

Gesundheitsberichterstattung Berlin

Basisbericht 2003/2004

Daten des Gesundheits- und Sozialwesens

Kurzfassung

Herausgegeben und bearbeitet von der
Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz

Pressestelle

Berlin 2004

Herausgeber: Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz
Pressestelle
Oranienstraße 106, 10969 Berlin

Redaktionsschluss: Dezember 2004

Bezug: Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz
Telefon: (030) 9028 2848
Telefax: (030) 9028 2055

Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Quellenangabe gestattet.



Der Basisbericht zur Gesundheitsberichterstattung gibt einen Überblick über den Gesundheitszustand der Berlinerinnen und Berliner und das Gesundheitswesen in der Stadt. Dabei orientiert sich der Bericht an dem „Indikatorensetz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder“, der von der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) im Mai 2003 in überarbeiteter Fassung beschlossen wurde.

Mit dem überarbeiteten Indikatorensetz der Länder wurden neu zur Verfügung stehende Erhebungen zur Pflegestatistik, zur ambulanten Morbidität, zur subjektiven Morbidität und zur gesundheitsökonomischen Situation aufgenommen. Dem demographischen Wandel wird durch die schrittweise Erweiterung der Altersgruppenstruktur von 85 Jahre und älter bis auf 95 Jahre und älter in den Indikatoren Rechnung getragen. Neu aufgenommen wurden z. B. auch zwei Indikatoren zur Messung der Lebensqualität: behinderungsfreie und pflegebedürftigkeitsfreie Lebenserwartung.

Eine umfassende Datenbasis und eine darauf aufbauende fundierte Gesundheitsberichterstattung sind unverzichtbare Grundlagen einer evidenzbasierten Gesundheitspolitik. Sie ermöglichen mehr Transparenz für die Bürgerinnen und Bürger, die Fachöffentlichkeit und die Politik sowie den Vergleich der gesundheitlichen Situation in den Ländern und Kommunen. Ausgehend von dem Gesundheitsbericht werden Handlungsbedarfe als Grundlage für Gesundheitsziele und gesundheitspolitische Maßnahmen benannt.

Der Berliner Basisbericht wurde inhaltlich sowie vom Layout her weiterentwickelt: Ein Themenfeld enthält Texte und Grafiken zu ausgewählten Schwerpunktthemen unter Berücksichtigung geschlechtsspezifischer, regionaler, altersspezifischer und zeitlicher Besonderheiten. Die dazugehörigen Tabellen folgen unmittelbar.

Gesundheitsberichterstattung unterstützt auch den Prozess von Gender Mainstreaming in Berlin. Um die geschlechtsspezifische Zulieferung der Daten und Fachbeiträge wurde deshalb bereits in einem Leitfaden in Vorbereitung des Berichts gebeten. Die geschlechtergerechte Formulierung der Textbeiträge wurde konsequent in Anlehnung an bundesweit gültige Empfehlungen angewandt.

Ich hoffe, dass der 529 Seiten umfassende detaillierte Bericht Antworten auf viele Fragen gibt und von den Bürgerinnen und Bürgern unserer Stadt als hilfreich angenommen wird.

Für einen schnellen Überblick über den Gesundheitszustand der Berlinerinnen und Berliner und das Gesundheitswesen in der Stadt ist nachfolgende Kurzfassung gedacht. Die Langfassung finden Sie auf der beiliegenden CD und unter <http://www.berlin.de/sengessozv/statistik/index.html>.

Ihre

Dr. Heidi Knake-Werner

Senatorin für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz

Bevölkerung und soziale Lage

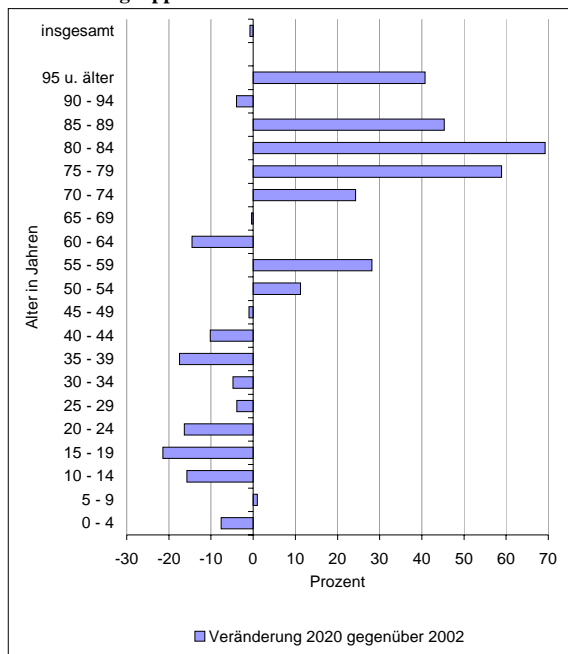
Das Kapitel *Bevölkerung und bevölkerungsspezifische Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems* beinhaltet Indikatoren zu Bevölkerungsentwicklung, -struktur und -prognose in Berlin und seinen Bezirken sowie zu sozioökonomischen Bedingungen, die das Gesundheitsverhalten und den Gesundheitszustand der Berlinerinnen und Berliner maßgeblich beeinflussen. Zur Entwicklung der Berliner Bevölkerung gehören einerseits die sogenannte natürliche Bevölkerungsbewegung, d. h. die Bilanz aus Sterbefällen und Geburten, und andererseits das Wanderungsgeschehen mit dem Saldo aus Zu- und Fortzügen. Die Bevölkerungsstruktur beschreibt Geschlechtsverteilung, Altersaufbau und Ausländeranteil. Als wichtige Faktoren zur Beurteilung der sozialen Lage dienen Schul- und beruflicher Abschluss, Einkommen von Privathaushalten und Familien, Alleinerziehende mit minderjährigen Kindern, Erwerbstätigen- und Arbeitslosenquoten sowie Empfängerinnen und Empfänger von öffentlichen Sozialleistungen.

Der erste Schwerpunkt des Kapitels beschreibt Bevölkerungsstand, Prognose bis 2020, Altersstruktur und Ausländeranteil, der zweite befasst sich ausführlich mit Bedingungen, die die soziale Lage prägen, und geht insbesondere auf die Situation von Sozialhilfeempfängerinnen und Sozialhilfeempfängern in der Berliner Bevölkerung ein.

Bevölkerungsstand und -entwicklung

Im Jahr 2003 hat die Einwohnerzahl Berlins gegenüber dem Vorjahr leicht abgenommen, am 31.12.2003 lebten 3,388 Mio. Menschen in der Stadt (2002: 3,392 Mio.). Damit erreichte die Bevölkerung wieder den Stand von 2001. Eine Änderung der seit Mitte der neunziger Jahre zu beobachtenden rückläufigen Tendenz ist nach derzeitigen Erkenntnissen nicht zu erwarten. Die vorliegende Bevölkerungsprognose der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung¹ gibt für die Berliner Bevölkerung einen Rückgang im Gesamtprognosezeitraum 2002 bis 2020 um rd. 25.600 Personen oder 0,8 % an.

Abbildung 1:
Veränderung der für 2020 prognostizierten Berliner Bevölkerung gegenüber 2002 nach Altersgruppen



(Datenquelle: SenStadt / Berechnung und Darstellung: SenGesSozV - II A -)

Die vorliegende Bevölkerungsprognose der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung¹ gibt für die Berliner Bevölkerung einen Rückgang im Gesamtprognosezeitraum 2002 bis 2020 um rd. 25.600 Personen oder 0,8 % an.

Der Alterungsprozess der Berliner Bevölkerung wird sich im Prognosezeitraum bis 2020 weiter fortsetzen, so dass sich das Durchschnittsalter der Berlinerinnen und Berliner von derzeit (2002) 41,0 Jahren auf 43,6 im Jahre 2020 erhöht. Gleichzeitig wird der Anteil der Menschen im erwerbsfähigen Alter (18 bis unter 65 Jahre) um rd. 113 Tsd. bzw. 5 % zurückgehen. Die Zahl der Kinder und Jugendlichen wird mit -60 Tsd. oder -11 % ebenfalls deutlich rückläufig sein. Hingegen wird ein Zuwachs im Altenanteil (Bürgerinnen und Bürger ab 65 Jahre) um knapp 28 % erwartet. Der Altenanteil wird dann von 16 % auf 20 % der Gesamtbevölkerung angestiegen sein und gut 10 % der Gesamtbevölkerung werden zu den „alten Alten“ zählen (vgl. Abbildung 1).

¹ Abgeordnetenhaus von Berlin, 15. Wahlperiode, Anlage zu Drucksache 15/2457

Über die Entwicklung in den Bezirken und die ausländische Bevölkerung in Berlin gibt der Schwerpunkt 2.1.1 aus Kapitel 2 des Basisberichts 2003/2004 Auskunft.

Soziale Lage

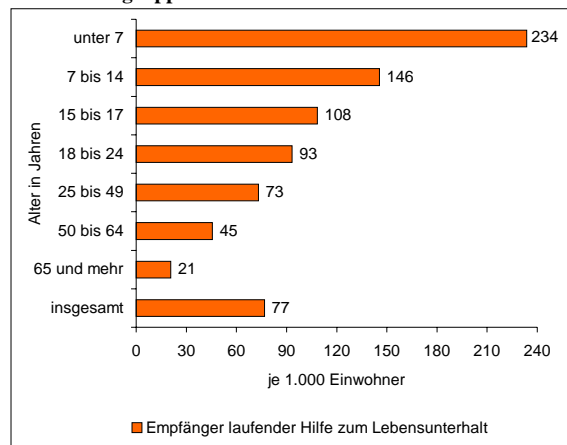
Die soziale Situation wirkt sich über vielfältige Faktoren - von den äußeren Lebensbedingungen, wie z. B. Wohn- und Arbeitsverhältnisse, über die sozial beeinflusste Lebensgestaltung bis zu psychosozialen Faktoren wie Lebenszufriedenheit - auf die Gesundheit der Menschen aus. Umgekehrt hat auch der Gesundheitszustand - etwa Behinderungen oder lang dauernde Krankheiten (Pflegefälle) - direkten Einfluss auf die soziale Lage der Betroffenen. Allgemeine Schul- und berufliche Ausbildungsabschlüsse, Nettoeinkommen, Arbeitslosen- und Sozialhilfeempfängerquoten gelten als Schlüsselindikatoren zur Charakterisierung der sozialen Lage. Mit Hilfe dieser Indikatoren können Risikogruppen und regionale Häufungen von Problemlagen beschrieben werden.

Vor allem im Kontext der anhaltend schlechten Konjunktur- und Beschäftigungslage in Berlin ist die Finanzierung sozialer Transferleistungen in den letzten Jahren zunehmend zum Problem geworden. Ende 2003 gab es 294.944 arbeitslos gemeldete Berlinerinnen und Berliner (Arbeitslosenquote an den abhängigen zivilen Erwerbspersonen: 19,5 %) und 260.535 Empfängerinnen und Empfänger laufender Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen nach dem Bundessozialhilfegesetz (Empfängerdichte in der Bevölkerung: 7,7 %), davon 93.006 Empfängerinnen und Empfänger, die gleichzeitig arbeitslos gemeldet waren.

Dass zwischen Beschäftigungslage und Sozialhilfeempfängerzahlen ein sehr enger Zusammenhang besteht, wird seit Jahren sozialstatistisch nachgewiesen. Der Korrelationskoeffizient von Arbeitslosenquote und Sozialhilfeempfängerdichte im Zeitraum von 1991 - 2003 liegt bei $r = 0,8886$, d. h. die Wahrscheinlichkeit ist sehr groß, bei Eintritt von Arbeitslosigkeit auch von Sozialhilfebedürftigkeit betroffen zu sein. Teilnahme am Arbeitsmarkt erweist sich somit als Schlüssel zur Vermeidung von Sozialhilfebedürftigkeit.

Die altersspezifischen Dichtequotienten der Sozialhilfeempfängerinnen und Sozialhilfeempfänger zeigen deutlich, dass die jüngsten Berlinerinnen und Berliner in besonderem Maße von Sozialhilfebedürftigkeit betroffen sind. Kinder und Jugendliche bis 15 Jahre weisen - gemessen an ihrem Bevölkerungsanteil - die bei weitem stärksten Empfängeranteile auf. Mehr als jedes fünfte Kind unter 7 Jahre und beinahe jedes siebente Kind zwischen 7 und 15 Jahren erhält Sozialhilfe. Im Gesamtdurchschnitt der Bevölkerung ist jede 13. Person (7,8 % des weiblichen und 7,6 % des männlichen Bevölkerungsteils) sozialhilfebedürftig, die über 65-jährigen Berlinerinnen und Berliner sind nur in jedem 50. Fall betroffen (vgl. Abbildung 2).

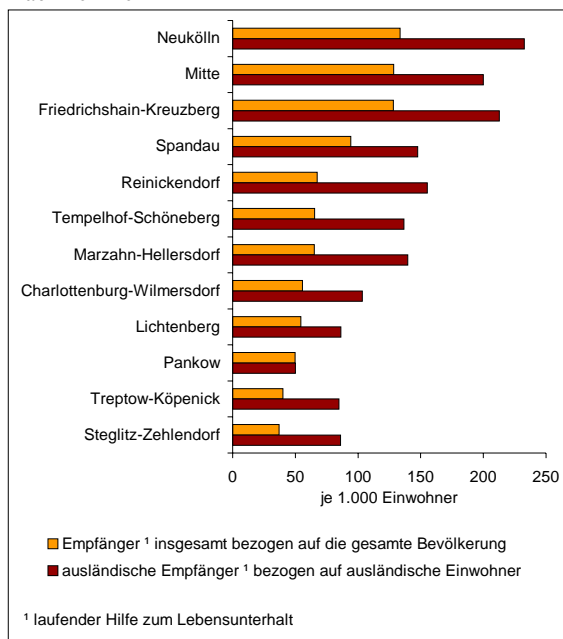
Abbildung 2:
Sozialhilfeempfängerdichte in Berlin am 31.12.2003
nach Altersgruppen



(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSozV - II A -)

Der ausgeprägt schwache Sozialstatus derartiger Kinder und Jugendlicher macht die Gefahr ihrer dauerhaften Perspektivlosigkeit deutlich. Die negativen sozialpsychologischen Folgen sind evident und zeigen die Dringlichkeit besonderer Maßnahmen zur schulischen und beruflichen Förderung dieser jungen Menschen. Diese Aufgabe zu lösen ist schwierig, zumal sie sich häufig zugleich in einem sozialen Umfeld mit hohem Ausländeranteil stellt, dessen sprachliche und gesellschaftliche Integrationsprobleme neben den sozialökonomischen Problemen stehen.

Abbildung 3:
Sozialhilfeempfängerdichte insgesamt und im ausländischen Bevölkerungsteil in Berlin am 31.12.2003 nach Bezirken



(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSozV - II A -)

diese Quotienten bei 30,6 % bzw. 22,0 % liegen und einen Gesamtlastenquotienten von 52,6 % ergeben. Selbst unter der - unzutreffenden - Annahme der Vollbeschäftigung der erwerbsfähigen Bevölkerung existiert heute schon ein sehr hoher Lastenquotient. Geradezu dramatisch erweist sich dieser Zusammenhang jedoch, wenn man den derzeit hohen Stand der Erwerbslosigkeit im erwerbsfähigen Bevölkerungsteil berücksichtigt. Rechnerisch wird bereits für 2003 allein durch die Erwerbslosenquote der Gesamtlastenquotient auf 55 % angehoben. Das heißt, die aus der Bevölkerungsprognose abzuleitenden Belastungen sind bereits Realität.

Die verteilungspolitische Brisanz dieser Lastenquote wird sich angesichts der strukturellen Veränderungen der Berliner Bevölkerung verschärfen und in dem Maße noch weiter zuspitzen wie sich die wirtschaftliche Lage des Landes weiter anspannt. Wird diese Perspektive im Zusammenhang mit der oben gezeigten schwachen sozialen Lage eines relevant hohen Anteils der heutigen Kinder und Jugendlichen bewertet, steht Berlin vor einer wahrhaft schwierigen Aufgabe, den sozialen Frieden in der Stadt zu sichern und soziale Balance wieder herzustellen.

☞ Weitere Angaben zur Sozialhilfeempfängerdichte sowie Ausführungen zu Schul- und beruflichen Ausbildungsabschlüssen, Nettoeinkommen und Arbeitslosenquoten sind dem Schwerpunkt 2.1.2 aus Kapitel 2 des Basisberichts 2003/2004 zu entnehmen.

Gesundheitszustand der Bevölkerung - Schwerpunkt: Akuter Myokardinfarkt

Das Kapitel *Gesundheitszustand der Bevölkerung* bildet mit 119 Indikatoren das umfangreichste Themenfeld des Indikatorensatzes der Gesundheitsberichterstattung der Länder. Im Basisbericht 2003 ist der vorgesehene Indikatorensatz durch Tabellen mit ausführlichen, ergänzenden Informationen und aus zusätzlichen Bereichen erweitert. Zur Einschätzung der gesundheitlichen Lage der Berlinerinnen und Berliner dienen u. a. Daten der stationären Morbidität, der medizinischen Leistungen zur Rehabilitation, der Frührentenzugänge, der Schwerbehinderung, der Pflegebedürftigkeit und der Sterblichkeit, die auch davon abgeleitete Kennziffern wie Lebenserwartung, verlorene Lebensjahre und ver-

meidbare Todesfälle enthält. Nach der allgemeinen Darstellung werden der Gesundheitszustand von Säuglingen und Vorschulkindern sowie Morbidität und Mortalität bei einzelnen Krankheiten oder Krankheitsgruppen beschrieben, dazu gehören Infektionskrankheiten, bösartige Neubildungen, Stoffwechselkrankheiten, psychische und Verhaltensstörungen, Krankheiten des Kreislaufsystems, Krankheiten des Atmungssystems, Krankheiten des Verdauungssystems, Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes sowie Verletzungen, Vergiftungen und äußere Ursachen.

Als Schwerpunktthema wurden die Krankheiten des Kreislaufsystems mit besonderem Fokus auf das Herzinfarktgeschehen in Berlin ausgewählt. Der ausführliche Bericht wird ergänzt durch die Ergebnisse des Berliner Herzinfarktregisters zur stationären Versorgung von älteren Patientinnen und Patienten mit einem akutem Herzinfarkt.

