

Gesundheitsbericht Lichtenberg



2019



Besonderer Dank für die fachliche Unterstützung geht an:

Frau Hampicke, Flüchtlingskoordinatorin im KJGD, Bezirksamt Lichtenberg

Frau Müller, Pflegestützpunkt Lichtenberg, Volkssolidarität Landesverband Berlin e.V.

Frau Plat, Mitarbeiterin Flüchtlingsfragen bei der Integrationsbeauftragten, Bezirksamt Lichtenberg

Frau Richter, Einrichtungsleitung TagesTreff für Wohnungslose und Bedürftige, HVD

Herrn Dr. Scheil, Psychiatriekoordinator, Bezirksamt Lichtenberg, Mitglied im Vorstand des GPV und Mitglied im Sprecherrat des GGV Lichtenberg

Frau Schüler, Gruppenleitung Fachteam Pflege und Seniorenberatung, Bezirksamt Lichtenberg und Mitglied im Sprecherrat des GGV Lichtenberg

Frau Stapelfeldt, Teamleitung im KJGD, Bezirksamt Lichtenberg

Frau Vahrenhorst, Leitung Pflegestützpunkt Lichtenberg, Volkssolidarität Landesverband Berlin e.V. und Mitglied im Sprecherrat des GGV Lichtenberg

Impressum

Herausgeber	Bezirksamt Lichtenberg Abteilung Familie, Jugend, Gesundheit und Bürgerdienste Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination des öffentlichen Gesundheits- Dienstes
Kontakt	Sarah Blaut (Gesundheits- und Sozialberichterstattung) sarah.blaut@lichtenberg.berlin.de
Titelbild	depositphotos.com/keport
Auflage	150 Stück

Grußwort

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Lichtenbergerinnen und Lichtenberger,

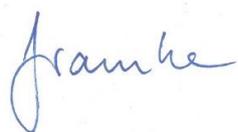


die große Bedeutung der Gesundheit wurde uns allen aufgrund der Covid-19 Pandemie in besonderem Maße bewusst. Sicher war und ist es noch eine herausfordernde Zeit. Die Erfahrung hat jedoch auch gezeigt, wie solidarisch sich Menschen verhalten und größte Einschnitte mittragen, um die Gesundheit und damit auch das Leben anderer zu schützen. Die Notwendigkeit gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen und eines tragfähigen gesundheitlichen Versorgungssystems wurden besonders deutlich.

Im vorliegenden Bericht wird eine Vielzahl von Aspekten zur gesundheitlichen Lage der Lichtenberger Bevölkerung analysiert. Darüber hinaus werden unterschiedliche Dimensionen der Versorgung im Bezirk betrachtet.

Im Ergebnis dieses Berichtes wurden die im Bezirk relevantesten gesundheitlichen Herausforderungen in Form von Handlungsfeldern dargestellt. Die hieraus gewonnenen Erkenntnisse stellen wichtige Anhaltspunkte für die künftige Arbeit der Bezirkspolitik und bezirklichen Akteuren sowie für interessierte Bürgerinnen und Bürger dar. Denn gemeinsam verfolgen sie das Ziel für alle Lichtenbergerinnen und Lichtenberger die bestmöglichen Rahmenbedingungen für ein gesundes Leben sowie eine bedarfsgerechte Versorgung zu schaffen.

Ich hoffe, Ihnen mit diesem Bericht aufschlussreiche Erkenntnisse über den Gesundheitszustand von Lichtenbergerinnen und Lichtenbergern geben zu können und wünsche Ihnen eine interessante Lektüre.



Katrin Framke

Bezirksstadträtin der Abteilung Familie, Jugend, Gesundheit und Bürgerdienste

Inhaltsverzeichnis

Grußwort	3
1 Einleitung.....	6
2 Demografie.....	8
3 Soziale Lage	9
3.1 Arbeitslosenquote	9
3.2 Bezug von Transferleistungen	10
3.3 Zwischenfazit.....	12
4 Geburts- und Sterbegeschehen.....	13
4.1 Geburten	13
4.2 Lebenserwartung.....	14
4.3 Sterblichkeit.....	16
4.3.1 Allg. Sterblichkeit.....	16
4.3.2 Säuglingssterblichkeit.....	16
4.4 Todesursachen	19
4.4.1 Krebstodesfälle.....	22
4.4.2 Suizid	23
4.5 Vermeidbare Todesfälle	25
4.6 Zwischenfazit.....	25
5 Morbidität	26
5.1 Krankenhausstatistik	26
5.2 Psychische und Suchterkrankungen.....	30
5.2.1 Psychische Erkrankungen	30
5.2.1.1 Psychische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter	33
5.2.1.2 Suchterkrankungen	35
5.2.1.3 Demenz.....	36
5.3 Krebserkrankungen	37
5.4 Pflegebedürftigkeit.....	38
5.5 Schwerbehinderung	40
5.6 Arbeitsunfähigkeit	42
5.7 Zwischenfazit.....	45
6 Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen	46
6.1 Tabakkonsum	46
6.2 Körpergewicht	48
6.3 Zwischenfazit.....	49
7 Umwelteinflüsse.....	50

7.1	Luft.....	50
7.2	Lärm.....	50
7.3	Grünversorgung.....	51
7.4	Bioklimatische Belastung.....	51
7.5	Mehrfachbelastungen	52
7.6	Zwischenfazit.....	53
8	Gesundheitliche Versorgung	53
8.1	Ambulante ärztliche Versorgung.....	53
8.2	Krankenhausversorgung.....	56
8.3	Pflegerische Versorgung.....	56
8.3.1	Ambulante Pflege	56
8.3.2	Stationäre Pflege	58
8.4	Hebammenversorgung.....	61
8.5	Versorgung mit Apotheken	62
8.6	Gesundheitliche Versorgung von Geflüchteten	64
8.6.1	Psychische Gesundheit.....	64
8.6.2	Hebammenversorgung von Geflüchteten.....	65
8.7	Medizinische und zahnmedizinische Versorgung von Wohnungslosen	66
8.8	Zwischenfazit.....	69
9	Zusammenfassung.....	70
10	Schlussfolgerungen und Handlungsfelder.....	72
10.1	Alkohol- und Tabakkonsum.....	73
10.2	Psychische Gesundheit.....	74
10.3	Körperliche Aktivität.....	75
10.4	Vorsorge und Früherkennung	76
10.5	Ärztliche Versorgung	77
10.6	Pflegerische Versorgung.....	78
10.7	Hebammen	79
10.8	Geflüchtete.....	79
10.9	Wohnungslose.....	79
	Abkürzungsverzeichnis.....	80
	Literaturverzeichnis.....	82

1 Einleitung

Mit dem vorliegenden Gesundheitsbericht soll ein grundlegender Überblick zu verschiedenen Dimensionen der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung im Bezirk Lichtenberg gegeben werden. Zu diesem Zweck wurden ausgewählte Indikatoren aus der Gesundheitsberichterstattung herangezogen. Darüber hinaus werden weitere Aspekte der Gesundheit sowie der gesundheitlichen Versorgung der Lichtenberger Bevölkerung betrachtet. Da in den Bericht sich auf einen Zeitraum bis Ende 2019 bezieht, sind Entwicklungen der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung im Zusammenhang mit der Covid-19 Pandemie, die seit März 2020 besteht, im Rahmen dieses Berichtes nicht berücksichtigt.

In den Kapiteln 2 und 3 werden zunächst demografische sowie soziale Indikatoren dargestellt, um dem Leser/der Leserin im Vorfeld eine kurze Übersicht über die Bevölkerungsstruktur in Lichtenberg zu vermitteln. Das ist relevant, da die gesundheitliche Lage u.a. mit der Altersstruktur sowie der sozialen Lage im Zusammenhang steht. Nachfolgend werden in den Kapiteln 4 und 5 das Geburts- und Sterbegeschehen sowie die Morbidität analysiert. In Kapitel 6 werden das Rauchverhalten sowie das Körpergewicht als Dimensionen von gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen dargestellt. Basierend auf der Berliner Umweltgerechtigkeitsstudie¹ erfolgt im 7. Kapitel ein Einblick in Umweltfaktoren, die die Gesundheit beeinflussen. Des Weiteren wird in Kapitel 8 für unterschiedliche Bereiche die gesundheitliche Versorgungslage im Bezirk Lichtenberg betrachtet. Abschließend werden mögliche Handlungsfelder bzw. Ansatzpunkte für die Verbesserung der gesundheitlichen Lage bzw. der gesundheitlichen Versorgung der Lichtenberger*innen formuliert. Im Zusammenhang mit den gesetzlich vorgeschriebenen Eindämmungsmaßnahmen aufgrund von Covid-19 wird ferner versucht, Anregungen zu geben, wie die Umsetzung von Handlungsempfehlungen unter Beachtung der Kontaktbeschränkungen und Abstandsregelungen möglicherweise erfolgen kann.

Sofern es die Datenlage ermöglichte, wurde zu jedem Themenfeld zunächst eine Darstellung der Entwicklung im Zeitverlauf vorgenommen. Darüber hinaus wurden (nach Möglichkeit) die Lichtenberger Daten im Vergleich mit denen anderer Bezirke bzw. Berlin insgesamt dargestellt, um die gesundheitliche Lage der Lichtenberger Bevölkerung besser in den gesamtstädtischen Kontext einordnen zu können. Dabei stellte jeweils Rang 1 den höchsten Indikatorwert dar sowie Rang 12 den niedrigsten Indikatorwert.

Aufgrund der mangelnden Verfügbarkeit aktueller bezirklicher Daten, konnten bei einigen der Indikatoren nur deutlich ältere Daten (z.B. 2013) herangezogen werden. Diese wurden nach Möglichkeit versucht im Zusammenhang mit neueren gesamtstädtischen Daten zu bewerten, sodass zumindest allgemeine Annahmen zu Entwicklungstendenzen für Lichtenberg abgeleitet werden konnten. Da bei einzelnen betrachteten Indikatoren keine bezirklichen Zahlen vorlagen, wurde auf berlinweite Daten zurückgegriffen. Trotzdem war es möglich, Grundaussagen zu dem Indikator zu treffen. Eine kleinräumige Auswertung der gesundheitlichen Daten unterhalb der Bezirksebene war aufgrund der vorhandenen Datenlage lediglich im Rahmen der Statistik der Menschen mit Behinderung sowie bei der Betrachtung von Umwelteinflüssen möglich.

Im Themenfeld der Kindergesundheit wurden im Rahmen dieses Berichtes lediglich psychische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter betrachtet. Weitere Themenfelder wurden explizit ausgenommen, da in Lichtenberg bereits ausführliche Berichte zur gesundheitlichen Lage von Lichtenberger Kindern veröffentlicht wurden (vgl. Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen Lichtenberg 2016/17 und Bericht zur Zahngesundheit von Lichtenberger Kindern 2018). Im Themenfeld der psychischen Gesund-

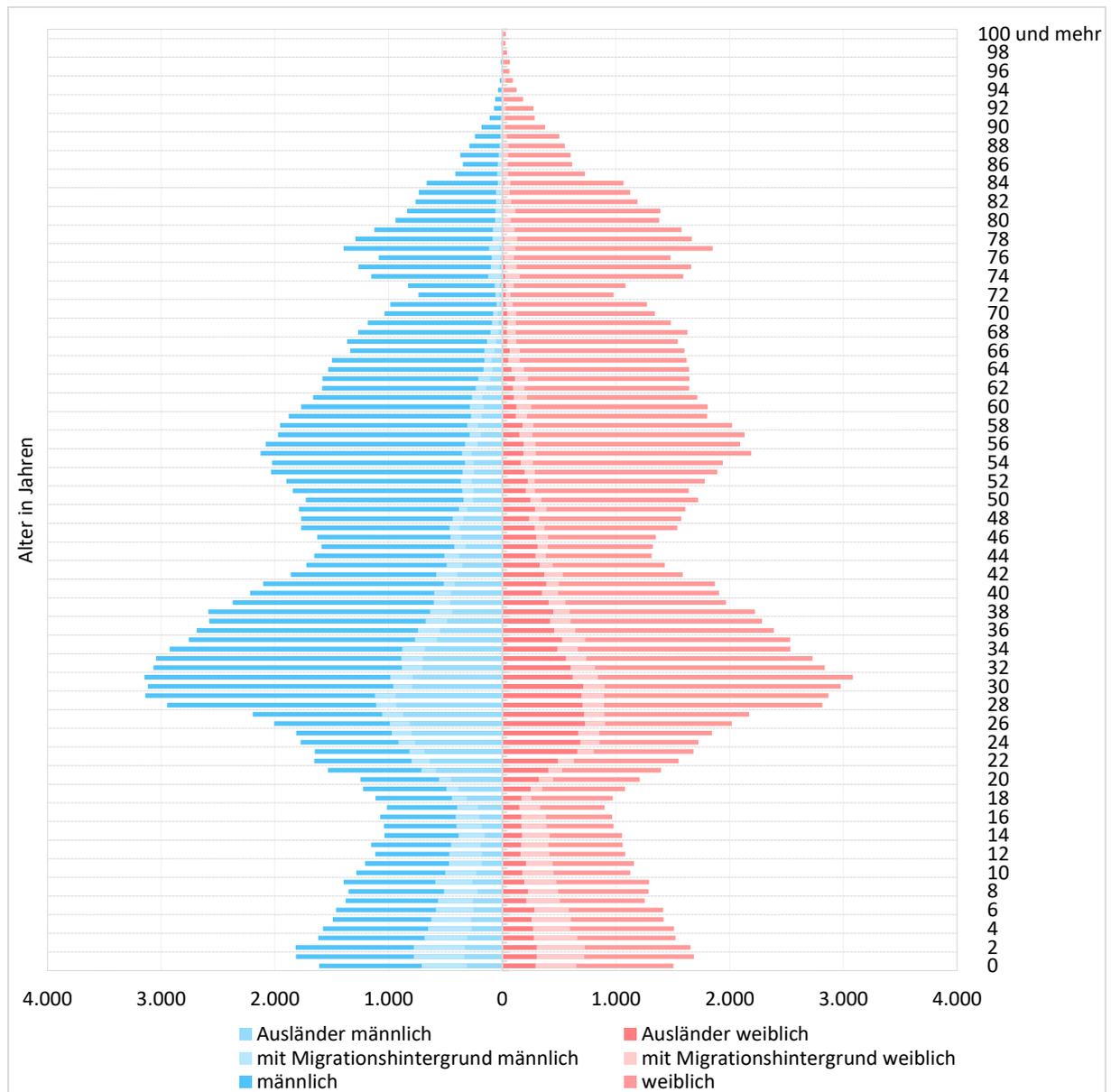
¹ Vgl. SenUVK (2019)

heit konnten in diesem Bericht nur ausgewählte Aspekte betrachtet werden. Weiterführende Informationen rund um das Thema der psychischen Gesundheit in Lichtenberg sind im Lichtenberger Psychiatriebericht 2018 zu finden.

2 Demografie

Wie auch in Berlin insgesamt wächst die Bevölkerung im Bezirk Lichtenberg. Allein zwischen 2013 und 2018 wuchs diese um 25.635 Personen an. Mithilfe der nachfolgenden Abbildung ist die Struktur der Lichtenberger Bevölkerung im Jahr 2018 dargestellt. Während in den Altersjahren bis 60 Jahre nur geringfügige geschlechtsspezifische Unterschiede sichtbar sind, lebten im Jahr 2018 ab dem Alter von 60 Jahren und älter deutlich mehr weibliche Personen in Lichtenberg. Das traf insbesondere auf die Gruppe der Hochbetagten ab dem Alter von 80 Jahren zu. Dieses Ungleichgewicht in den höheren Altersklassen wird durch die ungleiche Lebenserwartung von Männern und Frauen in Lichtenberg bedingt (vgl. Kapitel 4.2). Des Weiteren zeigt sich, dass Personen mit Migrationshintergrund bzw. ausländischer Staatszugehörigkeit am stärksten in den Altersgruppen zwischen 25 und 35 Lebensjahren vertreten waren. In den hohen Altersgruppen ab 70 Jahren gab es 2018 eine vergleichsweise geringe Zahl an Personen mit Migrationshintergrund im Bezirk.

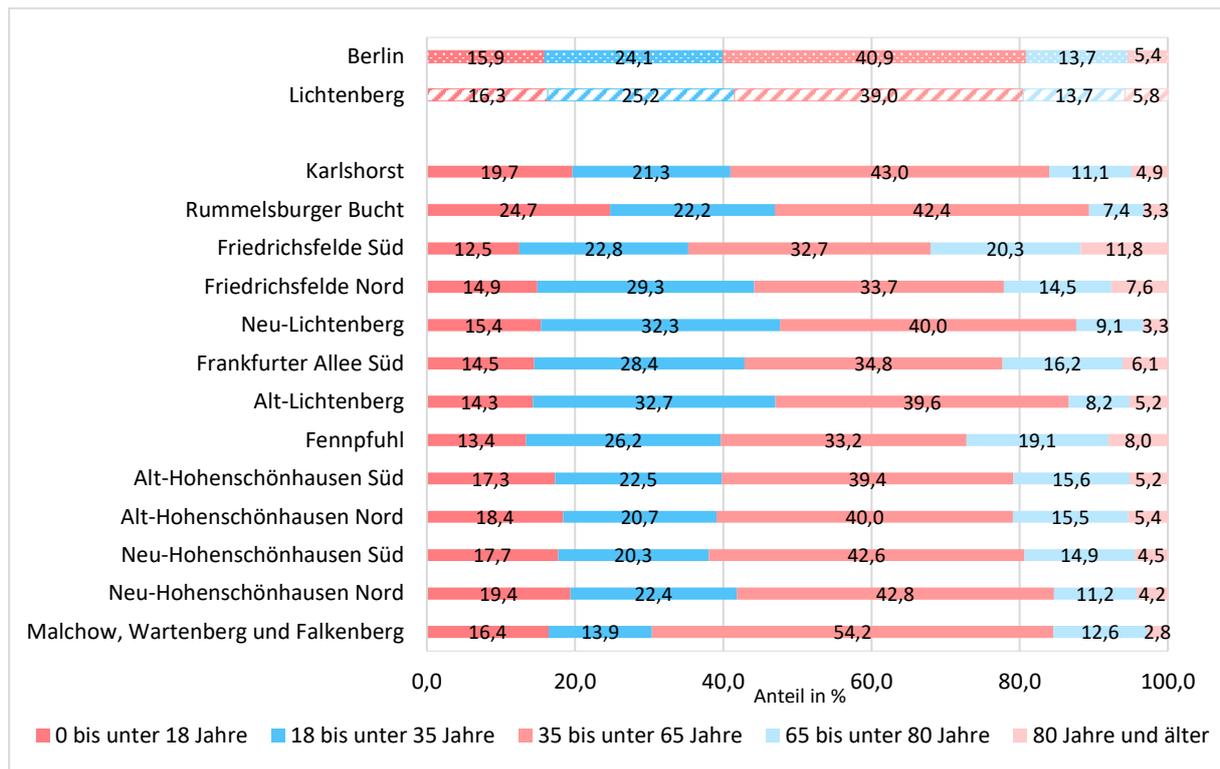
Abbildung 1: Bevölkerung im Lichtenberg am 31.12.2018 nach Altersgruppen, Geschlecht und Staatszugehörigkeit (absolut)²



² Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg - Einwohnerregister (Stand 31.12.2018)

Die Alterszusammensetzung im Bezirk entsprach weitestgehend der von Berlin insgesamt. Lediglich die jüngeren Altersgruppen bis unter 35 Jahre waren in Lichtenberg häufiger anzutreffen als im gesamtstädtischen Vergleich. Kleinräumig gab es allerdings erhebliche Unterschiede in der Bevölkerungsstruktur. So war die Rummelsburger Bucht mit einem Anteil von 25 % der Einwohner*innen im Alter von unter 18 Jahren die jüngste Bezirksregion im Bezirk. Demgegenüber lag der Anteil an Personen ab einem Alter von 65 bzw. 80 Jahren in Friedrichsfelde Süd am höchsten und betrug knapp ein Drittel der dortigen Bevölkerung. Laut Bevölkerungsprognose werden künftig insbesondere die Gruppe der Kinder und Jugendlichen sowie die Gruppe der Personen ab 65 Jahren und älter zunehmen.

Abbildung 2: Bevölkerungsstruktur in Lichtenberg und Berlin am 31.12.2018 (in Prozent)³



3 Soziale Lage

Im Allgemeinen besteht zwischen der gesundheitlichen sowie sozialen Lage der Bevölkerung ein direkter Zusammenhang⁴. So weisen Menschen mit hohem Sozialstatus ein geringeres Risiko zu erkranken auf als sozial benachteiligte Personen. Vor diesem Hintergrund wird in diesem Kapitel ein kurzer Überblick über einige soziale Indikatoren für den Bezirk Lichtenberg im Vergleich zu Berlin bzw. den anderen Bezirken gegeben.

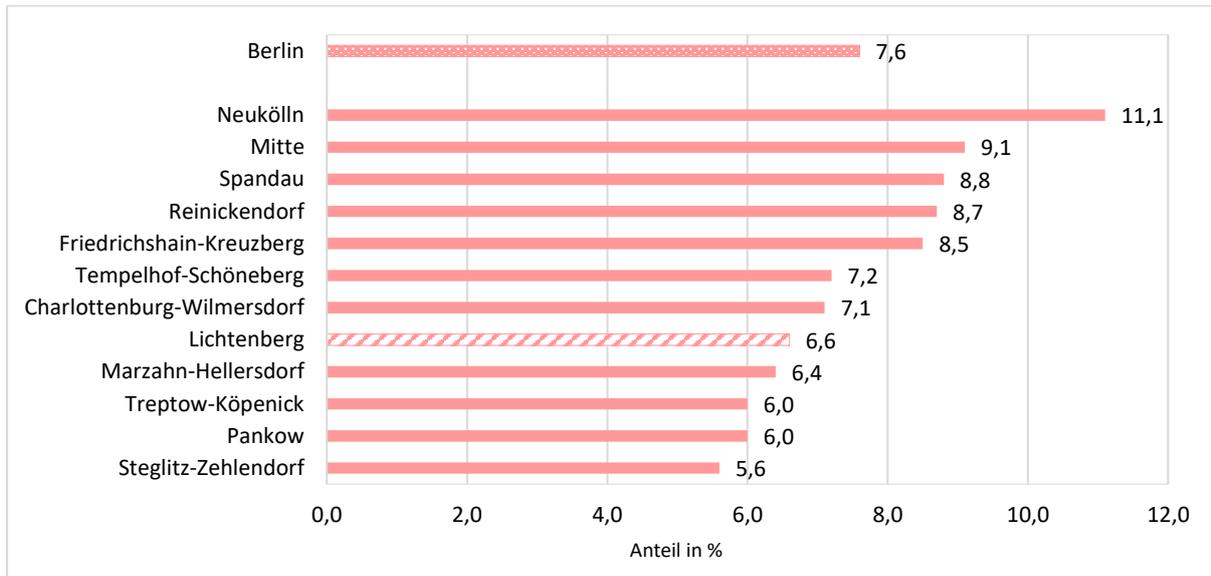
3.1 Arbeitslosenquote

Die Arbeitslosenquote gibt den Anteil an Erwerbspersonen an, der aktuell keiner Erwerbstätigkeit nachgeht. Dieser Anteil betrug Ende 2018 in Lichtenberg 6,6 %, wovon 4,8 % dem Rechtskreis SGB II zugeordnet wurden, d.h. Grundsicherungsleistungen bezogen. Im Bezirk Neukölln lag dieser Anteil bei 11,1 %, also deutlich höher. In Berlin insgesamt waren 7,6 % der Erwerbsbevölkerung von Arbeitslosigkeit betroffen. Lichtenberg erreichte somit im Vergleich der Bezirke Rang 8 (vgl. Abbildung 3).

³ Datenquelle: AFS Berlin-Brandenburg; Einwohnerregister (Stand 31.12.2018)

⁴ Vgl. RKI (2015), S. 149.

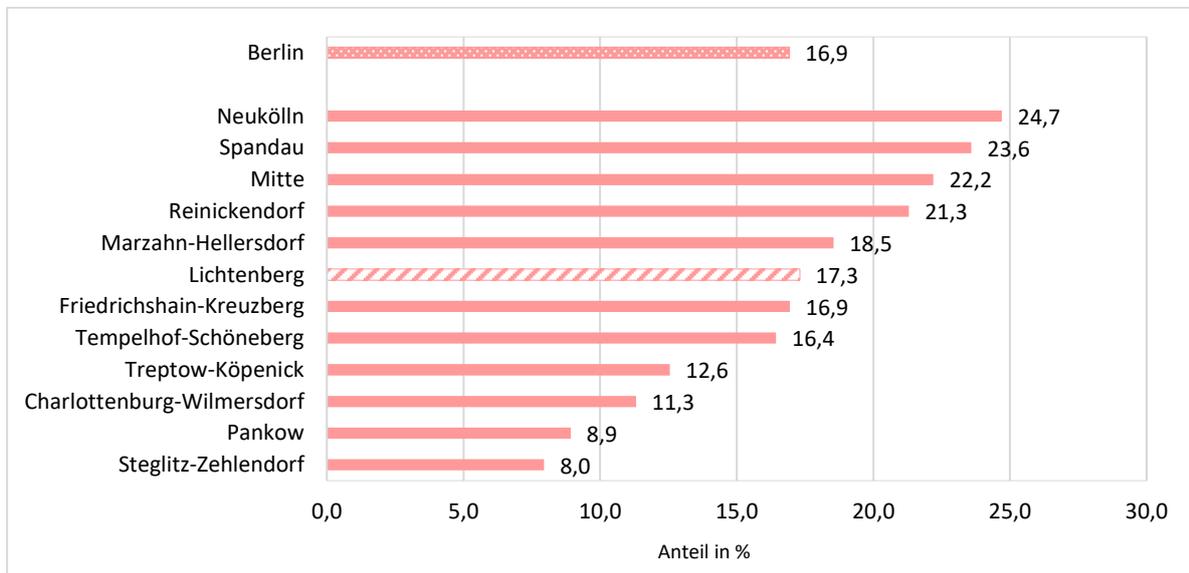
Abbildung 3: Anteil der Arbeitslosen nach SGB II und SGB III an allen Erwerbspersonen in den Berliner Bezirken 2018 (in Prozent)⁵



3.2 Bezug von Transferleistungen

Die Abhängigkeit von Transferleistungen ist ein weiterer Indikator, der die soziale Lage der Bevölkerung abbildet. Sowohl in Berlin als auch in Lichtenberg erhielten ca. 17 % der Bevölkerung Transferleistungen. Deutlich höher war dieser Anteil im Bezirk Neukölln (24,7 %). Am geringsten lag diese Quote in Steglitz-Zehlendorf (8,0 %). Der Bezirk Lichtenberg lag somit auf Rang 6 im bezirklichen Vergleich.

Abbildung 4: Anteil der Empfänger*innen von Transferleistungen (SGB II) an Einwohner*innen unter 65 Jahren in den Berliner Bezirken 2018 (in Prozent)⁶

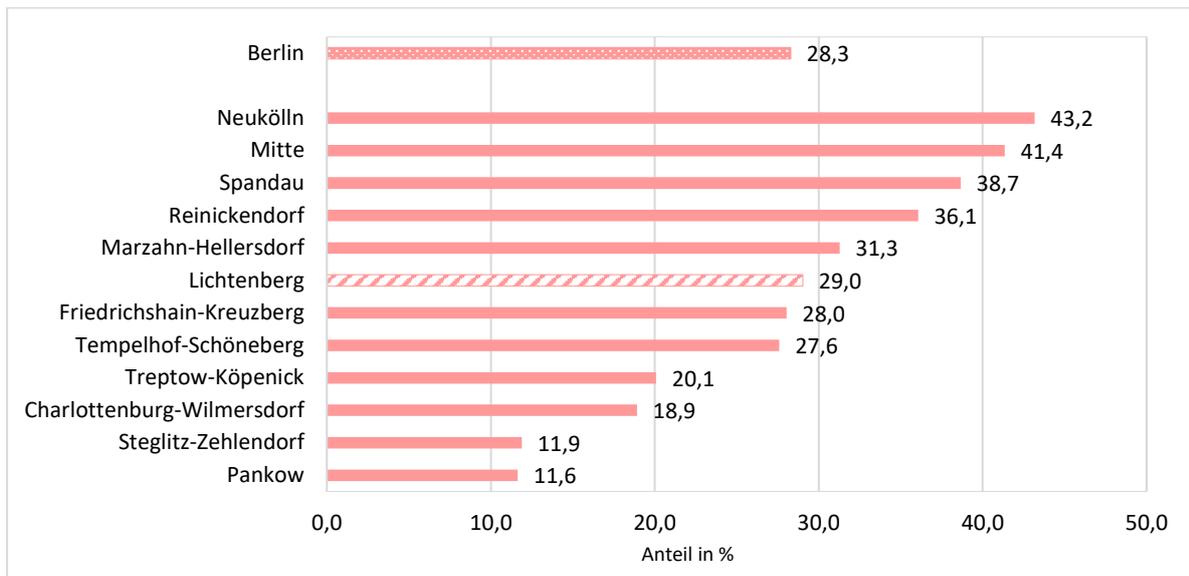


Mithilfe der nachfolgenden Abbildung ist der Anteil an Kindern unter 15 Jahren dargestellt, die in einer SGB II-Bedarfsgemeinschaft lebten. In Lichtenberg waren 29 % aller Kinder unter 15 Jahren von diesen Leistungen abhängig. Das entsprach Platz 7 im Bezirksranking. Auch in Berlin insgesamt lebten ca. 29 % der Kinder in Haushalten mit Transferleistungsbezug.

⁵ Datenquelle: Bundesagentur für Arbeit (Stand 31.12.2018)

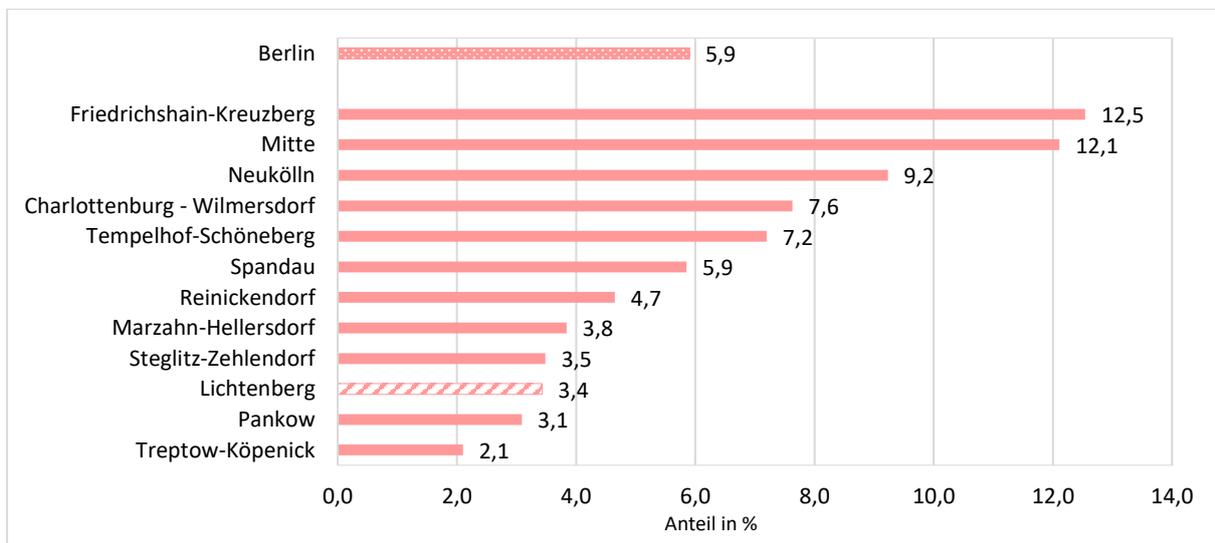
⁶ Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg – Datenpool (Stand: 31.12.2018)

Abbildung 5: Anteil an Kindern unter 15 Jahren in Bedarfsgemeinschaften nach SGB II in den Berliner Bezirken 2018 (in Prozent)⁷



Auch jenseits des Erwerbsalters gibt es Personen, die auf Transferleistungen angewiesen sind. Hierzu gehören bspw. Empfänger*innen von Grundsicherung im Alter. In Abbildung 6 ist der Anteil dieser Personen an allen Einwohner*innen ab 65 Jahren in den Berliner Bezirken dargestellt. Dabei wird eine große Spannweite deutlich. Während in Treptow-Köpenick ca. 2 % der Bevölkerung über 65 Jahren Grundsicherung im Alter erhielt, traf das in Friedrichshain-Kreuzberg auf 12,5 % zu. Durchschnittlich betraf das in Berlin knapp 6 % der Bevölkerung ab 65 Jahren. In Lichtenberg waren 3,4 % dieser Altersgruppe im Grundsicherungsbezug. Lichtenberg belegte somit im Bezirksvergleich Rang 3.

Abbildung 6: Anteil an Empfänger*innen von Grundsicherung im Alter nach SGB XII ab 65 Jahren in den Berliner Bezirken 2018 (in Prozent)⁸



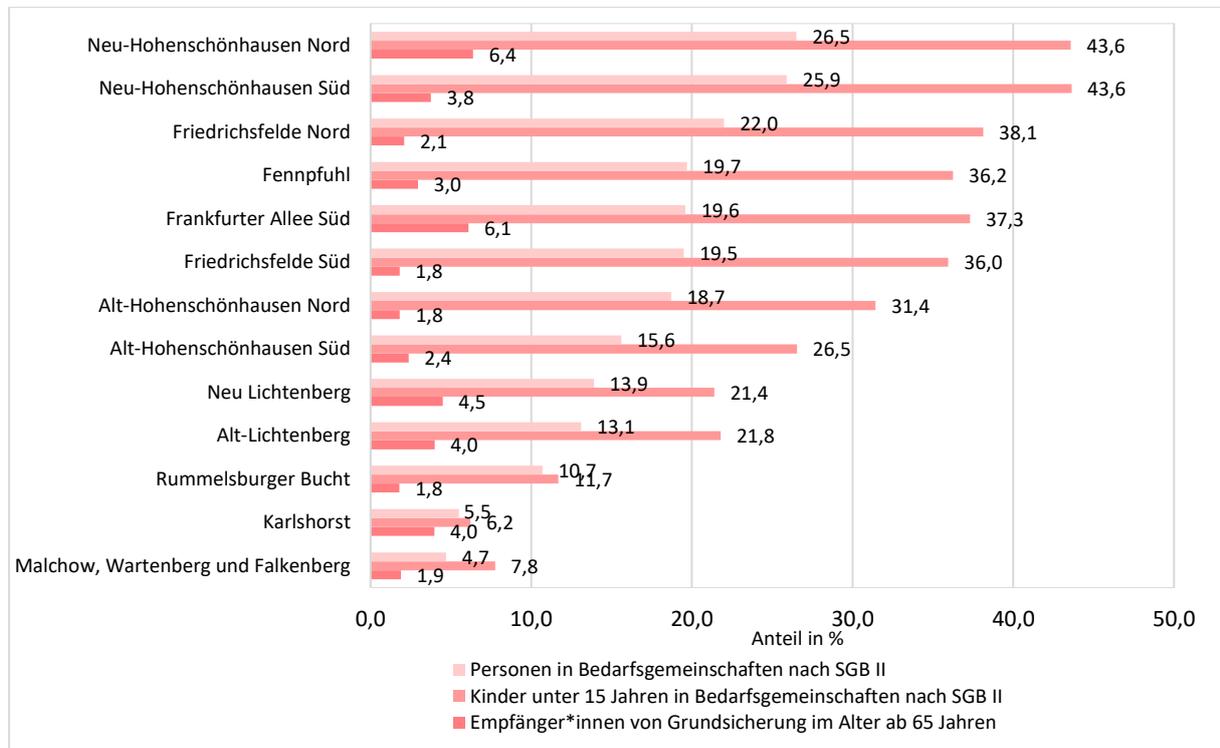
Auch wenn der jeweilige Anteil an Empfänger*innen von Sozialleistungen in Lichtenberg weitestgehend dem gesamtstädtischen Durchschnitt entsprach, gab es innerhalb des Bezirks große Unterschiede. So wird aus Abbildung 7 deutlich, dass vor allem in Neu-Hohenschönhausen Nord (26,5 %) und Neu-Hohenschönhausen Süd (25,9 %) sowie Friedrichsfelde Nord (22,0 %) Empfänger*innen von

⁷ Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg – Datenpool (Stand: 31.12.2018)

⁸ Datenquelle: SenIAS Berlin / AfS Berlin-Brandenburg / Berechnung: SenIAS - III D 3 – (Stand 31.12.2018)

SGB II-Leistungen wohnhaft waren. Dementsprechend war hier auch der Anteil an Kindern, die in Bedarfsgemeinschaften lebten am höchsten. Am geringsten war der Anteil an SGB II-Empfänger*innen in Malchow, Wartenberg, Falkenberg sowie Karlshorst. Grundsicherung im Alter nach SGB XII erhielten Personen ab 65 Jahren überdurchschnittlich oft in Neu-Hohenschönhausen Nord sowie in Frankfurter Allee Süd.

Abbildung 7: Anteil an Personen in Haushalten mit Bezug von SGB II- bzw. SGB XII-Leistungen in den Lichtenberger Bezirksregionen 2018 (in Prozent)⁹



3.3 Zwischenfazit

- Insgesamt betrachtet war die soziale Lage im Bezirk Lichtenberg mit der in Berlin vergleichbar. Allerdings weist die kleinräumige Betrachtung deutliche Unterschiede auf: Vor allem in Neu-Hohenschönhausen Nord, Neu-Hohenschönhausen Süd sowie Friedrichsfelde Nord lebte ein überdurchschnittlicher Anteil an Empfänger*innen von SGB II-Leistungen bzw. Kinder in Bedarfsgemeinschaften.
- Von allen Lichtenberger*innen ab 65 Jahren erhielten 3,4 % Grundsicherung im Alter nach SGB XII. In Berlin insgesamt betrug dieser Anteil ca. 6 %. Deutlich häufiger erhielten Lichtenberger*innen ab 65 Jahren aus Neu-Hohenschönhausen Nord (6,4 %) sowie Frankfurter Allee Süd (6,1 %) Grundsicherung im Alter.
- Aufgrund der Unterschiede in der sozialen Lage innerhalb des Bezirks ist davon auszugehen, dass auch die gesundheitliche Lage sich innerhalb des Bezirkes deutlich unterscheidet.

⁹ Datenquelle: AFS Berlin-Brandenburg – Datenpool; SenIAS Berlin / AFS Berlin-Brandenburg / Berechnung: SenIAS - III D 3 - (Stand: 31.12.2018)

4 Geburts- und Sterbe geschehen

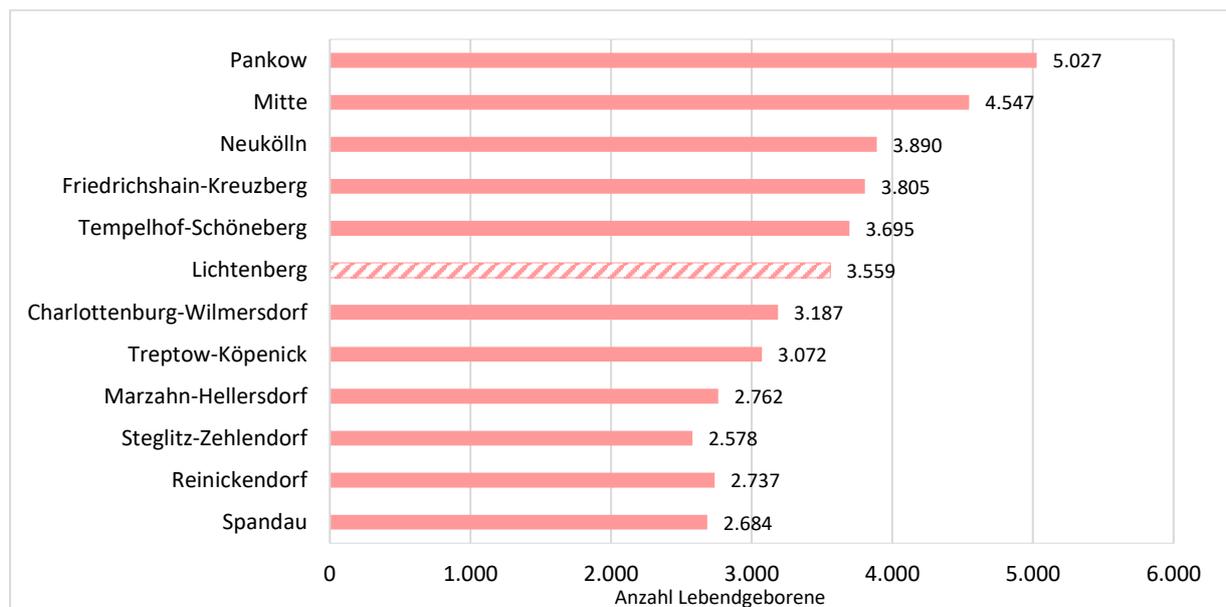
Neben Bevölkerungswanderungen nehmen Geburten sowie Sterbefälle Einfluss auf den Bevölkerungsstand. Sowohl die Zahl der Geburten als auch die Zahl der Sterbefälle lassen Rückschlüsse auf die Bevölkerung aber auch vorherrschende gesellschaftliche Rahmenbedingungen zu.

4.1 Geburten

Die Anzahl der Geburten nahm im Zeitverlauf in Berlin insgesamt zu. Im Jahr 2017 lag die Gesamtzahl bei 41.543 Geburten, während diese im Jahr 2005 noch 28.976 betrug. Das entspricht einer Zunahme von 43,4 %. Auf Ebene der Bezirke liegen die Geburtenzahlen für das Jahr 2017 vor. Demnach stieg in Lichtenberg die Anzahl an Lebendgeborenen seit 2005 (2.043) um 74 % auf 3.559 Geburten an. In Kapitel 8.4 wird diese Zunahme an Geburten im Kontext der Versorgung mit Krankenhausbetten und Hebammen bzw. Entbindungspflegern betrachtet.

In Abbildung 8 wird die absolute Zahl der Geburten in den Bezirken verglichen. Dabei werden große Unterschiede innerhalb Berlins deutlich. So wurden im Bezirk Pankow im Jahr 2017 ca. 5.000 Kinder geboren, während die Geburtenanzahl in Spandau etwas mehr als der Hälfte (2.700 Kinder) entsprach. Lichtenberg belegte im Vergleich einen mittleren Rang 6.

Abbildung 8: Lebendgeborene in den Berliner Bezirken 2017 (absolut)¹⁰



Neben der Anzahl an Geburten sind vor allem die Geburtenziffer und die Fruchtbarkeitsziffer relevante Kenngrößen, die in Tabelle 1 dargestellt werden. Bei beiden Indikatoren lag der Bezirk deutlich über den gesamtstädtischen Durchschnittswerten. Lichtenberg erzielte demnach jeweils Rang 3. Das bedeutet, dass im Jahr 2017 in Lichtenberg im Verhältnis zur Bevölkerung bzw. im Verhältnis zu den Frauen im gebärfähigen Alter mehr Kinder geboren wurden als in anderen Bezirken bzw. in Berlin insgesamt.

¹⁰ Datenquelle: Bezirksprofile der Berliner Bezirk 2019 / Herausgeber: SenGPG – I A -

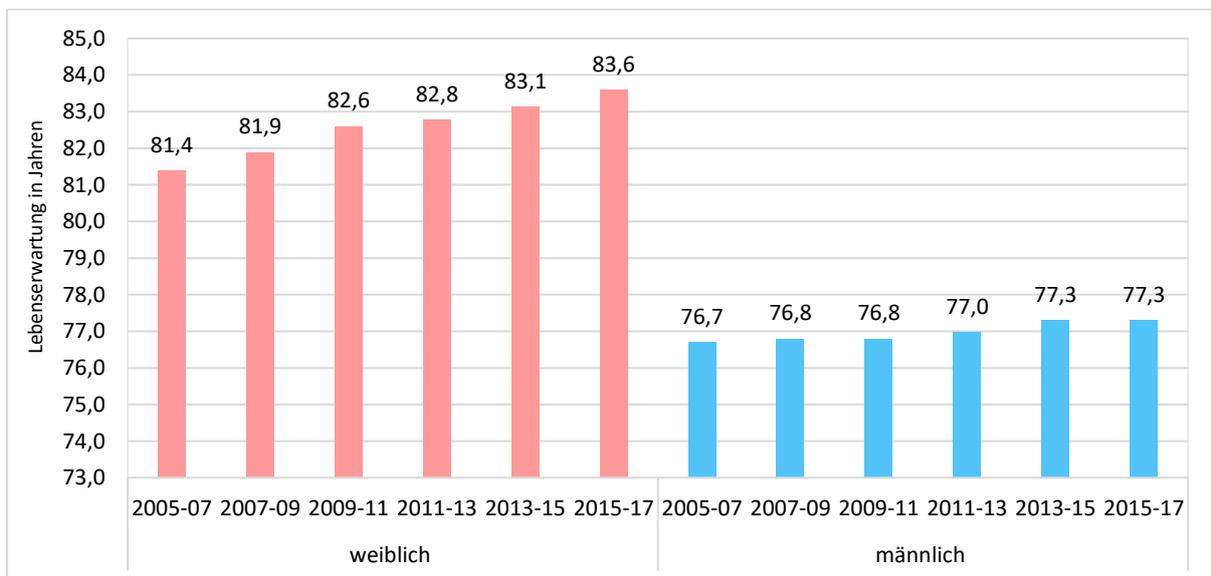
Tabelle 1: Geburten- und Fruchtbarkeitsziffer in Lichtenberg und Berlin 2017¹¹

	Lichtenberg	Berlin	Rang
Geburtenziffer Lebendgeborene je 1.000 EW	12,4	11,2	3
Fruchtbarkeitsziffer Lebendgeborene je 1.000 15- bis 44-jährige Frauen	63,0	56,0	3

4.2 Lebenserwartung

Mithilfe der Lebenserwartung können neben der gesundheitlichen Lage auch die Lebensverhältnisse einer Bevölkerungsgruppe eingeschätzt werden. Die Entwicklung der mittleren Lebenserwartung¹² in Lichtenberg im zeitlichen Verlauf wird in Abbildung 9 dargestellt. Dabei zeigt sich, dass sowohl bei der weiblichen als auch bei der männlichen Bevölkerung eine kontinuierlich steigende Lebenserwartung zu verzeichnen ist. Während die Lebenserwartung bei neugeborenen Mädchen seit 2005-2007 um 2,2 Jahre gestiegen ist, betrug dieser Anteil bei Jungen 0,6 Jahre. Damit entspricht die Entwicklung in Lichtenberg der in Deutschland insgesamt steigenden Lebenserwartung.

