10,3 % doppelt so hoch. Dadurch verschoben sich die Kostenanteile geringfügig mit einem etwas niedrigeren Personalkostenanteil (2011: 55,2 % / 2010: 56,4 %) und einem leicht gestiegenen Sachkostenanteil (2011: 42,3 % / 2010: 41,3 %). Aus den Daten der letzten Jahre ist eine kontinuierliche Entwicklung dieser veränderten Relationen abzulesen, 2002 lagen die Kostenanteile für Personal und Sachmittel noch bei 63,2 bzw. 35,5 % (vgl. GSI-Tabellen [11.4-1](#) und [11.4-3](#)).

Personalkosten mit einem Anteil von 55 % größter Kostenfaktor.

Die Verschiebung der Anteile hängt u. a. damit zusammen, dass in den Personalkosten ausschließlich die Kosten für *Personal* mit direktem Beschäftigungsverhältnis beim Krankenhaus ausgewiesen sind, während die *Aufwendungen für nicht im Krankenhaus angestelltes Personal* (z. B. im Leasing-Verfahren eingesetzte Zeitarbeitskräfte, Personal für ausgelagerte Leistungen) unter Sachkosten verbucht werden. Das Krankenhauspersonal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis stellt zwar noch eine eher geringe Größe aller im Krankenhaus Tätigen dar (2011: 1.944 Vollzeitäquivalente), ist aber ein stark wachsendes Segment mit Steigerungsraten von 33 % und 23 % in den Jahren 2010 und 2011. Die Anteile der nicht direkt beim Krankenhaus Beschäftigten betragen bezogen auf die Zahl der Vollzeitäquivalente insgesamt in den Jahren 2009 bis 2011 jeweils drei, vier bzw. fünf Prozent, die Kosten wurden 2011 auf 424,6 Mio. EUR beziffert, damit lagen sie 16,9 % höher als 2010 (363,1 Mio. EUR) und machten 11 % (2010: 10 %) der Brutto-Gesamtkosten aus (vgl. Tabelle 4.2 sowie GSI-Tabellen [8.18z-2](#) und [8.18z-3](#)).

Die *Zahl der direkt beim Krankenhaus Beschäftigten* - umgerechnet auf Vollzeitäquivalente - wird hingegen seit Jahren beständig kleiner (2011: 36.194 / 2002: 42.052 Vollzeitäquivalente), was jedoch in den *Personalkosten* seit 2007 keinen Niederschlag mehr gefunden hat. Bis 2006 entstanden jährlich geringere Personalkosten, die sich 2006 (1,859 Mrd. EUR) gegenüber 2002 (2,071 Mrd. EUR) auf ein Minus von 10,2 % summierten; 2011 (2,138 Mrd. EUR) ergab sich wiederum eine Zunahme um 15,0 % gegenüber dem Jahr 2006 und um 3,2 % gegenüber dem Jahr 2002, was sich im Vergleich zum Zuwachs bei den Sachkosten (+40,8 %) und den Brutto-Gesamtkosten (+18,2 %) im gleichen Zeitraum allerdings noch bescheiden ausnahm.

Steigende Personalkosten bei gleichzeitigem Rückgang der Zahl der Vollzeitäquivalente seit 2007.

Tabelle 4.2:

Kosten für Personal ohne direktes und mit direktem Beschäftigungsverhältnis in den Krankenhäusern in Berlin 2009 - 2011

Jahr	Aufwendungen für nicht beim Krankenhaus angestelltes Personal		Aufwendungen für ausgelagerte Leistungen ("outsourcing")	Gesamtkosten für Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	Gesamtkosten für Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	Brutto-Gesamtkosten
	nichtärztlich	ärztlich				
in 1.000 EUR						
2011	86.699	37.941	299.937	424.577	2.137.817	3.873.529
2010	60.103	34.516	268.466	363.085	2.031.468	3.600.210
2009	35.342	15.587	.	.	1.997.040	3.508.877
Anteile in %						
2011	2,2	1,0	7,7	11,0	55,2	100,0
2010	1,7	1,0	7,5	10,1	56,4	100,0
2009	1,0	0,4	.	.	56,9	100,0
Veränderung zum Vorjahr in %						
2011	44,3	9,9	11,7	16,9	5,2	7,6
2010	70,1	121,4	.	.	1,7	2,6

(Datenquelle: StBA, KHStatV-Teil III: Kostennachweis / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Die Berechnung *je Vollzeitäquivalent* ergab 2011 *durchschnittliche Personalkosten* von 59.065 EUR, gegenüber 2002 ein Plus von 18,5 %, davon war ein Drittel allein auf die Zunahme von 2010 zu 2011 (+6 %-Punkte) zurückzuführen. Die höchsten durchschnittlichen Personalkosten je Vollzeitäquivalent waren durchgängig in allen Jahren im *ärztlichen Dienst* zu verzeichnen, 2011 beliefen sie sich auf 99.300 EUR, gefolgt von den *Personalgruppen Sonderdienste* (80.144 EUR), *Verwaltungsdienst* (55.450 EUR) sowie *Funktionsdienst, medizinisch-technischer Dienst, technischer Dienst und Pflegedienst*, deren Kosten von 49.232 EUR bis 47.032 EUR reichten (vgl. GSI-Tabellen [8.18z-1](#) und [11.4-2](#)).

4.2.3.2 Bereinigte Kosten der Krankenhäuser in Berlin und Deutschland

Um trotz unterschiedlicher Berechnungsgrundlagen (Brutto-Gesamtkosten 1991 - 1995 und seit 2002, Netto-Gesamtkosten 1996 - 2001) eine zeitliche und regionale Vergleichbarkeit zu gewährleisten, werden die Kosten für die allgemeinen voll- und teilstationären Krankenhausleistungen herangezogen, die sogenannten *bereinigten Kosten*. Sie ergeben sich aus der *Differenz zwischen den Gesamtkosten und den Abzügen* für nichtstationäre Leistungen wie wissenschaftliche Forschung und Lehre, Ambulanz, vor- und nachstationäre Behandlungen, Wahlleistungen und belegärztliche Leistungen.

Bei einem *Zeitvergleich der Krankenhauskosten* in Berlin seit 1991 ist zum einen zu berücksichtigen, dass die Umwidmung der Betten zur Langzeitpflege chronisch kranker Patientinnen und Patienten aus dem Krankenhaus- in den Pflegebereich (1996/1997) einen erheblichen Rückgang der Bettenzahlen und damit auch der Behandlungsfälle und der Belegungstage zur Folge hatte, zum anderen, dass die bereinigten Kosten seit 2007 die seitdem von allen Krankenhäusern geleisteten Aufwendungen für den Ausbildungsfonds enthalten.

Bereinigte Krankenhauskosten 2011 erreichen höchsten Wert seit 1991.

Beides ist an der *Kostenentwicklung* abzulesen: 1991 wurden bereinigte Kosten in Höhe von 2,6 Mrd. EUR ausgewiesen; mit der Ausgliederung der Betten für chronisch kranke pflegebedürftige Menschen nahmen die bis 1995 um ein Drittel gestiegenen bereinigten Kosten (3,0 Mrd. EUR) allmählich wieder ab und pendelten sich in den Jahren 2002 bis 2007 bei etwa 2,7 Mrd. EUR (ca. 20 % über dem Wert von 1991) ein, um nach anschließendem erneuten Anwachsen im aktuellen Berichtsjahr 2011 mit 3,3 Mrd. EUR erstmals den bisherigen Spitzenwert von 1995 zu übertreffen. Damit lagen die Krankenhauskosten in Berlin 2011 um 45 % höher als zu Beginn des Kostennachweises gemäß der Krankenhausstatistik-Verordnung.

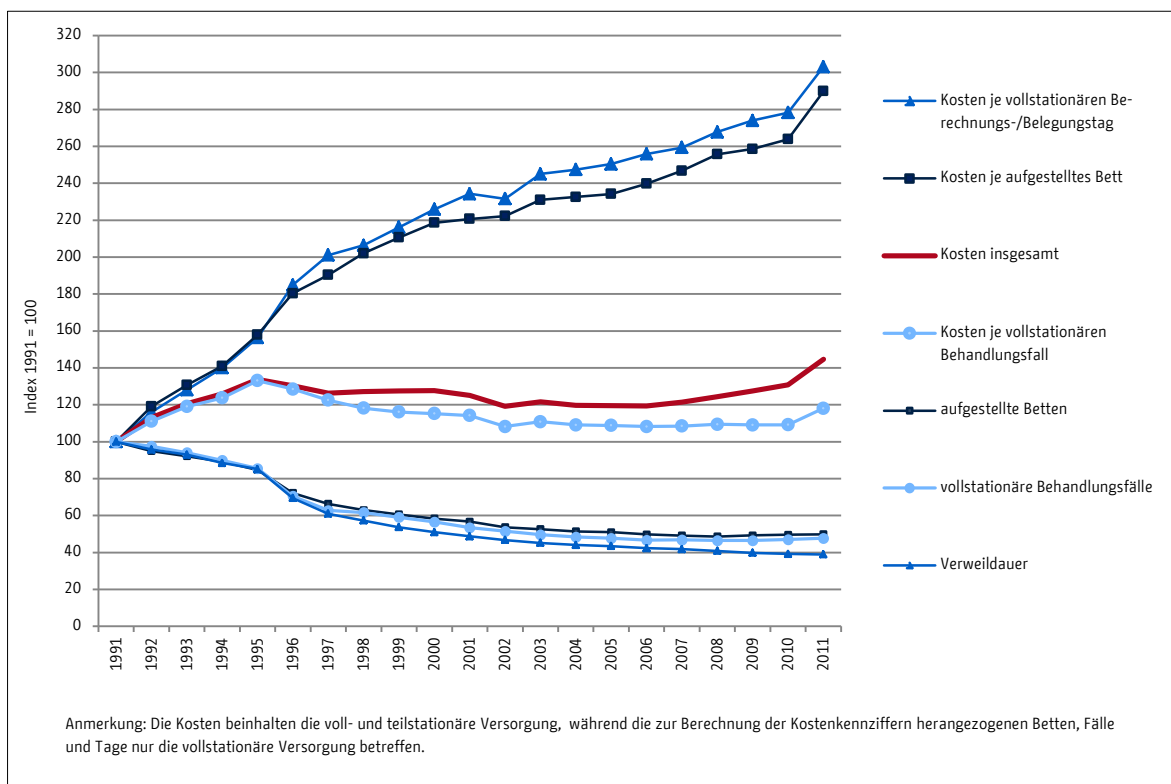
Um weitere vergleichbare Daten zu erhalten, werden auf der Grundlage der bereinigten *Kosten Kennziffern* gebildet, die die Kosten in Beziehung zum Krankenhausgeschehen setzen. Dabei ist zu beachten, dass die Krankenhauskosten sowohl die vollstationäre als auch die teilstationäre Behandlung beinhalten, während die zur Berechnung der Kennziffern herangezogenen Betten, Fälle und Tage nur die vollstationäre Versorgung betreffen.

Die Berechnung der *Kosten je Behandlungsfall* ergab für 2011 einen Durchschnittswert von 4.276 EUR; das bedeutete ein Plus von 18 % gegenüber 1991 (3.620 EUR) und auch ein deutlich höheres Niveau als in den Jahren 2002 bis 2010, in denen die durchschnittlichen Behandlungskosten je Fall zwischen 3.900 und 4.000 EUR betragen; der Spitzenwert von 1995 (4.818 EUR / +33 % gegenüber 1991) blieb 2011 jedoch noch weit unterschritten.

Ein ganz anderes Bild zeigt sich bei den *durchschnittlichen Kosten je Berechnungs- und Belegungstag* und *je aufgestelltes Krankenhausbett*. Während die Krankenhäuser 2011 nur noch halb so viele Betten bereithielten wie 1991, sind die Kosten je Bett in diesem Zeitraum nahezu auf das Dreifache angestiegen (1991: 57.175 EUR / 2011: 165.705 EUR). Bei den Kosten je Berechnungs- und Behandlungstag ist ein ähnlicher Verlauf zu beobachten: Mit durchschnittlich 551 EUR je Tag liegt die Kennziffer sogar etwas über dem dreifachen Wert von 1991 (182 EUR). Die enormen Steigerungsraten sind im Zusammenhang mit Bettenabbau und immer kürzeren Liegezeiten, in den letzten Jahren auch mit der stufenweise eingeführten neuen Betriebskostenabrechnung nach dem Fallpauschalen-Vergütungssystem (G-DRG-System) zu sehen (vgl. Abbildung 4.3 sowie GSI-Tabellen [11.4-4](#) und [11.6-1](#)).

Abbildung 4.3:

Bereinigte Kosten insgesamt und nach Kostenkennziffern, Betten- und Fallzahl sowie Verweildauer in den Krankenhäusern in Berlin 1991 - 2011
- Index 1991 = 100

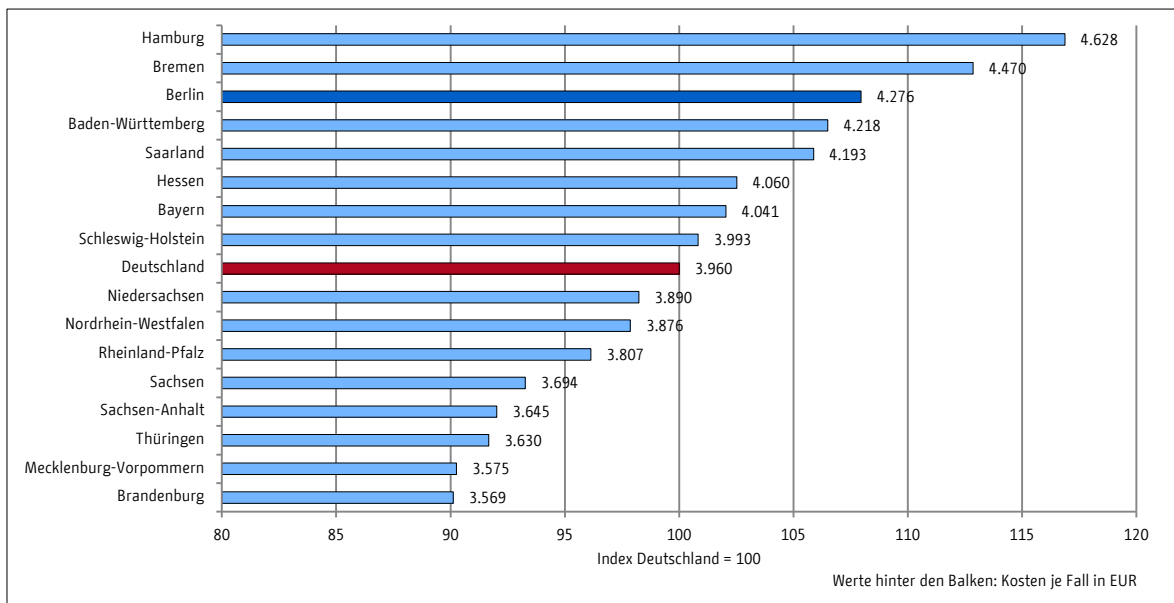


(Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg, KHStatV-Teil III: Kostennachweis / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Die *Krankenhauskosten in den einzelnen Bundesländern* unterscheiden sich sehr voneinander, was u. a. in unterschiedlichen Versorgungsangeboten und dem jeweiligen Krankheitsspektrum der behandelten Patientinnen und Patienten begründet liegt.

Die Spannweiten reichen 2011 bei den *durchschnittlichen Kosten je Bett* von 176.849 EUR in Hamburg bis 127.503 EUR in Thüringen (22 % über bzw. 12 % unter dem Durchschnittswert in Deutschland), bei den *Kosten je Fall* von 4.628 EUR in Hamburg bis 3.569 EUR in Brandenburg (17 % über bzw. 10 % unter dem Bundesdurchschnittswert) und bei den *Kosten je Berechnungs- und Belegungstag* von 607 EUR in Bremen bis 439 EUR in Brandenburg (18 % über bzw. 14 % unter dem Bundesdurchschnittswert). Berlin ist in der *Rangfolge der Bundesländer* mit Kosten von 4.276 EUR je Fall bzw. von 551 EUR je Tag jeweils auf dem dritten Platz hinter Hamburg und Bremen zu finden und mit 165.705 EUR je Krankenhausbett auf dem vierten Platz hinter Hamburg, Bremen und dem Saarland (vgl. Abbildung 4.4 und GSI-Tabelle [11.5z-1](#)).

Abbildung 4.4:
Durchschnittliche bereinigte Krankenhauskosten je Behandlungsfall in Deutschland 2011 nach Bundesländern (Index Deutschland = 100)



(Datenquelle: StBA, KHStatV-Teil III: Kostennachweis / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

4.3 Öffentlicher Gesundheitsdienst und weitere ausgewählte Einrichtungen/Versorgungssysteme des Gesundheitswesens

4.3.1 Personal im öffentlichen Gesundheitsdienst

Bei der Auswertung der Ergebnisse der *Personalbestandserhebung im öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD)* des Landes Berlin mit Stand vom 30.06.2012 ergeben sich insbesondere in den Qualifikationen der Fachärztinnen/Fachärzte, der Ärztinnen/Ärzte, der Sozialpädagoginnen/Sozialpädagogen bzw. Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter, der Therapeutinnen/Therapeuten, der Diplom-Psychologinnen/Diplom-Psychologen sowie der Arzthelferinnen/Arzthelfer in den einzelnen Bereichen *erhebliche Personalengpässe*.

Personalbestand des ÖGD weist ein Defizit von 265 Vollzeitäquivalenten auf.

Zur Umsetzung des Anspruchs der Bürgerinnen und Bürger des Landes Berlin auf einen funktionierenden ÖGD ist es dringend geboten, den ÖGD personell gemäß der *durch den Senat am 31. Mai 2009 beschlossenen Zielzahl* (Drs. Nr. 16/1051, Rote Nr. 0887 ff.) auszustatten und bis zur Erreichung der Sollausstattung bezirkliche Einsparungen nicht in den Gesundheitsämtern vorzunehmen. Gemessen an der Zielzahl für den ÖGD bis 2013 bestand im Vergleich zum Ist per 30.06.2012 ein Defizit von ca. 265 Vollzeitäquivalenten (VZÄ). Dies machte etwa 16 % der Sollstellenzahl aus (vgl. Tabelle 4.3 und GSI-Tabelle [8.26-1](#)).

Tabelle 4.3:

Personalengpässe im öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) in Berlin zum 30.06.2012 gemessen am ermittelten Gesamtbedarf 2013 nach Vollzeitäquivalenten

Bereich	Qualifikation / Berufsgruppe	Vollzeitäquivalente	
		Differenz zum Soll 2013 absolut	in %
Amtsleitung	leitende(r) Sozialpädagogin/Sozialpädagoge	-2,15	-35,83
	Sachbearbeiter/in Personal	-3,75	-31,25
	IT-Bereichskoordinator/in	-6,10	-50,83
Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination (QPK)	wissenschaftliche(r) Mitarbeiter/in	-41,75	-81,86
	Suchthilfekoordinator/in	-6,00	-50,00
Fachbereich 1 (Gesundheitshilfe und -förderung für Kinder und Jugendliche)			
Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD)	Fachärztin/Facharzt	-27,73	-27,79
	Therapeut/in	-53,22	-28,43
	Arzthelfer/in / Verwaltung	-23,08	-15,57
Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst (KJPD)	Fachärztin/Facharzt / Diplom-Psychologin/Psychologe	-16,02	-28,20
	Sozialpädagogin/Sozialpädagoge	1,75	14,58
	Arzthelfer/in / Verwaltung2)	-4,43	-22,15
Zahnärztlicher Dienst (ZÄD)	Zahnarzthelfer/in	-13,51	-31,42
	Verwaltung	-3,62	-60,33
Fachbereich 2 (Gesundheitsschutz und -aufsicht)			
Fachbereich 3 (Gesundheitshilfe und -förderung für Erwachsene)	Fachärztin/Facharzt	-14,55	-50,61
	Gesundheitsaufseher/in	-14,76	-13,67
Sozialpsychiatrischer Dienst (SpD)			
Beratungsstelle für Behinderte (BfB)	Fachärztin/Facharzt	-10,96	-15,61
	Diplom-Psychologin/-Psychologe	-5,84	-33,18
	Arzthelfer/in / Verwaltung	-14,38	-24,54
Zentren für sexuelle Gesundheit und Familienplanung	Fachärztin/Facharzt	-6,53	-32,28
	Sozialpädagogin/Sozialpädagoge	-9,04	-12,10
Zentrum für Sinnesbehinderte	Sozialpädagogin/Sozialpädagoge	-8,56	-20,38
	Sprachmittler/in	-4,75	-73,08
Erlaubniserteilung Heilpraktiker/innen	Fachärztin/Facharzt	-1,10	-20,95
	Sozialpädagogin/Sozialpädagoge; Sozialarbeiter/in	-2,00	-28,57
Lebensmittelpersonalberatung	Ärztin/Arzt	-1,00	-100,00
	Verwaltung	-0,65	-86,67
Zentrale medizinische Gutachtenstelle (ZMGA)	Ärztin/Arzt	-6,00	-66,67
	Arzthelfer/in	-1,20	-20,00
Öffentlicher Gesundheitsdienst insgesamt		-264,97	-15,74

(Datenquelle: SenGesSoz Berlin / Berechnung: SenGesSoz - I E -)

Personelle Unterbesetzungen haben in den einzelnen *Fachbereichen* unterschiedlich zu gewichtende *Auswirkungen* in Bezug auf die Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben des ÖGD im Land Berlin. Das Fehlen von Fachärztinnen/Fachärzten und Therapeutinnen/Therapeuten im Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD) sowie im Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst (KJPD) führt dazu, dass die Versorgung von Kindern und Jugendlichen nicht in allen Bezirken in erforderlichem Umfang gewährleistet werden kann. Im Gesundheitsdienst-Gesetz (GDG) ist in § 1 Abs. 3 Nr. 2. allerdings festgelegt worden, dass Prävention, Gesundheitsförderung, Gesundheitshilfe und Schutz der Gesundheit für Kinder und Jugendliche zu den *Kernaufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes* gehören. Dies beinhaltet „... c) kinder- und jugendärztliche sowie kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik, Beratung, Vermittlung von Betreuung und Hilfsangeboten, einschließlich der kinder- und jugendpsychiatrischen Krisenintervention, sowie Sicherstellung der vorbeugenden und nachgehenden Gesundheitshilfe, einschließlich der Anordnung therapeutischer Leistungen mit deren Verlaufsbeobachtung und Qualitätssicherung“. Eine weitere wesentliche Aufgabe des ÖGD ist in § 1 Abs. 3 Nr. 4 GDG enthalten: „... a) Schutz der Bevölkerung vor Infektionskrankheiten, Epidemien und Pandemien, Überwachung der Anforderungen der Hygiene, Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von auf den Menschen übertragbaren Krankheiten, ... c) Schutz der Bevölkerung im Rahmen des Zivil-

und Katastrophenschutzes“. Dies erfordert ein handhabbares Krisenmanagement seitens der verantwortlichen Amtsärztinnen und Amtsärzte.

Seit Beginn des ÖGD-Reformprozesses im April 2003 sind *weitere Aufgabenschwerpunkte für den ÖGD* hinzugekommen. Das ist vor allem begründet durch demografische Veränderungen in der Altersstruktur und der Morbidität der Bevölkerung, vermehrte, mit Globalisierung und EU-Erweiterung auf osteuropäische Länder verbundene Zuwanderung nach Deutschland bzw. Berlin (deren Ursachen u. a. im hohen Wohlstandsgefälle sowie - vor allem hinsichtlich der Zuwanderung aus den ost- und südosteuropäischen Staaten - in militärischen Konfliktsituationen in den Herkunftsländern zu suchen sind), neue Regelungen des Berliner Gesetzes zum Schutz und Wohle des Kindes sowie Übertragung der Krankenhausaufsicht und der Trinkwasserkontrolle auf die Bezirke. Diese konnten bei der Errechnung der Zielzahl für den ÖGD teilweise noch nicht berücksichtigt werden, sodass in der Folge die Aufgaben und personelle Ausstattung des ÖGD erneut betrachtet werden müssen.

Bis zum Vorliegen der „Zielstruktur für den ÖGD“ 2010 wurde zwischen der Senatsverwaltung für Finanzen und der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz in den Jahren 2007 bis 2009 ein Verfahren umgesetzt, das die Nachbesetzung freiwerdender Stellen im ÖGD im Umfang von „Zweidritteln“ sicherte. Das durch die Senatsverwaltung für Finanzen *für den Öffentlichen Dienst* des Landes Berlin erarbeitete und vom Senat am 07.07.2009 beschlossene „*Personalbedarfskonzept bis 2013*“ sah dagegen vor, dass die Bezirke jährlich ein festes Kontingent an Stellen für Nachbesetzungen zugewiesen bekommen und im Rahmen ihrer Personalhoheit eigenverantwortlich entscheiden, welche Stellen prioritär besetzt werden müssen, um die gesetzlichen Aufgaben im Interesse der Bevölkerung erfüllen zu können.

Zur Erreichung der *in den Richtlinien der Regierungspolitik festgelegten Personalzielzahl für die Bezirke* von 20.000 Vollzeitäquivalenten wurde 2012 von einer Arbeitsgruppe „Personalausstattung der Bezirke“ auf der Grundlage eines bereinigten Personalausstattungsvergleichs der Berliner Bezirke auf der Basis von Vollzeitäquivalenten pro Einwohner/in, unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Belastungen der einzelnen Bezirke durch einen pauschalen Korrekturfaktor für jeden Bezirk eine Personalzielzahl ermittelt. Die Realisierung des erforderlichen Personalabbaus wurde in Zielvereinbarungen festgelegt. Der Einsatz des Personals in den jeweiligen Ämtern liegt in der Zuständigkeit der Bezirke, wobei die Wahrnehmung der gesetzlichen Aufgaben sicherzustellen ist.

Vor diesem Hintergrund ist nunmehr die im Schlussbericht 2010 dargestellte Zielzahl nicht mehr ohne Weiteres als Soll-Ausstattung des Personalbedarfs des bezirklichen ÖGD zugrunde zu legen, da zum einen der Bezug zum damaligen Personalentwicklungskonzept nicht mehr gegeben ist und zum anderen zahlreiche neue gesetzliche Anforderungen (gemäß Bundes- und EU-Recht) für den ÖGD hinzugekommen sind.

Neuberechnung einer bedarfsgerechten Personalausstattung des ÖGD erforderlich.

Im Rahmen des Auftrags aus der Koalitionsvereinbarung, der die Umsetzung des „Mustergesundheitsamtes“ vorsieht, wurde deshalb von der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales gemeinsam mit Experten der bezirklichen Gesundheitsämter in einem ersten Schritt eine *Evaluation und Bewertung des ÖGD-Zentrenkonzeptes* vorgenommen. Dieser Bericht wird Gegenstand einer Mitteilung zur Kenntnisnahme an das Abgeordnetenhaus sein. In einem zweiten Schritt wird gegenwärtig entsprechend dem Schlussbericht von 2010 die *Evaluation und Bewertung der Grundstruktur des ÖGD* durchgeführt. Nach Vorlage beider Berichte und den Bewertungen muss dann die bedarfsgerechte Personalausstattung der Gesundheitsämter neu berechnet werden. Dies bedeutet, dass bei der *anstehenden Novellierung des Gesundheitsdienstgesetzes (GDG) bis 2016* unter Berücksichtigung der subsidiären und sozialkompensatorischen Ausrichtung eine aufgabenkritische Überprüfung des ÖGD erforderlich ist.

4.3.2 HIV/AIDS, sexuell übertragbare Infektionen und Hepatitiden - Prävention und Versorgung

4.3.2.1 Umsetzung der Konzepte

Ende 2010 lebten in Berlin insgesamt rd. 11.000 Menschen mit einer HIV-Infektion, darunter rd. 9.800 Männer und rd. 1.300 Frauen (Quelle: Epidemiologische Kurzinformation des Robert-Koch-Instituts zu „HIV/AIDS in Berlin – Eckdaten“, Stand Ende 2010). In der Verteilung nach Infektionsrisiko stellen Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), die größte *Betroffenengruppe* dar (rd. 8.200 Personen), gefolgt von Menschen, die intravenös Drogen konsumieren (rd. 1.500 Personen).

Der medizinische Fortschritt in den letzten Jahren, vor allem die *antiretrovirale Therapie*, hat zu einer längeren Lebenserwartung der Betroffenen und einer deutlichen Zunahme ihrer Lebensqualität geführt. Dadurch haben sich aber auch die Anforderungen an die Prävention und Versorgung verändert - es gilt, Antworten zu finden auf die „Normalisierung“ von AIDS.

Veränderte Anforderungen an Prävention und Versorgung im Bereich HIV/AIDS.

In Berlin haben sich nach Angaben des Robert-Koch-Instituts (Quelle siehe oben) im Jahr 2010 rd. 8.900 HIV-Infizierte einer antiretroviralen Therapie unterzogen. Zur Erläuterung der Differenz zwischen dieser Zahl und der für Berlin angegebenen Zahl HIV-Infizierter weist das Robert-Koch-Institut darauf hin, dass die Zahl der in Berlin lebenden Menschen mit HIV auf Grundlage der in Berlin erfolgten HIV-Diagnosen geschätzt wird, während die Zahl der Infizierten unter antiretroviraler Therapie hingegen die Zahl der aktuell in Berlin lebenden Patientinnen und Patienten widerspiegelt. Durch Zuzug von HIV-positiven Menschen aus anderen Bundesländern dürfte die Zahl der aktuell in Berlin lebenden HIV-Infizierten deutlich höher sein als die der in Berlin erstdiagnostizierten HIV-Infizierten. Im Vergleich mit anderen Bundesländern ist die *Diskrepanz zwischen der kumulierten Zahl der HIV-Erstdiagnosen*, welche aus Berlin gemeldet werden, und der *aktuell in Berlin lebenden Infizierten* wahrscheinlich am stärksten ausgeprägt.

Um einem weiteren Anstieg der HIV-Infektionen sowie dem Anstieg sexuell übertragbarer Infektionen und Hepatitiden entgegenzusteuern, wurde der Senat von Berlin vom Abgeordnetenhaus beauftragt, ein entsprechendes *Rahmenkonzept* für Berlin zu erarbeiten. Im Oktober 2010 wurde das von der für Gesundheit zuständigen Senatsverwaltung erstellte Rahmenkonzept zur Prävention von HIV/AIDS, Hepatitis- und sexuell übertragbaren Infektionen sowie zur Versorgung von Menschen mit HIV/Aids und/oder chronischen Hepatitisinfektionen in Berlin vorgelegt und vom Senat beschlossen.

Neben der Entwicklung dieses Rahmenkonzepts hat die für Gesundheit zuständige Senatsverwaltung auch die Notwendigkeit gesehen, eine Expertise in Auftrag zu geben, die aufzeigen sollte, welche konkreten Umsetzungsschritte - aufbauend auf dem vorliegenden Rahmenkonzept - notwendig sind, um der in den letzten Jahren veränderten Situation (bessere Behandelbarkeit, längere Lebenserwartung etc.) Rechnung zu tragen. Dabei sollten auch sexuell übertragbare Infektionen (STI) und Hepatitiden berücksichtigt werden, da sie als Ko-Faktoren bei der Übertragung von HIV eine wichtige Rolle einnehmen - die Interpretation der epidemiologischen Daten zeigt deutlich auf, dass eine sinnvolle Prävention von HIV/AIDS nur in Verbindung mit gleichzeitiger Prävention sexuell übertragbarer Infektionen erfolgreich sein kann.

HIV/AIDS-Prävention nur in Verbindung mit STI-Prävention erfolgreich.

Mit dem Erstellen dieser Expertise - einem *Entwicklungskonzept* zur Prävention von HIV/AIDS, sexuell übertragbaren Infektionen und Hepatitiden - wurde Prof. Dr. Rolf Rosenbrock beauftragt, dessen Konzept zum Welt-AIDS-Tag 2010 vorgelegt wurde. Das Entwicklungskonzept beinhaltet neben der Situationsdarstellung einen sehr konkreten Umsetzungsvorschlag: Es werden alle Beteiligten, nämlich verschiedene Senats-

verwaltungen, der Deutsche Paritätische Wohlfahrtsverband Landesverband Berlin e. V., der öffentliche Gesundheitsdienst sowie die geförderten Projekte des Handlungsfeldes, darüber hinaus aber auch andere freie Träger sowie auch die Betroffenenvertretungen zu unterschiedlichen Themengruppen zusammengefasst, deren Ziel es ist, in einem partizipativen Prozess einen gemeinsam getragenen Konsens einerseits für die Lösung erkannter Problemstellungen, andererseits zur Optimierung der bestehenden Schnittstellen zu anderen Strukturen zu erarbeiten.

Im September 2011 wurde mit der *Umsetzung von Rahmen- und Entwicklungskonzept* begonnen. Unter Moderation der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin trafen sich folgende drei Themengruppen, die im Februar 2012 ihren Abschluss hatten:

- *Prävention mit Migrantinnen und Migranten*
Beteiligt waren u. a. Vertreterinnen und Vertreter der Deutschen AIDS-Hilfe (DAH), der damaligen Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz, des Beauftragten für Integration und Migration, der bezirklichen Zentren für sexuelle Gesundheit und Familienplanung, freie Träger des Bereiches HIV/AIDS sowie HIV-positive Betroffene.
- *Prävention mit Frauen und transidenten Menschen in der Prostitution*
Beteiligt waren u. a. Vertreterinnen und Vertreter der Deutschen AIDS-Hilfe (DAH), der bezirklichen Zentren für sexuelle Gesundheit und Familienplanung, freie Träger, Betroffene (Freier sowie Prostituierte) und Mitarbeiter/innen der für Gesundheit und für Frauen zuständigen Senatsverwaltungen.
- *Prävention in Haftanstalten*
An dieser Themengruppe waren u. a. Vertreterinnen und Vertreter der ehemaligen Senatsverwaltungen für Justiz sowie Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz, der medizinischen Leitung der JVA in Berlin, freie Träger aus dem Bereich HIV/AIDS sowie Drogen, die Landesdrogenbeauftragte, der Paritätische Wohlfahrtsverband Berlin, ein ehemaliger Insasse des Justizvollzugs sowie HIV-positive Betroffene beteiligt.

Im Dezember 2011 wurde die Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin durch Abschluss eines Folgevertrages mit der Moderation der übrigen Themengruppen beauftragt. Im März 2012 haben drei weitere Themengruppen ihre Arbeit aufgenommen:

- *Prävention bei/mit Männern, die Sex mit Männern haben (MSM)*
Beteiligt waren u. a. die für Gesundheit zuständige Senatsverwaltung, die Zentren für sexuelle Gesundheit und Familienplanung (bis auf Steglitz-Zehlendorf), der Paritätische Wohlfahrtsverband Berlin e. V., freie Träger sowie Community-Vertreter.
- *Beratung, Versorgung und ergänzende Pflege für Menschen mit HIV/AIDS sowie ggf. Hepatitis-C-Virus (HCV) und Drogenproblemen*
Teilnehmende waren u. a. die für Gesundheit zuständige Senatsverwaltung, das Gesundheitsamt Spandau/AIDS-Beratung, freie Träger, der Arbeitskreis AIDS niedergelassener Ärzte Berlin e. V. sowie Betroffene.
- *Prävention mit Menschen, die injizierbare Drogen konsumieren*
Beteiligt waren u. a. die für Gesundheit zuständige Senatsverwaltung, der Paritätische Wohlfahrtsverband Landesverband Berlin e. V., freie Träger, die Kassenärztliche Vereinigung Berlin sowie zwei Konsumverfahren.

Am 22.08.2012 startete die letzte Themengruppe mit folgendem Titel:

- *Sexuelle Gesundheit und Drogenprävention in Bildungs- und Jugendarbeit*
Beteiligt sind die für Gesundheit zuständige Senatsverwaltung, die für Bildung zuständige Senatsverwaltung, die Zentren für sexuelle Gesundheit und Familienplanung (Friedrichshain-Kreuzberg, Mitte und Marzahn-Hellersdorf) sowie freie Träger.

Im Jahr 2013 – nach Abschluss der letzten Themengruppe - wird von der externen Moderation ein Abschlussbericht über den Umsetzungsprozess der Konzepte vorgelegt werden, in dem die Ergebnisse/Empfehlungen aus den Themengruppen festgehalten werden.

Die Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales wird in einem nächsten Schritt eine *Priorisierung und eventuelle Konsolidierung der Empfehlungen* in jedem Bereich unter Berücksichtigung der politischen und finanziellen Lage vornehmen. Danach werden zur Abstimmung der Eckpunkte und Empfehlungen unter Moderation der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin und eventueller Beteiligung des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes Berlin Gespräche in allen Bereichen zwischen der Senatsverwaltung und der entsprechenden Führungsebene jeder Einrichtung und Zielgruppenvertretung geführt. Die externe Moderation wird nach diesen Gesprächen die Abstimmungsprozesse in einem detaillierten Umsetzungsplan für die nächsten zwei Jahre dokumentieren. Im Juni 2013 wurde auf einer Abschlussveranstaltung allen am Prozess Beteiligten der Umsetzungsplan vorgestellt.

Vorstellung des Umsetzungsplans erfolgte im Juni 2013.

Die festgelegten Aufgaben werden im Anschluss daran in jeweiligen Unterarbeitsgruppen der (dann ehemaligen) Themengruppen weiterhin in partizipativer Weise ausgestaltet und wahrgenommen.

4.3.2.2 Betreutes Wohnen für Menschen mit HIV/AIDS und/oder Hepatitis C

Um der gestiegenen Zahl von HIV- und Hepatitis-C-infizierten Menschen bedarfsgerecht Leistungen des therapeutisch betreuten Wohnens und der psychosozialen Betreuung zukommen zu lassen, hat die für Gesundheit zuständige Senatsverwaltung zusammen mit Projektträgern und dem Paritätischen Wohlfahrtsverband Landesverband Berlin e. V. Leistungsbeschreibungen bezüglich dieser Zielgruppe für den Berliner Rahmenvertrag gemäß § 79 Abs. 1 Sozialgesetzbuch XII für Hilfen in Einrichtungen einschließlich Diensten im Bereich Soziales erarbeitet. Im November 2011 wurden von der Berliner Vertragskommission Soziales (KO 75) *zwei neue Leistungstypen für das betreute Wohnen* von seelisch behinderten Menschen mit HIV/AIDS und/oder chronischer Hepatitis C beschlossen:

- a) für Verbünde von therapeutisch betreutem Wohnen – ambulanter Dienst - und
- b) für therapeutisch betreute Tagesstätten und Beschäftigungstagesstätten.

Ein *weiterer Leistungstyp, nämlich für die psychosoziale Betreuung* von seelisch behinderten Menschen mit HIV/AIDS und/oder chronischer Hepatitis C ist erarbeitet und muss noch verabschiedet werden.

4.3.2.3 Testangebote für Männer, die Sex mit Männern haben (MSM)

Ein wesentliches Ziel bei dieser Zielgruppe ist das Wissen um den eigenen HIV-Status, damit angemessene HIV-Präventionsstrategien angewendet werden können. Am 01.09.2011 startete auf Initiative der für Gesundheit zuständigen Senatsverwaltung unter Federführung des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes Landesverband Berlin e. V. die über Mittel der Stiftung Deutsche Klassenlotterie Berlin finanzierte „*Berliner Kampagne für ein trägerübergreifendes Beratungs- und Testangebot zu HIV/AIDS, Syphilis und Hepatitis C*“ mit einer Laufzeit von drei Jahren. Mit dieser niedrigschwellig angelegten Kampagne sollen MSM ermutigt werden, sich auf HIV und sexuell übertragbare Infektionen testen zu lassen, um im Falle einer Infektion deren Weitergabe zu verhindern und ggf. eine Behandlung der Infektion einleiten zu können. Neben der Zielgruppe der MSM sollen durch die Beteiligung eines Projektes aus dem Drogenbereich auch drogenkonsumierende Menschen erreicht werden.

4.3.3 Berliner Netzwerk gegen sexuelle Gewalt

4.3.3.1 Sexuelle Gewalt - Ausprägungen, Wahrnehmung, betroffene Menschen

Sexuelle Gewalt

Sexuelle Gewalt kann alle Altersgruppen jeden Geschlechts betreffen.

Sexuelle Gewalt kann alle Altersgruppen jeden Geschlechts betreffen. Die Opfer werden in ihrer körperlichen und seelischen Integrität tiefgreifend verletzt, leiden oft an körperlichen Auswirkungen, an schweren psychosomatischen Folgen und an Traumatisierungen. Diese Tatsachen machen deutlich, warum die Landeskommission Berlin gegen Gewalt in den vergangenen Jahren unter enger Beteiligung der seit vielen Jahren mit Prävention sexueller Gewalt befassten Akteure konzipiert hat, wie im Land Berlin der Themenkomplex „Sexuelle Gewalt“ in den Bereichen Prävention und Intervention entwickelt und gestaltet werden kann.

Babys, die bereits in ihren ersten Lebensmonaten missbraucht werden³, Frauen, die in ihrer Ehe regelmäßig misshandelt werden⁴ oder Senioren, die überfallen und vergewaltigt werden⁵ – dies sind nur einige wenige Beispiele, die das breite *Spektrum und Ausmaß sexueller Gewalt* verdeutlichen. Vor allem aber wird sichtbar, wie unterschiedlich die Ausprägung und wie verschieden die verwendeten Begriffe sein können.

Ausprägungen sexueller Gewalt

Bei sexueller Gewalt ist die „Gewalt“ das entscheidende Merkmal.

In der wissenschaftlichen Literatur lässt sich zum *Begriff der sexuellen Gewalt* keine Legaldefinition finden. Generell wird aber von sexueller Gewalt gesprochen, wenn ein Mensch an einem anderen Menschen sexuelle Handlungen gegen dessen Willen vornimmt. Dabei ist Gewalt das entscheidende Merkmal, das bei den meisten Täterinnen und Tätern die eigentliche Motivation darstellt und nicht die sexuelle Handlung an sich. Ferner wird bei sexueller Gewalt zwischen enger (mit Körperkontakt) und weiter (ohne Körperkontakt) unterschieden. Dies bedeutet, dass auch Blicke und Exhibitionismus durchaus als sexuelle Gewalt einzustufen sind. Leider wird bei vielen Definitionsversuchen davon ausgegangen, dass sexuelle Gewalt ausschließlich durch Erwachsene an oder gegen Kinder verübt wird. Dies hat zur Folge, dass sexuell übergriffige Kinder, oder auch z. B. Gewalttaten in Paarbeziehungen, nicht betrachtet werden. Jedoch weist der sexuelle Kindesmissbrauch einige Besonderheiten auf, die keinesfalls außer Acht gelassen werden dürfen: Einerseits wird die Unterlegenheit des Kindes ausgenutzt⁶, andererseits wird dem Kind vermittelt, dass es nicht als Mensch wahrgenommen wird, sondern von Erwachsenen abhängig ist, diese frei über sie oder ihn verfügen können und etwaige Gegenwehr von schwerwiegenden Konsequenzen begleitet wäre⁷. Sexueller Missbrauch findet daher meist im sozialen Nahbereich statt, d. h. in der Familie, in der Schule oder im Kindergarten, im Sportverein, insbesondere aber auch in Heimen. Dabei kommen die *Täter oder Täterinnen* in den meisten Fällen *aus dem außerfamiliären Nahbereich* (Verwandte, Pädagogen etc.)⁸.

Öffentliche Wahrnehmung

Ausgehend vom sexuellen Missbrauch an Kindern werden jährlich in der Bundesrepublik Deutschland mehr als 10.000 Fälle⁹ angezeigt, das Dunkelfeld ist jedoch weitaus größer. Schätzungsweise werden je-

³ Wie der Fall eines drei bis neun Monate alten Mädchens, das wiederholt missbraucht wurde. Vgl.: Die Welt vom 15.06.2011: „Kinderschänder filmt sexuellen Missbrauch von Baby“.

⁴ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2012): Gewalt gegen Frauen in Paarbeziehungen. Eine sekundäranalytische Auswertung zur Differenzierung von Schweregraden, Mustern, Risikofaktoren und Unterstützung nach erlebter Gewalt. Kurzfassung.

⁵ Wie der Fall einer 78-Jährigen, die von einem 25 Jahre alten Täter vergewaltigt wurde und an den Folgen verstorben ist. Vgl.: Berliner Morgenpost vom 06.08.2012: „78-Jährige stirbt nach Vergewaltigung“.

⁶ Bergmann, Christine (April 2011): Abschlussbericht der Unabhängigen Beauftragten zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs, S. 22.

⁷ Enders, U. (2011): Gewaltverhältnisse: Ursachen sexuellen Missbrauchs. In: Enders, U. (Hrsg): Zart war ich, bitter war's, 4. Auflage, S. 33.

⁸ Enders, U. (2011): Nicht der sexuelle Missbrauch ist ein Tabu, sondern die Hilfe für die Opfer. In: Enders, U. (Hrsg): Zart war ich, bitter war's, 4. Auflage, S. 13.

⁹ Vgl. Bundesministerium des Innern, Polizeiliche Kriminalstatistik 2011: Demnach wurden im Jahr 2011 deutschlandweit 12.444 Fälle sexuellen Kindesmissbrauchs zur Anzeige gebracht. Dies entspricht einem Anstieg von 4,9 % gegenüber dem Jahr 2010, die Tendenz ist steigend.

des Jahr 80.000 bis 300.000 Kinder missbraucht¹⁰. Seit Bekanntwerden von Missbrauchsfällen in Heimen, Schulen oder Vereinen ist dieses sensible Thema mehr und mehr in das öffentliche Blickfeld gerückt. Von einer Enttabuisierung des Themas zu sprechen wäre allerdings verfrüht. Auch nehmen die *Problematik und eine ausreichende Sensibilisierung* - nicht nur von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Jugendämtern, sondern vor allem auch der breiten Bevölkerung - *nicht den notwendig hohen Stellenwert* ein. So stützen sich auch heute noch viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter pädagogischer, juristischer, medizinischer und therapeutischer Berufe auf die These Freuds von der „Verführerin“ und der „aktiven Beteiligung des Opfers“¹¹. Oft verfügen diese Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die eine Schlüsselrolle gegenüber den Opfern einnehmen, nur über Halbwissen aus den Medien und sind nicht ausreichend geschult. Doch auch wenn das Thema noch immer keine angemessene öffentliche Bedeutung erfährt, hat sich in den vergangenen Jahren eine weitere Enttabuisierung vollzogen und zu einem offeneren Umgang damit geführt. War es in den 90er Jahren noch undenkbar, Frauen als Täterinnen zu sehen, hat dies mittlerweile Einzug in die öffentliche Diskussion gefunden. Dabei zeigt sich auch, dass sexuelle Gewalt alle Altersstufen, jeden Geschlechts betrifft:

Öffentliche Wahrnehmung nimmt zu, von einer Enttabuisierung zu sprechen wäre aber verfrüht.

Kinder und Jugendliche

Kinder und Jugendliche werden häufig Opfer sexueller Gewalt. Bei einer Repräsentativbefragung des kriminologischen Forschungsinstituts Niedersachsen gaben ca. 21 % der *Mädchen* an, bis zum 16. Lebensjahr sexuellen Missbrauch erlebt zu haben¹², bei den *Jungen* waren es ca. 7 %.

Sexuelle Gewalt an Kindern und Jugendlichen in Institutionen

In Einrichtungen ist das Risiko des sexuellen Missbrauchs für Kinder und Jugendliche signifikant höher. Während 43 % der *Schulen* und 49 % der *Internate* von Verdachtsfällen berichten, weisen *Heime* einen Anteil von 70 % auf¹³. Dabei zählen zu den Formen einerseits sexuelle Gewalt durch in dieser Einrichtung tätige Personen, andererseits auch sexuelle Gewalt der Kinder bzw. Jugendlichen untereinander, aber auch durch Personen außerhalb der Einrichtung. Heime sind von allen drei Formen am stärksten betroffen.

Sexuelle Gewalt in Institutionen, insbesondere in Heimen, ist ein ernstzunehmendes Problem.

Erwachsene

Bei den Erwachsenen orientieren sich viele Betrachtungen sexueller Gewalt an Menschen, die *in ihrer Kindheit sexuell missbraucht* wurden und heute mit den Folgen kämpfen. Doch auch Erwachsene selbst werden häufig Opfer sexueller Gewalt: So haben 13 % der *Frauen* in der Bundesrepublik Deutschland seit ihrem 16. Lebensjahr Formen sexueller Gewalt wie versuchte oder vollendete Vergewaltigung erfahren, 40 % haben körperliche, sexuelle oder beide Gewaltformen zusammen erlebt. 58 % berichten von unterschiedlich starken Formen der sexuellen Belästigung¹⁴. Das Themengebiet *männlicher Opfer* hingegen steht nicht so stark im Fokus repräsentativer Studien. Zahlen hierzu liegen für die Jahre 1998 bis 2002 vor: In diesem Zeitraum wurden 614 Vergewaltigungen oder sexuelle Nötigungen (§§ 177 Abs. 2, 3 und 4, 178 StGB) an Männern (über 21 Jahre) sowie 734 sonstige sexuelle Nötigungen (§ 177 Abs. 1 und 5 StGB) zur Anzeige gebracht. Die Umstände sind dabei ähnlich wie bei den Frauen: Es werden Männer aller sexuellen Orientierungen im öffentlichen Raum, am Arbeitsplatz oder in Institutionen vergewaltigt. Oft befinden sie sich auch in Abhängigkeitsbeziehungen zum Täter und haben große Angst, dass ihnen nicht geglaubt wird - diese Angst ist

¹⁰ Enders, U. (2011): Nicht der sexuelle Missbrauch ist ein Tabu, sondern die Hilfe für die Opfer. In: Enders, U. (Hrsg.): Zart war ich, bitter war's, 4. Auflage, S. 12.

¹¹ Ebd., S. 15.

¹² Bieneck, S., Stadler, L. und Pfeiffer, C. (2011): Erster Forschungsbericht zur Repräsentativbefragung Sexueller Missbrauch 2011, Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen, S. 16 (Tabelle 11: Häufigkeit des erlebten Missbrauchs nach Schutzaltersgrenzen und Geschlecht).

¹³ Deutsches Jugendinstitut DJI (Hrsg.): Sexuelle Gewalt gegen Mädchen und Jungen in Institutionen 2011, Abschlussbericht des DJI-Projekts im Auftrag der Unabhängigen Beauftragten zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs, Dr. Christine Bergmann, S. 65.

¹⁴ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2012): Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland, Ergebnisse der repräsentativen Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland. Kurzfassung, S. 9.

insbesondere bei männlichen Opfern sehr stark ausgeprägt¹⁵. Anders als Männer werden Frauen aber auch öfter Opfer *in ihren Partnerschaften*: So haben 25 % der Frauen¹⁶ schon einmal körperliche und/oder sexuelle Übergriffe innerhalb der Partnerschaft erleben müssen. Dabei tritt sexuelle Gewalt überwiegend in Kombination mit körperlicher Gewalt auf; zudem handelt es sich hier um schwere Fälle sexueller Gewalt¹⁷.

Menschen mit Behinderungen und Beeinträchtigungen

Erhöhtes Risiko sexueller Gewalterfahrung bei Menschen mit Beeinträchtigungen/Behinderungen.

Menschen mit Behinderung und Beeinträchtigung – und dort insbesondere Frauen – unterliegen dem höchsten Risiko, sexuell missbraucht zu werden. Während im Bevölkerungsdurchschnitt 13 % der Frauen im Erwachsenenalter von sexueller Gewalt betroffen sind, sind Frauen mit Beeinträchtigung/Behinderung zwei- bis dreimal so oft (21 - 43 %) sexuellem Missbrauch ausgesetzt.

Besonders belastet sind hierbei gehörlose (43 %) und *psychisch erkrankte Frauen* (38 %). Auffällig ist, dass – ähnlich wie bei den Kindern und Jugendlichen – behinderte oder beeinträchtigte Frauen, die in Einrichtungen leben, das höchste Missbrauchsrisiko aufweisen¹⁸.

4.3.3.2 Handlungsbedarf und Versorgungssituation

Folgen für die Opfer

Die Folgen sexueller Gewalterlebnisse sind für die Betroffenen vielfältig, vor allem aber langwierig. Für Opfer sexueller Gewalt ist es dringend notwendig, dass sie unverzüglich professionelle Hilfe erhalten, die auf ihre Bedürfnisse (Erreichbarkeit, Sprache, Erfahrungen/Fachwissen der Beratenden zu jeweiligem Gebiet) zugeschnitten ist. Nur so können langfristige Folgen minimiert werden. Dazu gehört auch, dass den Opfern zugehört und ihren Schilderungen Glauben geschenkt wird. Allzu oft müssen Kinder mehreren Erwachsenen vom erlebten Missbrauch berichten, ehe einer ihnen glaubt¹⁹. Dies hat zur Folge, dass viele Betroffene nicht über den ihnen widerfahrenen Missbrauch sprechen und *langfristig mit schwerwiegenden dauerhaften Folgen*, meist psychologischer (posttraumatische Belastungsstörung, Depressionen), aber auch körperlicher Natur, zu kämpfen haben²⁰. Aus diesem Grund müssen vor allem folgende Maßnahmen ergriffen werden, um den Opfern sexueller Gewalt zu helfen:

Handlungsbedarf

Betroffene müssen einen schnellen und barrierefreien Zugang zu Hilfen erhalten.

Gute Versorgungslage: Betroffene benötigen einen schnellen, einfachen, unkomplizierten und unbürokratischen (niedrigschwelligen) Zugang zu Therapieangeboten. Diese Hilfen und die Konzepte hierfür müssen zielgruppen-, bedarfs- und kontextgerecht²¹ ausgerichtet sein. Hierzu zählt vor allem die Einrichtung von Kinderschutz- und Opferambulanzen, um im Notfall schnellstmöglich Hilfe leisten zu können.

*Lotsen*²²: Viele Betroffene wissen nicht, wo sie welche Art von Hilfe in Anspruch nehmen können. Daher ist es dringend notwendig, dass allen voran die Krankenkassen sowie die KV Berlin eine Art Lotsendienst einrichten und Opfern ihre Möglichkeiten und Rechte innerhalb des Gesundheitssystems aufzeigen.

Öffentlichkeitsarbeit: Hierzu zählt einerseits das gezielte Bekanntmachen der Angebote der einzelnen Beratungsstellen, andererseits auch die Verbreitung von Informationsmaterialien für die einzelnen Zielgrup-

¹⁵ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2004): Gewalt gegen Männer in Deutschland. Personale Gewalterfahrungen von Männern in Deutschland. Pilotstudie im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, S. 284 ff.

¹⁶ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2012): Gewalt gegen Frauen in Partnerschaften. Eine sekundäranalytische Auswertung zur Differenzierung von Schweregraden, Mustern, Risikofaktoren und Unterstützung nach erlebter Gewalt. Kurzfassung, S. 8.

¹⁷ Ebd., S. 15.

¹⁸ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2012): Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen in Deutschland. Kurzfassung, S. 24.

¹⁹ Enders, U. (2011): Nicht der sexuelle Missbrauch ist ein Tabu, sondern die Hilfe für die Opfer. In: Enders, U. (Hrsg.): Zart war ich, bitter war's, 4. Auflage, S. 14.

²⁰ Zu den langfristigen Folgen sexuellen Missbrauchs vgl. Hürden überwinden: Gesundheitliche Hilfen für Betroffene von sexueller Gewalt. Forderungskatalog anlässlich des 1. Hearings „Gesundheit von Betroffenen – Bessere Versorgung und Behandlung“ des UBSKM (Unabhängiger Beauftragter für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs) am 18. Oktober 2012.

²¹ Landeskommision Berlin gegen Gewalt (2010): Schnittstellenanalyse zum Themenkomplex Sexuelle Gewalt. In: Berliner Forum Gewaltprävention, Nr. 40, S. 40.

²² Aus dem Forderungskatalog „Hürden überwinden: Gesundheitliche Hilfen für Betroffene von sexueller Gewalt“, anlässlich des 1. Hearings „Gesundheit von Betroffenen – Bessere Versorgung und Behandlung“ des UBSKM (Unabhängiger Beauftragter für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs) am 18. Oktober 2012.

pen zum Thema „sexuelle Gewalt“. Auch die Sensibilisierung der Öffentlichkeit - insbesondere aber der mit diesem Thema arbeitsbedingt konfrontierten Berufsgruppen - ist Teil dieses Bereichs.

Aus-, Fort- und Weiterbildung: Das Thema „sexuelle Gewalt“ muss in der Aus-, Fort- und Weiterbildung der entsprechenden Berufsgruppen (wie Ärzte, Therapeuten, Beratende) fest verankert werden. Weitere Berufsgruppen (wie beispielsweise die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Jugendämter) benötigen entsprechende Qualifikationen.

Prävention: Hierzu zählt vor allem die Aufklärung, Sensibilisierung und Wissensvermittlung zu diesem Thema, insbesondere an Kindertageseinrichtungen und Schulen. Hilfreich können hier Leitlinien zur Prävention und Intervention²³ sein.

Intervention: Es besteht ein dringender Bedarf an Schutzkomponenten in allen Abhängigkeitsverhältnissen. Abhängigkeitsverhältnisse bestehen dort, wo mit Kindern und Jugendlichen, Menschen mit Behinderungen und Senioren gearbeitet wird, aber vor allem auch in Ausbildungsverhältnissen, in Sportvereinen etc.

Aktuelle Situation und Defizite in der Berliner Versorgungslandschaft

Wirft man einen Blick auf die bestehenden Angebote für Betroffene sexueller Gewalt in Berlin, lässt sich Folgendes feststellen:

Versorgungslage: Die Versorgung ist in Berlin deutlich besser als im ländlichen Raum, deckt sich jedoch nicht immer mit dem tatsächlichen Bedarf. So muss das Angebot auch immer auf das Spektrum (Zielgruppen), Entfernungen und Erreichbarkeit hin analysiert werden. Derzeit gibt es in Berlin zumeist Einrichtungen, die Beratung für Mädchen und Frauen anbieten. Seltener sind spezialisierte Einrichtungen für Jungen und Beratungen für Männer lassen sich nur vereinzelt finden. Gleiches gilt für Angebote für Kleinstkinder²⁴. Das derzeitige Unterstützungsangebot ist nicht immer zielgruppengerecht, einige Betroffenen sind unterversorgt: Für Migrantinnen und Migranten fehlen entsprechende Therapien in ihrer Muttersprache²⁵, männliche Jugendliche und junge Männer, die aktuell missbraucht wurden, finden nur schwer Therapiemöglichkeiten²⁶ und insbesondere für die Zielgruppe der behinderten oder beeinträchtigten Menschen steht das Therapieangebot in keinem Verhältnis zum Bedarf. Dabei sind gerade behinderte Menschen etwa zwei- bis dreimal so stark von sexueller Gewalt betroffen wie Menschen ohne Behinderung und/oder Beeinträchtigung²⁷. Für Lernbehinderte wird entsprechendes Informationsmaterial gebraucht, Bewegungseingeschränkte benötigen einen barrierefreien Zugang zu Beratungsstellen und insbesondere Online-Beratung. Für Gehörlose müssen Angebote in Gebärdensprache bereitgestellt und für die Zielgruppe der geistig Behinderten müssen entsprechende Hilfskonzepte entwickelt werden.

Berliner Versorgungslandschaft deckt derzeit nicht alle Zielgruppen ab.

Öffentlichkeitsarbeit: Diese ist derzeit eingeschränkt. Beratungsstellen haben wenig Möglichkeiten, ihr Angebot bekannt zu machen, da sie auch ohne „Werbung“ mehr als ausgelastet sind und weitere Anfragen nicht bewältigen könnten²⁸.

Die notwendigen Konzepte und Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Berliner Versorgungslandschaft werden z. Z. im Berliner Netzwerk gegen sexuelle Gewalt mit freien Trägern, Verbänden, Betroffenen, Expertinnen und Experten aus der Wissenschaft sowie Vertreterinnen und Vertretern aus verschiedenen Berliner Verwaltungen erarbeitet (siehe dazu S. 154-155).

²³ Vgl. Fortschritte – Rückschritte: Blick auf die Entwicklung der Auseinandersetzung mit sexualisierter Gewalt in Kindheit und Jugend, Vortrag von Prof. Dr. Barbara Kavemann auf der Fachtagung „Licht und Schatten“ von Kind im Zentrum am 21. August 2012 in Berlin (im Internet unter http://www.ejf.de/fileadmin/user_upload/fachtexte/25-J_KiZ_Fachtagung/Vortrag_1_-_Prof_Kavemann.pdf, zuletzt aufgerufen am 08.03.2013).

²⁴ Vgl. ebd.

²⁵ Landeskommision Berlin gegen Gewalt (2010): Schnittstellenanalyse zum Themenkomplex Sexuelle Gewalt. In: Berliner Forum Gewaltprävention, Nr. 40, S. 18 ff.

²⁶ Ebd., S. 25 f.

²⁷ Ebd., S. 21 ff.

²⁸ Ebd., S. 12 ff.

Entwicklung Bund, Länder

Im Zuge der öffentlichen Diskussion um sexuelle Gewalt, insbesondere um den sexuellen Kindesmissbrauch in Institutionen, wurden auf Bundesebene zahlreiche Schritte zur Aufarbeitung, aber auch zur Prävention unternommen: Der „Runde Tisch gegen sexuellen Kindesmissbrauch der Bundesregierung“²⁹ wurde eingerichtet und die Stelle des „Unabhängigen Beauftragten“ (UBSKM)³⁰ geschaffen. Mit Verabschiedung des Bundeskinderschutzgesetzes (BKisSchG)³¹ wurde ein weiterer Schritt in Richtung Prävention eingeleitet.

Die Mehrzahl der bisherigen Maßnahmen befasst sich ausschließlich mit Kindern und Jugendlichen.

Auffällig ist bei diesen Maßnahmen jedoch, dass sie sich ausschließlich mit der Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen befassen, sowohl aktuell missbrauchte Kinder als auch Erwachsene, die in ihrer Kindheit sexuelle Gewalt erfahren haben. Die Zielgruppe der Männer und Frauen, die aktuell missbraucht wurden, bleibt dabei *nahezu unbeachtet*, ebenso die Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen als spezifische Zielgruppe. Hier wird der Bedarf deutlich, die Belange aller Zielgruppen zu betrachten, mithin eine Verbesserung der Versorgung aller Betroffenen zu erzielen.

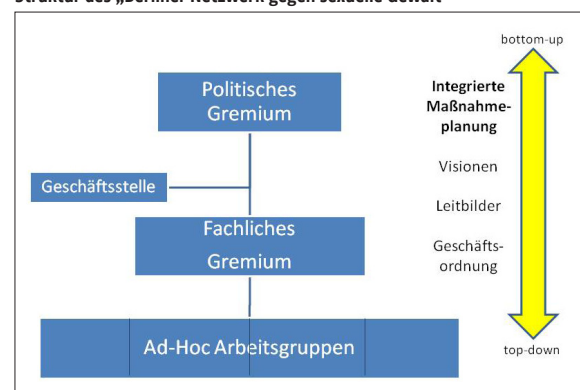
Berliner Netzwerk gegen sexuelle Gewalt

Berliner Netzwerk gegen sexuelle Gewalt soll Versorgung aller Betroffenen sicherstellen.

Um den von der Landeskommission Berlin gegen Gewalt festgestellten Handlungsbedarf beim Themenkomplex der sexuellen Gewalt zu bearbeiten, übertrug die Landeskommission am 18. Juni 2012 per Beschluss der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales die Federführung für ein Berliner Netzwerk gegen sexuelle Gewalt³². Ziel ist es, die bisher fragmentierte Bearbeitung des Themenkomplexes sexueller Gewalt zu beseitigen und in das Netzwerk zu integrieren sowie die Belange aller Zielgruppen zu berücksichtigen³³. Im Mittelpunkt steht vor allem die Sicherstellung der gesundheitlichen und psychosozialen Versorgung verschiedener Betroffenenengruppen. Hierzu empfahl die Landeskommission Berlin gegen Gewalt in *ressort- und institutionenübergreifender Zusammenarbeit* eine auf Prävention und Intervention ausgerichtete integrierte Maßnahmenplanung zu erarbeiten³⁴.

In Umsetzung dieser Vorgaben wurde im Sommer 2012 mit dem Aufbau des „Berliner Netzwerk gegen sexuelle Gewalt“ begonnen, das sich in ein politisches Gremium (Lenkungsgremium), ein Fachgremium (Plenum) und vier Ad-Hoc-Arbeitsgruppen (Kinder und Jugendliche; Erwachsene; Menschen mit Behinderung bzw. Beeinträchtigung und besondere Zielgruppen/Themen) gliedert. Darüber hinaus wurde eine Geschäftsstelle eingerichtet. Am 2. November 2012 wurde die Netzwerkstruktur vom Lenkungsgremium beschlossen³⁵ (vgl. Abbildung 4.5).

Abbildung 4.5:
Struktur des „Berliner Netzwerk gegen sexuelle Gewalt“



(Datenquelle und Darstellung: SenGesSoz Berlin - I E -)

Die Kernaufgaben des *Lenkungsgremiums* (Mitglieder: Staatssekretärebene, Vertreter der Landeskommission gegen Gewalt, Vertreter von Kirchen, Kliniken, Polizei, unterschiedlichste Vereinigungen und Verbände) unter der Leitung der Staatssekretärin für Gesundheit sind die Begleitung und Steuerung der Entwicklung der integrierten Maßnahmenplanung, die politische Impulsgebung, die Klärung und Entscheidung politischer Fragestellungen sowie die Definition und Überwachung der Ziele.

²⁹ Weitere Informationen zum Runden Tisch unter: <http://www.rundertisch-kindesmissbrauch.de/>, zuletzt aufgerufen am 08.03.2013.

³⁰ Weitere Informationen zum Unabhängigen Beauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs (UBSKM) unter: <http://www.beauftragter-missbrauch.de/>, zuletzt aufgerufen am 08.03.2013.

³¹ Das BKisSchG trat am 01.01.2012 in Kraft. Es soll Lücken im Kinderschutz schließen, das Kindeswohl schützen und die körperliche, geistige und seelische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen fördern.

³² Anlage 6c der Einladung zur 70. Sitzung der Landeskommission Berlin gegen Gewalt.

³³ Anlage 6b der Einladung zur 70. Sitzung der Landeskommission Berlin gegen Gewalt.

³⁴ Anlage 6a/Teil 2 der Einladung zur 70. Sitzung der Landeskommission Berlin gegen Gewalt, S. 4 ff.

³⁵ Beschluss Nr. 1 der Sitzung des Lenkungsgremiums vom 02.11.2012.

Das *Plenum (Fachgremium)* unter der Leitung des Beauftragten für Fragen des gesundheitlichen Kinder- und Jugendschutzes (Mitglieder: Freie Träger, Vertreter unterschiedlicher Verbände) ist befasst mit der Entwicklung/Fortschreibung/Koordination der integrierten Maßnahmenplanung in Kooperation mit vorhandenen Netzwerken, dem Controlling des Implementierungsprozesses, der Einrichtung von Ad-Hoc-Arbeitsgruppen, der regelmäßigen Berichterstattung bzgl. der erzielten Arbeitsergebnisse und dem Vorbereiten von Vorlagen für Senat und Abgeordnetenhaus.

Die *Ad-Hoc-Arbeitsgruppen* bestehen größtenteils aus Mitgliedern des Plenums und leisten zeitlich befristete, konkrete Arbeiten im Zusammenhang mit der Entwicklung der integrierten Maßnahmenplanung.

Fazit

Wie oben dargelegt stellt das Themenfeld der sexuellen Gewalt trotz voranschreitender öffentlicher Enttabuisierung ein massives gesellschaftliches Problem dar. Obwohl alle Altersgruppen, Kulturen und Geschlechter betroffen sind, bestehen in einigen Bereichen - insbesondere bei Menschen mit Behinderung und Beeinträchtigung und Betroffenen, die im Erwachsenenalter sexuellen Missbrauch erfahren haben - *massive Defizite hinsichtlich Hilfs- und Beratungsangeboten*. Langfristig bedarf es eines umfassenden, *auf Prävention und Intervention ausgerichteten Maßnahmenpakets* und der Beteiligung unterschiedlicher Akteure, um einerseits die Fallzahlen sexueller Gewalt zu senken und gleichzeitig den Opfern angemessene Unterstützung zukommen zu lassen. Konzepte wie das „Berliner Netzwerk gegen sexuelle Gewalt“ leisten einen Beitrag dazu, die Erreichung dieser Ziele perspektivisch zu fördern.

Langfristig bedarf es eines umfassenden Maßnahmenpakets unter Beteiligung vielfältiger Akteure.

4.3.4 Pharmakovigilanz- und Beratungszentrum für Embryonaltoxikologie (Charité - Universitätsmedizin Berlin)

4.3.4.1 Aufgaben, Datenerhebung und -erfassung

Aufgaben

Der *Einsatz von Arzneimitteln in Schwangerschaft und Stillzeit* ist sowohl in der Ärzteschaft als auch bei Laien immer noch mit großer Unsicherheit verbunden. Zu vielen Medikamenten gibt es keine ausreichenden Daten, die die Verträglichkeit eines von der Mutter eingenommenen Arzneistoffs für das Ungeborene oder Stillkind belegen. Selbst dort, wo Auswirkungen auf den Embryo, Feten oder das Stillkind bereits bekannt sind, reicht der heutige Erkenntnisstand häufig nicht aus, um präzise die Risiken beschreiben zu können. Angaben zur Schwangerschaft und Stillzeit auf Beipackzetteln, in Roter Liste und Fachbüchern vermitteln zudem häufig den Eindruck, dass die meisten Arzneistoffe in der Schwangerschaft und Stillzeit nicht verwendet werden dürfen. Diese Angaben sind teils von haftungsrechtlichen und ökonomischen Erwägungen beeinflusst, teils auch zu allgemein gehalten und wissenschaftlich oft nicht aktuell. Daraus resultiert häufig ein Überschätzen des Medikamentenrisikos mit der Folge, dass

Medikamentenrisiko in Schwangerschaft und Stillzeit oft überschätzt.

- notwendige Medikamente nicht verschrieben oder nicht eingenommen werden,
- nach bereits erfolgter Einnahme erwünschte und intakte Schwangerschaften abgebrochen werden,
- überzogene Diagnostik durchgeführt wird,
- von Ärztinnen und Ärzten generell vom Kinderwunsch abgeraten wird oder
- vorzeitig abgestellt wird.

Andererseits kann ein Informationsmangel dazu führen, dass unzureichend erprobte oder riskante Medikamente mit einem erhöhten Risiko für das Ungeborene oder das Stillkind verschrieben werden.

PVZ Embryonaltoxikologie bietet Informationen zur Pharmakotherapie bei Schwangeren/Stillenden.

Damit die Pharmakotherapie bei Schwangeren und Stillenden optimiert und Ängste und Fehlentscheidungen vermieden werden können, bietet das Pharmakovigilanz- und Beratungszentrum (PVZ) Embryonaltoxikologie unabhängige und für jeden zugängliche aktuelle Informationen an. Pharmakovigilanz heißt in diesem Zusammenhang, die *Erfassung und Auswertung von Schwangerschaftsverläufen nach Medikamenteneinnahme* zur Verbesserung der Arzneimitteltherapie für das ungeborene Kind zu nutzen sowie Nebenwirkungen einer mütterlichen Therapie auf das gestillte Kind zu erfassen.

Die *Beratung* wird im Allgemeinen telefonisch durchgeführt und größtenteils von Ärztinnen, Ärzten, Apothekern und Apothekerinnen, von Hebammen, Schwangeren/Stillenden und deren Angehörigen in Anspruch genommen. Es erreichen das PVZ auch Anrufe aus anderen deutschsprachigen Ländern bzw. von Deutschen, die im Ausland leben (vgl. auch Tabelle 5.4). Außerdem berät das PVZ Krankenkassen und andere Institutionen, die für ihre Klientel Informationen zur Medikamenteneinnahme in der Schwangerschaft bereitstellen wollen.

Datenerhebung

Falldatenerhebung zu verschiedenen Zeitpunkten während und nach der Schwangerschaft.

Das Pharmakovigilanzzentrum bietet seit 1988 *Beratungen zu Arzneimittel-expositionen* oder zu anderen Noxen an; mittlerweile wird dies jährlich mehr als 12.000 Mal nachgefragt (vgl. Tabelle 4.5). Anlässlich der Beratung wird mit Zustimmung der Patientin nach Möglichkeit ein *Follow-Up* vereinbart, um den Schwangerschaftsverlauf einschließlich des Befindens des (gestillten) Kindes nach Arzneimitteleinnahme zu erfragen. Grundlage der *Falldatenerhebung* ist ein detaillierter Fragenkatalog, der zu zwei Zeitpunkten abgefragt wird:

- Bei Erstkontakt mit dem Pharmakovigilanzzentrum, z. B. während der Frühschwangerschaft anlässlich einer Arzneimittelberatung und
- 8 Wochen nach dem errechneten Geburtstermin.
- Fallweise in der Stillzeit.
- Im Rahmen eines an das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gestellten Projektantrags ist geplant, ein *weiteres Follow-Up ein Jahr nach Geburt des Kindes* einzuholen.

Es wird jeweils nach allen Expositionen einschließlich Genussmitteln und Drogen mit Dosis- bzw. Mengenangaben und Zeitraum der Einnahme gefragt. Außerdem werden Eigen- und Familienanamnese (die mütterliche und väterliche), bei paternalen Expositionen auch die Eigenanamnese des Vaters, die Ergebnisse eventueller pränataler Diagnostik sowie Beruf und Schulabschluss der Schwangeren, der Schwangerschafts- und Geburtsverlauf sowie das Befinden bzw. die Entwicklungsdaten des Kindes erhoben³⁶.

Die Falldatenerhebung schließt die Auswertung von Epikrisen, Rückfragen an behandelnde Ärztinnen und Ärzte und die Schwangere ein. Die Erhebung und Prüfung der Daten zu verschiedenen Zeitpunkten während und nach der Schwangerschaft erfolgt gemäß Empfehlungen der europäischen Fachgesellschaft ENTIS (European Network of Teratology Information Services).

Datenauswertung

Im Ergebnis entsteht ein Datensatz, der *epidemiologischen Auswertungen* zugeführt werden kann und auch eine *Einzelfallbeurteilung* erlaubt. Für die Dokumentation der Daten wurde die 2009 im Institut eingeführte Pharmakovigilanz-Software VigilanceOne® (PharmApp Solutions) an Anforderungen einer Dokumentation von Schwangerschaftsverläufen angepasst. So können nicht nur UAW-Meldungen (unerwünschte

³⁶ Dokumentationsbögen und Download-Fragebögen in der Embryotox-Informationsdatenbank <http://www.embryotox.de/frageboegen.html>, zuletzt aufgerufen am 08.03.2013.

Arzneimittelwirkungen) an die Bundesoberbehörden versendet und Signale für potenziell bedenkliche Medikamente generiert werden, sondern auch über ein eigens entwickeltes Exportmodul anonymisierte Datensätze für Studien zu speziellen Fragestellungen extrahiert werden. Letzteres ist eine wesentliche Voraussetzung für die Durchführung von Beobachtungsstudien zu ausgewählten Arzneimitteln. Daraus entstand eine Vielzahl von Forschungsprojekten, die entweder vom PVZ initiiert wurden oder an denen die Embryonaltoxikologie Berlin maßgeblich beteiligt war³⁷. Neben Fallserien handelt es sich um prospektive Kohortenstudien, manche davon als multizentrische Studien unter Einbeziehung von Daten aus anderen teratologischen Zentren in Europa.

4.3.4.2 Beratungszahlen

Die 12.372 *Beratungen* im Jahr 2011 bedeuten eine leichte Steigerung von etwa 1,7 % im Vergleich zum Vorjahr (12.167). Im Jahr 2012 nahmen die Beratungszahlen bis Oktober im Vergleich zum Vorjahreszeitraum um 0,3 % zu.

Tabelle 4.4:
Anfragen an das Pharmakovigilanz- und Beratungszentrum für Embryonaltoxikologie in Berlin 2010 - Oktober 2012 nach exponierter Person

Exponierte Person (Medikamenteneinnahme)	Anfragen/Veränderung in %				
	Anteil 2010	Anteil 2011	Veränd. zum Vorjahr	Anteil 2012	Veränd. zum Vorjahr
maternal (Schwangere und bei Kinderwunsch)	76,3	78,3	2,0	79,5	1,2
paternal	2,8	2,7	-0,1	2,8	0,1
Stillende	20,9	19,0	-1,9	17,7	-1,3

(Datenquelle: PVZ Embryonaltoxikologie, Charité - Universitätsmedizin Berlin)

Tabelle 4.5:
Anfragen an das Pharmakovigilanz- und Beratungszentrum für Embryonaltoxikologie in Berlin 2011 und 2012 (bis Oktober) nach Herkunftsland und Status der Anfragenden

Herkunftsland / Status	Anfragen			
	Anzahl 2011	Anteil in %	Anzahl 2012	Anteil in %
Herkunftsland				
Deutschland	11.751	95,0	9.821	95,0
Österreich	276	2,2	223	2,2
Schweiz	242	2,0	216	2,1
sonstige	103	0,8	81	0,8
Status der Anfragenden				
Laien (Patient/in, Angehörige)	6.388	51,6	5.586	54,0
Fachkräfte (Apotheker/in, Ärztin/Arzt, andere Gesundheitsberufe)	5.984	48,4	4.755	46,0
insgesamt	12.372	100,0	10.341	100,0

(Datenquelle: PVZ Embryonaltoxikologie, Charité - Universitätsmedizin Berlin)

Tabelle 4.4 spezifiziert die Veränderungen gegenüber dem Vorjahr in den Untergruppen Medikamenteneinnahme der Schwangeren bzw. bei Kinderwunsch (*maternal*), Medikamenteneinnahme des Vaters (*paternal*) und in der *Stillzeit*. Der Anteil der Stillanfragen sinkt, da Laien seit Herbst 2009 aus Kapazitätsgründen auf die behandelnden Ärzte/Ärztinnen, Apotheker/innen, Hebammen oder Stillberaterinnen verwiesen werden, das heißt, vom PVZ nicht mehr beraten werden können. Fachkreise bekommen dagegen nach wie vor Auskunft.

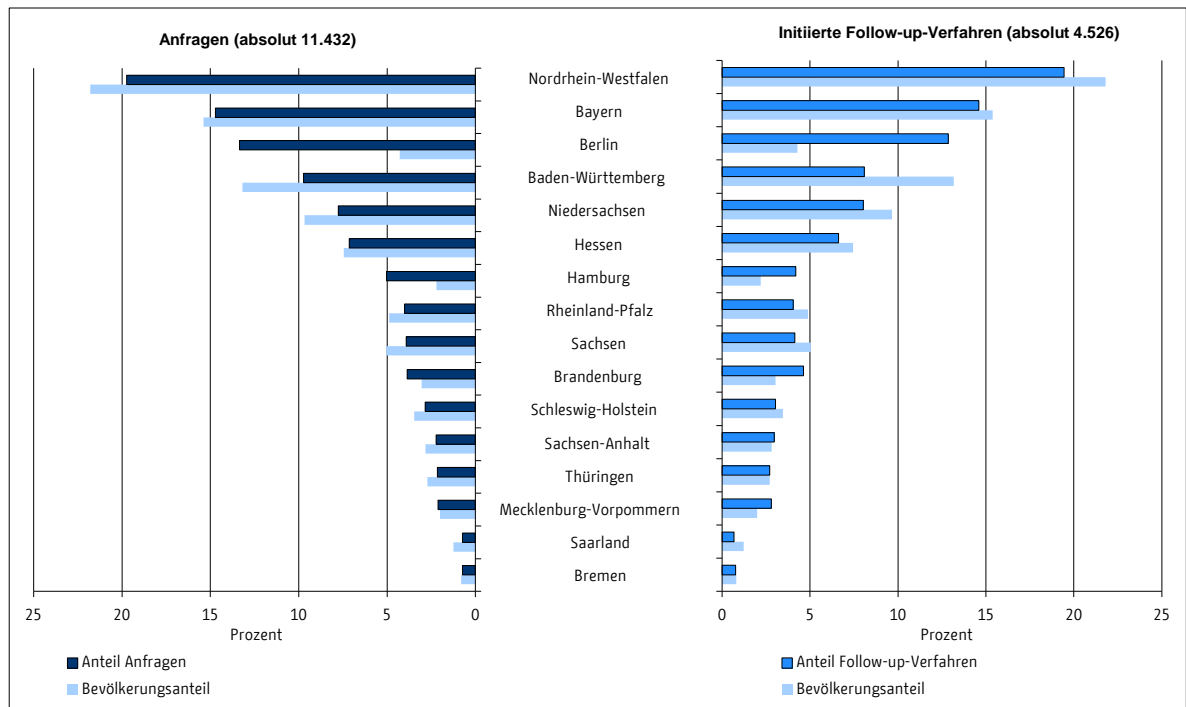
Tabelle 4.5 gibt einen Überblick zur *Herkunft der Anfragen nach Ländern* (Deutschland und andere) und nach dem Status der Anfragenden. Der Anteil der Laienanfragen steigt weiterhin leicht an, obwohl es eine separate Leitung für Fachkreise gibt, damit diese keine langen Wartezeiten in Kauf nehmen müssen. Die kontinuierliche Abnahme der Anfragen aus Fachkreisen, die sich auch 2012 fortzusetzen scheint, kann unter anderem auf die immer bekannter werdende Webseite www.embryotox.de und auf die Ende 2011 neu aufgelegte Ausgabe des Fachbuches „Arzneimittel in Schwangerschaft und Stillzeit“ zurückgeführt werden³⁸.