Herzinfarktgeschehen in Berlin

Nach epidemiologischen Auswertungen von Registerdaten erleiden in der Bundesrepublik Deutschland jährlich etwa 270.000 Personen (knapp die Hälfte sind Frauen) einen Herzinfarkt. Die Zahl derjenigen Berlinerinnen und Berliner, die jährlich an Herzinfarkt erkranken (gemeint sind akute Myokardinfarkte (AMI), rezidivierende Infarkte, aber auch stumm verlaufende Formen (das heißt der Herzinfarkt geht mit geringen Beschwerden einher oder wird von den Betroffenen gar nicht bemerkt), kann auf etwa 10.800 Ereignisse per anno geschätzt werden.

Hinsichtlich des Herzinfarktgeschehens ist von besonderer Bedeutung, dass immer mehr Frauen von der vermeintlichen „Männerkrankheit Herzinfarkt“ betroffen sind. AMI wird bei Frauen viel zu häufig unterschätzt. Während Frauen bis zu den Wechseljahren durch ihre Hormone (Östrogene) relativ geschützt sind (und deshalb im Durchschnitt mehr als zehn Jahre später als Männer einen Herzinfarkt erleiden), steigt nach dem Klimakterium das Infarktrisiko auf das Vierfache an. Durch ungesunde Lebensweise, Rauchen, Adipositas und körperliche Inaktivität nimmt die natürliche Schutzfunktion bei den jüngeren Frauen immer mehr ab, die Folge ist ein früheres Auftreten von Herzinfarkten^{2,3}.

Herzinfarktsterblichkeit

Noch immer ist der Herzinfarkt in Deutschland gleich nach der chronischen ischämischen Herzkrankheit (CIHK) Todesursache Nummer zwei bei den Männern und nach der CIHK und Herzinsuffizienz Nummer drei bei den Frauen. Das bedeutet, dass derzeit jährlich fast jeder zehnte gestorbene männliche Bundesbürger einem Herzinfarkt erlag. Bei den Frauen trifft das auf immerhin sieben Prozent der insgesamt gestorbenen Frauen zu. In der Bundesrepublik Deutschland sind jährlich etwa 65.000 Tote zu beklagen, deren Todesursache einem akuten Herzinfarkt zuzuschreiben ist. An dieser Stelle muss allerdings noch beachtet werden, dass ein Teil der (akuten) Sterbefälle in der amtlichen Todesursachenstatistik mit anderen ICD-Nummern verschlüsselt wird (z. B. Herzinsuffizienz, Plötzlicher Herztod, Tod unbekannter Ursache), tatsächlich aber ein Herzinfarkt den Tod verursachte.

Von den 5.571 im Jahr 2002 an ischämischen Herzkrankheiten gestorbenen Berlinern starben 4.668 (1.875 Männer, 2.793 Frauen) an einer CIHK und 838 (453 männlichen, 385 weiblichen Geschlechts) an den Folgen eines akuten Myokardinfarktes. Die Sterblichkeitsentwicklung beider Krankheitsbilder verlief sehr unterschiedlich. Während bei der Sterblichkeit infolge einer CIHK bei beiden Geschlechtern im Beobachtungszeitraum eher von einer relativen Zunahme gesprochen werden kann, ging die Herzinfarktsterblichkeit in den letzten zwölf Jahren bei den Berlinerinnen und Berlinern um ca. 80 % zurück. Anfang der neunziger Jahre lag bei den Männern die Herzinfarktsterblichkeit noch ein Drittel über der Sterblichkeit an CIHK, in den letzten Jahren jedoch rund 75 % darunter. Sowohl

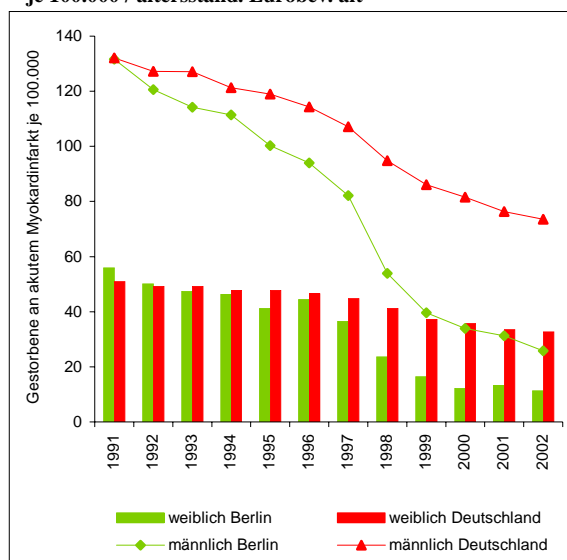
² Mensink, G. B. M. (1999): Körperliche Aktivität. Gesundheitswesen, Sonderheft 2, S 126 - 131, Georg Thieme Verlag Stuttgart - New York.

³ Helmert, U., Buitkamp, M. ((2004): Die Veränderung des Rauchverhaltens in Deutschland 1985 - 2002. Gesundheitswesen, 66: 102 - 106, Georg Thieme Verlag Stuttgart - New York.

bei den Männern als auch bei den Frauen ist der Rückgang der Sterblichkeit an ischämischen Herzkrankheiten insgesamt also eindeutig auf die Reduktion der Herzinfarktsterblichkeit zurückzuführen. Dank einer modernen Therapie (z. B. durch den vermehrten Einsatz von rekanalisierenden Maßnahmen wie der Katheter-Behandlung) ging die Infarktsterblichkeit in Berlin in den letzten Jahren weiter zurück. Bis Mitte der neunziger Jahre starben im Durchschnitt jährlich etwa 3.500 Personen aus Berlin an AMI, von 1996 bis 1999 waren es noch 2.100 per anno, in den letzten drei Jahren etwa 950. Diese Zahl entspricht etwa der vorzeitigen Herzinfarktsterblichkeit, wie sie Anfang der neunziger Jahre noch zu beobachten war.

In Berlin liegt die Herzinfarktsterblichkeit seit Jahren deutlich unter dem Bundesniveau. Eine rückläufige Herzinfarktsterblichkeit war auch in Deutschland insgesamt zu beobachten, jedoch in weit geringerem Maße als in Berlin; sie sank bei den Frauen im Bundesdurchschnitt um 37 % und bei den Männern um 44 %. Bis auf Anfang der neunziger Jahre hatten Frauen und Männer aus Berlin im gesamten Beobachtungszeitraum ein deutlich unter dem Bundesniveau liegendes Risiko (in den letzten Jahren lag es sogar zwei Drittel unter dem Bundesdurchschnitt), an einem akuten Myokardinfarkt zu sterben. Weshalb in Berlin die Herzinfarktsterblichkeit so stark zurückgegangen ist und weit unter dem Bundesdurchschnitt liegt, kann an dieser Stelle nicht ausreichend geklärt werden.

Abbildung 4:
Geschlechtsspezifische Sterblichkeit an akutem Myokardinfarkt in Berlin und in Deutschland 1991 - 2002
- je 100.000 / altersstand. Eurobev. alt



(Datenquelle: StBA / StaLa Berlin / Berechnung und Darstellung: SenGesSozV - II A -)

Es liegt aber die Vermutung nahe, dass nicht weniger Berlinerinnen und Berliner einen Herzinfarkt erleiden als Personen aus dem übrigen Bundesgebiet, sondern dass in Berlin (aber auch in anderen Großstädten bzw. Ballungsgebieten) eine schnellere (moderne und hocheffiziente) medizinische Hilfe (als beispielsweise in ländlichen Regionen) verfügbar ist und ein letaler Ausgang häufiger verhindert werden kann. Denn je schneller ein Patient ins Krankenhaus gelangt, desto größer sind seine Überlebenschancen. Dafür sprechen auch die Daten der stationären Letalität und die (insbesondere beim AMI hohe) prähospitalen Sterblichkeit, die in Berlin unter dem Bundesdurchschnitt liegt. Während in Berlin mittlerweile mehr als zwei Drittel der an einem akuten Myokardinfarkt gestorbenen Personen in einem Krankenhaus versterben, betrifft das im Bundesdurchschnitt nicht einmal jeden vierten der an AMI Gestorbenen (vgl. Abbildung 4).

Trotz rückläufiger Herzinfarktsterblichkeit ist der AMI insgesamt gesehen nach wie vor mit einer hohen Letalitäts- und Fatalitätsrate belastet. Schätzungen gehen davon aus, dass in Deutschland insgesamt mehr als 40 % derjenigen, die einen akuten Herzinfarkt erleiden, an dessen Folgen sterben. Und die gestorbenen Herzinfarktpatienten sind nicht etwa alte und hochbetagte Personen. Während die Manifestation der CIHK eher eine Erkrankung des Alters ist und damit die Sterblichkeit in der überwiegenden Mehrzahl ältere Menschen betrifft (allein über 40 % der Männer und mehr als drei Viertel der Frauen waren älter als 80 Jahre), sind beim AMI deutlich häufiger auch jüngere Personen betroffen. 40 % der in den letzten Jahren an Herzinfarkt gestorbenen Berliner Männer waren *jünger als 65 Jahre*, aber auch etwa jede achte an AMI gestorbene Berlinerin hatte das 65. Lebensjahr noch nicht überschritten. Insgesamt erlagen im Jahr 2002 252 unter 65-jährige Berliner (200 Männer, 52 Frauen) einem akuten Myokardinfarkt, das waren 44 % der an AMI gestorbenen Männer (versus Bund: 27 %) und 14 % der Berlinerinnen (Bund: 8 %). Zwar liegt die Sterblichkeitsrate der Berlinerinnen und Berliner sowohl insgesamt als auch bei der vorzeitigen Herzinfarktsterblichkeit seit Jahren weit unter dem

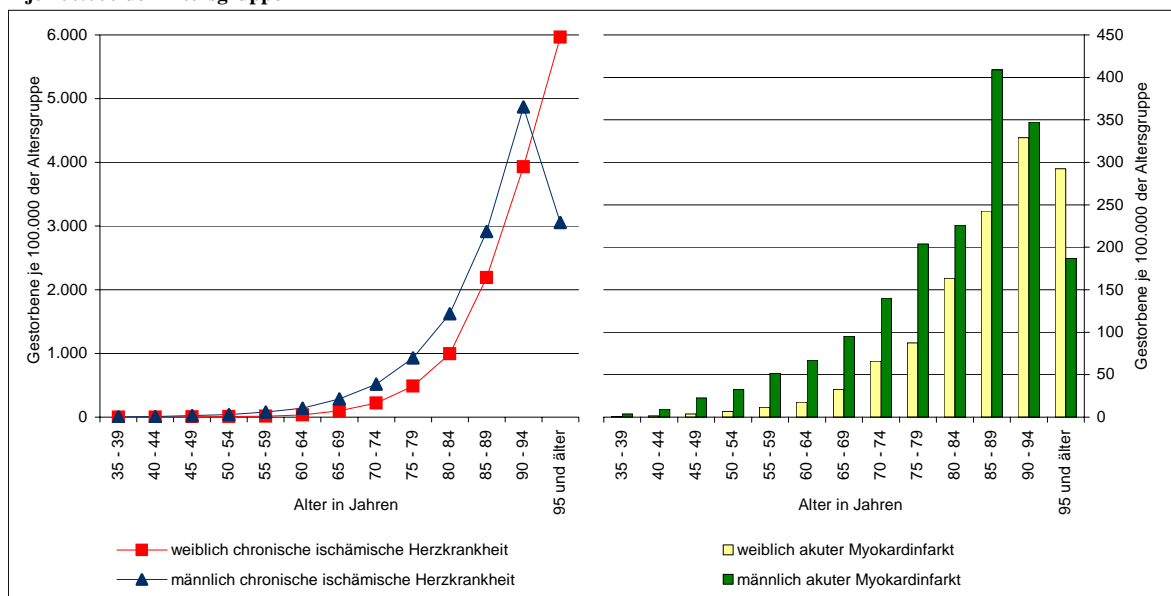
Bundesdurchschnitt, der Anteil der unter 65-Jährigen an allen an AMI Gestorbenen ist in Berlin jedoch erheblich höher.

Bei 35- bis unter 65-Jährigen zählen Sterbefälle infolge ischämischer Herzkrankheiten (und somit auch an AMI) zu den sog. „vermeidbaren Todesfällen“ (VTF). Derzeit gelten nach einer EU-Definition bei 29 Todesursachen bzw. -gruppen in bestimmten Altersgruppen auftretende Sterbefälle als vermeidbar. Unter adäquaten Behandlungsbedingungen (kurativ) und Vorsorgemaßnahmen (z. B. Früherkennung, Screening, individuelles Gesundheitsverhalten) sollten derartige Sterbefälle in der genannten Altersgruppe gar nicht vorkommen.

Insgesamt wurden im Jahr 2002 in Berlin 3.088 (1.210 weiblichen, 1.878 männlichen Geschlechts) vermeidbare Sterbefälle gezählt. Der Anteil der VTF an der Gesamtmortalität lag bei 9 % (6 % bei den Frauen, 13 % bei den Männern). 37 % der Fälle (Frauen 39 %, Männer 34 %) mussten der vorzeitigen Sterblichkeit zugeordnet werden. Das bedeutet, dass mehr als jeder dritte Todesfall bei den im Jahr 2002 unter 65-jährig gestorbenen Berlinerinnen und Berlinern hätte vermieden werden können. Sterbefälle an ischämischen Herzkrankheiten gehören zu den tertiärpräventiv vermeidbaren Sterbefällen. Bei den Männern sind sie Todesursache Nummer eins der vermeidbaren Sterblichkeit. Nahezu jeder dritte vermeidbare Todesfall geht bei ihnen zu Lasten der in dieser Diagnosegruppe zu verschlüsselnden Todesursachen, bei den Frauen ist jeder zehnte VTF durch ischämische Herzkrankheiten bedingt. Am Beispiel des AMI wären somit in den letzten Jahren etwa 44 % aller Herzinfarktsterbefälle bei Berliner Männern (199 Herzinfarktstode) und 13 % bei den Berlinerinnen (50 Todesfälle) vermeidbar gewesen. In Deutschland insgesamt belief sich die Zahl auf 9.154 vermeidbare Todesfälle infolge eines AMI bei Männern und auf 2.209 bei Frauen.

Das Risiko, vor dem 40. Lebensjahr an einem Herzinfarkt oder an der chronischen ischämischen Herzkrankheit zu sterben, ist relativ gering. Die Sterblichkeit beider Krankheitsbilder beginnt um das 45. Lebensjahr herum und steigt dann kontinuierlich an. Die höchsten Sterberaten haben erwartungsgemäß über 80-Jährige. In allen Altersgruppen bis auf die der über 95-jährigen haben Männer gegenüber Frauen mehrfach höhere Sterberaten. Obwohl die Sterblichkeit der Frauen nach dem 60. Lebensjahr stärker als bei Männern ansteigt, liegt deren Sterblichkeit selbst bei über den 80- bis unter 90-Jährigen noch über 50 % höher als die der Frauen (vgl. Abbildung 5).

Abbildung 5:
Alters- und geschlechtsspezifische Sterblichkeit an chronischer ischämischer Herzkrankheit und an akutem Myokardinfarkt in Berlin 2000 - 2002 (zusammengefasst)
- je 100.000 der Altersgruppe



(Datenquelle: StaLa Berlin / Berechnung und Darstellung: SenGesSozV - II A -)

Stationäre Behandlungsmorbidität des akuten Myokardinfarkts

Wie bereits erwähnt, impliziert eine rückläufige Sterberate nicht automatisch einen Rückgang der Herzinfarktinzidenz. Die stationäre Behandlungsmorbidität des AMI lässt für Berlin eher auf einen Anstieg der Herzinfarktereignisse schließen (betroffen sind hauptsächlich die höheren Altersgruppen).

Bei fast jedem fünften Krankenhauspatienten (bei den Frauen betrifft es 22 %, bei den Männern 17 %), der an ischämischen Herzkrankheiten leidet, ist ein akuter Myokardinfarkt der Behandlungsanlass. Bis 1998 ging die absolute Zahl der stationär behandelten Herzinfarktpatienten innerhalb der Berliner Bevölkerung bei beiden Geschlechtern zurück. Danach kam es zu einem Anstieg der Fallzahlen. Im Jahr 2002 befanden sich 5.968 Berliner (2.554 Frauen, 3.414 Männer) wegen eines AMI in stationärer Behandlung, der bis dahin höchste Stand. Seit 1995 nahm die Krankenhaushäufigkeit wegen AMI damit bei den Berlinern um 18 % und bei den Berlinerinnen sogar um 22 % zu. Die stationäre Behandlung des Herzinfarktes zählt nach wie vor zu den häufigsten und kostenintensivsten Behandlungsanlässen im Krankenhaus. Im Durchschnitt werden derzeit in Berlin täglich rund 165 Krankenhausbetten für die Behandlung der an Herzinfarkt erkrankten Personen aus Berlin (dar. 81 für Berlinerinnen) benötigt.

Sowohl bei der stationären Behandlung von ischämischen Herzkrankheiten insgesamt, als auch bei dem dieser Diagnosegruppe zugehörenden AMI befanden sich im gesamten Beobachtungszeitraum (bezogen auf je 100.000 der durchschnittlichen Bevölkerung) erheblich mehr Berliner Männer als Frauen in stationärer Therapie. Die Krankenhaushäufigkeit der Männer lag bei den koronaren Herzkrankheiten insgesamt in den letzten Jahren über 80 % über der der Frauen; beim Herzinfarkt lag die Krankenhaushäufigkeit der männlichen Patienten im Durchschnitt gesehen 40 % über der der weiblichen.

Die deutlich häufigere stationäre Behandlung von Männern ist in allen Altersgruppen zu beobachten. So liegt die Inanspruchnahme der unter 50-jährigen männlichen Herzinfarktpatienten fast dreimal höher als die der Frauen. Aber auch bei den über 75-Jährigen liegt die Häufigkeit bei den Männern noch etwa 50 % über der der weiblichen AMI-Patienten.

Sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen zeigt sich ein kontinuierlicher Anstieg der Krankenhaushäufigkeit wegen eines akuten Myokardinfarkts bis ins hohe Alter. Während ischämische Herzkrankheiten und damit auch der Herzinfarkt bei Frauen eher zu den „Alterskrankheiten“ zählen, kann bei den Männern davon keine Rede sein. Mehr als jeder zweite (55 %) der männlichen Patienten, die sich wegen akuten Myokardinfarkts im Krankenhaus befinden, ist jünger als 65 Jahre. Jeder siebente männliche Herzinfarktpatient hat dabei das 50. Lebensjahr noch nicht erreicht. Demgegenüber sind „nur“ 29 % der wegen AMI behandelten Berlinerinnen unter 65-jährig und nur jede zwanzigste Herzinfarktpatientin ist jünger als 50 Jahre.