Abbildung 9: Entwicklung der mittleren Lebenserwartung nach Geschlecht in Lichtenberg zwischen 2005-2007 und 2015-17 (jeweils drei Jahre zusammengefasst; in Jahren)¹³



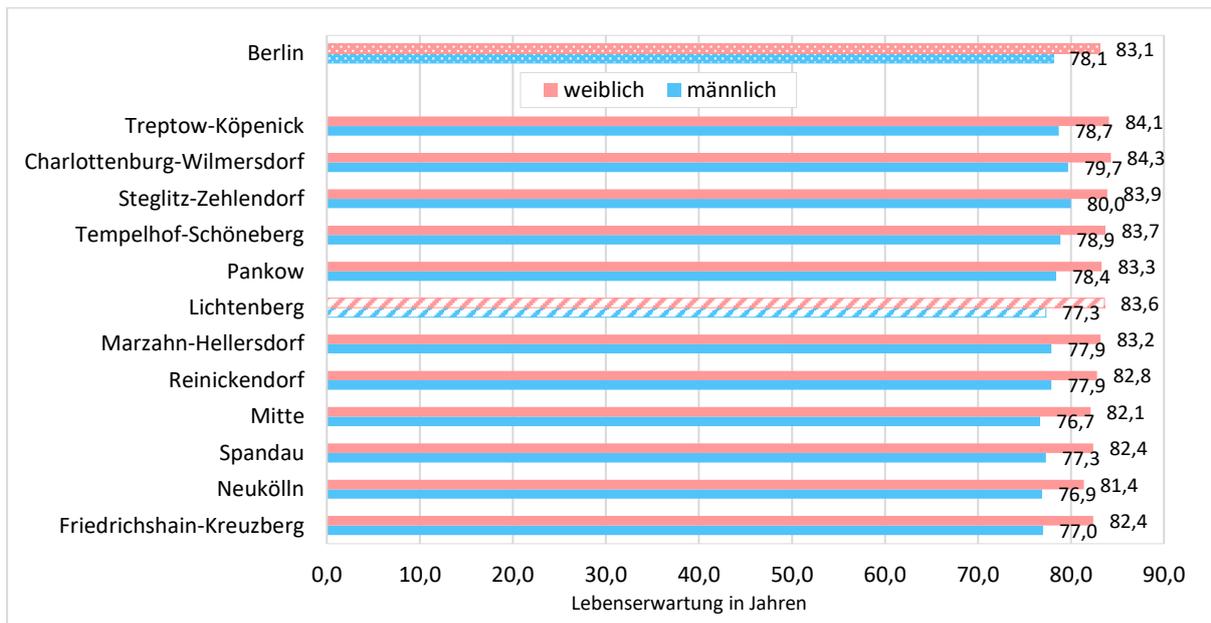
Trotz der in den vergangenen Jahren im Bezirk gestiegenen Lebenserwartung lag diese 2015-17 in Lichtenberg im Vergleich zu den anderen Bezirken im Mittelfeld (vgl. Abbildung 10). Die mittlere Lebenserwartung bei der weiblichen Lichtenberger Bevölkerung lag mit 83,6 Jahren (Rang 5) 0,5 Jahre über dem gesamtstädtischen Durchschnittswert, während diese bei den Männern mit 77,3 Jahren (Rang 9) 0,8 Jahre unterhalb des Berliner Mittels lag. Die niedrigste mittlere Lebenserwartung bei den Frauen lag in Neukölln (81,4 Jahre) sowie bei der männlichen Bevölkerung in Mitte (76,7 Jahre) vor.

¹¹ Datenquelle: Bezirksprofil Bezirk Lichtenberg 2019 / Herausgeber: SenGPG – I A -

¹² Die mittlere Lebenserwartung gibt die Lebenserwartung bei Geburt an.

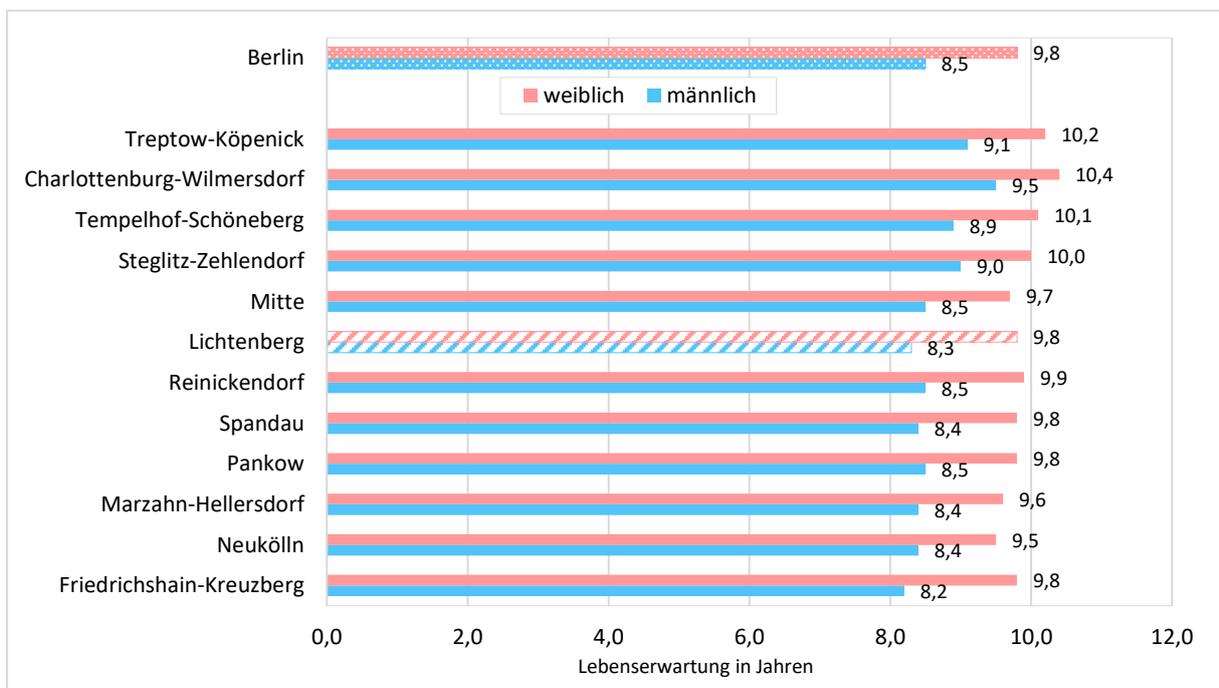
¹³ Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg / Berechnung (für Berlin vorläufig): SenGPG - I A -

Abbildung 10: Mittlere Lebenserwartung in den Bezirken nach Geschlecht 2015-2017 (drei Jahre zusammengefasst; in Jahren)¹⁴



Auch bei der ferneren Lebenserwartung¹⁵ im Alter von 80 Jahren lassen sich regionale Unterschiede feststellen (vgl. Abbildung 11). Der Lichtenberger Wert entsprach bei den Frauen dem Berliner Durchschnitt von 9,8 Jahren. Bei der männlichen Bevölkerung lag dieser mit 8,3 Jahren (Männer) leicht unter dem gesamtstädtischen Durchschnitt. Im Bezirksvergleich erzielten die Lichtenberger Frauen einen 6. Rang und die Lichtenberger Männer den 11. Rang.

Abbildung 11: Fernere Lebenserwartung mit 80 Jahren in den Bezirken nach Geschlecht 2015-2017 (drei Jahre zusammengefasst; in Jahren)¹⁶



¹⁴ Datenquelle: Bezirksprofil Bezirk Lichtenberg 2019; Herausgeber: SenGPG - I A -

¹⁵ Die fernere Lebenserwartung gibt die Lebenserwartung in einem bestimmten Lebensalter an.

¹⁶ Datenquelle: Bezirksprofil Bezirk Lichtenberg 2019; Herausgeber: SenGPG - I A -

Die mittlere und fernere Lebenserwartung in den Bezirken verdeutlichen, wie ungleich die gesundheitliche und soziale Lage innerhalb Berlins ist. Darüber hinaus lassen sich hierdurch auch Unterschiede bei der Verfügbarkeit bzw. Inanspruchnahme medizinischer Versorgungsangebote sowie bei (individuellen) gesundheitsrelevanten Lebensweisen abbilden.

4.3 Sterblichkeit

4.3.1 Allg. Sterblichkeit

Die Sterblichkeit ermöglicht Rückschlüsse auf die gesundheitliche Lage der Bevölkerung. Liegt eine erhöhte Sterblichkeit vor, weist dies auf vorliegende gesundheitliche Risiken hin¹⁷. Die im letzten Abschnitt dargestellten geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Lebenserwartung spiegeln sich auch in der Sterblichkeit in Lichtenberg wider. So war die Gesamtsterblichkeit der Lichtenberger Frauen etwas geringer als in Berlin insgesamt. Bei der männlichen Bevölkerung war die Gesamtsterblichkeit jedoch erheblich erhöht und entsprach im gesamtstädtischen Vergleich dem 2. Rang hinter Spandau (vgl. Tabelle 2).

Neben der Gesamtsterblichkeit kann auch die vorzeitige Sterblichkeit¹⁸ sowie die Alterssterblichkeit¹⁹ differenziert werden. Dabei weist insbesondere eine erhöhte vorzeitige Sterblichkeit auf gehäufte Gesundheitsrisiken in der Bevölkerung hin. Da bei Sterbefällen im Alterssegment von unter 65 Jahren davon ausgegangen wird, dass diese in vielen Fällen durch Vorsorge oder Versorgungsangebote vermeidbar gewesen wären (vgl. Kapitel 4.4.2)²⁰.

Die vorzeitige Sterblichkeit lag bei der männlichen Bevölkerung in Lichtenberg deutlich oberhalb des gesamtstädtischen Durchschnitts und entsprach Rang 2 im Bezirksvergleich. Das bedeutet, dass insbesondere bei der männlichen Bevölkerung Lichtenbergs ein überproportionaler Anteil an Sterbefällen vermeidbar gewesen wäre. Die vorzeitige Sterblichkeit bei der weiblichen Bevölkerung war hingegen leicht unterdurchschnittlich.

Tabelle 2: Sterblichkeit in Lichtenberg und Berlin 2017 (je 100.000 Einwohner altersstandardisiert²¹).²²

		Lichtenberg	Berlin	Rang
Gesamtsterblichkeit	weiblich	438,0	457,7	8
	männlich	728,5	694,3	5
Vorzeitige Sterblichkeit 0 bis 64 Jahre	weiblich	124,7	127,7	7
	männlich	263,3	231,7	2
Alterssterblichkeit 65 Jahre und älter	weiblich	2.972,9	3.128,4	10
	männlich	4.492,6	4.438,0	6

4.3.2 Säuglingssterblichkeit

Neben den bisher beschriebenen Indikatoren zur Sterblichkeit kann auch die Säuglingssterblichkeit als Hinweis für die Qualität der Lebensverhältnisse der Bevölkerung sowie die medizinische Versorgung herangezogen werden²³. Sie beschreibt die Anzahl an Sterbefällen (ohne Totgeborene) innerhalb des

¹⁷ Vgl. Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen (2003), S. 84

¹⁸ Die vorzeitige Sterblichkeit bezeichnet Todesfälle im Alter bis 64 Jahre.

¹⁹ Die Alterssterblichkeit bezieht sich auf Todesfälle ab einem Lebensalter von 65 Jahren.

²⁰ Vgl. Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen (2003), S. 90

²¹ Die Altersstandardisierung von Daten ermöglicht eine Vergleichbarkeit zwischen mehreren Bevölkerungsgruppen, Regionen bzw. unterschiedlichen Zeitpunkten mit unterschiedlicher Altersstruktur. Ohne Altersstandardisierung würde es zu einer Verzerrung der Daten aufgrund der unterschiedlichen altersbedingten Bevölkerungsstruktur kommen. Es ist jedoch zu beachten, dass diese Werte lediglich theoretisch und nicht real sind. Sie zeigen, wie die Daten in den unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen wären, wenn alle betrachteten Regionen bzw. Zeitpunkte dieselbe Altersstruktur aufweisen würden. Die hierbei verwendete Referenzpopulation ist die alte Europastandardbevölkerung von 1966.

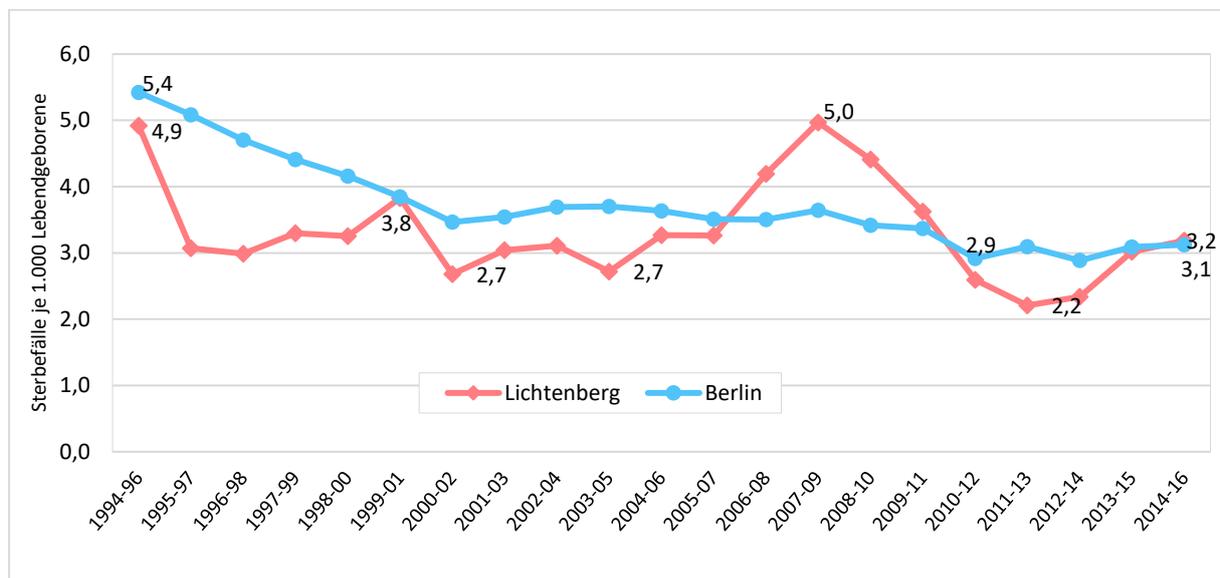
²² Datenquelle: Bezirksprofil Bezirk Lichtenberg 2019, Herausgeber/Berechnung: SenGPG – IA -

²³ Vgl. Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen (2003), S. 194.

ersten Lebensjahrs. Der Indikator lässt Rückschlüsse auf die medizinische Versorgung der Schwangeren bzw. dem Neugeborenen zu.

Die Rate der Säuglingssterblichkeit wird für Lichtenberg in Abbildung 12 dargestellt. Es ist erkennbar, dass die Sterblichkeit im Bezirk im Zeitverlauf seit 1994-1996 immer wieder schwankte, insgesamt aber eine rückläufige Tendenz sichtbar wird, was auch dem bundesweiten Trend entspricht. Zuletzt lag sie in den Jahren 2014-2016 bei 3,2 Todesfällen je 1.000 Lebendgeborene. Der Vergleich mit den Berliner Daten zeigt, dass die Raten geringeren Schwankungen unterlagen und eine Senkung der Sterbefälle von 5,4 auf 3,1 Sterbefälle im Betrachtungszeitraum zu verzeichnen war. In Deutschland insgesamt betrug die Quote im Jahr 2015 3,3 Todesfälle je 1.000 Geburten, sodass sowohl der Lichtenberger als auch der Berliner Wert nur geringfügig davon abwichen.

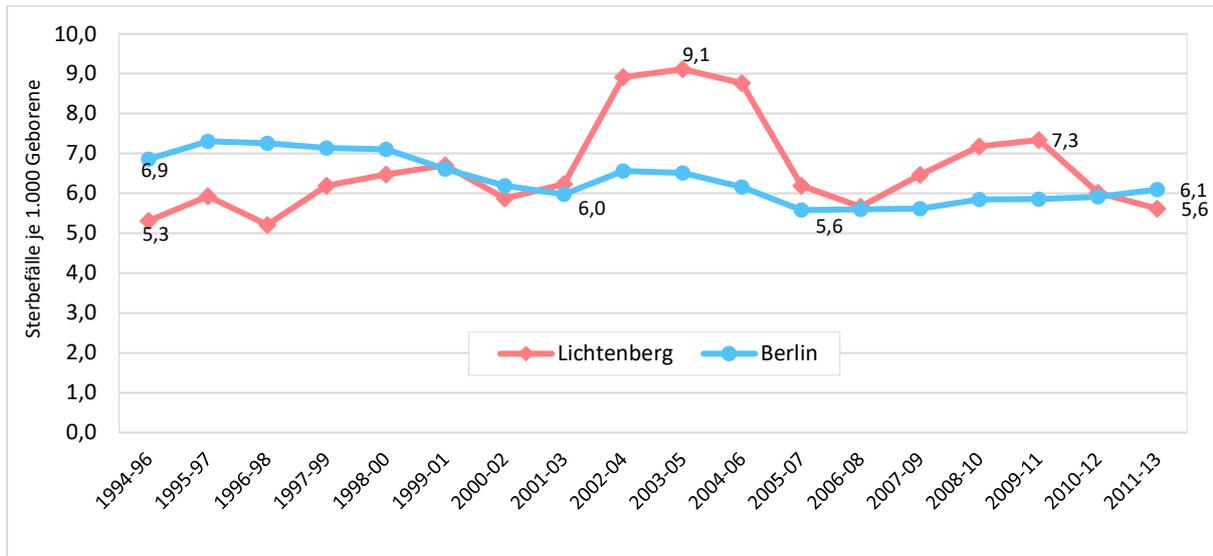
Abbildung 12: Säuglingssterblichkeit in Lichtenberg und Berlin seit 1994-96 (jeweils drei Jahre zusammengefasst; je 1.000 Lebendgeborene)²⁴



Die Perinatalsterblichkeit, d.h. die Anzahl von Todesfällen innerhalb der ersten Lebenswoche bzw. Totgeburten, wurde ebenfalls im zeitlichen Verlauf ausgewertet (vgl. Abbildung 13). Es zeigt sich, dass die Rate seit 1994-96 große Schwankungen aufwies. In den Jahren 2011-13 lag der bezirkliche Wert mit 5,6 Fällen je 1.000 Geborenen unter dem Berliner Wert von 6,1 Fällen je 1.000 Geburten. Deutschlandweit gab es 5,4 Todesfälle je 1.000 Geborene.

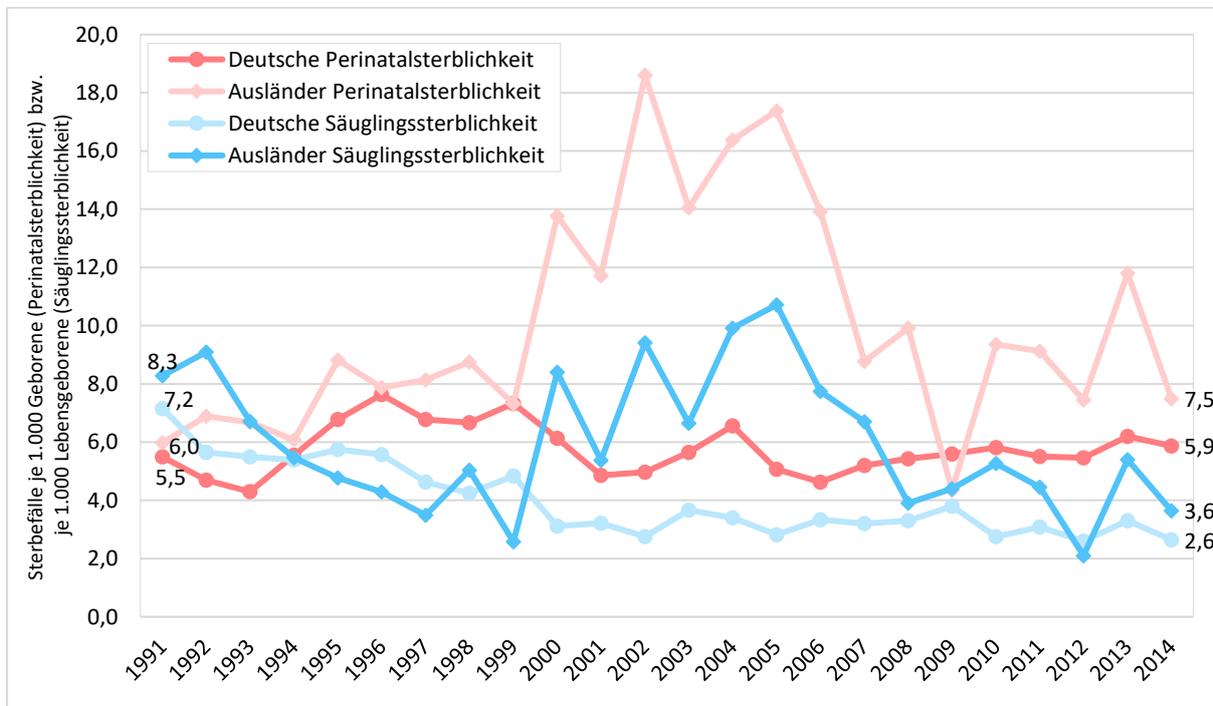
²⁴ Datenquelle: StBA / Afs Berlin-Brandenburg / Berechnung: SenGPG - I A -

Abbildung 13: Perinatalsterblichkeit in Lichtenberg und Berlin seit 1994-96 (jeweils drei Jahre zusammengefasst; je 1.000 Geborene)²⁵



Eine Differenzierung der Berliner Daten bis zum Jahr 2014 nach deutscher bzw. ausländischer Staatszugehörigkeit verdeutlicht, dass sowohl die Perinatalsterblichkeit als auch die Säuglingssterblichkeit bei ausländischen Geborenen höhere Raten aufwies als bei deutschen Geborenen. Obwohl diese Daten nur für Berlin insgesamt vorliegen, ist davon auszugehen, dass diese grundlegende Tendenz sich auch in Lichtenberg widerspiegelt.

Abbildung 14: Säuglingssterblichkeit (je 1.000 Lebendgeborene) und Perinatalsterblichkeit (je 1.000 Geborene) in Berlin seit 1991 nach Staatszugehörigkeit²⁶



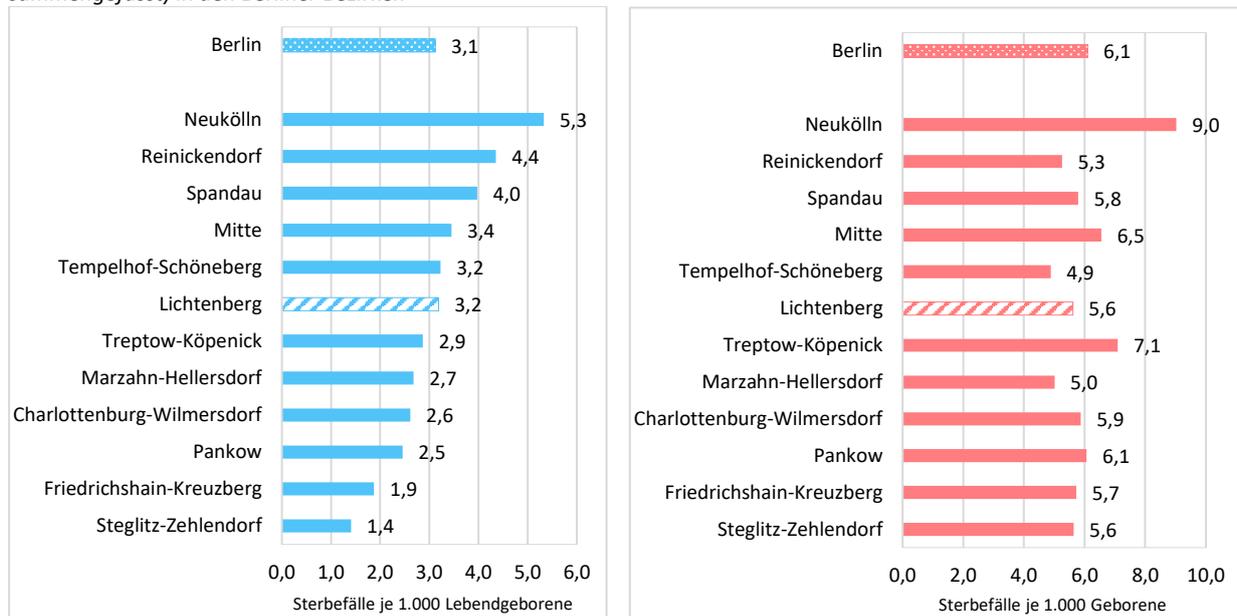
²⁵ Datenquelle: StBA / Afs Berlin-Brandenburg / Berechnung: SenGesSoz - I A -

²⁶ Datenquelle: StBA / Afs Berlin-Brandenburg / Berechnung: SenGesSoz - I A -

Das ist vermutlich auf Unterschiede in der sozialen Struktur beider Gruppen zurückzuführen. Darüber hinaus ist vorstellbar, dass für bestimmte Bevölkerungsgruppen der Zugang zur gesundheitlichen Versorgung erschwert sein kann. Das liegt nicht nur an möglichen Sprachbarrieren, sondern potenziell auch an mangelnden Kenntnissen der verfügbaren gesundheitlichen Angebote bzw. einer niedrigeren Bereitschaft diese Angebote in Anspruch zu nehmen.

Innerhalb Berlins lassen sich für diese beiden Indikatoren regionale Unterschiede feststellen (vgl. Abbildung 15). Lichtenberg belegte dabei jeweils den 6. Rang. Insbesondere bei der Säuglingssterblichkeit werden z.T. deutliche Unterschiede sichtbar. In Bezug auf die Perinatalsterblichkeit unterschieden sich die bezirklichen Werte hingegen weniger, abgesehen von den deutlichen Ausreißern Neukölln und Treptow-Köpenick.

Abbildung 15: Säuglingssterblichkeit 2014-16 (3 Jahre zusammengefasst) und Perinatalsterblichkeit 2011-13 (drei Jahre zusammengefasst) in den Berliner Bezirken²⁷



4.4 Todesursachen

Die beiden häufigsten natürlichen Todesursachen sind in Deutschland Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems sowie bösartige Neubildungen²⁸. Aufgrund einer Änderung im Bevölkerungsstatistikgesetz stehen ab dem 01.01.2014 keine bezirklichen Daten zu den Todesursachen zur Verfügung. Somit liegen ab dem Jahr 2014 nur Daten zu Todesursachen für Berlin insgesamt vor²⁹.

Mithilfe von Abbildung 16 werden die häufigsten Todesursachengruppen bei Lichtenberger Frauen und Männern im Jahr 2013 dargestellt. Dabei werden geschlechtsspezifische Unterschiede deutlich. Bei knapp 39 % der Frauen waren Erkrankungen des Kreislaufsystems todesursächlich, während männliche Lichtenberger in ca. 32 % der Fälle aufgrund einer Kreislauferkrankung verstarben. Die zweithäufigste Todesursache bei beiden Geschlechtern waren bösartige Neubildungen (vgl. Kapitel 4.4.1) wovon die männliche Bevölkerung in ca. 30 % der Todesfälle betroffen war. Bei der weiblichen Bevölkerung verstarb ca. jede vierte Frau (24 %) aufgrund von bösartigen Neubildungen. Die beiden häufigsten Ursachengruppen waren somit geschlechterübergreifend für einen deutlichen Anteil der Todesfälle im Bezirk ursächlich. Wesentlich seltener traten bei Männern Erkrankungen des Atmungssystems

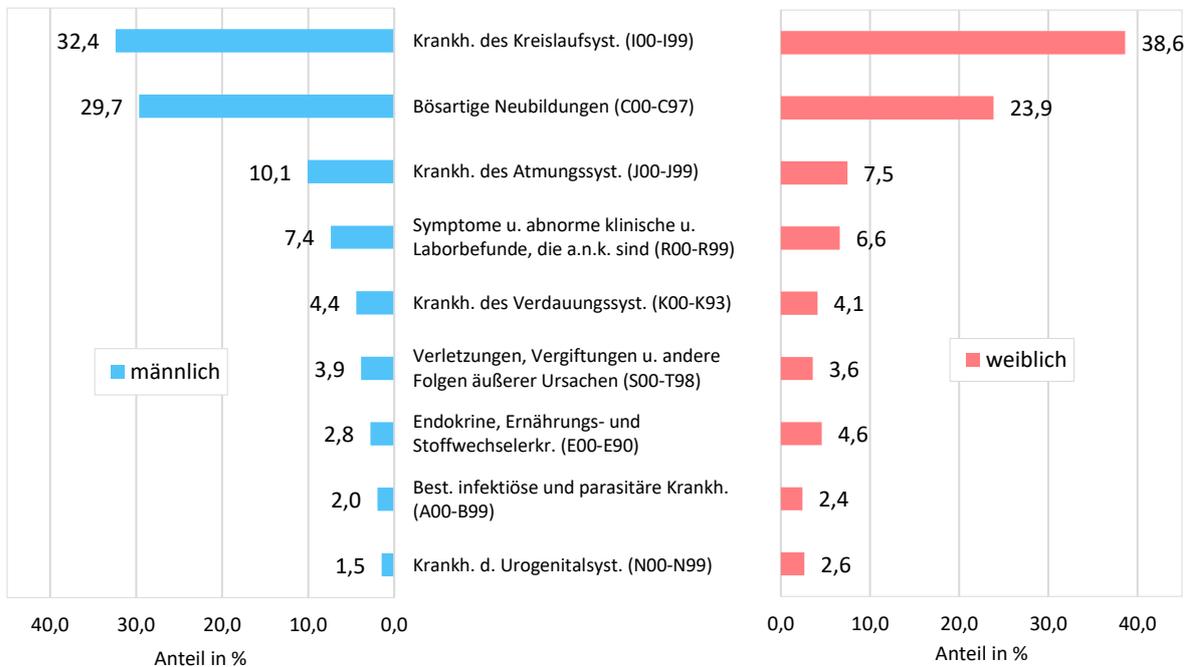
²⁷ Datenquelle: StBA / Afs Berlin-Brandenburg / Berechnung: SenGesSoz - I A -

²⁸ Vgl. Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen (2003), S. 96.

²⁹ Vgl. Paffhausen (2016), S. 18.

(10,1 %), des Verdauungssystems (4,4 %) bzw. Verletzungen, Vergiftungen und andere äußere Ursachen (3,9 %) auf. Lichtenbergerinnen verstarben hingegen seltener aufgrund von Krankheiten des Atmungssystems (7,5 %) sowie Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen (4,6 %).

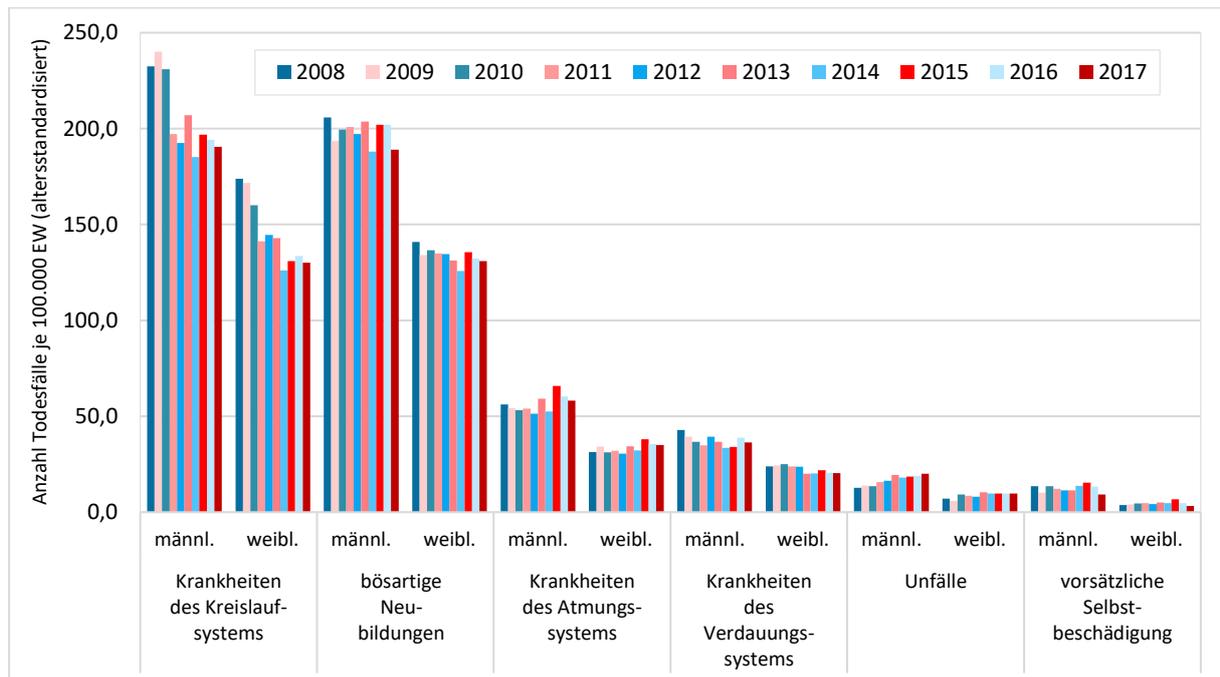
Abbildung 16: Häufigste Todesursachen bei Lichtenberger Frauen und Männern nach Krankheitsgruppen 2013 (Anteil in Prozent)³⁰



Da ab dem Jahr 2014 die Todesursachen lediglich gesamtstädtisch ausgewiesen werden, wird die Entwicklung der häufigsten Ursachengruppen für Berlin insgesamt dargestellt (vgl. Abbildung 17). Es zeigt sich hierbei, dass Männer in allen dargestellten Krankheitsarten eine höhere Mortalität aufweisen als Frauen. Wie in der vorhergehenden Abbildung für Lichtenberg dargestellt, sind auch in Berlin insgesamt Kreislauferkrankungen sowie bösartige Neubildungen die häufigsten Todesursachen. Allerdings ist sowohl für Frauen als auch für Männer bei der Anzahl der Todesfälle aufgrund von Kreislauferkrankungen im Verlauf der letzten 10 Jahre eine deutlich rückläufige Tendenz zu verzeichnen. Dahingegen veränderte sich die Anzahl an Todesfällen, bei denen bösartige Neubildungen ursächlich waren, im Betrachtungszeitraum nur geringfügig. Es ist davon auszugehen, dass diese allgemeinen Berliner Trends sich korrespondierend innerhalb der Lichtenberger Bevölkerung entwickelten. Neben diesen beiden Hauptursachen traten andere Todesursachen deutlich seltener auf. Beim Vergleich der männlichen und weiblichen Todesursachen fällt auf, dass Männer häufiger aufgrund von Unfällen bzw. vorsätzlicher Selbstbeschädigung starben als Frauen. Auch hierbei ist davon auszugehen, dass sich dies in Lichtenberg tendenziell so verhielt wie in Berlin insgesamt.

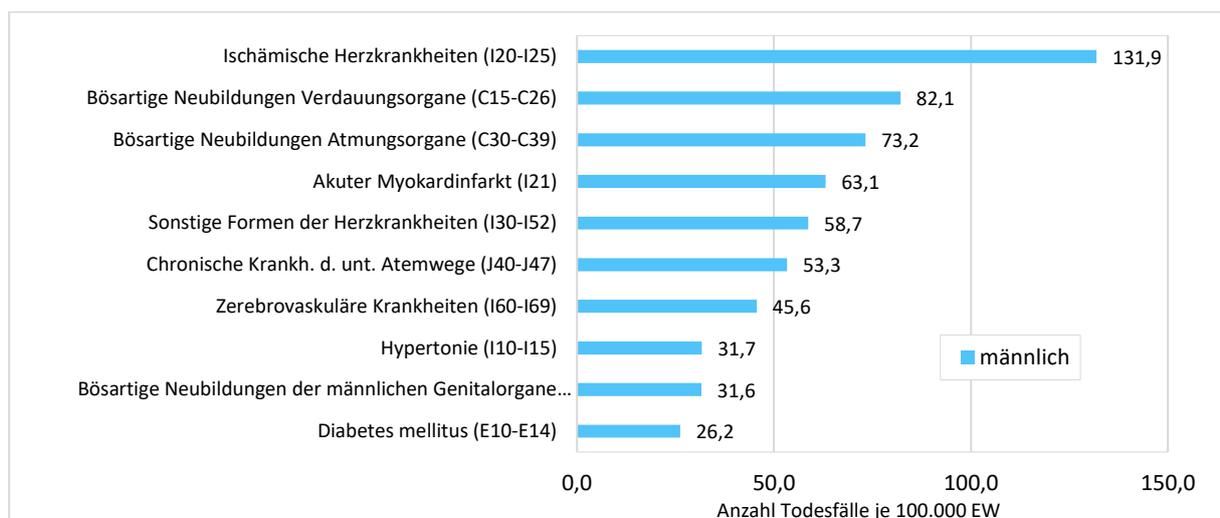
³⁰ Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg— SB A IV 10 - j / 13

Abbildung 17: Ausgewählte Todesursachengruppen in Berlin zwischen 2008 und 2017 (je 100.000 Einwohner altersstandardisiert)³¹



Mithilfe der Abbildungen 18 und 19 werden die in Berlin am häufigsten festgestellten Todesursachen im Jahr 2017 nach Diagnosen abgebildet. Sowohl bei der weiblichen als auch der männlichen Bevölkerung stellten Ischämische Herzkrankheiten die häufigste Todesursache dar. Doch es gab auch geschlechtsspezifische Unterschiede: So waren bei der männlichen Bevölkerung bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane bzw. der Atmungsorgane zweit- bzw. dritthäufig todesursächlich. Bei der weiblichen Bevölkerung waren weitere Herzkrankheiten bzw. Hypertonie (Bluthochdruck) häufig festgestellte Todesursachen. Es wird hierbei erneut deutlich, dass Männer eine insgesamt höhere Mortalität aufwiesen als Frauen.

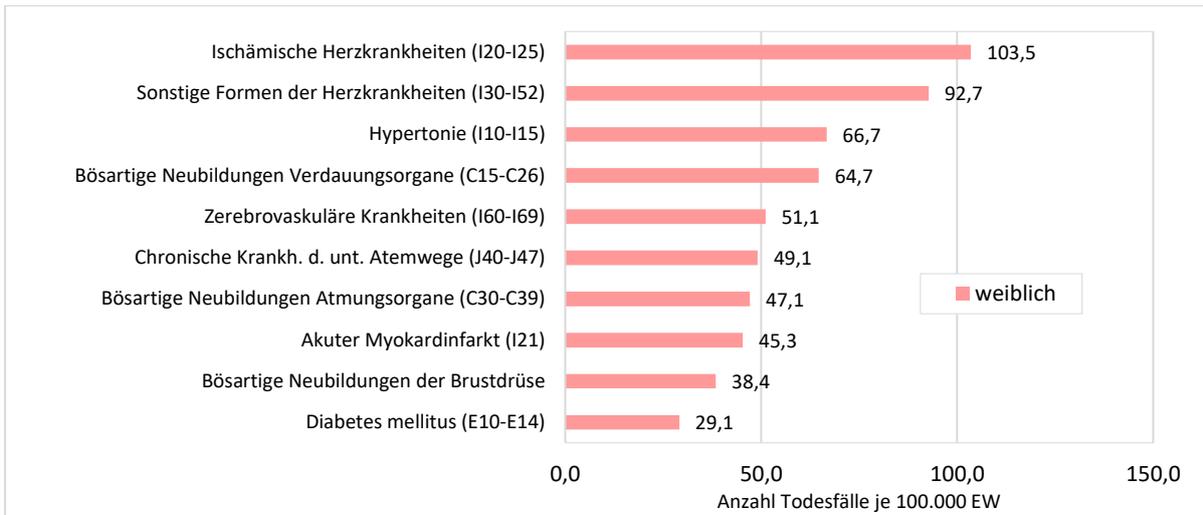
Abbildung 18: Ausgewählte Todesursachen bei Männern in Berlin 2017 (je 100.000 Einwohner)³²



³¹ Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg – SB A IV 10 - j / 17

³² Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg – SB A IV 10 - j / 17

Abbildung 19: Ausgewählte Todesursachen bei Frauen in Berlin 2017 (je 100.000 Einwohner)³³



4.4.1 Krebstodesfälle

Da sowohl bei Männern als auch bei Frauen Krebserkrankungen zu den häufigsten Todesursachen gehören, werden diese in diesem Abschnitt genauer betrachtet. Im Vergleich zu Berlin insgesamt starben statistisch weniger Lichtenberger Frauen an Krebs (vgl. Tabelle 3). Bei der männlichen Bevölkerung verhielt es sich genau umgekehrt, das heißt Krebserkrankungen waren häufiger todesursächlich. Die häufigsten Krebsarten wiesen kaum Unterschiede zwischen Berlin und dem Bezirk Lichtenberg auf.

Lungenkrebs war bei beiden Geschlechtern die häufigste Krebsart, die zum Tode führte. Darüber hinaus war Brustkrebs bei den Krebstodesfällen bei Frauen bzw. Prostatakrebs bei Männern verbreitet. Weitere häufige Krebstodesfälle waren sowohl bei der männlichen als auch der weiblichen Lichtenberger Bevölkerung Darmkrebs, Bauchspeicheldrüsenkrebs sowie Leukämie.

Tabelle 3: Krebstodesfälle in Lichtenberg und Berlin (je 100.000 Einwohner altersstandardisiert) und häufigste Krebstodesfälle nach Fallzahlen 2011-13 (drei Jahre zusammengefasst)³⁴

		Lichtenberg	Berlin	Rang
Krebstodesfälle je 100.000 Einwohner (altersstandardisiert)	weiblich	126,1	138,2	11
	männlich	217,9	211,4	4
Häufigste Krebstodesfälle je 100.000 Einwohner (altersstandardisiert)	weiblich	1 Lunge	1 Lunge	
		2 Brustdrüse	2 Brustdrüse	
		3 Darm	3 Darm	
		4 Bauchspeicheldrüse	4 Bauchspeicheldrüse	
		5 Leukämie/Lymphome	5 Leukämie/Lymphome	
	männlich	1 Lunge	1 Lunge	
		2 Prostata	2 Darm	
		3 Darm	3 Prostata	
		4 Bauchspeicheldrüse	4 Bauchspeicheldrüse	
		5 Leukämie/Lymphome	5 Leukämie/Lymphome	

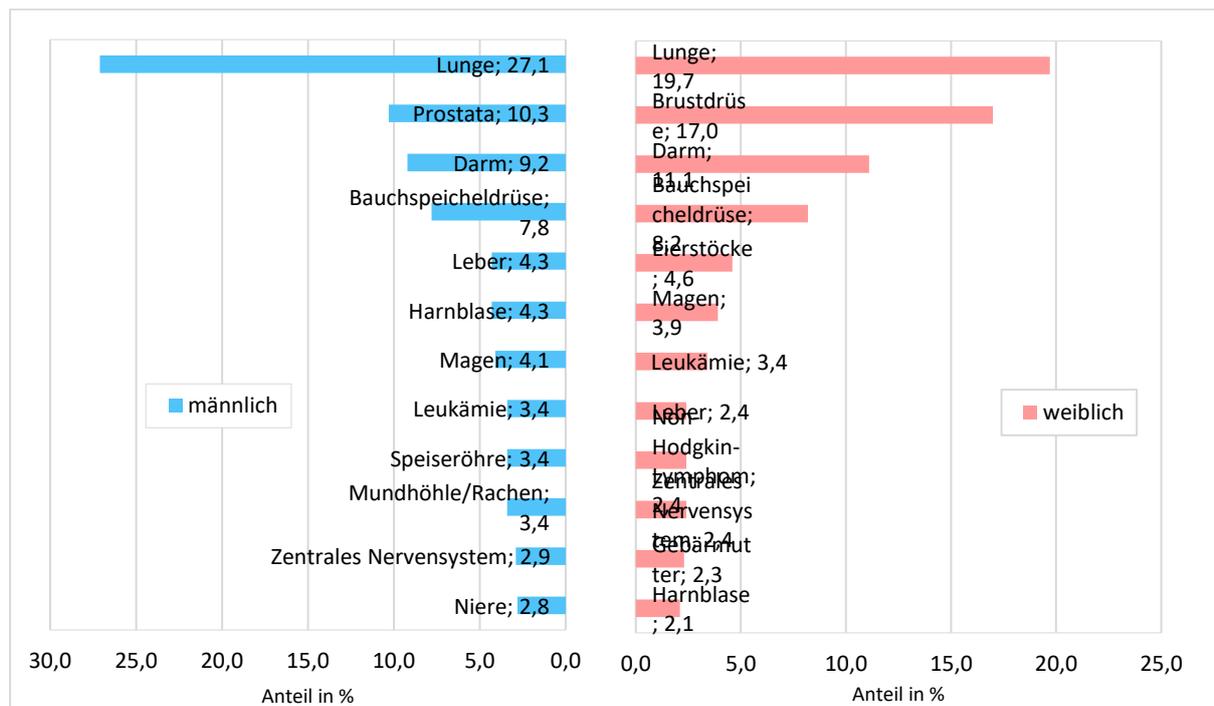
Aufgrund der geringen Abweichungen zwischen Berlin und Lichtenberg in Bezug auf die häufigsten Krebsarten, ist vorstellbar, dass diese sich seit 2013 vergleichbar weiterentwickelten. So könnten die in Abbildung 20 dargestellten Krebsarten in Berlin 2015 mutmaßlich auch die häufigsten Krebsarten in Lichtenberg abbilden. Es fällt beim Vergleich der Daten auf, dass Blutkrebs nicht mehr zu den fünf häufigsten Todesursachen zählt, sondern bei Männern auf Rang 8 bzw. bei Frauen auf Rang 7 lag.

³³ Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg – SB A IV 10 - j / 17

³⁴ Datenquelle: GKR – Bezirksdatenblätter Land Berlin 2013 (Registrierungsstand: 30.11.2017)

Im Vergleich zu Deutschland insgesamt, wo von den Männern 24,5 % bzw. den Frauen 14,9 %³⁵ aufgrund von Lungenkrebs verstarben, war diese Todesursache bei Berliner*innen häufiger. Dahingegen starben Berliner Männer etwas seltener an Prostatakrebs und Frauen etwas seltener an Brustkrebs als im Bundesdurchschnitt. Das ist ggf. darauf zurückzuführen, dass in Berlin die Versorgungssituation deutlich besser ist als bspw. in ländlicheren Regionen, sodass möglicherweise von mehr Personen Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch genommen wurden als in Deutschland insgesamt.