Abbildung 4.6 zeigt für das Jahr 2011 zum einen die Herkunft der *Anfragen* aus Deutschland aufgeschlüsselt nach *Bundesländern* (11.432 Anfragen, bei denen das Bundesland bekannt ist), zum anderen gibt sie eine entsprechende Auskunft zur Auswahl jener Anfragen, die einem *Follow-up-Verfahren* unterzogen wurden (4.526 Fallberichte aus Deutschland). Den Anfragen und Follow-up-Verfahren wird zum Vergleich der Bevölkerungsanteil des jeweiligen Bundeslandes an der Gesamtinwohnerzahl von Deutschland gegenübergestellt.

³⁷ Vgl. <http://www.embryotox.de/veroeffentlichungen.html>, zuletzt aufgerufen am 12.03.2013.

³⁸ Schaefer, C.; Spielmann, H.; Vetter, K.; Weber-Schöndorfer, C. (2012): Arzneimittel in Schwangerschaft und Stillzeit. 8. vollständig überarbeitete Aufl. Urban & Fischer, München.

Abbildung 4.6:
Anfragen und Follow-up-Verfahren im Pharmakovigilanz- und Beratungszentrum für Embryonaltoxikologie Berlin aus Deutschland 2011
nach Verteilung auf die Bundesländer im Vergleich zu deren Bevölkerungsanteil



(Datenquelle und Darstellung: PVZ Embryonaltoxikologie, Charité - Universitätsmedizin Berlin)

Der Anteil der Anfragen, die einem Follow-Up-Verfahren zum weiteren klinischen Verlauf der Schwangerschaft und Befinden des Neugeborenen unterzogen wurden, ist gegenüber den jeweiligen Vorjahren gesunken. Die *Entscheidung für die Vereinbarung eines Follow-up-Verfahrens* richtet sich nach den Medikamenten, zu denen beraten wurde, nach dem Zeitpunkt des Anrufes während der Schwangerschaft und der Regelmäßigkeit der Einnahme bzw. Schwere der Grunderkrankung. Vor allem Schwangere, die Medikamente mit unzureichender Datenlage oder bekanntem entwicklungstoxischem Potenzial einnehmen, oder mit schwerer Grunderkrankung bzw. regelmäßiger Medikamenteneinnahme werden in das Follow-Up-Programm aufgenommen. Die *Rücklaufquote* (Responder) lag in den vergangenen Jahren bei etwa 80 - 85 % (2010: 79,2 %), für 2011 beträgt sie derzeit 80 % (Stand Oktober 2012), wobei 500 Follow-Up-Verfahren noch nicht abgeschlossen sind. Für 2012 lässt sich noch keine Rücklaufquote angeben, da viele Schwangerschaften noch nicht ausgetragen sind und demzufolge das Follow-up-Verfahren noch nicht abgeschlossen ist. Die Zahlen umfassen prospektive Verlaufsbeobachtungen, also während der Schwangerschaft initiierte Follow-Ups und retrospektive Fallberichte zu Schwangerschaften, die dem PVZ in der Regel erst nach der Geburt berichtet wurden und häufig mit einem auffälligen Schwangerschaftsausgang verbunden sind (vgl. Tabelle 4.6).

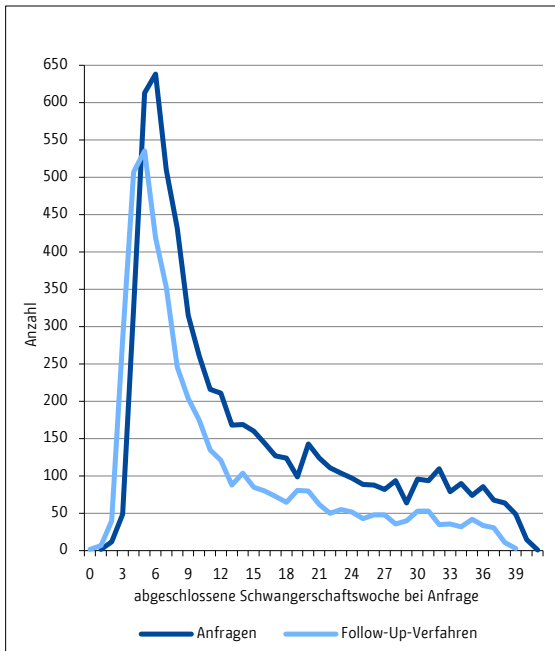
Tabelle 4.6:
Anfragen zu aktuellen Schwangerschaften an das Pharmakovigilanz- und Beratungszentrum für Embryonaltoxikologie und initiierte Follow-Up-Verfahren in Berlin 2010 - Oktober 2012

	2010	2011	Veränderung 2011 zu 2010 (Anzahl bzw. %-Pkte)	2012 (bis Oktober)
Anzahl initiiertes Follow-Up-Verfahren	5.783	4.743	-1.040	3.429
Anzahl aktueller Schwangerschaften	8.834	8.825	-9	7.296
Anteil Follow-Up-Verfahren an aktuellen Schwangerschaften in %	65,5	53,6	-11,9	47,0

(Datenquelle: PVZ Embryonaltoxikologie, Charité - Universitätsmedizin Berlin)

Die 3.429 Follow-Up-Verfahren bis Oktober 2012, die bei 47 % der Schwangerschaften initiiert werden konnten, liegen noch über den absoluten (n=3.121) und prozentualen Werten (42 %) von 2009. Die Kriterien für eine Follow-Up-Aufnahme wurden für 2010 und auch noch für die erste Jahreshälfte 2011 weiter gefasst, da für das damals laufende Forschungsprojekt zur Verträglichkeit der pandemischen Influenza-Impfung im Auftrag des Paul-Ehrlich-Instituts nicht nur Schwangerschaftsverläufe Geimpfter, sondern zeitgleich Kontrollschwangerschaften benötigt wurden. Insbesondere wurden bei Anfragen im 2. oder 3.

Abbildung 4.7:
Anfragen und initiierte Follow-up-Verfahren im Pharmakovigilanz- und Beratungszentrum für Embryonaltoxikologie in Berlin 2011 nach Schwangerschaftswoche zum Zeitpunkt der Anfrage



(Datenquelle und Darstellung: PVZ Embryonaltoxikologie, Charité - Universitätsmedizin Berlin)

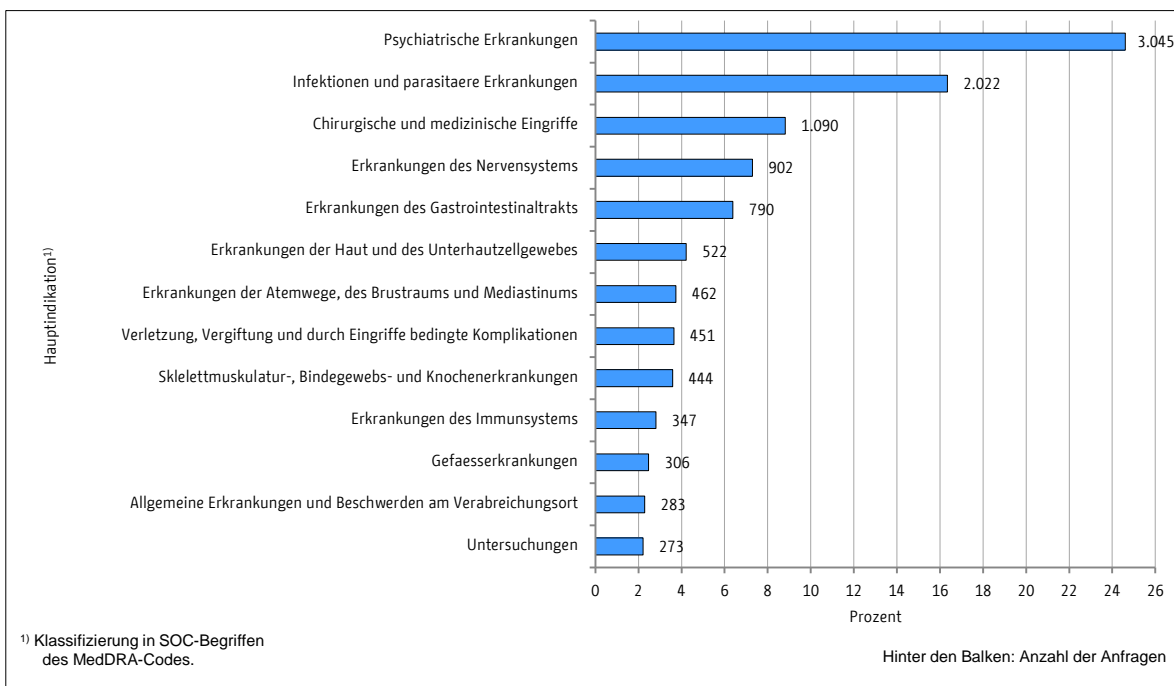
Trimenon mehr Follow-Ups als üblicherweise vereinbart. Dies war aufgrund der zeitweiligen Personalaufstockung im Rahmen des Projekts möglich.

Die höchste Anzahl der Beratungen, die 2011 während einer Schwangerschaft vom PVZ Embryonaltoxikologie durchgeführt wurden, fand sich in der 6. Schwangerschaftswoche (post menstruationem). Der Median für den Zeitpunkt dieser Konsultationen liegt bei Woche 11, der Mittelwert bei Woche 14,6.

Auch unter den Schwangerschaften, bei denen während der Schwangerschaft ein Follow-Up-Verfahren initiiert wurde, fanden die meisten Erstkontakte in der 7. Schwangerschaftswoche statt, der Median liegt hier in Woche 9, der Mittelwert bei Woche 12,6 (vgl. Abbildung 4.7).

Das durchschnittliche Alter der prospektiv erfassten Schwangeren betrug 32 Jahre (Minimum 15, Maximum 49). Bei den jeweiligen Hauptindikationen der Anfragen stehen wie in den Vorjahren psy-

Abbildung 4.8:
Anfragen ans Pharmakovigilanz- und Beratungszentrum für Embryonaltoxikologie in Berlin 2011 nach Anteil ausgewählter Hauptindikationen



(Datenquelle und Darstellung: PVZ Embryonaltoxikologie, Charité - Universitätsmedizin Berlin)

chirurgische Erkrankungen bzw. die hierfür eingesetzten Medikamente an erster Stelle. Die Klassifizierung der Behandlungsindikationen folgt den SOC (System Organ Class)-Begriffen als oberste Ebene des MedDRA-Codes (Medical Dictionary for Regulatory Activities). Falls für die Hauptindikationen mehrere SOCs in Frage kommen, so ist pro Fall nur die primäre SOC angegeben. Insgesamt wurden pro Beratungsfall durchschnittlich knapp 3 Substanzen angefragt (vgl. Abbildung 4.8).

4.3.4.3 Internetprojekt www.embryotox.de

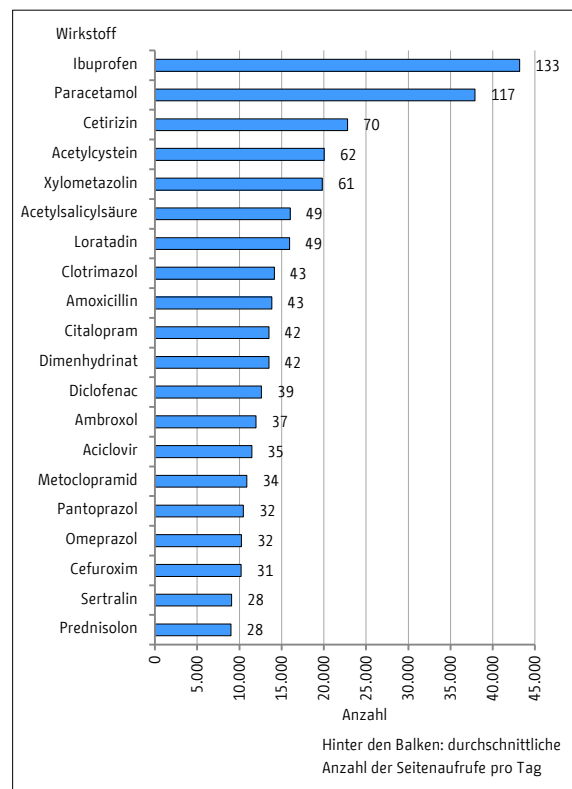
Die im Herbst 2008 online gestellte *Datenbank des PVZ Embryonaltoxikologie* erfreut sich wachsender Beliebtheit mit etwa 630 Tsd. Besuchern im Jahr 2012 (2009: 175 / 2010: 333 / 2011: 481 Tsd. Besucher).

Mittlerweile sind 407 Wirkstoffe und deren Risiko-einschätzung für die Schwangerschaft und Stillzeit über die Seite abrufbar. Die Seiten werden laufend aktualisiert und ergänzt. Im Jahr 2012 wurden etwa 40 weitere Wirkstoffe aufgenommen. Die häufigsten Aufrufe betrafen 2012 wie auch in den vorhergehenden Jahren Ibuprofen und Paracetamol, zwei weit verbreitete Schmerzmittel, die auch während der Schwangerschaft bei entsprechender Indikation eingenommen werden können, Ibuprofen wegen potenziell fetotoxischer Wirkung allerdings nicht mehr nach der 28. Schwangerschaftswoche. Aus Abbildung 4.9 mit den 2012 am häufigsten aufgerufenen 20 Wirkstoffseiten ist ersichtlich, dass beispielsweise die Seite Ibuprofen im Jahresdurchschnitt etwa 133 Mal pro Tag aufgerufen wurde.

Unter den Substanzen befinden sich viele rezeptfreie Medikamente, sog. Over-the-Counter (OCT)-Mittel, gängige Antibiotika und „Magenmittel“, so dass das Institut von telefonischen Anfragen zu diesen vergleichsweise harmlosen Mitteln weitgehend entlastet wird.

Abbildung 4.9:

Anzahl der Aufrufe der 20 am häufigsten konsultierten Wirkstoffseiten in der Datenbank des Pharmakovigilanz- und Beratungszentrums für Embryonaltoxikologie in Berlin 2012



(Datenquelle und Darstellung: PVZ Embryonaltoxikologie, Charité - Universitätsmedizin Berlin)

Fazit

Anhaltend hoher Beratungsbedarf zu Medikamenten in Schwangerschaft und Stillzeit.

Trotz steigender Inanspruchnahme der frei zugänglichen Informationsdatenbank www.embryotox.de ist es nicht zu einem Rückgang individueller Beratungen im Institut für Embryonaltoxikologie gekommen. Allerdings sind die *Beratungsinhalte komplexer* geworden. Beides zeigt den enormen Bedarf an qualifizierten Informationen zu Medikamenten in der Schwangerschaft und Stillzeit.

Dass das Angebot des Instituts geschätzt wird, lässt sich an der kontinuierlich hohen Rücklaufquote bei den vom PVZ initiierten Follow-Up-Verfahren ablesen. Doch es erreichen das Institut auch immer wieder persönliche Rückmeldungen von dankbaren Müttern, die zeigen, wie wichtig die Beratung des PVZ Embryonaltoxikologie sein kann.

4.3.5 Institut für Tropenmedizin und Internationale Gesundheit (Charité - Universitätsmedizin Berlin)

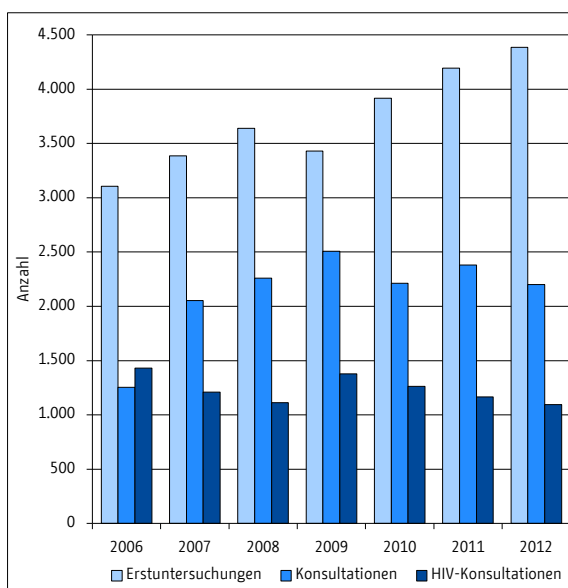
Am 2. Dezember 1802 wurde in Berlin durch König Friedrich Wilhelm III. das „Königlich-Preußische Schutzblattern-Impfinstitut“ gegründet. Die Einrichtung im Friedrichs-Waisenhaus war die erste staatliche Impf-anstalt der Welt. Die Entwicklung des Instituts in den folgenden 100 Jahren verlief stetig und erfolgreich. Im 20. Jahrhundert war sie dagegen eng mit den wechselvollen politischen Veränderungen verbunden und fand erst nach der Wiedervereinigung des Landes einen für die Zukunft Erfolg versprechenden Abschluss. Die Zunahme des internationalen Reiseverkehrs und die Gefahr der Einschleppung von Infektionskrankheiten machten eine *Neudefinition der Aufgaben* erforderlich. Heute umfasst das Institut für Tropenmedizin und Internationale Gesundheit eine Tropenmedizinische Ambulanz mit angeschlossenen Parasitologie-Labor, eine Reisemedizinische Ambulanz mit zwei Außenstellen innerhalb von Berlin, Forschungs- und Lehrbereiche. Nachdem die Forschungs- und Lehrbereiche bereits seit 1995 durch einen Kooperationsvertrag mit der Charité-Universitätsmedizin Berlin verbunden waren, wurde zum 01.01.2012 auch der Patientenversorgungsbereich in die Charité integriert. Die Direktorin des Instituts bekleidet den Lehrstuhl für Tropenmedizin an der Charité-Universitätsmedizin Berlin. Der Schwerpunkt der wissenschaftlichen Arbeit liegt auf den Gebieten Malaria, HIV/AIDS und Müttergesundheit. Feldforschung wird vorwiegend in Ost- und Westafrika durchgeführt. Für Postgraduierte führt das Institut den „Diplomkurs Tropenmedizin und Public Health“ und in einem europäischen Verbund den Masterstudiengang „International Health“ der Charité durch. Daneben bestehen verschiedene Lehrangebote für Studierende sowie Fortbildungsangebote für Ärzte/Ärztinnen in Berlin und Umgebung.

4.3.5.1 Ambulanzen

Tropenmedizinische Ambulanz

Die Tropenmedizinische Ambulanz verfügt über die Zulassung für alle Krankenkassen im Rahmen eines Institutsvertrags. Hier stellen sich Menschen vor, die *mit gesundheitlichen Problemen von Aufhalten in tropischen oder subtropischen Regionen zurückgekehrt* sind. Häufig besteht der Verdacht auf eine importierte Infektionskrankheit wie Malaria, Bilharziose, Leishmaniose, Dengue-Fieber oder auf eine parasitäre oder bakterielle Darminfektion.

Abbildung 4.10:
Leistungszahlen der Tropenmedizinischen Ambulanz in Berlin 2006 - 2012



(Datenquelle und Darstellung: Institut für Tropenmedizin und Internationale Gesundheit, Charité - Universitätsmedizin Berlin)

Importierte Infektionskrankheit wie Malaria, Bilharziose, Leishmaniose, Dengue-Fieber oder auf eine parasitäre oder bakterielle Darminfektion.

Im Jahr 2012 wurden über 10.000 ärztliche Patientenkontakte verzeichnet. Dabei stellt sich seit 2006 eine kontinuierlich zunehmende Nachfrage dar (vgl. Abbildung 4.10).

Nicht nur Reiserückkehrer suchen in der Tropenmedizinischen Ambulanz medizinische Hilfe, sondern auch Menschen, die *beruflich im Ausland tätig* sind, z. B. in der Entwicklungszusammenarbeit, im diplomatischen Dienst, mit journalistischen Recherchen oder als Geschäftsleute. Auch eine große Anzahl *Immigranten und Immigrantinnen aus tropischen Ländern* werden in der Ambulanz untersucht und behandelt.

Die tropenmedizinische Ambulanz ist darüber hinaus ermächtigt *Tropentauglichkeitsuntersuchun-*

gen nach berufsgenossenschaftlichen Grundsätzen durchzuführen. Arbeitnehmerinnen und -nehmer, für die ein Auslandseinsatz vorgesehen ist, werden in der Ambulanz gezielt auf die medizinischen Risiken des Ziellandes vorbereitet.

Das Institut für Tropenmedizin bietet auch *anonyme HIV-Beratungen und -Testungen* an. In den letzten Jahren nahmen rund 1.200 Menschen jährlich diesen Service in Anspruch.

Fortbestand der Tollwut-sprechstunde weiterhin erforderlich.

Die *Tollwutsprechstunde* des Landes Berlin ist am Institut für Tropenmedizin angesiedelt. Die Einrichtung verfügt über eine allgemeine Kassenzulassung für diesen Bereich. Auch wenn Berlin seit Jahren terrestrisch als tollwutfrei eingestuft wird, ist der Fortbestand der Tollwutsprechstunde erforderlich. Einerseits handelt es sich bei den vorstellig werdenden Personen um Reisende, die im In- oder Ausland Kontakt zu einem tollwutverdächtigen Tier hatten. Andererseits besteht nach wie vor auch in Berlin durch den illegalen Import von Tieren aus Tollwutendemiegebieten oder aufgrund der regelmäßig auftretenden Fledermaustollwut ein Risiko. Die epidemiologisch etwas undurchsichtige Tollwutsituation in Berlin hat zum Ergebnis, dass die meisten Erste-Hilfe-Stellen in den Berliner Krankenhäusern ihre Patienten nach der Erstversorgung zunächst zu den Tollwutexperten in unserem Institut schicken, damit eine kompetente Beratung durchgeführt und bei gegebener Indikation gleich eine Behandlung dieser potenziell lebensbedrohlichen Krankheit eingeleitet werden kann. 2012 wurden im Institut fast 300 Tollwut-Erstberatungen durchgeführt. In etwa 30 % der Fälle war eine post-expositionelle Tollwutbehandlung dringend erforderlich.

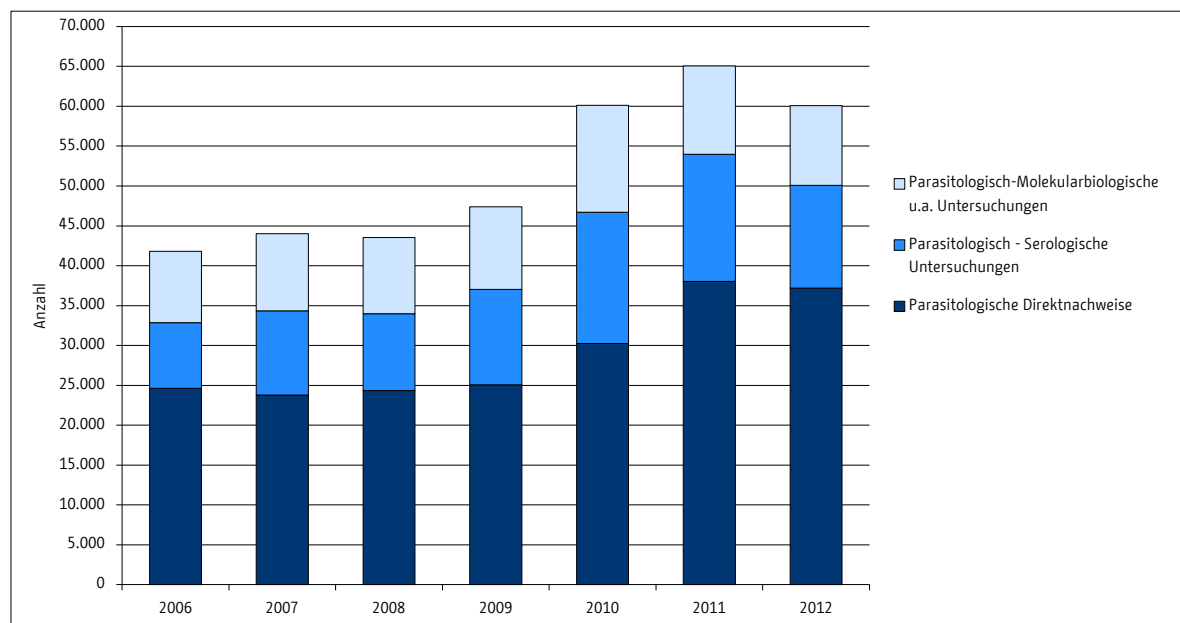
Im Rahmen einer *Konsiliartätigkeit* beraten die Ambulanzärzte/-ärztinnen niedergelassene oder im Krankenhaus tätige ärztliche Kollegen und Kolleginnen sowie besorgte Bürgerinnen und Bürger aus dem In- und Ausland zu *tropenmedizinischen oder infektiologischen Fragestellungen*.

Diagnostisches Labor

Integriert in die tropenmedizinische Ambulanz ist ein *Labor zur Diagnostik reiseassoziiertes und importierter Erkrankungen*.

Die Nachweisverfahren umfassen sämtliche relevanten Erreger von Tropenerkrankungen mit einem Schwerpunkt im parasitologischen Bereich. Ein großer Teil der Untersuchungen basiert auf mikroskopischen Methoden, bei denen es besonders auf die Erfahrung der Untersuchenden ankommt (vgl. Abb. 4.11).

Abbildung 4.11:
Leistungszahlen des diagnostischen Labors im Institut für Tropenmedizin und Internationale Gesundheit in Berlin 2006 - 2012



(Datenquelle und Darstellung: Institut für Tropenmedizin und Internationale Gesundheit, Charité - Universitätsmedizin Berlin)

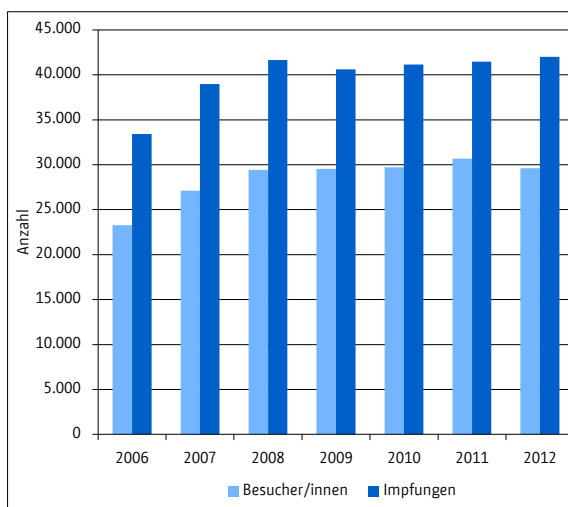
Die meisten *Untersuchungen* werden *sofort nach Probenabnahme* fertiggestellt, um eine adäquate Versorgung der z. T. bedrohlichen Infektionen wie Malaria zu gewährleisten. Ein weiterer Schwerpunkt liegt in der molekularbiologischen Speziesdiagnostik von Leishmanien, Amöben, Mikrosporidien und Plasmodien. Des Weiteren verfügt das Labor über verschiedene Verfahren zur Konzentration und Anzucht seltener Parasiten.

Im Jahr 2012 wurden etwa 60.000 *spezielle diagnostische Untersuchungen* durchgeführt. Allein durch Direktnachweise konnten etwa 40.000 parasitäre Erkrankungen diagnostiziert oder ausgeschlossen werden. Die zu untersuchenden Proben stammen von der Klientel der Tropenmedizinischen Ambulanz, aus den Abteilungen der Charité und von Einsendungen aus Deutschland, wie zum Beispiel der Lufthansa und der KfW (Förderbank der deutschen Wirtschaft und Entwicklungsbank für die Transformations- und Entwicklungsländer).

Das *Schädlingsmanagement* befasst sich mit der Bestimmung von Hygiene- und Gesundheitsschädlingen und Entwicklung von Kontrollstrategien. Wachsender globalisierungsbedingter Reiseverkehr und Handel bewirken weltweit eine Zunahme von vektorassoziierten Infektionen. 20 % der im Institut für Tropenmedizin präsentierten Gliedertiere (Stechmücken, Bettwanzen, Flöhe, Kopf- und Kleiderläuse, Zecken, Milben) innerhalb der letzten Jahre waren Ektoparasiten aus tropischen/subtropischen und südeuropäischen/osteuropäischen Ländern und wurden durch Geschäftsreise oder Urlaubsaufenthalt eingeschleppt.

Zunahme von vektorassoziierten Infektionen durch wachsenden Reiseverkehr und Handel.

Abbildung 4.12:
Leistungszahlen der Reisemedizinischen Ambulanz in Berlin 2006 - 2012



(Datenquelle und Darstellung: Institut für Tropenmedizin und Internationale Gesundheit, Charité - Universitätsmedizin Berlin)

Reisemedizinische Ambulanz

Das Institut *berät* in seiner Reisemedizinischen Ambulanz in großem Umfang Kurz- und Langzeitreisende zu den erforderlichen Vorsichts- und Präventionsmaßnahmen und führt alle reisemedizinisch relevanten und erforderlichen Impfungen durch. Seit vielen Jahren ist das Institut als offizielle Gelbfieberimpfstelle registriert. Es handelt sich um die größte reisemedizinische Ambulanz in Deutschland und eine der größten Einrichtung dieser Art in Europa.

Die Zweigstellen in Berlin Steglitz und Buch verzeichnen einen zunehmenden Besuchertrend. Insgesamt kommen jährlich etwa 30.000 Personen in die reisemedizinischen Beratungsstellen (vgl. Abbildung 4.12).

4.3.5.2 Fortbildung, Forschung und Lehre

Fortbildung und Öffentlichkeitsarbeit

Für niedergelassene Ärzte/Ärztinnen, Betriebsärzte/-ärztinnen, Ärzte und Ärztinnen im öffentlichen Gesundheitsdienst oder andere Institutionen, die reisemedizinische Beratungen sowie Impfungen qualifiziert durchführen wollen, werden von der Ärztekammer *zertifizierte Kurse nach Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Tropenmedizin und Internationale Gesundheit* angeboten. Hierin werden aktuelle praxisorientierte Grundkenntnisse über Gesundheitsrisiken im Zusammenhang mit einer Reise speziell in tropische Länder, Maßnahmen zur Prävention, orientierende Aspekte zu Rückkehrerkrankungen und zur Flugmedizin vermittelt.

Seit vielen Jahren ist unsere Einrichtung in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Tropenmedizin und Internationale Gesundheit an der Erstellung der *Empfehlungen zur Prophylaxe der Malaria und der reisemedizinischen Impfungen* für Deutschland beteiligt.

**Erste Anlaufstelle für
Bürger und Bürgerinnen
mit reise- und tropenme-
dizinischen Fragen.**

Die *Öffentlichkeitsarbeit* des Instituts nimmt seit Jahren einen hohen Stellenwert ein. Das Institut ist auch erste Anlaufstelle für besorgte Bürger und Bürgerinnen mit reise- und tropenmedizinischen Fragen, zum Beispiel nach entsprechenden Berichterstattungen in den Medien. Auch 2012 wurden zahlreiche Interviews für Fernsehen, Hörfunk und Printmedien gegeben und sich mit Infoständen an Veranstaltungen wie zum Beispiel der Langen Nacht der Wissenschaft beteiligt.

Forschung

Die *Forschungsgruppe Malaria* besteht seit 1997 und führt klinisch-epidemiologische Studien zur Malaria in Deutschland und in den Endemiegebieten durch. Mit seinen Forschungsprojekten in Ghana sowie Kooperationen mit anderen Partnern in Afrika besteht ein enger Kontakt zu den komplexen Aspekten dieser wichtigsten parasitären Infektionskrankheit des Menschen. Das Arbeitsgebiet umfasst den Einfluss von genetischen Variationen auf Infektionsanfälligkeit und Manifestation der Malaria, Therapiestudien und Resistenzmarker sowie die Schwangerschafts-Malaria. Die Durchführung der Projekte wird durch die World Health Organization (WHO), das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF), die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG), die Charité sowie diverse Stiftungen finanziert.

Feldstudien zur Malaria werden seit 1998 in Ghana, seit 2010 in Ruanda und Uganda durchgeführt. Neben dem Auf- und Ausbau notwendiger Infrastruktur stehen dabei die Aus- und Weiterbildung lokalen Personals sowie der Technologietransfer zu akademischen Kooperationspartnern am Beginn der jeweiligen Projekte. Im Rahmen dieser Studien wurden/werden 35 Doktorarbeiten erstellt, 16 davon in Ghana; afrikanische Gastwissenschaftler werden in Berlin betreut. Aktuelle Projekte beinhalten Untersuchungen zur Wirksamkeit intermittierender, präventiver Malaria-Therapie bei Schwangeren sowie Grundlagenarbeiten zur Immunantwort bei der Malaria in der Schwangerschaft. Die Tätigkeit der Arbeitsgruppe spiegelt sich in über 80 wissenschaftlichen Publikationen wider.

**Projekt zur Verminderung
der Mutter-Kind-Über-
tragung von HIV in Kenia,
Tansania und Uganda.**

Der Schwerpunkt der *Forschungsgruppe HIV/AIDS* liegt in der Prävention und Therapie von HIV/AIDS in Afrika. Seit 2001 führte das Institut im Auftrag der Bundesregierung ein Projekt zur Verminderung der Mutter-Kind-Übertragung von HIV (engl. PMTCT) in Kenia, Tansania und Uganda durch. Innerhalb dieses Rahmens wurden bis heute zahlreiche Begleitforschungsprojekte durchgeführt. Kooperationen bestehen mit nationalen und internationalen Institutionen, z. B. der Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) sowie den nationalen Gesundheitsministerien. In Tansania wurde zuletzt die Umstellung einer einfachen, antiretroviralen Prophylaxe auf ein komplexes 3fach-Regime wissenschaftlich begleitet, um dessen Machbarkeit in ländlichen Regionen beurteilen zu können. Finanziert durch Mittel der H.W. & J. Hector-Stiftung wurden in Zusammenarbeit mit dem Robert Koch-Institut hochsensitive, molekularbiologische Labormethoden entwickelt, um die Resistenzbildung nach antiretroviraler Prophylaxe in Blut und Brustmilch HIV-infizierter Mütter und ihrer Kinder zu untersuchen. Ebenfalls in Tansania wurde seit 2007 das Thema „Partnereingabe in die Schwangerschaftsvorsorge“ zur Verbesserung der Effektivität von PMTCT-Maßnahmen erforscht; eine neue Implementierungsstudie hierzu wird in der Mbeya Region durchgeführt. Darüber hinaus wird im Rahmen einer GIZ-finanzierten ESTHER-Klinikpartnerschaft in Uganda eine Studie durchgeführt, die die aktuellste WHO-Empfehlung für PMTCT, nämlich den Beginn einer lebenslangen antiretroviralen Therapie für schwangere, HIV-positive Mütter, begleitet und hinsichtlich ihrer Durchführbarkeit und Langzeiteffektivität untersucht. Aus den Forschungsprojekten gingen bisher 17 Doktorarbeiten und mehrere Masterabschlussarbeiten hervor; Ergebnisse der

Arbeitsgruppe HIV/AIDS wurden in zahlreichen wissenschaftlichen Publikationen sowie auf Konferenzen präsentiert.

Von 2007 bis 2011 wurde das EU-finanzierte *Forschungsprojekt AUDOBEM* (audit of obstetric emergencies) durchgeführt. In 36 Krankenhäusern Westafrikas (Burkina Faso, Benin und Niger) wurde die Wirksamkeit von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Verbesserung der geburtshilflichen Notfallversorgung erfasst.

Das Institut für Tropenmedizin und Internationale Gesundheit ist darüber hinaus ein aktives Mitglied des weltweit arbeitenden *Geosentinel Surveillance Netzwerks*, in dem Infektionen bei Reiserückkehren erfasst und zu Präventionszwecken analysiert werden.

Lehre

Das Institut führt verschiedene *Lehrveranstaltungen für Medizinstudenten/Medizinstudentinnen und Postgraduierte* durch. Neben Vorlesungsreihen und Wahlfächern gehören dazu Summer und Winter Schools und ein „Seminar Tropenmedizin und International Health“, in dem die Studenten/Studentinnen der Charité nach einem Intensivkurs in klinischer Tropenmedizin und Gesundheitsmanagement einen 4- bis 8-wöchigen praktischen Aufenthalt in einer Gesundheitseinrichtung in einem Entwicklungsland absolvieren.

Der *Masterstudiengang International Health* der Charité Universitätsmedizin Berlin wird seit 1999 vom Institut für Tropenmedizin und Internationale Gesundheit durchgeführt. Dieser englischsprachige Studiengang ist *eingebunden in das europäische tropEd Netzwerk* (European Network for Education in International Health). Das Leitbild dieses Netzwerkes und damit des Studiengangs ist die *weltweite Verbesserung der Gesundheitsversorgung benachteiligter Bevölkerungsgruppen*. Die Studierenden bereiten sich auf Führungsaufgaben im Bereich International Public Health vor und können sich bereits während des Studiums an mehreren internationalen Hochschulen mit den verschiedenen Aspekten des Faches vertraut machen.

**Leitbild des Studiengangs:
Bessere Gesundheitsversorgung Benachteiligter weltweit.**

Im Rahmen des tropEd Netzwerkes gibt es derzeit zehn „Heimatinstitutionen“, darunter das Institut für Tropenmedizin und Internationale Gesundheit Berlin, in denen das Masterstudium mit dem Grundstudium begonnen werden kann. Nach erfolgreichem Abschluss des Grundstudiums können die Studierenden am Institut und auch an über 20 weiteren europäischen und 5 außereuropäischen Universitäten weiterführende Kurse und Module belegen. Schließlich verfassen die Studierenden zu einem Forschungsthema aus dem Bereich International Health ihre Abschlussarbeit und legen das Abschluss-Kolloquium ab. Die Studienzeiten an den Partnerinstitutionen werden nach ECTS (European Credit Transfer System)-Richtlinien anerkannt, alle Kurse und Module unterliegen der umfassenden und kontinuierlichen Qualitätskontrolle durch das tropEd Netzwerk sowie einer Akkreditierung. Das Curriculum des Grundstudiums wird in Berlin auch als Teil des DTMPH (Diploma in Tropical Medicine and Public Health) - Kurs angeboten. Die verfügbaren Studienplätze werden von Europäern und Interessenten/Interessentinnen aus Übersee stark nachgefragt. In Berlin bewerben sich jährlich über 100 Studierwillige, 30 davon können zugelassen werden.

Zusätzliche Veranstaltungen und Kurse, zum Beispiel für Alumni des Studiengangs, werden in Berlin, Afrika und Asien meist in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Akademischen Austauschdienst durchgeführt.

4.3.6 Landesinstitut für gerichtliche und soziale Medizin Berlin - Synergien auf rechtsmedizinischem Gebiet -

Nach der *Konzentrierung der rechtsmedizinischen Kapazitäten* mit zwei rechtsmedizinischen Instituten, dem Landesinstitut für gerichtliche und soziale Medizin Berlin und dem Institut für Rechtsmedizin der Charité - Universitätsmedizin Berlin, nahe dem Berliner Strafgericht und im Zentrum Berlins (vgl. Gesund-

heitsberichterstattung Berlin - Basisbericht 2006/2007) wurden, wie geplant, eine Reihe von Synergieeffekten realisiert.

**Modernste Techniken
gewährleisten hohen
Standard der rechtsmedi-
zinischen Versorgung.**

Als letztes wichtiges Ereignis ist die *Anschaffung eines Computertomographen* durch das Institut für Rechtsmedizin der Charité - Universitätsmedizin Berlin, bei gemeinsamer Nutzung durch das Landesinstitut, zu nennen. Damit ist die Berliner Rechtsmedizin in der Lage, mit modernsten Untersuchungstechniken einen hohen Standard der rechtsmedizinischen Versorgung zu gewährleisten.

Die *postmortale Computertomographie* liefert untersucherunabhängig submillimetergenaue Befunde von Verstorbenen anhand von Dichteunterschieden, die eine zerstörungsfreie Dokumentation ermöglicht. Ferner bietet die Form der Befunddarstellung eine abstrakte, jedoch exakte Wiedergabe einer Verletzung. Dieses spielt insbesondere bei gewaltintensiven Tötungsdelikten eine entscheidende Rolle, da hier eine blutfreie und für den medizinischen Laien erträglichere Form der Befundvermittlung möglich ist. Es ist ferner bei Delikten mit rekonstruktiven Fragestellungen – auch Jahre nach der Tat – möglich, neue Erkenntnisse (z. B. möglicher Tatwaffen oder durch Geständnis bekannt gewordene Tatabläufe) mit den Befunden am Leichnam zu vergleichen.

Schwerpunktmäßig werden in Berlin bei Verdacht auf ein Tötungsdelikt, bei Verkehrsunfällen, Kindstodesfällen und unbekanntem Toten sowie bei ausgewählten Todesfällen mit rekonstruktiven Fragestellungen postmortale computertomographische Untersuchungen durchgeführt. Hierzu ist die Resonanz von Polizei, Staatsanwaltschaft und Gericht durchweg positiv.

4.3.7 Die Patientenbeauftragte des Landes Berlin

**Fachlicher Auftrag um den
Bereich Pflege erweitert.**

Die seit November 2004 amtierende *Patientenbeauftragte* auf Landesebene wurde für die 17. Legislaturperiode vom Senator für Gesundheit und Soziales erneut ins Amt berufen. Der fachliche *Auftrag* wurde durch die neue politische Leitung *um den Bereich Pflege erweitert*.

Die Patientenbeauftragte ist *Ansprechpartnerin für Belange und Anliegen von Patientinnen und Patienten und nun auch für Pflegebedürftige und ihre Angehörige*. Hierbei wird besonderes Gewicht auf Belange der gesundheitlichen Versorgung auch im Bereich der Pflege gelegt. Sie arbeitet mit Initiativen, Verbänden und Organisationen zusammen und koordiniert die Vernetzung der vielfältigen Aktivitäten für eine Unterstützung der Betroffenen in Berlin. Das Amt greift Ansätze zur Interessenvertretung auf und entwickelt sie mit den Partnern weiter.

Die Patientenbeauftragte berät den Senator und die Verwaltung. Themen, Anliegen und Probleme werden so gebündelt, dass sie für eine *Verbesserung der Gesundheits- und Sozialpolitik* nutzbar gemacht werden können.

Im Berichtszeitraum wurden im Büro der Patientenbeauftragten etwa 600 *Anliegen von Ratsuchenden* aufgegriffen. Ein Großteil der Anfragen konnte schnell beantwortet oder mit Kooperationspartnern gemeinsam geklärt werden. *Themen, die immer wieder angesprochen wurden*, sind z. B.:

- Beschwerdewege bei Verdacht auf Behandlungsfehler,
- Schnittstellenprobleme an den Übergängen der Versorgungsbereiche (zu frühe Entlassung aus dem Krankenhaus),
- Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Infektionen (MRSA),
- Probleme bei der Einsicht in Patientenunterlagen oder Gutachten,
- Schwierigkeiten bei Kostenübernahme von Leistungen durch Kostenträger,

- Umgang mit (überhöhten) Arztrechnungen,
- Termine und Wartezeiten in Arztpraxen,
- Beschwerden über psychiatrische Versorgung,
- Probleme im Zusammenhang mit Zahnersatz,
- mangelnder Datenschutz,
- Finanzierungsprobleme bei Heil- und Hilfsmitteln,
- schlechte Qualität von Produkten aus Hilfsmittelverträgen der Krankenkassen,
- Umgang mit individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL).

Nachfolgend eine Auswahl von *Aktivitäten des Büros der Patientenbeauftragten* für den Bereich Gesundheit:

Erarbeitung einer Handreichung zur Arbeit und Auswahl von Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprechern

Der Rat der Bürgermeister regte gegenüber dem Senat an, gemeinsam mit den Bezirken, ggf. unter Federführung der Berliner Patientenbeauftragten, eine Handreichung zur Arbeit und Auswahl von Patientenfürsprecherinnen und -fürsprechern zu erarbeiten (RdB-Vorlage Nr. R-896/2011).

Die Patientenbeauftragte für Berlin rief daraufhin eine Arbeitsgruppe ins Leben und erarbeitete gemeinsam mit den Bezirken, dem Landesbeauftragten für Psychiatrie sowie Vertretern des Arbeitskreises Patientenfürsprecher die gewünschten Unterlagen.

Hintergrund dieser Aufgabe war, dass nach der Novellierung des Landeskrankenhausgesetzes (LKG) vom 18. September 2011 die *öffentliche Ausschreibung und die Erstellung eines Anforderungsprofils für die Besetzung der Ämter der Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher verpflichtend* ist. Daneben gelten die Anforderungen des § 40 Psychischkrankengesetz (PsychKG) für die Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher in psychiatrischen Kliniken bzw. Abteilungen.

Die Unterlagen wurden dem Rat der Bürgermeister (RdB) zur Kenntnisnahme vorgelegt mit der Bitte, die Anwendung allen Bezirken zu empfehlen. Dieser Bitte wurde gefolgt und gleichzeitig für das Jahr 2014 eine *Evaluation* unter Beteiligung der Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher sowie der Bezirke gefordert.

Befragung von Patienten zur ärztlichen Bedarfsplanung in zwei Berliner Bezirken

Was bisher in der Diskussion um die *ärztliche Bedarfsplanung* völlig fehlt, sind belastbare Angaben zu den Haltungen, Erwartungen, Inanspruchnahmekriterien von Patientinnen und Patienten selber. Das Verhalten der Versicherten sowie Patientinnen und Patienten ist für die Auslastung vorhandener ärztlicher Angebote sehr bedeutsam, aber bisher kaum erhoben und für Planungszwecke operationalisiert worden.

**Patientenerwartungen
und Inanspruchnahme-
kriterien bei ärztlicher
Bedarfsplanung nutzen.**

Es geht um die direkte *Berücksichtigung der Erfahrungen und Präferenzen der Bevölkerung bezüglich des Zugangs zur ambulanten ärztlichen Versorgung*. Die Frage lautet „Wie kann die Versorgungsrealität und der medizinische Bedarf durch Befragungen von Versicherten, Patientinnen und Patienten ermittelt werden und ein Instrument zu Bevölkerungs- und Patientenbefragungen im Kontext der Bedarfsplanung sinnvoll eingesetzt werden?“

Die Patientenbeauftragte für Berlin hat deswegen gemeinsam mit den maßgeblichen Organisationen zur Vertretung von Patienteninteressen im Gemeinsamen Bundesausschuss und mit Unterstützung der Gesundheitsstadträte von Charlottenburg-Wilmersdorf und Treptow-Köpenick sowie des Instituts für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES) eine *Umfrage zum patientenorientierten Bedarf* durchgeführt (zur Durchführung der Umfrage und zu ersten Ergebnissen vgl. auch Abschnitt 4.1.1.2 in diesem Bericht).

Weiterführung des PatientenForums

Fragen, Anliegen und Beschwerden zu Themen der *zahnärztlichen Behandlung* gehören zum festen Beratungsgegenstand im Amt der Patientenbeauftragten für Berlin und den Patientenberatungsstellen.

Große Unklarheiten und damit ein erheblicher *Aufklärungsbedarf* bestehen zu den unterschiedlichen Behandlungsverfahren, -techniken und Materialien und den sich daraus ergebenden Kosten, von denen nicht immer klar ist, ob diese Leistungen von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen werden. Durch die Kosten(erstattungs)regelungen mit Festbeträgen, z. B. bei Zahnersatz und einer Fülle an Wahlleistungen, ist der Umgang in einer Zahnarztpraxis in der Wahrnehmung vieler Patientinnen und Patienten einer Geschäftsbeziehung ähnlich. Um hier souveräne Entscheidungen treffen zu können, fehlt aber oft die Preistransparenz.

Aus diesem Grunde wurde am 18. September 2012 eine gemeinsame *Informationsveranstaltung zu Kosten- und Leistungsregelungen in der Zahnbehandlung* mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZV) Berlin und der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD) durchgeführt.

4.4 Beschäftigte im Berliner Gesundheitswesen

4.4.1 Beschäftigte im ambulanten und stationären Bereich

10 % der Berliner Beschäftigten 2011 im Gesundheitssektor tätig.

Im Berliner Gesundheitswesen waren im Jahr 2011 etwa 162.300 Personen beschäftigt, damit hatte der Gesundheitssektor einen Anteil von fast 10 % gemessen an allen Erwerbstätigen mit Wohnort in Berlin. Gegenüber dem Vorjahr ist die *Zahl der Beschäftigten im Bereich Gesundheit* um 2,7 % gestiegen, das bedeutet eine stärkere Zunahme als auf der Ebene aller Erwerbstätigen, für die die Erwerbstätigenrechnung der Länder eine Wachstumsrate von 1,6 % ausweist.

Die genannte Zahl der im Gesundheitswesen Beschäftigten betrifft vornehmlich die *in der unmittelbaren Patientenversorgung stehenden Bereiche*. Zu den *Quellen*, die Gesundheitspersonaldaten für die Berliner Gesundheitsberichterstattung bereitstellen, gehören z. B. die Kammern der akademischen Heilberufe (Ärzte-, Zahnärzte-, Psychotherapeuten-, Apothekerkammer), das Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin mit der Statistik über die selbstständige/freiberufliche Tätigkeit in einem Medizinalfachberuf sowie das Statistische Bundesamt und das Amt für Statistik Berlin-Brandenburg mit der Bundespflegestatistik, der Krankenhausstatistik und der Statistik der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten.

In dieser Aufstellung nicht erfasst sind - im Gegensatz zur Gesundheitspersonalrechnung des Bundes - Gesundheitshandwerkerinnen und -handwerker (dazu gehören z. B. die Bereiche Augenoptik, Orthopädiemechanik, Zahntechnik), Beschäftigte im Gesundheitseinzelhandel und in der Industrie (wie Vorleistungsindustrien, pharmazeutische, medizintechnische, augenoptische Industrie) sowie Personal in Verwaltungseinrichtungen wie Kranken- und Pflegeversicherungen, kassen-(zahn-)ärztliche Vereinigungen oder Heilberufskammern. Die jährlich vom Bundesamt für Statistik für Deutschland erstellte Gesundheitspersonalrechnung fußt auf einer weitaus breiteren Datenbasis, ist jedoch für Berlin nicht zu nutzen, da eine regionale Aufschlüsselung nach Bundesländern fehlt. Auch das Amt für Statistik Berlin-Brandenburg stellt keine das gesamte Gesundheitspersonal umfassenden Daten mehr zur Verfügung, der letzte Statistische Bericht „Im Gesundheitswesen tätige Personen“ wurde im Jahr 2008 veröffentlicht und damit sein Erscheinen eingestellt.

Die *Gesundheitspersonalrechnung des Statistischen Bundesamtes* beziffert die Zahl der zum 31.12.2011 deutschlandweit im Gesundheitswesen Beschäftigten auf 4,9 Mio., d. h. etwa jeder neunte Erwerbstätige

war in der Gesundheitssparte tätig; das Beschäftigungswachstum gegenüber 2010 betrug 1,8 %³⁹. Weiteres zum Gesundheitspersonal in Deutschland ist nachzulesen in der Fachserie des Statistischen Bundesamtes⁴⁰.

4.4.1.1 Beschäftigte nach Einsatzort, Berufsgruppen und Geschlecht

Beschäftigung im ambulanten und stationären Gesundheitswesen

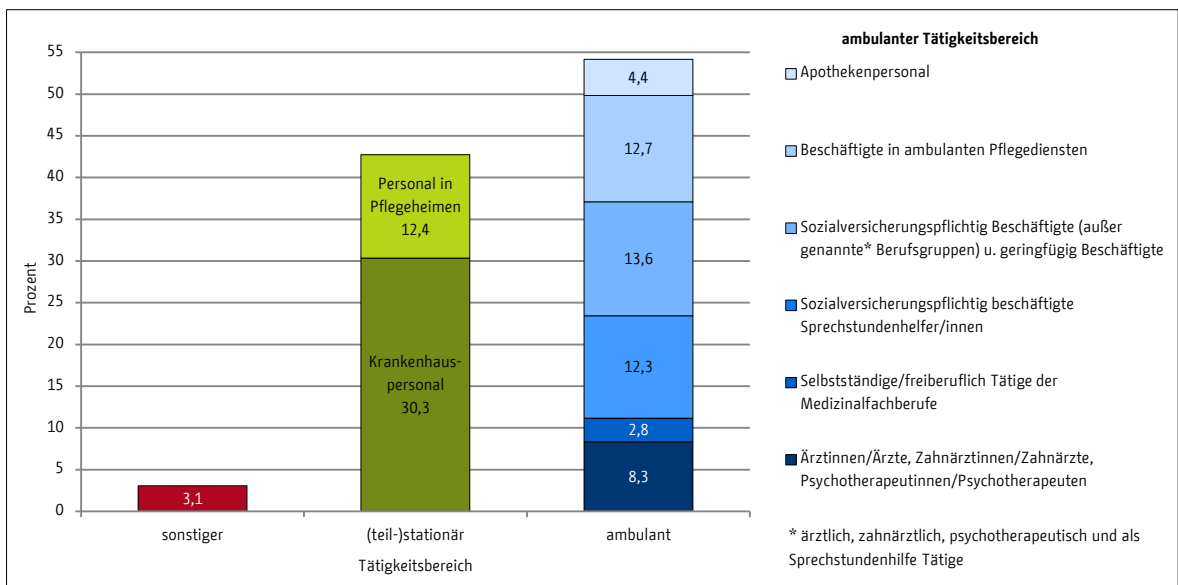
Der hier betrachtete Beschäftigungssektor betrifft im Wesentlichen die ambulanten und (teil-)stationären Bereiche des Berliner Gesundheitswesens. Mehr als jeder zweite Arbeitsplatz (54 % bzw. 87.943 Personen) war Ende 2011 im ambulanten Bereich angesiedelt, die Bedeutung *stationärer bzw. teilstationärer Einrichtungen* war mit einem Beschäftigungsanteil von 43 % (69.358 Personen) deutlich geringer. Die Arbeitskräfte des letztgenannten Bereichs waren größtenteils (49.248 Personen) in Krankenhäusern (inklusive Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen), weitere 20.110 in Pflegeheimen beschäftigt (71 % bzw. 29 % der im (teil-)stationären Bereich Tätigen).

Mehr als jeder zweite Arbeitsplatz im ambulanten Bereich angesiedelt.

Zu den *Arbeitsbereichen des ambulanten Sektors* gehören Arzt-, Zahnarzt- und Psychotherapeutenpraxen, Praxen von Angehörigen sonstiger Gesundheitsberufe, ambulante Pflegedienste und Apotheken. Die Praxen vereinten die meisten Arbeitskräfte auf sich; mehr als zwei Drittel (68 %, 60.190 Personen) der ambulant Tätigen - d. h. selbstständig/freiberuflich Tätige, sozialversicherungspflichtig oder geringfügig entlohnte Beschäftigte zusammen - hatten dort ihre Arbeitsstelle. In ambulanten Pflegediensten waren 20.665 und in Apotheken 7.088 Personen beschäftigt, bezogen auf das ambulante Berliner Gesundheitswesen errechneten sich Beschäftigungsanteile von 24 % bzw. 8 %.

Der *sonstige Beschäftigungsbereich* mit einem Anteil von 3 % (5.009 Beschäftigte) umfasst hier das Personal im öffentlichen Dienst im Bereich Gesundheit (1.797 Personen, 1,1 %) sowie Ärztinnen, Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die außerhalb des ambulanten und (teil-)stationären Bereichs tätig sind (vgl. Abbildung 4.13 und GSI-Tabelle [8.1-1](#)).

Abbildung 4.13:
Beschäftigte im Gesundheitswesen (einschließlich Pflegeeinrichtungen) in Berlin am 31.12.2011 nach Tätigkeitsbereich und Berufsgruppen



(Datenquelle: ÄK / ZÄK / PTK / LAGeSo Berlin / AfS Berlin-Brandenburg / DRV-Minijob-Zentrale / Apothekerkammer Berlin / Darstellung: SenGesSoz - I A -)

³⁹ Statistisches Bundesamt (2013): Pressemitteilung Nr. 037 vom 30.01.2013.

⁴⁰ Vgl. <http://www.destatis.de> über den Pfad Publikationen / Thematische Veröffentlichungen / Gesundheit / Veröffentlichungen für die Bereiche: Gesundheitspersonal (Fachserie 12 Reihe 7.3.1 und 7.3.2), zuletzt aufgerufen am 21.05 2013.

Berufsgruppen

Durch hohe Beschäftigtenzahlen fielen Ende 2011 folgende Berufsgruppen auf: Mehr als 30.000 der im Berliner Gesundheitswesen und in den Pflegeeinrichtungen Erwerbstätigen arbeiteten als *Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpfleger/in oder Hebamme*, weitere 21.100 waren als *Sprechstundenhilfe* angestellt, dazu zählten u. a. Medizinische und Zahnmedizinische Fachangestellte sowie Arztsekretärinnen/-sekretäre. Mit rund 18.700 Beschäftigten bildeten die *Ärztinnen und Ärzte* die drittgrößte Berufsgruppe; es folgten die in der *Physiotherapie, als Masseur/in oder med. Bademeister/in* Tätigen mit über 9.700, die *Altenpfleger/innen* mit 6.350 und die *Krankenpflege- bzw. Altenpflegehelfer/innen* mit fast 5.500 Erwerbstätigen. Beschäftigtenzahlen über 3.000 wiesen die Berufsgruppen *Zahnärztin/Zahnarzt, Apotheker/in* und *Psychotherapeut/in* auf. Zusammen genommen machten die Beschäftigten der genannten Berufsgruppen (102.190 Personen) 63 % aller Erwerbstätigen des Berliner Gesundheitswesens aus (vgl. Tabelle 4.7).

Tabelle 4.7:
Beschäftigte im Gesundheitswesen und in Pflegeeinrichtungen nach ausgewählten Berufsgruppen in Berlin am 31.12.2011

Berufsgruppe	Anzahl
Gesundheits-/(Kinder-)Krankenpfleger/in, Hebamme	30.392
Sprechstundenhelfer/in	21.100
Ärztin/Arzt	18.691
Physiotherapeut/in, Masseur/in, med. Bademeister/in	9.735
Altenpfleger/in	6.350
Krankenpflegehelfer/in, Altenpflegehelfer/in	5.475
Zahnärztin/Zahnarzt	3.878
Apotheker/in	3.316
Psychotherapeut/in	3.253

(Datenquelle: ÄK / ZÄK / PTK / LAGeSo Berlin / AFS Berlin-Brandenburg / Apothekerkammer Berlin)

Beschäftigung von Frauen und Männern im Gesundheitswesen

Tätigkeit im Gesundheitswesen nach wie vor Frauendomäne.

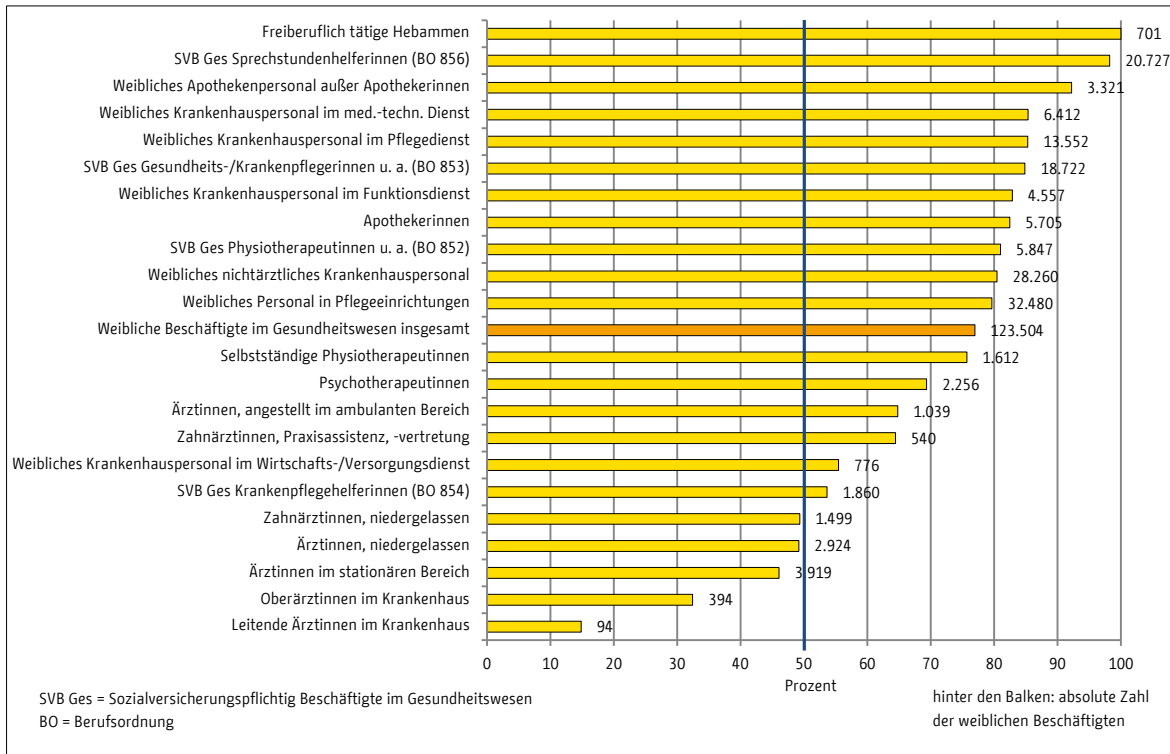
Nach wie vor ist die Tätigkeit im Gesundheitswesen eine ausgesprochene Frauendomäne; von den hier betrachteten 162.310 Beschäftigten waren über drei Viertel (77 %) weiblichen Geschlechts, Männer hatten einen Anteil von 23 %. Die einzelnen Berufsgruppen unterscheiden sich jedoch im *Geschlechterverhältnis* deutlich voneinander und zum Teil sind auch innerhalb der Berufsgruppen veränderte Geschlechteranteile je nach Beschäftigungsart zu beobachten.

Besonders ausgeprägt ist das z. B. *im ärztlichen Beruf*: Stark abweichend vom durchschnittlichen Frauenanteil aller Berufsgruppen wurde die Tätigkeit in dieser Berufssparte nur knapp zur Hälfte (49,7 %) von Frauen ausgeübt; im ambulanten Bereich dagegen waren mehr Ärztinnen (52,5 %) als Ärzte tätig, ein Ergebnis der häufigeren Beschäftigung von Ärztinnen im Angestelltenverhältnis (Frauenanteil 64,8 %), während bei den Niedergelassenen ebenso wie im stationären Bereich die männlichen Kollegen in der Mehrzahl waren (Anteil der Ärztinnen 49,2 % bzw. 46,1 %). Ein krasses Ungleichgewicht ist bei den leitenden Positionen in Krankenhäusern festzustellen: Während Frauen wenigstens ein Drittel (32,4 %) der Oberarztposten besetzten, waren sie auf der Ebene der ärztlichen Leitung nur noch mit einem Anteil von 14,8 % vertreten (vgl. GSI-Tabellen [8.5-1](#) und [8.17-2](#)).

Im *zahnärztlichen Bereich* insgesamt wurden etwas mehr berufstätige Zahnärztinnen (52,6 %) als Zahnärzte gezählt; die Ausübung des zahnärztlichen Berufs fand 2011 fast ausschließlich in Zahnarztpraxen statt, hier stellte sich das prozentuale Verhältnis von Frauen zu Männern ähnlich dar wie bei der ambulanten ärztlichen Tätigkeit: unter den Niedergelassenen machte der Frauenanteil nur 49,3 % aus, Praxisassistenz und Praxisvertretung hingegen wurde in nahezu zwei Dritteln der Fälle (64,4 %) von Zahnärztinnen übernommen (vgl. GSI-Tabelle [8.10-1](#)).

Bei den Erwerbstätigen aller *übrigen betrachteten Berufsgruppen* und Tätigkeitsbereiche waren die Frauen in der Mehrzahl; die Anteile reichten von wenig über 50 % in der Krankenpflegehilfe bis zu über 90 % bei dem Apothekenpersonal (außer Apotheker/innen) und den als Sprechstundenhilfe Tätigen und sogar von 100 % bei den Hebammen, deren Beruf bisher in Berlin noch von keinem Mann ausgeübt worden ist (vgl. Abbildung 4.14).

Abbildung 4.14:
Beschäftigte im Gesundheitswesen (einschließlich Pflegeeinrichtungen) nach Frauenanteil in ausgewählten Berufsgruppen und Tätigkeitsfeldern in Berlin am 31.12.2011



(Datenquelle: ÄK / ZÄK / PTK / LAGeSo Berlin / AFS Berlin-Brandenburg / Apothekerkammer Berlin / Darstellung: SenGesSoz - I A -)

4.4.1.2 Teilzeitbeschäftigung und Vollzeitäquivalente

Bei den oben genannten Erwerbstätigenstatistiken werden Personen gezählt, d. h. von der Personenzahl kann nicht auf die geleistete Arbeitszeit geschlossen werden, da neben der Vollzeit- auch Teilzeittätigkeit und geringfügig entlohnte Beschäftigung inbegriffen ist. Angaben zum zeitlichen Ausmaß einer Beschäftigung werden nur in wenigen der hier genutzten Datenquellen ausgewiesen, dazu gehören z. B. die Krankenhaus- und die Pflegestatistik.

Krankenhauspersonal

Teilzeitbeschäftigung

Bei den 45.542 am 31.12.2011 in den Berliner Krankenhäusern Beschäftigten (hauptamtliches Personal sowie Schülerinnen, Schüler und Azubis) sind je nach Tätigkeitsfeld, Berufsgruppe und Geschlecht große Unterschiede in den *Anteilen der Teilzeitarbeit* zu beobachten; allen gemein war jedoch, dass die Möglichkeit einer Teilzeitbeschäftigung in den letzten Jahren immer häufiger genutzt wurde. In den Angaben zur Teilzeitbeschäftigung ist in der Krankenhausstatistik auch die geringfügige Beschäftigung mit eingeschlossen.

Zunehmende Teilzeitbeschäftigung seit 2004.

Fast jede fünfte Stelle (19 %) des *ärztlichen Dienstes* der Krankenhäuser war Ende 2011 mit einer Teilzeitkraft besetzt, 2004 lag der Anteil noch bei knapp 14 %. Während von den 4.213 Krankenhausärzten aber nur jeder zehnte (10 %) nicht in Vollzeit arbeitete, gingen von ihren 3.714 Kolleginnen anteilig dreimal so viele (30 %) einer Teilzeitbeschäftigung nach.

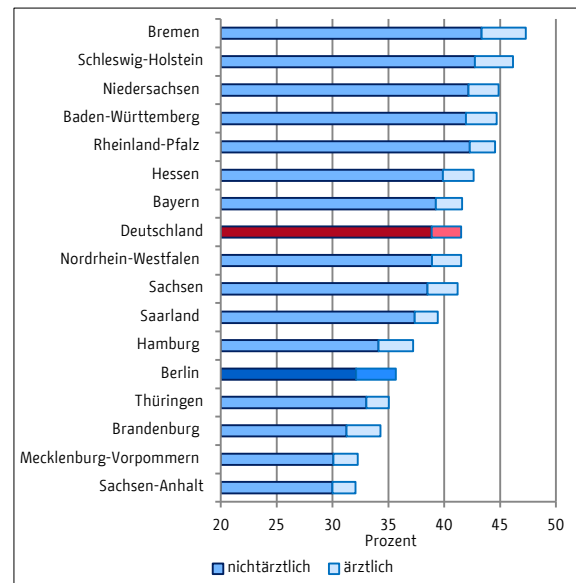
Noch häufiger als bei den Ärztinnen wurde am 31.12.2011 bei den 35.118 Personen des *nichtärztlichen Dienstes* eine Teilzeitbeschäftigung ausgewiesen, die Teilzeitquote von 39 % bedeutete gegenüber 2004 eine Zunahme um sieben Prozentpunkte. Auch hier waren große *geschlechtsspezifische Unterschiede* fest-

zustellen, wenngleich die Differenz zwischen den Teilzeitanteilen von Männern (20 %) und Frauen (44 %) geringer ausfiel als bei dem ärztlichen Personal (vgl. GSI-Tabelle [8.17-1](#)).

Bei Betrachtung der einzelnen nichtärztlichen Dienste fällt der Pflegedienst mit den meisten Beschäftigten in Teilzeit auf, das betraf Frauen (48 % von 13.552 Frauen) und Männer (32 % von 2.332 Männern) gleichermaßen. Die niedrigsten Teilzeitquoten wurden für die weiblichen Beschäftigten im Verwaltungsdienst (28 % von 2.286 Frauen) und im Wirtschafts- und Versorgungsdienst (34 % von 776 Frauen) angegeben. Auch die Teilzeitarbeit der Männer war in diesen beiden Bereichen am geringsten ausgeprägt, wobei die Quoten wie in den anderen Diensten auch noch deutlich unter denen der Frauen lagen mit 10 % (von 623 Männern) im Wirtschafts- und Versorgungsdienst und 12 % (von 872 Männern) im Verwaltungsdienst (vgl. GSI-Tabelle [8.18-1](#)).

Im Vergleich der Bundesländer nimmt Berlin mit seiner Teilzeitquote bezogen auf das gesamte hauptamtliche Krankenhauspersonal mit 36 % einen der unteren Ränge ein, nur in den neuen Bundesländern Thüringen (35 %), Brandenburg (34 %), Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt (jeweils 32 %) übten anteilig noch weniger Beschäftigte ihre Tätigkeit in Teilzeit aus. Allein Sachsen als fünftes der neuen Bundesländer lag mit einer Teilzeitquote von 41 % näher am Bundesdurchschnitt von 42 %. Die höchsten Quoten verzeichneten Schleswig-Holstein und Bremen, die mit 46 % bzw. 47 % nicht weit von der Hälfte der Belegschaften in Teilzeit entfernt waren (vgl. Abbildung 4.15).

Abbildung 4.15:
Ärztliches und nichtärztliches Krankenhauspersonal in Teilzeitbeschäftigung in Deutschland am 31.12.2011 nach Bundesländern



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

Vollzeitäquivalente in direktem und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis am Krankenhaus

**Krankenhausstellen um
14 % reduziert in den
letzten 10 Jahren.**

Um die Entwicklung der Beschäftigungssituation in den Krankenhäusern im Zeitverlauf beurteilen zu können, wird eine *Umrechnung der gesamten Voll- und Teilzeittätigkeit eines Berichtsjahres auf die volle tarifliche Arbeitszeit* vorgenommen. Daraus ergeben sich sogenannte Vollzeitäquivalente oder auch Vollkräfte im Jahresdurchschnitt, deren Anzahl für 2011 in Berlin mit 36.194 angegeben wurde. Das bedeutet ein Rückgang um 14 % innerhalb der letzten 10 Jahre, 2002 standen in den Krankenhäusern noch 42.052 Vollzeitäquivalente zur Verfügung.

Während das *ärztliche Personal* von diesem Stellenabbau nicht betroffen war, sondern im Gegenteil deren Zahl in diesem Zeitraum um 11 % auf 7.059 Vollzeitäquivalente stieg, war bei dem *nichtärztlichen Personal* ein Rückgang um 18 % von 35.009 auf 28.641 Vollzeitäquivalente zu beobachten. Im Pflegedienst sank die Zahl um 12 % auf 12.604, im medizinisch-technischen Dienst um 14 % auf 6.197, im Funktionsdienst um 8 % auf 4.429 und im Verwaltungsdienst um 21 % auf 2.762 Vollzeitäquivalente. Die Bereiche, in denen das Personal anteilig am stärksten reduziert wurde, waren das klinische Hauspersonal (-59 %), der Wirtschafts- und Versorgungsdienst (-48 %) und der technische Dienst (-42 %) auf zusammen 2.173 Vollzeitäquivalente; bei den drei Bereichen handelt es sich also um sehr kleine Arbeitsgebiete, in denen 2002 insgesamt jede zehnte Vollkraft beschäftigt war, 2011 lag deren Anteil an allen Vollzeitäquivalenten dann nur noch bei 6 % (vgl. GSI-Tabelle [8.18z-1](#)).

Bei dem bisher in diesem Abschnitt betrachteten Krankenhauspersonal ging es um *Arbeitskräfte mit direktem Beschäftigungsverhältnis* im Krankenhaus. Zunehmend gehen die Krankenhäuser dazu über, *Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis* in der Einrichtung einzusetzen. Dabei kann es sich z. B.

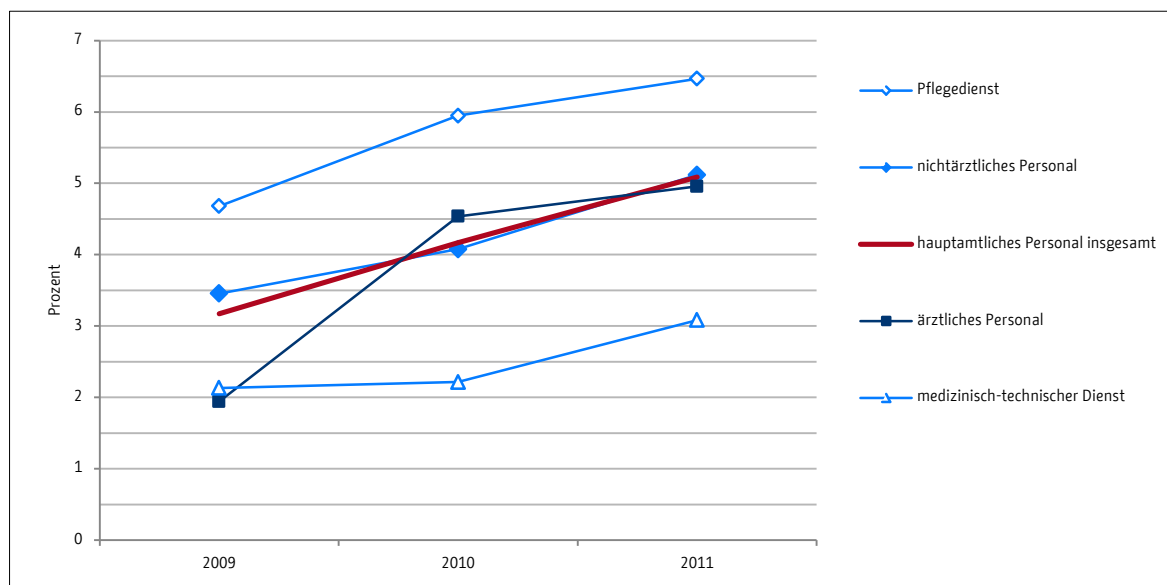
**Krankenhauspersonal
zunehmend ohne direktes
Beschäftigungsverhältnis.**

um den Personaleinsatz im Rahmen einer konzerninternen Personalgesellschaft, eines Leasing-Verfahrens oder auch um Honorarkräfte handeln. Das Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis wird, umgerechnet in Vollkräfte, seit 2009 in der Krankenhausstatistik zusätzlich erfasst und in der Fachserie des Statistischen Bundesamtes⁴¹ - auch aufgeschlüsselt nach Bundesländern - nachrichtlich ausgewiesen.

2009 setzten die Krankenhäuser *ärztliches und nichtärztliches Personal* ohne direktes Beschäftigungsverhältnis im Umfang von 1.169 Vollkräften ein, 2010 waren es 1.554 und im Jahr darauf 1.913 Vollzeitäquivalente, das bedeutete 2011 gegenüber dem ersten Berichtsjahr 2009 ein Zuwachs um 64 %. Dabei betrug die Zunahme beim ärztlichen Personal in diesem Zeitraum 175 % (von 134 auf 368 Vollkräfte) und beim nichtärztlichen Personal war ein Anstieg um die Hälfte (49 %) von 1.035 auf 1.545 Vollkräfte zu beobachten. Der Einsatz von Arbeitskräften ohne direktes Beschäftigungsverhältnis hatte 2011 mit 5 % einen kleinen, jedoch seit 2009 kontinuierlich wachsenden Anteil (2009: 3 %, 2010: 4 %) am gesamten Personaleinsatz in den Berliner Krankenhäusern. Im Pflegedienst, dem größten Personalbereich der Krankenhäuser, lag der Anteil ohne direktes Beschäftigungsverhältnis mit 871 Vollzeitäquivalenten bereits bei fast 7 % (vgl. Abbildung 4.16 sowie GSI-Tabellen [8.18z-2](#) und [8.18z-3](#)).

Abbildung 4.16:

Anteil des Krankenhauspersonals (Vollkräfte im Jahresdurchschnitt) ohne direktes Beschäftigungsverhältnis in der Einrichtung in Berlin 2009 - 2011 nach ausgewählten Personalgruppen



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

Die gegenläufige Entwicklung der Vollkräftezahlen mit direktem Beschäftigungsverhältnis in ärztlichem Dienst (Anstieg) und Pflegedienst (Rückgang) in den letzten zehn Jahren spiegelt sich auch in den Bezugsgrößen des *Personaleinsatzes* wider: Während das ärztliche Personal 2011 durchschnittlich pro Arbeitstag deutlich weniger vollstationär belegte Betten (11,6) zu versorgen hatte als 2002 (13,8), stieg die entsprechende Belastungszahl im Pflegedienst im selben Zeitraum von 6,1 auf 6,5 an. Bei Einberechnung der Vollzeitäquivalente ohne direktes Beschäftigungsverhältnis in den Jahren 2009 bis 2011 liegen die vom Pflegepersonal durchschnittlich zu versorgenden Bettenzahlen bei 6,2 bzw. 6,1 und damit in gleicher Höhe

⁴¹ Vgl. <http://www.destatis.de> über den Pfad Publikationen / Thematische Veröffentlichungen / Gesundheit / Veröffentlichungen für die Bereiche: Krankenhäuser (u. a. Fachserie 12 Reihe 6.1.1 - Grunddaten der Krankenhäuser), zuletzt aufgerufen am 21.05.2013.

wie in den ersten drei Jahren des 10-Jahres-Zeitraums. Die Durchschnittswerte je Vollzeitäquivalent des ärztlichen Personals reduzierten sich bei Hinzunahme der Arbeitskräfte ohne direktes Beschäftigungsverhältnis 2009 bis 2011 von 11,8 / 11,7 / 11,6 auf 11,5 / 11,1 / 11,0 vollstationär belegte Betten pro Arbeitstag (vgl. GSI-Tabelle [7.28-1](#)).