Daten zur stationären Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einem akuten Herzinfarkt sammelt seit 1999 das *Berliner Herzinfarktregister* (BHIR). 25 Krankenhäuser der Stadt beteiligten sich von 1999 bis 2001 und 13 im Jahr 2002 an diesem Projekt. Ziel der Datensammlung ist es (auch im Sinne von public health policy), Diskussionen zur Versorgung in den Berliner Krankenhäusern anzuregen, Zusammenarbeit zwischen den Krankenhäusern zu fördern und zur Qualitätssicherung beizutragen. Im Jahr 2003 hat sich der im Rahmen des Registers gegründete Verein Berliner Herzinfarktregister e.V. entschlossen, seine Arbeit um weitere zwei Jahre zu verlängern. Unterstützt wird das BHIR vom Institut für Gesundheitswissenschaften der Technischen Universität Berlin, von der Berliner Ärztekammer, von der Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz, von Boehringer Ingelheim und von Merck, Sharp & Dohme (MSD).

Der Beitrag des BHIR für den Basisbericht 2003 richtet seinen Fokus auf die *stationäre Versorgung der Patientinnen und Patienten, die älter als 75 Jahre sind* (n = 1.366). Grundlage der vorliegenden Auswertung sind registrierte Daten von 5.132 Patientinnen und Patienten (darunter 1.366 über 75-Jährige), die in den Jahren von 1999 bis 2002 erhoben wurden. Es wurden nur Patientinnen und Pa-

tienten in die Auswertung einbezogen, die außerhalb eines Krankenhauses an einem Herzinfarkt erkrankten und innerhalb von 48 Stunden in einem Berliner Krankenhaus aufgenommen und dort auf einer Intensivstation behandelt wurden. Außerdem mussten sie zwei der drei typischen Anzeichen eines Herzinfarkts (Schmerzen, EKG-Veränderungen, Laborparameterveränderungen) aufweisen.

In dem untersuchten Zeitraum waren 1.366 bzw. 26,6 % der in die Auswertung gekommenen Herzinfarktpatientinnen und Herzinfarktpatienten älter als 75 Jahre. Das waren mehr als ein Viertel aller im BHIR registrierten Personen. Innerhalb dieser Altersgruppe betrug das mittlere Alter 82,6 Jahre, der älteste Patient war 102 Jahre alt. Betrachtet man nicht nur die intensivtherapeutisch betreuten Herzinfarktpatienten, dann ergibt sich ein verändertes Altersprofil. So waren in den letzten Jahren in Berlin 37 % der insgesamt in allen Berliner Krankenhäusern wegen AMI Behandelten älter als 75 Jahre, 63 % waren unter 75-jährig.

Ein signifikanter Unterschied wurde in der Geschlechterverteilung zwischen den beiden Altersgruppen beobachtet: Unter den 3.766 unter 75-jährigen Herzinfarktpatienten waren nur etwa ein Viertel Frauen (24,7 %), während es in der Altersgruppe der über 75-Jährigen nahezu zwei Drittel waren (63,8 %).

Auch beim Familienstand bestand ein erheblicher Unterschied zwischen Jung und Alt: 71,6 % der unter 75-Jährigen waren verheiratet, bei den Älteren waren dagegen nur noch weniger als die Hälfte der an AMI Erkrankten (34,8 %) verheiratet.

Der Familienstand beeinflusst auch die Prähospitalzeit, d. h. die Zeit zwischen Infarktbeginn und Ankunft im Krankenhaus. Bei den älteren Patienten, die alleine lebten, betrug sie im Median 3,3 Stunden, bei den Verheirateten 2,4 Stunden; denn in den allermeisten Fällen ist es der Partner, der im Notfall den Krankenwagen ruft. Und es gilt: je kürzer die Prähospitalzeit, desto größer die Chance, dem Patienten zu helfen.

Risikofaktoren hatten fast alle an einem akuten Herzinfarkt erkrankten Patientinnen und Patienten. Doch innerhalb der beiden betrachteten Altersgruppen sind durchaus unterschiedliche Risikofaktoren vorherrschend.

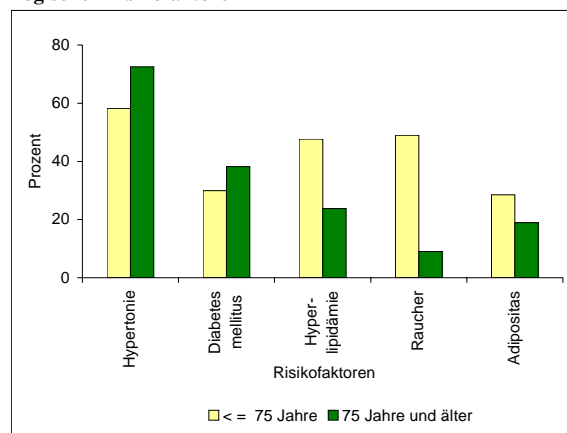
Leiden ältere Patienten zu fast drei Viertel unter Hypertonie (72,5 %) und zu 38,2 % unter Diabetes mellitus, bilden für die jüngeren Patienten zu hohes Cholesterin (47,6 %) sowie Rauchen (49 %) die bestimmenden Risikofaktoren (vgl. Abbildung 6).

In Bezug auf Vorerkrankungen ist die Tendenz zwischen den älteren und jüngeren Patientinnen und Patienten eindeutig. Hier ist die Gruppe der über 75-Jährigen durchaus altersgemäß häufiger und im Schweregrad stärker betroffen. Jede vierte Person dieser Altersgruppe hat bereits einen Herzinfarkt hinter sich (24,9%), bei den Jüngeren ist es gerade mal jede sechste (16,5 %) Person. 15,1 % der älteren Patientinnen und Patienten leiden bei Aufnahme ins Krankenhaus schon unter einer manifesten Herzinsuffizienz, während es bei den jüngeren nur 3,7 % sind.

Schnelligkeit kann Leben retten. Das gilt insbesondere für Herzinfarktpatientinnen und Herzinfarktpatienten. Denn je mehr Zeit zwischen dem Infarkt und der Therapie vergeht, umso mehr Herzmuskelgewebe kann unwiederbringlich zerstört sein. Wenn innerhalb der ersten vier bis sechs Stunden nach einem akuten Infarkt ereignis das verschlossene Gefäß wieder eröffnet werden kann, besteht die

Abbildung 6:

In die Auswertung des BHIR einbezogene Patientinnen und Patienten mit Herzinfarkt in Berlin 1999 - 2002 nach Altersgruppen und Prävalenz ausgewählter kardio-logischer Risikofaktoren



(Datenquelle: Wissenschaftliches Koordinations- und Datenzentrum des Berliner Herzinfarktregister e. V. am Institut für Gesundheitswissenschaften der TU-Berlin / Berechnung: BHIR / Darstellung: SenGesSozV - II A -)

Möglichkeit, Herzmuskelgewebe noch zu retten. Das bedeutet im Umkehrschluss auch, dass die Prä-hospitalzeit einen entscheidenden Einfluss auf die Prognose der Infarktpatientinnen und Infarktpatienten hat.

Leider kommen noch immer zu viele Betroffene zu spät ins Krankenhaus, das gilt für jede Altersgruppe. Bei den Älteren ist die Prähospitalphase im Median allerdings jedoch länger (2,9 h) als bei den Jüngeren (2,0 h). Nur ungefähr die Hälfte derjenigen, die älter als 75 Jahre sind, kommen in den ersten drei Stunden nach dem Infarkt ins Krankenhaus - dann wenn noch alle Therapiemöglichkeiten offen stehen - bei den unter 75-Jährigen sind es immerhin fast zwei Drittel.

Wie die Patienten das Krankenhaus erreichen, unterscheidet sich nicht wesentlich zwischen jüngeren und über 75-jährigen Patienten. Beide Altersgruppen werden nur zu 45 % vom Notarztwagen erstversorgt.

Unterschiede gibt es dann wiederum bei den Krankenhäusern, in die die Erkrankten gebracht werden. 81,3 % der Jüngeren, die in einem Notarztwagen erstversorgt werden, kommen in ein Krankenhaus mit einem Linksherzkathetermessplatz, der die Möglichkeit bietet, das verschlossene Infarktgefäß mit Hilfe eines Katheters zu eröffnen, bei den Älteren sind dies nur 65,5 %. Ältere Patientinnen und Patienten haben altersgemäß nicht nur mehr Vorerkrankungen als die jüngeren, sie sind vielmehr auch bei Krankenhausaufnahme schwerer erkrankt (häufiger pulmonale Stauung und kardiogener Schock). Zudem haben sie seltener einen eindeutigen Infarkt im Erst-EKG als Jüngere.

Die über 75-jährigen Herzinfarktpatientinnen und Herzinfarktpatienten hatten eine mehr als 3-fach höhere *Krankenhaussterblichkeit* als die unter 75 Jahren. Das lag zum einen daran, dass sie mehr Risiken aufwiesen als jüngere Betroffene (häufiger erkrankt an Diabetes mellitus, Bluthochdruck, Niereninsuffizienz und vorangegangenen Infarkten) und dass die Infarkte bei Aufnahme schwerwiegender waren (häufiger kardiogener Schock und pulmonale Stauung). Die älteren wurden aber auch zurückhaltender behandelt als die jüngeren Patientinnen und Patienten (seltener wurde die rekanalisierende Therapie und die Begleitmedikation mit Betablockern eingesetzt) und ihre Entlassungsmedikation wich häufiger von den Empfehlungen aus den Leitlinien ab als bei den jüngeren Altersgruppen (weniger Betablocker und CSE-Hemmer). Auf der Basis dieser ersten deskriptiven Auswertung zur Behandlung der älteren Infarktpatienten in den Berliner Krankenhäusern wird das Berliner Herzinfarktregister der Frage nachgehen, inwieweit die zurückhaltendere Behandlung neben den beschriebenen präexistierenden Risiken zu einer schlechteren Prognose der älteren Infarktpatienten beiträgt.

Herzinfarkttrisiken und Präventionspotential

Trotz aller Fortschritte in der Behandlung des Herzinfarktes (die sich u. a. in einer deutlichen Senkung der Sterblichkeit, einer sehr guten medizinischen Therapie und einer damit verbundenen erheblich verbesserten Lebensqualität nach erlittenem Ereignis ausdrücken), hat sich die Zahl der jährlich in Deutschland an einem Herzinfarkt Erkrankten nur unwesentlich verändert. Um die *Herzinfarktinzidenz zu verringern*, bedarf es daher noch erheblicher Anstrengungen, deren Hauptaugenmerk auf eine Verringerung des Risikoprofils der Bevölkerung zielen muss. Das Herzinfarkttrisiko gefährdeter Menschen lässt sich heutzutage mit Medikamenten und Herzkathetereingriffen deutlich reduzieren: Das *Präventionspotential* muss jedoch eindeutig auf möglichst früh einsetzende (individuelle) Interventionsmaßnahmen abzielen. Dies wird umso mehr verdeutlicht, wenn man bedenkt, dass

- mehr als die Hälfte der Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland erhöhte (risikobehaftete) Blutfettwerte hat. Eine Risikoreduktion für die Entwicklung einer koronaren Herzkrankheit durch eine Senkung des Serumcholesterin läge je nach Alter zwischen 20 % - 55 %^{4,5},

⁴ Bergmann, K. E., Mensink, G. B. M. (1999): Körpermaße und Übergewicht. Gesundheitswesen, Sonderheft 2, S 115 - 120, Georg Thieme Verlag Stuttgart - New York.

⁵ Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit - Gutachten 2000/2001. Band III.2.8: Ischämische Herzkrankheiten, inklusive Myokardinfarkt, Nomos Verlag Baden-Baden.

- fast zwei Drittel aller Bundesbürger (Männer mehr als Frauen) übergewichtig sind. Dabei gilt jede fünfte männliche und fast jede vierte weibliche Person in Deutschland als fettsüchtig (adipös). In Berlin ist mehr als jedes fünfte einzuschulende Kind zu dick. Bereits 9 % der Erstklässler sind übergewichtig, über 12 % gelten gar als adipös,
- derzeit nahezu 50 % der Frauen und Männer in Deutschland keinen nennenswerten (sportlichen) körperlichen Aktivitäten nachgehen. Dabei könnte bei einer Stunde (bewusster) Bewegung in der Woche das Herzinfarktrisiko um 15 % und bei zwei Stunden leichtem Fitnessprogramm sogar um 40 % gesenkt werden^{4,5}. Körperliche Inaktivität steht in engem Kontext mit Übergewicht und ist als Risikofaktor der Hypercholesterinämie und dem Rauchen gleichzusetzen⁶,
- fünf Prozent der Bundesbürgerinnen und Bundesbürger an Diabetes mellitus-Typ-2 leiden. Diese Krankheit ist mit einer hohen Dunkelziffer belastet. Eine Prävalenz von etwa 8 % erscheint daher wahrscheinlicher. Für Berlin bedeutet das, dass in der Stadt rund 230.000 Diabetikerinnen und Diabetiker leben. Diabetes mellitus-Typ-2 ist bei Frauen der stärkste Prädiktor eines Herzinfarktes. Die meisten an Diabetes erkrankten Frauen und Männern leiden am sogenannten „metabolischen Syndrom“ (gestörter Glukose- und Insulinmetabolismus, Übergewicht, abdominale Fettsammlung, Dyslipidämie, Bluthochdruck und körperliche Inaktivität),
- in Deutschland ein Drittel der Bevölkerung (34 % der Männer, 31 % der Frauen) regelmäßig raucht. Bei den Frauen ist der Anteil der Raucherinnen in den letzten Jahren kontinuierlich angestiegen. Zigarettenrauchen gilt bei ihnen hinsichtlich der Entwicklung einer koronaren Herzkrankheit als Risikofaktor erster Ordnung. Bei Rauchverzicht käme es zu einer drastischen Reduzierung der Herzinfarkt-morbidität und -mortalität. Bereits nach fünf Jahren hätten eine Exraucherin bzw. ein Exraucher das Erkrankungs- und Sterberisiko einer Person, die nie geraucht hat^{4,5},
- Bluthochdruck in Deutschland weit verbreitet ist. Nur 50 % der männlichen und 58 % der weiblichen Bundesbürger können auf einen normalen Blutdruck verweisen. Ein Drittel der Bevölkerung ist jedoch als Hypertoniker zu betrachten. Durch verhaltensmedizinische (primärpräventive) Maßnahmen (wie gesundes Ernährungsverhalten, Gewichtsreduktion, Steigerung der körperlichen Bewegung) kann der Blutdruck ohne medikamentöse Behandlung effektiv gesenkt werden. Berücksichtigt man alle Interventionen, könnte die kardiovaskuläre Morbidität und Mortalität um fast 50 % gesenkt werden⁴.

Vorbeugen ist bekanntlich in vielen Fällen die beste medizinische Voraussetzung für eine erfolgreiche Prävention chronischer Erkrankungen (wie z. B. der koronaren Herzkrankheiten). Bei der Vorbeugung der „Volkskrankheit Herzinfarkt“ liegt jedoch noch vieles im Argen. Dabei mangelt es bundesweit nicht an Präventions- und Gesundheitsförderungskonzepten. Es gibt eine Vielzahl an Einzelaktivitäten, die beispielsweise von gesunder Ernährung, Bewegung, Gesundheitserziehung bis hin zu Früherkennungsuntersuchungen reichen. Ebenso vielfältig ist in diesem Zusammenhang die Trägerschaft oder Zuständigkeit (z. B. öffentlicher Gesundheitsdienst, Krankenkassen, Sportvereine). Die Angebote sind aber oft unkoordiniert und wenig auf gemeinsame Ziele ausgerichtet und bleiben daher hinter ihren Möglichkeiten zurück.

Prävention muss dringend eine (noch) höhere Beachtung verschafft werden; ihr ist ein gleichrangiger Stellenwert neben Kuration, Rehabilitation und Pflege zuzuweisen. Und Prävention muss frühzeitig beginnen und lebenslang beibehalten werden. Beim Herzinfarkt sollte eine primäre (individuelle) Prävention an erster Stelle stehen, die auf einem Verhaltensmodell basiert. Empfohlen wird hierbei, dasjenige Verhalten zu ändern, das sich als riskant offenbart hat. Die bislang abgeleiteten Gesundheitsmodelle richten sich an die Gesamtbevölkerung und an Risikoträger. Oft ist es jedoch so, dass sich die Betroffenen nicht angesprochen fühlen und daher auch alle Appelle an den meisten von ihnen

⁶ Bremer, V., Klose, M. (1999): Alters- und geschlechtsspezifische Unterschiede in der Diagnostik, Therapie und Mortalität von PatientInnen mit akutem Myokardinfarkt - Ein Vergleich der Jahre 1987 und 1997. Magisterarbeit im postgradualen Studiengang Gesundheitswissenschaften/Public Health, Technische Universität Berlin.

vorbegehen. Eine Umfrage bei 2.000 Bundesbürgerinnen und Bundesbürgern auf zwei Großbahnhöfen in Berlin im Jahr 2003 ergab, dass die überwiegende Mehrheit der Befragten zu koronaren Risikofaktoren, Angina pectoris und Myokardinfarkt mangelhaft informiert war. Frauen schnitten dabei keineswegs besser als Männer ab⁷. Gerade Frauen wissen oft nicht, dass sie zum Teil stärker gefährdet sind als Männer. Sie haben zwar ähnliche Risiken wie Männer, jedoch wirken diese bei Frauen oft stärker als beim männlichen Geschlecht. Die Ergebnisse der Berliner Befragung zeigten u. a. das ganze Ausmaß an Bildungslücken und machen einen erheblichen Nachholbedarf in der Bevölkerung (was das Wissen zum Thema Herzinfarkt und dessen Risikofaktoren betrifft) nur einmal mehr transparent. Eine breite Aufklärung der Bevölkerung hat demzufolge oberste Priorität. Bei der Berliner Studie wurde sie sogar von 80 % der Befragten gewünscht und von Seiten der Gesundheitspolitik mehr Engagement erwartet. Die Aufklärung sollte auch verstärkt im Rundfunk, dem Fernsehen oder via Presse erfolgen, da in Deutschland mittlerweile mehr als jeder Zweite sein Wissen über derartige Quellen bezieht. Wichtig scheint in diesem Zusammenhang aber auch die Rolle der behandelnden (Haus)Ärzte, bei denen die primäre Prävention des Herzinfarktes eine höhere Gewichtung finden muss, die über die übliche zeitliche Limitierung und eingefahrenen Behandlungsmodus hinausgehen sollte. Gesundheitsberatung über präventive Möglichkeiten und Lebensstilveränderungen sollten nach Möglichkeit immer Bestandteil der ärztlichen Behandlung jeder Patientin und jedes Patienten mit bestehenden kardiovaskulären Risikofaktoren sein. Und das vor allem dann, wenn noch keine spezifischen Erkrankungen aufgetreten sind.