Abbildung 20: Häufigste Krebstodesfälle (Fallzahlen sind vorläufig) bei Männern und Frauen in Berlin 2015 (Anteil an allen Krebstodesfällen in Prozent)³⁶



4.4.2 Suizid

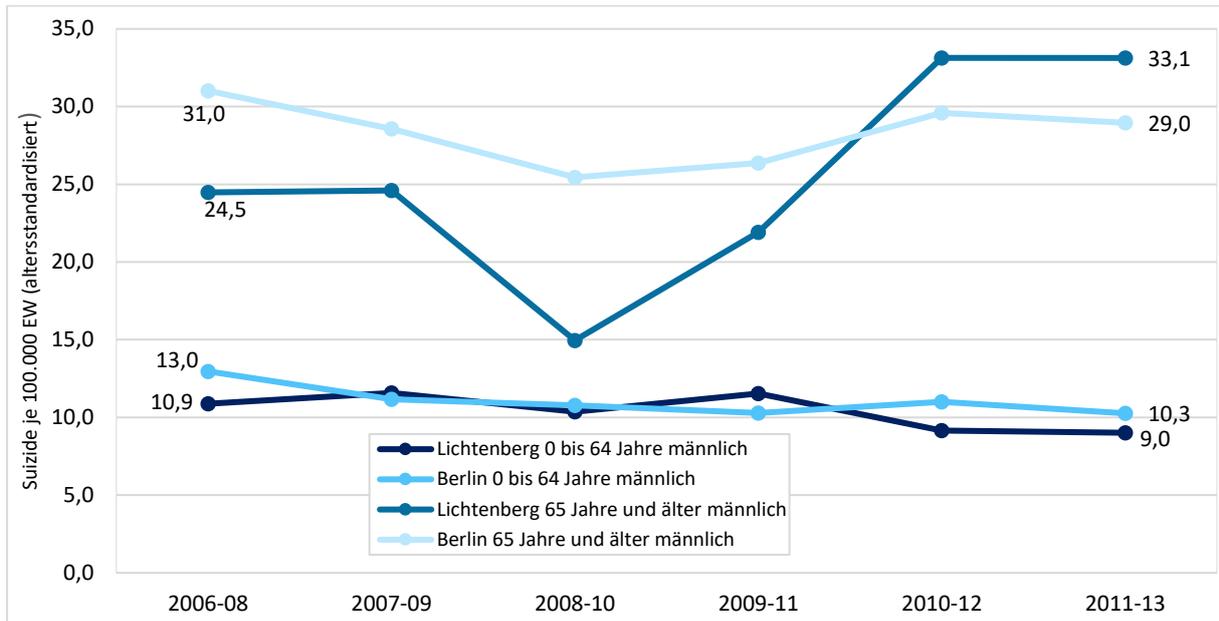
Depressionen gelten als häufige Ursache für Suizide³⁷. Altersstandardisierte Daten zu Suiziden in Berlin sowie Lichtenberg liegen nur bis zum Jahr 2011-13 vor. Mithilfe der Abbildungen 21 und 22 werden diese Raten dargestellt. Dabei wird ersichtlich, dass Männer deutlich häufiger Suizid begingen als Frauen. Das traf insbesondere auf die männliche Bevölkerung ab 65 Jahren zu. In dieser Gruppe traf das in Lichtenberg auf 33,1 Männer je 100.000 Einwohner 2011-2013 zu. Dieser Anteil unterschied sich in Berlin insgesamt nur geringfügig. Trotz der älteren Daten ist davon auszugehen, dass weiterhin die Gruppe der Männer ab 65 Jahren in Lichtenberg sowie Berlin besonders häufig Suizid begingen.

³⁵ Datenquelle: RKI (2016), S. 21.

³⁶ Datenquelle: GKR – Aktuelles Krebsgeschehen in Berlin (Registrierungsstand: 30.11.2017)

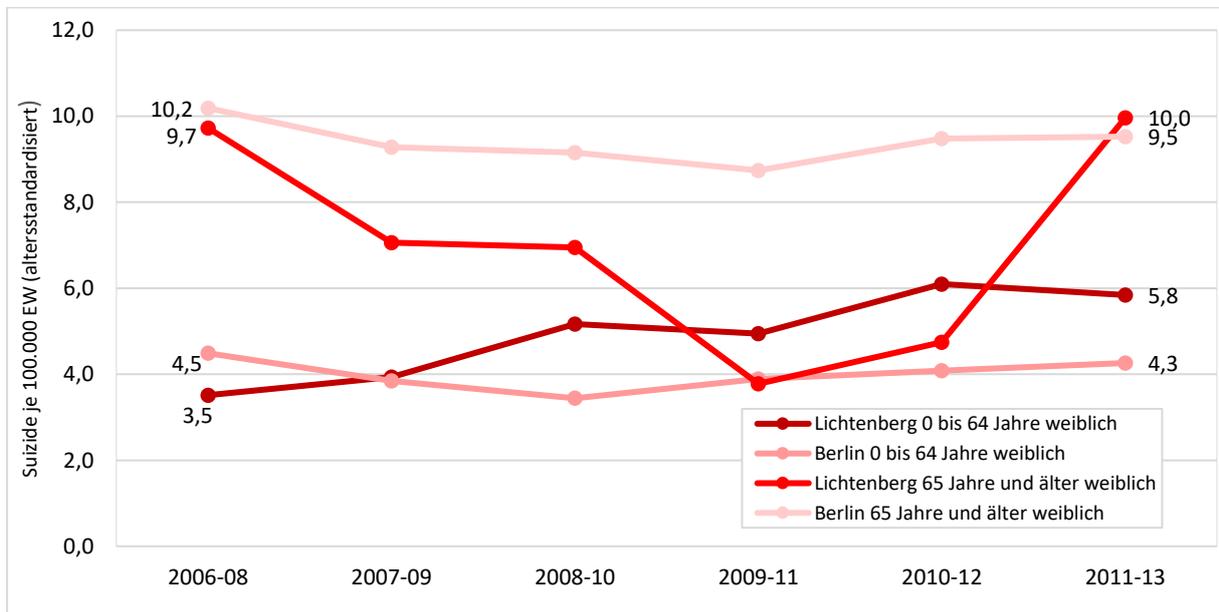
³⁷ Vgl. Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen (2003), S. 276.

Abbildung 21: Suizide bei Männern bis zum Alter von 64 Jahren bzw. ab 65 Jahren in Lichtenberg und Berlin im Zeitverlauf zwischen 2006-2013 (jeweils drei Jahre zusammengefasst; je 100.000 Einwohner altersstandardisiert) ³⁸



Bei der weiblichen Bevölkerung lagen die Suizidraten bei der Altersgruppe ab 65 Jahren sowohl in Berlin als auch in Lichtenberg etwa doppelt so hoch wie in der Gruppe der Frauen bis 64 Jahren. Insgesamt lagen die Suizidraten jedoch deutlich unterhalb der Werte bei der männlichen Bevölkerung.

Abbildung 22 Suizide bei Frauen bis zum Alter von 64 Jahren bzw. ab 65 Jahren in Lichtenberg und Berlin im Zeitverlauf zwischen 2006-2013 (jeweils drei Jahre zusammengefasst; je 100.000 Einwohner altersstandardisiert) ³⁹



³⁸ Datenquelle: StBA / AFS Berlin-Brandenburg / Berechnung: SenGesSoz - I A -

³⁹ Datenquelle: StBA / AFS Berlin-Brandenburg / Berechnung: SenGesSoz - I A -

4.5 Vermeidbare Todesfälle

Von den im vergangenen Kapitel beschriebenen Todesfällen gelten einige als vermeidbar, da diese durch eine gesundheitsförderliche Lebensweise, die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, effektive Prävention bzw. therapeutische Maßnahmen hätten vermieden werden können⁴⁰. Dieser Indikator lässt also Rückschlüsse auf die gesundheitliche Versorgung sowie die Wirksamkeit präventiver Angebote und Maßnahmen zu.

In der nachfolgenden Tabelle 4 ist für einige Todesursachen der Anteil an vermeidbaren Fällen dargestellt. Hierbei zeigt sich, dass im Bezirk Lichtenberg bei einigen der ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)-Diagnosen eine erhebliche Zahl an Sterbefällen vermeidbar gewesen wäre. Das traf bei der männlichen Bevölkerung vor allem auf ischämische Herzkrankheiten⁴¹ (57,5 Sterbefälle je 100.000 Einwohner) sowie Lungenkrebs (34,6 Sterbefälle je 100.000 Einwohner) zu. Bei Hypertonie⁴² und zerebrovaskulären Erkrankungen⁴³ hatte Lichtenberg im bezirklichen Vergleich mit 30,0 je 100.000 Einwohner die höchste Rate an vermeidbaren Todesfällen bei Männern zu verzeichnen. Darüber hinaus galt das für 30,4 Sterbefälle je 100.000 Einwohner aufgrund einer alkoholinduzierten Leberkrankheit (Rang 2). Dieser Wert lag doppelt so hoch wie in Berlin insgesamt. Auch Sterbefälle aufgrund von Lungenkrebs hätten bei Lichtenberger Männern in überdurchschnittlich vielen Fällen vermieden werden können (Rang 3).

In der weiblichen Lichtenberger Bevölkerung wurden überdurchschnittlich häufig aufgrund einer alkoholbedingten Lebererkrankung (Rang 2) bzw. einer ischämischen Herzkrankheit (Rang 2) vermeidbare Sterbefälle erfasst.

Auf Grundlage dieser Daten kann für den Bezirk Lichtenberg ein erhöhter Bedarf an entsprechenden präventiven Angeboten, insbesondere für alkoholische Leberkrankheiten sowie für Herz-Kreislauf-Erkrankungen abgeleitet werden. Des Weiteren sind die Förderung einer gesunden Lebensweise sowie eine erhöhte Inanspruchnahme medizinischer Angebote sowie therapeutischer Maßnahmen für die eben genannten Erkrankungen bzw. Erkrankungsgruppen angezeigt.

Tabelle 4: Ausgewählte vermeidbare Todesfälle nach ICD-Diagnoseschlüssel in Lichtenberg und Berlin 2011-13 (jeweils drei Jahre zusammengefasst; je 100.000 Einwohner altersstandardisiert)⁴⁴

		Lichtenberg	Berlin	Rang
Lungenkrebs <i>C33-34; 15 bis 64 Jahre</i>	weiblich	13,4	19,4	11
	männlich	34,6	31,5	3
Ischämische Herzkrankheiten <i>I20-I25; 35 bis 64 Jahre</i>	weiblich	17,5	12,3	2
	männlich	57,5	54,0	6
Hypertonie u. zerebrovaskuläre Krankheiten <i>I10-I15, I60-I69; 35 bis 64 Jahre</i>	weiblich	10,7	11,2	8
	männlich	30,0	21,9	1
Alkoholische Leberkrankheit <i>K70; 15 bis 74 Jahre</i>	weiblich	7,3	5,3	2
	männlich	30,4	14,0	2
Bösartige Neubildungen der Brust <i>C50; 25 bis 64 Jahre</i>	weiblich	18,2	20,1	10

4.6 Zwischenfazit

- Wie in Berlin insgesamt war auch in Lichtenberg im Zeitverlauf eine steigende Zahl an Geburten zu verzeichnen. So wurden im Jahr 2017 74 % mehr Kinder im Bezirk geboren als noch im Jahr

⁴⁰ Vgl. Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen (2003), S. 108.

⁴¹ Erkrankungen der Herzkranzgefäße

⁴² Bluthochdruck

⁴³ Erkrankungen, die die Blutgefäße des Gehirns betreffen

⁴⁴ Datenquelle: StBA / AFS Berlin-Brandenburg / Berechnung: SenGesSoz - I A -

2005. Das spiegelte sich auch in der überdurchschnittlichen Geburts- und Fruchtbarkeitsziffer wider, wo Lichtenberg im bezirklichen Vergleich jeweils Rang 3 erzielte.
- Zwischen 2005-07 und 2015-17 ist bei Lichtenberger Frauen und Männern eine steigende (mittlere) Lebenserwartung zu beobachten. Die Lebenserwartung von neugeborenen Mädchen lag 2015-17 bei 83,6 Jahren und bei Jungen bei 77,3 Jahren. Im bezirklichen Vergleich belegten Lichtenbergerinnen damit Rang 5 und männliche Lichtenberger Rang 9.
 - In Lichtenberg ließ sich in den Jahren 2017 eine erhöhte Sterblichkeit bei der männlichen Bevölkerung im Vergleich zu Berlin insgesamt verzeichnen. Das traf insbesondere auf die vorzeitige Sterblichkeit (unter 65 Jahren) zu. Lichtenberger Frauen wiesen hingegen eine unterdurchschnittliche Mortalität auf.
 - Lungenkrebs war in Lichtenberg 2011-13 die häufigste letale Krebserkrankung bei Männern und Frauen, gefolgt von Brustkrebs (Frauen) bzw. Prostatakrebs (Männer).
 - Die Säuglingssterblichkeit in Lichtenberg war im Zeitverlauf schwankend jedoch insgesamt rückläufig (2014-16: 3,2 Sterbefälle je 100.000 Lebendgeborene). Die Perinatalsterblichkeit lag 2011-13 bei 5,6 Sterbefällen je 100.000 Geborene und entsprach somit etwa demselben Wert wie 1994-96.
 - Männer begingen häufiger Suizid als Frauen. Das traf insbesondere auf die männliche Bevölkerung ab 65 Jahren sowohl in Berlin insgesamt als auch in Lichtenberg zu. So nahmen sich in Lichtenberg in den Jahren 2011-13 33,1 Männer je 100.000 Einwohner im Alter von 65 Jahren oder älter das Leben.
 - Vermeidbare Todesfälle konnten in Lichtenberg insbesondere bei der männlichen Bevölkerung festgestellt werden. Überproportional häufig traf das auf die Diagnosen Hypertonie und zerebrovaskuläre Krankheiten sowie alkoholische Leberkrankheiten zu. Aber auch ein Tod aufgrund von Lungenkrebs galt bei Lichtenberger Männern häufiger als vermeidbar als in Berlin insgesamt. Bei Lichtenberger Frauen galten Sterbefälle aufgrund ischämischer Herzkrankheiten bzw. alkoholischer Lebererkrankungen überdurchschnittlich oft als vermeidbar.
 - Somit kann für Lichtenberg ein Bedarf an entsprechenden präventiven Angeboten für die Bereiche Herz-Kreislauf-Erkrankungen, sowie Alkohol- und Tabakkonsum abgeleitet werden. Das gilt in besonderem Maße für die männliche Bevölkerung.

5 Morbidität

Da keine umfassenden Daten zum Gesundheitszustand der Bevölkerung insbesondere im Erwachsenenalter vorliegen, können nur einzelne Aspekte zur Annäherung an Aussagen zur gesundheitlichen Lage der Bevölkerung herangezogen werden. Hierzu gehören neben Statistiken zu Krebsneuerkrankungen, vollstationären Behandlungsfällen und der Statistik zu Menschen mit (Schwer) Behinderung auch Daten zur Pflegebedürftigkeit.

5.1 Krankenhausstatistik

Die Krankenhausstatistik⁴⁵ gibt Auskunft über die Anzahl an vollstationären Behandlungsfällen sowie über die häufigsten Diagnosen bzw. Diagnosegruppen der entlassenen Fälle. Das bedeutet, dass der Indikator Aussagen über die stationäre Morbidität und deren Entwicklung im Zeitverlauf ermöglicht⁴⁶. In der nachfolgenden Abbildung 23 ist die Entwicklung der Anzahl der Krankenhaufälle im Zeitverlauf für Lichtenberg dargestellt. Es zeigt sich, dass bei der Altersgruppe ab 65 Jahren stationäre Krankenhausaufenthalte weitaus häufiger waren als bei der Bevölkerung unter 65 Jahren. Das hängt damit

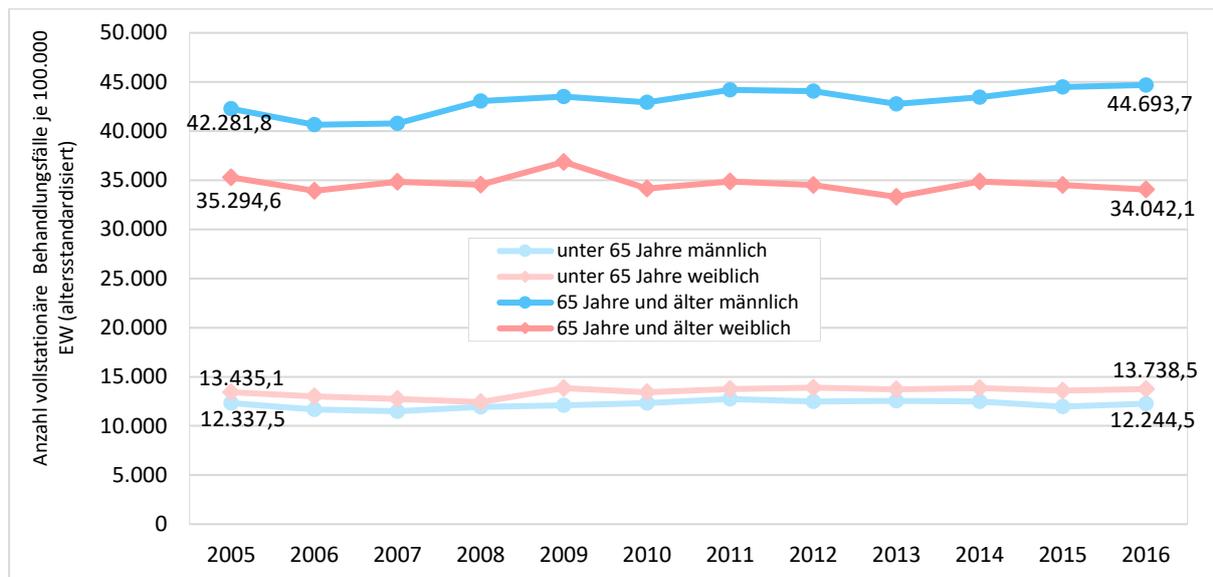
⁴⁵ Bei der Krankenhausstatistik ist zu beachten, dass bei Personen, die mehrfach aufgrund derselben Erkrankung in stationärer Behandlung waren Mehrfachzählungen möglich sind.

⁴⁶ Vgl. Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen (2003), S. 108.

zusammen, dass die Morbidität mit zunehmendem Alter steigt. Insbesondere Männer ab 65 Jahren wiesen die höchste Zahl an vollstationären Behandlungen auf. Für diese Gruppe ist im Zeitverlauf seit 2005 eine leicht steigende Tendenz (+5,7 %) zu verzeichnen. Lichtenberger Frauen ab 65 Jahren mussten hingegen weniger oft vollstationär behandelt werden. Das kann auf eine höhere Krankheitslast bei der männlichen Bevölkerung im höheren Alter hindeuten.

In der Altersgruppe der unter 65-jährigen Lichtenberger*innen sind die geschlechtsspezifischen Unterschiede weitaus geringer. In dieser Altersgruppe nahm die weibliche Bevölkerung etwas häufiger vollstationäre Behandlungen in Anspruch, was z.T. auf Entbindungen zurückzuführen sein kann⁴⁷.

Abbildung 23: Entwicklung der Anzahl der aus dem Krankenhaus entlassenen vollstationären Behandlungsfälle nach Geschlecht im Alter bis 64 Jahre und ab 65 Jahren in Lichtenberg von 2005 bis 2016 (je 100.000 Einwohner altersstandardisiert)⁴⁸

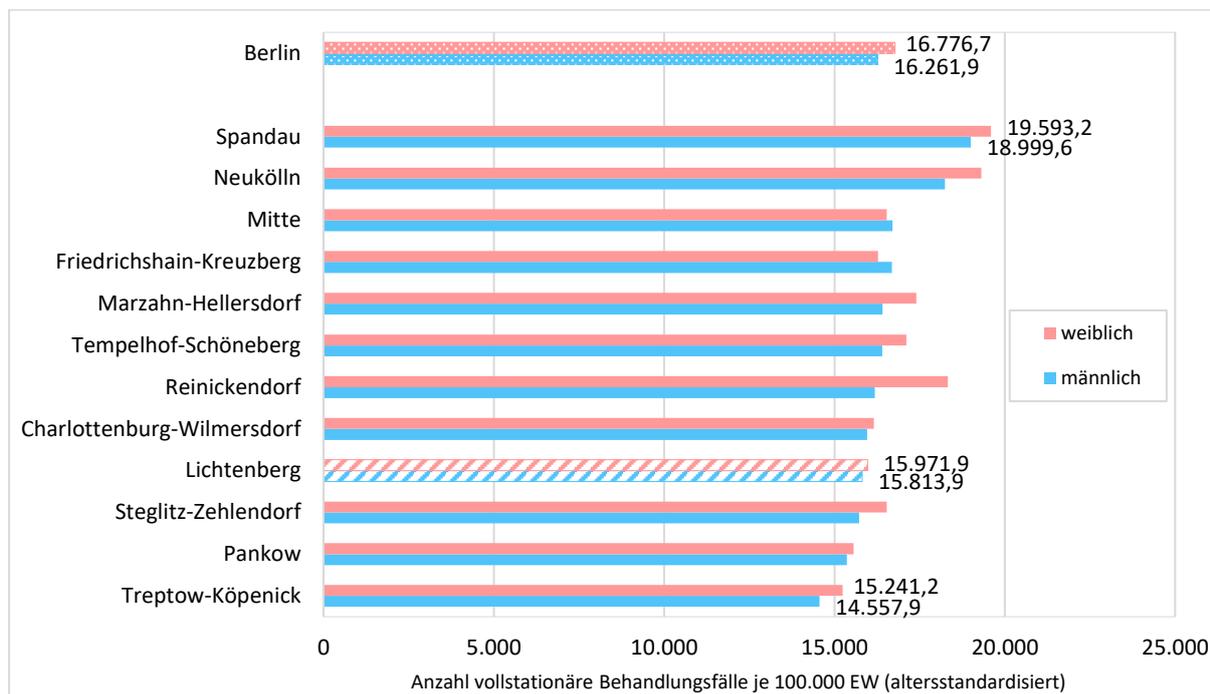


Ein Vergleich der Gesamtzahl an Krankenhausfällen in den Berliner Bezirken zeigt, dass es deutliche Unterschiede bei der Inanspruchnahme stationärer medizinischer Leistungen gab. In der Mehrzahl der Bezirke wurden mehr Frauen als Männer im Krankenhaus behandelt. In Spandau wurde im Jahr 2016 die bei Weitem höchste Anzahl an Personen vollstationär behandelt. Das galt gleichermaßen für Frauen und Männer. Neben Spandau lag auch im Bezirk Neukölln die Anzahl an Krankenhausfällen weit über dem gesamtstädtischen Durchschnitt. In Lichtenberg lag diese Zahl unterhalb der Berliner Werte. Im bezirklichen Vergleich belegte die weibliche Bevölkerung aus Lichtenberg somit Platz 10 und Lichtenberger Männer Rang 9 (vgl. Abbildung 24). Somit war die Inanspruchnahme von stationärer medizinischer Versorgung in Lichtenberg unterdurchschnittlich. In Kapitel 8.2 wird die hier dargestellte Inanspruchnahme im Verhältnis mit den vorhandenen stationären Versorgungskapazitäten betrachtet.

⁴⁷ Vgl. Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen (2003), S. 108.

⁴⁸ Datenquelle: AFS Berlin-Brandenburg, KHStatV-Teil II: Diagnosen / Berechnung: SenGPG - I A -

Abbildung 24: Anzahl der aus dem Krankenhaus entlassenen vollstationären Behandlungsfälle nach Geschlecht in den Bezirken im Jahr 2016 (je 100.000 Einwohner altersstandardisiert)⁴⁹

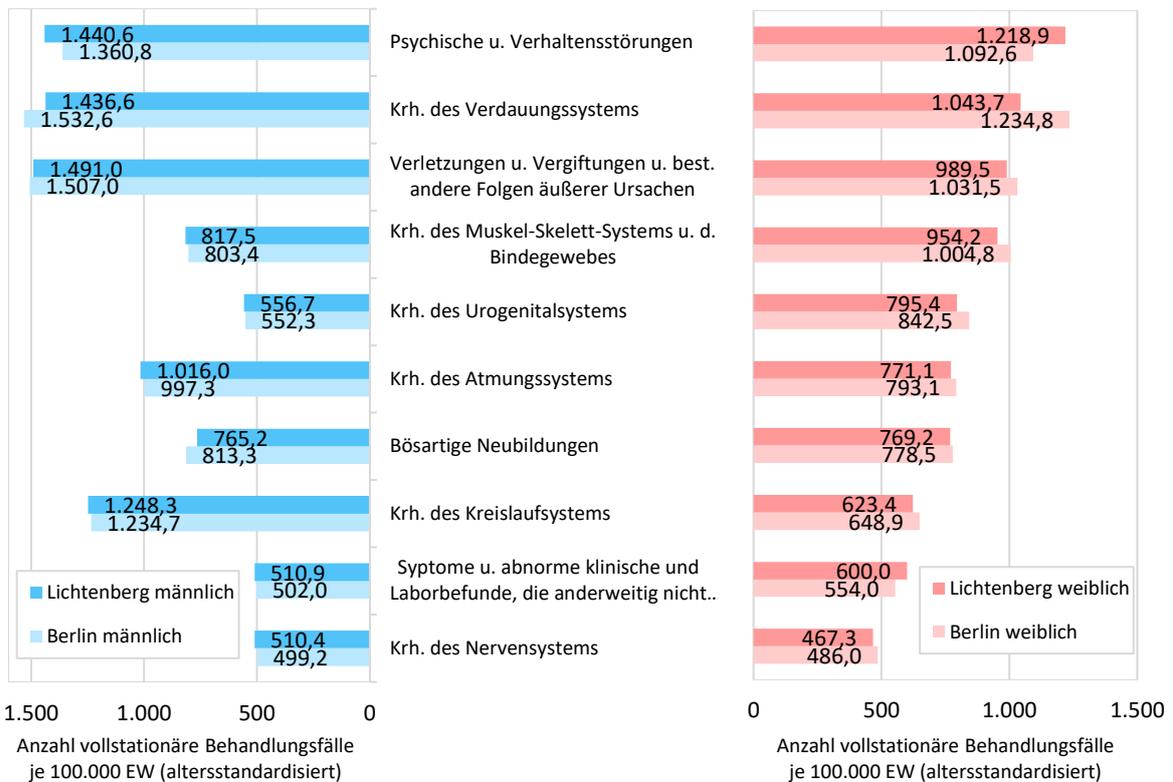


In den nachfolgenden Abbildungen werden die häufigsten Krankheitsgruppen der Krankenhausstatistik im Bezirk Lichtenberg im Vergleich zu Berlin insgesamt betrachtet. In Lichtenberg war bei der Altersgruppe der Frauen bis 64 Jahren eine psychische bzw. Verhaltensstörung die verbreitetste Ursache für einen stationären Krankenhausaufenthalt. Auch bei der männlichen Bevölkerung sind psychische und Verhaltensstörungen eine vergleichsweise häufige Diagnose. Die Anzahl an vollstationären Behandlungen aufgrund psychischer und Verhaltensstörungen war 2016 in Lichtenberg im Vergleich zu Berlin insgesamt sowohl bei Frauen (+11,5 %) als auch bei Männern (+5,9 %) erhöht. Wesentlich seltener wurden Lichtenbergerinnen aufgrund von Krankheiten des Verdauungssystems behandelt als Berlinerinnen (-15,5 %). Ansonsten wichen die Berliner Krankenhausdiagnosen und die Diagnosen in Lichtenberg nur geringfügig voneinander ab.

Bei der männlichen Bevölkerung unter 65 Jahren ist eine Verletzung oder Vergiftung die häufigste Ursache für einen Krankenhausaufenthalt. Diese wurde jedoch in Lichtenberg seltener gestellt als im gesamtstädtischen Vergleich. Auch Erkrankungen des Verdauungssystems wurden bei männlichen Lichtenbergern weniger häufig vollstationär behandelt (-6,3 %).

⁴⁹ Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg, KHStatV-Teil II: Diagnosen / Berechnung: SenGPG - I A -

Abbildung 25: Ausgewählte Diagnosegruppen bei Frauen und Männern im Alter bis 64 Jahre in Lichtenberg und Berlin bei den aus dem Krankenhaus entlassenen vollstationären Behandlungsfällen im Jahr 2016 (einschl. Sterbefälle und Stundenfälle; je 100.000 Einwohner altersstandardisiert)⁵⁰



Bei der Bevölkerung im Alter von 65 Jahren und älter zeigt sich bei der Mehrzahl der Diagnosegruppen eine deutlich erhöhte Häufigkeit von vollstationären Krankenhausbehandlungen bei der männlichen Bevölkerung gegenüber der weiblichen Bevölkerung (vgl. Abbildung 26). Psychischen Erkrankungen bzw. Verhaltensstörungen nahmen im Alter von 65 Jahren oder älter im Gegensatz zur jüngeren Bevölkerung eine weniger bedeutende Rolle ein. Das liegt v.a. daran, dass im fortgeschrittenen Lebensalter typischerweise chronische körperliche Erkrankungen vorherrschend sind. Dabei waren Lichtenberger*innen gegenüber Berliner*innen bei fast allen Diagnosegruppen seltener in vollstationärer Behandlung.

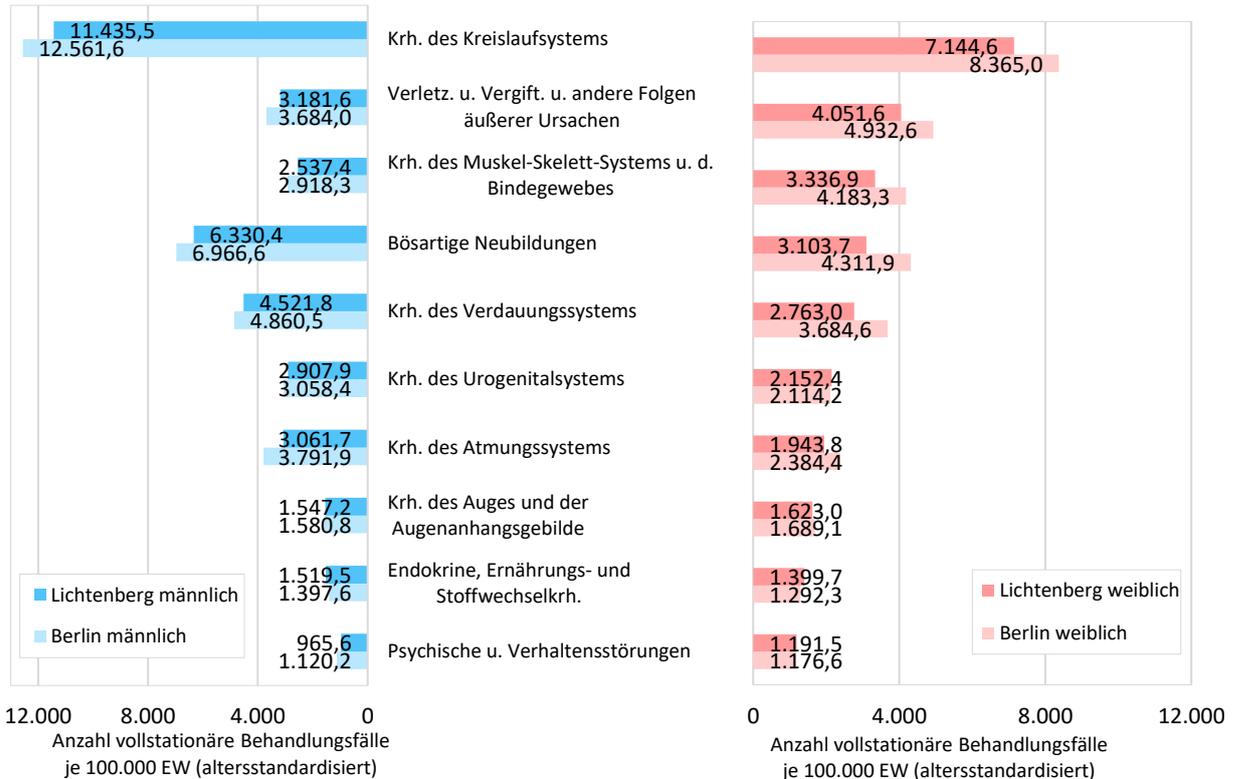
Sowohl Lichtenberger Männer als auch Frauen ab 65 Jahren waren vornehmlich aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems in Krankenhausbehandlung. Darüber hinaus waren Neubildungen sowie Muskel-Skelett-Erkrankungen häufige Gründe für einen vollstationären Aufenthalt. Diese drei Krankheitsgruppen gehören generell zu den häufigsten Erkrankungen im Alter⁵¹. Im Vergleich zur Altersgruppe der unter 65-Jährigen Lichtenberger*innen verdoppelte sich die Anzahl an Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte Folgen äußerer Ursachen, wozu bspw. Frakturen und Prellungen oder auch offene Schürf- oder Schnittwunden zählen⁵². Dies steht wahrscheinlich auch im Zusammenhang mit einem erhöhten Sturzrisiko im fortgeschrittenen Lebensalter.

⁵⁰ Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg, KHStatV-Teil II: Diagnosen / Berechnung: SenGPG - I A -

⁵¹ Vgl. RKI (2015), S. 411.

⁵² Vgl. DIMDI (2019)

Abbildung 26: Ausgewählte Diagnosegruppen bei Männern und Frauen im Alter von 65 Jahren und älter in Lichtenberg und Berlin bei den aus dem Krankenhaus entlassenen vollstationären Behandlungsfällen im Jahr 2016 (einschl. Sterbe- und Stundenfälle; je 100.000 Einwohner altersstandardisiert)⁵³⁾⁵⁴



5.2 Psychische und Suchterkrankungen

Psychische Gesundheit nimmt eine ebenso bedeutende Rolle ein wie die physische Verfassung eines Menschen. In der heutigen Gesellschaft herrscht ein stärkeres Bewusstsein für psychische Erkrankungen. Auch eine gesellschaftliche Stigmatisierung von Betroffenen hat im Zeitverlauf abgenommen. Eine Zunahme von psychischen Erkrankungen bei Erwachsenen konnte jedoch im Rahmen der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS-Studie) nicht ermittelt werden⁵⁵.

Die Gesamtzahl an Personen mit psychischen Erkrankungen ist für den Bezirk Lichtenberg nicht exakt zu ermitteln. Die Ursache hierfür ist, dass bspw. keine entsprechenden Daten für den gesamten ambulanten Bereich (z.B. Inanspruchnahmequoten für Psychotherapeut*innen/Psychiater*innen) verfügbar sind. Lediglich die Krankenhausstatistik⁵⁶ kann zur Einschätzung der psychischen Gesundheit herangezogen werden und ermöglicht Hinweise auf diese Personengruppe. Da die im letzten Kapitel genannte Erkrankungsgruppe „Psychische und Verhaltensstörungen“ in sich sehr heterogen ist, werden diese nachfolgend näher betrachtet.

5.2.1 Psychische Erkrankungen

Der Vergleich der Anzahl von vollstationären Behandlungsfällen im Bereich der psychischen und Verhaltensstörungen zwischen den Bezirken weist deutlich Unterschiede auf: So erzielte Lichtenberg mit 1.552,5 (Männer) bzw. 1.254,1 (Frauen) Behandlungsfällen je 100.000 Einwohner den zweiten Rang hinter Spandau. Die geringste Anzahl an Krankenhausbehandlungen gab es bei beiden Geschlechtern

⁵³ Vgl. Fußnote 15 zur Altersstandardisierung

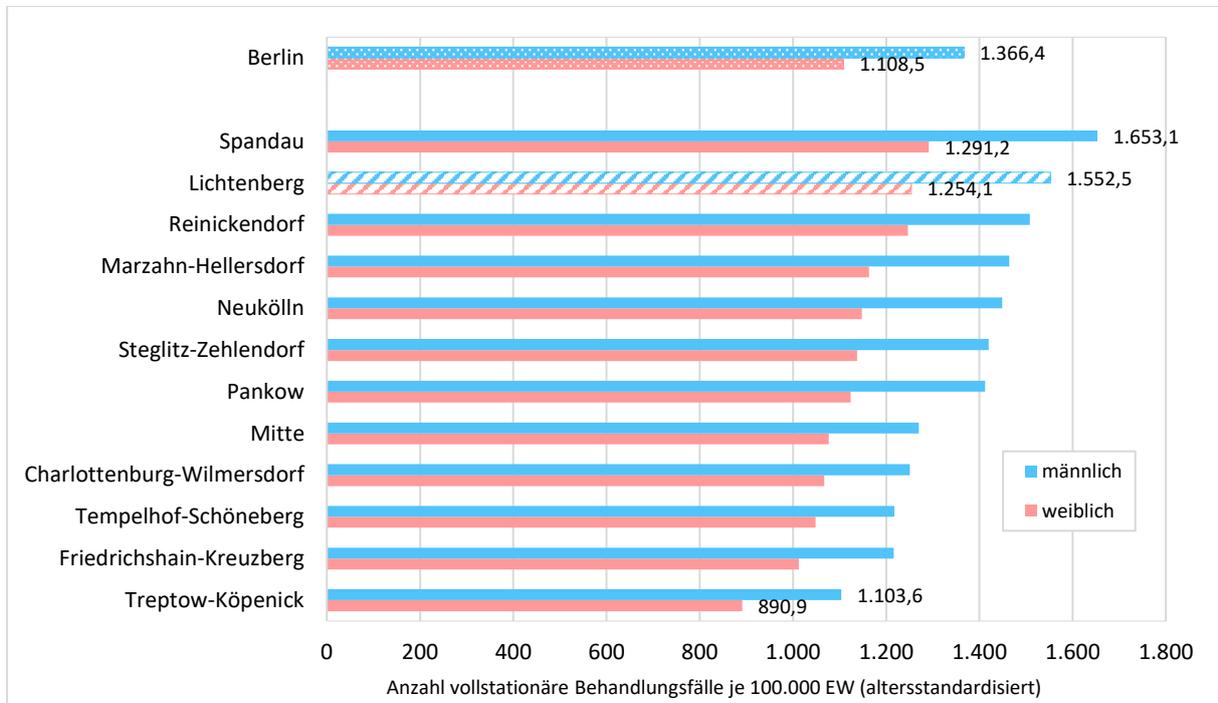
⁵⁴ Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg, KHStatV-Teil II: Diagnosen / Berechnung: SenGPG - I A -

⁵⁵ Vgl. Jacobi et al. (2014), S. 81.

⁵⁶ Bei der Krankenhausstatistik ist zu beachten, dass bei Personen, die mehrfach aufgrund derselben Erkrankung in stationärer Behandlung waren Mehrfachzählungen möglich sind.

in Treptow-Köpenick (Männer: 1.103,6 bzw. Frauen: 890,9 Behandlungsfälle je 100.000 Einwohner). Bezirksübergreifend wurden Männer deutlich öfter aufgrund von psychischen bzw. Verhaltensstörungen vollstationär behandelt als Frauen.

Abbildung 27: Anzahl der aus dem Krankenhaus entlassenen vollstationären Behandlungsfälle aufgrund von psychischen oder Verhaltensstörungen nach Geschlecht in den Bezirken im Jahr 2015 (einschl. Sterbefälle; je 100.000 Einwohner altersstandardisiert)⁵⁷

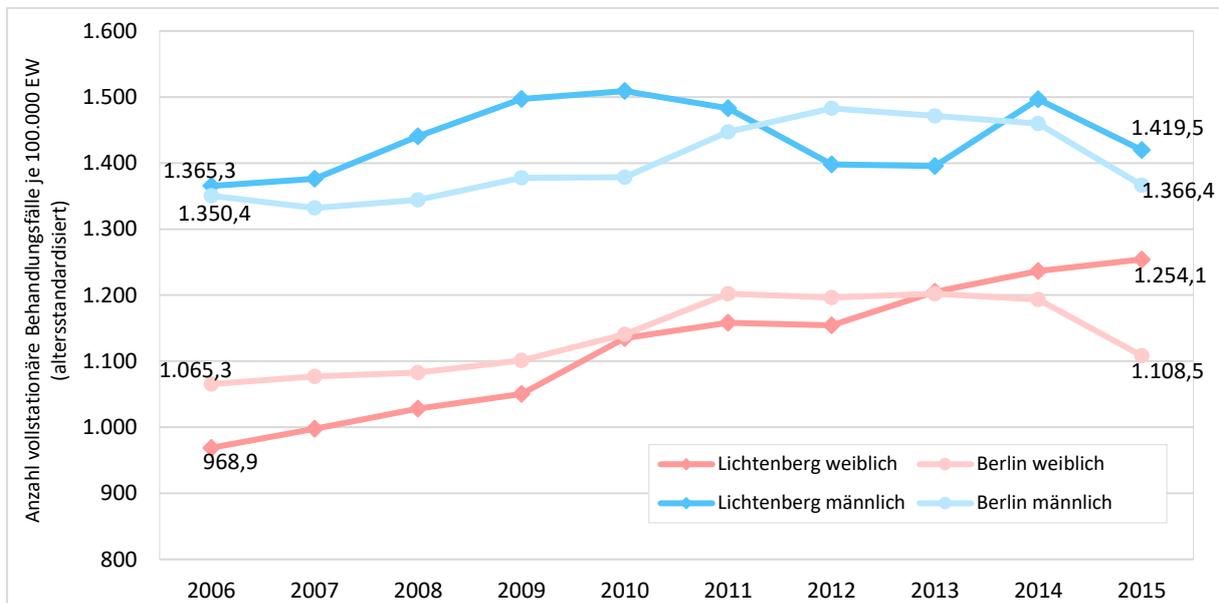


Die Anzahl von Behandlungsfällen im Zeitverlauf bildet einen häufigeren Krankenhausaufenthalt der männlichen Bevölkerung sowohl in Lichtenberg als auch in Berlin ab. Darüber hinaus nahm die Anzahl der vollstationären Behandlungen wegen psychischen bzw. Verhaltensstörungen im Zeitverlauf zu (vgl. Abbildung 28). Davon betroffen waren vor allem Lichtenberger Frauen, bei denen in der Altersgruppe bis 64 Jahre ein Zuwachs um ca. 32 % zu verzeichnen war. In der Altersgruppe ab 65 Jahren stieg der Anteil um ca. 12 % an. Im Unterschied dazu gab es bei Lichtenberger Männern seit 2005 kaum eine Zunahme an Behandlungsfällen aufgrund von psychischen oder Verhaltensstörungen. In Berlin insgesamt nahm hingegen der Anteil an stationären Behandlungsfällen aufgrund von psychischen Erkrankungen im Betrachtungszeitraum kaum zu.

Eine Zunahme an Behandlungsfällen ist ggf. auf eine höhere Komplexität der vorhandenen psychischen Behandlungsfälle zurückzuführen, sodass häufigere Krankenhausbehandlungen erforderlich waren. Des Weiteren kann auch ein allgemeiner Anstieg der Häufigkeit von psychischen Erkrankungen bei Lichtenberger Frauen ursächlich sein.

⁵⁷ Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg, KHStatV-Teil II: Diagnosen / Berechnung: SenGPG - I A -

Abbildung 28: Anzahl der aus dem Krankenhaus entlassenen vollstationären Behandlungsfälle aufgrund von psychischen oder Verhaltensstörungen bei Frauen und Männern in Lichtenberg und Berlin zwischen 2006 und 2015 (einschl. Sterbefälle; je 100.000 Einwohner altersstandardisiert)⁵⁸



Die häufigsten Diagnosegruppen bei stationären Krankenhausbehandlungen aufgrund von psychischen oder Verhaltensstörungen variierten je nach Altersgruppe sowie dem Geschlecht (vgl. Abbildung 29). Bei der weiblichen Bevölkerung bis 64 Jahre lagen 356,9 Behandlungsfälle je 100.000 Einwohner aufgrund von affektiven Störungen (F30-F39) vor. Das entsprach 28 % aller stationären Fälle. Hauptsymptome bei affektiven Störungen sind Veränderungen in der Stimmung (zur Depression oder gehobenen Stimmung), die oft mit einer Veränderung im Aktivitätsniveau einhergehen⁵⁹. Weitere 22,5 % der Krankenhausbehandlungen (282,8 Behandlungsfälle je 100.000 Einwohner) hatten als Ursache neurotische Belastungs- und somatoformer Störungen (F40-F48), wozu u.a. Phobien, Angststörungen aber auch Zwangsstörungen zählen. Darüber hinaus war bei weiteren 275,9 vollstationären Aufenthalten je 100.000 Einwohner (21,9 %) der Konsum von psychotropen Substanzen (F10-F19) ursächlich.

Bei der männlichen Bevölkerung bis zum Alter von 64 Jahren machte der Anteil an Behandlungsfällen aufgrund von psychotropen Substanzen (F10-F19) mit 729,8 Behandlungsfällen je 100.000 Einwohnern 50 % der Behandlungsfälle dieser Altersgruppe aus. Alle anderen Diagnosen wurden deutlich seltener gestellt. Diese Diagnosegruppe F10-F19 wird im nachfolgenden Kapitel 5.2.1.2 ausführlicher thematisiert.

Ab dem Alter von 65 Jahren unterschieden sich bei beiden Geschlechtern die Ursachen für einen Krankenhausaufenthalt aufgrund einer Diagnose im Bereich der psychischen oder Verhaltensstörungen deutlich von denen der jüngeren Altersgruppe. So waren bei der weiblichen Lichtenberger Bevölkerung bei deutlich mehr als einem Drittel (457,2 Behandlungsfälle je 100.000 Einwohner) organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (F00-F09) ursächlich für eine Krankenhausbehandlung. Zu dieser Gruppe gehören u.a. demenzielle Erkrankungen sowie weitere Erkrankungen, bei denen eine Hirnschädigung oder Verletzung vorliegt⁶⁰. Bei Männern ab 65 Jahren wurde diese Diagnosegruppe bei 492,1 Behandlungsfällen je 100.000 Einwohner (44 %) gestellt. Bei Lichtenbergerinnen waren außerdem affektive Störungen (F30-F39) bzw. F20-F29 (schizophrene Störungen) Anlass für einen

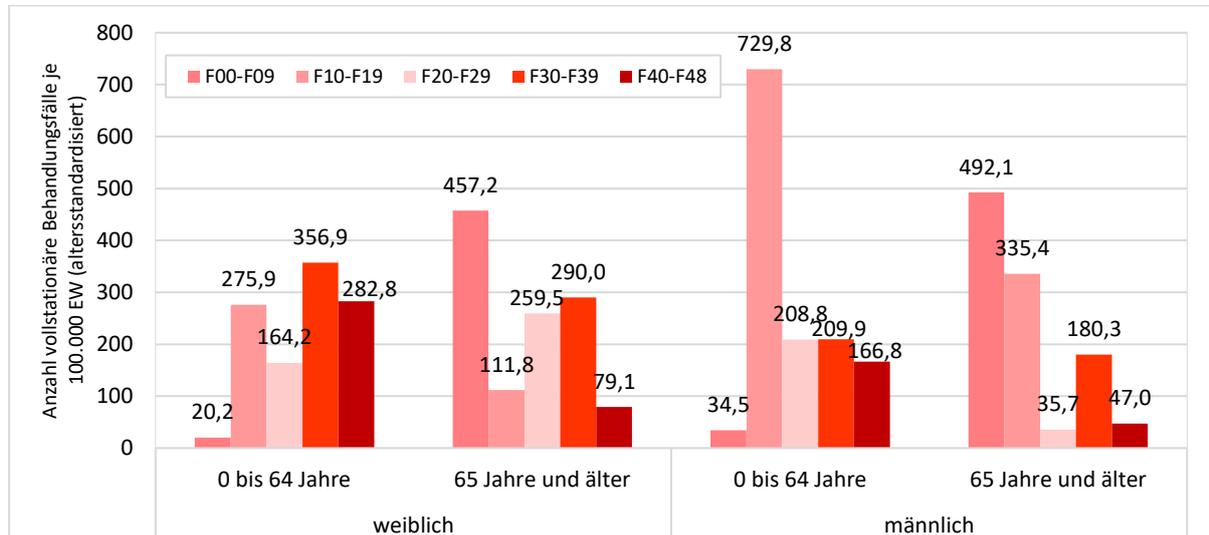
⁵⁸ Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg, KHStatV-Teil II: Diagnosen / Berechnung: SenGPG - I A – (Stand jeweils 31.12.)

⁵⁹ Vgl. DIMDI (2019)

⁶⁰ Vgl. DIMDI (2019)

Krankenhausaufenthalt. Männliche Lichtenberger ab dem Alter von 65 Jahren wurden hingegen häufig wegen psychotropen Substanzen (F10-F19) bzw. affektiven Störungen vollstationär behandelt.