Der Trend, Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis in den Krankenhäusern einzusetzen, hat sich *auf Bundesebene* (noch?) nicht etabliert. Allein in Schleswig-Holstein war der Personaleinsatz ohne direktes Beschäftigungsverhältnis Ende 2011 in ähnlichem Ausmaß zu beobachten wie in Berlin mit Anteilen von 4 % insgesamt und 8 % im Pflegedienst. Deutschlandweit hatte diese Art des Personaleinsatzes in den Krankenhäusern einen Anteil von wenig mehr als 2 %; nur das klinische Hauspersonal und der Wirtschafts- und Versorgungsdienst erreichten mit 11 % bzw. 8 % vergleichsweise hohe Werte, die jedoch wegen der geringen Zahl an Vollzeitäquivalenten in diesen beiden Bereichen für die gesamte Krankenhauspersonalwirtschaft kaum ins Gewicht fielen.

Beschäftigte in Pflegeeinrichtungen

Teilzeitbeschäftigung

Mehr Teilzeit- als Vollzeitarbeitskräfte in den Pflegeeinrichtungen.

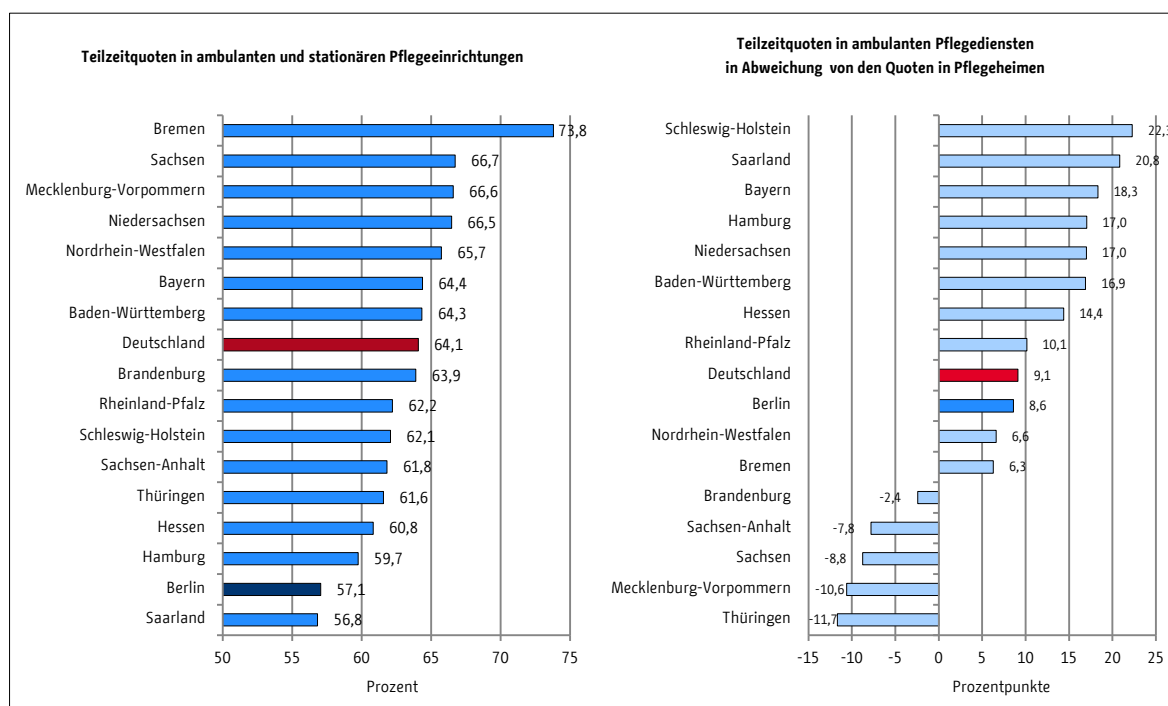
In *stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen* waren zum 15.12.2011 laut Pflegestatistik 40.775 Personen, davon 80 % Frauen und 20 % Männer, beschäftigt. In 23.265 Fällen wurde die *Tätigkeit in Teilzeit* ausgeübt, d. h. unter allen Beschäftigten der Pflegeeinrichtungen befanden sich mehr Teilzeit- als Vollzeitarbeitskräfte mit einer Teilzeitquote von 57 %, die damit noch weitaus höher lag als im oben betrachteten Krankenhausbereich. Wie beim Krankenhauspersonal war auch bei den in Pflegeeinrichtungen Tätigen insgesamt eine *im Zeitverlauf* steigende Inanspruchnahme der Teilzeitarbeit zu beobachten, jedoch zeigten sich hier gegenläufige Entwicklungen in Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten. Während in den *Pflegeheimen* die Teilzeitbeschäftigung sich seit Ende 1999 - dem Jahr, in dem die Pflegestatistik erstmals erhoben wurde - enorm ausweitete beginnend mit einem Anteil von 29 % bis auf 53 % am 15.12.2011 (1999: 4.239 und 2011: 10.599 Teilzeitbeschäftigte), ging die Teilzeitquote in den *ambulanten Pflegediensten* im gleichen Zeitraum von 68 % auf 61 % (1999: 7.883 und 2011: 12.666 Teilzeitbeschäftigte) zurück.

Dass die ambulante und stationäre Betreuung Pflegebedürftiger überwiegend in Teilzeit ausgeübt wird, ist kein berlinspezifisches Phänomen. In den meisten anderen *Bundesländern* ist die Teilzeitarbeit der Beschäftigten von ambulanten Pflegediensten und Pflegeheimen sogar noch weitaus verbreiteter als in Berlin. An der Spitze stand 2011 das Land Bremen mit einer Teilzeitquote von 74 %, es folgten Sachsen, Mecklenburg-Vorpommern und Niedersachsen mit Quoten von jeweils 67 %. Bundesweit lag der Anteil der Teilzeitbeschäftigung in den Pflegeeinrichtungen bei 64 %. Teilzeitquoten von weniger als 60 % waren außer in Berlin nur in Hamburg (knapp 60 %) und im Saarland (57 %) zu finden.

Bei Betrachtung der *Häufigkeit von Teilzeitarbeit nach Einrichtungstyp* zeigt sich eine scharfe Trennlinie zwischen Ost und West: Im Bundesdurchschnitt arbeiteten die Beschäftigten der ambulanten Pflegedienste anteilig häufiger in Teilzeit (70 %) als ihre Kolleginnen und Kollegen in den stationären Pflegeeinrichtungen (61 %), das traf auch auf Berlin und die alten Bundesländer zu; in den fünf neuen Bundesländern dagegen verhielt es sich genau andersherum, hier waren in den ambulanten Diensten niedrigere Teilzeitquoten als in den Pflegeheimen zu beobachten mit einer Spannweite von 54 % in Thüringen bis 63 % in Brandenburg, während die Anteile in den stationären Einrichtungen von 65 % in Brandenburg bis 70 % in Mecklenburg-Vorpommern reichten (vgl. Abbildung 4.17).

Abbildung 4.17:

Personal in Teilzeitbeschäftigung in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen in Deutschland am 15.12.2011 nach Bundesländern



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

Vollzeitäquivalente

Insgesamt war die *Beschäftigungssituation in den Berliner Pflegeeinrichtungen* nicht wie im Krankenhausbereich von Personalabbau geprägt, sondern konnte eine deutliche Zunahme von Arbeitskräften verzeichnen. Das betraf nicht nur die Anzahl der dort beschäftigten Personen (1999: 26.229 / 2011: 40.775 Erwerbstätige), sondern zeigte sich auch bei der Umrechnung auf Vollzeitäquivalente, deren Zahl von 23.974 im Jahr 2003 auf 31.837 am 15.12.2011 anstieg. Da die Zahl der in stationären Einrichtungen und von ambulanten Diensten betreuten Pflegebedürftigen nicht in gleichem Maß zunahm, kam ihnen der Zuwachs an Arbeitskraft zugute: Während sich 2003 ein Verhältnis von durchschnittlich 51 *Vollzeitäquivalenten auf 100 pflegebedürftige Personen* errechnete, lag es Ende 2011 bei 58 : 100. Insbesondere ambulante Pflegedienste profitierten von der Entwicklung mit einem Personalschlüssel von 59 : 100 am 15.12.2011, der Ende 2003 noch bei 46 : 100 und damit deutlich unter dem der Pflegeheime lag. Das Verhältnis von Vollkräften zu stationär betreuten Pflegebedürftigen von 54 : 100 Ende des Jahres 2003 änderte sich dagegen nur wenig, mit einem Personalschlüssel von 56 : 100 standen den Pflegebedürftigen in Pflegeheimen Ende 2011 weniger Arbeitskräfte zur Verfügung als in der ambulanten Pflege (vgl. GSI-Tabelle [8.24-1](#); zu Pflegebedürftigkeit vgl. Kapitel 3.3 in diesem Bericht).

Zunahme von Arbeitskräften in den Berliner Pflegeeinrichtungen seit 1999.

4.4.2 Mitglieder der Psychotherapeutenkammer Berlin

Die Psychotherapeutenkammer Berlin erfasst seit ihrer Gründung im Jahr 2001 im Rahmen der jährlichen Gesundheitsberichterstattung relevante statistische *Daten zu ihren Kammermitgliedern* - seit 2003 regelmäßig jeweils zum 31.12. eines Jahres. Es werden Daten zum Geschlecht, Alter, Berufsstand und zur Berufstätigkeit ausgewertet, anhand derer die Entwicklung der Mitgliederzahlen in den letzten 10 Jahren dargestellt werden kann (vgl. GSI-Tabellen [8.12-1](#) und [8.12-2](#)).

Anzahl der Mitglieder nach Geschlecht und Berufsfeld

Mitgliederzahl der Psychotherapeutenkammer Berlin seit 2001 um 9 % gestiegen.

Die Zahl der approbierten *Psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen (PP)* sowie der *Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und -psychotherapeutinnen (KJP)* in Berlin ist seit 2001, dem Jahr der Kammergründung, beständig leicht gestiegen. Insgesamt sind heute 9 % mehr Kammermitglieder zu verzeichnen als 2001. Der Anteil der KJP (+16 %) wuchs im Vergleich zu dem der PP (+11 %) zwar etwas schneller, in den 10 Jahren seit Kammergründung hat sich der Anteil der Kammermitglieder mit einer Approbation als KJP damit insgesamt aber nur um rund einen Prozentpunkt erhöht (von 15,8 % im Jahr 2001 auf 16,9 % im Jahr 2011).

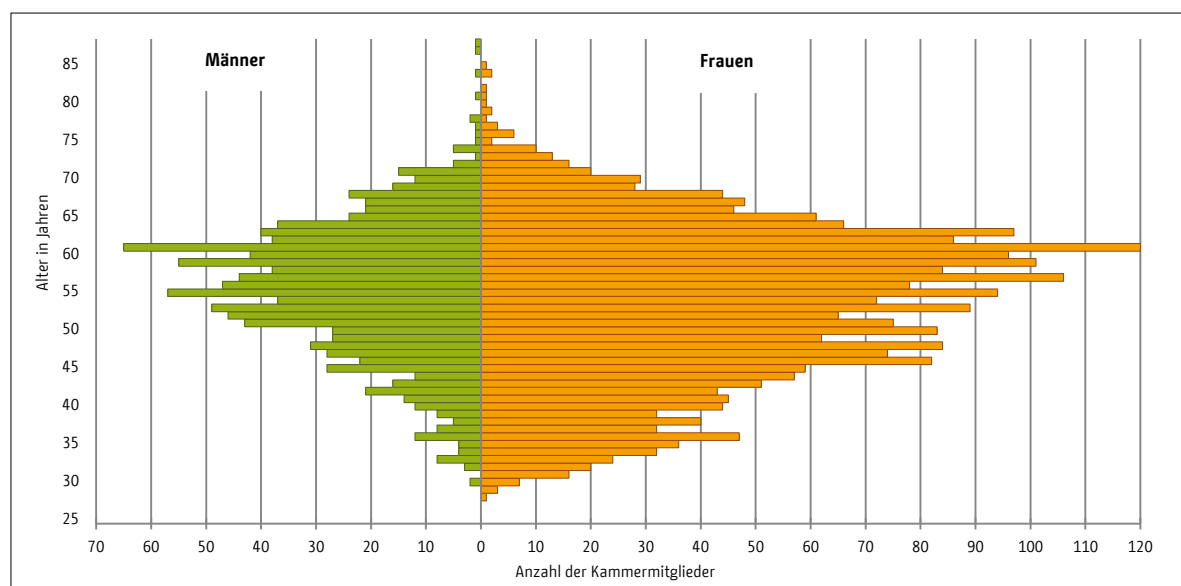
Die Psychotherapie ist ein *ausgeprägter Frauenberuf*: 70 % der PP und KJP sind weiblich, wobei Männer häufiger das Berufsfeld des PP ergreifen (32,1 % männlich) und nur 25,6 % der KJP stellen.

Die überwiegende Mehrheit (64 %) der Berliner Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ist im *ambulanten Bereich*, d. h. in einer psychotherapeutischen Einzelpraxis, Praxisgemeinschaft oder Gemeinschaftspraxis tätig. Im *stationären Bereich* arbeitet nur jeder zehnte PP bzw. KJP. Rund ein Viertel des Berufsstandes ist in sonstigen Versorgungsbereichen beschäftigt, dazu zählen z. B. Beratungsstellen, Kriseneinrichtungen, Einrichtungen der ambulanten Rehabilitation, der Kinder- und Jugendhilfe, der Behindertenhilfe oder des Strafvollzugs.

Altersverteilung der Mitglieder

Zum 31.12.2011 waren 65 % der Mitglieder über 50 Jahre alt und 29 % älter als 60 Jahre (vgl. Abbildung 4.18 und GSI-Tabelle [8.12-3](#)). Das *durchschnittliche Alter* betrug 54 Jahre, wobei die Männer im Schnitt zwei Jahre älter waren als die Frauen (Frauen: 53,4 Jahre, Männer: 55,4 Jahre). Das hohe Durchschnittsalter der PP und KJP ist zum einen ausbildungsbedingt: Erst nach einem grundständigen, zur Ausbildung qualifizierenden Studium kann die 3- bis 5-jährige psychotherapeutische Ausbildung erfolgen. Dies führt zu einem relativ späten Erwerb der Approbation mit durchschnittlich 39 Jahren⁴². Darüber hinaus ist aber der hohe Anteil der über 50-Jährigen auf die Kammerhistorie zurückzuführen: Bei Gründung der Psychothera-

Abbildung 4.18:
Alterspyramide der Mitglieder der Psychotherapeutenkammer Berlin zum 31.12.2011



(Datenquelle und Darstellung: Psychotherapeutenkammer Berlin)

⁴² Ruoff, Ochs, Jeschke & Peplau (2012): Berufssituation, Zufriedenheit und Zukunftsperspektiven von Neuapprobierten PP / KJP. Ergebnisse einer Umfrage aus dem Jahr 2011. PTJ 02/2012, 105-114. [http://www.psychotherapeutenjournal.de/ptk/web.nsf/gfx/3F9718DDDEC0A9B941257A2A003D4A01/\\$file/ptj_2012-2.pdf](http://www.psychotherapeutenjournal.de/ptk/web.nsf/gfx/3F9718DDDEC0A9B941257A2A003D4A01/$file/ptj_2012-2.pdf), zuletzt aufgerufen am 14.03.2013.

peutenkammer Berlin 2001 erhielten im Rahmen einer Übergangsregelung auf einen Schlag sehr viele, bis dahin bereits im psychotherapeutischen Berufsfeld Tätige die Approbation als PP oder KJP. Seitdem treten der Kammer jährlich konstant 135 bis 140 Neuapprobierte bei (vgl. GSI-Tabelle [9.3-1](#)).

Annahmen zur Entwicklung der Mitgliederzahlen

2011 hat die Psychotherapeutenkammer Berlin auf Grundlage vorhandener Daten zu Ein- und Austritten, zur Altersverteilung sowie Annahmen zur Entwicklung der Ausbildungszahlen und Sterberaten eine interne *Hochrechnung zur Entwicklung der Mitgliederzahlen bis 2044* erstellt⁴³.

Demnach wird die Anzahl der Kammermitglieder in den nächsten Jahren weiterhin leicht ansteigen. Ab 2016 wird sich dieser Trend jedoch umkehren und bereits ab 2020 ist mit einem Rückgang der Mitgliederzahlen aufgrund des Ausscheidens der nicht mehr berufstätigen Älteren zu rechnen (rechnerische Annahme: Alter 70 und mehr Jahre). Der deutlich sichtbare *Altersüberhang der heute über 50-Jährigen* wird dann zu einer verstärkten Abnahme der Mitgliederanzahl führen. Erst ab 2040 wird die Zahl der Neumitglieder die der ausscheidenden Mitglieder wieder übersteigen. Bis dahin werden die in Berlin für die Versorgung psychisch kranker Menschen zur Verfügung stehenden PP und KJP um rund ein Viertel zurückgegangen sein.

Sinkende Psychotherapeutenzahlen bei gleichzeitiger Zunahme psychischer Erkrankungen.

Die hohe Relevanz dieser Annahmen wird vor dem Hintergrund der steigenden Morbiditätszahlen deutlich: Die Gesundheitsreporte 2012 von DAK-Gesundheit⁴⁴ und Techniker Krankenkasse⁴⁵ bestätigen die *Zunahme psychischer Erkrankungen* in Deutschland, die verstärkt zu Arbeitsunfähigkeiten führen. Höhere Erkrankungshäufigkeiten erfordern neben qualitativen Anstrengungen auch quantitativ mehr Versorgung. Bereits heute erhalten Patientinnen und Patienten in Berlin einen Therapieplatz nur nach *wochenlangen Wartezeiten*: in Berlin kann ein Erstgespräch für eine Therapie durchschnittlich erst nach 8,3 Wochen erfolgen, deutschlandweit liegt die Wartezeit sogar bei 3 Monaten⁴⁶. Dabei wird eine zeitnahe Versorgung unter fachlichen Gesichtspunkten als dringend notwendig erachtet: die Bundespsychotherapeutenkammer fordert, diese Wartezeit auf höchstens 3 Wochen zu verkürzen⁴⁷.

Neben der demographischen Entwicklung wird die Entwicklung des psychotherapeutischen Berufsstandes auch von einer möglichen *Ausbildungsreform* abhängen: Im Zuge der Umstellung psychologischer und pädagogischer Studiengänge von Diplom-Abschlüssen auf die Bachelor- und Master-Systematik vergab das Bundesministerium für Gesundheit im Herbst 2007 ein Gutachten zur Vorbereitung einer Reform des Psychotherapeutengesetzes. Das 2009 vorgelegte Forschungsgutachten⁴⁸ führte zu einer bis heute andauernden, intensiven Diskussion um eine Weiterentwicklung der psychotherapeutischen Ausbildung. Die Ideen reichen vom Erhalt der jetzigen Ausbildungsstruktur über eine Direktausbildung an Hochschulen bis hin zur Vereinheitlichung des Berufsbildes, wonach PP und KJP in einem gemeinsamen Berufsbild verschmelzen würden, mit einer Schwerpunktsetzung in der Behandlung von Erwachsenen oder Kindern und Jugendlichen.

Veränderte Zugangsvoraussetzungen sowie ein gegebenenfalls verändertes Berufsbild werden sich möglicherweise auf die Attraktivität des psychotherapeutischen Berufs auswirken. Je nach gesetzlicher Neuregelung kann dies eine *Zu- oder Abnahme* der Zahl der Ausbildungskandidatinnen und -kandidaten und damit *des psychotherapeutischen Nachwuchses* bedeuten.

⁴³ Psychotherapeutenkammer Berlin (2011): Interne Hochrechnung zur Entwicklung der Mitgliederzahlen 2011, nicht veröffentlicht.

⁴⁴ DAK-Gesundheit (2012): DAK-Gesundheitsreport 2012, Hamburg. http://www.lpk-bw.de/archiv/news2012/pdf/120227_dak_gesundheitsreport_2012.pdf, zuletzt aufgerufen am 14.03.2013.

⁴⁵ TK (2012). Gesundheitsreport 2012 - Veröffentlichungen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement der TK, Band 27 - Teil 1: Arbeitsunfähigkeiten, Hamburg. <http://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/449290/Datei/>, zuletzt aufgerufen am 14.03.2013.

⁴⁶ Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) (2011): BPTK-Studie zu Wartezeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung, Berlin, Seiten 9 und 4. http://www.bptk.de/fileadmin/user_upload/Publicationen/BPTK-Studien/belastung_moderne_arbeitswelt/Wartezeiten_in_der_Psychotherapie/20110622_BPTK-Studie_Langfassung_Wartezeiten-in-der-Psychotherapie.pdf, zuletzt aufgerufen am 14.03.2013.

⁴⁷ Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) (2012). Kostenerstattung. Ein BPTK-Ratgeber für psychisch kranke Menschen, Berlin, Seite 2. http://www.bptk.de/fileadmin/user_upload/News/BPTK/2012/20120420/BPTK_Ratgeber_Kostenerstattung.pdf, zuletzt aufgerufen am 14.03.2013.

⁴⁸ Strauß et al. (2009): Forschungsgutachten zur Ausbildung von Psychologischen PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendpsychotherapeutInnen, Jena. <http://www.mpsy.uniklinikum-jena.de/forschungsgutachten.html>, zuletzt aufgerufen am 14.03.2013.

4.5 Kernaussagen

Ambulante ärztliche, psychotherapeutische und zahnärztliche Versorgung

- Seit 2007 sind schrittweise gesetzliche Regelungen in Kraft getreten, die die *Möglichkeiten für die vertragsärztliche und vertragspsychotherapeutische Berufsausübung deutlich erweitert* haben. Diese sind festgelegt im Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) vom 01.07.2007, im GKV-Organisationsweiterentwicklungsgesetz (GKV-OrgWG) vom 15.12.2008 und im GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) vom 01.01.2012. Die Regelungen zielen u. a. durch Flexibilisierung der Arbeitsmöglichkeiten darauf ab, eine bessere, d. h. gleichmäßigere ambulante Versorgungsstruktur in Deutschland sicherzustellen und ab 2013 auch regionale Überversorgungen zu korrigieren.
- Das Verhältnis von Niedergelassenen zu Angestellten im ambulanten ärztlichen und psychotherapeutischen Tätigkeitsbereich belegt die anhaltende *Attraktivität der Anstellung*; die Zahl der ärztlichen und psychotherapeutischen Angestellten von 280 am 01.01.2007 lag zu Beginn des Jahres 2013 bereits bei 1.251. Einer zunehmenden Zahl Angestellter stehen im vertragsärztlichen Bereich rückläufige Niederlassungszahlen gegenüber, während im psychotherapeutischen Bereich nicht nur die Angestellten-, sondern auch die Niederlassungszahlen wachsen. Besonders ausgeprägt wird der Trend hin zur Angestelltenbeschäftigung in den MVZ sichtbar, wo am 01.01.2013 in 145 Einrichtungen ein Pro-Kopf-Verhältnis von 180 niedergelassenen zu 746 angestellten Personen bestand.
- Eine weitere Form der Flexibilisierung der Berufsausübung ist das seit 1999 mögliche *Jobsharing*, bei dem die Niedergelassenen den Versorgungsauftrag mit Hilfe einer weiteren Person desselben Fachgebietes erfüllen. Anfang 2013 wurde das Jobsharing von 153 Personen genutzt.
- Bei den Praxisformen gewinnen die neu eröffneten Kooperationsformen zunehmend an Bedeutung. Auf der Grundlage der seit 2009 bestehenden Regelung, einen *halben Versorgungsauftrag* abzugeben bzw. zu übernehmen, waren am 01.01.2013 436 Ärztinnen/Ärzte und Psychotherapeutinnen/-therapeuten tätig.
Die Zahl der *Einzelpraxen* nimmt im hausärztlichen Bereich weiter ab (2009: 1.726 Praxen / 2013: 1.563 Praxen) und stagniert im fachärztlich/psychotherapeutischen Bereich (3.744 bzw. 3.743 Einzelpraxen zu Beginn der Jahre 2009 bzw. 2013).
Unter den *Berufsausübungsgemeinschaften (BAG)* sind die *fachgleichen BAG* am weitaus häufigsten vertreten, die Einrichtungszahlen sind jedoch rückläufig oder stagnieren, die Teilnehmerzahlen hatten gegenüber 2009 allerdings leichte Zuwächse zu verzeichnen (hausärztlicher Bereich: 365 BAG mit 731 Teilnehmenden, fachärztlich/psychotherapeutischer Bereich: 533 BAG 1.212 Kooperierende Anfang 2013). Die Form der *fachübergreifenden örtlichen BAG* stößt auf ein vergleichsweise geringes Interesse, das seit 2009 weiter abgenommen hat (52 BAG mit 154 Teilnehmenden am 01.01.2013), dagegen wächst die Zahl der *fachübergreifenden überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften (üBAG)* seit ihrer Einführung stetig (70 üBAG mit 203 Kooperierenden zu Beginn des Jahres 2013). Die Attraktivität dieser Kooperationsform besteht u. a. darin, dass die Sprechzeiten an den jeweiligen Standorten entsprechend der Patientenstruktur flexibel gestaltet und damit höhere Umsätze erzielt werden können.
- Nach dem raschem Anstieg der Zahl *Medizinischer Versorgungszentren (MVZ)* mit fachübergreifender ambulanter Versorgung in einheitlicher Trägerschaft gab es seit 2009 nur noch wenige Neugründungen, die Zahl der dort ärztlich und psychotherapeutisch Tätigen nimmt hingegen weiter zu; am 01.01.2013 gab es 145 Einrichtungen mit 926 Beschäftigten.
Mit der Änderung des VStG wurde festgelegt, dass ab 01.01.2012 der *Träger selbst* (ärztliche Leitung, Krankenhaus u. a.) an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen muss, was z. B. Heilmittelerbringer von der Trägerschaft ausschließt.
Mit dem zahlenmäßigen Anwachsen der MVZ geht weiterhin eine *Konzentration von Arzt- und Therapeuten an diesen Standorten* einher. Mit Inkrafttreten des VÄndG wird seit 2007 die Abwanderung von

hausärztlichen und fachärztlichen Sitzen aus der angestammten wohnortnahen Versorgung noch erleichtert.

- Seit 2012 kann der *Zulassungsausschuss* die zuvor wenig beeinflussbare Praxissitzverlegung und Praxisnachfolge innerhalb Berlins – obwohl ein Planungsbereich – regulieren und damit regionalen Versorgungslücken entgegenwirken.
- Die seit dem 01.01.2013 geltende neue *Bedarfsplanungs-Richtlinie* zielt darauf ab, Fehlentwicklungen in der bisherigen Bedarfsplanung durch Flexibilisierung der Raumgliederung und der Einflussgrößen auf die Bedarfsplanung gegenzusteuern. In der konstituierenden Sitzung des als ein spezieller Beratungsausschuss für die ärztliche Bedarfsplanung im März 2013 gegründeten Landesgremiums wurde beschlossen, in einer Arbeitsgruppe gemeinsam über Daten, Modellparameter und Modelle einer künftigen Bedarfsplanung für Berlin zu beraten und dem Landesgremium bis zum 30.06.2013 hierzu konkrete Vorschläge vorzustellen.

Einzige nicht der Bedarfsplanung unterliegende Fachgebiete sind jetzt die Mund-, Kiefer, Gesichtschirurgie und die Thoraxchirurgie.

- Im Zusammenhang mit den Beratungen zur ärztlichen Bedarfsplanung wurde im Zeitraum Oktober bis November 2012 eine Befragung von Bürgerinnen und Bürgern in den Berliner Bezirken Treptow-Köpenick und Charlottenburg-Wilmersdorf durch zur Erreichbarkeit und Zugänglichkeit der ambulanten Versorgung durchgeführt. Erste Auswertungen ergaben, dass eine geringe Arztdichte nicht zu Abwanderungen der Patientinnen und Patienten in andere Bezirke, sondern zu überfüllten Praxen und langen Wartezeiten führt.
- Seitdem die *Fachärztinnen/-ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* aufgrund der Honorarreform ab 01.01.2009 eine eigene Honorargruppe bilden und ihre Leistungen gesondert von denen der psychotherapeutisch tätigen Ärztinnen und Ärzte abgerechnet werden, haben sich die Fallzahlen gegenüber 2008 vervielfacht (2008: 42.168 Fälle, 2011: 136.361 Fälle). Das ist zurückzuführen auf die Anwendung von Methoden zur Behandlung insbesondere psychosomatischer Krankheitsbilder, die in der früheren - eher psychotherapeutisch ausgerichteten - Honorargruppe nicht abgerechnet werden konnten.
- Der *Ärztliche Bereitschaftsdienst der KV Berlin* stellt den Notdienst zu sprechstundenfreien Zeiten sicher und steht darüber hinaus der Bevölkerung rund um die Uhr mit einem Hausbesuchsdienst zur Verfügung.

Versorgungsangebot, Finanzierung und Kosten der Krankenhäuser

- Der *Krankenhausplan 2010* wurde durch bestandskräftige Feststellungsbescheide nahezu vollständig umgesetzt. Für die Jahre 2012/2013 hat der Senat für die stationäre medizinische Versorgung eine Überprüfung von Bedarf und Angebot vorgesehen. Weiterer Handlungsbedarf hat sich insbesondere hinsichtlich der Planungen für das Fachgebiet Geriatrie ergeben. Notwendige Änderungen des Krankenhausplans 2010 sollen im Jahr 2013 umgesetzt werden.
- Zum Stichtag 31.12.2011 wurden im Land Berlin 89 Krankenhäuser (bzw. Einrichtungen) mit insgesamt 21.724 *ordnungsbehördlich genehmigten Betten* (darunter 18.269 im somatischen Bereich) betrieben. Das entspricht einem Versorgungsangebot von 6,2 Betten je 1.000 Einwohner. Die 21.064 in den Krankenhausplan aufgenommenen Betten standen zu 42 % in freigemeinnütziger, zu 28 % in öffentlicher und je zu 15 % in universitärer und privater Trägerschaft.
- Die *Krankenhäuser* werden *dual finanziert*, d. h. die Betriebskosten von den Krankenkassen und die Investitionskosten aus den Länderhaushalten.

Für die bisher nicht vom Vergütungssystem der Fallpauschalen erfassten Leistungen der Psychiatrie und Psychosomatik wird ein pauschaliertes und tagesbezogenes Vergütungssystem (*Psych-Entgeltsystem*) entwickelt, das in mehreren Phasen eingeführt werden soll.

In Berlin soll geprüft werden, neben den bereits gewährten festen jährlichen Pauschalbeträgen für die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter und für kleine bauliche Maßnahmen weitere Investitionskosten der Krankenhäuser zukünftig ebenfalls durch *leistungsorientierte Investitionspauschalen* zu fördern.

- In den *Berliner Krankenhäusern* und deren Ausbildungsstätten sowie durch Aufwendungen für den Ausbildungsfonds entstanden im Jahr 2011 *Brutto-Gesamtkosten* in Höhe von 3,874 Mrd. EUR, das bedeutete eine Kostensteigerung gegenüber dem Vorjahr von 7,6 % (2010: 3,600 Mrd. EUR).
- Über die Hälfte (55 %) der Gesamtkosten wurde für das *Krankenhauspersonal* (2011: 2,1 Mrd. EUR / 2010: 2,0 Mrd. EUR) aufgewendet, die *Sachkosten der Krankenhäuser* (2011: 1,6 Mrd. EUR / 2010: 1,5 Mrd. EUR) hatten einen Anteil von etwas über 40 %.
- Seit 2007 ist ein Ansteigen der Personalkosten - d. h. *Kosten für das Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis beim Krankenhaus* - zu beobachten bei gleichzeitigem Rückgang der Zahl der Vollzeit-äquivalente.

Aufwendungen für nicht im Krankenhaus angestelltes Personal (z. B. im Leasing-Verfahren eingesetzte Zeitarbeitskräfte, Personal für ausgelagerte Leistungen) werden nicht unter Personalkosten, sondern unter Sachkosten verbucht. Die Kosten für nicht direkt beim Krankenhaus Beschäftigte wurden 2011 auf 424,6 Mio. EUR beziffert, damit lagen sie 16,9 % höher als 2010 (363,1 Mio. EUR) und machten 11 % (2010: 10 %) der Brutto-Gesamtkosten aus.

- Die *bereinigten Krankenhauskosten* erreichten in Berlin 2011 mit 3,3 Mrd. EUR den höchsten Wert seit 1991 (2,6 Mrd. EUR). Die *Kosten je Behandlungsfall* betragen 2011 4.276 EUR, das bedeutete ein Plus von 18 % gegenüber 1991. Bei den durchschnittlichen *Kosten je Berechnungs- und Belegungstag* (2011: 551 EUR) und *je aufgestelltes Bett* (2011: 165.705 EUR) waren mit 203 % bzw. 190 % ungleich höhere Steigerungsraten zu beobachten.
- In der *Rangfolge der Bundesländer* ist Berlin mit den Kosten je Fall und je Tag jeweils auf dem dritten Platz hinter Hamburg und Bremen, mit den Kosten je Krankenhausbett auf dem vierten Platz hinter Hamburg, Bremen und dem Saarland zu finden.

Personal im öffentlichen Gesundheitsdienst

- Bei der Auswertung der *Personalbestandserhebung* im öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) zum 30. Juni 2012 ergibt sich im Vergleich zur Zielzahl für den ÖGD bis 2013, festgelegt durch Senatsbeschluss 2009, ein *Defizit von ca. 265 Vollzeitäquivalenten*. Zur Verhinderung weiterer personeller Einschnitte in den Fachdiensten und der Erfüllung der gesetzlichen Pflichtaufgaben gemäß GDG bedarf es der vollständigen Besetzung der Stellen gemäß der Zielstruktur des ÖGD.
- Seit Beginn des Reformprozesses im ÖGD sind durch demografische Veränderungen in der Altersstruktur und der Morbidität der Bevölkerung, Zuzüge sozial schwacher Personenkreise nach Berlin, neue Regelungen des Berliner Gesetzes zum Schutz und Wohle des Kindes sowie mit der Übertragung der Krankenhausaufsicht und der Trinkwasserkontrolle auf die Bezirke *weitere Aufgabenschwerpunkte* für den ÖGD hinzugekommen. Diese konnten bei der Errechnung der Zielzahl für den ÖGD teilweise noch nicht berücksichtigt werden, sodass in der Folge die Aufgaben und personelle Ausstattung des ÖGD erneut betrachtet werden müssen. Gegenwärtig evaluiert die SenGesSoz (Referat I E) Aufgabenstellungen und personelle Besetzung in den Zentren.

HIV/AIDS, sexuell übertragbare Infektionen und Hepatitiden - Prävention und Versorgung

- Die Anforderungen an *Prävention und Versorgung im Bereich „HIV/AIDS“* haben sich aufgrund des medizinischen Fortschritts verändert - es gilt, Antworten zu finden auf die „Normalisierung“ von AIDS.
- Im September 2011 startete die *Umsetzung der Rahmen- und Entwicklungskonzepte zu HIV/AIDS, sexuell übertragbaren Infektionen und Hepatitiden*. Der Umsetzungsprozess der Konzepte erfolgt in partizipativer Weise mit der Berliner Verwaltung, freien Trägern und anderen Einrichtungen sowie Betroffenen.

- Nach Vorlage des Abschlussberichts über den Umsetzungsprozess der Konzepte durch die Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin wird die Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales in einem nächsten Schritt eine *Priorisierung und eventuelle Konsolidierung der Empfehlungen* in jedem Bereich unter Berücksichtigung der politischen und finanziellen Lage vornehmen.
- Eigene Leistungstypen für die *Zielgruppe der seelisch behinderten Menschen mit HIV/AIDS und/oder chronischer Hepatitis C* ermöglichen es, den Betroffenen bedarfsgerechte Leistungen des betreuten Wohnens und psychosozialer Betreuung zukommen zu lassen.
- Von hoher Bedeutung im Sinne der Prävention ist das Wissen um das Vorhandensein einer Infektion. Eine *trägerübergreifende Testkampagne für MSM* (Männer, die Sex mit Männern haben) soll die Verbreitung von HIV und sexuell übertragbaren Krankheiten eindämmen.

Berliner Netzwerk gegen sexuelle Gewalt

- Generell wird von *sexueller Gewalt* gesprochen, wenn ein Mensch an einem anderen Menschen sexuelle Handlungen gegen dessen Willen vornimmt. Dabei ist *Gewalt das entscheidende Merkmal*, das bei den meisten Täterinnen und Tätern die eigentliche Motivation darstellt und nicht die sexuelle Handlung an sich. Sexueller Missbrauch findet meist *im sozialen Nahbereich* statt, d. h. in der Familie, in der Schule oder im Kindergarten, im Sportverein, insbesondere aber auch in Heimen.
- Das Thema sexuelle Gewalt ist mehr und mehr in das *öffentliche Blickfeld* gerückt, von einer Enttabuisierung des Themas zu sprechen wäre allerdings verfrüht. Auch verfügen viele *Angehörige pädagogischer, juristischer, medizinischer und therapeutischer Berufe*, die eine Schlüsselrolle gegenüber den Opfern einnehmen, oft nur über Halbwissen aus den Medien und sind nicht ausreichend geschult.
- Sexuelle Gewalt kann *alle Altersgruppen jeden Geschlechts* betreffen. *Kinder und Jugendliche* werden häufig Opfer sexueller Gewalt. Dabei ist das Risiko des sexuellen Missbrauchs für Kinder und Jugendliche in Einrichtungen, insbesondere in Heimen, signifikant höher.
Bei den *Erwachsenen* orientieren sich viele Betrachtungen sexueller Gewalt an Menschen, die in ihrer Kindheit sexuell missbraucht wurden und heute mit den Folgen kämpfen. Doch auch Erwachsene selbst werden häufig Opfer sexueller Gewalt.
Menschen mit Behinderung und Beeinträchtigung – und dort insbesondere Frauen - unterliegen dem höchsten Risiko, sexuell missbraucht zu werden.
- Für Opfer sexueller Gewalt ist es dringend notwendig, dass sie unverzüglich *professionelle Hilfe* erhalten, die auf ihre Bedürfnisse (Erreichbarkeit, Sprache, Erfahrungen/Fachwissen der Beratenden zu jeweiligem Gebiet) zugeschnitten ist. Das *derzeitige Unterstützungsangebot in Berlin* ist nicht immer zielgruppengerecht, einige Betroffenengruppen sind sogar stark unterversorgt. Am häufigsten gibt es Einrichtungen, die Beratung für Mädchen und Frauen anbieten. Für Migrantinnen und Migranten, männliche Jugendliche und junge Männer und insbesondere für die Zielgruppe der behinderten oder beeinträchtigten Menschen stehen die Therapieangebote in keinem Verhältnis zum Bedarf.
- Die Mehrzahl der auf *Bundesebene* ergriffenen Maßnahmen befasst sich ausschließlich mit Kindern und Jugendlichen.
- Im Sommer 2012 wurde mit dem *Aufbau des Berliner Netzwerk gegen sexuelle Gewalt* begonnen, das vor allem die gesundheitliche und psychosoziale Versorgung der verschiedenen Betroffenengruppen sicherstellen soll.
- Langfristig bedarf es eines umfassenden, *auf Prävention und Intervention ausgerichteten Maßnahmenpakets* und der *Beteiligung unterschiedlicher Akteure*, um einerseits die Fallzahlen sexueller Gewalt zu senken und gleichzeitig den Opfern angemessene Unterstützung zukommen zu lassen. Konzepte wie das „Berliner Netzwerk gegen sexuelle Gewalt“ leisten einen Beitrag dazu, die Erreichung dieser Ziele perspektivisch zu fördern.

Pharmakovigilanz- und Beratungszentrum für Embryonaltoxikologie (PVZ) Berlin

- Auf der Grundlage der Erfassung und Auswertung von Schwangerschaftsverläufen nach Medikamenteneinnahme bietet das Pharmakovigilanz- und Beratungszentrum (PVZ) Embryonaltoxikologie unabhängige und für jeden zugängliche *aktuelle Informationen an zur Pharmakotherapie und Medikamentenrisiko bei Schwangeren und Stillenden*.
- Die *Anfragen zur Medikamenteneinnahme* wurden 2012 zu 80 % von Schwangeren bzw. von Frauen mit Kinderwunsch gestellt. Der Anteil der Stillanfragen sinkt (2010: 21 % / 2012: 18 %), da Laien zu diesem Thema seit Herbst 2009 aus Kapazitätsgründen vom PVZ nicht mehr beraten werden können. Fachkreise bekommen dagegen nach wie vor Auskunft.
- Insgesamt steigt der *Anteil der Laienanfragen* weiterhin leicht an (2011: 52 % / 2012: 54 %), während sich bei den *Anfragen aus Fachkreisen* eine kontinuierliche Abnahme abzeichnet (2011: 48 % / 2012: 46 %), die unter anderem auf detaillierte Informationen auf der Webseite und auf die Fachliteratur zurückgeführt werden kann.
- Von den 12.372 Anfragen, die das PVZ 2011 erreichten, wurde in 4.526 Fällen ein *Follow-Up-Verfahren* zum weiteren klinischen Verlauf der Schwangerschaft und Befinden des Neugeborenen initiiert. Vor allem Schwangere, die Medikamente mit unzureichender Datenlage oder bekanntem entwicklungsstoischem Potenzial einnehmen, oder mit schwerer Grunderkrankung bzw. regelmäßiger Medikamenteneinnahme werden in das Follow-Up-Programm aufgenommen.
- Die Beratungen, die 2011 während einer Schwangerschaft vom PVZ Embryonaltoxikologie durchgeführt wurden, fanden meist in der 6. *Schwangerschaftswoche* (post menstruationem) statt; von den Frauen, bei denen während der Schwangerschaft ein Follow-Up-Verfahren initiiert wurde, hatten die meisten den ersten Kontakt in der 7. Schwangerschaftswoche.
- Bei den jeweiligen *Hauptindikationen der Anfragen* stehen wie in den Vorjahren psychiatrische Erkrankungen bzw. die hierfür eingesetzten Medikamente an erster Stelle.
- Über die im Herbst 2008 online gestellte *Datenbank des PVZ Embryonaltoxikologie* sind mittlerweile 407 *Wirkstoffe und deren Risikoeinschätzung für die Schwangerschaft und Stillzeit* abrufbar. Die häufigsten Aufrufe bei den Wirkstoffen betrafen 2012 wie auch in den vorhergehenden Jahren Ibuprofen und Paracetamol, zwei weit verbreitete Schmerzmittel, die auch während der Schwangerschaft bei entsprechender Indikation eingenommen werden können, Ibuprofen allerdings wegen potenziell fetotoxischer Wirkung nicht mehr nach der 28. SSW.

Institut für Tropenmedizin und Internationale Gesundheit Berlin

- Die Zunahme des internationalen Reiseverkehrs und die Gefahr der Einschleppung von Infektionskrankheiten machten eine *Neudefinition der Aufgaben des Instituts* erforderlich.
- In der *Tropenmedizinischen Ambulanz* stellen sich Menschen vor, die mit gesundheitlichen Problemen von Aufhalten in tropischen oder subtropischen Regionen zurückgekehrt sind, außerdem Menschen, die beruflich im Ausland tätig sind, Immigranten und Immigrantinnen aus tropischen Ländern oder Arbeitnehmerinnen und -nehmer, für die ein Auslandseinsatz vorgesehen ist; bei ihnen werden Tropentauglichkeitsuntersuchungen nach berufsgenossenschaftlichen Grundsätzen durchgeführt. Dabei ist seit 2006 eine kontinuierlich zunehmende Nachfrage zu beobachten (Erstuntersuchungen 2006: 3.105 / 2012: 4.385).
- Der Fortbestand der am Institut für Tropenmedizin angesiedelten *Tollwutsperrstunde* des Landes Berlin ist weiterhin erforderlich, auch wenn Berlin seit Jahren terrestrisch als tollwutfrei eingestuft wird. Einerseits handelt es sich bei den vorstellig werdenden Personen um Reisende, die im In- oder Ausland Kontakt zu einem tollwutverdächtigen Tier hatten. Andererseits besteht nach wie vor auch in Berlin durch den illegalen Import von Tieren aus Tollwutendemiegebieten oder aufgrund der regelmäßig auftretenden Fledermaustollwut ein Risiko.

- Integriert in die tropenmedizinische Ambulanz ist ein *Labor zur Diagnostik reiseassoziiertes und importierter Erkrankungen*. Die meisten Untersuchungen werden sofort nach Probenabnahme fertiggestellt, um eine adäquate Versorgung der z. T. bedrohlichen Infektionen wie Malaria zu gewährleisten.
- Das Institut berät in seiner *Reisemedizinischen Ambulanz* in großem Umfang Kurz- und Langzeitreisende (jährlich etwa 30.000 Personen) zu den erforderlichen Vorsichts- und Präventionsmaßnahmen und führt alle reisemedizinisch relevanten und erforderlichen Impfungen durch.
- Das Institut ist auch erste Anlaufstelle für besorgte Bürger und Bürgerinnen mit *reise- und tropenmedizinischen Fragen*, zum Beispiel nach entsprechenden Berichterstattungen in den Medien.
- Zu den Forschungsprojekten gehören u. a. die seit 1997 bestehende *Forschungsgruppe Malaria*, die klinisch-epidemiologische Studien zur Malaria in Deutschland und in den Endemiegebieten durchführt, und die *Forschungsgruppe HIV/AIDS*, deren Schwerpunkt in der Prävention und Therapie von HIV/AIDS in Afrika liegt.
- Neben verschiedenen Lehrveranstaltungen für Medizinstudenten/Medizinstudentinnen und Postgraduierte führt das Institut für Tropenmedizin und Internationale Gesundheit seit 1999 den *Masterstudiengang International Health* der Charité Universitätsmedizin Berlin durch. Dieser englischsprachige Studiengang ist eingebunden in das europäische tropEd Netzwerk (European Network for Education in International Health). Das Leitbild dieses Netzwerkes und damit des Studiengangs ist die *weltweite Verbesserung der Gesundheitsversorgung benachteiligter Bevölkerungsgruppen*.

Landesinstitut für gerichtliche und soziale Medizin Berlin

- Zu den nach der Konzentrierung der *rechtsmedizinischen Kapazitäten* (Landesinstitut für gerichtliche und soziale Medizin Berlin und Institut für Rechtsmedizin der Charité - Universitätsmedizin Berlin) nahe dem Berliner Strafgericht und im Zentrum Berlins realisierten Synergieeffekten gehört als letztes wichtiges Ereignis die *Anschaffung und gemeinsame Nutzung eines Computertomographen*. Damit ist die Berliner Rechtsmedizin in der Lage, mit modernsten Untersuchungstechniken einen *hohen Standard der rechtsmedizinischen Versorgung* zu gewährleisten.
- *Postmortale computertomographische Untersuchungen* werden in Berlin schwerpunktmäßig bei Verdacht auf ein Tötungsdelikt, bei Verkehrsunfällen, Kindstodesfällen und unbekanntem Toten sowie bei ausgewählten Todesfällen mit rekonstruktiven Fragestellungen durchgeführt.

Die Patientenbeauftragte des Landes Berlin

- Der fachliche Auftrag an die seit November 2004 amtierende Berliner Patientenbeauftragte wurde durch die politische Leitung der 17. Legislaturperiode *um den Bereich Pflege erweitert*.
- Zu den *Themen, die von Ratsuchenden immer wieder angesprochen* werden, zählen Verdacht auf Behandlungsfehler, Übergang von stationärer in die ambulante Versorgung, Einsicht in Patientenunterlagen oder Gutachten, Kostenübernahme von Leistungen durch Kostenträger, Arztrechnungen, Termine und Wartezeiten in Arztpraxen, Zahnersatz, Finanzierungsprobleme bei Heil- und Hilfsmitteln u. v. m.
- Nach der mit Novellierung des Landeskrankenhausgesetzes (LKG) vom 18.09.2011 festgelegten Verpflichtung zur öffentlichen Ausschreibung und Erstellung eines Anforderungsprofils für die Besetzung der *Ämter der Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher* wurde hierzu unter Mitarbeit der Patientenbeauftragten eine Handreichung für die Bezirke erstellt.
- Um die Erfahrungen und Präferenzen der Patientinnen und Patienten bei der ärztlichen Bedarfsplanung berücksichtigen zu können, wurde auf Initiative der Patientenbeauftragten eine Umfrage zum *patientenorientierten Bedarf an ambulanter ärztlicher Versorgung* in den Bezirken Charlottenburg-Wilmersdorf und Treptow-Köpenick durchgeführt.
- Da *Fragen, Anliegen und Beschwerden in Zusammenhang mit zahnärztlicher Behandlung* zum festen Beratungsgegenstand im Amt der Patientenbeauftragten gehören, insbesondere große Unklarheiten

und damit ein erheblicher Aufklärungsbedarf zu den unterschiedlichen Behandlungsverfahren, -techniken und Materialien und den sich daraus ergebenden Kosten bestehen, wurde zu diesem Thema im Rahmen des PatientenForums eine Informationsveranstaltung durchgeführt.

Beschäftigte im ambulanten und stationären Bereich des Berliner Gesundheitswesens

- Im Berliner Gesundheitswesen waren im Jahr 2011 etwa 162.300 Personen beschäftigt, damit hatte der Gesundheitssektor einen Anteil von fast 10 % gemessen an allen Erwerbstätigen mit Wohnort in Berlin. Gegenüber dem Vorjahr ist die Zahl der Beschäftigten im Bereich Gesundheit um 2,7 % gestiegen.
- Mehr als jeder zweite Arbeitsplatz (54 % bzw. 87.943 Personen) war Ende 2011 im ambulanten Bereich angesiedelt, die Bedeutung stationärer bzw. teilstationärer Einrichtungen war mit einem Beschäftigungsanteil von 43 % (69.358 Personen) deutlich geringer. Mehr als zwei Drittel (68 %, 60.190 Personen) der ambulant Tätigen - d. h. selbstständig/freiberuflich Tätige und sozialversicherungspflichtig oder geringfügig entlohnte Beschäftigte zusammen - hatten ihre Arbeitsstelle in Arzt-, Zahnarzt- und Psychotherapeutenpraxen oder Praxen von Angehörigen sonstiger Gesundheitsberufe. Auf die ambulanten Pflegedienste entfiel ein Beschäftigungsanteil von 24 % (20.665 Personen) des ambulanten Berliner Gesundheitswesens.
- Mehr als 30.000 der im Berliner Gesundheitswesen und in den Pflegeeinrichtungen Erwerbstätigen arbeiteten als Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpfleger/in oder Hebamme, weitere 21.100 waren als Sprechstundenhilfe angestellt. Die drittgrößte Berufsgruppe bildeten mit rund 18.700 Beschäftigten die Ärztinnen und Ärzte.
- Nach wie vor ist die Tätigkeit im Gesundheitswesen eine ausgesprochene Frauendomäne; von den 162.310 Beschäftigten waren über drei Viertel (77 %) weiblichen Geschlechts, Männer hatten einen Anteil von 23 %. Stark abweichend vom durchschnittlichen Frauenanteil aller Berufsgruppen wurde die Tätigkeit im ärztlichen Beruf nur knapp zur Hälfte (49,7 %) von Frauen ausgeübt, im zahnärztlichen Bereich lag der Beschäftigungsanteil der Zahnärztinnen bei 52,6 %.
- Die Möglichkeit einer Teilzeitbeschäftigung wurde von den Beschäftigten der Berliner Krankenhäuser unabhängig von Tätigkeitsfeld, Berufsgruppe und Geschlecht mit den Jahren immer häufiger genutzt. Im Vergleich der Bundesländer nahm Berlin mit seiner Teilzeitquote von 36 % einen der unteren Ränge ein; der Bundesdurchschnitt lag Ende 2011 bei 42 %.
- Mit 36.194 Vollzeitäquivalenten (Umrechnung der gesamten Voll- und Teilzeittätigkeit eines Berichtsjahres auf die volle tarifliche Arbeitszeit) standen 2011 in den Krankenhäusern 14 % weniger Arbeitskräfte zur Verfügung als 2002. Bei dem nichtärztlichen Personal war ein Rückgang um 18 % auf 28.641 Vollzeitäquivalente zu beobachten, im Pflegedienst sank die Zahl um 12 % auf 12.604. Abweichend von diesem rückläufigen Trend konnte das ärztliche Personal im Zeitraum der letzten zehn Jahre einen Zuwachs von 11 % auf 7.059 Vollzeitäquivalente verbuchen.
- Zunehmend gehen die Krankenhäuser dazu über, Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis in der Einrichtung einzusetzen, 2011 handelte es sich um 1.913 Vollzeitäquivalente, das bedeutete gegenüber dem ersten Berichtsjahr 2009 ein Zuwachs um 64 %. Der Einsatz von Arbeitskräften ohne direktes Beschäftigungsverhältnis hatte 2011 einen Anteil von 5 % am gesamten Personaleinsatz in den Berliner Krankenhäusern; im Pflegedienst, dem größten Personalbereich der Krankenhäuser, lag der Anteil mit 871 Vollzeitäquivalenten bei fast 7 %.
- Unter den 40.775 zum 15.12.2011 in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen beschäftigten Frauen (80 %) und Männern (20 %) befanden sich mit einer Teilzeitquote von 57 % mehr Teilzeit- als Vollzeitarbeitskräfte. Wie beim Krankenhauspersonal war auch bei den in Pflegeeinrichtungen Tätigen eine im Zeitverlauf steigende Inanspruchnahme der Teilzeitarbeit zu beobachten. Trotzdem ist die Teilzeitarbeit in Berlin noch weniger verbreitet als in den meisten anderen Bundesländern, deutschlandweit errechnete sich eine Teilzeitquote von durchschnittlich 64 %.

- Die Beschäftigungssituation in den Berliner Pflegeeinrichtungen war von einer deutlichen *Zunahme an Arbeitskräften* geprägt. Das betraf nicht nur die Anzahl der dort beschäftigten Personen (1999: 26.229 / 2011: 40.775 Erwerbstätige), sondern zeigte sich auch bei der Umrechnung auf Vollzeitäquivalente, deren Zahl von 23.974 im Jahr 2003 auf 31.837 am 15.12.2011 anstieg.

Mitgliederentwicklung der Psychotherapeutenkammer Berlin

- Die *Zahl der Mitglieder der Psychotherapeutenkammer Berlin* (approbierte Psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen (PP) sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und -psychotherapeutinnen (KJP)) ist seit 2001, dem Jahr der Kammergründung, beständig leicht *gestiegen*.
- Mit einem Anteil von 70 % weiblichen PP und KJP ist die Psychotherapie ein *ausgeprägter Frauenberuf*.
- Die überwiegende *Mehrheit* (64 %) der Berliner Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ist im *ambulanten Bereich* (psychotherapeutische Einzelpraxis u. a.) tätig.
- Das *durchschnittliche Alter betrug 54 Jahre* (Frauen: 53,4 Jahre, Männer: 55,4 Jahre). Der deutlich sichtbare Altersüberhang der heute über 50-Jährigen wird nach einer internen Hochrechnung der Psychotherapeutenkammer Berlin zur Entwicklung der Mitgliederzahlen bis 2044 *ab 2020 zu einer verstärkten Abnahme der Mitgliederanzahl* führen. Erst ab 2040 wird die Zahl der Neumitglieder die der ausscheidenden Mitglieder wieder übersteigen. Bis dahin werden die in Berlin für die Versorgung psychisch kranker Menschen zur Verfügung stehenden PP und KJP um rund ein Viertel zurückgegangen sein.
- Derzeit ist in Deutschland eine *Zunahme psychischer Erkrankungen*, die verstärkt zu Arbeitsunfähigkeiten führen, zu beobachten. Bereits heute erhalten Patientinnen und Patienten einen Therapieplatz nur nach *wochenlangen Wartezeiten*: in Berlin kann ein Erstgespräch für eine Therapie durchschnittlich erst nach 8,3 Wochen erfolgen.
- Die Entwicklung des psychotherapeutischen Berufsstandes wird auch von einer möglichen *Ausbildungsreform* abhängen, um die auf Grundlage eines vom Bundesministerium für Gesundheit in Auftrag gegebenen Gutachtens zur Vorbereitung einer Reform des Psychotherapeutengesetzes, das 2009 vorgelegt wurde, eine bis heute andauernde, intensive Diskussion geführt wird.

4.6 Indikatoren im GSI

Das folgende Tabellenverzeichnis enthält die im Kapitel 4 erwähnten Tabellen; sie sind - wie alle Tabellen des Basisberichts 2012/2013 - ausschließlich in elektronischer Form im *Gesundheits- und Sozialinformationssystem (GSI)* veröffentlicht, verfügbar im Internet unter <http://www.gsi-berlin.info/>.

Zum *Auffinden einer Tabelle* sind im GSI in der *erweiterten Suche* folgende Einstellungen vorzunehmen:

- *Kontext*: „Basisbericht GBE Berlin 2012/2013“ auswählen,
- *Suchtext*: das Wort Tabelle und die entsprechende Nummer (z. B. Tabelle 6.1-1) eingeben,
- *Such-Modus*: „alle Wörter, Suche nur im Kommentar“ auswählen.

Tabelle 6.1-1:

Ärztlich geleitete ambulante Gesundheitseinrichtungen in Berlin 2005 - 2013 nach Versorgungsbereich, Art der Einrichtung sowie dort tätigen Ärztinnen/Ärzten und Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten

Tabelle 6.1z-1:

Struktur der vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung in Berlin 1997 - 2013 (Stichtag: 01.01.) nach beteiligten Ärztinnen/Ärzten und Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten

Tabelle 6.2-1:

Versorgungsgrade mit an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen/Ärzten und Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten, Zulassungsbeschränkungen und mögliche Neuniederlassungen in Berlin 1997 - 2013 nach Fachgruppen

Tabelle 6.15-1:

Das ordnungsbehördlich genehmigte Bettenangebot der Krankenhäuser in Berlin am 31.12.2011 nach Versorgungsregionen und Fachabteilungen

Tabelle 6.15z-1:

Krankenhäuser und ordnungsbehördlich genehmigte Krankenhausbetten in Berlin am 31.12.2011 nach Status (Krankenhausplan), Trägerbereichen und Fachgebieten

Tabelle 6.15z-2:

Versorgungsangebot in Plankrankenhäusern des Landes Berlin 2010 und 2011 und geplantes Bettenangebot nach Berliner Krankenhausplan 2010 nach Fachabteilungen

Tabelle 7.19-1:

Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher und psychotherapeutischer Versorgung (nach § 72 SGB V und PsychThG) in Berlin 2001 - 2011

Tabelle 7.20-1:

Inanspruchnahme ambulanter vertragsärztlicher Versorgung (nach § 72 SGB V) in Berlin 2004 - 2011 nach Fachgruppen

Tabelle 7.22-1:

Inanspruchnahme ambulanter psychotherapeutischer Versorgung durch Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten (PT) sowie psychotherapeutischer und psychosomatischer Versorgung durch Ärztinnen/Ärzte in Berlin 2000 - 2011

Tabelle 7.25z-1:

Leistungen des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes (ÄBD) der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin 1995 - 2012

Tabelle 7.25z-2:

Vertragsärztliche ambulante Versorgung (Fallzahlen) in der Erste-Hilfe-Stelle der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Berlin sowie in den Erste-Hilfe-Stellen/Rettungsstellen in Krankenhäusern in Berlin 1995 - 2012

Tabelle 7.28-1:

Personaleinsatz (Vollkräfte) in Krankenhäusern in Berlin 1991 - 2011 nach ausgewählten Personalgruppen, Beschäftigungsverhältnis, Krankenhausstyp, belegten Betten und Fallzahl

Tabelle 8.1-1:

Beschäftigte im Gesundheitswesen und in Pflegeeinrichtungen in Berlin 2009 - 2011 nach Geschlecht, Berufsgruppen und Tätigkeitsbereich

Tabelle 8.5-1:

Ärztinnen und Ärzte in Berlin 1992 - 2011 (Stand: 31.12.) nach Geschlecht und Tätigkeitsbereich

Tabelle 8.10-1:

Zahnärztinnen und Zahnärzte in Berlin 1995 - 2011 (Stand: 31.12.) nach Geschlecht, Tätigkeitsbereich und Staatsangehörigkeit

Tabelle 8.12-1:

Berufstätige Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten und psychotherapeutisch weitergebildete Ärztinnen/Ärzte in Berlin 2001 - 2011 (Stand: 31.12. bzw. 01.01.) nach Geschlecht

Tabelle 8.12-2:

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Berlin 2008 - 2011 (Stand: 31.12.) nach Geschlecht, Tätigkeitsbereich und Bezirken

Tabelle 8.12-3:

Mitgliederstruktur der Psychotherapeutenkammer Berlin 2009 - 2011 (Stand: 31.12.) nach Geschlecht und Altersgruppen

Tabelle 8.17-1:

Beschäftigte der Krankenhäuser in Berlin 2004 - 2010 (Stichtag: 31.12.) nach Geschlecht, Personalgruppen, Beschäftigungsumfang und Krankenhaustyp

Tabelle 8.17-2:

Ärztliches Personal der Krankenhäuser in Berlin am 31.12.2011 nach Geschlecht, Gebietsbezeichnungen, funktioneller Stellung und Beschäftigungsumfang

Tabelle 8.18-1:

Nichtärztliches Personal der Krankenhäuser in Berlin 1990 - 2011 (Stichtag: 31.12.) nach Geschlecht, ausgewählten Funktionsbereichen und Beschäftigungsumfang

Tabelle 8.18z-1:

Krankenhauspersonal (Vollkräfte im Jahresdurchschnitt) mit direktem Beschäftigungsverhältnis in der Einrichtung in Berlin 1991 - 2011 nach Personalgruppen bzw. Funktionsbereichen und Krankenhaustyp

Tabelle 8.18z-2:

Krankenhauspersonal (Vollkräfte im Jahresdurchschnitt) ohne direktes Beschäftigungsverhältnis in der Einrichtung in Berlin 2009 - 2011 nach Personalgruppen bzw. Funktionsbereichen und Krankenhaustyp

Tabelle 8.18z-3:

Krankenhauspersonal (Vollkräfte im Jahresdurchschnitt) - mit direktem und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis in der Einrichtung - in Berlin 2009 - 2011 nach Personalgruppen bzw. Funktionsbereichen

Tabelle 8.24-1:

Personal in ambulanten und (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen in Berlin 1999 - 2011 (Stichtag: 15.12.) nach Geschlecht, Teilzeitbeschäftigung und geschätzten Vollzeitäquivalenten

Tabelle 8.26-1:

Personal im öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) in Berlin 2011 und 2012 (Stand: 30.06.) sowie ermittelter Gesamtbedarf 2013 gemäß Senatsbeschluss von 2009 nach Vollzeitäquivalenten, Fachbereichen und Berufsgruppen

Tabelle 10.8z-4:

Gewährte Fördermittel (in EUR) nach KHG/LKG und sonstige Zuschüsse für Krankenhäuser im Land Berlin 2009 - 2012 zum Stichtag 31.12.

Tabelle 11.4-1:

Kosten der Krankenhäuser in Berlin 2010 und 2011 nach Kostenarten, Krankenhausgrößenklassen und Krankenhaustyp

Tabelle 11.4-2:

Personalkosten je Vollkraft in den Krankenhäusern in Berlin 2010 und 2011 nach Personalgruppen, Krankenhaustyp und -größenklassen

Tabelle 11.4-3:

Kostenanteile und Kostenkennziffern der Krankenhäuser in Berlin 2010 und 2011 nach ausgewählten Kostenarten und Krankenhaustyp

Tabelle 11.4-4:

Bereinigte Kosten und Kostenkennziffern der Krankenhäuser in Berlin 1991 - 2011 nach Krankenhaustyp

Tabelle 11.5z-1:

Krankenhauskosten und Kostenkennziffern in Deutschland 2011 nach Bundesländern

Tabelle 11.6-1:

Erlöse und Leistungen nach dem Fallpauschalen-Vergütungssystem (G-DRG-System) in Berlin (Ereignisprinzip) 2006 - 2011

5 Bezirksprofile

Berlin ist mit rund 3,3 Millionen Einwohnern die bevölkerungsreichste und mit 892 Quadratkilometern die flächengrößte Stadt Deutschlands. Seit 2001 ist Berlin in *zwölf Bezirke* aufgeteilt, deren Einwohnerzahl zwischen 355.361 in Pankow und 214.235 in Spandau liegt. Die *Bevölkerungszahlen* der Bezirke entsprechen jeweils denen der Städte Bochum, Wuppertal, Bonn, Bielefeld, Mannheim, Karlsruhe, Wiesbaden, Augsburg, Braunschweig, Chemnitz, Halle und Magdeburg. So vielfältig wie in den Städten sind auch in den Berliner Bezirken die Bevölkerungs- und Haushaltsstrukturen, die Lebenslagen sowie die gesundheitlichen Potenziale und Defizite.

Die Bezirksprofile geben mit *Schlüsselindikatoren* einen schnellen Überblick über die *gesundheitliche und soziale Lage* der Berliner Bezirke. In den Themenfeldern Bevölkerung, sozioökonomische Lage, Gesundheitszustand, Gesundheitsvorsorge im Kindesalter sowie ambulante, stationäre und pflegerische Versorgung vermitteln die Bezirksprofile eine Sicht auf regionale Besonderheiten und entsprechen zugleich der von den bezirklichen Organisationseinheiten Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination (QPK) gewünschten Unterstützung der bezirklichen Gesundheitsberichterstattung.

Für jeden Indikator ist die entsprechende *bezirkliche Ausprägung* angegeben - für den Vergleich aber auch Wert und *Abweichung vom Berliner Durchschnitt* sowie der *Rangplatz* innerhalb der 12 Berliner Bezirke (Rang 1 entspricht jeweils dem größten Wert, Rang 12 dem kleinsten). Bezirksprofile stellen in diesem Sinne eine Basis für die unterschiedlichen gesundheitspolitischen Initiativen und Schwerpunktsetzungen auf bezirklicher und gesamtstädtischer Ebene - wie z. B. die Gesundheitszieleprozesse „Gesund aufwachsen“ und „Gesund älter werden“ - dar.

- *Lesebeispiel:* Neugeborene Mädchen im Bezirk Friedrichshain-Kreuzberg können entsprechend der aktuellen Sterbetafel mit einer durchschnittlichen Lebenserwartung von 81,5 Jahren rechnen, dies sind 1,1 Jahre weniger als in Berlin insgesamt und entspricht zugleich dem zweitniedrigsten Wert aller Bezirke (Rang 11).

Die Bezirksprofile sind auch im Gesundheits- und Sozialinformationssystem (<http://www.gsi-berlin.info/>) als Flyer abrufbar.



Bezirksprofil Mitte

Indikator	Maßeinheit	Jahr	Berlin		Bezirk		Abweichung von Berlin
			Wert	Rang	Wert	Rang	
Bevölkerung							
Bevölkerung insgesamt	absolut	09.05.2011	3.292.365	316.507	3		x
männlich	Anteil in %	09.05.2011	48,6	51,1	1		2,5
weiblich	Anteil in %	09.05.2011	51,4	48,9	12		-2,5
mit Migrationshintergrund	Anteil in %	09.05.2011	23,7	44,7	1		21,0
mit deutscher Staatsangehörigkeit	Anteil in %	09.05.2011	12,4	19,0	1		6,6
mit ausländischer Staatsangehörigkeit	Anteil in %	09.05.2011	11,3	25,7	1		14,4
Bevölkerung nach Altersgruppen							
0 - 5 Jahre	Anteil in %	09.05.2011	5,5	6,2	3		0,7
6 - 14 Jahre	Anteil in %	09.05.2011	7,2	7,3	6		0,1
15 - 17 Jahre	Anteil in %	09.05.2011	2,3	2,2	6		0,0
18 - 39 Jahre	Anteil in %	09.05.2011	30,4	38,1	2		7,7
40 - 64 Jahre	Anteil in %	09.05.2011	35,3	32,0	11		-3,4
65 - 74 Jahre	Anteil in %	09.05.2011	11,4	8,4	11		-3,1
75 Jahre und älter	Anteil in %	09.05.2011	7,8	5,8	11		-2,1
Jugendquotient	0- bis 17-Jährige je 100	09.05.2011	22,8	22,5	6		-0,4
	18- bis 64-Jährige						
Altenquotient	Personen 65 J. u.ä. je	09.05.2011	29,3	20,2	11		-9,1
	100 18- bis 64-Jährige						
Bevölkerungsprognose							
0 - 5 Jahre	Anteil in %	2030	5,2	5,8	2		0,6
6 - 14 Jahre	Anteil in %	2030	7,8	7,7	8		0,0
15 - 17 Jahre	Anteil in %	2030	2,6	2,5	9		0,0
18 - 39 Jahre	Anteil in %	2030	27,8	35,6	2		7,7
40 - 64 Jahre	Anteil in %	2030	33,8	33,0	8		-0,8
65 - 74 Jahre	Anteil in %	2030	11,5	8,5	11		-3,0
75 Jahre und älter	Anteil in %	2030	11,3	6,8	11		-4,6
Jugendquotient	0- bis 17-Jährige je 100	2030	25,2	23,5	10		-1,7
	18- bis 64-Jährige						
Altenquotient	Personen 65 J. u.ä. je	2030	37,1	22,3	11		-14,8
	100 18- bis 64-Jährige						
Bevölkerungsentwicklung							
Lebendgeborene	absolut	2011	33.075	3.900	2		x
Geborene (außerklinisch)	absolut	2011	1.424	19	9		x
Geburtenziffer	Lebendgeborene	2011	9,5	11,6	2		2,1
	je 1.000 EW						
Fruchtbarkeitsziffer	Lebendgeborene je 1.000	2011	47,0	50,4	3		3,4
	15- bis 44-j. Frauen						
Gestorbene	absolut	2011	31.380	2.511	8		x
Sterbeziffer	Gestorbene je 1.000 EW	2011	9,0	7,5	11		-1,5
Geburten- bzw. Sterbeüberschuss	absolut	2011	1.695	1.389	2		x
Wanderungssaldo	absolut	2011	39.421	5.398	2		x
Bevölkerungszu- oder abnahme	absolut	2011	41.147	6.801	1		x
Sozioökonomische Lage							
Bildungsabschluss (Alter: 18 - 64 Jahre)							
Bevölkerung ohne Schulabschluss	Anteil in %	09.05.2011	4,0	8,8	1		4,8
Bevölkerung ohne berufl. Bildungsabschluss	Anteil in %	09.05.2011	17,6	28,2	1		10,6
Einpersonenhaushalte							
Einpersonenhaushalte unter 65 J.	in % aller Haushalte	2011	54,1	62,6	1		8,5
Einpersonenhaushalte 65 J. u.ä.	in % aller Haushalte	2011	40,5	51,7	2		11,3
	in % aller Haushalte	2011	13,6	10,9	10		-2,7

Indikator	Maßeinheit	Jahr	Berlin		Bezirk		Abweichung von Berlin
			Wert	Rang	Wert	Rang	
Erwerbsstatus							
Erwerbstätigenquote (15- bis 64-jährige)	in %	2011	66,5	63,2	9		-3,3
Erwerbstätige an Bevölkerung gleichen Alters							
Abeitslosenquote (Arbeitslose an allen zivilen Erwerbspersonen)	in %	2011	12,3	14,4	4		2,1
Einkommen							
HzL und bedarfsorientierte Grundsicherung außerhalb von Einrichtungen	je 1.000 EW		17,5	24,0	2		6,4
Armutquote	in %	2011	15,5	22,2	2		6,7
Gesundheitszustand							
Lebenserwartung							
bei Geburt (männlich)	in Jahren	2009/2011	77,6	75,9	12		-1,7
bei Geburt (weiblich)	in Jahren	2009/2011	82,6	81,3	12		-1,3
mit 65 Jahren (männlich)	in Jahren	2009/2011	17,6	16,6	12		-1,0
mit 65 Jahren (weiblich)	in Jahren	2009/2011	20,5	19,8	11		-0,7
Allgemeine Sterblichkeit							
Gesamtsterblichkeit	je 100.000 DMR	2009/2011	566,0	640,8	2		74,8
männlich	je 100.000 DMR	2009/2011	688,3	778,6	2		90,4
weiblich	je 100.000 DMR	2009/2011	458,2	504,0	2		45,7
Vorzeitige Sterblichkeit (0 - 64 Jahre)	absolut	2009/2011	18.191	1.942	1		x
männlich	je 100.000 DMR	2009/2011	249,2	302,5	1		53,2
weiblich	je 100.000 DMR	2009/2011	129,0	153,6	1		24,6
Sterblichkeit 65 Jahre u.ä.	absolut	2009/2011	77.136	5.830	10		x
männlich	je 100.000 DMR	2009/2011	4.240,3	4.631,2	2		390,9
weiblich	je 100.000 DMR	2009/2011	3.121,5	3.338,3	2		216,8
Perinatale Sterblichkeit	absolut	2009/2011	580	68	3		x
	je 1.000 Geborene	2009/2011	5,9	5,9	5		0,0
Vermeidbare Sterbefälle							
Lungenkrebs	absolut	2009/2011	1.841	171	4		x
ICD-10 Nrn.: C33 - C34 / Alter: 15 - 64 Jahre							
männlich	je 100.000 DMR	2009/2011	31,3	35,7	3		4,3
weiblich	je 100.000 DMR	2009/2011	18,7	20,0	7		1,3
Ischämische Herzkrankheiten	absolut	2009/2011	1.580	164	2		x
ICD-10 Nrn.: I20 - I25 / Alter: 35 - 64 Jahre							
männlich	je 100.000 DMR	2009/2011	60,1	70,8	3		10,7
weiblich	je 100.000 DMR	2009/2011	13,3	18,0	2		4,6
Akuter Myokardinfarkt	absolut	2009/2011	961	90	3		x
ICD-10 Nr.: I21 / Alter: 0 - 64 Jahre							
männlich	je 100.000 DMR	2009/2011	15,9	16,9	7		1,0
weiblich	je 100.000 DMR	2009/2011	3,6	4,6	2		1,0
Hypertonie und zerebrovaskuläre Krankheiten	absolut	2009/2011	798	94	1		x
ICD-10 Nrn.: I10 - I15, I60 - I69 / Alter: 35 - 64 Jahre							
männlich	je 100.000 DMR	2009/2011	24,7	34,2	1		9,4
weiblich	je 100.000 DMR	2009/2011	12,3	17,1	1		4,8
Krankheiten der Leber	absolut	2009/2011	1.571	150	4		x
ICD-10 Nrn.: K70 - K77 / Alter: 15 - 74 Jahre							
männlich	je 100.000 DMR	2009/2011	22,3	25,5	5		3,2
weiblich	je 100.000 DMR	2009/2011	11,1	14,2	2		3,2
Alkoholische Leberkrankheit	absolut	2009/2011	816	71	6		x
ICD-10 Nr.: K70 / Alter: 15 - 74 Jahre							
männlich	je 100.000 DMR	2009/2011	12,2	11,2	8		-1,0
weiblich	je 100.000 DMR	2009/2011	5,5	8,1	1		2,6
Bösartige Neubildung der Brustdrüse	absolut	2009/2011	559	46	6		x
ICD-10 Nr.: C50 / Alter 25 - 64 Jahre							
weiblich	je 100.000 DMR	2009/2011	18,8	18,9	5		0,1
Morbidität							
Neuerkrankungsrate an bösartigen Neubildungen							
ICD-10 Nr.: C00-C97, ohne C44							
männlich	je 100.000 DMR	2006/2009	421,4	416,5	7		-4,9
weiblich	je 100.000 DMR	2006/2009	344,1	356,5	4		12,4
Neuerkrankungsrate an tabakassozierten bösartigen Neubildungen							
ICD-10 Nr.: C00-C14, C15, C25, C32, C33-C34, C67							
männlich	je 100.000 DMR	2006/2009	134,6	146,1	4		11,6
weiblich	je 100.000 DMR	2006/2009	58,2	68,5	2		10,3

Indikator	Maßeinheit	Jahr	Berlin		Bezirk		Abweichung von Berlin
			Wert	Rang	Wert	Rang	
Pflegebedürftige in ambulanter oder stationärer Pflege	absolut	2011	53.429	4.430	5	x	
ambulante Pflege	je 100.000 EW	2011	753,8	730,9	6	-22,9	
stationäre Pflege	je 100.000 EW	2011	771,9	572,1	10	-199,8	
Schwerbehinderte Personen mit Schwb-Ausweis	absolut	2011	345.414	29.123	7	x	
männlich	je 100.000 DMR	2011	7.441,6	8.037,1	4	595,4	
weiblich	je 100.000 DMR	2011	7.192,9	7.729,9	4	537,0	
Zahnstatus behandlungsbedürftig bei vom ZÄD untersuchten Kindern							
3- Jährige	Anteil in %	2010/2011	16,2	20,5	6	4,3	
6- Jährige	Anteil in %	2010/2011	34,6	45,3	4	10,7	
12- Jährige	Anteil in %	2010/2011	16,6	16,5	7	-0,1	
Übergewicht (im Rahmen der Einschulungsuntersuchung untersuchte Kinder; mittleres Alter: 5,8 Jahre)							
untersuchte Kinder	absolut	2011	26.983	2.844	2	x	
übergewichtig (>90. bis 97. Perzentil)	Anteil in %	2011	5,6	7,9	2	2,3	
adipös (>97. Perzentil)	Anteil in %	2011	3,9	6,8	1	2,9	
Gesundheitsvorsorge im Kindesalter (im Rahmen der Einschulungsuntersuchung untersuchte Kinder; mittleres Alter: 5,8 Jahre)							
Inanspruchnahme des Krankheitsfrüherkennungsprogramms							
untersuchte Kinder	absolut	2011	26.023	2.631	2	x	
Kinder ohne Dokumentation	Anteil in %	2011	7,6	12,0	1	4,4	
Teilnahme U 8 (Anteil an Einschülern mit Dokumentation)	Anteil in %	2011	86,5	80,5	12	-6,0	
Impfquoten							
untersuchte Kinder	absolut	2011	27.241	2.858	2	x	
Kinder ohne Impfdokumentation	Anteil in %	2011	8,6	12,2	1	3,6	
Impfquoten 2. Masernimpf. bei Kindern mit Dokumentation	Anteil in %	2011	90,7	91,5	4	0,8	
Ambulante, stationäre und pflegerische Versorgung							
Ambulant (mit gesetzlichem Versorgungsauftrag)							
Ärzte	EW je Arzt	01.01.2013	390	335	9	-55	
Hausärzte	EW je Hausarzt	01.01.2013	1.245	1.107	10	-138	
Zahnärzte	EW je Zahnarzt	31.12.2011	1.183	1.059	11	-123	
Psychotherapeuten (PT)	EW je PT	01.01.2013	1.606	1.771	8	164	
Stationär							
Krankenhausbetten (Region nach Krankenhausplan)	je 100.000 EW	31.12.2011	6,2	9,1	x	2,8	
Pflegerisch							
Plätze in stationären Pflegeeinrichtungen	absolut	15.12.2011	33.850	2.835	4	x	
	je 100.000 EW 65 J. u.ä.	15.12.2011	5.103,5	6.145,3	4	1.041,8	