- ☞ Weitere Details, insbesondere zur Mortalität und zu Ergebnissen des Berliner Herzinfarktregisters, außerdem Informationen über die Prävalenz von kardiovaskulären Risikofaktoren, Arbeitsunfähigkeit, Schwerbehinderungen, Leistungen der medizinischen Rehabilitation sowie Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit im Zusammenhang mit Krankheiten des Kreislaufsystems können in den Schwerpunkten 3.1.1 bis 3.1.3 aus Kapitel 3 des Basisberichts 2003/2004 nachgelesen werden.

Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen

Das Kapitel *Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen* enthält Indikatoren zum Rauchen, zum Alkoholkonsum, zur Ernährung, zum Body Mass Index und zur körperlichen Aktivität. Die Daten stammen aus dem Bundes-Gesundheitssurvey 1998, einer repräsentativen Erhebung in Deutschland, die mittels Fragebogen, ärztlichen Interviews sowie Blut-/Serumanalysen durchgeführt wurde. Für Berlin liegen - bis auf den Indikator zum Body Mass Index bei Kindern zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchungen - keine entsprechenden Daten vor, deswegen werden im Basisbericht 2003/2004 die Tabellen mit den Bundesdaten veröffentlicht. Eine Ausnahme bilden die Bereiche Rauchverhalten und Body Mass Index, die für Berlin aus dem Mikrozensus zu entnehmen sind. Die Fragen zur Gesundheit sind alle 4 Jahre Bestandteil des Mikrozensus, zuletzt im Jahr 2003. Allerdings ist an der Aussagekraft dieser Daten, insbesondere im Hinblick auf die Gewichtsangaben der befragten Personen, Zweifel angebracht, wie in den beiden Schwerpunkten „Übergewicht - Vergleich der Daten von Mikrozensus und Gesundheitssurvey“ und „Rauchen“ ausgeführt wird. Es wird aus weiteren Untersuchungen zitiert, die sich mit dem Rauchverhalten der Berliner Bevölkerung beschäftigen.

Übergewicht

Adipositas ist nach Angaben der WHO das größte chronische Gesundheitsproblem. Die Adipositas mit ihren möglichen Folgekrankheiten wie Arteriosklerose, Diabetes mellitus, arterielle Hypertonie oder degenerative Gelenkerkrankungen stellt ein zunehmendes gesundheitspolitisches Problem dar

⁷ Baumann, G., Stangl, V., Grogmann, A. et al (2003): Wie aufgeklärt ist der deutsche Bürger bezüglich kardiovaskulärer Notfälle? Ergebnisse einer Umfrage bei 2000 Bundesbürgern zu koronaren Risikofaktoren, Angina pectoris und akutem Myokardinfarkt. *Intensivmed* 40, S. 590 - 598.

(vgl. auch „Herzinfarkttrisiken und Präventionspotential“ im vorangehenden Abschnitt „Gesundheitszustand der Bevölkerung“). In den meisten westlichen Industrienationen hat der Anteil an übergewichtigen Menschen in den letzten beiden Jahrzehnten die 30 %-Marke überschritten; in Deutschland sind heute mehr als 50 % der Menschen übergewichtig oder adipös. Mit zunehmender Verbreitung der Adipositas ist ein erheblicher Kostenanstieg im Gesundheitssystem zu erwarten. Adipositas und ihre Folgeerkrankungen sollen in den Industriestaaten bereits 5 -10 % der Gesamtkosten des Gesundheitswesens verursachen. In Deutschland wurden die Kosten für das Gesundheitswesen von den Gesundheitsministern bereits 1990 mit 113,8 Milliarden DM, also ca. 57 Milliarden Euro, veranschlagt⁸.

Für die Messung eines zu hohen Körpergewichtes hat sich weltweit der Body Mass Index (BMI) durchgesetzt, der aus Größe und Gewicht errechnet wird. Dabei wird üblicherweise ein BMI von 25,0 - 29,9 als „Übergewicht“ und einer von 30 und höher als „Adipositas“ oder Fettsucht bezeichnet.

Neuere Angaben über die *Adipositasprävalenz* bei Erwachsenen in Deutschland sind vor allem aus zwei Quellen verfügbar, nämlich dem Gesundheitssurvey (1998) und dem Mikrozensus von 2003. Der Hauptunterschied in Bezug auf die Feststellung des BMI besteht darin, dass die Daten - also Größe und Gewicht - im Gesundheitssurvey durch objektive Messung, im Mikrozensus dagegen durch Befragung gewonnen wurden.

Betrachtet man die Ergebnisse des Mikrozensus, so erscheinen sie überraschend positiv zu sein: Nur 12,3 % der Frauen und 13,6 % der Männer hatten ihren Angaben zufolge einen BMI von 30 oder mehr. Dies ist nicht mit den Angaben in der Literatur zu vereinbaren, die von einer Prävalenz der Adipositas von mindestens 20 % ausgehen. Tatsächlich hatten die Messungen beim Gesundheitssurvey 1998 einen Anteil von 21,7 % bei Frauen und 18,8 % bei Männern ergeben. Es gibt kaum einen Zweifel daran, dass in den vergangenen sechs Jahren die Prävalenz weiter gestiegen und nicht etwa gesunken ist. Dies ergibt sich auch aus dem Vergleich der Mikrozensusdaten der Jahre 1999 und 2003.

Es ist eine bekannte Tatsache, dass bei Erhebung von „heiklen“ Tatbeständen die Befragten zur Angabe von positiveren Daten neigen, als sie tatsächlich vorliegen⁹. Bei einem deutlich negativ besetzten Feld, wie es die Fettsucht ist, sind durchgängig korrekte Angaben nicht zu erwarten. Dennoch sind in der Berichterstattung die genannten Zahlen des Mikrozensus in der Regel so publiziert und kommentiert worden, als seien es valide Daten. Nachfolgend soll durch Vergleich mit den objektiv gemessenen Daten des Gesundheitssurveys das Antwortmuster beim Mikrozensus analysiert werden. Obwohl sich die Grundpopulation und ihr Altersaufbau in der Zeit zwischen 1998 und 2003 natürlich etwas verändert hat, wird dies als nicht wesentlich eingestuft und die beiden Populationen als vergleichbar angesehen.

Der Vergleich der zwei Datenquellen zeigt, dass die Differenzen zu den tatsächlichen Werten umso höher ausfallen, je mehr der BMI vom Normalbereich abweicht. Beim *Übergewicht* (BMI 25,0 - 29,9) liegt die *Prävalenz bei den Frauen* in den unteren Altersklassen um etwa 20 % höher als von den Befragten angegeben; es lässt sich eine leichte Tendenz zu realistischeren Angaben mit steigendem Alter feststellen. Bei der Adipositas hingegen (BMI \geq 30,0) beträgt die Abweichung im Mittel gut 75 %; bei der ältesten Altersgruppe sogar über 100 %. Das heißt, dass nur etwas mehr als die Hälfte der befragten fettsüchtigen Frauen dieser Altersgruppe einigermaßen richtige Angaben über ihre Körpermaße machten.

Untergewicht, insbesondere wenn es sich der Magersucht annähert, ist ähnlich negativ besetzt wie Übergewicht; es wären also auch hier zu niedrige Angaben zu erwarten. Jedoch ist genau das Gegen-

⁸ Bundesministerium für Gesundheit (1994): Die Kosten ernährungsabhängiger Erkrankungen 1990. Bonn: BMG.

⁹ Bergmann, E. et al. (1990): Verbreitung von Übergewicht in der Bundesrepublik Deutschland. In : Tätigkeitsbericht des Bundesgesundheitsamtes, S. 221 ff.

teil der Fall: Die Gruppe der 18- bis 49-jährigen untergewichtigen Frauen hat in Wirklichkeit einen zwischen 40 % und 60 % kleineren BMI, als sie selber angibt. Bei den Älteren ist sogar nur jede Zehnte tatsächlich untergewichtig.

Das Muster der Abweichungen bei den *Männern* ist dem der Frauen sehr ähnlich, mit einer Ausnahme: Zwar liegt der Anteil an Fettsüchtigen um 40 % und damit deutlich höher als von den befragten Männern angegeben; diese Diskrepanz liegt aber erheblich unter der der Frauen von mehr als 75 %.

Das Muster der unrichtigen Angaben liefert interessante Aufschlüsse über die negative Besetzung des eigenen Gewichts in den verschiedenen Altersgruppen. Obwohl ein Übergewicht bei einem BMI von 25 bis 29 deutlich wahrnehmbar ist, wird es offenbar noch nicht als so stigmatisierend empfunden, dass hier ein sehr hoher Anteil der Befragten geschönte Angaben machen würde. Dies empfinden Männer und Frauen gleichermaßen so; und je älter sie sind, um so gelassener nehmen sie es offenbar.

Dies ändert sich drastisch, sobald die Befragten stark übergewichtig (adipös) sind. Drei Siebtel der befragten adipösen Frauen leugnen ihre - offensichtliche - Fettsucht, und das in allen Altersgruppen relativ einheitlich. Auch bei den Männern steigt die Diskrepanz deutlich an, insgesamt tun sie sich aber deutlich leichter, ihre Fettsucht zuzugeben. Zudem bleibt hier der Trend erhalten, mit zunehmendem Alter auch zutreffendere Angaben zu machen.

Obwohl auch Untergewicht - und insbesondere die Magersucht, und das nicht nur bei Mädchen - zunehmend in den Fokus der gesellschaftlichen Aufmerksamkeit rückt und problematisiert wird, wird selbst unnatürliche Schlankheit offenbar immer noch als erstrebenswert angesehen. Nur so ist es zu erklären, dass ein hoher Prozentsatz derer, die sich als untergewichtig bezeichnen, es in Wirklichkeit gar nicht sind. Hierbei zeigen Männer und Frauen ein relativ gleiches Verhalten. Warum aber auch ältere Menschen sich gern untergewichtig sehen, auch wenn dies nicht zutrifft, bedarf wohl noch einer gesonderten Erklärung.

Insgesamt muss konstatiert werden, dass ein auf Befragung basierendes Verfahren wie der Mikrozensus keine validen Prävalenzangaben über die Adipositas liefern kann. Hierzu ist nur eine objektivierende Untersuchung wie ein Survey geeignet. Auch relative Angaben, wie Zunahme oder Abnahme der Adipositasprävalenz durch den zeitlichen Vergleich von Zensus, sind mit einer Unsicherheit belastet, da sie auch durch Veränderungen des Auskunftsverhaltens - durch eine veränderte gesellschaftliche Haltung zu Über- oder Untergewicht - bedingt sein können.

☞ Weitere Angaben zum Vergleich der Daten von Mikrozensus und Gesundheitssurvey sind dem Schwerpunkt 4.1.1 zu entnehmen.

Rauchen

Rauchen zählt zu den größten verhaltensbedingten Gesundheitsgefährdungen überhaupt. Eine neuere Studie¹⁰ kommt zu dem Schluss, dass jährlich weltweit etwa 5 Millionen Menschen durch Rauchen sterben, und dass fast jeder zehnte Todesfall auf Tabak zurückzuführen ist. Knapp 30 Krankheiten sind mit ihm assoziiert, häufigste durch das Rauchen bedingte Todesursache waren Herz-Kreislauf-erkrankungen, gefolgt von Lungenkrankheiten und Lungenkrebs.

Die beste Maßnahme gegen das Rauchen ist, erst gar nicht damit anzufangen. Wie so oft ist auch hier ein möglichst früher Ansatz wichtig, denn mit dem Rauchen fängt man nicht in jedem Lebensalter an. Wenn ein Mensch mit zwanzig noch nicht raucht, so ist die Chance sehr groß, dass er niemals damit anfangen wird. Dies hat auch die Tabakindustrie erkannt; eine Sichtung von internationalen Studien

¹⁰ Ezzati, M.; Lopez, A. (2003): Estimates of global mortality attributable to smoking in 2000. Lancet, Volume 361 Issue 9376 Page 2226.

ergab, dass die Tabakwerbung geeignet ist, Jugendliche dazu zu verleiten, mit dem Rauchen anzufangen¹¹.

Nachfolgend soll daher betrachtet werden, in welchem Alter wieviele Jugendliche rauchen, wann sie zu regelmäßigen und damit abhängigen Rauchern und Raucherinnen werden, und bis zu welchem Alter sich entscheidet, ob jemand eine Raucherkarriere beginnt oder nicht. Auch soll untersucht werden, ob sich die Raucherhäufigkeit in den letzten Jahrzehnten verändert hat und ob ein Trend erkennbar wird.

Zum Rauchverhalten bei Jugendlichen sind bundesweit und auch für Berlin eine Reihe von Untersuchungen verfügbar. Die aktuellste davon ist der *Mikrozensus 2003*. Demnach rauchen in der Berliner Bevölkerung ab 15 Jahre durchschnittlich 34,1 %. Dieser relativ niedrige Wert wird durch die geringe Raucherquote der älteren Bevölkerung deutlich beeinflusst, der Prozentsatz der Altersgruppe ab 65 Jahre beträgt nur 14,1 %. In der Altersgruppe der 15- bis unter 40-Jährigen geben 41,4 % an zu rauchen. Die Ergebnisse des Mikrozensus geben deutliche Hinweise darauf, dass die Entscheidung, ob jemand zum Raucher wird, im Wesentlichen vor dem 20. Lebensjahr fällt, da sich danach die Raucherprävalenz nicht mehr in größerem Umfang ändert.

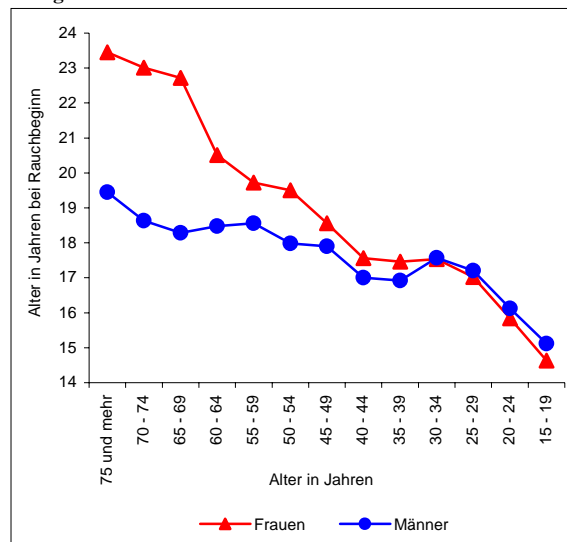
Es wurde ebenfalls nach dem Alter gefragt, in dem mit dem regelmäßigen Rauchen begonnen wurde. In der Altersgruppe der 15- bis 19-Jährigen betrug dieses Alter durchschnittlich 14,9 Jahre, 15,1 Jahre bei den Jungen und 14,6 Jahre bei den Mädchen. Abbildung 7 zeigt die Veränderung des Rauchbeginns in den letzten Jahrzehnten.

Die Zahlen machen deutlich, dass das Einstiegsalter beim Rauchen deutlich gesunken ist, vor allem bei den Frauen, und dass die Mädchen mittlerweile früher mit dem gewohnheitsmäßigen Tabakkonsum beginnen als die Jungen.

Eine weitere Datenquelle ist die *HBSC-Studie 2002*¹². Berlin gehört zu den vier Bundesländern, die sich an der deutschen Stichprobe beteiligt haben; somit liegen die Daten von 9.704 Berliner Kindern bzw. Jugendlichen vor. Da nach dem international standardisierten Design Schülerinnen und Schüler der 5., 7. und 9. Klasse befragt werden, wurden so die Altersgruppen der 11-, 13- und 15-Jährigen erfasst. Es wurden alle regulären Schulformen berücksichtigt; in Zusammenarbeit mit der Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz wurde eine repräsentative soziale Verteilung an Hand der Sozialindizes aus dem Sozialstrukturatlas¹³ sicher gestellt.

Die Studie ergab, dass der Anteil der täglich Rauchenden von 1,1 % (11 Jahre) über 11,4 % (13 Jahre) auf 30,0 % bei den 15-Jährigen ansteigt.

Abbildung 7:
Durchschnittliches Alter des Rauchbeginns der Bevölkerung in Berlin 2003 nach ausgewählten Altersgruppen und Geschlecht - Ergebnisse des Mikrozensus



(Datenquelle: StaLa Berlin / Darstellung: SenGesSozV - II A -)

¹¹ Lovato, C.; Linn, G.; Stead, L.; Best, A. (2004): Impact of tobacco advertising and promotion on increasing adolescent smoking behaviours. The Cochrane Library, Issue 2, 2004.

¹² Hurrelmann, K.; Klocke, A.; Melzer, W.; Ravens-Sieberer, U. (2003): Jugendgesundheitsurvey. Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO (Health Behaviour in School-aged Children - HBSC). Juventus, Weinheim.

¹³ Meinschmidt, G.; Brenner, M. (1999): Sozialstrukturatlas Berlin 1999. - Eine soziale Diagnose für Berlin -. Senatsverwaltung für Soziales und Gesundheit / Technische Universität Berlin, Berlin.

Der Prozentsatz der täglich rauchenden 15-Jährigen ist hier mit 30,0 % also höher, als der Mikrozensus 2003 für die gesamte Altersspanne der 15- bis 19-Jährigen angibt (27,9 %). Da die Aussagekraft und die Validität der HBSC-Studie höher einzustufen sind als die des Mikrozensus, bedeutet dies, dass wie beim Übergewicht die Angaben im Mikrozensus das Gesundheitsproblem deutlich unterschätzen.

Zuletzt sollen noch einige Ergebnisse der sogenannten „*Drogenaffinitätsstudie*“ vorgestellt werden, die die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung seit 1973 in regelmäßigen Abständen durchführt. Sie erfasst auch den Konsum von Tabak und Alkohol bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Alter von 12 bis 25 Jahren. Es wurden bisher neun Wiederholungsbefragungen durchgeführt; die vorliegende stammt von 2001. Die ersten sechs Befragungen bezogen sich auf das ehemalige Bundesgebiet; seit 1993 werden auch die neuen Bundesländer einbezogen¹⁴. Es handelt sich um eine rein deutsche Studie, deren besondere Stärke in ihrer Fähigkeit besteht, längerfristige Trends aufzuzeigen.

Die Studie bedient sich neben „Nichtraucher“ auch der Begriffe „Nieraucher“ (im ganzen Leben 0 Zigaretten geraucht) und „Kaumraucher“ (unter 100 Zigaretten), wobei man aus pragmatischen Gründen bei den letzten Publikationen dazu übergegangen ist, auch die Kaumraucher zu den Nierauchern hinzu zu zählen.