Abbildung 29: Anzahl vollstationärer Behandlungsfälle in den häufigsten Diagnosegruppen bei vollstationären Behandlungsfällen wegen psychischen oder Verhaltensstörungen bei Frauen und Männern in Lichtenberg 2015 (einschl. Sterbefälle; je 100.000 Einwohner altersstandardisiert)⁶¹



5.2.1.1 Psychische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter

Wie auch für die Allgemeinbevölkerung insgesamt liegen auch für die Gruppe der Kinder und Jugendlichen keine Daten zur Prävalenz von psychischen und Verhaltensstörungen vor. Die in diesem Kapitel dargestellten Fallzahlen beziehen sich demnach ausschließlich auf die vollstationären Behandlungsfälle aufgrund psychischer Störungen und Verhaltensstörungen. Im Zeitverlauf von 2011 bis 2015 nahmen im Bezirk Lichtenberg stationäre Behandlungsfälle kontinuierlich zu. Im Jahr 2016 stagnierte die Anzahl an Behandlungsfällen und entsprach exakt dem Vorjahreswert. Dieser Anstieg an Behandlungsfällen im betrachteten Zeitraum war im Vergleich zu Berlin überproportional.

Tabelle 5: Anzahl der vollstationären Behandlungsfälle im Kindes- und Jugendalter wegen psychischen oder Verhaltensstörungen im Alter von 0-19 Jahren in Lichtenberg und Berlin 2011 bis 2016 (einschl. Sterbefälle; absolut)⁶²

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Tendenz
Lichtenberg	224	256	290	312	366	366	+63,4 %
Berlin	3.092	3.349	3.496	3.666	3.682	3.628	+17,3 %

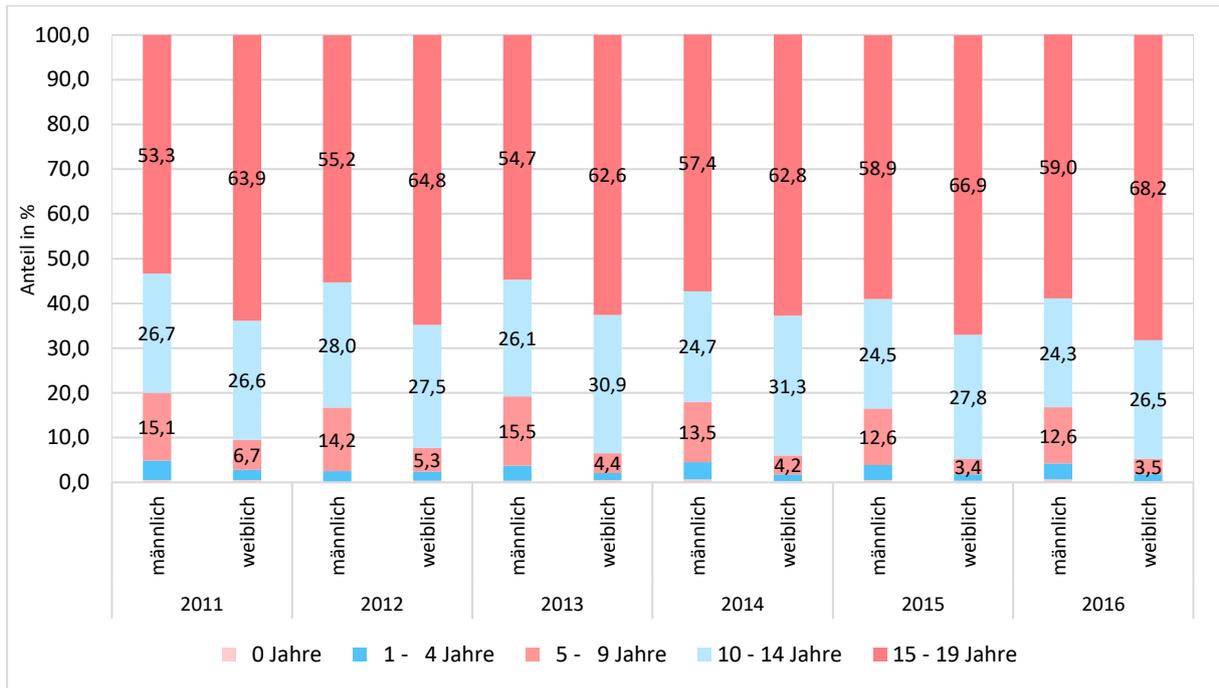
Mithilfe von Abbildung 30 werden die Daten auf Berliner Ebene differenziert nach Geschlecht und Altersgruppen dargestellt. Daraus geht hervor, dass Mädchen häufiger als Jungen von psychischen und Verhaltensstörungen betroffen waren. Des Weiteren stieg die Anzahl an Behandlungsfällen in den höheren Altersgruppen an. Zwischen 2011 und 2016 waren insbesondere weibliche Jugendliche im Alter zwischen 15 und 19 Jahren betroffen.

Auch wenn diese Daten nur für Berlin insgesamt vorliegen, ist davon auszugehen, dass diese Tendenz sich im Bezirk ebenso widerspiegelt. D.h., dass vermutlich auch in Lichtenberg mehr Mädchen als Jungen betroffen und der größte Anteil der Betroffenen Jugendliche im Alter zwischen 15 und 19 Jahren waren.

⁶¹ Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg, KHStatV-Teil II: Diagnosen / Berechnung: SenGPG - I A – (Stand jeweils 31.12)

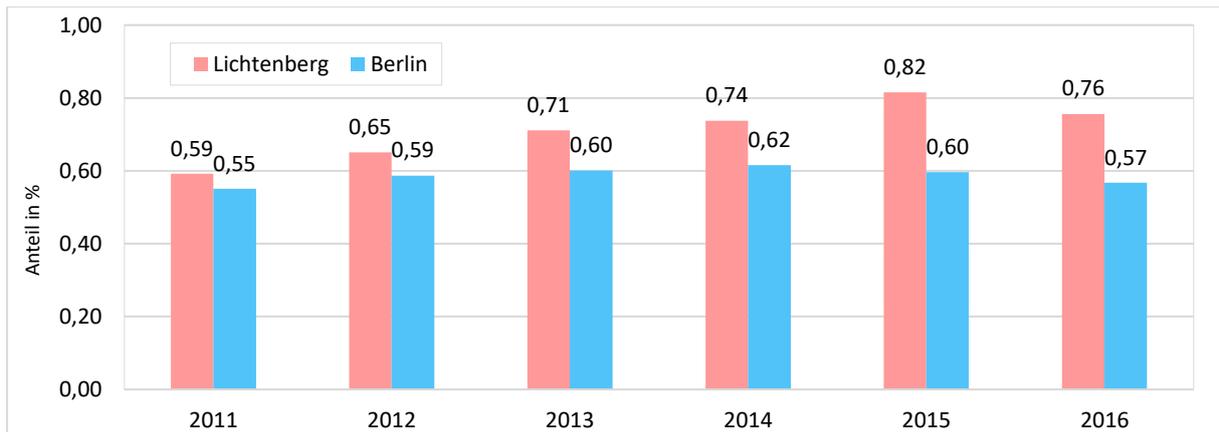
⁶² Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg, KHStatV-Teil II: Diagnosen / Berechnung: BA Lichtenberg (Stand jeweils 31.12)

Abbildung 30: Anteil vollstationärer Behandlungsfälle wegen psychischen oder Verhaltensstörungen in Berlin nach Altersgruppen 2011 bis 2016 (einschl. Sterbefälle; in Prozent)⁶³



Beim Vergleich der Daten für Lichtenberg und Berlin (vgl. Abbildung 31) wird deutlich, dass die Quote an Behandlungsfällen bei Kindern und Jugendlichen aufgrund psychischer oder Verhaltensstörungen im Verhältnis zur Gesamtkinderzahl zwischen 0 und 19 Jahren in Lichtenberg höher war als in Berlin. Auch die Zunahme an entsprechenden Behandlungsfällen im Zeitverlauf war in Lichtenberg im Vergleich zu Berlin insgesamt überproportional. Im Jahr 2016 war die Tendenz sowohl in Berlin insgesamt als auch im Bezirk Lichtenberg wieder leicht rückläufig.

Abbildung 31: Anteil der vollstationären Behandlungsfälle im Kindes- und Jugendalter wegen psychischen oder Verhaltensstörungen im Verhältnis zu allen Kindern im Alter von 0 bis 19 Jahren in Lichtenberg und Berlin (in Prozent)⁶⁴



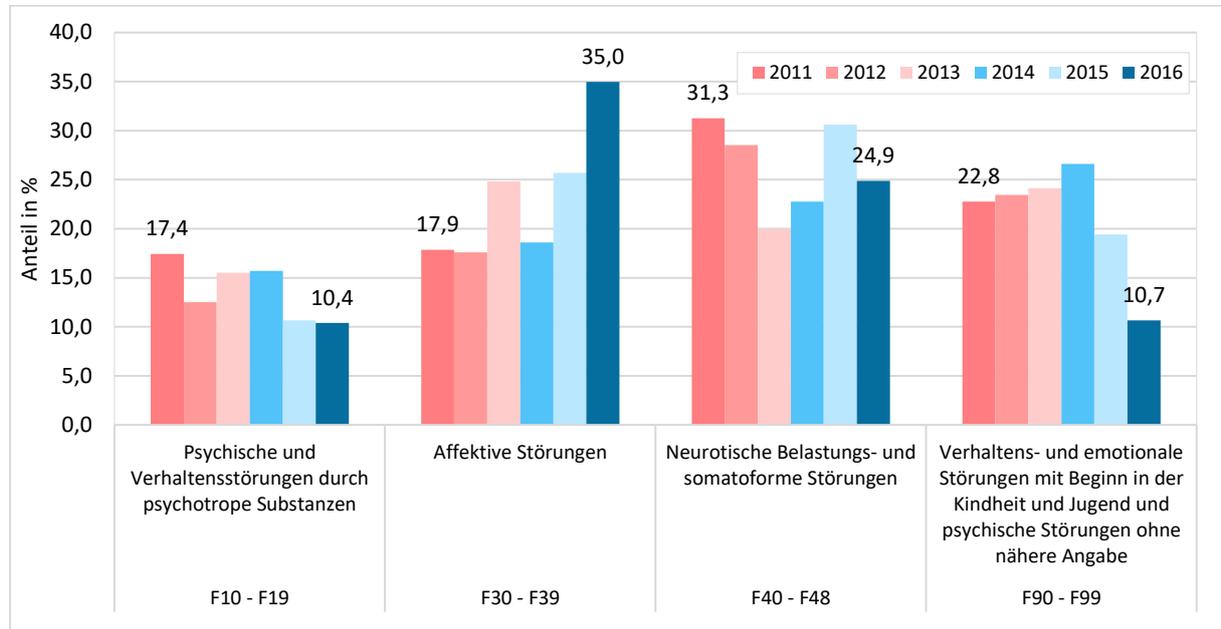
Eine detaillierte Auswertung der einzelnen Diagnosen ist aufgrund (sehr) kleiner Fallzahlen nicht möglich. Die häufigsten Diagnosegruppen werden in Abbildung 32 dargestellt. Bei der Betrachtung dieser lässt sich in einigen der Diagnosegruppen keine eindeutige Tendenz im Zeitverlauf erkennen. Allerdings kann im Bereich der affektiven Störungen eine Zunahme zwischen 2011 und 2016 konstatiert werden.

⁶³ Datenquelle: Afs Berlin-Brandenburg, KHStatV-Teil II: Diagnosen / Berechnung: SenGPG - I A – (Stand jeweils 31.12.)

⁶⁴ Datenquelle: Afs Berlin-Brandenburg, KHStatV-Teil II: Diagnosen, SenGPG - I A - / Berechnung: BA Lichtenberg (Stand jeweils 31.12.)

Zu den affektiven Störungen gehören u.a. Depressionen sowie Manien bzw. bipolare Störungsbilder⁶⁵. Darüber hinaus ist ein Rückgang an Behandlungsfällen aufgrund psychischer Störungen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen im Zeitverlauf erkennbar.

Abbildung 32: Die häufigsten Diagnosegruppen der Behandlungsfälle wegen psychischen und Verhaltensstörungen bei Lichtenberger Kindern und Jugendlichen zwischen 0 und 19 Jahren (in Prozent)⁶⁶



Die steigende Zahl an vollstationären Krankenhausbehandlungen im Kindes- und Jugendalter könnten potenziell auf einen Anstieg an psychischen und Verhaltensstörungen zurückzuführen sein. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, dass die Komplexität der Behandlungsfälle im Zeitverlauf zunahm und somit häufigere Krankenhausaufenthalte notwendig waren.

5.2.1.2 Suchterkrankungen

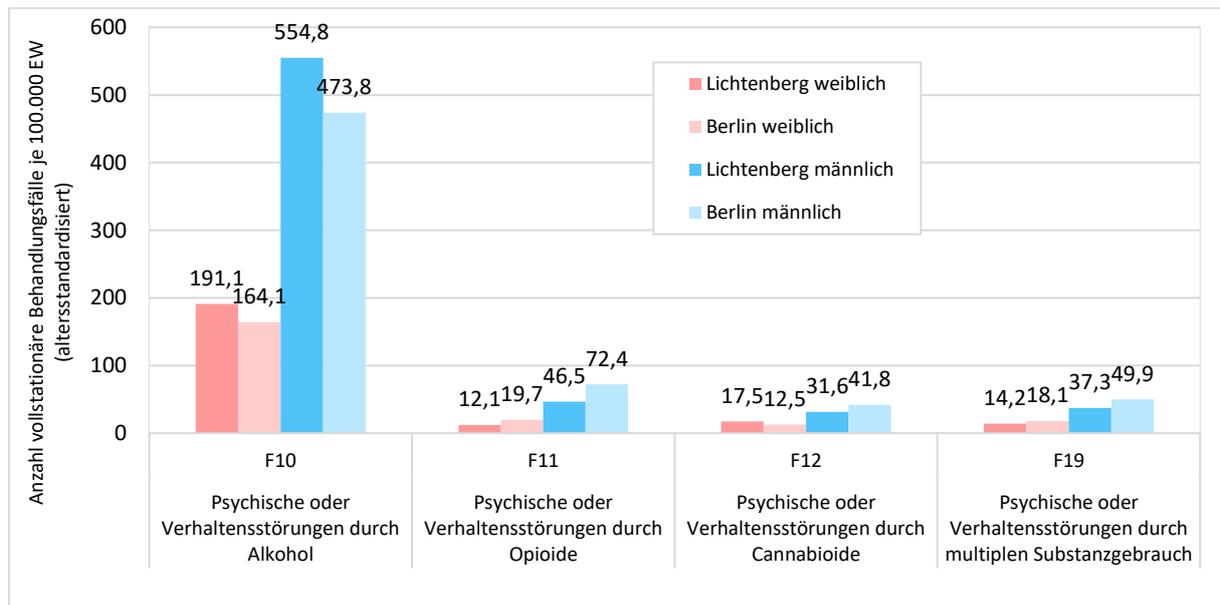
Das am meisten verbreitete Suchtmittel, welches psychischen oder Verhaltensstörungen zur Folge hatte war in Lichtenberg Alkohol. Die Anzahl an Behandlungsfällen lag bei männlichen Lichtenbergern fast drei Mal höher als bei Lichtenbergerinnen. Sowohl Frauen (191,1 Fälle je 100.000 Einwohner) als auch Männer (554,8 Fälle je 100.000 Einwohner) aus dem Bezirk wurden im Vergleich zu Berlin insgesamt überdurchschnittlich häufig aufgrund von alkoholbedingten psychischen und Verhaltensstörungen im Krankenhaus behandelt.

Die Anzahl an Behandlungsfällen aufgrund anderer Suchtmittel war bei Lichtenberger*innen hingegen deutlich unterrepräsentiert, sodass der Anteil bei Opioiden, Cannabioden und weiteren Substanzen jeweils unterhalb des Berliner Wertes lag (vgl. Abbildung 33). Auch diese Suchtmittel führten eher bei Männern als bei Frauen zu einem Klinikaufenthalt, sodass davon auszugehen ist, dass Lichtenberger Männer insgesamt mehr Suchtmittel konsumierten als Lichtenberger Frauen.

⁶⁵ Vgl. DIMDI (2019)

⁶⁶ Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg, KHStatV-Teil II: Diagnosen, SenGPG - I A - / Berechnung: BA Lichtenberg (Stand jeweils 31.12)

Abbildung 33: Anzahl der aus dem Krankenhaus entlassenen vollstationären Behandlungsfälle aufgrund von psychischen oder Verhaltensstörungen durch Suchtmittel bei Frauen und Männern in Lichtenberg und Berlin 2015 (einschl. Sterbefälle; je 100.000 Einwohner altersstandardisiert)⁶⁷



5.2.1.3 Demenz

Die meist verbreitete gerontopsychiatrische Erkrankung in der heutigen Zeit ist die Demenz. Für Berlin liegen keine exakten Zahlen von Betroffenen, sondern lediglich Schätzungen der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V. vor. Laut dieser waren Ende 2016 in Berlin 60.575 Personen ab 65 Jahren demenziell erkrankt⁶⁸. Die mittlere Prävalenzrate betrug laut EuroCoDe 9,99 %. Dabei nimmt die Prävalenz mit steigendem Alter zu (vgl. Tabelle 6). Demnach lebten Ende 2018 schätzungsweise ca. 5.300 demenziell erkrankte Menschen in Lichtenberg. Frauen waren dabei häufiger von einer Demenz betroffen als Männer, insbesondere in den höheren Altersgruppen. Das ist auf die höhere Lebenserwartung der weiblichen Bevölkerung zurückzuführen.

Tabelle 6: Mittlere Prävalenzraten von Demenzerkrankungen⁶⁹ und geschätzte Zahl an demenziell erkrankten Personen in Lichtenberg am 31.12.2018

Altersgruppe	Mittlere Prävalenzrate nach EuroCoDe ⁷⁰ (in %)			Geschätzte Zahl Erkrankte		
	Männer	Frauen	Insgesamt	Männer	Frauen	Insgesamt
65 bis 69 Jahre	1,79	1,43	1,60	119	113	232
70 bis 74 Jahre	3,23	3,74	3,50	153	234	387
75 bis 79 Jahre	6,89	7,63	7,31	425	628	1053
80 bis 84 Jahre	14,35	16,39	15,60	565	1008	1573
85 bis 89 Jahre	20,85	28,35	26,11	346	848	1194
90 Jahre und älter	29,18	44,17	40,95	154	690	844

Aufgrund der demografischen Entwicklung, u.a. kontinuierlich steigende Lebenserwartung und Zunahme an der älteren Bevölkerung ist künftig von einer steigenden Zahl an erkrankten Personen auszugehen.

⁶⁷ Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg, KHStatV-Teil II: Diagnosen / Berechnung: SenGPG - I A – (Stand 31.12.2015)

⁶⁸ Vgl. Bickel (2018), S. 2.

⁶⁹ Datenquelle: Bickel (2018), S. 1.

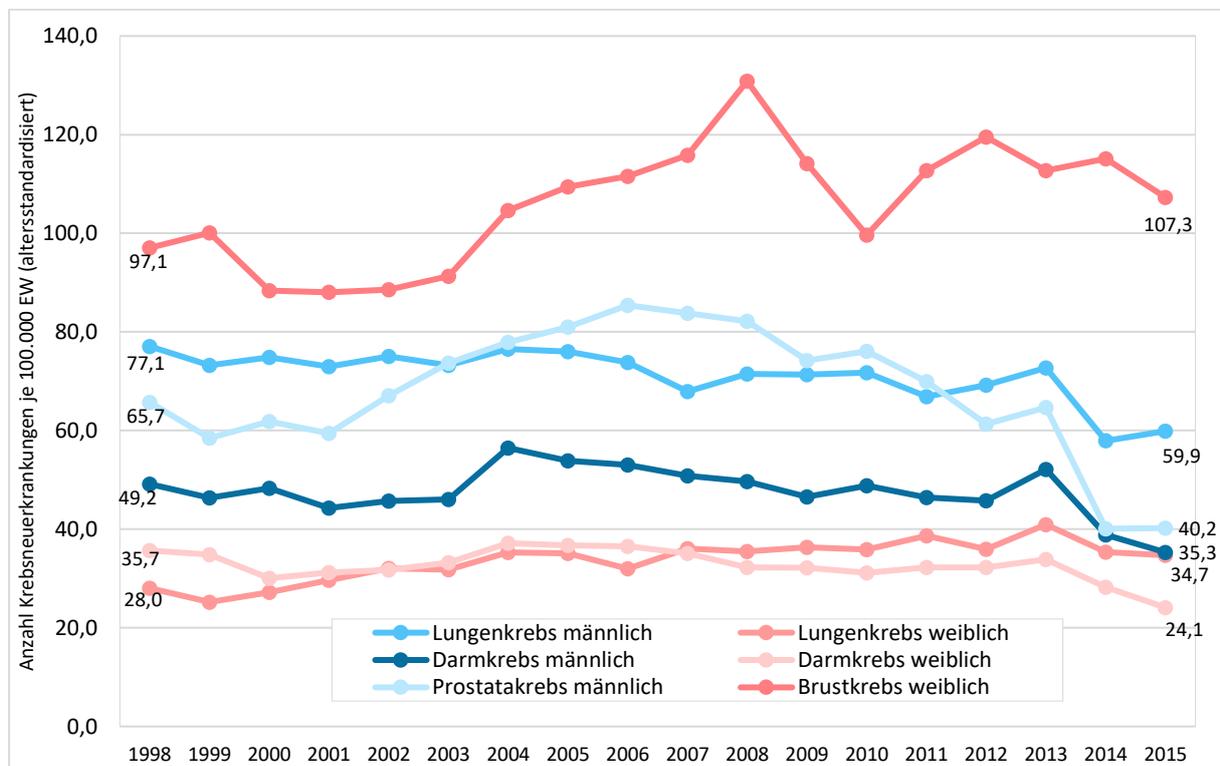
⁷⁰ Vgl. Alzheimer Europe (2013)

5.3 Krebserkrankungen

Krebserkrankungen gehören, wie in Kapitel 4.4 dargestellt, zu den häufigsten Todesursachen bei Lichtenberger*innen. Die Rate an Krebsneuerkrankungen gibt Aufschluss über das Krankheitsgeschehen in der Bevölkerung. Hierdurch besteht darüber hinaus die Möglichkeit die Wirkung von präventiven Angeboten, wie Früherkennungsuntersuchungen zu evaluieren⁷¹.

Die Gesamtzahl der Krebsneuerkrankungen ist im Zeitraum von 1998 bis 2015 bei der weiblichen Bevölkerung in Berlin um 10 % gesunken sowie bei der männlichen Bevölkerung um 29 %. In Abbildung 34 ist die Entwicklung der häufigsten Arten von Krebsneuerkrankungen dargestellt. Es ist erkennbar, dass bei Frauen die häufigste Neuerkrankung Brustkrebs war. Bei der männlichen Bevölkerung wurde bei Neuerkrankungen am häufigsten Lungenkrebs diagnostiziert. Während die Zahl an Neuerkrankungen bei Brustkrebs bei der weiblichen Berliner Bevölkerung im Zeitverlauf zunahm, ist die Zahl der Neuerkrankungen bei Lungenkrebs in der männlichen Bevölkerung im Betrachtungszeitraum rückläufig.

Abbildung 34: Entwicklung der drei häufigsten Arten von Krebsneuerkrankungen (ohne C44) bei Frauen und Männern im Zeitverlauf seit 1998 in Berlin (je 100.000 Einwohner altersstandardisiert)⁷²



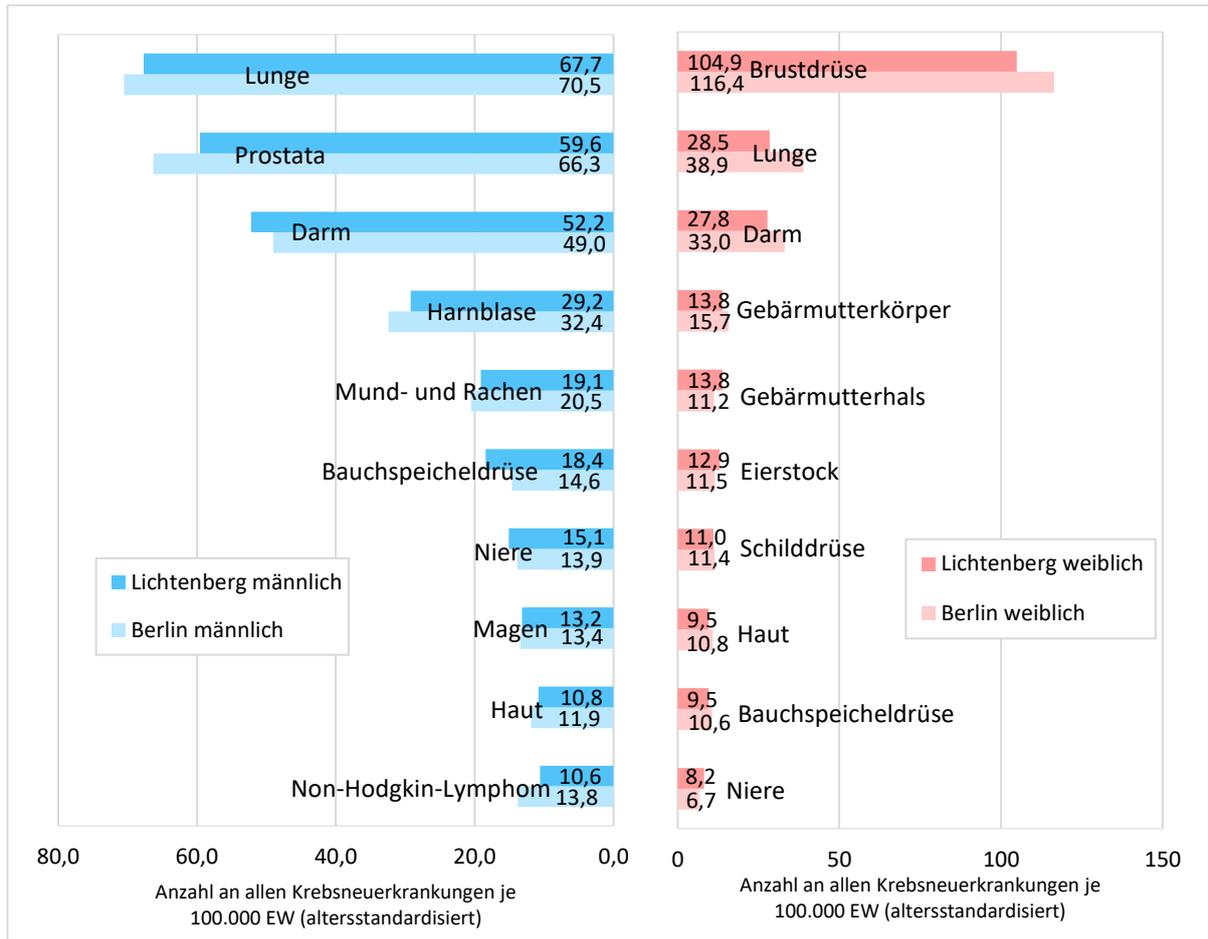
Mithilfe von Abbildung 35 wird die Anzahl an Krebsneuerkrankungen nach Lokalisation in Berlin und Lichtenberg dargestellt. Es wird ersichtlich, dass es nur geringe Abweichungen zwischen den Krebsneuerkrankungen in Lichtenberg und Berlin gab. So wurde bei Lichtenberger Männern etwas häufiger (+3,2 Neuerkrankungen je 100.000 Einwohner) Darmkrebs sowie Bauchspeicheldrüsenkrebs (3,8 Neuerkrankungen je 100.000 Einwohner) diagnostiziert als in Berlin insgesamt. Demgegenüber erkrankten Berliner öfter an Prostatakrebs sowie Lungenkrebs als die männliche Lichtenberger Bevölkerung. Bei

⁷¹ Vgl. Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen (2003), S. 226.

⁷² Datenquelle: GKR-Krebsatlas (die Fallzahlen von 2014 und 2015 sind vorläufig)

Lichtenbergerinnen wurde hingegen etwas häufiger Gebärmutterhals- bzw. Eierstock- sowie Brustkrebs diagnostiziert als in Berlin insgesamt. Im Unterschied dazu erhielten mehr Berlinerinnen die Diagnose Lungenkrebs (+10,4 Neuerkrankungen je 100.000 Einwohner).

Abbildung 35: Anzahl an Krebsneuerkrankungen nach Lokalisation (ohne C44) in Lichtenberg und Berlin 2011-13 (drei Jahre zusammengefasst; je 100.000 Einwohner altersstandardisiert) ⁷³



5.4 Pflegebedürftigkeit

Wie bereits im einleitenden Kapitel beschrieben, wird die Bevölkerungsgruppe der Menschen ab 65 Jahren in Zukunft weiter zunehmen. Ende 2018 lebten bereits knapp 57.000 Personen im Alter von 65 Jahren oder älter in Lichtenberg. Mit einem höheren Lebensalter geht neben einer Häufung chronischer Erkrankungen auch eine steigende Wahrscheinlichkeit pflegebedürftig zu werden einher. Aufgrund der Zunahme an Personen im Lebensalter ab 65 Jahren, nimmt in Deutschland insgesamt wie auch in Berlin und Lichtenberg die Zahl der pflegebedürftigen Menschen zu. In der Pflegestatistik werden alle Personen geführt, die einen durch die Pflegekasse anerkannten Pflegegrad ausweisen⁷⁴.

Seit dem 01. 01.2017 gibt es einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff, der sich stärker am Individuum orientieren⁷⁵. Das bedeutet, dass die verbliebenen Ressourcen der pflegebedürftigen Person betrachtet werden, statt der Defizite, wie es im vorhergehenden System der Fall war. Dieser geht mit der Umstellung von Pflegestufen auf Pflegegrade einher. Hierbei sollen neben körperlichen auch stärker geistige und psychische Aspekte mit in die Bewertung der Pflegebedürftigkeit einfließen.

⁷³ Datenquelle: GKR – Bezirksdatenblätter Land Berlin 2013 (Registrierungsstand: 30.11.2017)

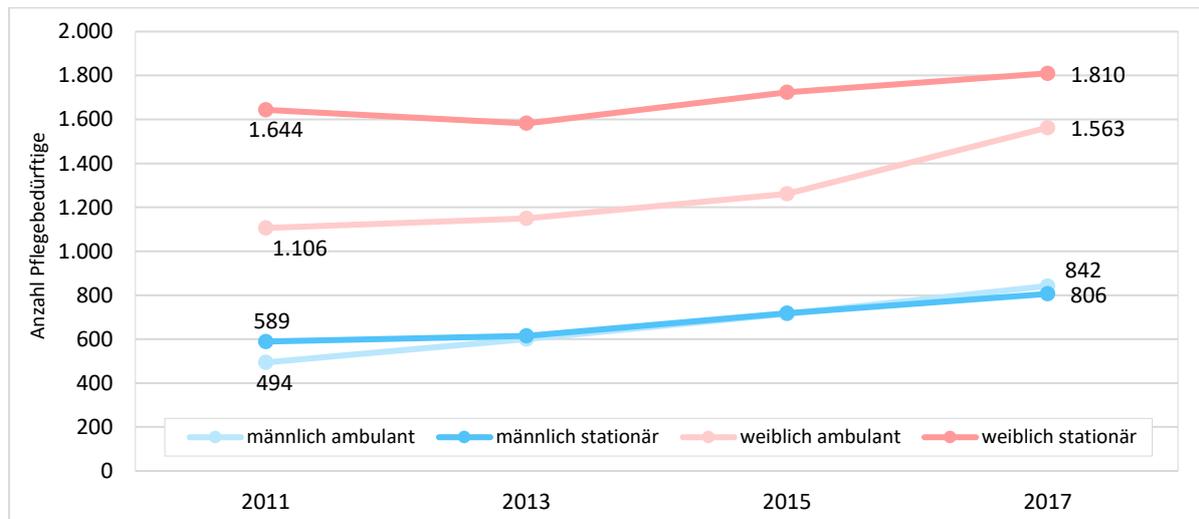
⁷⁴ Vgl. Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen (2003), S. 176.

⁷⁵ Vgl. BMG (2017)

In Abbildung 36 wird die Gesamtzahl an Lichtenberger Frauen und Männern mit Pflegebedarf dargestellt. Diese betrug im Jahr 2017 5.000 Personen. Es wird deutlich, dass etwa zwei Drittel der Pflegebedürftigen weiblich waren. Das geht mit der höheren Lebenserwartung von Frauen gegenüber Männern einher. Des Weiteren wurden Frauen wesentlich häufiger stationär gepflegt als Männer.

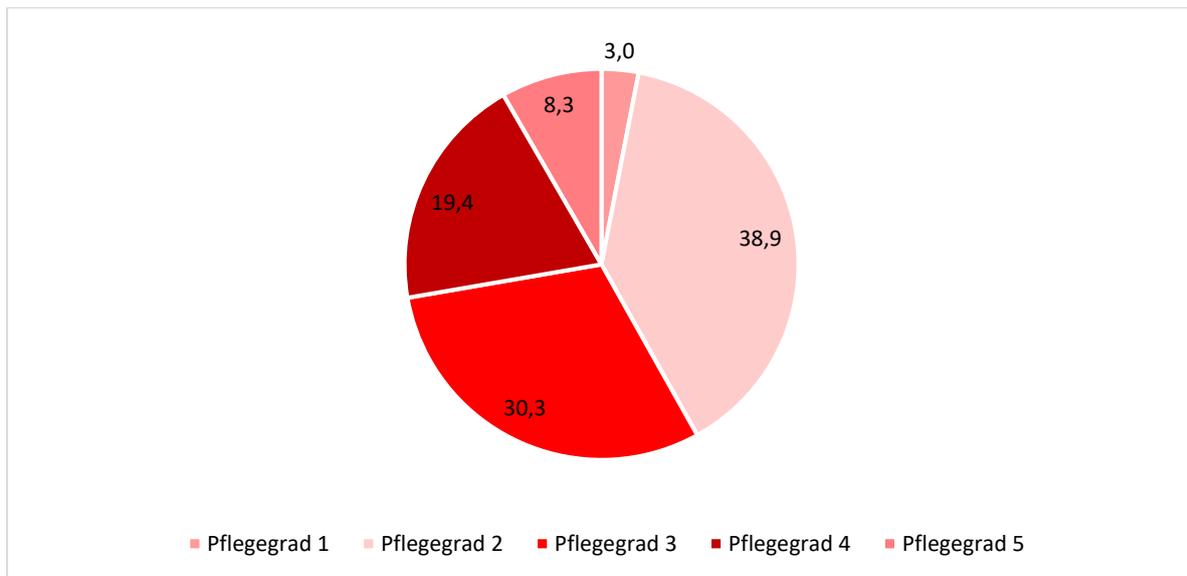
Zwischen 2011 und 2017 stieg die Zahl der ambulant gepflegten Personen um 50 % an. Im selben Zeitraum nahm die Zahl an in der Häuslichkeit versorgten Pflegebedürftigen in Berlin insgesamt um 30 % zu. Der Zuwachs bei stationär gepflegten Personen in Lichtenberg betrug im selben Zeitraum lediglich 17 % (Berlin: +8 %). Künftig ist mit einem weiteren Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen in Lichtenberg zu rechnen. Die pflegerische Versorgungssituation im Bezirk Lichtenberg wird im Kapitel 8.3 näher beschrieben.

Abbildung 36: Anzahl von Pflegebedürftigen in Lichtenberg im Zeitverlauf seit 2011 (absolut)⁷⁶



Die Verteilung der Pflegebedürftigen auf die einzelnen Pflegegrade gliedert sich wie in Abbildung 37 dargestellt. Demnach war ein gutes Drittel der Pflegebedürftigen im Jahr 2017 Pflegegrad 2 zugeordnet. Weitere ca. 30 % wiesen Pflegegrad 3 auf. Der Anteil an Personen in Pflegegrad 1 und 5 waren jeweils vergleichsweise gering.

⁷⁶ Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg – Pflegestatistik Lichtenberg 2011, 2013, 2015 und 2017 (Stichtag jeweils 15.12.)

Abbildung 37: Anteil der Pflegebedürftigen Lichtenberger*innen in den einzelnen Pflegegraden 2017⁷⁷(in Prozent)

Im Kapitel 8.3 wird die pflegerische Versorgung im Bezirk nochmal detaillierter betrachtet.

5.5 Schwerbehinderung

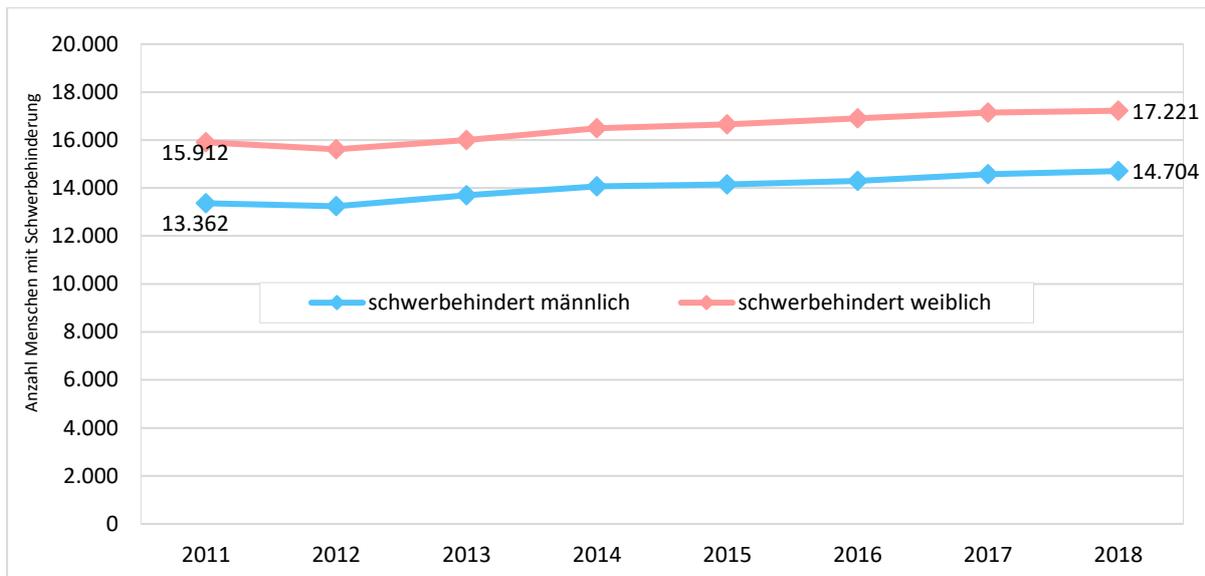
Laut Sozialgesetzbuch (SGB) sind Menschen mit Behinderung Personen, die eine körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigung haben, die voraussichtlich für einen Zeitraum von mehr als 6 Monaten die gesellschaftliche Teilhabe beschränkt⁷⁸. Darüber hinaus kann durch eine vorliegende Behinderung auch die Lebensqualität und/oder Lebenserwartung beeinflusst werden⁷⁹. Die Kategorisierung von Behinderungen erfolgt nach Graden (20 Grad bis 100 Grad der Behinderung). Ab einem Grad der Behinderung von 50 liegt eine Schwerbehinderung vor.

In der nachfolgenden Abbildung 38 ist die Anzahl der beim LAGeSo gemeldeten Personen mit Schwerbehinderung im Zeitverlauf dargestellt. Dabei waren Frauen deutlich häufiger von einer Schwerbehinderung betroffen als Männer. Es wird ersichtlich, dass es zwischen 2011 und 2018 einen Anstieg in der Zahl der Menschen mit Schwerbehinderung um 9,1 % gab.

⁷⁷ Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg – Pflegestatistik Lichtenberg 2017 / Berechnung: BA Lichtenberg

⁷⁸ Vgl. § 2 SGB IX

⁷⁹ Vgl. Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen (2003), S. 166.

Abbildung 38: Anzahl der Lichtenberger*innen mit Schwerbehinderung seit 2011 (absolut)⁸⁰

Grundsätzlich steigt mit zunehmendem Alter der Anteil an Personen mit Schwerbehinderung in der Bevölkerung an, das trifft auch auf Lichtenberg zu (vgl. Tabelle 7). So betrug der Anteil schwerbehinderter Personen in der Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen unter 18 Jahren 1,7 %. In der Altersgruppe ab 80 Jahren galt bereits fast jeder Zweite als schwerbehindert.

Tabelle 7: Anzahl bzw. Anteil der Menschen mit Schwerbehinderung in Lichtenberg an allen Einwohner*innen Lichtenbergs in der jeweiligen Altersgruppe im Jahr 2018 (absolut; in Prozent)⁸¹

Altersgruppe	absolut	Anteil an Einwohner*innen dieser Altersgruppe (in %)
0 bis unter 18 Jahre	781	1,7
18 bis unter 35 Jahre	1.977	2,7
35 bis unter 65 Jahre	11.126	9,8
65 bis unter 80 Jahre	10.543	26,4
80 Jahre und älter	7498	44,5

Doch auch innerhalb des Bezirkes Lichtenberg gab es große Unterschiede, was die Anzahl der Menschen mit Schwerbehinderung betrifft. So lebte die mit Abstand höchste Anzahl an Menschen mit Schwerbehinderung in Fennpfuhl (vgl. Tabelle 8). Am geringsten war diese Zahl in der Rummelsburger Bucht. In Friedrichsfelde Süd waren fast 16 % der dortigen Einwohner*innen schwerbehindert. Die hohe Zahl an Betroffenen in den Bezirksregionen Fennpfuhl sowie Friedrichsfelde Süd spiegelt die dort vorherrschende hohe Altersstruktur wider. Insgesamt hatten 11 % der Lichtenberger*innen eine Schwerbehinderung.

⁸⁰ Datenquelle: LAGeSo - IIIA3 – Statistik der behinderten Menschen 2011-2018 (Stand jeweils 31.12.)

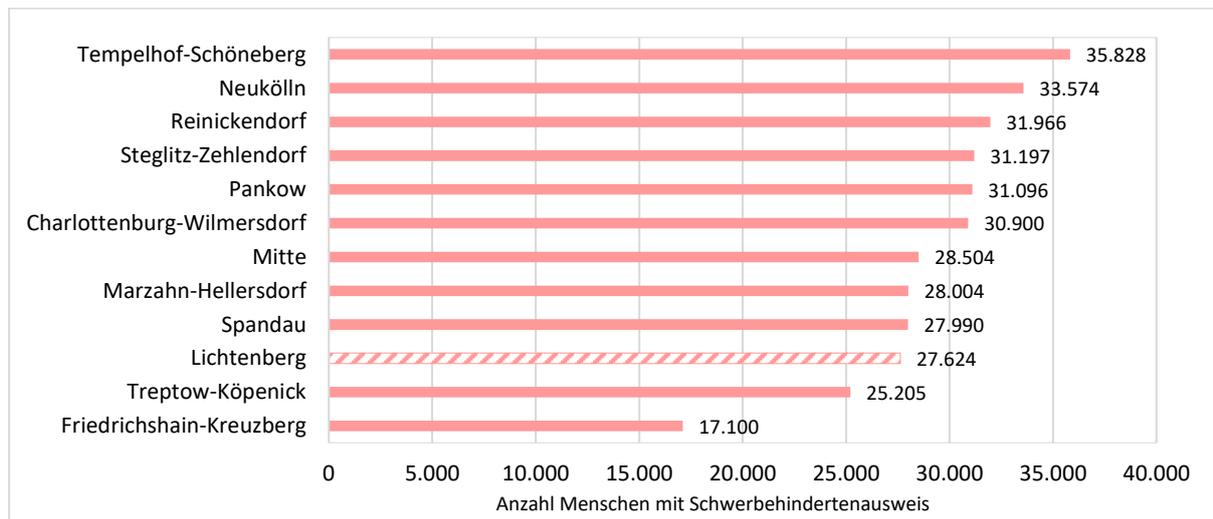
⁸¹ Datenquelle: LAGeSo - IIIA3 – Statistik der behinderten Menschen 2018 (Stand 31.12.2018)

Tabelle 8: Anzahl bzw. Anteil der Personen mit Schwerbehinderung in den Lichtenberger Bezirksregionen (BZR) im Jahr 2018 (absolut/in Prozent)⁸²

Bezirksregion (BZR)	absolut	Anteil an Einwohner*innen (in %)
Malchow, Wartenberg, Falkenberg	449	9,4
Neu-Hohenschönhausen Nord	3.266	11,2
Neu-Hohenschönhausen Süd	3.475	12,7
Alt-Hohenschönhausen Nord	1.818	11,2
Alt-Hohenschönhausen Süd	3.574	11,0
Fennpfuhl	4.553	13,5
Alt-Lichtenberg	2.883	9,4
Frankfurter Allee Süd	1.055	10,5
Neu-Lichtenberg	2.628	7,9
Friedrichsfelde Nord	1.807	11,9
Friedrichsfelde Süd	3.992	15,6
Rummelsburger Bucht	243	5,8
Karlshorst	2.182	8,0
Lichtenberg	31.925	11,0

Jede Person, die eine anerkannte Schwerbehinderung hat, kann beim LAGeSo einen Schwerbehindertenausweis beantragen. In Abbildung 39 ist die jeweilige Anzahl der Personen mit Schwerbehindertenausweis in den Bezirken dargestellt. Da nicht alle Personen einen Ausweis beantragten, lag diese Zahl deutlich unter der Gesamtzahl der Menschen mit schwerer Behinderung. Die höchste Anzahl an Personen mit Schwerbehindertenausweis lebte 2017 in Tempelhof-Schöneberg (35.828 Einwohner*innen). Weniger als halb so hoch war diese Zahl in Friedrichshain-Kreuzberg (17.100 Personen). Lichtenberg belegte im bezirklichen Vergleich Rang 10. Da der Anteil an Personen mit Schwerbehinderung mit zunehmendem Alter ansteigt, variierte die Zahl an betroffenen Personen zwischen den Bezirken vor allem aufgrund der unterschiedlichen Altersstruktur.

Abbildung 39: Anzahl der Menschen mit Schwerbehindertenausweis am 31.12.2017 (absolut)⁸³



5.6 Arbeitsunfähigkeit

„Fehlzeiten am Arbeitsplatz sind ein wichtiger Indikator für die gesundheitliche Lage der Erwerbstätigen“⁸⁴. Die Daten können Hinweise auf Erkrankungen geben, die durch die Arbeit bedingt werden bzw.

⁸² Datenquelle: LAGeSo - IIIA3 – Statistik der behinderten Menschen 2018 (Stand 31.12.2018)

⁸³ Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg – K III 1 – 2j / 17 (Stand 31.12.2017)

⁸⁴ Vgl. RKI (2015), S. 158.

auf die die Arbeit Einfluss nimmt⁸⁵. Die Gruppe der Arbeitnehmer*innen ist eine Bevölkerungsgruppe, die im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention in der Regel nicht zu den primären Zielgruppen gehört, obwohl es durchaus Bedarfe bei dieser Zielgruppe gibt. Das könnte z.T. daran liegen, dass die Kommune keinen bzw. nur sehr bedingt Einfluss auf gesundheitsförderliche Strukturen innerhalb von Unternehmen nehmen kann. Vor diesem Hintergrund stieg in den letzten Jahren auch die Bedeutung der betrieblichen Gesundheitsförderung als Teil des betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) an. Das BGM verfolgt das Ziel, die Gesundheit und das Wohlbefinden der Mitarbeiter*innen zu verbessern bzw. wiederherzustellen, da die Gesundheit als Einflussfaktor auf die Produktivität der Arbeitnehmer*innen betrachtet wird. Bisher ist BGM in Deutschland nicht verpflichtend, lediglich das betriebliche Eingliederungsmanagement sowie der Arbeits- und Gesundheitsschutz müssen von Arbeitgebern in Deutschland durchgeführt werden⁸⁶. Trotz der begrenzten direkten Einflussmöglichkeiten sollte auch die arbeitende Bevölkerung bei kommunalen Ansätzen zum Thema Gesundheit mitgedacht werden.