DMR = direkt altersstand, Eurobev. alt

EW = Einwohner

HzL = Hilfe zum Lebensunterhalt

J. = Jahre

u. ä. = und älter

x = Tabellenfach gesperrt, da Aussage nicht sinnvoll

/ = Zahlenwert nicht sicher genug

2009/2011 = 3 Jahre zusammengefasst

Ränge: Höchster Wert = 1; niedrigster Wert = 12; ohne Wertung = x



Senatsverwaltung
für Gesundheit und Soziales



Bezirksprofil Friedrichshain-Kreuzberg

Indikator	Maßeinheit	Jahr	Berlin		Bezirk		Abweichung von Berlin
			Wert	Rang	Wert	Rang	
Bevölkerung							
Bevölkerung insgesamt	absolut	09.05.2011	3.292.365	251.226	8		x
männlich	Anteil in %	09.05.2011	48,6	50,8	2		2,2
weiblich	Anteil in %	09.05.2011	51,4	49,2	11		-2,2
mit Migrationshintergrund	Anteil in %	09.05.2011	23,7	34,9	3		11,1
mit deutscher Staatsangehörigkeit	Anteil in %	09.05.2011	12,4	16,4	3		4,0
mit ausländischer Staatsangehörigkeit	Anteil in %	09.05.2011	11,3	18,4	2		7,2
Bevölkerung nach Altersgruppen							
0 - 5 Jahre	Anteil in %	09.05.2011	5,5	6,3	2		0,8
6 - 14 Jahre	Anteil in %	09.05.2011	7,2	7,0	8		-0,3
15 - 17 Jahre	Anteil in %	09.05.2011	2,3	2,0	9		-0,3
18 - 39 Jahre	Anteil in %	09.05.2011	30,4	44,6	1		14,2
40 - 64 Jahre	Anteil in %	09.05.2011	35,3	30,0	12		-5,4
65 - 74 Jahre	Anteil in %	09.05.2011	11,4	6,0	12		-5,5
75 Jahre und älter	Anteil in %	09.05.2011	7,8	4,2	12		-3,6
Jugendquotient	0- bis 17-Jährige je 100	09.05.2011	22,8	20,5	11		-2,3
	18- bis 64-Jährige						
Altenquotient	Personen 65 J. u.ä. je 100 18- bis 64-Jährige	09.05.2011	29,3	13,6	12		-15,7
Bevölkerungsprognose							
0 - 5 Jahre	Anteil in %	2030	5,2	6,0	1		0,8
6 - 14 Jahre	Anteil in %	2030	7,8	6,9	11		-0,8
15 - 17 Jahre	Anteil in %	2030	2,6	2,0	12		-0,6
18 - 39 Jahre	Anteil in %	2030	27,8	40,8	1		12,9
40 - 64 Jahre	Anteil in %	2030	33,8	32,8	9		-1,0
65 - 74 Jahre	Anteil in %	2030	11,5	6,7	12		-4,9
75 Jahre und älter	Anteil in %	2030	11,3	4,9	12		-6,4
Jugendquotient	0- bis 17-Jährige je 100	2030	25,2	20,3	12		-5,0
	18- bis 64-Jährige						
Altenquotient	Personen 65 J. u.ä. je 100 18- bis 64-Jährige	2030	37,1	15,7	12		-21,3
Bevölkerungsentwicklung							
Lebendgeborene	absolut	2011	33.075	3.223	4		x
Geborene (außerklinisch)	absolut	2011	1.424	190	5		x
Geburtenziffer	Lebendgeborene je 1.000 EW	2011	9,5	11,9	1		2,3
Fruchtbarkeitsziffer	Lebendgeborene je 1.000 15- bis 44-j. Frauen	2011	47,0	43,8	10		-3,2
Gestorbene	absolut	2011	31.380	1.578	12		x
Sterbeziffer	Gestorbene je 1.000 EW	2011	9,0	5,8	12		-3,2
Geburten- bzw. Sterbeüberschuss	absolut	2011	1.695	1.645	1		x
Wanderungssaldo	absolut	2011	39.421	2.723	10		x
Bevölkerungszu- oder abnahme	absolut	2011	41.147	4.377	4		x
Sozioökonomische Lage							
Bildungsabschluss (Alter: 18 - 64 Jahre)							
Bevölkerung ohne Schulabschluss	Anteil in %	09.05.2011	4,0	5,7	6		1,7
Bevölkerung ohne berufl. Bildungsabschluss	Anteil in %	09.05.2011	17,6	22,9	3		5,3
Einpersonenhaushalte							
Einpersonenhaushalte unter 65 J.	in % aller Haushalte	2011	54,1	62,5	2		8,4
Einpersonenhaushalte 65 J. u.ä.	in % aller Haushalte	2011	40,5	54,5	1		14,0
	in % aller Haushalte	2011	13,6	8,0	12		-5,6

Indikator	Maßeinheit	Jahr	Berlin		Bezirk		Abweichung von Berlin
			Wert	Rang	Wert	Rang	
Erwerbsstatus							
Erwerbstätigenquote (15- bis 64-jährige)	in %	2011	66,5	65,1	8		-1,3
Erwerbstätige an Bevölkerung gleichen Alters)							
Abeitslosenquote (Arbeitslose an allen zivilen Erwerbspersonen)	in %	2011	12,3	15,5	2		3,2
Einkommen							
HzL und bedarfsorientierte Grundsicherung außerhalb von Einrichtungen	je 1.000 EW		17,5	21,6	3		4,1
Armutquote	in %	2011	15,5	21,2	3		5,7
Gesundheitszustand							
Lebenserwartung							
bei Geburt (männlich)	in Jahren	2009/2011	77,6	76,3	10		-1,3
bei Geburt (weiblich)	in Jahren	2009/2011	82,6	81,5	11		-1,1
mit 65 Jahren (männlich)	in Jahren	2009/2011	17,6	16,7	11		-0,9
mit 65 Jahren (weiblich)	in Jahren	2009/2011	20,5	19,4	12		-1,1
Allgemeine Sterblichkeit							
Gesamtsterblichkeit	je 100.000 DMR	2009/2011	566,0	656,9	1		90,9
männlich	je 100.000 DMR	2009/2011	688,3	787,7	1		99,5
weiblich	je 100.000 DMR	2009/2011	458,2	526,0	1		67,8
Vorzeitige Sterblichkeit (0 - 64 Jahre)	absolut	2009/2011	18.191	1.304	9		x
männlich	je 100.000 DMR	2009/2011	249,2	292,2	2		43,0
weiblich	je 100.000 DMR	2009/2011	129,0	130,0	6		0,9
Sterblichkeit 65 Jahre u.ä.	absolut	2009/2011	77.136	3.594	12		x
männlich	je 100.000 DMR	2009/2011	4.240,3	4.796,8	1		556,6
weiblich	je 100.000 DMR	2009/2011	3.121,5	3.730,4	1		608,9
Perinatale Sterblichkeit	absolut	2009/2011	580	48	6		x
	je 1.000 Geborene	2009/2011	5,9	4,9	9		-0,9
Vermeidbare Sterbefälle							
Lungenkrebs	absolut	2009/2011	1.841	127	10		x
ICD-10 Nrn.: C33 - C34 / Alter: 15 - 64 Jahre							
männlich	je 100.000 DMR	2009/2011	31,3	38,9	2		7,6
weiblich	je 100.000 DMR	2009/2011	18,7	22,3	4		3,6
Ischämische Herzkrankheiten	absolut	2009/2011	1.580	108	11		x
ICD-10 Nrn.: I20 - I25 / Alter: 35 - 64 Jahre							
männlich	je 100.000 DMR	2009/2011	60,1	69,7	4		9,6
weiblich	je 100.000 DMR	2009/2011	13,3	14,9	4		1,6
Akuter Myokardinfarkt	absolut	2009/2011	961	69	10		x
ICD-10 Nr.: I21 / Alter: 0 - 64 Jahre							
männlich	je 100.000 DMR	2009/2011	15,9	19,2	3		3,3
weiblich	je 100.000 DMR	2009/2011	3,6	4,0	6		0,4
Hypertonie und zerebrovaskuläre Krankheiten	absolut	2009/2011	798	51	10		x
ICD-10 Nrn.: I10 - I15, I60 - I69 / Alter: 35 - 64 Jahre							
männlich	je 100.000 DMR	2009/2011	24,7	30,2	3		5,5
weiblich	je 100.000 DMR	2009/2011	12,3	9,1	11		-3,2
Krankheiten der Leber	absolut	2009/2011	1.571	83	11		x
ICD-10 Nrn.: K70 - K77 / Alter: 15 - 74 Jahre							
männlich	je 100.000 DMR	2009/2011	22,3	23,6	7		1,3
weiblich	je 100.000 DMR	2009/2011	11,1	8,3	10		-2,7
Alkoholische Leberkrankheit	absolut	2009/2011	816	43	11		x
ICD-10 Nr.: K70 / Alter: 15 - 74 Jahre							
männlich	je 100.000 DMR	2009/2011	12,2	12,6	6		0,4
weiblich	je 100.000 DMR	2009/2011	5,5	4,1	10		-1,4
Bösartige Neubildung der Brustdrüse	absolut	2009/2011	559	23	12		x
ICD-10 Nr.: C50 / Alter 25 - 64 Jahre							
weiblich	je 100.000 DMR	2009/2011	18,8	14,3	12		-4,5
Morbidität							
Neuerkrankungsrate an bösartigen Neubildungen							
ICD-10 Nr.: C00-C97, ohne C44							
männlich	je 100.000 DMR	2006/2009	421,4	471,1	1		49,7
weiblich	je 100.000 DMR	2006/2009	344,1	355,4	5		11,4
Neuerkrankungsrate an tabakassoziierten bösartigen Neubildungen							
ICD-10 Nr.: C00-C14, C15, C25, C32, C33-C34, C67							
männlich	je 100.000 DMR	2006/2009	134,6	167,5	1		33,0
weiblich	je 100.000 DMR	2006/2009	58,2	67,8	3		9,6

Indikator	Maßeinheit	Jahr	Berlin		Bezirk		Abweichung von Berlin
			Wert	Rang	Wert	Rang	
Pflegebedürftige in ambulanter oder stationärer Pflege	absolut	2011	53.429		3.219	12	x
ambulante Pflege	je 100.000 EW	2011	753,8		670,6	9	-83,2
stationäre Pflege	je 100.000 EW	2011	771,9		501,9	12	-270,0
Schwerbehinderte Personen mit Schwb-Ausweis	absolut	2011	345.414		17.554	12	x
männlich	je 100.000 DMR	2011	7.441,6		7.363,2	7	-78,4
weiblich	je 100.000 DMR	2011	7.192,9		7.070,3	8	-122,5
Zahnstatus behandlungsbedürftig bei vom ZÄD untersuchten Kindern							
3- Jährige	Anteil in %	2010/2011	16,2		12,4	9	-3,8
6- Jährige	Anteil in %	2010/2011	34,6		32,2	9	-2,3
12- Jährige	Anteil in %	2010/2011	16,6		10,0	10	-6,7
Übergewicht (im Rahmen der Einschulungsuntersuchung untersuchte Kinder; mittleres Alter: 5,8 Jahre)							
untersuchte Kinder	absolut	2011	26.983		2.233	6	x
übergewichtig (>90. bis 97. Perzentil)	Anteil in %	2011	5,6		6,1	5	0,5
adipös (>97. Perzentil)	Anteil in %	2011	3,9		3,9	6	0,0
Gesundheitsvorsorge im Kindesalter (im Rahmen der Einschulungsuntersuchung untersuchte Kinder; mittleres Alter: 5,8 Jahre)							
Inanspruchnahme des Krankheitsfrüherkennungsprogramms							
untersuchte Kinder	absolut	2011	26.023		2.177	6	x
Kinder ohne Dokumentation	Anteil in %	2011	7,6		7,6	4	0,0
Teilnahme U 8 (Anteil an Einschülern mit Dokumentation)	Anteil in %	2011	86,5		84,5	10	-2,0
Impfquoten							
untersuchte Kinder	absolut	2011	27.241		2.240	6	x
Kinder ohne Impfdokumentation	Anteil in %	2011	8,6		8,4	7	-0,2
Impfquoten 2. Masernimpf. bei Kindern mit Dokumentation	Anteil in %	2011	90,7		86,6	12	-4,1
Ambulante, stationäre und pflegerische Versorgung							
Ambulant (mit gesetzlichem Versorgungsauftrag)							
Ärzte	EW je Arzt	01.01.2013	390		437	7	47
Hausärzte	EW je Hausarzt	01.01.2013	1.245		1.265	7	20
Zahnärzte	EW je Zahnarzt	31.12.2011	1.183		1.183	8	1
Psychotherapeuten (PT)	EW je PT	01.01.2013	1.606		1.749	9	142
Stationär							
Krankenhausbetten (Region nach Krankenhausplan)	je 100.000 EW	31.12.2011	6,2		9,1	x	2,8
Pflegerisch							
Plätze in stationären Pflegeeinrichtungen	absolut	15.12.2011	33.850		1.828	12	x
	je 100.000 EW 65 J. u.ä.	15.12.2011	5.103,5		6.810,5	1	1.707,0

DMR = direkt altersstand. Eurobev. alt

EW = Einwohner

HzL = Hilfe zum Lebensunterhalt

J. = Jahre

u. ä. = und älter

x = Tabellenfach gesperrt, da Aussage nicht sinnvoll

/ = Zahlenwert nicht sicher genug

2009/2011 = 3 Jahre zusammengefasst

Ränge: Höchster Wert = 1; niedrigster Wert = 12; ohne Wertung = x



Bezirksprofil Pankow

Indikator	Maßeinheit	Jahr	Berlin		Bezirk		Abweichung von Berlin
			Wert	Rang	Wert	Rang	
Bevölkerung							
Bevölkerung insgesamt	absolut	09.05.2011	3.469.621	355.361	1		x
männlich	Anteil in %	09.05.2011	49,0	48,7	5		-0,3
weiblich	Anteil in %	09.05.2011	51,0	51,3	8		0,3
mit Migrationshintergrund	Anteil in %	09.05.2011	27,4	11,1	10		-16,3
mit deutscher Staatsangehörigkeit	Anteil in %	09.05.2011	12,8	6,2	11		-6,7
mit ausländischer Staatsangehörigkeit	Anteil in %	09.05.2011	14,5	4,9	10		-9,6
Bevölkerung nach Altersgruppen							
0 - 5 Jahre	Anteil in %	09.05.2011	5,4	6,6	1		1,2
6 - 14 Jahre	Anteil in %	09.05.2011	6,9	6,9	9		0,0
15 - 17 Jahre	Anteil in %	09.05.2011	2,2	1,7	11		-0,5
18 - 39 Jahre	Anteil in %	09.05.2011	24,3	35,3	3		11,0
40 - 64 Jahre	Anteil in %	09.05.2011	42,2	33,7	9		-8,5
65 - 74 Jahre	Anteil in %	09.05.2011	14,7	8,9	10		-5,7
75 Jahre und älter	Anteil in %	09.05.2011	4,3	6,8	9		2,5
Jugendquotient	0- bis 17-Jährige je 100	09.05.2011	21,9	22,0	7		0,2
	18- bis 64-Jährige						
Altenquotient	Personen 65 J. u.ä. je	09.05.2011	28,5	22,8	10		-5,7
	100 18- bis 64-Jährige						
Bevölkerungsprognose							
0 - 5 Jahre	Anteil in %	2030	5,2	5,8	3		0,6
6 - 14 Jahre	Anteil in %	2030	7,8	8,3	3		0,5
15 - 17 Jahre	Anteil in %	2030	2,6	2,5	10		-0,1
18 - 39 Jahre	Anteil in %	2030	20,9	29,3	4		8,4
40 - 64 Jahre	Anteil in %	2030	40,8	36,3	1		-4,5
65 - 74 Jahre	Anteil in %	2030	15,7	9,4	10		-6,3
75 Jahre und älter	Anteil in %	2030	7,1	8,5	10		1,3
Jugendquotient	0- bis 17-Jährige je 100	2030	25,2	25,3	8		0,0
	18- bis 64-Jährige						
Altenquotient	Personen 65 J. u.ä. je	2030	37,1	27,2	10		-9,8
	100 18- bis 64-Jährige						
Bevölkerungsentwicklung							
Lebendgeborene	absolut	2011	33.075	4.317	1		x
Geborene (außerklinisch)	absolut	2011	1.424	208	3		x
Geburtenziffer	Lebendgeborene je 1.000 EW	2011	9,5	11,6	3		2,1
Fruchtbarkeitsziffer	Lebendgeborene je 1.000 15- bis 44-j. Frauen	2011	47,0	48,9	7		1,9
Gestorbene	absolut	2011	31.380	2.954	4		x
Sterbeziffer	Gestorbene je 1.000 EW	2011	9,0	7,9	10		-1,1
Geburten- bzw. Sterbeüberschuss	absolut	2011	1.695	1.363	3		x
Wanderungssaldo	absolut	2011	39.421	3.631	3		x
Bevölkerungszu- oder abnahme	absolut	2011	41.147	5.000	3		x
Sozioökonomische Lage							
Bildungsabschluss (Alter: 18 - 64 Jahre)							
Bevölkerung ohne Schulabschluss	Anteil in %	09.05.2011	4,0	2	11		-2
Bevölkerung ohne berufl. Ausbildungsabschluss	Anteil in %	09.05.2011	17,6	11,5	11		-6,1
Einpersonenhaushalte							
Einpersonenhaushalte unter 65 J.	in % aller Haushalte	2011	54,1	58,9	3		4,8
Einpersonenhaushalte 65 J. u.ä.	in % aller Haushalte	2011	40,5	48,6	3		8,1
	in % aller Haushalte	2011	13,6	10,3	11		-3,3

Indikator	Maßeinheit	Jahr	Berlin		Bezirk		Abweichung von Berlin
			Wert	Rang	Wert	Rang	
Erwerbsstatus							
Erwerbstätigenquote (15- bis 64-jährige)	in %	2011	66,5	78,5	1	12,0	
Erwerbstätige an Bevölkerung gleichen Alters							
Abeitslosenquote (Arbeitslose an allen zivilen Erwerbspersonen)	in %	2011	12,3	9,3	12	-3,0	
Einkommen							
HzL und bedarfsorientierte Grundsicherung außerhalb von Einrichtungen	je 1.000 EW		17,5	10,4	12	-7,1	
Armutquote	in %	2011	15,5	10,9	10	-4,6	
Gesundheitszustand							
Lebenserwartung							
bei Geburt (männlich)	in Jahren	2009/2011	77,6	77,4	5	-0,2	
bei Geburt (weiblich)	in Jahren	2009/2011	82,6	82,5	6	-0,1	
mit 65 Jahren (männlich)	in Jahren	2009/2011	17,6	17,4	7	-0,2	
mit 65 Jahren (weiblich)	in Jahren	2009/2011	20,5	20,2	7	-0,3	
Allgemeine Sterblichkeit							
Gesamtsterblichkeit	je 100.000 DMR	2009/2011	566,0	574,9	8	8,9	
männlich	je 100.000 DMR	2009/2011	688,3	711,3	7	23,0	
weiblich	je 100.000 DMR	2009/2011	458,2	461,3	7	3,1	
Vorzeitige Sterblichkeit (0 - 64 Jahre)	absolut	2009/2011	18.191	1.661	4	x	
männlich	je 100.000 DMR	2009/2011	249,2	247,1	9	-2,1	
weiblich	je 100.000 DMR	2009/2011	129,0	122,5	9	-6,6	
Sterblichkeit 65 Jahre u.ä.	absolut	2009/2011	77.136	7.150	4	x	
männlich	je 100.000 DMR	2009/2011	4.240	4.466,6	5	226,3	
weiblich	je 100.000 DMR	2009/2011	3.122	3.202,8	6	81,2	
Perinatale Sterblichkeit	absolut	2009/2011	580	75	1	x	
	je 1.000 Geborene	2009/2011	5,9	5,7	6	-0,1	
Vermeidbare Sterbefälle							
Lungenkrebs	absolut	2009/2011	1.841	130	9	x	
ICD-10 Nrn.: C33 - C34 / Alter: 15 - 64 Jahre							
männlich	je 100.000 DMR	2009/2011	31,3	28,9	9	-2,4	
weiblich	je 100.000 DMR	2009/2011	18,7	12,1	11	-6,6	
Ischämische Herzkrankheiten	absolut	2009/2011	1.580	120	9	x	
ICD-10 Nrn.: I20 - I25 / Alter: 35 - 64 Jahre							
männlich	je 100.000 DMR	2009/2011	60,1	51,4	9	-8,7	
weiblich	je 100.000 DMR	2009/2011	13,3	13,9	6	0,5	
Akuter Myokardinfarkt	absolut	2009/2011	961	71	9	x	
ICD-10 Nr.: I21 / Alter: 0 - 64 Jahre							
männlich	je 100.000 DMR	2009/2011	15,9	12,9	10	-3,0	
weiblich	je 100.000 DMR	2009/2011	3,6	3,4	9	-0,2	
Hypertonie und zerebrovaskuläre Krankheiten	absolut	2009/2011	798	70	4	x	
ICD-10 Nrn.: I10 - I15, I60 - I69 / Alter: 35 - 64 Jahre							
männlich	je 100.000 DMR	2009/2011	24,7	24,1	8	-0,6	
weiblich	je 100.000 DMR	2009/2011	12,3	12,4	6	0,1	
Krankheiten der Leber	absolut	2009/2011	1.571	151	3	x	
ICD-10 Nrn.: K70 - K77 / Alter: 15 - 74 Jahre							
männlich	je 100.000 DMR	2009/2011	22,3	21,3	8	-1,0	
weiblich	je 100.000 DMR	2009/2011	11,1	13,9	3	2,8	
Alkoholische Leberkrankheit	absolut	2009/2011	816	81	3	x	
ICD-10 Nr.: K70 / Alter: 15 - 74 Jahre							
männlich	je 100.000 DMR	2009/2011	12,2	12,6	7	0,4	
weiblich	je 100.000 DMR	2009/2011	5,5	6,3	4	0,8	
Bösartige Neubildung der Brustdrüse	absolut	2009/2011	559	46	6	x	
ICD-10 Nr.: C50 / Alter 25 - 64 Jahre							
weiblich	je 100.000 DMR	2009/2011	18,8	17,1	7	-1,6	
Morbidität							
Neuerkrankungsrate an bösartigen Neubildungen							
ICD-10 Nr.: C00-C97, ohne C44							
männlich	je 100.000 DMR	2006/2009	421,4	433,8	5	12,4	
weiblich	je 100.000 DMR	2006/2009	344,1	331,6	10	-12,5	
Neuerkrankungsrate an tabakassozierten bösartigen Neubildungen							
ICD-10 Nr.: C00-C14, C15, C25, C32, C33-C34, C67							
männlich	je 100.000 DMR	2006/2009	134,6	128,1	9	-6,5	
weiblich	je 100.000 DMR	2006/2009	58,2	52,3	9	-5,9	

Indikator	Maßeinheit	Jahr	Berlin		Bezirk		Abweichung von Berlin
			Wert	Rang	Wert	Rang	
Pflegebedürftige in ambulanter oder stationärer Pflege	absolut	2011	53.429	5.623	3		x
ambulante Pflege	je 100.000 EW	2011	753,8	685,2	8		-68,6
stationäre Pflege	je 100.000 EW	2011	771,9	810,5	6		38,6
Schwerbehinderte Personen mit Schwb-Ausweis	absolut	2011	345.414	29.859	6		x
männlich	je 100.000 DMR	2011	7.441,6	7.080,9	9		-360,8
weiblich	je 100.000 DMR	2011	7.192,9	6.689,2	9		-503,6
Zahnstatus behandlungsbedürftig bei vom ZÄD untersuchten Kindern							
3- Jährige	Anteil in %	2010/2011	16,2	9,5	11		-6,7
6- Jährige	Anteil in %	2010/2011	34,6	20,9	11		-13,7
12- Jährige	Anteil in %	2010/2011	16,6	6,8	11		-9,8
Übergewicht (im Rahmen der Einschulungsuntersuchung untersuchte Kinder; mittleres Alter: 5,8 Jahre)							
untersuchte Kinder	absolut	2011	26.983	3.261	1		x
übergewichtig (>90. bis 97. Perzentil)	Anteil in %	2011	5,6	2,8	12		-2,8
adipös (>97. Perzentil)	Anteil in %	2011	3,9	1,4	12		-2,5
Gesundheitsvorsorge im Kindesalter (im Rahmen der Einschulungsuntersuchung untersuchte Kinder; mittleres Alter: 5,8 Jahre)							
Inanspruchnahme des Krankheitsfrüherkennungsprogramms							
untersuchte Kinder	absolut	2011	26.023	3.205	1		x
Kinder ohne Dokumentation	Anteil in %	2011	7,6	7,0	8		-0,6
Teilnahme U 8 (Anteil an Einschülern mit Dokumentation)	Anteil in %	2011	86,5	90,2	2		3,7
Impfquoten							
untersuchte Kinder	absolut	2011	27.241	3.273	1		x
Kinder ohne Impfdokumentation	Anteil in %	2011	8,6	8,1	8		-0,5
Impfquoten 2. Masernimpf. bei Kindern mit Dokumentation	Anteil in %	2011	90,7	87,8	11		-2,9
Ambulante, stationäre und pflegerische Versorgung							
Ambulant (mit gesetzlichem Versorgungsauftrag)							
Ärzte	EW je Arzt	01.01.2013	390	393	8		3
Hausärzte	EW je Hausarzt	01.01.2013	1.245	1.314	6		69
Zahnärzte	EW je Zahnarzt	31.12.2011	1.183	1.262	7		79
Psychotherapeuten (PT)	EW je PT	01.01.2013	1.606	1.979	7		372
Stationär							
Krankenhausbetten (Region nach Krankenhausplan)	je 100.000 EW	31.12.2011	6,2	5,5	x		-0,7
Pflegerisch							
Plätze in stationären Pflegeeinrichtungen	absolut	15.12.2011	33.850	3.948	2		x
	je 100.000 EW 65 J. u.ä.	15.12.2011	5.103,5	6.753,7	3		1.650,2

DMR = direkt altersstand. Eurobev. alt

EW = Einwohner

HzL = Hilfe zum Lebensunterhalt

J. = Jahre

u. ä. = und älter

x = Tabellenfach gesperrt, da Aussage nicht sinnvoll

/ = Zahlenwert nicht sicher genug

2009/2011 = 3 Jahre zusammengefasst

Ränge: Höchster Wert = 1; niedrigster Wert = 12; ohne Wertung = x



Bezirksprofil Charlottenburg-Wilmersdorf

Indikator	Maßeinheit	Jahr	Berlin		Bezirk		Abweichung von Berlin
			Wert	Rang	Wert	Rang	
Bevölkerung							
Bevölkerung insgesamt	absolut	09.05.2011	3.469.621	290.741	5		x
männlich	Anteil in %	09.05.2011	49,0	46,8	11		-2,1
weiblich	Anteil in %	09.05.2011	51,0	53,2	2		2,1
mit Migrationshintergrund	Anteil in %	09.05.2011	27,4	28,2	5		0,8
mit deutscher Staatsangehörigkeit	Anteil in %	09.05.2011	12,8	14,6	5		1,8
mit ausländischer Staatsangehörigkeit	Anteil in %	09.05.2011	14,5	13,6	4		-0,9
Bevölkerung nach Altersgruppen							
0 - 5 Jahre	Anteil in %	09.05.2011	5,4	4,6	12		-0,8
6 - 14 Jahre	Anteil in %	09.05.2011	6,9	6,5	11		-0,4
15 - 17 Jahre	Anteil in %	09.05.2011	2,2	2,1	7		-0,1
18 - 39 Jahre	Anteil in %	09.05.2011	24,3	25,9	9		1,7
40 - 64 Jahre	Anteil in %	09.05.2011	42,2	38,5	2		-3,7
65 - 74 Jahre	Anteil in %	09.05.2011	14,7	13,4	5		-1,2
75 Jahre und älter	Anteil in %	09.05.2011	4,3	8,9	5		4,6
Jugendquotient	0- bis 17-Jährige je 100	09.05.2011	21,9	20,5	10		-1,4
	18- bis 64-Jährige						
Altenquotient	Personen 65 J. u.ä. je 100 18- bis 64-Jährige	09.05.2011	28,5	34,6	5		6,1
Bevölkerungsprognose							
0 - 5 Jahre	Anteil in %	2030	5,2	4,1	12		-1,1
6 - 14 Jahre	Anteil in %	2030	7,8	6,2	12		-1,6
15 - 17 Jahre	Anteil in %	2030	2,6	2,1	11		-0,5
18 - 39 Jahre	Anteil in %	2030	20,9	24,9	7		4,1
40 - 64 Jahre	Anteil in %	2030	40,8	35,0	2		-5,7
65 - 74 Jahre	Anteil in %	2030	15,7	13,3	4		-2,4
75 Jahre und älter	Anteil in %	2030	7,1	14,4	2		7,2
Jugendquotient	0- bis 17-Jährige je 100	2030	25,2	20,6	11		-4,6
	18- bis 64-Jährige						
Altenquotient	Personen 65 J. u.ä. je 100 18- bis 64-Jährige	2030	37,1	46,2	6		9,1
Bevölkerungsentwicklung							
Lebendgeborene	absolut	2011	33.075	2.370	7		x
Geborene (außerklinisch)	absolut	2011	1.424	292	2		x
Geburtenziffer	Lebendgeborene je 1.000 EW	2011	9,5	7,4	11		-2,1
Fruchtbarkeitsziffer	Lebendgeborene je 1.000 15- bis 44-j. Frauen	2011	47,0	39,4	12		-7,6
Gestorbene	absolut	2011	31.380	3.016	3		x
Sterbeziffer	Gestorbene je 1.000 EW	2011	9,0	9,4	6		0,4
Geburten- bzw. Sterbeüberschuss	absolut	2011	1.695	-646	10		x
Wanderungssaldo	absolut	2011	39.421	3.545	4		x
Bevölkerungszu- oder abnahme	absolut	2011	41.147	2.901	6		x
Sozioökonomische Lage							
Bildungsabschluss (Alter: 18 - 64 Jahre)							
Bevölkerung ohne Schulabschluss	Anteil in %	09.05.2011	4,0	2,9	3		-1,1
Bevölkerung ohne berufl. Ausbildungsabschluss	Anteil in %	09.05.2011	17,6	17,4	6		-0,2
Einpersonenhaushalte							
Einpersonenhaushalte unter 65 J.	in % aller Haushalte	2011	54,1	58,6	4		4,6
Einpersonenhaushalte 65 J. u.ä.	in % aller Haushalte	2011	40,5	43,0	5		2,6
	in % aller Haushalte	2011	13,6	15,6	6		2,0

Indikator	Maßeinheit	Jahr	Berlin		Bezirk		Abweichung von Berlin
			Wert	Rang	Wert	Rang	
Erwerbsstatus							
Erwerbstätigenquote (15- bis 64-jährige)	in %	2011	66,5	67,2	6	0,7	
Erwerbstätige an Bevölkerung gleichen Alters)							
Abeitslosenquote (Arbeitslose an allen zivilen Erwerbspersonen)	in %	2011	12,3	10,5	9	-1,8	
Einkommen							
HzL und bedarfsorientierte Grundsicherung außerhalb von Einrichtungen	je 1.000 EW		17,5	21,1	4	3,6	
Armutquote	in %	2011	15,5	14,8	6	-0,7	
Gesundheitszustand							
Lebenserwartung							
bei Geburt (männlich)	in Jahren	2009/2011	77,6	79,5	1	1,9	
bei Geburt (weiblich)	in Jahren	2009/2011	82,6	83,4	3	0,9	
mit 65 Jahren (männlich)	in Jahren	2009/2011	17,6	18,5	2	0,9	
mit 65 Jahren (weiblich)	in Jahren	2009/2011	20,5	21,1	3	0,6	
Allgemeine Sterblichkeit							
Gesamtsterblichkeit	je 100.000 DMR	2009/2011	566,0	493,3	12	-72,7	
männlich	je 100.000 DMR	2009/2011	688,3	574,9	12	-113,4	
weiblich	je 100.000 DMR	2009/2011	458,2	421,2	11	-37,1	
Vorzeitige Sterblichkeit (0 - 64 Jahre)	absolut	2009/2011	18.191	1.544	5	x	
männlich	je 100.000 DMR	2009/2011	249,2	190,9	12	-58,4	
weiblich	je 100.000 DMR	2009/2011	129,0	116,1	11	-12,9	
Sterblichkeit 65 Jahre u.ä.	absolut	2009/2011	77.136	7.877	2	x	
männlich	je 100.000 DMR	2009/2011	4.240	3.682,1	12	-558,2	
weiblich	je 100.000 DMR	2009/2011	3.122	2.889,4	11	-232,2	
Perinatale Sterblichkeit	absolut	2009/2011	580	47	7	x	
	je 1.000 Geborene	2009/2011	5,9	6,5	4	0,6	
Vermeidbare Sterbefälle							
Lungenkrebs	absolut	2009/2011	1.841	183	3	x	
ICD-10 Nrn.: C33 - C34 / Alter: 15 - 64 Jahre							
männlich	je 100.000 DMR	2009/2011	31,3	24,7	10	-6,7	
weiblich	je 100.000 DMR	2009/2011	18,7	20,1	6	1,4	
Ischämische Herzkrankheiten	absolut	2009/2011	1.580	128	7	x	
ICD-10 Nrn.: I20 - I25 / Alter: 35 - 64 Jahre							
männlich	je 100.000 DMR	2009/2011	60,1	43,3	12	-16,8	
weiblich	je 100.000 DMR	2009/2011	13,3	12,5	8	-0,9	
Akuter Myokardinfarkt	absolut	2009/2011	961	87	4	x	
ICD-10 Nr.: I21 / Alter: 0 - 64 Jahre							
männlich	je 100.000 DMR	2009/2011	15,9	13,1	9	-2,8	
weiblich	je 100.000 DMR	2009/2011	3,6	3,7	7	0,1	
Hypertonie und zerebrovaskuläre Krankheiten	absolut	2009/2011	798	70	4	x	
ICD-10 Nrn.: I10 - I15, I60 - I69 / Alter: 35 - 64 Jahre							
männlich	je 100.000 DMR	2009/2011	24,7	18,5	10	-6,3	
weiblich	je 100.000 DMR	2009/2011	12,3	11,7	9	-0,6	
Krankheiten der Leber	absolut	2009/2011	1.571	116	10	x	
ICD-10 Nrn.: K70 - K77 / Alter: 15 - 74 Jahre							
männlich	je 100.000 DMR	2009/2011	22,3	15,2	11	-7,2	
weiblich	je 100.000 DMR	2009/2011	11,1	7,7	11	-3,3	
Alkoholische Leberkrankheit	absolut	2009/2011	816	61	9	x	
ICD-10 Nr.: K70 / Alter: 15 - 74 Jahre							
männlich	je 100.000 DMR	2009/2011	12,2	8,3	10	-3,9	
weiblich	je 100.000 DMR	2009/2011	5,5	4,1	11	-1,4	
Bösartige Neubildung der Brustdrüse	absolut	2009/2011	559	70	1	x	
ICD-10 Nr.: C50 / Alter 25 - 64 Jahre							
weiblich	je 100.000 DMR	2009/2011	18,8	20,8	4	2,0	
Morbidität							
Neuerkrankungsrate an bösartigen Neubildungen							
ICD-10 Nr.: C00-C97, ohne C44							
männlich	je 100.000 DMR	2006/2009	421,4	392,8	11	-28,6	
weiblich	je 100.000 DMR	2006/2009	344,1	346,0	8	1,9	
Neuerkrankungsrate an tabakassoziierten bösartigen Neubildungen							
ICD-10 Nr.: C00-C14, C15, C25, C32, C33-C34, C67							
männlich	je 100.000 DMR	2006/2009	134,6	124,1	10	-10,4	
weiblich	je 100.000 DMR	2006/2009	58,2	58,5	7	0,3	

Indikator	Maßeinheit	Jahr	Berlin		Bezirk		Abweichung von Berlin
			Wert	Rang	Wert	Rang	
Pflegebedürftige in ambulanter oder stationärer Pflege	absolut	2011	53.429	5.973	1		x
ambulante Pflege	je 100.000 EW	2011	753,8	1.081,8	1		327,9
stationäre Pflege	je 100.000 EW	2011	771,9	765,4	7		-6,5
Schwerbehinderte Personen mit Schwb-Ausweis	absolut	2011	345.414	31.901	4		x
männlich	je 100.000 DMR	2011	7.441,6	6.149,0	12		-1.292,6
weiblich	je 100.000 DMR	2011	7.192,9	6.231,7	12		-961,2
Zahnstatus behandlungsbedürftig bei vom ZÄD untersuchten Kindern							
3- Jährige	Anteil in %	2010/2011	16,2	13,0	8		-3,1
6- Jährige	Anteil in %	2010/2011	34,6	26,8	10		-7,8
12- Jährige	Anteil in %	2010/2011	16,6	15,2	8		-1,4
Übergewicht (im Rahmen der Einschulungsuntersuchung untersuchte Kinder; mittleres Alter: 5,8 Jahre)							
untersuchte Kinder	absolut	2011	26.983	2.007	8		x
übergewichtig (>90. bis 97. Perzentil)	Anteil in %	2011	5,6	5,1	7		-0,5
adipös (>97. Perzentil)	Anteil in %	2011	3,9	2,8	9		-1,1
Gesundheitsvorsorge im Kindesalter (im Rahmen der Einschulungsuntersuchung untersuchte Kinder; mittleres Alter: 5,8 Jahre)							
Inanspruchnahme des Krankheitsfrüherkennungsprogramms							
untersuchte Kinder	absolut	2011	26.023	1.831	10		x
Kinder ohne Dokumentation	Anteil in %	2011	7,6	7,5	5		-0,1
Teilnahme U 8 (Anteil an Einschülern mit Dokumentation)	Anteil in %	2011	86,5	88,8	3		2,3
Impfquoten							
untersuchte Kinder	absolut	2011	27.241	2.020	7		x
Kinder ohne Impfdokumentation	Anteil in %	2011	8,6	9,8	4		1,1
Impfquoten 2. Masernimpf. bei Kindern mit Dokumentation	Anteil in %	2011	90,7	91,4	5		0,7
Ambulante, stationäre und pflegerische Versorgung							
Ambulant (mit gesetzlichem Versorgungsauftrag)							
Ärzte	EW je Arzt	01.01.2013	390	214	12		-175
Hausärzte	EW je Hausarzt	01.01.2013	1.245	927	12		-319
Zahnärzte	EW je Zahnarzt	31.12.2011	1.183	770	12		-413
Psychotherapeuten (PT)	EW je PT	01.01.2013	1.606	604	12		-1.002
Stationär							
Krankenhausbetten (Region nach Krankenhausplan)	je 100.000 EW	31.12.2011	6,2	6,9	x		0,7
Pflegerisch							
Plätze in stationären Pflegeeinrichtungen	absolut	15.12.2011	33.850	3.101	3		x
	je 100.000 EW 65 J. u.ä.	15.12.2011	5.103,5	4.302,6	10		-800,9

DMR = direkt altersstand. Eurobev. alt

EW = Einwohner

HzL = Hilfe zum Lebensunterhalt

J. = Jahre

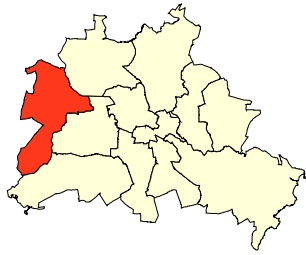
u. ä. = und älter

x = Tabellenfach gesperrt, da Aussage nicht sinnvoll

/ = Zahlenwert nicht sicher genug

2009/2011 = 3 Jahre zusammengefasst

Ränge: Höchster Wert = 1; niedrigster Wert = 12; ohne Wertung = x



Bezirksprofil Spandau

Indikator	Maßeinheit	Jahr	Berlin		Bezirk		Abweichung von Berlin
			Wert	Rang	Wert	Rang	
Bevölkerung							
Bevölkerung insgesamt	absolut	09.05.2011	3.469.621	214.235	12		x
männlich	Anteil in %	09.05.2011	49,0	47,8	10		-1,1
weiblich	Anteil in %	09.05.2011	51,0	52,2	3		1,1
mit Migrationshintergrund	Anteil in %	09.05.2011	27,4	24,0	6		-3,4
mit deutscher Staatsangehörigkeit	Anteil in %	09.05.2011	12,8	14,4	6		1,6
mit ausländischer Staatsangehörigkeit	Anteil in %	09.05.2011	14,5	9,5	6		-5,0
Bevölkerung nach Altersgruppen							
0 - 5 Jahre	Anteil in %	09.05.2011	5,4	5,1	7		-0,3
6 - 14 Jahre	Anteil in %	09.05.2011	6,9	8,1	1		1,2
15 - 17 Jahre	Anteil in %	09.05.2011	2,2	2,9	1		0,7
18 - 39 Jahre	Anteil in %	09.05.2011	24,3	25,0	10		0,7
40 - 64 Jahre	Anteil in %	09.05.2011	42,2	36,0	6		-6,2
65 - 74 Jahre	Anteil in %	09.05.2011	14,7	13,6	4		-1,1
75 Jahre und älter	Anteil in %	09.05.2011	4,3	9,3	4		5,0
Jugendquotient	0- bis 17-Jährige je 100	09.05.2011	21,9	26,4	1		4,5
	18- bis 64-Jährige						
Altenquotient	Personen 65 J. u.ä. je	09.05.2011	28,5	37,4	4		8,9
	100 18- bis 64-Jährige						
Bevölkerungsprognose							
0 - 5 Jahre	Anteil in %	2030	5,2	5,1	6		-0,1
6 - 14 Jahre	Anteil in %	2030	7,8	8,5	1		0,8
15 - 17 Jahre	Anteil in %	2030	2,6	3,1	1		0,5
18 - 39 Jahre	Anteil in %	2030	20,9	23,7	9		2,8
40 - 64 Jahre	Anteil in %	2030	40,8	32,6	10		-8,2
65 - 74 Jahre	Anteil in %	2030	15,7	13,3	5		-2,4
75 Jahre und älter	Anteil in %	2030	7,1	13,8	4		6,7
Jugendquotient	0- bis 17-Jährige je 100	2030	25,2	29,6	1		4,3
	18- bis 64-Jährige						
Altenquotient	Personen 65 J. u.ä. je	2030	37,1	48,1	5		11,0
	100 18- bis 64-Jährige						
Bevölkerungsentwicklung							
Lebendgeborene	absolut	2011	33.075	2.008	11		x
Geborene (außerklinisch)	absolut	2011	1.424	1	12		x
Geburtenziffer	Lebendgeborene	2011	9,5	8,8	8		-0,7
	je 1.000 EW						
Fruchtbarkeitsziffer	Lebendgeborene je 1.000	2011	47,0	50,0	4		3,0
	15- bis 44-j. Frauen						
Gestorbene	absolut	2011	31.380	2.424	10		x
Sterbeziffer	Gestorbene je 1.000 EW	2011	9,0	10,7	3		1,7
Geburten- bzw. Sterbeüberschuss	absolut	2011	1.695	-416	9		x
Wanderungssaldo	absolut	2011	39.421	3.096	7		x
Bevölkerungszu- oder abnahme	absolut	2011	41.147	2.679	8		x
Sozioökonomische Lage							
Bildungsabschluss (Alter: 18 - 64 Jahre)							
Bevölkerung ohne Schulabschluss	Anteil in %	09.05.2011	4,0	4,5	5		0,5
Bevölkerung ohne berufl. Ausbildungsabschluss	Anteil in %	09.05.2011	17,6	18,7	4		1,1
Einpersonenhaushalte							
Einpersonenhaushalte unter 65 J.	in % aller Haushalte	2011	54,1	50,9	7		-3,2
Einpersonenhaushalte 65 J. u.ä.	in % aller Haushalte	2011	40,5	34,6	8		-5,9
	in % aller Haushalte	2011	13,6	16,3	4		2,7

Indikator	Maßeinheit	Jahr	Berlin		Bezirk		Abweichung von Berlin
			Wert	Rang	Wert	Rang	
Erwerbsstatus							
Erwerbstätigenquote (15- bis 64-jährige)	in %	2011	66,5	59,4	11	-7,1	
Erwerbstätige an Bevölkerung gleichen Alters							
Abeitslosenquote (Arbeitslose an allen zivilen Erwerbspersonen)	in %	2011	12,3	14,0	5	1,7	
Einkommen							
HzL und bedarfsorientierte Grundsicherung außerhalb von Einrichtungen	je 1.000 EW		17,5	18,8	6	1,2	
Armutquote	in %	2011	15,5	16,9	4	1,4	
Gesundheitszustand							
Lebenserwartung							
bei Geburt (männlich)	in Jahren	2009/2011	77,6	77,1	8	-0,5	
bei Geburt (weiblich)	in Jahren	2009/2011	82,6	81,8	9	-0,8	
mit 65 Jahren (männlich)	in Jahren	2009/2011	17,6	17,1	9	-0,5	
mit 65 Jahren (weiblich)	in Jahren	2009/2011	20,5	20,1	9	-0,5	
Allgemeine Sterblichkeit							
Gesamtsterblichkeit	je 100.000 DMR	2009/2011	566,0	594,0	4	28,1	
männlich	je 100.000 DMR	2009/2011	688,3	705,9	8	17,7	
weiblich	je 100.000 DMR	2009/2011	458,2	488,3	4	30,1	
Vorzeitige Sterblichkeit (0 - 64 Jahre)	absolut	2009/2011	18.191	1.296	10	x	
männlich	je 100.000 DMR	2009/2011	249,2	254,9	6	5,7	
weiblich	je 100.000 DMR	2009/2011	129,0	141,5	3	12,4	
Sterblichkeit 65 Jahre u.ä.	absolut	2009/2011	77.136	6.235	8	x	
männlich	je 100.000 DMR	2009/2011	4.240	4.354,9	8	114,6	
weiblich	je 100.000 DMR	2009/2011	3.122	3.294,8	4	173,2	
Perinatale Sterblichkeit	absolut	2009/2011	580	28	10	x	
	je 1.000 Geborene	2009/2011	5,9	4,8	10	-1,1	
Vermeidbare Sterbefälle							
Lungenkrebs	absolut	2009/2011	1.841	150	6	x	
ICD-10 Nrn.: C33 - C34 / Alter: 15 - 64 Jahre							
männlich	je 100.000 DMR	2009/2011	31,3	34,8	5	3,4	
weiblich	je 100.000 DMR	2009/2011	18,7	23,3	1	4,5	
Ischämische Herzkrankheiten	absolut	2009/2011	1.580	129	6	x	
ICD-10 Nrn.: I20 - I25 / Alter: 35 - 64 Jahre							
männlich	je 100.000 DMR	2009/2011	60,1	64,8	7	4,7	
weiblich	je 100.000 DMR	2009/2011	13,3	21,5	1	8,1	
Akuter Myokardinfarkt	absolut	2009/2011	961	65	11	x	
ICD-10 Nr.: I21 / Alter: 0 - 64 Jahre							
männlich	je 100.000 DMR	2009/2011	15,9	14,3	8	-1,6	
weiblich	je 100.000 DMR	2009/2011	3,6	4,8	1	1,2	
Hypertonie und zerebrovaskuläre Krankheiten	absolut	2009/2011	798	59	9	x	
ICD-10 Nrn.: I10 - I15, I60 - I69 / Alter: 35 - 64 Jahre							
männlich	je 100.000 DMR	2009/2011	24,7	24,6	7	-0,1	
weiblich	je 100.000 DMR	2009/2011	12,3	14,6	3	2,3	
Krankheiten der Leber	absolut	2009/2011	1.571	128	8	x	
ICD-10 Nrn.: K70 - K77 / Alter: 15 - 74 Jahre							
männlich	je 100.000 DMR	2009/2011	22,3	25,6	4	3,3	
weiblich	je 100.000 DMR	2009/2011	11,1	11,3	6	0,2	
Alkoholische Leberkrankheit	absolut	2009/2011	816	70	7	x	
ICD-10 Nr.: K70 / Alter: 15 - 74 Jahre							
männlich	je 100.000 DMR	2009/2011	12,2	16,0	4	3,8	
weiblich	je 100.000 DMR	2009/2011	5,5	4,8	9	-0,6	
Bösartige Neubildung der Brustdrüse	absolut	2009/2011	559	53	3	x	
ICD-10 Nr.: C50 / Alter 25 - 64 Jahre							
weiblich	je 100.000 DMR	2009/2011	18,8	26,4	1	7,6	
Morbidität							
Neuerkrankungsrate an bösartigen Neubildungen							
ICD-10 Nr.: C00-C97, ohne C44							
männlich	je 100.000 DMR	2006/2009	421,4	439,7	2	18,3	
weiblich	je 100.000 DMR	2006/2009	344,1	347,8	7	3,7	
Neuerkrankungsrate an tabakassoziierten bösartigen Neubildungen							
ICD-10 Nr.: C00-C14, C15, C25, C32, C33-C34, C67							
männlich	je 100.000 DMR	2006/2009	134,6	150,4	3	15,8	
weiblich	je 100.000 DMR	2006/2009	58,2	60,7	5	2,5	

Indikator	Maßeinheit	Jahr	Berlin		Bezirk		Abweichung von Berlin
			Wert	Rang	Wert	Rang	
Pflegebedürftige in ambulanter oder stationärer Pflege	absolut	2011	53.429	4.126	8	x	
ambulante Pflege	je 100.000 EW	2011	753,8	829,6	4	75,7	
stationäre Pflege	je 100.000 EW	2011	771,9	972,8	2	200,9	
Schwerbehinderte Personen mit Schwb-Ausweis	absolut	2011	345.414	27.503	8	x	
männlich	je 100.000 DMR	2011	7.441,6	8.179,3	3	737,6	
weiblich	je 100.000 DMR	2011	7.192,9	8.078,3	3	885,4	
Zahnstatus behandlungsbedürftig bei vom ZÄD untersuchten Kindern							
3- Jährige	Anteil in %	2010/2011	16,2	17,3	7	1,1	
6- Jährige	Anteil in %	2010/2011	34,6	35,0	8	0,5	
12- Jährige	Anteil in %	2010/2011	16,6	17,2	6	0,6	
Übergewicht (im Rahmen der Einschulungsuntersuchung untersuchte Kinder; mittleres Alter: 5,8 Jahre)							
untersuchte Kinder	absolut	2011	26.983	1.732	12	x	
übergewichtig (>90. bis 97. Perzentil)	Anteil in %	2011	5,6	6,8	3	1,2	
adipös (>97. Perzentil)	Anteil in %	2011	3,9	4,2	5	0,3	
Gesundheitsvorsorge im Kindesalter (im Rahmen der Einschulungsuntersuchung untersuchte Kinder; mittleres Alter: 5,8 Jahre)							
Inanspruchnahme des Krankheitsfrüherkennungsprogramms							
untersuchte Kinder	absolut	2011	26.023	1.675	12	x	
Kinder ohne Dokumentation	Anteil in %	2011	7,6	5,1	11	-2,5	
Teilnahme U 8 (Anteil an Einschülern mit Dokumentation)	Anteil in %	2011	86,5	87,4	5	0,9	
Impfquoten							
untersuchte Kinder	absolut	2011	27.241	1.739	12	x	
Kinder ohne Impfdokumentation	Anteil in %	2011	8,6	5,5	11	-3,1	
Impfquoten 2. Masernimpf. bei Kindern mit Dokumentation	Anteil in %	2011	90,7	92,8	3	2,1	
Ambulante, stationäre und pflegerische Versorgung							
Ambulant (mit gesetzlichem Versorgungsauftrag)							
Ärzte	EW je Arzt	01.01.2013	390	467	6	77	
Hausärzte	EW je Hausarzt	01.01.2013	1.245	1.244	8	-1	
Zahnärzte	EW je Zahnarzt	31.12.2011	1.183	1.404	2	222	
Psychotherapeuten (PT)	EW je PT	01.01.2013	1.606	2.973	5	1.367	
Stationär							
Krankenhausbetten (Region nach Krankenhausplan)	je 100.000 EW	31.12.2011	6,2	6,9	x	0,7	
Pflegerisch							
Plätze in stationären Pflegeeinrichtungen	absolut	15.12.2011	33.850	2.788	6	x	
	je 100.000 EW 65 J. u.ä.	15.12.2011	5.103,5	5.464,3	5	360,8	

DMR = direkt altersstand. Eurobev. alt

EW = Einwohner

HzL = Hilfe zum Lebensunterhalt

J. = Jahre

u. ä. = und älter

x = Tabellenfach gesperrt, da Aussage nicht sinnvoll

/ = Zahlenwert nicht sicher genug

2009/2011 = 3 Jahre zusammengefasst

Ränge: Höchster Wert = 1; niedrigster Wert = 12; ohne Wertung = x



Senatsverwaltung
für Gesundheit und Soziales



Bezirksprofil Steglitz-Zehlendorf

Indikator	Maßeinheit	Jahr	Berlin		Bezirk		Abweichung von Berlin
			Wert	Rang	Wert	Rang	
Bevölkerung							
Bevölkerung insgesamt	absolut	09.05.2011	3.469.621	277.078	6		x
männlich	Anteil in %	09.05.2011	49,0	46,0	12		-3,0
weiblich	Anteil in %	09.05.2011	51,0	54,0	1		3,0
mit Migrationshintergrund	Anteil in %	09.05.2011	27,4	19,7	8		-7,7
mit deutscher Staatsangehörigkeit	Anteil in %	09.05.2011	12,8	12,2	8		-0,7
mit ausländischer Staatsangehörigkeit	Anteil in %	09.05.2011	14,5	7,5	8		-7,0
Bevölkerung nach Altersgruppen							
0 - 5 Jahre	Anteil in %	09.05.2011	5,4	4,8	11		-0,6
6 - 14 Jahre	Anteil in %	09.05.2011	6,9	8,0	4		1,1
15 - 17 Jahre	Anteil in %	09.05.2011	2,2	2,6	4		0,4
18 - 39 Jahre	Anteil in %	09.05.2011	24,3	22,0	12		-2,3
40 - 64 Jahre	Anteil in %	09.05.2011	42,2	37,7	4		-4,6
65 - 74 Jahre	Anteil in %	09.05.2011	14,7	14,7	1		0,1
75 Jahre und älter	Anteil in %	09.05.2011	4,3	10,1	2		5,8
Jugendquotient	0- bis 17-Jährige je 100	09.05.2011	21,9	26,0	3		4,1
	18- bis 64-Jährige						
Altenquotient	Personen 65 J. u.ä. je 100 18- bis 64-Jährige	09.05.2011	28,5	41,7	1		13,2
Bevölkerungsprognose							
0 - 5 Jahre	Anteil in %	2030	5,2	4,6	11		-0,7
6 - 14 Jahre	Anteil in %	2030	7,8	7,8	6		0,1
15 - 17 Jahre	Anteil in %	2030	2,6	2,8	4		0,2
18 - 39 Jahre	Anteil in %	2030	20,9	21,2	12		0,3
40 - 64 Jahre	Anteil in %	2030	40,8	33,7	5		-7,1
65 - 74 Jahre	Anteil in %	2030	15,7	13,5	2		-2,2
75 Jahre und älter	Anteil in %	2030	7,1	16,4	1		9,3
Jugendquotient	0- bis 17-Jährige je 100	2030	25,2	27,6	4		2,4
	18- bis 64-Jährige						
Altenquotient	Personen 65 J. u.ä. je 100 18- bis 64-Jährige	2030	37,1	54,6	2		17,6
Bevölkerungsentwicklung							
Lebendgeborene	absolut	2011	33.075	2.154	10		x
Geborene (außerklinisch)	absolut	2011	1.424	58	7		x
Geburtenziffer	Lebendgeborene je 1.000 EW	2011	9,5	7,3	12		-2,2
Fruchtbarkeitsziffer	Lebendgeborene je 1.000 15- bis 44-j. Frauen	2011	47,0	41,6	11		-5,4
Gestorbene	absolut	2011	31.380	3.197	1		x
Sterbeziffer	Gestorbene je 1.000 EW	2011	9,0	10,8	2		1,8
Geburten- bzw. Sterbeüberschuss	absolut	2011	1.695	-1.043	12		x
Wanderungssaldo	absolut	2011	39.421	3.153	6		x
Bevölkerungszu- oder abnahme	absolut	2011	41.147	2.112	11		x
Sozioökonomische Lage							
Bildungsabschluss (Alter: 18 - 64 Jahre)							
Bevölkerung ohne Schulabschluss	Anteil in %	09.05.2011	4,0	2,1	10		-1,9
Bevölkerung ohne berufl. Ausbildungsabschluss	Anteil in %	09.05.2011	17,6	13,3	10		-4,3
Einpersonenhaushalte							
Einpersonenhaushalte unter 65 J.	in % aller Haushalte	2011	54,1	48,6	10		-5,5
Einpersonenhaushalte 65 J. u.ä.	in % aller Haushalte	2011	40,5	30,7	11		-9,8
	in % aller Haushalte	2011	13,6	17,9	2		4,3

Indikator	Maßeinheit	Jahr	Berlin		Bezirk		Abweichung von Berlin
			Wert	Rang	Wert	Rang	
Erwerbsstatus							
Erwerbstätigenquote (15- bis 64-jährige Erwerbstätige an Bevölkerung gleichen Alters)	in %	2011	66,5	65,3	7		-1,2
Arbeitslosenquote (Arbeitslose an allen zivilen Erwerbspersonen)	in %	2011	12,3	9,8	11		-2,5
Einkommen							
HzL und bedarfsorientierte Grundsicherung außerhalb von Einrichtungen	je 1.000 EW		17,5	11,9	10		-5,6
Armutquote	in %	2011	15,5	9,6	11		-5,9
Gesundheitszustand							
Lebenserwartung							
bei Geburt (männlich)	in Jahren	2009/2011	77,6	79,4	2		1,8
bei Geburt (weiblich)	in Jahren	2009/2011	82,6	83,6	1		1,0
mit 65 Jahren (männlich)	in Jahren	2009/2011	17,6	18,5	1		0,9
mit 65 Jahren (weiblich)	in Jahren	2009/2011	20,5	21,1	2		0,6
Allgemeine Sterblichkeit							
Gesamtsterblichkeit	je 100.000 DMR	2009/2011	566,0	511,8	11		-54,2
männlich	je 100.000 DMR	2009/2011	688,3	606,7	11		-81,5
weiblich	je 100.000 DMR	2009/2011	458,2	433,0	10		-25,2
Vorzeitige Sterblichkeit (0 - 64 Jahre)	absolut	2009/2011	18.191	1.286	11		x
männlich	je 100.000 DMR	2009/2011	249,2	193,2	11		-56,0
weiblich	je 100.000 DMR	2009/2011	129,0	108,0	12		-21,0
Sterblichkeit 65 Jahre u.ä.	absolut	2009/2011	77.136	8.459	1		x
männlich	je 100.000 DMR	2009/2011	4.240	3.952,3	10		-288,0
weiblich	je 100.000 DMR	2009/2011	3.122	3.062,5	9		-59,0
Perinatale Sterblichkeit	absolut	2009/2011	580	33	9		x
	je 1.000 Geborene	2009/2011	5,9	5,1	7		-0,8
Vermeidbare Sterbefälle							
Lungenkrebs	absolut	2009/2011	1.841	146	7		x
ICD-10 Nrn.: C33 - C34 / Alter: 15 - 64 Jahre							
männlich	je 100.000 DMR	2009/2011	31,3	24,5	11		-6,8
weiblich	je 100.000 DMR	2009/2011	18,7	17,7	8		-1,1
Ischämische Herzkrankheiten	absolut	2009/2011	1.580	106	12		x
ICD-10 Nrn.: I20 - I25 / Alter: 35 - 64 Jahre							
männlich	je 100.000 DMR	2009/2011	60,1	47,4	10		-12,7
weiblich	je 100.000 DMR	2009/2011	13,3	8,2	12		-5,1
Akuter Myokardinfarkt	absolut	2009/2011	961	64	12		x
ICD-10 Nr.: I21 / Alter: 0 - 64 Jahre							
männlich	je 100.000 DMR	2009/2011	15,9	11,9	12		-4,0
weiblich	je 100.000 DMR	2009/2011	3,6	2,6	11		-1,0
Hypertonie und zerebrovaskuläre Krankheiten	absolut	2009/2011	798	48	11		x
ICD-10 Nrn.: I10 - I15, I60 - I69 / Alter: 35 - 64 Jahre							
männlich	je 100.000 DMR	2009/2011	24,7	19,2	9		-5,5
weiblich	je 100.000 DMR	2009/2011	12,3	5,2	12		-7,1
Krankheiten der Leber	absolut	2009/2011	1.571	83	11		x
ICD-10 Nrn.: K70 - K77 / Alter: 15 - 74 Jahre							
männlich	je 100.000 DMR	2009/2011	22,3	11,4	12		-10,9
weiblich	je 100.000 DMR	2009/2011	11,1	6,4	12		-4,6
Alkoholische Leberkrankheit	absolut	2009/2011	816	34	12		x
ICD-10 Nr.: K70 / Alter: 15 - 74 Jahre							
männlich	je 100.000 DMR	2009/2011	12,2	5,0	12		-7,2
weiblich	je 100.000 DMR	2009/2011	5,5	2,2	12		-3,3
Bösartige Neubildung der Brustdrüse	absolut	2009/2011	559	52	4		x
ICD-10 Nr.: C50 / Alter 25 - 64 Jahre							
weiblich	je 100.000 DMR	2009/2011	18,8	17,0	8		-1,8
Morbidität							
Neuerkrankungsrate an bösartigen Neubildungen							
ICD-10 Nr.: C00-C97, ohne C44							
männlich	je 100.000 DMR	2006/2009	421,4	390,6	12		-30,8
weiblich	je 100.000 DMR	2006/2009	344,1	353,1	6		9,1
Neuerkrankungsrate an tabakassoziierten bösartigen Neubildungen							
ICD-10 Nr.: C00-C14, C15, C25, C32, C33-C34, C67							
männlich	je 100.000 DMR	2006/2009	134,6	119,1	11		-15,4
weiblich	je 100.000 DMR	2006/2009	58,2	54,4	8		-3,8

Indikator	Maßeinheit	Jahr	Berlin		Bezirk		Abweichung von Berlin
			Wert	Rang	Wert	Rang	
Pflegebedürftige in ambulanter oder stationärer Pflege	absolut	2011	53.429	5.954	2		x
ambulante Pflege	je 100.000 EW	2011	753,8	689,3	7		-64,5
stationäre Pflege	je 100.000 EW	2011	771,9	1.309,7	1		537,8
Schwerbehinderte Personen mit Schwb-Ausweis	absolut	2011	345.414	31.325	5		x
männlich	je 100.000 DMR	2011	7.441,6	6.579,3	11		-862,3
weiblich	je 100.000 DMR	2011	7.192,9	6.456,3	11		-736,5
Zahnstatus behandlungsbedürftig bei vom ZÄD untersuchten Kindern							
3- Jährige	Anteil in %	2010/2011	16,2	9,2	12		-7,0
6- Jährige	Anteil in %	2010/2011	34,6	17,2	12		-17,4
12- Jährige	Anteil in %	2010/2011	16,6	4,8	12		-11,8
Übergewicht (im Rahmen der Einschulungsuntersuchung untersuchte Kinder; mittleres Alter: 5,8 Jahre)							
untersuchte Kinder	absolut	2011	26.983	2.370	5		x
übergewichtig (>90. bis 97. Perzentil)	Anteil in %	2011	5,6	4,1	10		-1,5
adipös (>97. Perzentil)	Anteil in %	2011	3,9	2,4	10		-1,5
Gesundheitsvorsorge im Kindesalter (im Rahmen der Einschulungsuntersuchung untersuchte Kinder; mittleres Alter: 5,8 Jahre)							
Inanspruchnahme des Krankheitsfrüherkennungsprogramms							
untersuchte Kinder	absolut	2011	26.023	2.240	5		x
Kinder ohne Dokumentation	Anteil in %	2011	7,6	6,4	9		-1,2
Teilnahme U 8 (Anteil an Einschülern mit Dokumentation)	Anteil in %	2011	86,5	91,5	1		5,0
Impfquoten							
untersuchte Kinder	absolut	2011	27.241	2.375	5		x
Kinder ohne Impfdokumentation	Anteil in %	2011	8,6	7,5	9		-1,1
Impfquoten 2. Masernimpf. bei Kindern mit Dokumentation	Anteil in %	2011	90,7	88,5	10		-2,2
Ambulante, stationäre und pflegerische Versorgung							
Ambulant (mit gesetzlichem Versorgungsauftrag)							
Ärzte	EW je Arzt	01.01.2013	390	307	11		-83
Hausärzte	EW je Hausarzt	01.01.2013	1.245	1.173	9		-73
Zahnärzte	EW je Zahnarzt	31.12.2011	1.183	1.083	10		-100
Psychotherapeuten (PT)	EW je PT	01.01.2013	1.606	1.006	10		-600
Stationär							
Krankenhausbetten (Region nach Krankenhausplan)	je 100.000 EW	31.12.2011	6,2	7,3	x		1,1
Pflegerisch							
Plätze in stationären Pflegeeinrichtungen	absolut	15.12.2011	33.850	4.904	1		x
	je 100.000 EW 65 J. u.ä.	15.12.2011	5.103,5	6.761,3	2		1.657,8

DMR = direkt altersstand. Eurobev. alt

EW = Einwohner

HzL = Hilfe zum Lebensunterhalt

J. = Jahre

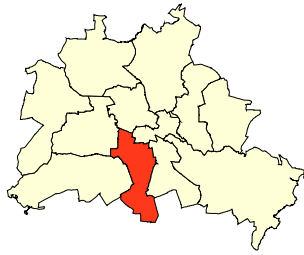
u. ä. = und älter

x = Tabellenfach gesperrt, da Aussage nicht sinnvoll

/ = Zahlenwert nicht sicher genug

2009/2011 = 3 Jahre zusammengefasst

Ränge: Höchster Wert = 1; niedrigster Wert = 12; ohne Wertung = x



Bezirksprofil Tempelhof-Schöneberg

Indikator	Maßeinheit	Jahr	Berlin		Bezirk		Abweichung von Berlin
			Wert	Rang	Wert	Rang	
Bevölkerung							
Bevölkerung insgesamt	absolut	09.05.2011	3.469.621	316.936	2		x
männlich	Anteil in %	09.05.2011	49,0	48,0	9		-0,9
weiblich	Anteil in %	09.05.2011	51,0	52,0	4		0,9
mit Migrationshintergrund	Anteil in %	09.05.2011	27,4	28,9	4		1,6
mit deutscher Staatsangehörigkeit	Anteil in %	09.05.2011	12,8	15,4	4		2,6
mit ausländischer Staatsangehörigkeit	Anteil in %	09.05.2011	14,5	13,5	5		-1,0
Bevölkerung nach Altersgruppen							
0 - 5 Jahre	Anteil in %	09.05.2011	5,4	5,0	8		-0,4
6 - 14 Jahre	Anteil in %	09.05.2011	6,9	7,4	5		0,5
15 - 17 Jahre	Anteil in %	09.05.2011	2,2	2,5	5		0,3
18 - 39 Jahre	Anteil in %	09.05.2011	24,3	26,7	8		2,4
40 - 64 Jahre	Anteil in %	09.05.2011	42,2	37,9	3		-4,4
65 - 74 Jahre	Anteil in %	09.05.2011	14,7	12,3	6		-2,4
75 Jahre und älter	Anteil in %	09.05.2011	4,3	8,1	7		3,9
Jugendquotient	0- bis 17-Jährige je 100	09.05.2011	21,9	23,3	5		1,4
	18- bis 64-Jährige						
Altenquotient	Personen 65 J. u.ä. je 100 18- bis 64-Jährige	09.05.2011	28,5	31,6	6		3,1
Bevölkerungsprognose							
0 - 5 Jahre	Anteil in %	2030	5,2	5,0	7		-0,2
6 - 14 Jahre	Anteil in %	2030	7,8	7,6	10		-0,2
15 - 17 Jahre	Anteil in %	2030	2,6	2,5	8		0,0
18 - 39 Jahre	Anteil in %	2030	20,9	26,2	6		5,3
40 - 64 Jahre	Anteil in %	2030	40,8	34,1	4		-6,7
65 - 74 Jahre	Anteil in %	2030	15,7	12,2	7		-3,5
75 Jahre und älter	Anteil in %	2030	7,1	12,4	7		5,3
Jugendquotient	0- bis 17-Jährige je 100	2030	25,2	25,1	9		-0,2
	18- bis 64-Jährige						
Altenquotient	Personen 65 J. u.ä. je 100 18- bis 64-Jährige	2030	37,1	40,9	7		3,8
Bevölkerungsentwicklung							
Lebendgeborene	absolut	2011	33.075	2.787	5		x
Geborene (außerklinisch)	absolut	2011	1.424	327	1		x
Geburtenziffer	Lebendgeborene je 1.000 EW	2011	9,5	8,3	9		-1,2
Fruchtbarkeitsziffer	Lebendgeborene je 1.000 15- bis 44-j. Frauen	2011	47,0	43,8	9		-3,2
Gestorbene	absolut	2011	31.380	3.155	2		x
Sterbeziffer	Gestorbene je 1.000 EW	2011	9,0	9,4	7		0,4
Geburten- bzw. Sterbeüberschuss	absolut	2011	1.695	-368	8		x
Wanderungssaldo	absolut	2011	39.421	1.029	12		x
Bevölkerungszu- oder abnahme	absolut	2011	41.147	649	12		x
Sozioökonomische Lage							
Bildungsabschluss (Alter: 18 - 64 Jahre)							
Bevölkerung ohne Schulabschluss	Anteil in %	09.05.2011	4,0	4,5	4		0,5
Bevölkerung ohne berufl. Bildungsabschluss	Anteil in %	09.05.2011	17,6	18,2	5		0,6
Einpersonenhaushalte							
Einpersonenhaushalte unter 65 J.	in % aller Haushalte	2011	54,1	53,3	6		-0,7
Einpersonenhaushalte 65 J. u.ä.	in % aller Haushalte	2011	40,5	37,4	6		-3,1
	in % aller Haushalte	2011	13,6	15,9	5		2,3

Indikator	Maßeinheit	Jahr	Berlin		Bezirk		Abweichung von Berlin
			Wert	Rang	Wert	Rang	
Erwerbsstatus							
Erwerbstätigenquote (15- bis 64-jährige)	in %	2011	66,5	67,8	5		1,3
Erwerbstätige an Bevölkerung gleichen Alters							
Abeitslosenquote (Arbeitslose an allen zivilen Erwerbspersonen)	in %	2011	12,3	10,7	8		-1,6
Einkommen							
HzL und bedarfsorientierte Grundsicherung außerhalb von Einrichtungen	je 1.000 EW		17,5	20,6	5		3,1
Armutquote	in %	2011	15,5	14,1	8		-1,4
Gesundheitszustand							
Lebenserwartung							
bei Geburt (männlich)	in Jahren	2009/2011	77,6	78,1	4		0,5
bei Geburt (weiblich)	in Jahren	2009/2011	82,6	82,8	4		0,3
mit 65 Jahren (männlich)	in Jahren	2009/2011	17,6	17,7	4		0,1
mit 65 Jahren (weiblich)	in Jahren	2009/2011	20,5	20,8	4		0,3
Allgemeine Sterblichkeit							
Gesamtsterblichkeit	je 100.000 DMR	2009/2011	566,0	527,1	10		-38,9
männlich	je 100.000 DMR	2009/2011	688,3	631,5	10		-56,7
weiblich	je 100.000 DMR	2009/2011	458,2	439,2	9		-19,0
Vorzeitige Sterblichkeit (0 - 64 Jahre)	absolut	2009/2011	18.191	1.732	3		x
männlich	je 100.000 DMR	2009/2011	249,2	212,2	10		-37,0
weiblich	je 100.000 DMR	2009/2011	129,0	131,9	5		2,8
Sterblichkeit 65 Jahre u.ä.	absolut	2009/2011	77.136	7.742	3		x
männlich	je 100.000 DMR	2009/2011	4.240	4.024,0	9		-216,3
weiblich	je 100.000 DMR	2009/2011	3.122	2.925,3	10		-196,2
Perinatale Sterblichkeit	absolut	2009/2011	580	43	8		x
	je 1.000 Geborene	2009/2011	5,9	5,1	8		-0,8
Vermeidbare Sterbefälle							
Lungenkrebs	absolut	2009/2011	1.841	210	1		x
ICD-10 Nrn.: C33 - C34 / Alter: 15 - 64 Jahre							
männlich	je 100.000 DMR	2009/2011	31,3	29,6	8		-1,7
weiblich	je 100.000 DMR	2009/2011	18,7	23,2	2		4,5
Ischämische Herzkrankheiten	absolut	2009/2011	1.580	134	4		x
ICD-10 Nrn.: I20 - I25 / Alter: 35 - 64 Jahre							
männlich	je 100.000 DMR	2009/2011	60,1	46,7	11		-13,4
weiblich	je 100.000 DMR	2009/2011	13,3	11,4	9		-2,0
Akuter Myokardinfarkt	absolut	2009/2011	961	76	6		x
ICD-10 Nr.: I21 / Alter: 0 - 64 Jahre							
männlich	je 100.000 DMR	2009/2011	15,9	12,2	11		-3,7
weiblich	je 100.000 DMR	2009/2011	3,6	2,5	12		-1,1
Hypertonie und zerebrovaskuläre Krankheiten	absolut	2009/2011	798	68	6		x
ICD-10 Nrn.: I10 - I15, I60 - I69 / Alter: 35 - 64 Jahre							
männlich	je 100.000 DMR	2009/2011	24,7	17,1	11		-7,6
weiblich	je 100.000 DMR	2009/2011	12,3	12,4	7		0,1
Krankheiten der Leber	absolut	2009/2011	1.571	135	7		x
ICD-10 Nrn.: K70 - K77 / Alter: 15 - 74 Jahre							
männlich	je 100.000 DMR	2009/2011	22,3	16,7	10		-5,6
weiblich	je 100.000 DMR	2009/2011	11,1	10,4	9		-0,7
Alkoholische Leberkrankheit	absolut	2009/2011	816	68	8		x
ICD-10 Nr.: K70 / Alter: 15 - 74 Jahre							
männlich	je 100.000 DMR	2009/2011	12,2	8,3	11		-3,9
weiblich	je 100.000 DMR	2009/2011	5,5	5,5	6		0,0
Bösartige Neubildung der Brustdrüse	absolut	2009/2011	559	70	1		x
ICD-10 Nr.: C50 / Alter 25 - 64 Jahre							
weiblich	je 100.000 DMR	2009/2011	18,8	21,5	3		2,7
Morbidität							
Neuerkrankungsrate an bösartigen Neubildungen							
ICD-10 Nr.: C00-C97, ohne C44							
männlich	je 100.000 DMR	2006/2009	421,4	426,2	6		4,7
weiblich	je 100.000 DMR	2006/2009	344,1	367,8	2		23,8
Neuerkrankungsrate an tabakassoziierten bösartigen Neubildungen							
ICD-10 Nr.: C00-C14, C15, C25, C32, C33-C34, C67							
männlich	je 100.000 DMR	2006/2009	134,6	136,7	6		2,1
weiblich	je 100.000 DMR	2006/2009	58,2	64,9	2		6,7

Indikator	Maßeinheit	Jahr	Berlin		Bezirk		Abweichung von Berlin
			Wert	Rang	Wert	Rang	
Pflegebedürftige in ambulanter oder stationärer Pflege	absolut	2011	53.429	4.926	4		x
ambulante Pflege	je 100.000 EW	2011	753,8	891,9	2		138,1
stationäre Pflege	je 100.000 EW	2011	771,9	570,7	11		-201,2
Schwerbehinderte Personen mit Schwb-Ausweis	absolut	2011	345.414	36.293	1		x
männlich	je 100.000 DMR	2011	7.441,6	7.617,0	6		175,4
weiblich	je 100.000 DMR	2011	7.192,9	7.160,5	7		-32,3
Zahnstatus behandlungsbedürftig bei vom ZÄD untersuchten Kindern							
3- Jährige	Anteil in %	2010/2011	16,2	21,8	4		5,6
6- Jährige	Anteil in %	2010/2011	34,6	48,0	2		13,4
12- Jährige	Anteil in %	2010/2011	16,6	49,0	1		32,4
Übergewicht (im Rahmen der Einschulungsuntersuchung untersuchte Kinder; mittleres Alter: 5,8 Jahre)							
untersuchte Kinder	absolut	2011	26.983	2.460	3		x
übergewichtig (>90. bis 97. Perzentil)	Anteil in %	2011	5,6	5,7	6		0,1
adipös (>97. Perzentil)	Anteil in %	2011	3,9	4,9	3		1,0
Gesundheitsvorsorge im Kindesalter (im Rahmen der Einschulungsuntersuchung untersuchte Kinder; mittleres Alter: 5,8 Jahre)							
Inanspruchnahme des Krankheitsfrüherkennungsprogramms							
untersuchte Kinder	absolut	2011	26.023	2.377	3		x
Kinder ohne Dokumentation	Anteil in %	2011	7,6	5,0	12		-2,6
Teilnahme U 8 (Anteil an Einschülern mit Dokumentation)	Anteil in %	2011	86,5	86,4	7		-0,1
Impfquoten							
untersuchte Kinder	absolut	2011	27.241	2.479	3		x
Kinder ohne Impfdokumentation	Anteil in %	2011	8,6	5,4	12		-3,2
Impfquoten 2. Masernimpf. bei Kindern mit Dokumentation	Anteil in %	2011	90,7	91,3	6		0,6
Ambulante, stationäre und pflegerische Versorgung							
Ambulant (mit gesetzlichem Versorgungsauftrag)							
Ärzte	EW je Arzt	01.01.2013	390	322	10		-68
Hausärzte	EW je Hausarzt	01.01.2013	1.245	1.101	11		-145
Zahnärzte	EW je Zahnarzt	31.12.2011	1.183	1.123	9		-60
Psychotherapeuten (PT)	EW je PT	01.01.2013	1.606	936	11		-671
Stationär							
Krankenhausbetten (Region nach Krankenhausplan)	je 100.000 EW	31.12.2011	6,2	7,3	x		1,1
Pflegerisch							
Plätze in stationären Pflegeeinrichtungen	absolut	15.12.2011	33.850	2.217	10		x
	je 100.000 EW 65 J. u.ä.	15.12.2011	5.103,5	3.235,2	12		-1.868,3

DMR = direkt altersstand. Eurobev. alt

EW = Einwohner

HzL = Hilfe zum Lebensunterhalt

J. = Jahre

u. ä. = und älter

x = Tabellenfach gesperrt, da Aussage nicht sinnvoll

/ = Zahlenwert nicht sicher genug

2009/2011 = 3 Jahre zusammengefasst

Ränge: Höchster Wert = 1; niedrigster Wert = 12; ohne Wertung = x



Senatsverwaltung
für Gesundheit und Soziales



Bezirksprofil Neukölln

Indikator	Maßeinheit	Jahr	Berlin		Bezirk		Abweichung von Berlin
			Wert	Rang	Wert	Rang	
Bevölkerung							
Bevölkerung insgesamt	absolut	09.05.2011	3.469.621	298.552	4		x
männlich	Anteil in %	09.05.2011	49,0	49,5	3		0,5
weiblich	Anteil in %	09.05.2011	51,0	50,5	10		-0,5
mit Migrationshintergrund	Anteil in %	09.05.2011	27,4	35,2	2		7,9
mit deutscher Staatsangehörigkeit	Anteil in %	09.05.2011	12,8	17,9	2		5,0
mit ausländischer Staatsangehörigkeit	Anteil in %	09.05.2011	14,5	17,4	3		2,8
Bevölkerung nach Altersgruppen							
0 - 5 Jahre	Anteil in %	09.05.2011	5,4	5,8	4		0,4
6 - 14 Jahre	Anteil in %	09.05.2011	6,9	8,1	2		1,1
15 - 17 Jahre	Anteil in %	09.05.2011	2,2	2,8	3		0,6
18 - 39 Jahre	Anteil in %	09.05.2011	24,3	32,3	5		8,1
40 - 64 Jahre	Anteil in %	09.05.2011	42,2	33,3	10		-8,9
65 - 74 Jahre	Anteil in %	09.05.2011	14,7	10,8	8		-3,9
75 Jahre und älter	Anteil in %	09.05.2011	4,3	6,9	8		2,6
Jugendquotient	0- bis 17-Jährige je 100	09.05.2011	21,9	25,4	4		3,5
	18- bis 64-Jährige						
Altenquotient	Personen 65 J. u.ä. je 100 18- bis 64-Jährige	09.05.2011	28,5	26,9	8		-1,5
Bevölkerungsprognose							
0 - 5 Jahre	Anteil in %	2030	5,2	5,7	4		0,5
6 - 14 Jahre	Anteil in %	2030	7,8	8,1	5		0,3
15 - 17 Jahre	Anteil in %	2030	2,6	2,7	5		0,1
18 - 39 Jahre	Anteil in %	2030	20,9	30,2	3		9,4
40 - 64 Jahre	Anteil in %	2030	40,8	33,1	7		-7,7
65 - 74 Jahre	Anteil in %	2030	15,7	10,5	9		-5,2
75 Jahre und älter	Anteil in %	2030	7,1	9,7	9		2,6
Jugendquotient	0- bis 17-Jährige je 100	2030	25,2	26,0	5		0,8
	18- bis 64-Jährige						
Altenquotient	Personen 65 J. u.ä. je 100 18- bis 64-Jährige	2030	37,1	32,0	1		-5,1
Bevölkerungsentwicklung							
Lebendgeborene	absolut	2011	33.075	3.298	3		x
Geborene (außerklinisch)	absolut	2011	1.424	29	8		x
Geburtenziffer	Lebendgeborene je 1.000 EW	2011	9,5	10,6	4		1,1
Fruchtbarkeitsziffer	Lebendgeborene je 1.000 15- bis 44-j. Frauen	2011	47,0	50,9	2		3,9
Gestorbene	absolut	2011	31.380	2.792	5		x
Sterbeziffer	Gestorbene je 1.000 EW	2011	9,0	8,9	8		-0,1
Geburten- bzw. Sterbeüberschuss	absolut	2011	1.695	506	4		x
Wanderungssaldo	absolut	2011	39.421	5.439	1		x
Bevölkerungszu- oder abnahme	absolut	2011	41.147	5.948	2		x
Sozioökonomische Lage							
Bildungsabschluss (Alter: 18 - 64 Jahre)							
Bevölkerung ohne Schulabschluss	Anteil in %	09.05.2011	4,0	7,4	2		3,4
Bevölkerung ohne berufl. Bildungsabschluss	Anteil in %	09.05.2011	17,6	24,5	2		7,0
Einpersonenhaushalte							
Einpersonenhaushalte unter 65 J.	in % aller Haushalte	2011	54,1	55,2	5		1,2
Einpersonenhaushalte 65 J. u.ä.	in % aller Haushalte	2011	40,5	43,4	4		2,9
	in % aller Haushalte	2011	13,6	11,8	8		-1,8