Eine gesonderte Publikation über die Daten der Drogenaffinitätsstudie 2001 zum Rauchverhalten¹⁵ beziffert die Raucherquote der 12- bis 15-Jährigen auf 19 %. Bei den 16- bis 19-Jährigen erreicht die Quote dann 45 % und bleibt bei den 20- bis 25-Jährigen auf diesem Niveau. Auch hier wird deutlich, dass sich das Schicksal „Raucher oder Nichtraucher“ im Wesentlichen in der Kindheit und Jugend entscheidet. Welche Entwicklung hat hierbei in den vergangenen 20 Jahren (genauer: zwischen 1979 und 2001) stattgefunden?

Auf den ersten Blick scheint die Entwicklung sehr erfreulich zu sein. Sie ist gekennzeichnet durch einen lang anhaltenden Anstieg des Nieraucheranteils der 12- bis 25-Jährigen, der im genannten Zeitraum von 31 % auf 49 % gestiegen ist. Als strukturbereinigter Trend ausgedrückt ist der Nieraucheranteil seit 1979 pro Jahr um durchschnittlich 0,9 % gestiegen. Differenziert man jedoch nach Altersgruppen, so wird deutlich, dass die Entwicklung nicht für alle Altersbereiche gleichermaßen gilt.

So stagniert bei den 12- bis 15-Jährigen der Anteil derer, die nicht anfangen zu rauchen. Diese Entwicklung ist bei Jungen und Mädchen gleich; Ende der 70er Jahre war der Anteil an Nierauchern bei den Mädchen höher, heute haben sich die Nieraucherquoten angeglichen. Die Raucherquote jedoch ist nur bis 1989 gesunken und steigt seitdem signifikant wieder an. Dabei ist der Anstieg bei den Mädchen stärker ausgeprägt; in dieser Altersgruppe rauchen mehr Mädchen als Jungen.

Bei den 16- bis 19-Jährigen fällt vor allem die unterschiedliche Entwicklung bei Männern und Frauen auf. Bei den Frauen sinkt die Raucherquote bis 1989 kontinuierlich ab, um danach genauso kontinuierlich wieder anzusteigen. Bei den Männern hingegen fällt die Quote bis 1986 steil ab, stagniert danach im Wesentlichen (bis auf einen „Ausreißer“ 1997) und verändert sich zwischen 1989 und 2001 praktisch nicht (vgl. Abbildung 8).

Zur differenzierten Betrachtung des Rauchverhaltens Jugendlicher liefert die Studie noch eine Reihe weiterer Daten, zum Beispiel Unterschiede in der Rauchintensität abhängig von Alter und Geschlecht. So zeigt sie, dass der Anteil an starken Rauchern (mindestens 20 Zigaretten pro Tag) mit steigendem Alter sprunghaft zunimmt. Weibliche Jugendliche rauchen mittlerweile häufiger als männliche, jedoch ist der Anteil der starken Raucher bei letzteren mit 24 % nahezu doppelt so hoch. Neben den

¹⁴ Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2001): Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2001. Köln.

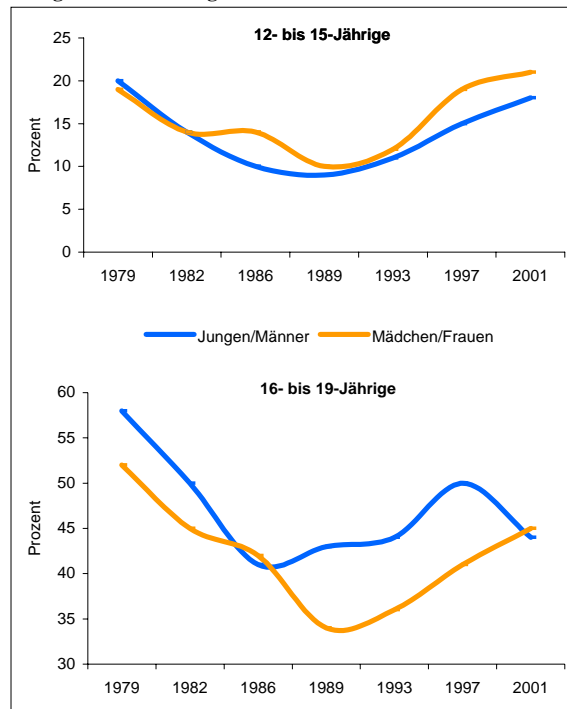
¹⁵ Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2001): Jugendliche Raucher. Veränderungen des Rauchverhaltens und Ansätze für die Prävention. Köln.

Rauchern und Nierauchern verdienen auch die Exraucher Beachtung. So sind von den 24- bis 25-Jährigen 18 % Exraucher. In den jüngeren Altersgruppen scheint die Tendenz, mit dem Rauchen aufzuhören, jedoch abzunehmen.

Welche Schlussfolgerungen lassen sich aus den vorhandenen Daten nun über die *Prävention des Rauchens* ziehen?

- Alle Datenquellen zeigen, dass das Kindes- und Jugendalter die entscheidende Zeitspanne für eine spätere Raucherkarriere ist. Entgegen den Beteuerungen der Tabakindustrie¹⁶ muss es ihr Ziel sein, Kinder in möglichst frühem Alter zum Rauchen zu verleiten. Untersuchungen¹¹ weisen klar darauf hin, dass sie dies auch tut. Alle entsprechenden Maßnahmen der Tabakindustrie müssen unterbunden werden.
- Der Ländervergleich der HBSC-Studie zeigt, dass Jugendliche aus Deutschland in Bezug auf das Rauchverhalten eine traurige Spitzenposition einnehmen. Bei den Ursachen für die niedrigeren Quoten in anderen Ländern spielt ohne Zweifel der Preis von Zigaretten eine wesentliche Rolle. Da dies umso mehr gilt, je jünger die Kinder sind, und gerade die jüngste Altersgruppe am schutzbedürftigsten ist, ist hier ein klarer Ansatzpunkt gegeben.
- Die Gesellschaft sollte unmissverständlich klar machen, dass sie Tabakkonsum von Minderjährigen nicht dulden will. Hierbei sollte das Auseinanderklaffen von gesetzlichen Regelungen und tatsächlicher weitgehender Untätigkeit in der Praxis bei Verstößen beseitigt werden. Rauchen in der Öffentlichkeit und vor allem auch in Schulen sollte konsequent unterbunden, der Verkauf an und auch das Zurverfügungstellen von Tabakwaren für Jugendliche sollte effektiv sanktioniert werden. Zigarettenautomaten sollte es nicht mehr geben. Ein erster Schritt in diese Richtung ist getan: Seit Beginn des Schuljahres 2003/2004 gilt ein generelles Rauchverbot an Berliner Schulen.
- Untersuchungen zeigen den überragenden Einfluss von Gleichaltrigen auf die Rauchscheidung^{12,15}. Ganz wesentlich ist hierbei der große Drang gerade Pubertätender, demonstrativ positiv besetzte Lebenshaltungen - lässig, souverän, überlegen, spaßbezogen - einzunehmen. Obwohl die Tabakindustrie bei ihrer Werbung keine Schauspielerinnen und Schauspieler unter 30 Jahren einsetzen darf und 30-Jährige sonst bei 15-Jährigen schon als „alt“ gelten, gelingt es der Tabakwerbung dennoch, indem sie mit subtilen Methoden deren Sehnsüchte ausnutzt, dass die Jugendlichen ihre Produkte mit der ersehnten Ausstrahlung assoziieren. Dieses Umlenken von jugendlichen Sehnsuchtsprojektionen auf Zigaretten muss unterbunden, Tabakwerbung jeglicher Art untersagt werden.
- So wie der Einfluss von Gleichaltrigengruppen - und dies vielleicht in letzter Zeit verstärkt - das Rauchen fördern kann, so kann von ihnen auch ein protektiver Einfluss ausgehen. Ganz besonders

Abbildung 8:
Raucheranteil bei Kindern/Jugendlichen ausgewählter Altersgruppen in Deutschland 1979 - 2001
- Ergebnisse der Drogenaffinitätsstudie



(Datenquelle: BZgA, Repräsentativerhebungen zur Drogenaffinität Jugendlicher / Darstellung: SenGesSozV - II A -)

¹⁶ Philipp Morris International (2004): Wenn Sie nicht wollen, dass Kinder und Jugendliche rauchen, bedeutet dies dann nicht, dass Sie Ihre zukünftigen Kunden verlieren? Fragen und Antworten. <http://www.pmintl.de/pages/FAQ/FAQ.asp?position=20&listsection=YSP#Q20>, zuletzt aufgerufen am 15.06.2004.

scheint dies für Sportvereinsmitgliedschaften zu gelten, die überdies einem Bereich angehören, bei dem davon ausgegangen werden kann, dass hier noch ein wirksamer elterlicher Einfluss besteht (körperliche Aktivität und Fernsehkonsum)¹². Die Förderung einer sinnvollen Lebensgestaltung in sozialer Umgebung ist nicht nur für die Rauchprävention gut. Es sollten dabei weniger die Vereine nach dem Gießkannenprinzip pauschal gefördert, als vielmehr gezielt besonders gefährdete Bevölkerungsschichten angesprochen und bei ihnen der Weg hinein in die Vereine erleichtert und gebahnt werden.

- Die sehr verschiedenen Raucherprävalenzen in den unterschiedlichen Schultypen zeigen auch die sozialen Bedingtheiten beim Tabakkonsum, die später zu erheblichen Unterschieden in der vorzeitigen Sterblichkeit und damit der Lebenserwartung führen¹⁷. Rauchprävention muss mit besonderem Fokus auf bestimmte soziale Gruppen und Schichten erfolgen. Dem Setting Schule kommt hierbei eine besondere Bedeutung zu.

☞ Nähere Angaben finden sich im Schwerpunkt 4.1.2 aus Kapitel 4 des Basisberichts 2003/2004.

Gesundheitsrisiken aus der Umwelt

Das Kapitel *Gesundheitsrisiken aus der Umwelt* enthält Indikatoren zu Schadstoffen in der Außenluft und im Trinkwasser, zu umweltbedingter Lärmbelastung, zu Belastungen durch Keime und Schadstoffe in der Ernährung, aus der technischen und Arbeitsumwelt sowie durch Badegewässer. Die Schwerpunkte befassen sich mit kanzerogenen Luftschadstoffen in der Innenraumluft von Berliner Kindertagesstätten und dem Einfluss, den Schadstoffe aus der Außenluft darauf ausüben, enthalten Aussagen zu Luftqualitätsstandards und Schadstoffimmissionen in der Berliner Außenluft sowie zu dem Umweltproblem Lärm und zu elektromagnetischen Feldern, beschreiben ausführlich die Gesundheitsgefährdung durch Schadstoffe in Lebensmitteln und berichten schließlich über die hygienische Überwachung der Qualität der Badegewässer.

Untersuchung der Raumluft in Kindertagesstätten auf kanzerogene Schadstoffe

Aus dem Abschlussbericht des BBGes/ILAT zur Auswertung des Untersuchungsprogramms zur Qualität der Raumluft in 73 ausgewählten innerstädtischen Kindertagesstätten im Winterhalbjahr 2000/2001 lassen sich zusammenfassend folgende Ergebnisse und Schlussfolgerungen ziehen:

Abgesehen von wenigen Ausnahmen ergaben die durchgeführten Untersuchungen hinsichtlich der ausgewählten Schadstoffe eine überwiegend befriedigende Qualität der Innenraumluft in Kindertagesstätten.

Die Feinstaubkonzentration in der Atemluft lag tendenziell über Messdaten aus privaten Wohnräumen bzw. Außenluftmessstationen und im Bereich zukünftiger Grenzwerte für die Außenluft. Der Parameter Feinstaub sollte daher aufmerksam betrachtet werden und auch zukünftig als wichtiger Bestandteil in die Bewertung der Innenraumluftqualität einbezogen werden. Dies gilt in besonderem Maße für Aufenthaltsräume von Kindern.

Im Sinne des vorbeugenden Gesundheitsschutzes sollten bei den Kindertagesstätten mit auffälligen Raumluftkontaminationen Nachuntersuchungen stattfinden, um bei anhaltend erhöhten Schadstoffgehalten Maßnahmen zur Beseitigung bzw. Minimierung der Emissionsquellen ergreifen zu können.

Der Einfluss der Schadstoffbelastung der Außenluft auf die Qualität der Innenraumluft konnte schon in den vorangegangenen Untersuchungen belegt werden. Die im Rahmen dieser Untersuchung ge-

¹⁷ Meinschmidt, G. (Herausgeber)(2004): Sozialstrukturatlas Berlin 2003 - Ein Instrument der quantitativen, interregionalen und intertemporalen Sozialraumanalyse und -planung. Spezialbericht 2004-1. Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz, Berlin.

fundenen höheren Belastungen in den zentral-innerstädtischen Bezirken bestätigen diesen Zusammenhang.

Auch wenn in Berlin seit 1989/90 ein deutlicher Rückgang der Belastung der Außenluft mit Luftschadstoffen zu verzeichnen ist, muss insbesondere für die kanzerogen wirkenden Schadstoffe eine weitere Reduktion erfolgen. So muss z. B. im Rahmen von Bebauungskonzeptionen sichergestellt werden, dass sensible Einrichtungen wie Kindertagesstätten unter Berücksichtigung der Immissionsverhältnisse und vor allem der Verkehrsbelastung möglichst nur in verkehrsarmen Straßen errichtet werden.

☞ Detaillierte Untersuchungsergebnisse sind dem Schwerpunkt 5.1.1 aus Kapitel 5 des Basisberichts 2003/2004 zu entnehmen.

Luftqualität, Lärmbelastung und elektromagnetische Felder

Mit den neuen *Luftqualitätsrichtlinien*, mit denen Luftqualitätsstandards der Europäischen Union in deutsches Recht umgesetzt wurde, sollen gesundheitliche Belastungen der Bevölkerung deutlich vermindert werden.

Die aus den Daten des *Berliner-Luftgüte Messnetzes* gewonnenen Ergebnisse lassen erkennen, dass die Problematik von Feinstaub PM_{10} und Stickstoffdioxidimmissionen in Berlin nach wie vor Schwerpunktthemen sind.

Die konsequente Umsetzung der vom Senat verabschiedeten komplexen Maßnahmen ist notwendig, um die strengen Grenzwerte für Partikel PM_{10} , Stickstoffdioxid und Ozon an allen Immissionsorten sicher einzuhalten. Außerdem wäre zu beachten, dass für die *kanzerogenen Partikel PM_{10} , Ruß und Benzol* generell das Minimierungsgebot für die Belastung der Umwelt mit diesen Schadstoffen über den gesetzlichen Rahmen hinaus gilt, da nach gegenwärtigem Wissensstand eine untere Konzentrationsschwelle für krebsauslösende Wirkungen nicht angegeben werden kann.

Der durch den *Straßen-, Schienen- und Luftverkehr verursachte Lärm* stellt eines der wichtigsten Umweltprobleme in Berlin dar. Werden bestimmte Aktivitäten wie Konzentration, Entspannung und Schlaf durch Geräuschimmissionen beeinträchtigt, reagiert der Körper mit Stresshormonausscheidungen. Bei wiederholten Lärmeinwirkungen bzw. andauernder Exposition entsteht Dauerstress, der negativ u. a. auf die natürliche Rhythmik der Hormonproduktion und -konzentration bzw. die Kreislaufaktivität wirken kann. Besonders störend wirken sich Geräuschimmissionen in den Nachtstunden aus. Aus der Straßen- und Schienenverkehrslärmkarte 2002 geht hervor, dass 80 % der im Untersuchungsgebiet Wohnenden nachts häufig einem hohen Geräuschpegel durch motorisierten und schienengebundenen Straßenverkehr ausgesetzt sind.

☞ Weitere Informationen über Schadstoffimmissionen in der Außenluft und Lärmbelastung in Berlin, neue Impulse zur Lärmbekämpfung in Deutschland, das neue Landes-Immissionsschutzgesetz, das die Lärmschutzvorschriften von Berlin und Brandenburg harmonisiert, und die Bewertung möglicher Gesundheitsrisiken durch Mobilfunkanlagen sind den Schwerpunkten 5.1.2 und 5.1.3 aus Kapitel 5 des Basisberichts 2003/2004 zu entnehmen.

Schadstoffe in Lebensmitteln

Befunde von *Nitrofen in Futter- und Lebensmitteln* im Mai 2002 stellten ein Problem dar, das in Berlin nur marginal bei Futtermitteln auftrat. Im Zusammenhang mit *Acrylamid in Lebensmitteln*, das bei der Zubereitung insbesondere kohlenhydrathaltiger Produkte beim trockenen Erhitzen entstehen kann und nach den bisher vorliegenden Erkenntnissen als ernstzunehmendes gesundheitliches Risiko für den Menschen eingestuft werden muss, werden Hinweise gegeben, wo Informationen zur Verminderung der Acrylbildung bei der haushaltsmäßigen Zubereitung von Lebensmitteln zu erhalten sind.

Weitere Themen sind *Rückstände der Antibiotika Nitrofurantoin und Chloramphenicol in Lebensmitteln*. Nitrofurantoin-belastete Lebensmittel sind in jeder Konzentration ein Gesundheitsrisiko für den Verbraucher.

- ☞ Ausführliche Informationen zu den genannten Bereichen und über auf Gesundheitsgefährdung untersuchte Lebensmittel, Bedarfsgegenstände, kosmetische Mittel und Spielwaren sind in den Schwerpunkten 5.1.4 und 5.1.5 aus Kapitel 5 des Basisberichts 2003/2004 zu finden.

Hygienische Überwachung der Qualität der Badegewässer

Anhand festgelegter Untersuchungsparameter erfolgte für die Badesaison 2002 eine Beurteilung der Qualität der Badegewässer sowohl hinsichtlich der Mikrobiologie als auch hinsichtlich des Auftretens hoher Populationsdichten potentiell Toxin bildender Blaualgen.

Wie die Ergebnisse der *mikrobiologischen Untersuchungen*, die während der Badesaison 2002 an den ausgewiesenen Badegewässern in 14-tägigen Abständen erhoben worden sind, zeigen, waren im Vergleich zu den Vorjahren insgesamt weniger Grenzwertüberschreitungen festzustellen. Auch lag die Höhe der bestimmten Keimzahlen von Indikatororganismen zumeist unter den in der EG-Badegewässerrichtlinie festgelegten Richtwerten.