Das IGES Institut wertet regelmäßig die Daten von mehreren Krankenkassen, der Deutschen Rentenversicherung sowie der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung aus, um Aussagen zur Gesundheit der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Berlin und Brandenburg treffen zu können. Im aktuellsten Bericht von 2019 flossen die Daten von 68 % aller sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in den beiden Bundesländern ein⁸⁷. Insgesamt waren in Berlin Frauen im Durchschnitt häufiger arbeitsunfähig als männliche Berufstätige. So lag der Krankenstand im Jahr 2018 bei durchschnittlich 5,6 % (Frauen) bzw. 4,3 % (Männer)⁸⁸. Auch die Differenzierung nach Altersgruppen weist Unterschiede auf: So nahm tendenziell der Anteil an arbeitsunfähigen Personen mit zunehmendem Lebensalter zu. Am geringsten war dieser in der Altersgruppe zwischen 25 Jahren und 34 Jahren. Diese beiden berlinweiten Trends werden sich mutmaßlich vergleichsweise in Lichtenberg widerspiegeln.

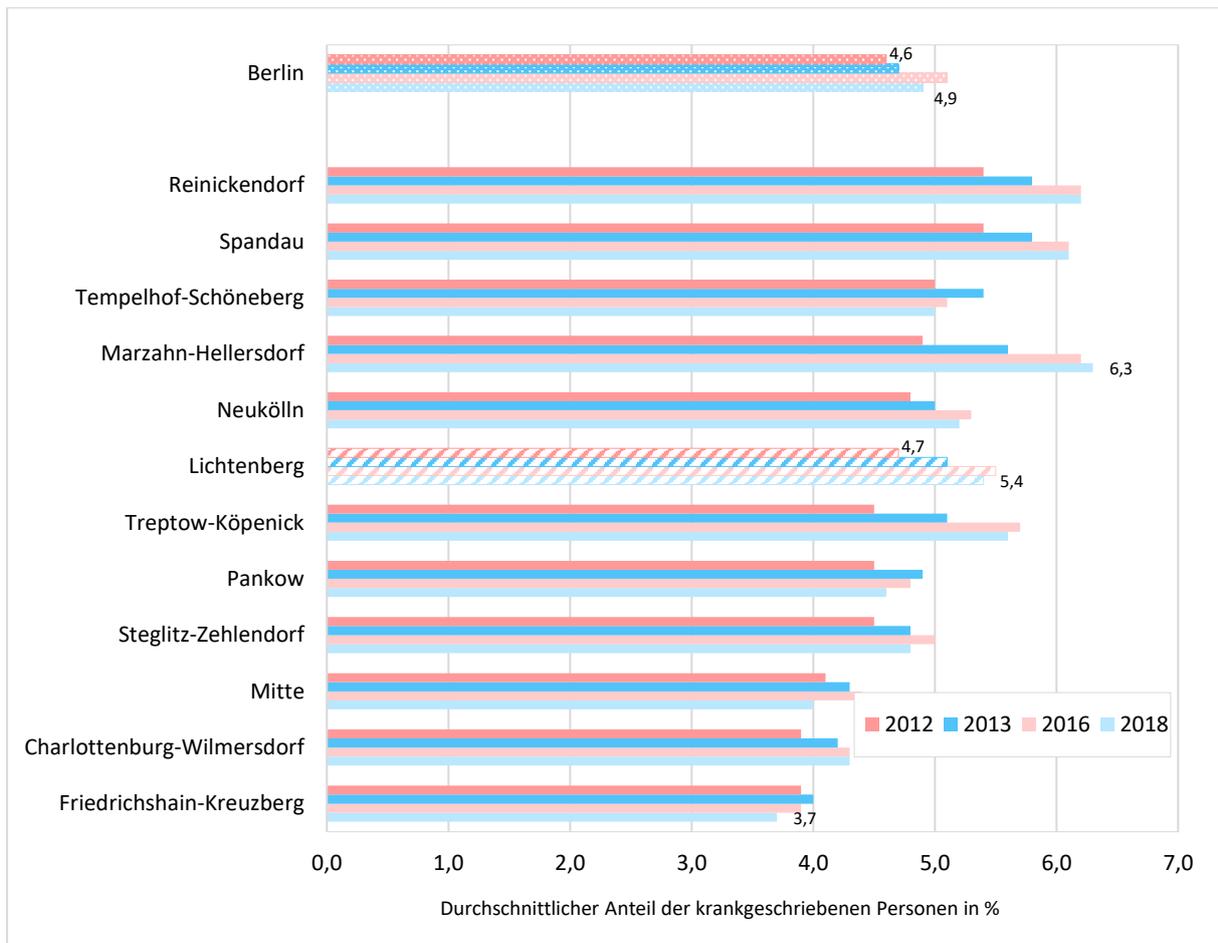
Abbildung 40 stellt den durchschnittlichen Krankenstand in den Berliner Bezirken dar. Es zeigt sich, dass in der Mehrzahl der Bezirke ein steigender durchschnittlicher Anteil an arbeitsunfähigen Beschäftigten im Zeitverlauf zu verzeichnen ist. Während 2012 in Lichtenberg 4,7 % der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten arbeitsunfähig waren, betrug dieser Anteil 2018 5,4 %. Somit war dieser im Vergleich zu 2016 leicht rückläufig. In Berlin nahm der Anteil im betrachteten Zeitraum um 0,3 Prozentpunkte zu. Die Unterschiede zwischen den Bezirken könnten unter anderem in der unterschiedlichen Bevölkerungsstruktur (Alterszusammensetzung und Sozialstatus) begründet liegen.

⁸⁵ Vgl. Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen (2003), S. 139.

⁸⁶ Vgl. BKK Dachverband e.V. (2017), S. 1.

⁸⁷ Vgl. Clustermanagement Gesundheitswirtschaft Berlin-Brandenburg – Health Capital (Hrsg.) (2019), S. 7.

⁸⁸ Datenquelle: IGES nach Daten der AOK Nordost, Mitgliedskassen des BKK Dachverbands, IKK Brandenburg und Berlin, KNAPPSCHAFT, Techniker Krankenkasse

Abbildung 40: Krankenstand⁸⁹ in den Bezirken zwischen 2012 und 2018 (Anteil in Prozent)⁹⁰

Mithilfe von Abbildung 41 werden die Arbeitsunfähigkeitstage (AU-Tage) sowie die Arbeitsunfähigkeitsfälle (AU-Fälle) je 100 Versichertenjahre für die häufigsten Diagnosegruppen im Zeitverlauf zwischen 2012 und 2018 dargestellt. Die mit Abstand höchste Anzahl an AU-Fällen lag in Erkrankungen des Atmungssystems begründet, das galt ebenfalls für Deutschland insgesamt⁹¹. Für die meisten AU-Tage waren ebenfalls Atemwegserkrankungen ursächlich. In Bezug auf psychische und Verhaltensstörungen war zwischen 2012 und 2018 eine deutliche Zunahme der AU-Tage, jedoch nur ein geringer Anstieg der AU-Fälle zu verzeichnen. Somit ist davon auszugehen, dass die Fälle von Arbeitsunfähigkeit aufgrund von psychischen bzw. Verhaltensstörungen langwieriger und ggf. schwerwiegender bzw. komplexer waren als noch 2012. Mit dieser Entwicklung lag Lichtenberg im bundesweiten Trend^{92,93}.

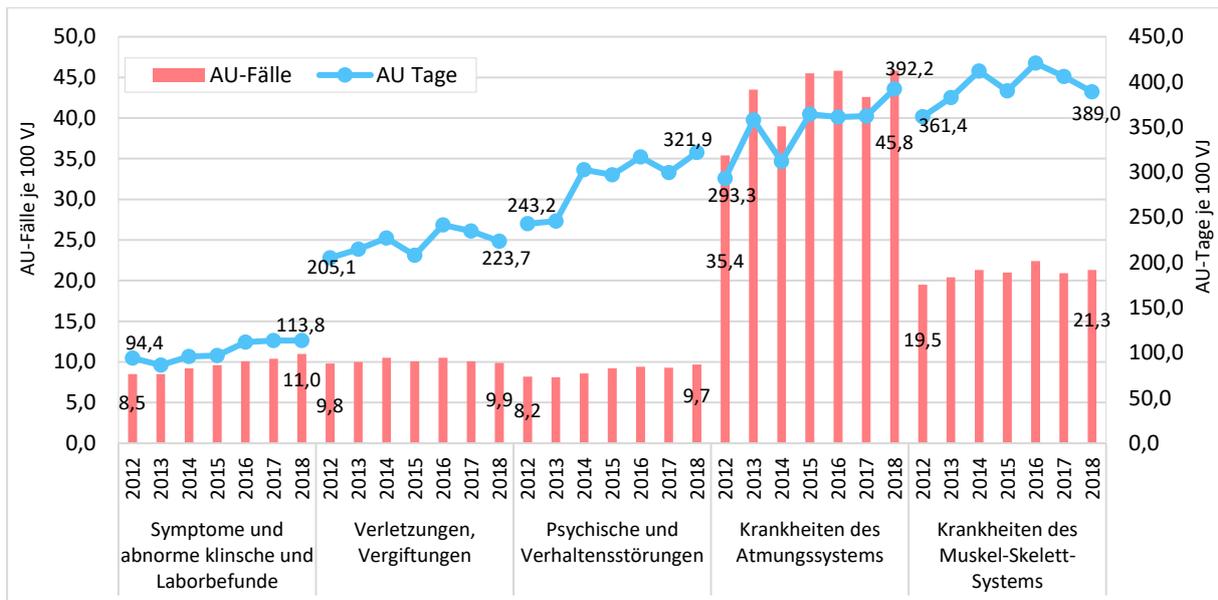
⁸⁹ Der Krankenstand entspricht dem durchschnittlichen Anteil der Erwerbstätigen, der pro Kalendertag aufgrund von Arbeitsunfähigkeit bei der Arbeit gefehlt hat.

⁹⁰ Datenquelle: IGES nach Daten der AOK Nordost, Mitgliedskassen des BKK Dachverbands, DAK-Gesundheit, IKK Brandenburg und Berlin, KNAPPSCHAFT, Techniker Krankenkasse (2012-2013); IGES nach Daten der AOK Nordost, BARMER, Mitgliedskassen des BKK Dachverbands, IKK Brandenburg und Berlin, KNAPPSCHAFT, Techniker Krankenkasse (2016); IGES nach Daten der AOK Nordost, Mitgliedskassen des BKK Dachverbandes, IKK Brandenburg und Berlin, KNAPPSCHAFT, Techniker Krankenkasse (2018)

⁹¹ Vgl. RKI (2015), S. 159.

⁹² Vgl. DAK-Gesundheit (2019), S. 21 ff.

⁹³ Vgl. Meyer et al (2018), S. 359.

Abbildung 41: AU-Tage⁹⁴ und AU-Fälle⁹⁵ der häufigsten Erkrankungsgruppen in Lichtenberg seit 2012 (je 100 VJ)⁹⁶

5.7 Zwischenfazit

- Über 65-jährige Lichtenberger*innen sind insgesamt weitaus häufiger in vollstationärer Behandlung als Männer und Frauen unter 65 Jahren. Insbesondere Männer ab 65 Jahren wurden häufiger vollstationär behandelt, sodass von einer höheren Krankheitslast auszugehen ist. Für die Altersgruppe 65 Jahre und älterer Männer ließ sich darüber hinaus seit 2005 eine leicht steigende Tendenz bei der Anzahl der Krankenhausbehandlungen (+5,7 %) verzeichnen.
- Die Inanspruchnahme von stationärer medizinischer Versorgung war in Lichtenberg im Bezirksvergleich insgesamt unterdurchschnittlich (Männer: Rang 9; Frauen: Rang 10).
- Eine der häufigsten Ursachen für einen stationären Aufenthalt sind sowohl bei Frauen als auch bei Männern unter 65 Jahren psychische und Verhaltensstörungen. Diese Diagnosen wurden in Lichtenberg häufiger gestellt als in Berlin insgesamt.
- In der Altersgruppe über 65 Jahren spielten vor allem somatische Erkrankungen eine übergeordnete Rolle. Hierzu gehörten v.a. Kreislauferkrankungen und Neubildungen. Psychische Erkrankungen waren etwas seltener Ursache für einen Krankenhausaufenthalt als in den jüngeren Altersgruppen.
- Im Zeitverlauf ist eine Zunahme an vollstationären Behandlungsfällen bei psychischen und Verhaltensstörungen bei Lichtenberger Frauen, insbesondere in der Gruppe bis 64 Jahre zu beobachten. Der Anstieg von Behandlungsfällen ist ggf. auf eine höhere Komplexität der vorhandenen psychischen Behandlungsfälle zurückzuführen, sodass häufigere (einzelne) Krankenhausbehandlungen erforderlich sind oder spricht für einen Anstieg der Häufigkeit von psychischen Erkrankungen in dieser Gruppe.

⁹⁴ Die AU-Tage, die der Summe aller durch Arbeitsunfähigkeit entstandenen Fehltag entsprechen, werden je 100 Versichertenjahre (VJ) angegeben. Hintergrund ist, dass nicht jeder Versicherte das ganze Jahr versichert war, sodass nicht die Versichertentage zugrunde gelegt werden können. Stattdessen werden alle Versichertentage auf Versichertenjahre umgerechnet, um eine einheitliche Vergleichsbasis zu haben.

⁹⁵ Die AU-Fälle, die der Summe aller Arbeitsunfähigkeitsfällen entspricht, beziehen sich ebenfalls auf 100 Versichertenjahren (vgl. Fußnote 108)

⁹⁶ Datenquelle: IGES nach Daten der AOK Nordost, Mitgliedskassen des BKK Dachverbands, DAK-Gesundheit, IKK Brandenburg und Berlin, Knappschaft, Techniker Krankenkasse (2012-2013); IGES nach Daten der AOK Nordost, BARMER, Mitgliedskassen des BKK Dachverbands, IKK Brandenburg und Berlin, Knappschaft, Techniker Krankenkasse (2016); IGES nach Daten der AOK Nordost, Mitgliedskassen des BKK Dachverbandes, IKK Brandenburg und Berlin, KNAPPSCHAFT, Techniker Krankenkasse (2018)

- Bei Frauen bis 64 Jahre waren affektive Störungen am häufigsten Anlass für einen Krankenhausaufenthalt, bei Männern hingegen der Konsum psychotroper Substanzen. Ab dem Alter von 65 Jahren wurde bei beiden Geschlechtern am häufigsten die Diagnosen F00-F09 (organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen, wozu auch demenzielle Erkrankungen gehören) diagnostiziert.
- Im Zeitverlauf sind bei den stationären Behandlungsfällen bei Kindern und Jugendlichen aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen steigende Fallzahlen zu verzeichnen.
- Laut der Krankenhausstatistik ist Alkohol im Bezirk das am weitesten verbreitete Suchtmittel. So waren Lichtenberger Männer deutlich häufiger aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkoholkonsum in vollstationärer Behandlung als Lichtenberger Frauen sowie anteilmäßig Berliner Männer insgesamt.
- Ende 2018 lebten schätzungsweise ca. 5.300 demenziell erkrankte Menschen in Lichtenberg.
- Die Zahl der pflegebedürftigen Personen nahm in Lichtenberg seit 2011 kontinuierlich zu und betrug 2017 ca. 5.000 Menschen, wovon mehr als zwei Drittel weiblich waren. Insbesondere die Anzahl an in der Häuslichkeit gepflegten Personen nahm in diesem Zeitraum um 50 % zu.
- Frauen waren deutlich häufiger von einer Schwerbehinderung betroffen als männliche Bürger. Darüber hinaus stieg der Anteil an Schwerbehinderten mit zunehmendem Alter an. Die höchste Anzahl an Menschen mit Schwerbehinderung lebte in Fennpfuhl (4.533 Personen) und Friedrichsfelde Süd (3.992 Personen), was mutmaßlich mit der hohen Anzahl an älteren Einwohner*innen dort im Zusammenhang steht. Im Vergleich zu den anderen Bezirken lag Lichtenberg auf Rang 10 bei der Anzahl an Personen mit Schwerbehindertenausweis.
- Im Zeitverlauf zwischen 2012 und 2018 war ein steigender Anteil an arbeitsunfähigen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Lichtenberg zu verzeichnen. Dieser Anteil lag 2018 zuletzt bei durchschnittlich 5,4 % der Arbeitnehmer*innen. Dem größten Teil an AU-Fällen bzw. AU-Tagen lagen Krankheiten des Atmungssystems zugrunde. Seit 2012 nahm vor allem bei psychischen Erkrankungen die Zahl AU-Tage überproportional im Verhältnis zu den AU-Fällen zu, sodass ggf. von einer höheren Komplexität der AU-Fälle ausgegangen werden kann.

6 Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen

Im Rahmen des jährlich durchgeführten bundesweiten Mikrozensus⁹⁷ werden alle 4 Jahre auf freiwilliger Basis einzelne Aspekte zur Gesundheit erfragt. Hierzu gehören Angaben u.a. zum Rauchverhalten sowie Körpergröße und Körpergewicht, die zur Errechnung des Body-Mass-Index (BMI) herangezogen werden. Diese Ergebnisse werden nachfolgend dargestellt. Dabei ist zu beachten, dass die nachfolgenden Ergebnisse lediglich Hinweise auf das gesundheitsrelevante Verhalten der Bevölkerung geben können, da es sich um eine Stichprobenerhebung handelt und die Beantwortung der gesundheitlichen Fragen auf freiwilliger Basis erfolgt.

6.1 Tabakkonsum

Der Konsum von Tabak gehört zum gesundheitlichen Risikoverhalten. Rauchen ist eine der führenden Ursachen für vorzeitige Sterblichkeit (vgl. Kapitel 4.5), da dies neben Krebserkrankungen auch Herz-Kreislauf- sowie Atemwegserkrankungen zur Folge haben kann^{98,99}.

⁹⁷ Im Rahmen des Mikrozensus wird ca. 1 % aller Haushalte in Deutschland befragt. Das entspricht in Berlin ca. 18.000 Haushalten. Da der Mikrozensus eine Stichprobenerhebung ist, kann neben einem zufallsbedingten Fehler (Abweichungen, die entstehen, weil nicht alle Personen befragt wurden) auch ein systematischer Fehler (Fehler aus der Statistikproduktion) auftreten.

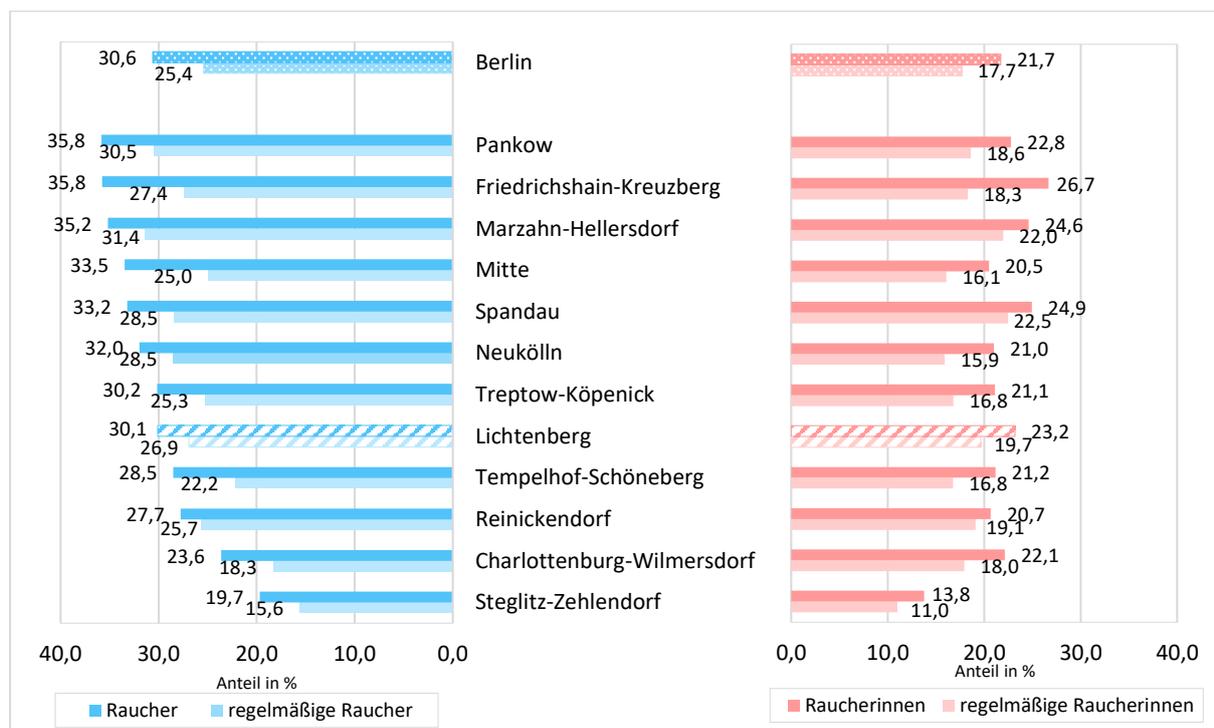
⁹⁸ Vgl. RKI (2015), S. 218.

⁹⁹ Vgl. Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen (2003), S. 362.

Deutschlandweit gaben 26,4 % der Männer und 18,6 % der Frauen im Mikrozensus an zu rauchen¹⁰⁰. Davon waren 22,3 % (Männer) bzw. 15,3 % (Frauen) regelmäßige Raucher*innen. Mithilfe von Abbildung 42 wird der Anteil von Raucher*innen sowie der Anteil von regelmäßigen Raucher*innen in Berlin dargestellt. Daraus geht hervor, dass Berliner*innen im Bundesvergleich überdurchschnittlich oft rauchten. Wie auch deutschlandweit konsumierte die große Mehrheit der Berliner Raucher*innen regelmäßig Tabak. Der Anteil an Raucher*innen variierte jedoch zwischen den Bezirken. Am höchsten war der Anteil an Rauchern bei der männlichen Bevölkerung in Pankow und Friedrichshain-Kreuzberg, wo dieser jeweils 35,8 % betrug. Der größte Anteil regelmäßiger Raucher lebte in Marzahn-Hellersdorf (31,4 %). Bei der weiblichen Bevölkerung war der höchste Anteil an Raucherinnen in Friedrichshain-Kreuzberg (26,7 %) wohnhaft. Regelmäßige Raucherinnen lebten jedoch am häufigsten in Spandau (22,5 %).

Lichtenberg erzielte beim Anteil an Raucherinnen Rang 4 sowie beim Anteil der regelmäßigen Raucherinnen Rang 3 im Bezirksvergleich. Die männliche Bevölkerung lag auf Rang 8 (Raucher) bzw. Rang 6 (regelmäßige Raucher). Lichtenberger Frauen konsumierten somit im Vergleich zu Berlin insgesamt bzw. zu anderen Bezirken häufiger Tabak. Bei der männlichen Bevölkerung entsprach dieser Anteil weitestgehend den gesamtstädtischen Durchschnittswerten.

Abbildung 42: Anteil an Raucher*innen ab 18 Jahren in den Berliner Bezirken im Jahr 2017 (in Prozent¹⁰¹)¹⁰²



Neben der Frage zum aktuellen Raucher- bzw. Nichtraucher-Status wurde ebenfalls das Alter des Rauchbeginns erfragt. Bundesweit wurde festgestellt, dass Männer durchschnittlich im Alter von 17,4 Jahren und Frauen im Mittel mit 18,1 Jahren anfangen zu rauchen¹⁰³. Die ermittelten Ergebnisse in Berlin waren mit den deutschlandweiten Ergebnissen vergleichbar (vgl. Abbildung 43). Demnach begannen die befragten Lichtenberger im Alter von 17,1 Jahren zu rauchen. Lichtenbergerinnen fingen

¹⁰⁰ Vgl. StBA (2018b), S. 11.

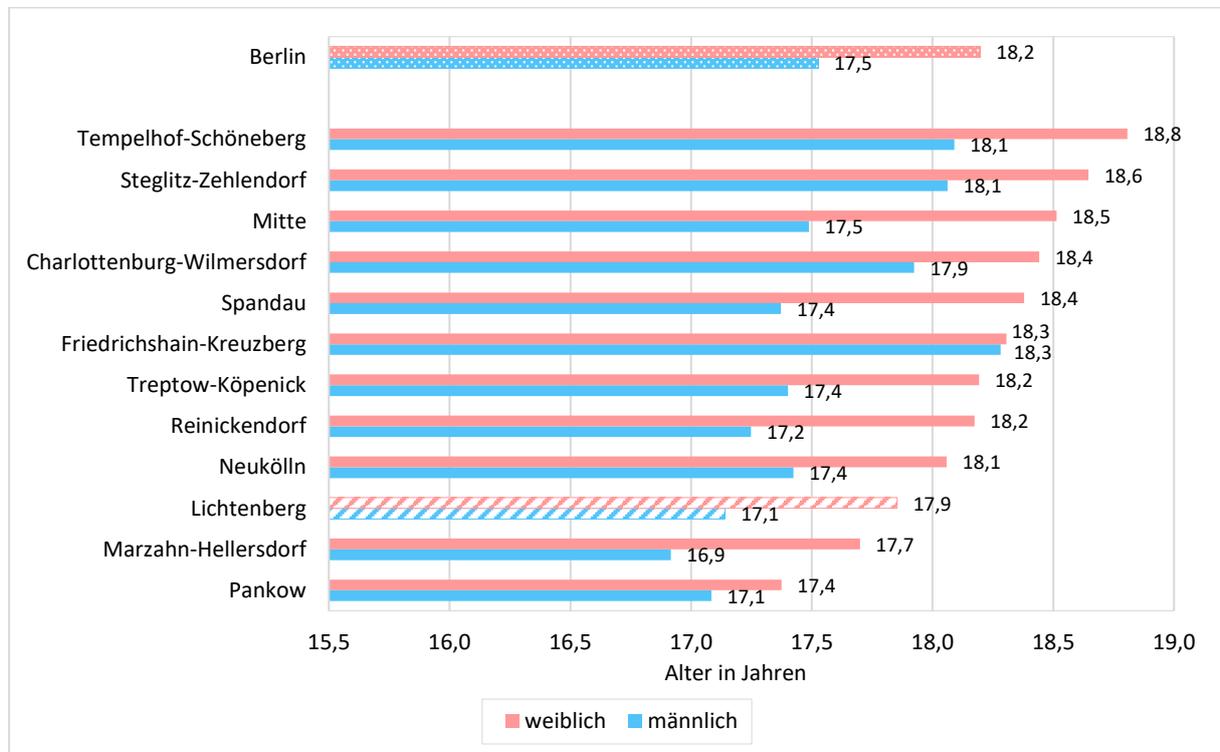
¹⁰¹ Prozentuale Angabe bezieht sich auf die Bevölkerung mit Angaben zum Rauchverhalten

¹⁰² Datenquelle: Afs Berlin-Brandenburg - Mikrozensus 2017 (Zusatzprogramm Gesundheit)

¹⁰³ Vgl. StBA (2018b), S. 17.

mit 17,9 Jahren mit dem Rauchen an und somit in einem etwas jüngeren Alter als die Berliner Bevölkerung insgesamt (Männer: 17,5 Jahre; Frauen: 18,2 Jahre). Lichtenberg belegte somit bei der männlichen Bevölkerung Rang 11. Frauen aus Lichtenberg erzielten Rang 10.

Abbildung 43: Durchschnittliches Alter des Rauchbeginns in der Berliner Bevölkerung ab 18 Jahren im Jahr 2017^{104,105}



Da die Angaben zum Rauchverhalten im Mikrozensus freiwillig sind, ist ggf. davon auszugehen, dass einige Personen die Fragen zum Rauchverhalten nicht (vollständig) beantworteten, sodass ggf. die tatsächliche Zahl der Raucher*innen oberhalb der hier angegebenen Quoten lag.

6.2 Körpergewicht

Zwei weitere Aspekte, die im Rahmen des Mikrozensus erhoben wurden, sind das Körpergewicht sowie die Körpergröße. Diese Angaben werden zur Errechnung des individuellen BMI herangezogen. Laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) gelten Personen mit einem BMI von mindestens 25 als übergewichtig. Darüber hinaus werden Personen mit einem BMI von 30 oder mehr als stark übergewichtig eingestuft¹⁰⁶. Übergewicht begünstigt u.a. die Entstehung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes mellitus Typ 2. Ferner kann der Bewegungsapparat (z.B. die Gelenke) durch Übergewicht in erhöhtem Maß beansprucht werden¹⁰⁷.

Die deutschlandweiten Daten des Mikrozensus ergaben, dass 62,1 % der Männer und 43,1 % der Frauen übergewichtig waren¹⁰⁸. In Berlin traf das auf 54,4 % der männlichen und 37,3 % der weiblichen Bevölkerung zu (vgl. Abbildung 44). Von den an der Befragung teilnehmenden Lichtenberger*innen, wiesen 55,8 % (Männer) bzw. 43,7 % (Frauen) einen BMI von 25 oder mehr auf. Somit war die männliche Bevölkerung in Lichtenberg geringfügig häufiger übergewichtig als in Berlin insgesamt. Bei der

¹⁰⁴ Angabe bezieht sich auf die Bevölkerung mit Angaben zum Rauchverhalten

¹⁰⁵ Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg - Mikrozensus 2017 (Zusatzprogramm Gesundheit)

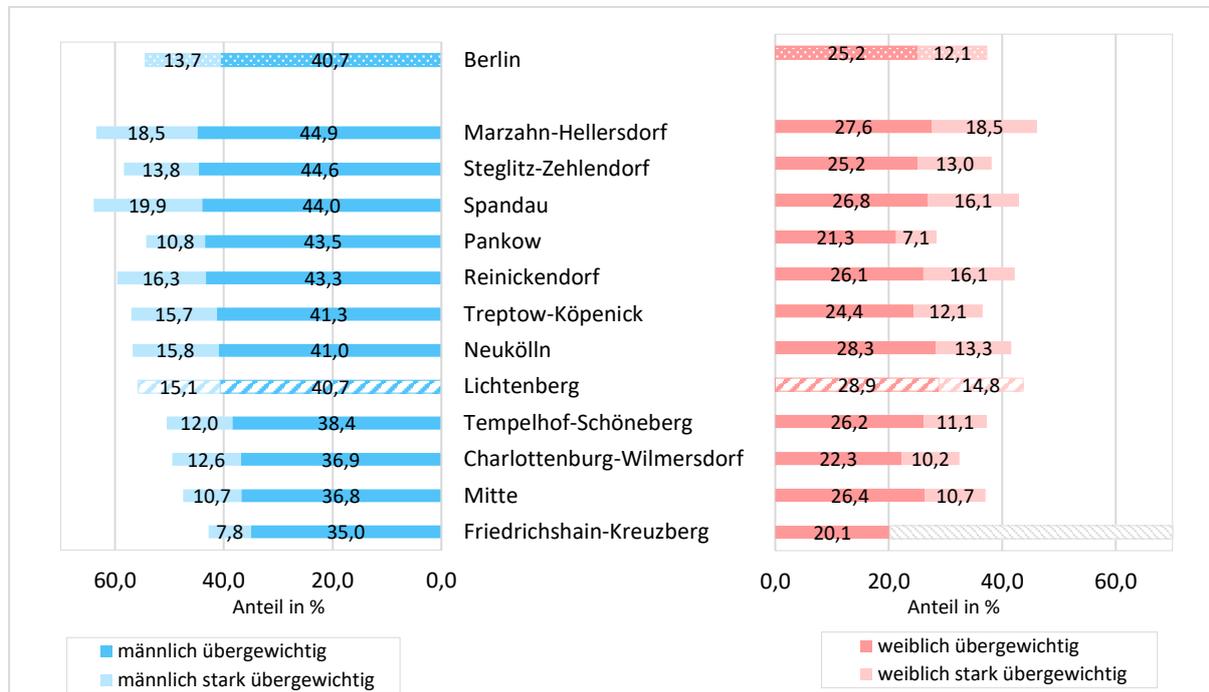
¹⁰⁶ Vgl. StBA (2018a); S. 8.

¹⁰⁷ Vgl. Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen (2003), S. 376.

¹⁰⁸ Vgl. StBA (2018a), S. 15.

weiblichen Bevölkerung lag der Anteil mit einem erhöhten BMI mit 43,7 % deutlich (mehr als 5 Prozentpunkte) über dem gesamtstädtischen Wert (37,3 %).

Abbildung 44: Anteil der Bevölkerung mit Übergewicht sowie starkem Übergewicht im Jahr 2017 (in Prozent¹⁰⁹)¹¹⁰



Da die Beantwortung der Fragen zur Gesundheit im Mikrozensus freiwillig ist, ist davon auszugehen, dass die hier dargestellten Werte nicht dem tatsächlichen Anteil der Bevölkerung mit Übergewicht entsprechen. Die hier angegebenen Werte können lediglich Hinweise auf ggf. in der Bevölkerung vorhandene gesundheitliche Problemlagen geben.

6.3 Zwischenfazit

- Es gaben 23,2 % der im Mikrozensus befragten Lichtenbergerinnen an zu rauchen, davon 19,4 % regelmäßig. Somit konsumierten Frauen aus Lichtenberg im Vergleich zu anderen Bezirken häufiger (Rang 4 bzw. Rang 3) Tabak. Die männliche Bevölkerung lag im bezirklichen Vergleich auf Rang 8 (Raucher: 30,1 %) bzw. Rang 6 (regelmäßige Raucher: 26,9 %). Dieser Anteil entsprach weitestgehend den gesamtstädtischen Durchschnittswerten.
- Das Alter des Rauchbeginns lag bei Lichtenberger Männern bei 17,1 Jahren. Die weibliche Bevölkerung rauchte im Durchschnitt seit dem Alter von 17,9 Jahren. Somit fingen Lichtenberger*innen durchschnittlich früher an zu rauchen als die Berliner Bevölkerung insgesamt. Lichtenberg erzielte somit Rang 11 (Männer) bzw. Rang 10 (Frauen) im bezirklichen Vergleich.
- Lichtenberger Männer waren geringfügig häufiger (55,8 %) von Übergewicht betroffen als Berliner Männer insgesamt (54,4 %). Bei der weiblichen Lichtenberger Bevölkerung lag der Anteil mit einem erhöhten BMI mehr als 5 Prozentpunkte (43,7 %) über dem gesamtstädtischen Wert (37,3 %).
- Auch wenn der Mikrozensus keine Vollerhebung darstellt und die gesundheitlichen Aspekte auf freiwilliger Basis abgefragt werden, lassen sich hieraus grundlegende Tendenzen ableiten. So wären verstärkte präventive Angebote zum Thema Rauchen insbesondere für die weibliche Bevöl-

¹⁰⁹ Angabe bezieht sich auf die Bevölkerung mit Angaben zu Körpergröße und Körpergewicht

¹¹⁰ Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg – Mikrozensus 2017 (Zusatzprogramm Gesundheit)

kerung wünschenswert. Auch das Thema Körpergewicht im Zusammenhang mit den Aspekten Ernährung und Bewegung sollte für die Zielgruppe der erwachsenen Frauen im Fokus der Gesundheitsförderung stehen.

7 Umwelteinflüsse

Umweltfaktoren beeinflussen erheblich die Gesundheit und das Wohlbefinden der Bevölkerung. Das trifft insbesondere auf Personen zu, die in einer Metropole wie Berlin leben. Neben Einflussfaktoren wie der Luftverschmutzung und der Lärmbelastung spielt auch die Lichtverschmutzung eine bedeutende Rolle. Der Berliner Senat hat mit seinem ersten Basisbericht zur Umweltgerechtigkeit im Jahr 2015 erstmals eine kleinräumige Umweltbelastungsanalyse durchgeführt, um die großen Unterschiede in den Belastungen innerhalb Berlins aufzuzeigen. Dabei sind vor allem Bevölkerungsgruppen mit geringerem Einkommen bzw. niedrigerem Bildungsstand häufiger diesen Belastungen ausgesetzt¹¹¹. Dieses kleinräumige Monitoring soll als Teil der Berliner Umweltgerechtigkeitskonzeption fortgeschrieben werden. Diese Konzeption verfolgt das Ziel, die Umweltqualität in Berlin zu verbessern. Im Rahmen dieses Berichtes sollen nachfolgend die Ergebnisse der Kernindikatoren Lärm, Luftbelastung, Bioklimatische Bedingungen sowie die Grünversorgung für Lichtenberg näher betrachtet werden.

7.1 Luft

Schadstoffe in der Luft wirken sich negativ auf die menschliche Gesundheit aus, insbesondere in Metropolregionen mit hoher Einwohnerdichte, in denen die Belastung durch ein erhöhtes Verkehrsaufkommen sowie ansässige Industrie erhöht ist¹¹². Dennoch kann der Anteil der Schadstoffe in der Luft innerhalb eines städtischen Raums sehr unterschiedlich sein.

Im Rahmen der Studie zur Umweltgerechtigkeit wurde die Feinstaub (PM_{2,5})¹¹³- sowie Stickstoffdioxidbelastung (NO₂) für die einzelnen Planungsräume bestimmt. Dieser Wert bildet die flächengewichtete jährliche Luftbelastung mit Feinstaub und Stickstoffdioxid ab. Eine niedrige Belastung wurde für Planungsräume mit einer Konzentration für PM_{2,5} kleiner gleich 17,1 µg/Kubikmeter und NO₂ kleiner gleich 18,0 µg/Kubikmeter definiert. Dahingegen lag eine hohe Belastung bei Messwerten von mehr als 21,1 µg/Kubikmeter (PM_{2,5}) bzw. über 24,1 µg/Kubikmeter (NO₂) vor¹¹⁴.

7.2 Lärm

Lärmbelastung wirkt sich ebenfalls auf die Gesundheit des Menschen aus. Gerade im städtischen Raum variiert Lärm stark zwischen kleinräumigen Regionen¹¹⁵. Die Lärmbelastung wurde in Dezibel gemessen und dabei Lärm durch Straßen-, Schienen- sowie Luftverkehr berücksichtigt. Die Wirkung dieses Lärms wurde im Rahmen der o.g. Untersuchung monetär bewertet¹¹⁶ (durchschnittlicher Schaden durch Lärm pro Einwohner) und auf Ebene der Planungsräume dargestellt. Die durchschnittliche Lärmbelastung pro Einwohner beträgt in Berlin insgesamt knapp 45 Euro pro Jahr¹¹⁷. Eine „niedrige/sehr niedrige“ Belastung legt jährlich durchschnittliche externe Kosten von bis zu 21 Euro zugrunde. Eine „hohe/sehr

¹¹¹ Vgl. SenUVK (2019), S. 18.

¹¹² Vgl. SenUVK (2019), S. 152.

¹¹³ Hierbei wurde der Feinstaub mit einem Durchmesser von kleiner als 2,5 Mikrometer berücksichtigt (kurz: PM_{2,5}). Dieser ist aufgrund seiner Größe ein besonderes Gesundheitsrisiko; vgl. Umweltbundesamt (2019).

¹¹⁴ Vgl. SenUVK (2019), S. 155.

¹¹⁵ Vgl. SenUVK (2019), S. 147.

¹¹⁶ Anhand von Kostensätzen, die eine Bewertung von Umweltschäden durch Verkehrslärm zugrunde legen, erfolgt eine Bestimmung der entstehenden externen Kosten (da in der Regel Dritte negativ vom Lärm beeinträchtigt werden). Diese werden je Einwohner dargestellt.

¹¹⁷ Vgl. SenUVK (2019), S. 148.

hohe“ Belastung liegt bei durchschnittlichen Kosten von 42 bis 100 Euro je Einwohner des Planungsraumes vor.

7.3 Grünversorgung

Ein weiterer Kernindikator, der im Rahmen der Umweltgerechtigkeitsstudie herangezogen wurde, ist die Versorgung des Planungsraumes mit Grünflächen. Insbesondere im urbanen Raum spielt Stadtgrün eine wichtige Rolle. Neben einem Beitrag zur Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit durch die Schaffung öffentlicher Erholungs- und Bewegungsflächen für die Bevölkerung, kommen städtischen Grünflächen weitere wichtige Rollen zu. Dazu gehören u.a. Kühlung und Sonnenschutz, der Schutz vor Staub und Lärm sowie die Sauerstoffversorgung¹¹⁸.

Die Versorgung mit Grünflächen wird in „wohnungsnahe“ sowie „siedlungsnahe“ Freiräume unterschieden. Wohnungsnahe Flächen sind solche, die in einem Einzugsgebiet maximal 500 Meter um die Wohnung liegen. Siedlungsnahe Flächen sind 1.000 bis 1.500 Meter von der Wohnung entfernt. Die Analyse basiert auf einer Versorgung der Bevölkerung im Umfang von 6 Quadratmetern wohnungsnahem Freiraum pro Einwohner und beim siedlungsnahen Freiraum 7 Quadratmetern pro Einwohner¹¹⁹. Darüber hinaus fand in der Berechnung auch die Versorgung mit halböffentlichen beziehungsweise privaten Grün- und Freiflächen Berücksichtigung. Aus den zusammengeführten Daten wurde ein Index gebildet. Der Wert 100 entsprach dabei der besten Versorgungsstufe, d.h., dass die Einwohner dieses Planungsraums am besten versorgt sind. Eine „gute/sehr gute“ Grünversorgung entsprach einem Index-Wert von 100 bis über 75, wohingegen eine „schlechte/sehr schlechte/nicht versorgte“ Region einen Wert zwischen 50 bis über 24 erzielte. Eine „mittlere“ Versorgung lag demnach bei einem Index-Wert von 75 bis über 50 vor¹²⁰.

7.4 Bioklimatische Belastung

Als bioklimatische Belastung wird „die Summe aller Klimafaktoren, die auf den Menschen und andere lebende Organismen einwirken und deren Wohlbefinden und Gesundheit beeinflussen“¹²¹ verstanden. Hierzu gehört neben Hitze und Kälte u.a. auch die Luftfeuchtigkeit sowie andere Wetterverhältnisse.

Diese Belastungen sind in dichtbesiedelten Gebieten, wie Großstädten, von besonderer Bedeutung und beeinflussen das dort vorherrschende Klima. Beispielsweise erfolgt im städtischen Raum während anhaltender Hitzeperioden in der Regel keine ausreichende nächtliche Abkühlung, da die Gebäude die gespeicherte Wärme des Tages abstrahlen. Die nächtliche Regeneration und der Schlaf des Menschen werden somit negativ beeinflusst. Das trifft insbesondere auf dicht bebaute Gebiete mit geringer Grünversorgung zu und hat neben Auswirkungen auf den Menschen auch Auswirkungen auf Flora und Fauna¹²². Davon betroffen sind insbesondere Kleinkinder sowie ältere Menschen.

Zur Einschätzung der bioklimatischen Belastung in Berlin im Rahmen der Umweltgerechtigkeit wurde die „physiologisch äquivalente Temperatur“ (thermischer PET-Index) unter Berücksichtigung des PMV-Index¹²³ herangezogen. In Tabelle 9 sind die Stufenkategorien, in die die Planungsräume kategorisiert wurden, erläutert.

¹¹⁸ Vgl. SenUVK (2019), S. 157.

¹¹⁹ Vgl. Ebd.

¹²⁰ Vgl. SenUVK (2019), S. 158.

¹²¹ SenUVK (2019), S. 162.

¹²² Vgl. SenUVK (2019), S. 162.

¹²³ Der PMV-Index gibt den Grad der Behaglichkeit in Abhängigkeit der Temperatur an. PMV steht dabei für predicted mean vote (vorausgesetzter mittlerer Wert).

Tabelle 9: Stufen der bioklimatischen Belastung im Rahmen der Umweltgerechtigkeitsstudie¹²⁴

Kategorie	PET (Nacht) in °C	PET (Tag) in °C	Bioklimatische Belastung
1	<10	<24	neutral/günstig/gering
2	15-21	24-31	belastet/weniger günstig/mittel
3	>24	>32	stark belastet/ungünstig/hoch

7.5 Mehrfachbelastungen

Die in den Kapiteln 7.1 bis 7.4 beschriebenen Kernindikatoren wurden für jeden Berliner Planungsraum berechnet. In Tabelle 10 sind die unterschiedlichen Belastungen für die 32 Lichtenberger Bezirksregionen dargestellt. Diese werden in der Tabelle im Kontext der sozialen Lage vor Ort betrachtet, da Personen mit niedrigem Sozialstatus tendenziell eher Belastungen durch die Umwelt ausgesetzt sind¹²⁵.

Tabelle 10: Umweltbelastungen und soziale Lage nach Planungsräumen im Bezirk Lichtenberg¹²⁶

Planungsregion	Lärm-belastung ¹²⁷	Luft-belastung ¹²⁸	Grünver-sorgung ¹²⁹	Bioklimatische Belastung ¹³⁰	Soziale Prob-lematik ¹³¹
Dorf Malchow	3	2	1	1	1
Dorf Wartenberg	2	1	1	1	1
Dorf Falkenberg	2	1	1	1	1
Falkenberg Ost	1	2	1	3	3
Falkenberg West	2	3	1	3	3
Wartenberg Süd	2	2	1	3	2
Wartenberg Nord	3	2	1	2	2
Zingster Straße Ost	2	1	1	3	3
Zingster Straße West	2	2	1	2	3
Mühlengrund	2	2	1	3	2
Malchower Weg	2	2	1	2	2
Hauptstraße	2	2	2	3	2
Orankestraße	1	2	1	2	1
Große-Leege-Straße	2	2	3	3	2
Landsberger Allee	2	2	1	3	2
Weißer Taube	2	2	1	3	1
Hohenschönhausener Straße	3	2	1	3	3
Fennpfuhl West	2	2	1	3	2
Fennpfuhl Ost	3	3	3	3	2
Herzbergstraße	2	2	1	3	2
Rüdigerstraße	2	2	2	3	2
Frankfurter Allee Süd	2	2	2	3	2
Victoriastadt	1	2	3	3	2
Weitlingstraße	2	2	2	3	2
Rosenfelder Ring	3	3	2	3	2
Gensinger Straße	3	2	2	3	2
Tierpark	3	2	2	2	3
Sewanstraße	2	2	1	3	2
Rummelsburg	2	2	1	3	2
Karlshorst West	1	2	3	3	2
Karlshorst Nord	2	2	1	2	1
Karlshorst Süd	3	2	1	1	2

¹²⁴ Quelle der Tabelle: SenUVK (2019), S. 163.

¹²⁵ Vgl. RKI (2015); S. 187.

¹²⁶ Quelle der Tabelle: SenUVK (2019), S. 374.

¹²⁷ Stand 2012

¹²⁸ Stand 2009

¹²⁹ Stand 2012

¹³⁰ Stand 2012

¹³¹ Statusindex nach Monitoring Soziale Stadtentwicklung 2013; ein höherer Wert stellt eine höhere Belastung in diesem Planungsraum dar.

Es wird deutlich, dass in einigen Planungsräumen mehrere der Belastungsfaktoren als hoch bzw. sehr hoch bewertet wurden. Hierzu gehören bspw. die Planungsräume Fennpfuhl Ost, Rosenfelder Ring, Falkenberg West sowie Hohenschönhausener Straße. Tendenziell lagen sowohl im nördlichsten als auch im südlichsten Teil des Bezirks deutlich geringere Belastungen vor.

7.6 Zwischenfazit

- Belastungen durch Lärm, Luftverschmutzung und bioklimatische Belastung sind innerhalb des Bezirks Lichtenberg sehr unterschiedlich verteilt. Eine Häufung von umweltbedingten Belastungen lag laut Umweltgerechtigkeitsbericht in Fennpfuhl Ost, Rosenfelder Ring, Hohenschönhausener Straße sowie Falkenberg West vor.
- Eine mittel- bzw. langfristige Abschätzung der (individuellen) gesundheitlichen Folgen dieser Belastungen ist zwar nicht möglich, jedoch sollten diese zusätzlichen Belastungen bei der Planung/Durchführung von Angeboten/Aktivitäten im Planungsraum berücksichtigt werden.