Indikator	Maßeinheit	Jahr	Berlin		Bezirk		Abweichung von Berlin
			Wert	Rang	Wert	Rang	
Erwerbsstatus							
Erwerbstätigenquote (15- bis 64-jährige)	in %	2011	66,5	58,6	12	-7,9	
Erwerbstätige an Bevölkerung gleichen Alters)							
Abeitslosenquote (Arbeitslose an allen zivilen Erwerbspersonen)	in %	2011	12,3	16,6	1	4,3	
Einkommen							
HzL und bedarfsorientierte Grundsicherung außerhalb von Einrichtungen	je 1.000 EW		17,5	24,3	1	6,8	
Armutquote	in %	2011	15,5	23,9	1	8,4	
Gesundheitszustand							
Lebenserwartung							
bei Geburt (männlich)	in Jahren	2009/2011	77,6	76,2	11	-1,4	
bei Geburt (weiblich)	in Jahren	2009/2011	82,6	81,8	10	-0,8	
mit 65 Jahren (männlich)	in Jahren	2009/2011	17,6	16,9	10	-0,7	
mit 65 Jahren (weiblich)	in Jahren	2009/2011	20,5	20,1	10	-0,5	
Allgemeine Sterblichkeit							
Gesamtsterblichkeit	je 100.000 DMR	2009/2011	566,0	619,7	3	53,7	
männlich	je 100.000 DMR	2009/2011	688,3	761,6	3	73,4	
weiblich	je 100.000 DMR	2009/2011	458,2	489,5	3	31,3	
Vorzeitige Sterblichkeit (0 - 64 Jahre)	absolut	2009/2011	18.191	1.825	2	x	
männlich	je 100.000 DMR	2009/2011	249,2	292,1	3	42,8	
weiblich	je 100.000 DMR	2009/2011	129,0	142,1	2	13,1	
Sterblichkeit 65 Jahre u.ä.	absolut	2009/2011	77.136	6.730	6	x	
männlich	je 100.000 DMR	2009/2011	4.240	4.560,6	4	320,3	
weiblich	je 100.000 DMR	2009/2011	3.122	3.299,9	3	178,4	
Perinatale Sterblichkeit	absolut	2009/2011	580	74	2	x	
	je 1.000 Geborene	2009/2011	5,9	7,6	2	1,7	
Vermeidbare Sterbefälle							
Lungenkrebs	absolut	2009/2011	1.841	204	2	x	
ICD-10 Nrn.: C33 - C34 / Alter: 15 - 64 Jahre							
männlich	je 100.000 DMR	2009/2011	31,3	40,9	1	9,6	
weiblich	je 100.000 DMR	2009/2011	18,7	23,0	3	4,3	
Ischämische Herzkrankheiten	absolut	2009/2011	1.580	174	1	x	
ICD-10 Nrn.: I20 - I25 / Alter: 35 - 64 Jahre							
männlich	je 100.000 DMR	2009/2011	60,1	77,5	1	17,4	
weiblich	je 100.000 DMR	2009/2011	13,3	15,2	3	1,8	
Akuter Myokardinfarkt	absolut	2009/2011	961	103	2	x	
ICD-10 Nr.: I21 / Alter: 0 - 64 Jahre							
männlich	je 100.000 DMR	2009/2011	15,9	19,9	2	4,0	
weiblich	je 100.000 DMR	2009/2011	3,6	4,1	3	0,5	
Hypertonie und zerebrovaskuläre Krankheiten	absolut	2009/2011	798	81	2	x	
ICD-10 Nrn.: I10 - I15, I60 - I69 / Alter: 35 - 64 Jahre							
männlich	je 100.000 DMR	2009/2011	24,7	31,6	2	6,8	
weiblich	je 100.000 DMR	2009/2011	12,3	11,8	8	-0,6	
Krankheiten der Leber	absolut	2009/2011	1.571	155	2	x	
ICD-10 Nrn.: K70 - K77 / Alter: 15 - 74 Jahre							
männlich	je 100.000 DMR	2009/2011	22,3	24,8	6	2,5	
weiblich	je 100.000 DMR	2009/2011	11,1	13,6	4	2,6	
Alkoholische Leberkrankheit	absolut	2009/2011	816	86	2	x	
ICD-10 Nr.: K70 / Alter: 15 - 74 Jahre							
männlich	je 100.000 DMR	2009/2011	12,2	14,4	5	2,2	
weiblich	je 100.000 DMR	2009/2011	5,5	7,7	2	2,2	
Bösartige Neubildung der Brustdrüse	absolut	2009/2011	559	44	8	x	
ICD-10 Nr.: C50 / Alter 25 - 64 Jahre							
weiblich	je 100.000 DMR	2009/2011	18,8	17,5	6	-1,3	
Morbidität							
Neuerkrankungsrate an bösartigen Neubildungen							
ICD-10 Nr.: C00-C97, ohne C44							
männlich	je 100.000 DMR	2006/2009	421,4	438,9	3	17,5	
weiblich	je 100.000 DMR	2006/2009	344,1	364,1	3	20,0	
Neuerkrankungsrate an tabakassoziierten bösartigen Neubildungen							
ICD-10 Nr.: C00-C14, C15, C25, C32, C33-C34, C67							
männlich	je 100.000 DMR	2006/2009	134,6	153,6	2	19,0	
weiblich	je 100.000 DMR	2006/2009	58,2	68,9	1	10,8	

Indikator	Maßeinheit	Jahr	Berlin		Bezirk		Abweichung von Berlin
			Wert	Rang	Wert	Rang	
Pflegebedürftige in ambulanter oder stationärer Pflege	absolut	2011	53.429	3.720	10		x
ambulante Pflege	je 100.000 EW	2011	753,8	587,9	12		-166,0
stationäre Pflege	je 100.000 EW	2011	771,9	581,6	9		-190,3
Schwerbehinderte Personen mit Schwb-Ausweis	absolut	2011	345.414	34.717	2		x
männlich	je 100.000 DMR	2011	7.441,6	8.846,4	1		1.404,8
weiblich	je 100.000 DMR	2011	7.192,9	8.551,6	1		1.358,7
Zahnstatus behandlungsbedürftig bei vom ZÄD untersuchten Kindern							
3- Jährige	Anteil in %	2010/2011	16,2	29,3	2		13,1
6- Jährige	Anteil in %	2010/2011	34,6	49,9	1		15,3
12- Jährige	Anteil in %	2010/2011	16,6	30,5	2		13,9
Übergewicht (im Rahmen der Einschulungsuntersuchung untersuchte Kinder; mittleres Alter: 5,8 Jahre)							
untersuchte Kinder	absolut	2011	26.983	2.423	4		x
übergewichtig (>90. bis 97. Perzentil)	Anteil in %	2011	5,6	8,7	1		3,1
adipös (>97. Perzentil)	Anteil in %	2011	3,9	6,4	2		2,5

Gesundheitsvorsorge im Kindesalter (im Rahmen der Einschulungsuntersuchung untersuchte Kinder; mittleres Alter: 5,8 Jahre)

Inanspruchnahme des

Krankheitsfrüherkennungsprogramms

untersuchte Kinder	absolut	2011	26.023	2.300	4		x
Kinder ohne Dokumentation	Anteil in %	2011	7,6	9,6	2		2,0
Teilnahme U 8 (Anteil an Einschülern mit Dokumentation)	Anteil in %	2011	86,5	81,8	11		-4,7

Impfquoten

untersuchte Kinder	absolut	2011	27.241	2.442	4		x
Kinder ohne Impfdokumentation	Anteil in %	2011	8,6	10,4	3		1,8
Impfquoten 2. Masernimpf. bei Kindern mit Dokumentation	Anteil in %	2011	90,7	90,8	8		0,1

Ambulante, stationäre und pflegerische Versorgung

Ambulant (mit gesetzlichem Versorgungsauftrag)

Ärzte	EW je Arzt	01.01.2013	390	636	1		246
Hausärzte	EW je Hausarzt	01.01.2013	1.245	1.493	3		248
Zahnärzte	EW je Zahnarzt	31.12.2011	1.183	1.537	1		354
Psychotherapeuten (PT)	EW je PT	01.01.2013	1.606	3.314	3		1.707

Stationär

Krankenhausbetten (Region nach Krankenhausplan)	je 100.000 EW	31.12.2011	6,2	3,9	x		-2,3
---	---------------	------------	-----	-----	---	--	------

Pflegerisch

Plätze in stationären Pflegeeinrichtungen	absolut	15.12.2011	33.850	2.397	9		x
	je 100.000 EW 65 J. u.ä.	15.12.2011	5.103,5	4.321,8	9		-781,7

DMR = direkt altersstand. Eurobev. alt

EW = Einwohner

HzL = Hilfe zum Lebensunterhalt

J. = Jahre

u. ä. = und älter

x = Tabellenfach gesperrt, da Aussage nicht sinnvoll

/ = Zahlenwert nicht sicher genug

2009/2011 = 3 Jahre zusammengefasst

Ränge: Höchster Wert = 1; niedrigster Wert = 12; ohne Wertung = x



Bezirksprofil Treptow-Köpenick

Indikator	Maßeinheit	Jahr	Berlin		Bezirk		Abweichung von Berlin
			Wert	Rang	Wert	Rang	
Bevölkerung							
Bevölkerung insgesamt	absolut	09.05.2011	3.469.621		237.881	10	x
männlich	Anteil in %	09.05.2011	49,0		48,1	8	-0,8
weiblich	Anteil in %	09.05.2011	51,0		51,9	5	0,8
mit Migrationshintergrund	Anteil in %	09.05.2011	27,4		6,4	12	-21,0
mit deutscher Staatsangehörigkeit	Anteil in %	09.05.2011	12,8		3,9	12	-8,9
mit ausländischer Staatsangehörigkeit	Anteil in %	09.05.2011	14,5		2,5	12	-12,1
Bevölkerung nach Altersgruppen							
0 - 5 Jahre	Anteil in %	09.05.2011	5,4		5,0	9	-0,4
6 - 14 Jahre	Anteil in %	09.05.2011	6,9		6,5	10	-0,4
15 - 17 Jahre	Anteil in %	09.05.2011	2,2		1,9	10	-0,3
18 - 39 Jahre	Anteil in %	09.05.2011	24,3		27,3	7	3,1
40 - 64 Jahre	Anteil in %	09.05.2011	42,2		34,7	7	-7,6
65 - 74 Jahre	Anteil in %	09.05.2011	14,7		13,9	3	-0,8
75 Jahre und älter	Anteil in %	09.05.2011	4,3		10,7	1	6,4
Jugendquotient	0- bis 17-Jährige je 100 18- bis 64-Jährige	09.05.2011	21,9		21,7	8	-0,2
Altenquotient	Personen 65 J. u.ä. je 100 18- bis 64-Jährige	09.05.2011	28,5		39,6	3	11,2
Bevölkerungsprognose							
0 - 5 Jahre	Anteil in %	2030	5,2		4,9	9	-0,3
6 - 14 Jahre	Anteil in %	2030	7,8		7,7	9	-0,1
15 - 17 Jahre	Anteil in %	2030	2,6		2,6	7	0,0
18 - 39 Jahre	Anteil in %	2030	20,9		24,2	8	3,3
40 - 64 Jahre	Anteil in %	2030	40,8		34,9	3	-5,8
65 - 74 Jahre	Anteil in %	2030	15,7		12,9	6	-2,8
75 Jahre und älter	Anteil in %	2030	7,1		12,8	6	5,7
Jugendquotient	0- bis 17-Jährige je 100 18- bis 64-Jährige	2030	25,2		25,7	7	0,5
Altenquotient	Personen 65 J. u.ä. je 100 18- bis 64-Jährige	2030	37,1		43,5	8	6,4
Bevölkerungsentwicklung							
Lebendgeborene	absolut	2011	33.075		2.195	9	x
Geborene (außerklinisch)	absolut	2011	1.424		198	4	x
Geburtenziffer	Lebendgeborene je 1.000 EW	2011	9,5		9,0	7	-0,5
Fruchtbarkeitsziffer	Lebendgeborene je 1.000 15- bis 44-j. Frauen	2011	47,0		49,6	5	2,7
Gestorbene	absolut	2011	31.380		2.442	9	x
Sterbeziffer	Gestorbene je 1.000 EW	2011	9,0		10,0	4	1,0
Geburten- bzw. Sterbeüberschuss	absolut	2011	1.695		-247	7	x
Wanderungssaldo	absolut	2011	39.421		2.362	11	x
Bevölkerungszu- oder abnahme	absolut	2011	41.147		2.118	10	x
Sozioökonomische Lage							
Bildungsabschluss (Alter: 18 - 64 Jahre)							
Bevölkerung ohne Schulabschluss	Anteil in %	09.05.2011	4,0		1,3	12	-2,6
Bevölkerung ohne berufl. Bildungsabschluss	Anteil in %	09.05.2011	17,6		10,9	12	-6,7
Einpersonenhaushalte							
Einpersonenhaushalte unter 65 J.	in % aller Haushalte	2011	54,1		49,5	8	-4,6
Einpersonenhaushalte 65 J. u.ä.	in % aller Haushalte	2011	40,5		31,1	10	-9,3
	in % aller Haushalte	2011	13,6		18,3	1	4,7

Indikator	Maßeinheit	Jahr	Berlin		Bezirk		Abweichung von Berlin
			Wert	Rang	Wert	Rang	
Erwerbsstatus							
Erwerbstätigenquote (15- bis 64-jährige)	in %	2011	66,5	69,1	3		2,6
Erwerbstätige an Bevölkerung gleichen Alters							
Abeitslosenquote (Arbeitslose an allen zivilen Erwerbspersonen)	in %	2011	12,3	10,1	10		-2,2
Einkommen							
HzL und bedarfsorientierte Grundsicherung außerhalb von Einrichtungen	je 1.000 EW		17,5	10,8	11		-6,7
Armutquote	in %	2011	15,5	9,1	12		-6,4
Gesundheitszustand							
Lebenserwartung							
bei Geburt (männlich)	in Jahren	2009/2011	77,6	78,3	3		0,7
bei Geburt (weiblich)	in Jahren	2009/2011	82,6	83,6	2		1,0
mit 65 Jahren (männlich)	in Jahren	2009/2011	17,6	18,5	3		0,9
mit 65 Jahren (weiblich)	in Jahren	2009/2011	20,5	21,4	1		0,9
Allgemeine Sterblichkeit							
Gesamtsterblichkeit	je 100.000 DMR	2009/2011	566,0	529,0	9		-36,9
männlich	je 100.000 DMR	2009/2011	688,3	655,8	9		-32,5
weiblich	je 100.000 DMR	2009/2011	458,2	418,5	12		-39,8
Vorzeitige Sterblichkeit (0 - 64 Jahre)	absolut	2009/2011	18.191	1.176	12		x
männlich	je 100.000 DMR	2009/2011	249,2	252,1	7		2,9
weiblich	je 100.000 DMR	2009/2011	129,0	120,7	10		-8,3
Sterblichkeit 65 Jahre u.ä.	absolut	2009/2011	77.136	6.250	7		x
männlich	je 100.000 DMR	2009/2011	4.240	3.922,1	11		-318,2
weiblich	je 100.000 DMR	2009/2011	3.122	2.827,5	12		-294,0
Perinatale Sterblichkeit	absolut	2009/2011	580	55	5		x
	je 1.000 Geborene	2009/2011	5,9	8,4	1		2,5
Vermeidbare Sterbefälle							
Lungenkrebs	absolut	2009/2011	1.841	88	12		x
ICD-10 Nrn.: C33 - C34 / Alter: 15 - 64 Jahre							
männlich	je 100.000 DMR	2009/2011	31,3	19,1	12		-12,3
weiblich	je 100.000 DMR	2009/2011	18,7	17,1	9		-1,6
Ischämische Herzkrankheiten	absolut	2009/2011	1.580	109	10		x
ICD-10 Nrn.: I20 - I25 / Alter: 35 - 64 Jahre							
männlich	je 100.000 DMR	2009/2011	60,1	65,2	6		5,1
weiblich	je 100.000 DMR	2009/2011	13,3	11,1	10		-2,2
Akuter Myokardinfarkt	absolut	2009/2011	961	72	8		x
ICD-10 Nr.: I21 / Alter: 0 - 64 Jahre							
männlich	je 100.000 DMR	2009/2011	15,9	18,5	4		2,6
weiblich	je 100.000 DMR	2009/2011	3,6	3,4	8		-0,2
Hypertonie und zerebrovaskuläre Krankheiten	absolut	2009/2011	798	47	12		x
ICD-10 Nrn.: I10 - I15, I60 - I69 / Alter: 35 - 64 Jahre							
männlich	je 100.000 DMR	2009/2011	24,7	16,3	12		-8,4
weiblich	je 100.000 DMR	2009/2011	12,3	17,1	2		4,8
Krankheiten der Leber	absolut	2009/2011	1.571	144	5		x
ICD-10 Nrn.: K70 - K77 / Alter: 15 - 74 Jahre							
männlich	je 100.000 DMR	2009/2011	22,3	29,7	2		7,4
weiblich	je 100.000 DMR	2009/2011	11,1	11,5	5		0,5
Alkoholische Leberkrankheit	absolut	2009/2011	816	79	4		x
ICD-10 Nr.: K70 / Alter: 15 - 74 Jahre							
männlich	je 100.000 DMR	2009/2011	12,2	17,3	2		5,1
weiblich	je 100.000 DMR	2009/2011	5,5	5,3	7		-0,2
Bösartige Neubildung der Brustdrüse	absolut	2009/2011	559	33	10		x
ICD-10 Nr.: C50 / Alter 25 - 64 Jahre							
weiblich	je 100.000 DMR	2009/2011	18,8	16,3	10		-2,5
Morbidität							
Neuerkrankungsrate an bösartigen Neubildungen							
ICD-10 Nr.: C00-C97, ohne C44							
männlich	je 100.000 DMR	2006/2009	421,4	413,7	9		-7,7
weiblich	je 100.000 DMR	2006/2009	344,1	331,7	9		-12,4
Neuerkrankungsrate an tabakassoziierten bösartigen Neubildungen							
ICD-10 Nr.: C00-C14, C15, C25, C32, C33-C34, C67							
männlich	je 100.000 DMR	2006/2009	134,6	115,5	12		-19,0
weiblich	je 100.000 DMR	2006/2009	58,2	47,2	12		-10,9

Indikator	Maßeinheit	Jahr	Berlin		Bezirk		Abweichung von Berlin
			Wert	Rang	Wert	Rang	
Pflegebedürftige in ambulanter oder stationärer Pflege	absolut	2011	53.429	4.141	7	x	
ambulante Pflege	je 100.000 EW	2011	753,8	802,2	5	48,4	
stationäre Pflege	je 100.000 EW	2011	771,9	890,1	3	118,2	
Schwerbehinderte Personen mit Schwb-Ausweis	absolut	2011	345.414	24.158	11	x	
männlich	je 100.000 DMR	2011	7.441,6	6.743,5	10	-698,1	
weiblich	je 100.000 DMR	2011	7.192,9	6.515,8	10	-677,1	
Zahnstatus behandlungsbedürftig bei vom ZÄD untersuchten Kindern							
3- Jährige	Anteil in %	2010/2011	16,2	11,4	10	-4,8	
6- Jährige	Anteil in %	2010/2011	34,6	36,5	7	1,9	
12- Jährige	Anteil in %	2010/2011	16,6	14,2	9	-2,4	
Übergewicht (im Rahmen der Einschulungsuntersuchung untersuchte Kinder; mittleres Alter: 5,8 Jahre)							
untersuchte Kinder	absolut	2011	26.983	1.758	11	x	
übergewichtig (>90. bis 97. Perzentil)	Anteil in %	2011	5,6	4,0	11	-1,6	
adipös (>97. Perzentil)	Anteil in %	2011	3,9	2,4	10	-1,5	
Gesundheitsvorsorge im Kindesalter (im Rahmen der Einschulungsuntersuchung untersuchte Kinder; mittleres Alter: 5,8 Jahre)							
Inanspruchnahme des Krankheitsfrüherkennungsprogramms							
untersuchte Kinder	absolut	2011	26.023	1.803	11	x	
Kinder ohne Dokumentation	Anteil in %	2011	7,6	9,6	3	2,0	
Teilnahme U 8 (Anteil an Einschulern mit Dokumentation)	Anteil in %	2011	86,5	88,5	4	2,0	
Impfquoten							
untersuchte Kinder	absolut	2011	27.241	1.829	11	x	
Kinder ohne Impfdokumentation	Anteil in %	2011	8,6	10,6	2	1,9	
Impfquoten 2. Masernimpf. bei Kindern mit Dokumentation	Anteil in %	2011	90,7	90,6	9	-0,1	
Ambulante, stationäre und pflegerische Versorgung							
Ambulant (mit gesetzlichem Versorgungsauftrag)							
Ärzte	EW je Arzt	01.01.2013	390	570	2	181	
Hausärzte	EW je Hausarzt	01.01.2013	1.245	1.579	1	333	
Zahnärzte	EW je Zahnarzt	31.12.2011	1.183	1.352	5	169	
Psychotherapeuten (PT)	EW je PT	01.01.2013	1.606	3.059	4	1.452	
Stationär							
Krankenhausbetten (Region nach Krankenhausplan)	je 100.000 EW	31.12.2011	6,2	3,9	x	-2,3	
Pflegerisch							
Plätze in stationären Pflegeeinrichtungen	absolut	15.12.2011	33.850	2.450	8	x	
	je 100.000 EW 65 J. u.ä.	15.12.2011	5.103,5	4.141,9	11	-961,6	

DMR = direkt altersstand, Eurobev. alt

EW = Einwohner

HzL = Hilfe zum Lebensunterhalt

J. = Jahre

u. ä. = und älter

x = Tabellenfach gesperrt, da Aussage nicht sinnvoll

/ = Zahlenwert nicht sicher genug

2009/2011 = 3 Jahre zusammengefasst

Ränge: Höchster Wert = 1; niedrigster Wert = 12; ohne Wertung = x



Senatsverwaltung
für Gesundheit und Soziales



Bezirksprofil Marzahn-Hellersdorf

Indikator	Maßeinheit	Jahr	Berlin		Bezirk		Abweichung von Berlin
			Wert	Rang	Wert	Rang	
Bevölkerung							
Bevölkerung insgesamt	absolut	09.05.2011	3.469.621	243.893	9		x
männlich	Anteil in %	09.05.2011	49,0	48,9	4		-0,1
weiblich	Anteil in %	09.05.2011	51,0	51,1	9		0,1
mit Migrationshintergrund	Anteil in %	09.05.2011	27,4	11,0	11		-16,3
mit deutscher Staatsangehörigkeit	Anteil in %	09.05.2011	12,8	7,2	9		-5,6
mit ausländischer Staatsangehörigkeit	Anteil in %	09.05.2011	14,5	3,8	11		-10,7
Bevölkerung nach Altersgruppen							
0 - 5 Jahre	Anteil in %	09.05.2011	5,4	5,6	5		0,2
6 - 14 Jahre	Anteil in %	09.05.2011	6,9	7,0	7		0,1
15 - 17 Jahre	Anteil in %	09.05.2011	2,2	2,0	8		-0,2
18 - 39 Jahre	Anteil in %	09.05.2011	24,3	28,8	6		4,5
40 - 64 Jahre	Anteil in %	09.05.2011	42,2	40,2	1		-2,0
65 - 74 Jahre	Anteil in %	09.05.2011	14,7	10,0	9		-4,6
75 Jahre und älter	Anteil in %	09.05.2011	4,3	6,4	10		2,1
Jugendquotient	0- bis 17-Jährige je 100	09.05.2011	21,9	21,2	9		-0,7
	18- bis 64-Jährige						
Altenquotient	Personen 65 J. u.ä. je 100 18- bis 64-Jährige	09.05.2011	28,5	23,8	9		-4,7
Bevölkerungsprognose							
0 - 5 Jahre	Anteil in %	2030	5,2	4,9	10		-0,3
6 - 14 Jahre	Anteil in %	2030	7,8	8,2	4		0,5
15 - 17 Jahre	Anteil in %	2030	2,6	2,9	3		0,3
18 - 39 Jahre	Anteil in %	2030	20,9	23,4	10		2,6
40 - 64 Jahre	Anteil in %	2030	40,8	32,5	11		-8,3
65 - 74 Jahre	Anteil in %	2030	15,7	15,0	1		-0,7
75 Jahre und älter	Anteil in %	2030	7,1	13,0	5		5,9
Jugendquotient	0- bis 17-Jährige je 100	2030	25,2	28,8	3		3,5
	18- bis 64-Jährige						
Altenquotient	Personen 65 J. u.ä. je 100 18- bis 64-Jährige	2030	37,1	50,1	3		13,0
Bevölkerungsentwicklung							
Lebendgeborene	absolut	2011	33.075	2.322	8		x
Geborene (außerklinisch)	absolut	2011	1.424	85	6		x
Geburtenziffer	Lebendgeborene je 1.000 EW	2011	9,5	9,2	6		-0,3
Fruchtbarkeitsziffer	Lebendgeborene je 1.000 15- bis 44-j. Frauen	2011	47,0	51,1	1		4,1
Gestorbene	absolut	2011	31.380	2.050	11		x
Sterbeziffer	Gestorbene je 1.000 EW	2011	9,0	8,1	9		-0,9
Geburten- bzw. Sterbeüberschuss	absolut	2011	1.695	272	5		x
Wanderungssaldo	absolut	2011	39.421	2.822	9		x
Bevölkerungszu- oder abnahme	absolut	2011	41.147	3.097	5		x
Sozioökonomische Lage							
Bildungsabschluss (Alter: 18 - 64 Jahre)							
Bevölkerung ohne Schulabschluss	Anteil in %	09.05.2011	4,0	2,5	8		-1,5
Bevölkerung ohne berufl. Ausbildungsabschluss	Anteil in %	09.05.2011	17,6	14,0	8		-3,5
Einpersonenhaushalte							
Einpersonenhaushalte unter 65 J.	in % aller Haushalte	2011	54,1	44,1	12		-10,0
Einpersonenhaushalte 65 J. u.ä.	in % aller Haushalte	2011	40,5	32,9	9		-7,5
	in % aller Haushalte	2011	13,6	11,2	9		-2,4

Indikator	Maßeinheit	Jahr	Berlin		Bezirk		Abweichung von Berlin
			Wert	Rang	Wert	Rang	
Erwerbsstatus							
Erwerbstätigenquote (15- bis 64-jährige Erwerbstätige an Bevölkerung gleichen Alters)	in %	2011	66,5	68,1	4	1,7	
Abeitslosenquote (Arbeitslose an allen zivilen Erwerbspersonen)	in %	2011	12,3	11,7	6	-0,6	
Einkommen							
HzL und bedarfsorientierte Grundsicherung außerhalb von Einrichtungen	je 1.000 EW		17,5	13,3	9	-4,2	
Armutquote	in %	2011	15,5	15,5	5	0,0	
Gesundheitszustand							
Lebenserwartung							
bei Geburt (männlich)	in Jahren	2009/2011	77,6	77,3	7	-0,3	
bei Geburt (weiblich)	in Jahren	2009/2011	82,6	82,3	7	-0,2	
mit 65 Jahren (männlich)	in Jahren	2009/2011	17,6	17,4	6	-0,2	
mit 65 Jahren (weiblich)	in Jahren	2009/2011	20,5	20,2	8	-0,3	
Allgemeine Sterblichkeit							
Gesamtsterblichkeit	je 100.000 DMR	2009/2011	566,0	587,3	5	21,3	
männlich	je 100.000 DMR	2009/2011	688,3	719,3	6	31,1	
weiblich	je 100.000 DMR	2009/2011	458,2	471,2	5	12,9	
Vorzeitige Sterblichkeit (0 - 64 Jahre)	absolut	2009/2011	18.191	1.535	6	x	
männlich	je 100.000 DMR	2009/2011	249,2	257,1	5	7,9	
weiblich	je 100.000 DMR	2009/2011	129,0	124,1	8	-5,0	
Sterblichkeit 65 Jahre u.ä.	absolut	2009/2011	77.136	4.622	11	x	
männlich	je 100.000 DMR	2009/2011	4.240	4.458,7	6	218,4	
weiblich	je 100.000 DMR	2009/2011	3.122	3.279,3	5	157,8	
Perinatale Sterblichkeit	absolut	2009/2011	580	25	12	x	
	je 1.000 Geborene	2009/2011	5,9	3,7	12	-2,2	
Vermeidbare Sterbefälle							
Lungenkrebs	absolut	2009/2011	1.841	144	8	x	
ICD-10 Nrn.: C33 - C34 / Alter: 15 - 64 Jahre							
männlich	je 100.000 DMR	2009/2011	31,3	31,5	7	0,2	
weiblich	je 100.000 DMR	2009/2011	18,7	13,8	10	-4,9	
Ischämische Herzkrankheiten	absolut	2009/2011	1.580	149	3	x	
ICD-10 Nrn.: I20 - I25 / Alter: 35 - 64 Jahre							
männlich	je 100.000 DMR	2009/2011	60,1	68,1	5	7,9	
weiblich	je 100.000 DMR	2009/2011	13,3	13,3	7	0,0	
Akuter Myokardinfarkt	absolut	2009/2011	961	107	1	x	
ICD-10 Nr.: I21 / Alter: 0 - 64 Jahre							
männlich	je 100.000 DMR	2009/2011	15,9	21,7	1	5,7	
weiblich	je 100.000 DMR	2009/2011	3,6	4,0	4	0,4	
Hypertonie und zerebrovaskuläre Krankheiten	absolut	2009/2011	798	80	3	x	
ICD-10 Nrn.: I10 - I15, I60 - I69 / Alter: 35 - 64 Jahre							
männlich	je 100.000 DMR	2009/2011	24,7	29,1	5	4,4	
weiblich	je 100.000 DMR	2009/2011	12,3	14,3	4	2,0	
Krankheiten der Leber	absolut	2009/2011	1.571	138	6	x	
ICD-10 Nrn.: K70 - K77 / Alter: 15 - 74 Jahre							
männlich	je 100.000 DMR	2009/2011	22,3	28,7	3	6,3	
weiblich	je 100.000 DMR	2009/2011	11,1	10,8	8	-0,3	
Alkoholische Leberkrankheit	absolut	2009/2011	816	75	5	x	
ICD-10 Nr.: K70 / Alter: 15 - 74 Jahre							
männlich	je 100.000 DMR	2009/2011	12,2	16,6	3	4,3	
weiblich	je 100.000 DMR	2009/2011	5,5	4,9	8	-0,6	
Bösartige Neubildung der Brustdrüse	absolut	2009/2011	559	41	9	x	
ICD-10 Nr.: C50 / Alter 25 - 64 Jahre							
weiblich	je 100.000 DMR	2009/2011	18,8	16,4	9	-2,4	
Morbidität							
Neuerkrankungsrate an bösartigen Neubildungen							
ICD-10 Nr.: C00-C97, ohne C44							
männlich	je 100.000 DMR	2006/2009	421,4	415,3	8	-6,1	
weiblich	je 100.000 DMR	2006/2009	344,1	300,3	11	-43,8	
Neuerkrankungsrate an tabakassoziierten bösartigen Neubildungen							
ICD-10 Nr.: C00-C14, C15, C25, C32, C33-C34, C67							
männlich	je 100.000 DMR	2006/2009	134,6	128,1	8	-6,5	
weiblich	je 100.000 DMR	2006/2009	58,2	48,3	11	-9,9	

Indikator	Maßeinheit	Jahr	Berlin		Bezirk		Abweichung von Berlin
			Wert	Rang	Wert	Rang	
Pflegebedürftige in ambulanter oder stationärer Pflege	absolut	2011	53.429	3.340	11	x	
ambulante Pflege	je 100.000 EW	2011	753,8	614,0	10	-139,8	
stationäre Pflege	je 100.000 EW	2011	771,9	705,7	8	-66,2	
Schwerbehinderte Personen mit Schwb-Ausweis	absolut	2011	345.414	25.066	10	x	
männlich	je 100.000 DMR	2011	7.441,6	7.694,3	5	252,7	
weiblich	je 100.000 DMR	2011	7.192,9	7.574,5	5	381,7	
Zahnstatus behandlungsbedürftig bei vom ZÄD untersuchten Kindern							
3- Jährige	Anteil in %	2010/2011	16,2	21,5	5	5,3	
6- Jährige	Anteil in %	2010/2011	34,6	40,6	5	6,0	
12- Jährige	Anteil in %	2010/2011	16,6	17,2	5	0,6	
Übergewicht (im Rahmen der Einschulungsuntersuchung untersuchte Kinder; mittleres Alter: 5,8 Jahre)							
untersuchte Kinder	absolut	2011	26.983	2.003	9	x	
übergewichtig (>90. bis 97. Perzentil)	Anteil in %	2011	5,6	5,1	7	-0,5	
adipös (>97. Perzentil)	Anteil in %	2011	3,9	3,5	7	-0,4	
Gesundheitsvorsorge im Kindesalter (im Rahmen der Einschulungsuntersuchung untersuchte Kinder; mittleres Alter: 5,8 Jahre)							
Inanspruchnahme des Krankheitsfrüherkennungsprogramms							
untersuchte Kinder	absolut	2011	26.023	1.966	7	x	
Kinder ohne Dokumentation	Anteil in %	2011	7,6	6,2	10	-1,5	
Teilnahme U 8 (Anteil an Einschülern mit Dokumentation)	Anteil in %	2011	86,5	86,4	7	-0,1	
Impfquoten							
untersuchte Kinder	absolut	2011	27.241	2.013	9	x	
Kinder ohne Impfdokumentation	Anteil in %	2011	8,6	6,9	10	-1,7	
Impfquoten 2. Masernimpf. bei Kindern mit Dokumentation	Anteil in %	2011	90,7	94,5	1	3,8	
Ambulante, stationäre und pflegerische Versorgung							
Ambulant (mit gesetzlichem Versorgungsauftrag)							
Ärzte	EW je Arzt	01.01.2013	390	559	3	169	
Hausärzte	EW je Hausarzt	01.01.2013	1.245	1.353	5	108	
Zahnärzte	EW je Zahnarzt	31.12.2011	1.183	1.368	4	185	
Psychotherapeuten (PT)	EW je PT	01.01.2013	1.606	7.444	1	5.837	
Stationär							
Krankenhausbetten (Region nach Krankenhausplan)	je 100.000 EW	31.12.2011	6,2	4,2	x	-2,0	
Pflegerisch							
Plätze in stationären Pflegeeinrichtungen	absolut	15.12.2011	33.850	2.023	11	x	
	je 100.000 EW 65 J. u.ä.	15.12.2011	5.103,5	4.835,7	7	-267,9	

DMR = direkt altersstand. Eurobev. alt

EW = Einwohner

HzL = Hilfe zum Lebensunterhalt

J. = Jahre

u. ä. = und älter

x = Tabellenfach gesperrt, da Aussage nicht sinnvoll

/ = Zahlenwert nicht sicher genug

2009/2011 = 3 Jahre zusammengefasst

Ränge: Höchster Wert = 1; niedrigster Wert = 12; ohne Wertung = x



Bezirksprofil Lichtenberg

Indikator	Maßeinheit	Jahr	Berlin	Bezirk		Abweichung von Berlin
			Wert	Rang		
Bevölkerung						
Bevölkerung insgesamt	absolut	09.05.2011	3.469.621	252.197	7	x
männlich	Anteil in %	09.05.2011	49,0	48,7	6	-0,3
weiblich	Anteil in %	09.05.2011	51,0	51,3	7	0,3
mit Migrationshintergrund	Anteil in %	09.05.2011	27,4	12,9	9	-14,5
mit deutscher Staatsangehörigkeit	Anteil in %	09.05.2011	12,8	7,1	10	-5,8
mit ausländischer Staatsangehörigkeit	Anteil in %	09.05.2011	14,5	5,8	9	-8,7
Bevölkerung nach Altersgruppen						
0 - 5 Jahre	Anteil in %	09.05.2011	5,4	5,5	6	0,1
6 - 14 Jahre	Anteil in %	09.05.2011	6,9	6,0	12	-0,9
15 - 17 Jahre	Anteil in %	09.05.2011	2,2	1,7	12	-0,5
18 - 39 Jahre	Anteil in %	09.05.2011	24,3	32,4	4	8,1
40 - 64 Jahre	Anteil in %	09.05.2011	42,2	33,9	8	-8,3
65 - 74 Jahre	Anteil in %	09.05.2011	14,7	12,1	7	-2,5
75 Jahre und älter	Anteil in %	09.05.2011	4,3	8,4	6	4,1
Jugendquotient	0- bis 17-Jährige je 100	09.05.2011	21,9	19,9	12	-2,0
	18- bis 64-Jährige					
Altenquotient	Personen 65 J. u.ä. je	09.05.2011	28,5	31,0	7	2,5
	100 18- bis 64-Jährige					
Bevölkerungsprognose						
0 - 5 Jahre	Anteil in %	2030	5,2	5,2	5	0,0
6 - 14 Jahre	Anteil in %	2030	7,8	7,8	7	0,0
15 - 17 Jahre	Anteil in %	2030	2,6	2,6	6	0,0
18 - 39 Jahre	Anteil in %	2030	20,9	27,8	5	7,0
40 - 64 Jahre	Anteil in %	2030	40,8	32,4	12	-8,3
65 - 74 Jahre	Anteil in %	2030	15,7	12,0	8	-3,7
75 Jahre und älter	Anteil in %	2030	7,1	12,1	8	5,0
Jugendquotient	0- bis 17-Jährige je 100	2030	25,2	25,9	6	0,7
	18- bis 64-Jährige					
Altenquotient	Personen 65 J. u.ä. je	2030	37,1	39,9	9	2,8
	100 18- bis 64-Jährige					
Bevölkerungsentwicklung						
Lebendgeborene	absolut	2011	33.075	2.535	6	x
Geborene (außerklinisch)	absolut	2011	1.424	14	10	x
Geburtenziffer	Lebendgeborene	2011	9,5	9,6	5	0,1
	je 1.000 EW					
Fruchtbarkeitsziffer	Lebendgeborene je 1.000	2011	47,0	49,0	6	2,0
	15- bis 44-j. Frauen					
Gestorbene	absolut	2011	31.380	2.571	7	x
Sterbeziffer	Gestorbene je 1.000 EW	2011	9,0	9,8	5	0,8
Geburten- bzw. Sterbeüberschuss	absolut	2011	1.695	-36	6	x
Wanderungssaldo	absolut	2011	39.421	2.862	8	x
Bevölkerungszu- oder abnahme	absolut	2011	41.147	2.830	7	x
Sozioökonomische Lage						
Bildungsabschluss (Alter: 18 - 64 Jahre)						
Bevölkerung ohne Schulabschluss	Anteil in %	09.05.2011	4,0	2,4	9	-1,6
Bevölkerung ohne berufl. Bildungsabschluss	Anteil in %	09.05.2011	17,6	13,5	9	-4,0
Einpersonenhaushalte						
Einpersonenhaushalte unter 65 J.	in % aller Haushalte	2011	54,1	48,9	9	-5,1
Einpersonenhaushalte 65 J. u.ä.	in % aller Haushalte	2011	40,5	36,2	7	-4,3
	in % aller Haushalte	2011	13,6	12,8	7	-0,8

Indikator	Maßeinheit	Jahr	Berlin		Bezirk		Abweichung von Berlin
			Wert	Rang	Wert	Rang	
Erwerbsstatus							
Erwerbstätigenquote (15- bis 64-jährige)	in %	2011	66,5	69,9	2	3,4	
Erwerbstätige an Bevölkerung gleichen Alters							
Abeitslosenquote (Arbeitslose an allen zivilen Erwerbspersonen)	in %	2011	12,3	11,5	7	-0,8	
Einkommen							
HzL und bedarfsorientierte Grundsicherung außerhalb von Einrichtungen	je 1.000 EW		17,5	13,7	8	-3,8	
Armutquote	in %	2011	15,5	14,4	7	-1,1	
Gesundheitszustand							
Lebenserwartung							
bei Geburt (männlich)	in Jahren	2009/2011	77,6	76,8	9	-0,8	
bei Geburt (weiblich)	in Jahren	2009/2011	82,6	82,6	5	0,0	
mit 65 Jahren (männlich)	in Jahren	2009/2011	17,6	17,5	5	-0,1	
mit 65 Jahren (weiblich)	in Jahren	2009/2011	20,5	20,6	5	0,1	
Allgemeine Sterblichkeit							
Gesamtsterblichkeit	je 100.000 DMR	2009/2011	566,0	581,8	6	15,8	
männlich	je 100.000 DMR	2009/2011	688,3	734,4	4	46,1	
weiblich	je 100.000 DMR	2009/2011	458,2	454,0	8	-4,2	
Vorzeitige Sterblichkeit (0 - 64 Jahre)	absolut	2009/2011	18.191	1.509	7	x	
männlich	je 100.000 DMR	2009/2011	249,2	286,4	4	37,1	
weiblich	je 100.000 DMR	2009/2011	129,0	128,3	7	-0,8	
Sterblichkeit 65 Jahre u.ä.	absolut	2009/2011	77.136	5.857	9	x	
männlich	je 100.000 DMR	2009/2011	4.240	4.359,2	7	118,9	
weiblich	je 100.000 DMR	2009/2011	3.122	3.089,6	8	-32,0	
Perinatale Sterblichkeit	absolut	2009/2011	580	57	4	x	
	je 1.000 Geborene	2009/2011	5,9	7,3	3	1,5	
Vermeidbare Sterbefälle							
Lungenkrebs	absolut	2009/2011	1.841	127	10	x	
ICD-10 Nrn.: C33 - C34 / Alter: 15 - 64 Jahre							
männlich	je 100.000 DMR	2009/2011	31,3	35,1	4	3,7	
weiblich	je 100.000 DMR	2009/2011	18,7	10,5	12	-8,3	
Ischämische Herzkrankheiten	absolut	2009/2011	1.580	126	8	x	
ICD-10 Nrn.: I20 - I25 / Alter: 35 - 64 Jahre							
männlich	je 100.000 DMR	2009/2011	60,1	63,6	8	3,5	
weiblich	je 100.000 DMR	2009/2011	13,3	14,1	5	0,8	
Akuter Myokardinfarkt	absolut	2009/2011	961	84	5	x	
ICD-10 Nr.: I21 / Alter: 0 - 64 Jahre							
männlich	je 100.000 DMR	2009/2011	15,9	18,5	5	2,6	
weiblich	je 100.000 DMR	2009/2011	3,6	4,0	5	0,4	
Hypertonie und zerebrovaskuläre Krankheiten	absolut	2009/2011	798	66	7	x	
ICD-10 Nrn.: I10 - I15, I60 - I69 / Alter: 35 - 64 Jahre							
männlich	je 100.000 DMR	2009/2011	24,7	29,8	4	5,0	
weiblich	je 100.000 DMR	2009/2011	12,3	10,6	10	-1,7	
Krankheiten der Leber	absolut	2009/2011	1.571	167	1	x	
ICD-10 Nrn.: K70 - K77 / Alter: 15 - 74 Jahre							
männlich	je 100.000 DMR	2009/2011	22,3	32,7	1	10,4	
weiblich	je 100.000 DMR	2009/2011	11,1	15,1	1	4,1	
Alkoholische Leberkrankheit	absolut	2009/2011	816	87	1	x	
ICD-10 Nr.: K70 / Alter: 15 - 74 Jahre							
männlich	je 100.000 DMR	2009/2011	12,2	19,0	1	6,7	
weiblich	je 100.000 DMR	2009/2011	5,5	7,5	3	2,1	
Bösartige Neubildung der Brustdrüse	absolut	2009/2011	559	32	11	x	
ICD-10 Nr.: C50 / Alter 25 - 64 Jahre							
weiblich	je 100.000 DMR	2009/2011	18,8	14,8	11	-3,9	
Morbidität							
Neuerkrankungsrate an bösartigen Neubildungen							
ICD-10 Nr.: C00-C97, ohne C44							
männlich	je 100.000 DMR	2006/2009	421,4	412,0	10	-9,4	
weiblich	je 100.000 DMR	2006/2009	344,1	291,5	12	-52,6	
Neuerkrankungsrate an tabakassozierten bösartigen Neubildungen							
ICD-10 Nr.: C00-C14, C15, C25, C32, C33-C34, C67							
männlich	je 100.000 DMR	2006/2009	134,6	128,1	7	-6,5	
weiblich	je 100.000 DMR	2006/2009	58,2	49,5	10	-8,7	

Indikator	Maßeinheit	Jahr	Berlin		Bezirk		Abweichung von Berlin
			Wert	Rang	Wert	Rang	
Pflegebedürftige in ambulanter oder stationärer Pflege	absolut	2011	53.429	3.833	9	x	
ambulante Pflege	je 100.000 EW	2011	753,8	605,0	11	-148,8	
stationäre Pflege	je 100.000 EW	2011	771,9	844,4	5	72,5	
Schwerbehinderte Personen mit Schwb-Ausweis	absolut	2011	345.414	25.930	9	x	
männlich	je 100.000 DMR	2011	7.441,6	7.350,3	8	-91,3	
weiblich	je 100.000 DMR	2011	7.192,9	7.168,6	6	-24,3	
Zahnstatus behandlungsbedürftig bei vom ZÄD untersuchten Kindern							
3- Jährige	Anteil in %	2010/2011	16,2	23,3	3	7,1	
6- Jährige	Anteil in %	2010/2011	34,6	46,6	3	12,0	
12- Jährige	Anteil in %	2010/2011	16,6	26,1	3	9,5	
Übergewicht (im Rahmen der Einschulungsuntersuchung untersuchte Kinder; mittleres Alter: 5,8 Jahre)							
untersuchte Kinder	absolut	2011	26.983	2.008	7	x	
übergewichtig (>90. bis 97. Perzentil)	Anteil in %	2011	5,6	4,8	9	-0,8	
adipös (>97. Perzentil)	Anteil in %	2011	3,9	3,4	8	-0,5	
Gesundheitsvorsorge im Kindesalter (im Rahmen der Einschulungsuntersuchung untersuchte Kinder; mittleres Alter: 5,8 Jahre)							
Inanspruchnahme des Krankheitsfrüherkennungsprogramms							
untersuchte Kinder	absolut	2011	26.023	1.953	8	x	
Kinder ohne Dokumentation	Anteil in %	2011	7,6	7,4	6	-0,2	
Teilnahme U 8 (Anteil an Einschulern mit Dokumentation)	Anteil in %	2011	86,5	86,9	6	0,4	
Impfquoten							
untersuchte Kinder	absolut	2011	27.241	2.017	8	x	
Kinder ohne Impfdokumentation	Anteil in %	2011	8,6	8,8	5	0,2	
Impfquoten 2. Masernimpf. bei Kindern mit Dokumentation	Anteil in %	2011	90,7	93,3	2	2,6	
Ambulante, stationäre und pflegerische Versorgung							
Ambulant (mit gesetzlichem Versorgungsauftrag)							
Ärzte	EW je Arzt	01.01.2013	390	525	4	135	
Hausärzte	EW je Hausarzt	01.01.2013	1.245	1.494	2	249	
Zahnärzte	EW je Zahnarzt	31.12.2011	1.183	1.399	3	217	
Psychotherapeuten (PT)	EW je PT	01.01.2013	1.606	3.947	2	2.341	
Stationär							
Krankenhausbetten (Region nach Krankenhausplan)	je 100.000 EW	31.12.2011	6,2	4,2	x	-2,0	
Pflegerisch							
Plätze in stationären Pflegeeinrichtungen	absolut	15.12.2011	33.850	2.811	5	x	
	je 100.000 EW 65 J. u.ä.	15.12.2011	5.103,5	5.306,2	6	202,7	

DMR = direkt altersstand. Eurobev. alt

EW = Einwohner

HzL = Hilfe zum Lebensunterhalt

J. = Jahre

u. ä. = und älter

x = Tabellenfach gesperrt, da Aussage nicht sinnvoll

/ = Zahlenwert nicht sicher genug

2009/2011 = 3 Jahre zusammengefasst

Ränge: Höchster Wert = 1; niedrigster Wert = 12; ohne Wertung = x



Senatsverwaltung
für Gesundheit und Soziales



Bezirksprofil Reinickendorf

Indikator	Maßeinheit	Jahr	Berlin		Bezirk		Abweichung von Berlin
			Wert	Rang	Wert	Rang	
Bevölkerung							
Bevölkerung insgesamt	absolut	09.05.2011	3.469.621	237.758	11		x
männlich	Anteil in %	09.05.2011	49,0	48,5	7		-0,5
weiblich	Anteil in %	09.05.2011	51,0	51,5	6		0,5
mit Migrationshintergrund	Anteil in %	09.05.2011	27,4	22,4	7		-4,9
mit deutscher Staatsangehörigkeit	Anteil in %	09.05.2011	12,8	13,6	7		0,8
mit ausländischer Staatsangehörigkeit	Anteil in %	09.05.2011	14,5	8,8	7		-5,7
Bevölkerung nach Altersgruppen							
0 - 5 Jahre	Anteil in %	09.05.2011	5,4	5,0	10		-0,5
6 - 14 Jahre	Anteil in %	09.05.2011	6,9	8,0	3		1,1
15 - 17 Jahre	Anteil in %	09.05.2011	2,2	2,8	2		0,6
18 - 39 Jahre	Anteil in %	09.05.2011	24,3	23,1	11		-1,2
40 - 64 Jahre	Anteil in %	09.05.2011	42,2	36,9	5		-5,3
65 - 74 Jahre	Anteil in %	09.05.2011	14,7	14,7	2		0,1
75 Jahre und älter	Anteil in %	09.05.2011	4,3	9,4	3		5,1
Jugendquotient	0- bis 17-Jährige je 100	09.05.2011	21,9	26,4	2		4,5
	18- bis 64-Jährige						
Altenquotient	Personen 65 J. u.ä. je 100 18- bis 64-Jährige	09.05.2011	28,5	40,2	2		11,8
Bevölkerungsprognose							
0 - 5 Jahre	Anteil in %	2030	5,2	5,0	8		-0,2
6 - 14 Jahre	Anteil in %	2030	7,8	8,5	2		0,8
15 - 17 Jahre	Anteil in %	2030	2,6	3,0	2		0,5
18 - 39 Jahre	Anteil in %	2030	20,9	22,6	11		1,7
40 - 64 Jahre	Anteil in %	2030	40,8	33,4	6		-7,3
65 - 74 Jahre	Anteil in %	2030	15,7	13,4	3		-2,3
75 Jahre und älter	Anteil in %	2030	7,1	14,1	3		6,9
Jugendquotient	0- bis 17-Jährige je 100	2030	25,2	29,5	2		4,3
	18- bis 64-Jährige						
Altenquotient	Personen 65 J. u.ä. je 100 18- bis 64-Jährige	2030	37,1	49,1	4		12,0
Bevölkerungsentwicklung							
Lebendgeborene	absolut	2011	33.075	1.966	12		x
Geborene (außerklinisch)	absolut	2011	1.424	3	11		x
Geburtenziffer	Lebendgeborene je 1.000 EW	2011	9,5	8,1	10		-1,4
Fruchtbarkeitsziffer	Lebendgeborene je 1.000 15- bis 44-j. Frauen	2011	47,0	47,9	8		0,9
Gestorbene	absolut	2011	31.380	2.690	6		x
Sterbeziffer	Gestorbene je 1.000 EW	2011	9,0	11,1	1		2,1
Geburten- bzw. Sterbeüberschuss	absolut	2011	1.695	-724	11		x
Wanderungssaldo	absolut	2011	39.421	3.361	5		x
Bevölkerungszu- oder abnahme	absolut	2011	41.147	2.635	9		x
Sozioökonomische Lage							
Bildungsabschluss (Alter: 18 - 64 Jahre)							
Bevölkerung ohne Schulabschluss	Anteil in %	09.05.2011	4,0	3,5	6		-0,5
Bevölkerung ohne berufl. Ausbildungsabschluss	Anteil in %	09.05.2011	17,6	16,1	7		-1,4
Einpersonenhaushalte							
Einpersonenhaushalte unter 65 J.	in % aller Haushalte	2011	54,1	45,0	11		-9,1
Einpersonenhaushalte 65 J. u.ä.	in % aller Haushalte	2011	40,5	27,7	12		-12,8
	in % aller Haushalte	2011	13,6	17,3	3		3,7

Indikator	Maßeinheit	Jahr	Berlin		Bezirk		Abweichung von Berlin
			Wert	Rang	Wert	Rang	
Erwerbsstatus							
Erwerbstätigenquote (15- bis 64-jährige Erwerbstätige an Bevölkerung gleichen Alters)	in %	2011	66,5	60,6	10	-5,9	
Abeitslosenquote (Arbeitslose an allen zivilen Erwerbspersonen)	in %	2011	12,3	14,8	3	2,5	
Einkommen							
HzL und bedarfsorientierte Grundsicherung außerhalb von Einrichtungen	je 1.000 EW		17,5	17,8	7	0,3	
Armutquote	in %	2011	15,5	12,6	9	-2,9	
Gesundheitszustand							
Lebenserwartung							
bei Geburt (männlich)	in Jahren	2009/2011	77,6	77,4	6	-0,2	
bei Geburt (weiblich)	in Jahren	2009/2011	82,6	82,3	8	-0,3	
mit 65 Jahren (männlich)	in Jahren	2009/2011	17,6	17,3	8	-0,3	
mit 65 Jahren (weiblich)	in Jahren	2009/2011	20,5	20,6	6	0,0	
Allgemeine Sterblichkeit							
Gesamtsterblichkeit	je 100.000 DMR	2009/2011	566,0	581,2	7	15,2	
männlich	je 100.000 DMR	2009/2011	688,3	727,5	5	39,2	
weiblich	je 100.000 DMR	2009/2011	458,2	468,6	6	10,4	
Vorzeitige Sterblichkeit (0 - 64 Jahre)	absolut	2009/2011	18.191	1.381	8	x	
männlich	je 100.000 DMR	2009/2011	249,2	249,8	8	0,5	
weiblich	je 100.000 DMR	2009/2011	129,0	139,0	4	9,9	
Sterblichkeit 65 Jahre u.ä.	absolut	2009/2011	77.136	6.790	5	x	
männlich	je 100.000 DMR	2009/2011	4.240	4.592,7	3	352,4	
weiblich	je 100.000 DMR	2009/2011	3.122	3.136,0	7	14,4	
Perinatale Sterblichkeit	absolut	2009/2011	580	27	11	x	
	je 1.000 Geborene	2009/2011	5,9	4,7	11	-1,2	
Vermeidbare Sterbefälle							
Lungenkrebs	absolut	2009/2011	1.841	161	5	x	
ICD-10 Nrn.: C33 - C34 / Alter: 15 - 64 Jahre							
männlich	je 100.000 DMR	2009/2011	31,3	34,7	6	3,4	
weiblich	je 100.000 DMR	2009/2011	18,7	21,9	5	3,1	
Ischämische Herzkrankheiten	absolut	2009/2011	1.580	133	5	x	
ICD-10 Nrn.: I20 - I25 / Alter: 35 - 64 Jahre							
männlich	je 100.000 DMR	2009/2011	60,1	72,7	2	12,6	
weiblich	je 100.000 DMR	2009/2011	13,3	10,4	11	-2,9	
Akuter Myokardinfarkt	absolut	2009/2011	961	73	7	x	
ICD-10 Nr.: I21 / Alter: 0 - 64 Jahre							
männlich	je 100.000 DMR	2009/2011	15,9	17,1	6	1,2	
weiblich	je 100.000 DMR	2009/2011	3,6	3,0	10	-0,6	
Hypertonie und zerebrovaskuläre Krankheiten	absolut	2009/2011	798	64	8	x	
ICD-10 Nrn.: I10 - I15, I60 - I69 / Alter: 35 - 64 Jahre							
männlich	je 100.000 DMR	2009/2011	24,7	26,1	6	1,4	
weiblich	je 100.000 DMR	2009/2011	12,3	12,8	5	0,4	
Krankheiten der Leber	absolut	2009/2011	1.571	121	9	x	
ICD-10 Nrn.: K70 - K77 / Alter: 15 - 74 Jahre							
männlich	je 100.000 DMR	2009/2011	22,3	20,7	9	-1,6	
weiblich	je 100.000 DMR	2009/2011	11,1	11,2	7	0,1	
Alkoholische Leberkrankheit	absolut	2009/2011	816	61	9	x	
ICD-10 Nr.: K70 / Alter: 15 - 74 Jahre							
männlich	je 100.000 DMR	2009/2011	12,2	10,5	9	-1,7	
weiblich	je 100.000 DMR	2009/2011	5,5	5,7	5	0,2	
Bösartige Neubildung der Brustdrüse	absolut	2009/2011	559	50	5	x	
ICD-10 Nr.: C50 / Alter 25 - 64 Jahre							
weiblich	je 100.000 DMR	2009/2011	18,8	21,7	2	3,0	
Morbidität							
Neuerkrankungsrate an bösartigen Neubildungen							
ICD-10 Nr.: C00-C97, ohne C44							
männlich	je 100.000 DMR	2006/2009	421,4	436,0	4	14,6	
weiblich	je 100.000 DMR	2006/2009	344,1	373,5	1	29,4	
Neuerkrankungsrate an tabakassoziierten bösartigen Neubildungen							
ICD-10 Nr.: C00-C14, C15, C25, C32, C33-C34, C67							
männlich	je 100.000 DMR	2006/2009	134,6	136,8	5	2,2	
weiblich	je 100.000 DMR	2006/2009	58,2	59,1	6	0,9	

Indikator	Maßeinheit	Jahr	Berlin		Bezirk		Abweichung von Berlin
			Wert	Rang	Wert	Rang	
Pflegebedürftige in ambulanter oder stationärer Pflege	absolut	2011	53.429	4.144	6	x	
ambulante Pflege	je 100.000 EW	2011	753,8	841,7	3	87,9	
stationäre Pflege	je 100.000 EW	2011	771,9	855,6	4	83,7	
Schwerbehinderte Personen mit Schwb-Ausweis	absolut	2011	345.414	31.985	3	x	
männlich	je 100.000 DMR	2011	7.441,6	8.805,6	2	1.364,0	
weiblich	je 100.000 DMR	2011	7.192,9	8.357,0	2	1.164,2	
Zahnstatus behandlungsbedürftig bei vom ZÄD untersuchten Kindern							
3- Jährige	Anteil in %	2010/2011	16,2	42,1	1	25,9	
6- Jährige	Anteil in %	2010/2011	34,6	38,2	6	3,6	
12- Jährige	Anteil in %	2010/2011	16,6	23,0	4	6,4	
Übergewicht (im Rahmen der Einschulungsuntersuchung untersuchte Kinder; mittleres Alter: 5,8 Jahre)							
untersuchte Kinder	absolut	2011	26.983	1.884	10	x	
übergewichtig (>90. bis 97. Perzentil)	Anteil in %	2011	5,6	6,8	3	1,2	
adipös (>97. Perzentil)	Anteil in %	2011	3,9	4,5	4	0,6	
Gesundheitsvorsorge im Kindesalter (im Rahmen der Einschulungsuntersuchung untersuchte Kinder; mittleres Alter: 5,8 Jahre)							
Inanspruchnahme des Krankheitsfrüherkennungsprogramms							
untersuchte Kinder	absolut	2011	26.023	1.865	9	x	
Kinder ohne Dokumentation	Anteil in %	2011	7,6	7,1	7	-0,5	
Teilnahme U 8 (Anteil an Einschülern mit Dokumentation)	Anteil in %	2011	86,5	85,4	9	-1,1	
Impfquoten							
untersuchte Kinder	absolut	2011	27.241	1.956	10	x	
Kinder ohne Impfdokumentation	Anteil in %	2011	8,6	8,7	6	0,1	
Impfquoten 2. Masernimpf. bei Kindern mit Dokumentation	Anteil in %	2011	90,7	91,2	7	0,5	
Ambulante, stationäre und pflegerische Versorgung							
Ambulant (mit gesetzlichem Versorgungsauftrag)							
Ärzte	EW je Arzt	01.01.2013	390	508	5	118	
Hausärzte	EW je Hausarzt	01.01.2013	1.245	1.379	4	134	
Zahnärzte	EW je Zahnarzt	31.12.2011	1.183	1.285	6	102	
Psychotherapeuten (PT)	EW je PT	01.01.2013	1.606	2.543	6	937	
Stationär							
Krankenhausbetten	je 100.000 EW	31.12.2011	6,2	5,5	x	-0,7	
Pflegerisch							
Plätze in stationären Pflegeeinrichtungen	absolut	15.12.2011	33.850	2.548	7	x	
	je 100.000 EW 65 J. u.ä.	15.12.2011	5.103,5	4.373,6	8	-730,0	

DMR = direkt altersstand. Eurobev. alt

EW = Einwohner

HzL = Hilfe zum Lebensunterhalt

J. = Jahre

u. ä. = und älter

x = Tabellenfach gesperrt, da Aussage nicht sinnvoll

/ = Zahlenwert nicht sicher genug

2009/2011 = 3 Jahre zusammengefasst

Ränge: Höchster Wert = 1; niedrigster Wert = 12; ohne Wertung = x

Anhang

Tabellenverzeichnis

Die Tabellen des Basisberichts 2012/2013 entsprechen den 11 Themenfeldern des Indikatorenansatzes der Gesundheitsberichterstattung der Länder; sie sind ausschließlich in elektronischer Form im *Gesundheits- und Sozialinformationssystem (GSI)* veröffentlicht, verfügbar im Internet unter <http://www.gsi-berlin.info/>.

Der *gesamte Tabellensatz des Basisberichts 2012/2013* wird im GSI über die erweiterte Suche mit folgenden Einstellungen angezeigt:

1. *Kontext*: „Basisbericht GBE Berlin 2012/2013“ auswählen.
2. *Art*: „Tabelle“ auswählen.

Zum *Auffinden einer bestimmten Tabelle* sind im GSI in der erweiterten Suche folgende Einstellungen vorzunehmen:

1. *Kontext*: „Basisbericht GBE Berlin 2012/2013“ auswählen,
2. *Suchtext*: das Wort Tabelle und die entsprechende Nummer (z. B. Tabelle 2.1-1) eingeben,
3. *Such-Modus*: „alle Wörter, Suche nur im Kommentar“ auswählen.

Neben der direkten Suche nach der Tabellenummer können auch die vielfältigen *Suchmöglichkeiten nach inhaltlichen oder formalen Kriterien* genutzt werden.

Themenfeld 2: Bevölkerung und bevölkerungsspezifische Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems

Tabelle 2.1-1:

Bevölkerung in Berlin 1990 - 2011 nach Geschlecht, Ausländeranteil und Bezirken

Tabelle 2.2-1:

Ausländische Bevölkerung in Berlin 1991 - 2011 nach Geschlecht und Bezirken

Tabelle 2.3-1:

Bevölkerung in Berlin 2011 nach Geschlecht, Altersgruppen, Staatsangehörigkeit und Bezirken

Tabelle 2.4-1:

Ausländische Bevölkerung in Berlin 2011 nach Geschlecht, Altersgruppen und Bezirken

Tabelle 2.5-1:

Deutsche und ausländische Bevölkerung in Berlin 2011 nach Geschlecht und Bezirken

Tabelle 2.5z-1:

Bevölkerung (Einwohnerregisterstatistik) in Berlin 2007 - 2012 (Stand: 31.12.) nach Geschlecht, Migrationsstatus und Bezirken

Tabelle 2.7-1:

Altersstruktur und Lastenquotienten in Berlin am 31.12.2011 nach Geschlecht und Bezirken

Tabelle 2.7-2:

Altersstruktur und Lastenquotienten in Berlin 1992 - 2011 (Stand: 31.12.) nach Bezirken

Tabelle 2.8-1:

Mädchen- und Frauenanteil an der Bevölkerung in Berlin am 31.12.2011 nach Altersgruppen und Bezirken

Tabelle 2.8z-1:

Bevölkerung in Berlin am 09.05.2011 nach Geschlecht, Staatsangehörigkeit und Bezirken

Tabelle 2.8z-2:

Bevölkerung in Berlin am 09.05.2011 nach Migrationsstatus, Staatsangehörigkeit und Bezirken

Tabelle 2.8z-3:

Altersstruktur und Lastenquotienten der Bevölkerung in Berlin am 09.05.2011 nach Bezirken

Tabelle 2.8z-4:

Altersstruktur der Bevölkerung in Berlin am 09.05.2011 nach Staatsangehörigkeit und Bezirken

Tabelle 2.9-1:

Bevölkerungsentwicklung in Berlin 1991 - 2011 nach Staatsangehörigkeit und 2011 nach Bezirken

Tabelle 2.10-1:

Lebendgeborene, Geburtenziffer und Fruchtbarkeitsziffer in Berlin 1991 - 2011 nach Geschlecht, Legitimität, Staatsangehörigkeit und Bezirken

Tabelle 2.10-2:

Lebendgeborene in Berlin 1991 - 2011 nach Staatsangehörigkeit des Kindes und der Eltern

Tabelle 2.10z-1:

Totgeborene in Berlin 1991 - 2011 nach Geschlecht, Legitimität, Staatsangehörigkeit und ab 2005 nach Bezirken

Tabelle 2.11-1:

Wanderungen der Bevölkerung über die Bezirks- und Landesgrenzen von Berlin 2011 nach Staatsangehörigkeit und Bezirken

Tabelle 2.12-1:

Bevölkerung am 31.12.2011 und Bevölkerungsprognose (auf Basis der Bevölkerungsfortschreibung, Basisjahr 2011) in Berlin für die Prognosejahre 2015, 2020, 2025 und 2030 nach Altersgruppen, Lastenquotienten und Bezirken

Tabelle 2.13-1:

Allgemeiner Schulabschluss der Bevölkerung und der Erwerbstätigen in Berlin 2011 nach Geschlecht und Staatsangehörigkeit der Befragten

Tabelle 2.13-2:

Allgemeiner Schulabschluss der Bevölkerung in Berlin 2011 nach Bezirken

Tabelle 2.13-3:

Allgemeiner Schulabschluss der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter (15 - 64 Jahre) in Berlin 2011 nach Geschlecht und Migrationsstatus der Befragten

Tabelle 2.13z-1:

Bevölkerung ab 15 Jahren nach höchstem Schulabschluss in Berlin am 09.05.2011 nach Geschlecht, Altersgruppen, Staatsangehörigkeit und Bezirken

Tabelle 2.14-1:

Beruflicher Ausbildungsabschluss der Bevölkerung und der Erwerbstätigen in Berlin 2011 nach Geschlecht, Alter und Staatsangehörigkeit der Befragten

Tabelle 2.14-2:

Beruflicher Ausbildungsabschluss der Bevölkerung in Berlin 2011 nach Bezirken

Tabelle 2.14-3:

Beruflicher Ausbildungs-/Hochschulabschluss der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter (15 - 64 Jahre) in Berlin 2011 nach Geschlecht und Migrationsstatus der Befragten

Tabelle 2.14z-1:

Bevölkerung ab 15 Jahren nach höchstem beruflichen Abschluss in Berlin am 09.05.2011 nach Geschlecht, Altersgruppen, Staatsangehörigkeit und Bezirken

Tabelle 2.15-1:

Verfügbares Einkommen der privaten Haushalte und privaten Organisationen ohne Erwerbszweck in Berlin 1991 - 2011 (Ergebnisse der Revision 2011 (WZ 2008))

Tabelle 2.15-2:

Verfügbares Einkommen der privaten Haushalte und privaten Organisationen ohne Erwerbszweck in Deutschland 2005 - 2011 nach Bundesländern (Ergebnisse der Revision 2011 (WZ 2008))

Tabelle 2.17-1:

Monatliches Familiennettoeinkommen von Familien in Berlin 2011 nach Familientyp, Alter der ledigen Kinder und Geschlecht der Alleinerziehenden

Tabelle 2.17z-1:

Monatliches Haushaltsnettoeinkommen von Privathaushalten in Berlin 2011 nach Haushaltsgröße sowie Geschlecht, Altersgruppen und Staatsangehörigkeit der Haupteinkommensbezieher/innen

Tabelle 2.17z-2:

Monatliches Nettoeinkommen der Bevölkerung in Berlin 2002 - 2011 nach Geschlecht

Tabelle 2.17z-3:

Bevölkerung in Berlin 2011 nach Geschlecht, überwiegendem Lebensunterhalt und Migrationsstatus

Tabelle 2.18-1:

Erwerbstätige und Erwerbstätigenquote in Berlin 2011 nach Geschlecht, Altersgruppen und Bezirken

Tabelle 2.18-2:

Bevölkerung, Erwerbstätige und Erwerbstätigenquote in Berlin 1997 - 2011 nach Geschlecht und Altersgruppen

Tabelle 2.18-3:

Bevölkerung in Berlin 2011 nach Geschlecht, Erwerbs- und Migrationsstatus

Tabelle 2.18-4:

Bevölkerung in Berlin 2011 nach Geschlecht, Erwerbsstatus, Stellung im Beruf und Migrationsstatus

Tabelle 2.18-5:

Schwerbehinderte Menschen in Beschäftigung (Anzeigeverfahren SGB IX) in Berlin und in Deutschland 2000 - 2011 nach Anzahl der Plätze, Besetzungsquote und Arbeitgeber

Tabelle 2.18-6:

Schwerbehinderte Menschen in Beschäftigung (Anzeigeverfahren SGB IX) in Deutschland 2000 - 2011 nach Arbeitgeber, Besetzungsquote und Bundesländern

Tabelle 2.18z-1:

Erwerbsstatus der Bevölkerung in Berlin am 09.05.2011 nach Geschlecht, Altersgruppen, Staatsangehörigkeit und Bezirken

Tabelle 2.18z-2:

Bevölkerung, Erwerbstätige und Erwerbstätigenquote in Berlin am 09.05.2011 nach Altersgruppen und Bezirken

Tabelle 2.18z-3:

Erwerbspersonen nach Stellung im Beruf in Berlin am 09.05.2011 nach Geschlecht, Altersgruppen, Staatsangehörigkeit und Bezirken

Tabelle 2.19-1:

Alleinerziehende mit minderjährigen Kindern in Berlin 1992 bis 2011 nach Geschlecht und Erwerbsstatus

Tabelle 2.19z-1:

Selbstauskunft der erwachsenen Bevölkerung zur Verfügbarkeit sozialer Unterstützung in Deutschland 2008/2009 und 2009/2010 nach Geschlecht, ausgewählten Altersgruppen und Bildungsgruppe

Tabelle 2.20-1:

Arbeitslose und Arbeitslosenquoten in Berlin im Jahresdurchschnitt 1998 - 2011 nach Geschlecht, Altersgruppen, Staatsangehörigkeit, Schwerbehinderung und Rechtskreisen

Tabelle 2.20-2:

Arbeitslose nach Rechtskreisen SGB II und SGB III in Berlin im Dezember 2011 nach Geschlecht, Altersgruppen, Staatsangehörigkeit und Schwerbehinderung

Tabelle 2.21-1:

Arbeitslose nach Rechtskreisen SGB II und SGB III in Berlin am 31. Dezember 2011 nach Geschlecht, Altersgruppen, Staatsangehörigkeit und Bezirken

Tabelle 2.22-1:

Empfängerinnen und Empfänger von Leistungen gemäß 3. und 4. Kapitel Sozialgesetzbuch (SGB) XII außerhalb von Einrichtungen in Berlin 2008 - 2010 (Stand: 31.12.) nach Geschlecht, Altersgruppen, Staatsangehörigkeit und Bezirken

Tabelle 2.22-2:

Empfängerinnen und Empfänger von Regelleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) in Berlin 2008 - 2011 (Stand: 31.12.) nach Geschlecht, Altersgruppen und Bezirken

Tabelle 2.24-1:

Empfängerhaushalte von Wohngeld in Berlin 2005 - 2011 (Stand: 31.12.) nach Bezirken

Tabelle 2.24-2:

Empfängerhaushalte von Wohngeld in Berlin 2011 (Stand: 31.12.) nach Erwerbsstatus, Nichterwerbstätigkeit, Haushaltsgröße und Bezirken

Themenfeld 3: Gesundheitszustand der Bevölkerung

Tabelle 3.1-1:

Geschlechtsspezifische Gesamtsterblichkeit, vorzeitige Sterblichkeit und Alterssterblichkeit in Berlin und in Deutschland 1991 - 2011

Tabelle 3.2-1:

Geschlechtsspezifische Mortalitätsraten in Berlin 2011 nach Altersgruppen und Todesursachen (Hauptdiagnosegruppen)

Tabelle 3.2-2:

Geschlechts- und altersspezifische Mortalitätsraten in Berlin 1992 - 2011 nach den häufigsten Todesursachen (Hauptdiagnosegruppen)

Tabelle 3.2z-1:

Geschlechts- und altersspezifische Sterblichkeit in Berlin 1996 - 2011 nach ausgewählten Todesursachen und Staatsangehörigkeit

Tabelle 3.2z-2:

Geschlechts- und altersspezifische Mortalität an nicht näher bezeichneten, ungenauen und unbekanntem Todesursachen (ICD-10 Nrn. R00-R99) in Deutschland und Berlin 2009 - 2011 (zusammengefasst) nach Bezirken

Tabelle 3.3-1:

Geschlechts- und altersspezifische Gesamtsterblichkeit in Berlin 1994 - 2011 nach Staatsangehörigkeit

Tabelle 3.3-2:

Geschlechtsspezifische Gesamt- und vorzeitige Sterblichkeit in Berlin 2004 - 2011 nach Staatsangehörigkeit und Bezirken

Tabelle 3.3-3:

Geschlechts- und altersspezifische Mortalität in Berlin 1995 - 2011 nach Bezirken

Tabelle 3.6-1:

Geschlechts- und altersspezifische Mortalität in Berlin 1999 - 2011

Tabelle 3.6-2:

Geschlechts- und altersspezifische Mortalität in Berlin 2008 - 2011 nach Staatsangehörigkeit

Tabelle 3.6z-1:

Geschlechtsspezifische Mortalität in Berlin 1999 - 2011 nach Altersgruppen

Tabelle 3.7-1:

Geschlechts- und altersspezifische Mortalität in Berlin 1999 - 2011 (jeweils drei Jahre zusammengefasst) nach Bezirken

Tabelle 3.8-1:

Geschlechts- und altersspezifische Sterblichkeit in Berlin 2011 nach den häufigsten Todesursachen (Einzeldiagnosen)

Tabelle 3.8z-1:

Geschlechtsspezifische Sterblichkeit in Berlin und in Deutschland 2011 nach den zehn häufigsten Todesursachen (Einzeldiagnosen)

Tabelle 3.9-1:

Geschlechts- und altersspezifische Lebenserwartung (in Jahren) in Berlin und in Deutschland 2007 - 2009, 2008 - 2010 und 2009 - 2011 (jeweils drei Jahre zusammengefasst)

Tabelle 3.10-1:

Geschlechtsspezifische (mittlere) Lebenserwartung (in Jahren) in Deutschland 1993 - 2011 (jeweils drei Jahre zusammengefasst) nach Bundesländern

Tabelle 3.10-2:

Geschlechtsspezifische (mittlere) Lebenserwartung (in Jahren) in Berlin und in Deutschland 2004 - 2011 (jeweils drei Jahre zusammengefasst) nach Bezirken

Tabelle 3.11-1:

Mittlere und fernere Lebenserwartung (darunter mit und ohne Pflegebedürftigkeit) (in Jahren) in Berlin 2006 - 2011 nach Geschlecht und Altersgruppen

Tabelle 3.12-1:

Anzahl der durch Tod verlorenen Lebensjahre (PYLL) (Alter 1 - 64 Jahre) in Berlin 2011 nach Geschlecht und Hauptdiagnosegruppen

Tabelle 3.13-1:

Vermeidbare Todesfälle (VTF) in Berlin 1996 - 2011 nach Art der Vermeidbarkeit und prozentualem Anteil an der vorzeitigen und an der Gesamtsterblichkeit sowie an allen vermeidbaren Todesfällen

Tabelle 3.13-2:

Vermeidbare Todesfälle in Berlin 2007 - 2011 nach Geschlecht und Todesursachen

Tabelle 3.13-3:

Vermeidbare Todesfälle in Berlin 2006 - 2011 nach Todesursachen und Art der Vermeidbarkeit

Tabelle 3.13z-1:

Geschlechts- und altersspezifische Mortalitätsraten der vermeidbaren Todesfälle (VTF) und der Gesamtsterblichkeit in Berlin 2011

Tabelle 3.14-1:

Ausgewählte vermeidbare Todesfälle in Berlin 2009 - 2011 (zusammengefasst) nach Geschlecht, Todesursachen und Bezirken

Tabelle 3.15-1:

Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes in Deutschland 2010 nach Geschlecht, ausgewählten Altersgruppen und Bildungsgruppe

Tabelle 3.15z-1:

Selbstauskunft der erwachsenen Bevölkerung zur Prävalenz von mindestens 50 Krankheitstagen in den letzten 12 Monaten in Deutschland 2010 nach Geschlecht, ausgewählten Altersgruppen und Bildungsgruppe

Tabelle 3.17-1:

Selbstauskunft der erwachsenen Bevölkerung zur Prävalenz gesundheitlicher Einschränkungen und Beeinträchtigung durch seelische Belastungen in Deutschland 2010 nach Geschlecht, ausgewählten Altersgruppen und Bildungsgruppe

Tabelle 3.17-2:

Selbstauskunft der erwachsenen Bevölkerung zur Prävalenz von Sehbeeinträchtigungen in Deutschland 2010 nach Geschlecht, ausgewählten Altersgruppen und Bildungsgruppe

Tabelle 3.17-3:

Selbstauskunft der erwachsenen Bevölkerung zur Prävalenz von Hörbeeinträchtigungen in Deutschland 2010 nach Geschlecht, ausgewählten Altersgruppen und Bildungsgruppe

Tabelle 3.18-1:

Selbstauskunft der erwachsenen Bevölkerung zur Prävalenz chronischen Krankseins, zu ausgewählten Krankheiten und Befunden in Deutschland 2010 nach Geschlecht, ausgewählten Altersgruppen und Bildungsgruppe