Die Badegewässerqualität wird neben dem mikrobiologischen Status durch das *Auftreten von Blaualgenmassenentwicklungen* bestimmt. In den Berliner Badegewässern fördern hohe Nährstoffgehalte die Entwicklung hoher Phytoplanktonbiomassen. An nahezu zwei Drittel der Badestellen an diesen Gewässern kann deshalb eine Sichttiefe von 1 m (Grenzwert) nicht ständig eingehalten werden. Um unter Beachtung des vorsorgenden Gesundheitsschutzes eine Nutzung der Gewässer zu ermöglichen, wird innerhalb eines jährlichen Blaualgenmonitorings die Blaualgenentwicklung an ausgewählten Badestellen Berlins verfolgt.

- ☞ Detaillierte Untersuchungsergebnisse zu den einzelnen Berliner Badegewässern sind im Schwerpunkt 5.1.6 aus Kapitel 5 des Basisberichts 2003/2004 nachzulesen.

Einrichtungen des Gesundheitswesens

Die Indikatoren dieses Kapitels geben einen Überblick über die *Einrichtungen des Gesundheitswesens*, die der Bevölkerung zum Erhalt der Gesundheit, bei Krankheit oder Pflegebedürftigkeit zur Verfügung stehen. Dazu zählen ambulante und stationäre/teilstationäre medizinische Einrichtungen, Pflegeeinrichtungen sowie Apotheken und medizinisch-technische Großgeräte. Die ambulante Versorgung enthält die ärztlichen, zahnärztlichen und psychotherapeutischen Versorgungsgrade sowie Praxen nach Organisationsform, nicht jedoch die Zahl der in diesen Bereichen Niedergelassenen, die ebenso wie weitere niedergelassene bzw. freiberuflich tätige Personen in Berufen des Gesundheitswesens im Kapitel „Beschäftigte im Gesundheitswesen“ zu finden sind. Analog zu den Indikatoren behandeln die Schwerpunkte die ambulante vertragsärztliche und psychotherapeutische Versorgung, chronische Nierenersatztherapie, Rettungsdienst, Krankenhaus- und Landespflegeplanung. Darüber hinaus wird über das Institut für Toxikologie, Klinische Toxikologie und den Giftnotruf Berlin, die Beratungsstelle für Embryonaltoxikologie, das Landesinstitut für gerichtliche und soziale Medizin Berlin, die Situation von Menschen mit spezifischen Pflegeanforderungen in Pflegeeinrichtungen, Hospizversorgung, psychiatrische Versorgung, das Gemeinsame Krebsregister, das Schnellwarnsystem der Europäischen Gemeinschaften im Lebensmittelbereich sowie die Überwachung der Trinkwasserschutzzone berichtet.

Vertragsärztliche und psychotherapeutische Versorgung, Nierenersatztherapie

Zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten wirken Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Krankenkassen zusammen (§ 72 SGB V). Ab dem 01.06.2003 sind die bisherigen Berliner Planungsbereiche, die den Verwaltungsbezirken entsprachen, zu einem einzigen zusammengelegt worden: der „Planungsbereich Berlin Bundeshauptstadt im Zulassungsbezirk Berlin“. Einen entsprechenden Beschluss fasste der Bundesausschuss Ärzte/Krankenkassen, der nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft getreten ist. Im neuen, einzigen Planungsbereich Berlin sind alle Fachgruppen - bis auf die ärztlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten - wegen Überversorgung für weitere Niederlassungen gesperrt. Während vor der Zusammenlegung noch einzelne Bezirke für etliche Arztgruppen offen waren, wurde mit der Gesamtbetrachtung für ganz Berlin eine Überversorgung festgestellt.

Seit 1995 erhebt das *Register zur Qualitätssicherung in der Nierenersatztherapie „QuaSi-Niere“* bundesweit strukturelle und epidemiologische Daten zur Versorgung chronisch kranker Patientinnen und Patienten.

In Berlin wurden im Jahr 2002 2.578 Patientinnen und Patienten versorgt. Dieses entspricht 760 Personen je 1 Mio. Einwohner, diese Zahl liegt über dem Bundesdurchschnitt (676). Das Verhältnis aus der Anzahl der Hämodialysepatientinnen und -patienten und der Hämodialyseplätze ergibt eine Auslastung, die mit 2,6 Personen pro Platz dem Bundesdurchschnitt entspricht.

☞ Weitere Angaben zur vertragsärztlichen Versorgung und zur Nierenersatztherapie sind den Schwerpunkten 6.1.1 und 6.1.2 aus Kapitel 6 des Basisberichts 2003/2004 zu entnehmen.

Institut für Toxikologie, Klinische Toxikologie und Giftnotruf Berlin, Beratungsstelle für Embryonaltoxikologie

Im Jahr 2003 sind innerhalb des Berliner Betriebes für Zentrale Gesundheitliche Aufgaben (BBGes) der Fachbereich Klinische Toxikologie und Pharmakologie und die Beratungsstelle für Vergiftungserscheinungen im Sinne eines toxikologischen Kompetenzzentrums unter der gemeinsamen Bezeichnung „Institut für Toxikologie, Klinische Toxikologie und Giftnotruf Berlin“ fusioniert.

Das Arbeitsgebiet der *Klinischen Toxikologie und Pharmakologie* sind Fremdstoffuntersuchungen in menschlichem Untersuchungsmaterial. Es gibt folgende Aufgabenschwerpunkte (Anzahl der Fälle in Klammern für 2002): Aufklärung akuter Vergiftungen („general unknown“, 2.920 Fälle), Vorbereitung zur Hirntoddiagnostik (HTD, 100 Anforderungen), Therapeutisches Drug Monitoring (TDM, 11.793 Bestimmungen) und Drogenkontrolluntersuchungen (48 063 Analysen).

Der *Giftnotruf Berlin* wurde am 23.03.1963 in der städtischen Kinderklinik in Berlin Charlottenburg als erstes Giftnotrufzentrum in der Bundesrepublik Deutschland gegründet. Seit 1995 ist die Beratungsstelle für Vergiftungserscheinungen in den Berliner Betrieb für Zentrale Gesundheitliche Aufgaben (BBGes) integriert. Da dies die erste Beratungsstelle in der Bundesrepublik für Vergiftungsunfälle im Kindesalter war, übernahm sie von Beginn an überregionale Aufgaben. Die konstant hohen Beratungszahlen zeigen die Akzeptanz bei medizinischen Laien, niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie bei in der Klinik tätigen Medizinerinnen und Medizinern.

Im Jahr 2002 wurden 48.180 telefonische Beratungen durchgeführt. Bei 46.748 Beratungen ging es um Vergiftungsunfälle, bei 1.178 toxikologischen oder medizinischen Anfragen handelte es sich um die Differentialdiagnose unklarer Krankheitsbilder, die nicht notwendigerweise durch eine Vergiftung hervorgerufen wurden. Bei 254 Anrufen waren es Anfragen zu Vergiftungen bei Tieren.

Nahezu jede zweite Anfrage (49,6 %) kam von den Angehörigen der Betroffenen. Die Beratung trägt hier im Wesentlichen dazu bei, überflüssige Arztvorstellungen oder Krankenhausaufnahmen zu ver-

meiden. 39 % aller Anfragen kamen von Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzten. Jede 13. Anfrage kam aus Arztpraxen, am häufigsten ließen sich Kinderärztinnen und Kinderärzte beraten.

Art und Möglichkeit der Vergiftung sind vom Lebensalter abhängig. Während es sich bei Kindern bis zum 14. Lebensjahr in über 99 % der Fälle um akzidentelle Ingestionen handelt, sind fast 50 % der Anfragen im Erwachsenenalter Suizidversuche.

Die *Beratungsstelle für Embryonaltoxikologie*, 1988 gegründet, hat sich zu einer bundesweit genutzten Einrichtung entwickelt, die vorwiegend von Gynäkologinnen und Gynäkologen sowie Humangenetikerinnen und Humangenetikern zur Rückversicherung bei der Beratung Schwangerer genutzt wird. Ähnlich wie in anderen europäischen und nordamerikanischen Zentren erfasst man auch in der Berliner Einrichtung systematisch den weiteren Verlauf der beratenen Schwangerschaften und präzisiert mit Hilfe dieser Daten die Risikoabschätzung zu speziellen Arzneimitteln.

Seit März 2002 ist die Beratungsstelle ein eigenständiger Fachbereich im Berliner Betrieb für Zentrale Gesundheitliche Aufgaben (BBGes). Seit 01.01.2004 erfasst sie für das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) im Rahmen eines Pharmakovigilanzprojektes in erweitertem Umfang klinische Anwendungsdaten in Schwangerschaft und Stillzeit. Dies umfasst sowohl prospektive, d. h. vor Geburt startende Verlaufsdokumentationen, als auch nach der Geburt identifizierte „unerwünschte Arzneimittelwirkungen“ (UAW), also angeborene Anomalien mit nachträglich ermittelter Medikamentenanwendung während der Schwangerschaft. Gemäß ihrem erweiterten Aufgabebereich wird die Beratungsstelle in „Pharmakovigilanz- und Beratungszentrum für Embryonaltoxikologie“ umbenannt.

Zwei Drittel der Anfragen betreffen Arzneimittel und andere Risikofaktoren bei der Mutter. Der Rest entfällt auf die Stillzeit (31 %) oder betrifft das Risiko einer väterlichen Exposition für die embryonale Entwicklung (3 %). Die meisten Schwangerschaftsanfragen erfolgen am Ende des ersten

Trimenon, Mittelwert: Woche 14 (+/-9). Das durchschnittliche Alter der Schwangeren ist 30 (+/-6; min. 14, max. 48) Jahre.

Tabelle 1:

Die 10 häufigsten an erster Stelle genannten Behandlungsindikationen bzw. Gründe für eine Anfrage zum Risiko in der Schwangerschaft bei der Beratungsstelle für Embryonaltoxikologie in Berlin 2002

Rang	Behandlungsindikation/Grund
1	Psychiatrische Erkrankungen
2	Asthma und Allergien
3	Hypertonie
4	Schmerzen
5	Drogen/Medikamentenabusus
6	Epilepsie
7	Impfungen und Infektionserkrankungen
8	Anästhetika
9	Berufliche Exposition und Umweltfaktoren
10	Gynäkologische und Harnwegserkrankungen

(Datenquelle: BBGes/Beratungsstelle für Embryonaltoxikologie)

Etwa 87 % der dokumentierten Expositionen betreffen Arzneimittel bzw. medizinische Anwendungen, der Rest verteilt sich auf Drogen und Genussmittel (4 %), Umwelt- und akzidentielle Expositionen sowie Infektionserkrankungen (5 %), Chemikalien am Arbeitsplatz (2 %) und Suizidversuche, überwiegend mit Arzneimitteln (1 %).

Tabelle 1 zeigt die am häufigsten genannten Behandlungsindikationen bzw. Gründe für eine Anfrage zum Risiko in der Schwangerschaft. Die Beschränkung auf die erstgenannte Indikation in dieser Tabelle erfolgte, um Rückschlüsse auf den Anlass der Konsultation zu ziehen.

☞ Weitere Angaben zum Institut für Toxikologie, Klinische Toxikologie und Giftnotruf Berlin sowie zur Beratungsstelle für Embryonaltoxikologie finden sich in den Schwerpunkten 6.1.3 und 6.1.4 aus Kapitel 6 des Basisberichts 2003/2004.

☞ Informationen über das Landesinstitut für gerichtliche und soziale Medizin Berlin und den Rettungsdienst werden in den Schwerpunkten 6.1.5 und 6.1.6 aus Kapitel 6 des Basisberichts 2003/2004 gegeben.

☞ Schwerpunkt 6.1.7 aus Kapitel 6 des Basisberichts 2003/2004 befasst sich mit dem Versorgungsangebot der Krankenhäuser Berlins am 30.06.2003, mit der Fortschreibung des Krankenhausplans 1999, dem Stand der Umsetzung und der Krankenhausplanung für den Bereich Psychiatrie. Der Krankenhausplan 1999 wurde unter Beibehaltung seiner allgemeinen Planungsgrundsätze mit dem Ziel fortgeschrieben, die stationären Behandlungskapazitäten dem veränderten Bedarf anzupassen und in Vorbereitung auf das neue Entgeltsystem DRG (**D**iagnosis **R**elated **G**roups) für die Vergütung von Krankenhausleistungen notwendige strukturelle Veränderungen einzuleiten. Die Weiterentwicklung der Krankenhausversorgungsstrukturen zielt gleichzeitig darauf ab, Voraussetzungen für eine weitere Annäherung des Niveaus der Krankenhauskosten an den Bundesdurchschnitt zu schaffen und damit die Finanzierbarkeit der Krankenhausversorgung durch die Kostenträger in Berlin auch künftig zu sichern.

Pflegerische Versorgung - Landespflegeplanung

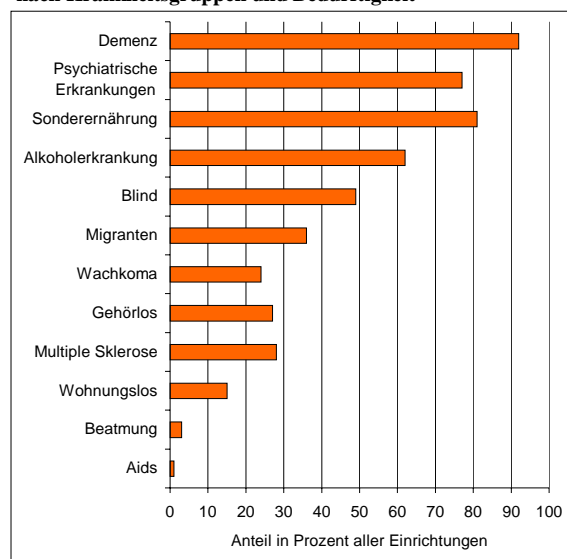
Der *Landespflegeplan 2002* wurde auf der Grundlage des neu gefassten Gesetzes zur Planung und Finanzierung von Pflegeeinrichtungen (Landespflegeeinrichtungsgesetz - LPflegEG) vom 19. Juli 2002 als Fachplanung der für die Pflegeversicherung zuständigen Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz erstellt. Er weist eine detaillierte Bestandsaufnahme zum Stichtag 30. Juni 2002, den voraussichtlichen Bedarf bis 2005, erkennbare Versorgungsdefizite und die bekannten Planungen verschiedener Träger aus.

Die 2-jährig durchgeführte Pflegestatistik (SGB XI, seit Dezember 1999) ermöglicht es, den ermittelten Bedarf an Hand der Belegung mit Pflegebedürftigen nach dem Pflegeversicherungsgesetz zu überprüfen sowie die ermittelten Inanspruchnahmequoten fortzuschreiben. Die Berliner Zusatzerhebung liefert im gleichen Rhythmus ergänzende Informationen, u. a. über das Einzugsalter, die Verweildauer, die Bewohnerinnen und Bewohner der Pflegestufe Null, Bewohnergruppen mit spezifischen Pflegeanforderungen. Nachfolgend werden die in der Umfrage 2001 angegebenen Zielgruppen in der Reihenfolge ihrer zahlenmäßigen Bedeutung aufgelistet. Pro Bewohnerin und Bewohner konnten mehrere Bedarfe angegeben werden.

Mit Ausnahme von 4 Einrichtungen (2 %) versorgen alle Pflegeeinrichtungen *Menschen mit spezifischen Pflegeanforderungen* (Umfrage 1999: 23 Einrichtungen). Die Einrichtungen, die spezifische Bewohnergruppen nannten, haben in der Regel ein breiteres Pflegespektrum. Die Hälfte dieser Einrichtungen gab bis zu 5 Zielgruppen an, die andere Hälfte mehr als sechs (vgl. Abbildung 9).

Die Ausstattung der Pflegeeinrichtungen mit Personal, das zusätzlich für die speziellen Bedürfnisse dieser verschiedenen Bewohnergruppen geschult ist, erreicht den Höchstwert bei 26 % für die Zielgruppe Migrantinnen und Migranten, dicht gefolgt mit 25 % für die Gruppe der demenziellen und der beatmungspflichtigen Menschen und mit 22 % bei den Bewohnerinnen und Bewohnern im Wachkoma.

Abbildung 9:
Pflegeeinrichtungen, die Bewohnerinnen und Bewohner mit spezifischen Pflegeanforderungen versorgen, in Berlin am 15.12.2001
nach Krankheitsgruppen und Bedürftigkeit



(Datenquelle und Darstellung: SenGesSozV - I F -)

- ☞ Einen ausführlichen Bericht zur Versorgungssituation der Bewohnergruppen mit speziellen Pflegeerefordernissen mit besonderem Augenmerk auf die Situation von Migrantinnen und Migranten in Pflegeeinrichtungen enthält Schwerpunkt 6.1.8 aus Kapitel 6 des Basisberichts 2003/2004.
- ☞ Informationen zur Hospizstruktur im ambulanten und stationären Bereich, zur psychiatrischen Versorgung, darunter zu gerontopsychiatrischer Fachplanung und dem Berliner Krisendienst, sowie zum Meldeaufkommen und der Vollständigkeit der Krebsregistrierung in Berlin sind in den Schwerpunkten 6.1.9 bis 6.1.11 nachzulesen. Im Schwerpunkt 6.1.12 wird über das Schnellwarnsystem der Europäischen Gemeinschaften im Lebensmittelbereich berichtet, bei dem sich die Mitgliedstaaten zum Schutz der Verbraucher unterrichten, wenn ihnen Informationen vorliegen, dass von einem Erzeugnis ein unmittelbares oder mittelbares Risiko für die menschliche Gesundheit ausgeht. Schwerpunkt 6.1.13 aus Kapitel 6 des Basisberichts 2003/2004 schließlich informiert über die Neuregelung bei der Überwachung der Trinkwasserschutz zonen in Berlin.

Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsförderung und der Gesundheitsversorgung

Die Indikatoren des Kapitels *Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsförderung und der Gesundheitsversorgung* befassen sich zunächst mit der Wahrnehmung von Angeboten zur Gesundheitsvorsorge, mit der die Bevölkerung außer mit einer gesundheitsbewussten Lebensführung zur eigenen Gesunderhaltung beitragen kann. Zur im Indikatorensatz erfassten Prävention zählen Familienplanungsberatung, Schwangerenberatung und -vorsorgeuntersuchungen, für Kinder die Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen, Kariesprophylaxe und Impfungen sowie für Erwachsene Krebsfrüherkennungsuntersuchungen und Gesundheits-Check-up. Ergänzend dazu enthält der Basisbericht 2003/2004 Tabellen zu Entbindungen in Berliner Krankenhäusern und außerklinisch von freiberuflich tätigen Hebammen betreuten Geburten, zum bei Schulentlassungsuntersuchungen festgestellten Durchimpfungsgraden von Jugendlichen und zur weiteren Inanspruchnahme von Beratungs- und Behandlungsangeboten des öffentlichen Gesundheitsdienstes für Kinder und Jugendliche. Das Themenfeld wird fortgesetzt mit Indikatoren zur ambulanten Versorgung, die den ärztlichen und psychotherapeutischen Bereich sowie das Rettungswesen betreffen; zusätzlich wurden in den Basisbericht 2003/2004 Tabellen zum Sozialpsychiatrischen Dienst und zum Notdienst der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin aufgenommen. Die Indikatoren zur stationären Versorgung beinhalten Fallzahlen, Verweildauer, Bettenauslastung und Personaleinsatz in Krankenhäusern und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen; der Basisbericht 2003/2004 enthält außerdem eine Tabelle zur vor-, nach- und teilstationären Behandlung. Das Kapitel schließt mit Indikatoren zur Versorgung von Pflegebedürftigen in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen und zum Blutspendewesen.

Als Schwerpunkte des Kapitels wurden die Themen Schwangerschaften bei Minderjährigen, Suchtprävention und die Inanspruchnahme von Beratungs- und Betreuungseinrichtungen für Suchtkranke herausgegriffen.

Schwangerschaften bei Minderjährigen

Seit Jahren nimmt die Zahl der Schwangerschaften von Minderjährigen zu. Dies ist ein wachsendes Problem nicht nur in Deutschland, sondern in allen Industrieländern. Scheinbar ist die Entwicklung in Berlin nicht Besorgnis erregend, da die Zahl der Geburten Minderjähriger von 1996 - 2002 nur um 4,8 % angestiegen ist. Die Geburtenzahl gibt jedoch keine Auskunft über das Schwangerschaftsgeschehen, da sie nur die Zahl der zu Ende geführten Schwangerschaften beinhaltet. Die Gesamtzahl der Schwangerschaften - errechnet aus der Addition der Geburten und der Schwangerschaftsabbrüche - hat im genannten Zeitraum jedoch um fast 30 % auf knapp 1.000 zugenommen. Dieser unterschiedlichen Entwicklung der Zahl der Geburten und der Schwangerschaften liegt eine sehr hohe Stei-

gerung der Anzahl der Schwangerschaftsabbrüche zugrunde: Sie nahmen zwischen 1996 und 2002 um über 56 % zu.

Differenziert man bei den Schwangerschaften Minderjähriger die beiden Altersgruppen der unter 15-Jährigen und der 15- bis unter 18-Jährigen, so ergibt sich Folgendes: Die Zunahme betrug von 1996 bis 2002 in der jüngeren Gruppe 12 % gegenüber fast 30 % in der älteren. Jedoch nahm bei den Jüngeren die Zahl der Abbrüche in diesem Zeitraum um fast 114 % zu, gegenüber knapp 53 % bei den Älteren (vgl. Abbildung 10).

Vor allem drei Gründe werden für die stark steigenden Schwangerschaftszahlen Minderjähriger genannt. Zum einen sind dies biologische - die Mädchen werden immer früher geschlechtsreif. Der durchschnittliche Menarchetermin liegt heute bei etwa 12 Jahren, eine ganze Reihe von Mädchen sind sogar schon mit neun oder zehn Jahren prinzipiell empfängnisfähig. Dies bedingt eine deutliche Vorverlegung der ersten sexuellen Erfahrungen und damit auch von Schwangerschaften.

Zum Zweiten bestehen erstaunliche Defizite an Wissen über Empfängnis und Verhütung bei jungen Mädchen, die gerade bei den jüngsten Altersschichten besonders fatal sind. Der dritte Grund ist perspektivisch besonders alarmierend: Es ist die sich zunehmend verschlechternde soziale Lage und die damit einhergehende Desintegration vieler Familien. Die Biografien vieler junger Mütter sind von erheblichen Belastungen geprägt. Häufig spielen Faktoren wie Arbeitslosigkeit, Alkoholismus, Verwahrlosung, Verschuldung, Misshandlungen, sexueller Missbrauch eine Rolle; oft haben sich die Eltern getrennt. In vielen Fällen konnten die Eltern keine positive Vorbildfunktion übernehmen, was oft in einem schwachen Selbstwertgefühl der Mädchen resultiert. Ein Kind wird dann zur Projektionsfläche großer Sehnsüchte nach Geborgenheit und Liebe; die Mädchen richten auf ein Baby große Hoffnungen auf das, was sie selbst nicht erfahren haben: Eine verlässliche Beziehung, die sie selbst gestalten können; einen Partner, der sie nicht verlässt; und ein familiäres Glück, das sie selbst nie hatten.

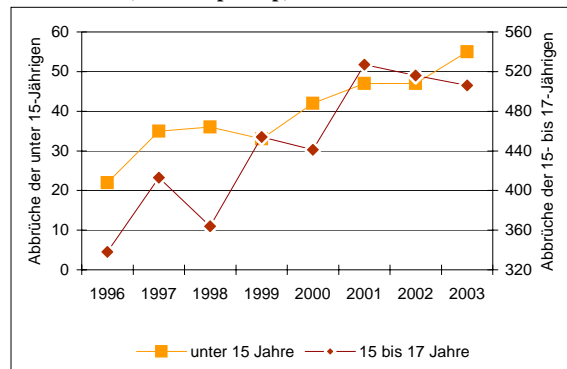
Entsprechend ist der Weg auch vorgezeichnet, den erfolgreiche Prävention gehen muss: Zum einen muss das Wissen vor allem der sehr jungen Mädchen über Verhütungsfragen verbessert werden, in der Art, wie die Ärztliche Gesellschaft zur Gesundheitsförderung der Frau e.V. (ÄGGF) dies bereits vormacht. Zum anderen müssen die familienunterstützenden Hilfen intensiviert und durch sozialkompensatorische Maßnahmen der Desintegration von Familien entgegen gewirkt werden.

☞ Weitere Informationen sind dem Schwerpunkt 7.1.1 aus Kapitel 7 des Basisberichts 2003/2004 zu entnehmen.

Suchtprävention und Inanspruchnahme von Beratungs- und Betreuungseinrichtungen für Suchtkranke und deren Angehörige

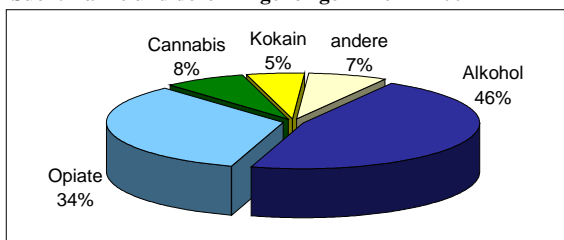
Ziel der *Berliner Suchtprävention* ist die Verhinderung bzw. Verzögerung des Einstiegs in den Konsum legaler wie illegaler Drogen. Missbrauch und Abhängigkeit von illegalen und vor allem auch legalen Drogen sollen verhindert werden. Hierbei werden zwei Einflussbereiche berücksichtigt: Das frühzeitige Erkennen und Verändern suchtfördernder Bedingungen (Risikofaktoren) und die Stärkung von Gesundheitsbewusstsein und Abwehrkräften (Schutzfaktoren). Die Suchtprävention erfolgt ursachenorientiert und zielgruppenbezogen, d. h. entsprechend der unterschiedlichen Lebenszusammenhänge der jeweiligen Zielgruppe differenziert. Kinder und Jugendliche stehen im Mittelpunkt der suchtpreventiven Arbeit.

Abbildung 10:
Schwangerschaftsabbrüche minderjähriger Berlinerinnen 1996 - 2003 (Wohnortprinzip)



(Datenquelle: StBA / Darstellung: SenGesSozV - II A -)

Abbildung 11:
Diagnostizierte Hauptsuchtstoffe der Beratungsfälle in ambulanten Beratungs- und Betreuungseinrichtungen für Suchtkranke und deren Angehörige in Berlin 2001



(Datenquelle: SPI, Basisdokumentation der ambulanten Berliner Sucht- und Drogenhilfe 2001 / Darstellung: SenGesSozV - II H -)

aufgrund eigener Motivation bzw. durch Vermittlung von nahestehenden Personen aus Familien bzw. Freundeskreis auf. Als Hauptsuchtstoffe wurden bei den Beratungsfällen am häufigsten Alkohol und Opiate diagnostiziert (vgl. Abbildung 11).

Suchtprobleme und Erwerbslosigkeit stehen in enger Korrelation zueinander. Dreiviertel der ambulant betreuten Opiat- (76 %) und dreifünftel der Kokainkonsumentinnen und -konsumenten (61 %) sind erwerbslos. Deutlich niedriger liegt der Erwerbslosenanteil bei den wegen Alkoholproblemen Beratenen (38 %).

Straf- und zivilrechtliche Auflagen lagen bei 7 % der Alkoholberatungsfälle vor. Deutlich höher liegt der Anteil bei den Betreuten mit Drogenproblemen (Opiate: 27 %; Kokain: 41 %, Cannabis: 22 %).

Über die Hälfte aller Klientinnen und Klienten nutzen die ambulanten Betreuungsangebote mit bis zu sechs Kontakten. Die Betreuungszeit umfasst überwiegend drei Monate. Die Betreuung wird bei über 30 % der betreuten Klientel planmäßig beendet. Bei der Klientel mit den Hauptdiagnosen Cannabis bzw. Spielsucht waren die Abbruchquoten am höchsten.

☞ Weitere Informationen sind dem Schwerpunkt 7.1.1 aus Kapitel 7 des Basisberichts 2003/2004 zu entnehmen.

Beschäftigte im Gesundheitswesen

Die Indikatoren des Kapitels *Beschäftigte im Gesundheitswesen* geben Auskunft über die personelle Infrastruktur des medizinischen und pflegerischen Versorgungssystems. Statt der ersten vier vom Indikatorensetz der Gesundheitsberichterstattung der Länder vorgesehenen Indikatoren, die aus Daten der Gesundheitspersonalrechnung gespeist werden und nur auf Bundesebene vorliegen, enthält der Basisbericht 2003 eine Übersichtstabelle, deren Angaben sich aus allen auf Landesebene verfügbaren Datenquellen zum Gesundheitspersonal zusammensetzen. Wenn auch der Anspruch auf Vollständigkeit nicht erhoben werden kann, gibt das Ergebnis doch eine Vorstellung davon, dass das Gesundheitswesen mit seiner hohen Zahl an Beschäftigten sich zu einem bedeutenden Wirtschaftssektor entwickelt hat. Die anschließenden Indikatoren stellen ausgewählte Berufsgruppen aus ambulantem wie aus stationärem Bereich in ihrer Gesamtheit dar. Die weitere Beschreibung des Personals gliedert sich in die Bereiche ambulante bzw. stationäre medizinische Einrichtungen, Pflegeeinrichtungen, öffentlicher Gesundheitsdienst und Apotheken. Der Schwerpunkt des Kapitels befasst sich mit dem Personal im öffentlichen Gesundheitsdienst.

Personal im öffentlichen Gesundheitsdienst

2002 waren 128.212 Berlinerinnen und Berliner im Gesundheitswesen tätig, damit war jede elfte erwerbstätige Person in diesem Bereich beschäftigt. Nach wie vor ist das Gesundheitswesen eine Domäne der Frauen, männliche Beschäftigte waren nur mit 23 % beteiligt. Im Vergleich zum Vorjahr hat die Zahl der Beschäftigten im Berliner Gesundheitswesen geringfügig zugenommen. In einigen Bereichen war jedoch ein Personalrückgang zu verzeichnen, davon waren u. a. auch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Gesundheitsämter betroffen.

Die Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD), die im Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (Gesundheitsdienst-Gesetz -GDG- vom 4. August 1994) geregelt sind, werden wahrgenommen von den für das Gesundheitswesen zuständigen Stellen auf Senats- und Bezirksebene, hier insbesondere durch die Gesundheitsämter.

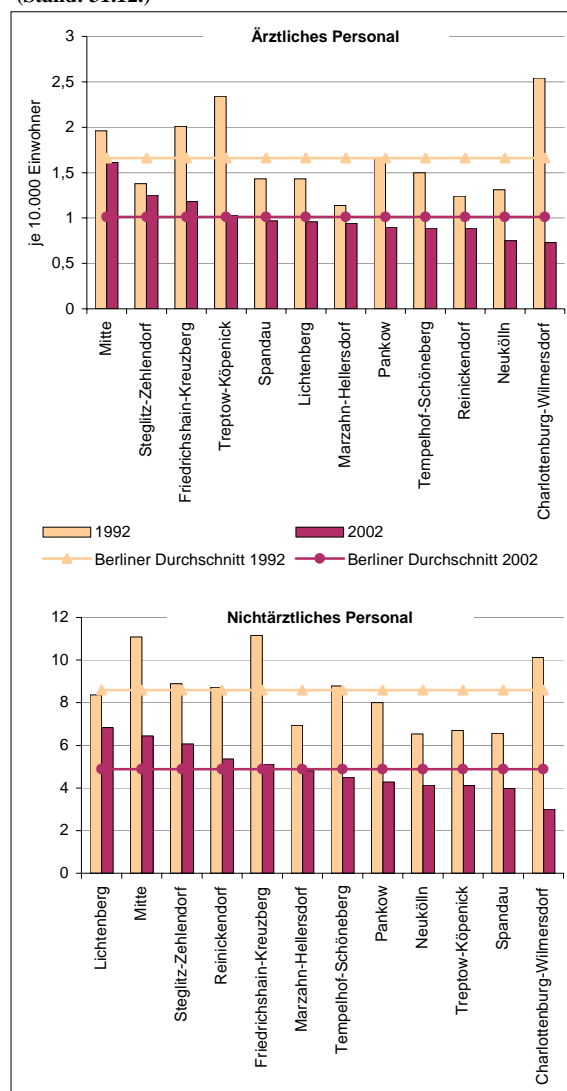
2002 standen für diese Aufgaben 2.049 hauptamtlich tätige Personen zur Verfügung. 1992 waren es noch 3.645 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, das bedeutet, dass das Personal der Gesundheitsämter in Berlin innerhalb von 10 Jahren um 44 % abgebaut worden ist. Die Reduzierung der Beschäftigten hat in allen Tätigkeitsbereichen (ärztlich, zahnärztlich, nichtärztlich) und Bezirken stattgefunden. Sie lag zwischen 20 % in Lichtenberg und 70 % in Charlottenburg-Wilmersdorf.

Der Rückgang des ärztlichen Personals veränderte nicht nur die Situation innerhalb jedes Bezirks, sondern auch im Verhältnis der Bezirke zueinander grundlegend:

2002 ist das Gesundheitsamt Mitte mit Ärztinnen und Ärzten (1,61 je 10.000 Bezirkseinwohner), gemessen am Berliner Gesamtdurchschnitt (1,01), am besten ausgestattet, 1992 belegte es noch den 4. Platz auf der Rangliste der Bezirke. Ähnlich sieht es im Gesundheitsamt Steglitz-Zehlendorf (1,25) aus, das vom 9. auf den 2. Rang vorgerückt ist. Die wenigsten Ärztinnen und Ärzte sind 2002 in den Gesundheitsämtern Charlottenburg-Wilmersdorf und Neukölln zu finden: In Charlottenburg-Wilmersdorf liegt die Quote der Ärztinnen und Ärzte bei 0,73 je 10.000 Einwohner - damit tauschte der Bezirk den ersten Platz, den er 1992 innehatte, gegen den letzten in der Rangfolge der Bezirke ein und steht damit knapp hinter Neukölln mit einer Rate von 0,75. Steglitz-Zehlendorf hatte lediglich einen Rückgang des ärztlichen Personals von 10 % zu verkraften, während er in Charlottenburg-Wilmersdorf 71 % betrug.

In den gleichsam vom Personalrückgang betroffenen Bereichen der Zahnärztinnen und Zahnärzte sowie des nichtärztlichen Personals wurden im Schnitt fast 31 % bzw. 43 % eingespart (vgl. Abbildung 12).

Abbildung 12:
Ärztliches und nichtärztliches Personal (hauptamtlich tätige Personen) der Berliner Gesundheitsämter 1992 und 2002 (Stand: 31.12.)



(Datenquelle: StaLa Berlin / Berechnung: SenGesSozV - II A -)

Innerhalb von detaillierten Ist-Analysen der Aufgaben und Zielgruppen des öffentlichen Gesundheitsdienstes sowie des Personals wurden per 30.06.2002 und 30.06.2003 erstmalig nicht nur die Anzahl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Einrichtungen des ÖGD in den Bezirken, sondern auch die tatsächlich besetzten Stellen umgerechnet auf Vollzeitstellen laut Stellenplan erfasst. Die Anzahl der Personen umgerechnet auf die volle tarifliche Arbeitszeit bezeichnet man auch als Vollkräfte. Vollkräfte ermöglichen die reelle Vergleichbarkeit und Aussagen zur Personalausstattung der jeweiligen Ämter.

Anhand der vorliegenden Daten wird unter anderem zu klären sein:

- Welche Angebote des ÖGD bedürfen dringend einer Sozialraumorientierung?
- Wie kann die Bereitstellung bezirks- und ressortübergreifender Dienstleistungen, die bei einer stärkeren Sozialraumorientierung des ÖGD nötig ist, sichergestellt werden?
- Welche Art von Ressourcenzuweisung erfordert die Sozialraumorientierung?

Der öffentliche Gesundheitsdienst soll dahingehend reformiert werden, dass er durch Berücksichtigung der Sozialstruktur seine sozialkompensatorische Wirkung im Gesundheits- und Sozialbereich entfalten kann.

- ☞ Weitere Angaben, insbesondere eine Betrachtung der Dienste, die vorwiegend für Kinder und Jugendliche arbeiten, können dem Schwerpunkt 8.1.1 aus Kapitel 8 des Basisberichts 2003/2004 entnommen werden.

Ausbildung im Gesundheitswesen

Das Kapitel *Ausbildung im Gesundheitswesen* enthält Indikatoren zu Auszubildenden an Schulen des Gesundheitswesens, erteilte Erlaubnisse zum Führen einer Berufsbezeichnung ausgewählter Gesundheitsfachberufe sowie Approbationen und Berufserlaubnisse. Im Basisbericht 2003/2004 werden diese Indikatoren ergänzt durch Tabellen über staatliche Anerkennungen in sozialpflegerischen Berufen, auszubildende Arzt- und Zahnarthelferinnen und -helfer sowie erteilte Erlaubnisse zur Führung von Weiterbildungsbezeichnungen in Pflege- und Medizinalfachberufen. Der Schwerpunkt befasst sich mit der Altenpflegeausbildung.