8 Gesundheitliche Versorgung

Das vorhandene gesundheitliche Versorgungssystem wirkt sich auf die gesundheitliche Lage der Bevölkerung aus. Wenn medizinische bzw. gesundheitliche Angebote nicht dem Bedarf entsprechend verfügbar sind, können diese auch nicht im erforderlichen Maße in Anspruch genommen werden. Des Weiteren nehmen auch die Rahmenbedingungen eines Versorgungssystems Einfluss auf die Gesundheit der Bevölkerung, bspw. durch erschwerte Zugangswege für bestimmte Bevölkerungsgruppen zur medizinischen Versorgung. Das steht im Gegensatz zu einer gesundheitlichen Chancengleichheit für die gesamte Bevölkerung.

Grundsätzlich sind die Ursachen für eine nicht ausreichende medizinisch bzw. gesundheitliche Versorgung vielfältig. Ein Grund sind bspw. regionale Disparitäten in der ärztlichen Versorgung. Das gilt gleichermaßen für die ambulante ärztliche Versorgung als auch die Krankenhausversorgung. Eine weitere Ursache ist der zunehmende Fachkräftemangel im Gesundheits- und Sozialwesen. Auch die geringe Durchlässigkeit der verschiedenen Versorgungssektoren stellt einen weiteren Grund dar¹³². Zusätzlich erschwert die Trennung der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung in zwei Sektoren gleiche Zugangsmöglichkeiten für die gesamte Bevölkerung.

Im nachfolgenden Kapitel sollen einige zentrale Aspekte der gesundheitlichen Versorgung im Bezirk Lichtenberg näher betrachtet werden.

8.1 Ambulante ärztliche Versorgung

Die ambulante ärztliche Versorgung basiert auf der sogenannten Bedarfsplanungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses. Diese gilt für das gesamte Bundesgebiet. In der Richtlinie werden für definierte Planungsregionen je Arztgruppe Verhältniszahlen (Arzt je Einwohner) festgelegt¹³³. Darüber hinaus werden kleinräumige soziodemografische Aspekte berücksichtigt. Hieraus errechnet sich der jeweilige regionale Versorgungsgrad je Arztgruppe. Der Versorgungsauftrag liegt im Land Berlin bei der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin (KV Berlin). Für Berlin besteht die zusätzliche Herausforderung, dass die Stadt seit 2003 als nur eine Planungsregion festgeschrieben ist, sodass strukturelle Unterschiede bis 2013 innerhalb der Bezirke keine Berücksichtigung fanden.

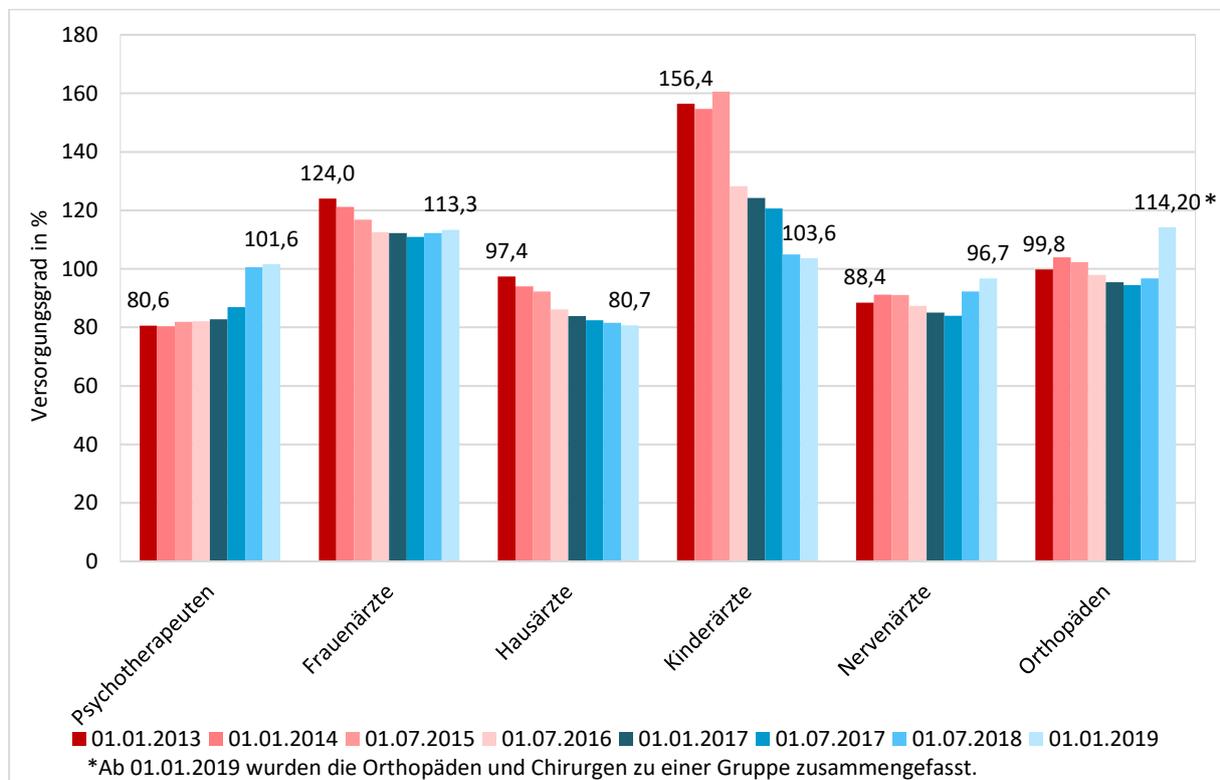
¹³² Vgl. BPB (2018)

¹³³ Vgl. Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen (2003), S. 434.

Dadurch entwickelte sich im Laufe der Zeit eine ungleiche Verteilung der Ärzteschaft, da Ärzte sich in der Vergangenheit vornehmlich in Bezirken mit einer höheren Anzahl an Privatpatienten niederließen. Diese Unterschiede bestehen z.T. noch heute (vgl. Abbildung 46).

Um diesem entstandenen Ungleichgewicht in der ärztlichen Versorgung innerhalb Berlins entgegenzuwirken, wurde im Jahr 2013 mit dem „Letter of Intent“ (LOI) ein Konzept zur Versorgungssteuerung auf Ebene der zwölf Bezirke entwickelt. Dafür wurde auf bezirklicher Ebene die Versorgung für jede Arztgruppe berechnet und aufgeschlüsselt. Als Indikator gilt dabei der jeweilige Versorgungsgrad, der unter Berücksichtigung der Bevölkerungs- und Sozialstruktur, die ärztliche Versorgung in jeder Arztgruppe definiert. Dabei stellt ein Versorgungsgrad von 100 % laut KV Berlin eine adäquate Versorgungslage dar. Seit Inkrafttreten des LOI sind Verlegungen von Praxissitzen aus Bezirken mit höherem Versorgungsgrad nur noch in solche mit niedrigerem Versorgungsgrad möglich. Das hat z.T. die Abwanderung von Ärzt*innen aus unterdurchschnittlich ausgestatteten Bezirken in noch schlechter ausgestattete Bezirke, so z.B. von Lichtenberg nach Marzahn-Hellersdorf zur Folge.

Abbildung 45: Versorgungsgrad bei unterschiedlichen (Fach)Arztgruppen in Lichtenberg im Zeitverlauf seit 2013 (in Prozent)¹³⁴



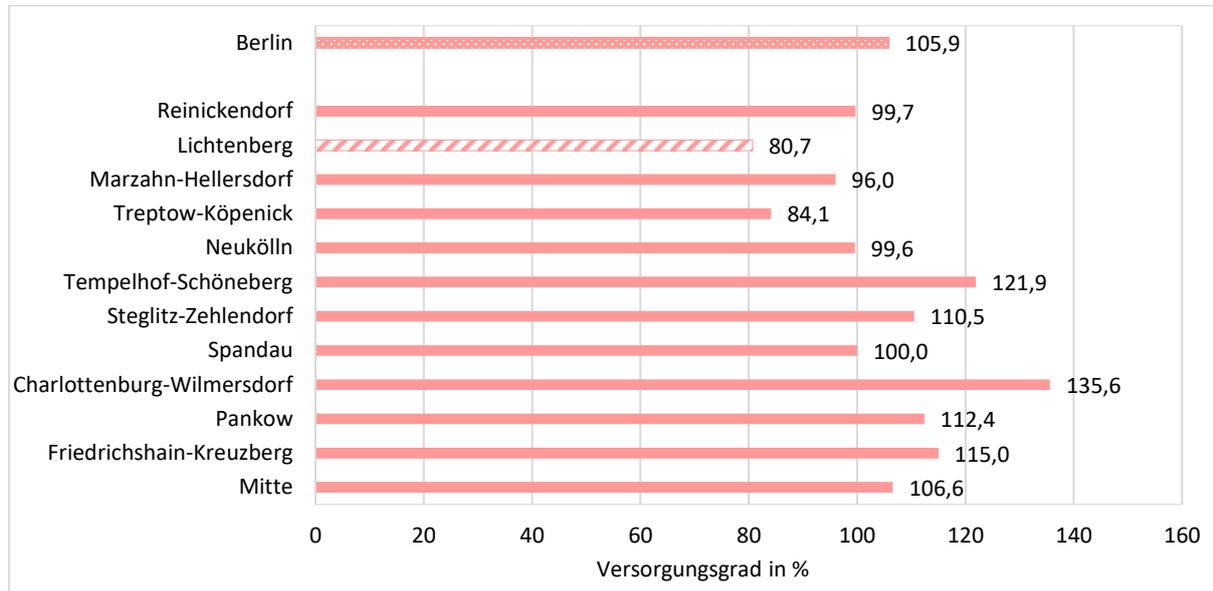
Wie aus Abbildung 46 hervorgeht, wies der Versorgungsgrad in der Gruppe der Hausärzt*innen am 01.01.2019 große Unterschiede auf. Während in Charlottenburg-Wilmersdorf die berlinweit beste hausärztliche Versorgung bestand (135,6 %), erzielte Lichtenberg mit einem Versorgungsgrad von 80,7 % Rang 12. In Berlin insgesamt lag dieser bei 105,9 %. Im Zeitverlauf betrachtet sank in Lichtenberg zwischen 2013 und 2019 der Versorgungsgrad von 97,4 % in 2013 auf 80,7 % in 2019 (vgl. Abbildung 45).

Da im Laufe des Jahres 2019 die Planungsregion Berlin für Hausärzt*innen teilentsperrt wurde, konnten sich zusätzliche Hausärzt*innen in schlechter versorgten Bezirken wie Lichtenberg, Treptow-Köpe-

¹³⁴ Datenquelle: Gemeinsames Landesgremium – Ambulante Bedarfsplanung und Versorgungssteuerung; Fortschreibung gemäß Protokollnotiz zum Letter of Intent (Stand 01.01.2019)

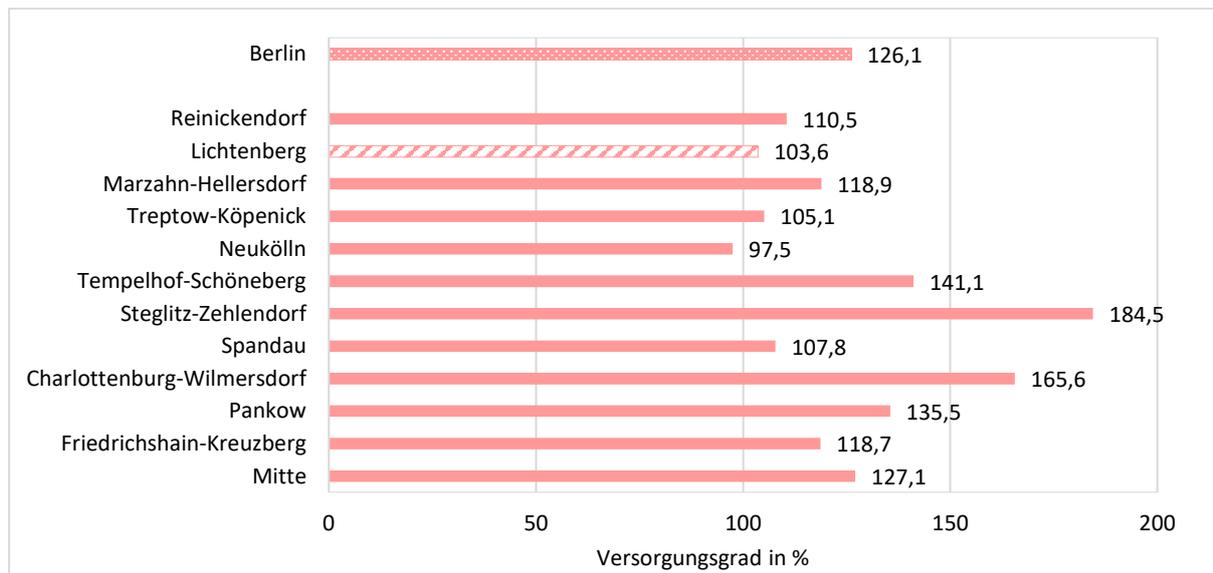
nick und Marzahn-Hellersdorf niederlassen. Auch wenn davon auszugehen ist, dass sich die Versorgungslage in Lichtenberg bei den Hausärzt*innen inzwischen leicht verbesserte, besteht mutmaßlich weiterhin ein Bedarf an zusätzlicher hausärztlicher Versorgung in Lichtenberg.

Abbildung 46: Versorgungsgrad¹³⁵ in den Bezirken bei der Gruppe der Hausärzt*innen am 01.01.2019 (in Prozent)¹³⁶



Neben der hausärztlichen Versorgung sind auch andere Facharztgruppen im Bezirk unterdurchschnittlich besetzt. Das trifft insbesondere auf die kinderärztliche Versorgung zu. So sank in Lichtenberg seit 2013 der Versorgungsgrad mit Kinderärzt*innen um 52,8 Prozentpunkte auf 103,6 % (vgl. Abbildung 45). In Berlin lag dieser am Stichtag 01.01.2019 bei 126,1 %.

Abbildung 47: Versorgungsgrad in den Bezirken bei der Gruppe der Kinderärzt*innen am 01.01.2019 (in Prozent)¹³⁷



¹³⁵ Der Versorgungsgrad gibt auf Grundlage der Arzt-Einwohner-Verhältnisse an, wie gut die Versorgung im Bezirk ist. Definitorisch besteht laut Kassenärztlicher Vereinigung bei der hausärztlichen Versorgung ab einem Versorgungsgrad von <75 % eine Unterversorgung. Bei Fachärzt*innen tritt eine Unterversorgung ab einem Versorgungsgrad von <50 % auf.

¹³⁶ Datenquelle: Gemeinsames Landesgremium – Ambulante Bedarfsplanung und Versorgungssteuerung; Fortschreibung gemäß Protokollnotiz zum Letter of Intent (Stand 01.01.2019)

¹³⁷ Datenquelle: Gemeinsames Landesgremium – Ambulante Bedarfsplanung und Versorgungssteuerung; Fortschreibung gemäß Protokollnotiz zum Letter of Intent (Stand 01.01.2019)

Es ist davon auszugehen, dass sich die am 01.07.2019 in Kraft getretene neue Bedarfsplanungsrichtlinie, die geringere Arzt-Einwohner-Verhältniszahlen unter Berücksichtigung der regionalen Morbiditäts-, Alters- und Geschlechtsstruktur für die Facharztgruppen definiert, auf die Versorgungsgrade in den Berliner Bezirken auswirken wird.

8.2 Krankenhausversorgung

Die Krankenhausversorgung unterliegt deutschlandweit den jeweiligen Landeskrankenhausplanungen. In Berlin obliegt die Fortschreibung der Landeskrankenhausplanung der für Gesundheit zuständigen Senatsverwaltung. Berlin ist darin in sechs Versorgungsregionen geteilt. Lichtenberg bildet gemeinsam mit dem Bezirk Marzahn-Hellersdorf die Region Ost¹³⁸. Der aktuell geltende Krankenhausplan ist aus dem Jahr 2016.

Laut der Krankenhausstatistik standen für die stationäre medizinische Versorgung der Bevölkerung in der Region Ost im Jahr 2017 insgesamt 2.340 Krankenhausbetten zur Verfügung. Das entspricht 4,23 Betten je 100.000 Einwohnern. In Berlin betrug dieser Anteil insgesamt 5,89 Betten je 100.000 Einwohner und somit 30 % mehr als in der Region Ost¹³⁹. Das bedeutet, dass für die Krankenhausversorgung in den Bezirken Marzahn-Hellersdorf und Lichtenberg in Bezug auf die Bevölkerungszahl weniger Betten zur Verfügung stehen als in Berlin insgesamt.

Zwar gehörte Lichtenberg zu den Bezirken mit einer vergleichsweise unterdurchschnittlichen Zahl an vollstationären Behandlungsfällen (vgl. Kapitel 5.1), allerdings lagen diese 2016 nur 4,7 Prozent (weiblich) bzw. 2,8 Prozent (männlich) unter den gesamtstädtischen Behandlungszahlen, sodass die Zahl der Krankenhausbetten im Verhältnis zur Inanspruchnahme der Bevölkerung niedriger ist als im Durchschnitt.

8.3 Pflegerische Versorgung

Der pflegerische Bereich steht aktuell in Deutschland vor einer Vielzahl von Herausforderungen, die sich alle direkt oder indirekt auf die Versorgungssituation der pflegebedürftigen Personen auswirken. Ein zentraler Aspekt ist hierbei der zunehmende Fachkräftemangel, der neben der demografischen Bevölkerungsentwicklung in Deutschland u.a. durch die hohe körperliche Anstrengung der pflegerischen Tätigkeit sowie Schichtarbeit bei vergleichsweise geringer Vergütung bedingt wird. Die anspruchsvolle pflegerische Tätigkeit hat zur Folge, dass viele Pflegekräfte nicht (mehr) in Vollzeit arbeiten wollen bzw. können. Gleichzeitig bietet die Beschäftigung von Teilzeitkräften für Arbeitgeber die Möglichkeit einer höheren Flexibilität bei der Schichtplanung. Auch die generalisierte Pflegeausbildung, die ab 01.01.2020 in Kraft tritt, wird sich mittelfristig auf die pflegerische Versorgung auswirken.

Da zur pflegerischen Versorgungssituation im Bezirk Lichtenberg nur wenige Daten vorliegen, soll in diesem Kapitel mithilfe der fachlichen Einschätzungen bzw. Erfahrungen des Pflegestützpunkts Lichtenberg sowie des Amtes für Soziales des Bezirksamts Lichtenberg versucht werden, die von den Akteuren wahrgenommene Versorgungssituation im Bezirk darzustellen. Beide Institutionen sind im Sprecherrat des Geriatriisch-Gerontopsychiatrischen Verbundes Lichtenberg (GGV)¹⁴⁰ vertreten.

8.3.1 Ambulante Pflege

Die ambulante pflegerische Versorgung durch einen Pflegedienst wird wie die ärztliche sowie Krankenhausversorgung auf Landesebene geregelt. Dazu schließen die Landesverbände der Pflegekassen mit

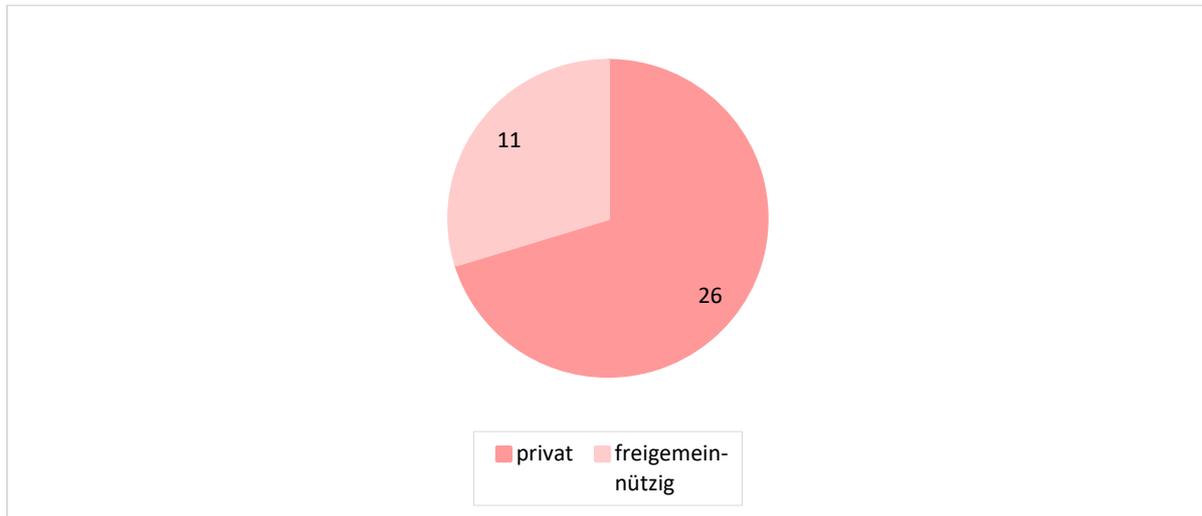
¹³⁸ Vgl. SenGesSoz (2016), S. 23.

¹³⁹ Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg / SenGPG Berlin / Berechnung: SenGPG - I D

¹⁴⁰ Der GGV Lichtenberg ist ein Netzwerk aus ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen, Ärzten, Therapeuten, Beratungsstellen und kommunalen Sozialhilfeträgern, was das Ziel verfolgt eine ganzheitliche und bedarfsgerechte Versorgung bzw. Betreuung älterer Menschen im Bezirk zu ermöglichen.

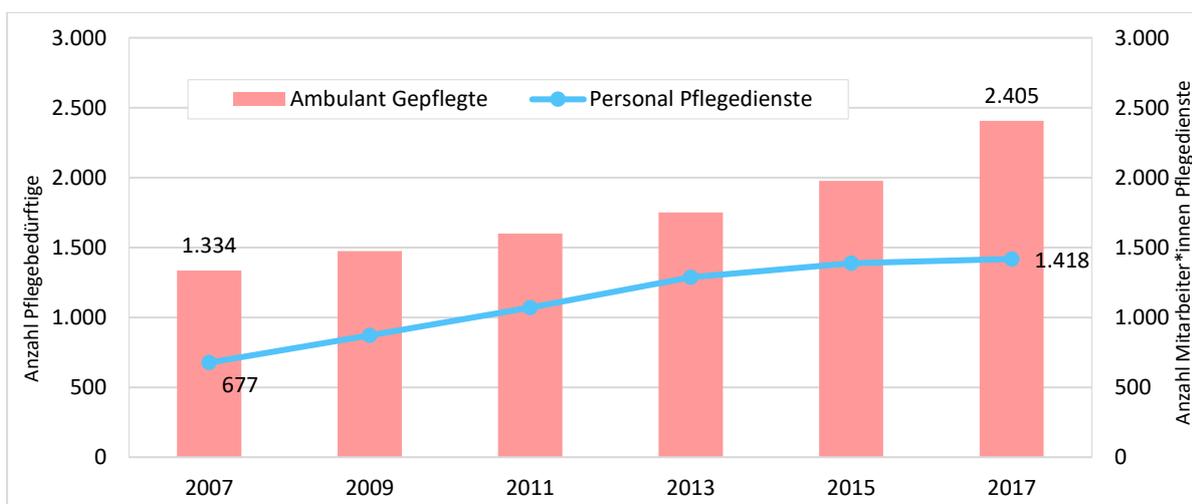
dem Land Berlin sowie den Verbänden der Leistungserbringer einen Rahmenvertrag gemäß §75 Abs. 1 und 2 SGB XI für die ambulante Pflege (Grundpflege) ab. Darüber hinaus gibt es Leistungen, die zur Behandlungspflege gehören und von den Pflegediensten mit den Krankenkassen (SGB V) abgerechnet werden. Während es im Jahr 2007 noch 19 Pflegedienste in Lichtenberg gab, waren es in 2017 insgesamt 37. Davon waren 70 % in privater Trägerschaft, während 30 % von freigemeinnützigen Trägern betrieben wurden (vgl. Abbildung 48).

Abbildung 48: Anzahl der Pflegedienste in Lichtenberg 2017 nach Trägerschaft (absolut)¹⁴¹



Wie bereits in Kapitel 5.4 dargestellt, wurden im Jahr 2017 ca. 2.400 Personen im häuslichen Umfeld durch ambulante Pflegedienste versorgt. In Abbildung 49 wird die Anzahl der in ambulanten Pflegediensten tätigen Personen im Zeitverlauf dargestellt. Während im Betrachtungszeitraum seit 2007 die Zahl an Pflegebedürftigen um 80 % anstieg, erhöhte sich die Zahl der Pflegekräfte um ca. 110 %. Laut Pflegestatistik waren 2017 mehr als die Hälfte der Mitarbeiter*innen in der ambulanten Pflege teilzeitbeschäftigt, sodass nicht zwangsläufig von einer Verbesserung der Versorgungslage für Betroffene ausgegangen werden kann.

Abbildung 49: Entwicklung der Anzahl der gepflegten Personen und des Personals in ambulanten Pflegediensten in Lichtenberg zwischen 2007 und 2017 (absolut)¹⁴²



¹⁴¹ Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg – Pflegestatistik 2017 (Stichtag: 15.12.2017)

¹⁴² Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg – Pflegestatistik 2007, 2009, 2011, 2013, 2015, 2017 (Stichtag jeweils 15.12.)

Laut Einschätzung des Pflegestützpunktes Lichtenberg hat sich die Personalsituation in der häuslichen Pflege seit 2010 deutlich verschärft, denn der zunehmende Fachkräftemangel schlägt sich besonders in der ambulanten Pflege nieder. Das könnte u.a. auf die besonderen Herausforderungen in der häuslichen Pflege zurückzuführen sein (z.B. alleine unterwegs zu sein, schneller Wechsel zwischen Pflegebedürftigen, Straßenverkehr/Parksituation, hoher Zeitdruck). Des Weiteren ist in der ambulanten Pflege das Gehaltsniveau oftmals geringer als in der stationären Pflege oder im Krankenhaus¹⁴³. Das führt wiederum dazu, dass Pflegedienste zum Ausgleich von personellen Engpässen Leasingkräfte einsetzen, was in der Praxis zu zahlreichen Problemen führt.

Der im Jahr 2017 eingeführte neue Pflegebedürftigkeitsbegriff und die damit einhergehenden Pflegegrade orientieren sich an den Ressourcen des Pflegebedürftigen und nicht (wie davor) an der Zeit, die vom Pflegebedürftigen benötigt wird, um bestimmte Tätigkeiten selbst oder mit Unterstützung durchzuführen. Das kann insbesondere in der ambulanten Pflege zur Folge haben, dass die Durchführung der pflegerischen Tätigkeiten bei einem Klienten/einer Klientin länger dauert als in der Tourenplanung vorgesehen. Der hierdurch bedingte zusätzliche Zeitdruck führt sowohl bei Klient*innen als auch bei den Pflegekräften zu großer Unzufriedenheit.

Zwar kann nach Einschätzung des Amtes für Soziales in Lichtenberg eine wohnortnahe Versorgung noch größtenteils abgesichert werden, allerdings wird zunehmend wahrgenommen, dass Pflegedienste aufgrund Personalmangels keine neuen Klienten mehr aufnehmen bzw. lange Wartezeiten bis zur Vermittlung bestehen. Der Pflegestützpunkt berichtete in Einzelfällen von erfolgten Kündigungen des Pflegevertrages aufgrund von Personalengpässen. Durch die geringen vorhandenen freien Kapazitäten bei den Pflegediensten wird so die Wahlfreiheit der Klient*innen gefährdet.

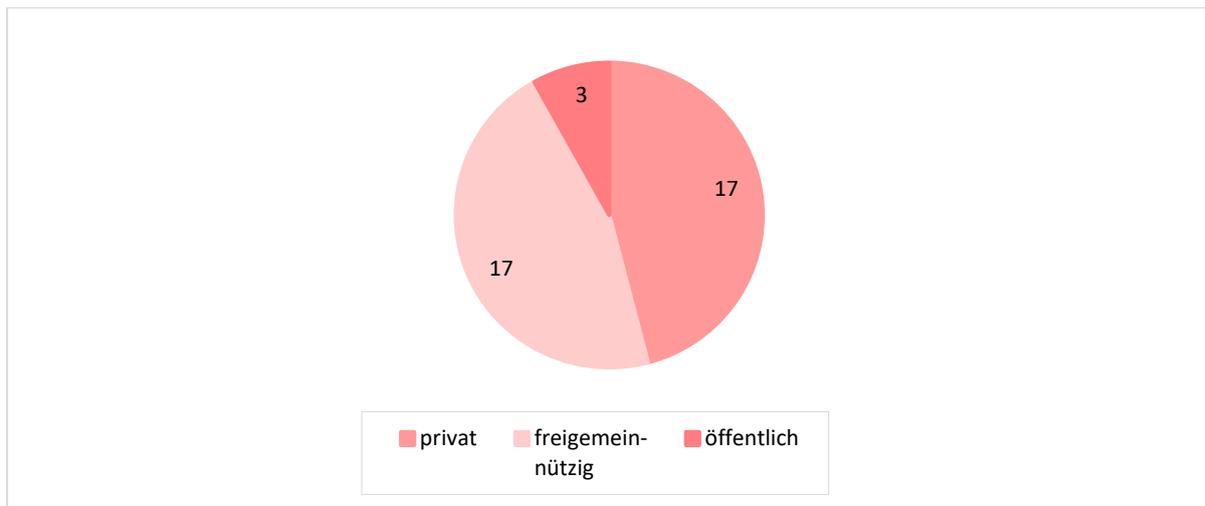
Schwierigkeiten bereitet es insbesondere einen Pflegedienst zu finden, der Behandlungspflege (nach SGB V) durchführt. Auch hauswirtschaftliche Leistungen werden teilweise durch die Pflegedienste nicht mehr angeboten. Sowohl der Pflegestützpunkt Lichtenberg als auch das Amt für Soziales teilten die Einschätzung, dass es für Personen mit speziellen Versorgungsbedarfen wie Demenz, Sucht, psychischen Erkrankungen, interkulturelle Pflege sowie jüngere pflegebedürftige Menschen in Lichtenberg keine (ausreichenden) ambulanten Versorgungsangebote gibt. Das gilt auch für Assistenzpflegefälle, da hier berlinweit nur wenige Pflegedienste einen speziellen Versorgungsvertrag haben.

Die Mitarbeiter*innen aus dem Amt für Soziales nehmen Verbesserungen im Entlassungsmanagement nach einem Krankenhausaufenthalt wahr. So bestehen bspw. Kooperationen zwischen Krankenhäusern und Pflegediensten bzw. die Krankenhäuser arbeiten eng mit Pflegestützpunkten und Sozialämtern zusammen. Auch der Pflegestützpunkt bewertet die Vermittlung an einen Pflegedienst nach einem Krankenhausaufenthalt als vergleichsweise unkompliziert, während sich die Suche nach einem Pflegedienst für Privatpersonen oftmals langwierig gestaltet.

8.3.2 Stationäre Pflege

Die stationäre pflegerische Versorgung wird wie die ambulante pflegerische Versorgung auf Landesebene geregelt. Dazu schließen die Landesverbände der Pflegekassen mit dem Land Berlin sowie den Verbänden der Leistungserbringer einen Rahmenvertrag gemäß §75 Abs. 1 und 2 SGB XI für die vollstationäre Pflege ab. Stationäre Pflege lässt sich in die Bereiche Kurzzeitpflege und Dauerpflege unterteilen. Von den 37 stationären Pflegeeinrichtungen in Lichtenberg (vgl. Abbildung 50), die es 2017 im Bezirk gab, boten 27 Einrichtungen ausschließlich Dauerpflege und die restlichen Einrichtungen Tagespflege an. Jeweils ca. 46 % der Einrichtungen befanden sich in privater bzw. freigemeinnütziger Trägerschaft. Die verbleibenden 8 % der Einrichtungen waren in öffentlicher Hand. Ende 2017 gab es in Lichtenberg insgesamt 3.182 Plätze in stationären Pflegeeinrichtungen, davon 187 im Bereich der Tagespflege.

¹⁴³ Vgl. Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, S. 5.

Abbildung 50: Anzahl der stationären Pflegeeinrichtungen in Lichtenberg 2017 nach Trägerschaft (absolut)¹⁴⁴

Lichtenberg verfügt über eine große Anzahl von stationären Pflegeheimen, ein Zentrum für Beatmung und Intensivpflege und eine Vielzahl von Trägern, die Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz und alternative Wohnformen anbieten.

Im Bereich der stationären Pflege nahm die Anzahl an pflegebedürftigen Personen seit 2007 in Lichtenberg um 271 Personen zu (vgl. Abbildung 51). Das entsprach einem Zuwachs von 11 %. Im selben Zeitraum stieg die Zahl der in der Pflege tätigen Personen um 26 % (+398 Mitarbeiter*innen) an. Wie auch in der ambulanten Pflege war im Betrachtungszeitraum die Zunahme an Pflegepersonal statistisch größer als an pflegebedürftigen Personen. Da mehr als die Hälfte der berufstätigen Personen in Teilzeit beschäftigt war, kann aber nicht zwangsläufig von einer besseren Versorgungslage im Bezirk ausgegangen werden.

Aufgrund des Fachkräftemangels kommt es in den letzten Jahren in der stationären Pflege zu einem vermehrten Einsatz von Leasingkräften. Diese Praxis ermöglicht Pflegekräften, zu deutlich attraktiveren Konditionen in ausgewählten Einrichtungen tätig zu sein. Personalleasing erschwert das Zusammenwachsen der Pflegeteams und die Kontinuität des Pflegepersonals. Darüber hinaus besteht eine hohe Fluktuation bei den Pflegekräften. Diese beiden Aspekte haben einen ständigen Wechsel der Bezugspflegekraft zur Folge. Auch neue Wohnbereiche können z.T. nicht öffnen, da die Fachkräfte fehlen.

Die Mitarbeiter*innen des Pflegestützpunktes Lichtenberg schätzen die stationäre pflegerische Versorgungslage im Bezirk bis vor ca. zwei Jahren als gut ein. Seitdem wurden jedoch einige größere Einrichtungen in anderen Bezirken geschlossen, sodass ein Teil der Klient*innen in Lichtenberger Pflegeeinrichtungen umzog. Das hatte zur Folge, dass inzwischen kaum noch freie Platzkapazitäten vorhanden sind und Wartezeiten entstehen. Die Versorgung für pflegebedürftige Personen ohne besondere pflegerische Bedarfe kann aktuell jedoch noch gewährleistet werden.

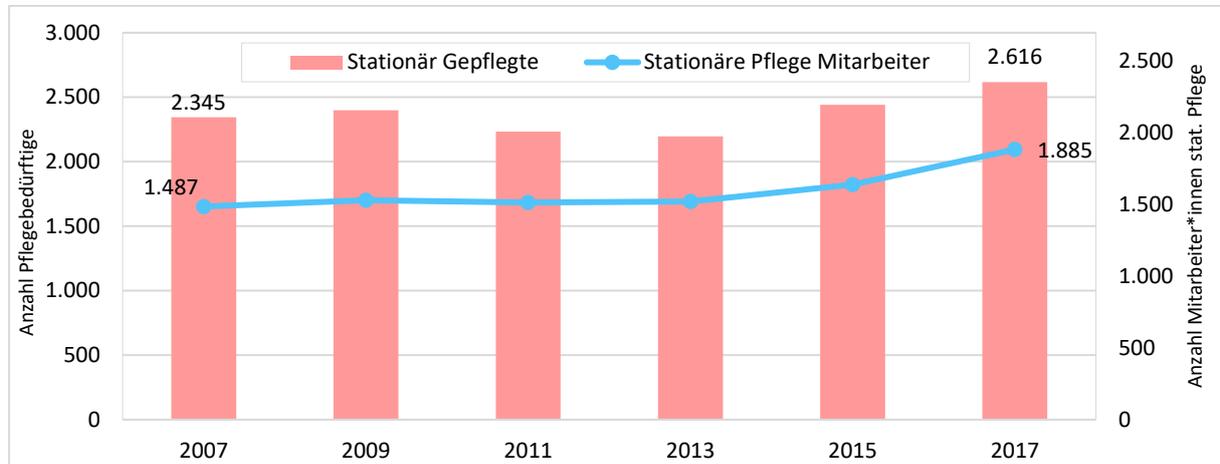
Nach Einschätzung des Amtes für Soziales sowie des Pflegestützpunktes ist die Versorgungslage vor allem für Personen mit besonderem Pflegebedarf, z.B. demenzieller Erkrankung bzw. psychischer Erkrankung oder auch Adipositas schwierig. Das trifft vornehmlich auf Menschen mit einer fortgeschrittenen Demenz und Hinlauff Tendenz¹⁴⁵ zu. Die geringe Zahl an vorhandenen Platzangeboten kann den Bedarf im Bezirk nicht decken. Das hat zur Folge, dass es bspw. bei Demenzerkrankungen lange Wartelisten für Zeiträume von bis zu sechs Monaten oder sogar länger gibt.

¹⁴⁴ Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg – Pflegestatistik 2017 (Stichtag: 15.12.2017)

¹⁴⁵ Als Hinlauff Tendenz bezeichnet man bei demenziell erkrankten Personen die Tendenz in die für sie gewohnte Umgebung zurückkehren zu wollen (z.B. aus der Pflegeeinrichtung in der sie leben). Manche Personen fallen auch zurück in Ihre Kindheit und suchen nach dem Elternhaus.

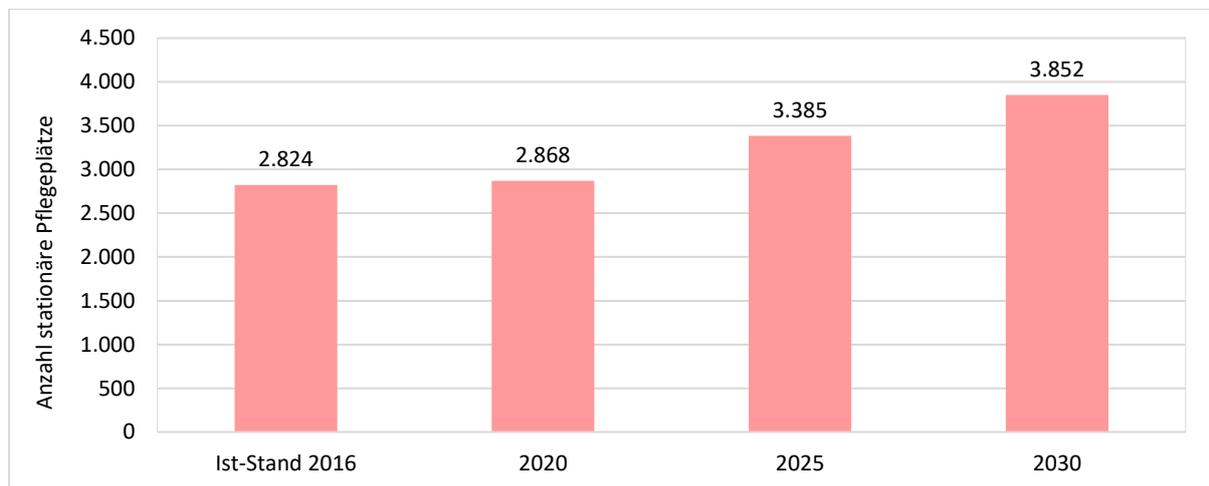
Im Bereich der Kurzzeitpflege gibt es lediglich einen Anbieter im Bezirk. Dieser kann die hohe Nachfrage nicht bedienen. Besonders ein spezialisiertes Kurzzeitpflegeangebot für Menschen mit einer fortgeschrittenen Demenz gibt es im Bezirk bislang nicht, obwohl es hierfür einen deutlichen Bedarf gibt.

Abbildung 51: Anzahl stationärer Pflegeeinrichtungen und Mitarbeiter*innen in der stationären Pflege in Lichtenberg im Zeitverlauf (absolut)¹⁴⁶



Die Senatsverwaltung für Gesundheit errechnete auf Grundlage der Bevölkerungsprognose bis 2030 den voraussichtlichen Bedarf an Platzkapazitäten in Lichtenberger Pflegeheimen. In der nachfolgenden Abbildung 52 ist diese Prognose dargestellt. Demnach ist bis zum Jahr 2030 eine Erweiterung der bisherigen Platzkapazitäten um ca. 1.000 Plätze erforderlich. Entsprechend wird auch der Bedarf an qualifiziertem Pflegepersonal weiter zunehmen. Da die Prognose lediglich die bezirkliche Bevölkerungsentwicklung zugrunde legt, wird ein zukünftiger erhöhter Bedarf bspw. aufgrund einer vermehrten Inanspruchnahme durch Klient*innen aus anderen Bezirken hierin nicht abgebildet.

Abbildung 52: Prognostischer Bedarf an Langzeitpflegeplätzen in Lichtenberg bis 2030¹⁴⁷



Auch wenn aktuell die allgemeine Versorgung in Pflegeeinrichtungen größtenteils noch gewährt werden kann, ist künftig aufgrund des Fachkräftemangels von einer Verschlechterung der Versorgungssituation auszugehen. Für Pflegebedürftige mit besonderem Pflegebedarf, wie einer demenziellen Erkrankung, sind bereits jetzt die Platzkapazitäten nicht in ausreichendem Maße vorhanden, sodass die Nachfrage nicht gedeckt werden kann.

¹⁴⁶ Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg / Berechnung: SenGPG - I A -

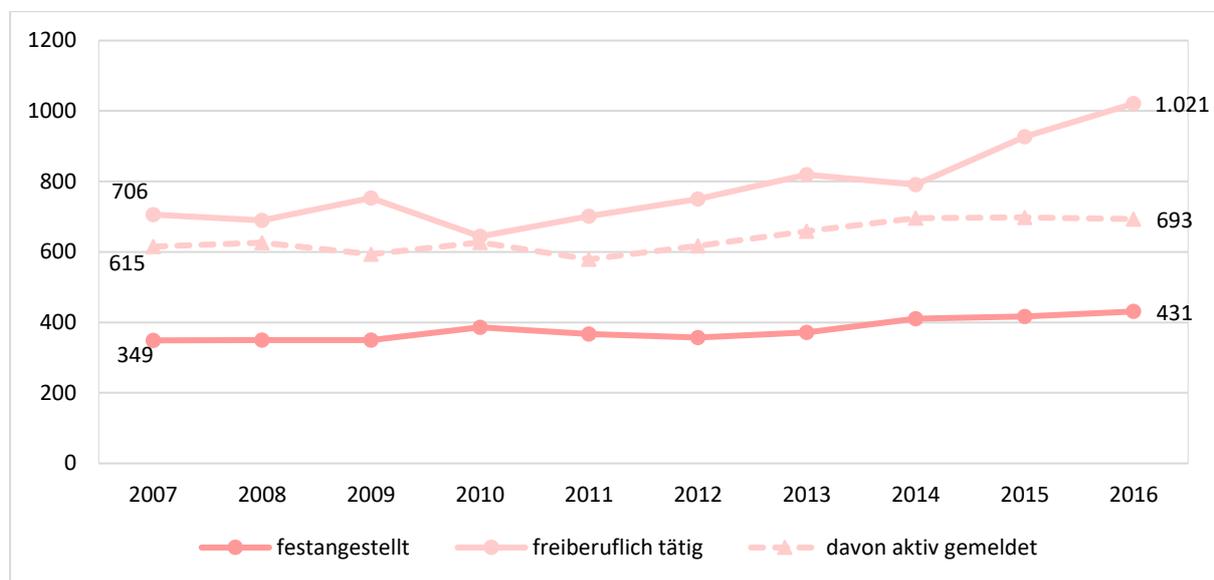
¹⁴⁷ Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg / SenGesSoz Berlin / Berechnung: SenGPG - II D -

Aufgrund der insgesamt zunehmend schwierigen Versorgungslage im pflegerischen Bereich im Zuge der demografischen Entwicklung ist von einer weiteren Zuspitzung der Lage in Berlin insgesamt und somit auch in Lichtenberg auszugehen.

8.4 Hebammenversorgung

Jede schwangere Frau hat in Deutschland Anspruch auf Hebammenhilfe. Die Gesamtzahl der in Berlin tätigen Hebammen bzw. Entbindungspfleger betrug 2005 1.025, wovon etwas mehr als ein Drittel als Angestellte im Krankenhaus beschäftigt war und knapp zwei Drittel freiberuflich tätig waren. Im Jahr 2016 betrug die Gesamtzahl der gemeldeten Hebammen bzw. Entbindungspfleger bereits 1.452 (vgl. Abbildung 53), wobei im Zeitverlauf vor allem bei der Anzahl der freiberuflich tätigen Hebammen bzw. Entbindungspfleger ein Zuwachs zu verzeichnen war. Von allen freiberuflichen Hebammen bzw. Entbindungspfleger waren im Jahr 2016 ca. 68 % als aktiv tätig gemeldet.

Abbildung 53: Entwicklung der in Berlin gemeldeten Hebammen bzw. Entbindungspfleger seit 2007 (absolut)¹⁴⁸



Wie aus Kapitel 4.1 hervorgeht, stieg seit 2005 die Zahl der Geburten in Berlin kontinuierlich an. Im Zeitverlauf nahm auch die Anzahl an Hebammen bzw. Entbindungspfleger zu. Auch wenn keine exakten Zahlen zur Versorgungssituation in den einzelnen Bezirken vorliegen, weicht die kleinräumige Versorgungslage in den Bezirken mutmaßlich sehr voneinander ab. Diese Einschätzung teilt auch der Berliner Hebammenverband e.V. Ursache hierfür ist, dass selbstständig tätige Hebammen bzw. Entbindungspfleger keiner zentralen Steuerung unterliegen und frei wählen können, in welchem Teil Berlins sie tätig werden. Des Weiteren variiert auch die Zahl der Geburten zwischen den Bezirken stark, sodass nicht überall in Berlin von einer bedarfsgerechten Versorgung ausgegangen werden kann.

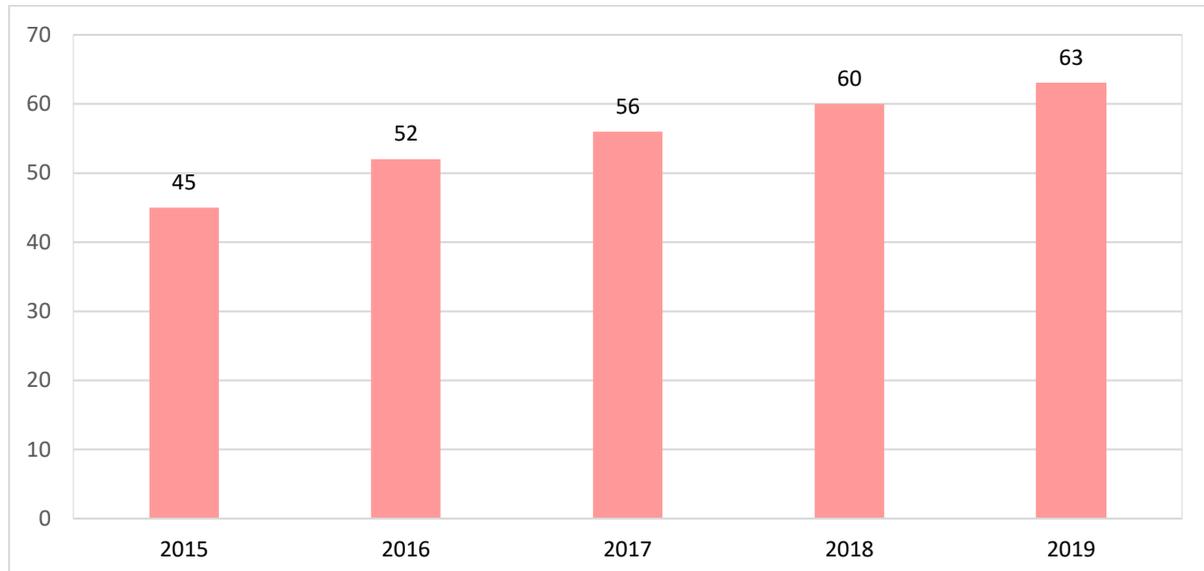
Zwar ist in Abbildung 54 zu erkennen, dass die Anzahl an gemeldeten Hebammen bzw. Entbindungspfleger in Lichtenberg seit 2015 um 40 % zunahm, allerdings ist hierbei nicht klar, in welchem Umfang diese berufstätig waren. Darüber hinaus geht daraus nicht hervor, was ihr jeweiliges Einzugsgebiet war bzw. ob sie durchgängig aktiv tätig waren.