Tabelle 3.19-1:

Die häufigsten Diagnosen in der allgemeinärztlichen sowie in der hausärztlich- und fachärztlich-internistischen Praxis in Berlin 2009

Tabelle 3.20-1:

Die häufigsten Diagnosen in der Frauenarztpraxis in Berlin 2009

Tabelle 3.21-1:

Die häufigsten Diagnosen in der Kinderarztpraxis in Berlin 2009

Tabelle 3.22-1:

Die häufigsten Diagnosen in der orthopädischen Praxis in Berlin 2009

Tabelle 3.23-1:

Die häufigsten Diagnosen in der nervenärztlichen Praxis in Berlin 2009

Tabelle 3.24-1:

Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschließlich Sterbefälle, ohne/mit Stundenfälle/n) in Berlin 2002 - 2011 nach Geschlecht und ausgewählten Merkmalen

Tabelle 3.24-2:

Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschließlich Sterbefälle, ohne/mit Stundenfälle/n) in Berlin 1995 - 2011 nach Geschlecht und Wohnort

Tabelle 3.24-3:

Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschließlich Sterbefälle) in Berlin (nur Berliner) 1995 - 2011 nach Geschlecht und Altersgruppen

Tabelle 3.25-1:

Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschließlich Sterbefälle) in Berlin 1995 - 2011 nach Altersgruppen

Tabelle 3.25-2:

Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschließlich Sterbefälle) in Berlin (nur Berliner) 1996 - 2011 nach Geschlecht und Altersgruppen

Tabelle 3.25-3:

Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschließlich Sterbefälle, ohne/mit Stundenfälle/n) in Berlin (nur Berliner) 2008 - 2011 nach Geschlecht und Altersgruppen

Tabelle 3.25-4:

Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschließlich Sterbefälle) in Berlin (nur Berliner) 1995 - 2011 nach Geschlecht und ausgewählten Altersgruppen

Tabelle 3.25-5:

Sterbefälle insgesamt sowie im Krankenhaus gestorbene vollstationäre Behandlungsfälle (ohne/mit Stundenfälle/n) in Berlin (nur Berliner) 2006 - 2011 nach Altersgruppen

Tabelle 3.25-6:

Durchschnittliche Verweildauer der aus dem Krankenhaus entlassenen vollstationären Behandlungsfälle (einschließlich Sterbefälle, ohne/mit Stundenfälle/n) in Berlin (nur Berliner) 2006 - 2011 nach Geschlecht und Altersgruppen

Tabelle 3.25-7:

Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschließlich Sterbefälle) in Berlin (nur Berliner) 1995 - 2011 nach Geschlecht, Altersgruppen, durchschnittlicher Verweildauer und durchschnittlich belegten Betten je Tag

Tabelle 3.25-8:

Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschließlich Sterbefälle) in Berlin (nur Berliner) 2010 und 2011 nach Geschlecht, Altersgruppen und Bezirken

Tabelle 3.25-9:

Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschließlich Sterbefälle) in Berlin (nur Berliner) 2004 - 2011 (jeweils drei Jahre zusammengefasst) nach Geschlecht, Altersgruppen und Bezirken

Tabelle 3.26-1:

Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschließlich Sterbefälle) in Berlin (nur Berliner) 2010 und 2011 nach Geschlecht und Hauptdiagnosegruppen

Tabelle 3.26-2:

Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschließlich Sterbefälle) in Berlin (nur Berliner) 2005 - 2011 nach Hauptdiagnosegruppen

Tabelle 3.26-3:

Aus einem Krankenhaus in oder außerhalb von Berlin entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschließlich Sterbefälle) aus Berlin (Wohnort) 2005 - 2011 nach Hauptdiagnosegruppen

Tabelle 3.26-4:

Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschließlich Sterbefälle) in Berlin (nur Berliner) 2009 - 2011 nach Geschlecht, Hauptdiagnosegruppen und durchschnittlicher Verweildauer in Tagen

Tabelle 3.26-5:

Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschließlich Sterbefälle) in Berlin (nur Berliner) 2010 und 2011 nach Altersgruppen, Hauptdiagnosegruppen, durchschnittlicher Verweildauer und durchschnittlich belegten Betten je Tag

Tabelle 3.26-6:

Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschließlich Sterbefälle) in Berlin (nur Berliner) 2009 - 2011 nach Geschlecht, Rangfolge der 20 häufigsten Einzeldiagnosen und durchschnittlich belegten Betten je Tag

Tabelle 3.26-7:

Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschließlich Sterbefälle) in Berlin (nur Berliner) 2010 und 2011 nach Geschlecht, Altersgruppen, Einzeldiagnosen, durchschnittlicher Verweildauer und durchschnittlich belegten Betten je Tag

Tabelle 3.26z-1:

Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschließlich Sterbefälle) in Berlin 2010 und 2011 nach Fachabteilungen und Wohnort

Tabelle 3.26z-2:

Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschließlich Sterbefälle) in Berlin (nur Berliner) 2001 - 2011 nach Fachabteilungen und Wohnort in Berlin/im Ausland

Tabelle 3.27-1:

Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschließlich Sterbefälle, ohne/mit Stundenfälle/n) in Berlin (nur Berliner) 2006 - 2011 nach Geschlecht und Bezirken

Tabelle 3.27-2:

Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschließlich Sterbefälle) in Berlin (nur Berliner) 1996 - 2011 nach Geschlecht und Bezirken

Tabelle 3.27-3:

Durchschnittliche Verweildauer der aus dem Krankenhaus entlassenen vollstationären Behandlungsfälle in Berlin (nur Berliner) 1995 - 2011 nach Bezirken

Tabelle 3.31-1:

Arbeits- und Wegeunfälle in Berlin (Ereignisprinzip) und Deutschland 2002 - 2011

Tabelle 3.32-1:

Ausgewählte begutachtete Berufskrankheitenvorgänge in Berlin 1995 - 2011 nach Geschlecht

Tabelle 3.33-1:

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe in Berlin 1995 - 2011 nach Geschlecht

Tabelle 3.34-1:

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe (Alter 0 - 64 Jahre) in Berlin 2006 - 2011 nach Geschlecht und ausgewählten Altersgruppen

Tabelle 3.34-2:

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe (Alter 0 - 64 Jahre) in Berlin 2011 nach Geschlecht, ausgewählten Altersgruppen und Staatsangehörigkeit

Tabelle 3.35-1:

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe (alle Altersgruppen und 0 - 64 Jahre) in Berlin 2005 - 2011 nach Geschlecht, Staatsangehörigkeit und Hauptdiagnosegruppen

Tabelle 3.36-1:

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe (0 - 64 Jahre) in Berlin 1995 - 2011 nach Geschlecht und Regionen

Tabelle 3.36-2:

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe (0 - 64 Jahre) in Berlin 1995 - 2011 nach Geschlecht und Staatsangehörigkeit

Tabelle 3.37-1:

Rentenzugänge und Rentenbestand wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in Berlin 1995 - 2011 nach Geschlecht

Tabelle 3.37-2:

Rentenzugänge und Rentenbestand wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in Berlin 1995 - 2011 nach Geschlecht und Staatsangehörigkeit

Tabelle 3.38-1:

Rentenzugänge und Rentenbestand wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in Berlin 1995 - 2011 nach Geschlecht, Altersgruppen und Staatsangehörigkeit

Tabelle 3.39-1:

Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in Berlin 2005 - 2011 nach Geschlecht, Hauptdiagnosegruppen und Staatsangehörigkeit

Tabelle 3.40-1:

Rentenzugänge und Rentenbestand wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in Berlin 1995 - 2011 nach Geschlecht und Regionen

Tabelle 3.41-1:

Schwerbehinderte mit Schwb-Ausweis in Berlin 1993 - 2011 (Stand: 31.12.) nach Geschlecht

Tabelle 3.41-2:

Schwerbehinderte mit Schwb-Ausweis in Deutschland 1993 - 2011 (Stand: 31.12.) nach Bundesländern

Tabelle 3.42-1:

Schwerbehinderte mit Schwb-Ausweis in Berlin 2001 - 2011 (Stand: 31.12.) nach Altersgruppen und Staatsangehörigkeit

Tabelle 3.42-2:

Schwerbehinderte mit Schwb-Ausweis in Berlin 2009 und 2011 (Stand: 31.12.) nach Geschlecht, Altersgruppen und Staatsangehörigkeit

Tabelle 3.43-1:

Schwerbehinderte mit Schwb-Ausweis in Berlin 2011 (Stand: 31.12.) nach Geschlecht und Art der schwersten Behinderung

Tabelle 3.44-1:

Schwerbehinderte mit Schwb-Ausweis in Berlin 2009 und 2011 (Stand: 31.12.) nach Geschlecht, Grad der Behinderung (von Hundert) und Staatsangehörigkeit

Tabelle 3.45-1:

Schwerbehinderte mit Schwb-Ausweis in Berlin 2003 - 2011 (Stand: 31.12.) nach Geschlecht und Bezirken

Tabelle 3.45-2:

Schwerbehinderte mit Schwb-Ausweis in Berlin 2009 und 2011 (Stand: 31.12.) nach Grad der Behinderung und Bezirken

Tabelle 3.46-1:

Pflegebedürftige Personen in Berlin 1999 - 2011 (Stand: 15.12.) nach Geschlecht und Leistungsart

Tabelle 3.47-1:

Pflegebedürftige Personen in Berlin am 15.12.2011 nach Geschlecht, Altersgruppen und Leistungsart

Tabelle 3.48-1:

Pflegebedürftige Personen in Berlin 1999 - 2011 (Stand: 15.12.) nach Geschlecht, Pflegestufen und Leistungsart

Tabelle 3.50-1:

Lebendgeborene in Berlin und in Deutschland 1999 - 2012 nach Geburtsgewicht

Tabelle 3.51-1:

Lebendgeborene in Berlin 2006 - 2012 nach Geburtsgewicht und Bezirken

Tabelle 3.53-1:

Säuglingssterblichkeit in Berlin und in Deutschland 1991 - 2012 nach Früh-, Spät- und Postneonatalsterblichkeit sowie Neonatalsterblichkeit und Staatsangehörigkeit

Tabelle 3.53-2:

Säuglings- und Perinatalsterblichkeit in Berlin 1993 - 2012 nach Staatsangehörigkeit

Tabelle 3.54-1:

Gestorbene im ersten Lebensjahr in Berlin 1994 - 2012 (jeweils drei Jahre zusammengefasst) nach Bezirken und in Deutschland 1996 - 2012 (jährlich) nach Bundesländern

Tabelle 3.55-1:

Perinatale Sterblichkeit in Berlin 1991 - 2012

Tabelle 3.55-2:

Perinatale Sterblichkeit in Berlin 1994 - 2012 (jeweils drei Jahre zusammengefasst) nach Bezirken und in Deutschland 1996 - 2012 (jährlich) nach Bundesländern

Tabelle 3.56-1:

Häufigste Todesursachen bei Säuglingen (darunter Plötzlicher Kindstod) in Berlin 2009 - 2012 nach Geschlecht

Tabelle 3.56-2:

Plötzlicher Kindstod (Sudden infant death syndrome (SIDS)) in Berlin 1992 - 2012 nach Geschlecht

Tabelle 3.57-1:

Ausgewählte Indikatoren (Entwicklungsmerkmale) bei den Einschulungsuntersuchungen in Berlin 2007 - 2011 nach Geschlecht und Migrationshintergrund

Tabelle 3.58-1:

Nach dem Infektionsschutzgesetz meldepflichtige Infektionskrankheiten in Berlin 2001 - 2011 (Stand: Namentlich gemeldete Fälle 01.03.2012, nichtnamentlich gemeldete Fälle 01.11.2012) nach Geschlecht

Tabelle 3.59-1:

Ausgewählte nach dem Infektionsschutzgesetz meldepflichtige Infektionskrankheiten in Berlin 2011 (Stand: Namentlich gemeldete Fälle 01.03.2012, nichtnamentlich gemeldete Fälle 01.11.2012 / Fälle entsprechen der Referenzdefinition) nach Geschlecht

Tabelle 3.59-2:

Ausgewählte nach dem Infektionsschutzgesetz meldepflichtige übertragbare Krankheiten in Berlin und Deutschland 1996 - 2011 (Stand: Namentlich gemeldete Fälle 01.03.2012, nichtnamentlich gemeldete Fälle 01.11.2012)

Tabelle 3.59-3:

Ausgewählte nach dem Infektionsschutzgesetz meldepflichtige übertragbare Krankheiten in Berlin 2011 (Stand: 01.03.2012) nach Bezirken

Tabelle 3.59-4:

Ausgewählte nach dem Infektionsschutzgesetz meldepflichtige übertragbare Krankheiten in Berlin 2011 (Stand: 01.03.2012) nach Altersgruppen

Tabelle 3.60-1:

Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschließlich Sterbefälle) infolge infektiöser und parasitärer Krankheiten in Berlin (nur Berliner) 2010 und 2011 nach Geschlecht und Altersgruppen

Tabelle 3.61-1:

Gemeldete Fälle an Tuberkulose (alle Formen und offene Lungentuberkulose) in Berlin 1995 - 2011 (Stand: 01.03.2012) nach Staatsangehörigkeit

Tabelle 3.61-2:

Gemeldete Fälle an Tuberkulose (alle Formen und offene Lungentuberkulose) in Berlin 1995 - 2011 (Stand: 01.03.2012) nach Geschlecht und Staatsangehörigkeit

Tabelle 3.61-3:

Gemeldete Fälle an Tuberkulose in Berlin 2009 - 2011 (zusammengefasst) (Stand: 01.03.2012) nach Geschlecht, Altersgruppen und Staatsangehörigkeit

Tabelle 3.62-1:

Gemeldete Fälle an offener Lungentuberkulose in Berlin 2002 - 2011 (jeweils drei Jahre zusammengefasst) (Stand: 01.03.2012) nach Geschlecht, Altersgruppen (alle und 0 - 64 Jahre) Staatsangehörigkeit und Bezirken

Tabelle 3.62-2:

Gemeldete Fälle an Tuberkulose (alle Formen und offene Lungentuberkulose) in Berlin 2005 - 2011 (Stand: 01.03.2012) nach Geschlecht, Altersgruppen (alle und 0 - 64 Jahre), Staatsangehörigkeit und Bezirken

Tabelle 3.63-1:

Gemeldete AIDS-Erkrankte in Berlin 1993 - 2012 (Stand: 01.03.2013 / Nachmeldungen möglich) nach Geschlecht, Diagnosejahr und Betroffenenengruppe

Tabelle 3.64-1:

Gemeldete gesicherte HIV-Erstdiagnosen in Berlin 1993 - 2012 (Stand: 01.03.2013 / Nachmeldungen möglich) nach Geschlecht, Diagnosejahr und Betroffenenengruppe

Tabelle 3.65-1:

Geschlechts- und altersspezifische Mortalität bei infektiösen und parasitären Krankheiten in Berlin 2010 und 2011

Tabelle 3.66-1:

Bösartige Neubildungen in Berlin (nur Berliner) 1996 - 2011 nach Geschlecht und ausgewählten Indikatoren

Tabelle 3.67-1:

Gemeldete Neuerkrankungen an bösartigen Neubildungen (ohne/mit DCO-Fälle/n) in Berlin (nur Berliner) 1995 - 2010 (Stand: 31.12.2012) nach Geschlecht

Tabelle 3.68-1:

Gemeldete Neuerkrankungen an bösartigen Neubildungen (ohne/mit DCO-Fälle/n) in Berlin (nur Berliner) 2005 - 2010 (Stand: 31.12.2012) nach Geschlecht und Altersgruppen

Tabelle 3.69-1:

Gemeldete Neuerkrankungen an ausgewählten bösartigen Neubildungen (ohne/mit DCO-Fälle/n) in Berlin (nur Berliner) 2005 - 2010 (Stand: 31.12.2012) nach Geschlecht und Krebslokalisation

Tabelle 3.69z-1:

Altersstandardisierte Inzidenz an bösartigen Neubildungen bei Kindern (0 - 14 Jahre) in Berlin, Brandenburg, Hamburg und Bremen 1995 - 2012 (10-Jahres-Mittelwerte) nach ausgewählten Tumorlokalisationen

Tabelle 3.69z-2:

Standardisierte Inzidenzverhältnisse (SIR) bei bösartigen Neubildungen bei Kindern (0 - 14 Jahre) in Berlin, Brandenburg, Hamburg und Bremen 1995 - 2012 (10-Jahres-Mittelwerte) nach ausgewählten Tumorlokalisationen

Tabelle 3.70-1:

Gemeldete Neuerkrankungen an Lungenkrebs (ohne/mit DCO-Fälle/n) in Berlin (nur Berliner) 2005 - 2010 (Stand: 31.12.2012) nach Geschlecht und Altersgruppen

Tabelle 3.71-1:

Gemeldete Neuerkrankungen an Brustkrebs (weiblich) und an Prostatakrebs (ohne/mit DCO-Fälle/n) in Berlin (nur Berliner) 2005 - 2010 (Stand: 31.12.2012) nach Altersgruppen

Tabelle 3.73-1:

Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschließlich Sterbefälle) infolge bösartiger Neubildungen in Berlin (nur Berliner) 2009 - 2011 nach Geschlecht und Altersgruppen

Tabelle 3.75-1:

Medizinische Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe wegen bösartiger Neubildungen in Berlin 2006 - 2011 nach Geschlecht und Altersgruppen

Tabelle 3.76-1:

Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit infolge ausgewählter bösartiger Neubildungen in Berlin 2004 - 2011 nach Geschlecht

Tabelle 3.77-1:

Geschlechtsspezifische Mortalität bei ausgewählten bösartigen Neubildungen in Berlin 2006 - 2011 nach Altersgruppen (alle Altersgruppen, 0 - 64 Jahre, 65 Jahre und älter)

Tabelle 3.77-2:

Geschlechts- und altersspezifische Mortalität bei ausgewählten bösartigen Neubildungen in Berlin 2008 - 2011

Tabelle 3.77-3:

Geschlechts- und altersspezifische Mortalität an bösartigen Neubildungen in Berlin 2009 - 2011 (zusammengefasst) nach Bezirken

Tabelle 3.78-1:

Diabetes mellitus in Berlin (nur Berliner) 1995 - 2011 nach Geschlecht und ausgewählten Indikatoren

Tabelle 3.80-1:

Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschließlich Sterbefälle) wegen Diabetes mellitus in Berlin (nur Berliner) 2009 - 2011 nach Geschlecht und Altersgruppen

Tabelle 3.81-1:

Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit infolge von Diabetes mellitus in Berlin 1995 - 2011 nach Geschlecht und Altersgruppen

Tabelle 3.82-1:

Psychische und Verhaltensstörungen in Berlin (nur Berliner) 1995 - 2011 nach Geschlecht und ausgewählten Indikatoren

Tabelle 3.83-1:

Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschließlich Sterbefälle) wegen psychischer und Verhaltensstörungen in Berlin (nur Berliner) 2010 und 2011 nach Geschlecht und Altersgruppen

Tabelle 3.85-1:

Medizinische Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe wegen psychischer und Verhaltensstörungen in Berlin 2006 - 2011 nach Geschlecht und ausgewählten Altersgruppen

Tabelle 3.86-1:

Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit infolge von psychischen und Verhaltensstörungen in Berlin 2006 - 2011 nach Geschlecht und Altersgruppen

Tabelle 3.87-1:

Von den Sozialpsychiatrischen Diensten gemeldete Einweisungen nach PsychKG und Betreuungsgesetz in Berlin 2003 - 2011 nach Geschlecht

Tabelle 3.88-1:

Geschlechts- und altersspezifische Mortalität bei Suizid in Berlin 2008 - 2011

Tabelle 3.89-1:

Geschlechtsspezifische Mortalität bei Suizid und Ereignissen, Umstände unbestimmt, in Berlin 2009 - 2011 (zusammengefasst) nach Bezirken und Altersgruppen (alle Altersgruppen, 0 - 64 Jahre, 65 Jahre und älter)

Tabelle 3.89-2:

Geschlechts- und altersspezifische Mortalität bei Suizid in Berlin und Deutschland 1992 - 2011

Tabelle 3.89z-1:

Geschlechtsspezifische Mortalität (alle Altersgruppen und 0 - 64 Jahre) bei ausgewählten alkoholbedingten Krankheiten in Berlin und Deutschland 1995 - 2011

Tabelle 3.89z-2:

Geschlechtsspezifische Mortalität (0 - 64 Jahre) bei psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol in Berlin 1999 - 2001 und 2009 - 2011 (jeweils zusammengefasst) nach Bezirken

Tabelle 3.89z-3:

Drogentote in Berlin und Deutschland 1991 - 2011 nach Geschlecht und Staatsangehörigkeit

Tabelle 3.89z-4:

Drogentote in Berlin 1999 - 2011 nach dem letzten Wohnsitz (Bezirk)

Tabelle 3.89z-5:

Drogentote in ausgewählten deutschen Großstädten und in Deutschland insgesamt 1999 - 2011

Tabelle 3.90-1:

Krankheiten des Kreislaufsystems in Berlin (nur Berliner) 1995 - 2011 nach Geschlecht und ausgewählten Indikatoren

Tabelle 3.91-1:

Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschließlich Sterbefälle) wegen Krankheiten des Kreislaufsystems in Berlin (nur Berliner) 2009 - 2011 nach Geschlecht und Altersgruppen

Tabelle 3.93-1:

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe wegen Krankheiten des Kreislaufsystems in Berlin 2006 - 2011 nach Geschlecht und ausgewählten Altersgruppen

Tabelle 3.94-1:

Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit infolge von Krankheiten des Kreislaufsystems in Berlin 2006 - 2011 nach Geschlecht und Altersgruppen

Tabelle 3.95-1:

Geschlechts- und altersspezifische Mortalität an Krankheiten des Kreislaufsystems in Berlin 2008 - 2011

Tabelle 3.95-2:

Sterbefälle an ausgewählten Krankheiten des Kreislaufsystems in Berlin 1991 - 2011 nach Geschlecht und Altersgruppen

Tabelle 3.95-3:

Sterbefälle an ausgewählten Krankheiten des Kreislaufsystems in Berlin und Deutschland 1991 - 2011 nach Geschlecht und Altersgruppen

Tabelle 3.95z-1:

Geschlechtsspezifische Mortalitätsraten ausgewählter Altersgruppen bei bösartigen Neubildungen und Krankheiten des Kreislaufsystems in Berlin und Deutschland 1991 - 2011

Tabelle 3.96-1:

Krankheiten des Atmungssystems in Berlin (nur Berliner) 1995 - 2011 nach Geschlecht und ausgewählten Indikatoren

Tabelle 3.97-1:

Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschließlich Sterbefälle) wegen Krankheiten des Atmungssystems in Berlin (nur Berliner) 2009 - 2011 nach Geschlecht und Altersgruppen

Tabelle 3.99-1:

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe wegen Krankheiten des Atmungssystems in Berlin 2006 - 2011 nach Geschlecht und ausgewählten Altersgruppen

Tabelle 3.100-1:

Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit infolge von Krankheiten des Atmungssystems in Berlin 2006 - 2011 nach Geschlecht und Altersgruppen

Tabelle 3.101-1:

Geschlechts- und altersspezifische Mortalität bei Krankheiten des Atmungssystems in Berlin 2009 - 2011

Tabelle 3.102-1:

Kariesprävalenz (DMF-T-Index) bei 12-jährigen Kindern in Berlin 2007/2008 - 2011/2012 (Schuljahre) nach Bezirken

Tabelle 3.102-2:

Kariesprävalenz und Kariesrisiko (DMF-T-Index) bei 12-jährigen Kindern in Deutschland 2009 nach Geschlecht und Bundesländern

Tabelle 3.103-1:

Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschließlich Sterbefälle) wegen Krankheiten des Verdauungssystems in Berlin (nur Berliner) 2009 - 2011 nach Geschlecht und Altersgruppen

Tabelle 3.103z-1:

Krankheiten des Verdauungssystems in Berlin (nur Berliner) 1995 - 2011 nach Geschlecht und ausgewählten Indikatoren

Tabelle 3.103z-2:

Geschlechts- und altersspezifische Mortalität bei Krankheiten des Verdauungssystems in Berlin 2011

Tabelle 3.104-1:

Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems und des Bindegewebes in Berlin (nur Berliner) 1995 - 2011 nach Geschlecht und ausgewählten Indikatoren

Tabelle 3.105-1:

Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschließlich Sterbefälle) wegen Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems und des Bindegewebes in Berlin (nur Berliner) 2009 - 2011 nach Geschlecht und Altersgruppen

Tabelle 3.107-1:

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe wegen Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems und des Bindegewebes in Berlin 2006 - 2011 nach Geschlecht und ausgewählten Altersgruppen

Tabelle 3.108-1:

Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit infolge von Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems und des Bindegewebes in Berlin 2006 - 2011 nach Geschlecht und Altersgruppen

Tabelle 3.110-1:

Verletzungen und Vergiftungen in Berlin (nur Berliner) 1995 - 2011 nach Geschlecht und ausgewählten Indikatoren

Tabelle 3.111-1:

Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschließlich Sterbefälle) wegen Verletzungen und Vergiftungen in Berlin (nur Berliner) 2009 - 2011 nach Geschlecht und Altersgruppen

Tabelle 3.113-1:

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe wegen Verletzungen und Vergiftungen in Berlin 2005 - 2011 nach Geschlecht und ausgewählten Altersgruppen

Tabelle 3.114-1:

Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit infolge von Verletzungen und Vergiftungen in Berlin 2005 - 2011 nach Geschlecht und Altersgruppen

Tabelle 3.115-1:

Gestorbene infolge äußerer Ursachen von Morbidität und Mortalität in Berlin 2009 - 2011 nach Geschlecht und Altersgruppen

Tabelle 3.116-1:

Im Straßenverkehr verunglückte Personen in Berlin 1991 - 2011 (Ereignisprinzip) nach Geschlecht

Tabelle 3.116z-1:

Im Straßenverkehr verunglückte Personen (ohne Mitfahrer) in Berlin 1998 - 2011 (Ereignisprinzip) nach Staatsangehörigkeit und Verletzungsschwere

Tabelle 3.117-1:

Im Straßenverkehr verunglückte Personen in Berlin 2010 und 2011 (Ereignisprinzip) nach Geschlecht, Altersgruppen und Verletzungsschwere

Tabelle 3.118-1:

Im Straßenverkehr verunglückte, darunter tödlich verunglückte Personen in Berlin 2006 - 2011 (Ereignisprinzip) nach Geschlecht und Bezirken

Tabelle 3.119-1:

Alkoholbedingte Straßenverkehrsunfälle mit Personenschaden in Berlin 1991 - 2011 (Ereignisprinzip) nach Verletzungsschwere

Themenfeld 4: Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen

Tabelle 4.1-1:

Selbstauskunft der erwachsenen Bevölkerung zum Rauchverhalten in Deutschland 2008/2009 und 2009/2010 nach Geschlecht, ausgewählten Altersgruppen und Bildungsgruppen

Tabelle 4.5z-1:

Raucher/innen im Haushalt der Einschülerinnen und Einschüler zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchungen in Berlin 2007 - 2011 nach sozialer Lage und Migrationshintergrund

Tabelle 4.7-1:

Selbstauskunft der erwachsenen Bevölkerung zum Alkoholkonsum in Deutschland 2008/2009 und 2009/2010 nach Geschlecht, ausgewählten Altersgruppen und Bildungsgruppen

Tabelle 4.7-2:

Selbstauskunft der erwachsenen Bevölkerung zum Rauschtrinken (Binge-Drinking) in Deutschland 2008/2009 und 2009/2010 nach Geschlecht, ausgewählten Altersgruppen und Bildungsgruppen

Tabelle 4.8-1:

Selbstauskunft der erwachsenen Bevölkerung zum Körpergewicht in Deutschland 2008/2009 und 2009/2010 nach Geschlecht, ausgewählten Altersgruppen und Bildungsgruppen

Tabelle 4.9-1:

Body-Mass-Index (BMI) bei Kindern zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchungen in Berlin 2007 - 2011 nach Geschlecht und Migrationshintergrund/Herkunft

Tabelle 4.11-1:

Selbstauskunft der erwachsenen Bevölkerung zur Häufigkeit des Obstverzehrs in Deutschland 2008/2009 und 2009/2010 nach Geschlecht, ausgewählten Altersgruppen und Bildungsgruppen

Tabelle 4.11-2:

Selbstauskunft der erwachsenen Bevölkerung zur Häufigkeit des Gemüseverzehrs in Deutschland 2008/2009 und 2009/2010 nach Geschlecht, ausgewählten Altersgruppen und Bildungsgruppen

Tabelle 4.12-1:

Selbstauskunft der erwachsenen Bevölkerung zur Häufigkeit körperlicher Aktivität in Deutschland 2008/2009 und 2009/2010 nach Geschlecht, ausgewählten Altersgruppen und Bildungsgruppen

Tabelle 4.13-1:

Selbstauskunft der erwachsenen Bevölkerung zur Häufigkeit sportlicher Aktivität in Deutschland 2008/2009 und 2009/2010 nach Geschlecht, ausgewählten Altersgruppen und Bildungsgruppen

Themenfeld 5: Umweltbezogener Gesundheitsschutz und Verbraucherschutz im Gesundheitswesen

Tabelle 5.1-1:

Stickstoffdioxid in der Außenluft in Berlin 2010 und 2011 nach Messstationen

Tabelle 5.2-1:

Schwefelstoffdioxid in der Außenluft in Berlin 2010 und 2011 nach Messstationen

Tabelle 5.3-1:

Feinstaub (PM 10) in der Außenluft in Berlin 2010 und 2011 nach Messstationen

Tabelle 5.4-1:

Ozon in der Außenluft in Berlin 2006 - 2011 nach Messstationen

Tabelle 5.5-1:

Benzol, Ruß, Ben(a)pyren in der Außenluft in Berlin 2008 - 2011 nach Messstationen

Tabelle 5.6-1:

Belastung des Trinkwassers mit Nitrat, Pestiziden, Blei, Kupfer und Trihalogenmethan in Berlin 2011

Tabelle 5.8-1:

Belastung des Trinkwassers mit Escherichia coli und Enterokokken in Berlin 2011

Tabelle 5.9-1:

Verkehrslärmexposition der Bevölkerung in Berlin 2011 nach Lärmindex und Pegelbereich

Tabelle 5.10-1:

Dioxine in der Kuhmilch und in der Frauenmilch in Deutschland 2002 - 2011 (Gehalte in WHO-Toxizitätsäquivalenten)

Tabelle 5.11-1:

Polychlorierte Biphenyle (PCB) in der Kuhmilch und in der Frauenmilch in Deutschland 2002 - 2011

Tabelle 5.12-1:

Ausgewählte Arbeitsbelastungen und Umgebungsfaktoren von Erwerbstätigen in den Stadtstaaten Berlin, Hamburg und Bremen sowie in Deutschland 2012

Tabelle 5.12z-1:

Selbstauskunft der erwachsenen Bevölkerung zu gesundheitsschädigenden Arbeitsbedingungen in Deutschland 2009/2010 nach Geschlecht, ausgewählten Altersgruppen und Bildungsgruppe

Tabelle 5.13-1:

Durch meldepflichtige Störfälle und Störungen in verfahrenstechnischen Anlagen verletzte und getötete Personen in Deutschland 2002 - 2011

Tabelle 5.14-1:

Ergebnisse der Badegewässerüberwachung in Berlin 2008 - 2011 nach ausgewählten Erregern

Tabelle 5.14z-1:

Untersuchungsergebnisse und Konformitätseinstufungen von Badegewässern gemäß Badegewässerverordnung vom 7. Juli 2008 in Berlin für die Badesaison 2011

Tabelle 5.14z-2:

Jahresauswertung der während der Badesaison 14-tägig durchgeführten Sichttiefenmessungen in Berliner Badegewässern 2010 und 2011

Themenfeld 6: Einrichtungen des Gesundheitswesens

Tabelle 6.1-1:

Ärztlich geleitete ambulante Gesundheitseinrichtungen in Berlin 2005 - 2013 nach Versorgungsbereich, Art der Einrichtung sowie dort tätigen Ärztinnen/Ärzten und Psychotherapeutinnen/-therapeuten

Tabelle 6.1z-1:

Struktur der vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung in Berlin 1997 - 2013 (Stichtag: 01.01.) nach beteiligten Ärztinnen/Ärzten und Psychotherapeutinnen/-therapeuten

Tabelle 6.1z-2:

An der kassenärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen und Ärzte in Berlin 1995 - 2013 nach Teilnahmeform und Bezirken

Tabelle 6.2-1:

Versorgungsgrade und Zulassungsbeschränkungen von Ärztinnen/Ärzten, Psychologischen Psychotherapeutinnen/-therapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen/-therapeuten mit Versorgungsauftrag nach SGB V in Berlin 1997 - 2013 nach Fachgebieten

Tabelle 6.3-1:

Ermächtigungen von Hochschulambulanzen, Psychiatrischen Institutsambulanzen und Sozialpädiatrischen Zentren zur ambulanten vertragsärztlichen/vertragspsychotherapeutischen Versorgung in Berlin 2010 - 2013 (Stichtag: 01.01.) nach Fachgebieten

Tabelle 6.4-1:

Zahnärztlich geleitete ambulante Gesundheitseinrichtungen in Berlin 2000 - 2012 (Stichtag: 01.01.) nach Versorgungsbereich und Art der Einrichtung

Tabelle 6.5-1:

Versorgungsgrad mit an der vertragszahnärztlichen Tätigkeit teilnehmenden Zahnärztinnen/Zahnärzten sowie Zulassungsbeschränkungen in Berlin 2000 - 2012 (Stichtag: 01.01.)

Tabelle 6.8z-1:

Ausgewählte Leistungen des Landesinstituts für gerichtliche und soziale Medizin Berlin 2005 - 2011

Tabelle 6.9-1:

Rettungsleitstellen, Rettungswachen, Rettungsfahrzeuge und Rettungshubschrauber in Berlin 1994 - 2011 (Stichtag: 31.12.)

Tabelle 6.10-1:

Gesundheitseinrichtungen für Suchtkranke in Berlin 2009 - 2011 (Stichtag: 31.12.)

Tabelle 6.11-1:

Krankenhäuser und Bettenzahl in Berlin 1990 - 2011 nach Krankenhaustyp

Tabelle 6.11z-1:

Bettenkapazität der Berliner Krankenhäuser 1990 - 2011 nach Krankenhaustyp und Trägerbereichen

Tabelle 6.12-1:

Krankenhäuser, Bettenzahl und Personal (Jahresdurchschnittswerte bezogen auf Vollkräfte) in Berlin 2004 - 2011 nach Größenklassen

Tabelle 6.12-2:

Personal der Krankenhäuser (Vollkräfte im Jahresdurchschnitt) in Berlin 1991 - 2011 nach Personalgruppen und Krankenhaustyp

Tabelle 6.13-1:

Krankenhäuser in Berlin 2011 nach Fachabteilungen und Bettenzahl

Tabelle 6.14-1:

Tages- und Nachtambulanzplätze in Krankenhäusern in Berlin 2007 - 2011 nach Fachabteilungen

Tabelle 6.15-1:

Das ordnungsbehördlich genehmigte Bettenangebot der voll- und teilstationären Versorgung der Krankenhäuser in Berlin am 31.12.2011 nach Versorgungsregionen und Fachabteilungen

Tabelle 6.15z-1:

Das ordnungsbehördlich genehmigte Bettenangebot der Krankenhäuser in Berlin am 31.12.2011 nach Trägerbereichen und Fachabteilungen

Tabelle 6.15z-2:

Krankenhausversorgungsangebot in Plankrankenhäusern des Landes Berlin 2010 und 2011 (Stand: 31.12.) und geplantes Bettenangebot gemäß der Feststellungsbescheide zur Umsetzung des Krankenhausplans 2010 nach Fachabteilungen

Tabelle 6.17-1:

Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen in Berlin 1999 - 2011 (Stichtag 15.12.) nach Art der Pflegeeinrichtung und verfügbaren Plätzen

Tabelle 6.18-1:

Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen in Berlin 2007 - 2011 (Stichtag 15.12.) nach Art der Pflegeeinrichtung, verfügbaren Plätzen und Bezirken

Tabelle 6.18-2:

Bedarf an Langzeitpflegeplätzen in Pflegeeinrichtungen in Berlin 2011 - 2030 nach Bezirken

Tabelle 6.19-1:

Ambulante Pflegeeinrichtungen in Berlin 2001 - 2011 (Stichtag: 15.12.) nach Art, Größenklassen, Pflegebedürftigen und Trägerschaft

Tabelle 6.20-1:

(Teil-)stationäre Pflegeeinrichtungen in Berlin 2001 - 2011 (Stichtag: 15.12.) nach Art, verfügbaren Plätzen und Trägerschaft

Tabelle 6.21-1:

Bestand an Apotheken in Berlin 2008 - 2011 nach Bezirken

Tabelle 6.22-1:

Bestand an medizinisch-technischen Großgeräten in den Krankenhäusern in Berlin 2001 - 2011 (Stichtag: 31.12.)

Themenfeld 7: Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsförderung und der Gesundheitsversorgung

Tabelle 7.1-1:

Inanspruchnahme von Beratungen nach dem Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG) in Berlin 2007 - 2011 nach Trägerschaft der Beratungsstellen

Tabelle 7.1z-1:

Inanspruchnahme und Leistungen der Zentren für sexuelle Gesundheit und Familienplanung (bis 31.03.2008: Sozialmedizinischer Dienst) in Berlin 1995 - 2012 nach Geschlecht, Staatsangehörigkeit, ausgewählten Bereichen und Standorten

Tabelle 7.1z-2:

Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen und beratene Frauen in Berlin 1994 - 2012 nach Staatsangehörigkeit und Trägerschaft

Tabelle 7.1z-3:

Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen und beratene Frauen in Berlin 2010 - 2012 nach Staatsangehörigkeit, Trägerschaft und Standorten

Tabelle 7.2-1:

In Deutschland gemeldete Schwangerschaftsabbrüche von Berlinerinnen 2002 - 2012 (Wohnortprinzip) nach Altersgruppen, ambulant/stationär vorgenommenen Eingriffen und Rechtsgrundlage des Abbruchs

Tabelle 7.2z-1:

Schwangerschaftsabbrüche (darunter Fetozide) in Deutschland (Wohnort- und Ereignisprinzip) 1996 - 2012 nach Bundesländern (Wohnortprinzip)

Tabelle 7.4z-1:

Gemeldete Entbindungen in Berlin 1990 - 2011 (Ereignisprinzip) nach Trägerschaft des Krankenhauses und Ort der außerklinischen Entbindung

Tabelle 7.4z-2:

Gemeldete Entbindungen und Lebendgeborene in Berlin 1990 - 2011 nach Ereignis- und Wohnortprinzip

Tabelle 7.4z-3:

Gemeldete Entbindungen und Geborene in Berlin 2010 und 2011 (Ereignisprinzip) nach Krankenhausträger, Ort der außerklinischen Entbindung und Staatsangehörigkeit

Tabelle 7.4z-4:

Gemeldete Entbindungen in Krankenhäusern in Berlin 2010 und 2011 (Ereignisprinzip) nach ausgewählten Merkmalen

Tabelle 7. 4z -5:

Gemeldete außerklinische Entbindungen in Berlin 2009 - 2011 (Ereignisprinzip) nach Bezirken und ausgewählten Merkmalen

Tabelle 7.4z-6:

Gemeldete Geborene in Berlin 2010 und 2011 (Ereignisprinzip) nach Geschlecht, Geburtsgewicht, Geburtsort und Sterbefällen

Tabelle 7.4z-7:

In Krankenhäusern geborene Kinder (darunter Lebend- und Totgeborene) in Deutschland 1996 - 2011 nach Bundesländern (Ereignisprinzip)

Tabelle 7.5-1:

Inanspruchnahme des Krankheitsfrüherkennungsprogramms für Kinder in Berlin 2002 - 2011 nach Migrationshintergrund

Tabelle 7.6-1:

Inanspruchnahme des Krankheitsfrüherkennungsprogramms für Kinder in Berlin 2007 - 2011 nach Bezirken (Wohnort der Kinder)

Tabelle 7.6z-1:

Im Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst (KJpD) neu vorgestellte Kinder und Jugendliche in Berlin 1997 - 2012 nach Geschlecht, Altersgruppen und Staatsangehörigkeit sowie 2004 - 2012 nach Bezirken

Tabelle 7.7-1:

Von den Zahnärztlichen Diensten durchgeführte Karies-Prophylaxe bei Kindern: Gebisszustand bei Erstuntersuchungen in Berlin in den Schuljahren 2000/2001 - 2011/2012 nach Bezirken ab Schuljahr 2005/2006

Tabelle 7.8-1:

Von den Zahnärztlichen Diensten durchgeführte Karies-Prophylaxe bei Schülern und Schülerinnen: Gebisszustand bei Erstuntersuchungen in Berlin in den Schuljahren 2010/2011 - 2011/2012 nach Schultyp und Bezirken

Tabelle 7.9-1:

Durch Vorsorgeuntersuchungen, Gruppenprophylaxe und Fluoridierungsmaßnahmen der Zahnärztlichen Dienste erreichte Kinder und Schüler/innen sowie durchgeführte Informationsveranstaltungen in Berlin im Schuljahr 2011/2012 nach Einrichtungstyp und Bezirken

Tabelle 7.11-1:

Ausgewählte Impfquoten bei Einschülern und Einschülerinnen in Berlin 2002 - 2011 nach Migrationshintergrund - Teil 1

Tabelle 7.12-1:

Ausgewählte Impfquoten bei Einschülern und Einschülerinnen in Berlin 2002 - 2011 nach Migrationshintergrund - Teil 2

Tabelle 7.13-1:

Ausgewählte Impfquoten bei Einschülern und Einschülerinnen in Berlin 2007 - 2011 nach Bezirken (Wohnort der Kinder) - Teil 1

Tabelle 7.14-1:

Ausgewählte Impfquoten bei Einschülern und Einschülerinnen in Berlin 2007 - 2011 nach Bezirken (Wohnort der Kinder) - Teil 2

Tabelle 7.14z-1:

Selbstauskunft der erwachsenen Bevölkerung zur Inanspruchnahme/Prävalenz von Gripeschutzimpfung und Tetanusimpfung in Deutschland 2009/2010 nach Geschlecht, ausgewählten Altersgruppen und Bildungsgruppen

Tabelle 7.16-1:

Beteiligung von GKV-Versicherten an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen in Berlin 1998 - 2011 nach Geschlecht

Tabelle 7.17-1:

Beteiligung von GKV-Versicherten am Gesundheits-Check-up in Berlin 1996 - 2011 nach Geschlecht

Tabelle 7.17z-1:

Selbstauskunft der erwachsenen Bevölkerung zur Inanspruchnahme von Zahnvorsorgeuntersuchungen in den letzten 12 Monaten in Deutschland 2008/2009 und 2009/2010 nach Geschlecht, ausgewählten Altersgruppen und Bildungsgruppen

Tabelle 7.19-1:

Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher und psychotherapeutischer Versorgung (nach § 72 SGB V und PsychThG) in Berlin 2001 - 2011

Tabelle 7.20-1:

Inanspruchnahme ambulanter vertragsärztlicher Versorgung (nach § 72 SGB V) in Berlin 2004 - 2011 nach Fachgruppen

Tabelle 7.20z-1:

Selbstauskunft der erwachsenen Bevölkerung zur Inanspruchnahme ambulanter medizinischer Leistungen in den letzten 12 Monaten in Deutschland 2008/2009 und 2009/2010 nach Geschlecht, ausgewählten Altersgruppen und Bildungsgruppen

Tabelle 7.22-1:

Inanspruchnahme ambulanter psychotherapeutischer Versorgung durch Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten (PT) sowie psychotherapeutischer und psychosomatischer Versorgung durch Ärztinnen/Ärzte in Berlin 2000 - 2011

Tabelle 7.23z-1:

Im Sozialpsychiatrischen Dienst (SpD) untersuchte Personen in Berlin 2009 und 2010 nach Geschlecht, ausgewählten Altersgruppen und Diagnosen

Tabelle 7.24-1:

Abgerechnete vertragszahnärztliche Leistungsfälle (ambulant) in Berlin 2003 - 2011 nach Behandlungsarten

Tabelle 7.25-1:

Einsätze von Krankentransportwagen, Rettungswagen, Notarzteinsetzfahrzeugen/Notarztwagen und Rettungshubschrauber in Berlin 2002 - 2011

Tabelle 7.25z-1:

Leistungen des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin 1995 - 2012

Tabelle 7.25z-2:

Vertragsärztliche ambulante Versorgung (Fallzahlen) in der Erste-Hilfe-Stelle der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin sowie in den Erste-Hilfe-Stellen/Rettungsstellen in Krankenhäusern in Berlin 1995 - 2012

Tabelle 7.26-1:

Behandlungsfälle (einschließlich Stundenfälle) sowie Berechnungs- und Belegungstage in Krankenhäusern in Berlin 1990 - 2011 nach Krankenhaustyp

Tabelle 7.26z-1:

Selbstauskunft der erwachsenen Bevölkerung zur Inanspruchnahme einer stationären Krankenhausbehandlung in den letzten 12 Monaten in Deutschland 2008/2009 und 2009/2010 nach Geschlecht, ausgewählten Altersgruppen und Bildungsgruppen

Tabelle 7.27-1:

Bettenauslastung und durchschnittliche Verweildauer in Krankenhäusern in Berlin 1990 - 2011 nach Krankenhaustyp

Tabelle 7.28-1:

Personaleinsatz (Vollkräfte) in Krankenhäusern in Berlin 1991 - 2011 nach ausgewählten Personalgruppen, Beschäftigungsverhältnis, Krankenhaustyp, belegten Betten und Fallzahl

Tabelle 7.29-1:

Betten, Behandlungsfälle, Berechnungs- und Belegungstage in Krankenhäusern in Berlin 2005 - 2011 nach Fachabteilungen sowie intensivmedizinischer und neonatologischer Versorgung

Tabelle 7.29-2:

Krankenhaushäufigkeit in Berlin 1998 - 2011 nach Fachabteilungen

Tabelle 7.29-3:

Durchschnittliche Verweildauer in Krankenhäusern in Berlin 1998 - 2011 nach Fachabteilungen

Tabelle 7.29-4:

Bettenauslastung in Krankenhäusern in Berlin 1998 - 2011 nach Fachabteilungen

Tabelle 7.29z-1:

Vor-, nach- und teilstationäre Behandlungen sowie ambulante Operationen in Krankenhäusern in Berlin 2002 - 2011 nach Krankenhaustyp

Tabelle 7.29z-2:

Vor- und nachstationäre sowie teilstationäre Behandlungsfälle und teilstationäre Behandlungstage in Krankenhäusern in Berlin 2007 - 2011 nach Fachabteilungen und ausgewählten organisatorisch abgrenzbaren Einrichtungen

Tabelle 7.30-1:

Herzchirurgische Eingriffe in Herzchirurgischen Zentren in Berlin und in Deutschland 2004 - 2011

Tabelle 7.30z-1:

Gespendete Organe (ohne Lebendspende) in Berlin und in Deutschland 1995 - 2012 nach ausgewählten gespendeten Organen

Tabelle 7.33-1:

Pflegebedürftige in Berlin am 15.12.2011 nach Geschlecht, ausgewählten Altersgruppen und Art der Leistungen

Tabelle 7.33-2:

Pflegebedürftige in Berlin 1999 - 2011 (Stichtage: 15.12./31.12.) nach Geschlecht, Leistungsart, Trägergruppe der Einrichtungen und Leistungsträgern des Pflegegeldes

Tabelle 7.33-3:

Von ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen betreute Pflegebedürftige in Berlin am 15.12.2011 nach Art der Leistungen, Trägergruppen und Bezirken

Tabelle 7.33-4:

Von ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen betreute Pflegebedürftige in Berlin 2007 - 2011 (Stichtag: 15.12.) nach Art der Leistungen und Bezirken

Tabelle 7.34-1:

Pflegegeldempfänger und Pflegegeldempfängerinnen in Berlin am 31.12.2011 nach Geschlecht, ausgewählten Altersgruppen, Pflegegestufen, Art der Pflegeleistung und Leistungsträger

Tabelle 7.35-1:

Inanspruchnahme ambulanter Pflege in Berlin am 15.12.2011 nach Geschlecht, Pflegegestufen und Bezirken

Tabelle 7.36-1:

Inanspruchnahme stationärer und teilstationärer Pflege in Berlin am 15.12.2011 nach Geschlecht, Art der Pflegeleistung, Pflegegestufen und Bezirken

Tabelle 7.36-2:

Langzeit- und Tagespflege in Berlin 2001 - 2011 (Stichtag: 15.12.) nach Träger, verfügbaren Plätzen, betreuten Pflegebedürftigen und Auslastung

Tabelle 7.37-1:

Allogenes und autologes Blutspendeaufkommen in Deutschland 2000 - 2012 nach Gewinnungsverfahren

Tabelle 7.38-1:

Herstellung und Verbrauch von Blutprodukten in Deutschland 2000 - 2012

Themenfeld 8: Beschäftigte im Gesundheitswesen

Tabelle 8.1-1:

Beschäftigte im Gesundheitswesen und in Pflegeeinrichtungen in Berlin 2009 - 2011 nach Geschlecht, Berufsgruppen und Tätigkeitsbereich

Tabelle 8.5-1:

Ärztinnen und Ärzte in Berlin 1992 - 2012 (Stand: 31.12.) nach Geschlecht und Tätigkeitsbereich

Tabelle 8.5z-1:

Ärztinnen und Ärzte in Berlin 1999 - 2012 (Stand: 31.12.) nach Tätigkeitsbereich und ausgewählten Fachgebieten

Tabelle 8.6-1:

Berufstätige Ärztinnen und Ärzte in Berlin 1991 - 2011 (Stand: 31.12.) nach Geschlecht, Altersgruppen und ausgewählten Tätigkeitsbereichen

Tabelle 8.7-1:

Mit Versorgungsauftrag nach Sozialgesetzbuch V in ambulanten Einrichtungen tätige Ärztinnen/Ärzte und Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten in Berlin 2003 - 2013 (Stand: 01.01.)

Tabelle 8.8-1:

Mit Versorgungsauftrag nach Sozialgesetzbuch V in ambulanten Einrichtungen tätige Ärztinnen/Ärzte, Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten und Zahnärztinnen/Zahnärzte in Berlin 2004 - 2013 (Stand: 01.01. bzw. 31.12.) nach Bezirken

Tabelle 8.9-1:

Ärztinnen und Ärzte in ambulanten Einrichtungen in Berlin 2000 - 2011 (Stand: 31.12.) nach Geschlecht und ausgewählten Gebietsbezeichnungen

Tabelle 8.9z-1:

Im ambulanten Bereich tätige Ärztinnen und Ärzte in Berlin 2007 - 2012 (Stand: 31.12.) nach Geschlecht, Staatsangehörigkeit und Bezirken

Tabelle 8.10-1:

Zahnärztinnen und Zahnärzte in Berlin 1995 - 2012 (Stand: 31.12.) nach Geschlecht, Tätigkeitsbereich und Staatsangehörigkeit

Tabelle 8.11-1:

Zahnärztinnen/Zahnärzte und Kieferorthopädinnen/Kieferorthopäden in ambulanten Einrichtungen in Berlin 1995 - 2012 (Stand: 31.12.) nach Geschlecht

Tabelle 8.11z-1:

Im ambulanten Bereich tätige Zahnärztinnen und Zahnärzte in Berlin 2003 - 2012 (Stand: 31.12.) nach Geschlecht, Staatsangehörigkeit und Bezirken

Tabelle 8.12-1:

Berufstätige Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten und psychotherapeutisch weitergebildete Ärztinnen/Ärzte in Berlin 2001 - 2013 (Stand: 31.12. bzw. 01.01.) nach Geschlecht

Tabelle 8.12-2:

Berufstätige Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Berlin 2008 - 2012 (Stand: 31.12.) nach Geschlecht, Tätigkeitsbereich und Bezirken

Tabelle 8.12-3:

Mitgliederstruktur der Psychotherapeutenkammer Berlin 2009 - 2012 (Stand: 31.12.) nach Geschlecht und Altersgruppen

Tabelle 8.13-1:

Mit Versorgungsauftrag in ambulanten Einrichtungen tätige Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten und psychotherapeutisch weitergebildete Ärztinnen/Ärzte in Berlin 2004 - 2013 (Stand: 01.01.) nach Bezirken

Tabelle 8.14-1:

Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte ausgewählter Gesundheitsberufe im Berliner Gesundheits- und Sozialwesen 1999 - 2011 (Stand: 31.12.) nach Klassifizierung der Berufe (KldB 88), der Wirtschaftszweige (WZ 2008) und nach Geschlecht

Tabelle 8.16z-1:

Selbstständiges Medizinalfachpersonal in Berlin 2009 - 2011 (Stand: 31.12.) nach Geschlecht, Berufsgruppen und Bezirken

Tabelle 8.16z-2:

Selbstständiges Medizinalfachpersonal in Berlin 2009 - 2011 (Stand: 31.12.) nach Geschlecht und ausgewählten Berufsgruppen

Tabelle 8.17-1:

Beschäftigte der Krankenhäuser in Berlin 2004 - 2010 (Stichtag: 31.12.) nach Geschlecht, Personalgruppen, Beschäftigungsumfang und Krankenhaustyp

Tabelle 8.17-2:

Ärztliches Personal der Krankenhäuser in Berlin am 31.12.2011 nach Geschlecht, Gebietsbezeichnungen, funktioneller Stellung und Beschäftigungsumfang

Tabelle 8.18-1:

Nichtärztliches Personal der Krankenhäuser in Berlin 1990 - 2011 (Stichtag: 31.12.) nach Geschlecht, ausgewählten Funktionsbereichen und Beschäftigungsumfang

Tabelle 8.18-2:

Hauptamtlich beschäftigtes nichtärztliches Personal der Krankenhäuser in Berlin 1991 - 2011 (Stichtag: 31.12.) nach Geschlecht, Personalgruppen und Berufsbezeichnungen

Tabelle 8.18z-1:

Krankenhauspersonal (Vollkräfte im Jahresdurchschnitt) mit direktem Beschäftigungsverhältnis in der Einrichtung in Berlin 1991 - 2011 nach Personalgruppen bzw. Funktionsbereichen und Krankenhaustyp

Tabelle 8.18z-2:

Krankenhauspersonal (Vollkräfte im Jahresdurchschnitt) ohne direktes Beschäftigungsverhältnis in der Einrichtung in Berlin 2009 - 2011 nach Personalgruppen bzw. Funktionsbereichen und Krankenhaustyp

Tabelle 8.18z-3:

Krankenhauspersonal (Vollkräfte im Jahresdurchschnitt) - mit direktem und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis in der Einrichtung - in Berlin 2009 - 2011 nach Personalgruppen bzw. Funktionsbereichen

Tabelle 8.22-1:

Freiberuflich und im Krankenhaus tätige Hebammen/Entbindungspfleger in Berlin 1990 - 2011 (Stichtag: 31.12.) nach Geschlecht

Tabelle 8.24-1:

Personal in ambulanten und (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen in Berlin 1999 - 2011 (Stichtag: 15.12.) nach Geschlecht, Teilzeitbeschäftigung und geschätzten Vollzeitäquivalenten

Tabelle 8.25-1:

Personal in ambulanten und (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen in Berlin 2009 und 2011 (Stichtag: 15.12.) nach Geschlecht, Beschäftigungsverhältnis, Berufsabschluss, Tätigkeitsbereich und Trägerbereich der Einrichtung

Tabelle 8.26-1:

Personal im öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) in Berlin 2011 und 2012 (Stand: 30.06.) sowie ermittelter Gesamtbedarf 2013 gemäß Senatsbeschluss von 2009 nach Vollzeitäquivalenten, Fachbereichen und Berufsgruppen

Tabelle 8.27-1:

Personal im öffentlichen Dienst im Land Berlin - Beschäftigte der Bezirksverwaltung im Bereich Gesundheit (Einzelplan 41) 2007 - 2011 (Stichtag: 30.06.) nach Beschäftigten, Vollzeitäquivalenten und Bezirken

Tabelle 8.28-1:

Apothekerinnen und Apotheker sowie weitere in Apotheken tätige Berufsgruppen in Berlin 1993 - 2012 (Stand: 31.12.) nach Geschlecht und Tätigkeitsbereich

Themenfeld 9: Ausbildung im Gesundheitswesen

Tabelle 9.1-1:

Ausbildungsplätze und Schüler/innen der Gesundheitsfachberufe an Ausbildungsstätten des Gesundheitswesens (Stand: 01.11.) und beruflichen Schulen (Altenpflege; Stand: Okt.) in Berlin 2000 - 2012 nach Geschlecht, Staatsangehörigkeit und Ausbildungsberufen

Tabelle 9.1-2:

Schülerinnen und Schüler der Gesundheitsfachberufe an Ausbildungsstätten des Gesundheitswesens (Stand: 01.11.) und beruflichen Schulen (Altenpflege; Stand: Oktober) in Berlin 1994 - 2012 nach Geschlecht und Ausbildungsberufen

Tabelle 9.1-3:

Plätze, Personal, Schülerinnen, Schüler und Auszubildende an den Ausbildungsstätten der Krankenhäuser in Berlin 1991 - 2011 (Stichtag: 31.12.) nach Geschlecht und Ausbildungsberufen

Tabelle 9.1-4:

Schüler/innen nichtakademischer Gesundheitsberufe an Ausbildungsstätten des Gesundheitswesens und beruflichen Schulen in Berlin zu Beginn der Schuljahre 2010/11 - 2012/13 nach Geschlecht, Alter, Staatsangehörigkeit, Berufsgruppen und Schulart

Tabelle 9.1-5:

Schülerinnen und Schüler an beruflichen Schulen - Berufsfeld Gesundheit - in Berlin zu Beginn der Schuljahre 2006/2007 - 2012/2013 (Stand: Oktober) nach Geschlecht und Schulart

Tabelle 9.1z-1:

Auszubildende in den Ausbildungsberufen Medizinische und Zahnmedizinische Fachangestellte sowie Pharmazeutisch-kaufmännische Angestellte in Berlin 2006 - 2011 nach Geschlecht, Staatsangehörigkeit, bestehenden Ausbildungsverträgen und Prüfungsteilnahme

Tabelle 9.2-1:

Für ausgewählte Gesundheitsfachberufe erteilte Berufserlaubnisse an Personen, die die entsprechende Berufsausbildung nicht in Deutschland absolviert haben, in Berlin 2006 - 2011

Tabelle 9.2z-1:

Erlaubnisse zum Führen von Berufsbezeichnungen in den Gesundheitsfachberufen und sozialpflegerischen Berufen in Berlin 2007 - 2011 nach Geschlecht

Tabelle 9.2z-2:

Anträge auf Zulassung zum Staatsexamen in den Gesundheitsfachberufen (einschließlich Wiederholungsanträge) in Berlin 1998 - 2011

Tabelle 9.2z-3:

Staatliche Anerkennungen im Gesundheitsfachberuf Altenpflege und in den sozialpflegerischen Berufen Heilerziehungspflege und Familienpflege in Berlin 1991 - 2011 nach Geschlecht und Altersgruppen

Tabelle 9.3-1:

Erteilte Approbationen in akademischen Heilberufen in Berlin 1993 - 2011 nach Geschlecht, Berufen und Staatsangehörigkeit

Tabelle 9.4-1:

Erteilte Berufserlaubnisse in akademischen Heilberufen in Berlin 1993 - 2011 nach Geschlecht, Berufen und Staatsangehörigkeit

Tabelle 9.4z-1:

Erteilte Erlaubnisse zur Führung von Weiterbildungsbezeichnungen in Pflege- und Medizinalfachberufen in Berlin 1996 - 2011

Themenfeld 10: Ausgaben und Finanzierung

Tabelle 10.8z-1:

Ausgaben sowie Empfängerinnen und Empfänger ausgewählter Gesundheits- und Pflegeleistungen nach dem SGB XII in Berlin 2005 - 2011 nach Hilfearten

Tabelle 10.8z-2:

Ausgaben für ausgewählte Gesundheitsleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) in Berlin 2005 - 2011 nach Hilfearten

Tabelle 10.8z-3:

Aufwand für Pflegegelder, Sachleistungen und Rentenversicherungsbeiträge an Pflegepersonen sowie Empfänger/innen gemäß Landespflegegeldgesetz (LPfGG) in Berlin 1991 - 2011

Tabelle 10.8z-4:

Gewährte Fördermittel (in EUR) nach Krankenhausfinanzierungsgesetz/Landeskrankenhausgesetz (KHG/LKG) und sonstige Zuschüsse für Krankenhäuser im Land Berlin 2011 und 2012 zum Stichtag 31.12.

Tabelle 10.9-1:

Leistungsausgaben und Netto-Verwaltungskosten in der gesetzlichen Krankenversicherung in Berlin (Näherungswerte aus den Bundeszahlen errechnet anhand des GKV-Versichertenquotienten Deutschland/Berlin) 2000 - 2011

Tabelle 10.9-2:

Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Deutschland 2011 und 2012 nach ausgewählten Kontenklassen und Kassenarten

Tabelle 10.16-1:

Zuzahlungen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Berlin (Annäherungswerte aus den Bundeszahlen errechnet anhand des GKV-Versichertenquotienten Deutschland/Berlin) 2010 - 2012 nach Leistungs- und Kassenarten

Tabelle 10.17-1:

Krankenversicherungsschutz der Bevölkerung in Berlin 1995 - 2011 nach Art des Versicherungsverhältnisses sowie 2011 nach Geschlecht und Erwerbsstatus - Ergebnisse des Mikrozensus

Tabelle 10.17-2:

Krankenversicherungsschutz der Bevölkerung in Deutschland 2007 und 2011 nach Art des Versicherungsverhältnisses sowie 2011 nach Geschlecht und Erwerbsstatus - Ergebnisse des Mikrozensus

Tabelle 10.18-1:

Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und mitversicherte Familienangehörige in Berlin 2004 - 2012 (Stichtag: 1. Juli) nach Geschlecht und Altersgruppen

Tabelle 10.18-2:

Versichertenstruktur in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Deutschland 2011 und 2012 (Stichtag: 1. Juli) nach Geschlecht und Bundesländern

Tabelle 10.19-1:

Versichertenstruktur (Mitglieder und mitversicherte Familienangehörige) in der gesetzlichen Krankenversicherung in Berlin 2009 - 2012 (Stichtag: 1. Juli) nach allgemeiner Krankenversicherung, Krankenversicherung der Rentner und Kassenarten

Tabelle 10.19-2:

Verhältnis von Mitgliedern der allgemeinen Krankenversicherung zu Mitgliedern der Krankenversicherung der Rentner in der gesetzlichen Krankenversicherung in Berlin 2000 - 2012 (Stichtag: 1. Juli) nach Kassenarten sowie 2009 - 2012 nach Bundesländern

Tabelle 10.19-3:

Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und GKV-Versicherte insgesamt mit Wohnort in Berlin 1998 - 2012 (Stichtag: 1. Juli) nach Bevölkerungsanteil, Kassenarten und Marktanteilen

Tabelle 10.19-4:

Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und GKV-Versicherte insgesamt in Deutschland 2011 und 2012 (Stichtag: 1. Juli) nach Kassenarten, Marktanteilen und Bundesländern

Tabelle 10.19z-1:

Aktiv Versicherte in der Deutschen Rentenversicherung in Berlin 1994 - 2011 nach Geschlecht, Staatsangehörigkeit und Regionen

Tabelle 10.19z-2:

Aktiv Versicherte in der Deutschen Rentenversicherung in Berlin 1994 - 2011 nach Geschlecht, Altersgruppen und Staatsangehörigkeit

Tabelle 10.20-1:

Beitragsbemessungsgrenzen und Beitragssätze in der Sozialversicherung und Entgeltgrenze für geringfügige Beschäftigung in Deutschland 2000 - 2012 (Stichtag: 01.01.) nach alten und neuen Bundesländern

Tabelle 10.20-2:

Beitragssätze zur Kranken- und Pflegeversicherung der Rentner in Deutschland 2001 - 2012 nach Beitragsanteilen der Versicherten und der gesetzlichen Rentenversicherung

Tabelle 10.21-1:

Einnahmen und Ausgaben ausgewählter Zweige der gesetzlichen Sozialversicherung in Deutschland 2000 - 2011

Tabelle 10.22-1:

Einnahmen und Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland 2009 - 2010 nach Kassenarten

Tabelle 10.23z-1:

Zahl der gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland 2006 - 2013 (Stand: 01.01.) nach Kassenarten

Themenfeld 11: Kosten

Tabelle 11.2-1:

Kostenstrukturanalyse je Praxisinhaber einer Zahnarztpraxis 2002 - 2009 nach alten und neuen Bundesländern

Tabelle 11.4-1:

Kosten der Krankenhäuser in Berlin 2010 und 2011 nach Kostenarten, Krankenhausgrößenklassen und Krankenhaustyp

Tabelle 11.4-2:

Personalkosten je Vollkraft in den Krankenhäusern in Berlin 2010 und 2011 nach Personalgruppen, Krankenhaustyp und -größenklassen

Tabelle 11.4-3:

Kostenanteile und Kostenkennziffern der Krankenhäuser in Berlin 2010 und 2011 nach ausgewählten Kostenarten und Krankenhaustyp

Tabelle 11.4-4:

Bereinigte Kosten und Kostenkennziffern der Krankenhäuser in Berlin 1991 - 2011 nach Krankenhausstyp

Tabelle 11.5z-1:

Krankenhauskosten und Kostenkennziffern in Deutschland 2011 nach Bundesländern

Tabelle 11.6-1:

Erlöse und Leistungen nach dem Fallpauschalen-Vergütungssystem (G-DRG-System) in Berlin (Ereignisprinzip) 2006 - 2012

Tabelle 11.7-1:

Aufwendungen für Leistungen zur Teilhabe in der gesetzlichen Rentenversicherung in Deutschland 2002 - 2011 nach Aufwendungsart und Versicherungsträgern

Tabelle 11.8-1:

Durchschnittliche Vergütung für Langzeitpflege, Kurzzeitpflege und Tagespflege in (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen in Berlin 1999 - 2011 (Stichtag: 15.12.) nach Pflegeklassen sowie Art der Vergütung und des Trägers

Tabelle 11.8-2:

Langzeitpflege, Kurzzeitpflege und Tagespflege in (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen in Berlin am 15.12.2011 nach verfügbaren Plätzen, durchschnittlicher Vergütung, Pflegeklassen und Bezirken

Tabelle 11.8-3:

Durchschnittliche Vergütung der Langzeitpflege in Pflegeeinrichtungen in Deutschland 1999 - 2011 (Stand: 15.12.) nach Bundesländern, Pflegeklassen und Art der Vergütung

Erläuterungen

Ärztinnen/Ärzte

Mit/ohne Gebietsbezeichnung: Mit Gebietsbezeichnung: Ärztinnen/Ärzte mit abgeschlossener Fachausbildung, die auf einem anerkannten Fachgebiet tätig sind. Ohne Gebietsbezeichnung: Praktische Ärztinnen/Ärzte, Ärztinnen/Ärzte in der Weiterbildung zum Facharzt sowie Ärztinnen/Ärzte, deren Fachgebiet bisher nicht anerkannt ist.

Niedergelassene (freipraktizierende) bzw. ambulant tätige Ärztinnen/Ärzte: In freier Praxis Niedergelassene einschließlich denen mit nebenamtlicher Krankenhaustätigkeit (Belegärztinnen/-ärzte) und ärztliche Angestellte in Praxen und in Einrichtungen nach § 311 (ehemalige Polikliniken) oder § 95 (Medizinische Versorgungszentren) Sozialgesetzbuch (SGB) V.

Hausärztinnen/Hausärzte: An der hausärztlichen Versorgung nehmen Allgemeinärzte, Kinderärzte, Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung, die die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gewählt haben, Ärzte, die nach § 95a Abs. 4 und 5 Satz 1 in das Arztregister eingetragen sind und Ärzte, die am 31.12.2000 an der hausärztlichen Versorgung teilgenommen haben, teil (§ 73 SGB V). Bei der Ermittlung des allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrades zählen Kinderärzte nicht zu den Hausärzten, sondern Hausärzte mit Ausnahme der Kinderärzte werden jeweils als eigene Arztgruppe gewertet (§ 101 Abs. 5 SGB V).

Hauptamtlich im Krankenhaus: In einer Einrichtung festangestellte Ärztinnen/Ärzte (ohne Gast-, Konsiliar-, hospitierende und Belegärzte) (siehe auch Vollzeitäquivalente).

Leitende Ärztinnen/Ärzte: Hauptamtlich in der Einrichtung (Krankenhaus / Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung) Tätige mit Chefarztverträgen sowie Ärztinnen/Ärzte als Inhaber konzessionierter Privatkliniken.

Belegärztinnen/Belegärzte: Niedergelassene sowie andere nicht im Krankenhaus angestellte Ärztinnen/Ärzte, die berechtigt sind, ihre Patienten/Patientinnen unter Inanspruchnahme der hierfür bereitgestellten Dienste und Mittel stationär oder teilstationär zu behandeln, ohne hierfür vom Krankenhaus eine Vergütung zu erhalten.

Ärztinnen/Ärzte im Praktikum (AiPs): Die Ausbildungsphase „Arzt im Praktikum“ ist durch das Gesetz zur Änderung der Bundesärztereordnung und anderer Gesetze vom 21. Juli 2004 ab 1. Oktober 2004 für Studierende der Medizin weggefallen. Vor dem 1. Oktober 2004 waren AiPs Ärzte mit Berufserlaubnis, denen die Approbation erst erteilt wurde, wenn sie nach bestandem Examen 18 Monate lang berufspraktisch gearbeitet hatten. Mit der Neuregelung kann nach erfolgreicher Ablegung der Ärztlichen Prüfung die Approbation als Ärztin oder Arzt beantragt werden.

AIDS und HIV

Grundlage der Erfassung von *AIDS-Erkrankungen* (und gemeldeten Todesfällen) sind die Daten des zentralen AIDS-Fallregisters am Robert Koch-Institut Berlin. Seit 1982 werden dort die von den behandelnden Ärzten freiwillig und anonym gemeldeten Fallberichte ausgewertet. In die Auswertung kommen nur Erkrankte, die ihren Wohnsitz in Deutschland haben und die der geltenden Falldefinition für die epidemiologische Überwachung von AIDS genügen.

Bis zum 31.12.2000 waren in der Bundesrepublik Deutschland gemäß Laborberichtsverordnung (LabVo) Laborärzte verpflichtet, jeden positiv bestätigten *HIV-Antikörpertest* in Form eines anonymen Berichtes an das RKI zu melden. Seit dem 01.01.2001 gilt nach § 7 Abs. 3 Nr. 2 und § 10 Abs. 2 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) eine nicht namentliche Meldepflicht für den direkten oder indirekten (d. h. über Antikörper) Nachweis von HIV. Dieser muss innerhalb von zwei Wochen mittels eines Formblattes direkt an das RKI geschickt werden. Zur Meldung verpflichtet ist das Labor, welches den (positiven) Test durchgeführt hat.

Alleinerziehende

Mütter und Väter, die ohne Ehe- oder Lebenspartner/in mit ihren minder- oder volljährigen Kindern in einem Haushalt zusammenleben. Bis zum Jahr 2004 wurden zu den Alleinerziehenden auch die gezählt, in deren Haushalten noch weitere Personen lebten (z. B. der Partner einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft).

Ambulante Operationen an Krankenhäusern

Nach §115 b SGB V sind Krankenhäuser zur Durchführung ambulanter Operationen und stationsersetzender Eingriffe zugelassen, die in einem zwischen Krankenkassen, Krankenhausträgern und Kassenärztlichen Vereinigungen vereinbarten Katalog festgelegt sind. Eine ambulante Operation zeichnet sich dadurch aus, dass der Patient/die Patientin die Nacht vor und die Nacht nach der Operation nicht im Krankenhaus verbringt.

Ambulante Pflegedienste

Siehe Pflegeeinrichtungen.

Approbation/Berufserlaubnis

Die Approbation ist die Berechtigung zur uneingeschränkten Berufsausübung in einem akademischen Gesundheitsberuf (Arzt/Ärztin, Apotheker/Apothekerin, Zahnarzt/Zahnärztin, Tierarzt/Tierärztin, Psychologische/r Psychotherapeut/in und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/in), die entsprechend der maßgeblichen Berufsgesetze (Bundesärzteordnung, Bundes-Apothekerordnung, Gesetz über die Ausübung der Zahnheilkunde, Bundestierärzteordnung, Psychotherapeutengesetz) erteilt wird. Nach diesen Berufsgesetzen können, bei Erfüllung bestimmter Voraussetzungen, auch Erlaubnisse zur vorübergehenden Ausübung des jeweiligen Gesundheitsberufes (Berufserlaubnis) erteilt werden.

Arbeitslose

Arbeitslos ist, wer keine Beschäftigung hat (weniger als 15 Wochenstunden), Arbeit sucht, dem Arbeitsmarkt zur Verfügung steht und bei einer Agentur für Arbeit oder einem Träger der Grundsicherung arbeitslos gemeldet ist.

Nicht als arbeitslos gelten:

- a) Beschäftigte, die mindestens 15 Stunden in der Woche arbeiten, aber wegen zu geringem Einkommen Arbeitslosengeld erhalten,
- b) erwerbsfähige hilfebedürftige Personen, die keine Arbeit aufnehmen können, weil sie Kinder erziehen oder Angehörige pflegen,
- c) Teilnehmer/innen in Maßnahmen aktiver Arbeitsmarktpolitik (z. B. beschäftigungsbegleitende und Beschäftigung schaffende Qualifizierungsmaßnahmen),
- d) 58-Jährige und Ältere, wenn sie dem Arbeitsmarkt nicht mehr voll zur Verfügung stehen.

Rechtskreis SGB II: Mit dem Zweiten Sozialgesetzbuch (SGB II) wurden im Zuge der so genannten „Hartz“-Reformen mit Wirkung vom 01.01.2005 an die frühere Arbeitslosenhilfe und die frühere laufende Hilfe zum Lebensunterhalt für Bedarfsgemeinschaften mit erwerbsfähigen Hilfebedürftigen zusammengelegt. Die Leistungen des SGB II bezwecken zum einen die Sicherung des Lebensunterhaltes durch das Arbeitslosengeld II (Alg II) für erwerbsfähige Hilfebedürftige, das Sozialgeld für nichterwerbsfähige Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft und die angemessenen Kosten für Unterkunft und Heizung sowie die Eingliederung in den Arbeitsmarkt über flankierende Maßnahmen. Arbeitslosengeld II kann auch ergänzend zum Erwerbseinkommen oder Arbeitslosengeld I bezogen werden.

Rechtskreis SGB III: Das Dritte Sozialgesetzbuch (SGB III) regelt das Arbeitsförderungsrecht einschließlich der Arbeitslosenversicherung. Es ist Grundlage der Tätigkeit der Bundesanstalt für Arbeit, der Regionaldirektionen der Bundesagentur und der Agenturen für Arbeit. Es umfasst die Leistungen und Maßnahmen der Arbeitsförderung an Arbeitnehmer, Arbeitgeber und Träger der beruflichen Aus- und Weiterbildung. Im Unterschied zu den Bestimmungen des SGB II können Arbeitnehmer auf Grundlage des SGB III beim Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen das Arbeitslosengeld I (Alg I) erhalten, welches einkommens- und vermögensunabhängig gewährt wird. Darüber hinaus sind im SGB III verschiedene Leistungen und Maßnahmen zur Arbeitsvermittlung, beruflichen Eingliederung, Ausbildung u. ä. geregelt.

Arbeitslosenquote: Arbeitslose in Prozent der abhängigen zivilen Erwerbspersonen (sozialversicherungspflichtig und geringfügig Beschäftigte, Beamte, Arbeitslose) bzw. in Prozent aller zivilen Erwerbspersonen (abhängige zivile Erwerbspersonen, Selbständige, mithelfende Familienmitglieder) insgesamt oder in der jeweiligen Personengruppe (Männer, Frauen, Ausländer/innen, Jugendliche unter 20/unter 25 Jahre, Ältere ab 50/ab55 Jahre u. a.).

Arbeits- und Wegeunfälle

Arbeitsunfall: Nach der gesetzlichen Unfallversicherung in Deutschland: Ein Unfall, den eine versicherte Person infolge der Ausübung einer versicherten Tätigkeit innerhalb und außerhalb der Arbeitsstätte erleidet (vgl. § 8 Abs. 2 Nrn. 1 bis 4 SGB VII).

Wegeunfall: Nach der gesetzlichen Unfallversicherung in Deutschland: Ein Unfall, den eine versicherte Person auf dem Weg zum oder vom Ort der versicherten Tätigkeit erleidet. Dabei handelt es sich schwerpunktmäßig um Straßenverkehrsunfälle, diese stellen mehr als die Hälfte der Wegeunfälle. Wegeunfälle sind gemäß § 8 Abs. 2 Nrn. 1 bis 4 SGB VII den Arbeitsunfällen gleichgestellt.

Asylbewerberleistungsgesetz

Siehe Leistungen nach Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG).

Ausbildung in nichtakademischen Gesundheitsberufen

Die Ausbildung in den meisten zur Gruppe 85 der Klassifizierung der Berufe (Ausgabe 1992) zählenden nichtakademischen Gesundheitsberufe wie Krankenpflege, Physiotherapie, Medizinisch-technische Assistenz, Ergotherapie u. a. erfolgt an den *Ausbildungsstätten des Gesundheitswesens*. Diese sind in der Regel Krankenhäusern angegliedert (vgl. auch Ausbildungsstätten an Krankenhäusern) und unterstehen der Aufsicht der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales. Die *Ausbildung in der Altenpflege*, die erst seit 2003

den Gesundheitsfachberufen zugeordnet ist, erfolgt an Berufsfachschulen, die - ebenso wie die Schulen für Operationstechnische Assistenz - der Aufsicht der Senatsverwaltung für Bildung, Wissenschaft und Forschung unterstehen; die Zuständigkeit für die praktische Ausbildung liegt bei der Gesundheitsverwaltung.

Die Ausbildungsgänge sind überwiegend bundesrechtlich geregelt, zum Teil beruhen sie auf Landesrecht bzw. für die Operationstechnische Assistenz auf Empfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Die Ausbildung in der Kranken- und Altenpflege einschließlich der für Hebammen/Entbindungspfleger und Operationstechnische Assistenz ist *quasi-dual* organisiert, d. h. es wird ein Ausbildungsvertrag abgeschlossen und eine Ausbildungsvergütung gezahlt. Die Bildungsgänge enden mit einer staatlichen Prüfung (Ausnahme: Operationstechnische Assistenz).

Die Ausbildung in einem nach Berufsbildungsgesetz anerkannten Beruf wie Medizinische oder Zahnmedizinische Fachangestellte erfolgt im dualen System, d. h. mit betrieblichem Ausbildungsverhältnis und Unterricht an einer Berufsschule. Der berufliche Abschluss wird nicht mit der erfolgreichen Beendigung der Berufsschule im dualen System, sondern erst nach Bestehen der Abschlussprüfung vor der zuständigen Kammer erreicht.

Ausbildungsstätten an Krankenhäusern

Dabei handelt es sich um nach § 2 Nr. 1 a KHG mit dem Krankenhaus notwendigerweise verbundene Ausbildungsstätten, soweit das Krankenhaus Träger oder Mitträger ist.

Das Personal der Ausbildungsstätten umfasst Lehrkräfte - auch Ärztinnen/Ärzte, die für diese Tätigkeit einen Arbeits- oder Dienstvertrag haben.

Ausländerinnen/Ausländer

Alle Personen, die nicht Deutsche im Sinne des Artikels 116 Abs. 1 des Grundgesetzes sind. Dazu zählen auch die Staatenlosen und die Personen mit ungeklärter Staatsangehörigkeit. Deutsche, die zugleich eine fremde Staatsangehörigkeit besitzen, gehören nicht zu den Ausländern (vgl. auch „Migrationshintergrund“).