Altenpflegeausbildung im Land Berlin - vom sozialpflegerischen Beruf zum Gesundheitsfachberuf

Das neue Altenpflegegesetz löst die bisherigen unterschiedlichen Ausbildungsregelungen der Länder ab und schafft erstmals bundesweit gleiche Rahmenbedingungen.

- ☞ Näheres dazu kann im Schwerpunkt 9.1.1 aus Kapitel 9 des Basisberichts 2003/2004 nachgelesen werden.

Ausgaben und Finanzierung

Das dem Kapitel *Ausgaben und Finanzierung* entsprechende Themenfeld der GBE der Länder enthält Indikatoren, die zum überwiegenden Teil auf Daten der Gesundheitsausgabenrechnung des Bundes beruhen, damit für Berlin nicht zur Verfügung stehen und deshalb im Basisbericht 2003/2004 nicht berücksichtigt werden. Das betrifft die Abschnitte „Gesundheitsausgaben“, „Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträgern und Leistungsarten“ sowie „gesundheitsökonomische Basisdaten“. In Anlehnung an den Indikator „Gesundheitsausgaben der öffentlichen Haushalte“ sind wie auch in den vergangenen Jahren im Basisbericht 2003/2004 die Tabellen zu Ausgaben für Gesundheits- und Pflegeleistungen im Rahmen der Sozialhilfe (BSHG), der Kriegsofopferfürsorge (BVG-KOF) und nach dem Berliner Landespflegegeldgesetz (LPfGG) sowie zu gewährten Fördermitteln nach KHG/LKG aufgeführt. Analog zum Indikator „Gesundheitsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung“ steht die Tabelle mit ausgewählten Leistungsausgaben bei AOK und BKK Berlin, deren Daten auf Landes-

ebene vorliegen. Auch für die meisten Indikatoren des Abschnitts „Indikatoren zur Sozialversicherung“ sind Daten auf Landesebene gar nicht oder nur für die landesunmittelbaren Krankenkassen verfügbar. Die im Basisbericht enthaltenen Tabellen zu Versichertenstruktur, Beitragsentwicklung, Grundlohnsommen und Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung gehen über den Umfang der vorgesehenen Indikatoren hinaus.

Die Schwerpunkte befassen sich mit Gesundheitsleistungen nach BSHG, BVG-KOF und LPfIGG sowie mit der Krankenhausfinanzierung.

Gesundheitsleistungen nach dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG), dem Bundesversorgungsgesetz-Kriegsopferfürsorge (BVG-KOF) und dem Landespflegegeldgesetz (LPfIGG)

Seit der Einführung der sozialen Pflegeversicherung und im Zusammenhang mit der aktuellen Haushaltslage ist es von besonderem Interesse, wieweit die mit der Finanzierung des Pflegerisikos bisher schon belasteten Träger (Sozialhilfeträger, LPfIGG) in diesem Leistungsbereich Entlastung finden, weil die Versichertengemeinschaft die Pflegeleistungen aus Beiträgen finanziert.

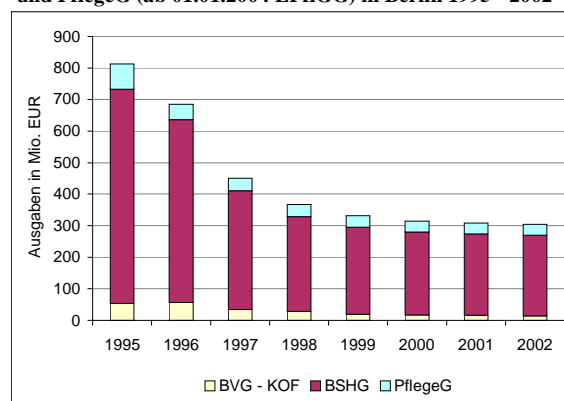
Insgesamt wurden in Berlin im Jahre 2002 rd. 928,0 Mio. EUR für *Gesundheits- und Pflegeleistungen im Rahmen der Sozialhilfe* aufgewandt. Die Höhe der Ausgaben für Hilfe zur Pflege mit einem Volumen von rd. 255,4 Mio. EUR (27,5 % des Gesamtbetrages) macht insbesondere die nach wie vor gewichtige Rolle des Sozialhilfeträgers bei der Finanzierung des Pflegebedarfs deutlich.

Durch die Pflegeversicherungsleistungen, die vorrangig gegenüber den Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem Bundesversorgungsgesetz sind, wurden die auf den Träger der KOF entfallenden Kosten sowohl im stationären Bereich (Heime) als auch im ambulanten Bereich (häusliche Pflege) erheblich reduziert. Allerdings müssen aufgrund der Kostenintensität der zu erbringenden Leistungen in der überwiegenden Zahl der Fälle aufstockende Leistungen durch den KOF-Träger erbracht werden, weil der Bedarf durch die Pflegeversicherungsleistungen nicht gedeckt wird.

In Berlin erhalten Blinde, hochgradig Sehbehinderte, Gehörlose und - im Rahmen eines Bestandschutzes - auch Hilflose neben den Pflegeversicherungsleistungen monatlich pauschale Geldleistungen (Pflegegeld) nach dem Landespflegegeldgesetz (LPfIGG; bis zum 31.12.2003 PflegeG). Dabei werden im häuslichen Bereich die Leistungen der Pflegeversicherung unabhängig von der gewählten Leistungsart immer in Form der Geldleistung nach § 37 SGB XI auf das Pflegegeld angerechnet. Das Pflegegeld nach dem LPfIGG wird in erster Linie für Behinderte erbracht, die zu Hause leben. Es trägt damit in hohem Maße zur Verwirklichung des Prinzips „ambulant vor stationär“ bei. 2002 betragen in Berlin die Gesamtausgaben nach dem PflegeG (ab 01.01.2004 LPfIGG) insgesamt 34,1 Mio. EUR. Die schon seit 1996 festgestellte Haushaltsentlastung bei den Ausgaben nach dem Berliner Landesgesetz hat sich damit auch 2002 fortgesetzt.

Nach einem kräftigen Ausgabenanstieg 1993/94 lagen die Aufwendungen für Pflege nach den drei Gesetzen 1995 mit einem Gesamtbetrag von 812 Mio. EUR erstmalig deutlich niedriger als im vorausgegangenen Rechnungsjahr. Hier wirkte sich die Übernahme der Pflegekosten durch die soziale Pflegeversicherung (erste Stufe ab April 1995) bereits als Entlastung des Berliner Haushalts aus. 1996 betrug der Gesamtaufwand nur noch rd. 685 Mio. EUR. Danach hat er sich bis 2002 auf 304 Mio. EUR reduziert (vgl. Abbildung 13). Jedoch schon in den Jahren 1996 und 1997 waren insbesondere in der Eingliederungshilfe für Behinderte starke Ausgabensteigerungen zu verzeichnen. Bis 2002 erfolgte bei dieser Hilfeart ein

Abbildung 13:
Pflegegelder und Sachleistungen nach BVG-KOF, BSHG und PflegeG (ab 01.01.2004 LPfIGG) in Berlin 1995 - 2002



(Datenquelle und Darstellung: SenGesSozV - II A -)

Anstieg der jährlichen Ausgaben auf fast 185 % des Jahres 1995 (1995: rd. 268 Mio. EUR; 2002: rd. 496 Mio. EUR). Gegenüber dem Jahr 2001 war ein Ausgabenzuwachs von fast 32 Mio. EUR zu verzeichnen. Diese Entwicklung prägt den Gesamtverlauf der jährlichen Ausgaben in Berlin für Gesundheits- und Pflegeleistungen nach den drei hier genannten Leistungsgesetzen. Die sich stark öffnende Schere zwischen Pflegeausgaben und Eingliederungshilfeausgaben führt zur Überkompensierung der im Pflegebereich wirksamen Entlastungen des Haushalts.

Kosten

Von den Indikatoren des dem Kapitel *Kosten* entsprechenden Themenfelds der GBE der Länder können für Berlin nur die Bereiche „Kostenstruktur von Krankenhäusern“ und „Aufwendungen von Pflegeleistungen“ bedient werden. Für die „Kostenstruktur von ambulanten Gesundheitseinrichtungen“ stehen keine Länderdaten zur Verfügung, Daten zu „Aufwendungen für Rehabilitation und Pflege“ können vom Datenträger nicht auf Landesebene berechnet werden und sind deshalb als Bundesindikator abgedruckt. Der Schwerpunkt befasst sich mit der Kostenstruktur der Berliner Krankenhäuser.

Kostenstruktur der Berliner Krankenhäuser

Seit Änderung der Krankenhausstatistikverordnung vom 13. August 2001, in Kraft getreten am 1. Januar 2002, werden die Gesamtkosten der Berliner Krankenhäuser als Bruttokosten ausgewiesen, d. h. einschließlich der Aufwendungen für Leistungen, die nicht zu den allgemeinen voll- und teilstationären Krankenhausleistungen gehören. Bis 2001 wurden die Kosten nach dem sogenannten Nettoprinzip der Bundespflegesatzverordnung angegeben, nach der eine Vielzahl nichtstationärer Kosten, z. B. für wissenschaftliche Forschung und Lehre sowie Ambulanz, unberücksichtigt blieb.

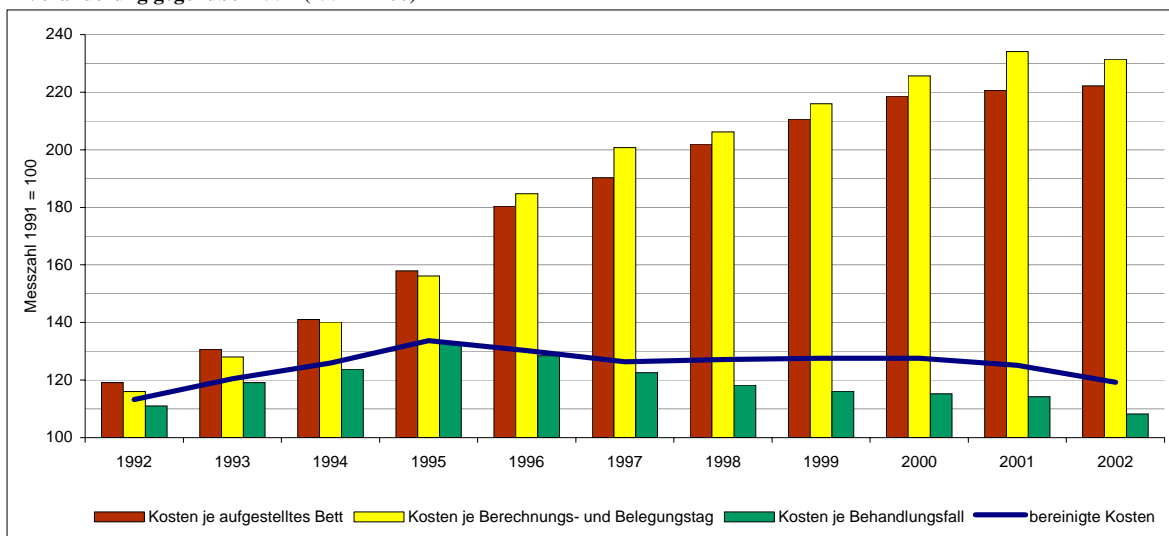
Die Brutto-Gesamtkosten betragen im Jahr 2002 3,312 Mrd. EUR, die sich fast ausschließlich aus den Kosten der Krankenhäuser (99,2 %) und nur zu einem Bruchteil aus den Kosten der Ausbildungsstätten (0,8 %) zusammensetzten. Die für die Krankenhäuser aufgewendeten 3,286 Mrd. EUR waren im Wesentlichen durch Personalkosten verursacht, welche fast zwei Drittel (63,8 %) der Gesamtkosten ausmachten; 1,173 Mrd. EUR (35,7 %) wurden für Sachmittel und 16,3 Mio. EUR (0,5 %) für Zinsen und Steuern aufgewendet.

Für die Betrachtung der Kostenentwicklung im Zeitverlauf müssen die bereinigten (pflegesatzfähigen) Gesamtkosten der Krankenhäuser herangezogen werden. Hier ist seit 1995 eine fallende Tendenz zu beobachten. Ein entscheidender Faktor sind dabei die *Personalkosten*. Hier ist seit 1992 ein stetiger Rückgang zu verzeichnen. Insgesamt ist die Zahl der Vollkräfte in den Berliner Krankenhäusern um 27 % auf 42.052 Vollkräfte zurückgegangen. Der Personalabbau spiegelte sich vor allem in den sinkenden *Kosten je Behandlungsfall* wider. Besonders deutlich zeigte sich der Rückgang im Berichtsjahr 2002, in dem sich die Kosten eines Krankenhausfalls von 4.317 EUR des Vorjahres auf 3.919 EUR reduzierten. Damit konnte fast der niedrige Vergleichsstand vom Jahr 1991 (3.870 EUR) erreicht werden.

Aus dem Bettenabbau resultierte wegen des gleichzeitigen Anstiegs der Fallzahlen keine Senkung der *Kosten je Bett*. Seit 1991 sind die Kosten stetig gestiegen. Sie haben sich gegenüber 1991 sogar mehr als verdoppelt. Von 2001 haben sie sich von 126.154 EUR auf 127.068 EUR je Bett im Jahr 2002 erhöht.

Ein Tag im Krankenhaus kostet seit 1997 mehr als das Doppelte des Durchschnittswertes von 1991, gleichzeitig hat sich die Zahl der Pflgetage auf die Hälfte reduziert. Wie die Kosten je Krankenhausbett - und im Vergleich zu 1991 sogar in noch stärkerem Maße - sind die *Kosten je Pflgetag bzw. jetzt Berechnungs- und Belegungstag* stetig gestiegen und erreichten 426 EUR im Jahr 2001. Ein Kostenrückgang war erstmalig 2002 (421 EUR) zu beobachten (vgl. Abbildung 14).

Abbildung 14:
Bereinigte Kosten der Berliner Krankenhäuser 1992 - 2002
nach Kostenkennziffern
- Veränderung gegenüber 1991 (1991 = 100)



(Datenquelle: StaLa Berlin / Darstellung: SenGesSozV - II A -)

Fazite und Empfehlungen an die Politik

- Die Daten des Gesundheitsberichts zeigen, dass Berlin über eine ambulante und stationäre Versorgungsstruktur auf hohem Niveau verfügt. Deutlich geringer als im Bundesdurchschnitt sind daher zum Beispiel die Sterberaten nach Herzinfarkten.
- Der demographische Wandel, das heißt der Bevölkerungsrückgang und die steigende Lebenserwartung, wird in vielen Wirtschaftsbereichen weitreichende Strukturveränderungen mit sich bringen. Die Planung von Leistungsressourcen und die Struktur des Gesundheitswesens werden darauf reagieren müssen. Das betrifft den Personalbedarf in der Pflege, die Anpassung der gesundheitsbezogenen Dienstleistungen (z. B. altersgerechte Ernährungsberatung, medizinische Vorsorge), verstärkte Einrichtung von Hospizen, verstärkte Nachfrage von pflegerischen Leistungen auch durch ältere Migrantinnen und Migranten.
- Die wichtigen sozialen Variablen weisen im Zeitverlauf darauf hin, dass sich die soziale Lage weiter verschlechtern wird. Wir müssen weiter abnehmende schulische und berufliche Bildung feststellen sowie steigende Arbeitslosigkeit, damit verbunden Abhängigkeit von Transfereinkommen in Höhe der Sozialhilfe und immer mehr Leben in Einkommensarmut. Die gesundheitliche und soziale Lage hängen wechselseitig zusammen und beeinflussen einander.
- Die Daten des Gesundheitsberichts zeigen einen deutlichen Zusammenhang zwischen der sozialen Lage und den Morbiditäts- und Mortalitätsstatistiken. Darin zeigt sich aber auch gleichzeitig das hohe präventive Interventionspotenzial: Wenn die soziale Lage sich bessert, wird auch die gesundheitliche Lage besser. Zudem kann mit gezielten Programmen auf die nachgewiesenen Zusammenhänge von gesundheitlicher und sozialer Lage eingegangen werden.
- Im Fokus der künftigen Berliner Gesundheits- und Sozialpolitik steht die sozialkompensatorische Prävention. Das Präventionsgesetz auf Bundesebene bietet dafür gute Ansätze und nicht zuletzt Mittel, die für Setting-Ansätze auf Landes- und kommunaler Ebene zur Verfügung gestellt werden. Damit können Maßnahmen gefördert werden, die von der Lebenslage Betroffener ausgehen und versuchen, das ganze Lebensumfeld in den Blick zu nehmen, um eine nachhaltige Verhaltensänderung zu befördern.

- Der öffentliche Gesundheitsdienst wird derzeit modernisiert und auf seine sozialkompensatorische Ausrichtung hin konzentriert.
- Künftig werden die Gesundheitsprojekte in einem gemeinsamen, integrierten Vertrag zusammengefasst (bisheriger Drogen-Vertrag, LaBAS-Vertrag, Gesundheitsprojekte aus dem Liga-Vertrag und Drogen- und Suchtprojekte). Die Ausrichtung auf präventive Arbeit kann gezielter gefördert werden.
- In den Stadtteilzentren wird bereits heute vielfältiges Engagement gefördert. Selbsthilfekontaktstellen finden dort eine gute Infrastruktur für ihre Arbeit.
- Der evidente Zusammenhang von sozialer und gesundheitlicher Lage spiegelt sich in einer integrierten Gesundheits- und Sozialpolitik wider, die sich an verabredeten Gesundheits- und Sozialzielen orientiert. Die Leitlinien für eine Gesunde Stadt werden entwickelt und mit vielen Partnerinnen und Partnern der Gesundheitspolitik diskutiert und abgestimmt.
- Die Landesgesundheitskonferenz ist eine Plattform, auf der sich die unterschiedlichen Akteure der Stadt zu Problemen der Gesundheitspolitik verständigen und Lösungsstrategien entwickeln, die Ende November erstmals tagte. Künftig wird sie halbjährlich zusammenkommen. Sie hat sich das Ziel gesetzt, qualitätsgesicherte Aktivitäten zur Gesundheitsförderung und Prävention zu initiieren, zu koordinieren und zu publizieren sowie prioritäre Gesundheitsziele für Berlin zu definieren.
- Durch die beteiligten Senatsverwaltungen, die Bezirke, die Krankenkassen, den öffentlichen Gesundheitsdienst, die Stadtteilzentren, das Quartiermanagement, den integrierten Gesundheitsvertrag, den Liga-Vertrag der Sozialen Projekte und weitere ist ein umfassendes Netz integrierter Versorgung gesichert.