Laut der fachlichen Einschätzung des Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD) des Gesundheitsamtes und dem Bereich „Frühe Hilfen“ des Bezirksamtes, findet nicht jede Frau, die Hebammenhilfe in Anspruch nehmen möchte, tatsächlich eine Hebamme bzw. einen Entbindungspfleger. Auch die Familienhebammen im kommunalen Netzwerk Frühe Hilfen des Trägers FamilienANlauf e.V. betreuen

¹⁴⁸ Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg / LAGeSo Berlin / Berechnung: SenGPG - I A – (Stand jeweils 31.12.)

regelmäßig Klientinnen, die für die Nachsorge keine Hebammen finden können. Der Bedarf an Hebammenversorgung wird in den kommenden Jahren aufgrund der steigenden Geburtenzahlen in Lichtenberg mutmaßlich weiter steigen.

Abbildung 54: Anzahl der freiberuflich gemeldeten Hebammen bzw. Entbindungspfleger in Lichtenberg im Zeitverlauf seit 2015 (absolut)¹⁴⁹



Neben der Vor- und Nachsorge der Schwangeren durch niedergelassene Hebammen bzw. Entbindungspfleger ist auch die Krankenhausversorgung für die Geburt wichtig. Hierfür stehen, wie in Kapitel 8.2 erläutert, je Versorgungsregion eine gewisse Anzahl an Betten zur Verfügung. Im Bereich Frauenheilkunde standen laut Landeskrankenhausplan 2016 in der Versorgungsregion Ost, zu der Lichtenberg zählt, 106 Betten (0,19 je 100.000 Einwohner) zur Verfügung¹⁵⁰. Im Jahr 2005 betrug diese Anzahl noch 163 Betten (0,33 je 100.000 Einwohner)¹⁵¹. Das zeigt, dass die Zahl der Krankenhausbetten bei steigenden Geburtenzahlen rückläufig war. Das galt gleichermaßen für Berlin, wo im selben Betrachtungszeitraum die Zahl von 0,4 Betten je 100.000 Einwohner auf 0,3 Betten je 100.000 Einwohner sank.

8.5 Versorgung mit Apotheken

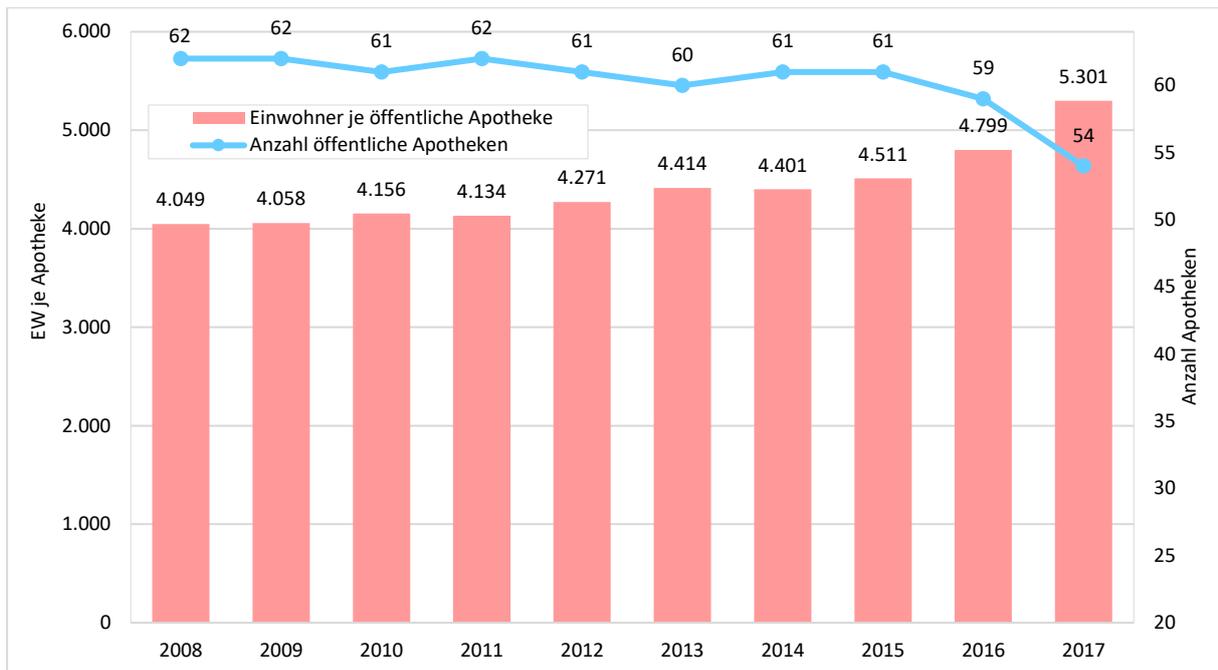
Auch die Verfügbarkeit von öffentlichen Apotheken ist für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung von Bedeutung¹⁵². In Abbildung 55 wird die Anzahl der Apotheken im Verhältnis zur Einwohnerzahl seit 2008 dargestellt. Dabei ist festzustellen, dass die Anzahl an öffentlichen Apotheken im Verlauf der letzten zehn Jahre rückläufig war, während die Lichtenberger Bevölkerung kontinuierlich stieg.

¹⁴⁹ Datenquelle: LAGeSo – Statistik für Medizinalfachberufe (Stand jeweils 31.12.)

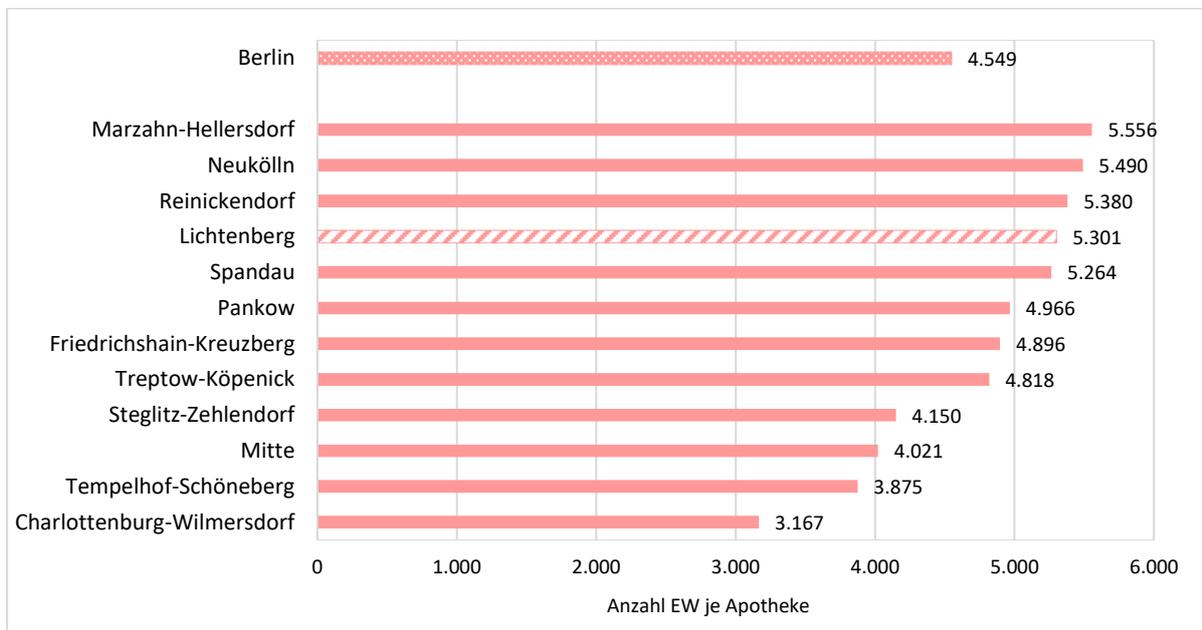
¹⁵⁰ Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg / SenGPG Berlin / Berechnung: SenGPG - I D -

¹⁵¹ Datenquelle: StaLa Berlin / SenGesSozV Berlin / Berechnung: SenGesSozV - II F -

¹⁵² Vgl. Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen (2003), S. 478.

Abbildung 55: Entwicklung der Anzahl öffentlicher Apotheken je Einwohner in Lichtenberg seit 2008 (absolut)¹⁵³

Im Vergleich zu den anderen Bezirken bzw. Berlin insgesamt ist die Apothekendichte deutlich unterdurchschnittlich. Somit erreichte Lichtenberg mit 5.301 Einwohner*innen je Apotheke Platz 4, hinter Marzahn-Hellersdorf, Neukölln und Reinickendorf. Dahingegen lag die Quote in Charlottenburg-Wilmersdorf bei 3.167 Einwohner*innen je Apotheke deutlich darunter (vgl. Abbildung 56).

Abbildung 56: Einwohner je Apotheke in den Bezirken 2017 (absolut)¹⁵⁴

Es wird deutlich, dass neben der zunehmend schwierigen ärztlichen sowie pflegerischen Versorgung auch die Versorgung mit Apotheken sich in Zukunft mutmaßlich weiter zuspitzen wird, da die Bevölkerung im Bezirk kontinuierlich zunimmt.

¹⁵³ Datenquelle: LAGeSo Berlin / Berechnung: SenGPG - I A – (Stand jeweils 31.12.)

¹⁵⁴ Datenquelle: LAGeSo Berlin / Berechnung: SenGPG - I A – (Stand 31.12.2017)

8.6 Gesundheitliche Versorgung von Geflüchteten

Menschen, die aufgrund von Kriegen oder Krisen ihre Heimatländer verlassen und als Asylbewerber nach Deutschland kommen, erhalten in Berlin seit 2016 nach ihrer Ankunft eine elektronische Gesundheitskarte. Hiermit können sie im Krankheitsfall ärztliche Leistungen in Anspruch nehmen. Gesetzliche Grundlagen hierfür sind §§ 4 und 6 des Asylbewerberleistungsgesetzes. Ein Behandlungsanspruch besteht demnach in akuten Krankheitsfällen, bei Schwangerschaft und Geburt¹⁵⁵ sowie zur Inanspruchnahme der empfohlenen Schutzimpfungen. Des Weiteren ist auch die Versorgung mit Arznei- sowie Verbandmitteln geregelt. In Berlin gibt es darüber hinaus einen Anspruch auf weitere Leistungen zum Erhalt der Gesundheit, wie bspw. bei chronischen Erkrankungen. Das bedeutet, dass diese Personengruppe weitestgehend die medizinische Regelversorgung in Anspruch nehmen kann, wie andere Bürger*innen auch.

Eine generelle Herausforderung bei der Inanspruchnahme von gesundheitlichen und medizinischen Angeboten stellt die sprachliche Barriere dar. Da Sprachmittlung nicht im engeren Sinne als medizinische Leistung gilt, werden die Kosten dafür auch nicht von den Krankenkassen getragen. Bisher erfolgte die Kostenübernahme für Sprachmittlung durch das Landesamt für Flüchtlingsfragen (LAF) und wurde vom Gemeindedolmetschdienst Berlin (GDD) erbracht. Menschen hingegen, die nicht mehr im Leistungsbezug des LAF waren, weil ihr Asylverfahren abgeschlossen war jedoch mangels Alternativen weiter in einer LAF-Unterkunft verblieben, konnten diese Option nicht nutzen. Das hat sich seit November 2019 geändert: Das von SenGPG geförderte Modellprojekt SprInt bietet medienbasierte Sprachmittlungsoptionen bei ärztlichen bzw. therapeutischen Leistungen an. Voraussetzung für die Inanspruchnahme ist jedoch, dass die Klient*innen bzw. Patient*innen in einer LAF-Unterkunft leben. Menschen mit geringen Deutschkenntnissen im eigenen Wohnraum bleiben weiter darauf angewiesen, dass die kommunalen Strukturen auch ihren Bedürfnissen nachkommen.

Bereits bei der Vereinbarung von Terminen sehen sich Menschen mit geringen Deutschkenntnissen Hürden gegenüber – z.B. indem es ihnen nur selten gelingt, einen Termin zu vereinbaren. Auch Anrufe deutschsprechender Sozialarbeiter*innen der LAF-Unterkünfte führen nicht immer zum Ziel: Die Sozialteams berichten, dass nach der Nennung des Wohnortes der Patienten die Bereitschaft zur Terminvereinbarung merklich sinkt. Diese Erfahrung machen Geflüchtete nicht nur bei Kinderärzt*innen, sondern auch bei anderen Facharztgruppen.

Für jene Ärzt*innen im Bezirk, die ausländische Patienten mit geringen Sprachkenntnissen behandeln, ist es wichtig auf eine Sprachmittlung zur Verständigung zurückgreifen zu können. In vielen Praxen ist die Begleitung durch einen Sprachmittler/eine Sprachmittlerin Voraussetzung für die Behandlung. Ein Arztbesuch ohne Sprachmittlung sorgt auf beiden Seiten für Unzufriedenheit und trägt nicht positiv zum Behandlungserfolg bei. Die Alternative, die in einigen Fällen besteht, ist der Besuch einer muttersprachlichen Arztpraxis. Allerdings erfordert das häufig lange Wartezeiten und/oder lange Anfahrtswege von den Betroffenen, da diese Ärzte oftmals in anderen Bezirken ansässig sind.

In den nachfolgenden Kapiteln 8.6.2 und 8.6.1 werden zwei komplementäre Bereiche der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Fluchterfahrung in Lichtenberg näher dargestellt.

8.6.1 Psychische Gesundheit

Die psychische Gesundheit steht bei Menschen mit Fluchterfahrung besonders im Fokus. Hintergrund ist, dass Geflüchtete häufig traumatisiert sind bzw. an psychischen Erkrankungen leiden^{156,157}. Da nicht alle betroffenen Personen (umgehend) im Rahmen des Regelversorgungssystems die notwendige Hilfe erhalten können, wurden in Berlin verschiedene niedrigschwellige Angebote geschaffen. So wurde im

¹⁵⁵ Vgl. SenIAS (2017), S. 2.

¹⁵⁶ DGNNP (2016), S. 2 f.

¹⁵⁷ BPtK (2015), S. 3 ff.

Jahr 2016 das „24-Fachkräfte“-Programm auf Landesebene ins Leben gerufen. Mit diesen zusätzlichen Mitteln konnten die bezirklichen Psychosozialen Kontakt- und Beratungsstellen (KBS) ihre Tätigkeit um eine niedrigschwellige aufsuchende sowie begleitende Arbeit mit Geflüchteten in den Einrichtungen ergänzen. Weitere Mittel wurden im Jahr 2017 von Senatsseite für niedrigschwellige aufsuchende Arbeit in den Bereichen Zuverdienst und die integrierte Suchtberatung zur Verfügung gestellt. Ziel dieser zusätzlichen Angebote ist die Versorgung von Menschen mit psychischen bzw. Suchterkrankungen zu verbessern und die Überführung in das Regelversorgungssystem zu erleichtern. Die Mittel für diese ergänzenden Versorgungsbereiche werden ab dem Doppelhaushalt 2020/21 in die PEP-Mittel überführt, um diese als festen Bestandteil der psychiatrischen Regelversorgung in den Bezirken zu integrieren.

Darüber hinaus wurde für den Doppelhaushalt 2020/21 der Stiftung SPI aus Mitteln des Integrationsfonds ermöglicht, zusätzlich zur Integrierten Suchtberatung im Bezirk wöchentlich ein Männer-Café für Geflüchtete und Migranten anzubieten. Hier kann neben suchtassozierten Themen auch über andere Themen miteinander gesprochen werden¹⁵⁸.

Im Rahmen einer Abfrage durch das Bezirksamt im Jahr 2019 wurde von den Mitarbeiter*innen in den Unterkünften eingeschätzt, dass 20-30 % der Bewohner*innen aller Altersstufen psychische Auffälligkeiten in verschiedenen Ausprägungen haben. Des Weiteren gibt es aus den Einrichtungen die Rückmeldung, dass im Bezirk bei Bedarf kaum Termine für die ambulante therapeutische oder psychiatrische Versorgung zur Verfügung stehen. Eine besondere Herausforderung stellen Menschen dar, die nicht in der Lage sind, für sich selbst zu sorgen (Tagesablauf, Überforderungsgefühl in allem) und für die somit oftmals das Leben in einer Gemeinschaftsunterkunft nicht geeignet ist. Es gibt bisher weder im Bezirk noch berlinweit Kapazitäten einer geeigneten Unterbringung.

Überbezirklich gibt es die Möglichkeit im Zentrum für transkulturelle Psychiatrie an der psychiatrischen Institutsambulanz des Vivantes Humboldt-Klinikums in Reinickendorf kurzfristige Termine für Menschen mit Migrationshintergrund bzw. Fluchterfahrung, die an seelischen Erkrankungen leiden, zu erhalten. Das dortige Angebot ist in elf Sprachen verfügbar.

Durch die im Bezirk bereits vorhandenen niedrigschwelligen Angebotsstrukturen konnte die Lage von psychisch- bzw. suchterkrankten Personen mit Fluchterfahrung insgesamt verbessert werden. Allerdings kann insbesondere der Bedarf an ärztlichen bzw. therapeutischen Angeboten aufgrund der ohnehin angespannten Versorgungslage im ambulanten ärztlichen bzw. therapeutischen Bereich nicht gedeckt werden.

8.6.2 Hebammenversorgung¹⁵⁹ von Geflüchteten

Geflüchtete Schwangere bzw. Mütter von Säuglingen verfügen in Deutschland oftmals nicht über die entsprechenden Kenntnisse zu gesundheitlichen Versorgungsangeboten bzw. ihnen zustehenden Leistungen, wie bspw. der Hebammenversorgung. Dabei stellt diese Personengruppe im Hinblick auf die medizinische Versorgung eine besonders vulnerable Gruppe dar.

Zu Beginn der Flüchtlingswelle im Jahr 2015 führte der plötzlich erhöhte Bedarf an geburtsvor- und nachbereitenden Angeboten sowie hohe bürokratische Hürden bei der Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen zu einer Überlastung des gesundheitlichen Regelversorgungssystems. Vor diesem Hintergrund entwickelten sich mehrere Angebote im Bereich der geburtlichen Vor- und Nachsorge für die Zielgruppe im Bezirk Lichtenberg.

¹⁵⁸ Vgl. Stiftung SPI (2019)

¹⁵⁹ Da in den Lichtenberger Projekten zur Versorgung von Frauen und Müttern mit Fluchterfahrung keine Entbindungspfleger tätig waren/sind, wird in diesem Kapitel der weibliche Begriff „Hebamme“ verwendet.

Im Jahr 2016 wurde aus Mitteln des Integrationsfonds erstmals ein ergänzendes Angebot zur Hebammenversorgung für Schwangere bzw. Mütter mit Fluchthintergrund geschaffen. Die Hebammen bieten seitdem gemeinsam mit dem bezirklichen KJGD Sprechstunden in Einrichtungen für Geflüchtete an. Dabei besteht eine enge Kooperation mit den Sozialdiensten der Unterkünfte. Es findet eine individuelle Vor- und Nachsorge in Unterkünften bzw. (wenn bereits vorhanden) in der Wohnung der betreffenden Frauen statt. In der Regel werden die Hebammen durch Sprachmittler*innen begleitet, um bestehende Sprachbarrieren zu überwinden und eine professionelle Betreuung zu gewährleisten. Für einige Sprachen ist die Inanspruchnahme von Honorardolmetschern erforderlich. Des Weiteren erfolgt die Arbeit in Kooperation mit den Babylots*innen in den Geburtskliniken, die z.T. Hebammen an Frauen mit Fluchthintergrund vermitteln, die bereits im eigenen Wohnraum leben. Das Angebot zeichnet sich besonders durch eine hohe Kultursensibilität der dort tätigen Hebammen aus. Dieses Projekt wurde von 2016 bis 2019 vom Träger RBO inmitten gGmbH angeboten. Ab dem Jahr 2020 wird dieses durch STA.F.F. – Starke Brücken für Familien GmbH fortgeführt. Neben den Hebammenleistungen werden ab 2020 erstmalig auch Mittel für die Inanspruchnahme von Honorardolmetschern berücksichtigt. Dieses ergänzende Angebot ist besonders wichtig, da der Bedarf in den Einrichtungen nicht durch freiberuflich tätige Hebammen gedeckt werden kann. Durch die Tätigkeit vor Ort in den Einrichtungen kann in vergleichsweise kurzer Zeit eine hohe Anzahl an Frauen erreicht werden. Darüber hinaus wirkt das Angebot z.T. kompensatorisch, wenn die betreffenden Familien keine(n) Kinderarzt/-ärztin bzw. Gynäkolog*innen finden können. Die Hebammen können zumindest eine Grundversorgung bei den Säuglingen bzw. Schwangeren/Müttern gewährleisten.

Darüber hinaus wurde im Jahr 2017 ebenfalls aus Mitteln des Integrationsfonds das Angebot der Familienhebammen¹⁶⁰ ausgeweitet. Der Träger FamilienANlauf e.V. begleitet in diesem Rahmen einzelne Familien mit Fluchterfahrung über einen längeren Zeitraum.

Ferner bietet der Träger Balance e.V. im Bezirk wöchentlich ein Hebammencafé an. Hier können Schwangere bzw. Mütter alle Themen rund um die Schwangerschaft, Geburt und Babys mit einer Hebamme sowie einer Übersetzerin (Arabisch, Farsi) thematisieren.

Im Jahr 2018 wurde vom Landesamt für Flüchtlingsangelegenheiten (LAF) im Rahmen eines Modellprojektes erstmals ein zusätzliches geburtliches Vor- und Nachsorgeangebot für Frauen, die in LAF-Unterkünften untergebracht sind, erprobt. Diese zusätzliche Hebammenversorgung gibt es seit 2019 in allen Bezirken. Hierzu schließt das LAF je Kalenderjahr mit Hebammen einen Rahmenvertrag in dem ein Stundenkontingent je Bezirk festgelegt wird.

Der bezirkliche KJGD nimmt bei der Hebammenversorgung von Geflüchteten eine zentrale Lotsenfunktion ein, da dieser sowohl die Schnittstelle zu den Trägern und Unterkünften als auch zu den Familien (Ersthausbesuche) ist. Diese verschiedenen Angebote tragen zu einer deutlichen Verbesserung der Versorgungslage für Schwangere mit Fluchterfahrung bei. Solange der Bedarf an Hebammenversorgung nicht adäquat durch das Regelversorgungssystem gedeckt werden kann, ist die Beibehaltung dieser Angebote unabdingbar.

8.7 Medizinische und zahnmedizinische Versorgung von Wohnungslosen

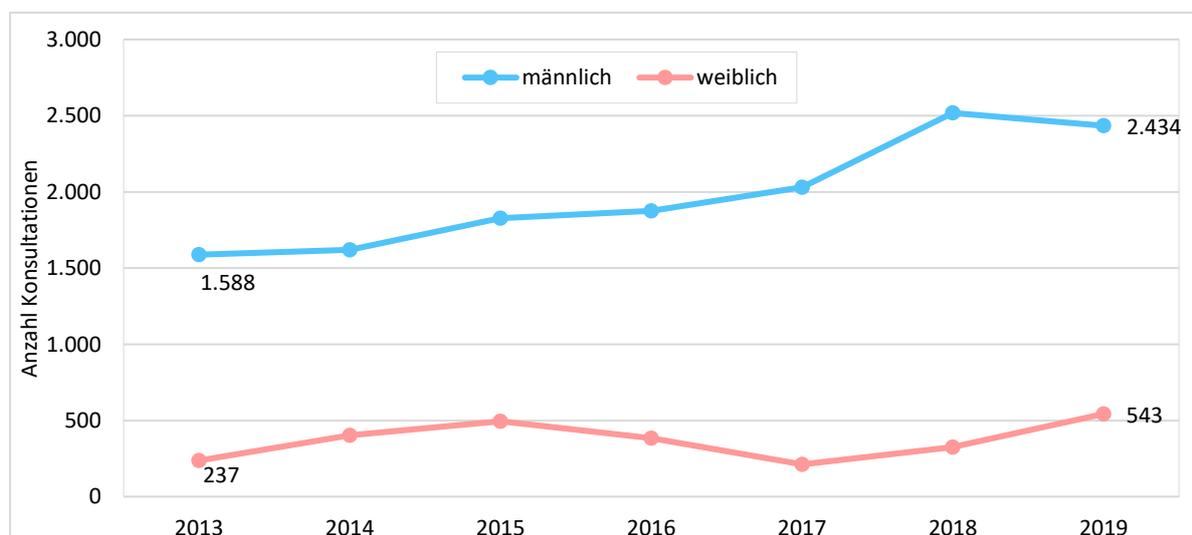
Wohnungslose Menschen werden mehrheitlich nicht durch die medizinische Regelversorgung erreicht. Die Ursachen hierfür sind vielfältig, bspw. haben die von Wohnungslosigkeit betroffenen Personen

¹⁶⁰ Familienhebammen sind ein kostenloses Angebot im Rahmen der Frühen Hilfen. Sie haben die Aufgabe Schwangere bzw. Mütter, die in besonderen belasteten Lebenssituationen leben für einen Zeitraum von bis zu einem Jahr nach der Geburt zu begleiten.

keine Krankenversicherung bzw. sind EU-Migrant*innen ohne krankensicherungsrechtliche Ansprüche¹⁶¹. Für diese Menschen bieten berlinweit verschiedene Träger entsprechende kostenlose medizinische Angebote außerhalb der Regelversorgung an. Hierzu gehört auch der im Bezirk Lichtenberg tätige Humanistische Verband Berlin-Brandenburg KdÖR (HVD), der mit dem Projekt TagesTreff für Wohnungslose und Bedürftige seit 2013 medizinische sowie zahnmedizinische Versorgung für wohnungslose Menschen anbietet. Dieses Projekt wird finanziell vom Bezirksamt Lichtenberg unterstützt. Die Untersuchungen bzw. Behandlungen werden dabei von angestellten bzw. z.T. ehrenamtlichen Ärzt*innen sowie einer Krankenschwester bzw. Zahnarzhelferin erbracht.

In den nachfolgenden Abbildungen wird die Anzahl von Konsultationen durch bedürftige bzw. wohnungslose Frauen und Männer dargestellt. Abbildung 57 stellt die Inanspruchnahme des allgemeinärztlichen Versorgungsangebotes zwischen 2013 und 2019 dar. Es zeigt sich, dass das Angebot vorwiegend von männlichen Personen angenommen wurde. Darüber hinaus wird ersichtlich, dass die Anzahl der Konsultationen zwischen 2013 und 2019 deutlich anstieg. Das entsprach im Betrachtungszeitraum 53,3 % mehr Konsultationen als noch 2013. Im selben Zeitraum nahm die Zahl der Konsultationen durch Frauen um 129,1 % zu. Im Jahr 2019 wurden insgesamt 2.977 Konsultationen durchgeführt.

Abbildung 57: Anzahl der Konsultationen durch Männer und Frauen in der allgemeinmedizinischen Versorgung von Wohnungslosen und Bedürftigen in Lichtenberg seit 2013 (absolut)¹⁶²

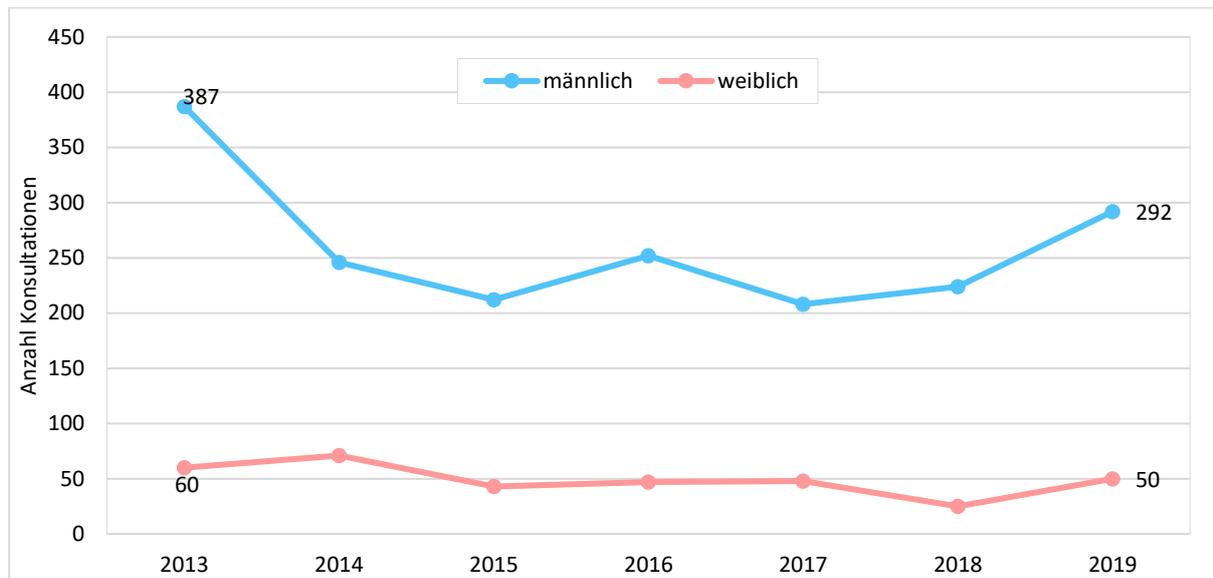


Mithilfe von Abbildung 58 wird die Inanspruchnahme des zahnärztlichen Versorgungsangebotes des HVD dargestellt. Wie bereits bei der ärztlichen Versorgung deutlich wurde, nahmen merklich mehr Männer dieses Angebot in Anspruch. Im Gegensatz zu der Entwicklung der Anzahl der Konsultationen im allgemeinmedizinischen Bereich war die Inanspruchnahme bei zahnärztlichen Leistungen rückläufig. Bei den Konsultationen durch männliche Klienten sank die Inanspruchnahme im Betrachtungszeitraum um 24,5 % und bei der weiblichen Zielgruppe um 16,7 %. Die teilweise großen Schwankungen in der Zahl der Konsultationen sind z.T. darauf zurückzuführen, dass die Einhaltung von Terminen bei der Zielgruppe schwierig ist und die Klient*innen oftmals nur bei akutem Bedarf das Angebot aufsuchen.

¹⁶¹ Vgl. Caritasverband für das Erzbistum Berlin e.V., GEBEWO – Soziale Dienste – Berlin gGmbH (2018), S. 1.

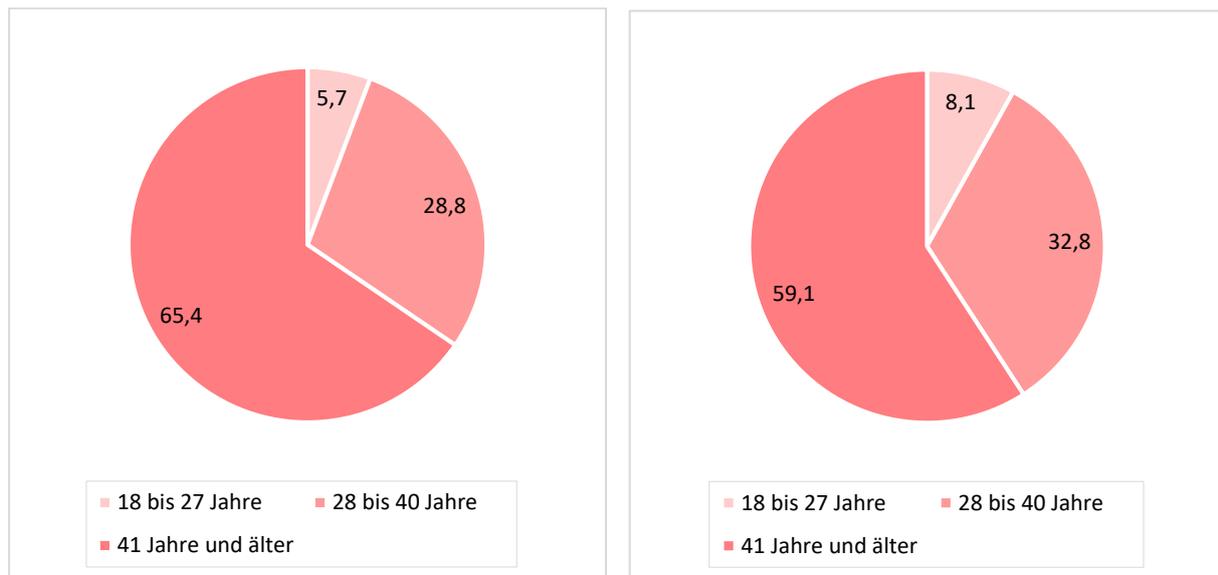
¹⁶² Datenquelle: HVD - MUT zur Nachbarschaft TagesTreff für Wohnungslose und Bedürftige

Abbildung 58: Anzahl der Konsultationen durch Männer und Frauen in der zahnärztlichen Versorgung von Wohnungslosen in Lichtenberg seit 2013 (absolut)¹⁶³



Die Altersstruktur der Personen, die das ärztliche bzw. zahnärztliche Behandlungsangebot in Anspruch nahmen unterschied sich nur geringfügig (vgl. Abbildung 59). Die deutliche Mehrheit der Klient*innen war im Alter von 41 Jahren oder älter. Das ist mutmaßlich z.T. darauf zurückzuführen, dass im Allgemeinen mit steigendem Lebensalter die Wahrscheinlichkeit für Erkrankungen zunimmt¹⁶⁴. Darüber hinaus ist eine gewisse Verzerrung nicht auszuschließen, da die Altersgruppe „41 Jahre und älter“ ca. die Hälfte der Gesamtlebensspanne umfasst, wohingegen die anderen Altersgruppen nur eine geringere Anzahl an Lebensjahren einschließen. Am geringsten war die Inanspruchnahme durch Personen im Alter zwischen 18 und 27 Jahren.

Abbildung 59: Durchschnittliche Altersstruktur der Erstkonsultationen¹⁶⁵ in der allgemeinärztlichen (links) bzw. zahnärztlichen (rechts) Versorgung in den Jahren 2016 bis 2019 (in Prozent)¹⁶⁶



¹⁶³ Datenquelle: HVD - MUT zur Nachbarschaft TagesTreff für Wohnungslose und Bedürftige

¹⁶⁴ Vgl. RKI (2015), S. 409.

¹⁶⁵ Erstkonsultationen beinhalten die Patient*innen, die im jeweiligen Kalenderjahr das erste Mal die allgemeinärztliche bzw. zahnärztliche Versorgung in Anspruch nahmen.

¹⁶⁶ Datenquelle: HVD - MUT zur Nachbarschaft TagesTreff für Wohnungslose und Bedürftige

Laut Angaben des HVD gehörten in der allgemeinärztlichen Praxis u.a. psychische Erkrankungen, Hauterkrankungen sowie Infekte zu den häufigsten Diagnosegruppen (vgl. Tabelle 11). Dabei wurden bei Personen häufig Doppel- bzw. Mehrfachdiagnosen gestellt.

Tabelle 11: Schätzung häufiger Diagnosegruppen in der allgemeinärztlichen Versorgung (Anteil in Prozent; inkl. Mehrfachdiagnosen)¹⁶⁷

Diagnose	Geschätzte Häufigkeit
Psychische Erkrankungen	85 %
Hauterkrankungen Pruritus, Ekzeme, Krätze, Dermatitis, Mykosen	75 %
Infekte Obere Luftwege, Bronchitis, Pharyngitis, Sinusitis, Harnwegsinfekte	55 %
Unfälle	20 %
Parasiten	10 %

Darüber hinaus werden auch chronische Erkrankungen wie Hypertonie, Herzinsuffizienz oder Diabetes mellitus (Typ 2) behandelt. Neben der reinen Diagnosestellung bzw. Behandlung werden durch die Ärzt*innen bei vorhandenen Kapazitäten auch Beratungen zu medizinischen, psychischen sowie sozialen Themen durchgeführt. Bei Bedarf vermitteln die Ärzt*innen auch an andere Institutionen bzw. Beratungsstellen. Häufig besteht jedoch das Problem, dass die Personen bei der vermittelten Institution nicht ankommen.

Insbesondere im Bereich der allgemeinärztlichen Versorgung ist im Zeitverlauf eine deutliche Zunahme der Konsultationen zu beobachten. Daraus lässt sich ein steigender Bedarf an medizinischer Versorgung ableiten. Dieser wird künftig mutmaßlich weiter steigen.

8.8 Zwischenfazit

- Die ambulante ärztliche Versorgung im Bezirk Lichtenberg ist insbesondere in einigen Fachbereichen, z.B. haus- bzw. kinderärztliche Versorgung im Vergleich zu anderen Bezirken bzw. Berlin insgesamt unterdurchschnittlich.
- Die durchschnittliche Bettenzahl in der Versorgungsregion Ost¹⁶⁸ betrug 2017 4,23 Betten je 100.000 Einwohner und lag demnach ca. 30 % unter der berlinweiten Bettenkapazität von 5,89 Betten je 100.000 Einwohner.
- Zurzeit kann eine wohnortnahe ambulante pflegerische Versorgung größtenteils noch abgesichert werden, allerdings können Pflegedienste aufgrund Personalmangels keine neuen Klient*innen mehr aufnehmen bzw. es bestehen lange Wartezeiten bis zur Vermittlung. Die geringen vorhandenen freien Kapazitäten bei den Pflegediensten gefährden die Wahlfreiheit der Klient*innen. Für Personen mit speziellen Versorgungsbedarfen wie Demenz, Sucht, psychischen Erkrankungen, interkulturelle Pflege sowie jüngere pflegebedürftige Menschen in Lichtenberg gibt es keine (ausreichenden) ambulanten Versorgungsangebote.
- Die Versorgung in Pflegeeinrichtungen kann größtenteils noch gewährleistet werden, allerdings ist künftig aufgrund des Fachkräftemangels von einer Verschlechterung der Versorgungssituation auszugehen. Für Pflegebedürftige mit besonderem Pflegebedarf, wie einer demenziellen Erkrankung, sind bereits jetzt die Platzkapazitäten nicht in ausreichendem Maße vorhanden, sodass die Nachfrage nicht gedeckt werden kann.
- Statistisch hat in den vergangenen Jahren die Anzahl an Hebammen bzw. Entbindungspflegern in Berlin im Vergleich zu den Geburten überproportional zugenommen. Allerdings sind die beim LA-GeSo für Lichtenberg gemeldeten Hebammen bzw. Entbindungspfleger ggf. nicht alle aktiv tätig,

¹⁶⁷ Datenquelle: HVD - MUT zur Nachbarschaft TagesTreff für Wohnungslose und Bedürftige

¹⁶⁸ Hierzu gehören laut Landes-Krankenhausplanung 2016 die Bezirke Marzahn-Hellersdorf und Lichtenberg.

sodass es keine Übersicht über die tatsächliche Versorgung mit Hebammenleistungen im Bezirk gibt. Laut der fachlichen Einschätzung der Bereiche KJGD und „Frühe Hilfen“ des Bezirksamtes kann die Nachfrage im Bezirk nicht gedeckt werden. Aufgrund der steigenden Geburtenzahlen wird der Bedarf mutmaßlich in den kommenden Jahren in Lichtenberg weiter steigen.

- Die Zahl der Krankenhausbetten im Bereich Frauenheilkunde und Geburtshilfe sank zwischen 2005 und 2016 bei gleichzeitig steigenden Geburtenzahlen.
- Im Vergleich zu den anderen Bezirken bzw. Berlin insgesamt ist die Apothekendichte deutlich unterdurchschnittlich. Während in Berlin durchschnittlich 4.549 Einwohner je Apotheke lebten, betrug diese Zahl in Lichtenberg 5.301 Einwohner je Apotheke. Die unterdurchschnittliche Versorgungslage mit Apotheken wird sich in Zukunft vermutlich weiter zuspitzen.
- Die Inanspruchnahme der gesundheitlichen Regelversorgung durch Geflüchtete erfolgt seit 2016 mithilfe der elektronischen Gesundheitskarte. Eine besondere Hürde stellen hierbei die mangelnden Kenntnisse des deutschen Gesundheitssystems sowie die Sprachbarriere dar.
- Es gibt im Bezirk mehrere ergänzende Versorgungsangebote für Schwangere bzw. Mütter mit Neugeborenen, die einen Fluchthintergrund haben. Hierzu gehört bspw. das kultursensible Angebot der Hebammenversorgung, das seit 2016 aus Mitteln des Integrationsfonds finanziert wird und mithilfe von Sprachmittlern die Versorgung der Zielgruppe sicherstellt.
- Durch die im Bezirk bereits vorhandenen (niedrigschwelligen) Angebotsstrukturen konnte die Lage von psychischen bzw. suchterkrankten Personen mit Fluchterfahrung insgesamt verbessert werden. Allerdings kann der Bedarf an ärztlichen bzw. therapeutischen Angeboten aufgrund der ohnehin angespannten Versorgungslage in diesen Bereichen nicht gedeckt werden. Eine besondere Herausforderung stellt die Unterbringung von psychisch kranken Geflüchteten dar. Es gibt bisher weder im Bezirk noch berlinweit Kapazitäten einer geeigneten Einrichtung.
- Die Inanspruchnahme der kostenlosen medizinischen Behandlung für bedürftige und wohnungslose Personen durch den HVD nahm im Zeitverlauf zwischen 2013 und 2019 um 63,1 % zu. Bei der zahnmedizinischen Versorgung war im Betrachtungszeitraum ein Rückgang der Inanspruchnahme um 23,5 % zu beobachten.
- Das medizinische und zahnmedizinische Versorgungsangebot des HVD vermittelt bei komplexen Problemlagen, die über die (zahn)medizinische Versorgung hinausgehen, an andere Institutionen bzw. Beratungsstellen. Häufig besteht jedoch das Problem, dass die Personen bei der vermittelten Institution nicht ankommen.

9 Zusammenfassung

- Wie in Berlin insgesamt war auch in Lichtenberg im Zeitverlauf eine steigende Zahl an Geburten zu verzeichnen. So wurden im Jahr 2017 74 % mehr Kinder im Bezirk geboren als noch im Jahr 2005.
- Bei Lichtenberger Frauen und Männern ist eine steigende (mittlere) Lebenserwartung zu beobachten.
- In Lichtenberg ließ sich eine erhöhte Sterblichkeit bei der männlichen Bevölkerung im Vergleich zu Berlin insgesamt verzeichnen. Das traf insbesondere auf die vorzeitige Sterblichkeit (unter 65 Jahren) zu. Lichtenberger Frauen wiesen hingegen eine unterdurchschnittliche Mortalität auf.
- Lungenkrebs ist in Lichtenberg die häufigste letale Krebserkrankung bei Männern und Frauen, gefolgt von Brustkrebs (Frauen) bzw. Prostatakrebs (Männer).
- Männer begingen häufiger Suizid als Frauen. Das traf insbesondere auf die männliche Bevölkerung ab 65 Jahren sowohl in Berlin insgesamt als auch in Lichtenberg zu.
- Vermeidbare Todesfälle konnten in Lichtenberg insbesondere bei der männlichen Bevölkerung festgestellt werden. Überproportional häufig traf das auf die Diagnosen Hypertonie und zerebrovaskuläre Krankheiten sowie alkoholische Leberkrankheiten zu. Aber auch ein Tod aufgrund von

- Lungenkrebs galt bei Lichtenberger Männern häufiger als vermeidbar als in Berlin insgesamt. Bei Lichtenberger Frauen galten Sterbefälle aufgrund ischämischer Herzkrankheiten bzw. alkoholischer Lebererkrankungen häufig als vermeidbar.
- Über 65-jährige Lichtenberger*innen waren insgesamt weitaus häufiger in vollstationärer Behandlung als Männer und Frauen unter 65 Jahren. Insbesondere Männer ab 65 Jahren wurden häufiger vollstationär behandelt, sodass von einer höheren Krankheitslast auszugehen ist. Die Inanspruchnahme von stationärer medizinischer Versorgung in Lichtenberg ist im Bezirksvergleich insgesamt jedoch unterdurchschnittlich.
 - Im Zeitverlauf sind bei den stationären Behandlungsfällen bei Kindern und Jugendlichen aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen steigende Fallzahlen zu verzeichnen.
 - Laut der Krankenhausstatistik war Alkohol im Bezirk das am weitesten verbreitete Suchtmittel. So waren Lichtenberger Männer deutlich häufiger aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkoholkonsum in vollstationärer Behandlung als Lichtenberger Frauen aber auch als Berliner Männer insgesamt.
 - Die Zahl der pflegebedürftigen Personen nahm in Lichtenberg seit 2011 kontinuierlich zu und betrug 2017 ca. 5.000 Menschen, wovon mehr als zwei Drittel weiblich waren. Insbesondere die Anzahl an in der Häuslichkeit gepflegten Personen nahm in diesem Zeitraum um 50 % zu.
 - Frauen waren deutlich häufiger von einer Schwerbehinderung betroffen als männliche Bürger*innen. Darüber hinaus stieg der Anteil an Schwerbehinderten mit zunehmendem Alter an.
 - Im Rahmen des Mikrozensus gaben 23,2 % der befragten Lichtenbergerinnen an zu rauchen, davon 19,4 % regelmäßig. Somit konsumierten Frauen aus Lichtenberg im Vergleich zu anderen Bezirken häufiger Tabak. Die männliche Bevölkerung lag auf Rang 8 (Raucher: 30,1%) bzw. Rang 6 (regelmäßige Raucher: 26,9 %). Damit entsprach dieser Anteil weitestgehend den gesamtstädtischen Durchschnittswerten.
 - Laut den Ergebnissen des Mikrozensus waren die befragten Lichtenberger Männer geringfügig häufiger (55,8 %) von Übergewicht betroffen als Berliner Männer insgesamt (54,4 %). Bei der befragten weiblichen Bevölkerung aus Lichtenberg lag der Anteil mit einem erhöhten BMI 6 Prozentpunkte über dem gesamtstädtischen Wert (37,3 %).
 - Belastungen durch Lärm, Luftverschmutzung, bioklimatische Belastung sind innerhalb des Bezirks Lichtenberg sehr unterschiedlich verteilt. Eine Häufung von umweltbedingten Belastungen lag laut Umweltgerechtigkeitsbericht in Fennpfuhl Ost, Rosenfelder Ring, Hohenschönhausener Straße sowie Falkenberg West vor.
 - Die ambulante ärztliche Versorgung im Bezirk Lichtenberg ist insbesondere in einigen Fachbereichen, z.B. haus- bzw. kinderärztliche Versorgung im Vergleich zu anderen Bezirken bzw. Berlin insgesamt unterdurchschnittlich.
 - Die durchschnittliche Krankenhausbettenzahl in der Versorgungsregion Ost betrug 2017 4,23 Betten je 100.000 Einwohner und lag demnach ca. 30 % unter der berlinweiten Bettenkapazität von 5,89 Betten je 100.000 Einwohner.
 - Eine wohnortnahe ambulante sowie stationäre pflegerische Versorgung kann zurzeit noch abgesichert werden. Allerdings ist die Versorgungslage angespannt, was u.a. längere Wartezeiten zur Folge hat. Für Personen mit speziellen Versorgungsbedarfen wie Demenz, Suchterkrankungen, psychischen Erkrankungen, interkulturelle Pflege sowie jüngere pflegebedürftige Menschen in Lichtenberg gibt es keine (ausreichenden) Versorgungsangebote.
 - Laut der fachlichen Einschätzung der Bereiche KJGD und Frühe Hilfen des Bezirksamtes kann die Nachfrage an Hebammen im Bezirk nicht gedeckt werden. Aufgrund der steigenden Geburtenzahlen wird der Bedarf mutmaßlich in den kommenden Jahren in Lichtenberg weiter steigen.
 - Im Vergleich zu den anderen Bezirken bzw. Berlin insgesamt ist die Apothekendichte deutlich unterdurchschnittlich. Die unterdurchschnittliche Versorgungslage mit Apotheken wird sich in Zukunft mutmaßlich weiter zuspitzen.