Basisversorgung

Der Begriff Basisversorgung wurde erstmals im Krankenhausplan 1999 verwendet. Unter Basisversorgung wird das Angebot an Behandlungskapazitäten der in den Berliner Krankenhäusern am häufigsten in Anspruch genommenen Fachgebiete (Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinderheilkunde, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Erwachsenenpsychiatrie) zu jeweils unterschiedlichen Anteilen verstanden. Insgesamt zählen etwa 65 % der Krankenhausbetten zur Basisversorgung.

Bedarfsorientierte Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung

Die bedarfsorientierte Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung sichert bei Bedürftigkeit den Lebensunterhalt von Menschen, die wegen Alters oder aufgrund voller Erwerbsminderung dauerhaft aus dem Erwerbsleben ausgeschieden sind. Vom 01.01.2003 bis zum 31.12.2004 war diese Leistung im Grundsicherungsgesetz (GSiG) festgeschrieben, seit 01.01.2005 sind die Vorschriften des Grundsicherungsgesetzes in das Zwölfte Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) überführt. Die Höhe der Leistungen entspricht der der Hilfe zum Lebensunterhalt. Einkommen oder Vermögen des Leistungsberechtigten, des Partners bzw. Ehegatten in einer Bedarfsgemeinschaft werden angerechnet. Gegenüber unterhaltsverpflichteten Kindern bzw. Eltern wird jedoch bei einem Jahreseinkommen unter 100.000 EUR kein Unterhaltsrückgriff vorgenommen.

Behandlungsfälle

Siehe Fallzahl.

Berechnungs- und Belegungstage

Mit der Novellierung der Krankenhausstatistik-Verordnung (siehe dort) wurde ab 2002 für die Krankenhäuser die Bezeichnung „Pflegetage“ in „Berechnungs- und Belegungstage“ geändert; im Bereich der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen bleibt die Bezeichnung „Pflegetage“ bestehen.

Als Berechnungs- und Belegungstage gelten die Aufnahmetage - auch bei Stundenfällen - sowie alle weiteren Tage des *vollstationären Krankenhausaufenthaltes*, Entlassungs- und Verlegungstage werden nicht gezählt (Berechnung laut KHStatV). Bei den bis 2001 ermittelten Pflegetagen (Summe der an den einzelnen Tagen des Berichtsjahres um 24.00 Uhr im Krankenhaus vollstationär untergebrachten Patientinnen/Patienten) blieben die Stundenfälle unberücksichtigt.

Berechnungstage für *teilstationäre Behandlung* (regelmäßige Verweildauer im Krankenhaus von weniger als 24 Stunden) sind in der Gesamtzahl nicht enthalten; seit 2002 werden sie in der Krankenhausstatistik (Teil I: Grunddaten) gesondert ausgewiesen.

Berufskrankheiten

Berufskrankheiten sind Krankheiten, die Versicherte infolge einer den Versicherungsschutz nach den §§ 2, 3 oder 6 des SGB VII begründenden Tätigkeit erleiden. Die *Meldungen von Berufskrankheiten* basieren auf der deutschen Berufskrankheiten-Verordnung (BKV) vom 31. Oktober 1997 (BGBl. I S. 2.623), zuletzt geändert am 11. Juni 2009 (BGBl. I S. 1.273). Sie ist eine Rechtsverordnung der Bundesregierung und enthält die *Liste der anerkannten Berufskrankheiten* und verpflichtet die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung, Maßnahmen dagegen zu ergreifen, dass bei versicherten Personen Berufskrankheiten entstehen, wiederaufleben oder sich verschlimmern. In die BKV wurden 73 Krankheiten aufgenommen (aktueller Stand: Juni 2011) (Berufskrankheiten-Liste verfügbar unter http://www.auva.at/mediaDB/MMDB128507_Berufskrankheitenliste.pdf, zuletzt aufgerufen am 22.03.2013).

Bettenauslastung

Gibt die im Berichtsjahr durchschnittliche prozentuale Auslastung der jeweiligen aufgestellten Betten in einem Krankenhaus an. Sie wird nach folgender Formel berechnet: Bettenauslastung = (Pflegetage x 100) / (Aufgestellte Betten x Kalendertage).

Bevölkerungsfortschreibung

Mit der Veröffentlichung der *Ergebnisse des Zensus vom 09.05.2011* am 31. Mai 2013 wurde die Fortschreibung des Bevölkerungsstandes ab dem Zensusstichtag auf eine neue Grundlage gestellt. Bei den vor dem 31.05.2013 bereitgestellten Bevölkerungszahlen für 2011 und 2012 handelte es sich um Fortschreibungsergebnisse auf Grundlage der Volkszählung von 1987 (im Westen) sowie des Auszugs aus dem zentralen Einwohnerregister der DDR vom 03. Oktober 1990 (im Osten). Diese Daten wurden aufgrund der Zensusergebnisse 2011 mit der anschließenden Neuberechnung der Bevölkerungszahlen für 2011 revidiert. Die Zensusergebnisse sind in einer zentralen Zensus-Auswertungsdatenbank abgelegt (www.zensus2011.de, zuletzt aufgerufen am 23.08.2013). Derzeit stehen jedoch noch nicht alle Ergebnisse in der für die Gesundheitsberichterstattung notwendigen Differenzierung zur Verfügung, beispielsweise werden Einzelaltersjahre erst im Frühjahr 2014 veröffentlicht.

Die *Bevölkerungsfortschreibung* wird seit dem Tag der Herstellung der Einheit Deutschlands, dem 03.10.1990, in beiden Stadtteilen Berlins nach bundeseinheitlichen Methoden durchgeführt.

Für die Bevölkerungsfortschreibung werden *natürliche Bevölkerungsbewegungen und Wanderungen* berücksichtigt. Lebendgeborene und Zuzüge gelten als Bevölkerungszugang, Gestorbene und Fortzüge als Bevölkerungsabgang. Darüber hinaus werden die Änderungen einer ausländischen in eine deutsche Staatsangehörigkeit einbezogen.

Nach dem Volkszählungsurteil des Bundesverfassungsgerichts aus dem Jahre 1983 ist ein Abgleich der auf diese Weise gewonnenen Daten mit den Angaben des Einwohnerregisters des Landesamtes für Bürger- und Ordnungsangelegenheiten (LABO) nicht zulässig. Die Bevölkerungsfortschreibung wird bundeseinheitlich am Ort der einzigen Wohnung des Einwohners, bei mehreren Wohnungen im Bundesgebiet am melderechtlichen „Ort der Hauptwohnung“ durchgeführt. Hauptwohnung ist die vorwiegend benutzte Wohnung des Einwohners. Hauptwohnung eines verheirateten Einwohners, der nicht dauernd von seiner Familie getrennt lebt, ist die vorwiegend benutzte Wohnung der Familie.

Zur Bevölkerung zählen auch die im Bundesgebiet gemeldeten *Ausländer* (siehe „ausländische Bevölkerung“) (einschließlich der Staatenlosen). Nicht zur Bevölkerung zählen die Angehörigen der ausländischen Streitkräfte sowie die ausländischen diplomatischen und konsularischen Vertretungen mit ihren Familienangehörigen.

Siehe auch „Melderechtlich registrierte Einwohner/innen“ und „Mikrozensus“: Bevölkerung im Mikrozensus.

Bezirksstruktur in Berlin

Bis zum 31.12.2000 war Berlin in 23 Bezirke eingeteilt („*alte Struktur*“); das Gebietsreformgesetz vom 10.06.1998 (GVBl. S. 131) legte die seit dem 01.01.2001 gültige „*neue Struktur*“ auf 12 Bezirke fest:

alte Struktur bis 31.12.2000 23 Bezirke	neue Struktur seit 01.01.2001	
	12 Bezirke	vorher:
1 Mitte	1 Mitte	Mitte, Tiergarten, Wedding
2 Tiergarten	2 Friedrichshain-Kreuzberg	Friedrichshain, Kreuzberg
3 Wedding	3 Pankow	Prenzlauer Berg, Weißensee, Pankow
4 Prenzlauer Berg	4 Charlottenburg-Wilmersdorf	Charlottenburg, Wilmersdorf
5 Friedrichshain	5 Spandau	Spandau
6 Kreuzberg	6 Steglitz-Zehlendorf	Steglitz, Zehlendorf
7 Charlottenburg	7 Tempelhof-Schöneberg	Tempelhof, Schöneberg
8 Spandau	8 Neukölln	Neukölln
9 Wilmersdorf	9 Treptow-Köpenick	Treptow, Köpenick
10 Zehlendorf	10 Marzahn-Hellersdorf	Marzahn, Hellersdorf
11 Schöneberg	11 Lichtenberg	Lichtenberg, Hohenschönhausen
12 Steglitz	12 Reinickendorf	Reinickendorf
13 Tempelhof		
14 Neukölln		
15 Treptow		
16 Köpenick		
17 Lichtenberg		
18 Weißensee		
19 Pankow		
20 Reinickendorf		
21 Marzahn		
22 Hohenschönhausen		

Body-Mass-Index (BMI)

Der Body-Mass-Index ist ein Maß zur Beurteilung des Körpergewichtes. Er berechnet sich nach der Formel:

$$\text{BMI} = \text{Körpergewicht [kg]} / \text{Körpergröße [m]}^2.$$

Der BMI berechnet die Körpermasse, die in den meisten Fällen gut mit der Fettmasse korreliert. Ausnahme können z. B. Menschen mit einer großen Muskelmasse sein, bei denen der erhöhte BMI durch die Muskelmasse, jedoch nicht durch einen erhöhten Körperfettanteil hervorgerufen wird. Der BMI erlaubt somit lediglich eine indirekte Messung der Fettmasse.

Für die Beurteilung des BMI-Wertes im Kindes- und Jugendalter müssen alters- und geschlechtsspezifische Veränderungen des BMI berücksichtigt werden, sodass der BMI nicht direkt eine Einteilung in Unter-, Normal- und Übergewicht/Adipositas erlaubt. Die Referenzwerte werden in der Regel in Form von alters- und geschlechtsbezogenen Perzentilenkurven dargestellt. Es existieren international verschiedene Referenzsysteme für diese Altersgruppe. Für Deutschland wird nach der Empfehlung der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) das Referenzsystem nach Kromeyer-Hauschild verwendet.

Für Erwachsene gelten nach der International Obesity TaskForce (IOTF) folgende Definitionen:		Grenzwerte für Kinder und Jugendliche nach der AGA:	
Untergewicht	BMI < 18,5	Deutliches Untergewicht	BMI < 3. Perzentil
Normalgewicht	BMI 18,5 bis 24,9	Untergewicht	BMI 3. bis unter 10. Perzentil
Übergewicht	BMI 25 bis 29,9	Normalgewicht	BMI 10. bis 90. Perzentil
		Übergewicht	BMI > 90. Perzentil bis 97. Perzentil

DCO-Fälle (Death Certificate Only)

Werden von epidemiologischen Krebsregistern (z. B. im Gemeinsamen Krebsregister (GKR)) der neuen Bundesländer und Berlin) zur Erfassung von bösartigen Neuerkrankungen genutzt. Bei den DCO-Fällen handelt es sich um Fälle, die dem Krebsregister zunächst per Leichenschauchein bekannt werden und für die auch nachträglich keine weiteren klinischen Informationen eingeholt werden können.

Diagnosedaten der Krankenhauspatientinnen/-patienten

Laut Erhebungsprogramm - Teil II: Diagnosen - der Krankenhausstatistik (*siehe auch* Krankenhausstatistik-Verordnung - KHStatV) besteht gemäß § 6 der KHStatV in Verbindung mit § 15 BStatG seit 1993 für die Träger der Krankenhäuser eine jährliche Auskunftspflicht. Seit 2004 wird die Hauptdiagnose gemäß den Deutschen Kodierrichtlinien angegeben. Kodiert wird entsprechend der Internationalen Statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD) - German Modification - (*siehe dort*) in der jeweils aktuellen Version.

Der für jeden Fall zu erhebende Datensatz enthält folgende Merkmale:

Geschlecht

Geburtsmonat, Geburtsjahr

Zugangsdatum

Abgangsdatum

Hauptdiagnose (1993 bis 1999 ICD 9, seit 2000 ICD-10)

Operation in Zusammenhang mit der Hauptdiagnose (ja / nein)

Fachabteilung, in der der Patient am längsten lag

Wohnort des Patienten (Postleitzahl, Gemeindegemeinde, für Berlin: Bezirk).

Infolge von fehlerhaften oder nicht zuordenbaren Merkmalen (im Auswertungsjahr 2011 betraf das 18 Fälle, bei denen eine nach ICD-10-GM 2011 zuordenbare Hauptdiagnose fehlte, bei zwei Patienten wurde keine Zuordnung von Operationen in Zusammenhang mit der Hauptdiagnose verschlüsselt) kann es in den tabellarischen Auswertungen zu Differenzen zwischen den angegebenen Gesamtsummen und der Aufsummierung einzelner Spalten oder Zeilen kommen.

Diagnosis Related Groups (DRGs) und Psych-Entgeltsystem

Fallbezogene Zuordnung und Abrechnung der im Rahmen der stationären Krankenhausversorgung in Anspruch genommenen Leistungen (Fallpauschalen).

Die Gesundheitsreform 2000 enthielt die Vorgabe, für alle Krankenhäuser, für die die Bundespflegesatzverordnung (BPFIV) gilt, ein leistungsorientiertes, pauschaliertes Vergütungssystem einzuführen, mit dem die Refinanzierung von Krankenhausleistungen nicht länger retrospektiv auf Art und Dauer der erfolgten Behandlung, sondern prospektiv auf Art und Schweregrad der diagnostizierten Erkrankung erfolgt. Die Umsetzung erfolgte mit dem Gesetz zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz - FPG) vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1.412), das wesentliche Teile des SGB V, des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und der BPFIV ändert und neu das Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) enthält, und der Fallpauschalenverordnung. Auf dieser Grundlage werden seit 2004 die laufenden Betriebskosten der Krankenhäuser, die sich zuvor über tagesgleiche Pflegesätze finanzierten, nach dem Fallpauschalensystem abgerechnet. Nach einer Konvergenzphase, in der die krankenhausspezifische Vergütungshöhe schrittweise an ein landesweites Vergütungsniveau (einheitlicher Basisfallwert je Bundesland) angepasst wurde, erwirtschaften die Krankenhäuser seit 2010 ihr Betriebskostenbudget vollständig über landesweit einheitlich festgesetzte Preise auf der Grundlage des Landesbasisfallwerts.

Case Mix (CM): Die ökonomische Wertigkeit der DRGs untereinander wird durch die im Fallpauschalen-Katalog (nach § 9 Abs. 1 Nr. 3 KHEntgG) ausgewiesenen Bewertungsrelationen bestimmt. Die Addition aller Bewertungsrelationen wird als Case Mix („ökonomische Fallmischung“) bezeichnet und entspricht dem gesamten bewerteten Ressourceneinsatz innerhalb des DRG-Entgeltsystems.

Case Mix Index (CMI): Der Case Mix Index als Summe der abgerechneten Bewertungsrelationen dividiert durch die Zahl der behandelten Fälle beschreibt die durchschnittliche Schwere der Krankenhäuserfälle und den damit verbundenen relativen ökonomischen Ressourcenaufwand z. B. je Fachabteilung, Krankenhaus oder Region.

Die tatsächliche *Vergütungshöhe (Erlösvolumen)* ergibt sich aus der Multiplikation der Bewertungsrelation(en) mit dem Landesbasisfallwert.

Für die vom DRG-Entgeltsystem nicht erfassten *Leistungen der Psychiatrie und Psychosomatik* wird ein pauschaliertes und tagesbezogenes Vergütungssystem entwickelt, das in mehreren Phasen eingeführt werden soll. Die Krankenhäuser können ab 2013 freiwillig in einer vierjährigen budgetneutralen Phase nach dem *Psych-Entgeltsystem* abrechnen. Ab 2015 müssen alle Einrichtungen nach dem neuen Psych-Entgeltsystem abrechnen. Ab 2017 wird die fünfjährige Konvergenzphase beginnen, in der stufenweise die Vergütung von den krankenhausspezifischen Basisfallwerten auf Landesbasisfallwerte umgestellt wird.

Disability-Free Life Expectancy (DFLE)

Siehe Lebenserwartung.

DMF-T-Index

Der DMF-T-Index dient der Ermittlung der Zahngesundheit einer Person oder Bevölkerungsgruppe anhand der Kariesprävalenz und des Kariesrisikos; er gibt an, wie viele bleibende Zähne (T = teeth) bei einer untersuchten Person akut kariös (D = decayed), wegen Karies extrahiert (M = missing / fehlend) oder gefüllt (F = filled) worden sind. Die Höchstzahl ergibt 28 (höchstens 28 Zähne im bleibenden Gebiss ohne Weisheitszähne können bewertet werden). Der Durchschnitt der ermittelten DMF-T-Indizes der untersuchten 12-jährigen Kinder ergibt den im Indikator 102 angegebenen DMF-T-Index, der nach Vorgaben der WHO (Präventionsziel bis zum Jahr 2020) für die europäische Region unter 1,5 liegen, nach den auf dieser Grundlage von der Bundeszahnärztekammer modifizierten Mundgesundheitszielen für Deutschland im Jahr 2020 einen Wert von unter 1 erreichen soll. Indexwerte, die ein hohes Kariesrisiko anzeigen, sind den Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnkrankungen (Individualprophylaxe) in der Fassung vom 04. Juni 2003 zu entnehmen.

Durchschnittliche Bevölkerung

Arithmetisches Mittel aus den Durchschnitten der zwölf Monate des jeweiligen Jahres; die Durchschnitte werden aus dem Bevölkerungsstand am Anfang und Ende der Monate berechnet. Ausgewiesen wird die Durchschnittsbevölkerung nach der amtlichen Bevölkerungsfortschreibung. Abweichungen bei der Summierung von Teilmengen gegenüber der Gesamtsumme liegen in der Berechnungsmethode begründet.

Einschulungsuntersuchung / Einschülerinnen und Einschüler

Mit der für alle Kinder im Schulgesetz von Berlin (§ 55 a, Abs. 5) vorgeschriebenen Einschulungsuntersuchung (ESU), die der öffentliche Gesundheitsdienst durchführt, wird überprüft, ob gesundheitliche oder entwicklungsbezogene Einschränkungen bestehen, die für den Schulbesuch von Bedeutung sind und möglicherweise Förderbedarf begründen. Im Zusammenhang mit der Entwicklung der ESU zum Instrument der Gesundheitsberichterstattung (§ 5, Abs. 3 Gesundheitsdienstreformgesetz) werden darüber hinaus auch Merkmale einbezogen, die die Gesundheit der Kinder allgemein im Kontext wesentlicher sozialer, familiärer und persönlicher Einflussgrößen beschreiben.

Unter dem Begriff Einschülerinnen und Einschüler werden alle Kinder verstanden, die zum jeweiligen Schuljahr eingeschult wurden. Nicht darunter fallen demnach Vorschüler (bis 2004) und von der Schulpflicht befreite Kinder.

Die Änderung des Berliner Schulgesetzes im Jahr 2005 mit einem um ein halbes Jahr vorgezogenen Stichtag, der Abschaffung der Vorschule und einer restriktiven Regelung zur Schulpflichtbefreiung hat daher folgende Auswirkungen auf die zugrunde liegende Datenbasis ab 2005: das mittlere Alter der Einschüler/innen zum Zeitpunkt der Untersuchung sinkt leicht, der Anteil der Kinder, die bei der Untersuchung noch keine 65 Monate alt sind und somit die Kinderfrüherkennungsuntersuchung U9 noch nicht wahrgenommen haben müssten, erhöht sich auf ca. 20 %, wodurch die Angaben zur Inanspruchnahme der U9 an Aussagekraft verlieren und deshalb nicht mehr ausgewiesen werden. Die Zahl der in die Analyse eingehenden Kinder steigt durch den Wegfall der Vorschüler deutlich an. Von der Schulpflicht befreite Kinder werden im Folgejahr erneut untersucht und gehen erst dann in die Auswertungen ein.

Einwohnerregister

Siehe Melderechtlich registrierte Einwohner/innen.

Entbindungen

Klinische Entbindung: Entbindung im Krankenhaus.

Ambulante Entbindung: Entbindungen im Krankenhaus werden „ambulante“ genannt, wenn die Frau innerhalb von 24 Stunden nach der Entbindung die Klinik wieder verlassen hat.

Außerklinische Entbindung: Entbindung unter Mitwirkung einer/s freiberuflich tätigen Hebamme/Entbindungspfleger in der Wohnung, in ärztlicher Praxis, im Geburtshaus, in der Hebammenpraxis oder an anderem Ort.

Ereignisprinzip

Erfassung nach dem Ort, an dem sich das Berichtete (z. B. Entbindung, Schwangerschaftsabbruch) ereignet hat (*siehe auch Wohnortprinzip*).

Erwerbsstatus (Definition im Mikrozensus)

Nach dem Mikrozensus gliedert sich die Bevölkerung nach ihrer Beteiligung am Erwerbsleben in Erwerbspersonen (Erwerbstätige und Erwerbslose) und Nichterwerbspersonen.

Erwerbspersonen: Personen, die eine unmittelbar oder mittelbar auf Erwerb gerichtete Tätigkeit ausüben oder suchen (Selbständige, mithelfende Familienangehörige, Abhängige). Sie setzen sich zusammen aus den Erwerbstätigen und den Erwerbslosen.

Erwerbstätige: Personen, die in einem oder mehreren Arbeitsverhältnissen stehen (einschließlich Soldaten und mithelfende Familienangehörige), selbständig ein Gewerbe oder eine Landwirtschaft betreiben oder einen freien Beruf ausüben. Abhängige Erwerbstätige sind Beamte, Angestellte, Arbeiter und Auszubildende.

Erwerbstätigenquote ist definiert als der Anteil der Erwerbstätigen im Alter von 15 bis unter 65 Jahren an der Bevölkerung in der gleichen Alters- und Geschlechtsgruppe.

Erwerbslose: Personen ohne Arbeitsverhältnis, die sich um eine Arbeitsstelle bemühen, unabhängig von einer Arbeitslosenmeldung beim Arbeitsamt. Der Begriff der Erwerbslosen ist daher umfassender als der der Arbeitslosen (*siehe auch Arbeitslose*).

Nichterwerbspersonen: Personen, die keinerlei auf Erwerb gerichtete Tätigkeit ausüben oder suchen.

Europäische Standardbevölkerung

Bevölkerung mit vorgegebener (Alters-)Struktur. Sie bildet die Basis für den Vergleich der Ziffern ungleich zusammengesetzter Bevölkerungen. In der vorliegenden Veröffentlichung wurde - in Anlehnung an die Festlegung im Indikatorensetz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder - die Europabevölkerung alt (1966/1976) verwendet:

Alter in Jahren																	insgesamt		
0	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79		80-84	85 u.m.
1.600	6.400	7.000	7.000	7.000	7.000	7.000	7.000	7.000	7.000	7.000	7.000	6.000	5.000	4.000	3.000	2.000	1.000	1.000	100.000

Fachabteilungen in Krankenhäusern

Fachabteilungen sind organisatorisch abgrenzbare, von Ärzten/Ärztinnen ständig verantwortlich geleitete Abteilungen mit für den jeweiligen Fachbereich typischen Behandlungseinrichtungen. Die Fachabteilungsgliederung orientiert sich an den Gebiets- und Schwerpunktbezeichnungen der Ärztinnen/Ärzte. Ausnahmen hiervon stellen die Fachabteilungen Geriatrie und Sucht (Subdisziplin der Psychiatrie und Psychotherapie) dar.

Falldefinition

Das Robert Koch-Institut (RKI) hat gemäß § 4 Abs. 2 Nr. 2 a Infektionsschutzgesetz (IfSG) die Aufgabe, Falldefinitionen zu erstellen. Die Falldefinitionen sind für die Gesundheitsämter bestimmt und legen fest, welche Meldungen der nach §§ 6 und 7 des IfSG meldepflichtigen Krankheiten (*siehe* meldepflichtige Infektionskrankheiten) und Erregernachweise an das RKI übermittelt werden. Es werden drei Evidenztypen unterschieden: Klinisches Bild, labordiagnostischer Nachweis sowie epidemiologische Bestätigung. Aus der Kombination dieser drei Evidenztypen ergeben sich fünf Falldefinitions-kategorien: Klinisch diagnostizierte Erkrankung, klinisch-epidemiologisch bestätigte Erkrankung, klinisch-labordiagnostisch bestätigte Erkrankung, labordiagnostisch nachgewiesene Infektion bei nicht erfülltem Krankheitsbild und labordiagnostisch nachgewiesene Infektion bei unbekanntem klinischen Bild.

Siehe auch Referenzdefinition.

Fallpauschalen-Vergütungssystem

Siehe Diagnosis Related Groups (DRGs).

Fallzahl

Zahl der im Krankenhaus im Berichtsjahr *vollstationär behandelten Patientinnen/Patienten* (Fälle) einschließlich Stundenfälle (Berechnung nach Novellierung der Krankenhausstatistik-Verordnung (*siehe* dort). Bis 2001 wurden die Stundenfälle bei der Ermittlung der Fallzahl nicht mitgezählt. Die Fallzahlen der Jahre bis 2001 wurden nach der seit 2002 gültigen Methode neu berechnet. Teilstationär oder ambulant Behandelte bleiben wie gesunde Neugeborene unberücksichtigt. Die KHStatV berechnet die Fallzahl auf zwei unterschiedliche Arten:

Die Fallzahl gemäß KHStatV-Teil I: Grunddaten und Teil III: Kostennachweis errechnet sich aus Aufnahmen und Entlassungen (einschließlich Stundenfällen) sowie Sterbefällen (einrichtungsbezogene Fallzahl). Bei der fachabteilungsbezogenen Fallzahl werden zusätzlich die internen Verlegungen berücksichtigt.

Die Fallzahl gemäß KHStatV-Teil II: Diagnosen bezieht sich auf die aus dem Krankenhaus entlassenen vollstationären Behandlungsfälle einschließlich Sterbefälle und Stundenfälle (*siehe auch* Diagnosedaten der Krankenhauspatienten).

Die aus vor-, nach- oder teilstationärer Behandlung entlassenen Fälle werden gesondert erfasst. Die *vor- und nachstationäre Behandlung* wird vom Krankenhaus in ambulanter Form erbracht, also ohne Unterkunft und Verpflegung. Eine vorstationäre Behandlung ist auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der vollstationären Behandlung begrenzt, eine nachstationäre Behandlung darf in der Regel sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung der vollstationären Behandlung nicht überschreiten (vgl. § 115 a Abs. 2 SGB V). *Teilstationäre Patientinnen/Patienten*, die Leistungen nach § 13 Abs. 1 BpflV erhalten, verbringen regelmäßig einen Tagesabschnitt zur ärztlichen Behandlung im Krankenhaus (z. B. wöchentlich mehrmalige Dialysebehandlung).

Familien (Definition im Mikrozensus)

Als Familien gelten alle *Eltern-Kind-Gemeinschaften im Haushalt*: Ehepaare, nichteheliche und gleichgeschlechtliche Lebenspartnerschaften sowie alleinerziehende Mütter und Väter mit ledigen Kindern (ohne Altersbegrenzung) im befragten Haushalt. Damit besteht eine statistische Familie immer aus zwei Generationen (Zwei-Generationen-Regel): Eltern/-teile und im Haushalt lebende ledige Kinder. Die Definition entspricht dem mit dem Berichtsjahr 2005 im Mikrozensus eingeführten Lebensformenkonzept, es löst das vorherige traditionelle Familienkonzept ab.

Fehlgeburten

Abbruch der Schwangerschaft durch natürliche Ursache ohne aktives Eingreifen der Schwangeren oder dritter Personen weder durch medikamentöse, chirurgische oder andere Maßnahmen.

Hat sich nach der Trennung der Leibesfrucht vom Mutterleib keines der drei Lebenszeichen (Herzschlag, Nabelschnurpulsation, natürliche Lungenatmung) gezeigt und beträgt das Gewicht der Leibesfrucht weniger als 500 g (vor dem 01.04.1994: weniger als 1.000 g), so ist die Frucht eine Fehlgeburt. Sie wird in den Personenstandsbüchern nicht beurkundet.

Ehemaliges Gebiet der DDR (inkl. Berlin-Ost) bis zum 02.10.1990: Leibesfrucht mit einem Gewicht von unter 1.000 g, bei der nach vollständigem Verlassen des Mutterleibes von den Lebenszeichen Herztätigkeit und Lungenatmung beide nicht oder nur eines vorhanden waren.

Fruchtbarkeitsziffer (Fertilitätsrate)

Die allgemeine Fruchtbarkeitsziffer ist definiert als die Anzahl der in einem Jahr Lebendgeborenen je 1.000 Frauen im Alter von 15 bis unter 45 Jahren der durchschnittlichen Bevölkerung.

Fruchtbarkeitsziffer *deutscher Frauen*: Anzahl der Lebendgeborenen, deren Mütter die deutsche Staatsangehörigkeit haben, je 1.000 15- bis unter 45-jährige Frauen der deutschen durchschnittlichen Bevölkerung.

Fruchtbarkeitsziffer von *Ausländerinnen*: Anzahl der Lebendgeborenen, deren Mütter eine ausländische Staatsangehörigkeit haben, je 1.000 15- bis unter 45-jährige Frauen der ausländischen durchschnittlichen Bevölkerung.

Früherkennungsuntersuchungen/Vorsorgeuntersuchungen

Wer in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist, hat nach Erreichen bestimmter Altersgrenzen Anspruch auf regelmäßige Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen. Grundlage für diese Maßnahmen in der vertragsärztlichen Versorgung sind die § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 sowie § 23 Abs. 1 Nr. 3, § 25 und § 26 des fünften Sozialgesetzbuches (SGB V). Im Erwachsenenalter zählen dazu die allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen (Gesundheits-Check-up), die Krebsfrüherkennungsuntersuchungen (synonym: Krebsvorsorgeuntersuchungen) [<http://www.kvberlin.de/30patienten/30vorsorge/10erwachsene/index.html>, zuletzt aufgerufen am 22.03.2013] sowie spezielle Vorsorgemaßnahmen wie die Schwangerenvorsorge [<http://www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/frueherkennung/schwangerschaftsvorsorge/>, zuletzt aufgerufen am 22.03.2013].

Darüber hinaus haben Kinder bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres sowie einmalig nach Vollendung des 10. Lebensjahres Anspruch auf „Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die ihre körperliche oder geistige Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden“ (§ 26 (1) SGB V). Einen Überblick über die Zeitpunkte der Früherkennungsuntersuchungen (oft auch als Vorsorgeuntersuchungen oder U-Untersuchungen bezeichnet) gibt die nachfolgende Darstellung (Quelle: Gemeinsamer Bundesausschuss):

Untersuchungsstufe	Zeitgrenze	Toleranzgrenze	Untersuchungsstufe	Zeitgrenze	Toleranzgrenze
U1	nach der Geburt		U6	10. - 12. Lebensmonat	09. - 13. Lebensmonat
U2	03. - 10. Lebenstag	03. - 14. Lebenstag	U7	21. - 24. Lebensmonat	20. - 27. Lebensmonat
U3	04. - 06. Lebenswoche	03. - 08. Lebenswoche	U8	43. - 48. Lebensmonat	43. - 50. Lebensmonat
U4	03. - 04. Lebensmonat	02. - 04 ½ Lebensmonat	U9	60. - 64. Lebensmonat	58. - 66. Lebensmonat
U5	06. - 07. Lebensmonat	05. - 08. Lebensmonat	J1	13. - 14. Lebensjahr	12. - 15. Lebensjahr

Geborene

Die Unterscheidung zwischen *ehelich und nichtehelich* Geborenen richtet sich nach den Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB). Ein Kind, das nach Eingehen der Ehe oder bis zu 302 Tagen nach Auflösung der Ehe geboren wird, galt, unbeschadet der Möglichkeit einer späteren Anfechtung, als ehelich. Mit dem Kindschaftsrechtsreformgesetz vom 16. Dezember 1997 kam es zu einer neuen Regelung, die zum 1. Juli 1998 in Kraft trat. Als *Kind miteinander verheirateter Eltern* gilt seit dem ein Kind von Eltern, die zum Zeitpunkt der Geburt miteinander verheiratet sind oder das bis 300 Tage nach Auflösung der Ehe durch Tod geboren wird. Ein Kind, das nach Auflösung der Ehe durch Scheidung geboren wird, gilt - unabhängig vom Abstand zwischen Scheidung und Geburt - als *Kind nicht miteinander verheirateter Eltern*.

Lebendgeborene sind Kinder, bei denen entweder das Herz geschlagen, die Nabelschnur pulsiert oder die natürliche Lungenatmung eingesetzt hat.

Berlin-Ost bis 02.10.1990: Als Lebendgeborene wurden alle Kinder gezählt, bei denen nach dem vollständigen Verlassen des Mutterleibes, unabhängig von der Durchtrennung der Nabelschnur oder von der Ausstoßung der Plazenta, Herztätigkeit und Lungenatmung vorhanden waren.

Totgeborene sind seit Änderung des Personenstandsgesetzes (PStG) zum 01.04.1994 Geborene, bei denen die oben genannten Merkmale nicht zutreffen und deren Geburtsgewicht mindestens 500 g beträgt (davor seit dem 01.07.1979 mindestens 1.000 g, vorher mindestens 35 cm Körperlänge).

Fehlgeburten *siehe* dort.

Geburtenziffer

Die allgemeine Geburtenziffer ist definiert als Anzahl der in einem Jahr Lebendgeborenen je 1.000 Einwohner der durchschnittlichen Bevölkerung.

Geburtsgewicht

Das Geburtsgewicht stellt einen international üblichen Gesundheitsindikator dar, der vergleichsweise exakt bestimmt wird. Der Bereich von unterhalb 2.000 Gramm wird in 500 g-Gewichtsklassen dargestellt, weil diese den Versorgungsbedarf (z. B. neonatologische Intensivmedizin) genauer abbildet. Als extrem untergewichtig gelten Neugeborene mit einem Geburtsgewicht von unter 1.000 Gramm.

Geringfügig Beschäftigte

Bei der geringfügigen Beschäftigung unterscheidet man zwischen geringfügig entlohnter Beschäftigung und kurzfristiger Beschäftigung. Eine geringfügig entlohnte Beschäftigung liegt vor, wenn das Arbeitsentgelt aus dieser Beschäftigung regelmäßig im Monat 400 Euro nicht übersteigt. Der Arbeitnehmer/die Arbeitnehmerin ist bis zu dieser Grenze von der Sozialversicherung befreit, obwohl der Arbeitgeber Pauschalabgaben leisten muss. Als kurzfristige Beschäftigung zählt, wenn die Beschäftigung von vorneherein zeitlich begrenzt ist auf maximal zwei Monate oder 50 Arbeitstage innerhalb eines Kalenderjahres. Es sind keine Sozialabgaben zu leisten, jedoch das Arbeitsentgelt ist zu versteuern entweder pauschal über den Arbeitgeber oder entsprechend der Angaben auf der Lohnsteuerkarte an das Finanzamt abzuführen. Für geringfügig beschäftigte Arbeitnehmer/innen werden grundsätzlich die gleichen Meldungen zur Sozialversicherung erstattet, die auch für versicherungspflichtige Arbeitnehmer in Betracht kommen. Ausnahmen bestehen lediglich für kurzfristige Beschäftigungen. Aus diesem Grunde ist eine genaue statistische Berichterstattung in diesem Bereich nicht möglich. Werden von einer Person mehrere geringfügige Beschäftigungen (geringfügig entlohnte oder kurzfristige Beschäftigungen) oder geringfügig entlohnte Beschäftigungen und nicht geringfügige Beschäftigungen ausgeübt, so werden sie grundsätzlich zusammengerechnet. Allerdings bleibt eine geringfügig entlohnte Beschäftigung, die neben einer nicht geringfügigen ausgeübt wird, bei der Zusammenrechnung unberücksichtigt. Damit gehen in die Erwerbstätigenrechnung ausschließlich geringfügig entlohnte Beschäftigte ein, da die Nebenjobber bereits bei ihrer Hauptbeschäftigung gezählt werden. Die Bundesagentur für Arbeit publizierte 2007 die Broschüren „Geringfügig entlohnte Beschäftigte in Deutschland - Zeitreihen ab Juni 1999“ sowie „Beschäftigte nach Ländern in wirtschaftlicher Gliederung, Juni 2007“. In beiden Heften befinden sich Daten zu geringfügig entlohnnten Beschäftigten nach ausgewählten Merkmalen. Die Arbeitsagentur unterteilt die geringfügig entlohnnten Beschäftigten in die ausschließlich und in die im Nebenjob geringfügig entlohnnten Beschäftigten.

Neben der Bundesagentur für Arbeit veröffentlicht auch die Minijob-Zentrale der Bundesknappschaft Bahn-See als zentrale Meldestelle für geringfügige Beschäftigung Zahlen zu dieser Beschäftigungsform. Die Angaben weichen zum Teil voneinander ab, was vor allem durch die verschiedenen Wartezeiten zwischen Stichtag und Auswertung begründet ist. Während die Minijobzentrale sehr kurzfristig Daten vorlegt, werden die Daten der Bundesagentur erst nach einer 6-monatigen Wartezeit aufbereitet.

Gestorbene

Die jährlich, unabhängig vom Sterbeort am Wohnort der Gestorbenen registrierten, gestorbenen Personen werden in der amtlichen Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung erfasst. Nicht berücksichtigt werden Totgeborene, nachträglich beurkundete Kriegsterbefälle und gerichtliche Todeserklärungen. *Siehe auch* Todesursachenspezifische Sterblichkeit.

Gesundheitsförderung

Umfasst Maßnahmen und Aktivitäten, mit denen die Stärkung der Gesundheitsressourcen und -potenziale der Menschen erreicht werden soll. Gesundheitsförderung ist der Prozess der Befähigung von Menschen, ihre Kontrolle über Determinanten der Gesundheit zu erhöhen. Dabei werden nicht nur das Verhalten des Einzelnen, seine Kenntnisse und Fertigkeiten in den Blick genommen, sondern auch soziale, ökonomische und Umweltbedingungen. Gesundheit wird dabei in einer ganzheitlichen Sichtweise als körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden definiert, das durch individuelle, soziale und gesellschaftliche Hintergründe beeinflusst wird.

Gesundheitsindikatoren

Parameter, die Rückschlüsse zulassen über die Gesundheit der Bevölkerung bzw. von Teilpopulationen, über die Gesundheitsversorgung und verfügbare Ressourcen. Bei mehrmaligen Erhebungen gestatten sie die Verfolgung von Prozessen und die Erreichung von Zielen wie: die Verbesserung der Gesundheit, die Verminderung von Morbidität oder eine ausreichende Versorgung von Zielgruppen.

Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung

Siehe „Bedarfsorientierte Grundsicherung ...“.

Haushalte (Definition im Mikrozensus)

Als (Privat-)Haushalt zählt jede zusammen wohnende und eine wirtschaftliche Einheit bildende Personengemeinschaft (Mehrpersonenhaushalte) sowie Personen, die allein wohnen und wirtschaften (Einpersonenhaushalte). Zum Haushalt können verwandte und familienfremde Personen gehören. Gemeinschafts- und Anstaltsunterkünfte gelten nicht als Privathaushalte.

Ab dem Mikrozensus 2005 wird die gesamte Einheit „Haushalt“ stellvertretend durch die Erhebungsmerkmale (z. B. Alter, Geschlecht, Familienstand) des Haupteinkommensbeziehers/der Haupteinkommensbezieherin (Person mit dem höchsten monatlichen Nettoeinkommen) des Haushalts statistisch nachgewiesen. Dabei wird davon ausgegangen, dass diese Person in der Regel auch diejenige ist, die den sozialen Status und die Lebensverhältnisse des Haushalts bzw. der Haushaltsmitglieder bestimmt und sich daher als Bezugsperson für die sozioökonomische Zuordnung der Haushalte eignet.

Hilfe zum Lebensunterhalt

Leistungen an Empfänger/innen in und außerhalb von Einrichtungen gemäß zwölftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII). Mit der Ablösung des BSHG durch das SGB XII zum 01.01.2005 bei gleichzeitiger Einführung der Regelungen des SGB II hat sich der Empfängerkreis von Hilfe zum Lebensunterhalt deutlich verkleinert. Aus diesem Grund sind die Ergebnisse der neugefassten Statistik nicht mehr mit den bis 2004 vorliegenden Daten vergleichbar.

HIV

siehe AIDS und HIV.

Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10)

Die „Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“ (ICD-10) wurde von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) erstellt und im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit vom DIMDI ins Deutsche übertragen und herausgegeben. Die Abkürzung ICD steht für „International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems“, die Ziffer 10 bezeichnet die 10. Revision der Klassifikation. Die ICD-10 ist Teil der Familie der internationalen gesundheitsrelevanten Klassifikationen.

In der Bundesrepublik Deutschland gibt es für die ICD-10 zwei wesentliche Einsatzbereiche:

1. Verschlüsselung von Todesursachen. Die ICD-10 wird seit dem 01.01.1998 für die Verschlüsselung von Todesursachen eingesetzt und ist die Grundlage der amtlichen Todesursachenstatistik. Für diesen Zweck wird die ICD-10-WHO, die deutschsprachige WHO-Ausgabe der ICD-10 (zuletzt in der Version von 2006), verwendet.
2. Verschlüsselung von Diagnosen in der ambulanten und stationären Versorgung. Die ICD-10 wird seit dem 01.01.2000 zur Verschlüsselung von Diagnosen in der ambulanten und stationären Versorgung (§§ 295 und 301 SGB V) eingesetzt, insbesondere für die Zwecke des pauschalierenden Entgeltsystems G-DRG (German Diagnosis Related Groups). Für diese Zwecke wird die ICD-10-GM in der jeweils vom DIMDI aktualisierten Version (zuletzt 2011) verwendet, die bis zum Jahr 2003 als ICD-10-SGB-V bezeichnet wurde. GM bedeutet „German Modification“, SGB V steht für „Sozialgesetzbuch V“. Diese spezielle Ausgabe der ICD-10 beruht auf der deutschsprachigen ICD-10-WHO-Ausgabe, wurde jedoch für die Zwecke des Sozialgesetzbuches V deutlich verändert.

Inzidenz

Epidemiologische Maßzahl und damit Fachausdruck aus der medizinischen Statistik. Sie gibt die Anzahl der Neuerkrankungen an einer bestimmten Krankheit in einer Bevölkerungsgruppe definierter Größe, üblicherweise je 100.000, während einer bestimmten Zeit, üblicherweise in einem Jahr, an.

Berechnungsmethoden *siehe* Mortalitätsraten.

Kosten der Krankenhäuser

Werden im Teil III: Kostennachweis der Krankenhäuser (*siehe* Krankenhausstatistik-Verordnung - KHStatV) erfasst. Sie werden auf der Grundlage der Krankenhaus-Buchführungsverordnung (KHVB) in der Fassung der Bekanntmachung vom 24. März 1987 (BGBl. I S. 1.045), zuletzt geändert durch Artikel 1 der Verordnung vom 9. Juni 2011 (BGBl. I S. 1.041) angegeben und enthalten mit der Ände-

rung der KHStatV vom 13. August 2001 ab 2002 alle Aufwendungen des Krankenhauses des abgelaufenen Geschäftsjahres einschließlich der Aufwendungen für Leistungen, die nicht zu den allgemeinen voll- und teilstationären Krankenhausleistungen gehören (Brutto-Gesamtkosten). 1996 - 2001 wurden die Kosten nach dem sogenannten Nettoprinzip der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) angegeben, nach der eine Vielzahl nichtstationärer Kosten unberücksichtigt blieb. Aus diesem Grund sind ab 2002 die nach Kostenarten gegliederten Daten nicht mehr mit den Ergebnissen der Jahre 1996 - 2001 vergleichbar. Lediglich auf der Ebene der bereinigten Kosten ist eine Vergleichbarkeit gegeben.

Die *Brutto-Gesamtkosten* errechnen sich aus der Summe der Kosten des Krankenhauses (Personalkosten (*siehe auch* Personalkosten der Krankenhäuser) und Sachkosten einschließlich der Zinsen und ähnlicher Aufwendungen sowie der Steuern) und der Kosten der Ausbildungsstätten (Personal- und Sachkosten sowie die Aufwendungen aus der Ausbildungsstätten-Umlage nach § 9 Abs. 3 BPflV). In den einzelnen Kostenarten sind auch *nichtpflegesatzfähige Kosten* enthalten; sie sind definiert nach § 17 Abs. 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) sowie § 7 Abs. 2 BPflV (Kosten für wissenschaftliche Forschung und Lehre, Ambulanz, vor- und nachstationäre Behandlung, ärztliche und nichtärztliche Wahlleistungen, belegärztliche Leistungen, ambulantes Operieren u. a.). Bei den *bereinigten Kosten* handelt es sich um die *pflegesatzfähigen Kosten*. Sie ergeben sich aus den Brutto-Gesamtkosten abzüglich der nichtpflegesatzfähigen Kosten (*Abzüge*).

Krankenhaus

Begriffsbestimmung:

Im Sinne von § 3 des *Landeskrankenhausgesetzes* (LKG von Berlin) in der Fassung vom 1. März 2001, zuletzt geändert durch Gesetz vom 17. Dezember 2003 (GVBl. S. 608), sind Krankenhäuser Einrichtungen, in denen durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistungen Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festgestellt, geheilt oder gelindert werden sollen, Geburtshilfe geleistet wird oder weitere medizinische Leistungen für Personen, die der stationären Behandlung bedürfen, erbracht werden und in denen die zu versorgenden Personen untergebracht und gepflegt werden können.

Gemäß § 1 Abs. 3 Nr. 1 der *Krankenhausstatistik-Verordnung* (KHStatV) vom 10. April 1990 (BGBl. I S. 730) sind Krankenhäuser solche nach § 2 Nr. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) einschließlich der in den §§ 3 und 5 des KHG genannten Einrichtungen, soweit sie zu den Krankenhäusern nach § 107 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) gehören.

Laut § 2 Nr. 1 *KHG* sind Krankenhäuser Einrichtungen, in denen durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festgestellt, geheilt oder gelindert werden sollen oder Geburtshilfe geleistet wird und in denen die zu versorgenden Personen untergebracht und gepflegt werden können.

Nach § 107 Abs. 1 *SGB V* sind Krankenhäuser Einrichtungen, die

1. der Krankenhausbehandlung oder Geburtshilfe dienen,
2. fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende, ihrem Versorgungsauftrag entsprechende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und nach wissenschaftlich anerkannten Methoden arbeiten,
3. mit Hilfe von jederzeit verfügbarem ärztlichen, Pflege-, Funktions- und medizinisch-technischen Personal darauf eingerichtet sind, vorwiegend durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten der Patienten zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, Krankheitsbeschwerden zu lindern oder Geburtshilfe zu leisten, und in denen
4. die Patienten untergebracht und gepflegt werden können.

Die Erhebungen zur Krankenhausstatistik erstrecken sich gemäß § 1 Abs. 2 KHStatV nicht auf *Krankenhäuser im Straf- oder Maßregelvollzug* und *Polizei-Krankenhäuser*. Bundeswehrkrankenhäuser haben einen Erhebungsvordruck auszufüllen.

Krankenhäuser werden laut § 3 Nr. 1 und 2 KHStatV *folgenden Kategorien* zugeordnet:

Krankenhausart:

Allgemeine Krankenhäuser sind Krankenhäuser mit Fachabteilungen der medizinischen Grundversorgung. Krankenhäuser mit ausschließlich psychiatrischen, psychotherapeutischen oder psychiatrischen, psychotherapeutischen und neurologischen Fachabteilungen sowie Tages- und Nachtkliniken zählen nicht zu den allgemeinen Krankenhäusern.

Sonstige Krankenhäuser sind solche mit ausschließlich psychiatrischen, psychotherapeutischen oder psychiatrischen, psychotherapeutischen und neurologischen Betten. Zu den sonstigen Krankenhäusern zählen außerdem *reine Tages- oder Nachtkliniken*, in denen ausschließlich teilstationäre Behandlungen durchgeführt werden und in denen Patienten nur eine begrenzte Zeit des Tages oder der Nacht untergebracht sind.

Zulassung nach § 108 SGB V:

Hochschulkliniken im Sinne des Hochschulbauförderungsgesetzes (HBFVG).

Plankrankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind (nach der Definition in § 108 SGB V werden Hochschulkliniken nicht den Plankrankenhäusern zugeordnet).

Krankenhäuser, die einen *Versorgungsvertrag* mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossen haben.

Krankenhäuser ohne Zulassung, die nicht in die oben genannten Kategorien und somit nicht zu den zugelassenen Krankenhäusern gemäß § 108 SGB V gehören.

Trägerschaft:

Öffentliche Krankenhäuser, die von Gebietskörperschaften oder von Zusammenschlüssen solcher Körperschaften oder von Trägern der Sozialversicherung betrieben oder unterhalten werden. Träger in rechtlich selbständiger Form (z. B. als GmbH) gehören zu den öffentlichen Trägern, wenn Gebietskörperschaften oder Zusammenschlüsse solcher Körperschaften unmittelbar oder mittelbar mit mehr als 50 vom Hundert des Nennkapitals oder des Stimmrechts beteiligt sind.

Freigemeinnützige Krankenhäuser, die von Trägern der kirchlichen oder freien Wohlfahrtspflege, Kirchengemeinden, Stiftungen oder Vereinen unterhalten werden.

Private Krankenhäuser, die als gewerbliche Unternehmen einer Konzession gemäß § 30 Gewerbeordnung (GewO) bedürfen.

Krankenhäuser mit unterschiedlichen Trägern sind dem Träger zugeordnet, der überwiegend beteiligt ist oder überwiegend Geldlasten trägt.

Belegkrankenhäuser:

Krankenhäuser, die ausschließlich über Belegbetten verfügen, d. h. über Betten, die niedergelassene Ärztinnen/Ärzten für die stationäre Behandlung ihrer Patientinnen/Patienten nutzen.

Krankenhausbett

Einheit, nach der die Kapazität eines Krankenhauses oder einer klinischen Fachabteilung berechnet wird. Die Bettenzahl wird zu bestimmten Stichtagen von der zuständigen Behörde festgesetzt und umfasst vollstationäre und teilstationäre Kapazitäten. *Aufgestellte Betten* umfassen alle Betten, die im Krankenhaus betriebsbereit aufgestellt sind, unabhängig von der Förderung und der Aufnahme in den Krankenhausplan eines Landes, ausgenommen Betten in Untersuchungs- und Funktionsräumen sowie Betten für gesunde Neugeborene. Bei der gemäß Krankenhausstatistik-Verordnung (*siehe dort*) angegebenen Bettenzahl handelt es sich um die *im Jahresdurchschnitt aufgestellten vollstationären Betten*; Betten zur teilstationären Unterbringung von Patientinnen/Patienten bleiben unberücksichtigt (*siehe Tages- und Nacht klinikplätze*).

Die KHStatV unterscheidet nach:

Betten, für die Fördermittel nach § 8 Abs. 1 *Krankenhausfinanzierungsgesetz* (KHG) bewilligt und gewährt werden,

Betten, für die Fördermittel nach § 1 *Hochschulbauförderungsgesetz* (HBFVG) bewilligt und gewährt werden,

Vertragsbetten, die nicht gefördert werden und für die Verträge mit den Krankenkassen über die Gewährung von Krankenhausbehandlungen nach § 108 Nr. 3 SGB V vorliegen,

sonstigen Betten, die weder im Krankenhausplan aufgeführt noch gefördert werden und für die auch keine Verträge nach § 108 Nr. 3 SGB V abgeschlossen worden sind.

Krankenhauspersonal (nichtärztlich)

Funktionsdienst: Dazu gehören u. a. das Krankenpflegepersonal für den Operationsdienst, für die Anästhesie, für die Ambulanz und Poliklinik, Hebammen und Entbindungspfleger, Ergotherapeutinnen/-therapeuten und der Krankentransportdienst.

Klinisches Hauspersonal: Haus- und Reinigungspersonal der Krankenhäuser und Stationen.

Medizinisch-technischer Dienst: Dazu gehört z. B. das Personal in Apotheken, Laboratorien, Röntgen-, EKG-, EEG-, EMG-, Grundumsatzabteilungen, Bäder- und Massageabteilungen, elektrophysikalische Abteilungen, Sehschulen, Sprachschulen, Körperprüfabteilungen.

Pflegedienst: Der Pflegedienst umfasst das Pflege- und Pflegehilfpersonal im stationären Bereich (Dienst am Krankenbett). Dazu gehören auch Pflegekräfte in Intensivpflege- und -behandlungseinrichtungen sowie Dialysestationen.

Technischer Dienst: Betriebsingenieure, Personal für Einrichtungen zur Versorgung mit Heizwärme, Warm- und Kaltwasser, Frischluft, medizinischen Gasen und Strom sowie für die Instandhaltung.

Verwaltungsdienst: Personal der engeren und weiteren Verwaltung, der Registratur, der technischen Verwaltung (sofern nicht beim Wirtschafts- und Versorgungsdienst erfasst).

Wirtschafts- und Versorgungsdienst: Küchen- und Diätküchenpersonal, Personal der Wirtschaftsbetriebe (Metzgerei, Gärtnerei u. ä.), Personal in Wäschereien und Nähstuben, zentrale Bettenaufbereitung u. a.

Siehe auch Vollzeitäquivalente.

Krankenhausstatistik-Verordnung (KHStatV)

Verordnung über die Bundesstatistik für Krankenhäuser (Krankenhausstatistik-Verordnung - KHStatV) vom 10. April 1990 (BGBl. I S. 730), die zuletzt durch Art. 4 b KrankenhausfinanzierungsreformG vom 17.03.2009 (BGBl. I S. 534) geändert worden ist. Die KHStatV ist die Rechtsgrundlage für die Berichterstattung über Ausstattung und Inanspruchnahme des stationären Versorgungsangebotes. Die Erhebungen zur Krankenhausstatistik erstrecken sich gemäß § 1 Abs. 2 KHStatV nicht auf *Krankenhäuser im Straf- oder Maßregelvollzug* und *Polizeikrankenhäuser*.

Die gemäß KHStatV jährlich bundesweit erhobenen Daten zu personeller und sachlicher Ausstattung sowie Kosten, den in Anspruch genommenen stationären und ambulanten Leistungen sowie allgemeinen Angaben über die Patienten und ihre Erkrankungen der Krankenhäuser und - mit einem eingeschränkten Merkmalskatalog der Grunddaten - der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen sind untergliedert in *Teil I: Grunddaten*, *Teil II: Diagnosen* (siehe auch Diagnosedaten der Krankenhauspatienten) und *Teil III: Kostennachweis*.

Krankheitskosten

Die *Krankheitskostenrechnung* des Statistischen Bundesamtes (Erhebung zweijährlich, erstmalig 2002, aktuell (August 2013) verfügbar: Daten 2008) liefert Angaben darüber, wie stark die deutsche Volkswirtschaft durch bestimmte Krankheiten und deren Folgen belastet wird. Die Krankheitskosten werden dabei zusätzlich nach Geschlecht, Alter und den an der Versorgung beteiligten Einrichtungen des Gesundheitswesens dargestellt. Krankheitskostenrechnungen unterscheiden im Allgemeinen zwischen direkten und indirekten Kostenkomponenten. Die *direkten Kosten* beschreiben den unmittelbar mit einer medizinischen Heilbehandlung, einer Präventions-, Rehabilitations- oder Pflegemaßnahme verbundenen monetären Ressourcenverbrauch im Gesundheitswesen. Hierzu zählen auch die Verwaltungskosten der Leistungserbringer und sämtlicher öffentlicher und privater Einrichtungen, die in Deutschland Gesundheitsleistungen finanzieren. Alle nichtmedizinischen Kosten, beispielsweise private Arztfahrten oder die unentgeltliche Pflege von Angehörigen, werden in der Krankheitskostenrechnung nicht berücksichtigt. *Indirekte Krankheitskosten* messen den mittelbar mit einer Erkrankung im Zusammenhang stehenden Ressourcenverlust. Dabei handelt es sich in erster Linie um die durch Arbeitsunfähigkeit, Invalidität und vorzeitigem Tod der erwerbstätigen Bevölkerung hervorgerufenen potenziellen volkswirtschaftlichen Verluste; sie werden in Form von verlorenen Erwerbstätigkeitsjahren nachgewiesen. Zu den indirekten Kosten sind auch die so genannten intangiblen Kosten zu rechnen. Sie bilden die aus einer Erkrankung resultierenden Einschränkungen wie z. B. Schmerz, Depressionen oder ganz allgemein den Verlust an Lebensqualität ab (vgl. Statistisches Bundesamt: Fachserie 12, Reihe 7.2 <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankheitskosten/Krankheitskosten.html>, zuletzt aufgerufen am 20.08.2013).

Krebsregister

Das *Gemeinsame Krebsregister der Länder Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und der Freistaaten Sachsen und Thüringen* (GKR, <http://www.berlin.de/gkr/>, zuletzt aufgerufen am 22.03.2013) hat seinen Sitz in Berlin und wird als nachgeordnete Einrichtung bei der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin geführt. Das GKR ist eine nichtrechtsfähige Anstalt des öffentlichen Rechts und arbeitet seit dem 01.01.1995 auf der Basis des Gesetzes über Krebsregister (Krebsregistergesetz - KRGG) vom 04.11.1994 in Verbindung mit dem Staatsvertrag über das GKR vom 20./24.11.1997 sowie den entsprechenden Ausführungsgesetzen der beteiligten Länder. Es ist das einzige bevölkerungsbezogene Krebsregister Deutschlands, dessen Einzugsgebiet aus mehreren Bundesländern besteht. Gemäß Staatsvertrag nehmen die beteiligten Länder an der Führung des GKR durch einen Verwaltungsausschuss (VA) teil.

In allen am GKR beteiligten Bundesländern gibt es mittlerweile eine *Meldepflicht* für Krebserkrankungen. In Berlin wurde sie 2004 eingeführt (Sachsen 1993, Mecklenburg-Vorpommern 1998, Sachsen-Anhalt 2000, Thüringen 2003, Brandenburg 2006).

Aktuelle Auswertungen (Stand: 31.12.2012) des GKR erstrecken sich derzeit bis zum Diagnosejahr 2010, da vereinbarungsgemäß in Absprache mit dem VA ein *Diagnosejahr frühestens 2 Jahre nach dessen Abschluss ausgewertet* wird. Daten zum Diagnosejahr 2011 werden dementsprechend ab Januar 2014 zur Verfügung stehen.

Das Robert Koch-Institut (RKI) stellt den epidemiologischen Krebsregistern Deutschlands periodisch Schätzungen zu erwarteten Fallzahlen (nach log-linearen Modellen) zur Verfügung, an Hand derer die Krebsregister ihre *Vollzähligkeit* ermitteln. Der Vollzähligkeits-

grad ergibt sich aus dem Anteil ärztlicher Meldungen an den erwarteten Fallzahlen. Hinzugerechnet werden DCO-Fälle (*siehe auch dort*), d. h. die Fälle, die dem GKR nur vom Leichenschauschein bekannt sind, für die also keine ärztliche Meldung zu Lebzeiten vorlag. Für repräsentative Auswertungen zur Krebsinzidenz ist eine Vollzähligkeit von mindestens 90 % ärztlicher Meldungen bei gleichzeitig höchstens 10 % DCO-Anteil notwendig. Dieses Ziel ist in Berlin trotz steigendem Trend beim ärztlichen Meldeaufkommen noch nicht erreicht.

Krebserkrankungen im Kindesalter (0 bis unter 15 Jahre) werden von den Ärztinnen/Ärzten außerdem an das *Kinderkrebsregister Mainz* (KKR, <http://www.kinderkrebsregister.de>, zuletzt aufgerufen am 20.08.2013) gemeldet, mit dem ein regelmäßiger Abgleich erfolgt, um in beiden Einrichtungen (GKR und KKR) eine möglichst vollzählige Registrierung der Kinderkrebserkrankungen zu gewährleisten.

Kurzzeitpflege

Siehe Pflegebedürftige.

Langzeitpflege

Siehe Pflegebedürftige.

Lastenquotient

Jugend- und Altenquotient: Kennziffern, bei denen die Zahl von Personen, die sich noch nicht bzw. nicht mehr im erwerbsfähigen Alter befinden (Kinder/Jugendliche bzw. ältere Menschen), der Zahl der Personen im erwerbsfähigen Alter (je 100) gegenübergestellt wird. Die Altersgrenzen werden unterschiedlich festgelegt, z. B. unter 18-Jährige bzw. Personen im Alter von 65 und mehr Jahren je 100 18- bis unter 65-Jährige.

Lebendgeborene

Siehe Geborene.

Lebenserwartung

Die Kennziffer Lebenserwartung gibt an, wie viele Jahre ein Mensch in einem definierten Alter bei unveränderten gegenwärtigen Sterberisiken im Durchschnitt noch leben würde. Die fernere Lebenserwartung der Nulljährigen wird hierbei auch als *mittlere Lebenserwartung* bezeichnet. Berechnungsgrundlage für die Lebenserwartung ist die sogenannte Sterbetafel, die modellhaft anhand der alters- und geschlechtsspezifischen Sterberaten des untersuchten Kalenderzeitraums (ein Jahr oder mehrere zusammengefasste Jahre) berechnet wird. Im Prinzip entspricht die so berechnete Lebenserwartung der (bezüglich der Altersstruktur) bereinigten Sterblichkeit und ist somit besonders geeignet für Zeitreihenanalysen und regionale Vergleiche. Die Berechnung der Lebenserwartung durch die Statistischen Landesbehörden erfolgt nach einer vom Statistischen Bundesamt entwickelten Methode (Periodensterbetafeln für Deutschland). Die Lebenserwartungsberechnung der Berliner Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz erfolgt nach einem modifizierten Verfahren, das analog zum Verfahren des Statistischen Bundesamtes durchgeführt wird (vgl. dazu die jährlichen Veröffentlichungen der Periodensterbetafeln, aktuelle Publikation: „Methodische Erläuterungen zur Berechnung von Periodensterbetafeln für Deutschland 2009/2011“, im Internet verfügbar unter <http://www.destatis.de> über den Pfad Publikationen / Thematische Veröffentlichungen / Bevölkerung: Veröffentlichungen für die Bereiche „Bevölkerungsbewegung“, zuletzt aufgerufen am 23.08.2013).

Disability-Free Life Expectancy (DFLE)

Erwartete durchschnittliche Anzahl von Jahren, die eine Person ohne schwere gesundheitliche Beschwerden lebt. Dient in der Gesundheitsberichterstattung der Berechnung der Lebenserwartung ohne Behinderung bzw. ohne Pflegebedürftigkeit. Mit dem Konzept wird der Aspekt der Lebensqualität (Gesundheit) in die Betrachtung der Lebenserwartung eingebunden. Ausgangspunkt des Indikators ist die Frage, ob die höhere Lebenserwartung mit mehr gesunden Lebensjahren einhergeht oder ob die höhere Lebenserwartung durch eine Verlängerung des Zeitabstandes zwischen Erkrankungs- bzw. Pflegebedarfsbeginn und Sterbezeitpunkt erkauft wird. Die Indikatoren werden auf Basis von Sterbetafeln berechnet. Für die DFLE ohne Behinderung bzw. ohne Pflegebedürftigkeit ist die Berechnung auf Basis der Sullivan-Methode vorgesehen [vgl. <http://imai.princeton.edu/research/files/life.pdf>, zuletzt aufgerufen am 22.03.2013].

Die Berechnung der durchschnittlichen Lebenserwartung bei guter Gesundheit erfolgte in Berlin unter Verwendung der Daten der Pflegestatistik. Dafür wurde die Methode der Berechnung der mittleren und ferneren Lebenserwartung um die modifizierten Sterbetafeln nach Sullivan erweitert. Die Ergebnisse zeigen die verbleibenden Jahre, die in einem bestimmten Alter mit und ohne Pflegebedürftigkeit erwartet werden können.

Lebensformen (Definition im Mikrozensus)

Grundlage für die Bestimmung einer Lebensform sind die Beziehungen zwischen den Mitgliedern eines Haushalts. Zu den Lebensformen gehören Paare (Ehepaare und Lebensgemeinschaften) mit ledigen Kindern und ohne ledige Kinder, alleinerziehende Elternteile mit ledigen Kindern im Haushalt sowie alleinstehende Personen.

Lebensgemeinschaften (Definition im Mikrozensus)

Lebenspartnerschaft, bei der zwei gemischt- oder gleichgeschlechtliche Lebenspartner ohne Trauschein bzw. zwei gleichgeschlechtliche Lebenspartner mit Trauschein oder notarieller Beglaubigung in einem Haushalt zusammen leben und gemeinsam wirtschaften.

Leistungen nach Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)

Asylbewerber und abgelehnte Bewerber, die zur Ausreise verpflichtet sind, sowie geduldete Ausländer erhalten seit dem 01.11.1993 anstelle von Sozialhilfe Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz. Zur Deckung des täglichen Bedarfs an Ernährung, Kleidung, Unterkunft usw. werden den Leistungsberechtigten Regelleistungen in Form von Grundleistungen oder in besonderen Fällen Leistungen analog zum zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) gewährt.

Letalität

Tödlichkeit. Die *Letalitätsrate* bezeichnet die Zahl der an einer bestimmten Krankheit Gestorbenen bezogen auf 100 / 1.000 / 10.000 oder 100.000 an derselben Krankheit Erkrankte.

Berechnungsmethoden *siehe* Mortalitätsraten.

Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)

Ein Medizinisches Versorgungszentrum ist nach der Definition des § 95 Sozialgesetzbuch V (SGB V) eine in Deutschland zur *vertragsärztlichen Versorgung zugelassene, fachübergreifende Behandlungseinrichtung* unter ärztlicher Leitung, in der im Arztregister eingetragene Ärzte als Inhaber (Vertragsärzte) oder Angestellte tätig sein können. Wie die Ärzte einer Gemeinschaftspraxis arbeiten Ärzte in einem Medizinischen Versorgungszentrum an einem gemeinsamen Praxissitz. Im Unterschied zur Gemeinschaftspraxis sind die im MVZ tätigen Ärzte nicht einzeln, sondern gemeinsam zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Ein MVZ kann in Form einer GmbH, Aktiengesellschaft (AG) oder BGB-Gesellschaft betrieben werden. Gesellschafter eines MVZ können alle nach dem SGB V zugelassenen Leistungserbringer sein, also auch Krankenhäuser, Heilmittelerbringer oder andere.

Meldepflichtige Infektionskrankheiten

Bei meldepflichtigen Krankheiten handelt es sich um bestimmte übertragbare Infektionen, die nach deutschem Recht gemeldet werden müssen. Die Angaben über meldepflichtige Krankheiten erfolgten bis zum 31.12.2000 nach dem Bundes-Seuchengesetz (BSeuchG) und wurden durch die Gesundheitsämter an das Statistische Landesamt gemeldet. Anfang 2001 trat bundesweit das *Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen* (Infektionsschutzgesetz - IfSG) in Kraft. Die Meldungen erfolgen seit dem 01.01.2001 durch die Gesundheitsämter an das Robert Koch-Institut (RKI). Zu melden sind je nach Infektionskrankheit Erregernachweis, Infektionsverdacht, Erkrankung oder Tod. Zur Meldung verpflichtet sind im Allgemeinen der behandelnde Arzt oder Heilpraktiker sowie auch Krankenhäuser und Infektionslabore. Die Meldung erfolgt namentlich (Personalien werden registriert) und/oder nichtnamentlich (anonyme Registrierung).

In § 6 sind *meldepflichtige Infektionskrankheiten* verzeichnet, in § 7 die *meldepflichtigen Erreger*. Der § 34 beschäftigt sich mit Aufenthaltssperren in Gemeinschaftseinrichtungen für Erkrankte und Ausscheider.

Die Liste der meldepflichtigen Krankheiten nach § 6(1) Nr. 1 IfSG wurde mit Wirkung vom 29. März 2013 um Erkrankungs-, Verdachts- und Todesfälle von Mumps, Pertussis, Röteln und Varizellen *erweitert*. Gleichzeitig wurden der direkte oder indirekte Nachweis von Mumpsvirus, Bordetella pertussis, Bordetella parapertussis, Rötelnvirus und Varicella-Zoster-Virus in die Liste der meldepflichtigen Erregernachweise nach § 7(1) Nr. 1 IfSG aufgenommen; die nichtnamentliche Meldung der konnatalen Röteln nach § 7(3) entfällt (<http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/IfSG/meldepflichten.html>, zuletzt aufgerufen am 20.08.2013). Bislang waren diese Erkrankungen und Erreger nur durch landesspezifische Meldeverordnungen in den fünf östlichen Bundesländern meldepflichtig.

Unter http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/IfSG/Meldepflichtige_Krankheiten/Meldepflichtige_Krankheiten_node.html (zuletzt aufgerufen am 22.03.2013) sind die jeweils aktuellen Informationen zu meldepflichtigen Krankheiten und Krankheitserregern verfügbar.

Zur Art der in der Gesundheitsberichterstattung Berlin veröffentlichten meldepflichtigen Infektionskrankheiten, z. B. *Referenzdefinition, Falldefinition* (Erläuterungen zu „Falldefinition“ und „Referenzdefinition“ *siehe* dort) oder *labordiagnostisch bestätigte Fälle* vgl. die Tabellen zu den Indikatoren 3.59 - 3.64.

Melderechtlich registrierte Einwohner/innen

Angaben aus dem Einwohnerregister des Landesamtes für Bürger- und Ordnungsangelegenheiten (LABO) an das Amt für Statistik Berlin-Brandenburg. Zu den melderechtlich registrierten Einwohnern zählen *alle in Berlin gemeldeten Einwohner*, unabhängig davon, ob sie nur in einer Wohnung (alleinige Wohnung) in Berlin oder neben dieser noch in einer weiteren oder mehreren Wohnungen in einem anderen Bundesland gemeldet sind. Personen, die in mehreren Bezirken von Berlin gemeldet sind, werden nur einmal, und zwar im Bezirk der Hauptwohnung nachgewiesen. Es sind auch die ausschließlich in Nebenwohnung in Berlin gemeldeten Einwohner enthalten, die in der Berliner Gesundheitsberichterstattung verwendeten Zahlen betreffen aber nur die am Ort der Hauptwohnung (in alleiniger Wohnung und in Hauptwohnung) melderechtlich registrierten Einwohner.

Die Bevölkerungszahlen aus der Bevölkerungsfortschreibung und aus dem Einwohnermelderegister weichen voneinander ab.

Migrationshintergrund

Mit dem *Mikrozensus* 2005 war es erstmalig möglich, Migration in Deutschland quantitativ zu beschreiben. Dabei wird das Phänomen Migration durch das Konzept „Bevölkerung mit Migrationshintergrund“ konkretisiert. Der Migrationsstatus einer Person wird aus seinen persönlichen Merkmalen zu Zuzug, Einbürgerung und Staatsangehörigkeit sowie aus den entsprechenden Merkmalen seiner Eltern bestimmt. Zu Menschen mit Migrationshintergrund zählen demnach Personen, die

- a) ausländisch sind,
- b) die deutsche Staatsangehörigkeit besitzen, vor ihrer Einbürgerung jedoch mit ausländischer Staatsangehörigkeit in Deutschland lebten,
- c) als Aussiedlerinnen und Aussiedler eingewandert sind oder
- d) im Inland geboren wurden, aber mindestens ein Elternteil einen Migrationshintergrund (ausländisch, eingebürgert oder Spätaussiedler/in) aufweist.

Für die Zwecke der Zeitreihenanalyse wird zwischen einem Migrationshintergrund im engeren und einem solchen im weiteren Sinn (i. e. S. bzw. i. w. S.) unterschieden. Personen mit Migrationshintergrund i. e. S. sind von 2005 bis 2012 (Geltungsdauer der Erhebung lt. Mikrozensusgesetz) jährlich mit dem Mikrozensus identifizierbar. Zu den Personen mit Migrationshintergrund i. w. S. gehören zusätzlich Personen mit nicht durchgehend bestimmtem Migrationsstatus, die nur aufgrund der Zusatzfragen zu Migration im Mikrozensus 2005 und 2009 als solche erkennbar sind (z. B. in Deutschland geborene Deutsche, deren Migrationshintergrund aus Eigenschaften der Eltern resultiert, die Betroffenen jedoch nicht mit ihren Eltern in einem Haushalt leben).

Für Aussagen zum Migrationshintergrund einer Person kann auch auf das *Einwohnermelderegister* als Quelle zurückgegriffen werden. Aus den dort vorhandenen Merkmalen werden als Personen mit Migrationshintergrund ausgewiesen:

1. Ausländer,
2. Deutsche mit Migrationshintergrund:
 - a) Deutsche mit ausländischem Geburtsland oder Einbürgerungskennzeichen oder Optionskennzeichen (im Inland geborene Kinder ausländischer Eltern) erhalten seit dem 01. Januar 2000 unter den in § 4 Abs. 3 Staatsangehörigkeitsgesetz (StAG) genannten Voraussetzungen zunächst die deutsche Staatsangehörigkeit (Optionsregelung),
 - b) Deutsche unter 18 Jahren ohne eigene Migrationsmerkmale mit ausländischem Geburtsland oder Einbürgerungskennzeichen zumindest eines Elternteils, wenn die Person an der Adresse der Eltern/des Elternteils gemeldet ist.

Mikrozensus

Repräsentativstatistik (gemäß Mikrozensusgesetz vom 24. Juni 2004 (BGBl I S. 1.350), zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 8. Juli 2009 (BGBl I S. 1.781) über die wirtschaftliche und soziale Lage der Bevölkerung und den Arbeitsmarkt auf der Grundlage der kontinuierlich während des gesamten Jahres durchgeführten amtlichen Haushaltsbefragung bei ein Prozent aller Haushalte, deren Auswahl durch eine repräsentative Zufallsstichprobe zuverlässige Hochrechnungen auf die Gesamtheit aller Bundesbürger/innen ermöglicht. Ausgewählte Merkmale zur Gesundheit werden im Abstand von vier Jahren erfragt, zuletzt 2009.

Bevölkerung im Mikrozensus:

- a) Bevölkerung am Hauptwohnsitz einschließlich Personen in Gemeinschafts- und Anstaltsunterkünften.
- b) Bevölkerung in Privathaushalten (*siehe* „Haushalte“). Da eine Person in mehreren Privathaushalten wohnberechtigt sein kann, sind Doppelzählungen möglich. Ohne Personen in Gemeinschafts- und Anstaltsunterkünften.
- c) Bevölkerung in Familien/Lebensformen (*siehe* „Familien“, „Lebensformen“) am Hauptwohnsitz, ohne Personen in Gemeinschafts- und Anstaltsunterkünften.

Morbiditätsraten

Berechnung der Erkrankungsfälle in einem bestimmten Zeitraum (meist ein Jahr) auf 1.000, 10.000 oder 100.000 der (durchschnittlichen) Bevölkerung, auf 1.000, 10.000 oder 100.000 von jeweilig definierten Altersgruppen und altersstandardisiert auf 1.000, 10.000 oder 100.000.

Die Berechnung erfolgt bezogen auf die jeweilige durchschnittliche bzw. fortgeschriebene Bevölkerung. Berechnungsmethoden *siehe* Mortalitätsraten.

Mortalitätsraten

Berechnung der Sterbefälle in einem bestimmten Zeitraum (meist ein Jahr) auf 1.000, 10.000 oder 100.000 der (durchschnittlichen) Bevölkerung, auf 1.000, 10.000 oder 100.000 von jeweilig definierten Altersgruppen und altersstandardisiert auf 1.000, 10.000 oder 100.000.

Die Berechnung erfolgt bezogen auf die jeweilige durchschnittliche Bevölkerung.

Allgemeine (rohe) Sterbeziffern oder Mortalitätsraten: Sie geben die Anzahl der Sterbefälle je 1.000, 10.000 bzw. 100.000 Einwohner der durchschnittlichen Bevölkerung an. Sie sind aber aufgrund ihrer Abhängigkeit von der Altersstruktur für regionale und zeitliche Vergleiche kaum geeignet. Um den Vergleich altersabhängiger Sterberaten von Bevölkerungsgruppen mit unterschiedlicher Altersstruktur zu ermöglichen, bezieht man die Sterbehäufigkeiten auf eine Referenzbevölkerung (*siehe unten* altersstandardisierte Mortalitätsraten).

Altersspezifische Mortalitätsraten: Sie geben die Anzahl der Gestorbenen einer Altersgruppe je 1.000, 10.000 bzw. 100.000 Einwohner der gleichen Altersgruppe an. Durch sie wird der Einfluss des Alters auf die Gesamtsterblichkeit deutlich. Aufgrund der verwendeten 5-Jahres-Altersgruppen ist eine zusätzliche Standardisierung nicht erforderlich.

Altersstandardisierte Mortalitätsraten: Die Altersstandardisierung macht die Sterbeziffern unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen, Regionen oder Zeiträume vergleichbar, indem sie den Einfluss eines unterschiedlichen Altersaufbaus der Bevölkerung durch Gewichtungen ausschaltet. Demzufolge zeigen altersstandardisierte Sterbeziffern an, wie die Sterblichkeit in der Bevölkerung wäre, wenn die Altersstruktur einer Standardbevölkerung zu Grunde läge. Die standardisierten Ziffern sind wegen des Bezugs auf die gleiche Altersstruktur vergleichbar. Das bezieht sich sowohl auf Zeitreihen als auch auf Vergleiche zwischen den Regionen und auf Vergleiche zwischen unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen. In vorliegendem Bericht wurden direkte Altersstandardisierungen (anhand der alten Europastandardbevölkerung (1966/1976)) und indirekte Standardisierungen (nach dem Standardized-Mortality-Ratio-Konzept (SMR)) durchgeführt. Bei der SMR werden die beobachteten Fälle der Region in Beziehung gesetzt zu den erwarteten Fällen, die sich aus den altersspezifischen Sterberaten der Bezugsbevölkerung ergeben.

Müttersterblichkeit

Als Müttersterblichkeit gilt der Tod jeder Frau während der Schwangerschaft oder innerhalb von 42 Tagen nach Beendigung der Schwangerschaft. Ein Tod durch Unfall oder zufällige Ereignisse wird nicht einbezogen. Es wird zwischen direkten und indirekten Müttersterbefällen unterschieden.

Nettoeinkommen

Das *persönliche Nettoeinkommen* wird im Mikrozensus durch eine Selbsteinstufung der Befragten in vorgegebene Einkommensgruppen ermittelt, das *Haushaltsnettoeinkommen* durch Einstufung durch die Haushaltsbezugsperson (erste im Fragebogen eingetragene Person). Familiennettoeinkommen werden aus der Summe der jeweils zur Verfügung stehenden Individualeinkommen ermittelt.

Nichterwerbspersonen

siehe Erwerbsstatus.

Perinatale Sterblichkeit

Totgeborene (*siehe dort*) und im Alter von 0 bis unter 7 Tagen Gestorbene (*siehe* Säuglingssterblichkeit - Frühsterblichkeit) bezogen auf 1.000 Geborene.

Personalbelastungszahl in Krankenhäusern

Die Personalbelastungszahl bezogen auf belegte Betten gibt an, wieviele belegte Betten eine Vollkraft durchschnittlich pro Arbeitstag zu versorgen hat. Die 2009 eingeführte veränderte Berechnung berücksichtigt, dass ein belegtes Krankenhausbett 24 Stunden Betreuung pro Tag erfordert, eine Vollkraft dagegen an durchschnittlich 220 Arbeitstagen im Jahr täglich acht Stunden zur Verfügung steht.

Personalkosten der Krankenhäuser

Die im Kostennachweis der Krankenhausstatistik ausgewiesenen Personalkosten umfassen alle Kosten, die dem Krankenhaus durch die Beschäftigung von ärztlichem und nichtärztlichem *Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis beim Krankenhaus* entstehen. Nachgewiesen werden sämtliche Kosten für die Mitarbeiter/innen des Krankenhauses, unabhängig davon, ob es sich um ein Arbeitnehmer- oder arbeitnehmerähnliches Verhältnis, um eine nebenberufliche Tätigkeit oder um eine nur vorübergehende oder ausfallsweise Tätigkeit handelt.