- Es gibt im Bezirk mehrere ergänzende Versorgungsangebote für Schwangere bzw. Mütter mit Neugeborenen, die einen Fluchthintergrund haben. Hierzu gehört bspw. das kultursensible Angebot der Hebammenversorgung, das seit 2016 aus Mitteln des Integrationsfonds finanziert wird und mithilfe von Sprachmittlern die Versorgung der Zielgruppe sicherstellt.
- Durch die Schaffung niedrigschwelliger Angebotsstrukturen konnte die Lage von psychisch- bzw. suchterkrankten Personen mit Fluchterfahrung insgesamt verbessert werden. Allerdings kann der Bedarf an ärztlichen bzw. therapeutischen Angeboten aufgrund der ohnehin angespannten Versorgungslage in diesen Bereichen nicht gedeckt werden.
- Die Inanspruchnahme der kostenlosen medizinischen Behandlung für bedürftige und wohnungslose Personen durch den HVD nahm im Zeitverlauf zwischen 2013 und 2019 um 63,1 % zu. Bei der zahnmedizinischen Versorgung war im Betrachtungszeitraum ein Rückgang der Inanspruchnahme um 23,5 % zu beobachten.
- Die gesundheitliche Versorgungssituation im Bezirk Lichtenberg ist in vielen Bereichen nicht bedarfsgerecht. Um der steigenden Anzahl an Einwohner*innen gerecht zu werden, muss sich auf bezirklicher Ebene sowie Landesebene für eine bessere Versorgung in allen Sektoren eingesetzt werden. Das gilt gleichermaßen für die Versorgung von speziellen Zielgruppen, wie bspw. der Versorgung von wohnungslosen Menschen.

10 Schlussfolgerungen und Handlungsfelder

Im Rahmen dieses Kapitels sollen auf Grundlage des vorliegenden Berichtes gesundheitliche Herausforderungen im Bezirk Lichtenberg identifiziert und Handlungsfeldern zugeordnet werden. Diese Handlungsfelder sollen mögliche Ansatzpunkte für die bezirkliche Politik sowie die Gesundheitsförderung/Prävention und Gesundheitsplanung aufzeigen.

Aufgrund der Unterschiede in der sozialen Lage innerhalb Lichtenbergs ist davon auszugehen, dass sich auch die gesundheitliche Lage der Bevölkerung innerhalb des Bezirkes deutlich unterscheidet, auch wenn aufgrund der mangelnden Datenlage keine kleinräumig differenzierte Betrachtung der Gesundheit möglich ist. Deshalb sollte bei den nachfolgenden Handlungsfeldern die kleinräumig unterschiedliche Bevölkerungsstruktur bedacht werden. Das bedeutet, dass es bei der Umsetzung von Projekten bzw. Maßnahmen in einzelnen Sozialräumen im Vorfeld erforderlich ist, die Bevölkerungsstruktur vor Ort näher zu betrachten und ggf. eine Bedarfsanalyse durchzuführen, damit die Maßnahmen bzw. Projekte dort realisiert werden, wo ein Bedarf tatsächlich vorhanden ist.

Wie bei allen Maßnahmen in der Gesundheitsförderung und Prävention liegen die vorrangigen Herausforderungen darüber hinaus darin, mithilfe einer niedrigschwelligen Ansprache bzw. eines niedrigschwelligen Zugangs die Gruppen mit dem jeweiligen Bedarf tatsächlich zu erreichen sowie eine Nachhaltigkeit in der Maßnahmenumsetzung zu erzielen.

Darüber hinaus stellt die aktuelle Covid-19 Pandemie bei der Umsetzung von Handlungsempfehlungen eine zusätzliche Herausforderung dar. Aufgrund der geltenden Kontaktbeschränkungen und Abstands- und Hygieneregeln müssen bisher genutzte Methoden der Prävention und Gesundheitsförderung z.T. angepasst werden. Es ist erforderlich in Abhängigkeit des Themenfeldes sowie der zu erreichenden Zielgruppe geeignete Formate zu finden. Das gilt insbesondere für (größere) Veranstaltungen wie bspw. Präventionsveranstaltungen oder Konferenzen. Darüber hinaus wird auch die Inanspruchnahme individueller Angebote/Leistungen voraussichtlich mittelfristig durch die neuen Umgangsformen beeinflusst werden. Ein grundsätzliches Umdenken ist unumgänglich.

Die Voraussetzung zur Umsetzung anderer Formate ist, dass zusätzliche bzw. alternative (z.B. technische) Ressourcen zur Verfügung stehen. Dabei sollte das Thema Datensicherheit und Datenschutz bei der Nutzung digitaler Medien zwingend mitbedacht werden.

Nachfolgend soll beispielhaft die Umsetzung einiger Handlungsempfehlungen illustriert werden.

- Für präventive Angebote in der Gruppe (z.B. Bewegungsangebote) gibt es z.B. die Möglichkeit, diese im Freien und in kleinerer Gruppenstärke mit entsprechenden Abstandsregelungen weiter durchzuführen, z.B. Spaziergangsgruppen, Yoga im Park usw. Bei Angeboten, die in geschlossenen Räumlichkeiten durchgeführt werden müssen, empfiehlt sich, das Angebot möglichst digital anzubieten, d.h. dass die Gruppenmitglieder von zu Hause über das Internet am Kursangebot teilnehmen können, während der Kursleiter die Übungen über eine Webcam zeigt/anleitet.
- Die Vernetzung zwischen verschiedenen Akteur*innen sowie die Durchführung von (Groß)Veranstaltungen fällt in Zeiten eingeschränkter Kontaktmöglichkeiten besonders schwer. Hierfür empfiehlt sich alternativ der Austausch über Telefon- oder Videokonferenzen. Darüber hinaus gibt es auch eine Vielzahl unterschiedlicher Anbieter von (in der Regel kostenpflichtigen) Online-Diensten zur Durchführung von Workshops, Webinars, Diskussionsrunden, Umfragen sowie zur Vernetzung. Diese Anwendungen können je nach Veranstaltungsformat für Online-Konferenzen sowie andere Großveranstaltungen genutzt werden.
- Auch individuelle präventive (Beratungs)Angebote sollten überwiegend digital, d.h. per Telefon/Video erfolgen. Lediglich in bestimmten Bereichen, in denen ein persönlicher Kontakt nach fachlicher Einschätzung für den Erfolg der Beratung/des Angebots wichtig ist, sollte dieser unter Wahrung der Abstands- und Hygieneregeln persönlich erfolgen.
- Ärztliche Untersuchungen müssen in der Regel weiterhin durch einen direkten Kontakt erfolgen. Hierbei ist die Einhaltung der Hygieneregeln und Nutzung der persönlichen Schutzausrüstung unausweichlich. Für therapeutische Sitzungen oder ärztliche Beratungsgespräche kann jedoch auch auf telemedizinische Angebote zurückgegriffen werden. So ist bspw. die Plattform sprechstunde.online ein von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zertifizierter Videodienst-Anbieter.
- Für die im Bezirk fest etablierte Filmreihe „Irrsinnig menschlich“ bestünde ggf. die Möglichkeit, den Film für Besucher in Echtzeit über einen gesonderten (ggf. kostenpflichtigen) Zugang im Internet zu streamen. Die im Anschluss stattfindende Podiumsdiskussion könnte ebenfalls live per Video übertragen werden und Fragen an die Diskussionsteilnehmer über eine Chat-Funktion an das Podium gerichtet werden.

Die Auflistung der Beispiele zeigt, dass es nicht für jede Situation eine geeignete einfach umzusetzende kontaktarme/-lose Alternative gibt. Insbesondere die Erreichung/Versorgung der Gruppe älterer bzw. hochbetagter Personen, die zur größten Risikogruppe für Covid-19 Erkrankungen gehören, stellt eine besondere Schwierigkeit dar. Zum einen weil diese Personen oftmals einen erhöhten Bedarf an Beratung, Prävention, ärztlichen oder therapeutischen Leistungen usw. haben und zum anderen, weil bei dieser Gruppe oftmals nicht die technischen Kenntnisse bzw. Ausstattung vorhanden ist, um digitale Alternativ-Angebote in Anspruch zu nehmen.

10.1 Alkohol- und Tabakkonsum

Der Konsum von Alkohol und Tabak gehört zum gesundheitlichen Risikoverhalten. Die Auswertung der vermeidbaren Todesfälle wies bei beiden Geschlechtern im Vergleich zu Berlin überdurchschnittlich häufig als Ursache eine **alkoholische Leberkrankheit** auf. Des Weiteren geht aus der Krankenhausstatistik hervor, dass ein stationärer Aufenthalt wegen **psychischen oder Verhaltensstörungen** durch Suchtmittel sowohl bei der Lichtenberger Bevölkerung am häufigsten **durch Alkohol** bedingt wurde. Das traf vor allem auf Lichtenberger Männer zu, die statistisch sowohl häufiger als Lichtenberger Frauen aber auch als Berliner Männer insgesamt im Krankenhaus aufgrund einer alkoholbedingten

psychischen oder Verhaltensstörung behandelt wurden. Das deutet darauf hin, dass im Bezirk vor allem Männer häufiger einen regelmäßigen erhöhten Alkoholkonsum aufwiesen. Über die direkt assoziierbaren Diagnosen hinaus kann ein gesteigerter Konsum von Alkohol sich negativ auf den ganzen Körper auswirken und zu einer Vielzahl weiterer Erkrankungen beitragen. Hierzu gehören u.a. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen sowie Übergewicht¹⁶⁹.

Auch die Anzahl vermeidbarer Todesfälle bei Lichtenberger Männern aufgrund von **Lungenkrebs** lag oberhalb des gesamtstädtischen Durchschnitts. Lungenkrebs war darüber hinaus sowohl bei der männlichen als auch der weiblichen Bevölkerung die häufigste todesursächliche Krebserkrankung. Die Ergebnisse des Mikrozensus 2017 geben ferner einen Hinweis darauf, dass Frauen aus Lichtenberg im Vergleich zu Berlinerinnen besonders häufig Tabak konsumierten. Wie auch beim Konsum von Alkohol, kann der Konsum von Tabak zu einer Reihe von Erkrankungen führen, dazu gehören u.a. Herz-Kreislauf-, Atemwegs- sowie zerebrovaskuläre Erkrankungen¹⁷⁰.

Hieraus kann ein verstärkter Bedarf an **Prävention und Aufklärung für den Konsum von Alkohol und Tabak** abgeleitet werden. Da der Konsum jedoch nicht nur in Lichtenberg eine Rolle spielt, können präventive Maßnahmen nicht ausschließlich auf bezirklicher Ebene initiiert und umgesetzt werden. Ursache hierfür ist bspw., dass die Regelungen für den **Zugang zu Alkohol und Tabak** bzw. die **Besteuerung von alkoholischen Getränken und Tabak** auf Bundesebene geregelt werden. In Deutschland ist es aktuell erlaubt, im öffentlichen Raum **den Konsum alkoholischer Getränke und Tabak** zu bewerben. So ist Deutschland zurzeit das einzige Land in Europa, in dem Tabakwerbung auf Plakaten erlaubt ist. Eine Verschärfung dieser genannten Rahmenbedingungen auf Bundesebene könnte mittelfristig zu einem Rückgang des Alkohol- bzw. Tabakkonsums beitragen. Im Zuge des Nichtraucherschutzgesetzes, welches seit 2007 in Kraft ist, wurde der Konsum von Tabak z.B. in öffentlichen Einrichtungen, Gaststätten und öffentlichen Verkehrsmitteln verboten. Damit wurde ein erster großer Schritt in Richtung eines veränderten gesellschaftlichen Selbstverständnisses getan. Ein **gesamtgesellschaftliches Umdenken** in Bezug auf Alkoholkonsum ist in diesem Maße noch nicht erfolgt, sodass der Konsum von Alkohol gesellschaftlich mehrheitlich akzeptiert wird.

Auch wenn die Rahmenbedingungen des Alkoholkonsums auf Ebene des Bezirkes nicht direkt beeinflusst werden können und bezirkliche Aktivitäten ihre Grenzen haben, bleibt es wichtig, durch **vielfältige präventive Maßnahmen und Kampagnen** im Bezirk immer wieder Aufmerksamkeit für die Thematik zu gewinnen und möglichst an die schwer erreichbaren Personengruppen heranzukommen. Hierbei ist vordergründig die männliche Bevölkerung in den Fokus zu nehmen. Die Beteiligung an der deutschlandweit jährlich stattfindenden **Aktionswoche Alkohol** durch das Bezirksamt Lichtenberg erfolgt bereits seit einigen Jahren und sollte fortgeführt werden. Darüber hinaus sollen für unterschiedliche Zielgruppen regelmäßig Aktivitäten in Zusammenarbeit mit den relevanten bezirklichen Akteuren und der Berliner **Fachstelle für Suchtprävention** initiiert und umgesetzt werden. Für die Gruppe der Lichtenberger Schüler*innen ist bspw. die regelmäßige Durchführung von **interaktiven Veranstaltungen für verschiedene Altersgruppen** wie bspw. dem **KlarSicht Parcours** (Thema: Alkohol- und Tabakkonsum) der BZgA bzw. **Fit für die Straße** (Thema: Konsum von Suchtmitteln im Straßenverkehr) wünschenswert. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) sowie die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) bieten zum Thema Alkohol- bzw. Tabakkonsum eine Reihe von Aufklärungs- und Informationsmaterialien für verschiedene Alters- und Zielgruppen an.

10.2 Psychische Gesundheit

Psychische Erkrankungen stehen häufig im Zusammenhang mit Suizidgedanken. So zeigt sich laut WHO, dass in Ländern mit hohem Einkommen ein hoher Anteil (bis zu 90 %) der Menschen, die Suizid

¹⁶⁹ Vgl. BZgA (2020)

¹⁷⁰ Vgl. DKFZ (2015), S. 20.

begehen, an einer psychischen Erkrankung leidet¹⁷¹. In Berlin sowie in Lichtenberg lag die Suizidrate bei männlichen Personen ab dem Alter von 65 Jahren vergleichsweise hoch. Möglicherweise steht das in einigen Fällen im Zusammenhang mit dem Renteneintritt, der einen tiefen Einschnitt im Leben darstellen kann.

Präventive Arbeit im Handlungsfeld psychische Gesundheit wird im Bezirk Lichtenberg u.a. durch den Gemeindepsychiatrischen Verbund Lichtenberg (GPV Lichtenberg) geleistet. So verfolgt bspw. die **Filmreihe „Irrsinnig menschlich...“** das Ziel, die **gesellschaftliche Stigmatisierung psychischer Erkrankungen** weiter abzubauen. Bei der Veranstaltungsreihe **„Lichtenberger Trialoge“** diskutieren Expert*innen, Betroffene sowie Angehörige aus ihrer jeweiligen Perspektive zu verschiedenen psychischen Erkrankungsbildern und seelische Gesundheit mit dem Ziel die jeweils andere Sichtweise besser verstehen zu können. In beiden Veranstaltungsformaten könnte das Thema **„Suizid“** (erneut) aufgegriffen werden. Darüber hinaus wäre es denkbar, dass im Bezirk Lichtenberg weitergehende Präventionsangebote bzw. Anlaufstellen für das Thema Suizid, insbesondere für die Zielgruppe der älteren Personen, zu initiieren. In diesem Zusammenhang wäre bspw. eine **Zusammenarbeit des GPV mit dem Lichtenberger Gesundheitsbeirat**¹⁷² denkbar, der zurzeit das Thema **„Gesundheit im Alter“** als Schwerpunkt hat. In diesem Rahmen könnte das Thema im Zusammenhang mit dem Thema **„Einsamkeit im Alter“** ins Blickfeld genommen werden.

Doch auch für Lichtenberger*innen im Alter von unter 65 Jahren ist ein Handlungsbedarf erkennbar. So zeigt die Krankenhausstatistik, dass eine der **häufigsten Ursachen** für einen **stationären Aufenthalt** sowohl bei **Frauen als auch Männern unter 65 Jahren** psychische und Verhaltensstörungen war. Das traf auf Lichtenberger*innen öfter als auf Berliner*innen insgesamt zu. Gleichzeitig zeichnet sich im Zeitverlauf eine **Zunahme an vollstationären Behandlungsfällen** aufgrund psychischer und Verhaltensstörungen bei **Lichtenberger Frauen unter 65 Jahren** ab. Der Anstieg von Behandlungsfällen kann ggf. auf eine höhere Komplexität der vorhandenen psychischen Behandlungsfälle oder einen Anstieg der Häufigkeit von psychischen Erkrankungen in dieser Gruppe zurückzuführen sein. Bei Frauen unter 65 Jahren waren affektive Störungen am häufigsten Anlass für einen Krankenhausaufenthalt, bei Männern hingegen der Gebrauch von psychotropen Substanzen. Das deutet auf einen **Bedarf an präventiven Angeboten für psychische Erkrankungen für die Bevölkerung im berufstätigen Alter** hin.

Im Zeitverlauf sind bei den stationären Behandlungsfällen bei **Kindern und Jugendlichen** aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen **steigende Fallzahlen** zu verzeichnen, was für einen zunehmenden Bedarf an entsprechenden stationären aber auch ambulanten Angeboten für diese Zielgruppe spricht. Ein erster Schritt wäre die Einrichtung einer **bezirklichen Psychiatriekoordination für die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen**, um insbesondere das Themenfeld der Prävention von psychischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter im Bezirk zu stärken.

10.3 Körperliche Aktivität

Herz-Kreislauf-Erkrankungen stellen sowohl in Deutschland insgesamt als auch in Lichtenberg die **häufigste Todesursache** dar. Darüber hinaus zeigt die Auswertung der vermeidbaren Todesfälle der männlichen Bevölkerung, dass Hypertonie und zerebrovaskuläre Krankheiten bei Lichtenbergern überdurchschnittlich häufig vermeidbar gewesen wären (Rang 1 im Bezirksvergleich). Bei Lichtenbergerinnen traf

¹⁷¹ Vgl. WHO/Stiftung Deutsche Depressionshilfe (Hrsg.) (2016), S. 42.

¹⁷² Im Lichtenberger Gesundheitsbeirat sind Vertreter*innen aus dem Gesundheitsbereich des Bezirks Mitglied. Der Beirat hat die Aufgabe das für Gesundheit zuständige Bezirksamtsmitglied fachlich zu beraten. Ziel ist die Entwicklung des bezirklichen Gesundheitszieleprozesses.

das vor allem auf die Diagnose ischämische Herzkrankheiten zu (Rang 2 im Bezirksvergleich). **Die bedeutendsten Risikofaktoren** für Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind neben dem Konsum von Tabak bzw. Alkohol **mangelnde körperliche Aktivität bzw. ungesunde Ernährung**¹⁷³.

Das Körpergewicht von Erwachsenen wurde im Rahmen des Mikrozensus auf freiwilliger Basis abgefragt und die daraus resultierenden Ergebnisse auf die Bevölkerung hochgerechnet. Demnach waren 55,8 % der Lichtenberger Männer und 43,7 % der Frauen übergewichtig. Da Übergewicht neben der Entstehung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen auch Diabetes mellitus Typ 2 begünstigt, sind Maßnahmen zur **Aktivierung der Bevölkerung** sinnvoll. Körperliche Aktivität kann sich unabhängig vom Alter positiv auf den gesamten Körper sowie die Psyche auswirken. Dabei steht nicht zwangsläufig bei Jedem im Vordergrund gezielt Sport treiben zu müssen, vielmehr können auch Veränderungen in Alltagsgewohnheiten (Treppen steigen statt Fahrstuhl fahren; mit dem Rad zur Arbeit fahren oder zügig zu laufen) zu einer höheren körperlichen Aktivität beitragen¹⁷⁴. Die WHO empfiehlt für Erwachsene wöchentlich 2,5 Stunden mäßige ausdauernde körperliche Aktivität¹⁷⁵. Im Rahmen der Verhältnisprävention kann der Bezirk dazu beitragen, die **wohntnahe Infrastruktur bewegungsfreundlich** zu gestalten (u.a. Grünflächen und öffentliche Sportanlagen zum Spielen/Sport treiben, Spazier- und Radwege).

Darüber hinaus wäre es für den Bezirk wichtig, eine aktuelle **Übersicht zu vorhandenen Bewegungsangeboten** zu erstellen, um so den Zugang der Bevölkerung zu diesen Angeboten zu erleichtern sowie auf dieser Grundlage die Möglichkeit zu haben, in bestimmten Sozialräumen nachzusteuern. Als ein erster Schritt wurde im Jahr 2019 das im Bezirk ansässige Institut für angewandte Demografie vom Bezirksamt beauftragt, sozialräumlich Bewegungsangebote für ältere Menschen zu erfassen. Nach erfolgreichem Abschluss dieser Erhebung ist für die Zukunft eine **Ausweitung der Erfassung auch auf andere Alters- bzw. Zielgruppen** denkbar und sinnvoll, um mittelfristig eine bezirkliche Gesamtübersicht zu erstellen.

10.4 Vorsorge und Früherkennung

Für eine Vielzahl von Erkrankungen gibt es die Möglichkeit im Rahmen einer (fach)ärztlichen Untersuchung, bestimmte Anzeichen für eine beginnende Erkrankung zu erkennen. Vor diesem Hintergrund wurden für unterschiedliche Altersgruppen **geschlechtsspezifische Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen** als Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung eingeführt. Nach den Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind bösartige Neubildungen die zweithäufigste Todesursache. Unter den Krebstodesfällen standen an zweiter Stelle in Lichtenberg Prostatakrebs (männlich) und Brustkrebs (weiblich) sowie an dritter Stelle Darmkrebs. Brustkrebs gilt bei der weiblichen Bevölkerung in Lichtenberg darüber hinaus als eine der wichtigsten Diagnosen unter den vermeidbaren Todesursachen. Für alle drei Krebsarten gibt es Früherkennungsuntersuchungen, deren Inanspruchnahme in Berlin vergleichsweise niedrig ist (2016: 49,6 % der Frauen (Brustkrebs) und 25,2 % der Männer (Prostata)¹⁷⁶).

Darüber hinaus spielt die Inanspruchnahme von regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen für die männliche Bevölkerung eine wichtige Rolle. Die gesetzlichen Krankenkassen bieten ab dem Alter von 35 Jahren zweijährlich die Inanspruchnahme eines Gesundheits-Check-ups an. Im Rahmen dieser Unter-

¹⁷³ Vgl. WHO (2013), S. 7.

¹⁷⁴ Vgl. RKI (2015), S. 190.

¹⁷⁵ Vgl. WHO (2010), S. 26ff.

¹⁷⁶ Datenquelle: BMG / KV Berlin / Berechnung: SenGPG - I A -

suchungen können u.a. Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder auch gesundheitsschädigende Verhaltensweisen¹⁷⁷ frühzeitig erkannt und entsprechende Gegenmaßnahmen eingeleitet werden. Laut Datenerhebung nahmen Berliner Männer seltener den zweijährlichen Gesundheits-Check-up wahr als Frauen (2016: 66,1 % der Frauen und 56,2 % der Männer¹⁷⁸).

Vor diesem Hintergrund wäre es sinnvoll, auf Grundlage des Präventionsgesetzes eine **bezirkliche Kampagne** ggf. in Zusammenarbeit mit Krankenkassen sowie den beiden Kliniken im Bezirk und/oder niedergelassenen Ärzt*innen ins Leben zu rufen, um auf eine **höhere Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen** in der weiblichen Bevölkerung ab 50 Jahren sowie bei der männlichen Bevölkerung ab 45 Jahren hinzuwirken. Das gilt gleichermaßen für die allgemeinärztlichen **Vorsorgeuntersuchungen** ab dem Alter von 35 Jahren. Da im Allgemeinen die Inanspruchnahme von Vorsorge- und Früherkennungsangeboten bei Männern in Deutschland niedriger ist als bei der weiblichen Bevölkerung, ist dabei der **Schwerpunkt auf das Erreichen der männlichen Bevölkerung** zu setzen.

10.5 Ärztliche Versorgung

Im Jahr 2017 veröffentlichte das Bezirksamt Lichtenberg in Kooperation mit dem Bezirksamt Neukölln sowie den beiden bezirklichen Krankenhäusern (Ev. Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge und Sana Klinikum Lichtenberg) eine Studie zur ärztlichen Versorgung in beiden Bezirken. Die Veröffentlichung erzielte eine breite überbezirkliche Aufmerksamkeit. Mit der Studie gingen politische Forderungen der Gesundheitsstadträte Lichtenbergs und Neukölln einher. Eine dieser Forderungen war das **Mit-sprachrecht der Bezirke bei der Bedarfsplanung** sowie der Vergabe von Arztsitzen innerhalb Berlins. In Bezug auf dieses Ziel konnte zumindest ein Teilerfolg erzielt werden. So wurde die amtierende Gesundheitsstadträtin des Bezirks Lichtenberg Katrin Framke als eine von zwei bezirklichen Vertreter*innen im Oktober 2019 für das Gemeinsame Landesgremium nach § 90a SGB V benannt, wo sie die Belange der Bezirke zum Thema der ärztlichen Versorgung vertreten kann. Darüber hinaus sollte sich das Bezirksamt Lichtenberg trotz des begrenzten Handlungsspielraumes auch weiterhin für eine Verbesserung der ärztlichen Versorgung im Bezirk Lichtenberg einsetzen. Hierzu gehören u.a. **regelmäßige Gespräche** mit der KV Berlin, niedergelassenen Ärzt*innen sowie anderen Akteuren im Bezirk.

Auch bei der KV Berlin wurden die Herausforderungen der hausärztlichen Versorgung in Berlin inzwischen erkannt. So wurden im Jahr 2019 zwei Mal neu zu besetzende Arztsitze ausgeschrieben und in diesem Zuge die Zulassungssperre für diejenigen Bezirke mit den niedrigsten Versorgungsgraden in Berlin aufgehoben. Die **Schaffung weiterer zusätzlicher Arztsitze in schlecht versorgten Bezirken** wäre auch für andere Arztgruppen (z.B. Kinderärzt*innen) wünschenswert und könnte in diesen Bezirken mittelfristig zu einer Entlastung führen.

In diesem Zusammenhang wird in enger **Zusammenarbeit** zwischen den **Bereichen Gesundheit und Wirtschaftsförderung** zurzeit eine Willkommensmappe für niederlassungsinteressierte Ärzt*innen erarbeitet. Da im Bezirk Lichtenberg vor allem die Verfügbarkeit von geeigneten Räumlichkeiten eine Herausforderung darstellt, wird darüber hinaus eine **Übersicht über potenziell verfügbare Räumlichkeiten** zur Eröffnung einer Arztpraxis erstellt.

Darüber hinaus besteht seit der Veröffentlichung o.g. Studie in Lichtenberg die Idee zur **Gründung** eines kommunalen **Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ)**. Eine rein kommunale Trägerschaft wird jedoch inzwischen von Seiten des Bezirksamtes ausgeschlossen. Hierzu werden von Seiten der Gesundheitsstadträtin kontinuierlich Gespräche mit dem Senat sowie potenziellen Kooperationspartner*innen geführt. Dieser langwierige Prozess wird weiterhin vom Bezirksamt verfolgt, allerdings

¹⁷⁷ Vgl. Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen (2003), S. 522.

¹⁷⁸ Datenquelle: BMG / KV Berlin / Berechnung: SenGPG - I A -

stellt sich dieser als sehr komplex dar, sodass die Eröffnung eines kommunalen MVZs erst **mittel- bis langfristig realisierbar** ist.

10.6 Pflegerische Versorgung

Zentrales Thema sowohl im ambulanten als auch im stationären Pflegebereich ist die **Fachkräftesicherung bzw. -gewinnung**, denn Fachkräfte sind eine unabdingbare Voraussetzung zur Verbesserung der pflegerischen Versorgungslage.

Auch wenn die (gesetzlichen) Rahmenbedingungen der pflegerischen Versorgung nicht auf der bezirklichen Ebene verändert werden können, gibt es nennenswerte Aspekte, die zu einer Verbesserung der pflegerischen Versorgung führen könnten. Dazu gehört u.a. die **Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Pflege** (z.B. bessere Bezahlung und Anerkennung des Pflegeberufes). Darüber hinaus würde die vereinfachte **Anerkennung von Abschlüssen ausländischer Pflegekräfte** und die Verbesserung von deren Sprachkompetenz ggf. zu einer Abmilderung des Fachkräftemangels führen. Im Bezirk Lichtenberg beschäftigt sich neben dem GGV auch das bezirkliche Netzwerk Gesundheitswirtschaft bereits intensiv mit dem Thema Fachkräftesicherung und -gewinnung. Die Vergütung nach Leistungskomplexen in der ambulanten Pflege wird ebenfalls auf Landesebene geregelt. Eine **Zeitvergütung** könnte ggf. den erhöhten Zeitdruck der Pflegekräfte im ambulanten Bereich reduzieren und eine höhere Zufriedenheit sowohl bei den Pflegebedürftigen als auch beim Pflegepersonal herbeiführen. Zusätzlich sollten pflegende Angehörige künftig finanziell besser abgesichert werden. Das wäre bspw. durch **Pflegegeld als Lohnersatzleistung** (analog zum Elterngeld) realisierbar.

In Lichtenberg sollten die vorhandenen **Ressourcen gebündelt** werden und sich die relevanten Akteure stärker miteinander **vernetzen**. Hierbei nimmt der bezirkliche GGV eine wichtige Rolle ein. Die gemeinsame Durchführung von Fachtagen bzw. Kampagnen zu verschiedenen Schwerpunktthemen oder Modellprojekten (z.B. zur Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen) kann eine größere öffentliche Aufmerksamkeit für bestimmte Themen bewirken und im Idealfall zu Verbesserungen in der Versorgung führen.

Für Pflegebedürftige mit besonderem Pflegebedarf, wie bspw. einer (fortgeschrittenen) demenziellen oder psychischen Erkrankung, kann bereits aktuell die Nachfrage nach ambulanten sowie stationären Versorgungsangeboten im Bezirk nicht gedeckt werden. Das trifft z.B. auch auf Menschen aus anderen Kulturkreisen bzw. junge Pflegebedürftige zu. Für diese Zielgruppen wäre es notwendig, **entsprechende Einrichtungen bzw. Angebote** (z.B. Pflegeeinrichtungen, bzw. ambulante Pflegedienste mit spezieller Ausrichtung) **zu schaffen**. Auch das Angebot an **haushaltsnahen Dienstleistungen** sowie Pflegediensten, die **SGB V Leistungen** erbringen, müssten ausgebaut werden.

Die **Umsetzung der Nationalen Demenzstrategie** wäre für pflegebedürftige Personen mit demenziellen Erkrankungen von Bedeutung. In dieser sind neben der Verbesserung der Versorgungsstrukturen auch die Unterstützung für Angehörige sowie die Teilhabe von Betroffenen als Ziele verankert¹⁷⁹. Hierbei nehmen die Bezirkliche Leitstelle Demenzfreundliche Kommune Lichtenberg sowie der Verein Demenzfreundliche Kommune Lichtenberg e.V. eine wichtige Rolle ein. Für die Zielgruppe sind spezialisierte **ambulante Pflegekapazitäten** bzw. **Pflegeheime mit kleinen Wohngruppen** notwendig, insbesondere vor dem Hintergrund, dass diese Personengruppe in Lichtenberg weiter zunehmen wird.

Im Bezirk vorhandene **Beratungsangebote** sollten ausgebaut und mehr in den Fokus der öffentlichen Wahrnehmung gerückt werden.

Über den pflegerischen Bereich hinaus sind auch Verbesserungen in angrenzenden gesundheitlichen bzw. medizinischen Feldern wichtig: Hierzu gehört neben der (haus)ärztlichen Versorgung auch z.B.

¹⁷⁹ Deutsches Zentrum für Altersfragen (2019)

die physiotherapeutische Versorgung. Das gilt insbesondere für in der Häuslichkeit gepflegte immobile Personen, für die ein Arztbesuch in der Praxis häufig nicht mehr möglich ist. Für diese Personengruppe sind Hausbesuche zwingend erforderlich. **Hausbesuche** werden bisher aufgrund nicht vorhandener zeitlicher Kapazitäten und/oder einer geringen Vergütung dieser Leistungen nur in seltenen Fällen **von Ärzt*innen und Therapeuten** durchgeführt.

10.7 Hebammen

Aufgrund der im Zeitverlauf steigenden Geburten stieg auch der **Bedarf an Hebammenversorgung** in Lichtenberg an. Laut den Daten des LAGeSo nimmt die Zahl der im Bezirk gemeldeten Hebammen zwar zu, allerdings kann aus diesen Daten nicht der Umfang der Tätigkeit bzw. ob diese tatsächlich auch aktiv tätig sind, festgestellt werden. Nach Auskunft verschiedener Bereiche im Bezirk ist von einer mangelnden Versorgung mit Hebammen auszugehen. Vor diesem Hintergrund wäre es denkbar, dass der Bezirk durch Öffentlichkeitsarbeit Sichtbarkeit für das Thema schafft und für die Niederlassung von Hebammen im familienfreundlichen Bezirk Lichtenberg wirbt (vgl. Willkommensmappe für Ärzt*innen). Abhilfe kann das Bezirksamt nach aktueller Rechtslage nicht schaffen.

10.8 Geflüchtete

Auch wenn es mit Sicherheit zutrifft, dass die ambulante ärztliche Versorgungslage im Bezirk ohnehin angespannt ist (vgl. Kapitel 8.1), so gilt es doch perspektivisch, sich auch in diesem Bereich **interkulturell zu öffnen**. Mehrsprachige Sprechstundenhilfen bzw. ein solches Kollegium könnten erste Schritte zur Lösung sein, um allen Lichtenberger*innen, also auch jenen mit Fluchtgeschichte gerecht zu werden.

Für die Zielgruppe der psychisch erkrankten Geflüchteten wäre die Schaffung eines spezialisierten stationären Angebotes im Bereich Betreutes Wohnen notwendig. Hintergrund ist, dass diese Menschen aktuell von Gemeinschaftseinrichtung zu Gemeinschaftseinrichtung wechseln, da sie nirgendwo auf Dauer zurechtkommen und es bislang keine alternative Möglichkeit der bedarfsgerechten Unterbringung und Betreuung gibt. Darüber hinaus sind generell die vorhandenen Kapazitäten an therapeutischen Angeboten sowohl ambulant als auch stationär zurzeit nicht ausreichend.

10.9 Wohnungslose

Die **medizinische und zahnmedizinische Versorgung von Wohnungslosen** bietet ein essentielles Angebot für diese Personengruppe. Aus der deutlichen Zunahme der Konsultationen im allgemeinärztlichen Bereich seit 2013 kann ein steigender Bedarf abgeleitet werden, der voraussichtlich weiter zunehmen wird. In dem Fall wird **eine Ausweitung des Angebotes** als sinnvoll erachtet. Darüber hinaus besteht der Bedarf an **finanziellen Mitteln zum Erwerb von Arzneimitteln** u.a. gegen Läuse bzw. Krätze.

Da die Problemlagen der Klient*innen oftmals komplex sind und die gesundheitlichen Aspekte nur eine Facette dessen darstellen, ist der Ausbau des Angebotes **sozialer Beratung vor Ort** zu empfehlen. Da die Vermittlung von Klient*innen in andere Institutionen bzw. Beratungsstellen aktuell nur bedingt funktioniert, würde eine **begleitende Sozialarbeit** diesen Prozess verbessern. Hinsichtlich der hochprozentigen Valenz psychiatrischer Komorbiditäten wäre die Integration psychiatrischer Angebote wünschenswert.

Abkürzungsverzeichnis

AfS Berlin-Brandenburg	Amt für Statistik Berlin-Brandenburg
AU-Fälle	Arbeitsunfähigkeitsfälle
AU-Tage	Arbeitsunfähigkeitstage
BGM	Betriebliches Gesundheitsmanagement
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMI	Body-Mass-Index
BPB	Bundeszentrale für politische Bildung
BPtK	Bundespsychotherapeutenkammer
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
BZR	Bezirksregion
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
DIMDI	Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information
DKFZ	Deutsches Krebsforschungszentrum
GGV Lichtenberg	Gerontopsychiatrisch-geriatrischer Verbund Lichtenberg
GPV Lichtenberg	Gemeindepsychiatrischer Verbund Lichtenberg
HVD	Humanistischer Verband Deutschlands
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
KBS	Kontakt- und Beratungsstellen
KJGD	Kinder- und Jugendgesundheitsdienst
KV Berlin	Kassenärztliche Vereinigung Berlin
LAF	Landesamt für Flüchtlingsangelegenheiten
LAGeSo	Landesamt für Gesundheit und Soziales
LOI	Letter of intent
RKI	Robert Koch-Institut
SenGesSoz	Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales
SenGesSozV	Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucher- schutz
SenGPG	Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung
SenIAS	Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales
SenUVK	Senatsverwaltung für Umwelt, Verkehr und Klimaschutz
SGB	Sozialgesetzbuch
StaLa Berlin	Statistisches Landesamt Berlin
StBA	Statistisches Bundesamt

WHO

Weltgesundheitsorganisation

Literaturverzeichnis

- Alzheimer Europe** (2013) Prevalence of dementia in Europe, online verfügbar unter: <https://www.alzheimer-europe.org/EN/Research/European-Collaboration-on-Dementia/Prevalence-of-dementia/Prevalence-of-dementia-in-Europe> (Letzter Zugriff: 23.10.2019)
- Clustermanagement Gesundheitswirtschaft Berlin-Brandenburg – Heath Capital (Hrsg.)** (2019) Länderübergreifender Gesundheitsbericht Berlin-Brandenburg 2019, online verfügbar unter: https://www.healthcapital.de/files/user_upload/BP_Gesundheitsbericht_2019_web_neu_compressed.pdf (Letzter Zugriff: 28.01.2020)
- Bickel, H.** (2018) Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen - Informationsblatt 1, online verfügbar unter: https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/infoblatt1_haeufigkeit_demenzerkrankungen_dalzg.pdf (Letzter Zugriff: 18.10.2019)
- BKK Dachverband e.V. (Hrsg.)** (2017) Faktenblatt Betriebliches Gesundheitsmanagement, online verfügbar unter: https://www.bgm-bkk.de/fileadmin/user_files/Dokumente/BGM_basics/Faktenblatt_BGM.pdf (Letzter Zugriff: 25.11.2019)
- BPB** (2018) Baustelle Gesundheitssystem. Aktuelle Herausforderungen in der Gesundheitspolitik - Essay, online verfügbar unter: <http://www.bpb.de/apuz/270312/baustelle-gesundheitssystem-aktuelle-herausforderungen-in-der-gesundheitspolitik-essay?p=all> (Letzter Zugriff: 06.12.2019)
- BPTk** (2015) BPTk-Standpunkt: Psychische Erkrankungen bei Flüchtlingen, online verfügbar unter: https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/20150916_bptk_standpunkt_psychische_erkrankungen_fluechtlinge.pdf (Letzter Zugriff: 28.01.2020)
- BZgA** (200) Welche Krankheiten entstehen am häufigsten durch chronischen Alkoholkonsum ?, online verfügbar unter: <https://www.kenn-dein-limit.de/alkohol/haeufige-fragen/krankheiten-durch-alkoholkonsum/> (Letzter Zugriff: 28.01.2020)
- Caritasverband für das Erzbistum Berlin e.V., GEBEWO – Soziale Dienste – Berlin gGmbH (Hrsg.)** (2018) Gesundheitsbericht zur Lage der medizinischen und zahnmedizinischen Versorgung obdachloser Menschen 2016, online verfügbar unter: http://www.obdachlosigkeit-macht-krank.de/assets/gesundheitsbericht_zahn-medizinische-versorgung-wohnungsloser-menschen_web.pdf (Letzter Zugriff: 06.12.2019)
- DAK-Gesundheit (Hrsg.)** (2019) DAK-Gesundheitsreport 2019, online verfügbar unter: <https://www.dak.de/dak/download/dak-gesundheitsreport-2019-sucht-pdf-2073718.pdf> (Letzter Zugriff: 25.11.2019)
- Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.)** (2015) Tabakatlas Deutschland 2015, online verfügbar unter: <https://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/sonstVeroeffentlichungen/Tabakatlas-2015-final-web-dp-small.pdf> (Letzter Zugriff: 28.01.2020)
- Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.)** (2019) Nationale Demenzstrategie – Handlungsfelder, online verfügbar unter: <https://www.nationale-demenzstrategie.de/handlungsfelder/> (Letzter Zugriff: 29.01.2020)
- DIMDI** (2019) ICD-10-GM, online verfügbar unter: <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2019/> (Letzter Zugriff: 24.10.2019)

DGPPN (2016) Psychosoziale Versorgung von Flüchtlingen verbessern, online verfügbar unter: https://www.dgppn.de/Resources/Persistent/c03a6dbf7dcd0a77dbdf4ed3e50981431abe372/2016_03_22_DGPPN-Positionspapier_psychosoziale%20Versorgung%20Fl%C3%BCchtlinge.pdf (Letzter Zugriff: 28.01.2020)

Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (Hrsg.) (2018) Entgelte von Pflegekräften – große Unterschiede zwischen Berufen, Bundesländern und Pflegeeinrichtungen, online verfügbar unter: http://doku.iab.de/arbeitsmarktdaten/Entgelte_von_Pflegekraeften.pdf (Letzter Zugriff: 28.01.2020)

Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J. et al. (2014) Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH), *Nervenarzt* 85(1):77-87.

Meyer, M., Wenzel, J., Schenkel, A. in: Badura, B. et al. (Hrsg.) (2019) Fehlzeiten-Report 2018, online verfügbar unter: https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen/Produkte/Buchreihen/Fehlzeitenreport/wido_pra_fzr_2018_krankheitsbedingte_fehlzeiten.pdf (Letzter Zugriff: 25.11.2019)

Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2003) Indikatorenansatz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder, online verfügbar unter: http://www.gbe-bund.de/pdf/Indikatorenansatz_der_Laender_2003.pdf (Letzter Zugriff: 23.08.2019)

Paffhausen, J. in: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (Hrsg.) (2016) Schätzverfahren zur Ermittlung der Bevölkerungszahl für Berliner Bezirke, *Zeitschrift für amtliche Statistik Berlin-Brandenburg*, Ausgabe 1, S. 18-23, online abrufbar unter: https://www.statistik-berlin-brandenburg.de/publikationen/aufsaeetze/2016/HZ_201601-01.pdf (Letzter Zugriff: 28.10.2019)

Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2016) Bericht zum Krebsgeschehen in Deutschland, online verfügbar unter: https://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Content/Publikationen/Krebsgeschehen/Krebsgeschehen_download.pdf;jsessionid=EA9DBCFAABC563BD94531A98B5F738A06.1_cid363?_blob=publicationFile (Letzter Zugriff: 07.10.2019)

Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2019) Bericht zur Epidemiologie der Tuberkulose in Deutschland, online verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/T/Tuberkulose/Download/TB2018.pdf;jsessionid=780EF1737552539E6F662737031935A8.2_cid390?_blob=publicationFile (Letzter Zugriff: 07.11.2019)

Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2015) Gesundheit in Deutschland, online verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesInDtId/gesundheit_in_deutschland_2015.pdf?_blob=publicationFile (Letzter Zugriff: 09.10.2019)

Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung (Hrsg.) (2018) Hebammen in Berlin, Kurz informiert 2018/01, online verfügbar unter: <https://frl.publisso.de/resource/frl:6408817/data> (Letzter Zugriff: 02.12.2019)

Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales (Hrsg.) (2016) Krankenhausplan 2016 des Landes Berlin, online verfügbar unter: https://www.berlin.de/sen/gesundheits/assets/themen/stationaere-versorgung/krankenhausplan_2016.pdf (Letzter Zugriff: 29.11.2019)

Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales (2017) Die elektronische Gesundheitskarte zur Umsetzung des §§ 4, 6 AsylbLG –Hinweise für Leistungserbringer

Senatsverwaltung für Umwelt, Verkehr und Klimaschutz (Hrsg.) (2019) Umweltgerechtigkeit im Land Berlin Basisbericht 2017/18, online verfügbar unter: https://www.berlin.de/senuvk/umwelt/umweltgerechtigkeit/download/umweltgerechtigkeit_broschuere.pdf (Letzter Zugriff: 19.11.2019)

Statistisches Bundesamt (2018a) Mikrozensus – Fragen zur Gesundheit – Körpermaße der Bevölkerung, online verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Gesundheitszustand-Relevantes-Verhalten/Publikationen/Downloads-Gesundheitszustand/koerpermasse-5239003179004.pdf?__blob=publicationFile (Letzter Zugriff: 10.12.2019)

Statistisches Bundesamt (2018b) Mikrozensus - Fragen zur Gesundheit – Rauchgewohnheiten der Bevölkerung, online verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Gesundheitszustand-Relevantes-Verhalten/Publikationen/Downloads-Gesundheitszustand/rauchgewohnheiten-5239004179004.pdf?__blob=publicationFile (Letzter Zugriff: 10.12.2019)

Stiftung SPI (2019) Männer-Café für Geflüchtete und Migranten, online Verfügbar unter: <https://www.stiftung-spi.de/service/veranstaltungen-termine/detail/maenner-cafe-fuer-gefluechtete-und-migranten-in-lichtenberg/> (Letzter Zugriff: 28.01.2020)

Umweltbundesamt (2019) Emission von Feinstaub der Partikelgröße PM 2,5, online verfügbar unter: <https://www.umweltbundesamt.de/daten/luft/luftschadstoff-emissionen-in-deutschland/emission-von-feinstaub-der-partikelgroesse-pm25> (Letzter Zugriff: 25.11.2019)

WHO (Hrsg.) (2013) Global action plan for the prevention and control of non-communicable diseases 2013-2020, online verfügbar unter: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94384/9789241506236_eng.pdf;jsessionid=7E598AE7629FC2F7A25984C203449B87?sequence=1 (Letzter Zugriff: 29.01.2020)

WHO (Hrsg.) (2010) Global recommendations on physical activity for health, online verfügbar unter: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44399/9789241599979_eng.pdf?sequence=1 (Letzter Zugriff: 31.01.2020)

WHO/Stiftung Deutsche Depressionshilfe (Hrsg.) (2016) Suizidprävention: Eine globale Herausforderung, online verfügbar unter: https://www.deutsche-depressionshilfe.de/forschungszentrum/suizidpraeventionsbericht-who?file=files/cms/downloads/suizidpr%C3%A4ventionsbericht_who.pdf (Letzter Zugriff: 30.01.2020)