Kosten für Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis beim Krankenhaus sind in den Sachkosten enthalten und werden im Kostennachweis der Krankenhausstatistik zusätzlich nachrichtlich ausgewiesen.

Pflegebedürftige

Pflegebedürftige haben bei häuslicher Pflege Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung als Sachleistung (häusliche Pflegehilfe). Sie wird durch geeignete Pflegekräfte erbracht, die entweder von der Pflegekasse oder bei ambulanten Pflegeeinrichtungen, mit denen die Pflegekasse einen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat, angestellt sind (§ 36 SGB XI).

Pflegebedürftige können anstelle der häuslichen Pflegehilfe ein *Pflegegeld* beantragen. Der Anspruch setzt voraus, dass der Pflegebedürftige mit dem Pflegegeld dessen Umfang entsprechend die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung durch eine Pflegeperson in geeigneter Weise selbst sicherstellt (§ 37 SGB XI).

Pflegebedürftige haben Anspruch auf *teilstationäre Pflege* in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege, wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder wenn dies zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist. Die teilstationäre Pflege umfasst auch die notwendige Beförderung des Pflegebedürftigen von der Wohnung zur Einrichtung der Tagespflege oder der Nachtpflege und zurück (§ 41 SGB XI).

Pflegebedürftige haben gemäß § 43 Sozialgesetzbuch (SGB) XI Anspruch auf *vollstationäre Pflege* (Langzeitpflege), wenn häusliche (ambulante) oder teilstationäre Pflege nicht möglich sind oder wegen der Besonderheit des einzelnen Falles nicht in Betracht kommen.

Kurzzeitpflege ist im Sinne des § 42 Sozialgesetzbuch (SGB) XI eine vorübergehende Pflege und Betreuung einer pflegebedürftigen Person für einen Zeitraum von bis zu vier Wochen je Kalenderjahr. Es handelt sich dabei um eine Leistung der Pflegeversicherung oder des Sozialhilfeträgers (§ 42 SGB XI, § 61 Abs. 2 Satz 1 SGB XII). Sie ermöglicht pflegenden Angehörigen eine zeitlich begrenzte Entlastung oder bereitet einen pflegebedürftigen Menschen nach einem Klinikaufenthalt auf die Rückkehr in den eigenen Haushalt vor. Teil- und vollstationäre Pflege sowie Kurzzeitpflege werden in stationären Pflegeeinrichtungen (*siehe dort*) erbracht.

Durch die Reformen der Pflegeversicherung im Sommer 2008 ist der Anreiz, Leistungen der teilstationären Pflege parallel zu Pflegegeld und/oder ambulanten Sachleistungen zu beziehen, deutlich angestiegen. Ursache hierfür ist vor allem, dass der höchstmögliche Gesamtanspruch aus der *Kombination von Leistungen* der Tages- und Nachtpflege mit ambulanten Sachleistungen oder dem Pflegegeld durch die Reform auf das 1,5fache des bisherigen Betrages gestiegen ist. Werden z. B. 50 Prozent der Leistungen der Tages- und Nachtpflege in Anspruch genommen, besteht nun daneben noch ein 100-prozentiger Anspruch auf Pflegegeld oder eine Pflegesachleistung. Bis zum Sommer 2008 galt als Leistungsobergrenze das Pflegegeld oder die ambulante Sachleistung.

Bei der Ermittlung der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen werden demnach ab der Erhebung 2009 die teilstationär durch Heime versorgten Pflegebedürftigen (in Berlin betraf das im Jahr 2009 875 Frauen und 634 Männer, 2011 1.076 Frauen und 795 Männer) nicht mehr zusätzlich zu den vollstationär Betreuten gezählt, denn sie erhalten in der Regel parallel auch Pflegegeld und/oder ambulante Sachleistungen und sind somit bereits bei der Gesamtzahl der pflegebedürftigen Personen berücksichtigt. Bis 2008 konnten bei der Zahl der Pflegebedürftigen insgesamt Doppelerfassungen entstehen, sofern Empfänger/innen von Tages- bzw. Nachtpflege zusätzlich auch ambulante Pflege oder Pflegegeld erhielten. Durch die geänderte Ermittlung der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen ist die zeitliche Vergleichbarkeit der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen 2009 mit den vorherigen Erhebungen eingeschränkt. Der Effekt bezieht sich jedoch nur auf die Gesamtzahl, nicht aber auf die zeitliche Vergleichbarkeit bei den einzelnen Leistungsarten.

Pflegedienst

Ambulante Pflegeeinrichtung *siehe* Pflegeeinrichtungen.

Pflegedienst im Krankenhaus *siehe* Krankenhauspersonal.

Pflegeeinrichtungen

In der Pflegestatistik nach Pflegestatistik-Verordnung werden alle ambulanten, teilstationären und vollstationären Pflegeeinrichtungen erfasst, mit denen ein Vertrag nach dem Elften Sozialgesetzbuch (SGB XI) besteht (zugelassene Einrichtungen).

Ambulante Pflegeeinrichtungen (oder Pflegedienste) sind selbständig wirtschaftende Unternehmen, die unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft Pflegebedürftige in ihrer Wohnung pflegen und hauswirtschaftlich versorgen (§ 71 Abs. 1 SGB XI). Neben Pflegediensten in freigemeinnütziger Trägerschaft leisten privatgewerbliche Pflegedienste ihren Beitrag zur Versorgung der Bevölkerung mit ambulanten Pflegedienstleistungen.

Das Leistungsangebot ambulanter Pflegedienste umfasst Grundpflege, Behandlungspflege und hauswirtschaftliche Versorgung (Haushaltshilfen). Viele Pflegedienste bieten zudem pflegeergänzende Leistungen an (wie Angehörigengruppen, Beratung, fahrbaren Mittagstisch). Das Angebot zielt darauf, den Verbleib hilfe- bzw. pflegebedürftiger, insbesondere älterer Menschen in ihrer Häuslichkeit zu unterstützen bzw. zu sichern und Aufenthalte in stationären Einrichtungen zu vermeiden bzw. zu verkürzen.

Als *Pflegeheime* werden laut § 71 Abs. 2 SGB XI selbständig wirtschaftende *stationäre Pflegeeinrichtungen* bezeichnet, in denen Pflegebedürftige unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft gepflegt werden und ganztägig (vollstationär) oder nur tagsüber oder nur nachts (teilstationär im Sinne des § 41 SGB XI) untergebracht und verpflegt werden können (in Berlin gibt es bisher - Stand März 2013 - kein Nachtpflegeangebot).

Pflegestatistik-Verordnung (PflegeStatV)

Die Rechtsgrundlage der Pflegestatistik ist die „Verordnung zur Durchführung einer Bundesstatistik über Pflegeeinrichtungen sowie über häusliche Pflege (Pflegestatistik-Verordnung - PflegeStatV)“ vom 24. November 1999 (BGBl I S. 2.282) in Verbindung mit § 109 Abs. 1 Pflege-Versicherungsgesetz (PflegeVG) des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) vom 26. Mai 1994.

Die Statistik wird nach bundeseinheitlichem Konzept als Bestandserhebung (Totalerhebung) alle zwei Jahre jeweils zum Stichtag 15. bzw. 31. Dezember eines Berichtsjahres (erstmalig 1999, zuletzt 2011) durchgeführt. Sie erfasst die Pflegegeldleistungen, das Angebot, die Inanspruchnahme und die personelle Ausstattung der Pflegeeinrichtungen, die Struktur der Leistungsempfänger sowie die an die Pflegeeinrichtung zu zahlenden Entgelte aus dem Leistungsbereich des SGB XI. Regionalisierte Aussagen unterhalb der Berliner Landesebene sind nur für die Bereiche ambulante und stationäre Pflege möglich. Die Statistik über Pflegegeldleistungen sieht als räumliches Erhebungsmerkmal keine Differenzierung unterhalb der Ebene von Ländern bzw. Kreisen/kreisfreien Städten vor, so dass kleinräumige Daten auf Bezirksebene für die Gesamtzahl der Pflegebedürftigen nicht zur Auswertung zur Verfügung stehen.

Auf Basis der statistischen Daten sollen Entwicklungstendenzen im Bereich der pflegerischen Versorgung, insbesondere unter Berücksichtigung bedarfsorientierter pflegerischer Angebote und Nachfragen, erkannt werden. Die Ergebnisse dienen als Grundlage für Planungsentscheidungen und ggf. für Anpassungen im Pflegeversicherungsgesetz. [Ergebnisse der Pflegestatistik vgl. <http://www.destatis.de> über den Pfad Publikationen / Thematische Veröffentlichungen / Gesundheit / Veröffentlichungen für die Bereiche: Pflege].

Pflegestufen/Pflegeklassen

Die Leistungen, die eine pflegebedürftige Person gemäß SGB XI erhält, hängen von der Einstufung in eine Pflegestufe ab. Diese Einstufung erfolgt in der Regel aufgrund des Gutachtens des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen. Je nach Schwere der Beeinträchtigungen und Zeitaufwand in der Pflege müssen für die Eingliederung in eine Pflegestufe folgende Voraussetzungen erfüllt sein:
Pflegestufe I: Pflegebedürftige der Pflegestufe I sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen. Im Tagesdurchschnitt muss der Zeitaufwand hierfür mindestens 90 Minuten betragen, hierbei müssen auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen.

Pflegestufe II: Pflegebedürftige der Pflegestufe II sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen. Im Tagesdurchschnitt muss der Zeitaufwand hierfür mindestens drei Stunden betragen, hierfür müssen auf die Grundpflege mindestens zwei Stunden entfallen.

Pflegestufe III: Pflegebedürftige der Pflegestufe III sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen. Im Tagesdurchschnitt muss der Zeitaufwand hierfür mindestens fünf Stunden betragen, hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens vier Stunden entfallen.

Härtefall: Ein Härtefall liegt bei Erforderlichkeit eines außergewöhnlich hohen und intensiven Pflegeaufwands vor, der das übliche Maß der Pflegestufe III weit übersteigt. Dies ist z. B. dann der Fall, wenn Hilfe bei der Grundpflege mindestens sechs Stunden, davon mindestens dreimal in der Nacht, erforderlich ist oder mehrere Pflegepersonen notwendig sind.

Pflegestufe 0: Im Sinne der Pflegeversicherung bezeichnet der Begriff „Pflegestufe 0“ keine Pflegestufe. Personen, die einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung haben, der nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht (Pflegebedarf unter 45 Minuten Grundversorgung am Tag), haben dennoch Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung, wenn neben dem bestehenden Hilfebedarf ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung gegeben ist (§ 45 a, b SGB XI). Anspruchsberechtigt sind außer Personen ohne Pflegestufe Pflegebedürftige mit Pflegestufen 1, 2 und 3 sowie mit Pflegestufe 3 + Härtefall, die an einer Demenz oder ähnlichen Erkrankungen leiden und dadurch zusätzliche Betreuungsleistungen bei eingeschränkter Alltagskompetenz benötigen. Die zusätzlichen Betreuungsleistungen, die je nach Umfang des erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarfs in Anspruch genommen werden können, sind Pflegesachleistungen, deren Kosten von der Pflegeversicherung ersetzt werden, höchstens jedoch 100 EUR (Grundbetrag) bzw. 200 EUR (erhöhter Betrag) monatlich.

Pflegeklassen: Bei der Einteilung der Vergütungen, die den Pflegeheimen für die den Pflegestufen entsprechenden Leistungen zu zahlen sind, wird von Pflegeklassen gesprochen.

Pflegetage

Siehe Berechnungs- und Belegungstage.

Prävalenz

Die Prävalenz oder Krankheitshäufigkeit ist eine epidemiologische Kennzahl. Sie gibt an, wie viele Menschen einer bestimmten Population definierter Größe, üblicherweise 100.000, an einer definierten Krankheit zu einem bestimmten Zeitpunkt oder Zeitraum erkrankt sind.

Berechnungsmethoden *siehe* Mortalitätsraten.

Prävention

Verhüten oder Vermeiden von Krankheiten bzw. Ausschalten von krankmachenden Faktoren. Es werden drei Formen der Prävention beschrieben:

Primäre Prävention: Vermeidung von Erkrankungen durch Ausschaltung von Risikofaktoren (z. B. Rauchen, Übergewicht).

Sekundäre Prävention: Früherkennung einer vorhandenen Erkrankung und frühzeitige Behandlung.

Tertiäre Prävention: Minimierung bzw. Bewältigung von Krankheitsfolgen, z. B. durch Rehabilitation.

Ziele der Prävention sind Verhütung und Vermeidung von Krankheiten, Milderung vorhandener Krankheiten sowie Gewährleistung einer bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung.

Psych-Entgeltsystem

Siehe Diagnosis Related Groups (DRGs) und PsychEntgeltsystem.

Referenzdefinition

Die in verschiedenen Falldefinitions-kategorien (*siehe* dort) übermittelten meldepflichtigen Krankheiten (*siehe* meldepflichtige Infektionskrankheiten) und Erreger werden vor Veröffentlichung nach Maßgabe einer so genannten „Referenzdefinition“ nochmals gefiltert. Für die meisten der nach §§ 6 und 7 Infektionsschutzgesetz (IfSG) meldepflichtigen Krankheiten und Erregernachweise umfasst die Referenzdefinition die klinisch begründeten Kategorien „klinisch-laboridiagnostisch bestätigt“ und „klinisch-epidemiologisch bestätigt“. Bei Tuberkulose begründet z. B. aber auch allein das klinische Bild die Übermittlungspflicht.

Rehabilitationsmaßnahmen

Die medizinische Rehabilitation ist ein wichtiger Bestandteil der medizinischen Versorgung. Ihr Ziel ist es, eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen oder einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken (Vorsorge) oder eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten und Krankheitsbeschwerden zu lindern oder im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung den dabei erzielten Behandlungserfolg zu sichern. Dabei soll auch eine drohende Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abgewendet, beseitigt, gemindert oder ausgeglichen werden, um eine Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. Die medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen werden als stationäre, ambulante oder gemischt stationär/ambulante Behandlungen durchgeführt.

Säuglingssterblichkeit

Im ersten Lebensjahr Gestorbene, bezogen auf 1.000 Lebendgeborene. Um Verzerrungen zu vermeiden, die dadurch eintreten können, dass ein Teil der Gestorbenen bereits im Vorjahr geboren wurde und ein Teil der Lebendgeborenen erst im folgenden Kalenderjahr stirbt, wird die Säuglingssterblichkeit nach der Methode Rahts für Berlin insgesamt, nicht jedoch für die einzelnen Bezirke unter Berücksichtigung der Geburtenentwicklung des Berichtszeitraumes und des Vorjahres berechnet.

Einteilung erfolgt in:

Frühe Neonatalsterblichkeit: Gestorbene von 0 - 6 Tagen je 1.000 Lebendgeborene.

Späte Neonatalsterblichkeit: Gestorbene von 7 - 27 Tagen je 1.000 Lebendgeborene.

Postneonatalsterblichkeit: Gestorbene von 28 - 364 Tagen je 1.000 Lebendgeborene.

Schwangerschaftsabbruch

Beendigung einer intakten Schwangerschaft durch chirurgische oder medikamentöse Einwirkung. Die gesetzlichen Bestimmungen zum Schwangerschaftsabbruch sind im Schwangeren- und Familienhilfeänderungsgesetz vom 21. August 1995 geregelt. Danach ist ein Schwangerschaftsabbruch grundsätzlich für alle Beteiligten strafbar. Ausnahmen gelten im Falle einer medizinischen oder kriminologischen Indikation, bei der ein Abbruch nicht rechtswidrig ist (§ 218a Abs. 2 und 3 StGB), oder nach der so genannten Beratungsregelung, nach der ein Schwangerschaftsabbruch bei Einhaltung der Fristen und nach erfolgter Schwangerschaftskonfliktberatung straflos bleibt (§ 218a Abs. 1 und § 219 StGB).

Schwerbehinderte Personen

Das *Schwerbehindertengesetz* (SchbG) wurde per 01.10.2001 in das Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen eingestellt. Seitdem erfolgt die Erfassung von schwerbehinderten Menschen auf Rechtsgrundlage des § 131 SGB IX (Artikel 1 des Gesetzes vom 19. Juni 2001 (BGBl. I S. 1.046), zuletzt geändert durch Artikel 8 Abs. 2 des Gesetzes vom 18. Dezember (BGBl. I S. 2.984) in Verbindung mit dem Bundesstatistikgesetz (BStatG) vom 22. Januar 1987 (BGBl. I S. 462, 565), zuletzt geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom 7. September 2005 (BGBl. I S. 2.246)).

Demnach *sind Personen behindert, wenn* ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist. Als Schwerbehinderter gilt, wer 1. nicht nur vorübergehend mit einem Grad der Behinderung von wenigstens 50 körperlich, geistig oder seelisch behindert ist, 2. in der Bundesrepublik Deutschland rechtmäßig wohnt, sich gewöhnlich aufhält oder als Arbeitnehmer beschäftigt ist und 3. über einen Nachweis (Ausweis usw.) der Behinderung verfügt.

Die *Art der Behinderung* wird anhand von insgesamt 55 Kategorien erfasst, wobei sich die Einteilung nicht primär an der ursächlichen Krankheitsdiagnose (z. B. Multiple Sklerose), sondern an der Erscheinungsform der Behinderung und der durch sie bestimmten Funktionseinschränkung (z. B. funktionelle Veränderung an den Gliedmaßen) orientiert.

Der Begriff *Grad der Behinderung* (GdB) bezieht sich auf die Auswirkung einer Behinderung oder Schädigungsfolge in allen Lebensbereichen und nicht nur auf Einschränkungen im allgemeinen Erwerbsleben. Der GdB ist ein Maß für die Auswirkungen eines Mangels an funktioneller Intaktheit, also für einen Mangel an körperlichem, geistigem und seelischem Vermögen. Der in Prozenten ausgedrückte GdB ist ein allgemeiner Maßstab für den Schweregrad einer Behinderung. Die Auswirkungen auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft werden als Grad der Behinderung (GdB) nach Zehnergraden (20 bis 100) abgestuft festgestellt. Voraussetzung für die Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises ist, dass ein GdB von 50 oder mehr festgestellt worden ist.

Die *Schwerbehindertenstatistik* wird nach bundeseinheitlichem Konzept als Bestandserhebung (Totalerhebung) alle zwei Jahre jeweils zum Stichtag 31. Dezember (zuletzt 2011) eines Berichtsjahres durchgeführt.

Setting

„Setting“ bezeichnet diejenigen *Lebensbereiche*, in denen die Menschen den größten Teil ihrer Zeit verbringen und die einen besonders starken Einfluss auf die Gesundheit haben. Der Berliner Gesundheitszieleprozess für Kinder der Altersgruppen 0 - 6 Jahre berücksichtigt die Settings Familie, Sozialraum, Kindertagesstätte bzw. Betreuungseinrichtung (für weitere Informationen vgl.: 5.9.2 Sozialräumlicher Gesundheitszieleprozess im Rahmen der Landesgesundheitskonferenz, in: Sozialstrukturatlas Berlin 2008, S. 440 ff. / Sozialstruktur und Kindergesundheit - Ein Atlas auf der Basis der Einschulungsuntersuchungen 2007/2008, Spezialbericht 2011-1). Gesundheitsförderungsmaßnahmen, die beim Setting ansetzen, gelten als besonders erfolgversprechend.

Staatsangehörigkeitsgesetz (StAG)

Seit dem 01.01.2000 gilt ein neues Staatsangehörigkeitsrecht in Deutschland. Das in den Grundzügen seit 1913 bestehende „Reichs- und Staatsangehörigkeitsgesetz“ leitete die Eigenschaft, Deutscher zu sein, von der Abstammung ab. Ausländer konnten nur Deutsche werden, wenn sie die eng formulierten Voraussetzungen der Einbürgerung erfüllten.

Die entscheidende Reform des neuen Staatsangehörigkeitsrechts ist die Ergänzung des Abstammungsprinzips um das *Geburtsrecht*. In Deutschland geborene Kinder ausländischer Eltern, von denen mindestens ein Elternteil seit wenigstens acht Jahren dauerhaft und rechtmäßig in Deutschland lebt und eine Aufenthaltsberechtigung oder seit mindestens drei Jahren eine unbefristete Aufenthaltser-

laubnis hat, erhalten die deutsche Staatsbürgerschaft, meistens zusätzlich zu der ihrer Eltern.

Auch die Kinder, die am 01.01.2000 das 10. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten und ihren gewöhnlichen Aufenthalt rechtmäßig in Deutschland hatten, konnten auf Antrag ihrer Eltern eingebürgert werden. Das neue Staatsangehörigkeitsgesetz lässt die Mehrstaatlichkeit für diese Kinder bis zur Volljährigkeit zu. Dieser Antrag konnte jedoch nur bis zum 31.12.2000 gestellt werden.

Standardbevölkerung

Siehe Europäische Standardbevölkerung.

Sterbefälle

Siehe Gestorbene.

Straßenverkehrsunfälle

Nach dem Straßenverkehrsunfallstatistikgesetz (StVUnfStatG) werden Unfälle erfasst, die sich infolge des Fahrverkehrs auf öffentlichen Wegen und Plätzen ereignet haben und polizeilich aufgenommen worden sind; das sind vor allem solche mit größeren Sach- und Personenschäden. Jeder Unfall wird nur einmal ausgewiesen. Das Zuordnungskriterium ist die jeweils schwerste Unfallfolge. Die Statistik wird nach dem Ereignis- und nicht nach dem Wohnortprinzip (*siehe* jeweils dort) der verunglückten Personen ausgewertet. Da nicht alle Unfälle erfasst werden, muss von einer nicht unerheblichen Dunkelziffer ausgegangen werden.

Stundenfälle

Patientinnen/Patienten, die in ein Krankenhaus aufgenommen und noch am gleichen Tag wieder entlassen bzw. in ein anderes Krankenhaus verlegt werden, sowie Patientinnen/Patienten, die am Aufnahmetag verstorben sind. Stundenfälle innerhalb eines Tages sind mit der Novellierung der Krankenhausstatistik-Verordnung (KHStatV) (*siehe* dort) seit 2002 in der Summe der Krankenhausfälle (vgl. auch Fallzahl) enthalten und werden nicht mehr gesondert ausgewiesen. Für die Auswertung der Diagnosedaten der Patientinnen/Patienten in den Krankenhäusern ist der Nachweis im Rahmen von Sonderauswertungen möglich.

Tages- und Nachtambulanzplätze

Kapazitäten zur *teilstationären Versorgung* (regelmäßige Verweildauer im Krankenhaus von weniger als 24 Stunden) werden nach der Krankenhausstatistik-Verordnung (*siehe* dort) in Plätzen, nicht in Betten, angegeben.

Tages- und Nachtpflege (Teilstationäre Pflege)

Siehe Pflegebedürftige.

Todesfälle an meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten

Sterbefälle an bestimmten durch das Infektionsschutzgesetz festgelegten Krankheiten (z. B. Cholera, Diphtherie, Masern, Typhus) werden von den Berichtspflichtigen an die Gesundheitsämter gemeldet und vom RKI ausgewertet.

Todesursachenspezifische Sterblichkeit

Berücksichtigt den Einfluss einzelner Todesursachen oder Todesursachengruppen auf die Mortalität.

Todesursachenstatistik

Angaben des Arztes auf dem Leichenschauschein über die Todesart (natürlicher bzw. nicht natürlicher Tod) und Todesursache. Da die Todesursachenstatistik unikausal aufbereitet wird, geht nur eine Krankheit, das Grundleiden (die Krankheit oder Verletzung, die direkt zum Tode führende Krankheitszustände auslöste oder die Umstände des Unfalls oder der Gewalteinwirkung, die den tödlichen Ausgang verursachten), in die Statistik ein.

Seit 1998 werden die Daten nach der „Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandten Gesundheitsproblemen“ (ICD-10) der WHO aufbereitet. Ein Vergleich mit den vom Januar 1979 bis Dezember 1997 vorliegenden Daten der „Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD 9) ist bei zahlreichen Todesursachen nur mit Einschränkungen möglich. Die Validität der Todesursachenstatistik wird zudem durch mögliche Fehlkodierungen aufgrund von Fehlinterpretationen von Kodierregeln und den Statistischen Ämtern nicht zugeleitete Totenscheine beeinträchtigt.

Totgeborene

Siehe Geborene.

Totgeburtensziffer

Anzahl der Totgeborenen je 1.000 Geborene (Lebend- und Totgeborene).

Vergütungen in Pflegeeinrichtungen

An stationäre Pflegeeinrichtungen zu zahlende Entgelte für allgemeine Pflegeleistungen nach Art der Pflegeleistung und Pflegeklassen sowie für Unterkunft und Verpflegung. Sie werden zweijährlich erhoben und in der Pflegestatistik (*siehe* Pflegestatistik-Verordnung) ausgewiesen.

Verlorene Lebensjahre

Der Gesundheitsindikator „Verlorene Lebensjahre“ - Potential Years of Life Lost (PYLL) - ermöglicht die Identifizierung derjenigen Erkrankungsgruppen, die einen besonders großen Anteil zum vorzeitigen Versterben (Vorwegnahmestorblichkeit) in der Bevölkerung beitragen. Ausgehend von einer vorgegebenen Altersgrenze - hier 65 Jahre - werden für alle vor Erreichung der Altersgrenze Verstorbenen die nicht gelebten Jahre, das verlorene Potenzial, aufsummiert sowie als Rate je 100.000 Einwohner gebildet. Bei Bezug auf eine Standardbevölkerung (z. B. Europäische Standardbevölkerung) entsteht die entsprechende standardisierte Maßzahl.

Vermeidbare Todesfälle

Gegenwärtig zählen 29 Todesursachen und -gruppen (im Auftrag der Europäischen Gemeinschaft von einer Arbeitsgruppe definiert) zu den vermeidbaren Todesfällen (VTF).

Nach heutigem medizinischen Kenntnisstand ist es möglich, die definierten Krankheitsdiagnosen erfolgreich zu behandeln oder sie durch gezielte Prävention gar nicht erst entstehen zu lassen.

Die Vermeidbarkeit von Todesfällen wird nur innerhalb definierter Altersgruppen gesehen. Bei den meisten „vermeidbaren“ Todesursachen ist die obere Grenze das 65. Lebensjahr, da sich durch zunehmendes Lebensalter und durch zunehmende Multimorbidität bei älteren Personen Todesfälle weniger „vermeiden“ lassen.

Verminderte Erwerbsfähigkeit

Bezeichnet einen krankheits- bzw. behinderungsbedingten physischen bzw. psychischen Zustand, der die Fähigkeit eines Menschen einschränkt, seinen Lebensunterhalt mit der Ausübung einer beruflichen Tätigkeit zu verdienen.

In Deutschland spielt der Begriff vor allem für eine Rente wegen Erwerbsminderung aus der gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) eine Rolle. Seit 1. Januar 2005 stellt die Erwerbsfähigkeit auch ein Kriterium dafür dar, ob man Ansprüche nach dem SGB II (Arbeitslosengeld II) oder nach dem Sozialhilferecht (SGB XII) (hier Grundsicherung im Alter oder bei Erwerbsminderung oder Hilfe zum Lebensunterhalt) hat, sofern man seinen Lebensunterhalt nicht selbst sicherstellen kann.

Eine *teilweise Erwerbsminderung* liegt nach § 43 SGB VI vor, wenn der Antragsteller auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur noch drei bis unter sechs Stunden täglich tätig sein kann. Eine *volle Erwerbsminderung* ist nach § 43 SGB VI dann gegeben, wenn die Erwerbsfähigkeit derart eingeschränkt ist, dass Tätigkeiten auf dem Arbeitsmarkt nur noch weniger als drei Stunden täglich verrichtet werden können.

Vertragsärztliche und vertragspsychotherapeutische Versorgung

Im Folgenden genannte rechtliche Grundlagen der vertragsärztlichen/-psychotherapeutischen Versorgung sind in den §§ 72 - 105 und § 311 Sozialgesetzbuch (SGB) V geregelt:

Ärztinnen/Ärzte, Zahnärztinnen/-ärzte, Psychotherapeutinnen/-therapeuten, medizinische Versorgungszentren und Krankenkassen wirken zur *Sicherstellung* der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten zusammen.

Die vertragsärztliche Versorgung ist durch Verträge der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Verbänden der Krankenkassen so zu regeln, dass eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse gewährleistet ist. Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben die vertragsärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entsprechend sicherzustellen.

Die vertragsärztliche/vertragspsychotherapeutische Versorgung gliedert sich in die *hausärztliche* und die *fachärztliche* Versorgung (siehe auch Hausärzte).

An der vertragsärztlichen Versorgung nehmen *zugelassene und ermächtigte Ärztinnen/Ärzte und Psychotherapeutinnen/-therapeuten* sowie zugelassene medizinische Versorgungszentren und ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen teil. *Medizinische Versorgungszentren* sind fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind.

Anhand der in den Bedarfsplanungs-Richtlinien-Ärzte (hrsg. vom Gemeinsamen Bundesausschuss, in der Neufassung vom 15.02.2007) festgelegten allgemeinen Verhältniszahlen - Einwohner je Ärztin/Arzt nach definierten Raumgliederungen - wird der *Versorgungsgrad* je Planungsbereich (in Berlin sind ab dem 01.06.2003 die bisherigen Planungsbereiche, die den Verwaltungsbezirken entsprachen, zu einem einzigen zusammengelegt worden: Planungsbereich Berlin Bundeshauptstadt im Zulassungsbezirk Berlin) und Arztgruppe errechnet. Dabei bilden u. a. psychotherapeutisch tätige Ärztinnen/Ärzte und Psychotherapeutinnen/-therapeuten zusammen sowie Hausärztinnen/-ärzte mit Ausnahme der Kinderärztinnen/-ärzte jeweils eine Arztgruppe. Wird eine *Übersversorgung* (Überschreiten des allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrades um 10 vom Hundert) festgestellt, ist eine *Zulassungsbeschränkung* anzuordnen.

Verweildauer

Gibt an, wie lange der Aufenthalt eines Patienten im Krankenhaus bzw. in einer Fachabteilung im Berichtsjahr durchschnittlich gedauert hat. Sie wird gebildet aus dem Quotienten von Berechnungs- und Belegungstagen (bis 2001: Pfl egetagen) und der entsprechenden Fallzahl (der Einrichtung bzw. der Fachabteilung). Die durchschnittliche Verweildauer wird sowohl in den Teilen I - Grunddaten und III - Kostennachweis als auch im Teil II - Diagnosen der Krankenhausstatistik-Verordnung (*siehe dort*) berechnet. Da der Berechnung jeweils unterschiedliche Fallzahlen (*siehe dort*) zugrunde liegen, können die Verweildauerwerte voneinander abweichen.

Vollzeitäquivalente (Vollkräfte)

Zahl der während eines Berichtsjahres Beschäftigten, umgerechnet auf die volle tarifliche Arbeitszeit.

Krankenhauspersonal mit direktem und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis im Krankenhaus:

In die Umrechnung auf Vollzeitäquivalente wurden neben dem *ärztlichen Personal* mit direktem Beschäftigungsverhältnis im Krankenhaus (hauptamtlich Tätige) bis 30. September 2004 auch Ärztinnen/Ärzte im Praktikum (*siehe dort*) einbezogen.

Beim *nichtärztlichen Personal* sind für die Ermittlung der Zahl der Vollkräfte Personen, die in der Krankenpflege oder Kinderkrankenpflege ausgebildet werden, im Verhältnis 9,5 zu 1 auf die Stelle einer in diesen Berufen voll ausgebildeten Person anzurechnen; vor dem 1. Januar 2005 galt das Verhältnis von 7 zu 1. Krankenpflegehilfeschüler und -schülerinnen werden im Verhältnis 6 zu 1 berücksichtigt.

Zusätzlich zum Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis wird in der Krankenhausstatistik seit 2009 das *Krankenhauspersonal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis* erfasst und, umgerechnet in Vollkräfte, nachrichtlich ausgewiesen. Dabei handelt es sich z. B. um Personen, die im Personal-Leasing-Verfahren, im Rahmen einer konzerninternen Personalgesellschaft oder als Honorarkräfte im Krankenhaus eingesetzt werden. Entscheidend ist, dass die Leistung von der Einrichtung erbracht wird und sie sich zur Bewältigung dieser Aufgabe Personalverstärkung in Form von Zeitarbeit o. Ä. hinzuholzt (Personal einer Fremdfirma, die z. B. die Reinigung in der Einrichtung übernommen hat, rechnet nicht dazu).

Vorzeitige Sterblichkeit

Gestorbene von 0 bis 64 Jahren. Die vorzeitige Sterblichkeit ist von besonderem Interesse, um Gesundheitsrisiken festzustellen. Aus der Sicht von Entscheidungsträgern scheinen hier am ehesten Interventionen, sei es in der Prävention oder in der medizinischen Versorgung, möglich und notwendig.

Wohngeld

Wohngeld wird zur wirtschaftlichen Sicherung angemessenen und familiengerechten Wohnens auf Antrag bei den Wohngeldämtern als Mietzuschuss für Mieter einer Wohnung oder eines Zimmers oder als Lastenzuschuss für Eigentümer eines Eigenheims oder einer Eigentumswohnung bei Bedürftigkeit gezahlt. Seit 01.01.2005 sind Empfänger von Transferleistungen wie z. B. Arbeitslosengeld II, Sozialgeld oder Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nicht mehr anspruchsberechtigt, da angemessene Unterkunftskosten im Rahmen der jeweiligen Sozialleistung Berücksichtigung finden. Seither wird unterschieden nach reinen Wohngeldempfängerhaushalten und wohnungsrechtlichen Teilhaushalten in Mischhaushalten (Haushalte, in denen sowohl wohngeldberechtigte als auch transferleistungsempfangende Personen leben); in der in diesem Bericht enthaltenen Tabelle ist die Gesamtzahl der Empfängerhaushalte ausgewiesen.

Wohnortprinzip

Erfassung nach dem Wohnort der von dem erhobenen Tatbestand betroffenen Person (*siehe auch Ereignisprinzip*).

Zahnärztinnen/Zahnärzte

Einschließlich kieferorthopädisch und oralchirurgisch weitergebildete Zahnärztinnen/Zahnärzte.

Abkürzungen

ÄBD	Ärztlicher Bereitschaftsdienst
abs.	absolut
Abs.	Absatz
AEV	Arbeiter-Ersatzkassen-Verband
AfS	Amt für Statistik Berlin-Brandenburg
AG	Altersgruppe(n)
AIDS	acquired immune deficiency syndrome (erworbenes Immundefektsyndrom)
AiP	Arzt im Praktikum
ÄK	Ärztammer Berlin
AKV	Allgemeine Krankenversicherung
AK VGRdL	Arbeitskreis „Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen der Länder“
Alg	Arbeitslosengeld
allg.	allgemein
altersstand.	altersstandardisiert
a. n. k.	andernorts nicht klassifiziert
Anm.	Anmerkung
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
AOLG	Arbeitsgemeinschaft Oberster Landesgesundheitsbehörden
AsylbLG	Asylbewerberleistungsgesetz
AUDOBEM	audit of obstetric emergencies
AWO	Arbeiterwohlfahrt
BAG	Berufsausübungsgemeinschaften
BAuA	Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
BGBI. I	Bundesgesetzblatt Teil I
BIBB	Bundesinstitut für Berufsbildung
BImSchG	Bundes-Immissionsschutzgesetz
BKiSchG	Bundeskinderschutzgesetz
BKK	Betriebskrankenkasse
BL	Bundesland, Bundesländer
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMI	Body-Mass-Index
BsbM	Beschäftigungsstatistik schwerbehinderter Menschen aus dem Anzeigeverfahren gemäß § 80 Abs. 2 SGB IX
BSHG	Bundessozialhilfegesetz
bzgl.	bezüglich
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
COPD	chronical obstructive pulmonary disease (chronische obstruktive Lungenkrankheit)
DAH	Deutsche AIDS-Hilfe
DAJ	Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e. V.
DAK	Deutsche Angestellten-Krankenkasse
dar.	darunter
dB(A)	Dezibel, A = adjusted (für angewandte Bewertungsmethode zur Bestimmung des Schallintensitätspegels)
DCO	Death Certificate Only
DDR	Deutsche Demokratische Republik

DFG	Deutsche Forschungsgemeinschaft
DFLE	Dependency-free Life Expectancy (Lebenserwartung ohne Behinderung bzw. Pflegebedürftigkeit)
dgl.	dergleichen
d. h.	das heißt
DMF-T	decayed (kariös zerstört), missing (fehlend), filled (gefüllt), teeth (bleibende Zähne)
DMR	direct mortality ratio (direkt altersstandardisierte Mortalitätsrate)
DPWV	Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband
Dr.	Doktor
DRGs	Diagnosis Related Groups (diagnose-orientierte Fallpauschalen)
DRK	Deutsches Rotes Kreuz
Drs.	Drucksache
DRV	Deutsche Rentenversicherung
ebd.	ebenda
EHS	Erste-Hilfe-Stelle
Einw.	Einwohner
ENTIS	European Network of Teratology Information Services
ESPAD	European School Survey Projekt on Alcohol and other Drugs
ESU	Einschulungsuntersuchungen
et al.	et alii [lat.] (und andere)
etc.	et cetera (und so weiter)
EU	Europäische Union
EUR	Euro
Eurobev.	Europäische Standardbevölkerung
e. V.	eingetragener Verein
f.	folgende [Seite]
ff.	folgende [Seiten]
FPG	Fallpauschalengesetz
g	Gramm
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GBE	Gesundheitsberichterstattung
GdB	Grad der Behinderung
GDG	Gesundheitsdienst-Gesetz
GEDA	Gesundheit in Deutschland aktuell
gem.	gemäß
GerMed	Landesinstitut für gerichtliche und soziale Medizin Berlin
ggf.	gegebenenfalls
GIZ	Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit
GKR	Gemeinsames Krebsregister der Länder Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und der Freistaaten Sachsen und Thüringen
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
GKV-OrgWG	GKV-Organisationsweiterentwicklungsgesetz
GKV-VStG	GKV-Versorgungsstrukturgesetz
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GMG	GKV-Modernisierungsgesetz
GSI	Gesundheits- und Sozialinformationssystem
GVBl.	Gesetz- und Verordnungsblatt für Berlin
h	hora (Stunde)
Hib	Haemophilus influenzae Typ b

HIV	human immunodeficiency virus (Humane Immundefizienz-Viruskrankheit)
Hrsg.	Herausgeber, herausgegeben
HzL	Hilfe zum Lebensunterhalt
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme), 10. Revision
ICD-10-GM	ICD-10 <i>siehe oben</i> , German Modification
i. e. S.	im engeren Sinn
IfSG	Infektionsschutzgesetz
IFT	Institut für Therapieforschung, München
IGeL	individuelle Gesundheitsleistungen
IGES	Institut für Gesundheits- und Sozialforschung
IKK	Innungskrankenkasse
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
inkl.	inklusive
insg.	insgesamt
ISHD	Ischaemic Heart Disease (ischämische Herzkrankheiten)
IT	Informationstechnik
i. v.	intravenös
i. w. S.	im weiteren Sinn
JVA	Justizvollzugsanstalt
k. A.	keine Angabe
Kap.	Kapitel
KBoN	Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik
KBS	Krankenversicherung Knappschaft-Bahn-See
KfW	Kreditanstalt für Wiederaufbau
kg	Kilogramm
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KHRG	Krankenhausfinanzierungsreformgesetz
KHStatV	Krankenhaus-Statistik-Verordnung
KJGD	Kinder- und Jugendgesundheitsdienst
KJP	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/in
KJpD	Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst
KIdB	Klassifizierung der Berufe
Krh.	Krankheiten
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KVdR	Krankenversicherung der Rentner
KZBV	Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
KZV	Kassenzahnärztliche Vereinigung
LABO	Landesamt für Bürger- und Ordnungsangelegenheiten
LAGeSo	Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin
LBFW	Landesbasisfallwert
LKG	Landeskrankenhausgesetz
LKK	Landwirtschaftliche Krankenkassen
LPfllGG	Landespflegegeldgesetz
m	Meter
m.	männlich
max.	maximal

med.	medizinisch
MedDRA	Medical Dictionary for Regulatory Activities
Mio.	Million(en)
MKG	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
Mrd.	Milliarden
MRSA	Methicillin-resistente Staphylococcus aureus
MRV	Maßregelvollzug
MSM	Männer, die Sex mit Männern haben
MTA	Medizinisch-technische/r Assistent/in
MVZ	Medizinische Versorgungszentren
n. n. bez.	nicht näher bezeichnet
Nr., Nrn.	Nummer, Nummern
n. z.	nicht zuordenbar
ÖGD	öffentlicher Gesundheitsdienst
PEI	Paul-Ehrlich-Institut
PflegeG	Gesetz über Pflegeleistungen
PflegeStatV	Pflegestatistik-Verordnung
Pkt.	Punkt, Punkte
PMTCT	Preventing Mother-to-Child Transmission
PolPräs	Der Polizeipräsident in Berlin
PP	Psychologische/r Psychotherapeut/in
Prof.	Professor/in
PsychKG	Psychischkrankengesetz
PsychThG	Psychotherapeutengesetz
PT	Psychotherapeuten, Psychotherapeutinnen, Psychotherapie
PTA	Pharmazeutisch-technische/r Assistent/in
PtK	Psychotherapeutenkammer Berlin
PVdR	Pflegeversicherung der Rentner
PVZ	Pharmakovigilanz- und Beratungszentrum
PYLL	Potential Years of Life Lost (verlorene Lebensjahre)
rd.	rund
RdB	Rat der Bürgermeister
Reha.	Rehabilitation
RKI	Robert Koch-Institut
S.	Seite
SchKG	Schwangerschaftskonfliktgesetz
SchwB	Schwerbehinderte
SenBJW	Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Wissenschaft Berlin
SenFin	Senatsverwaltung für Finanzen Berlin
SenGesSoz	Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin
SenInnSport	Senatsverwaltung für Inneres und Sport Berlin
S-ENS	Screening des Entwicklungsstandes bei Einschulungsuntersuchungen
SenStadtUm	Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Umwelt Berlin
SGB	Sozialgesetzbuch
SIDS	sudden infant death syndrome (Plötzlicher Kindstod)
SMR	Standardized Mortality Ratio (indirekt altersstandardisierte Mortalitätsrate)
SOC	System Organ Class
SpD	Sozialpsychiatrischer Dienst

SSW	Schwangerschaftswoche
StAG	Staatsangehörigkeitsgesetz
standard.	standardisiert
StBA	Statistisches Bundesamt
StGB	Strafgesetzbuch
STI	sexually transmitted infections (sexuell übertragbare Infektionskrankheiten)
s. u.	siehe unten
Tbc	Tuberkulose
Tsd.	Tausend
U (1 - 9)	Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen für Kinder
u.	und
u. a.	und andere, und anderes, unter anderen, unter anderem
u. ä.	und älter
UAW	unerwünschte Arzneimittelwirkung
üBAG	überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft
UBSKM	Unabhängiger Beauftragter für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs
u. m.	und mehr
UPD	Unabhängige Patientenberatung Deutschland
usw.	und so weiter
u. v. m.	und viele mehr
VÄndG	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz
VdAK	Verband der Angestelltenkrankenkassen e. V.
VdEK	Verband der Ersatzkassen e. V.
vgl.	vergleiche
VGR	Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung/en
v. H.	vom Hundert
Vol.	volume
vs.	versus
VStG	Versorgungsstrukturgesetz
VTF	vermeidbare Todesfälle
VWD	Verweildauer
VZÄ	Vollzeitäquivalente
w.	weiblich
WHO	World Health Organization
WZ	Wirtschaftszweigklassifikation
ZAA	Zentrale Aufnahmeeinrichtung für Asylbewerber
ZÄD	Zahnärztlicher Dienst
ZÄK	Zahnärztekammer Berlin
z. B.	zum Beispiel
ZI	Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung
ZLA	Zentrale Leistungsstelle für Asylbewerber
ZMGA	Zentrale medizinische Gutachtenstelle
ZNS	Zentralnervensystem
z. T.	zum Teil
ZuInvG	Zukunftsinvestitionsgesetz
ZV	Zulassungsverordnung [für Vertrags(zahn)ärzte]
ZV-Ä	Zulassungsverordnung für Vertragsärzte
z. Zt.	zur Zeit

Publikationsverzeichnis

Im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung und des Sozialstatistischen Berichtswesens wurden vom Referat Gesundheitsberichterstattung, Epidemiologie, Gemeinsames Krebsregister, Sozialstatistisches Berichtswesen, Gesundheits- und Sozialinformationssysteme der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales folgende Veröffentlichungen herausgegeben:

Gesundheitsberichterstattung (GBE)

Basisberichte

Diese Berichtsform (ISSN 1617-9242) enthält Tabellen, die sich am Indikatorensatz der Länder orientieren, Erläuterungen sowie kurze Ergebnisbeschreibungen zu verschiedenen Themenfeldern. Der Bericht erscheint jährlich. Ab Basisbericht 2001 als PDF-Datei abrufbar unter <http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/gesundheit/basis.html>.

- Basisbericht 2012/2013 (2013). Schwerpunktthema „Chronische Erkrankungen“.
- Basisbericht 2010/2011 (2011). Schwerpunktthema „Ambulante Versorgung und Morbidität“.
- Basisbericht 2009 (2010). Schwerpunktthema „Frauen und Männer im Erwerbsalter“.
- Basisbericht 2008 (2009). Schwerpunktthema „Ältere Menschen in Berlin“.
- Basisbericht 2006/2007 (2008). Schwerpunktthema „Ausländische Bevölkerung und Bevölkerung mit Migrationshintergrund“.
- Basisbericht 2005 (2006). Schwerpunktthema „Kinder und Jugendliche“.
- ...
- Jahresgesundheitsbericht 1961

Spezialberichte - GBE

Diese Berichtsform (ISSN 1617-9250) wird zu Schwerpunktthemen erarbeitet; sie enthält Analysen, Zusammenhänge und Handlungsempfehlungen. PDF-Dateien abrufbar unter <http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/gesundheit/spezial.html>.

- Häßler, Kathleen; Hermann, Sabine; Adloff, Inis; Grahl, Rainer; Lenz, Simone (2011):
Mundgesundheit der Berliner Kinder. Ergebnisse des Schuljahres 2009/2010. Spezialbericht 2011-2.
- Meinschmidt, Gerhard (Herausgeber) (2011):
Sozialstruktur und Kindergesundheit - Ein Atlas für Berlin auf der Basis der Einschulungsuntersuchungen 2007/2008. Spezialbericht 2011-1.
- Meinschmidt, Gerhard (Herausgeber) (2009):
Sozialstrukturatlas Berlin 2008 - Ein Instrument der quantitativen, interregionalen und intertemporalen Sozialraumanalyse und -planung. Spezialbericht 2009-1.
- Bettge, Susanne; Nickel, Jennifer; Schulz, Mandy; Helle, Nadine; Hermann, Sabine; Meinschmidt, Gerhard; Ravens-Sieberer, Ulrike (2008):
Gesundheits- und Risikoverhalten von Berliner Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse der HBSC-Studie 2006. Spezialbericht 2008-2.
- Oberwöhrmann, Sylke; Bettge, Susanne (2008):
Grundaussagen der Einschulungsdaten 2006 zur gesundheitlichen und sozialen Lage von Kindern in Berlin. Spezialbericht 2008-1.

- Oberwöhrmann, Sylke; Bettge, Susanne (2007):
Basisdaten zur gesundheitlichen und sozialen Lage von Kindern in Berlin. Ergebnisse auf der Basis der Einschulungsuntersuchungen 2005. Spezialbericht 2007-1.
- Bettge, Susanne; Oberwöhrmann, Sylke et al. (2006):
Zur gesundheitlichen und sozialen Lage von Kindern in Berlin. Ergebnisse und Handlungsempfehlungen auf der Basis der Einschulungsuntersuchungen 2004. Spezialbericht 2006-1.
- Meinschmidt, Gerhard (Herausgeber) (2004):
Sozialstrukturatlas Berlin 2003 - Ein Instrument der quantitativen, interregionalen und intertemporalen Sozialraumanalyse und -planung. Spezialbericht 2004-1.
- Delekat, Dietrich (2003):
Zur gesundheitlichen Lage von Kindern in Berlin - Ergebnisse und Handlungsempfehlungen auf Basis der Einschulungsuntersuchungen 2001. Spezialbericht 2003-2.
- Meinschmidt, Gerhard; Imme, Uwe; Seeger, Michael (2003):
Sozialhilfeempfängerprognoseverfahren in Berlin. Spezialbericht 2003-1.
- Kis, Anita; Bömermann, Hartmut; Hermann, Sabine; Schieritz, Frank; Unger, Gisela (2002):
Diagnosedaten der Berliner Krankenhauspatienten 1994-1999. Spezialbericht 2002-1.
- Delekat, Dietrich; Kis, Anita (2001):
Zur gesundheitlichen Lage von Kindern in Berlin - Ergebnisse und Handlungsempfehlungen auf Basis der Einschulungsuntersuchungen 1999. Spezialbericht 2001-1.
- Meinschmidt, Gerhard (Herausgeber) / SenGesSoz; Brenner, M. H. (Herausgeber) / TU Berlin (1. Ausgabe 1999):
Sozialstrukturatlas Berlin 1999 - Eine soziale Diagnose für Berlin - .
- Hermann, Sabine; Imme, Uwe; Meinschmidt, Gerhard (1997):
Sozialstrukturatlas 1997 - Eine disaggregierte statistische Sozialraumanalyse - .
- Hermann, Sabine; Meinschmidt, Gerhard (1997):
Sozialstrukturatlas Berlin - Fortschreibung 1997 - .
- Hermann, Sabine; Meinschmidt, Gerhard (1995):
Sozialstrukturatlas Berlin. Erste gemeinsame Berechnung für alle Bezirke.
- Meinschmidt, Gerhard; Imme, Uwe; Kramer, Ramona (1990):
Sozialstrukturatlas Berlin (West). Eine statistisch-methodische Analyse mit Hilfe der Faktorenanalyse.

Grundausswertungen - GBE

PDF-Dateien abrufbar unter <http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/gesundheit/grundausswertungen.html>.

- Bettge, Susanne; Oberwöhrmann, Sylke (2013): Grundausswertung der Einschulungsdaten in Berlin 2012.
- Bettge, Susanne; Oberwöhrmann, Sylke (2012): Grundausswertung der Einschulungsdaten in Berlin 2011.
- Bettge, Susanne; Oberwöhrmann, Sylke (2011): Grundausswertung der Einschulungsdaten in Berlin 2010.
- Oberwöhrmann, Sylke; Bettge, Susanne (2011): Grundausswertung der Einschulungsdaten in Berlin 2009.
- Oberwöhrmann, Sylke; Bettge, Susanne (2009): Grundausswertung der Einschulungsdaten in Berlin 2008.
- Bettge, Susanne; Oberwöhrmann, Sylke (2009): Grundausswertung der Einschulungsdaten in Berlin 2007.

Diskussionspapiere zur Gesundheits- und Sozialforschung

In dieser Reihe (ISSN 1868-4475) werden Themen von besonderer gesundheitspolitischer Bedeutung diskutiert sowie strittige oder widersprüchliche Aspekte des Themas aufgezeigt. Die Diskussionspapiere erscheinen in unregelmäßiger zeitlicher Folge. PDF-Dateien abrufbar unter <http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/veroeffentlichungen/diskussionspapiere.html>.

34. Meinschmidt, Gerhard; Bettge, Susanne; Oberwöhrmann, Sylke; Sallmon, Sylke; Schulz, Mandy (2009):
Zur demografischen Entwicklung und ihren Auswirkungen auf Morbidität, Mortalität, Pflegebedürftigkeit und Lebenserwartung. Erste Ansätze zur Ableitung von Gesundheitszielen für die ältere Bevölkerung in Berlin.
33. Hauschild, Beate; Baum, Christiane (2000):
Dokumentation zur Strukturentwicklung des gemeindeintegrierten psychiatrischen Versorgungssystems. Zweiter Basisdatenbericht (1998) zur Versorgung im ambulant/komplementären Bereich (Betreutes Wohnen und Tagesstätten).
32. Hauschild, Beate; Baum, Christiane (1998):
Dokumentation zur Strukturentwicklung des gemeindeintegrierten psychiatrischen Versorgungssystems. Erster Basisdatenbericht (1997) zur Versorgung im ambulant/komplementären Bereich (Betreutes Wohnen und Tagesstätten).
31. Wiesner-Balcke, Waltraud; Angerman, Regina (1997):
Allergische Erkrankungen und Beschwerden bei Berliner Einschülern im Vergleich mit dem Land Brandenburg - Analyse, Bezirksvergleiche, bezirkliches Vorsorgeprogramm -.
30. Kiss, Anita (1997):
Gesundheit und Gesundheitsverhalten von Jugendlichen in Berlin unter besonderer Berücksichtigung der Ergebnisse der Schulentlassungsuntersuchungen 1994/95.
29. Scholz, Rembrandt D.; Thoeke, Henning (1997):
Lebenserwartung in Berlin 1986-1994. - Trends und regionale Unterschiede -.
28. Hiestermann, Angelika; Hillen, Thomas (1996):
Zur psychosozialen Befindlichkeit der Berliner Bevölkerung. - Eine statistische Analyse -.
27. Dohnke-Hohrmann, Sylvia; Reich, Renate (1995):
Der Mund- und Zahngesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen 1992/93 in Berlin.
26. Hermann, Sabine; Hiestermann, Angelika (1995):
Zur gesundheitlichen und sozialen Lage von Frauen in Berlin. - Eine erste geschlechtsspezifische empirische Diagnose -.
25. Beblo, Miriam (1995):
Zur Dimension der sozialen und gesundheitlichen Lage älterer Menschen in Berlin. Eine statistisch-empirische Diagnose.
24. Rothe, Kerstin u.a. (1995):
Vergleichbare Strukturdaten des Sozial- und Gesundheitswesens ausgewählter Großstädte der Bundesrepublik Deutschland 1992.
23. Kiss, Anita; Hermann, Sabine; Thoeke, Henning (1995):
Vermeidbare Sterbefälle in Berlin 1983-1992.
22. Kiss, Anita (1995):
Zur gesundheitlichen Lage von Jugendlichen in Berlin unter besonderer Berücksichtigung der Ergebnisse der Schulentlassungsuntersuchungen 1991/1992 - eine statistische Analyse -.
21. Radoschewski, Michael; Kirschner, Wolf; Kirschner, Renate; Heydt, Kerstin (1994):
Entwicklung eines Präventionskonzeptes für das Land Berlin.

20. Koch-Malunat, Norbert (1994):
Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen 1990 in Berlin-West - eine statistische Analyse -.
19. Thielke, Henning; Meusel, Katharina (1994):
Zur Überlebensdauer von Typ-II-Diabetikern. Ergebnisse einer 20jährigen Follow-up-Studie in Berlin-Ost.
18. Hermann, Sabine; Imme, Uwe; Meinschmidt, Gerhard (1993):
Zur Sozialstruktur in den östlichen und westlichen Bezirken Berlins auf der Basis des Mikrozensus 1991.- Erste methodische Berechnungen mit Hilfe der Faktorenanalyse -.
17. Kirschner, Wolf; Radoschewski, Michael (1993):
Gesundheits- und Sozialsurvey in Berlin.
16. Kiss, Anita (1992):
Ergebnisse der Schulentlassungsuntersuchungen 1988/89 in Berlin (West).
15. Koch-Malunat, Norbert; Klausning, Michael (1990):
Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen 1987 in Berlin (West).
14. Haecker, Gero; Kirschner, Wolf; Meinschmidt, Gerhard (1990):
Zur „Lebenssituation von Sozialhilfeempfängern“ in Berlin (West).
13. Liedtke, Dieter; Wanjura, Marlies (1989):
Projekt: Beratungspfleger (Teil 2).
12. Becker, Barbara; Kramer, Ramona; Meinschmidt, Gerhard (1989):
Zur subjektiven Morbidität der Berliner Bevölkerung.
11. Baum, Christiane; Koch-Malunat, Norbert; Seeger, Michael (1989):
Vergleichbare Strukturdaten des Sozial- und Gesundheitswesens ausgewählter Großstädte der Bundesrepublik.
10. Liedtke, Dieter (1988):
Projekt: Beratungspfleger (Teil 1).
9. Meinschmidt, Gerhard (1988):
Sozialhilfeempfänger auf dem Weg zurück ins Berufsleben. Grundgedanken zum Berliner Modell der Beschäftigung von arbeitslosen Sozialhilfeempfängern. Eine empirische Einstiegsstudie, die zu diesem Problemkomplex bei den Berliner Arbeitgebern durchgeführt wurde.
8. Referat Sozial- und Medizinalstatistik, EDV-gestützte Fachinformationssysteme (1988):
Sozialhilfeempfänger in sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung. Statistischer Erfahrungsbericht zum 500er Programm.
7. Referat Sozial- und Medizinalstatistik, EDV-gestützte Fachinformationssysteme (1988):
Ergebnisse der Schulentlassungsuntersuchungen 1985/86 in Berlin (West) nach Kriterien des Jugendarbeitsschutzgesetzes.
6. Referat Sozial- und Medizinalstatistik, EDV-gestützte Fachinformationssysteme; Mader, Sylvia (1988):
Die Jugendzahnpflege 1986. Eine Untersuchung über den Zahnstatus bei Kindern und Jugendlichen in Berlin (West).
5. Meinschmidt, Gerhard (1988):
Strukturanalyse pflegebedürftiger Menschen in Berlin. Eine statistische Analyse.
4. Meinschmidt, Gerhard; Völker-Oswald, Ingrid (1988):
Zum Bedarf an Unterstützung in Hilfssituationen älterer Menschen in Berlin. Eine statistische Analyse.
3. Imme, Uwe; Meinschmidt, Gerhard (1986):
Strukturanalyse arbeitsloser Sozialhilfeempfänger. Eine statistische Analyse.

2. Imme, Uwe; Meinlschmidt, Gerhard; Wanjura, Marlies (1986):
Der Krankenpflegenotfalldienst durch Sozialstationen. Eine Zwischenbilanz aus empirischer Sicht.
1. Meinlschmidt, Gerhard (1986):
Ärzte beurteilen Sozialstationen. Eine statistisch empirische Diagnose.

Gesundheitsbarometer

PDF-Dateien abrufbar unter <http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/veroeffentlichungen/barometer.html>.

- Hermann, Sabine; Imme, Uwe (1996):
Erhebung zu den zusätzlichen Öffnungszeiten anlässlich der „Schaustelle Berlin“ vom 29. Juni bis 25. August 1996.
Gesundheitsbarometer 3.
- Hermann, Sabine; Meinlschmidt, Gerhard; Thoelke, Henning (1994):
Eine repräsentative Erhebung zu Fragen der Gesundheit, der Prävention und ihrer Gestaltung. Gesundheitsbarometer 2.
- Hermann, Sabine; Meinlschmidt, Gerhard (1991):
Eine repräsentative Erhebung zur Gesundheitspolitik, der Politik im allgemeinen und zur Pflegeproblematik.
Gesundheitsbarometer 1.

Statistische Kurzinformationen - GBE

ISSN 1863-9305. PDF-Dateien abrufbar unter <http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/gesundheit/kurzinfo.html>.

- Häßler, Kathleen; Hermann, Sabine; Adloff, Inis; Grahl, Rainer (2013):
Mundgesundheit Berliner Kinder und Jugendlicher im Schuljahr 2011/2012. Statistische Kurzinformation 2013-2.
- Häßler, Kathleen; Hermann, Sabine (2013):
Geburtsgeschehen in Berlin 2011. Statistische Kurzinformation 2013-1.
- Häßler, Kathleen; Hermann, Sabine; Adloff, Inis; Grahl, Rainer (2012):
Mundgesundheit Berliner Kinder und Jugendlicher im Schuljahr 2010/2011. Statistische Kurzinformation 2012-1.
- Oberwöhrmann, Sylke; Bettge, Susanne; Hermann, Sabine (2011):
Kernindikatoren für Bezirksregionenprofile aus den Einschulungsdaten in Berlin. Statistische Kurzinformation 2011-1.
- Adloff, Inis; Häßler, Kathleen; Hermann, Sabine; Uhlig, Ursula (2010):
Mundgesundheit der Berliner Kinder im Schuljahr 2008/2009. Statistische Kurzinformation 2010-2.
- Häßler, Kathleen; Hermann, Sabine (2010):
Bericht über den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD) in Berlin 2008. Statistische Kurzinformation 2010-1.
- Häßler, Kathleen, Hermann, Sabine, Uhlig, Ursula (2009):
Mundgesundheit der Berliner Kinder im Schuljahr 2007/2008. Statistische Kurzinformation 2009-2.
- Häßler, Kathleen; Hermann, Sabine (2009):
Bericht über den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD) in Berlin 2007. Statistische Kurzinformation 2009-1.
- Kis, Anita; Geitner, Heide; Hermann, Sabine (2008):
Unfälle im Kindes- und Jugendalter. Statistische Kurzinformation 2008-1.
- Struck, Christiane; Hermann, Sabine (2007):
Geburtenentwicklung, Schwangerschaftsabbrüche und Schwangerschaftskonfliktberatung - Altersstruktur, Konfliktgründe, Ländervergleich -. Statistische Kurzinformation 2007-3.

- Häßler, Kathleen; Hermann, Sabine (2007):
Präventive und gesundheitsförderliche Leistungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes für Kinder und Jugendliche in Berlin. Statistische Kurzinformation 2007-2.
- Kis, Anita; Hermann, Sabine (2007):
Zur Suizidhäufigkeit in Berlin 1991 - 2005. Statistische Kurzinformation 2007-1.
- Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz (Hrsg.) (2006):
Alters- und geschlechtsspezifische Inanspruchnahme von Krankenhausbehandlungen in Berlin. Statistische Kurzinformation 2006-1.
- Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz (Hrsg.) (2005):
Pflegebedürftigkeit in Berlin unter besonderer Berücksichtigung der Lebenserwartung. Statistische Kurzinformation 2005-1.
- Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz (Hrsg.) (2002):
Stationäre Behandlung von Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises in den Berliner Krankenhäusern 2000. Statistische Kurzinformation 2002-4.
- Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz (Hrsg.) (2002):
Beschäftigte im Berliner Gesundheitswesen. Statistische Kurzinformation 2002-3.
- Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz (Hrsg.) (2002):
Die Diagnosedaten der Berliner Krankenhauspatienten 1994 - 1999. Statistische Kurzinformation 2002-2.
- Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz (Hrsg.) (2002):
Neueste Lebenserwartungsberechnungen für die Berliner Bezirke - Deutliche Zusammenhänge zwischen Lebenserwartung, vermeidbaren Sterbefällen und sozialer Lage -. Statistische Kurzinformation 2002-1.

Sozialstatistisches Berichtswesen (SBW)

Spezialberichte - SBW

Die Spezialberichte (ISSN 1861-9444) verfolgen die vertiefende Analyse von Erkenntnissen aus der Sozialstatistik nach unterschiedlichen Themenschwerpunkten. Sie erscheinen in unregelmäßiger zeitlicher Reihenfolge. PDF-Dateien abrufbar unter <http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/sozial/spezial.html>.

- Sallmon, Sylke; Mittelstaedt, Karin; Schenk, Ullrich (2011):
Zur sozialen Lage älterer Menschen in Berlin - Armutsrisiken und Sozialleistungsbezug. Spezialbericht 2011-1.
- Seeger, Michael (2006):
Einflussfaktoren und Strukturmerkmale für die Sozialhilfebedürftigkeit von Familien mit Kindern in Berlin an der Schwelle zu „Hartz IV“. Spezialbericht 2006-1.
- Schmidtke, Kerstin (2005):
Konzepte und Methoden zur Abbildung von Lebenslagen - Bildung von Lebenslagen-Indices am Beispiel der Berliner Sozialhilfestatistik 2005. Spezialbericht 2005-1.

Spezialberichte und Diskussionspapiere aus dem Themengebiet des Sozialstatistischen Berichtswesens vor dem Jahr 2005 finden Sie unter den Publikationen im Abschnitt Gesundheitsberichterstattung (GBE).

Grundausswertungen - SBW

PDF-Dateien abrufbar unter <http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/sozial/grundausswertungen.php>.

- Brandt, Britta; Greiner, Jürgen; Sallmon, Sylke (2013): Leistungen der Grundsicherung nach dem SGB XII in Berlin. Datenüberblick, Stand 31.12.2012.

- Brandt, Britta; Greiner, Jürgen; Sallmon, Sylke (2013): Leistungen nach dem LPfGG in Berlin. Datenüberblick, Stand 31.12.2012.
- Brandt, Britta; Greiner, Jürgen; Sallmon, Sylke (2013): Leistungen nach dem AsylbLG in Berlin. Datenüberblick, Stand 31.12.2012.

Quartalsberichte - SBW

Die Berichtsreihe, in der die aktuelle Entwicklung der Leistungen und Empfängerart auf den Sozialleistungsgebieten BSHG, AsylbLG und PflegeG in Tabellenform mit kurzen Interpretationen sowie Schwerpunktthemen angeboten wurde, erschien quartalsweise seit 1988, letztmalig in dieser Form im IV. Quartal 2003.

- IV. Quartal 2003 (letzte Ausgabe)
ISSN 1618-033X

Der statistische Tabellensatz des Berichtes mit unterjährigen Empfänger- und Leistungsdaten für Berlin insgesamt sowie in bezirklicher Gliederung wird weiterhin im Internet unter <http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/sozial/quartalsberichte.html> bereitgestellt.

Statistische Kurzinformationen - SBW

ISSN 1864-0710. PDF-Dateien abrufbar unter <http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/sozial/kurzinfo.html>.

- Brandt, Britta; Greiner, Jürgen; Sallmon, Sylke (2013):
Leistungen nach dem 5.-9. Kap. SGB XII in Berlin – Datenüberblick, Stand 31.12.2012. Statistische Kurzinformation 2013-1.
- Brandt, Britta; Greiner, Jürgen; Sallmon, Sylke (2012):
Leistungen der Grundsicherung nach dem SGB XII in Berlin - Datenüberblick, Stand 31.12.2011. Statistische Kurzinformation 2012-3.
- Brandt, Britta; Greiner, Jürgen; Sallmon, Sylke (2012):
Leistungen nach dem LPfGG in Berlin - Datenüberblick, Stand 31.12.2011. Statistische Kurzinformation 2012-2.
- Brandt, Britta; Greiner, Jürgen; Sallmon, Sylke (2012):
Leistungen nach dem AsylbLG in Berlin – Datenüberblick, Stand 31.12.2011. Statistische Kurzinformation 2012-1.
- Brandt, Britta; Sallmon, Sylke (2010):
Transferausgaben des Landes Berlin in den Sozialrechtsgebieten des SGB XII, SGB II (kommunaler Träger), AsylbLG, LPfGG in den Jahren 2005 bis 2008. Statistische Kurzinformation 2010-2.
- Sallmon, Sylke; Danner, Jonas (2010):
Grundsicherung bei dauerhaft voller Erwerbsminderung - statistische Analyse der Empfängerstruktur in Berlin. Statistische Kurzinformation 2010-1.
- Sallmon, Sylke (2008):
Pflegebedürftigkeit, Pflegeleistungen der Sozialhilfe und demographische Entwicklung in Berlin. Statistische Kurzinformation 2008-1.
- Sallmon, Sylke (2007):
Hilfe zur Pflege nach SGB XII - Eckdaten zu den Leistungsbeziehern -. Statistische Kurzinformation 2007-1.
- Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz (Hrsg.) (2006):
Transferausgaben in Berlin im ersten Jahr der neuen Sozialgesetzgebung 2005 - SGB XII, AsylbLG, LPfGG. Statistische Kurzinformation 2006-1.

Informationssysteme

Spezialberichte - Informationssysteme

- Imme, Uwe; Brodersen, Sven; Kaske, Eva (2007):

GSI - das Gesundheits- und Sozialinformationssystem. Internetbasierte Bereitstellung von Daten und Berichten der Berliner Gesundheitsberichterstattung und des Sozialstatistischen Berichtswesens. Spezialbericht 2007-1, ISSN 1865-8377.

PDF-Datei abrufbar unter http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/veroeffentlichungen/spezial_gsi.html.

Weitere Veröffentlichungen

unter Beteiligung des Referats Gesundheitsberichterstattung, Epidemiologie, Gemeinsames Krebsregister, Sozialstatistisches Berichtswesen, Gesundheits- und Sozialinformationssysteme.

- Stabenow, Roland; Schulz, Mandy; Meinschmidt, Gerhard; Imme, Uwe (2007):

Krebsatlas Berlin 2002-2004. Berlin, Schriftenreihe des Gemeinsamen Krebsregisters, Heft 2.

PDF-Datei abrufbar unter <http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/gkr/index.html>.

Fachliche Auskünfte und Bezug:

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

Telefon: (030) 9028 2660

Telefax: (030) 9028 2067

e-mail: Gerhard.Meinschmidt@sengs.berlin.de

Sachwortregister

Für ein Sachwort, das innerhalb eines Abschnittes auf mehreren aufeinander folgenden Seiten vorkommt, ist jeweils nur die erste Seitenzahl angegeben.

A

Adipositas Siehe Übergewicht/Adipositas	
AIDS	147, 164, 255
Konzept zur Prävention und Versorgung	147
Alkoholkonsum	89, 102
Alleinerziehende	25, 255, 262
Altenquotient	22, 269
Altersstruktur der Berliner Bevölkerung	22
ambulante gesundheitliche Versorgung	129
ambulante Operationen im Krankenhaus	255
ambulante Pflege	111, 169, 174, 273, 274
Apothekenpersonal	169
Approbationen	256
Arbeitslosigkeit	256, 278
Arbeits- und Wegeunfälle	256
Arzneisicherheit in Schwangerschaft und Stillzeit	155
Ärztinnen/Ärzte	130, 142, 169, 255, 272, 273, 278, 279
Ärztlicher Bereitschaftsdienst (ÄBD)	136
Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) Siehe Empfänger/innen öffentlicher Sozialleistungen	
Ausbildung in nichtakademischen Gesundheitsberufen	256
ausländische Bevölkerung	20, 257

B

Badegewässer	36
Bedarfsplanung	134
Umfrage in zwei Bezirken	135, 167
Behandlungsfälle	
ambulant	82, 136
stationär	64, 71, 78, 82, 93, 142, 262, 277
vor-/nach-/teilstationär	262
Berechnungs- und Belegungstage	
stationär	142, 257
teilstationär	257
Berliner Netzwerk gegen sexuelle Gewalt	154
beruflicher Ausbildungsabschluss	28
Berufserlaubnisse	256
Berufskrankheiten	258
Beschäftigte im Gesundheitswesen	168
betreutes Wohnen	149
Bettenauslastung	258
Bevölkerung	17, 258, 261, 271
Bevölkerungsprognose	18
Bezirksstruktur	258

Body-Mass-Index (BMI)	98, 259
bösartige Neubildungen	63, 88
Brustkrebs	59, 64
C	
Cannabiskonsum	103
chronische Erkrankungen	47, 63, 87
chronische Krankheiten der unteren Atemwege	82, 98
chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)	82, 98
D	
DCO-Fälle	259, 269
Diabetes mellitus	77, 92, 96
Diagnosis Related Groups (DRG)	93, 140, 260, 265
DMF-T-Index	260
Drogenkonsum	101, 103, 147
E	
Eheschließungen	24
Einkommen	26, 272
Einpersonenhaushalte	24
Einschulungsuntersuchungen (ESU)	261
Embryonaltoxikologie	156
Empfänger/innen öffentlicher Sozialleistungen	28
Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)	32, 270
Gesundheitsleistungen	31
Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung	29, 257, 278
Hilfe zum Lebensunterhalt (HzL)	29, 265, 278
Hilfe zur Pflege	32, 107, 113, 115
Entbindungen	261
Ernährungsverhalten	89
Erwerbsstatus	26, 28, 261
Erwerbstätigkeit	26, 261
im Gesundheitswesen	168
ESPAD - Monitoring 2011	101
Europäische Standardbevölkerung	262
F	
Fallpauschalenvergütungssystem	Siehe Diagnosis Related Groups (DRG)
Fallzahl	Siehe Behandlungsfälle
Familien	25, 262
Familienstand	24
Fortzüge	Siehe Wanderungen
Fruchtbarkeitsziffer	19, 263
Frühberentungen	Siehe Rentenzugänge/-bestand wegen verminderter Erwerbsfähigkeit
Früherkennungsuntersuchungen	104, 263
für Kinder	263

G

Geborene Siehe Lebendgeborene bzw. Totgeborene	
Geburtenüberschuss	19, 258
Geburtenziffer	19, 264
Geburtsgewicht	264
geringfügig Beschäftigte Siehe Teilzeitbeschäftigung / geringfügige Beschäftigung	
gesetzliche Krankenversicherung (GKV)	32, 263
Gestorbene Siehe Sterbefälle/Sterblichkeit	
Gesundheits-Check-up	105, 263
Gesundheitsdienst-Gesetz (GDG)	145
Gesundheitsförderung	145, 264
Gesundheitsindikatoren	265
gesundheitsrelevante Verhaltensweisen	59, 87, 88, 92, 97, 98

H

hausärztliche Versorgung	255, 278
Haushalte	265
häusliche Pflege	109, 273
Hilfe zum Lebensunterhalt/zur Pflege Siehe Empfänger/innen öffentlicher Sozialleistungen	
HIV	147, 162, 164, 255
Konzept zur Prävention und Versorgung	147

I

Impfungen	163
Infektionskrankheiten	262, 270, 275, 277
Infektionsschutzgesetz (IfSG)	255, 275, 277
Institut für Tropenmedizin und Internationale Gesundheit	161
ischämische Herzkrankheiten	59, 61, 71, 72, 92

J

Jugendquotient	269
----------------	-----

K

Kassenzulassung	129, 137
Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD)	145
Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst (KJPD)	145
Krankenhausbetten	139, 142, 267
Krankenhausdiagnosestatistik	93, 259
Krankenhäuser	139, 171, 257, 258, 260, 266, 277, 279
allgemeine und/oder sonstige	266
Ausbildungsstätten	141, 257
Basisversorgung	257
Fachabteilungen	262
Trägerschaft	139, 267
Krankenhauskosten/-finanzierung	140, 265, 273
Krankenhausplan	138, 267
Fachgebiet Geriatrie	139
Krankenhausstatistik-Verordnung	140, 268
Krankenkassen	33, 35

Krankenversicherungspflicht	34
Krankheiten des Kreislaufsystems	70, 92
Krankheitskosten	64, 70, 77, 82, 268
Krebsfrüherkennungsuntersuchungen	88, 90, 104, 263
Krebsregister (GKR)	63, 259, 268
Kurzzeitpflege	273
L	
Landesinstitut für gerichtliche und soziale Medizin Berlin	165
Langzeitpflege	273, 274
Lastenquotient	269
Lebendgeborene	19, 258, 263
Lebenserwartung	48, 269
ohne/mit Pflegebedürftigkeit	49, 269
unter Ausschluss gesundheitsrelevanter Todesursachen	61
Lebensformen	25, 270
Leichenschau/Leichenschauschein	137, 166, 277
Lungenkrebs	59, 61, 64, 91
M	
medizinische Rehabilitation	64, 71, 78, 83, 275
Medizinische Versorgungszentren (MVZ)	130, 132, 270
meldepflichtige Infektionskrankheiten	262, 270, 275, 277
Migrationshintergrund	18, 27, 271
Morbidität	47, 63, 70, 77, 82, 272
Mortalität Siehe Sterbefälle/Sterblichkeit	
N	
Nationaler Krebsplan	88
Nichtraucherschutzgesetz	92
Notdienst zu sprechstundenfreien Zeiten	136
O	
öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD)	145, 169, 261
Personalbestand/-bedarf	144
P	
Patientenbeauftragte	135, 166
Perinatalsterblichkeit	272
Personal der Krankenhäuser	141, 169, 171, 255, 257, 267, 272, 273, 279
mit direktem/ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	141, 173
Personal in Pflegeeinrichtungen	169, 174, 274
Pflegebedürftige	106, 142, 175, 273
Pflegeeinrichtungen	174, 273
Pflegegeld	109, 273
Pflegekosten	277
Pflegestatistik	105, 274
Pflegestufen/Pflegeklassen	113, 274
Pflegevergütungen	277
Pharmakovigilanz- und Beratungszentrum Embryonaltoxikologie	155

Prävention	57, 87, 88, 89, 97, 99, 145, 147, 150, 163, 275
Privathaushalte	24
Psych-Entgeltsystem	140, 260
Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten	130, 169, 175, 278
R	
Rauchen	59, 82, 89, 90, 92, 94, 98, 101
Rauschtrinken	103
Rentenzugänge/-bestand wegen verminderter Erwerbsfähigkeit	65, 72, 79, 84, 278
Risikofaktoren	59, 82, 87, 88, 92, 94, 96, 98
S	
Säuglingssterblichkeit	275
Schulabschluss	27
Schwangerschaftsabbrüche	276
schwerbehinderte Personen	276
sexuelle Gewalt	150
Prävention und Intervention	152
sexuell übertragbare Infektionen und Hepatitiden - Prävention und Versorgung	147
soziale Lage/Sozialstruktur	49, 57, 88, 90, 94, 97, 98
Sozialgesetzbuch (SGB) II	26, 278
Sozialgesetzbuch (SGB) II und III	256
Sozialgesetzbuch (SGB) V	255, 265, 278
Sozialgesetzbuch (SGB) VI	278
Sozialgesetzbuch (SGB) XI	105, 273, 274
Sozialgesetzbuch (SGB) XII	28, 106, 257, 265, 270, 273, 278
Sozialhilfe Siehe Empfänger/innen öffentlicher Sozialleistungen	
stationäre Morbidität	259
stationäre Pflege	111, 169, 174, 274
Sterbefälle/Sterblichkeit	47, 66, 73, 79, 84, 258, 264, 272, 277
allgemeine Sterblichkeit	52
Entwicklungstendenzen 2012 - 2016	91, 96, 98, 100
vermeidbare Todesfälle	57, 67, 74, 278
vorzeitige Sterblichkeit	66, 73, 80, 85, 90, 94, 97, 99, 279
Sterbeüberschuss	19, 258
Straßenverkehrsunfälle	277
T	
Tabakkonsum	101
Tagespflege	273, 274
Tages- und Nachtklinikplätze	266, 277
teilstationäre Pflege	273, 274
Teilzeitbeschäftigung/geringfügige Beschäftigung	27, 171, 174, 264
Todesursachen	59, 61, 66, 73, 79, 84, 88, 92, 98, 265, 277
Todesursachenstatistik	277
Totgeborene	264, 277
Tropenmedizinische Ambulanz	161

U

Übergewicht/Adipositas 89, 92, 96, 259

V

verlorene Erwerbstätigkeitsjahre 65, 72, 79, 84

verlorene Lebensjahre 278

vermeidbare Todesfälle (VTF) Siehe Sterbefälle/Sterblichkeit

Versorgungsauftrag 131, 137

vertragsärztliche Versorgung 129, 135, 136, 263, 278

vertragspsychotherapeutische Versorgung 129, 136, 278

vertragszahnärztliche Versorgung 137, 278

Verweildauer 279

Vollzeitäquivalente 141, 144, 172, 175, 272, 279

W

Wanderungen 20, 258

Wegeunfälle Siehe Arbeits- und Wegeunfälle

Wohngeldempfängerhaushalte 279

Z

Zahnärztinnen/Zahnärzte 137, 169, 278, 279

Zahngesundheit 260

Zentren für sexuelle Gesundheit und Familienplanung 148

zerebrovaskuläre Krankheiten 61, 72, 92

Zuzüge Siehe Wanderungen

Senatsverwaltung
für Gesundheit und Soziales



Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
Oranienstr. 106
10969 Berlin
Tel (030) 9028-1235
www.berlin.de/sen/gessoz
pressestelle@sengs.berlin.de
© Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales